

Jubiläumssymposium am 10. Juli 2024 im Pavillon des TUM-Klinikums rechts der Isar München



Dr. Berndt Birkner AGAF FACP FASGE FEBG

Präsident Netzwerk gegen Darmkrebs e.V.

Kurator Felix Burda Stiftung

München







Grußwort des Verlegers Dr. Hubert Burda

Als Gründer der Felix Burda Stiftung gratuliere ich dem „Netzwerk gegen Darmkrebs“ zu seiner großartigen Arbeit in den zurückliegenden 20 Jahren Jahren.

Der Kampf für die Darmkrebsvorsorge leistet Vorbildliches im Bereich der Präventionsmedizin, vor allem aber rettet er das Leben so vieler Menschen. Der Einsatz der „Netzwerker“, deren Bereitschaft zu privater Initiative, verdient große Anerkennung innerhalb des deutschen Gesundheitswesens, vor allem aber auch der Gesamtöffentlichkeit.

*Mit besten Grüßen
Dr. Hubert Burda*



	netzwerk	mitglieder	projekte	presse	kontakt	impressum			
	hintergrund	beitrittsordnung		satzung	beitrittsformular				
<h3>Entstehung des Netzwerks gegen Darmkrebs</h3> <p>Auf Initiative der Felix Burda Stiftung hat sich bereits im März 2001 ein Verbund von Institutionen und Organisationen zusammengeschlossen mit dem Ziel, die Zahl der Darmkrebserkrankungen in Deutschland durch gezielte Förderung der Darmkrebsvorsorge drastisch zu reduzieren. Unter Leitung der Felix Burda Stiftung initiieren die Netzwerkpartner Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Gastro Liga und Stiftung Lebensblicke seit dem Jahr 2002 jährlich wiederkehrend im März den Aktionsmonat zur Darmkrebsfrüherkennung.</p> <p>Seit dem 14.06.2004 ist das <i>Netzwerk gegen Darmkrebs</i> als eingetragener Verein institutionalisiert. Damit hat das Netzwerk eine neue Basis, die interessierten Personen, Institutionen, Organisationen sowie Unternehmen eine Mitgliedschaft ermöglicht und eine Ausweitung der strategischen Arbeit für die Darmkrebsfrüherkennung ermöglicht. Das <i>Netzwerk gegen Darmkrebs e.V.</i> ermöglicht nun eine optimale Vernetzung zwischen der Gesundheitspolitik, Patientenvertretern, Leistungsträgern, Ärzten. Es dient der Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens sowie der Forschung auf dem Gebiet der Entstehung, Vorsorge, Erkennung und Bekämpfung des Krebses der Verdauungsorgane, insbesondere des Darmkrebses.</p>									
					Werden Sie Mitglied! 				
							Dr. Christa Maar, Präsidentin		
						Newsletter bestellen 			

Die Gründungsmitglieder



15 JAHRE NETZWERK GEGEN DARMKREBS E. V.

ZIELE – AKTIVITÄTEN – VISIONEN



Dr. Christa Maar,
Präsidentin



Dr. Berndt Birkner,
Vizepräsident



Prof. Dr. Frank Kolligs,
Vizepräsident



Prof. Dr. Christof von Kalle,
Mitglied des Präsidiums



Prof. Dr. Dr.
Alexander Ehlers,
Mitglied des Präsidiums



Heinz Spengler,
Schatzmeister



Dr. Georg Ralle,
Generalsekretär

2004

Gründung des Netzwerk gegen Darmkrebs e.V.

2005

Studie zu den Teilnehmeraten an Krebspräventionsprogrammen in verschiedenen Ländern; familiär erhöhtes Darmkrebsrisiko wird zum ersten Themenschwerpunkt.

2006

Workshop zum familiären Darmkrebs; erste Auflage eines Anamnesefragebogens zur Erfassung eines familiär erhöhten Risikos; Entwicklung einer Broschüre zur betrieblichen Darmkrebsvorsorge zusammen mit der Stiftung LebensBlicke.

2007

Das Netzwerk veranstaltet eine europäische Konferenz zur Darmkrebsvorsorge. Die „Brüsseler Erklärung“ wird von zahlreichen internationalen Organisationen unterzeichnet.

