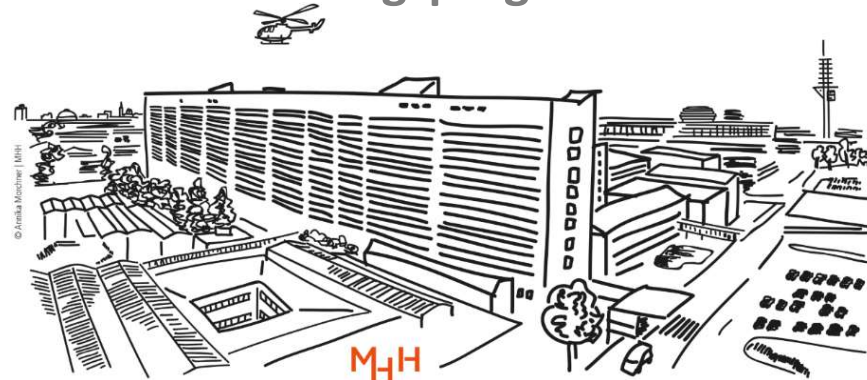


Sekundäre Datennutzung.
**Wissenschaftliche Forschung mit Daten aus dem organisierten
Krebsfrüherkennungsprogramm für Darmkrebs**



PD Dr. Maren Dreier, MPH¹ und Dr. PH Melanie Brinkmann²

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

² Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin

in den nächsten 5 Minuten...

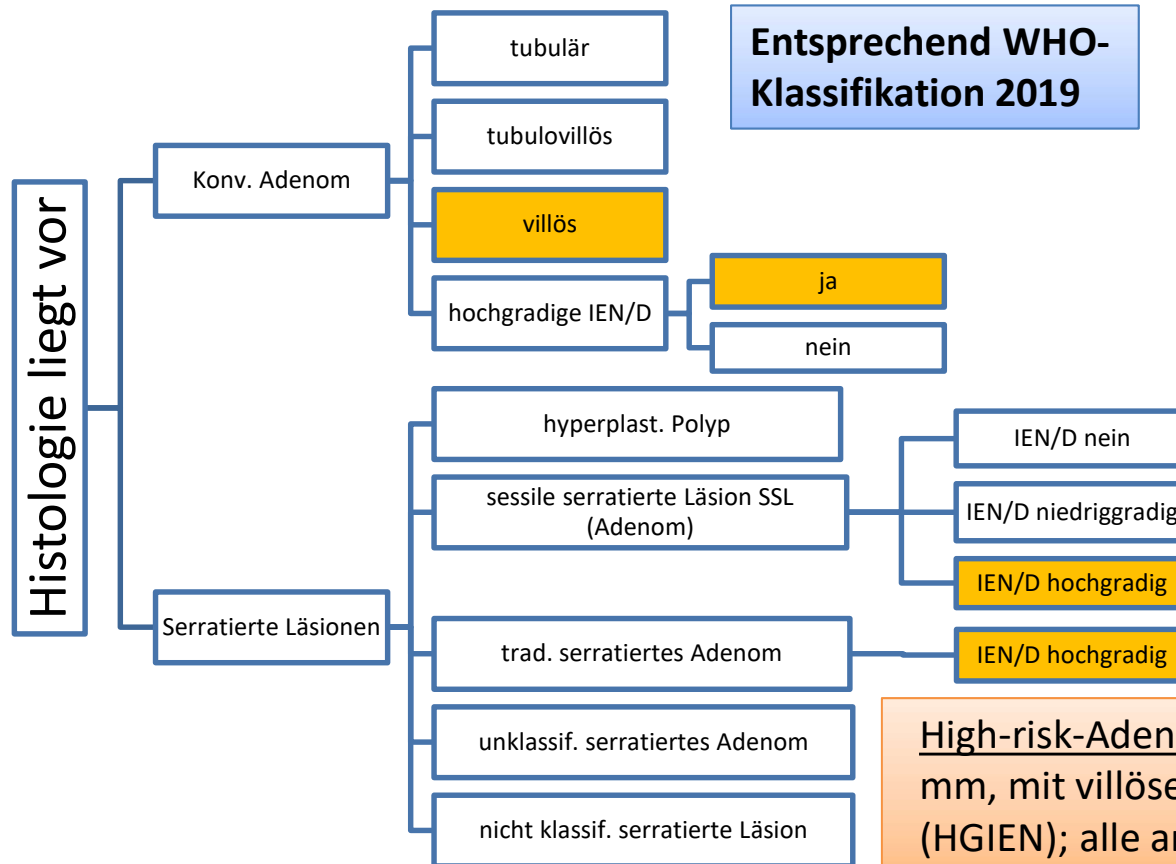
- Wissenschaftliches Ziel
- Erste pragmatische Erkenntnisse
- und methodische Limitationen
- Polypen, Adenome, Surveillancekoloskopien
- Ausblick und Potenzial der Daten

