Vormals *Der Gastroenterologe*

Band 18 · Sonderheft 1 · Juni 2023

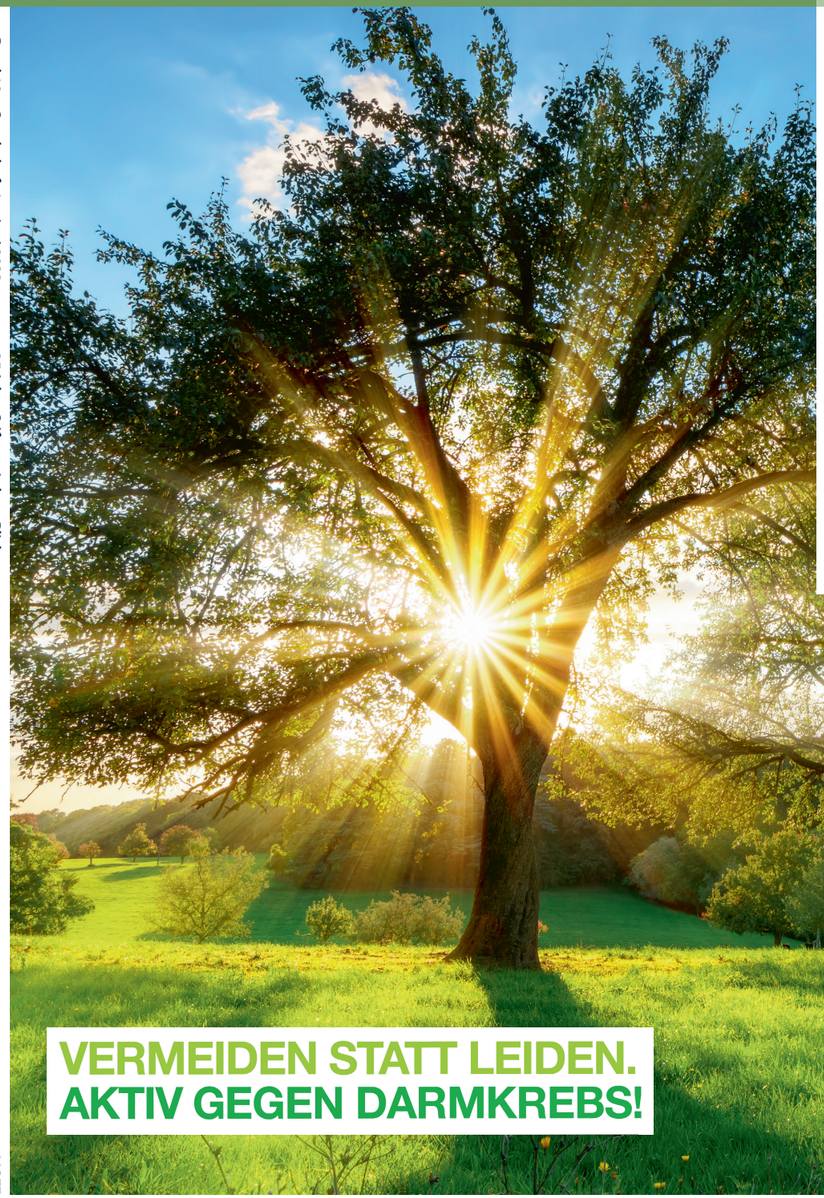
Die Gastroenterologie

Zeitschrift für Gastroenterologie und Hepatologie

Die Gastroenterologie

Band 18 · Sonderheft 1 · Juni 2023

25 Jahre Stiftung LebensBlicke



Zum 25. Jubiläum der Stiftung LebensBlicke

Ausgewählte Interviews rund um das Thema Darmkrebsvorsorge

LebensBlicke
Stiftung Früherkennung Darmkrebs
25 Jahre

11377

www.springermedizin.de

Springer Medizin


LebensBlicke
Stiftung Früherkennung Darmkrebs
Vermeiden statt leiden! Aktiv gegen Darmkrebs!
Helfen und spenden!
DE22 5455 0010 0000 0009 68
www.lebensblicke.de
jaegerfeld.com

