

Kurzübersicht zur Vorbereitung des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie

Kurzübersicht

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Kurzübersicht zur Vorbereitung des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie

Kurzbericht

Autor/innen:

Astrid Füzsl
Alexander Eisenmann
Brigitte Piso

Projektassistenz:

Romana Landauer

Abgenommen von der Fachgruppe Versorgungsprozesse am 18.11.2019

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin / des Auftraggebers wieder.

Wien, im November 2019
Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Zitiervorschlag: Füzsl Astrid, Eisenmann Alexander, Piso Brigitte (2019). Kurzübersicht zur Vorbereitung des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P3/31/4720

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Inhalt

Tabellen	VI
Abkürzungen.....	VI
1 Einleitung	1
2 Erkrankung.....	1
2.1 Epidemiologie	2
2.2 Krankheitsfolgen und Krankheitslast	2
2.3 Kostenaspekte der Darmkrebsfrüherkennung	3
3 Vorsorgepraxis	4
3.1 Screening-Verfahren	4
3.2 Darmkrebsfrüherkennung/-vorsorge in Österreich	4
4 Leitlinien und Standards	7
5 Datengrundlagen/-quellen	11
5.1 Datenquellen	11
5.2 Forschungsberichte / wissenschaftliche Artikel.....	11
6 Gesetzliche Bestimmungen und andere Regelwerke.....	13
7 Stakeholder außerhalb der Zielsteuerung- Gesundheit	14
8 Bereiche mit potenziellem Handlungsbedarf.....	15
Literatur	16
Anhang	19

Tabellen

Tabelle 4.1:	Identifizierte Leitlinien/Standards zur Vorsorgekoloskopie (Reihung nach Erscheinungsjahr):	8
Tabelle 4.2:	Bewertung der methodischen Qualität der identifizierten Leitlinien / Standards zur Vorsorgekoloskopie gemäß verkürzter AGREE II-Checkliste	9
Tabelle 8.1:	Qualitätskriterien der verkürzten Checkliste der Medizinischen Universität Graz .	19
Tabelle 8.2:	Gesamtbewertung, verkürzte Checkliste der Medizinischen Universität Graz	19

Abkürzungen

BGA	Bundesgesundheitsagentur
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (seit Dezember 2017)
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
FG Q	Fachgruppe Qualität
FG VP	Fachgruppe Versorgungsprozesse
FIT	Fäkale immunchemische Test (Synonym: iFOBT)
FOBT	Fäkale Okkultbluttest
gFOBT	guajakbasierter fäkaler Okkultbluttest
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
idgF	in der gültigen Fassung
iFOBT	immunchemische fäkale Okkultbluttest
KRK	Kolorektales Karzinom
LL	Leitlinie
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
ÖGGH	Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie
PG QS	Projektgruppe Qualitätsstandards
QS	Qualitätsstandard
StäKO	Ständiger Koordinierungsausschuss
VU	Vorsorgeuntersuchung

1 Einleitung

Die Erstellung des geplanten Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie entspricht den Vereinbarungen im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2017–2021), wonach bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche festgelegt und in der Folge auf Landesebene umgesetzt werden sollen. Die vorliegende Kurzübersicht wurde entsprechend der Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards (Methodenhandbuch, Version 2.0, BMASGK 2019) erstellt.

2 Erkrankung

Unter dem Begriff „Dickdarmkrebs“ werden bösartige (maligne) Tumore des Dickdarms (Kolonkarzinom) und des Mastdarms (Rektumkarzinom) verstanden. Zusammenfassend werden sie als „Kolorektale Karzinome“ (KRK) bezeichnet. In der aktuellen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/) 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 (exogene Risikofaktoren) wie häufiger Konsum von rotem bzw. verarbeitetem Fleisch, Nikotinabusus, hoher Alkoholkonsum, Übergewicht und körperliche Inaktivität können die Entstehung von KRK begünstigen (S3–LL Kolorektales Karzinom 2019). Es existiert Studienevidenz (Scheppach 2000), die nahelegt, dass eine frühzeitige Reduktion von exogenen Risikofaktoren die Inzidenz des KRK erheblich verringern kann.

Die meisten KRK entwickeln sich aus nicht-malignen Vorstufen (Polypen bzw. Adenomen, vgl. ICD-10 K63.5), den sog. präkanzerösen Läsionen. Wie lange es dauert, bis aus einem Adenom ein kolorektales Karzinom entsteht, kann derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden, es wird aber eine Zeitspanne von ungefähr zehn Jahren angenommen. Diese lange Latenzphase bietet ein vergleichsweise langes Zeitfenster für die Früherkennung von KRK bzw. dessen Vorstufen (Gallagher 2012, Segnan 2010).

Kolorektale Karzinome 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 (S3–LL Kolorektales Karzinom 2019).

