



LebensBlicke
Stiftung Früherkennung Darmkrebs



POSITIONSPAPIER

Über-, Unter- und Fehlversorgung bei der Vorsorge-Koloskopie vermeiden

Stiftung LebensBlicke
Früherkennung Darmkrebs

Über-, Unter- und Fehlversorgung bei der Vorsorge-Koloskopie vermeiden

Autoren: J. F. Riemann, D. Hüppe, U. Haug, Th. Rösch, H. Wedemeyer, J. Aschenbeck, U. Tappe

Ein von der Stiftung LebensBlicke initiiertes Expertenworkshop am 18. Januar 2023 hat sich die Aufgabe gestellt, die Ergebnisse der von Ulrike Haug (Bremen) und Thomas Rösch (Hamburg) vorgelegten Studie zur Versorgungssituation bezüglich der Kontrollkoloskopien in Deutschland zu diskutieren. Diese Studie wurde vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterstützt und ist als versorgungsrelevant beurteilt worden (1).

Das deutsche Darmkrebs-Screening ist derzeit auf einem guten Entwicklungsstand (2). Seit 2002 besteht ein paralleles Angebot von Stuhltest und Screening-Koloskopie. Bereits im Nationalen Krebsplan (2008–2012) wurden Verbesserungen diskutiert und empfohlen (3). Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist die Kapazität der in Deutschland jährlich angebotenen Koloskopien hoch; dennoch ist diese in ihrem Ausmaß begrenzt. Die Kontrollintervalle nach einer Koloskopie mit einem pathologischen Befund sind in mehreren Updates der S3-Leitlinien zum kolorektalen Karzinom (KRK) konsentiert worden (4).

Die Umsetzung der Leitlinie bzgl. der Kontrollintervalle kann Über- und Unterversorgung vermeiden und Ressourcen für mehr Darmkrebsvorsorge mobilisieren. Dabei entsteht Überversorgung durch zu kurze Intervalle nach

Polypektomie vor allem von kleinen Adenomen, den nicht indizierten Einsatz von iFOBT nach stattgehabter Vorsorgekoloskopie mit dann positivem Befund und zu häufiger Kontrolluntersuchung bei bekannter Symptomatik und Erkrankung. Die Unterversorgung entsteht daraus, dass Patienten nach fortgeschrittenen Adenomen nicht zeitgerecht nachgesorgt und Risikogruppen (z. B. familiäres Darmkrebsrisiko) nicht identifiziert und überwacht werden (5,6). Deswegen haben Patienten mit fortgeschrittenen Adenomen immer noch eine deutlich schlechtere Prognose als solche mit kleinen Adenomen oder normaler Koloskopie (7).

Die Ursachen dieser nicht adäquaten Nutzung der Ressource Koloskopie hat vielfältige Gründe. Nicht allen Fachdisziplinen und Versorgungsebenen sind Leitlinien zum KRK präsent. Häufig ist die individuelle Anamnese des Patienten unzureichend vorhanden; es fehlen Befundergebnisse oder diese sind dem Patienten nicht bekannt. Ärztinnen und Ärzte veranlassen Untersuchungen, um nichts zu übersehen, Patienten wünschen möglicherweise aus Angst eine vorzeitige Kontrollkoloskopie zur eigenen Vergewisserung und Beruhigung. Bei der derzeit bestehenden Nachfrage sind ökonomische Gründe in Praxis und Klinik nicht von der Hand zu weisen, allerdings eher als unbedeutend zu werten.

Es ist offensichtlich, dass die Intervallkarzinomrate bei höherer Adenom-Detektionsrate (ADR) geringer ist. Dies trifft sowohl für einzelne große wie auch mehrere kleine Polypen zu (8).

Das Risiko steigt auch nach incompletter Resektion ebenso wie das Risiko für eine metachrone Neoplasie. Die Konsequenz daraus: Verbesserung der Koloskopiequalität einschließlich der Resektions- und Nachsorgequalität.

Die Ergebnisse aus der Studie sowie die Diskussion machen auch deutlich, dass zurzeit nur eine Minderheit der Patienten von Hausärzten oder Gastroenterologen an nötige Kontrolluntersuchungen erinnert wird. Selten gibt es Recallsysteme in der Praxis.

Aktuelle Zahlen zeigen, dass die Krankheitslast durch Darmkrebskrankungen weiterhin sehr hoch ist und mit 500.000 DALYs (disability adjusted life years) im Jahr 2015 die zweitgrößte Krankheitslast aller Krebsarten in Deutschland war. Auf Darmkrebs allein entfallen 8,4 % aller krebsbezogenen Gesundheitsausgaben (9).