2008

Die Einführung eines organisierten Darmkrebscreenings mit Einladungsverfahren rückt auf die Agenda, erste Pilotprojekte dazu starten; die Netzwerkpräsidentin wird in den Nationalen Krebsplan berufen.

2009

Das Netzwerk führt zusammen mit amerikanischen Partnern das erste Transatlantische Symposium zur Darmkrebsvorsorge durch. Die „Transatlantische Erklärung“ fordert u. a. die Implementierung angemessener Fortbildungsprogramme für koloskopierende Ärzte.

2010

Organisation eines internationalen Workshops zum familiären Darmkrebsrisiko, um Maßnahmen zur frühzeitigen Identifikation Betroffener einzuführen; die Ergebnisse gehen in die Barcelona Declaration ein.

2011

Start der Fortbildungsinitiative „Family Care“; sie qualifiziert endoskopisches Assistenzpersonal, Darmkrebspatienten über das erhöhte Risiko für ihre Verwandten aufzuklären.

2012

Workshops zur Weiterentwicklung der Endoskopiestandards für die Früherkennung, Diagnostik und Therapie des Darmkrebs und seiner Vorstufen.

2013

Zwei Hauptforderungen des Netzwerks werden im Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz berücksichtigt: Die Einführung eines bevölkerungsbezogenen Einladungsverfahrens und die Möglichkeit der Flexibilisierung der Altersgrenzen und Einführung risikoangepasster Vorsorge für familiär belastete Menschen.

2014

Internationaler Workshop zu Innovationen in Prävention, Früherkennung und Diagnose von Darmkrebs (in den Folgejahren Symposium „Innovations in Oncology“); Handlungsleitfaden zur betrieblichen Darmkrebsvorsorge erscheint in überarbeiteter Neuauflage.

2015

Das Netzwerk tagt in den Räumen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen eines interdisziplinären Workshops zu verschiedenen Aspekten des organisierten Einladungsverfahrens zur Darmkrebsvorsorge.

2016

Planungsphase für das vom Innovationsfonds geförderte bayerische Modellprojekt FARKOR, bei dem das Netzwerk Kooperationspartner wird. Initiierung und Vorbereitung von Fachworkshops in Kooperation mit den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden für eine Stellungnahme zum organisierten Einladungsverfahren.

2017

Dritte Veranstaltung aus der Symposiensreihe „Innovations in Oncology: How to Eliminate Colon Cancer: a Roadmap“; Neuauflage des Handlungsleitfadens für betriebliche Darmkrebsvorsorge speziell für die Mitglieder der Betriebskrankenkassen in Deutschland.

2018

Vierte Veranstaltung aus der Symposiensreihe „Innovations in Oncology: Die Neuermessung der Onkologie – mehr Einsatz, mehr Qualität, mehr Erfolg“; bayerisches Modellprojekt FARKOR zur Identifikation von Personen mit familiär erhöhtem Darmkrebsrisiko und deren Beratung startet.

2019

Präsidentin des Netzwerks wird in die Leitung der Arbeitsgruppe Prävention der Dekade gegen Krebs berufen; fünfte Veranstaltung aus der Symposiensreihe „Innovations in Oncology: Die Neuermessung der Onkologie – Vision-Zero“.

Ausblick:

Etablierung einer Darmkrebsvorsorge für junge Erwachsene unter Berücksichtigung des familiären Risikos.

2013

Aufnahme von Forderungen ins Krebsfrüherkennungsgesetz: organisiertes Darmkrebsfrüherkennungsprogramm mit bundesweitem Einladungsverfahren. Flexible Altersgrenzen und risikoangepasste Vorsorge.

2014

Internationaler Workshop zu Innovationen in Prävention, Früherkennung und Diagnose von Darmkrebs. Neuauflage der betrieblichen Darmkrebsvorsorge zur Stärkung der Gesundheitsprävention am Arbeitsplatz.

2015

Workshop zur Optimierung des organisierten Einladungsverfahrens zur Darmkrebsvorsorge. Ziel: Effizienz und Effektivität der Verfahren bewerten und gegebenenfalls anpassen.

