

**Richtlinien**  
**des Bundesausschusses**  
**der Ärzte und Krankenkassen**  
**über die Früherkennung von Krebserkrankungen**  
**(„Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“)**

in der Fassung vom 26. April 1976  
zuletzt geändert am 21. Juni 2002  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 186 (S. 23077) vom 5. Oktober 2002  
in Kraft getreten am 1. Oktober 2002

Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 25 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 25 Abs. 2 und 3 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

#### **A.**

##### **Allgemeines**

1. Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen dienen
  - a) bei Frauen  
der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales vom Beginn des 20. Lebensjahres an sowie zusätzlich der Brust und der Haut vom Beginn des 30. Lebensjahres an sowie zusätzlich des Rektums und des übrigen Dickdarms vom Beginn des 50. Lebensjahres an,
  - b) bei Männern  
der Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut vom Beginn des 45. Lebensjahres an sowie des Rektums und des übrigen Dickdarms vom Beginn des 50. Lebensjahres an.
2. Sie sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abwenden, daß aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.
3. Es werden diejenigen Untersuchungen durchgeführt, die in den Abschnitten B. oder C. festgelegt sind.
4. Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.
5. Die bei diesen Maßnahmen mitwirkenden Ärzte haben darauf hinzuwirken, daß für sie tätig werdende Vertreter diese Richtlinien kennen und beachten.

#### **B.**

##### **Früherkennungsmaßnahmen bei Frauen**

Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust, der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms bei Frauen umfassen folgende Leistungen:

## 1. Klinische Untersuchungen

### vom Beginn des 20. Lebensjahres an:

- gezielte Anamnese
- Spiegeleinstellung der Portio
- Entnahme von Untersuchungsmaterial von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal
- Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
- bimanuelle gynäkologische Untersuchung

### zusätzlich vom Beginn des 30. Lebensjahres an:

- Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung

### zusätzlich vom Beginn des 50. Lebensjahres an:

- digitale Untersuchung des Rektums

## 2. Zytologische Untersuchung

Die zytologische Untersuchung umfaßt die Auswertung des zur zytologischen Untersuchung entnommenen Materials. Sofern der untersuchende Arzt die zytologische Untersuchung nicht selbst ausführt, sendet er das Material an einen Zytologen, der den einsendenden Arzt unterrichtet.

## 3. Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom

### a) Anspruchsumfang

Frauen haben vom Beginn des 50. Lebensjahres an Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen:

Frauen haben von dem 50. Lebensjahr an bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl.

Ab dem 56. Lebensjahr haben Frauen Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms:

- *auf die erste Koloskopie ab dem 56. Lebensjahr und*

- *auf die zweite Koloskopie frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie.*

Für eine optimierte Früherkennung ist die Durchführung der ersten Koloskopie innerhalb des 56. Lebensjahres anzustreben. Jede nach dem 65. Lebensjahr durchgeführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie.

Frauen ab dem 56. Lebensjahr, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl. Bei einem positiven Befund des Schnelltests besteht ein Anspruch zur Abklärung durch eine Koloskopie.

**b) Beratung**

Die Beratungen können von jedem an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Arzt hat die Versicherte möglichst frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres einmalig über das Gesamtprogramm eingehend zu informieren. Er hat die Patientin dabei über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms zu beraten.

Möglichst bald nach Vollendung des 55. Lebensjahres soll die Versicherte eine weitere Beratung (zweite Beratung) erhalten, die insbesondere folgende Inhalte umfaßt:

- Häufigkeit und Krankheitsbild
- Ziele und zugrunde liegende Konzeption der Früherkennungsuntersuchungen
- Effektivität (Sensitivität, Spezifität) und Wirksamkeit der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Nachteile (Belastungen, Risiken) der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Vorgehensweise bei einem positiven Befund.