Definierte Personengruppen weisen aufgrund spezifischer Prädispositionen (endogene Risikofaktoren) ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung von KRK im Vergleich zur Normalbevölkerung auf. Zu den Risikogruppen zählen Personen mit familiär erhöhter Häufigkeit für KRK, Personen mit erblichen Formen von Darmkrebs (z. B. hereditäres nicht-polypöses Kolonkarzi-

nom/Lynch-Syndrom, familiäre adenomatöse Polyposis coli) sowie Patientinnen/Patienten mit einer bestehenden chronisch entzündlichen Darmerkrankung (v. a. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, vgl. S3-LL Kolorektales Karzinom 2019)

2.1 Epidemiologie

Das KRK ist eine der häufigsten Krebserkrankungen in industrialisierten Ländern. Jährlich erkranken in Österreich fast 5.000 Frauen und Männer an einem KRK. Dickdarmkrebs ist damit in Österreich die dritthäufigste Krebs-Neuerkrankung bei Männern (nach Prostata- und Lungenkarzinom) (2.593 Fälle im Jahr 2016) und (nach Mamma- und Lungenkarzinom) die dritthäufigste Krebs-Neuerkrankung bei Frauen (1.924 Fälle im Jahr 2016). Dabei zeigte sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte eine unterschiedliche geschlechtsbezogene Entwicklung der KRK-Inzidenz: Während im Jahr 1985 noch mehr Frauen als Männer an Dickdarmkrebs erkrankten, waren es ab 1995 in etwa gleich viele, und ab 1996 schließlich mehr Männer als Frauen, bei denen ein KRK festgestellt wurde (Statistik Austria 2016).

Etwa ab dem 50. Lebensjahr steigt das Erkrankungsrisiko stark an, mit einem Erkrankungsgipfel bei Männern zwischen 65 und 74 Jahren und bei Frauen bei rund 75 Jahren (Birkner 2003, Winawer 1997).

2.2 Krankheitsfolgen und Krankheitslast

Laut Statistik Austria war Darmkrebs zum letzten Erhebungszeitpunkt (2016) für 11 % der Krebssterbefälle verantwortlich. Die altersstandardisierten Raten wiesen 53 Neuerkrankungen und 25 Sterbefälle je 100.000 Personen der österreichischen Bevölkerung auf. Am Jahresende 2016 waren in Österreich 23.466 Männer und 19.935 Frauen mit der Diagnose Darmkrebs am Leben. Insgesamt endet etwa die Hälfte der festgestellten Darmkrebserkrankungen für die Betroffenen tödlich (Statistik Austria 2016).

Die Überlebenswahrscheinlichkeit hängt stark vom Tumorstadium zum Zeitpunkt der Diagnose ab und erreicht ein 5-Jahres-Überleben von bis zu 90 Prozent bei lokalisierten Erkrankungen, aber nur 10 Prozent bei KRK mit Fernmetastasen (European Guideline 2013). Patientinnen/Patienten, die an Dickdarmkrebs versterben, verlieren durchschnittlich 13 Jahre ihres Lebens (Pignone 2002). Insgesamt liegt die durchschnittliche 5-Jahres-Überlebensrate ab Diagnose eines KRK bei rund 63 Prozent (Statistik Austria 2016).

Erfreulicherweise konnten in den vergangenen zehn Jahren in Österreich für beide Geschlechter ein Rückgang der altersstandardisierten Neuerkrankungs- sowie der Sterblichkeitsrate um etwa 25 Prozent festgestellt werden (Statistik Austria 2016).

Im Bundesländervergleich werden regionale epidemiologische Unterschiede beobachtet: So wiesen Niederösterreich und die Steiermark im Jahresdurchschnitt 2014 – 2016 die höchsten altersstandardisierten Neuerkrankungsraten für KRK auf, das Burgenland hingegen die Niedrigste. Die KRK-Sterblichkeitsraten waren in Niederösterreich und Wien am höchsten, in Tirol und Salzburg dagegen am niedrigsten (Statistik Austria 2016).

Bei rund 60 Prozent aller zwischen 2014 und 2016 gestellten Diagnosen zeigte sich, dass das KRK die Organgrenzen bereits durchbrochen hat, womit die Erkrankung ein fortgeschrittenes Stadium aufweist. Dass das KRK häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt wird ist der Hauptgrund für die hohe Todesrate bei KRK (Statistik Austria 2016).

2.3 Kostenaspekte der Darmkrebsfrüherkennung

Eine Evaluation des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger zur Kosteneffektivität eines bevölkerungsweiten Screenings auf KRK kam zu dem Ergebnis, dass Koloskopien in einem 10-jährigen Intervall im Vergleich zu keinem Screening kosteneffektiv sind. Ebenso sind auch die Früherkennung mittels gFOBT bzw. FIT (iFOBT) der Alternative „kein Screening“ hinsichtlich der Kosteneffektivität überlegen, wobei FIT-Verfahren einen Vorteil gegenüber gFOBT bieten (Jahn/HVB 2018).

Berechnungen auf Basis des Vorarlberger Vorsorgekoloskopie-Programms 2007–2015 (Jonas 2017) ergaben, dass durch die Vermeidung metastasierter KRK mittels Vorsorgekoloskopie jährlich bis zu 16 Mio. Euro an Krankheitsfolgekosten in Vorarlberg eingespart werden können.

