

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Dickdarmkrebs-Früherkennung in
Österreich: Integrierung der
Koloskopie in die österreichische
Vorsorgeuntersuchung**

Jonas S, Rafetseder O, Wild C

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2005; 3 (3), 11-15

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatologie

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the



Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Dickdarmkrebs-Früherkennung in Österreich: Integrierung der Koloskopie in die österreichische Vorsorgeuntersuchung

S. Jonas (†), O. Rafetseder*, C. Wild

Das Institut für Technikfolgen-Abschätzung (ITA) hat im Rahmen eines Health Technology Assessments die aktuelle Situation der Früherkennung von Dickdarmkrebs in Österreich untersucht. Zu empfehlen ist die Einführung eines organisierten altersgruppenspezifischen Screenings. Darmspiegelungen sollen an Kompetenzzentren im niedergelassenen Bereich sowie in Spitälern durchgeführt werden.

Dickdarmkrebs zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen weltweit. Mit etwa 5000 Neuerkrankungen pro Jahr tritt dieser Tumor auch in Österreich am häufigsten auf. Diagnostiziert man ihn in früheren Stadien, so ist eine Heilung möglich. Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger hat daher im Juli 2003 die Idee aufgegriffen, ein Dickdarmkarzinom-Screening in die Gesundenuntersuchung zu integrieren. Die Aufgabe des ITA war es, vor diesem Hintergrund eine Bestandsaufnahme der in Österreich durchgeführten Dickdarmspiegelungen vorzunehmen, das heimische System der Dickdarmkrebs-Früherkennung zu durchleuchten und Konzeptionsvorschläge für ein nationales Screening-Programm auszuarbeiten.

2002 wurden über 130.000 endoskopische Untersuchungen des Dickdarmes in Österreich durchgeführt. Traditionellerweise wird auf nationaler Ebene die Koloskopie bevorzugt. Beim opportunistischen Screening, so wie es derzeit (2003/2004) in Österreich verbreitet ist, ist der gesundheitspolitische Wert nicht darstellbar. Handlungsbedarf besteht hinsichtlich eines klaren Konzepts für ein Dickdarmkrebs-Screeningprogramm auf nationaler Ebene.

Colorectal cancer has become the most common type of cancer worldwide. With approximately 5,000 new cases each year it is the most frequent tumour in Austria. If detected at an early stage an effective cure is possible. A population-based screening of colorectal cancer promises a decrease in the frequency of the disease and in the mortality rate. For this reason, in July 2003, the Main Association of Austrian Public Insurance Institutions (HVBÖSV) passed the resolution to make endoscopic colorectal cancer screening part of the preventive health check-ups.

It was the aim of this health technology assessment to evaluate the endoscopies (sigmoidoscopy and colonoscopy) performed in Austria and to describe and analyse the current Austrian way in dealing with early diagnosis of colorectal cancer and to work out recommendations for a national screening programme.

In 2002 over 130.000 endoscopic examinations of the colon were carried out. On the basis of traditional circumstances in Austria colonoscopy is to be preferred over sigmoidoscopy. There is a need to act concerning the introduction of an organised, age-group specific colorectal cancer screening since a health care benefit is only achieved if a describable and measurable health profit for the population arises and this is not possible with opportunistic screening. *J Gastroenterol Hepatol Erkr* 2005; 3 (3): 11–15.

Dickdarmkrebs zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen in westlichen Ländern. Mit etwa 5.000 Neuerkrankungen pro Jahr ist er der häufigste Tumor in Österreich. Bei Diagnose in frühen Stadien ist eine Heilung möglich. Mehr als die Hälfte der Kolorektalkarzinome ist jedoch bei der Erstdiagnose nicht mehr kurativ therapierbar. Ein bevölkerungsbasiertes Screening auf Dickdarmkrebs verspricht eine Senkung der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit. Die Koloskopie wurde – diesen Überlegungen folgend – im November 2004 als „Intervention 26“ der „Vorsorgeuntersuchung Neu“ der Öffentlichkeit präsentiert. Die organisatorischen Details sowie die konkreten Finanzierungsschritte sind allerdings bis zum heutigen Tag noch nicht endgültig entschieden.

