



Interview mit

**Prof. Dr.
Thomas Seufferlein**

**Ärztlicher Direktor der Klinik
für Innere Medizin I der
Universität Ulm | Präsident der
Deutschen Krebsgesellschaft**



Foto: CCC Ulm | csm

Deutsche Krebsgesellschaft vor neuen Herausforderungen

Prof. Dr. Thomas Seufferlein ist neuer Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft. Er leitet seit 2012 als ärztlicher Direktor die Klinik für Innere Medizin I der Universität Ulm. Seufferlein begann 1990 seine medizinische Ausbildung in Berlin an der Medizinischen Klinik der Freien Universität mit Schwerpunkten Endokrinologie und Diabetologie. Daran schloss sich von 1993 bis 1996 zunächst ein DFG-Stipendium an, fortgesetzt von einem Stipendium des Imperial Cancer Research Fund im Growth Regulation Laboratory (Dr. E. Rozengurt) in London. Die Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin und später Gastroenterologie begann er an der Med. Klinik I der Universität Ulm (Prof. Dr. Guido Adler). 2002 wurde er Oberarzt, 2004 leitender Oberarzt der Klinik. 2008 erhielt Seufferlein den Ruf auf den Lehrstuhl für Innere Medizin I an der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, bevor der 2012 nach Ulm zurückberufen wurde. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte konzentrieren sich vor allem auf die Onkologie. Sein Labor forscht zur Tumorgenese und Tumorprogression des Pankreaskarzinoms, zu wichtigen Signalwegen und ihrer Kontrolle durch verschiedene Proteinkinasen. Mit Prof. Seufferlein (**TS**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: Herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Wahl. Was sind die Schwerpunkte, die Sie als neuer Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) setzen wollen?

TS: Vielen Dank für die Glückwünsche! Zunächst möchte ich Vieles, was in der DKG in den vergangenen Jahren sehr gut vorangebracht worden ist, weiterführen. Ich denke da insbesondere an die Zertifizierung von Krebszentren, das Onkologische Leitlinienprogramm oder das Datenbankprojekt. Auch wissensgenerierende Versorgung mit Daten aus Registern und zertifizierten Zentren ist ein wichtiges Thema für die DKG in der Nationalen Dekade gegen Krebs und im Nationalen Krebsplan. Darüber hinaus möchte ich die Themen Prävention und Personalisierte Therapie bei der DKG in den Fokus rücken.

JFR: DKG und Stiftung Deutsche Krebshilfe arbeiten seit einigen Jahren sehr eng zusammen. Welche Vorteile haben sich mit dieser positiven Entwicklung für die Krebsmedizin inzwischen ergeben?

TS: Die Zusammenarbeit zwischen DKG und Deutscher Krebshilfe ist außerordentlich fruchtbar und sehr erfolgreich. So konnte z.B. das Onkologische Leitlinienprogramm, das im Wesentlichen durch die Deutsche Krebshilfe finanziert wird, in Kooperation mit der AWMF zu einem der umfassendsten und erfolgreichsten Leitlinienprogrammen in der Onkologie weltweit entwickelt werden. Durch englische Übersetzung aller S3 Leitlinien und die Nutzung moderner Kommunikationsformen wie z.B. der Leitlinien-App möchten wir die Verbreitung der Leitlinien über die nationalen Grenzen hinaus fördern. Auch in der Diskussion mit der Politik wie z.B. im Nationalen Krebsplan und der Nationalen Dekade gegen Krebs konnte durch eine enge Zusammenarbeit zwischen DKG und DKH vieles auf den Weg gebracht werden.

JFR: Studien sind ein Grundstein für die Entwicklung und Prüfung neuer Therapieformen. Was kann getan werden, um mehr Transparenz und Motivation in der Bevölkerung für die Beteiligung an Studien zu generieren? Wo ist Evidenz der absolute Messparameter, wo reichen Beobachtung und Erfahrung? Gibt es in der Krebsmedizin ausreichend Studienangebote für die wichtigen Krebsentitäten?

TS: Herr Prof. Riemann, Sie sprechen hier ein wichtiges Thema an. Randomisierte kontrollierte Studien sind der Goldstandard für die Gewinnung von Evidenz und unverzichtbar. In den letzten Jahren hat erfreulicherweise die Förderung von klinischen Studien durch öffentliche Geldgeber – BMBF und DFG neben Stiftungen wie der Deutschen Krebshilfe – deutlich zugenommen. Dennoch sind hier teilweise die Antragsverfahren noch zu lang, um Studienkonzepte international kompetitiv durchzuführen. Auch

die (unzureichende) Finanzierung der Studien ist angesichts der immer weiter zunehmenden regulatorischen Anforderungen ein kritisches Thema. Neben den klinischen Studien brauchen wir für neue Therapiekonzepte auch Daten aus der Versorgung, die zeigen, wie gut sich Daten aus Studien in der "realen Welt" reproduzieren lassen. Hier können gut gemachte Register wertvolle Informationen liefern. Es gibt aber auch Daten, die wir bereits zur Verfügung haben und die aus Registern oder Daten der zertifizierten Zentren gewonnen werden können. Das BMG hat dazu vor kurzem eine wichtige Initiative gestartet mit dem Ziel, die Daten aus den Krebsregistern der einzelnen Länder an einer Stelle zusammenzuführen und Nutzern für spezifische Fragestellungen zukommen zu lassen. Ziel ist, Wissen aus der Versorgung zu generieren und damit auch Fragestellungen aus Leitlinien beantworten zu können, für die es keine Studien gibt und/oder auch möglicherweise nicht geben wird.