Eine ökonomische Evaluation der Darmkrebsvorsorge im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer (Stressler-Führer 2016) kommt ebenfalls zu der zusammenfassenden Schlussfolgerung, dass [...] *koloskopische Vorsorgeuntersuchungen die Kosten im Gesundheitssystem deutlich senken würden und gleichzeitig dadurch Leben verbessert und verlängert werden könnte, egal, ob dies ökonomisch nur als gewonnenes Erwerbspotenzial oder als gewonnenes Lebensjahr insgesamt bewertet wird* (siehe Stressler-Führer 2016, S. 6).

3 Vorsorgepraxis

3.1 Screening-Verfahren

Ziel des Darmkrebs-Screenings ist es, bei asymptomatischen Personen präkanzeröse Läsionen (v. a. Polypen/Adenome) bzw. kolorektale Karzinome im Frühstadium zu erkennen. Durch die Entfernung präkanzeröser Läsionen kann die KRK-Inzidenz reduziert werden. Durch die Früherkennung von KRK und die damit möglichst frühzeitige Einleitung entsprechender Therapiemaßnahmen kann die KRK-Morbidität und Mortalität verringert werden (ÖGGH LL 2016, S3-LL Kolorektales Karzinom 2019, EU-Guideline.). Personen mit hohem Risiko für die Entwicklung eines KRK sind nicht Zielpopulation eines bevölkerungsweiten Screenings.

Derzeit kommen im Rahmen eines Darmkrebs-Screenings vor allen zwei Testverfahren zum Erkennen von okkultem Blut im Stuhl – die sogenannten Guaiac-basierten Tests (gFOBT) und die immunochemischen Tests (iFOBT, synonym FIT) sowie als bildgebende Verfahren die endoskopische Koloskopie und die flexible Sigmoidoskopie zum Einsatz. Neuere Testverfahren zur Früherkennung basieren auf dem Nachweis von Tumor-DNA-assoziierten Biomarkern im Stuhl (Multitarget-Stool-DNA-Test, vgl. Stürzlinger 2019).

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 von präkanzeröse Läsionen und Karzinomen aufweist. Zusätzlich zur Diagnostik ermöglicht die Koloskopie auch eine gleichzeitige therapeutische Intervention durch die chirurgische Entfernung der detektierten Läsionen (S3-LL Kolorektales Karzinom 2019).

3.2 Darmkrebsfrüherkennung/-vorsorge in Österreich

In Österreich besteht seit 2005 für Personen ab 50 Jahren im Rahmen der „Vorsorgeuntersuchung Neu“ die Möglichkeit, alle zehn Jahre eine Koloskopie oder alle zwei Jahre einen Blutstuhl-Test (gFOBT) zum Screening auf Darmkrebs in Anspruch zu nehmen (Fröschl 2016)¹.

Aktuell gibt es in Österreich ein opportunistisches Darmkrebscreening, aber – mit Ausnahme von Pilotprojekten im Burgenland und Vorarlberg – kein organisiertes (populationsbezogenes) Darmkrebscreening. Ein bundesweit etabliertes Einladungssystem zur Darmkrebsfrüherkennung existiert nicht (Fröschl 2016). Im Vergleich mit europäischen Ländern, in denen ein organisiertes

1

Für Risikogruppen mit spezieller Prädisposition gelten andere Empfehlungen.

Darmkrebscreening durchgeführt wird (u. a. UK, Niederlande, Italien, Frankreich), ist die Inanspruchnahmerate der bestehenden Darmkrebsvorsorgeangebote in Österreich geringer (Fröschl 2016).

(Vorsorge)–Koloskopien können in Österreich in folgenden Versorgungsbereichen/–einrichtungen durchgeführt werden:

- » bei niedergelassenen Fachärztinnen/–ärzten für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie
- » bei niedergelassenen Fachärztinnen/–ärzten für Chirurgie
- » in Endoskopieeinheiten der Krankenanstalten und
- » in selbstständigen Ambulatorien, die Koloskopien anbieten

Qualitätssicherung Vorsorgekoloskopie – Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge

Derzeit gibt es keine österreichweit einheitlich standardisierte Qualitätssicherung für die Vorsorgekoloskopie. Im Jahr 2007 entwickelten die Österreichische Krebshilfe, die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ein freiwilliges „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ (Fröschl 2016).

Vorrangiges Ziel des „Qualitätszertifikats Darmkrebsvorsorge“ ist es, untersucherabhängige Faktoren, wie die Polypen/Adenomen–Entdeckungsrate, die Zökumerreichrate, die Polypektomierate, die Häufigkeit von Komplikation sowie Hygieneaspekte positiv zu beeinflussen. Durch die Gewährleistung hoher Standards für endoskopische Leistungen soll letztendlich ein Rückgang der KRK–Neuerkrankungs– und Sterblichkeitsrate erzielt werden (ÖGGH LL 2016).

Eine bei der ÖGGH angesiedelte Zertifizierungsstelle prüft die Qualitätsvoraussetzungen der Zertifizierungswerber und zertifiziert diese (www.oeggh.at/zertifikat/cms/). Derzeit sind rund 45% aller endoskopierenden Stellen in Österreich zertifiziert (Link: [Liste der zertifizierten koloskopierenden Stellen](#)).

