

Prof. Dr. Stefanie Klug

Ordinaria, Lehrstuhl für Epidemiologie, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften
Technische Universität München



Foto: TUM

Das früh auftretende Kolorektalkarzinom

Kurzvita:

Seit 2016: Ordinaria, Lehrstuhl für Epidemiologie, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Techn. Universität München. 2010-2016: Lehrstuhl für Tumorepidemiologie, Universitäts KrebsCentrum, Universitätsklinikum, Techn. Universität Dresden. 2008: Habilitation und Venia Legendi in Epidemiologie, Universitätsmedizin Mainz. 2005-2010: Leiterin Arbeitsgruppe Epidemiologie am IMBEI, Universitätsmedizin Mainz. 2003-2004: Epidemiologin am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin Mainz. 1999-2003: Epidemiologin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. 1999: Postdoc an der International Agency for Research on Cancer (IARC) in Lyon, Frankreich. 1997-1999: Masterstudiengang der Öffentlichen Gesundheit und Epidemiologie (MPH), LMU München. 1997: Promotion am Genzentrum LMU München.

Mit Frau Professor Dr. Stefanie Klug (**SK**) sprach Professor Dr. J. F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

JFR: Wir haben uns im Rahmen des Nationalen Krebsplans (2008-2012) kennengelernt und so manche Diskussion mitbestritten. In diesem Gremium ging es auch um die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung, insbesondere der Darmkrebs- bzw. der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung. Was waren aus Ihrer Sicht damals die wichtigsten Ergebnisse dieses vierjährigen Prozesses? Haben sie sich aus Ihrer Sicht auch erfolgreich umsetzen lassen?

SK: Ja, das waren intensive Diskussionen. Sie haben letztlich zu zwei neuen organisierten Krebs-Screening-Programmen für Darmkrebs und für Gebärmutterhalskrebs geführt. Deshalb werte ich diese Diskussionen als sehr fruchtbar und erfolgreich und bin stolz, dabei gewesen zu sein. Dennoch sehe ich noch Verbesserungsbedarf bei den beiden neuen Programmen. Verbessert werden könnten das Einladungswesen und der Umgang mit Nichtteilnehmerinnen und Nichtteilnehmern.

JFR: Deutschland hat ein gutes wie modernes Darmkrebs-Vorsorgeprogramm, das bei Einführung 2002 in Europa einmalig war. In über 20 Jahren sind klare Erfolge erzielt worden, die sich auch sehr gut belegen lassen. Nach wie vor kritisch ist die Teilnahmequote, die in der Corona Pandemie eingebrochen ist, sich aber wieder erholt hat. Ein signifikanter Teilnahmeanstieg ist dennoch trotz Einladungsverfahren derzeit nicht erkennbar. Was könnten aus Ihrer Sicht dafür Gründe sein?

SK: Die Einladungsverfahren sind leider keine echten Einladungsverfahren. Es handelt sich eher um Informationsschreiben. Information ist zwar wichtig und richtig, aber echte Einladungsschreiben könnten die Teilnahmeraten weiter verbessern. Mit echten Einladungsschreiben meine ich Einladungen, die konkret dem Screening-Intervall der einzelnen Personen entsprechen, also an eine Teilnahme erinnern, wenn diese auch wirklich gerade fällig ist. Zudem fallen Privatversicherte aus dem Raster und werden nicht eingeladen, da die beiden neuen Programme über die gesetzlichen Krankenkassen laufen. Einladungen basierend auf den Daten der Einwohnermeldeämter könnten das, entsprechend dem Mammographie-Screening, verbessern.

JFR: Sie haben in einem interessanten Artikel im deutschen Ärzteblatt zusammen mit Mitarbeitern über die steigende Inzidenz des früh auftretenden kolorektalen Karzinoms (EOCRC) berichtet [1]. Könnten Sie kurz skizzieren, was darunter zu verstehen ist?

SK: Darmkrebs ist eigentlich, wie die meisten Krebserkrankungen, eine Erkrankung des höheren Alters. Jedoch nimmt die Neuerkrankungshäufigkeit bei Personen vor dem 50. Lebensjahr in einigen hochentwickelten Ländern zu. Wir haben die Erkrankungstrends für Personen in Deutschland im Alter von 20 bis 49 Jahren ausgewertet. Dazu haben wir Daten der epidemiologischen Landeskrebsregister verwendet.

JFR: Dieses Thema ist inzwischen auch weltweit auf dem Vormarsch. Beim letzten ASCO GI-Meeting hat es ebenfalls eine große Rolle gespielt. Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Ursachen für diese Entwicklung?

SK: Es ist davon auszugehen, dass es vielfältige Ursachen dafür gibt. Vor allem jedoch ist davon auszugehen, dass das veränderte Ernährungsverhalten, Übergewicht und verringerte körperliche Aktivität diese Entwicklung befördern. Ebenso kann die verbesserte Versorgung von Verwandten ersten

Grades von Darmkrebspatientinnen und Patienten dazu beigetragen haben.

JFR: Wie hoch ist in diesem Kollektiv der Anteil Betroffener mit einer familiären Belastung? Sollte zukünftig für leibliche Nachkommen von Betroffenen dieser Altersgruppe ein vorverlagertes Eintrittsalter in die Früherkennung angestrebt werden?

SK: Die Prävalenz eines vererblichen Anteils scheint bei Personen mit frühauftretendem Darmkrebs deutlich höher zu liegen als bei spät auftretendem Darmkrebs. Es gibt bereits Empfehlungen, dass Verwandte ersten Grades von Personen mit Darmkrebs früher mit dem Screening beginnen. Ganz besonders gilt das für Betroffene mit sehr seltenen genetisch bedingten Syndromen.