Bereits im Juli 2003 wurde von der Projektgruppe „Vorsorgeuntersuchung Neu“ im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (HVBÖSV) die Idee zu einer möglichen Integrierung eines Dickdarmkarzinom-Screenings mittels Darmspiegelung in die Vorsorgeuntersuchung aufgenommen. Frauen und Männer im Alter zwischen 50–70 Jahren wurden als Zielgruppe definiert, Sigmoidoskopie und Koloskopie standen als optionale Screening-Tests zur Diskussion.

Der HVBÖSV beauftragte das Institut für Technikfolgen-Abschätzung (ITA) der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, ein Kurz-Assessment zu „Früherkennung von Dickdarmkrebs: Integrierung der Darmspiege-

lung in die österreichische Gesundenuntersuchung“ zu erstellen. Konkrete Ziele waren, eine Bestandsaufnahme zu den in Österreich durchgeführten Dickdarmspiegelungen vorzunehmen, den aktuellen österreichischen Weg im Umgang mit der Dickdarmkrebs-Früherkennung zu erfassen sowie Empfehlungen für die Durchführung eines Screening-Programms basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erarbeiten.

Methoden und Finanzierung

Im Rahmen der Methode Health Technology Assessment (HTA)¹ wurde eine systematische Literaturrecherche speziell zu HTAs, Guidelines und Screeningprogrammen in medizinischen Datenbanken (u. a. in Medline, Embase, Biosis Previews, Pascal Biomed) durchgeführt. Aufbauend auf die von der Abteilung für Evidenz-basierte Medizin² systema-

¹ Health Technology Assessment (HTA) ist eine wissenschaftliche kontextbezogene Methode der evidenzbasierten Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen. Assessments haben das Ziel, Interventionen auf ihren angemessenen Einsatz zu prüfen und jene, die ohne oder mit fraglichem Nutzen erbracht werden, zu benennen.

² Dank gilt unseren AnsprechpartnerInnen – Frau Dr. Daniela Schmidt, MSc, und Herrn Dr. Franz Piribauer, MPH – im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (Herbst 2003), die für die Erstellung des Assessments eine umfangreiche und detaillierte Vorarbeit geleistet und im Rahmen von konstruktiven Arbeitsgesprächen zum Gelingen dieses HTAs beigetragen haben.

Das Projektteam bedankt sich auch bei all jenen ExpertInnen, die für ausführliche Interviews ihre Expertise und Zeit zur Verfügung gestellt haben. Besonderer Dank gilt jenen ExpertInnen, die dieses Assessment vor Drucklegung gelesen haben und mit Anregungen zur Seite gestanden sind: Univ.-Prof. Dr. Christian Müller und Dr. Michael Häfner, Univ.-Klinik für Innere Medizin IV, Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Wien, Frau Anke Steckelberg, Fachwissenschaft Gesundheit, Universität Hamburg, Prim. Dr. Friedrich Weiser, Herz-Jesu-Krankenhaus, Chirurgische Abteilung, Wien.

Aus dem Institut für Technikfolgen-Abschätzung (ITA) der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien, und *CWI-Solutions Ges.m.b.H., Wien

Korrespondenzadresse: Dr. Claudia Wild, Institut für Technikfolgen-Abschätzung (ITA) der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, A-1030 Wien, Strohgassee 45, E-mail: cwild@oeaw.ac.at

tisch recherchierte Literatur wurde vom ITA die Literaturanalyse und -bewertung vorgenommen. Ergänzend dazu wurden Primärdaten zur Häufigkeit der Darmspiegelung in Österreich für das Jahr 2002 bei Kostenträgern erhoben sowie teilstrukturierte Experteninterviews geführt. Dieses Assessment wurde vom HVBÖSV zu 75 % teilfinanziert. 25 % der Kosten wurden vom ITA eigenfinanziert.