Bei der zweiten Beratung händigt der Arzt der Versicherten das Merkblatt des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Darmkrebsfrüherkennung aus. Der Arbeitsausschuß „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Merkblatt vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch das Merkblatt nicht in seinem wesentlichen Inhalt verändert wird.

**c) Der Schnelltest**

Der Schnelltest auf occultes Blut im Stuhl darf nur mit solchen Testprodukten durchgeführt werden, die nach ihrer Empfindlichkeit einheitliche und untereinander vergleichbare Untersuchungsergebnisse gewährleisten. Die dafür nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebenden Kriterien stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach Anhörung von Sachverständigen fest.

Der Test kann von jedem auch sonst an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Test auf occultes Blut im Stuhl kann unabhängig von den übrigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß den Abschnitten A und B der Richtlinien durchgeführt werden.

**d) Die Koloskopie**

Koloskopische Leistungen zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms dürfen nur von Ärzten erbracht werden, welche zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ berechtigt sind und über die Fachkunde „Sigmoido-Koloskopie in der Inneren Medizin“ verfügen oder zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ berechtigt sind sowie von Ärzten, die zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Chirurgie“ und nach dem für sie maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien und koloskopischen Polypektomien berechtigt sind.

Der koloskopierende Arzt muß außerdem berufsrechtlich und aufgrund seiner apparativen Ausstattung in der Lage sein, eine ambulante therapeutische Intervention (Polypektomie) durchzuführen. Die Polypektomie soll in medizinisch indizierten Fällen während der screening-koloskopischen Untersuchung erfolgen.

Er muß eine geeignete Notfallausstattung vorhalten.

Die Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation erfolgt mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff. Die Patientin ist dabei auch darüber aufzuklären, daß die ambulante Polypektomie noch während der screening-koloskopischen Untersuchung durchgeführt werden soll, wenn sie medizinisch indiziert ist.

Durchführungsvoraussetzung ist die Patientenvorbereitung, die die Information über seine Mitwirkung und die geeigneten Maßnahmen zur Darmreinigung umfassen soll.

Ein aktueller Gerinnungswert (Quickwert) und ein kleines Blutbild müssen vorliegen.

Es ist eine vollständige, hohe Koloskopie durchzuführen.

Der die Koloskopie durchführende Arzt hat, vor allem nach durchgeführten Interventionen, eine ärztliche Nachbeobachtung und Nachsorge der Patientin sicherzustellen.

**e) Dokumentation**

Die Koloskopie ist durch eine Bilddokumentation nachzuweisen, aus der die Vollständigkeit ihrer Durchführung hervorgeht.

Die Früherkennungskoloskopie ist gemäß dem Musterberichtsvordruck 1 (Anlage III) zu dokumentieren.

Die vollständige Dokumentation nach den Absätzen 1 und 2 ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Früherkennungsmaßnahme.

Die Dokumentationen nach Absatz 3 werden in den Kassenärztlichen Vereinigungen gesammelt und zum Zwecke der Evaluation ausgewertet.

**f) Evaluation**

Das Darmkrebsfrüherkennungsprogramm wird evaluiert.

Dabei verständigen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen über Art und Umfang der Evaluation und ihre Veröffentlichung.

**4. Folgerung aus den Ergebnissen und Beratungen der Untersuchten**

Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, daß diese Fälle im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt werden.

**5. Aufzeichnungen und Dokumentation**

- a) Die Untersuchungen und deren Ergebnisse werden - mit Ausnahme der Koloskopie - auf einem dreiteiligen Berichtsvordruck (Anlage I<sup>\*)</sup> aufgezeichnet; auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.
- b) Der ausgefüllte dreiteilige Berichtsvordruck wird zusammen mit dem Untersuchungsmaterial an den Zytologen gesandt.
- c) Die Teile a und b des Berichtsvordruckes werden vom Zytologen ausgefüllt an den Einsender zurückgeschickt; Teil c bleibt beim Zytologen.

