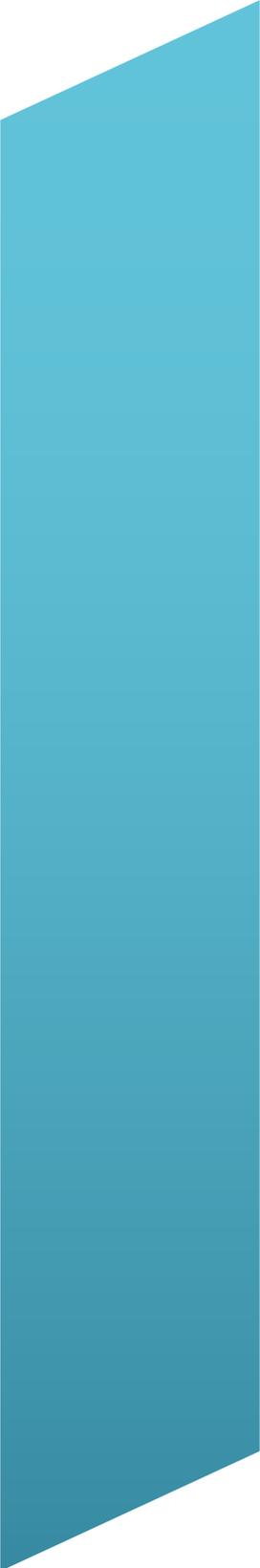


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie

**Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss
September 2023**

Impressum

Fachliche Begleitung durch Expertinnen und Experten der Fachgruppe Versorgungsprozesse und der Projektgruppe Qualitätsstandards

Mitglieder der Projektgruppe Qualitätsstandards (Reihung alphabetisch):

Ernst Fürthaller, MSc (Oberösterreichischer Gesundheitsfonds für intramurale Angelegenheiten)
Dr.ⁱⁿ Theresa Geley (Tiroler Gesundheitsfonds, bis Juli 2021)
Dr.ⁱⁿ Birgit Kraft (Österreichische Gesundheitskasse)
Dr.ⁱⁿ Gerda Hoffmann-Völkl, MBA (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds, bis Jänner 2021)
Petra Kozisnik, BSc (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds, bis August 2020)
Mag.^a Nicola Maier, MSc (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds, ab September 2021)
Mag.^a Verana Nikolai (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – BMSGPK)
Dr.ⁱⁿ Anita Offenthaler (Österreichische Gesundheitskasse, bis Oktober 2021)
Dr.ⁱⁿ Verena Radner (Österreichische Gesundheitskasse)
Mag.^a Sonja Scheffel, BA (Dachverband der Sozialversicherungsträger, bis August 2021)
Dr.ⁱⁿ Ulrike Stark (Gesundheitsfonds Steiermark)
Mag.^a Patrizia Theurer (BMSGPK)
SC Dr.ⁱⁿ Silvia Türk (BMSGPK, bis September 2020)
Dr. Fabian Waechter (BMSGPK, bis September 2020)
PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Manuela Zlamy, PhD (Tiroler Gesundheitsfonds)

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Dr. Alexander Eisenmann
Mag.^a Isabel Soede
Mag.^a Ines Werzinger
Mag. Dr. Roman Winkler, MMSc

Projektassistenz:
Romana Landauer

Externe Begutachtung (Reihung alphabetisch):

Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Monika Ferlitsch (Medizinische Universität Wien, Fachärztin für Innere Medizin und Fachärztin für Gastroenterologie und Hepatologie)
Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner, MPH (Donau-Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation)
Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Gschwantler (Klinik Ottakring, Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Gastroenterologie und Hepatologie)
Dr. Michael Jonas (Präsident der Ärztekammer für Vorarlberg, Beirat der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie, Facharzt für Innere Medizin, Additivfacharzt für Gastroenterologie und Hepatologie, Additivfacharzt für Hämatologie und Onkologie)
Dr. Stefan Kastner (Ärztekammer für Tirol, Facharzt für Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie)
Prim. Priv.-Doz. Dr. Andreas Maieron (Universitätsklinikum Sankt Pölten, Abteilungsleiter der Abteilung für Innere Medizin 2, Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Gastroenterologie und Hepatologie)

Zitiervorschlag:

BMSGPK (2023): Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch Sektionsleiterin Dr.ⁱⁿ Katharina Reich (BMSGPK, Sektion VII)

Erscheinungsdatum:

November 2023

allgemeiner Hinweis: Medizinisches Wissen unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess. Alle Angaben in diesem Qualitätsstandard, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, können somit nur den gültigen veröffentlichten Empfehlungen/Leitlinien der jeweils zuständigen medizinischen Fachgesellschaft(en) zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Qualitätsstandards entsprechen. Ein Abweichen der im Qualitätsstandard enthaltenen Empfehlungen ist in begründeten Einzelfällen möglich bzw. erforderlich.

Empfehlungen

Empfehlung 1: Leitlinienkonforme Vor- und Nachsorge



Die Durchführung der Vorsorgekoloskopie und die Nachsorge sollen konsequent leitlinienkonform erfolgen.

Empfehlung 2: Vorsorgekoloskopie ab 45 Jahren



Die Vorsorgekoloskopie wird asymptomatischen Personen ab 45 Jahren empfohlen, die keiner Risikogruppe für das Auftreten eines kolorektalen Karzinoms (KRK) angehören.

Empfehlung 3: Vorsorgekoloskopie bei familiärem Risiko



Bei Personen, deren Verwandte ersten Grades an KRK erkrankt waren/sind, soll die Vorsorgekoloskopie zehn Jahre vor dem Erkrankungsalter der/des Angehörigen, spätestens jedoch mit 40 Jahren durchgeführt werden.

Empfehlung 4: Intervalle der Vorsorgekoloskopie



Bei unauffälligem Befund oder bei Vorliegen definierter Darmkrebsvorstufen unter 10 mm sollte die Vorsorgekoloskopie alle zehn Jahre wiederholt werden.

Empfehlung 5: Stuhltests auf okkultes Blut



Für asymptomatische Personen, die an der Vorsorgekoloskopie in den empfohlenen Intervallen teilnehmen, ist kein Test auf okkultes Blut im Stuhl erforderlich.*

Empfehlung 6: Patienteninformation und Darmvorbereitung



Einige Tage, aber mindestens 24 Stunden vor der Vorsorgekoloskopie soll der Patientin / dem Patienten eine standardisierte Patienteninformation gemeinsam mit dem Rezept oder dem Arzneimittel für die Darmvorbereitung ausgehändigt werden sowie eine entsprechende Aufklärung über die Untersuchung und eine Instruktion zur Durchführung der Darmreinigung erfolgen.

Empfehlung 7: Vollständige Videokoloskopie und Bild- oder Videodokumentation



Die komplette Vorsorgekoloskopie umfasst eine vollständige video-unterstützte Koloskopie bis ins Zökum. Zur Erreichung des Zökums sowie zu ggf. erforderlichen interventionellen Eingriffen im Rahmen der Vorsorgekoloskopie hat eine Bild- oder Videodokumentation (vor und ggf. nach einer Abtragung) zu erfolgen.

Empfehlung 8: Polypektomie/Biopsie



Falls Polypektomie(n) oder Biopsie(n) erforderlich sind, sollen diese in derselben Sitzung wie die Vorsorgekoloskopie-Untersuchung vorgenommen werden, außer dies ist aus medizinischen Gründen nicht zumutbar/durchführbar.

Empfehlung 9: Histologie



Die histologische Untersuchung jedes entnommenen Materials (Polypen/Läsionen/Biopsate) ist verpflichtend durchzuführen und zu dokumentieren.

*Während die Koloskopie eine höhere Sensitivität und Spezifität bei der Detektion von Adenomen im Einzelfall hat, sind FIT und Koloskopie hinsichtlich erwünschter Endpunkte einer populationsbezogenen Screeningstrategie gleichwertig, weil der FIT eine höhere Akzeptanz und Inanspruchnahme hat.

Quelle Symbolbilder: <https://thenounproject.com> (Open Source), Urheber- und Rechteangaben siehe Anhang

Empfehlung 10: Standardisierte Dokumentation



Für jede Vorsorgekoloskopie ist eine standardisierte Dokumentation (Datenerfassung und -übermittlung) verpflichtend durchzuführen.

Empfehlung 11: Qualitätssicherung



Die Organisation, Steuerung, Überwachung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Vorsorgekoloskopie soll, ggf. unter Miteinbeziehung relevanter Stakeholder:innen, sichergestellt werden. Die Registerführung, die Datenhaltung und -auswertung sowie die regelmäßige Berichterstattung erfolgen durch eine unabhängige Stelle*.

Empfehlung 12: Qualitätsindikatoren



Zum Benchmarking im Kontext der Leistungserbringer:innen sollen für eine qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie definierte Kriterien zu Vorbereitung, Zökumerreichrate, Adenomentdeckungsrate, adäquater Polypektomietechnik, Komplikationsrate, Nachsorge und Hygiene erreicht werden.

Empfehlung 13: Hygienemaßnahmen



Die Hygienemaßnahmen im Endoskopiebereich müssen den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten zur Aufbereitung von Endoskopen (RKI 2012; RKI 2018) entsprechen.

Empfehlung 14: Abbruch / unvollständige Vorsorgekoloskopie



Falls die Durchführung einer vollständigen Vorsorgekoloskopie nicht möglich ist, soll dies begründet sowie dokumentiert und soll der:die Patient:in über das weitere Vorgehen aufgeklärt werden.

Empfehlung 15: Erfahrungsnachweis



Für die Durchführung der Vorsorgekoloskopie gelten die Voraussetzungen entsprechend den Kriterien der ÖGGH: Zur Durchführung der Vorsorgekoloskopie berechnete Fachärztinnen und Fachärzte sollen für die Durchführung der Vorsorgekoloskopie zumindest 200 supervidierte Koloskopien (bis ins Zökum) und mindestens 50 supervidierte Polypektomien durchgeführt haben. Zum Kompetenzerhalt sollen jährlich zumindest 100 selbstständig durchgeführte Koloskopien und zehn Polypektomien durchgeführt werden.

Empfehlung 16: Gesundheitsförderung



Im Rahmen der Vorsorgekoloskopie soll eine Aufklärung der Patientin / des Patienten über die Bedeutung von Lebensstilfaktoren bei der Darmkrebsvorsorge durch die koloskopierende Stelle erfolgen.

**Bei der Erarbeitung des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie wurde von allen beteiligten Partnerinnen und Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit (Bund, Länder und Sozialversicherung) angestrebt, dass die „unabhängige Stelle“, welche die Registerführung, Datenhaltung und -auswertung durchführt, im finalen QS konkret festgelegt wird. Im Rahmen der Aufbereitung der Ergebnisse der öffentlichen Konsultation für diesen QS gab es daher die Rückmeldung an die stellungnehmenden Einrichtungen, dass die „unabhängige Stelle“ vor Veröffentlichung des QS definiert sein wird. In der Zwischenzeit hat sich herausgestellt, dass aufgrund laufender übergeordneter Verhandlungen (u. a. Finanzausgleich, bundesweite Digitalisierungsstrategie) eine Einzelfallregelung nicht länger sinnvoll und zweckmäßig ist und eine einheitliche Lösung auch für zukünftige andere Themen wie etwa weitere Qualitätsstandards angestrebt wird. Wenn ein bundesweites Vorgehen vereinbart ist, wird der QS entsprechend aktualisiert werden.*

Inhalt

Empfehlungen	III
Inhalt	V
Abbildungen.....	VI
Tabellen	VI
Abkürzungen.....	VII
Glossar.....	VIII
1 Hintergrund und Ausgangslage.....	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Kurzübersicht über die Ausgangslage	1
1.3 Kernelemente des QS Vorsorgekoloskopie.....	2
1.3.1 Erkrankung	2
1.3.2 Betroffene Personengruppe (Vorsorgepopulation)	3
1.3.3 Versorgungsbereiche mit besonderem Interventionsbedarf (Handlungsfelder)	3
1.3.4 Leitlinien und Standards	3
1.3.5 Spezifische Adressatinnen/Adressaten	4
1.3.6 Ziel des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie	4
1.3.7 Nichtziele.....	4
1.3.8 Potenzieller Nutzen.....	5
2 Methode.....	6
3 Empfehlungen	9
3.1 Empfehlung 1: Leitlinienkonforme Vor- und Nachsorge.....	9
3.2 Empfehlung 2: Vorsorgekoloskopie ab 45 Jahren.....	10
3.3 Empfehlung 3: Vorsorgekoloskopie bei familiärem Risiko	12
3.4 Empfehlung 4: Intervalle der Vorsorgekoloskopie	13
3.5 Empfehlung 5: Stuhltests auf okkultes Blut.....	14
3.6 Empfehlung 6: Patienteninformation und Darmvorbereitung	15
3.7 Empfehlung 7: Vollständige Videokoloskopie und Bild- oder Videodokumentation.....	17
3.8 Empfehlung 8: Polypektomie/Biopsie	19
3.9 Empfehlung 9: Histologie	21
3.10 Empfehlung 10: Standardisierte Dokumentation	22
3.11 Empfehlung 11: Qualitätssicherung.....	24
3.12 Empfehlung 12: Qualitätsindikatoren	26
3.13 Empfehlung 13: Hygienemaßnahmen	29
3.14 Empfehlung 14: Abbruch / unvollständige Vorsorgekoloskopie	30
3.15 Empfehlung 15: Erfahrungsnachweis	31
3.16 Empfehlung 16: Gesundheitsförderung	33
4 Gültigkeitsdauer, Evaluierung und Aktualisierungsbedarf	34
5 Quellen	35
6 Anhang	40

Abbildungen

Abbildung 6.1: Beurteilung der Darmvorbereitungsqualität	44
Abbildung 6.2: Leitlinienkonforme Polypektomietechnik	45

Tabellen

Tabelle 3.1: Qualitätsindikatoren zur Erfolgskontrolle der diagnostischen Koloskopie (Empfehlung 12)	28
Tabelle 6.1: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards.....	40
Tabelle 6.2: Einstufung der Evidenzstärke	42
Tabelle 6.3: Empfehlungsgrade und Formulierung für QS-Empfehlungen	42
Tabelle 6.4: Risikostratifizierung und Nachsorgeintervalle bei Polypenabtragung im Rahmen der Vorsorgekoloskopie*	43

Abkürzungen

ADR	Adenomentdeckungsrate
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
ASVG	allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
FÄ/FA	Fachärztin/Facharzt
FIT	fäkaler immunologischer Test
ggf.	gegebenenfalls
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:innen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IT	Informationstechnologie
KRK	kolorektales Karzinom
LL	Leitlinie
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGGH	Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
QS	Qualitätsstandard
RCT	randomised controlled trial / randomisierte kontrollierte Studie