Ergebnisse

Die Früherkennung von Dickdarmkrebs qualifiziert sich für ein Screeningprogramm, da Dickdarmkrebs häufig vorkommt und bekannte Vorstufen hat. Die Entwicklung vom Adenom zum Karzinom verläuft langsam, die Entfernung von Adenomen und nicht-invasiv wachsenden Frühkarzinomen ist während einer Darmspiegelung möglich. Effektive Therapieoptionen sind etabliert. Primäres Ziel eines Dickdarmkrebs-Screenings ist es, Karzinomvorstufen sowie Frühkarzinome zu entdecken und in weiterer Folge zu entfernen [1, 2].

Im Jahr 1998 erkrankten in Österreich 2.499 Männer sowie 2.420 Frauen an kolorektalem Karzinom. Mit ca. 5.000 Neuerkrankungen pro Jahr stellt es somit den häufigsten Tumor in Österreich dar. Die Inzidenz ist bis zum 45. bzw. 50. Lebensjahr niedrig, nur 7 % der kolorektalen Karzinome treten vor dem 50. Lebensjahr auf. Das Erkrankungsrisiko steigt etwa ab dem 50. Lebensjahr steil an. Das lebenslange Risiko in der Allgemeinbevölkerung, an einem Kolorektalkarzinom zu erkranken, liegt bei 6 % [1–3].

Nutzen und Risiken

An Screening-Verfahren werden besondere Anforderungen gestellt, da ja klinisch gesunde Personen einer Untersuchung, die auch mit Risiken verbunden ist, unterzogen werden. Nicht alle „Screenees“ haben durch Früherkennungsuntersuchungen einen Nutzen (z. B. Früherkennung eines Karzinoms), einzelne erleiden dadurch auch einen gesundheitlichen Schaden (z. B. Blutung). Für individuelle Personen lassen sich keine sicheren Voraussagen machen. Bevölkerungsorientierte Risikokommunikation rückt daher in den Mittelpunkt [4, 5].

Die Screeninginformation sowie die Kommunikation von Risiken bergen unterschiedliche Probleme in sich: einerseits die Möglichkeit der Fehleinschätzung sowie die Schwierigkeiten und Manipulationsmöglichkeiten der Kommunikation selbst [6, 7]. Insbesondere Zahlen vermitteln den Eindruck von Genauigkeit, tatsächlich sind sie mit vielen Unsicherheiten verbunden. Die Perzeption von Zahlen und das Verständnis für statistische Grundlagen bedarf einer Schulung bei ÄrztInnen und Laien [8]!

Erst eine hohe Beteiligung der Bevölkerung an den Screeninguntersuchungen führt zu den erhofften epidemiologischen Veränderungen – einer Abnahme der Morbidität und Mortalität an Dickdarmkarzinom –, wodurch auch ein gesundheitspolitischer Nutzen darstellbar wird. Als Screeningbarrieren wurden die Bereiche Patientenakzeptanz, HausärztInnen und Finanzierung identifiziert [9–12].

Wahl des Screeningtests

Eine große Herausforderung stellt die Auswahl des Screeningtests dar. Der Test soll einfach, sicher und genau sein. Als Screeninguntersuchungen stehen zum aktuellen Zeitpunkt vor allem der fäkale okkulte Bluttest (FOBT) und die

Darmspiegelung zur Verfügung. In zukünftige Überlegungen sollen auch die virtuelle Koloskopie und die Möglichkeit einer genetischen Diagnostik mit einbezogen werden.

Die technische Durchführung eines Tests hängt von vielen Faktoren ab, z. B. von der Präzision und Zuverlässigkeit sowie den Untersuchervariationen. Der Test soll besonders gut bei Personen aus der gesunden Allgemeinbevölkerung – in diesem Fall Blut im Stuhl (FOBT) oder Polypen bzw. Dickdarmkrebs (Endoskopie) – entdecken und Personen ohne Blut im Stuhl und ohne Polypen bzw. Dickdarmkrebs als „negativ“ ausweisen.

