

den es allerdings sehr begrüßen, wenn der therapeutische Nutzen von rekombinantem Erythropoetin in der adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms zukünftig durch entsprechende Studien geklärt werden könnte.

Literatur

¹ Janni W, Strobl B, Rack B, Rjosk D, Schindlbeck C, Hantschmann P, Kentenich C, Sigg W, Zerzer M, Sommer H. Der Einfluss des Hämoglobinwertes auf die hämatogene Tumorzell dissemination zum Zeitpunkt der Primärdiagnose des Mammakarzinoms. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 71–77

Autor

Dr. W. Janni · Prof. Dr. H. Sommer · I. Frauenklinik · Maistraße 11 · 80337 München

Kolorektalkarzinom

Die Übersichtsarbeit von Eickhoff et al. (1) fokussiert auf die Kosteneffektivität des endoskopischen Screenings des kolorektalen Karzinom. Die angeführten Kosten des FOBT respektive der Koloskopie sind jedoch unzutreffend.

Eickhoff beziffert die Kosten für den FOBT mit EURO 43, für eine diagnostische Koloskopie mit „bis zu EURO 1100“. Diese Zahlen, die möglicherweise amerikanischen Analysen entnommen sind, gelten keinesfalls für das deutsche Gesundheitssystem: Der FOBT (EBM Nr 159) ist mit 50 Punkten bewertet, die Koloskopie (EBM Nr 763) mit 2150 Punkten. Der Punktwert betrug für einen fachärztlich tätigen Internisten 3/2001 in Hessen 6,11 Pfennig. Hieraus ergibt sich ein Honorar von DM 3,05 (EURO 1,56) für den FOBT und DM 131,36 (EURO 67,36) für die Koloskopie. Die tatsächlichen Kosten einer präventiven Koloskopie sind also entscheidend niedriger als von Eickhoff angegeben – es sei denn, die Autoren propagieren die Durchführung der Koloskopie anlässlich eines mehrtägigen stationären Aufenthaltes.

Literatur

¹ Eickhoff A, Riemann JF. Kolorektalkarzinom. Dtsch Med Wochenschr 2002; 126: 543–544

Autor

Dr. Axel Rambow · Qualitätsnetz Gastroenterologie Hessen e.V. · Zeil 65–69 · 60313 Frankfurt · Tel.: 069/28 51 67 · E-Mail: Axel.Rambow@t-online.de

Erwiderung

Die Autoren danken Rambow für die detaillierte Stellungnahme. Die genannten Kosten von 1,56,- Euro für den FOBT und 67,36,- Euro für die Koloskopie sind korrekt, spiegeln jedoch nur die Beträge wider, die von den Sozialversicherungsträgern in Deutschland für diese Maßnahmen vergütet werden. Inwieweit diese Zahlen den realen direkten Kosten für FOBT und Koloskopie entsprechen, ist sicherlich diskussionswürdig. In der Tat basieren die in unserem Artikel genannten direkten Kosten für die Screeningmaßnahmen auf den Ergebnissen großer gesundheitsökonomischer Studien aus den USA. Analysen zur Kosteneffektivität von Screeningmaßnahmen beim Kolo-

rektalkarzinom existieren bislang jedoch nur aus den USA. Auf der Basis von statistisch simulierten Modellen konnte hier eindrücklich demonstriert werden, dass eine Screeningstrategie mittels Koloskopie im Intervall von 10 Jahren die kosteneffektivste Variante ist. Auf der Grundlage dieser Daten wird der Bevölkerung in den USA seit dem 1. Juli 2001 von den Sozialversicherungsträgern die Screeningkoloskopie alle 10 Jahre als Alternative zu FOBT+Sigmoidoskopie angeboten. Würden diese Zahlen auf Deutschland übertragen, so kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der deutlich geringeren Kosten für die Koloskopie in Deutschland die Kosteneffektivität dieser Strategie hierzulande erheblich größer ist als in den USA.

Literatur

¹ Eickhoff A, Riemann JF. Kolorektalkarzinom. Dtsch Med Wochenschr 2002; 126: 543–544

Autor

Prof. Dr. med. Jürgen F. Riemann · Medizinische Klinik C
Klinikum der Stadt Ludwigshafen gGmbH ·
Bremserstraße 79 · 67063 Ludwigshafen ·
Tel.: 0621/5034100 · Fax: 0621/5034114 ·
E-Mail: MedCLu@t-online.de

Berichtigungen

- Im Beitrag „**28-jähriger Patient mit hypokaliämischer Lähmung**“ (Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 796–801) muss es in der Summary richtig lauten:
History and admission findings: A 28-year-old man was admitted ...
Conclusion: *In this case, hypokalaemic paralysis was most likely* due to the coincidence of marked hyperthyroidism with Gitelman’s syndrome.
- Im Beitrag „**Untersuchungen zur Immunitätslage der impfpräventablen Kinderkrankheiten Röteln, Masern, Mumps und Windpocken**“ (Dtsch Med Wochenschr 2001; 126: 1289–1293) wurde in den Abbildungen 2 – 5 die farbliche Zuordnung in den Legenden falsch wiedergegeben. Untenstehend finden Sie die korrekte farbliche Zuordnung.

■ ≥ 100 IE	■ ≥ 500 IE	■ ≥ 1 000 IE	□ ≥ 5 000 IE	■ ≥ 10 000 IE	Abb. 2	
■ ≥ 10 IE	■ ≥ 45 IE	■ ≥ 200 IE	□ ≥ 1/32(HHT)	■ ≥ 1/16 (HHT)	Abb. 3	
■ ≥ 100 IE	■ ≥ 500 IE	■ ≥ 1 000 IE	□ ≥ 5 000 IE	■ ≥ 10 000 IE	Abb. 4	
■ ≥ 20 IE	■ ≥ 50 IE	■ ≥ 100 IE	□ ≥ 500 IE	■ ≥ 1000 IE	■ ≥ 5000 IE	Abb. 5