Glossar

Adenom	Ein kolorektales Adenom ist ein gutartiger, neoplastischer Polyp, der aus dysplastischem Epithel besteht. Adenome werden als Präkanzerosen bezeichnet, da sie potenziell maligne entarten können (ÖGGH 2023; WHO 2019).
Adenomentdeckungsrate	Prozentsatz der Koloskopien, in denen zumindest ein Adenom entdeckt wird (Kaminski et al. 2017)
akutstationäre Versorgung	Behandlung von Patientinnen/Patienten aufgrund einer akut eingetretenen Erkrankung mit Bedarf einer stationären Aufnahme in eine bettenführende Akutkrankenanstalt (siehe ÖSG 2017, S. 189) (BMASGK 2017)
Best Point of Service	Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen (vgl. Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, Art. 3 Begriffsbestimmungen) (BMASGK 2017). Empfehlungen zum Best Point of Service sind kein Ziel des vorliegenden Qualitätsstandards.
Empfehlungsgrad	Der Empfehlungsgrad spiegelt das Vertrauen in den vermuteten Effekt wider und berücksichtigt u. a. die Konsistenz der Studienergebnisse, die Relevanz der Endpunkte und Effektstärken, das Nutzen-Risiko-Verhältnis, ethische, rechtliche, ökonomische Erwägungen, Patientenrelevanz bzw. Patientenpräferenzen, die Anwendbarkeit auf die Patientenzielgruppe und das österreichische Gesundheitssystem, die Umsetzbarkeit im Alltag / in verschiedenen Versorgungsbereichen. Der Empfehlungsgrad schließt damit auch explizit subjektiv wertende Elemente ein. Klassifizierung des Empfehlungsgrads im vorliegenden Qualitätsstandard: starke Empfehlung („soll“), Empfehlung („sollte“) bzw. offene Empfehlung („kann“) (siehe Tabelle 6.3. im Anhang)
Evidenzstärke (Evidenzgrad, level of evidence)	Die Evidenzstärke (level of evidence) beschreibt die Belastbarkeit der Studienergebnisse und damit das Ausmaß an Sicherheit/Unsicherheit der beschriebenen Effekte. Für den vorliegenden Qualitätsstandard erfolgte eine dreistufige Graduierung der Evidenzstärke (des Evidenzgrads): hoch, mittel, schwach (siehe Kapitel 2, Methode)
extramuraler Bereich	(ambulanter) Versorgungsbereich außerhalb bettenführender Krankenhäuser (extramural = außerhalb der [Krankenhäuser-]Mauern): selbstständige Ambulatorien (inklusive eigener Einrichtungen der Sozialversicherungsträger), Gruppenpraxen, Einzelpraxen (Ärztinnen/Ärzte oder zur freiberuflichen Tätigkeit berechnete Angehörige anderer Gesundheitsberufe, siehe Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017, S. 190) (BMASGK 2017)

intramuraler Bereich	(stationärer und spitalsambulanter) Versorgungsbereich in bettenführenden Krankenanstalten (intramural = innerhalb der [Krankenanstalten-]Mauern, siehe Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017, S. 193) (BMASGK 2017)
kolorektales Karzinom (KRK)	bösartiger (maligner) Tumor des Dickdarms (Kolonkarzinom) und des Mastdarms (Rektumkarzinom)
Koloskopie	endoskopische Untersuchung des proximalen und distalen Teils des Kolons (Dickdarms) mittels eines durch den Anus geführten flexiblen Schlauchs. Derzeitiger medizinischer Standard ist die Videoendoskopie. (Denzer et al. 2015; WHO 2019)
organisiertes Screening	organisiertes Früherkennungsprogramm. Charakteristika eines organisierten Screenings sind z. B. eine definierte Zielpopulation, ein Einladungssystem und leitlinienbasierte/protokollbasierte Patientenpfade (WHO 2020). Der vorliegende Qualitätsstandard gibt keine Empfehlungen zu einem organisierten Koloskopiescreening.
Polyp (kolorektal)	Ein Polyp ist eine Schleimhautvorwölbung, die auf ein abnormales Gewebewachstum zurückgeht, das zumeist die oberflächlichste (Schleimhaut-)Schicht der Dickdarmwand betrifft. Endoskopisch werden Polypen nach ihrem makroskopischen Erscheinungsbild unterschieden (z. B. hyperplastisch, nichtneoplastisch, neoplastisch bzw. sessil, gestieltes oder flaches Wachstum) (ÖGGH 2023; WHO 2019).
Polypektomie	Die endoskopische Polypektomie ist ein Verfahren zur Entfernung von Polypen (WHO 2019).
selbstständige Ambulatorien	Selbstständige Ambulatorien sind Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG, die der Untersuchung und Behandlung von Personen dienen, die nicht der Aufnahme in Anstaltspflege bedürfen (siehe Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017, S. 195) (BMASGK 2017). Die selbstständigen Ambulatorien bilden ein wichtiges Segment der ambulanten Gesundheitsversorgung in Österreich. Selbstständige Ambulatorien umfassen ein breites Spektrum zwischen (fach)arztpraxenähnlichen Einrichtungen, ambulanten Behandlungseinrichtungen und ambulanten Spitälern mit teilweise operativem Leistungsspektrum. Das Gesundheitsressort (BMSGPK) führt ein unverbindliches Verzeichnis der selbstständigen Ambulatorien in Österreich (siehe https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich.html).
Screening	Durchführung von Untersuchungen/Tests bei asymptomatischen Personen zur Früherkennung möglicher Erkrankungen bzw. Erkrankungsvorstufen (WHO 2020)
serratierte Läsion / serratierter Polyp	Kolorektale serratierte Läsionen und Polypen sind durch eine serratierte Struktur des Epithels gekennzeichnet (WHO 2019).

Vorsorgeuntersuchung	Untersuchung im Sinne von § 132b ASVG „Vorsorge(gesunden)untersuchung“
Zökumerreichsrate	Qualitätsindikator der Koloskopie, der den Anteil der durchgeführten Koloskopien angibt, bei denen das Endoskop das Zökum erreicht hat (Denzer et al. 2015; Segnan et al. 2010).
Zökum	Blinddarm

1 Hintergrund und Ausgangslage

1.1 Hintergrund

Das kolorektale Karzinom (KRK) ist eine der häufigsten Krebserkrankungen in industrialisierten Ländern. In Österreich erkranken jährlich fast 5.000 Frauen und Männer an einem KRK. Damit ist Dickdarmkrebs in Österreich die dritthäufigste Krebsneuerkrankung sowohl bei Männern (nach Prostata- und Lungenkarzinom) als auch bei Frauen (nach Mamma- und Lungenkarzinom) (Statistik Austria 2020). Die Überlebenswahrscheinlichkeit von Patientinnen und Patienten mit KRK hängt weitgehend vom Tumorstadium zum Zeitpunkt der Diagnose ab (Hackl/Ihle 2020; Segnan et al. 2010).

Ziel der Vorsorgekoloskopie ist es, durch die Früherkennung von KRK(-Vorstufen) und die damit möglichst frühzeitige Einleitung entsprechender Therapiemaßnahmen die KRK-Morbidität und -Mortalität zu verringern (AWMF online 2019; ÖGGH 2023; Segnan et al. 2010).

Die qualitätsgesicherte endoskopische Untersuchung des Darms (Koloskopie) gilt als der Goldstandard im Vergleich zu anderen Vorsorge-/Früherkennungsmethoden, da die Koloskopie die höchste Sensitivität und Spezifität für das Auffinden präkanzeröser Läsionen und von Karzinomen aufweist. Zusätzlich zur Diagnostik ermöglicht die Koloskopie auch eine therapeutische Intervention durch die endoskopische Entfernung detektierter Läsionen (AWMF online 2019).

Die Erstellung des vorliegenden Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie entspricht den Vereinbarungen im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2017–2021) (Zielsteuerung–Gesundheit 2017). Demnach werden für ausgewählte Themenbereiche bundeseinheitliche Qualitätsstandards ausgearbeitet und beschlossen, welche in der Folge auf Landesebene umgesetzt werden sollen.

1.2 Kurzübersicht über die Ausgangslage

Gemäß dem aktualisierten Methodenhandbuch zur Erstellung von Qualitätsstandards Version 2.0 (BMASGK 2019) wurde als Grundlage für die weitere Konzeption des vorliegenden Qualitätsstandards eine sogenannte *Kurzübersicht über die Ausgangslage zum Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie* erarbeitet (Füszl et al. 2019). Diese Kurzübersicht bietet eine überblicksmäßige Darstellung mit essenziellen Informationen zum Themenbereich Vorsorgekoloskopie (u. a. Definition der Erkrankung, betroffene Patientengruppe, Versorgungssituation und Behandlungspfade, Leitlinien und Standards inklusive Qualitätsbewertung, Datengrundlagen und -quellen, gesetzliche Bestimmungen, betroffene Stakeholder:innen). Zusätzlich wurden Bereiche mit potenziellem Handlungsbedarf (sogenannte Handlungsfelder) identifiziert, die zur Weiterentwicklung einer flächendeckenden, qualitätsgesicherten Vorsorgekoloskopie in Österreich beitragen können. Die Kurzübersicht wird gemeinsam mit der finalen Version des Qualitätsstandards veröffentlicht.

1.3 Kernelemente des QS Vorsorgekolooskopie

Auf Basis der Kurzübersicht wurden die Kernelemente für den Qualitätsstandard Vorsorgekolooskopie (u. a. betroffene Personengruppe/Vorsorgepopulation, Adressatinnen/Adressaten, Ziele und Nichtziele, zugrunde liegende Leitlinien und Standards, Datengrundlagen, priorisierte Handlungsfelder) – wie im Methodenhandbuch Version 2.0 empfohlen – von der Projektgruppe Qualitätsstandards festgelegt und von der Fachgruppe Versorgungsprozesse am 18. 11. 2019 abgenommen.

Diese Kernelemente sind nachfolgend dargestellt.

1.3.1 Erkrankung

Als „kolorektale Karzinome“ (KRK) werden zusammenfassend bösartige Tumoren des Dickdarms (Kolonkarzinom) und des Mastdarms (Rektumkarzinom) verstanden. In der aktuellen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI 2020) sind hierzu die Kategorien C18–C19 (Bösartige Neubildung des Kolons, am Rektosigmoid und des Rektums) sowie D01 Carcinoma in situ (D01.0: Kolon, D01.2: Rektum) definiert.

Lebensstilfaktoren wie regelmäßige körperliche Aktivität, ausreichende Ballaststoffaufnahme, Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Personen, Verzicht auf Tabakrauch und Limitierung des Alkoholkonsums sind mit einem reduzierten KRK-Risiko assoziiert.

Die meisten KRK entwickeln sich aus nichtmalignen Vorstufen (Polypen bzw. Adenomen), den sog. präkanzerösen Läsionen (DIMDI 2020). Wie lange es dauert, bis aus einem Adenom ein kolorektales Karzinom entsteht, kann derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden, es wird dafür aber eine Zeitspanne von ungefähr zehn Jahren angenommen. Die Latenzphase bietet ein vergleichsweise langes Zeitfenster für die Früherkennung von KRK bzw. dessen Vorstufen (AWMF online 2019; Gallagher et al. 2012; Segnan et al. 2010).

KRK verursachen bis zum Erreichen eines fortgeschrittenen Stadiums in der Regel keine Beschwerden. Die Diagnose erfolgt daher häufig erst zu einem späten Zeitpunkt, wenn sich der Tumor bereits ausgebreitet hat bzw. Metastasen in weiteren Organen außerhalb des primär betroffenen Darmabschnitts entstanden sind (AWMF online 2019).

Definierte Personengruppen weisen aufgrund spezifischer Prädispositionen (endogener Risikofaktoren) ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung von KRK auf: Zu den Risikogruppen zählen Personen mit familiär erhöhter KRK-Häufigkeit, Personen mit erblichen Formen von Darmkrebs (z. B. hereditäres nichtpolypöses Kolonkarzinom / Lynch-Syndrom, familiäre adenomatöse Polyposis coli) sowie Patientinnen und Patienten mit einer bestehenden chronisch-entzündlichen Darm-erkrankung (v. a. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) (AWMF online 2019).

1.3.2 Betroffene Personengruppe (Vorsorgepopulation)

Die Vorsorgepopulation für die Entwicklung eines KKR sind in Österreich asymptomatische Personen im Alter ab 45 Jahren, die keiner Risikogruppe (siehe oben) für die Entwicklung eines KKR zuzurechnen sind (ÖGGH 2023).

Die Vorsorge(gesunden)untersuchung ist eine Leistung im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), daher ist die Vorsorgekoloskopie ein präventives Angebot im Sinne des ASVG.

Kolorektale Karzinome treten in industrialisierten Ländern bei Männern signifikant häufiger und früher auf als bei Frauen (Höffken et al. 2015). In Österreich liegt der Altersgipfel des KKR bei Männern zwischen dem 65. und 74. Lebensjahr, bei Frauen hingegen über dem 75. Lebensjahr (ÖGGH 2023). Daten aus den Erhebungszeiträumen 2007–2010 (Ferlitsch et al. 2011) bzw. 2015–2017 (Hackl/Ihle 2020) zeigen dementsprechend, dass sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der KKR-Prävalenz bzw. -Inzidenz mit zunehmendem Alter deutlicher zeigen. In der Alterskategorie von 45 bis 54 Jahren ist die KKR-Inzidenz für beide Geschlechter noch in etwa gleich verteilt, während im Alter von 55 bis 74 Jahren Männer signifikant häufiger an KKR erkranken als Frauen (Hackl/Ihle 2020).

1.3.3 Versorgungsbereiche mit besonderem Interventionsbedarf (Handlungsfelder)

Im Rahmen der Vorarbeiten zum vorliegenden Qualitätsstandard wurden folgende Versorgungsbereiche mit besonderem Interventionsbedarf (sogenannte Handlungsfelder) identifiziert (Fachgruppe Versorgungsprozesse 18. 11. 2019):

- » Derzeit gibt es keine österreichweit standardisierte Qualitätssicherung für die Vorsorgekoloskopie. Daher gibt es auch keine bundesweite Erhebung einheitlicher Qualitätsindikatoren.
- » Aktuell gibt es in Österreich ein opportunistisches Darmkrebscreening, aber kein bundesweites, organisiertes (populationsbezogenes) Darmkrebscreening.
- » Im Vergleich mit Ländern, die ein organisiertes Darmkrebscreening durchführen, ist die Teilnehmerate bei den bestehenden Darmkrebsvorsorgeangeboten in Österreich (Koloskopie, Blutstuhltests) niedrig.
- » In der österreichischen Bevölkerung besteht teilweise ein geringes Wissen über die verschiedenen Darmkrebsvorsorgemöglichkeiten (Blutstuhltests, Koloskopie). Insgesamt ist die Akzeptanz der Vorsorgekoloskopie in Österreich gering.

1.3.4 Leitlinien und Standards

Die drei nachfolgend genannten Leitlinien und Standards bilden die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen für diesen Qualitätsstandard.

- » S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom (Leitlinienprogramm Onkologie: Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (AWMF online 2019)

- » Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie) (ÖGGH 2023)¹
- » European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis (European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group 2010) (Segnan et al. 2010)²

1.3.5 Spezifische Adressatinnen/Adressaten

Spezifische Adressatinnen/Adressaten des vorliegenden Qualitätsstandards sind

- » sämtliche Gesundheitsdienstleister:innen und strategische Entscheidungsträger:innen sowie Stakeholder:innen, die am Screening / an der Früherkennung von KRK beteiligt sind.

1.3.6 Ziel des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie

Das Ziel des QS ist ein bundesweiter evidenzbasierter Qualitätsstandard zur Vorsorgekoloskopie, dessen Umsetzung gemäß den regionalen strukturellen Gegebenheiten erfolgt.

Vor dem Hintergrund der identifizierten Handlungsfelder sollte der Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie jedenfalls Empfehlungen zu folgenden Bereichen beinhalten:

- » Qualitätskriterien/-indikatoren zur Vorsorgekoloskopie
- » Rahmenbedingungen zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Vorsorgekoloskopie
- » standardisierte, zentrale, verbindliche Dokumentation mit regelmäßigen Qualitätsanalysen
- » Stärkung der Gesundheitskompetenz zum Thema Vorsorgekoloskopie
- » Steigerung der Vorsorgekoloskopie-Teilnahmerate, die jährlich bundesweit evaluiert werden soll.