2016

Kooperation im bayerischen Modellprojekt FARKOR (Innovationsfonds). Zusammenarbeit mit medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden zur Verbesserung der Darmkrebsvorsorge.

2017/18

Jährliches Symposium „Innovations in Oncology: How to Eliminate Colon Cancer“ bzw. „Die Neuvermessung der Onkologie“. Einführung eines Leitfadens für die betriebliche Darmkrebsvorsorge, speziell für BKK-Mitglieder.

2018

Start des bayerischen Modellprojekts FARKOR zur Identifikation und Beratung bei familiär erhöhtem Darmkrebsrisiko. Ziel: gezielte Beratung zur Verbesserung der Prävention und Früherkennung von Darmkrebs.

2019

Start der Reihe „Innovations in Oncology – Vision Zero“. Ziel: Strategien zur Reduzierung der Krebssterblichkeit. Präsidentin des Netzwerks in Leitung der AG Prävention der Dekade gegen Krebs berufen.

2020/21

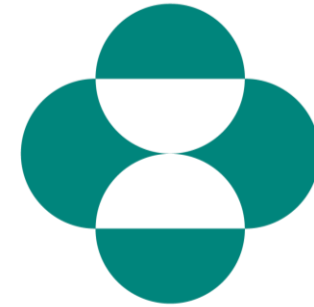
Jährlicher „Innovationsworkshop – Vision Zero“. Förderung neuer Ansätze in der Krebsprävention und -behandlung. Fachleute entwickeln Strategien zur Reduzierung der Krebssterblichkeit und intensivieren den Wissensaustausch.

2023/24

Jährliches „Auftaktsymposium zum Darmkrebsmonat März“. Expertenforum zur Diskussion aktueller Forschungsergebnisse, Präventionsstrategien und neuer Behandlungsmöglichkeiten.

Korporative Mitglieder

MERCK



MSD



OLYMPUS



Kooperationspartner



Health Care
Bayern e.V.



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



ROTE HOSE
DARMKREBSVORSORGE E.V.



BAYERISCHE
KREBSGESELLSCHAFT



1913
DGVS

Deutsche Gesellschaft für
Gastroenterologie,
Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten



PREVENTIS



Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin



KREBSGESELLSCHAFT



Krankenhaus
St. Josef

Kooperations- und
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg



FELIX BURDA
STIFTUNG

Deutsche Gesellschaft für



Endoskopiefachberufe e.V.

Doctolib



www.Darmkrebsmonat.de



darmkrebsmonat märz

home	vorsorge	aktionen	presse	spenden	über uns	kontakt	Impressum	archiv
				<p>Darmkrebs ist heilbar. Trotzdem sterben jährlich 29 000 Menschen an den Folgen einer Darmkrebserkrankung. Der Grund: Wird die Erkrankung entdeckt, ist es für eine Heilung meist zu spät. Zwei von drei erkrankten Menschen könnten überleben, wenn sie zur Vorsorge gingen.</p>				
	 gesund durch früherkennung darmkrebs prävention			<p><u>Darmkrebsfrüherkennung - auch für Sie ein Thema? Weitere Infos...</u></p>				
	 Felix Burda Stiftung >		<p>Präventions- studie: Status quo Prävention 2005 Download ></p>	<p>Der dritte Monat im Jahr steht im Zeichen der Darmkrebsvorsorge. Seit März 2002 klären wir auf, informieren über unsere Initiativen und sagen Ihnen, wie Prominente aus Gesellschaft und Politik sich für die Darmkrebsprävention engagieren.</p>			<p>Sandra Maischberger Vermeiden Sie schlechte Nachrichten. Gehen Sie alle zwei Jahre zur Darmkrebsvorsorge.</p>	
		 PROJEKT P90		<p>Wenn Sie mehr über Darmkrebs und Darmkrebsfrüherkennung wissen wollen, besuchen Sie unsere Website</p> <p>> www.darmkrebs.de</p>				

Wissenschaftliche Projekte und Publikationen



Increase in population compliance rate for colorectal cancer screening by FOBT effects a favorable cancer stage shift