JFR: Ein überraschendes Ergebnis ist die Lokalisation des EOCRC. Offensichtlich tritt das frühe kolorektale Karzinom gehäuft in proximalen Abschnitt des Kolons auf. Gibt es dafür bereits Erklärungen? Könnte diese Lokalisation die Früherkennung negativ beeinflussen?

SK: Wir müssen hier vorsichtig sein, da wir in dieser Veröffentlichung vor allem die jährlichen prozentualen Anstiege dargestellt haben. Was mich jedoch auch überrascht hat, ist die Zunahme von Blinddarmkrebs in den jüngeren Altersgruppen. Dies deutet sich so auch in anderen Publikationen an. Das unterstreicht auch die Wichtigkeit einer Koloskopie.

JFR: Wie sieht die Prognose des EOCRC aus?

SK: Daten zum Überleben sind inkonsistent und es gibt noch zu wenig Ergebnisse. Allerdings finden sich bei jüngeren Patientinnen und Patienten häufiger fortgeschrittene Stadien. Dennoch zeigen sich häufiger bessere Prognosen. Wir benötigen hier noch mehr Forschung.

JFR: Die Amerikaner haben das Einstiegsalter in die Darmkrebsfrüherkennung generell von 50 auf 45 Jahre vorverlegt. Ist das ein Weg, den wir auch beschreiten sollten, zumal die Diabetologen gerade für den Diabetes mellitus Typ 2 bereits ein solches Vorziehen des Eintrittsalters fordern?

SK: Grundsätzlich tritt EOCRC in Deutschland weiterhin selten auf. In den USA sind die EOCRC Raten auch bereits deutlich höher. Ich würde hier zunächst für mehr Forschung plädieren und auch für eine bessere Information der Ärztinnen und Ärzte sowie der Bevölkerung, so dass Diagnosen möglichst früh gestellt werden. Ebenfalls wichtig ist das

Wissen über einen gesunden und präventiven Lebensstil gerade auch bei jüngeren Menschen.

JFR: Wie sollte man aus Ihrer Sicht das Thema EOCRC in der Öffentlichkeit kommunizieren, ohne unnötige Ängste zu provozieren?

SK: Aus meiner Sicht sollte hierbei eben genau bei der Prävention angesetzt werden. Damit meine ich vor allem die primäre Prävention, also gesunde Ernährung, sehr viel Bewegung, kein Übergewicht, wenig Alkohol und nicht Rauchen. Vor allem müssen für solche Informations- und Präventionskampagnen zunehmend eben gerade die Jüngeren unter uns auch die Zielgruppe sein.

JFR: Fehl-/Über-Ernährung und Bewegungsmangel stehen im Zentrum der Ursachen. Sind aus Ihrer Sicht vegetarische und vegane Ernährungsformen hilfreich?

SK: Es gibt ausreichend Hinweise, dass der Verzehr von rotem oder prozessiertem Fleisch die Entstehung von Darmkrebs begünstigen kann. Eine deutliche Reduktion des Fleischkonsums halte ich jedenfalls für sehr sinnvoll. Zudem sollte besonders der Verzehr von Gemüse und Obst forciert werden.

JFR: Ernährung und Bewegung sind entscheidende Faktoren nur für die Primärprävention von Darmkrebs, sondern auch vieler anderer Erkrankungen. Was müsste passieren, um für diese gut belegten Erkenntnisse anhaltende positive Resonanz in der Öffentlichkeit zu erzeugen?

SK: Das ist eine sehr gute Frage und schwierig zu beantworten, denn es werden bereits seit langem vielfältige Aufklärungsprogramme lanciert, leider nur mit mäßigem Erfolg. Neben individuellen Verhaltensänderungen wäre aber sicherlich auch eine verbesserte Verhältnisprävention ein sehr wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Ich denke dabei an Möglichkeiten, wie die Verteuerung von sehr süßen und prozessierten Lebensmitteln und eine Verbilligung von gesunden Lebensmitteln, wie Gemüse und Obst, zum Beispiel über die Besteuerung.

JFR: Sie haben in Ihrem Beitrag sich verändernde Prävalenzen von Risiko- und Schutzfaktoren angesprochen. Müssten Konsequenzen daraus nicht bereits im frühkindlichen Lebensalter einsetzen? Unser Projekt an Kitas in der Metropolregion Rhein-Neckar zur frühkindlichen Ernährung hat zumindest gezeigt, dass es in der Tat sinnvoll, erfolgreich und auch nachhaltig sein kann, so früh wie möglich zu beginnen.

SK: Unbedingt, gesunde Ernährungsangebote in Kitas, Mensas und Kantinen wären eine relative einfache Möglichkeit, gesunde Ernährung zu verbreiten. Auch können sicherlich noch deutlich mehr Bestrebungen, gerade auch in Kitas, Schulen und am Arbeitsplatz unternommen werden, um regelmäßige und häufige körperliche Aktivität bei Kindern und Erwachsenen normal werden zu lassen.

JFR: Herzlichen Dank für dieses sehr aufschlussreiche und informative Interview!

Literatur:

[1] Tanaka LF, Hechenbichler Figueroa S, Popova V, Klug SJ, Buttman-Schweiger N. The rising incidence of early-onset colorectal cancer.

Deutsches Ärzteblatt international. 2023; 120:59–64. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0368.