

Journal für  
**Gastroenterologische und  
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Darmkrebserkrankung in Österreich**

**- Update 2008**

Weiss W, Homoncik M

*Journal für Gastroenterologische  
und Hepatologische Erkrankungen*

2008; 6 (2), 19-22

Österreichische Gesellschaft  
für Gastroenterologie und  
Hepatology

[www.oeggh.at](http://www.oeggh.at)



**ÖGGH**

Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgische Onkologie

[www.aco-asso.at](http://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](http://www.kup.at/gastroenterologie)

Member of the



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

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

# Darmkrebsvorsorge in Österreich – Update 2008

W. Weiss<sup>1</sup>, M. Homoncik<sup>2</sup>

**Kurzfassung:** Die Vorsorgekoloskopie ist hervorragend geeignet, Dickdarmkrebs zu verhindern und wurde 2005 in die Gesundenuntersuchung in Österreich integriert. Die anschließenden Verhandlungen über österreichweite Durchführungsbestimmungen scheiterten. Die Einzelverträge in den Bundesländern ließen international obligate Qualitätskriterien in 8 von 9 Bundesländern vermissen (Qualifikation des Untersuchers, Fähigkeit zur Polypektomie, Hygienekontrollen, Angebot einer Prämedikation sowie Evaluation der Ergebnisse). Der ÖGGH gelang es, gemeinsam mit dem Hauptverband und der Österreichischen

Krebshilfe ein Zertifikat zu schaffen, das die Qualität der Vorsorgekoloskopie sicherstellen soll. 217 endoskopierende Stellen in Österreich haben sich freiwillig entschlossen, daran teilzunehmen.

Austria failed. Quality criteria (qualification of endoscopists, ability to perform polypectomies, offer of premedication, hygiene controls and evaluation) have been missed in the contracts in 8 of 9 federal states.

**Abstract: Colon Cancer Screening in Austria – Update 2008.** Colonoscopy is an ideal tool for screening and better avoidance of colorectal cancer and was integrated in the health care program of Austria in the year 2005. The following outcome of negotiations about regulation rules for all federal states of

The Austrian Society of Gastroenterology together with the Hauptverband der Sozialversicherungsträger and the Österreichische Krebshilfe established a certificate which guarantees the quality standard of screening colonoscopies. 217 endoscopic units in Austria take part in this project. **J Gastroenterol Hepatol Erkr 2008; 6 (2): 19–22.**

## ■ Ausgangssituation

In Österreich erkranken jährlich etwa 5000 Personen an Dickdarmkrebs, dieser ist somit der häufigste maligne Tumor. Frauen und Männer sind gleich häufig betroffen.

Dickdarmkrebs eignet sich in modellhafter Weise für Vorsorgeprogramme, da sich mehr als 90 % aller Tumoren aus Vorläuferläsionen, zunächst gutartigen Polypen (Adenomen), entwickeln. Die Zeitspanne vom Auftreten erster Veränderungen bis zur möglichen malignen Entartung beträgt etwa 10 Jahre.

Das Risiko, an Dickdarmkrebs zu erkranken, steigt ab dem 40.–50. Lebensjahr stark an. Daher ist es sinnvoll, Vorsorgeprogramme in diesem Lebensalter zu starten. All diese Fakten sind seit langem bekannt, führten aber bis vor wenigen Jahren nur zu Schwerpunktaktionen ohne nachhaltigen Erfolg. Die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) beschloss daher, 2002 eine Dauerkampagne zu starten, wobei die Zielsetzung weniger in der Früherkennung, sondern vielmehr in der Vermeidung der Entstehung des kolorektalen Karzinoms liegen sollte.

## ■ Bilanz seit 2002

1. Zunächst wurden 2002 erstmals alle endoskopierenden Stellen in Österreich erfasst und sowohl in Buchform als auch im Internet publiziert. Insgesamt wurden dabei 487 endoskopierende Einheiten identifiziert – 187 in Spitälern und 300 im niedergelassenen Bereich.
2. Ein gleichzeitig versandter Fragebogen wurde von 94 % retourniert und gestattete erstmals einen repräsentativen Überblick über die koloskopische Tätigkeit im Jahr 2002 (Tab. 1). Von den 210.736 Koloskopien wurden 40 % als

**Tabelle 1:** Kolon-Polypektomien (Österreich 2002)

44.526	Polypektomien gesamt
–8905	hyperplastisch (20 %)
35.621	Adenome
854	invasives Karzinom (2,4 %)
4628	hochgradige Atypien (13 %)
5482	Karzinom und unmittelbare Vorstufen