B. Birkner¹, L. Altenhofen², R. Bredenkamp³, G. Brenner², F. Hofstädter⁴, J.F. Riemann⁵,

¹GE Practice Munich, ²Central Research Institute for Ambulatory Health Care in Germany, ³German Cancer Society,

⁴Tumourcenter of Regensburg, ⁵Med. Clinic C, Cliniccenter of Ludwigshafen

Introduction: Since 1976 a national cancer screening programme for colorectal cancer (CRC) exists in Germany. The annual compliance rates of the screening programme covering different cancers including CRC varies from 15% for males to 38% for females. Former efforts to increase the compliance rates have failed or were only partly successful. Therefore the German Cancer Society in alliance with the German Foundation for the Aid in Cancer launched a population based project for the promotion of CRC-screening.

Methods: An observational population based study was performed in three pilot regions (Munich, Regensburg and Straubing) in Bavaria. 740,000 males and females beyond the age of 44 enrolled in the health plans of the statutory health insurances were eligible for the study. A professional public information campaign on the purposes and management of CRC-screening by FOBT was established. All physicians working in the pilot regions were encouraged to counsel and perform the FOBT with each patient visit for all eligible persons. Patient history, date of delivery, return of FOBT and the corresponding results were documented. After a positive FOBT a total colonoscopy should be performed to rule out colonic neoplasia. The colonoscopic findings and the further patient management were documented as well. The TNM classification for CRC was used for clinical staging (UICC) after surgical removal of the tumour. A patient satisfaction survey was performed for those who had a colonoscopy.

Results: From April 1996 to December 1997 308,677 screening tests were performed. In this period the participation rate increased from the pre-study period (1995) by 42.4% in 1996 and 54.3% in 1997 for males and by 21.4% in 1996 and 35.8% in 1997 for females respectively. Of 259,746 completely documented cases 11,107 FOBT's were positive corresponding to a positivity rate of 4.2%. In 5,930 documented colonoscopies 309 CRCs and 1,588 polyps were detected. The proportion of UICC stage IV in the screening group was significantly different ($p < .05$) from the stage IV clinical tumour register of the Regensburg region.

Conclusion: Having increased the population's participation rate for FOBT CRC screening by 40.4% (mean) the CRC cancer stage distribution (UICC) in the screened population shows a slightly but significant stage shift towards more favourable stages. Intensified public information and encouraging physicians for participation in FOBT CRC screening can lead to a beneficial effect on CRC mortality reduction by cancer stage shift.

Introduction

Colon cancer is one of the most common forms of cancer. It is however a form of cancer that can be treated if detected early. The problem is that colon cancer is a "silent" disease and there are usually no warning signs. Therefore, depending on the patient's background, screening checkups such as a colonoscopy are of utmost importance. However, a lot of people avoid the examination due to fear that it may be painful and lead to complications. According to a study carried out by the "Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland" (Central Research Institute of Ambulatory Health Care in Germany), acceptance of preventive colonoscopies was just 2.8 percent annually.

Setting & Aims

In 2002, the "Kassenärztliche Vereinigung Bayerns" (KVB¹) focused on early recognition of colon cancer in order to increase acceptance of screening colonoscopies. These efforts resulted in several projects, also addressing quality of outpatient colonoscopies. In a first step, a quality assurance project for colonoscopies was successfully established in 2003, comprising routine microbiological inspections of the endoscopes and a web-based documentation of all examinations. In 2009, the KVB initiated a project focusing on the consultation on the personal risk of colon cancer for patients of 55 years and older. An electronic guideline, combined with web-based documentation of the consultation, was introduced with the following aims:

- Standardize and improve colon cancer consultation
- Supply key information from the guidelines to the consulting doctor (S3 guideline "Colorectal Cancer" 2004/2008)
- Increase acceptance of screening colonoscopies
- Identify patients with higher risk of colon cancer and introducing appropriate measures

In both projects, quality-based remuneration for participating doctors was introduced based on contracts with Bavarian health care funds. In the next step, the KVB plans to introduce a population-based invitation system in Bavaria to further increase acceptance of colorectal cancer screening.

Contact

Sonja Froschauer, Head of strategy & health care, KVB
E-Mail: sonja.froschauer@kvb.de

Electronic consultation guideline

Doctors participating in the project on improving consultation on colorectal cancer screening have to participate in a cme program in colorectal cancer screening. Further, they have to apply the standardized guideline for informed consent for screening.