---

<sup>\*)</sup> Auf einen Abdruck wurde verzichtet.  
70. Ergänzungslieferung, Stand: 07.10.2002

- d) Der Teil b wird nach abschließenden Eintragungen vom untersuchenden Arzt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Erfassung und Auswertung eingereicht; Teil a bleibt beim untersuchenden Arzt und soll 5 Jahre aufbewahrt werden.
- e) Sofern der untersuchende Arzt auch die zytologische Untersuchung ausführt, wird nur Teil b des Berichtsvordruckes nach abschließender Eintragung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht; die Teile a und c bleiben beim untersuchenden Arzt.
- f) Die an der Durchführung der zytologischen Untersuchung Beteiligten sind gehalten, für eine ordnungsgemäße Befund- und Präparatedokumentation zu sorgen. Die Präparate und die Befunde sind 10 Jahre aufzubewahren.
- g) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die im Zusammenhang mit der Durchführung von Maßnahmen nach diesen Richtlinien anfallenden Ergebnisse sammeln und auswerten. Dabei ist sicherzustellen, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen sich über eine bundeseinheitliche Zusammenfassung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse verständigen.
- h) Der Arbeitsausschuß "Prävention" des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.

### C.

#### Früherkennungsmaßnahmen bei Männern

Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums und des übrigen Dickdarms, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut beim Mann umfassen folgende Leistungen:

#### 1. Klinische Untersuchungen

- Gezielte Anamnese
- Inspektion und Palpation des äußeren Genitales
- Abtasten der Prostata vom After aus
- Palpation regionärer Lymphknoten

## 2. Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom

### a) Anspruchsumfang

Männer haben vom Beginn des 50. Lebensjahres an Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

Männer haben von dem 50. Lebensjahr an bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl.

Ab dem 56. Lebensjahr haben Männer Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms:

- auf die erste Koloskopie ab dem 56. Lebensjahr und
- auf die zweite Koloskopie frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie.

Für eine optimierte Früherkennung ist die Durchführung der ersten Koloskopie innerhalb des 56. Lebensjahres anzustreben. Jede nach dem 65. Lebensjahr durchgeführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie.

Männer ab dem 56. Lebensjahr, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl. Bei einem positiven Befund des Schnelltests besteht ein Anspruch auf Abklärung durch eine Koloskopie.

### b) Beratung

Die Beratungen können von jedem an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Arzt hat den Versicherten möglichst frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres einmalig über das Gesamtprogramm eingehend zu informieren. Er hat den Patienten dabei über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms zu beraten.

Möglichst bald nach Vollendung des 55. Lebensjahres soll der Versicherte eine weitere Beratung (zweite Beratung) erhalten, die insbesondere folgende Inhalte umfaßt:

- Häufigkeit und Krankheitsbild
- Ziele und zugrunde liegende Konzeption der Früherkennungsuntersuchungen
- Effektivität (Sensitivität, Spezifität) und Wirksamkeit der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen

- Nachteile (Belastungen, Risiken) der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Vorgehensweise bei einem positiven Befund.

Bei der zweiten Beratung händigt der Arzt dem Versicherten das Merkblatt des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Darmkrebsfrüherkennung aus. Der Arbeitsausschuß „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Merkblatt vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch das Merkblatt nicht in seinem wesentlichen Inhalt verändert wird.

**c) Der Schnelltest**

Der Schnelltest auf occultes Blut im Stuhl darf nur mit solchen Testprodukten durchgeführt werden, die nach ihrer Empfindlichkeit einheitliche und untereinander vergleichbare Untersuchungsergebnisse gewährleisten. Die dafür nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebenden Kriterien stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach Anhörung von Sachverständigen fest.

Der Test kann von jedem auch sonst an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Test auf occultes Blut im Stuhl kann unabhängig von den übrigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß den Abschnitten A und C der Richtlinien durchgeführt werden.