Ein Test an sich kann vier Ergebnisse als Folge haben (Tab. 1): ein richtig positives, ein falsch positives, ein richtig negatives und ein falsch negatives Testergebnis [13].

Bei einem positiven Testergebnis ist die Wahrscheinlichkeit, daß die gesuchte Erkrankung vorliegt, erhöht. Wie stark die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, hängt von der Güte des Tests und von der Häufigkeit der gesuchten Erkrankung in der Zielgruppe ab. Ein negatives Testergebnis bedeutet, daß die gesuchte Erkrankung wahrscheinlich nicht vorliegt. Auch hier gibt es keine absolute Gewißheit [5, 13].

Effektivität

Dickdarmkrebs-Screening reduziert effektiv die Mortalität an kolorektalem Karzinom. Ergebnisse von Kosteneffektivitätsstudien favorisieren Screening gegenüber keinem Screening. Die vorliegenden Studiendaten lassen jedoch eine Bestimmung der effektivsten und auch kosteneffektivsten Screeningstrategie (z. B. Untersuchungszeitpunkt, Intervall der Untersuchungen) bzw. -methode nicht zu. Diese Aussagen beruhen auf systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen [1, 2, 14].

Für die Einschätzung des individuellen Nutzens einer Screeninguntersuchung ist die absolute Risikoreduktion von Bedeutung: Vorteile sind bei Personen mit richtig positiven Testergebnissen zu erwarten. Sie werden als Morbiditäts-/Mortalitätsreduktion oder als Anstieg der Lebensqualität angegeben. Der Vorteil kann als absolute Risikoreduktion (ARR) und als relative Risikoreduktion (RRR) präsentiert werden. Die ARR ist abhängig vom Ausgangsrisiko und zeigt eine realistische Größe des Mortalitätsvorteils. Die RRR im Gegensatz dazu ist unabhängig vom Ausgangsrisiko und kann einen irreführenden Eindruck des Vorteils vermitteln [5, 15].

Die Wirksamkeit des FOBT ist am besten wissenschaftlich belegt: Randomisiert-kontrollierte Studien wurden bisher nur für den FOBT durchgeführt [1, 2]. Früherkennung mit dem faekalen okkulten Bluttest vermindert die Darmkrebssterblichkeit um etwa 20 % (Relativprozent), dies entspricht in Absolutprozent: 0,1 % Mortalitätssenkung in der Gesamtbevölkerung [5].

Sigmoidoskopie und Koloskopie werden als endoskopische Screeningmethoden eingesetzt. Die Koloskopie kann zum momentanen Zeitpunkt (Jänner 2004) als Goldstan-

Tabelle 1: Mögliche Testergebnisse

Testergebnis: Blut bzw. Polyp bzw. Karzinom	vorhanden	fehlend
positiv	richtig positiv	falsch positiv
negativ	falsch negativ	richtig negativ

darmmethode bezeichnet werden, wenngleich ihr Einsatz in Screeningprogrammen nicht durch randomisiert-kontrollierte Studien abgesichert ist [1, 2]. Studien zeigen, daß bei Früherkennungsuntersuchungen eine vollständige Darmspiegelung einer Sigmoidoskopie überlegen ist [16–18].

Eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Früherkennung mittels der Sigmoidoskopie wird aktuell in England durchgeführt. Mehr als 40.000 Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren wurden im *Flexi Scope Trial* (einmalige Sigmoidoskopie) in Großbritannien eingeschlossen [11]. Ergebnisse aus dieser Studie werden erst ab 2008 zu Verfügung stehen. Das *United States National Cancer Institute* führt eine *Prostate, Lung, Colorectal and Ovar Cancer Screening/PCLO*-Studie durch. Die Ergebnisse im speziellen zu flexibler Sigmoidoskopie sind erst am Ende dieser Dekade zu erwarten [5, 10].