1.3.7 Nichtziele

Nichtziele des vorliegenden Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie sind

- » Empfehlungen zu einem organisierten Koloskopiescreeningprogramm,
- » Empfehlungen zu anderen KRK-Vorsorgemethoden (außer Koloskopie),

¹

Für die initial ausgewählte Leitlinie (ÖGGH 2016) wurden während des Erstellungsprozesses zwei Leitlinienupdates veröffentlicht (Version 1.10, ÖGGH 2021, und Version 1.11, ÖGGH 2023). Die Neuerungen aus den Leitlinienupdates wurden in den Qualitätsstandard übernommen.

²

Die Leitlinie wird trotz ihres Erscheinungsjahrs 2010 (Einschlusskriterien siehe Kurzübersicht über die Ausgangslage zum Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie, GÖG 2019, S. 7) aufgrund inhaltlicher Relevanz als zusätzliche Grundlage berücksichtigt.

- » Empfehlungen zur kurativen Koloskopie³,
- » Empfehlungen zum Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung der involvierten Gesundheitsdienstleister:innen,
- » Empfehlungen zum Best Point of Service.

1.3.8 Potenzieller Nutzen

- » Für Gesundheitsdienstleister:innen sowie für strategische Entscheidungsträger:innen und Stakeholder:innen soll der vorliegende Qualitätsstandard eine Unterstützung bei der leitlinienkonformen Umsetzung der Vorsorgekoloskopie und deren Qualitätssicherung bieten.
- » Der vorliegende Qualitätsstandard soll zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zum Thema Vorsorgekoloskopie beitragen.

3

Die kurative Koloskopie bezeichnet eine Darmspiegelung bei klinischen Symptomen bzw. Beschwerden wie Bauchschmerzen, Bauchkrämpfen oder Blut im Stuhl.

2 Methode

Die *Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards* (Methodenhandbuch Version 2.0) (BMASGK 2019) bildet die methodische Grundlage für den vorliegenden Qualitätsstandard, der unter fachlicher Begleitung von Expertinnen und Experten der Fachgruppe Versorgungsprozesse sowie der Projektgruppe Qualitätsstandards und mit Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH erstellt wurde.

Der Prozess der Leitlinienauswahl (Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien) ist der im Vorfeld des Qualitätsstandards erstellten *Kurzübersicht über die Ausgangslage zum Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie* zu entnehmen (Füszl et al. 2019). Die Qualität der Leitlinien wurde mittels verkürzter Checkliste der Medizinischen Universität Graz, basierend auf der Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II), bewertet. Die finale Leitlinienauswahl erfolgte unter Berücksichtigung der inhaltlichen Relevanz (z. B. korrekte Zielgruppe, lokale Anwendbarkeit) durch die Gremien der Bundeszielsteuerung-Gesundheit.

Um internationale Leitlinienempfehlungen auf Übereinstimmung mit den verfassten Empfehlungen des Qualitätsstandards zu überprüfen, fand im Erstellungsprozess des Qualitätsstandards (nach externer Begutachtung) ein Abgleich mit den primär ausgeschlossenen Leitlinien (sowie ggf. mit bestehenden Leitlinienupdates, die bis Mai 2021 publiziert worden waren) statt (Canadian Task Force on Preventive Health Care 2016; Rex et al. 2017; SIGN 2016; USPTF 2021; Wolf et al. 2018). Relevante Abweichungen wurden in der Projektgruppe begutachtet und konnten ggf. als Änderung in den Qualitätsstandard übernommen werden. Der Abgleich führte zu keinen inhaltlichen Änderungen des Qualitätsstandards.

Empfehlungen

Qualitätsstandards enthalten u. a. von Fachgesellschaften empfohlene Regelungen und Ablaufbeschreibungen, die in der jeweils gültigen Version unverändert übernommen/empfohlen werden. Die ausgewählten Leitlinien und Standards (siehe Kapitel 1.3.4) bilden die medizinisch-inhaltliche Grundlage für den vorliegenden Qualitätsstandard. Die Empfehlungen werden nicht im Qualitätsstandard wiedergegeben, sondern sind den Originalpublikationen zu entnehmen.

Die Projektgruppe Qualitätsstandards formulierte außerdem Empfehlungen zu Versorgungsaspekten unter Berücksichtigung der als Grundlagendokumente festgelegten Leitlinien und Standards (siehe Kapitel 1.3.4).

Evidenzbasis

Für jede einzelne Empfehlung sowie den zugehörigen erklärenden Text („Hintergrund“) im vorliegenden Qualitätsstandard ist die Evidenzbasis genannt. Entsprechende Angaben zum Studientyp

aus dem Grundlagendokument dienten als Basis für die Formulierung einer Empfehlung und wurden übernommen (z. B. Leitlinienempfehlung auf Basis eines systematischen Reviews / einer Querschnittstudie / eines Expertenkonsenses).

Bei fehlenden Angaben zur Evidenzbasis in den Grundlagendokumenten erfolgte eine selektive Suche nach systematischen Übersichtsarbeiten in den folgenden Datenbanken: Cochrane Library (cochranelibrary.com), TRIP-Database (tripdatabase.com) und PubMed (ncbi.nlm.nih.gov/pubmed). Folgende Einschlusskriterien wurden festgelegt: Die systematische Übersichtsarbeit, auf die sich die jeweilige Empfehlung bezieht, muss in deutscher oder englischer Sprache vorliegen, in Europa, Nordamerika oder Australien/Neuseeland erstellt bzw. herausgegeben worden sein und maximal zehn Jahre alt sein. Die Auswahl erfolgte unabhängig durch zwei Mitarbeiter:innen der GÖG. Bei Dissens wurde durch Diskussion eine Einigung hergestellt.

Zur Formulierung der erklärenden Texte („Hintergrund“) wurden außerdem bei jeder Empfehlung Primärquellen der Grundlagendokumente herangezogen – diese hatten jedoch keinen Einfluss auf die Einstufung der Evidenzstärke.

Evidenzstärke

Zur Festlegung der Evidenzstärke wurden die in der Evidenzbasis genannten Quellen entsprechend einem festgelegten Bewertungsschema (Evidenzstärke stark, mittel, schwach) zusammengefasst (siehe Tabelle 6.2 im Anhang). Bei mehr als einer Literaturquelle wurde für die Beurteilung der Evidenzstärke der jeweils höchste Evidenzgrad herangezogen. Falls keine externe Evidenzbasis identifiziert wurde, konnte die Projektgruppe ein Konsensus-Statement abgeben.

Empfehlungsgrad

Die aus den Empfehlungen abgeleiteten Empfehlungsgrade wurden auf Basis der *Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards* (BMASGK 2019) von der Projektgruppe Qualitätsstandards festgelegt (siehe Tabelle 6.3 im Anhang). Bei abweichenden Formulierungen (z. B. „ist durchzuführen“, „muss“) ist der entsprechend angeführte Empfehlungsgrad (A/B/O) zu berücksichtigen.

Sicherstellung der methodischen Qualität

Der vorliegende Qualitätsstandard wurde einer externen Begutachtung unterzogen, dazu wählte die Projektgruppe Qualitätsstandards sechs externe Fachexpertinnen und Fachexperten aus (siehe Impressum S. II), die anhand eines standardisierten Dokuments (mit Leitfaden für die Begutachtung) Stellung nahmen. Die Anmerkungen und Korrekturvorschläge der externen Gutachter:innen wurden in Abstimmung mit der Projektgruppe Qualitätsstandards in den Qualitätsstandard eingearbeitet beziehungsweise mit Begründung abgelehnt. Die Ergebnisse der externen Begutachtung (Kommentare aus den externen Stellungnahmen) werden zusammen mit der Endfassung des Qualitätsstandards veröffentlicht. Zusätzlich wurde der vorliegende Qualitätsstandard einer öf-

fentlichen Konsultation unterzogen. Die diesbezüglichen Rückmeldungen wurden analog der externen Begutachtung in Abstimmung mit der Projektgruppe Qualitätsstandards in den Qualitätsstandard eingearbeitet oder mit Begründung abgelehnt. Die Ergebnisse der öffentlichen Konsultation werden ebenfalls gemeinsam mit der Endfassung dieses Qualitätsstandards auf der Website der GÖG veröffentlicht.

Die finale Version dieses Qualitätsstandards wurde nach Abnahme durch die Fachgruppe Versorgungsprozesse vom Ständigen Koordinierungsausschuss (StKA) am 22. 9. 2023 beschlossen und zur Publikation freigegeben.

3 Empfehlungen

3.1 Empfehlung 1: Leitlinienkonforme Vor- und Nachsorge



Die Durchführung der Vorsorgekoloskopie und die Nachsorge sollen konsequent leitlinienkonform erfolgen.

Hintergrund: Leitlinien stellen evidenzbasierte Empfehlungen zur Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Nachsorge definierter Erkrankungen zur Verfügung. Durch leitlinienkonformes Vorgehen seitens der Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) soll eine qualitätsgesicherte Versorgung unterstützt und eine Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden (Lugtenberg et al. 2009; Ollenschläger 2002). Durch die Einhaltung klinischer Leitlinien können bessere Outcomes der Patientinnen und Patienten erreicht werden, während sich die Nichteinhaltung der Leitlinien vor allem auf ältere Patientinnen und Patienten mit Krebs oder anderen Komorbiditäten negativ auswirken kann (Murad 2017; Ollenschläger 2002).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Leitlinien bieten einen evidenzbasierten Handlungsleitfaden für eine qualitätsgesicherte Vorsorge sowie für ggf. weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Patientinnen und Patienten sollen nach der Vorsorgekoloskopie über die empfohlenen Nachsorgeintervalle aufgeklärt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Die leitlinienkonforme Vorsorge, Diagnostik und Therapie erfolgen auf Basis der besten aktuell verfügbaren Evidenz. Eine Standardisierung des Vorsorgeprozesses kann zur Verbesserung patientenrelevanter Outcomes beitragen. Qualitätsgesicherte, laienverständliche Informationen sollten daher leicht zugänglich verfügbar sein.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Es soll sichergestellt werden, dass gültige Leitlinien zur qualitätsgesicherten Vorsorgekoloskopie den betroffenen GDA bekannt und zugänglich sind.

Evidenzbasis: systematische Übersichtsarbeiten (Lugtenberg et al. 2009), Übersichtsarbeiten (Murad 2017; Ollenschläger 2002)

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A

Qualitätsindikatoren: Im Qualitätsstandard wurden zu den einzelnen Empfehlungen Qualitätsindikatoren definiert. Mit diesen kann der Grad eines leitlinienkonformen Vorgehens bei der Vorsorgekoloskopie gemessen werden. Zusätzlich finden sich in Empfehlung 12 (siehe Tabelle 3.1: Qualitätsindikatoren zur Erfolgskontrolle der diagnostischen Koloskopie) Qualitätsindikatoren, die im Kontext des Benchmarkings der Leistungserbringer:innen eingesetzt werden sollen.

3.2 Empfehlung 2: Vorsorgekoloskopie ab 45 Jahren



Die Vorsorgekoloskopie wird asymptomatischen Personen ab 45 Jahren empfohlen, die keiner Risikogruppe für das Auftreten eines KRK⁴ angehören.

Hintergrund: Sowohl die Inzidenz als auch die Mortalität des KRK steigen mit dem Alter an. Weltweit treten etwa zehn Prozent aller KRK-Fälle bei Personen unter 50 Jahren auf (WHO 2019). In Österreich treten etwa zehn Prozent der Fälle im Alter von 45 bis 54 Jahren und unter fünf Prozent der Fälle bei unter 45-Jährigen auf (Daten der Statistik Austria, 2015–2017) (Hackl/Ihle 2020). Das höchste Erkrankungsrisiko haben Männer zwischen dem 65. und dem 74. Lebensjahr und Frauen ab dem 75. Lebensjahr (AWMF online 2019; ÖGGH 2023).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Patientinnen und Patienten sollten entsprechend ihrem Risiko, an KRK zu erkranken, klassifiziert werden. Personen, die keiner Risikogruppe angehören, soll ab dem Alter von 45 Jahren eine Vorsorgekoloskopie empfohlen werden. Zur Aufklärung von Patientinnen und Patienten über Darmkrebsvorsorge können evidenzbasierte Informationsmaterialien im Sinne einer guten Gesundheitsinformation bereitgestellt werden (sozialversicherung.at 2021).

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Asymptomatische Personen sollen die Vorsorgekoloskopie in regelmäßigen Zeitintervallen (entsprechend den Empfehlungen) durchführen lassen, da das Risiko für das Auftreten eines KRK aufgrund des Alters und/oder einer Vorbelastung deutlich ansteigt. Das Bereitstellen bzw. die Information über das Bestehen einschlägiger guter Gesundheitsinformationen ermöglicht eine informierte Entscheidung für oder gegen die Vorsorgekoloskopie.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Es soll sichergestellt werden, dass in Österreich Personen ab dem 45. Lebensjahr in regelmäßigen Zeitintervallen an einer Vorsorgekoloskopie teilnehmen können. Aufgrund der altersabhängigen Komplikationszunahme soll die Vorsorgekoloskopie Patientinnen und Patienten bis zu einem Alter von 75 Jahren angeboten werden. Die erstmalige Koloskopie wird grundsätzlich bis zum 80. Lebensjahr empfohlen. Ein höheres Alter kann in Abhängigkeit von der voraussichtlichen Lebenserwartung und den Begleiterkrankungen in Betracht gezogen werden (AWMF online 2019; ÖGGH 2023). Zur Aufklärung von Patientinnen und Patienten gibt es Informationsmaterialien zur Darmkrebsfrüherkennung des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (sozialversicherung.at 2021).

4

Hochrisikogruppen für die Entwicklung eines KRK umfassen unter anderem (AWMF online 2019):

- » Personen mit einem familiär gesteigerten Risiko
- » nachgewiesene oder mögliche Anlageträger:innen für ein hereditäres KRK (z. B. Lynch-Syndrom / hereditäres nichtpolyposisassoziertes KRK, familiäre adenomatöse Polyposis)
- » Personen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (u. a. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)

Evidenzbasis:

Leitlinienempfehlung auf Basis einer Entscheidungsanalyse für die vergleichende Nutzen-Schaden-Kosten-Bewertung verschiedener Strategien für ein organisiertes bevölkerungsweites Screening auf kolorektales Karzinom in Österreich: Jahn et al.; erstellt für das Nationale Screening-Komitee auf Krebserkrankungen (2021). In BMSGPK (Hg.). Evidenzgrundlagen und Empfehlungen zur Einführung eines organisierten Darmkrebs-Screening-Programms in Österreich, 2022

Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie, Version 1.11. Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie / ÖGGH (2023), www.oeggh.at

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A

möglicher Qualitätsindikator:

- » Anteil der asymptomatischen Personen, die ab dem Alter von 45 Jahren an einer Vorsorgekoloskopie teilnehmen und keiner Risikogruppe angehören

Datenquelle: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1)

3.3 Empfehlung 3: Vorsorgekoloskopie bei familiärem Risiko



Bei Personen, deren Verwandte ersten Grades an KRK erkrankt waren/sind, soll die Vorsorgekoloskopie zehn Jahre vor dem Erkrankungsalter der:des Angehörigen, spätestens jedoch mit 40 Jahren durchgeführt werden.