**d) Die Koloskopie**

Koloskopische Leistungen zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms dürfen nur von Ärzten erbracht werden, welche zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ berechtigt sind und über die Fachkunde „Sigmoido-Koloskopie in der Inneren Medizin“ verfügen oder zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ berechtigt sind sowie von Ärzten, die zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Chirurgie“ und nach dem für sie maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien und koloskopischen Polypektomien berechtigt sind.

Der koloskopierende Arzt muß außerdem berufsrechtlich und aufgrund seiner apparativen Ausstattung in der Lage sein, eine ambulante therapeutische Intervention (Polypektomie) durchzuführen. Die Polypektomie soll in medizinisch indizierten Fällen während der screening-koloskopischen Untersuchung erfolgen.

Er muß eine geeignete Notfallausstattung vorhalten.

Die Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation erfolgt mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff. Der Patient ist dabei auch darüber aufzuklären, daß die ambulante Polypektomie noch während der screening-koloskopischen Untersuchung durchgeführt werden soll, wenn sie medizinisch indiziert ist.

Durchführungsvoraussetzung ist die Patientenvorbereitung, die die Information über seine Mitwirkung und die geeigneten Maßnahmen zur Darmreinigung umfassen soll.

Ein aktueller Gerinnungswert (Quickwert) und ein kleines Blutbild müssen vorliegen.

Es ist eine vollständige, hohe Koloskopie durchzuführen.

Der die Koloskopie durchführende Arzt hat, vor allem nach durchgeführten Interventionen, eine ärztliche Nachbeobachtung und Nachsorge des Patienten sicherzustellen.

#### **e) Dokumentation**

Die Koloskopie ist durch eine Bilddokumentation nachzuweisen, aus der die Vollständigkeit ihrer Durchführung hervorgeht.

Die Früherkennungskoloskopie ist gemäß dem Musterberichtsvordruck 1 (Anlage III) zu dokumentieren.

Die vollständige Dokumentation nach den Absätzen 1 und 2 ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Früherkennungsmaßnahme.

Die Dokumentationen nach Absatz 3 werden in den Kassenärztlichen Vereinigungen gesammelt und zum Zwecke der Evaluation ausgewertet.

#### **f) Evaluation**

Das Darmkrebsfrüherkennungsprogramm wird evaluiert.

Dabei verständigen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen über Art und Umfang der Evaluation und ihre Veröffentlichung.

### 3. Folgerungen aus den Ergebnissen und Beratung des Untersuchten

Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, daß im Rahmen der Krankenhilfe (§§ 182, 188 RVO und §§ 12, 13, 15 KVLG) diese Fälle weiterer, insbesondere gezielter fachärztlicher Diagnostik, ggf. Therapie zugeführt werden.

### 4. Aufzeichnung und Dokumentation

- a) Die Untersuchungen und deren Ergebnisse werden - mit Ausnahme der Koloskopie - auf einem zweiteiligen Berichtsvordruck (Anlage II)<sup>\*)</sup> aufgezeichnet; auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.
- b) Teil a des Berichtsvordruckes wird nach abschließender Eintragung vom Arzt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Erfassung und Auswertung eingereicht; Teil b bleibt beim Arzt und ist 5 Jahre aufzubewahren.
- c) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die im Zusammenhang mit der Durchführung von Maßnahmen nach diesen Richtlinien anfallenden Ergebnisse sammeln und auswerten. Dabei ist sicherzustellen, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen sich über eine bundeseinheitliche Zusammenfassung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse verständigen.
- d) Der Arbeitsausschuß „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.

#### D.

#### Anspruchsberechtigung

1. Versicherte mit Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen weisen diesen durch Vorlage der Krankenversichertenkarte nach.
2. Wird der Anspruch durch die Vorlage einer Krankenversichertenkarte nachgewiesen, hat der Vertragsarzt die Erfüllung der in diesen Richtlinien angeführten Voraussetzungen zu beachten, soweit dies anhand der Angaben des Versicherten sowie seiner ärztlichen Unterlagen und Aufzeichnungen möglich ist.

