

# Kommentar Expertenbeirat



## Original-Titel

Quality assurance of colonoscopy within the Dutch national colorectal cancer screening program.

## Autoren:

Bronzwaer et al. 01/2019: 89, 1-13.

## Kommentar:

Prof. Dr. Michael Jung, Mainz, 06.09.19

Seit Ende der letzten Dekade sind die Mortalitätszahlen für das kolorektale Karzinom rückläufig. Daran hat die Vorsorgekoloskopie, die 2002 in Deutschland eingeführt wurde, einen nicht geringen Anteil. Eine Zehnjahresbilanz 2012 (Altenhofen L, ZI Kassenärztliche Versorgung 2012) weist auf, dass bei damals 4 Mio. untersuchten und asymptomatischen Individuen 1 % Karzinome und bis zu 30 % Krebsvorstufen (Adenome) gefunden wurden, darunter 9 % Adenome in fortgeschrittenem Stadium. 70 % der diagnostizierten Krebs-patienten befanden sich in einem heilbaren Stadium.

Diese überaus günstige Entwicklung kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass 2-8 % aller neu diagnostizierten Dickdarmkarzinome von übersehenen Veränderungen ausgehen und als Post-Koloskopie-Karzinome bezeichnet werden. Diese Patienten hatten in einem Abstand von bis zu 5 Jahren zuvor eine negative Spiegelung, d.h. entweder wurden zum damaligen Zeitpunkt Tumoren oder deren Vorstufen übersehen, oder die Abtragung eines Polypen war nicht vollständig erfolgt. Diese Tumoren werden auch als Intervallkarzinome bezeichnet und befinden sich bevorzugt im rechten Dickdarm. Demzufolge hat die Vorsorgekoloskopie nicht den gleichen protektiven Effekt für das rechte Colon wie für den linken Dickdarmabschnitt (Brenner H, J Nat Cancer Int 2010). Eine detaillierte Untersuchung an polnischen Kliniken hat gezeigt, dass das Risiko des Intervallkarzinoms direkt an die Qualität des Endoskopikers gekoppelt ist. Hat dieser nur eine geringe Erfahrung und diagnostiziert global < 20 % Adenome (auf alle Koloskopien berechnet), dann steigt das Risiko eines übersehenen Karzinoms. Heute wird die Adenomerkenungsrate (adenoma detection rate) als ein unabhängiger Risikofaktor für das kolorektale Karzinom und ein Qualitätsmerkmal für die Koloskopie aufgefasst (Kaminski, N Engl J Med 2010).

Vor diesem Hintergrund wurde in den Niederlanden ein sehr detailliertes Screening Programm für den Dickdarmkrebs entwickelt, das besondere Anforderungen an den Endoskopiker stellt und sich deutlich von den bisherigen Anforderungen (so in Deutschland) abhebt.

Innerhalb der Niederlande sind 5 regionale Screeningorganisationen verantwortlich für die Einführung, Ausführung und Kontrolle der Krebsvorsorge. Sie entscheiden über die Akkreditierung von Endoskopikern innerhalb dieses Programms.

Um aktiv daran teilzunehmen und akkreditiert zu werden, müssen Ärzte als Gastroenterologe, Internist oder Chirurg im niederländischen System registriert sein (Dutch Registry of Medical Specialists). Es wird eine Erfahrung von mindestens 500 Lebenszeit-Koloskopien (darunter die letzten 200 im Jahr zuvor) und 50 Polypektomien gefordert.

Das Akkreditierungsprogramm besteht aus 3 Modulen:

1. Ein Koloskopie-Registrationsmodul
2. Ein theoretisches E-Learning-Modul verbunden mit einer Online-Überprüfung des erworbenen Wissens und
3. Eine praktische Evaluierung der Koloskopie- und Polypektomie-Fähigkeiten.