Die Effektivität eines bevölkerungsbasierten Screeningprogramms hängt auch von einer hohen Beteiligungsrate an den Screeninguntersuchungen ab. In diesem Zusammenhang liegen ethische Überlegungen vor, ob es denn legitim sei, jeglichen Arztbesuch als mögliche Aufforderung zur Screeningberatung/-motivation anzusehen: Ist es zwingend notwendig, bei Personen – oft ungefragt – auf das Management körperlicher Risikofaktoren zu fokussieren [7]?

Dickdarmkrebs-Screening international

International werden FOBTs im Abstand von einem bzw. zwei Jahren ab dem 50. Lebensjahr sowie Koloskopien im Abstand von 10 Jahren oder Sigmoidoskopien in fünfjährigen Abständen (ab dem 50. bzw. 56 Lebensjahr) empfohlen [1, 19, 20]. Im Frühjahr 2002 war weltweit kein nationales Dickdarmkrebs-Screeningprogramm etabliert [21]. In Deutschland und Italien wurden danach nationale Screeningprogramme eingeführt. Neuseeland sprach sich zum damaligen Zeitpunkt explizit gegen ein nationales Screeningprogramm aus [1, 22, 23].

Österreich

In Österreich wird traditionellerweise die Koloskopie durchgeführt. Die Koloskopie ist zum aktuellen Zeitpunkt die Goldstandard-Methode zur Entdeckung von Adenomen bzw. Karzinomen. In der wissenschaftlichen Literatur werden allerdings aufgrund unterschiedlicher lokaler Voraussetzungen viele Studien zu Sigmoidoskopie beschrieben. Die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie & Hepatologie empfiehlt ein ärztliches Gespräch vor dem 40. Lebensjahr, um die Risikosituation abzuschätzen; ab dem 40. Lebensjahr jährlich einen FOBT und ab dem 50. Lebensjahr Koloskopien im Abstand von 5–7 Jahren [24].

Die Darmspiegelungen werden in Österreich großteils von InternistInnen und ChirurgInnen mit einem speziellen Qualifikationsprofil vorgenommen. 2002 wurden unserer Primärdatenerhebung bei Kostenträgern (z.B. Sozialversicherungen, Krankenanstaltenträger) folgend über 130.000³⁾

vorwiegend medizinisch indizierte endoskopische Untersuchungen des Dickdarms durchgeführt.

Der überwiegende Teil (etwa 80 %) dieser Untersuchungen wurde im Krankenanstaltenbereich erbracht. Es wurden vorwiegend medizinisch indizierte Untersuchungen durchgeführt. Einheitlich ist die Einschätzung bezüglich des Wachstums des Sektors: In einigen Krankenanstalten kam es zwischen 2001 und 2002 fast zur Verdoppelung der durchgeführten Untersuchungen. Die Zahl und Verteilung der Polypektomien konnten nicht ausreichend beleuchtet werden, man kann jedoch mit hoher Sicherheit sagen, daß diese Intervention überwiegend im Spital erbracht wird, da bei der Entfernung von Polypen Komplikationen befürchtet werden, die einer chirurgischen Intervention bedürfen (ausführliche Details: [25]).

In einigen Bezirken des Burgenlandes läuft ein organisiertes Dickdarmkrebs-Screening mittels FOBT als Primär-Screeningtest, in Vorarlberg ist der FOBT fixer Bestandteil der Gesundenuntersuchung. In Wien ist ein Pilotprojekt auf Bezirksebene mit dem Einsatz der Koloskopie als primärem Screeningtest in Planung [25]. Da die Darmspiegelung seit 2005 in die österreichische „Vorsorgeuntersuchung Neu“ integriert ist, lassen in diesem Zusammenhang die Beteiligungsdaten zu den bereits angebotenen Vorsorgeuntersuchungen nachdenklich stimmen: 2002 nahmen 13,6 % der Bevölkerung (856.810 Personen, älter als 19 Jahre) dieses Angebot (Basisuntersuchungen und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen) ohne besondere Werbemaßnahmen in Anspruch [26].