---

<sup>\*)</sup> Auf einen Abdruck wurde verzichtet.

**E.**

**Inkrafttreten und Weiterführung bisheriger Maßnahmen**

Die Richtlinien treten am 1. Juli 1977 in Kraft. \*)

Bisher unter Einschluß der Kolposkopie durchgeführte Früherkennungsmaßnahmen können fortgeführt werden, um aus ihren Ergebnissen weitere wissenschaftliche Aufschlüsse über den Wert dieser Untersuchungsmethode im Rahmen von Früherkennungsmaßnahmen zu gewinnen.

In diesen Fällen haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Vereinbarung sicherzustellen, daß die Ergebnisse der kolposkopischen Untersuchungen aufgezeichnet und ausgewertet werden.

---

\*) Letzte Änderung vom 21. Juni 2002 ist am 1. Oktober 2002 in Kraft getreten.

Anlage III Musterberichtsvordruck

Dokumentationsbogen zur präventiven Koloskopie (Hinweis: u. g. Grafiken wurden mit der 70 Ergänzungslieferung, Stand: 07.10.2002 neu aufgenommen)

**Kassenheiss bzw. Kassenärztiger**

Kassen-Nr. \_\_\_\_\_

Vermögens-Nr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Dokumentationsbogen zur 38  
Früherkennungs-Koloskopie**

**Patienten-Nummer (EDV)** 1 - 6 \_\_\_\_\_ **PLZ - Wohnort (Stellen 1 - 3)** 7 - 9 \_\_\_\_\_

**Geschlecht** 10 weiblich  männlich  **Alter** 11 - 12 \_\_\_\_\_ Jahre

**Indikation**

Früherkennungs-Koloskopie 13  Risikopatient (z. B. Colitis ulcerosa, 18  HNPCC)

Blut im Stuhl 14  positive Okkultbluttest makroskopisch sichtbar 15  Sonstige Indikation (z. B. sonstige klinische Symptome) 17

**Polypektomie erfolgt** 28 ja  nein

**Sedierung/Analgesie** 29 ja  nein

**Bildokumentation** 31 ja  nein

**Reichweite der Koloskopie** 12

Rektum  Sigma

Colon descendens  Linke Flexur

Colon transversum  Rechte Flexur

Colon ascendens  Zökum  Ileum

**Makroskopischer Befund**

Ohne Befund 19  chronisch-entzündliche Darmerkrankung 22

Polyp(en) 20  Rektum-Ca. 23

Adenom(en) 21  Colon-Ca. 24  Sonstiges 25

**Bei Polypen**

**Zahl** 26 1  2 - 4  > 4

**Form** 27 (bei mehreren Polypen nur größten beschreiben) sessil  gestielt  flaches Adenom

**Größe** 28 (des größten Polypen) < 0,5 cm  0,5 - 1 cm  1 - 3 cm  > 3 cm

**Komplikation**

Blutungen durch Polypabtragung 34  konservativ behandelt 35  OP erforderlich 36  kardiopulmonale Komplikation 33  Perforation 37

**Histologischer Befund**

38 - 44 Befund Nr. \_\_\_\_\_

**Polyp** 45 hyperplastisch/entzündlich

**Adenom** 46 tubulär  villös  mit schwerer Dysplasie

**Tis** ja

**Karzinom** ja  **Sonstiges** 47

**Diagnose bei pathologischem Befund**

Dampolyp(en) 48  in toto entfernt 49

Adenome 49 ja  nein

chronisch-entzündliche Darmerkrankung 51  Colon-Ca. 53

Rektum-Ca. 52  Sonstiges 54

**Weitere Maßnahmen**

Nächste Koloskopie in 10 Jahren

Kontrollendoskopie ab Nachsorge

OP-Empfehlung  in eigener Praxis

Weitere Koloskopie zur Polypabtragung 55  stationär 56

**Operation am** 57 - 62 T Y M N J J \_\_\_\_\_

Colon-/Rektum-Ca. 63

nach pTNM-Klassifikation 64

65

Colon-/Rektum-Ca. 66

nach DUKES Radikalität 67

Original bitte am Quartalsende an Ihre Kassenärztliche Vereinigung weiterleiten

Vermögensstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 38 a (11.2002)

Kontaktkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsgart-Nr. VK gültig bis Datum

## 38

### Dokumentationsbogen zur Früherkennungs-Koloskopie

Patienten-Nummer (EDV) PLZ - Wohnort (Stellen 1 - 3)

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**Geschlecht** **Alter**

weiblich  männlich  \_\_\_\_\_ Jahre

**Indikation**

Früherkennungs-Koloskopie  Risikopatient (z. B. Colitis ulcerosa, HNPCC)

Blut im Stuhl  Sonstige Indikation (z. B. sonstige klinische Symptome)

positiver Okkultbluttest

makroskopisch sichtbar

Polypektomie erfolgt ja  nein

Sedierung/Analgesie ja  nein

Bilddokumentation ja  nein

**Reichweite der Koloskopie**

Rektum  Sigma

Colon descendens  Linke Flexur

Colon transversum  Rechte Flexur

Colon ascendens  Zoekum

Ileum

**Komplikation**

nein  kardiopulmonale Komplikation

Blutungen durch Polypabtragung

konservativ behandelt

OP erforderlich  Perforation

**Makroskopischer Befund**

Ohne Befund  chronisch-entzündliche Darmerkrankung

Polyp(en)  Rektum-Ca.

Adenom(en)  Colon-Ca.

Sonstiges

**Histologischer Befund**

Befund Nr. \_\_\_\_\_

**Bei Polypen**

**Zahl** 1  2 - 4  > 4

**Form** (bei mehreren Polypen nur größten beschreiben) sessil  gestielt  flaches Adenom

**Größe** (des größten Polypen) < 0,5 cm  0,5 - 1 cm  1 - 3 cm  > 3 cm

**Polyp** hyperplastisch/entzündlich

**Adenom** tubulär  tubulovillös  villös  mit schwerer Dysplasie

**T<sub>1</sub>** ja

**Karzinom** ja  **Sonstiges**

**Diagnose bei pathologischem Befund**

Dampolyp(en)  in toto entfernt

Adenom(e)  ja  nein

chronisch-entzündliche Darmerkrankung  Colon-Ca.

Rektum-Ca.  Sonstiges

**Weitere Maßnahmen**

Nächste Koloskopie in 10 Jahren

Kontrollendoskopie ab Nachsorge

OP-Empfehlung  in eigener Praxis  stationär

Weitere Koloskopie zur Polypabtragung

Vertragseinstempel / Unterschrift des Arztes

**Durchschlag zum  
Verbleib in der Arztpraxis**

Operation am T T M M J J

Colon-/Rektum-Ca. nach pTNM-Klassifikation T<sub>1</sub> T<sub>2</sub> T<sub>3</sub> T<sub>4</sub> T<sub>5</sub> T<sub>6</sub> T<sub>7</sub>

Colon-/Rektum-Ca. nach DUKES M<sub>1</sub> M<sub>2</sub> M<sub>3</sub>

Radikalität A B C D

Muster 38 b (10.2002)

# Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

## Merkblatt zur Darmkrebsfrüherkennung

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

früh erkannt heißt meist besser heilbar. Auch der Dickdarm- bzw. Enddarmkrebs (der Arzt spricht von kolorektalen Karzinomen), der in Deutschland die zweithäufigste Krebstodesursache ist, hat durch Früherkennung viel von seinem bisherigen Schrecken eingebüßt.

Das neukonzipierte Programm zur Früherkennung kolorektaler Karzinome bietet nunmehr mit dem zusätzlichen Angebot der Darmspiegelung (Koloskopie) die Chance, bereits Vorstufen von Krebs zu entdecken und zu entfernen, sodass Krebs gar nicht mehr erst entstehen muß.