Hintergrund: Als „familiäres kolorektales Karzinom“ wird das familiär gehäuft auftretende KRK bezeichnet. Bei dieser Form des KRK, die etwa bei 20 bis 30 Prozent aller Erkrankungen auftritt, kann keine verantwortliche genetische Veränderung identifiziert werden. Während zweitgradig Verwandte ein nur gering erhöhtes KRK-Risiko haben, ist das KRK-Risiko für Verwandte ersten Grades (Indexpatientin bzw. Indexpatient) deutlich erhöht (etwa zwei- bis dreifach). Das Risiko steigt mit sinkendem Erkrankungsalter der Indexpatientin bzw. des Indexpatienten und der Anzahl erstgradig Verwandter mit KRK. Bei einem jüngeren Erkrankungsalter der Indexpatientin oder des Indexpatienten (< 50 Jahre) ist das Risiko der:des Verwandten etwa 4,4-fach erhöht (AWMF online 2019; Henrikson et al. 2015; Roos et al. 2019).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Personen, die erstgradig mit KRK-Erkrankten verwandt sind, sollen rechtzeitig über das dadurch erhöhte individuelle KRK-Risiko aufgeklärt werden. Diesen Personen soll ggf. eine frühzeitigere Vorsorgekoloskopie empfohlen werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Tritt bei einer:einem nahen Verwandten ein KRK auf, erhöht sich das eigene KRK-Risiko. Durch eine entsprechende Anpassung des Zeitpunkts der ersten Vorsorgekoloskopie kann auf ein individuell erhöhtes Erkrankungsrisiko eingegangen werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Es soll sichergestellt sein, dass Personen mit einem familiär erhöhten Risiko, ein KRK zu entwickeln, eine entsprechend frühere Vorsorgekoloskopie (siehe oben) angeboten wird. Bei Personen, die nachgewiesen oder möglicherweise Anlageträger:innen für ein hereditäres KRK sind, soll ein individuelles Vorgehen gewählt werden.

Evidenzbasis: Leitlinienempfehlung auf Basis eines Expertenkonsenses (AWMF online 2019; ÖGGH 2023); systematische Übersichtsarbeiten (Henrikson et al. 2015; Roos et al. 2019)

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A

möglicher Qualitätsindikator:

- » Zeitpunkt, zu dem Personen mit positiver Familienanamnese an der Vorsorgekoloskopie teilnehmen

Datenquelle: Aktuell sind keine Routinedaten zu KRK-Verwandten ersten Grades vorhanden; die Prüfung von Patientenakten oder eine Patientenbefragung wäre erforderlich.

3.4 Empfehlung 4: Intervalle der Vorsorgekoloskopie



Bei unauffälligem Befund oder bei Vorliegen definierter Darmkrebsvorstufen unter 10 mm⁵ sollte die Vorsorgekoloskopie alle zehn Jahre wiederholt werden.

Hintergrund: Für die Entwicklung einer gutartigen Krebsvorstufe (z. B. Adenom) zu einem KRK wird eine Zeitspanne von rund zehn Jahren angenommen. Dadurch ergibt sich ein vergleichsweise langes Zeitfenster zur Früherkennung von KRK bzw. dessen Vorstufen (AWMF online 2019; ÖGGH 2023; Segnan et al. 2010). Nicht fortgeschrittene Neoplasien, die nur ein geringes Entartungsrisiko aufweisen, werden bei etwa 20 Prozent der Personen fünf Jahre nach einer Koloskopie mit unauffälligem Befund entdeckt. Fortgeschrittene Neoplasien treten mit ein bis fünf Jahren (etwa 2,8 Prozent) bzw. sechs bis zehn Jahren (etwa 3,2 Prozent) nach einer unauffälligen Vorsorgekoloskopie hingegen nur sehr selten auf. Bei Intervallen von über zehn Jahren steigt die Prävalenz fortgeschrittener Neoplasien jedoch deutlich an (Heisser et al. 2019), weshalb ein zehnjährliches Intervall bei unauffälligem Befund empfohlen wird. Bei auffälligem Befund ist entsprechend dem Polypenmanagement / den Nachsorgeempfehlungen aktuell gültiger evidenzbasierter Leitlinien vorzugehen (ÖGGH 2023).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Die Wiederholung der Vorsorgekoloskopie nach zehn Jahren setzt voraus, dass die Koloskopievorbereitung ausreichend gut war und die Koloskopie qualitativ hochwertig und komplett (bis ins Zökum) erfolgte. Patientinnen und Patienten sollen über dieses Intervall informiert werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Die Einhaltung der empfohlenen Koloskopie-Intervalle nach unauffälligem Befund soll sicherstellen, dass Krebsvorstufen rechtzeitig vor der Entwicklung zum KRK detektiert werden können.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Es soll sichergestellt werden, dass eine neuerliche Vorsorgekoloskopie zehn Jahre nach einem unauffälligen Befund ermöglicht wird.

Evidenzbasis: Leitlinienempfehlungen auf Basis von Fall-Kontroll-Studien (AWMF online 2019), (systematischen Reviews aus) Kohortenstudien und diagnostischen Querschnittstudien (Segnan et al. 2010) sowie auf Basis eines Expertenkonsenses (ÖGGH 2023)

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: B

möglicher Qualitätsindikator:

- » Anteil der Personen, bei denen nach erstmaliger Vorsorgekoloskopie die empfohlenen Intervalle eingehalten werden

Datenquelle: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1)

5

ein bis vier Adenome unter 10 mm mit Low-Grade-Dysplasie (unabhängig vom Anteil der villösen Komponente) oder serra-
tierte Polypen unter 10 mm ohne Dysplasie (ÖGGH 2023)

3.5 Empfehlung 5: Stuhltests auf okkultes Blut



Für asymptomatische Personen, die an der Vorsorgekoloskopie in den empfohlenen Intervallen teilnehmen, ist kein Test auf okkultes Blut im Stuhl erforderlich.

Hintergrund: Bei positivem Ergebnis eines Blutstuhltests ist die Durchführung einer Koloskopie erforderlich (AWMF online 2019). Nach bereits erfolgter qualitätsgesicherter Koloskopie ergibt sich somit für die Durchführung eines Blutstuhltests kein zusätzlicher Informationsgewinn.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Hat eine Person an der Vorsorgekoloskopie teilgenommen, sind Tests auf okkultes Blut im Stuhl nicht zweckmäßig oder notwendig und sollen daher nicht durchgeführt bzw. nicht empfohlen werden. Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf darüber aufgeklärt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Nach der Durchführung einer qualitätsgesicherten Vorsorgekoloskopie sind weitere Tests auf okkultes Blut im Stuhl zur Darmkrebsvorsorge nicht sinnvoll. Diese Empfehlung soll dazu beitragen, unnötige Belastungen durch mehrfache Untersuchungen zu reduzieren.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Der gezielte, medizinisch zweckmäßige Einsatz von (Vorsorge-)Untersuchungsmethoden entspricht einem effizienten und qualitätsgesicherten Ressourcenmanagement.

Evidenzbasis: Leitlinienempfehlung auf Basis systematischer Übersichtsarbeiten aus randomisierten kontrollierten Studien (AWMF online 2019) und auf Basis eines Expertenkonsenses (ÖGGH 2023)

Evidenzstärke: stark

Empfehlungsgrad: A

möglicher Qualitätsindikator:

- » Anteil der Personen, die trotz der Durchführung der Vorsorgekoloskopie in den empfohlenen Intervallen einen Test auf okkultes Blut im Stuhl in Anspruch nehmen

Datenquellen: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1) sowie Abrechnungsdaten von Blutstuhltests bzw. Prüfung von Patientenakten

3.6 Empfehlung 6: Patienteninformation und Darmvorbereitung



Einige Tage, aber mindestens 24 Stunden vor der Vorsorgekoloskopie soll der Patientin / dem Patienten eine standardisierte Patienteninformation gemeinsam mit dem Rezept oder dem Arzneimittel für die Darmvorbereitung ausgehändigt werden sowie eine entsprechende Aufklärung über die Untersuchung und eine Instruktion zur Durchführung der Darmreinigung erfolgen.

Hintergrund: Zur adäquaten Aufklärung der Patientinnen und Patienten soll eine standardisierte Patienteninformation über den geplanten Eingriff einige Tage vor diesem ausgehändigt werden (in Form eines Aufklärungs-/Einwilligungsbogens). Im Zuge der Aufklärung soll auch über die Möglichkeit der Sedierung informiert werden.

Da die Qualität der Darmvorbereitung die Durchführung der Koloskopie maßgeblich beeinflusst, ist eine entsprechende Aufklärung der Patientinnen und Patienten zur korrekten Darmvorbereitung notwendig. Eine unzureichende Darmreinigung ist mit einer niedrigeren Adenomentdeckungsrate und Zökumerreichsrate assoziiert (Kaminski et al. 2017). Durch zusätzliche Aufklärungsmethoden (z. B. verbal oder mittels Video, mobiler Applikation oder per SMS) kann die Darmvorbereitung weiter verbessert werden (Guo et al. 2017; Kurlander et al. 2016). Die Aufklärung über die Darmvorbereitung soll Hinweise zur korrekten Anwendung des Abführmittels und Anweisungen hinsichtlich des Essens und Trinkens vor der Untersuchung enthalten.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Patientinnen und Patienten sollen einige Tage vor dem Eingriff über die Koloskopie sowie die korrekte Darmvorbereitung aufgeklärt werden. Das Arzneimittel bzw. das Rezept zur Darmvorbereitung soll rechtzeitig ausgehändigt werden. Untersuchungsrelevante Fragen sollen mit der Patientin / dem Patienten zeitgerecht vor der Durchführung der Vorsorgekoloskopie geklärt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Durch eine adäquate und rechtzeitige Aufklärung über die Darmreinigung soll die Qualität der Darmvorbereitung verbessert werden. Diese Empfehlung kann zu einer verbesserten Compliance der Patientinnen und Patienten beitragen, und in weiterer Folge können unvollständige Koloskopien aufgrund von Verschmutzung (durch Stuhlreste) sowie kürzere Intervalle für Nachsorgekoloskopien vermieden werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Eine einfache, laienverständlich aufbereitete Information zur Vorsorgekoloskopie (z. B. Patientenbroschüre) soll zur Verfügung gestellt werden (z. B. Thieme Compliance: Aufklärungsbogen Koloskopie, ggf. mit endoskopischer Resektion/Polypektomie, ID 7Th).

Evidenzbasis: Leitlinienempfehlung auf Basis eines Expertenkonsenses (Kaminski et al. 2017; ÖGGH 2023); systematische Übersichtsarbeiten (Guo et al. 2017; Kurlander et al. 2016)

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A

mögliche Qualitätsindikatoren:

- » Anteil der Personen, die zumindest 24 Stunden vor der Vorsorgekoloskopie eine standardisierte Patienteninformation sowie eine entsprechende Aufklärung und Instruktion zur Darmvorbereitung erhalten

Datenquelle: keine Routinedaten verfügbar, standardisierte Verlaufs-/Diagnosedokumentation und Einsicht in Patientenakten erforderlich

- » Darmvorbereitung: siehe Empfehlung 12
- » Laienverständlichkeit der Patienteninformation

Datenquellen: Patientenbefragung

3.7 Empfehlung 7: Vollständige Videokoloskopie und Bild- oder Videodokumentation



Die komplette Vorsorgekoloskopie umfasst eine vollständige videounterstützte Koloskopie bis ins Zökum. Zur Erreichung des Zökums sowie zu ggf. erforderlichen interventionellen Eingriffen im Rahmen der Vorsorgekoloskopie hat eine Bild- oder Videodokumentation (vor und ggf. nach Abtragung) zu erfolgen.

Hintergrund:

Die Zökumerreichsrate ist einer der zentralen Qualitätsindikatoren der (Vorsorge-)Koloskopie, da ein erheblicher Anteil der kolorektalen Neoplasien im proximalen Kolon einschließlich des Zökums lokalisiert ist (Segnan et al. 2010). Niedrige Zökumerreichsraten sind mit signifikant höheren Raten von Intervallkarzinomen in proximalen Darmabschnitten assoziiert (Lund et al. 2019; Rex et al. 2015). Zum eindeutigen Nachweis des Erreichens des Zökums wird eine überprüfbare Panoramaaufnahme der Ileozökalklappe und des Zökums oder alternativ ein Videoclip mit einer entsprechenden Momentaufnahme empfohlen (Segnan et al. 2010).

Die leitlinienkonforme Polypenabtragung sowie die Komplikationsrate sind Qualitätsindikatoren der Vorsorgekoloskopie, somit werden die Bild- und Videodokumentation interventioneller Eingriffe im Rahmen der Koloskopie (u. a. Polypektomie, Gewebsentnahme, Maßnahmen bei Komplikationen) im Sinne der Qualitätssicherung ebenfalls empfohlen (Marques et al. 2017; ÖGGH 2023). Die Anwendung inadäquater Polypektomietechniken führt zu einem erhöhten Risiko inkompletter Polypenabtragungen. Unvollständig abgetragene Polypen stehen mit der Entwicklung von Intervallkarzinomen in Zusammenhang und erfordern Folgekoloskopien zur vollständigen Abtragung (Kaminski et al. 2017).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Ziel jeder Vorsorgekoloskopie sollte sein, diese vollständig, und damit bis ins Zökum, durchzuführen. Die Dokumentation des Erreichens des Zökums sowie der interventionellen Eingriffe als Bild oder Video ist verpflichtend.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Um Veränderungen in jedem Darmabschnitt detektieren zu können, ist die Koloskopie bis ins Zökum essenziell. Durch geeignete Bild- oder Videodokumentation ist die durchgeführte Koloskopie wieder abrufbar und kann zur Klärung bei nachfolgenden medizinischen Fragestellungen beitragen.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Die Bild- und Videodokumentation stellt eine Prämisse einer qualitativvollen Befundung und der Vorsorgekoloskopie dar.

Evidenzbasis:

Erreichen des Zökums: Leitlinienempfehlung auf Basis von (systematischen Reviews aus) Kohortenstudien bzw. Querschnittstudien zur diagnostischen Genauigkeit (Segnan et al. 2010) und auf Basis eines Expertenkonsenses (ÖGGH 2023); systematische Übersichtsarbeit (Lund et al. 2019); Übersichtsarbeit (Rex et al. 2015)

Bilddokumentation: Leitlinienempfehlung auf Basis eines Expertenkonsenses (ÖGGH 2023; Segnan et al. 2010); Übersichtsarbeit (Marques et al. 2017); Leitlinie (Kaminski et al. 2017)

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A

mögliche Qualitätsindikatoren:

- » Zökumerreichsrate: siehe Empfehlung 12

Datenquellen: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1). Für die Bild- oder Videodokumentation wäre die Prüfung von Patientenakten erforderlich.

- » Polypektomietechnik: siehe Empfehlung 12

- » Bild- und Videodokumentation interventioneller Eingriffe:

Datenquellen: Prüfung von Patientenakten erforderlich (z. B. durch Stichprobenkontrollen)

3.8 Empfehlung 8: Polypektomie/Biopsie



Falls Polypektomie(n) und/oder Biopsie(n) erforderlich sind, sollen diese in derselben Sitzung wie die Vorsorgekoloskopie-Untersuchung vorgenommen werden, außer dies ist aus medizinischen Gründen nicht zumutbar/durchführbar.