Exkurs: Beispiele für regionale Initiativen

Burgenland

Im Burgenland wird – im Rahmen des Projekts „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ – seit 2006 bundeslandweit ein populationsbezogenes, organisiertes FOBT-Screening angeboten. Die Aktion wurde im Jahr 2003 in drei Bezirken begonnen, jährlich um einen Bezirk erweitert und ist seit 2006 flächendeckend. Dieses Screening wird vom Amt der burgenländischen Landesregierung, von der burgenländischen Gebietskrankenkasse, der burgenländischen Ärztekammer und den Gemeinden gemeinsam getragen. Das Institut für Krebsforschung in Wien ist für die wissenschaftliche Begleitung zuständig. Die Gemeinden sorgen u. a. für das Austeilen und Einsammeln der FOBTs. Im Jahr 2010 fand der Umstieg vom gFOBT auf den quantitativen iFOBT statt. Die Testauswertung erfolgt seit 2010 zentral und maschinell und nicht mehr – wie davor – dezentral in der niedergelassenen Arztpraxis (Fröschl 2016, www.bgkk.at).

Die Zielgruppe für das Dickdarmkrebs-Screening ist die gesamte Population des Burgenlandes zwischen 40 und 80 Jahren. Mittels Stuhlproben wird auf okkultes Blut getestet. Mit dieser Screening-Methode kann im Burgenland in der Zielgruppe eine jährliche Teilnehmerate von 34 Prozent erreicht werden. 60 Prozent der Burgenländer/innen haben sich mindestens einmal im Rahmen dieses Programms auf okkultes Blut testen lassen.

Vorarlberg

In Vorarlberg wurde im Jahr 2007 zwischen Ärztekammer, Vorarlberger Gebietskrankenkasse und dem Land Vorarlberg ein Darmkrebsvorsorgeprogramm mit internationalen Qualitätsparametern vertraglich vereinbart. Im Rahmen dieses Vorsorgeprogramms wurde im Zeitraum von Februar 2007 bis Dezember 2015 bei 26,2 Prozent der Zielgruppe eine qualitätsgesicherte Vorsorge-Koloskopie durchgeführt (Fröschl 2016, Jonas 2017).

4 Leitlinien und Standards

Die Suche nach nationalen und internationalen Leitlinien und Qualitätsstandards zum Thema Vorsorgekoloskopie erfolgte in folgenden Datenbanken:

- » AWMF-Datenbank (www.awmf.org/leitlinien.html)
- » G-I-N International Guidelines Library (www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library)
- » TRIP-Database (www.tripdatabase.com/)
- » Cochrane Library (www.cochranelibrary.com/)
- » Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)
- » Zusätzlich freie Internetrecherche (Handsuche, www.google.at)

Folgende **Suchbegriffe und Synonyme** (teilweise mit AND/OR-Verknüpfung) wurden verwendet:

- » Standard, Leitlinie, Koloskopie, Darmkrebs, Kolonkarzinom, Vorsorge, Früherkennung, Screening
- » standard, guideline, colonoscopy, colorectal cancer, early detection, screening

Folgende **Einschlusskriterien** wurden a priori definiert:

- » Begriff „Leitlinie“ oder „Standard“ (bzw. guideline oder standard muss im Titel, im Abstract oder als Keyword (Verschlagwortung) vorkommen und bezieht sich dabei auf KRK und Vorsorgekoloskopie bei erwachsenen Patientinnen/Patienten
- » Die Leitlinie / der Standard bezieht sich auf eine Vorsorge-/Screening-Population für die Entwicklung eines KRK, das heißt: asymptomatische, vorwiegend gesunde Personen im Alter ab 45 Jahren, die nicht einer Hochrisiko-Gruppe für die Entwicklung eines KRK (siehe unten) zuzurechnen sind.
- » Die Leitlinie / der Standard liegt in deutscher oder englischer Sprache vor und wurde in Europa, Nordamerika oder Australien/Neuseeland erstellt/herausgegeben
- » Die Leitlinie / der Standard ist maximal fünf Jahre alt bzw. wurde in den letzten fünf Jahren aktualisiert
- » Die Empfehlungen der Leitlinie/des Standards sind evidenzbasiert, d. h. die zugrundeliegende (Studien)-Evidenz wird explizit angegeben.

