

# Kontrollintervalle für gastroenterologische Endoskopien

## Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD)

		1.Kontrolle-ÖGD	2.Kontrolle-ÖGD
<b>Refluxkrankheit (nicht erosiv) und Refluxösophagitis</b>	ÖGD nur bei Alarmsymptomen, Nichtansprechen auf Therapie, Refluxsymptomen über mehrere Jahre	keine	keine
<b>Barrett-Metaplasie ohne Dysplasie</b>		nach 1 Jahr	nach 3-4 Jahren
<b>Barrett-Metaplasie mit low-grade Dysplasie</b>	endoskopische Resektion oder Ablation optional	nach 6 Monaten	1x/Jahr
<b>Barrett-Metaplasie mit high-grade Dysplasie</b>	vollständige endoskopische Resektion oder Ablation der Metaplasie	nach 3 Monaten	„alle 6 Monate für 2 Jahre, dann 1x/Jahr“
<b>H.pylori-Gastritis</b>	Kontrolle nach Therapie mittels H.p.-Antigen im Stuhl oder C13-Atemtest	keine	keine
<b>Reizmagensyndrom, nicht ulzeröse Dyspepsie</b>	einmalige ÖGD bei Diagnosestellung gerechtfertigt	keine	keine
<b>Chronisch atrophische Gastritis und ausgedehnte intestinale Metaplasie (Corpus)</b>	Keine eindeutige Empfehlung in den Leitlinien. Kontrolle kann bei ausgeprägtem Befund der Atrophie sinnvoll sein	nach 1-3 Jahren	„alle 1-3 Jahre (stadienabhängig)“
<b>Ulcus duodeni</b>		keine	keine
<b>Ulcus ventriculi</b>	Kontrollendoskopie, wenn Malignität nicht ausgeschlossen werden kann	nach 4-8 Wochen	keine
<b>Zöliakie</b>	„Antikörper-Kontrollen nach 3 Monaten. Endoskopie-Kontrolle bei Symptomen trotz streng glutenfreier Diät kann sinnvoll sein“	nach 6-12 Monaten	keine
<b>Nach Magenresektion (Gastrektomie) wegen eines Magen Karzinoms</b>	Routine-Endoskopien zur Nachsorge sind nicht erforderlich	keine	keine

## Koloskopie

## Index-Koloskopie

## 1.Kontroll-Koloskopie

## 2.Kontroll-Koloskopie

<b>Vorsorge-Koloskopie Männer</b>	mit 50 Jahren	nach 10 Jahren	keine
<b>Vorsorge-Koloskopie Frauen</b>	mit 55 Jahren	nach 10 Jahren	keine
<b>Nach vollständiger Abtragung von 1-2</b>		nach 5-10 Jahren	nach 10 Jahren

<b>tubulären Adenomen &lt; 1cm (ohne villöse Komponente)</b>			
<b>Nach vollständiger Abtragung von 3-4 Adenomen oder eines Adenoms mit villöser Komponente</b>		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
<b>Nach vollständiger Abtragung eines Adenoms ≥ 1cm oder eines Adenoms mit hochgradiger intraepithelialer Dysplasie (HGIEN, Wien 4.1)</b>		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
<b>Nach endoskopischer R0-Abtragung eines Adenoms mit Karzinom (T1)</b>		nach 6 Monaten	nach 3 Jahren
<b>Nach operativer R0-Resektion eines kolorektalen Karzinoms</b>		nach 1 Jahr	nach 5 Jahren
<b>„bei familiärer Karzinom-Belastung (Erstgradig Verwandter)“</b>	ab 40 Jahren bzw. 10 Jahre vor Erkrankungsalter des Verwandten	nach 5-10 Jahren	nach 5-10 Jahren
<b>„bei gehäuften Darmkrebs in der Familie, bei familiärem Darmkrebs-Syndrom (FAP, HNPCC etc.)“</b>	„nach fachärztlicher Entscheidung. Erstvorstellung beim Gastroenterologen mit spätestens 25 Jahren“		
<b>Reizdarmsyndrom</b>	einmalige Koloskopie bei Diagnosestellung	„nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge“	keine
<b>Obstipation</b>	„einmalig nur bei Warnsymptomen, hohem Leidensdruck, fehlendem Ansprechen auf Therapie“	„nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge“	keine
<b>Divertikulitis</b>	„nach Abheilung nur dann, wenn in den letzten 10 Jahren keine Koloskopie erfolgte; vor geplanter Operation“		
<b>Colitis ulcerosa, Morbus Crohn</b>	Endoskopien nach fachärztlicher Entscheidung abhängig vom Verlauf und der Therapie. Überwachungskoloskopien bei langjährigem Verlauf erforderlich.		
<b>iFOBT nach Koloskopie</b>	Bei Personen, bei denen bereits eine Ileo - Koloskopie erfolgte, soll innerhalb von 10 Jahren keine Untersuchung auf „fäkales okkultes Blut“ (iFOBT) erfolgen.		

Literatur: Der Hausarzt 06/2020 p.45