

Endosonographie - Wer will mich?

Clinicians' attitudes towards endoscopic ultrasound: A survey of four European countries.

Kalaitzakis E, Panos M, Sadik R, et al.

Scand J Gastroenterol 2009; 44:100-7

Department of Gastroenterology, St Thomas' Hospital, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK.

OBJECTIVE: Despite the documented effectiveness of endoscopic ultrasound (EUS) in research studies, data on the utilization of this technology in clinical practice are scarce. The aim of this study was to assess EUS availability and accessibility as well as EUS utilization among clinicians from different European countries.

MATERIAL AND METHODS: A direct mail survey was sent to members of the national gastroenterological associations in Sweden, Norway, Greece and the United Kingdom.

RESULTS: Out of 2361 clinicians with valid addresses, 593 (25.1%) responded. Overall, EUS was available to 43% of clinicians within their practice but availability varied from 23% in Greece to 56% in the United Kingdom. More than 50% of respondents evaluating patients with esophageal cancer, rectal cancer or pancreaticobiliary disorders had utilized EUS during the previous year, but utilization varied considerably

among different countries, being more frequent in the United Kingdom. In logistic regression analyses, factors independently related to EUS utilization were mainly EUS availability and accessibility as well as perceived utility of EUS ($p < 0.05$ for all).

Respondents considered the lack of trained endosonographers (79%) and high cost (52%) as the main barriers to wider EUS use.

CONCLUSIONS: The majority of responding clinicians use EUS, but overall utilization varies considerably among different countries. There is considerable variation in EUS service availability and accessibility among countries which, together with perceived usefulness of EUS, is a major determinant of EUS utilization. A shortage of trained endosonographers and the high cost are major barriers to wider EUS use. The findings of this study might help to define policies aimed at development of EUS services.

Endosonographie ist in Österreich seit 20 Jahren verfügbar. Zwischen den publizierten Indikationen und den tatsächlich durchgeführten Untersuchungen klafft ein breiter Spalt, es bekommen längst nicht alle Patienten, bei denen es sinnvoll wäre, diese endoskopische Untersuchung oder auch Therapie.

Das scheint keine österreichische Spezialität zu sein, die zitierte Studie zeigt, dass dafür auch in UK, Skandinavien und Griechenland Anhaltspunkte bestehen, die ein näheres Hinschauen veranlassen haben. Dabei erfasste man, dass nur 43% der Mitglieder der Fachgesellschaften, die die Um-

frage beantworteten, einen direkten Zugang zur Methode innerhalb ihrer Institution hatten. Bei etablierten Indikationen wurde die Verwendung auf etwas mehr als 50% geschätzt, was heißt, dass fast die Hälfte der Patienten mit harten onkologischen Indikationen (s. u.) die Endosonographie „vorenthalten“ wurde. Es dürfte innerhalb Europas ein erhebliches NW-SO-Gefälle geben (23% Verfügbarkeit in Griechenland, 56% in UK). Als Erklärungen dafür und inhärente Probleme der Endosonographie wurden mangelndes Vertrauen in ihre Aussagekraft, geringe Verfügbarkeit und Zugänglichkeit, Mangel an geübten

Endosonographen und erhebliche Kosten identifiziert.

Wir glücklichen Österreicher haben da kein Problem - weil wir nicht nachschauen, wie oft ein Patient eine Endosonographie nicht bekommt, die in der gegebenen Situation allem anderen überlegen wäre. Von jenen, die sonst oft und laut „overuse“ rufen, hört man nichts, wenn zu wenig getan wird.

Bei folgenden Erkrankungen ist die Endosonographie, ggf. inklusive einer EUS-gezielten Feinnadelaspiration (FNA), den Alternativen klar vorzuziehen, also absolut indiziert:

- Nachweis einer chronischen Pankreatitis oder kleiner Pankreastumore,
- Differenzierung submuköser Tumore und Impressionen, sowie zystischer Pankreasveränderungen,
- lokales Staging des Ösophagus- und Kardiakarzinoms, des MALT-Lymphoms des Magens, des Papillentumors und des Rektumkarzinoms.