The **electronic guideline** which also serves as documentation for the consultation is the key component of the project. This service is provided web-based via a secure Internet connection and offers doctors a well-organized view of the key aspects for advising on colorectal cancer screening. This allows doctors to analyze a patient's lifestyle to check whether it may have any effect on their personal colon cancer risk.



Fig. 1 Internet based documentation portal Fig. 2 Evidence of the high-quality consultation

Doctors will also find an easy-to-understand explanation of the adenoma-carcinoma sequence in the electronic guideline. It is of particular importance during a well-founded consultation that the patient is informed on the complication rate of colonoscopies, which is also outlined in the electronic guide.

A standardized questionnaire on the patient's family history can also be performed in which the individual risk can be identified with just a few "clicks". Appropriate risk-adapted measures according to the S3 guidelines are recommended by the software.

The electronic guideline is completed by a documentation of the screening measure the patient has agreed upon. If the patient decides to take a quick test, the test results are also documented by the physician. This builds up a data base for further improvement of colorectal cancer screening. The data base provides valid figures regarding the effectiveness of consultations.

Analysis

Facts and Figures (January – December 2009)

- Potential participants of the quality measure: about 12,000
- Registered participants: 1,384 → attendance rate: about 11.5 %
- Number of documented consultation: 62,107
- Number of documented Fecal Occult Blood Tests (gFOBT + iFOBT): 50,603

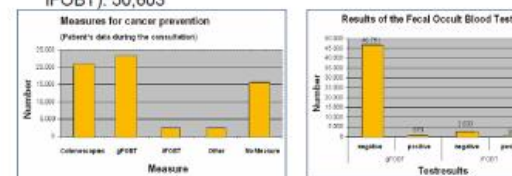


Fig. 3 Facts and Figures: Documentation results (Consultation and FOBT)

Implementation

Since 2002, the Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) has been implementing quality measures in the collective agreement which comprehend pay for performance funding, which are surveyed by the KVB. In 2008 the "Exceptional Patient Care" quality campaign was introduced. It enables patients access to information on quality of providers.

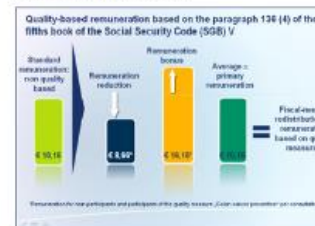


Fig. 5 Quality as a trademark: Logo of the "Exceptional Patient Care" quality campaign

Fig. 4 Quality-based remuneration imbedded in the "Exceptional Patient Care" quality campaign

Conclusions

In cooperation with the network against colon cancer (Netzwerk gegen Darmkrebs) and the Felix-Burda-Stiftung the KVB initiated a holistic approach to improve the early recognition of colon cancer: Systematic invitations of the patients, well-organized consultations and high-quality colonoscopies.

Internationale Publikation Bayer. Daten



Improved Patient Safety through Online Documentation of Quality Indicators and Hygiene Control in a Series of 230.756 Outpatient Colonoscopies

Alexander Crispin⁽¹⁾, Axel Munte⁽²⁾, Ulrich Mansmann⁽¹⁾, Berndt Birkner, FASGE, AGAF⁽²⁾



Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts

24th International Conference, International Society for Quality in Health Care, Boston, September 30th – October 3rd, 2007

Rationale

The importance of colonoscopy for prevention of colorectal carcinoma is rising. Maximum effectiveness and safety require adherence to recognized international standards such as the 2006 ASGE quality indicators for colonoscopy (Rex, 2006). Therefore, the Quality Assurance Task Group of the National Colorectal Cancer Roundtable has developed a reporting and data system for colonoscopy based on continuous quality improvement indicators (Lieberman, 2007). Studies on the quality of colonoscopy revealed some quality deficits (Barclay, 2006). Controlled studies showed a substantial failure of disinfection procedures in endoscopy (Bader 2002). There exists no report on the simultaneous findings for an extensive panel of indicators documented by a structured, mandatory online reporting system, including continuous microbiological control.