Szenario

Wichtig erscheint im Vorfeld der Etablierung eines Screeningprogramms, die Größenordnung zu erwartender Ergebnisse und auch Komplikationen abschätzen zu können. Ein Szenario – unter Einbeziehung der Daten rezenter wissenschaftlicher Arbeiten [11, 18, 27, 28] – bietet einen ersten Ansatz: Das Screening einer Jahrgangskohorte in Österreich (bei 100 % Beteiligung) würde im Fall der Fünfzigjährigen mit einer Kohortenstärke von etwa 100.000 Personen folgende Ergebnisse zeigen: Entdeckung von 340–950 kolorektalen Karzinomen sowie von 10.000 bis 13.000 Risikoadenomen; 200–500 „Screenees“ würden eine Komplikation erleiden, die eines stationären Aufenthaltes bedürfte.

Die Frage der Sicherheit für die potentiellen „Screenees“ und die Aufklärung über mögliche Komplikationen im Verlauf der Untersuchung und danach hat selbstverständlich eine zentrale Bedeutung für den Erfolg des Programms und vor allem für die Akzeptanz der Untersuchung bei der Zielgruppe. Ein gut verlaufendes Screeningprogramm ist zwangsläufig mit Qualitätssicherung verbunden.

Diskussion

Obwohl das „Ob“ einer Screeningimplementierung eine politische Entscheidung ist, sollte das „Wie“ auf wissenschaftlichen Beweisen beruhen. Es gilt, screeninginterne sowie -externe Rahmenbedingungen zu beachten. Ebenso gilt es, die Relationen zu anderen wichtigen und häufigen Erkrankungen zu wahren. Dickdarmkrebsfrüherkennung ist prädestiniert für ein Screeningprogramm. Derzeit (Stand Jänner 2004) kann aufgrund der wissenschaftlichen Beweislage weder der Sigmoidoskopie noch der Koloskopie als primärer Screeningtest der Vorzug gegeben werden.

³⁾ Dieses Ergebnis steht in einer gewissen Diskrepanz zu den Ergebnissen (210.736 Koloskopien) der direkten Befragung der österreichischen Endoskopieeinheiten für das Jahr 2002 durch die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie, die von W. Weiss beim Endoskopie-Postgraduiertenkurs „Aussichten und Grenzen“ im November 2004 in Wien präsentiert wurden. Die Unterschiede sind unter anderem durch die unterschiedlichen Gruppen der Befragten, die nicht lückenlose Beantwortung sowie durch die uneinheitliche Dokumentation zu erklären.

Auf Grund traditioneller Gegebenheiten ist in Österreich die Koloskopie der Sigmoidoskopie vorzuziehen.

Da der gesundheitspolitische Wert einer Intervention ausschließlich dann gegeben ist, wenn ein darstellbarer und meßbarer Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung entsteht, erscheinen folgende Fragestellungen wesentlich:

- Welches Ziel soll durch eine forcierte Dickdarmkrebsvorsorge bzw. -früherkennung erreicht werden?
- Wie soll dieses Ziel erreicht und der Erfolg gemessen werden?

Die Lancierung der Integrierung eines altersgruppenspezifischen Dickdarmkrebs-Screeningprogrammes in die Vorsorgeuntersuchung Neu erfordert ein Vorgehen nach einem durchdachten Konzept: Handlungsbedarf besteht somit hinsichtlich eines organisierten altersgruppenspezifischen Dickdarmkrebs-Screening. Wesentliche Punkte bei der Einführung eines Screeningprogramms sind eine umfassende Information aller Beteiligten mit Darstellung des Nutzens und Schadens sowie qualitätssichernde Maßnahmen zwingend begleitet von Dokumentation und Evaluation. Das momentan in Österreich stattfindende opportunistische Screening erfüllt diese Ansprüche nicht. Weiters sollen Investitionserfordernisse sowie die Konzentration von Screeningkoloskopien an Kompetenzzentren im niedergelassenen Bereich sowie in Spitälern Beachtung finden. Besonderes Augenmerk ist auf eine transparente sowie verständliche Risikoinformation und -kommunikation zu legen [29].