Es werden ab jetzt zwei verschiedene Untersuchungsmethoden der Früherkennung angeboten. Vielleicht haben Sie sogar schon davon gehört bzw. haben schon eine mitgemacht.

- **Der Papierstreifentest (Okkultblut-Test)**

Hierbei wird der Stuhlgang über drei Tage auf minimale, mit dem Auge nicht sichtbare, Blutspuren untersucht. Sie müssen zu Hause eine kleine Stuhlprobe auf einen vorgefertigten Teststreifen (den Sie vorher von Ihrem Arzt erhalten) aufbringen und diese dann in Ihrer Arztpraxis abgeben. Das Labor kann dann selbst kleinste Blutbeimengungen im Stuhl feststellen, was auf einen möglichen Dickdarmkrebs hinweisen kann.

Womit wir bereits beim Problem wären: Der Papierstreifentest ist nicht perfekt. Blutspuren im Stuhl können viele Ursachen haben, wie z. B. Blutungen aus Hämorrhoiden (ein positiver Test ist jedoch selbst bei blutenden Hämorrhoiden meist ein Hinweis auf eine andere Blutung im Magen-Darm-Bereich und nicht auf die Hämorrhoiden). Und manchmal zeigt der Test nach dem Verzehr von bestimmten Nahrungsmitteln (z. B. manchen Gemüsearten, Fleisch) und Medikamenten (Eisentabletten, Aspirin, Vitamin C etc.) fälschlicherweise die gleiche Reaktion wie bei Blutspuren an, obwohl kein Blut im Stuhl ist.

Ein negativer Test, d. h. kein Blutnachweis im Stuhl, ist auch kein sicherer Beweis, dass kein Dickdarmkrebs vorliegt, denn ein Tumor kann, muss aber nicht immer bluten.

Daher sollten Sie wissen: Auch mit einem unauffälligen Testergebnis gilt es, auf Auffälligkeiten beim Stuhlgang zu achten – insbesondere auf sichtbare Blutspuren –, aber auch auf neu aufgetretenen Durchfall oder Verstopfung. Dann sollten Sie Ihren Arzt aufsuchen.

Trotzdem bleibt diese einfache Testart eine sinnvolle Einrichtung zur unkomplizierten aber eben auch störanfälligen Früherkennung eines Dickdarmkrebses. Vorausgesetzt, man hält sich an den jährlichen Turnus ab dem 50. Lebensjahr.

Statistiken haben gezeigt, daß – bei jährlicher Teilnahme – gemessen über einen Zeitraum von 10 Jahren, bei jedem dritten Teilnehmer ein positives Testergebnis zu finden ist. Positives Testergebnis heißt, daß Blut im Stuhl festgestellt wurde. Das heißt aber nicht zwangsläufig, dass Darmkrebs die Ursache dafür ist. Meist sind es andere Dinge – siehe oben –, die zu einem solchen Befund führen. Dennoch muss in einem solchen Fall eine Darmspiegelung zur Abklärung durchgeführt werden. Meistens stellt sich dann heraus, dass kein Darmkrebs vorliegt und alles in Ordnung ist.

Ab dem Alter von 55 Jahren nimmt die Häufigkeit von Darmkrebs deutlich zu. Der Papierstreifentest mit seiner Schwäche, nicht jeden Krebs zu entdecken, kommt diesem erhöhtem Risiko nur ungenügend nach. Die Krankenkassen bieten dazu eine genauere, deutlich verlässlichere Früherkennungsmethode an: Die Darmspiegelung (Koloskopie).