Objective

To assess quality measures of colonoscopy, according to international standards and identify factors for improvement of patient safety in performing large scale outpatient colonoscopy. Based on these findings an online feedback system for individual benchmarks referring to global performance measures is offered to the provider. For warranty an effective infection control and patient safety, regular microbiological controls were performed.

Patients and methods

KVB colonoscopy database

Since January 2005, outpatient colonoscopies performed by members of the Association of Compulsory Health Insurance (CHI) Physicians in Bavaria (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, KVB) are documented in a central database. Data are entered via web portal, secured by login and SSL encryption.

The KVB database covers demographic characteristics, colonoscopy indications, indicators of process quality, macroscopic and histological findings, diagnosis, acute complications, and further diagnostic and therapeutic recommendations. In case of a cancer diagnosis with subsequent hospitalization and operation, information on tumor stages is merged as soon as the results of the histological workup are available.

Since January 2005 until September 2007 continuous microbiological control was performed by certified laboratories in six month intervals. Swabs were taken from the surface, air-water channel and the working channel of colonoscopes (C = 1,350), gastroscopes (G = 1,302), duodenoscopes (D = 134) and bronchoscopes (B = 153). When no colony forming units (CFU) of bacteria were found, the control was regarded as successful. In cases of bacterial contamination, the CFU was clustered in classes of 10¹ to 10⁴ bacteria.

Patients and Colonoscopies

During 2006, 230,756 patients older than 18 years had at least one colonoscopy (176,265 curative or cancer surveillance, 54,491 screening). From January 2006 to September 2007, 1,350 colonoscopies in 546 endoscopy offices were tested.

Statistical methods

Data on socio-demographic characteristics and process quality indicators are described using adequate measures of location and dispersion. Risk factors for incomplete colonoscopies were explored using multiple logistic regression with forward selection on an alpha level of 0.05.

Indicators of process quality

Complete colonoscopies (%)	97.43
Photo documentation present (%)	98.87
Colon preparation	
Clear bowel (%)	76.55
Liquid residues (%)	21.98
Dirty bowel (%)	1.47
Sedation/analgesia (%)	92.93

Patient characteristics associated with a higher risk for incomplete colonoscopies

Characteristic	Odds Ratio	95% CI
Age	0.936 per year	0.926–0.946
Age ²	1.001 per year	1.001–1.001 [†]
Female sex	1.335	1.264–1.410
Curative colonoscopy	1.463	1.364–1.569
No sedation/analgesia	2.049	1.890–2.222
Colon preparation		
Liquid residues vs. clear bowel	1.165	1.093–1.243
Dirty vs. clear bowel	15.984	13.764–16.311

[†] Rounding artifact, SE = 0.000669

Distribution of number of rods in classes from 10¹ to > 10⁴

Number of rods	0	10 ¹	10 ²	10 ³	>10 ⁴	Σ > 0
	9372	323	83	25	18	449
In %		71.9	18.5	5.6	4.0	100.0

Results

Colon preparation achieved a clean bowel in 76.55% of the 230,756 patients, liquid residues were present in 21.98%, a dirty bowel in 1.47%. The vast majority of examinations was undertaken under sedation/analgesia (92.93%). 97.43% of colonoscopies reached cecum or ileum. Photo documentation was present in 98.87%. Reasons for incomplete examinations were given as follows: adhesions (16.72% of incomplete colonoscopies), impassable stenosis (16.33%), long and curved colon (8.95%); no reason was specified in 60.28%.

Logistic regression analysis revealed a higher risk for incomplete colonoscopies in very young and very old patients (OR for age: 0.936 per year, 95% CI 0.926–0.946; OR for age square: 1.001 per year, 95% CI 1.001 – 1.001), female patients (OR 1.335, 95% CI 1.264 – 1.410), insufficient bowel preparation (OR 15.984; 95% CI 13.764–16.311) or liquid residues (OR 1.165; 95% CI 1.093–1.243), lack of sedation (OR 2.049, 95% CI 1.890–2.222) and in curative colonoscopies (OR 1.463, 95% CI 1.364–1.569).