Folgende **Ausschlusskriterien** wurden a priori definiert:

- » Leitlinien/Standards, die sich ausschließlich auf andere Vorsorgeverfahren als die Koloskopie beziehen, z. B. iFOBT zur Identifikation von Kolonkarzinomen, werden ausgeschlossen.
- » Leitlinien/Standards, die sich ausschließlich auf die Diagnose und Therapie von KRK bei symptomatischen Patientinnen/Patienten beziehen.
- » Leitlinien/Standards, die sich auf Patienten- /Personengruppen mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung eines CRC beziehen (z. B.) werden ausgeschlossen. Gemäß der Europäischen Leitlinie (siehe S. 285 ff.) sowie der deutschen Leitlinie (siehe S. 49 ff.) umfassen Hochrisiko-Gruppen für die Entwicklung eines KRK unter anderem:

- » Personen mit einem familiär gesteigerten Risiko (KRK bei ein/e erstgradige/r Verwandte/r im Alter unter 60 Jahre oder bei zwei erstgradig Verwandten im Alter über 60 Jahren)
- » nachgewiesene oder mögliche Anlageträger für ein hereditäres KRK (z. B. Lynch Syndrom /hereditäres nicht-Polyposis-assoziiertes KRK, familiäre adenomatöse Polyposis)
- » Personen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (u. a. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)

Identifizierte Leitlinien / Standards und Bewertung methodische Qualität

Die Selektion potenziell geeigneter Leitlinien/Standards erfolgte unabhängig durch zwei GÖG-Mitarbeiter/innen. Bei Dissens wurde durch Diskussion eine Einigung hergestellt. Folgende Leitlinien/Standards, die die oben genannten Kriterien erfüllen, wurden identifiziert:

Tabelle 4.1:

Identifizierte Leitlinien/Standards zur Vorsorgekoloskopie (Reihung nach Erscheinungsjahr):

Titel	Herausgeber, Jahr	Land
S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Leitlinienprogramm Onkologie	Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF, 2019	Deutschland
Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults	American Cancer Society, 2018 (Guideline Update)	USA
Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer	American College of Gastroenterology, American Gastroenterological Association, American Society for Gastrointestinal Endoscopy: United States Multi-Society Task Force: CRC guidelines, 2017	USA
Diagnosis and management of colorectal cancer. A national clinical guideline	Scottish Intercollegiate Guidelines Network - Healthcare Improvement Scotland, 2016	Schottland
Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie	Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH), 2016	Österreich
Screening for Colorectal Cancer	US Preventive Services Task Force (USPSTF) Guidelines, 2016	USA
Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care	Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) guidelines, 2016	Kanada
European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis	European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, 2010*	Europäische Union

Anmerkung: *Leitlinie trotz Erscheinungsjahr 2010 (siehe Einschlusskriterium oben: Leitlinie ist maximal fünf Jahre alt bzw. wurde in den letzten fünf Jahren aktualisiert) aufgrund inhaltlicher Relevanz als zusätzliche Grundlage berücksichtigt.

Darstellung: GÖG 2019

Die **Bewertung der methodischen Qualität** der für die vorliegende Kurzübersicht identifizierten Leitlinien und Standards erfolgte unabhängig durch zwei GÖG-Mitarbeiter/innen mit Hilfe einer von der Medizinischen Universität Graz entwickelten und validierten verkürzten Checkliste basierend auf dem Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II). Bei Dissens wurde durch Diskussion eine Einigung hergestellt. Diese adaptierte Checkliste sieht die Bewertung der Leitlinien / Standards anhand von acht Qualitätskriterien sowie einen zusammenfassenden Bewertungsscore (von 1 „sehr schlecht“ bis 7 „sehr gut“) vor (siehe Anhang). Zusätzlich wird von den Beurteilern anhand einer dreistufigen Skala bewertet, ob die Leitlinie / der Standard zur weiteren Anwendung empfohlen werden kann. Auch diese Gesamtbewertung ist in der nachfolgenden Tabelle angeführt.

Tabelle 4.2:

Bewertung der methodischen Qualität der identifizierten Leitlinien / Standards zur Vorsorgekoloskopie gemäß verkürzter AGREE II-Checkliste

Leitlinie / Qualitätsstandard (Titel, Herausgeber, Erscheinungsjahr)	Gesamtbewertung (max.7 Punkte)	Anmerkung	Empfehlung als Grundlage
S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, (Leitlinienprogramm Onkologie Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF, 2019)	7	-	2 x Ja
European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis (European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, 2010)*	6	LL mit hoher methodischer Qualität, aber Erscheinungsjahr 2013 (älter als 5 Jahre, siehe Selektionskriterien oben), dzt. keine Aktualisierung veröffentlicht	2 x Ja
Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie / ÖGGH, 2016)	6	Methodisches Vorgehen (u. a. Evidenzsuche und -graduierung, Empfehlungsgrade) nur sehr knapp beschrieben; Anwendbarkeit auf das österreichische Gesundheitssystem gegeben	2 x Ja
Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults (American Cancer Society, Guideline update 2018)	4	nur wenige Angaben zur Vorsorgekoloskopie in der LL, keine Angaben zur Qualitätssicherung der Koloskopie, keine Indikatoren definiert; potenzielle Interessenkonflikte nicht klar nachvollziehbar; keine Angaben zur Gültigkeitsdauer/Aktualisierung	2 x Nein
Screening for Colorectal Cancer (US Preventive Services Task Force / USPSTF Guidelines, 2016)	4	Methoden nicht klar nachvollziehbar beschrieben, nur sehr wenige Angaben zur Vorsorgekoloskopie in der LL, keine Angaben zur Qualitätssicherung der Koloskopie, keine Indikatoren definiert	2 x Nein
Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care (Canadian Task Force on Preventive Health Care / CTFPHC guidelines, 2016)	4	Methoden nicht genau beschrieben, Angaben zu potenziellen Interessenskonflikten und zur Gültigkeit/Aktualisierung fehlen, keine Angaben zur Qualitätssicherung der Koloskopie, keine Indikatoren definiert	2 x Nein
Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients (U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, 2017)	4	Nur sehr wenige Angaben zur Vorsorgekoloskopie; unklare Beschreibung der Methoden (Evidenzsuche und -bewertung); keine Angaben zur Qualitätssicherung der Vorsorge-Koloskopie, keine Indikatoren definiert, potenziellen Interessenkonflikte nicht ausreichend nachvollziehbar beschrieben	2 x Nein
Diagnosis and management of colorectal cancer. A national clinical guideline (Scottish Intercollegiate Guidelines Network - Healthcare Improvement Scotland, 2016)	4	Sehr wenige Empfehlungen/Angaben zu Screening bzw. Vorsorgekoloskopie	2 x Nein