Vorwort

S1 **Jubiläumsausgabe zum 25-jährigen Bestehen der Stiftung LebensBlicke**
Jürgen F. Riemann

S2 **Herzliche Glückwünsche zum Jubiläum!**
Heiner Wedemeyer

Interviews

S3 **Ausgewählte Interviews rund um das Thema Darmkrebsvorsorge**

Verschiedenes

Impressum

25 Jahre Stiftung LebensBlicke



© mattjeacock / Getty Images / iStock

Mit großer Freude möchten wir der Stiftung LebensBlicke zum 25-jährigen Bestehen gratulieren! Wir wünschen der Stiftung LebensBlicke weiterhin viel Erfolg bei der Erfüllung ihrer Mission. Wir sind zuversichtlich, dass die wertvolle Arbeit der Stiftung auch in den kommenden Jahren einen positiven Einfluss auf das Leben vieler Menschen haben wird. Alles Gute!

Der Springer Medizin Verlag

Titelbild: © Smileus / Stock.adobe.com

+++ alle Beiträge online lesen unter www.springermedizin.de/die-gastroenterologie +++

Organ der/des

In Zusammenarbeit mit

Schriftleitung

Prof. Dr. Michael Fried, Universitätsspital Zürich

Prof. Dr. Christian Trautwein, Universitätsklinikum Aachen

Prof. Dr. Stefan Zeuzem, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Herausgeberinnen und Herausgeber

Prof. Dr. Alexander Arlt, Oldenburg
Prof. Dr. Ali Canbay, Bochum
Prof. Dr. Alexander Dechêne, Nürnberg
Prof. Dr. Ulrike W. Denzer, Marburg
PD Dr. Axel Eickhoff, Hanau
Prof. Dr. Guido Gerken, Velbert
Prof. Dr. Ralf Jakobs, Ludwigshafen
Prof. Dr. Bernd Kohler, Hirschberg
Prof. Dr. Joachim Labenz, Siegen
Prof. Dr. Martina Müller-Schilling, Regensburg
Prof. Dr. Andrea Riphaus, Frankfurt am Main
Prof. Dr. Roland M. Schmid, München
Prof. Dr. Frank Schmitz, Braunschweig
Prof. Dr. Hans-Joachim Schulz, Berlin

Für die Rubriken

CME Zertifizierte Fortbildung
Prof. Dr. Ali Canbay, Bochum
Prof. Dr. Guido Gerken, Velbert
Prof. Dr. Martina Müller-Schilling, Regensburg
Prof. Dr. Roland M. Schmid, München
Prof. Dr. Hans-Joachim Schulz, Berlin

Bild und Fall
Prof. Dr. Alexander Dechêne, Nürnberg
Prof. Dr. Bernd Kohler, Hirschberg
Prof. Dr. Andrea Riphaus, Frankfurt am Main

Neue Techniken
Prof. Dr. Ulrike W. Denzer, Marburg
PD Dr. Axel Eickhoff, Hanau

Mitteilungen

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.
Prof. Dr. Sebastian M. Schellong, Dresden
Prof. Dr. Georg Ertl, Würzburg

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e. V.
Christine Neumann-Grutzeck, Wiesbaden

Mitteldeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie
Dr. Thomas Gottstein, Magdeburg

Gastroenterologische Arbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz/ Saarland (GARPS)
Prof. Dr. Peter R. Galle, Mainz
Prof. Dr. Ralf Jakobs, Ludwigshafen
Prof. Dr. Marcin Krawczyk, Homburg/Saar

Gesellschaft für Gastroenterologie in Nordrhein-Westfalen e. V.
Prof. Dr. Guido Gerken, Velbert

Norddeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie e. V.
Prof. Dr. Max Reinshagen, Braunschweig

Verein Netzwerk gegen Darmkrebs e. V.
Dr. Berndt Birkner, München
Thomas Koenen, München

Stiftung LebensBlicke
Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, Ludwigshafen