Projekt: Prävalenz von Polypen, Adenomen und Darmkrebs nach Lokalisation, Alter, Geschlecht und Region (PrADa)

- Rationale
 - Basis für Vergleich von Sigmoidoskopie und Koloskopie
 - Realweltliche Input-Parameter für Modellierungen (risikobasierte KFE)
 - Externe Validierung eines geplanten Projekts zur Erprobung der Sigmoidoskopie
- Prävalenz
 - Kolorektale Läsionen / 1. Früherkennungskoloskopien gesamt

Spezifische Herausforderungen:
Klassifikation der Polypen, Resektionsstrategien,
Polypenmanagement

Histologischer Befund von Adenomen und Polypen lt. Dokumentation im oKFE DK



Dokumentationsbogen zur Früherkennungs-Koloskopie oder zur Koloskopie nach positivem Früherkennungstest auf occultes Blut im Stuhl

Koloskopie als primäre Screening-Untersuchung
 Koloskopie nach positivem iFOBT

Patientennummer (EDV) _____ PLZ - Wohnort (Städte) _____

Geschlecht weiblich männlich Alter _____ Jahre
 untersucht am _____

Bildokumentation ja nein
 Zoekum erreicht ja nein

Grund für unvollständige Koloskopie Windschlamm Komplikation Sonstiges
 Schwächen Stenose

Makroskopischer Befund intra-luminal Rektum-Cx Sonstiges
 Polyp(en) Kolon-Cx

Bei Polypen
 Zahl 1 2-4 >4
 Form sessil gestielt fächerförmig
 Größe <0,5 cm 0,5-1 cm 1-2 cm >2 cm
 Lokalisation nur proximal des Ökums nur distal/Rektum distales und proximales Kolon

Polypenabtragung/Biopsie
 Polypektomie mittels Hochfrequenzschlinge ja nein
 Zangenabtragung ja nein
 Polypen entfernt ja nein
 Polypentfernung ja nein
 Biopsie entnommen ja nein

Interventionspflichtige Komplikationen ja nein

Histologischer Befund
 Befund Nr. _____
 Polyp hyperplastisch sessil (glatte)
 Adenom tubulär tubulovillös villös
 hochgradige intraepitheliale Neoplasie (HGIEN)
 Karzinom in toto entfernt ja nein unklar
 in toto entfernt ja nein unklar

