

## Das neue Darmkrebs-Screening

### Positionspapier der Stiftung LebensBlicke



J. F. Riemann, D. Schilling, D. Hüppe, A. Beyer, H. Meyer

Deutschland verfügte nach bundesweiter Einführung des guajakbasierten Stuhlbluttests (g-FOBT) in den 1970er-Jahren ab Oktober 2002 über eine ergänzte opportunistische Darmkrebsfrüherkennung. Sie basierte auf g-FOBT und Koloskopie als Angebot für alle Anspruchsberechtigten der gesetzlichen Krankenversicherung ab 50 Jahren. Die Koloskopie hat ihre Wirkung auf die Senkung von Inzidenz und Mortalität an Darmkrebs nachdrücklich unter Beweis gestellt [1]. Inzwischen ist das „neue Darmkrebs-Screening“ nach langer Entwicklungsphase in die Regelversorgung eingeführt worden. Der Paradigmenwechsel vom opportunistischen hin zu einem organisierten Darmkrebs-Screening mit einem Einladungsverfahren ist entscheidend auf Vorarbeiten in dem im Juni 2008 gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit, von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren initiierten Nationalen Krebsplan zurückzuführen [2]. Zum „neuen Darmkrebs-Screening“ gehört auch der ab April 2017 als Kassenleistung implementierte immunologische Stuhltest i-FOBT respektive FIT, der den alten g-FOBT ersetzt hat. Im Jahr 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine neue Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme beschlossen. Sie folgt dem im April 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG). Die neue G-BA-Richtlinie sieht neben der Absenkung der bisherigen Altersgrenze von 55 auf 50 Jahre bei Männern für die Früherkennungskoloskopie eine persönliche Einladung per Brief durch die

Krankenkassen mit Informations- bzw. Entscheidungshilfen für eine informierte Entscheidung der Versicherten vor. Dies bedeutet, dass Männer bereits ab 50 Jahren zwischen i-FOBT und Früherkennungskoloskopie wählen können, Frauen wie bisher ab 55 Jahren. Die persönliche Einladung an jeden einzelnen Versicherten kann die Teilnehmerate steigern [3]. Die leitliniengerechte Umsetzung des neuen i-FOBT bedarf hinsichtlich der Indikation zur Testausgabe noch weiterer Aufklärung [4]. Dabei spielen auch die Hausärzte eine zentrale Rolle. Das Problem der in der G-BA-Richtlinie festgelegten – und zurzeit vorübergehend ausgesetzten – Dokumentation des neuen Darmkrebs(sowie Zervixkarzinom)-Screenings ist noch nicht abschließend gelöst.

Die Stiftung LebensBlicke hatte daher für den 11. Dezember 2019 Experten eingeladen, um mit ihnen das neue organisierte Darmkrebs-Screening aus unterschiedlichen Perspektiven zu diskutieren\*. Ziel des Expertengesprächs war, ein Positionspapier zu formulieren, das Fortschritt und Perspektiven des neuen Darmkrebs-Screenings beleuchtet, aber auch Schwachstellen aufzeigt, die verbesserungswürdig sind. Die Versorgung sollte als ein lernendes System angesehen werden, das sachlich-fachlich orientierten Nachjustierungen zugänglich ist.

Die Expertenrunde hat nachfolgend zehn Kernthesen formuliert:

#### Kernthesen

1. Die neue G-BA-Richtlinie ist für die Darmkrebsfrüherkennung ein echter Fortschritt (Einladungsverfahren; Koloskopie für Männern ab 50 Jahren).
2. Die Einladung mit Versand von FIT oder der Möglichkeit, den FIT einfach und niederschwellig anfordern und einsenden zu können, führt wissenschaftlich nachgewiesenermaßen zu besseren Teilnahmequoten. Rechtliche Bedenken gegen den kombinierten Versand mit der Einladung, der in anderen

europäischen Ländern standardmäßig durchgeführt wird, müssten geklärt und ggfs. ausgeräumt werden\*\*.

3. Die Aufklärung der Bürger mit dem Ziel der informierten Entscheidung sollte prägnanter, aber dennoch präzise formuliert sein. Mehrseitige Broschüren, wie sie zurzeit mit den Einladungen an die Versicherten versendet werden, sind in der Praxis nicht zielführend.
4. Neue Medien, u. a. Gesundheitsportale, die derzeit an verschiedenen Stellen eingerichtet werden, sollten zur Information genutzt werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass die transportierte Information neutral, korrekt und zuverlässig ist.
5. Nicht akzeptabel in der aktuellen Umsetzung des Einladungsverfahrens ist das vorübergehende Aussetzen der Dokumentation ab 01.01.2020 (voraussichtlich bis Herbst 2020) aus technischen Gründen (gilt auch für das Zervixkarzinom-Screening).
6. Die Dokumentation der Ergebnisse ist bei einer noch zu bestimmenden Sammelstelle besser aufgehoben als bei den heute noch heterogenen Systemen der Krebsregister.
7. Die Ergebnisse der FIT-Tests und die – bei positivem Ausfall – daraus resultierenden Koloskopien mit Ergebnis müssen im Sinne der Versorgungsfor-schung im Rahmen der Dokumentation zusammengeführt werden.
8. Leitliniengestützte Recall-Systeme nach Adenomresektion müssen (mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten) implementiert werden.