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. J. Albert, Stuttgart
Prof. Dr. G. Baretton, Dresden
Prof. Dr. P. Bauerfeind, Zürich
Prof. Dr. U. Beuers, Amsterdam
Prof. Dr. C. Bruns, Köln
Prof. Dr. M. W. Büchler, Heidelberg
Prof. Dr. V. Ellenrieder, Göttingen
Prof. Dr. W. Fischbach, Aschaffenburg
Prof. Dr. M. Friedrich-Rust, Frankfurt
Prof. Dr. I. Gockel, Leipzig
Prof. Dr. D. Häussinger, Düsseldorf
Prof. Dr. G. A. Kullak-Ublick, Zürich
Prof. Dr. F. Lammert, Homburg/Saar
Prof. Dr. H. Lang, Mainz
Prof. Dr. T. Lauenstein, Essen
Prof. Dr. P. Layer, Hamburg
Prof. Dr. A. May, Wiesbaden
Prof. Dr. E. A. Mayer, Los Angeles
Prof. Dr. P. Michl, Halle
Prof. Dr. M. F. Neurath, Erlangen
Prof. Dr. J. Pratschke, Berlin
Prof. Dr. G. Rogler, Zürich
Prof. Dr. R. Schöfl, Linz
Prof. Dr. A. G. Schreyer, Regensburg
Prof. Dr. T. Seufferlein, Ulm
Prof. Dr. B. Siegmund, Berlin
Prof. Dr. A. Stallmach, Jena
Prof. Dr. C. Strassburg, Bonn
Prof. Dr. W. Stremmel, Heidelberg
Prof. Dr. A. Tannapfel, Bochum
Prof. Dr. H. Tilg, Hall/Tirol
Dr. M. Trauner, Wien
Prof. Dr. W. Weichert, München

Gründungs- und Ehrenherausgeber

Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, Ludwigshafen

Jubiläumsausgabe zum 25-jährigen Bestehen der Stiftung LebensBlicke



© privat

▲ Prof. Dr. J. F. Riemann

25 Jahre sind eine lange Zeit, und doch sind sie so schnell verflogen. In diesem Vierteljahrhundert hat sich für die Darmkrebsfrüherkennung so manches zum Besseren bewegt. Die Stiftung LebensBlicke darf dankbar und stolz darauf sein, dass sie an wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen mitwirken konnte. Der Paradigmenwechsel vom opportunistischen Darmkrebs-Screening hin zu einem organisierten Einladungsverfahren war ein solcher Meilenstein. Die stetige und kontinuierliche Arbeit hat ein bundesweites Netzwerk entstehen lassen, das sich bewährt hat. Forderungen stellen und Briefe schreiben sind das eine, persönliche Gespräche führen und auf Augenhöhe mit Entscheidern zu diskutieren das andere. Wir nehmen daher dieses Jubiläum zum Anlass, nicht nur zurückzublicken und Dank zu sagen, sondern auch vorauszuschauen. Trotz vieler Fortschritte gibt es leider immer noch zu viele Darmkrebsneuerkrankungen und Sterbefälle pro Jahr. Deshalb dürfen wir nicht die Hände in den Schoß legen. Wir haben als Stiftung schon Ideen und werden Vorschläge machen, was besser werden kann und wie man zum Wohle der Menschen, denen das Risiko einer Darmkrebserkrankung bevorsteht, noch besser helfen kann. Drei Themen sind wichtig, denen die Stiftung sich vermehrt zuwenden muss: Einführung der Digitalisierung auch in die Darmkrebsvorsorge, Heben des Datenschatzes im Gesundheitssystem bei Schutz der individuellen Sphäre und die Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Letzteres ist eine Mammutaufgabe, die nur gesamtgesellschaftlich erfolgreich sein wird. Wenn es gelingt, in den nächsten Jahren auf den drei genannten Feldern weitere Fortschritte zu erzielen, dann werden wir auch deutlich erleben, dass sich die Neuerkrankungsrate am heimtückischen Darmkrebs weiter senken lässt. In diesem Sinne wünsche ich der Stiftung LebensBlicke und seinem gesamten Team weiterhin Freude am Gestaltungswillen, neue Ideen und eine erfolgreiche, nachhaltige Arbeit und allen Interessierten viel Freude und Wissensgewinn beim Lesen der Interviews.