Anmerkung: *Trotz Erscheinungsjahr 2010 aufgrund inhaltlicher Relevanz als zusätzliche Grundlage berücksichtigt.

Darstellung: GÖG 2019

Vorgeschlagene Leitlinien als Grundlage für Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie

Basierend auf der Checkliste und der durchgeführten Gesamtbewertung wurde für folgende drei Leitlinien eine insgesamt hohe methodische Qualität festgestellt. Diese drei Leitlinien werden als Grundlagen für die Erarbeitung des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie vorgeschlagen:

- » S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, (Leitlinienprogramm Onkologie Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebs-hilfe, AWMF, 2019)
- » Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie / ÖGGH, 2016)
- » European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis (European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, 2010)

Die folgenden fünf Leitlinien werden nicht als Grundlage für die Erarbeitung des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie vorgeschlagen, weil für diese Leitlinien teilweise relevante Mängel in Bezug auf die methodische Qualität festgestellt wurden (u. a. unzureichende Angaben zur Evidenzsuche und -graduierung, fehlenden Angaben zur Gültigkeit bzw. Aktualisierung, unklare Darlegung potenzieller Interessenskonflikten) und/oder weil Aspekte, die für den geplanten Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie wesentlich sind, nicht (ausreichend) adressiert wurden (z. B. Screening, Qualitätssicherung der Vorsorgekoloskopie, Festlegen von Qualitätsindikatoren).

- » Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults (American Cancer Society, Guideline update 2018)
- » Screening for Colorectal Cancer (US Preventive Services Task Force / USPSTF Guidelines, 2016)
- » Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care (Canadian Task Force on Preventive Health Care / CTFPHC guidelines, 2016)
- » Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients (U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, 2017)
- » Diagnosis and management of colorectal cancer. A national clinical guideline (Scottish Intercollegiate Guidelines Network – Healthcare Improvement Scotland, 2016)

Die finale Auswahl, welche Leitlinien als Grundlagen für den geplanten Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie herangezogen werden, erfolgt durch die zuständigen Gremien der Bundeszielsteuerung Gesundheit.

5 Datengrundlagen/-quellen

Nachfolgend sind in Österreich verfügbare Datengrundlagen und -quellen mit Bezug zum Thema dieser Kurzübersicht aufgelistet. Ausgewählte Datenquellen können gegebenenfalls auch für die Entwicklung von Indikatoren sowie für die Evaluation herangezogen werden.

5.1 Datenquellen

Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014, Statistik Austria)

Informationen, u. a. zu:

- » Inanspruchnahme von Vorsorgekoloskopien bei Österreicherinnen/Österreichern ab 50 Jahren (S. 54, S. 153)
- » Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit Darmkrebsrisiko (u. a. Fleischkonsum S. 33, Rauchen S. 41 - 45, Alkoholkonsum S. 48 - 52)

www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsberichte/Oesterreichische_Gesundheitsbefragung_2014_ATHIS_

Österreichischer Gesundheitsbericht

- » Aktuell 2016 (Berichtszeitraum 2005-2015)

www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsberichte/Oesterreichischer_Gesundheitsbericht_2016

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

- » basierend auf den jeweils gültigen Dokumentationsgrundlagen der LKF-Modelljahre
- » Stationäre Aufnahmen mit kolorektalem Karzinom in den Krankenanstalten

Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge. Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)

- » Zertifizierungsrichtlinie (2011).

www.oeggh.at/zertifikat/pdf/2012/Zertifizierungsrichtlinie_V3.0.pdf

5.2 Forschungsberichte / wissenschaftliche Artikel

In einer selektiven Suche nach Literatur wurden folgende Forschungsberichte bzw. wissenschaftliche Artikel identifiziert, die für den österreichischen Kontext als besonders relevant erachtet werden.