Um diesen Entwicklungen wirksam zu begegnen, sind neue und zielführende Lösungen vonnöten. Lösungsvorschläge sind in den nachfolgenden Thesen zusammengefasst:

”

Schirmherr des Darmkrebsmonats März 2023 war **Oliver Welke**. Der Journalist, Komiker, Autor und Synchronsprecher ist bekannt als Moderator der ZDF-Satiresendung „heute-show“.

Sein persönliches Statement für die Stiftung LebensBlicke und zum Darmkrebsmonat März:

„Macht's wie ich! Geht zur Vorsorge! Darmkrebs ist vermeidbar.“



Oliver Welke (Foto: ZDF)



Kernthesen

1. Die flächendeckende und kontinuierliche Kommunikation über die Leitlinien Kolorektales Karzinom und ihre Umsetzung muss verbessert werden.
2. Die gezielte Schulung der Primärversorger und ihrer medizinischen Assistenzberufe (z.B. MFA-Projekt der Stiftung LebensBlicke) könnten dabei helfen (10). Lokale und regionale Qualitätszirkel könnten ein Medium der Kommunikation sein, die durch digitale Plattformen unterstützt, aber auch in medialen Prints (z. B. Fachzeitschriften) verstärkt werden.
3. Ein einheitliches und digitales Koloskopie-Register könnte die Möglichkeit bieten, die Qualität der Leistung vergleichbar zu machen und die digitale Nachverfolgung koloskopierter Patienten zu ermöglichen.
4. Die elektronische Patientenakte (ePA) könnte ein wichtiges Medium sein, um beim Versicherten alle Befunde im Rahmen der Darmkrebsvorsorge zusammenzufassen, dem Versicherten damit die Hoheit über seine Gesundheitsdaten zu gewährleisten, zugleich aber auch durch Versorgungstransparenz Unter- und Überversorgung zu reduzieren.
5. Ein praxis- oder krankenkassenbezogenes Recallsystem sollte etabliert werden; digitale Apps könnten dabei nützlich sein und zugleich die Eigenverantwortlichkeit des Patienten stärken (11).
6. Die Möglichkeiten einer zielgerichteten Information von Versicherten bzgl. der KRK-Früherkennung / Kontrollkoloskopien sollten eruiert und Umsetzungskonzepte (z. B. digitale Einladung) systematisch evaluiert werden (12). Bei positivem Ergebnis sollten die gesetzlichen Grundlagen entsprechend angepasst werden.
7. Die Akzeptanz der digitalen Anwendungen der Kommunikation sollte stetig gefördert werden. Dabei sollten individuelle Datenschutzregelungen die Daten des Einzelnen schützen, zugleich aber eine umfassende Adressierung ermöglichen. Datenschätze des Gesundheitswesens sollten gehoben und der Krebsvorsorge nützlich gemacht werden.
8. Die indikationsfreie Abgabe des Stuhltests jenseits der Regelungen des KFRG sollte nicht mehr honoriert werden (Aufklärung zwingend!).



Vordringliche Baustellen

1. Informationsaustausch zwischen Ärzten untereinander und mit Patienten verbessern

2. Schaffung von elektronischen Datenflüssen (inkl. rechtlicher Grundlagen), die eine befundgesteuerte Wiedereinladung ermöglichen

3. Kooperation mit den Kassen

4. Patientenschutz adressieren – dazu Verbündete suchen!



Literatur

1. Haug U., Horenkamp-Sonntag D., Rösch Th. et al. Fehlversorgung bezüglich Kontroll-Koloskopie in Deutschland: Ausmaß, Determinanten und Konzipierung von Lösungsansätzen (KOL-OPT) Ergebnisbericht GBA (Förderkennzeichen: 01VSF16037)
2. Hüppe D., Schmidt Ch., Riemann J. F.: Das deutsche Darmkrebs-Screening ist 20 Jahre alt. Übersicht. Zur Publikation in der MMW vorgesehen.
3. Riemann J. F., Maar C., Betzler M. et al. Darmkrebsfrüherkennung im Nationalen Krebsplan – Akt. Stand und Empfehlungen für die Weiterentwicklung. Z Gastroenterol 2011; 49:1428-1431
4. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1, 2019, AWMF-Registrierungsnummer: 021/007OL, <http://www.leitlinienprogrammmonkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/>