**Tabelle 2:** Dickdarmkarzinom in Österreich

	1985	1994	2003	2006
Ersterkrankungen	4253	4910	5108	
Sterbefälle	2615	2712	2634	2386
Rückgang in %	60	56	51	

Quelle: Österr. Statist. Zentralamt

Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, obwohl dies offiziell zu diesem Zeitpunkt nicht vorgesehen war. Legt man eigene Ergebnisse bei mehr als 8000 konsekutiven Polypektomien auf die 44.526 Polypektomien in Österreich um, so ergibt sich daraus, dass jährlich mehr als 5000 Frühkarzinome oder unmittelbare Vorstufen derselben durch opportunistisches Koloskopie-Screening entfernt worden sind, die in keiner Statistik aufscheinen. Dies ist auch die Erklärung dafür, dass 1995 die Zahl der Neuerkrankungen nicht weiter zugenommen hat und Sterbefälle eine sinkende Tendenz aufweisen (Tab. 2).

3. Die ÖGGH hat nicht nur seit nunmehr 6 Jahren einen eigenen Beauftragten für Darmkrebsvorsorge installiert, sondern auch in jedem Bundesland ein Mitglied nominiert, das lokale Aktivitäten unterstützen soll.
4. Als größter Erfolg darf die gesetzliche Verankerung der Koloskopie in die Vorsorgeuntersuchung in Österreich im Jahre 2005 gewertet werden.
5. Problematisch war, dass nur wenige Untersuchungen in der Bevölkerung einen so schlechten Ruf hatten wie die Koloskopie. Die zurecht beklagten negativen Erfahrungen wurden zumeist vor mehr als 10 Jahren gemacht und sind auf

Aus der <sup>1</sup>4. Medizinischen Abteilung mit Gastroenterologie und Hepatologie, Krankenhaus Rudolfstiftung, Wien, und der <sup>2</sup>Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien

**Korrespondenzadresse:** Univ.-Doz. Dr. med. Werner Weiss, 4. Medizinische Abteilung mit Gastroenterologie und Hepatologie, Krankenhaus Rudolfstiftung, Juchgasse 25, A-1030 Wien; E-Mail: werner.weiss@wienkav.at

**Tabelle 3:** Checkliste Koloskopie

1. Bekommt PatientIn bei Anmeldung ein Erklärungsblatt zur Untersuchung und zur Möglichkeit der Sedierung?	✓
2. Kann PatientIn vor dem Untersuchungstag bei Bedarf Fragen stellen und Ängste mit einem endoskopierenden Arzt besprechen?	✓
3. Gibt es eine schriftliche Anleitung zur Vorbereitung?	✓
4. Wird jedem/r PatientIn Sedierung angeboten?	✓
5. Ist eine Ruhe- bzw. Überwachungszone vorhanden?	✓
6. Ist ein Gespräch über das Ergebnis der Untersuchung vorgesehen?	✓

**Tabelle 4:** Dickdarmkarzinom (Umfrage)

	1994	2006
Persönliches Risikobewusstsein	44	70*
Vorsorge bei fehlenden Symptomen	53	82*
Info über Risiko der konventionellen Koloskopie vorhanden	28	50*
Bedeutung der Koloskopie als Vorsorge	35	57*
Bedeutung des Stuhltests als Vorsorge	5	10
Familienanamnese wichtig	44	21*
Polyp als Risikofaktor	20	17

\* p < 0,001 Quelle: Fessel 2006.

- fehlende Möglichkeit oder unterbliebene Anwendung einer effizienten und patientenschonenden Prämedikation
- steife unflexiblere Geräte und
- zum Teil fehlende Übung der Untersucher zurückzuführen

Die ÖGGH hat daher im Herbst 2003 ein Diplom für „sanfte Koloskopie“ kreiert: Eine „Checkliste“ in Plakatform (Tab. 3) ist an der Endoskopietüre anzubringen, so dass das Angebot für eine schmerzfreie Untersuchung für jeden Patienten ersichtlich und kontrollierbar ist. Bislang haben knapp 70 % aller endoskopierenden Stellen dieses Diplom angefordert und erhalten und werden auf der Homepage der Österreichischen Krebshilfe (ÖKH) aufgelistet. Wir verbinden damit die Hoffnung, dass das negative Image der Koloskopie in der Bevölkerung in absehbarer Zeit grundlegend korrigiert wird.