- **Die Darmspiegelung (Koloskopie)**

Diese Art der Früherkennung umfasst eine genaue und vollständige Untersuchung des gesamten Dickdarms, wobei sogar sehr frühe Vorstadien (die sog. Polypen) eines möglichen Dickdarmkrebses festgestellt und entfernt werden können. Es dauert mindestens 5 bis 10 Jahre bis aus Polypen Krebs entstehen kann. Bis zum Wachstum des Dickdarmkrebs und ersten Auftreten von Beschwerden können dann nochmals bis zu 10 Jahre vergehen. Darum reicht auch eine Darmspiegelung alle 10 Jahre, um eine mögliche Krebsentwicklung rechtzeitig zu erkennen. Bereits während der Untersuchung lassen sich alle Vor- und Frühstadien restlos abtragen: Hier kann dann kein Krebs mehr entstehen.

Diese hohe Sicherheit hat leider auch ihre Kehrseite. Die Untersuchung ist unangenehm und manchmal schmerzhaft.

Das Untersuchungsinstrument, ein Koloskop, ist ein dünner, biegsamer Schlauch und wird in Ihren After eingeführt und im Darm Stück für Stück hochgeführt. An der Spitze des Schlauchs befindet sich eine Art winzige „Kamera“ mit der Ihr Arzt den gesamten Darm schrittweise untersuchen kann. Mit einer kleinen Schlinge können die bereits genannten Polypen bei der Untersuchung unkompliziert entfernt werden.

Selbstverständlich muss Ihr Darm für diese Untersuchung vollständig entleert sein. Dazu müssen Sie eine Woche vor der Untersuchung auf schwere Kost verzichten und einen Tag vor der Untersuchung ein Abführmittel einnehmen. Ein Einlauf, kurz vor der Untersuchung, ist nur dann notwendig, wenn Ihr Darm nicht restlos entleert ist. Hier kommt es also auf Ihre gute Vorbereitung und Mitarbeit an.

Wie Sie sich denken können, birgt die Darmspiegelung natürlich ein gewisses Risiko. Das Untersuchungsinstrument kann manchmal leichte Blutungen erzeugen. In ganz, ganz seltenen Fällen kann es zu lebensbedrohlichen, mitunter tödlichen Komplikationen wie dem Durchstechen des Darms kommen. Fachleute schätzen dieses Risiko mit 1:10.000 ein. Im Vergleich zum Risiko ohne Früherkennung an Darmkrebs zu sterben, ist dies ein kleines Risiko. Denn ab einem Alter von 55 Jahren beträgt das Risiko in den nächsten 25 Jahren an einem Darmkrebs zu sterben 1:33, also einer von 33 Personen stirbt daran.

Übersicht über die von den Krankenkassen angebotenen Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen:

Alter	Art	Turnus	Vorteil	Nachteil
<b>50-54</b>	Papierstreifentest	jährlich	einfache, unkomplizierte Handhabung	geringe Sicherheit, mit dem Alter steigendes Restrisiko
<b>ab 55</b>	Papierstreifentest nur, wenn das Koloskopieangebot nicht in Anspruch genommen wird	2-jährlich	einfache, unkomplizierte Handhabung	nicht blutende oder kleine Karzinome werden möglicherweise nicht erfasst; (Falsch-)positive Ergebnisse müssen auch durch eine Darmspiegelung abgeklärt werden
<b>ab 55</b>	Darmspiegelung	zweite Koloskopie 10 Jahre nach der ersten	sehr große Sicherheit, Entfernung der Vorstufen von Darmkrebs	aufwendige, eher unangenehme Untersuchung

Selbstverständlich ist es Ihnen überlassen, welche Art der Früherkennung Sie ab dem 55. Lebensjahr wählen. Lassen Sie sich hierzu nochmals in allen Einzelheiten von Ihrem Hausarzt ausführlich beraten. Wichtig ist nur, dass Sie überhaupt die Chance ergreifen, Darmkrebs früh erkennen oder erst gar nicht entstehen zu lassen.

Generell gilt natürlich, dass Sie jede Art von Darmbeschwerden oder Blut im Stuhlgang auf dem direkten Weg Ihrem Arzt mitteilen, unabhängig von den oben beschriebenen Möglichkeiten der Früherkennungen.