Prof. Dr. Jürgen F. Riemann
Vorstandsvorsitzender

Gastroenterologie 2023 · 18 (Suppl 1):S1–S2
https://doi.org/10.1007/s11377-023-00699-y
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023

Stiftung LebensBlicke – Früherkennung Darmkrebs

LebensBlicke
Stiftung Früherkennung Darmkrebs
25 Jahre

Die Stiftung LebensBlicke setzt sich seit 1998 für eine umfassende und seriöse Information der Öffentlichkeit über Möglichkeiten der Darmkrebsvorsorge und -Früherkennung ebenso ein wie für die Motivation zur Teilnahme an den derzeit angebotenen Maßnahmen. Neben der Primär- und Sekundärprävention zählt auch die Tertiärprävention zum Aufgabenbereich. Leben mit und nach Krebs betrifft viele Menschen, die eine Krebserkrankung überstanden haben und weiterer Zuwendung bedürfen. Zielgruppen der Stiftung sind in erster Linie die Bevölkerung, aber auch Ärzte, Unternehmen, Fachverbände, Gesundheitseinrichtungen und die Industrie. Das seit 2002 geltende opportunistische Darmkrebs-Screening ist 2019 durch das neue Krebsfrüherkennungs-Registergesetz (KFRG) abgelöst worden. Das bundesweite Einladungsverfahren bietet damit den Anspruchsberechtigten ein deutlich verbessertes Darmkrebsvorsorge-Angebot. Vorausgegangen war bereits 2017 die Einführung des schon lange geforderten immunologischen Stuhltests in die gesetzliche Krankenversicherung. Die Stiftung hat durch ihren Vorstandsvorsitzenden, Professor Dr. Jürgen F. Riemann, im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung und in verschiedenen Gremien im gesundheitspolitischen Diskurs mit Entscheidungsträgern an den Grundlagen dieser Gesetzgebung entscheidend mitgewirkt.
Die Stiftung LebensBlicke ist gemeinnützig. Sie arbeitet bundesweit und finanziert sich ausschließlich über Spenden und Zustiftungen. Neben der Öffentlichkeitsarbeit für die Bevölkerung in Form von Print- und elektronischen Medien, Broschüren, Publikationen und bundesweiten Aktionen über ein Netz von Regionalbeauftragten initiiert die Stiftung wissenschaftliche Studien, übernimmt Schirmherrschaften, führt Seminare und Symposien durch und motiviert Ärzte zur Fortbildung. Ein weiteres Ziel der Stiftung ist die Förderung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge.

Weitere Informationen unter www.lebensblicke.de.

Scan me

Spendenkonto:
Sparkasse Vorderpfalz
IBAN DE22 5455 0010 0000 0009 68, BIC LUHSDE6AXXX

Herzliche Glückwünsche zum Jubiläum!

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Freunde der Stiftung LebensBlicke,



© GastroMHH

▲ Prof. Dr. med. Heiner Wedemeyer

ich freue mich sehr, Ihnen im Namen unser Fachgesellschaft DGVS die herzlichsten Glückwünsche zum 25-jährigen Bestehen der Stiftung LebensBlicke übermitteln zu dürfen.

Seit einem Vierteljahrhundert setzt sich die Stiftung LebensBlicke unermüdlich für die Darmkrebsvorsorge in Deutschland ein. Angesichts der Tatsache, dass Darmkrebs leider nach wie vor eine der häufigsten Krebsarten in Deutschland ist und jährlich tausende von Leben kostet, ist Ihre Arbeit von unschätzbarem Wert. Wir können aber feststellen, dass die Darmkrebsvorsorge in Deutschland eine einmalige Erfolgsstory ist. Die Stiftung LebensBlicke hat einen großen Anteil daran, dass die Sterblichkeit durch Darmkrebs in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern gesunken ist.