Hintergrund: Die Teilnahme an einer Koloskopie ist für Patientinnen und Patienten häufig mit einer emotionalen Belastung sowie einem (geringen) Risiko für unerwünschte Ereignisse bzw. Komplikationen verbunden (u. a. Blutung, Darmperforation, i. R. der Analgesiedierung) (Kothari et al. 2019; Vermeer et al. 2017). Unter der Voraussetzung, dass die Durchführung einer ggf. erforderlichen Polypektomie und/oder Biopsie im Zuge einer Vorsorgekoloskopiesitzung medizinisch vertretbar ist, sollen diese, wenn möglich, in der gleichen Sitzung vorgenommen werden, damit Belastungen und Risiken für die Patientin / den Patienten aufgrund einer weiteren Koloskopiesitzung vermieden werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Es ist sicherzustellen, dass die erforderlichen strukturellen und personellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zur Durchführung leitlinienkonformer Polypektomien und Biopsien im Rahmen einer Vorsorgekoloskopie gegeben sind. Bei Erkrankungen der Darmschleimhaut oder bei potenziellem Darmkrebs ist eine Biopsie indiziert. Die Biopsie von Polypen wird nicht empfohlen.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Nach Möglichkeit sollen erforderliche Biopsie(n) und/oder Polypektomie(n) in der Untersuchungssitzung der Vorsorgekoloskopie vorgenommen werden, um Belastungen und Risiken für die Patientin / den Patienten aufgrund einer weiteren Koloskopiesitzung zu vermeiden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Es soll gewährleistet werden, dass den durchführenden Ärztinnen und Ärzten ausreichende zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, um ggf. interventionelle Eingriffe während der Vorsorgekoloskopie durchführen zu können.

Evidenzbasis: Durchführung in der Untersuchungssitzung: Leitlinienempfehlung auf Basis eines Expertenkonsenses (ÖGGH 2023); unerwünschte Ereignisse und Komplikationen: systematische Übersichtsarbeiten (Kothari et al. 2019; Vermeer et al. 2017)

Evidenzstärke: schwach

Empfehlungsgrad: A

mögliche Qualitätsindikatoren:

- » Polypektomierate: Anteil der Polypen, die im Zuge der Vorsorgekoloskopiesitzung abgetragen werden. Angestrebt werden soll eine Rate von ≥ 95 Prozent mit histopathologischer Analyse.

Datenquelle: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1). Anhand des Datensatzes wird dokumentiert, ob in der Untersuchungssitzung alle, ein Teil bzw. keiner der detektierten Polypen entfernt wurde(n).

- » Polypendetektionsrate: Anteil der Vorsorgekoloskopien, bei denen zumindest ein Polyp identifiziert wurde
Datenquelle: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1)
- » Adenomentdeckungsrate: siehe Empfehlung 12
Dokumentation und Begründung, wenn die Polypektomie/Biopsie nicht in der gleichen Untersuchungssitzung stattgefunden hat
Datenquellen: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1), Patientenakten

3.9 Empfehlung 9: Histologie



Die histologische Untersuchung jedes entnommenen Materials (Polypen/Läsionen/Biopsate) ist verpflichtend durchzuführen und zu dokumentieren.

Hintergrund: Das Entartungspotenzial von Polypen bzw. Läsionen korreliert mit Typ, Größe und Grad der Dysplasie (Segnan et al. 2010). Für eine gesicherte Beurteilung der Benignität/Malignität der abgetragenen Polypen bzw. der entnommenen Biopsate und damit für das weitere Vorsorge- bzw. Therapiemanagement ist eine histologische Untersuchung erforderlich (ÖGGH 2023). Die Dokumentation des histologischen Befundes soll entsprechend dem Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1) erfolgen.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Jedes entnommene Material ist zur histologischen Untersuchung einzusenden. Der histologische Befund ist zu dokumentieren und die Nachsorge entsprechend dem Befund einzuleiten. Ist die histologische Einsendung des entnommenen Materials nicht möglich, soll dies entsprechend dokumentiert werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Die histologische Befundung dient als Grundlage zur Diagnosestellung und ist für die Entscheidung in Bezug auf die Gestaltung der adäquaten Nachsorge/Weiterbehandlung notwendig.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Es soll sichergestellt werden, dass entsprechende Laborkapazitäten zur Verfügung stehen, um die histologische Befundung der eingesandten Materialien sicherzustellen. Die vollständige Dokumentation der Befunde soll sichergestellt werden.

Evidenzbasis:

Leitlinienempfehlung auf Basis eines Expertenkonsenses (ÖGGH 2023) und auf Basis von (systematischen Reviews aus) Kohortenstudien / diagnostischen Querschnittsuntersuchungen (Segnan et al. 2010)

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A

möglicher Qualitätsindikator:

- » Vollständigkeit der Dokumentation (histologischer Befund bzw. Dokumentation bei Nichteinsendung zur Histologie)

Datenquellen: histologischer Befund, Patientenakte sowie zum Teil Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1)

3.10 Empfehlung 10: Standardisierte Dokumentation



Für jede Vorsorgekoloskopie ist eine standardisierte Dokumentation (Datenerfassung und -übermittlung) verpflichtend durchzuführen.

Hintergrund: Der für jede Vorsorgekoloskopie verpflichtend zu dokumentierende Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards ist im Anhang abgebildet (siehe Tabelle 6.1). Relevante Untersuchungsdaten von Patientinnen und Patienten werden im Datensatz dokumentiert und tragen so zu einer systematischen Erfassung der Vorsorgekoloskopie bei. Die dokumentierten Inhalte sind von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern in maschinenlesbarem Format verschlüsselt einer Datenannahmestelle zu übermitteln. Diese übermittelt sodann regelmäßig pseudonymisierte Datenauszüge einer unabhängigen Stelle, welche diese zur Qualitätssicherung nutzt (siehe Empfehlung 11). Anhand dieser standardisierten Dokumentation und Übermittlung der Daten werden relevante Qualitätsindikatoren, die für eine qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie notwendig sind, wieder abruf- und auswertbar. Längerfristig soll die Befunddokumentation der Vorsorgekoloskopie in der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) ermöglicht werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Eine standardisierte Dokumentation ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten, den Behandlungsprozess systematisch zu erfassen. Die Dokumentation entsprechend dem Datensatz ist verpflichtend für jede Vorsorgekoloskopie durchzuführen. Es soll sichergestellt werden, dass, sobald die Befundintegration in ELGA möglich ist, Befunde für die Nachsorge durch andere GDA über ELGA zur Verfügung stehen.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Durch eine standardisierte Dokumentation können eine qualitätsgesicherte Durchführung der Vorsorgekoloskopie sowie eine potenzielle Vor- und Nachsorge unterstützt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Die Dokumentation entsprechend dem Datensatz soll verpflichtend werden. Es soll sichergestellt werden, dass die Datenerfassung standardisiert stattfindet und eine nachgeschaltete elektronische Übermittlung des (Teil-)Datensatzes an die unabhängige Stelle* ermöglicht wird.

**Bei der Erarbeitung des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie wurde von allen beteiligten Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit (Bund, Länder und Sozialversicherung) angestrebt, dass die „unabhängige Stelle“, welche die Registerführung, Datenhaltung und -auswertung durchführt, im finalen QS konkret festgelegt wird. Im Rahmen der Aufbereitung der Ergebnisse aus der öffentlichen Konsultation für diesen QS erging daher die Rückmeldung an die stellungnehmenden Einrichtungen, dass die „unabhängige Stelle“ vor der Veröffentlichung des QS definiert sein würde. In der Zwischenzeit hat sich herausgestellt, dass aufgrund laufender übergeordneter Verhandlungen (u. a. Finanzausgleich, bundesweite Digitalisierungsstrategie) eine Einzelfallregelung nicht länger sinnvoll und zweckmäßig ist und eine einheitliche Lösung auch für zukünftige andere Themen wie weitere Qualitätsstandards angestrebt wird. Wenn ein bundesweites Vorgehen vereinbart ist, wird der QS entsprechend aktualisiert werden.*

Evidenzbasis: Expertenkonsens der Projektgruppe Qualitätsstandards

Evidenzstärke: schwach

Empfehlungsgrad: A

möglicher Qualitätsindikator:

» Vollständigkeit der übermittelten Datensätze

Datenquellen: Der/Die Leistungsanbieter:in könnte die Vollständigkeit der Datensätze durch Abgleich der Anzahl der abgerechneten Vorsorgekoloskopien mit der Zahl der übermittelten Datensätze eruieren.

Anmerkung: Die Verfügbarkeit bzw. der Umsetzungsgrad von standardisierten Tools bzw. Schnittstellen- und Kommunikationssystemen ließe sich ggf. über Softwarehersteller und Betreiber von Kommunikationsschnittstellen (z. B. ELGA, IT der Sozialversicherung) erheben (Strukturindikator).

3.11 Empfehlung 11: Qualitätssicherung



Die Organisation, Steuerung, Überwachung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Vorsorgekoloskopie soll, ggf. unter Miteinbeziehung relevanter Stakeholder:innen⁶, sichergestellt werden. Die Registerführung, die Datenhaltung und -auswertung sowie die regelmäßige Berichterstellung erfolgen durch eine unabhängige Stelle*.

Hintergrund: Um die Einhaltung der im Qualitätsstandard festgelegten Empfehlungen sowohl intra- als auch extramural sicherzustellen, wird eine organisationsübergreifende Zusammenarbeit empfohlen. Folgende qualitätssichernde Arbeiten sollen durchgeführt werden:

- » Führung eines Registers der Ärztinnen und Ärzte, die in Österreich zur Durchführung der Vorsorgekoloskopie berechtigt sind (inklusive regelmäßiger Prüfung der Einhaltung von Qualitätskriterien, die nicht durch den Datensatz erfasst werden wie beispielsweise Erfahrungsnachweis und Nachweis der Hygieneüberprüfungen)
- » Prüfung der übermittelten Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit
- » Analyse der Einhaltung der Zielwerte der Qualitätsindikatoren (siehe Empfehlung 12) anhand der übermittelten Datensätze; ein Abgleich der je Datensatz angereicherten bereichsspezifischen Personenkennzeichen mit Daten der Statistik Austria (z. B. Todesursachenstatistik oder Krebsstatistik) kann erfolgen.
- » Ergebnisdarstellung der ausgewerteten Daten in Form regelmäßiger Berichte; die Berichte können bundesweite Ergebnisse abbilden oder auf Ebene einzelner Länder, einzelner Krankenanstalten oder einzelner Leistungserbringer:innen erstellt werden. Die Berichte können publiziert und/oder den jeweiligen Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden (z. B. regelmäßige Benchmarkingberichte an Leistungserbringer:innen via Onlinetools, jährliche nationale Berichte).
- » Umsetzung von Maßnahmen bei (Nicht-)Einhaltung der Qualitätskriterien (z. B. gezielte Fortbildungen oder Beratungsangebote für Leistungserbringer:innen)

6

Dies können Vertreter:innen des Bundes, der Länder, der Sozialversicherung, der Ärzteschaft sowie der Patientinnen und Patienten sein.

**Bei der Erarbeitung des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie wurde von allen beteiligten Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit (Bund, Länder und Sozialversicherung) angestrebt, dass die „unabhängige Stelle“, welche die Registerführung, Datenhaltung und -auswertung durchführt, im finalen QS konkret festgelegt wird. Im Rahmen der Aufbereitung der Ergebnisse aus der öffentlichen Konsultation für diesen QS gab es daher die Rückmeldung an die stellungnehmenden Einrichtungen, dass die „unabhängige Stelle“ vor Veröffentlichung des QS definiert sein würde. In der Zwischenzeit hat sich herausgestellt, dass aufgrund laufender übergeordneter Verhandlungen (u. a. Finanzausgleich, bundesweite Digitalisierungsstrategie) eine Einzelfallregelung nicht länger sinnvoll und zweckmäßig ist und eine einheitliche Lösung auch für zukünftige andere Themen wie weitere Qualitätsstandards angestrebt wird. Wenn ein bundesweites Vorgehen vereinbart ist, wird der QS entsprechend aktualisiert werden.*

- » Die fachliche Unterstützung bei der Dateninterpretation und Qualitätssicherung kann durch Fachexpertinnen und Fachexperten erfolgen (z. B. durch Fachgruppenvertreter:innen).
- » systematische Erfassung, Überwachung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Anhand der ausgewerteten Daten können den Leistungserbringerinnen und -erbringern Rückmeldungen z. B. in Form von Feedbackberichten übermittelt werden. Die Einhaltung der Zielwerte der Qualitätsindikatoren kann überprüft werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Durch regelmäßige Auswertungen der dokumentierten Daten hat der:die Patient:in die Sicherheit, dass die Qualität der Vorsorgekoloskopie überwacht wird und ggf. Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Qualität eingeleitet werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Es soll sichergestellt werden, dass die unabhängige Stelle die notwendigen Daten für die Auswertung erhält. Die Publikation der Ergebnisse sowie die Rückmeldung an die Leistungserbringer:innen sollen ermöglicht werden.

Evidenzbasis: Expertenkonsens der Projektgruppe Qualitätsstandards

Evidenzstärke: schwach

Empfehlungsgrad: A

möglicher Qualitätsindikator:

- » Umsetzungsgrad der Qualitätssicherung

3.12 Empfehlung 12: Qualitätsindikatoren



Zum Benchmarking im Kontext der Leistungserbringer:innen sollen für eine qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie definierte Kriterien zu Vorbereitung, Zökumerreichsrate, Adenomentdeckungsrate, adäquater Polypektomietechnik, Komplikationsrate, Nachsorge und Hygiene erreicht werden.

Hintergrund: Die in dieser Empfehlung angeführten Mindestanforderungen definierter Qualitätsindikatoren sollen zur Sicherstellung einer bundesweit qualitätsgesicherten Vorsorgekoloskopie im Jahresdurchrechnungszeitraum von jeder Ärztin / jedem Arzt erreicht werden (siehe Tabelle 3.1). Bei Nichterreichen der festgelegten Anforderungen können, je nach Ausmaß der Abweichung, abgestimmte Maßnahmen umgesetzt werden (siehe Empfehlung 11).

Der Rationale für die Auswahl der angeführten Qualitätsmerkmale wird im Folgenden dargelegt:

- » Rate adäquater Darmvorbereitungsqualität: Eine gute Darmvorbereitungsqualität verbessert die Zökumerreichsrate sowie die Adenomentdeckungsrate. Eine unzureichende Darmvorbereitung bedeutet Belastungen für Patientinnen und Patienten und einen erhöhten Ressourcenverbrauch, da Untersuchungen ggf. abgebrochen und zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden müssen (Kaminski et al. 2017).
- » Zökumerreichsrate inkl. Foto- bzw. Videodokumentation: siehe Empfehlung 7
- » Adenomentdeckungsrate: Eine höhere Adenomentdeckungsrate (ADR) geht mit einem niedrigeren Risiko für Intervallkarzinome und Todesfälle durch KRK einher (Corley et al. 2014; Kaminski et al. 2010; Kaminski et al. 2017).
- » adäquate Polypektomietechnik: Die Anwendung adäquater Techniken zur Polypenabtragung vermindert das Risiko unvollständiger Abtragungen (ÖGGH 2023).
- » Komplikationsrate: Komplikationen sind z. B. Kolonperforationen, Postpolypektomieblutungen oder kardiopulmonale Komplikationen, die zum Teil schwerwiegend verlaufen und eine Hospitalisierung erfordern. Die Hospitalisierungsrate nach der Untersuchung sollte daher möglichst gering gehalten werden.
- » adäquate Nachsorge: Die Einhaltung leitlinienbasierter Empfehlungen zur Nachsorge nach einer erfolgten Polypektomie ermöglicht es, unnötigen Ressourcenverbrauch bzw. eine Belastung von Patientinnen und Patienten durch zu häufige Untersuchungen zu vermeiden, die Intervalle jedoch so zu wählen, dass die Wirksamkeit der Vorsorgeuntersuchung aufrecht bleibt.
- » Hygieneüberprüfung (keimfrei): siehe Empfehlung 13

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Die für das Benchmarking notwendigen Daten bzw. Nachweise sollen der qualitätssichernden Stelle zur Verfügung gestellt werden. Die Minimalanforderungen der Qualitätsmerkmale sollen im Jahresdurchrechnungszeitraum von jeder Ärztin / jedem Arzt erreicht werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Erreicht jede Ärztin und jeder Arzt, die/der eine Vorsorgekoloskopie durchführt, festgelegte Minimalanforderungen relevanter Qualitätsindikatoren, kann die Qualität der Vorsorgekoloskopie bundesweit für alle Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Es soll sichergestellt werden, dass das Erreichen der Zielwerte durch jede Ärztin / jeden Arzt, die/der eine Vorsorgekoloskopie durchführt, im Jahresdurchrechnungszeitraum überprüft wird. Leistungserbringer:innen werden über das (Nicht-)Erreichen der Zielwerte informiert und können so die Qualität ihrer Leistung einschätzen und ggf. verbessern.