Vor Programmstart sollen die organisatorischen Details betreffend Patienteninformation, inklusive Risikokommunikation, motivierenden Werbemaßnahmen, Einladung, Vorbereitung, Abwägung erforderlicher Gerinnungspara-

meter, Koloskopie „sanft“ etc., festgelegt werden und vor allem ein fächerübergreifender Komplikationsmanagementplan vorliegen. In diesem Sinn ist ein gemeinsames Vorgehen aller EndoskopikerInnen notwendig. Besonderes Anliegen des Projektteams ist, daß politische Entscheidungen begleitet vom Wissen um die wissenschaftliche Beweislage und von einer transparenten Kommunikation auf allen Ebenen stattfinden sollten. Der Weitblick der potentiellen Programmverantwortlichen wird zeigen, ob in Österreich ein den modernen internationalen Anforderungen entsprechendes Dickdarmkrebs-Screeningprogramm etabliert wird.

Literatur:

1. McLeod R. the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening strategies for colorectal cancer: systematic review & recommendations., Nr. CFTFPHC Technical Report 01-2, Canadian Task Force, London, ON, 2001.
2. Pignone M, Rich M, Teutsch S et al. Screening for colorectal cancer in adults, im Auftrag von: Agency for Healthcare Research and Quality, Nr. 02-S003, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2002.
3. Vutuc C. Aktuelle Krebsstatistik. Institut für Krebsforschung der Universität Wien, Österreich, 2002.
4. Gray M, Piribauer F. Realising the potential benefit of screening: Comment on the outcomes of the first Austrian Screening Guidelines Consensus Conference (editorial). Wien Klin Wochenschr 2001; 113: 4-6.
5. Steckelberg A, Mühlhauser I. Darmkrebs Früherkennung, Screening. Universität Hamburg, Fachwissenschaft Gesundheit, 2003.
6. Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer. Ist eine opportunistische Prävention während der Konsultation ethisch vertretbar? (www.evimed.ch), 2003.
7. Getz L et al. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? BMJ 2003; 327: 498-500.
8. Hoffmeyer U, Gigerenzer G. Using natural frequencies to improve diagnostic inferences. Acad Med 1998; 73: 538-40.
9. Beeker C, Kraft J, Southwell B. Colorectal cancer screening in older men and women: qualitative research findings and implications for intervention. J Comm Health 2000; 25: 263-78.
10. Schoen R. The case for population-based screening for colorectal cancer (perspectives). Nature Reviews/Cancer 2002; 2: 65-9.

Dickdarmspiegelungen in Österreich 2002 – Übersichtstabellen

Zahlen absolut: Insgesamt 134.058 erhobene Darmspiegelungen in Österreich 2002

	Sigmoidoskopie Krankenhaus	Koloskopie	Sigmoidoskopie niedergelassener Bereich	Koloskopie	Gesamt	Bevölkerung	40-69-Jährige
BGL	38	9.754	51	1.101	10.944	277.569	106.426
VBG	0	4.814	265	258	5.337	351.095	122.833
OÖ	2.915	19.279	1.411	3.297	26.902	1.376.428	493.012
KNT	0	5.258	961	3.567	9.786	559.404	207.213
SBG	2.474	4.185	414	2.086	9.159	515.327	186.305
NÖ	54	3.236	793	6.674	10.757	1.545.804	582.935
WIEN	252	15.255	0	7.346	22.853	1.550.123	587.200
TIROL	1.537	7.883	0	1.714	11.134	673.504	238.586
STMK	263	12.689	0	3.490	16.442	1.183.303	434.813
Sonderträger			1.688	9.056	10.744		