JFR: Wie könnte das Problem der immer kleiner werdenden Studiengruppen infolge individualisierter Therapie angegangen werden, um dennoch Evidenz für eine spezifische Behandlungsform zu schaffen?

TS: Auch das ist eine wichtige Frage. Hier können wir nur durch intensive nationale und internationale Zusammenarbeit weiterkommen. Wir müssen die verfügbaren Tests durchführen und sicherstellen, dass die Durchführung flächendeckend in hoher Qualität möglich ist und finanziert wird. Beim Einsatz von großen Genpaneln sollten wir die Daten in prospektiven Registern dokumentieren. Die Initiative der Zentren für Personalisierte Medizin, die die vier Universitätsklinika in Baden-Württemberg gestartet haben, zielt u.a. in diese Richtung.

JFR: Für viele Krebsarten gilt inzwischen, dass sie aufgrund moderner Therapie als chronische Erkrankungen eingestuft werden können. Das bedeute auch eine immer länger werdend Lebenserwartung für Krebskranke! Was muss von Seiten der DKG getan werden, um für solche Patienten unter dem Stichwort Leben mit und nach Krebs die Nachsorge individuell zu gestalten und vor allem zu sichern?

TS: Das Thema "Leben mit und nach Krebs" wird in der Zukunft eine immer größere Rolle spielen. In der DKG kümmern sich zahlreiche Arbeitsgruppen aus dem Bereich der Psychoonkologie, der Supportiv- und Palliativtherapie um das Thema. Bereiche wie Ernährung, Behandlung von Nebenwirkungen der Therapie, Sport- und Bewegungstherapie spielen hier eine große Rolle. Hier müssen wir daran

arbeiten für unsere Patienten integrierte Konzepte anzubieten, die auch Beratung zu sozialen Fragestellungen beinhalten.

JFR: Unser Gesundheitssystem ist nach wie vor ein Reparatursystem, das den Löwenanteil der finanziellen Ressourcen verbraucht. Was müsste getan werden, um der Vorsorge und Vorbeugung von Krebserkrankungen noch mehr Gewicht zu verleihen? Wer steht da vornehmlich in der Verantwortung?

TS: Ich denke, alle im Gesundheitswesen Tätige sollten das Thema Prävention ernst nehmen und propagieren. Prävention geht uns alle an und beginnt für mich bereits im Kindergarten – wie ernähren wir uns? Welche Einstellung haben wir zu Bewegung oder zu Noxen wie Nikotin? Dazu gehört für mich auch ein Verbot der Tabakwerbung. Wir sollten auch aus der Erfahrung anderer Länder lernen. Wie muss man Präventionsstrategien aufbauen, dass sie effektiv sind? Der aktuell von der Deutschen Krebshilfe unterstützte Bau eines Präventionsforschungszentrums am DKFZ in Heidelberg ist ein weiterer wichtiger Schritt zur Verbesserung von Präventionsmaßnahmen auf allen Ebenen – Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. In der DKG werden wir uns in enger Zusammenarbeit mit den einzelnen Fachgesellschaften um integrierte Präventionskonzepte bemühen.

JFR: Sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, den Anteil ihrer Mittel für Prävention deutlich weiter zu erhöhen?

TS: Auch das wäre sicher eine sinnvolle Maßnahme, allerdings sollten die Mittel in einer konzertierten Aktion, z.B. für große Studien, und integrative Konzepte eingesetzt werden, um besser wirksam zu sein.

JFR: Die Corona Pandemie hat zu Einbrüchen auch in der Versorgung von Krebspatienten geführt. Was müsste von Seiten der DKG getan werden, um bei zukünftigen Entwicklungen dieser Art Vorsorge zu treffen? Zu Beginn der Pandemie waren fast ausschließlich Virologen für die Politik beratend; klinische Experten fehlten! Erst deutlich verzögert hat sich die Corona Taskforce aus DKG, DKFZ und Deutscher Krebshilfe zu Wort gemeldet!

TS: Die COVID-19 Pandemie hat uns Anfang des Jahres vor nicht geahnte Herausforderungen gestellt, die bisher - denke ich - alles in allem in Deutschland gut bewältigt wurden. Die gemeinsame Task Force von DKG, DKH und DKFZ hat sich formiert, um die Situation und Defizite in der Versorgung zu analysieren und auf Defizite hinzuweisen. Ich denke, die Task

Force hat durch kluge Analyse hier einiges transparent machen können, aber eine gute Analyse braucht auch Zeit. Wir haben auch aus der ersten Phase der Pandemie gelernt, eine komplette Vorhersage lässt sich aber nicht treffen, da aktuell niemand genau vorhersehen kann, in welchem Umfang wieder Intensivkapazitäten für Patienten mit einer COVID-19 Erkrankung benötigt werden.

