

# Kontrollintervalle für gastroenterologische Endoskopien – eine tabellarische Übersicht

Veröffentlichung des Berufsverbandes Niedergelassener Gastroenterologen e. V. (bng)

Nachdruck aus: Zeitschrift für Gastroenterologie 2019; 57(07): 908–909  
DOI: 10.1055/a-0946–5059  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York

Gastroenterologische Endoskopien sind häufig durchgeführte Untersuchungen. Im Jahr 2017 wurden über die Kassenärztlichen Vereinigungen mehr als 1,8 Millionen Koloskopien abgerechnet (davon 466.000 Früherkennungskoloskopien). Im Zehn-Jahreszeitraum von 2007 bis 2017 ist ein – medizinisch sinnvoller – Zuwachs von fast 33 % zu beobachten (eigene Zahlen des Berufsverbandes Niedergelassener Gastroenterologen e. V., bng).“

Obwohl die Endoskopien den Arbeitsalltag der Gastroenterologen in Klinik und Praxen füllen und die Kapazitäten kontinuierlich ausgebaut wurden, bestehen in vielen Praxen Wartezeiten, das heißt die Kapazitäten folgen nicht der Nachfrage.

Es ist also nötig, dass mit der Ressource „Endoskopie“ sorgfältig unter Beachtung der medizinischen Indikation umgegangen wird. Jeder in der Praxis tätige Gastroenterologe kennt das Problem der unscharfen oder zu großzügigen Indikation und der zu häufig veranlassten Kontroll-Endoskopien. Wenn die Überweisung zum

Gastroenterologen zur Durchführung einer Endoskopie aber einmal ausgestellt wurde, dann ist es oft schwierig, den Patienten davon zu überzeugen, dass die Endoskopie, auf die er sich nun schon eingestellt hat, nicht erforderlich ist. Viele Patienten reagieren auf die Mitteilung durch den Gastroenterologen, dass keine Indikation zur geplanten Endoskopie besteht, mit Unverständnis und fürchten, dass ohne guten medizinischen Grund von der Endoskopie abgesehen wird, ihnen also aus finanziellen Gründen eine eventuell lebenswichtige Untersuchung vorenthalten wird. Diesem Druck auszuweichen, ist oft unmöglich und erfordert intensive, zeitaufwendige Überzeugungsarbeit, für die meist keine Zeit übrig ist. So kann es durchaus passieren, dass Endoskopien entgegen der leitliniengerechten Empfehlungen durchgeführt werden.

Eine alltagstaugliche Information, in welchen Situationen eine Endoskopie und insbesondere eine Kontroll-Endoskopie erfolgen sollte und wann nicht, kann deshalb hilfreich sein, und zwar nicht in erster Linie für Gastroenterologen, sondern vor allem für Nicht-Gastroenterologen wie Hausärzte, Gynäkologen, Urologen, Chirurgen und andere Fachgruppen, die Patienten zur Endoskopie überweisen.

Die Autoren haben deshalb aus den Empfehlungen der nationalen gastroenterologischen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) eine übersichtliche Tabelle erstellt, die als rasche Orientierung im Alltag dienen kann. Natürlich kann sie nicht allen Einzelsituationen gerecht werden. Mitunter musste nicht nur auf die umfangreichen Leitlinien, sondern auch auf andere Literatur und eigene Erfahrungen zurückgegriffen werden. Insoweit mag der eine oder andere Leser die Empfehlungen als holzschnittartig oder unpräzise empfinden. Auf eine Kommentierung oder Erläuterungen der Empfehlungen in der Tabelle wird hier ganz bewusst verzichtet. Vielmehr wird dazu auf die entsprechenden Leitlinien und die wissenschaftliche Literatur verwiesen.

**Franz Josef Heil<sup>2</sup>, Jens Aschenbeck<sup>2</sup>,  
Albert Beyer<sup>1</sup>, Thomas Block<sup>2</sup>,  
Thomas Eisenbach<sup>2</sup>, Dietrich Hüppe<sup>2</sup>,  
Dagmar Mainz<sup>1</sup>, Gero Moog<sup>2</sup>,  
Ulrich Tappe<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> bng-Vorstand, <sup>2</sup> bng-Beirat

Fortsetzung auf den folgende Seiten.