Das Thema Darmkrebs und die Möglichkeit der Vorsorge ist kein Tabuthema mehr. In allen gesellschaftlichen Schichten sind Vorsorgemaßnahmen akzeptiert. Entscheidend ist aber auch, dass dieser Erfolg „messbar" ist und alle Maßnahmen immer wissenschaftlich begleitet wurden und werden. Vorangetrieben, getragen und ermöglicht wurden diese Erfolge durch eine Vielzahl an Fachexpert*innen und Unterstützende aus allen Bereichen des öffentlichen Lebens. Hervorzuheben und keinesfalls selbstverständlich ist, dass Fachgesellschaften, Berufsverbände und Stiftungen an einem Strang ziehen und für das gemeinsame Ziel sich kontinuierlich einsetzen. Ich möchte mich daher ganz besonders für das Engagement und die Leidenschaft der Protagonisten der Stiftung LebensBlicke bedanken.



Ich wünsche der Stiftung LebensBlicke für die Zukunft alles Gute und weiterhin viel Erfolg bei Ihrer wichtigen Arbeit. Ihre Arbeit ist erfolgreich aber keinesfalls abgeschlossen!

Herzliche Glückwünsche zum Jubiläum!

Prof. Dr. med. Heiner Wedemeyer
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie-, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten



25 Jahre Stiftung Lebens-Blicke – Rückblick und Ausblick

Interview mit Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke



© Sabine Kast

▲ Prof. Dr. Jürgen F. Riemann

Die Projektleiterin des Gesundheitsnetzwerks Leben der Audi BKK, Helga Friehe (**HF**), im Gespräch mit Professor Dr. J. F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung Lebens-Blicke, zum 25-jährigen Bestehen der Stiftung LebensBlicke. Das Gesundheitsnetzwerk und die Stiftung arbeiten gemeinsam daran, rund um Berufstätigkeit und Arbeitswelt Nachhaltigkeit zu gewährleisten, Bürokratie abzubauen und Zusammenhalt zu stärken.

HF: *Lieber Herr Prof. Riemann, es ist mir eine große Ehre und eine Herzenssache, mit Ihnen dieses Interview zum 25-jährigen Bestehen der Stiftung LebensBlicke führen zu dürfen. Wie viel Mut, Kraft, Geduld und Durchsetzungsvermögen gehören dazu, um dem Darmkrebs die Stirn zu bieten und dabei niemals aufzugeben? Woher nehmen Sie diese unermüdliche Energie?*
JFR: Darmkrebs braucht sehr lange um zu entstehen, da er über gutartige Vorstufen wächst. Das zu verinnerlichen war für mich die entscheidende Erkenntnis, dieser heimtückischen Erkrankung die Stirn bieten zu können. Besonders beeindruckt hat mich die effektive öffentliche Herangehensweise der Amerikaner, das Thema Darmkrebs aus der Tabuzone zu holen. Es war schwierig, ähnliches in Deutschland zu erreichen. Viele Meinungsbildner haben zwar immer die grundsätzliche Erkenntnis geteilt, man müsse was tun. Vorschläge wurden aber häufig viel zu lange diskutiert, verworfen und wieder neu aufgelegt. Ich habe gelernt, dass steter Druck, das Nichtnachlassen in seiner Überzeugung und resilient in der Sache zu sein, Grundvoraussetzungen für den notwendigen langen Atem sind. Unabhängig davon machen konsequente Netzwerke einen entscheidenden Teil dieser Energie aus!

HF: *Gern möchte ich mit Ihnen gemeinsam auf die Anfänge Ihrer Stiftungsarbeit und die letzten 25 Jahre zurückblicken. Was waren die größten Meilensteine, die Sie bewegen konnten?*
JFR: Gesundheitspolitisch extrem wichtig war in 2002 die Einführung eines opportunistischen Darmkrebs-Screenings, bestehend aus einem Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl sowie der Darmspiegelung. Das war in Europa revolutionär und wurde lange in keinem anderen Land so gemacht. Der zweite Meilenstein war, von 2008 bis 2012 unsere Mitwirkung im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung, wo wir die Weichen stellen konnten zu einem organisierten Einladungsverfahren, das 2019 tatsächlich in die Regelversorgung eingeführt wurde. Der Erfolg kann sich sehen lassen: in 20 Jahren Vorsorgekoloskopie konnten die Neuerkrankungsraten wie auch Sterblichkeit signifikant gesenkt werden. Ein dritter Meilenstein war und ist unsere digitale Expertise mit Internet sowie diversen sozialen Medien, die uns eine über die Jahre steigende große Zahl von Followern und Usern beschert hat.