Genetisches testing ja nein
 Sonstiges möglich ja nein

Diagnose Darmpolyp(en) Kolon-Cx
 Adenom Sonstiges
 Rektum-Cx

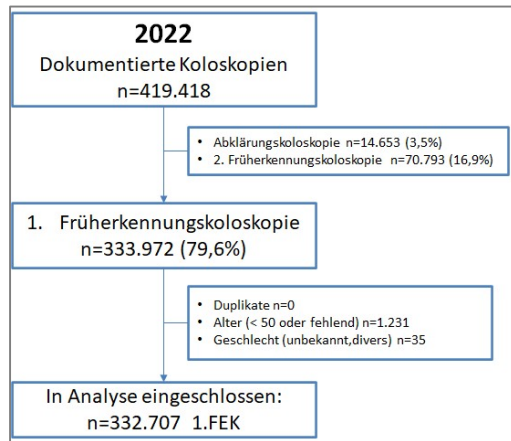
Angemessene weitere Maßnahmen bei Polyp(en)/Adenom(en)/Karzinom
 ja nein
 endoskopische Polypektomie
 ambulant stationär
 Operation ja nein
 Kontrollkoloskopie in _____ Monaten angestrichen

Operation am _____

High-risk-Adenome (HRA, Hochrisiko Adenom): ≥ 10 mm, mit villöser Histologie, mit schwerer Dysplasie (HGIEN); alle anderen sind **low-risk-Adenome (LRA)**

IEN/D: Intraepitheliale Neoplasie/Dysplasie

Erste Prävalenzen aus 2022, 1. Früherkennungskoloskopie

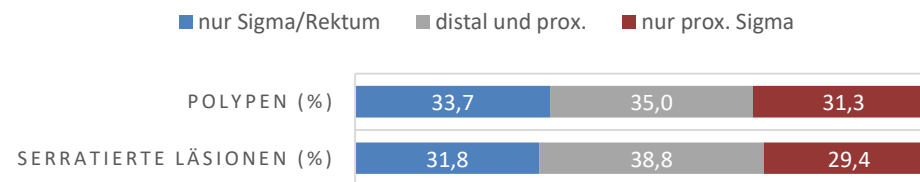
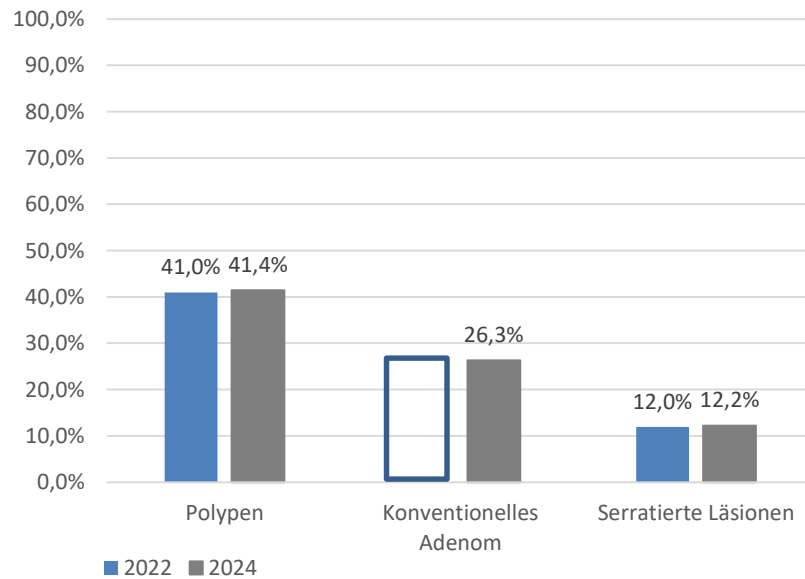


***Insgesamt 39.759 (12,0%)
Personen haben mind.
eine serratierte Läsion!**

makroskop. Befunde			160.208	48,2%
makroskop. Befund: Polypen			136.244	41,0%
Konventionelle Adenome				
	tubulär			
	tubulosvillös			
	villös			
	niedriggrad. IEN/D			
	hochgrad. IEN/D		5.559	1,7%
Serratierte Läsion	hyperplast. Polyp		25.543	7,7%
	sessile serrat. Läsion		14.954	4,5%
		Ohne IEN/D		
		Niedriggrad. IEN/D		
		Hochgrad. IEN/D		
	trad. serrat. Adenom	Hochgrad. IEN/D	1.094	0,3%
	unklassif. serrat. A.		183	0,1%
	nicht klassif. Serrat. A.		542	0,2%
Konventionelle Adenome				
Serratierte Läsion			*42.316	12,7%
Gesamt 1. FEK 2022			332.707	100,0%

