

4.9.1 Komplikationsraten bei Früherkennungskoloskopien

Darmkrebs ist eine Krebsart, deren Entstehung weitgehend verhindert werden kann, wenn seine Vorstufen frühzeitig entdeckt und vor ihrer Entartung abgetragen werden. In Deutschland wurde bereits in den Siebzigerjahren ein Screening auf Darmkrebs mittels Okkultbluttest eingeführt.

Mit der Einführung einer zusätzlichen Beratung zu den Möglichkeiten der Früherkennung von Darmkrebs und der Früherkennungskoloskopie ist das Programm im Oktober 2002 modernisiert worden. Die Durchführung dieser Untersuchung ist im vertragsärztlichen Bereich an den Nachweis einer fachlichen Befähigung sowie ausreichender Untersuchungserfahrung geknüpft. Bundesweit geltende Dokumentationsverpflichtungen sollen ein einheitlich transparentes Bild von dem Umfang und der Qualität der Untersuchungen verschaffen. Zudem sind in den Kassenärztlichen Vereinigungen Fachkommissionen mit der (stichprobenbezogenen) nachträglichen Beurteilung von Koloskopien auf Basis der (Foto-)Dokumentationen befasst. Außerdem werden durch hierzu berechnigte Institute Hygieneprüfungen der Endoskope vorgenommen.

Die zur Früherkennungskoloskopie berechtigten Vertragsärzte legen die standardisierten Befundbögen zunächst den jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Dort werden sie geprüft und erfasst. Der pseudonymisierte Datensatz geht dann an die KBV. So werden alle Untersuchungsergebnisse auf Bundesebene zusammengeführt. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die KBV haben die Einführung des Koloskopie-Screenings mit einem Auftrag zur wissenschaftlichen Begleituntersuchung an das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) verbunden. Mittlerweile ist dort der vierte Jahresbericht veröffentlicht. Alle Früherkennungskoloskopien durchführenden Ärzte, die mehr als zehn Untersuchungen im Vorjahr vorgenommen haben, erhalten einmal jährlich vom Zentralinstitut einen individuellen Feedbackbericht nach dem Benchmark-Prinzip. Dabei werden die eigenen Befunde mit denen aus allen übrigen koloskopierenden Einrichtungen verglichen.

In der Summe liegen dem Zentralinstitut mittlerweile nahezu zwei Millionen Daten zur Früherkennungskoloskopie vor. Über den gesamten Zeitraum seit Einführung dieser Untersuchung haben über 2,3 Millionen gesetzlich krankenversicherte Personen von der Erweiterung des gesetzlich vorgesehenen Präventionsprogramms Gebrauch gemacht. Allein im Jahr 2006 haben über 550.000 Personen die Koloskopie in Anspruch genommen.

Ergänzend zu den Dokumentationen führt das Zentralinstitut einmal jährlich eine bundesweite Zusatzerhebung bei allen Fällen durch, bei denen eine Karzinomdiagnose oder eine Komplikation vorliegt. Das Zentralinstitut geht in einem schriftlichen Verfahren jährlich bis zu 7.500 Untersuchungsfällen nach und bittet um nähere Angaben zu den betreffenden Patienten und dem jeweiligen weiteren Behandlungsverlauf.

Über die ersten drei Jahre sind weitgehend stabile Raten an entdeckten Befunden ermittelt worden. Wesentliche Ergebnisse sind, dass etwa 16 bis 18 Prozent der Untersuchten ein Adenom aufweisen, darunter etwa sechs Prozent im fortgeschrittenen Stadium. Jüngste epidemiologische Modellüberlegungen lassen vermuten, dass sich in fünf bis sechs Prozent dieser Fälle pro Jahr aus nicht vorzeitig entdeckten fortgeschrittenen Adenomen kolorektale Karzinome entwickeln (Brenner 2007). 0,8 bis 0,9 Prozent der Untersuchten weisen ein kolorektales Karzinom auf, das jedoch zu etwa 70 Prozent im lokalisierten Stadium entdeckt wird. Bei den von einem Karzinom betroffenen Patienten fällt auf, dass dieser Befund beispielsweise bei Frauen durchschnittlich in einem Alter von 69 Jahren erhoben und damit sechs Jahre! früher erkannt wird als außerhalb von Screeningmaßnahmen.

Die Auswertungen bestätigen, dass Männer und Frauen ein sehr unterschiedliches Risiko für das Auftreten eines fortgeschrittenen Adenoms haben. Berechnet man den (früh-)diagnostischen Aufwand als „number needed to screen“, so ist festzustellen, dass in dem unteren Altersbereich bis zu 16 Männer und bis zu 30 Frauen koloskopiert werden müssen, um einen Patienten des betreffenden Geschlechts zu identifizieren, der ein fortgeschrittenes Adenom aufweist.

Insbesondere interventionelle Koloskopien (Polypektomie) bergen das Risiko von Komplikationen. Deren Auftreten wird auf den standardisierten Dokumentationen von den Untersuchern selbst (im Anschluss an die Untersuchungen) protokolliert. In seinen Nacherhebungen holt das Zentralinstitut ergänzende Informationen zum Verlauf bei den betreffenden Praxen ein. Zu den wichtigsten Komplikationen zählen kardiopulmonale Ereignisse, Blutungen (nach Polypektomien) und Perforationen.