Out of 1,350 colonoscopes, 1,837 (94.2%, 95% CI 93.1–95.2%) proved to be successfully disinfected. In 445 out of 9372 (C+G+D+B; 4.8%, 95% CI 4.4–5.2%) swabs bacteria were found, which showed a cluster of numbers of bacteria from 10¹ to 10⁴ in 71.9% (95% CI 67.5–76.9%), 18.5% (95% CI 15.0–22.4%), 5.6% (95% CI 3.6–8.1%) and 4.0% (95% CI 2.4–6.3%), respectively.

Conclusion

Our findings show that an array of important quality indicators can easily be documented in an online reporting and data system for colonoscopy. These data may serve as a benchmark for continuous quality improvement of colonoscopy. Microbiological controls of colonoscopes show that most of the disinfection procedures are successful and can reach a high quality infection control. Despite the widespread use of automatic disinfection machines a certain number of flaws may occur. Some technical efforts are necessary to eradicate these potential hazards.

Literature

- L Bader, Blumenstock G, Leiß O, Birkner B, Heeseemann J, Riemann JF, Seibmann HK HYGEA (Hygiene in gastroenterology--endoscopy reprocessing): Study on quality of reprocessing flexible endoscopes in hospitals and in the practice setting Z Gastroenterol. 2002;45:157
- RL Barclay, Vicari JJ, Doughty A S, Johanson JF, Greenlaw RL. Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection rates in screening colonoscopy. N Engl J Med 2006; 355:2533
- D Lieberman, M Hatala, RA Smith, W Atkin, SB Duggirala, R Fletcher, S N. Glick, C D Johnson, T R Levin, J B. Pope, M E. Potter, D Ranschoff, D Rex, R Schoen, P Schroy, S Winawer. Standardized colonoscopy reporting and data system: report of the Quality Assurance Task Group of the National Colorectal Cancer Roundtable Gastrointestinal Endoscopy 2007; 65:757
- D K. Rex, J L. Petrini, T H. Baron, AChak, J Cohen, S E. Deal, BHoffman, BC. Jacobson, K Mergener, B T. Petersen, MA. Safdi, D O. Falget, I M. Pike Quality indicators for colonoscopy. Gastrointestinal Endoscopy 2006;63: S16

⁽¹⁾ Department of Medical Informatics, Biometry, and Epidemiology (IBE), LMU – University of Munich, Germany

⁽²⁾ Gastroenterological Practice, Munich, Germany

⁽³⁾ Association of CHI Physicians in Bavaria (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, KVB), Munich, Germany

Eine neue Qualität der Koloskopie

Dank erweiterter Qualitätsindikatoren und neuer Verfahren wird die endoskopische Darmkrebsfrüherkennung noch zuverlässiger als bisher. Allerdings müssen die Leistungshonorare an den steigenden Aufwand angepasst werden.

VON DR. BERNDT BIRKNER

Die Darmkrebsfrüherkennung in Deutschland wird derzeit noch durch zwei Regelwerke bestimmt: Zum einen durch die Neufassung der Krebsfrüherkennungsrichtlinie vom Oktober 2002, mit der die Koloskopie als Darmkrebsfrüherkennungsmaßnahme zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt wurde; zum anderen durch die Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in ihrer zuletzt aktualisierten Form von 2006.

eingeführt. Die in den Landes-kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Koloskopiekommissionen haben die Aufgabe, diese Qualitätsindikatoren stichprobenartig zu überprüfen. Eine derartige flächendeckende Qualitätssicherungsmaßnahme war seinerzeit weltweit einmalig.

Qualität übertrifft Anforderungen

Mehr als zehn Jahre später haben sich internationale und gesamteuropäische Qualitätsstandards entwickelt, die zum Teil weit über die Anforderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hinausgehen. So wurde 2010 eine europäische Leitlinie zur Qualitätssicherung in der Diagnostik und Früherkennung des kolorektalen Karzinoms veröffentlicht. Sie schreibt eine abgestufte Qualifikation der ausführenden Ärzte mit fünf Kompetenzgraden vor, je nachdem welche Interventionen ausgeführt werden. Auch die holländische und die englische Leitlinie sehen eine abgestufte Kompetenzregelung für Untersucher vor.