Evidenzbasis: Leitlinienempfehlung auf Basis eines Expertenkonsenses (Kaminski et al. 2017; ÖGGH 2023); retrospektive Studien (Corley et al. 2014; Kaminski et al. 2010), Expertenkonsens der Projektgruppe Qualitätsstandards

Evidenzstärke: schwach

Empfehlungsgrad: A

mögliche Qualitätsindikatoren:

- » Patientenerfahrung (patient-reported outcomes [PROs] und patient-reported experiences [PREs]): Die Koloskopie kann von Patientinnen und Patienten als unangenehm und schmerzhaft empfunden werden, was die Vorsorgekoloskopie-Teilnahmerate vermindern kann. Daher ist die Erhebung der Patientenerfahrung (vor allem in Bezug auf die Schmerzerfahrung) essenziell (Kaminski et al. 2017).

Datenquelle: Patientenbefragung. Zur Messung sollen standardisierte und validierte Instrumente zur Erhebung der PROs und PREs eingesetzt werden (z. B. Global Rating Scale, Gastro-net) (Kaminski et al. 2017).

- » Intervallkarzinome: Das Auftreten von Intervallkarzinomen wird durch das Einhalten mehrerer Qualitätsindikatoren (Zökummerreichsrate, Adenomentdeckungsrate, adäquate Polypektomierate) beeinflusst, weshalb als zusätzlicher übergreifender Qualitätsindikator die Häufigkeit von Intervallkarzinomen nach einer durchgeführten Vorsorgekoloskopie herangezogen werden kann.

Datenquellen: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1), Krebsstatistiken sowie Patientenakten, Patientenbefragung bzw. Nachweiserbringung durch Leistungserbringer:innen

- » Angebot der Sedierung inklusive des Vorhandenseins einer Notfallausrüstung in der durchführenden Einrichtung

Datenquellen: Datensatz zur Dokumentation, Patientenbefragung, Nachweiserbringung der Leistungserbringer:innen

- » Komplikationsrate: Ergänzend zu der in Tabelle 3.1 genannten Hospitalisierungsrate bzw. Mortalitätsrate kann zur umfassenderen Beurteilung der Komplikationsrate auch das Auftreten früher Komplikationen bzw. unerwünschter Ereignisse (Art, Dauer, Zeitpunkt des Auftretens, nötige Interventionen) erfasst werden.

Datenquellen: z. B. Patientenbefragung bzw. Erfassung von Patientenkontakten nach der Untersuchung

Tabelle 3.1:
Qualitätsindikatoren zur Erfolgskontrolle der diagnostischen Koloskopie (Empfehlung 12)

Qualitätsindikator	Datenquelle(n) / mögliche Messmethoden	Minimalanforderung
Darmvorbereitungsqualität <i>Anteil der Vorsorgekoloskopien, deren Vorbereitungsqualität anhand der Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) mit „adäquat“ bewertet wird (Lai et al. 2009) (siehe Tabelle 6.1 im Anhang)</i>	Berechnung auf Basis des Datensatzes zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards (siehe Tabelle 6.1)	≥ 90 %
Zökummerreichsrate inkl. Foto- bzw. Videodokumentation <i>Anteil der Vorsorgekoloskopien, bei denen das Zökum erreicht wurde und ein Bild- bzw. Videonachweis (von Ileozökalklappe und Zökum) vorliegt</i>	Berechnung auf Basis des Datensatzes zur Dokumentation. Für die Bild- und Videodokumentation ist die Prüfung von Patientenakten erforderlich.	≥ 90 %
Adenomentdeckungsrate <i>Anteil der Vorsorgekoloskopien, bei denen zumindest ein Adenom identifiziert wurde</i>	Berechnung auf Basis des Datensatzes zur Dokumentation. Die ADR ist unter Berücksichtigung des Datums der letzten Vorsorgekoloskopie auszuwerten.	≥ 25 %
Polypektomietechnik <i>Anteil der Polypen, die leitlinienkonform abgetragen wurden (siehe Abbildung 6.2 im Anhang)</i>	Beurteilung der leitlinienkonformen Polypektomietechnik auf Basis von Patientenakten im Rahmen von Stichprobenziehungen	≥ 80 %
Komplikationsrate (postprozedural) <i>Prozentsatz der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen (gemessen anhand der Sieben-Tages-Hospitalisierungsrate sowie der 30-Tages-Mortalitätsrate) nach einer Vorsorgekoloskopie auftreten</i>	Berechnung auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation des BMSGPK	≤ 0,5 % Hospitalisierungsrate innerhalb von sieben Tagen, Erhebung der 30-Tages-Mortalität (keine Minimalanforderung definiert)
Nachsorge <i>Anteil der Vorsorgekoloskopien, bei denen die Nachsorge (Einhaltung der Intervalle in Abhängigkeit vom Befund) leitlinienkonform empfohlen wurde (siehe Tabelle 6.4 im Anhang)</i>	Beurteilung der leitlinienkonformen Nachsorge auf Basis von Patientenakten im Rahmen von Stichprobenziehungen	≥ 95 %
Hygiene <i>Nachweiserbringung der absolvierten Hygieneüberprüfung entsprechend den Anforderungen des Robert Koch-Instituts (siehe Empfehlung 13)</i>	Nachweis der absolvierten Hygieneüberprüfung	1×/Jahr

Die angeführten Qualitätsindikatoren basieren auf den durch die ÖGGH festgelegten „wesentlichen Qualitätsindikatoren“ (ÖGGH 2023), die in Anlehnung an die 2017 erschienene Leitlinie der European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) formuliert wurden (Kaminski et al. 2017), adaptiert wurden sie durch die Projektgruppe Qualitätsstandards.

3.13 Empfehlung 13: Hygienemaßnahmen



Die Hygienemaßnahmen im Endoskopiebereich müssen den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten zur Aufbereitung von Endoskopen (RKI 2012; RKI 2018) entsprechen.⁷

Hintergrund: Um sowohl die Patientinnen und Patienten als auch das Gesundheitspersonal vor möglichen Kontaminationen zu schützen, sind entsprechende Hygienemaßnahmen im Endoskopiebereich sowie bei der Aufbereitung der Endoskopie und der Zusatzinstrumente einzuhalten. Die Qualität der Hygiene wird sowohl von der räumlich-apparativen Ausstattung und den personellen Voraussetzungen (Strukturqualität) als auch vom Verhalten der Gesundheitsdiensteanbieter:innen und von der Aufbereitungssicherheit (Prozessqualität) bestimmt (Denzer et al. 2015; ÖGGH 2023).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Die personellen und räumlich-strukturellen Voraussetzungen zur Einhaltung der Hygienerichtlinie sind sicherzustellen. Die Hygienerichtlinie ist von allen Stellen, in denen die Vorsorgekoloskopie durchgeführt wird, einzuhalten.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Die Einhaltung der Hygienerichtlinie soll das Risiko von Infektionen im Zuge der Endoskopie verringern und somit die Patientensicherheit erhöhen.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Es soll sichergestellt werden, dass die Hygienerichtlinie eingehalten wird.

Evidenzbasis: Hygieneleitlinie (RKI 2012; RKI 2018); Expertenkonsens der Projektgruppe Qualitätsstandards

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A

möglicher Qualitätsindikator:

- » Erbringung eines Nachweises der jährlich durchgeführten Hygieneüberprüfung durch Leistungserbringer:innen (siehe Empfehlung 12)

7

Die AWMF-S2K-Leitlinie „Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie“ (Denzer et al. 2015), die Empfehlungen zur Hygiene enthält, ist zum Zeitpunkt der Erstellung des QS bereits abgelaufen, weshalb die RKI-Regelungen empfohlen werden. Die aktualisierte AWMF-Leitlinie wird erst nach Fertigstellung des QS veröffentlicht und kann daher nicht als Evidenzgrundlage herangezogen werden.

3.14 Empfehlung 14: Abbruch / unvollständige Vorsorgekoloskopie



Falls die Durchführung einer vollständigen Vorsorgekoloskopie nicht möglich ist, soll dies begründet sowie dokumentiert und der:die Patient:in über das weitere Vorgehen aufgeklärt werden.

Hintergrund: Ein erheblicher Anteil der kolorektalen Neoplasien befindet sich im proximalen Kolon einschließlich Zökum. Eine vollständige Vorsorgekoloskopie umfasst daher eine Videokoloskopie bis ins Zökum und kann so zur Minimierung der Polypenverfehlungsrate in allen Segmenten des Dickdarms einschließlich rechtsseitiger Läsionen beitragen (ÖGGH 2023). Der Grund für eine ggf. unvollständige Koloskopie soll dokumentiert werden, z. B. Stenose, Verschmutzung, Schmerzen, Komplikationen oder Sonstiges (vgl. Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie). Die Dokumentation und die Begründung im Falle einer unvollständigen bzw. abgebrochenen Vorsorgekoloskopie unterstützen die individuelle Anpassung des weiteren Vorsorgemanagements inklusive ggf. erforderlicher Nachsorge bei Komplikationen und stellt damit eine adäquate Patientenversorgung sicher (Brahmania et al. 2012; Franco et al. 2017).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Unvollständige Vorsorgekoloskopien sollen dokumentiert und begründet werden. Patientinnen und Patienten sollen über die Konsequenzen der unvollständigen Koloskopie aufgeklärt und informiert werden. Entsprechende weitere Behandlungsschritte, die eine optimale Darmkrebsvorsorge sicherstellen, sind einzuleiten.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Eine unvollständig durchgeführte Vorsorgekoloskopie erfordert je nach Ursache eine Abklärung bzw. zeitnahe Endoskopie. Durch die Aufklärung von Patientinnen und Patienten soll sichergestellt werden, dass die Nachsorge entsprechend den Anweisungen der Ärztin / des Arztes eingehalten wird.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Die Dokumentation jeder unvollständig durchgeführten Koloskopie soll sichergestellt werden.

Evidenzbasis: Leitlinienempfehlung auf Basis von (systematischen Reviews aus) retrospektiven/prospektiven Kohortenstudien und Querschnittstudien zur diagnostischen Genauigkeit (Segnan et al. 2010) und auf Basis eines Expertenkonsenses (ÖGGH 2023); Übersichtsarbeit (Franco et al. 2017); retrospektive Studie (Brahmania et al. 2012)

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A

mögliche Qualitätsindikatoren:

- » Zökumerreichsrate: siehe Empfehlung 10
- » Dokumentation des Abbruchgrundes
Datenquelle: Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards
- » Patientenaufklärung
Datenquelle: keine Routinedaten verfügbar, Einsicht in Patientenakten erforderlich

3.15 Empfehlung 15: Erfahrungsnachweis



Für die Durchführung der Vorsorgekoloskopie gelten die Voraussetzungen entsprechend den Kriterien der ÖGGH: Zur Durchführung der Vorsorgekoloskopie berechnete Fachärztinnen und Fachärzte sollen für die Durchführung der Vorsorgekoloskopie zumindest 200 supervidierte Koloskopien (bis ins Zökum) und mindestens 50 supervidierte Polypektomien durchgeführt haben. Zum Kompetenzerhalt sollen jährlich zumindest 100 selbstständig durchgeführte Koloskopien und zehn Polypektomien durchgeführt werden.⁸

Hintergrund: Um die notwendigen Kompetenzen zur Durchführung einer qualitativ hochwertigen Koloskopie zu erlernen, ist eine angemessene Ausbildung mit ausreichender Übung notwendig. Die Kompetenz der Endoskopiker:innen wird in Studien unterschiedlich gemessen und definiert (z. B. > 90 % Zökumerreichsrate, Untersuchungszeit, Assessment-Tools etc.), weshalb Angaben zur minimalen Zahl der notwendigen Koloskopien zum ausreichenden Kompetenzerwerb nicht immer vergleichbar sind. Die Zahlen schwanken zwischen 150 und 500 (Denzer et al. 2015), die Autorinnen und Autoren zweier systematischer Reviews (Shahidi et al. 2014; Tinmouth et al. 2014) gehen davon aus, dass zumindest 200 bis 300 Koloskopien für den ausreichenden Kompetenzerwerb notwendig sind. Zum Kompetenzerhalt wird ein Minimum von 100 bis 300 Koloskopien pro Jahr als ausreichend erachtet (Denzer et al. 2015; Harewood 2005; Wexner et al. 2001).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Durch die Einhaltung der Vorgaben zum Erfahrungsnachweis können die ausreichende Erfahrung und die nötige Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Die ausreichende Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte ist zur bestmöglichen Absicherung einer vollständigen Durchführung der Koloskopie und zur Verringerung des Komplikationsrisikos der Patientinnen und Patienten nachzuweisen.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Der Erfahrungsnachweis der koloskopierenden Ärztinnen und Ärzte ist einzuholen.

Evidenzbasis: Leitlinienempfehlung auf Basis eines Expertenkonsenses (ÖGGH 2023); systematischer Review (Shahidi et al. 2014; Tinmouth et al. 2014); Leitlinie (Denzer et al. 2015); prospektive/retrospektive Kohortenstudien (Harewood 2005; Wexner et al. 2001)

Evidenzstärke: schwach

Empfehlungsgrad: A

8

Pro durchgeführte Vorsorgekoloskopie wird maximal eine Polypektomie angerechnet.

möglicher Qualitätsindikator:

- » erbrachter Erfahrungsnachweis der zur Durchführung der Vorsorgekoloskopie berechtigten Fachärztinnen und Fachärzte

Datenquelle: z. B. Rasterzeugnisse oder Abrechnungsdaten

3.16 Empfehlung 16: Gesundheitsförderung



Im Rahmen der Vorsorgekoloskopie soll eine Aufklärung der Patientin / des Patienten über die Bedeutung von Lebensstilfaktoren bei der Darmkrebsvorsorge durch die koloskopierende Stelle erfolgen.

Hintergrund: Gesundheitsförderung soll Patientinnen und Patienten mehr Kontrolle über ihre Gesundheit geben und diese verbessern. Damit Patientinnen und Patienten aktiv an der Förderung ihrer Gesundheit bzw. an der Primärprävention von Erkrankungen mitwirken können, soll eine verständliche Patientenaufklärung durch die koloskopierende Stelle stattfinden (Rojatz 2018). Beim KRK reduzieren Lebensgewohnheiten wie regelmäßige körperliche Aktivität, Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Personen sowie der Verzicht auf Tabakrauch das Erkrankungsrisiko. Zur Risikoreduktion sollen außerdem allgemeine Ernährungsempfehlungen eingehalten werden, die Ballaststoffaufnahme sollte möglichst 30 Gramm pro Tag betragen und der Alkoholkonsum sowie der Konsum roten bzw. verarbeiteten Fleisches sollte limitiert werden (AWMF online 2019).

Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer:innen: Patientinnen und Patienten sollen in einer für sie verständlichen Form über Lebensstilfaktoren bei der Darmkrebsvorsorge aufgeklärt werden – mit dem Ziel, ihnen das Verständnis, die Beurteilung sowie die Anwendung der erhaltenen Informationen zu ermöglichen.

Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen und Patienten: Die Aufklärung der Patientinnen und Patienten zur Gesundheitsförderung stärkt ihre Gesundheitskompetenz. Durch verständliche Gesundheitsinformationen können Patientinnen und Patienten das vermittelte Wissen verstehen und für sie relevante Informationen einschätzen und umsetzen.

Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter:innen: Eine einfache, laienverständlich aufbereitete Information zur Vorsorgekoloskopie (z. B. Patientenbroschüre zur Gesundheitsförderung) soll zur Verfügung gestellt werden.

Evidenzbasis: Expertenkonsens der Projektgruppe Koloskopie; Bericht (Rojatz 2018); Leitlinie (AWMF online 2019)

Evidenzstärke: schwach

Empfehlungsgrad: A

mögliche Qualitätsindikatoren:

- » Anteil der Personen, die nach der Vorsorgekoloskopie über die Bedeutung von Lebensstilfaktoren bei der Darmkrebsvorsorge aufgeklärt werden
Datenquellen: Patientenakten, Patientenbefragung
- » Gesundheitskompetenz in Bezug auf die Darmkrebsvorsorge
Datenquellen: Patientenbefragung

4 Gültigkeitsdauer, Evaluierung und Aktualisierungsbedarf

Die Gültigkeit dieses Qualitätsstandards wird auf fünf Jahre ab seiner Veröffentlichung festgelegt.

Die Auftraggeberin des vorliegenden Qualitätsstandards (B-ZK) ist für die Evaluierung des Qualitätsstandards zuständig. Rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit des vorliegenden Qualitätsstandards soll auf Basis der Überprüfung der möglicherweise veränderten Grundlagen (z. B. der Leitlinien) und von Evaluierungsergebnissen, sofern eine bundesweite Evaluierung anhand definierter Qualitätsindikatoren erfolgt ist, der Aktualisierungsbedarf des Qualitätsstandards überprüft werden. In der Folge kann eine etwaige Verlängerung der Gültigkeit bzw. die Aktualisierung des Qualitätsstandards eingeleitet werden.

5 Quellen

- AWMF (2012): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften / Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk Leitlinien 1.Auflage 2012 [online]. <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> [Zugriff am 06.07.2021]
- AWMF online (2019): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1, 2019, AWMF Registrierungsnummer: 021/007OL [online]. https://register.awmf.org/assets/guidelines/021-007OLI_S3_Kolorektales-Karzinom-KRK_2019-01.pdf
- BMASGK (2017): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMASGK (2019): Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards (Methodenhandbuch). Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Brahmania, M.; Park, J.; S., Svarta; J., Tong; R., Kwok; R., Enns (2012): Incomplete colonoscopy: Maximizing completion rates of gastroenterologists. In: *Can J Gastroenterol* 26/9:589–592
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (2016): Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. In: *Canadian Medical Association Journal* 188/5:340–348
- Corley, Douglas A.; Jensen, Christopher D.; Marks, Amy R.; Zhao, Wei K.; Lee, Jeffrey K.; Doubeni, Chyke A.; Zauber, Ann G.; de Boer, Jolanda; Fireman, Bruce H.; Schottinger, Joanne E.; Quinn, Virginia P.; Ghai, Nirupa R.; Levin, Theodore R.; Quesenberry, Charles P. (2014): Adenoma Detection Rate and Risk of Colorectal Cancer and Death. In: *New England Journal of Medicine* 370/14:1298–1306
- Denzer, U.; Beilenhoff, U.; Eickhoff, A.; Faiss, S.; Huttli, P.; In der Smitten, S.; Jakobs, R.; Jansen, C.; Keuchel, M.; Langer, F.; Lerch, M. M.; Lynen Jansen, P.; May, A.; Menningen, R.; Moog, G.; Rosch, T.; Rosien, U.; Vowinkel, T.; Wehrmann, T.; Weickert, U.; Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (2015): S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie, AWMF Register Nr. 021-022 Erstauflage 2015]. In: *Z Gastroenterol* 53/12:E1–227
- DIMDI (2020): ICD-10-GM Version 2020. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 1 [online]. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/ [Zugriff am 30.6.2020]
- Ferlitsch, Monika; Reinhart, Karoline; Pramhas, Sibylle; Wiener, Caspar; Gal, Orsolya; Bannert, Christina; Hassler, Michaela; Kozbial, Karin; Dunkler, Daniela; Trauner, Michael; Weiss, Werner (2011): Sex-Specific Prevalence of Adenomas, Advanced Adenomas, and

Colorectal Cancer in Individuals Undergoing Screening Colonoscopy. In: JAMA 306/12:1352–1358

Franco, D. L.; Leighton, J.A.; Gurudu, S.R. (2017): Approach to Incomplete Colonoscopy: New Techniques and Technologies. In: Gastroenterology & Hepatology 13/8:476–483

Füszl, Astrid; Eisenmann, Alexander; Piso, Brigitte (2019): Kurzübersicht über die Ausgangslage zum Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

Gallagher, C.; Lister, T.; Smith, M. (2012): Malignant disease. In: Clinical Medicine 431–483

Guo, Xiaoyang; Yang, Zhiping; Zhao, Lina; Leung, Felix; Luo, Hui; Kang, Xiaoyu; Li, Xin; Jia, Hui; Yang, Shengye; Tao, Qin; Pan, Yanglin; Guo, Xuegang (2017): Enhanced instructions improve the quality of bowel preparation for colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. In: Gastrointestinal Endoscopy 85/1:90–97.e96

Hackl, M.; Ihle, P. (2020): Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich. Hg. v. Statistik Austria.

Harewood, G. C. (2005): Relationship of colonoscopy completion rates and endoscopist features. In: Dig Dis Sci 50/1:47–51

Hassan, C.; Antonelli, G.; Dumonceau, J. M.; Regula, J.; Bretthauer, M.; Chaussade, S.; Dekker, E.; Ferlitsch, M.; Gimeno-Garcia, A.; Jover, R.; Kalager, M.; Pellisé, M.; Pox, C.; Ricciardiello, L.; Rutter, M.; Helsingen, L. M.; Bleijenberg, A.; Senore, C.; van Hooft, J. E.; Dinis-Ribeiro, M.; Quintero, E. (2020): Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020. In: Endoscopy 52/8:687–700

Heisser, T.; Peng, L.; Weigl, K.; Hoffmeister, M.; Brenner, H. (2019): Outcomes at follow-up of negative colonoscopy in average risk population: systematic review and meta-analysis. In: BMJ 367/:l6109

Henrikson, N. B.; Webber, E. M.; Goddard, K. A.; Scrol, A.; Piper, M.; Williams, M. S.; Zallen, D. T.; Calonge, N.; Ganiats, T. G.; Janssens, A. C.; Zauber, A.; Lansdorp-Vogelaar, I.; van Ballegooijen, M.; Whitlock, E. P. (2015): Family history and the natural history of colorectal cancer: systematic review. In: Genet Med 17/9:702–712

Hermann, R. (2009): Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) [online]. <http://www.gastropraxis-sh.ch/fur-aerzte/guidelines.html> [Zugriff am 06.07.2021]

Höffken, N.; Leichsenring, J.; Reinacher-Schick, A. (2015): [Clinically relevant, gender-specific differences in colorectal carcinoma (CRC)]. In: Z Gastroenterol 53/8:782–788

Kaminski, M. F.; Thomas-Gibson, S.; Bugajski, M.; Bretthauer, M.; Rees, C. J.; Dekker, E.; Hoff, G.; Jover, R.; Suchanek, S.; Ferlitsch, M.; Anderson, J.; Roesch, T.; Hultcranz, R.; Racz, I.; Kuipers, E. J.; Garborg, K.; East, J. E.; Rupinski, M.; Seip, B.; Bennett, C.; Senore, C.; Minozzi, S.; Bisschops, R.; Domagk, D.; Valori, R.; Spada, C.; Hassan, C.; Dinis-Ribeiro,

- M.; Rutter, M. D. (2017): Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. In: *Endoscopy* 49/4:378–397
- Kaminski, Michal F.; Regula, Jaroslaw; Kraszewska, Ewa; Polkowski, Marcin; Wojciechowska, Urszula; Didkowska, Joanna; Zwierko, Maria; Rupinski, Maciej; Nowacki, Marek P.; Butruk, Eugeniusz (2010): Quality Indicators for Colonoscopy and the Risk of Interval Cancer. In: *New England Journal of Medicine* 362/19:1795–1803
- Kothari, S. T.; Huang, R. J.; Shaukat, A.; Agrawal, D.; Buxbaum, J. L.; Abbas Fehmi, S. M.; Fishman, D. S.; Gurudu, S. R.; Khashab, M. A.; Jamil, L. H.; Jue, T. L.; Law, J. K.; Lee, J. K.; Naveed, M.; Qumseya, B. J.; Sawhney, M. S.; Thosani, N.; Yang, J.; DeWitt, J. M.; Wani, S.; Chair, Asge Standards of Practice Committee (2019): ASGE review of adverse events in colonoscopy. In: *Gastrointest Endosc* 90/6:863–876 e833
- Kurlander, J. E.; Sondhi, A. R.; Waljee, A. K.; Menees, S. B.; Connell, C. M.; Schoenfeld, P. S.; Saini, S. D. (2016): How Efficacious Are Patient Education Interventions to Improve Bowel Preparation for Colonoscopy? A Systematic Review. In: *PLoS One* 11/10:e0164442
- Lai, Edwin J.; Calderwood, Audrey H.; Doros, Gheorghe; Fix, Oren K.; Jacobson, Brian C. (2009): The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. In: *Gastrointestinal Endoscopy* 69/3 Pt 2:620–625
- Lugtenberg, M.; Burgers, J. S.; Westert, G. P. (2009): Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. In: *Qual Saf Health Care* 18/5:385–392
- Lund, M.; Trads, M.; Njor, S. H.; Erichsen, R.; Andersen, B. (2019): Quality indicators for screening colonoscopy and colonoscopist performance and the subsequent risk of interval colorectal cancer: a systematic review. In: *JB I Database System Rev Implement Rep* 17/11:2265–2300
- Marques, S.; Bispo, M.; Pimentel-Nunes, P.; Chagas, C.; Dinis-Ribeiro, M. (2017): Image Documentation in Gastrointestinal Endoscopy: Review of Recommendations. In: *GE Port J Gastroenterol* 24/6:269–274
- Murad, M. Hassan (2017): Clinical Practice Guidelines: A Primer on Development and Dissemination. In: *Mayo Clinic Proceedings* 92/3:423–433
- ÖGGH (2023): Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie Version 1.11 – Juni 2023 [online]. Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie. https://www.oeggh.at/wp-content/uploads/2023/09/LL_QUALVORSROGECSK_2023.pdf [Zugriff am 04.09.2023]
- Ollenschläger, G. (2002): Möglichkeiten und Grenzen von Leitlinien zur Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung. In: *Arzneimittelforschung* 52/:334–336
- Rex, D. K.; Boland, C. R.; Dominitz, J. A.; Giardiello, F. M.; Johnson, D. A.; Kaltenbach, T.; Levin, T. R.; Lieberman, D.; Robertson, D. J. (2017): Colorectal Cancer Screening:

- Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. In: *Am J Gastroenterol* 112/7:1016–1030
- Rex, D. K.; Schoenfeld, P. S.; Cohen, J.; Pike, I. M.; Adler, D. G.; Fennerty, M. B.; Lieb, J. G., 2nd; Park, W. G.; Rizk, M. K.; Sawhney, M. S.; Shaheen, N. J.; Wani, S.; Weinberg, D. S. (2015): Quality indicators for colonoscopy. In: *Gastrointest Endosc* 81/1:31–53
- RKI, BfArM (2012): Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. In: *Bundesgesundheitsblatt* 55 1244–1310
- RKI, BfArM (Hg.) (2018): Ergänzung zur Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“. *Epidemiologisches Bulletin* 6
- Rojatz, Daniela; Nowak, Peter; Rath, Stephanie; Atzler, Beate (2018): Primärversorgung: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Hg. v. Gesundheit Österreich im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Roos, V. H.; Mangas-Sanjuan, C.; Rodriguez-Girondo, M.; Medina-Prado, L.; Steyerberg, E. W.; Bossuyt, P. M. M.; Dekker, E.; Jover, R.; van Leerdam, M. E. (2019): Effects of Family History on Relative and Absolute Risks for Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Clin Gastroenterol Hepatol* 17/13:2657–2667 e2659
- Segnan, N.; Patnick, J.; von Karsa, L. (2010): European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. Hg. v. European Commission. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Shahidi, Neal; Ou, George; Telford, Jennifer; Enns, Robert (2014): Establishing the learning curve for achieving competency in performing colonoscopy: a systematic review. In: *Gastrointestinal Endoscopy* 80/3:410–416
- SIGN (2016): Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of colorectal cancer. Hg. v. Healthcare Improvement Scotland, Edinburgh
- sozialversicherung.at (2021): Darmkrebs- und Prostatakrebs-Früherkennung. Broschüre – Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung Folder – Informationen zur Darmkrebs-Früherkennung [online]. Dachverband der Sozialversicherungsträger. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.863706&portal=svportal> [Zugriff am 07.07.2021]
- Statistik Austria (2020): Dickdarm, Enddarm [online]. http://www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/dickdarm_enddarm/index.html [Zugriff am 25.9.2020]
- Tinmouth, Jill; Kennedy, Erin B.; Baron, David; Burke, Mae; Feinberg, Stanley; Gould, Michael; Baxter, Nancy; Lewis, Nancy (2014): Colonoscopy quality assurance in Ontario: Systematic review and clinical practice guideline. In: *Canadian journal of gastroenterology & hepatology* 28/5:251–274

- USPTF (2021): Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. In: JAMA 325/19:1965–1977
- Vermeer, N. C.; Snijders, H. S.; Holman, F. A.; Liefers, G. J.; Bastiaannet, E.; van de Velde, C. J.; Peeters, K. C. (2017): Colorectal cancer screening: Systematic review of screen-related morbidity and mortality. In: Cancer Treat Rev 54/:87–98
- Wexner, S. D.; Garbus, J. E.; Singh, J. J. (2001): A prospective analysis of 13,580 colonoscopies. Reevaluation of credentialing guidelines. In: Surg Endosc 15/3:251–261
- WHO (2019): Colorectal Cancer Screening. IARC Handbook of Cancer Prevention. Bd. 17. Hg. v. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.
- WHO (2020): Screening programmes: a short guide [online].
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330829/9789289054782-eng.pdf>
 [Zugriff am 06.07.2021]
- Wolf, Andrew M.D.; Fontham, Elizabeth T.H.; Church, Timothy R.; Flowers, Christopher R.; Guerra, Carmen E.; LaMonte, Samuel J.; Etzioni, Ruth; McKenna, Matthew T.; Oeffinger, Kevin C.; Shih, Ya-Chen Tina; Walter, Louise C.; Andrews, Kimberly S.; Brawley, Otis W.; Brooks, Durado; Fedewa, Stacey A.; Manassaram-Baptiste, Deana; Siegel, Rebecca L.; Wender, Richard C.; Smith, Robert A. (2018): Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. In: CA: A Cancer Journal for Clinicians 68/4:250–281
- Zielsteuerung-Gesundheit (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene in der von der Bundes-Zielsteuerungskommission am 24. April 2017 zur Unterfertigung empfohlenen Fassung. Art. 6, OP Z6 und Art. 10.6. Bund, vertreten durch Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Länder, Wien

6 Anhang

Tabelle 6.1:

Datensatz zur Dokumentation der Vorsorgekoloskopie im Rahmen des Qualitätsstandards