5. Hoffmeister M., Holleczeck B., Stock Ch. et al. Utilization and determinants of follow-up colonoscopies within 6 years after screening colonoscopy: Prospective cohort study. Int. J. Cancer; 144: 402-410
6. Schwarz S., Schäfer S., Horenkamp-Sonn- tag D. et al. Follow-up of 3 Million Persons Undergoing Colonoscopy in Germany: Utili- zation of Repeat Colonoscopies and Poly- pectomies Within 10 Years. Clin Transl Gastroenterol 2021; 12: e 00279.doi:14309
7. Baile-Maxía S., Mangas-Sanjuán C., Ladabaum U. et al. Risk Factors for Metachronous Colorectal Cancer or Advanced Adenomas After Endoscopic Resection of High-risk Adenomas. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022 Dec 20: S1542-3565(22)01170-3. doi: 10.1016/ j.cgh.2022.12.005. Online ahead of print
8. Schwarz S., Hornschuch M., Pox Ch. et al. Polyp detection rate and cumulative incidence of Postcolonoscopy colorectal cancer in Germany. Int J Cancer 2023; 152:1547-1555. doi: 10.10028.
9. Hernandez D., Ran T., Hernandez-Villafu- erte K. et al. Krankheitslast von Darmkrebs in Deutschland: Epidemiologie und Kosten. Forum 2023; 38:58-65
10. Bauer A., Riemann J. F., Seufferlein T. et al. Invitation to Screening Colonoscopy in the Population at Familial Risk for Colorectal Cancer - A cluster-randomized study aimed at increasing participation rates. Dtsch Arztebl Int 2018; 115:715-22.
11. Schwarz S., Hornschuch M., Pox Ch., Haug U.: Colorectal Cancer after Screening Colo- noscopy: 10-Year Incidence by Site and De- tection Rate at First Repeat Colonoscopy. Clin Transl Gastroenterol 2023; 14: e00535
12. Gruner L. F., Hoffmeister M., Ludwig L. et al. Effekte verschiedener Einladungsmodelle auf die Inanspruchnahme immunologischer Tests auf Blut im Stuhl. Dtsch Arztebl Int 2020; 117:423-430

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jürgen F. Riemann
 Em. Direktor der Med. Klinik C am Klinikum Ludwigshafen
 Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke
 Schuckertstraße 37, D-67063 Ludwigshafen
 E-Mail: riemannj@garps.de
 März 2023



Co-Autoren des Positionspapiers

Dr. Jens Aschenbeck	Sprecher Fachgruppe Kolorektales Karzinom im Berufsverband niedergel. Gastroenterologen (bng) Regionalvorsitzender Berlin des bng Facharzt für Innere Medizin, Versorgungsschwerpunkt Gastroenterologie Berlin
Prof. Dr. Ulrike Haug	Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) Bremen Leiterin der Abteilung Klinische Epidemiologie
Dr. Dietrich Hüppe	Vorstandsmitglied Stiftung LebensBlicke Co-Sprecher Fachgruppe Kolorektales Karzinom im Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen (bng) Internist, Gastroenterologe Herne
Prof. Dr. Thomas Rösch	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Klinikdirektor Chefarzt Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
Dr. Ulrich Tappe	Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e. V. (bng) 1. Vorsitzender Hamm/Ulm
Prof. Dr. Heiner Wedemeyer	Medizinische Hochschule Hannover Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie

Interessenkonflikt:

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

EINE INITIATIVE VOM





Über uns

Die Stiftung LebensBlicke – Früherkennung Darmkrebs – wurde 1998 ins Leben gerufen. Sie ist die älteste Stiftung, die sich in Deutschland für die Aufklärung der Bevölkerung über die Darmkrebsvorsorge einsetzt.

AKTIVITÄTEN DER STIFTUNG (u. a.)

- Öffentlichkeitsarbeit in den Medien
- Herausgabe von Publikationen
- Informationskampagnen
- Benefizveranstaltungen
- Unterstützung von Gesundheitsaktionen in Unternehmen/Organisationen
- Durchführung von Experten-Workshops, Seminaren, Symposien und Tagungen
- Verleihung des Darmkrebs-Präventionspreises
- VorsorgTheater „Alarm im Darm“ und „Mit Lust und Leidenschaft“
- Mitarbeit in gesundheitspolitischen Gremien in Bund, Ländern und Regionen



Unterstützung

Die Stiftung LebensBlicke hat es sich zur Aufgabe gemacht, umfassend über Früherkennungsmaßnahmen von Darmkrebs

zu informieren und zur Vorsorge zu motivieren. Unterstützen Sie unsere Arbeit mit einer Spende. Auch Zustiftungen sind willkommen.

Kostenlose Hotline: 0800 22 44 22 1

Geschäftsstelle

Stiftung LebensBlicke – Früherkennung Darmkrebs
Schuckertstraße 37, 67063 Ludwigshafen
Tel. 0621-69085388, Fax 0621-69085389
stiftung@lebensblicke.de, www.lebensblicke.de

Spendenkonto

Sparkasse Vorderpfalz
IBAN: DE22 5455 0010 0000 0009 68
BIC: LUHSDE6AXXX

Diese Information wurde Ihnen überreicht durch die Stiftung LebensBlicke und Ihre/Ihren behandelnde/-n Ärztin/Arzt.