JFR: Die psychoonkologische Betreuung hat nicht nur durch Aufwertung im Nationalen Krebsplan erheblich an Bedeutung gewonnen. Dennoch gibt es immer wieder Engpässe in der Versorgung. Wie stellen Sie sich hier eine Verbesserung vor?

TS: Die Psychoonkologie hat einen hohen Stellenwert für die Versorgung von Patienten mit einer Krebserkrankung und ist z.B. auch in der Zertifizierung von Organkrebszentren der DKG fest verankert. Die teilweise Übernahme der Finanzierung von psychosozialen Krebsberatungsstellen in die Regelversorgung ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer besseren Versorgung, wir sind aber noch nicht da, wo wir hinkommen müssen, nämlich zu einer niederschweligen, bedarfsgerechten psychoonkologischen Versorgung für alle unsere Tumorpatienten. Dafür wird die DKG weiter eintreten.

JFR: Die Bewegungstherapie ist sicher inzwischen ein Schwerpunkt in der Tumornachsorge geworden. Netzwerke wie zum Beispiel OnkoAktiv in Heidelberg haben den Grundstein für eine mögliche Breitenversorgung gelegt. Was kann getan werden, um solche Netzwerke und bundesweit zu etablieren?

TS: Bewegungstherapie kann viel Positives für Patienten mit einer Tumorerkrankung bewirken – in jedem Stadium der Erkrankung. Hier bedarf es einer Strukturförderung von ähnlichen Initiativen wie OnkoAktiv. Arbeitsgemeinschaften der DKG aber auch die Deutsche Krebshilfe sind in diesem Bereich sehr aktiv. Ich sehe hier aber vor allem auch ein Potenzial bei den Krankenkassen, da sich durch gute Maßnahmen zur Bewegungstherapie andere Kosten wahrscheinlich einsparen lassen.

JFR: Deutschland hat ein gutes Screening Modell für den Darmkrebs, das jetzt endlich nach Vorschlägen des Nationalen Krebsplans mit dem Krebsfrüherkennungs- und Registergesetztes weiterentwickelt wurde. Dennoch bleibt auch nach ersten Erfahrungen die Teilnehmerate der Bevölkerung eher niedrig. Welche Anreize müssten erfolgen, um eine bessere Teilnahme zu erreichen?

TS: Wir haben in Deutschland im Bereich des Darmkrebscreenings viel erreicht. Um die Teilnehmeraten weiter zu verbessern, können wir uns gute Beispiele unserer Nachbarländer zum Vorbild nehmen, die z.B. den immunologischen Stuhltest mit der Einladung zum Screening versenden und mit ihren Programmen hohe Teilnehmeraten erzielen. Auch die Forschung zu neuen Screeningverfahren, z.B. blutbasierten Testen, sollte unterstützt werden, da die Akzeptanz eines Bluttests zur Vorsorge erfahrungsgemäß sehr hoch ist – denken sie nur an die PSA Bestimmung.

JFR: Die Deutsche Krebsstiftung hat auf meinen Vorschlag ein Pilotprojekt zusammen mit der Initiative Jugend gegen Aids zur HPV-Impfung ermöglicht. Im Ergebnis fand sich großer Handlungsbedarf bei Information und Aufklärung zum Themenkomplex HPV. Müsste diese Thematik mit verschiedenen Konzepten zur HPV-Impfung weiterverfolgt werden?

TS: Sie sprechen hier ein weiteres wichtiges Thema im Bereich Prävention an. Auch hier kann – basierend auf jahrelanger und erfolgreicher Forschung – jetzt mit einfachen Mitteln sehr viel erreicht werden. Wir brauchen mehr zielgruppengerechte Programme für Information und Aufklärung zum Themenkomplex HPV und zur HPV Impfung, um diese möglichen Erfolge zu realisieren.

JFR: Was können Stiftungen wie zum Beispiel die Stiftung Lebensblicke zur Unterstützung von Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention von Krebserkrankungen leisten?

TS: Stiftungen wie die Stiftung Lebensblicke haben in den letzten Jahren extrem viel für die Prävention von Krebserkrankungen geleistet. Die Stiftung tritt unermüdlich für das Thema Prävention auf allen Ebenen und in allen Bereichen ein. Die Bevölkerung wird informiert und motiviert, Ärzte werden informiert und beraten, die Politik wird auf allen Ebenen auf die Notwendigkeit der Prävention hingewiesen, die Stiftung hat unzählige Aktionen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Politikberatung, aber auch Wissenschaft angeregt und unterstützt. Ich denke, die Stiftung Lebensblicke war sehr erfolgreich in ihrer Arbeit und kann stolz auf das Erreichte sein.

JFR Herzlichen Dank für dieses außerordentlich informative Gespräch!