Erste Prävalenzen

Anteil an 1. FE-Koloskopie (%)



Qualitätsparameter

Tabelle 13: Prozedurenspezifische Qualitätsparameter der Koloskopie (aktuelle Leitlinienempfehlungen)

	DGVS (neu)*	ESGE	2022, 1. FEK	
Vollständigkeit/Zoekumintubationsrate	> 95 %	> 90 %	Wurde bei der Koloskopie das Zoekum erreicht? → ja	99,2% ✓
Rückzugszeit	> 6 - 9 min	> 6 min		
Adenomdetektionsrate (ADR)	> 30 %	> 25 %	Polyp(en) → ja; (konv. Adenome, serr. Läsionen?)	41,0% ✓
Sauberkeit Kolon	> 90 % gut	> 90 % gut	Die Koloskopie konnte aufgrund von Verschmutzung nicht vollständig durchgeführt werden. → ja	0,3% (✓)
Polypektomie	Anwendung einer adäquaten Resektionstechnik Vollständigkeit (endoskopisch)	Anwendung einer adäquaten Resektionstechnik Vollständigkeit (endoskopisch)	Polypektomie mittels Schlinge, Zangenabtragung, in welchem Umfang wurden die Polypen entfernt (keiner, alle, ein Teil)	Adäquat abbildbar?
Intervallläsionen	Nein	Ja	Verknüpfung mit Indikationskoloskopien erforderlich	
F-up-Adhärenz	Nein	Nein	Längsschnittliche Dokumentation einschl. der Surveillancekoloskopien erforderlich	

*S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie v2.0

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Kolorektales Karzinom, Langversion 3.0, 2025, AWMF-Registernummer: 021-0070L <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/>; Zugriff am 19.1.2026 [Kolorektales Karzinom](#)