BMASGK (2019). Onkologie in Österreich. Tätigkeitsbericht des Onkologie-Beirates 2017 – 2018

Fröschl et al. (2016). Übersicht nationaler Kolonkrebss-Screening-Programme. Gesundheit Österreich, Wien

Jonas (2017). Volkswirtschaftlicher Nutzen eines Österreichischen Darmkrebsvorsorgeprogramm, Berechnung auf Basis des Vorarlberger Vorsorgekoloskopie-Programms 2007–2015: Kosten- und Mortalitätssenkung durch qualitätsgesicherte Koloskopie. J Gastroenterol Hepatol Erkr 15(1): 1–5

Streissler-Führer (2016). Darmkrebsvorsorge. Ökonomische Evaluation. Im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer, Wien

Waldmann et al. (2016). Trends in quality of screening colonoscopy in Austria. Endoscopy 2016; 48: 1102–1109

6 Gesetzliche Bestimmungen und andere Regelwerke

Nachfolgend sind gesetzliche Bestimmungen und andere Regelwerke aufgelistet, die den Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie u. a. betreffen können:

- » Jeweilige **Honorarordnungen zur Leistung Vorsorgekoloskopie** (u. a. im Rahmen einer Vorsorge-Basisuntersuchung für §-2 Kassen, Verrechnungsvereinbarungen mit Wahlärztinnen/-ärzten, Leistungspositionen bundesweiter Sozialversicherungsträger)
- » **Ärztegesetz** (BGBl. I Nr. 169/1998)
- » **Gesundheits- und Krankenpflegegesetz** (BGBl. I Nr. 108/1997)
- » **Medizinische Assistenzberufe-Gesetz** (BGBl. I Nr. 89/2012)
- » **ÖAK: Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015** (BGBl. II Nr. 147/2015)
- » **Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung** (BGBl. II Nr. 359/2010)
- » **Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen** (BGBl. I Nr. 179/2004)
- » **Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz** (BGBl. Nr. 1/1957)
- » **Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017** inkl. Versorgungsaufträge im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit und strukturellen Vorgaben für Inhalte der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) (<https://www.sozialministerium.at/>)
- » **Primärversorgungsgesetz** (BGBl. I Nr. 131/2017)

7 Stakeholder außerhalb der Zielsteuerung– Gesundheit

Bei einer Erstellung des geplanten Qualitätsstandards zur Vorsorgekoloskopie, im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit sind Vertreter/innen aus Bund, Länder und Sozialversicherung involviert (Fachgruppe Versorgungsprozesse).

Zusätzlich zu den Zielsteuerungspartnern könnte bei der Erstellung des Qualitätsstandards u. a. die Berücksichtigung folgender Stakeholder sinnvoll sein:

- » Vertreter/innen der mit der Österreichischen Ärztekammer assoziierten Fachgesellschaften, die an der Darmkrebsvorsorge beteiligt sind
- » Patientenvertreter/innen

8 Bereiche mit potenziellem Handlungsbedarf

Nachfolgend sind Bereiche mit potentiellm Handlungsbedarf (sog. Handlungsfelder) zum Thema Vorsorgekoloskopie aufgelistet. Entsprechend geeignete Maßnahmen in diesen Handlungsfeldern können zur Weiterentwicklung einer flächendeckenden, qualitätsgesicherten Vorsorgekoloskopie beitragen.

- » Derzeit gibt es keine österreichweite, einheitlich standardisierte Qualitätssicherung für die Vorsorgekoloskopie. Daher gibt es auch keine verpflichtende, bundesweite Erhebung einheitlicher Qualitätsindikatoren.
- » Aktuell gibt es in Österreich ein opportunistisches Darmkrebsscreening, aber kein bundesweites, organisiertes (populationsbezogenes) Darmkrebsscreening. Ein bundesweit etabliertes Einladungssystem zur Darmkrebsfrüherkennung existiert daher ebenfalls nicht.
- » Im Vergleich mit Ländern, die ein organisiertes Darmkrebsscreening durchführen, ist die Teilnahmerate an den bestehenden Darmkrebs-Vorsorgeangeboten in Österreich (Koloskopie bzw. gFOBT) niedrig.
- » In der österreichischen Bevölkerung besteht teilweise ein geringes Wissen über die verschiedenen Darmkrebs-Vorsorgemöglichkeiten (Blutstuhltests, Koloskopie. Insgesamt ist die Akzeptanz gegenüber der Vorsorgekoloskopie als Goldstandard zur Darmkrebsfrüherkennung in Österreich gering (Aschl 2006).
- » Die Vergütung der Vorsorgekoloskopie ist bundesweit nicht einheitlich geregelt.
- » Eine verbindliche, zentrale Dokumentation, wie sie für ein qualitätsgesichertes, flächendeckendes Monitoring und die Evaluation von Darmkrebs-Screening-Maßnahmen erforderlich wäre, fehlt in Österreich.

