

## Vorsorgekoloskopie: Appendix zur Wegleitung Koloskopie SGG/SSG

---

September 2021

### 1. Definition Vorsorgekoloskopie

Die Vorsorgekoloskopie dient der Früherkennung vom Darmkrebs und der Resektion von Darmpolypen (= meist gutartige Schleimhautgewächse welche über mehrere Jahre entarten können). Die Vorsorgekoloskopie wird bei asymptomatischen Patienten ab 50 Jahren durchgeführt und von der obligatorischen Grundversicherung gemäss KLV Art. 12e Bst. d vergütet.

### 2. Spezifische Empfehlungen zur Qualität der Vorsorgekoloskopie

Bei einer Vorsorgekoloskopie (= Screening-Koloskopie) sollten gemäss internationalen, auf der Literatur basierenden, Empfehlungen folgende Parameter zur Qualitätssicherung systematisch erfasst, dokumentiert und idealerweise zentral (z.B. im Rahmen eines kantonalen Vorsorgeprogramms) verwaltet werden.

#### 2.1. Ausbildung/Weiterbildung des untersuchenden Arztes

Der Untersucher verfügt über einen Facharzttitel FMH Gastroenterologie oder ein MEBEKO- anerkanntes Äquivalent. Pro Jahr führt der Arzt mindestens 200 Koloskopien durch.

#### 2.2. Einwilligung des Patienten

Der Patient wurde über den Zweck, den Ablauf und die Risiken schriftlich und mündlich informiert. Es liegt eine schriftliche Einwilligung («written informed consent») vor.

#### 2.3. Darmvorbereitungsqualität

Die Qualität der Darmreinigung muss mittels international anerkannter standardisierter Scores im Endoskopiebericht dokumentiert werden (Empfehlung : Boston Bowel Preparation Scale = BBPS = «Boston Score»).

Bei ungenügender Darmvorbereitung muss für eine valide Screeninguntersuchung die Darmspiegelung innerhalb eines Jahres wiederholt werden, idealerweise so schnell wie möglich.

#### 2.4. Vollständigkeit der Koloskopie: Zoekum / terminales Ileum

Das Zoekum bzw. das terminale Ileum sollte in >90%, idealerweise in >95% erreicht werden, wobei eine adequate (photographisch, eventuelle bioptische) Dokumentation des terminalen Ileums das sicherste Qualitätskriterium der vollständigen Koloskopie darstellt.

#### 2.5. Rückzug des Endoskops

Eine Rückzugszeit von >6 Minuten (idealerweise 10 Minuten) ist anzustreben da sie die Adenomdetektionsrate signifikant verbessert (*Barclay et al, NEJM 2006*). Die Rückzugszeit versteht sich exklusive Polypektomie (bzw. betrifft nur Vorsorgekoloskopien mit negativem Befund). Sie wird im Koloskopiebericht vermerkt.

#### 2.6. Vollständigkeit der Polypektomie

Bei Polypektomien hält der Untersucher schriftlich fest, ob der Polyp makroskopisch vollständig abgetragen wurde (ja – nein – unsicher).

#### 2.7. Polypenbergungsrate

Resezierte Polypen sollten prinzipiell immer geborgen und histologisch analysiert werden. Es wird festgehalten wieviele Polypen reseziert, geborgen und zur histologischen Analyse eingesandt wurden.

#### 2.8. Polypentätowierung

Nicht resezierbare, makroskopisch unvollständig resezierte bzw. vollständig resezierte aber suspekten Polypen sollten nach Absprache mit dem lokalen chirurgischen Team markiert werden.

#### 2.9. Retroflexion im Rektum

Die Retroflexion im Rektum wird grundsätzlich empfohlen da sie die Detektion pathologischer Befunde signifikant erhöht. Komplikationen sind selten. Bei Status nach Strahlentherapie im Beckenbereich ist Vorsicht geboten.

#### 2.10. Untersuchungshilfen / neue Technologien

Untersuchungshilfen wie Endorings, Endocuffs usw. und neue Technologien wie virtuelle Chromoendoskopie (NBI, FICE, i-scan), «artificial intelligence» können die Adenomdetektionsrate erhöhen (Gonzalez-Fernandez C, Endoscopy 2017, Aziz M, GIE 2019, Ahmad OF, Lancet Gastroenterol Hepatol 2019).

#### 2.11. Komplikationsrate

Alle Komplikationen (Perforation, Blutung) sind im Bericht (auch nachträglich) zu vermerken. Die Perforationsrate pro Untersucher sollte <1/1000 Koloskopien betragen, die Blutungsrate <1/100 Koloskopien.

#### 2.12. Dokumentation und Nachsorgeempfehlung

Alle Koloskopien werden detailliert (idealerweise mit Fotografien) dokumentiert. Es werden international anerkannte Klassifikationen zur Polypenbeschreibung (z.B. Paris-Klassifikation, NICE-Klassifikation). Komplikationen werden explizit erwähnt. Der schriftliche Bericht geht an den zuweisenden bzw. nachbetreuenden Arzt sowie – nach erfolgtem Nachgespräch - an den Patienten. Die Nachsorgeempfehlungen sind in einem separaten Dokument hinterlegt.

Obige Punkte dürfen als grundsätzliche Qualitätsanforderungen an eine Vorsorgekoloskopie verstanden werden. Sie basieren auf der Literatur und sind in Anlehnung an die europäischen (ESGE – Kaminski MF et al, Endoscopy 2017, BSG 2016; SFED 2019) und amerikanischen (ASGE 2013 – Rex D, ASGE/GIE 2017; ACG – Shaikat A Am J Gastroenterol 2021) Leitlinien.

Die Umsetzung der Anforderungen wurde hier nicht diskutiert.