Darmspiegelungen/100.000 Bevölkerung in Österreich 2002

	Sigmoidoskopie Krankenhaus	Koloskopie	Sigmoidoskopie niedergelassener Bereich	Koloskopie	Gesamt
BGL	13,7	3.514,1	18,4	396,7	3.942,8
VLB	0,0	1.371,1	75,5	73,5	1.520,1
OÖ	211,8	1.400,7	102,5	239,5	1.954,5
KNT	0,0	939,9	171,8	637,6	1.749,4
SBG	480,1	812,1	80,3	404,8	1.777,3
NÖ	3,5	209,3	51,3	431,7	695,9
WIEN	16,3	984,1	0,0	473,9	1.474,3
TIROL	228,2	1.170,4	0,0	254,5	1.653,1
STMK	22,2	1.072,3	0,0	294,9	1.389,5

BGL, VLB, SBG: komplette Datenerhebung

11. UK Flexible Sigmoidoscopy Screening Trial Investigators. Single flexible sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: Baseline findings of a UK multicentre randomised trial. *Lancet* 2000; 359: 1291–300.
12. McCaffery K, Wardle J, Waller J. Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Prevent Med* 2003; 36: 525–35.
13. Greenhalgh T. Einführung in die Evidence-based Medicine. Verlag Hans Huber, Bern, 2000.
14. Pignone M, Somnath S, Hoerger T et al. Cost-effectiveness analyses of colorectal cancer screening, a systematic review. *Ann Intern Med* 2002; 137: 96–104.
15. Barrat A, Irwig L, Glasziou P. User's guides to the medical literature, XVII. How to use guidelines and recommendations about screening. *JAMA* 1999; 281: 2029–34.
16. Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer. Vollständige Koloskopie zur Frühdiagnose von Dickdarmkrebs erhöht die Rate rechtzeitig erkannter Neoplasien. (www.evimed.ch), 2000.
17. Imperiale T, Wagner D, Lin C et al. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. *NEJM* 2000; 343: 169–74.
18. Liebermann D, Weiss D, Bond J. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343: 162–8.
19. Winawer S, Fletcher R, Rex D et al. Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale – update based on new evidence *Gastroenterology* 2003; 124: 544–60.
20. Schmigel W et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten/Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologische Onkologie. *Z Gastroenterol* 2000; 38: 49–76.
21. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment/CCOHTA. Economic evaluation of population-based screening for colorectal cancer, pre-assessment. 2000; Nr. 6.
22. Rozen P, Winawer S, Waye J. Prospects for the worldwide control of colorectal cancer through screening (editorials). *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 755–9.
23. SGB. Voraussetzungen gemäß § 135 ABS. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie). *Dt Ärzteblatt* 2002; 99: A2654–A2656.
24. Müller C, Weiss W. Kolonkarzinom-Vorsorge mittels Koloskopie. Standpunkt der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie, Wien, 2003, http://www.oeggh.at/agonko_folder.asp.
25. Jonas S, Rafetseder O, Wild C. Früherkennung von Dickdarmkrebs. Integrierung der Darmspiegelung in die österreichische Gesundenuntersuchung. Ein Kurz-Assessment. Institut für Technikfolgen-Abschätzung, Wien, Dezember 2003. <http://www.oew.ac.at/ita/ebene5/d2-2b25.pdf>.
26. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Teilnahme an der Gesundenuntersuchung in Österreich im Jahr 2002, persönliche Kommunikation, 2003, Wien.
27. Segnan N, Senore C, Andreoni B et al. Baseline findings of the Italian multicenter randomized controlled trial of “once-only sigmoidoscopy”-score. *Natl Cancer Inst* 1995; 1089–90.
28. Gondal G, Grotmol T, Hofstad B et al. The Norwegian colorectal cancer prevention (NORCCAP) screening study: baseline findings and implementations for clinical work-up in age groups 50–64 years. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38: 635–42.
29. General Medical Council. Seeking patients' consent: The ethical considerations (www.gmc-uk.org), 1998.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)