

**Zur Vorsorge-Koloskopie  
Argumentationshilfen zum Patientengespräch über die  
Verhütung und Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (KRK, CRC)**

<b>1. Dickdarmkrebs ist häufig</b>	n Erkrankungsrisiko bei Personen über 50 Jahre: 5 – 6 % n Bei Verwandten 1. Grades mit Kolon-Neoplasie (Adenom, Karzinom): Verdoppelung des Risikos
<b>2. Das Mortalitäts-Risiko ist hoch !!</b>	n Ca. 50 % der Patienten mit KRK sterben an der Erkrankung. n Ursache: Beschwerden treten häufig erst im fortgeschrittenen Stadium auf (Metastasen).
<b>3. Die Vorsorge-Koloskopie kann KRK verhüten</b>	Begründung: Fast alle KRK entstehen aus gutartigen Vorstufen (Adenomen) über einen langen Zeitraum (meist > 10 Jahre). Ihre Entfernung ist KRK-Verhütung.
<b>4. Durch Vorsorge-Koloskopie wird KRK früh erkannt</b>	Karzinome, die noch keine Beschwerden verursachen, werden erkannt. Sie sind häufiger in einem frühen Stadium mit besseren Heilungschancen.
<b>5. Die Untersuchung ist i.d.R. völlig schmerzfrei</b>	Mit einer Sedierung („Beruhigungsspritze“) wird die Koloskopie kaum noch als belastend empfunden.
<b>Die bisherigen Ergebnisse der V--Koloskopie sind im Sinne der Krebsvorsorge ermutigend *)</b>	
<b>6. Eine Polypektomie ist bei einem hohen Prozentsatz der untersuchten Patienten notwendig *)</b>	314.000 Koloskopien in einem Jahr (10/2002 bis 09/2003), davon 127.000 Auswertungen: n 28 % Polypen/ Adenome n 6 % adenomatöse Polypen mit hohem Malignitätsrisiko („fortgeschrittene Neoplasie“) n 0,7 % Karzinome n Bei ca. 50 % der Untersuchten relevanter pathologischer Befund am Dickdarm !
<b>7. Komplikationen sind selten und sind korrigierbar *)</b>	Häufigkeit auftretender Komplikationen: n Perforation bei Diagnostik: 0,14 ‰ (ca. 1:7000) n Perforation bei Polypektomie: 0,8 ‰ (ca. 1:1200) n Blutungen 3,4 ‰ (1:300); meist endoskopisch behandelbar n Kardiopulmonal: 1,9 ‰ (ca. 1:500)
<b>ö Organisatorisch sind noch Verbesserungen notwendig</b>	
<b>8. Die Teilnahme an der Vorsorge-Koloskopie ist zu gering *)</b>	Ca. 1,7 % der berechtigten 22,2 Millionen Personen
<b>9. Der Erfolg der Aufklärungsgespräche ist unzureichend *)</b>	Verhältnis von Anzahl der Aufklärungsgespräche zu Anzahl durchgeführter Koloskopien: ca. 23:1
<b>10. Häufigkeit der Aufklärungsgespräche variiert je nach Arztgruppe *)</b>	n Gynäkologen: ca. 80 pro Quartal n Hausärzte: ca. 1-3 pro Quartal
<b>11. Alternative „Test auf fäkales okkultes Blut (FOBT)“ ist nur die zweitbeste Untersuchung</b>	Begründung: n Test nur bei ca. 50 % der CRC positiv n Test selten positiv bei Polypen n Keine wesentlichen Verbesserungen durch neue Tests

\*) Quelle: Knöpnadel J, Altenhofen L, Brenner G: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung: 1 Jahr nach Einführung der Früherkennungs-Coloskopie – Erste Daten zur Wirksamkeit. Vortrag am 21. 10. 2004, Klinikum Rechts der Isar, Protokoll der Auftaktveranstaltung Netzwerk gegen Darmkrebs e.V.