Es muss konzediert werden, dass möglicherweise nicht alle Komplikationsereignisse, die während oder in der Nachfolge der Untersuchung aufgetreten sind, den Untersuchern bekannt werden und daher die hier berichteten Komplikationsraten eine gewisse Unterschätzung darstellen. Allerdings ist auch hervorzuheben, dass die am häufigsten auftretende (Blutungs-)Komplikation gelegentlich unterschiedlich beurteilt zu werden scheint. In den meisten dokumentierten Fällen scheint dahingehend Übereinstimmung zu bestehen, dass ein blutungsbedingter Zweiteingriff (zum Beispiel zur Clipsetzung einer blutenden Restläsion am Polypenstumpf) als „Komplikationsfall“ eingeschätzt und dokumentiert wird. Uneinheitlich scheinen aber vor allem solche Blutungsereignisse beurteilt zu werden, die noch während der Untersuchung bei Entfernung eines besonders großen oder breitbasigen Polyps auftreten und zusätzliche Koagulations- oder mechanische Maßnahmen erfordern. Auch die Beurteilung kardiopulmonaler Komplikationen, die vielfach sedierungsbedingt sein dürften, ist, was deren Erwartbarkeit und Schweregradbeurteilung angeht, selbstverständlich von der subjektiven Interpretation der Untersucher abhängig.

Um den Schweregrad der aufgetretenen Komplikationsereignisse halbwegs zuverlässig bewerten zu können, wird im Rahmen der Nacherhebungen des Zentralinstitut daher auch danach gefragt, ob diese zu einem Krankenhausaufenthalt geführt haben beziehungsweise ob ein Folgeschaden aufgetreten ist. Hierbei zeigt sich, dass, abgesehen von Perforationen, nur in geringem Umfang (bei sechs Prozent der kardio-pulmonalen Komplikationen und bei 17 Prozent der Blutungsfälle) ein Krankenhausaufenthalt nötig geworden ist.

Nimmt man alle Komplikationsfälle zusammen, dann treten jährlich bei drei bis vier von 1.000 Untersuchungsfällen entsprechende Ereignisse auf, wobei die Blutungsrate bezogen auf alle Untersuchungen die Raten mit 1,8/1.000 Fällen anführt. In fünf Fällen sind insgesamt in den vergangenen Jahren Todesfälle zu bedauern, die im direkten Zusammenhang mit der durchgeführten Untersuchung zu stehen scheinen. In einem weiteren Fall wurde von einem Patienten berichtet, der etwa 14 Tage nach der Diagnosestellung eines Rektumkarzinoms Suizid begangen hat.

Ebenso wie die Befundhäufigkeiten, steigen auch die Komplikationsraten mit zunehmendem Alter an, was zum Teil auf den höheren Interventionsbedarf (Polypektomien) älterer Patienten zurückzuführen ist. Die Höhe der hier berichteten Komplikationsraten steht im Einklang mit Daten aus anderen Ländern, die allerdings oft in anderen Behandlungskontexten erhoben werden. Oftmals liegen ihnen jedoch keine Screeningmaßnahmen, sondern Abklärungsuntersuchungen nach Verdachtsbefunden oder subjektiven Beschwerden der Patienten zugrunde. Diese schränken den Vergleich selbstverständlich ein.

Als weiterer, möglicherweise negativer Aspekt ist ein falsch-negativer Befund in Betracht zu ziehen, der unter gewissen Bedingungen zu einer erst späten Entdeckung einer behandlungsbedürftigen Neoplasie führen könnte. Hier sind technische Bedingungen,

Untersuchererfahrung und wohl auch die Rückzugszeiten für die Endoskope entscheidende Einflussgrößen für das Ausmaß nicht erkannter Läsionen.

Diese Überlegungen unterstreichen, dass eine Entscheidung über die Durchführung einer Früherkennungskoloskopie Ergebnis einer individuellen Abwägung von möglichem Nutzen (frühe Erkennung einer Läsion) und Risiko eines Komplikationsereignisses sein muss. Die Ärzteschaft und ihre Vertragspartner teilen mehrheitlich die Erwartung, dass auf Bevölkerungsebene die Bilanz von Nutzen und Risiko für die Gesamtgruppe der Teilnehmer am Darmkrebs-Screening positiv ausfällt.

Im Jahr 2006 ist die Dokumentation der Früherkennungskoloskopien modifiziert worden. Sie soll nunmehr allein als elektronische Dokumentation umgesetzt werden, so dass der aufwendige und fehlerträchtige Erfassungsprozess der vielen und komplexen Untersuchungsdaten künftig entfallen dürfte.

Dr. Lutz Altenhofen, Projektleiter Früherkennungskoloskopie im Zentralinstitut und einer der Preisträger des Felix Burda Award 2006, berichtet hier von den Ergebnissen.