Darüber hinaus wurde die Adenom- oder Polypendetektionsrate zu



Die Bilder dokumentieren, dass der Untersucher die Vorsorgekoloskopie vollständig durchgeführt hat. © DR. BERNDT BIRKNER



methoden wie der Boston Bowel Prep Scale ist der globalen qualitativen Beurteilung überlegen. Eine gute bis sehr gute Vorbereitung mit einer Boston Bowel Prep Scale >6 sollte in mehr als 80 Prozent der Koloskopie-vorbereitungen erreicht werden.

Und schließlich kommt es darauf an, Adenome möglichst vollständig abzutragen. Jüngste Untersuchungen zeigen jedoch, dass dies bei bis zu 30 Prozent der Interventionen nicht der

heiten (DGVS) beschlossen hat, verbindliche Vorgaben für die Qualitätssicherung der diagnostischen Koloskopie im Krankenhaus zu machen. Diese Vorgaben, die kurzfristig auch in die Leitlinien der DGVS übernommen werden, beinhalten die folgenden Eckpunkte: Eine Zeiterfassung der Untersuchung mit Dokumentation des anwesenden Personals und der Rate des Erreichens des Zoekalps (>90 Prozent) sowie der Zoekalprückzugszeit (>6 min). Darüber hinaus wird die Adenomdetektionsrate dokumentiert und soll 20 Prozent überschreiten. Von der Einführung dieser Qualitätskriterien für diagnostische Koloskopie von stationären Patienten im Krankenhaus wird eine weitere Verbesserung bezüglich der Entdeckung von Neoplasien in Kolon und Rektum erwartet.

Innovation mit Chromoendoskopie

Weitere Verbesserungen sind von technischen Innovationen zu erwarten. So lassen sich durch die moderne Videotechnologie in Verbindung mit der digitalen oder Färbemittel-ver-

15 Jahre (April 2009)
Transatlantisches
Symposium NYC; NY
Mit transatlantischer Erklärung

Transatlantic Declaration 2009



816 Special report

The First Transatlantic Symposium on Colorectal Cancer Screening 2009

Endoscopy 2009;41:816-817

The "Transatlantic Declaration on Colorectal Cancer Screening and Prevention"

The various issues of CRC screening were intensively debated throughout the meeting in round-table discussions. The meeting concluded with an enthusiastic debate, chaired by Berndt Birkner and Mark Pochapin, about a Transatlantic Declaration on colorectal cancer screening and prevention.



Berndt Birkner and Mark Pochapin chair the final session.



GEMEINSAMES KONZEPT
der medizinisch-wissenschaftlichen
Fachgesellschaften, Berufsverbände
und weiterer Organisationen zur
Umsetzung des organisierten Darmkrebs-
Screenings durch den G-BA

FARKOR – Konsortium

Förderzeitraum:

1. Oktober 2017 bis 30.
September 2021

Laufzeit in den Praxen:

1. Oktober 2018 bis 31.
März 2021

Fördersumme:

11.052.128,45€

- Konsortialführung:

- Konsortialpartner:

- Kooperationspartner:

- Schirmherrschaft:



Darmkrebs
in der Familie?

**sprich
drüber!**

Für Hausärzte in Bayern:
FARKOR,
mitmachen und familiären
Darmkrebs verhindern!
Es lohnt sich für Sie.

www.farkor.de
www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/farkor
Konsortialführung KVB

Erinnerungen und Gedenken

Prof. Dr. Dr.h.c.mult Meinhard Classen

Gründer des Netzwerks gegen Darmkrebs e.V.

Emeritus und Direktor

Poliklinik und Klinik Innere Medizin II des TUM

Klinikums rechts der Isar

1936 - 2019



Dr. Christa Maar

Gründerin des
Netzwerks gegen
Darmkrebs e.V.
Vorständin der
Felix Burda Stiftung
1939 – 2022



Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Siewert

Emeritus und Direktor
Poliklinik und Klinik für Chirurgie
Ärztlicher Direktor
TUM
Klinikum rechts der Isar
Ehrenmitglied des
Netzwerks gegen Darmkrebs e.V.
1940 - 2024





Wir danken für Ihre Aufmerksamkeit !

20 Jahre



netzwerk
gegen darmkrebs