\*\* Dabei ist zu berücksichtigen, dass in anderen Ländern im Unterschied zu DEU keine Wahlmöglichkeit zwischen FIT und Früherkennungskoloskopie besteht. Ferner sind laut den Daten des RKI erst seit der Einführung der Früherkennungskoloskopie (ab Oktober 2002) in DEU sowohl die altersstandardisierten Darmkrebs-Erkrankungsraten als auch die altersstandardisierten Darmkrebs-Sterberaten rückläufig. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass das Prinzip der „informierten Entscheidung“ anhand von neutraler, unabhängiger Information bewusst im KFRG verankert wurde (niemand soll einseitig zu einer Untersuchung „gedrängt“ werden).

\* Teilnehmerliste im Anhang.

9. Mittelfristig sollte die Dokumentation der Vorsorgeuntersuchungen (FIT und Koloskopie) über die elektronische Patientenakte EPA möglich sein.
10. Vorsorgeuntersuchungen in Kliniken werden derzeit gar nicht dokumentiert: Die analoge Dokumentation der Daten wie im niedergelassenen Bereich sollte unbedingt angestrebt werden.

Die Diskussion hat übereinstimmend ergeben, dass das neue Darmkrebs-Screening einen echten Fortschritt darstellt, der zu einer deutlichen Verbesserung der Darmkrebsvorsorge und -früherkennung führen sollte. Die Experten weisen aber schon jetzt auf erkennbare Schwachstellen hin. So fehlt in der G-BA-Richtlinie der ausdrückliche Bezug zur risikoadaptierten Darmkrebsfrüherkennung, die unbedingt möglichst bald Berücksichtigung finden sollte. Sie ist integraler Bestandteil der Darmkrebsvorsorge [5]. Wenn sich die Teilnahme am Programm nicht wie erwartet erkennbar steigern lässt, sollte für zusätzliche Möglichkeiten der Einladung gesorgt werden. Dazu bieten sich im Hinblick auf digitale Möglichkeiten neue Formen an, die zum

Teil bereits erprobt sind [6]. Die Experten waren sich auch darüber einig, dass die elektronische Patientenakte (ePA) ein wichtiger Meilenstein auch für die Dokumentation aller Vorsorgeleistungen sein kann. Über die elektronische Patientenakte ließen sich ggf. auch Recall-Systeme implementieren. Entscheidend wird auch sein, wie die begleitende Qualitätskontrolle organisiert ist und wie frühzeitig sie auf Fehlentwicklungen hinweist. Die Stiftung LebensBlicke wird das neue Darmkrebs-Screening auch in Zukunft weiter begleiten und aus ihrer Sicht mögliche Schwachstellen aufzeigen und Verbesserungsvorschläge in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen. Sie wird das Screening-Geschehen auch hinsichtlich der in der Expertenrunde benannten Kernthesen zu Perspektiven und Risiken aufmerksam verfolgen.

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. J. F. Riemann  
Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke  
Parkstr. 49  
67061 Ludwigshafen  
riemannj@garps.de

#### Literatur

- [1] Brenner H, Schrotz-King P, Hollecsek B et al. Rückgang der Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 101–106
- [2] Riemann JF, Maar C, Betzler M et al. Darmkrebsfrüherkennung im Nationalen Krebsplan – Aktueller Stand und Empfehlungen für die Weiterentwicklung. *Z Gastroenterol* 2011; 49: 1428–1431
- [3] Hoffmeister M, Hollecsek B, Zwink N et al. Darmkrebscreening – persönliche Einladung steigert Teilnahmeraten. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 87–93
- [4] Hüppe D, Aschenbeck J. Neuerungen bei der Darmkrebsvorsorge seit 01.07.2019. *Z Gastroenterol* 2020; 58: 91
- [5] Tian Y, Kharazmi E, Brenner H et al. Calculating Starting Age for Screening in Relatives of Patients with Colorectal Cancer Based on Data from Large Nationwide Datasets. *Gastroenterology* 2020. doi:<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.063>
- [6] Gruner LF, Hoffmeister M, Ludwig L et al. Effekte verschiedener Einladungsmodelle auf die Inanspruchnahme immunologischer Tests auf Blut im Stuhl: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 423–430