Für das erste Modul müssen Daten der letzten hundert Koloskopien auf die Website der Regionalkomitees abgebildet werden. Das E-Learning-Programm besteht aus Informationen über das niederländische Vorsorgesystem einschließlich der gesamten Epidemiologie des kolorektalen Karzinoms, über Polypencharakteristiken, Polypektomietechniken, Sedierung und Management gerinnungshemmender Substanzen im Rahmen der Koloskopie. 80 % der Fragen müssen im Abschlußtest beantwortet werden. Nachdem die ersten beiden Module abgeschlossen sind, wird der Endoskopiker zur praktischen Vorführung eingeladen. Zwei Live-Endoskopien und 3 Videos mit Polypektomien (auch klare Vorgaben - welche Polypen und mit welcher Technik) muss der Bewerber bestehen, um den Test erfolgreich zu passieren.

Das Programm ist angelehnt an das britische Vorsorgeprogramm und dessen Voraussetzungen (Gupta et al, Gastrointest Endosc 2011), wurde aber etwas verschlankt.

Zwischen 2014 und 2018 hatten sich 389 Endoskopiker für eine Vorsorgekoloskopie akkreditieren lassen, darunter mit 346 überwiegend Gastroenterologen. In den Niederlanden waren im Januar 2018 527 Gastroenterologen tätig, was bedeutet, dass lediglich 2/3 sich um die Vorsorgekoloskopie beworben hatten. Dennoch sind diese Zahlen erheblich höher als beispielsweise in Großbritannien. Von den verfügbaren Daten konnten 83/93 Endoskopikern erfolgreich akkreditiert werden.

Patienten wurden auf der Basis des nationalen Krebsvorsorgeprogramms durch den FIT Test (fäkaler immunologischer Fäkaltest) ausgesucht. Individuen zwischen 55 und 75 Jahre wurden zum alle 2 Jahre stattfindenden FIT-Test eingeladen. Die Information wurde zentral durch das Gesundheitsministerium geliefert. Nur im Falle eines positiven Stuhltests erfolgte eine Einladung zu einer Befunddiskussion und anschließender Koloskopie. Akkreditierte Endoskopiker geben die Daten der jeweiligen Untersuchung in eine zentrale Registrierung ein, die die gesamten Koloskopie Daten einschließlich der Sedierung und der Pathologie beinhaltet. Regelmäßige Audits und On-Site-Visiten durch die Organisation finden statt.

Qualitätsmerkmale für Koloskopien sind neben der Vollständigkeit (Erreichen des Coecalpols bzw. Ileumpassage), der adäquaten Darmreinigung (Boston Bowel Preparation Scale), der Rückzugszeit (Coecalpol bis Analkanal > 6 min.) und der Adenomdetektionsrate (> 20 %) die Vollständigkeit der Abtragung (Histologie, Makroskopie), die Anzahl der eingetretenen Komplikationen (Blutung, Perforation etc.) und schließlich die Qualität der Sedierung.

Ziel ist, mit diesen Qualitätsanforderungen die Perfektion der Koloskopie deutlich zu erhöhen und die Rate übersehener Karzinome oder Frühläsionen maximal zu minimieren. In diesem Rahmen wird durchaus die Unschärfe der Rückzugszeit (Verlängerung bei Polypabtragung, leicht eingeschränkte Übersicht wegen Restpartikeln und -entfernung) sowie der Adenomdetektionsrate (weites Spannungsfeld) diskutiert.

Auch die Sedierung hat – da Propofol nicht angewandt wird – eine Beschränkung auf Midazolam und wird vorzugsweise in Sedierungen um 2 mg als ausreichend und als ein Qualitätsfaktor angesehen.

Kommentar: Das niederländische Vorsorgeprogramm ist entwickelt worden auf der Basis nicht erkannter Karzinome (2-8 %). Es hat eine hohe Qualitätsanforderung, die ständig überprüft wurde und dem Endoskopiker eine permanente Kontrolle abverlangt. Bei 5 regionalen Screeningorganisationen in einem im Vergleich zu Deutschland kleineren Rahmen erscheint ein solches Programm gut durchführbar. Bekannt sind die Niederländer schon immer für ihre hervorragende Organisation im Rahmen von Studien, deren Ausführung und Publikation.