Bei weiteren Erkrankungen ist die EUS anderen Verfahren gleichwertig (Staging des Magenkarzinoms, des Pankreaskarzinoms sowie der Nachweis von Gallengangssteinen). EUS-gezielte Therapie steckt noch in den Kinderschuhen, trotzdem ist sie als Zugang der Wahl für die Plexus coeliacus-Blockade und als Drainageweg für Pankreaszysten ohne Impression bereits Standard geworden. Also haben wir doch ein Problem.

Wir wollen die einzelnen Argumente, die im Rahmen einer logistischen Regressionsanalyse in der zu besprechenden Umfragestudie auffielen, untersuchen:

Mangelndes Vertrauen in die Ergebnisse der Endosonographie in der Praxis trotz guter experimenteller Daten hat schon einen wahren Kern: Oft wurden die erfolgreichen Studien nicht unter geblindeten Voraussetzungen durchgeführt. Wenn die Methode dann in unklaren klinischen Situationen Stellung beziehen muss, versagt sie öfter als erwartet. Der Ausbildungs- und Erfahrungsstand des Endosonographen im eigenen Haus oder um die Ecke kann manchmal nicht mit internationalen Spezialisten Schritt halten, die Studien veröffentlicht haben und den ganzen Tag kaum anderes als EUS praktizieren. Teilweise ist es aber banaler Mangel an In-

formation über die veröffentlichte Evidenz und veraltetes medizinisches Wissen.

Geringe Verfügbarkeit und schwieriger Zugang zu Untersuchungsterminen sind in der subjektiven Meinung der Zuweiser häufig auch schuld an versäumten Endosonographien. Wie viele Menschen brauchen eine Stelle, die Endosonographie anbietet? Man schätzt, dass eine Stelle pro 300.000 Einwohner genüge. Das bedeutete für unser Land 25-30 Institute mit entsprechender Kompetenz und Ausstattung. Wir haben aber, wenn man Umfragen und Firmeninformationen glauben darf, deutlich mehr. Zumindest für Österreich scheint das Argument also nicht zu greifen.

Der in der Studie angesprochene Mangel an erfahrenen Untersuchern ist bei uns ein reales Problem:

Zwar haben wir genug Stellen mit ausreichender Ausstattung, aber die dort durchgeführte Zahl von Endosonographien reicht oft nicht aus, in Übung zu bleiben, schon gar nicht für mehrere Untersucher oder zur Ausbildung weiterer KollegInnen. Wer in solchem Umfeld versucht zu lernen, wird eine sehr flache und damit lange Lernkurve durchmachen und dabei möglicherweise Freude und Motivation verlieren. Den m. E. notwendigen Weg an high-volume-Zentren zur Hospitation finden viele leider nicht. Die Reputation der EUS entspricht nicht ihrer wahrscheinlichen zukünftigen Bedeutung. Noch immer erscheint es Mitarbeitern „ehrenvoller“, sich in der ERCP zu vertiefen als EUS zu lernen.

Die Kosten für eine komplette Ausstattung in Endosonographie sind wirklich erheblich. Für Radialscan,

Linearscan, hochfrequente EUS-Sonden und den Prozessor muss man mit deutlich mehr als 100.000 Euro rechnen. Der Grund für den höheren Preis eines Echoendoskops verglichen mit einem Standard-Gastroskop liegt in der niedrigen erzeugten Stückzahl. Wirklich teuer ist es aber erst, mit einem solchen Endoskop wenige Untersuchungen zu machen.

Höhere Untersuchungsfrequenzen durch Zuweisung aller Patienten mit entsprechen- der Indikation wären ein Weg, das Problem zu bessern und Controller von dieser Investition zu überzeugen. Allerdings sollte uns auch die Industrie hier ein Stück des Weges entgegenkommen, um der Sache, die letztlich auch die ihre ist, einen Dienst zu erweisen. Kreative Lösungen wie Miete, Leasing oder Nutzung im Verbund wären ebenso eine Alternative.

Ich persönlich glaube an eine stark wachsende Bedeutung der Endosonographie, vor allem in Kombination mit EUS-gezielter Feinnadelaspiration und EUS-gezielter Therapie in der nahen Zukunft.

Prim. Doz. Dr. Rainer Schöfl

4. Interne Abteilung
Krankenhaus der Elisabethinen Linz
rainer.schoefl@elisabethinen.or.at