ÖGD		1. Kontroll-ÖGD	2. Kontroll-ÖGD
Refluxkrankheit (nicht erosiv) und Refluxösophagitis	ÖGD nur bei Alarmsymptomen, Nichtansprechen auf Therapie, Refluxsymptomen über mehrere Jahre.	keine	keine
Barrett-Metaplasie ohne Dysplasie		nach 1 Jahr	nach 3–4 Jahren
Barrett-Metaplasie mit low-grade Dysplasie	Endoskopische Resektion oder Ablation optional.	nach 6 Monaten	1x/Jahr
Barrett-Metaplasie mit high-grade Dysplasie	Vollständige endoskopische Resektion und Ablation der Metaplasie.	nach 3 Monaten	alle 6 Monate für 2 Jahre, dann 1x/Jahr
H.pylori-Gastritis	Kontrolle nach Therapie mittels H.p.-Antigen im Stuhl oder C13-Atemtest.	keine	keine
Reizmagensyndrom, nicht ulzeröse Dyspepsie	Einmalige ÖGD bei Diagnosestellung gerechtfertigt.	keine	keine
Chron. atrophische Gastritis und ausgedehnte intestinale Metaplasie (Corpus)	Keine Empfehlung in den Leitlinien. Kontrolle kann bei ausgeprägtem Befund sinnvoll sein.	nach 1–3 Jahren	alle 1–3 Jahre (stadienabhängig)
Ulcus duodeni		keine	keine
Ulcus ventriculi	Kontrollendoskopie, wenn Malignität nicht ausgeschlossen werden kann.	nach 4–8 Wochen	keine
Zöliakie	Antikörper-Kontrollen nach 3 Monaten. Endoskopie-Kontrolle unter glutenfreier Diät kann sinnvoll sein.	nach 6 Monaten	keine
Nach Magenresektion wegen eines Magenkarzinoms	Routine-Endoskopien zur Nachsorge sind nicht erforderlich.	keine	keine

Koloskopie	Index-Koloskopie	1. Kontroll-Koloskopie	2. Kontroll-Koloskopie
Vorsorge-Koloskopie Männer	mit 50 Jahren	nach 10 Jahren	keine
Vorsorge-Koloskopie Frauen	mit 55 Jahren	nach 10 Jahren	keine
Nach vollständiger Abtragung von 1–2 tubulären Adenomen < 1 cm (ohne villöse Komponente).		nach 5–10 Jahren	nach 10 Jahren
Nach vollständiger Abtragung von 3–4 Adenomen oder eines Adenoms mit villöser Komponente.		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
Nach vollständiger Abtragung eines Adenoms ≥ 1 cm oder eines Adenoms mit hochgradiger intraepithelialer Dysplasie (HGIEN).		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
Nach endoskopischer R0-Abtragung eines Adenoms mit Karzinom (T1).		nach 6 Monaten	nach 3 Jahren

Koloskopie	Index-Koloskopie	1. Kontroll-Koloskopie	2. Kontroll-Koloskopie
Nach operativer R0-Resektion eines kolorektalen Karzinoms		nach 1 Jahr	nach 5 Jahren
bei familiärer Karzinom-Belastung (1. gradig Verwandter)	Ab 40 Jahren bzw. 10 Jahre vor Erkrankungsalter des Verwandten.	nach 5–10 Jahren	nach 5–10 Jahren
bei gehäuftem Darmkrebs in der Familie, bei familiärem Darmkrebs-Syndrom (FAP, HNPCC etc.)	Nach fachärztlicher Entscheidung. Erstvorstellung beim Gastroenterologen mit spätestens 25 Jahren.		
Reizdarmsyndrom	Einmalige Koloskopie bei Diagnosestellung.	nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge	keine
Obstipation	Einmalig nur bei Warnsymptomen, hohem Leidensdruck, fehlendem Ansprechen auf Therapie.	nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge	keine
Divertikulitis	Nach Abheilung nur dann, wenn in den vergangenen zehn Jahren keine Koloskopie erfolgte; vor geplanter Operation.		
Colitis ulcerosa, M. Crohn	Endoskopien nach fachärztlicher Entscheidung abhängig vom Verlauf und der Therapie. Überwachungskoloskopien bei langjährigem Verlauf erforderlich.		
<b>iFOBT nach Koloskopie</b>	Bei Patienten, bei denen bereits eine Koloskopie erfolgte, soll innerhalb von 10 Jahren keine Untersuchung auf fäkales okkultes Blut (iFOBT) erfolgen.		

### Literatur zum Artikel:

# Kontrollintervalle für gastroenterologische Endoskopien – eine tabellarische Übersicht

Nachdruck einer Veröffentlichung des Berufsverbandes Niedergelassener Gastroenterologen e. V. (bng)

- [1] Koop H et al. S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit. *Z Gastroenterol* 2014; 52: 1299–1346. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/refluxkrankheit/>
- [2] W. Fischbach et al. S2k-Leitlinie *Helicobacter pylori* und gastroduodenale Ulkuskrankheit. *Z Gastroenterol* 2016; 54: 327–363. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/helicobacter-pylori/>
- [3] Felber J et al. Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) gemeinsam mit der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft (DZG) zur Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität *Z Gastroenterol* 2014; 52: 711–743. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/zoeliakie/>
- [4] Moehler M. S3-Leitlinie Magenkarzinom – Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophago-gastralen Übergangs. *Z Gastroenterol* 2011; 49: 461–531. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/magenkarzinom/>
- [5] Layer P et al. S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). *Z Gastroenterol* 2011; 49: 237–293. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/reizdarmsyndrom/>
- [6] Schmiegel W et al. S3-Leitlinie – Kolorektales Karzinom. *Z Gastroenterol* 2017; 55: 1344–1498. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/kolorektales-karzinom/>
- [7] Andresen V et al. S2k-Leitlinie Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. *Z Gastroenterol* 2013; 51: 651–672. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/chronische-obstipation/>
- [8] Denzer U et al. S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie. *Z Gastroenterol* 2015; 53: E1–E227. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/qualitaetsanforderungen-gi-endoskopie/>