6. 2003 wurde auch eine enge Zusammenarbeit der ÖGGH mit der Österreichischen Krebshilfe vereinbart, wobei letztere dankenswerterweise den Hauptanteil der Kosten für eine intensive Informationskampagne übernommen hat: TV-Spots, Presseaussendungen, Zeitungsartikel, Plakate, Broschüren und Pressekonferenzen in allen 9 Bundesländern kamen über mehrere Jahre hinweg zum Einsatz. Die positive Wirkung dieser Kampagne konnte durch zwei Umfragen des Fessel-Instituts im Abstand von 10 Jahren belegt werden (Tab. 4). Gleichzeitig haben wir daraus gelernt, dass die Bedeutung der Familienanamnese sowie der Darmpolypen als Risikofaktoren noch immer zu wenig bekannt ist.
7. Die Koloskopie hat – wie jede Untersuchung – auch Schwachstellen und Fehlerquellen. In zahlreichen ÖGGH-Fortbildungsveranstaltungen wurde auf die Wichtigkeit



**Abbildung 1:** Zertifikat – Urkunde und Sticker

einer ausreichenden Untersuchungszeit und einer notwendigen Mindestanzahl detektierter Polypen („adenoma detection rate“) hingewiesen.

8. Familiär gehäuftes Vorkommen sogenannter „hereditärer Kolonkarzinome“, die im jüngeren Lebensalter vorkommen, werden in diesem Artikel nicht behandelt. Es gibt für diese Patientengruppe eine eigene Anlaufstelle im AKH, Chirurgische Ambulanz, Prof. Dr. Judith Karner-Hanusch (Tel.: 01/40400/6521).

**Tabelle 5:** Voraussetzungen für das Zertifikat

Leistungsdefinition	
1. Beratung/Aufklärung	(1/9)
2. Angebot einer Prämedikation	(3/9)
3. Videoendoskopie bis in Coecum	(3/9)
4. Nachbetreuung	(2/9)
5. EDV-Dokumentation	(1/9)
Personelle/apparative Voraussetzungen	
1. Qualifikation	
Erfahrung	(3/9)
fortlaufende Routine	(1/9)
2. Polypenabtragung in einem Arbeitsgang	(5/9) ?
3. Qualifizierte Assistenz	(5/9)
4. Videoendoskopie, Überwachung, Notfall	(5/9)
5. Waschmaschine	(2/9)
6. Hygienekontrolle	(1/9)

## ■ Zukünftige Ziele

1. Nach der gesetzlichen Implementierung der Vorsorgekoloskopie 2005 scheiterten die Verhandlungen über österreichweite Durchführungsbestimmungen, die international obligate Qualitätskriterien beinhalten sollten. In der Folge wurden Einzelverträge in jedem Bundesland abgeschlossen, woraus nicht nur unterschiedliche Honorarvereinbarungen und Vertragspartner (in Oberösterreich wurde nur mit Krankenhäusern ein Vertrag abgeschlossen) resultierten, sondern die mit Ausnahme von Vorarlberg die erforderlichen Qualitätskriterien weitgehend vermissen ließen. Aus diesem Grund hat die ÖGGH in Kooperation mit dem Hauptverband ein Zertifikat geschaffen, das die Qualität der Vorsorgekoloskopie sicherstellen soll (Tab. 5, Abb. 1). Dieses Projekt ist zunächst für zwei Jahre (Beginn Jänner 2008) geplant und 217 endoskopierende Stellen haben sich dankenswerterweise auf freiwilliger Basis entschlossen, daran teilzunehmen.

Uns erscheint dabei besonders die Qualifikation der Untersucher, die Fähigkeit Polypen in einem Untersuchungsgang abzutragen, die Überwachung der Hygiene und das Prämedikationsangebot wichtig. Vorsorgekoloskopien ohne Evaluation wären europaweit einzigartig; sie wird daher in diesem Projekt von der ÖGGH durchgeführt. Derzeit bestehen noch Probleme bei der Datenübermittlung, an deren Behebung wir intensiv arbeiten. Die zertifizierten endoskopierenden Stellen sind in einer neu aufgelegten Broschüre der ÖKH und auf deren Homepage aufgelistet. Die wünschenswerte und mehrfach angestrebte Einbeziehung der Österreichischen Ärztekammer sowie des Bundesministeriums für Gesundheit ist bedauerlicherweise nicht zustande gekommen. Ebenso gescheitert ist der Versuch, die Einwohner eines Wiener Bezirkes, ähnlich wie beim Mammographie-Screening, gezielt zu einer Vorsorgekoloskopie einzuladen.