Literatur

- Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation / AGREE II (2014). www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf [online-Zugriff am 5.10.2019]
- Aschl G et al. (2006): Akzeptanz der Koloskopie (mit besonderer Berücksichtigung der Vorsorgekoloskopie). In: Zeitschrift für Gastroenterologie 44/10:A1
- AWMF (2019). S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF. www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/ [online-Zugriff am 18.10.2019]
- Bibbins-Domingo K et al (2016). Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. In: Jama 315/23:2564–2575
- Birkner BR (2003). Evidence-based prevention of colorectal carcinoma. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 128/49:2598–2603
- BMASGK (2019). Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). Bundesqualitätsleitlinie gemäß Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen Version 1.0 niedergelassener Bereich Mai 2009. Bundesministerium für Gesundheit
- 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
- European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group (2010). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- Fröschl B, Antony K, Ivansits S (2016). Übersicht nationaler Kolonkrebs-Screening-Programme. Gesundheit Österreich, Wien
- Gallagher C, Lister T, Smith M (2012). Malignant disease. In: Clinical Medicine. Hg. Kumar P, Clark M. Elsevier, Edinburgh. S. 483–431
- HVB (2018). Kosteneffektivität eines bevölkerungsweiten Screenings auf kolorektales Karzinom. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.796384&viewmode=content [online-Zugriff am 22.10.2019]

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/ [online-Zugriff am 9.10.2019]

Jonas, M. (2016). Volkswirtschaftlicher Nutzen eines Österreichischen Darmkrebsvorsorgeprogramms, berechnet auf Basis des Vorsorgekoloskopie-Projekt Vorarlberg 2007 – 2015. In: Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen 15/1:14–18

Krebsliga Schweiz (2014). Dickdarm- und Enddarmkrebs. Kolorektales Karzinom. Eine Information der Krebsliga für Betroffene und Angehörige KLS / 1.2014 / 9000 D / 1063. Aufl. 2., überarbeitete. Ast & Fischer AG, Bern

Langmann H et al (2013). Die österreichische Vorsorgeuntersuchung im Brennpunkt: Herausforderung. Fakten. Meinungen. Bd. 45. Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

ÖGGH (2016). Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie, Version 1.8 , 12. Mai 2016. Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie. www.oeggh.at/fachwissen/konsensus.html [online-Zugriff am 18.10.2019]

Pignone M et al (2002). Screening for Colorectal Cancer in Adults at Average Risk: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. In: Annals of Internal Medicine 137/2:132–141

Rex DK et al (2017). Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. In: American Journal of Gastroenterology 112/7:1016–1030

Scheppach W et al (2000). Primärprävention des sporadischen kolorektalen Karzinoms durch Ernährungsmodifikation und Medikamente? In: Der Internist 41:868–75

Segnan N, Patnick J, von Karsa L (2010). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1. Aufl., European Union, WHO. International Agency for Research on Cancer, Luxembourg

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2016). Diagnosis and management of colorectal cancer. www.sign.ac.uk/assets/sign126.pdf [online-Zugriff am 22.10.2019]

Statistik Austria (2019). Dickdarm, Enddarm. www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/dickdarm_enddarm/index.html [online-Zugriff am 22.10.2019]

Streissler-Führer A, Kon D (2016). Darmkrebsvorsorge – Ökonomische Evaluation. Österreichische Ärztekammer, Wien

Stürzlinger H et al (2019). Stool DNA testing for early detection of colorectal cancer. Joint Assessment. EUnetHTA Report No.: OTJA10, Wien

Von Karsa L et al. (2013). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: Overview and introduction to the full Supplement publication. In: Endoscopy 45/1:51–59

Winawer SJ et al (1997). Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. In: Gastroenterology 112/2:594–642

Wolf AMD et al (2018). Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. In: A Cancer Journal for Clinicians 68/4:250–281

Anhang

Qualitätskriterien der verkürzten Checkliste der Medizinischen Universität Graz, basierend auf dem Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II)

Tabelle 8.1:

Qualitätskriterien der verkürzten Checkliste der Medizinischen Universität Graz

Qualitätskriterium	Bewertung
1. Die Leitlinie ist in einer allgemein gut verständlichen Form verfasst und die Schlüsselpfehlungen sind leicht identifizierbar.	Ja/Teilweise/Nein
2. Anwenderzielgruppen und -bereiche der Leitlinie sind definiert.	Ja/Teilweise/Nein
3. Hintergrund, Ziele der Leitlinie und die Patienten für die die Leitlinie gelten soll, sind eindeutig beschrieben.	Ja/Teilweise/Nein
4. Die Leitlinien-Entwicklergruppe ist genannt, ihre Interessenkonflikte und die finanzielle Unabhängigkeit sind dokumentiert.	Ja/Teilweise/Nein
5. Die Suche nach der Evidenz erfolgte systematisch und Kriterien zur Auswahl der Evidenz sind beschrieben.	Ja/Teilweise/Nein
6. Die Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrunde liegenden Evidenz ist explizit dargestellt.	Ja/Teilweise/Nein
7. Verschiedene Handlungsoptionen sind unter Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken dargestellt.	Ja/Teilweise/Nein
8. Es gibt klare Angaben zur Aktualität und zur Ablauffrist der Leitlinie.	Ja/Teilweise/Nein

Darstellung: GÖG 2019

Tabelle 8.2:

Gesamtbewertung, verkürzte Checkliste der Medizinischen Universität Graz

Qualitätskriterium	Bewertung
Gesamtbewertung der Leitlinienqualität auf Basis der Qualitätskriterien:	1 (sehr schlecht) bis 7 (sehr gut)

Darstellung: GÖG 2019