Polypenmanagement: Surveillancekoloskopien

Tabelle 14: Nachsorgeintervalle nach Polypektomie

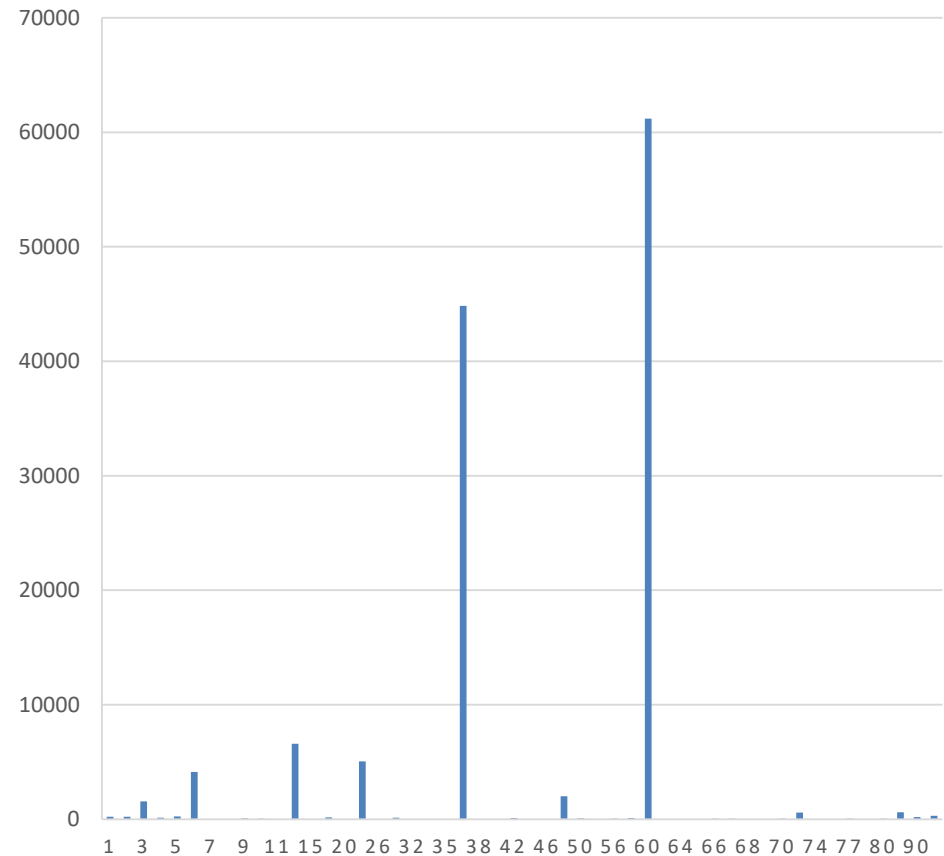
Ausgangssituation	Empfohlenes Intervall zur Kontrollkoloskopie
Konventionelle Adenome	
1 oder 2 Adenome (< 1 cm) ohne villöse Komponente oder hochgradige intraepitheliale Neoplasie	7 - 10 Jahre
3 oder 4 Adenome (< 1 cm) ohne villöse Komponente oder hochgradige intraepitheliale Neoplasie	3 - 5 Jahre
≥ 1 Adenom ≥ 1 cm oder villöse Komponente oder hochgradige intraepitheliale Neoplasie	3 Jahre
≥ 5 Adenome	< 3 Jahre
Serratierte Polypen	
1-2 SSL < 10 mm und ohne Dysplasie	5 - 10 Jahre
≥ 3 SSL, SSL ≥ 10 mm, SSL mit Dysplasie, TSA, hyperplastische Polypen ≥ 10 mm	3 Jahre
Hyperplastische Polypen < 10 mm	Keine Nachsorge
Inkomplette Resektion/Piecemeal-Resektion	
makroskopisch vollständige, histologisch aber nicht sicher bestätigte Abtragung von Polypen 4 - 20 mm	12 Monate
Piecemeal-Resektion großer Polypen (> 20 mm)	Kontrolle der Abtragungsstelle nach 6 Monaten und 18 Monaten

- Intervall abhängig von Anzahl Läsionen (1-2, 3-4, >4), Größe (< 1cm, ≥ 1 cm), Histologie
- ≥ 1 cm → 3 Jahre
- Ziel: Überprüfen, ob die Empfehlungen über die Dokumentation ableitbar sind
- Perspektivisch: Einhaltung der Empfehlungen

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Kolorektales Karzinom, Langversion 3.0, 2025, AWMF-Registernummer: 021-0070L <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/>; Zugriff am 19.1.2026 [Kolorektales Karzinom](#)

Angeratener Zeitraum bis zur Kontrollkoloskopie (Monate)

- Große Bandbreite von 1-99
- Bei etwa 130.000 (31%) Kontrollkoloskopie empfohlen
 - Nach 5 Jahren: 48%
 - Nach 3 Jahren: 35%
 - Nach 2 Jahren: 4%
 - Nach 1 Jahr: 5%



Fazit

- Komplexe Klassifikation der kolorektalen Läsionen gut abgebildet.
- Qualitätsparameter ergänzen oder modifizieren?
- Potenzial, die aufwendige Dokumentation zu vereinfachen?

Perspektivisch zu prüfen bzw. zu diskutieren

- Verknüpfung mit weiteren Sozialdaten
- Dokumentation von Surveillancekoloskopien
- Aufbau einer Kohorte innerhalb der oKFE
 - Inzidenz von Läsionen nach 1. Früherkennungskoloskopie (Überprüfung der Empfehlungen für Intervall von Surveillancekoloskopien, Darmkrebs-Risiko i.A. vom Befund)
 - Inzidenz von Läsionen nach Surveillancekoloskopie
 - Verknüpfung mit Indikationskoloskopien

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