Die Empfehlung der ÖGGH zur Darmkrebsvorsorge sollte weiter propagiert werden:

- ärztliches Gespräch über individuelle Risikosituation mit dem 40. Lebensjahr

**Tabelle 6:** Vorsorgekoloskopien in Deutschland (2003–2005) (n = 1,7 Mio.)

0,8 %	Karzinome (70 % Stadien I, II)
30 %	Adenome
6 %	„Advanced adenomas“
0,27 %	Komplikationen

- Okkultbluttest jährlich ab dem 40. Lebensjahr (derzeit erst ab 50 vorgesehen!)
  - Vorsorgekoloskopie ab dem 50. Lebensjahr; bei negativem Ergebnis Wiederholung alle 10 Jahre
2. Jeder dritte Proband mit positivem Okkultbluttestergebnis wird nicht koloskopiert. Die fehlende Motivation dieser speziellen Risikogruppe sollte intensiver untersucht und an deren Behebung gearbeitet werden.
  3. Zusammenarbeit mit Gynäkologen und Urologen wird angestrebt, weil diese Fachrichtungen besonders häufig mit einem vorsorgebereiten Personenkreis Kontakt haben. Chirurgen sollten die Familienangehörigen von Patienten, die wegen Darmkrebs operiert wurden, auf ihre Risikosituation hinweisen. Eine Kooperation mit Diabetologen ist wegen des erhöhten Darmkrebsrisikos dieser Patienten sinnvoll.
  4. Ein Vergleich mit den Ergebnissen in Deutschland wird nach 2 Jahren zeigen, ob wir ähnlich günstige Ergebnisse bei niedriger Komplikationsrate erzielen können (Tab. 6).
  5. Besonderes Augenmerk sollte in Zukunft der Gewinnung von Personen gelten, die offensichtlich weniger vorsorgebereit sind (Ärzte). So wichtig die weitere Aufklärungsarbeit ist: Wir müssen besser verstehen lernen, warum das Angebot für Vorsorgekoloskopien im Vergleich zu den USA in Europa zu wenig genutzt wird:
    - Erreicht das Angebot überhaupt die potentiellen Empfänger? ➤

## ■ Relevanz für die Praxis

Die Früherkennung oder noch besser die Vermeidung von Dickdarmkrebs ist eine medizinische Herausforderung und Notwendigkeit. Bisher erzielte Erfolge und künftige Pläne werden vorgestellt.

Wichtigstes Instrument ist die 2005 in die Gesundenuntersuchung integrierte Vorsorgekoloskopie. Die abgeschlossenen Verträge lassen jedoch in 8 von 9 Bundesländern die international obligaten Qualitätsvoraussetzungen vermissen.

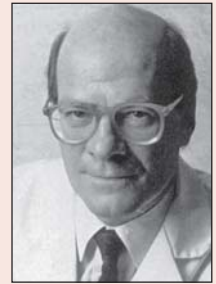
ÖGGH, Hauptverband und Österreichische Krebshilfe haben ein Zertifikat geschaffen, das die Qualität der Vorsorgekoloskopie sichern soll. 217 endoskopierende Stellen nehmen freiwillig an diesem Projekt teil. Sie sind auf der Homepage der ÖGGH und der Österreichischen Krebshilfe ebenso gelistet wie in der neu aufgelegten Broschüre über Darmkrebsvorsorge, die bei der ÖKH kostenlos erhältlich ist.

- Ist es ausreichend intensiv und verständlich?
  - Wie können wir Hausärzte dazu bewegen, ihre Patienten zur Vorsorgekoloskopie zu motivieren? (Das „Burgenland-Modell“ könnte hier Vorbild sein)
  - Ist die Beschäftigung mit dem eigenen Darm noch immer ein funktionierendes Tabu? (Die Brustkrebsvorsorge ist uns hinsichtlich Medienpräsenz himmelweit voraus, obwohl die Chancen der Darmkrebsvorsorge ungleich erfolversprechender wären!)
6. Die Kosten für eine Behandlung metastasierender kolorektaler Karzinome sind in den letzten Jahren durch neue Medikamente für erfolgreichere Chemotherapien immens angestiegen. Die Vorsorge käme billiger! Es wäre daher eine Verpflichtung aller offiziellen für Gesundheit zuständigen Stellen, entsprechende Aufklärungskampagnen durchzuführen

ren und auch zu finanzieren und dies nicht länger ausschließlich privaten Vereinen (ÖGGH, ÖKH) zu überlassen.

**Prim. Univ.-Doz. Dr. Werner Weiss**

*Geboren 1944, 1970 Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde in Wien. Turnusarzt, danach Facharztausbildung für Innere Medizin an der I. Medizinischen Abteilung. 1976–1988 ärztliche Tätigkeit an der I. Medizinischen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung. Von Beginn an Leiter der Endoskopischen Station. Seit 1977 Facharzt für Innere Medizin. Seit 1980 Oberarzt. 1985 Habilitation für das Fachgebiet Gastroenterologie und Hepatologie. Seit Februar 1988 Vorstand der 4. Medizinischen Abteilung der KA Rudolfstiftung. Seit 2004 Beauftragter für Darmkrebsvorsorge der ÖGGH.*



# 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](#)