Die Voraussetzungen im deutschen System, das allerdings 2002 entwickelt wurde und seitdem keine Veränderung erfahren hat, sind ungleich leichter. Danach muss eine Anzahl von 200 Koloskopien in den letzten 2 Jahren vor Akkreditierung einschließlich 50 Polypektomien vorgegeben sein. Gastroenterologen, Internisten mit Fachkunde Sigmoido-Koloskopie, Chirurgen mit Berechtigung und auch Kinderchirurgen können an diesem Programm teilnehmen.

Die Auflagen zur Aufrechterhaltung betreffen mindestens 200 Koloskopien/Jahr und davon mindestens 10 Polypektomien. Ferner sind apparative Voraussetzungen, die alle Möglichkeiten der Sedierungskontrolle einschließlich der Notfallausrüstung (Defibrillator, Beatmungsmöglichkeiten) beinhalten, vorhanden. Dies vor dem Hintergrund, dass Propofol als Sedierungssubstanz in Deutschland regulär eingesetzt wird und im Konsens mit Anästhesisten auch von qualifiziertem Assistenzpersonal appliziert werden kann (DGVS Leitlinie 2008, 2015).

Eine wesentliche Rolle spielt in den Zulassungsqualifikationen die Hygiene. Es wird ein hohes Augenmerk auf die Qualität der Endoskopaufbereitung gelegt, die eine Kontrolle durch übergeordnete Hygieneinstitute in dreimonatigem Abstand (bakteriologische Überprüfung von Koloskopen) beinhaltet. Hygienekontrollen finden sich im niederländischen System nicht, möglicherweise durch eine zentrale Überprüfung mit anderer Zuständigkeit. Aufbereitungseinheiten sind in Deutschland regulär in der Endoskopieabteilung zu finden, in den Niederlanden auch im Bereich der Zentralsterilisation.

Beide Programme, niederländisches und deutsches Screeningprogramm unterscheiden sich also in ihren Zulassungskriterien und vor allem auch in einem Untersuchungsmodus für Patienten. Während hierzulande die Direktkoloskopie angeboten wird (auch vor dem Hintergrund der Verfügbarkeit), geht man in den Niederlanden wie auch in Großbritannien und Frankreich von einer geringeren Akzeptanz der Koloskopie als Vorsorgemethode aus und wählt den inzwischen deutlich aussagekräftigeren immunologischen Stuhltest (FIT).

Das deutsche System hat als einziges seit 2002 konsequent Daten zur Vorsorge-Direktkoloskopie gesammelt und damit auch gezeigt, welche hervorragende Ergebnisse diese Untersuchung besitzt. Das Manko ist nach wie vor die Akzeptanz der anzusprechenden Bevölkerungsgruppe, die auf unterschiedlichen Ursachen beruht (s. Umfrage LebensBlicke). Auch waren zum damaligen Zeitpunkt (2002) keine Zahlen zum Post-Koloskopie-Karzinom verfügbar.

Es ist durchaus an der Zeit, eine Revision der Dickdarmkrebsvorsorge vorzunehmen und die Qualitätskriterien zu überprüfen. Um eine höhere Akzeptanz für eine Untersuchung zu erreichen, ist der Stuhltest als primärer Filter – auch bei der verbesserten Qualität – wohl die bessere Eingangslösung. Ein nationales Einladungsschreiben im Sinne einer deutlich weiteren Ansprache ist vorgesehen.

Auch die Qualitätskriterien, Anzahl der erkannten Krebsvorstufen und deren vollständige Entfernung könnten neu diskutiert werden.

Das niederländische Krebsvorsorgeprogramm für das kolorektale Karzinom enthält viele Details und deren ständige Überprüfung. In einem Land von überschaubarer Fläche und 17 Mio. Einwohnern und 380 sich bewerbenden Gastroenterologen erscheint eine Überprüfung der Leistungsqualität möglich. Ob sich diese Detailliertheit auch auf die Bundesrepublik Deutschland innerhalb des Krebsvorsorgeprogramms abbilden ließe, muss bezweifelt werden. Man wird in spätestens 5 Jahren erfahren, wie erfolgreich sich dieses Programm auf die Reduktion des Darmkrebses in unserem Nachbarstaat ausgewirkt hat.