Items und Eingabeoptionen
Vertragspartnernummer
Fachgebiet
Ordinationsbundesland
Patient:in: Geschlecht, Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Ort
Sozialversicherungsnummer und Versicherungsträger
Untersuchungsdatum
Untersuchung: Vorsorge/Nachsorge
Boston Bowel Preparation Scale****: linkes Kolon: Punkte 0, 1, 2, 3 / transverses Kolon: Punkte 0, 1, 2, 3 / rechtes Kolon: Punkte 0, 1, 2, 3
****(Lai et al. 2009)
Sedierung/Analgesie: ja / nein
Zökum erreicht: ja/nein
Grund für unvollständige Koloskopie: Verschmutzung/Komplikation/Schmerzen/Stenose/Sonstiges
makroskopischer Befund: ohne Befund / Rektum-Ca / Polyp(en) / Kolon-Ca / Sonstiges
bei Polypen und/oder Karzinom
Anzahl: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / > 5**
Form*: sessil / gestielt / flach / lateral spreading
Größe*: < 0,5 cm / 0,5–1 cm / 1–2 cm / > 2 cm
Lokalisation***: nur proximal des Sigma / nur Sigma/Rektum / distales und proximales Kolon
*bei mehreren Polypen den mit der schwerwiegendsten Pathologie beschreiben
**bitte hier die genaue Anzahl angeben
***Wenn bei Anzahl nur 1 Polyp/Karzinom angegeben wurde, kann lediglich „nur proximal des Sigma“ oder „nur Sigma/Rektum“ ausgewählt werden, nicht „distales und proximales Kolon“
Polypenabtragung/Biopsie
Polypektomie mittels (Ankreuzen mehrerer Abtragetechniken möglich):
» Schlinge: kalt/hochfrequent/keine
» Zangenabtragung: ja/nein
» Polyp(en) entfernt: alle / einen Teil / keinen
» Polyp(en) geborgen: ja/nein
» Biopsie entnommen: ja/nein
interventionspflichtige Komplikationen:
» nein
» ja: kardiopulmonal/Blutung/Perforation/andere
» Behandlung der Komplikation: konservativ/operativ/ambulant/stationär
» Ausgang der Komplikation: Restitutio ad integrum / Folgeschäden / Patient:in verstorben / unbekannt

Fortsetzung Tab. 6.1:

histologischer Befund

- » **serratiertes Polyp:** Anzahl: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / > 5**
hyperplastisch / sessil serratierte Läsion (SSL) / traditionell serratiertes Adenom (TSA)
in toto entfernt*: ja/nein/unklar
- » **Dysplasie serratiertes Polyp:** ohne Dysplasie / mit Dysplasie
- » **Lokalisation serratiertes Polyp*****: nur proximal des Sigma / nur Sigma/Rektum / distales und proximales Kolon
- » **Adenom:** Anzahl: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / > 5**
tubulär/ villös / tubovillös
in toto entfernt*: ja/nein/unklar
- » **Dysplasie Adenom:** Low Grade Dysplasie / High Grade Dysplasie
- » **Lokalisation Adenom*****: nur proximal des Sigma / nur Sigma/Rektum / distales und proximales Kolon
- » **Karzinom:** ja/nein
in toto entfernt*: ja/nein/unklar
- » **Sonstiges:** benigne/maligne

*Angabe verpflichtend

**bitte hier die genaue Anzahl angeben

***Wenn bei Anzahl nur 1 Polyp/Karzinom angegeben wurde, kann lediglich „nur proximal des Sigma“ oder „nur Sigma/Rektum“ ausgewählt werden, nicht „distales und proximales Kolon“

schwerwiegendste Diagnose

Adenom(e) / serratiertes Polyp bzw. serratierte Polypen / Rektum-Ca / Kolon-Ca / Sonstiges

angeratene weitere Maßnahmen: ja/nein

- » endoskopische Polypenabtragung: ambulant/stationär
- » Operation
- » Kontrollkoloskopie in __ Monaten angeraten*

*Pflichtfeld

Kommentar:

Abkürzungen: Ca = Carcinoma (Karzinom), cm = Zentimeter

Tabelle 6.2:
Einstufung der Evidenzstärke

(externe) Evidenzbasis	Evidenzgrad laut Leitlinie	Evidenzstärke im QS
S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom (S. 23–24, Tabelle 3) (Denzer et al. 2015)	1 a–c	stark
	2 a–c, 3a–b	mittel
	4, 5	schwach
European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis (S.XL) (Segnan et al. 2010)	I–II	stark
	III–IV	mittel
	V–VI	schwach
Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie (ÖGGH 2023)	keine Angabe von Evidenzgraden, Einstufung als Expertenkonsens	schwach
systematischer Review randomisierte, kontrollierter Studien (RCT)		stark
systematischer Review anderer Studientypen (Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, Fallserien etc.)		mittel
Konsensus-Statement der Projektgruppe		schwach

Tabelle 6.3:
Empfehlungsgrade und Formulierung für QS-Empfehlungen

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	Symbol
A	starke Empfehlung	soll (nicht)	↑↑ (↓↓)
B	Empfehlung	sollte (nicht)	↑ (↓)
0	offen	kann	↔

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF 2012)

Tabelle 6.4:

Risikostratifizierung und Nachsorgeintervalle bei Polypenabtragung im Rahmen der Vorsorgekoloskopie*

Ergebnis der Indexkoloskopie	Intervalle der Nachsorgekoloskopie
<ul style="list-style-type: none"> » unauffälliger Befund <i>oder</i> » nach vollständiger Abtragung von <ul style="list-style-type: none"> » 1 bis 4 Adenomen < 10 mm mit Low Grade Dysplasie unabhängig vom Anteil der villösen Komponente <i>oder</i> » serratierten Polypen <10 mm ohne Dysplasie 	alle 10 Jahre (Routinescreening)
nach vollständiger Abtragung überwachungsbedürftiger Polypen: <ul style="list-style-type: none"> » ≥ 1 Adenom ≥ 10 mm oder mit High Grade Dysplasie <i>oder</i> » ≥ 5 Adenome <i>oder</i> » serratierte Polypen ≥10 mm oder mit Dysplasie 	erste Nachsorgekoloskopie nach drei Jahren, weiteres Vorgehen entsprechend dem Ergebnis der Kontrollkoloskopie: <ul style="list-style-type: none"> » überwachungsbedürftiger Polyp: 3 Jahre » kein überwachungsbedürftiger Polyp bei Nachsorgekoloskopie: 5 Jahre » 2× kein überwachungsbedürftiger Polyp: 10 Jahre
≥ 10 Polypen: Zuweisung zur genetischen Beratung	spezifisch zugeschnittenes Überwachungsprogramm entsprechend dem Ergebnis der Beratung und weiterer Untersuchungen
nach Abtragung von Polypen in Piecemeal-Technik	<ul style="list-style-type: none"> » erste Nachsorgekoloskopie nach 3-6 Monaten » zweite Nachsorgekoloskopie zwölf Monate nach der ersten Nachsorgekoloskopie » Die nächste Nachsorgekoloskopie soll nach drei Jahren erfolgen (Schema gemäß überwachungsbedürftigen Polypen).

*Die Empfehlungen beziehen sich auf asymptomatische Personen, die keiner Risikogruppe für die Entwicklung eines KRK zuzurechnen sind und bei denen eine qualitativ hochwertige Vorsorgekoloskopie durchgeführt wurde. Das bedeutet, dass der gesamte Darm bis ins Zökum bei adäquater Vorbereitungsqualität eingesehen wurde und alle Polypen makroskopisch in toto entfernt wurden. Sie gelten nicht für Personen mit hereditären Syndromen, die mit erhöhtem Darmkrebsrisiko assoziiert sind (z. B. familiäre adenomatöse Polyposis oder Lynch-Syndrom) sowie Personen, bei denen ein Frühkarzinom abgetragen wurde. Bei inadäquater Vorbereitungsqualität wird eine Wiederholung der Koloskopie innerhalb eines Jahres empfohlen.

Quelle: Post-polypectomy colonoscopy surveillance ESGE Guideline – Update 2020, Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie (Hassan et al. 2020; ÖGGH 2023)

Abbildung 6.1:
Beurteilung der Darmvorbereitungsqualität

Boston Bowel Preparation Scale (BBPS)

Nach Lai E.J. et al. Gastrointestinal Endoscopy 2009;69:620-625

Qualität der Darmreinigung nach einem Punkte-System

- Die 3 Kolon-Segmente ‚Linkes Kolon‘, ‚Quer-Kolon‘ und ‚Rechtes Kolon‘ werden separat bewertet
- Eine perfekte Reinigung ergibt 3 Punkte, ein gute 2, eine schlechte 1 und eine inadäquate 0
- Die Maximal-Punktzahl ist 9, die Minimal-Punktzahl 0

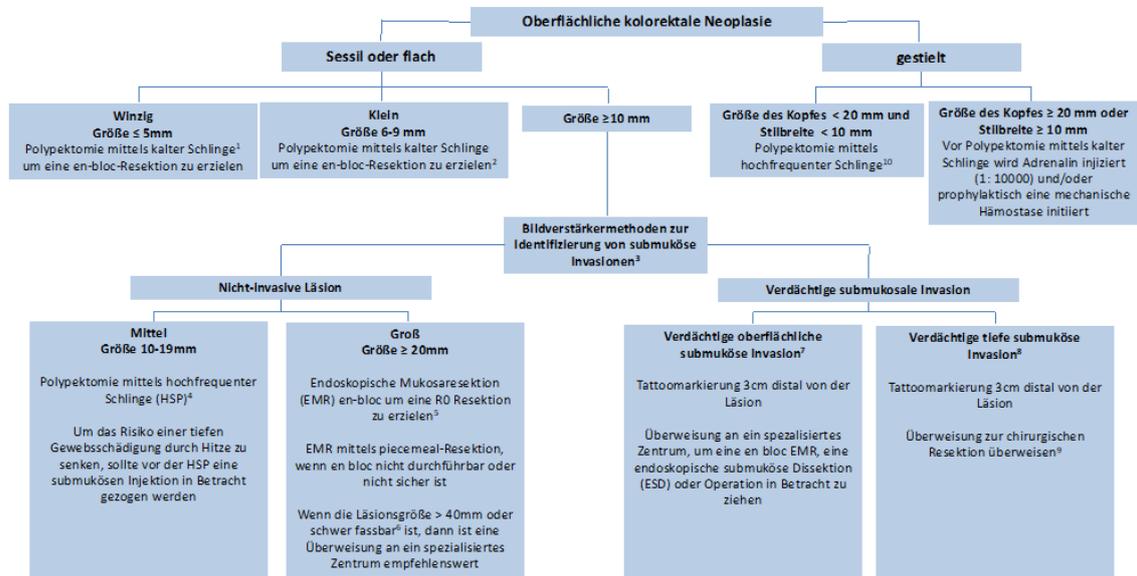
BBPS		3	2	1	0
3=Excellent					
2=Good					
1=Poor					
0=Inadequate					
LC	<input type="checkbox"/>				
TC	<input type="checkbox"/>				
RC	<input type="checkbox"/>				
<p>– 0 points: Segment unprepared colon with mucosa not visualized by the presence of solid stool.</p> <p>– 1 point: Areas colon segment seen by the presence of fecal liquid and semisolid.</p> <p>– 2 points: Low fecal fluid content allows good visualization of the mucosa.</p> <p>– 3 points: Excellent visualization of the mucosa without the presence of liquid remains.</p>					
REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Vol. 104. N.º 8, pp. 426-431, 2012					

Interpretation

- BBPS 7-9 = **Adäquate** Beurteilung im Allgemeinen möglich
- BBPS 5-6 = **Eingeschränkte** Beurteilung im Allgemeinen möglich
- BBPS 0-4 = Im Allgemeinen nur **inadäquate** Beurteilung möglich

Quelle: Abbildung übernommen aus Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) (Hermann 2009)

Abbildung 6.2:
Leitlinienkonforme Polypektomietechnik



¹Als Second-Line-Option könnte eine kalte Zangenbiopsie in Betracht gezogen werden, diese sollte aber nur bei Polypen mit einer Größe von ≤ 3 mm angewendet werden, da sich eine Polypektomie mittels kalter Schlinge (CSP) als schwierig erweisen würde. ²Wenn eine en bloc Resektion nicht durchführbar ist, sollte eine oligo-piecemeal-Exzision erfolgen; jedenfalls ist es notwendig eine verwertbare Probe für den Histologen zu gewinnen. ³Bei nicht verfügbaren Bildverstärkermethoden wird die Standard Chromoendoskopie empfohlen. ⁴Eine piecemeal-Resektion mit kalter Schlinge wird in Betracht gezogen, wenn ein erhöhtes Risiko für eine tiefe Hitzeschädigung besteht, oder wenn es keinesfalls zu einer Schädigung kommen dürfte, jedoch müssen weitere Anhaltspunkte gegeben sein, die diese Technik als vorteilhaft verifizieren würden. ⁵Dies ist durchführbar für Läsionen mit einer Größe von ≤ 25 mm und vor allem für jene im linken Kolon oder Rektum. ⁶Schwierige Lage oder erschwert zugänglich (z.B.: Ileocecalklappe, periappendizeal oder anorektaler Verschluss); zuvor gescheiterte Versuche der Resektion; keine Anhebung nach einer submukösen Injektion; Größe, Morphologie, Stelle und Zugang (SMVSA) Level 4. ⁷Kudo VI, Sano IIIa. ⁸Kudo Vn, Sano IIIb, narrow-band imaging (NBI) International Colorectal Endoscopic (NICE) Klassifikation 3, Polymorphologie mit Ulteration, Einbüchung, tiefe abgegrenzte Einsenkung. ⁹Es ist eine chirurgische Resektion notwendig, da sowohl die Läsion, als auch die lokalen Lymphknoten entfernt werden müssen. ¹⁰Bei erhöhtem Blutungsrisiko durch Antikoagulantien, Antithrombotika oder einer Koagulopathie wird eine individuelle Vorgehensweise notwendig sein und es sollte prophylaktisch eine mechanische Hämostase in Betracht gezogen werden.

Übersetzung des englisch-sprachigen Dokuments ¹¹Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. ¹²© Thieme 2017 Die Haftung der Übersetzung liegt alleine bei der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie. Dieser Auszug unterliegt den Copyright Autoren: © Endoscopy 2017 Ferlitsch et al. Eine Reproduktion dieser Arbeit ist, unter der Voraussetzung dass der Text intakt bleibt gestattet. Eine unautorisierte Änderung ist untersagt.

Quelle: Abbildung übernommen aus der Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie (ÖGGH 2023)

Urheber- und Rechteangaben Symbolbilder

Die im vorliegenden Dokument verwendeten Symbolbilder (Icons) stammen aus „The Noun Project“ (<https://thenounproject.com>). Nachfolgend sind für die einzelnen Symbolbilder die Urheber- und Rechteangaben betreffend die nichtkommerzielle Nutzung dargestellt.

	<p>„Information“ von Gregor Cresnar, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/grega.cresnar/uploads/?i=225910</p>
	<p>„Customer journey“ von Stephen JB Thomas, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=pathway&i=1258738</p>
	<p>„Team management“ von Vectors Point, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=coordination&i=2389760</p>
	<p>„Documentation“ von Shashank Singh, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=documentation&i=884718</p>
	<p>„Assessment“ von Eucalypt, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=assessment&i=2779718</p>
	<p>„Talk“ von Hrbon, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=talk&i=2979118</p>
	<p>„X Ray“ von Priyanka, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0, https://thenounproject.com/search/?q=x-ray&i=2684649</p>