HF: *Es ist Ihnen in den vielen Jahren gelungen, Unterstützerinnen und Unterstützer aus allen Bereichen wie: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, Gewerkschaft, Kostenträger, Sport und wunderbare Künstlerinnen und Künstler zu gewinnen. Wie viele Personen sind es inzwischen schon?*
JFR: Das ist ein besonders schöner Erfolg unserer Arbeit. Wir haben eine große Zahl von Persönlichkeiten aus vielen Bereichen des öffentlichen Lebens, inzwischen bereits 158, erfolgreich ansprechen können, die sich als Befürworterinnen und Befürworter hinter die Aktionen der Stiftung LebensBlicke gestellt haben. Sie sind Vorbilder für Menschen bei ihrere Entscheidung zur Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge. Dass hochrangige Personen aus dem Bereich der Kostenträger in unseren Gremien mitwirken, erfüllt uns mit ganz besonderer Befriedigung.

HF: *Was war dabei Ihr schönstes Erlebnis?*
JFR: Dass wir den damaligen Tagesthemen-Moderator Tom Buhrow als Befürworter gewinnen konnten. Er hat nicht nur ein großartiges Statement pro Darmkrebsvorsorge abgegeben, sondern war auch immer wieder Ideengeber für Aktionen der Stiftung, so zusammen mit Dagmar Berghoff bei einem wunderbaren Benefiz-Golfturnier in Neustadt an der Weinstraße, das ein ganz besonderes Erlebnis war. Tom Buhrow war auch nach seinem Wechsel in die ARD Spitze immer für uns da wird auch jetzt bei unserem 25-jährigen Jubiläum die Festrede halten.

HF: *Wir feiern heute Ihre „Silberhochzeit" mit der Stiftung LebensBlicke. Was liegt Ihnen heute ganz besonders am Herzen?*
JFR: Wir haben viel erreichen können, dank des großartigen Einsatzes vieler Menschen im Umfeld der Stiftung LebensBlicke. Wir haben für viele Menschen dazu beitragen können, dass ihnen viel Leid erspart geblieben ist. Wir haben dazu beitragen können, dass Darmkrebs kein Tabuthema mehr ist, dass man offen darüber sprechen kann. Dennoch: die Neuerkrankungsraten sind nach wie vor ebenso wie die Zahl der Todesfälle gemessen an unseren Möglichkeiten noch zu hoch. Da bleibt noch viel zu tun. Hier wird uns der Weg in die Digitalisierung weiterhelfen; wir brauchen IT-affine Lösungen für Menschen, die sich IT immer mehr bedienen. Wir wissen, dass die telemedizinische Betreuung eine weitere Möglichkeit sein kann, auch Menschen außerhalb von Großstädten besser zu erreichen. Also: es muss und es wird weitergehen!

HF: *Gern möchten wir auch einen Ausblick in die Zukunft wagen. Gibt es ein Ziel, dass Sie gern erreichen möchten?*
JFR: Die Bundesregierung hat sich unter anderem auch die Prävention auf ihre Fahnen geschrieben. Hier darf es nicht nur bei Erklärungen und Worthülsen bleiben, hier müssen Taten folgen. Es

muss gelingen, das deutsche Gesundheitssystem von einem Reparatur-System hin zu mehr Prävention zu entwickeln. Das in Heidelberg geplante Nationale Krebspräventions-Zentrum kann dazu ein wichtiger Pfeiler werden. Auch in Deutschland müssen wissenschaftliche Grundlagenforschung auf der einen, hochrangige Versorgungsforschung auf der anderen Seite ein Paradebeispiel erfolgreicher Präventionsmedizin werden. Die Stiftung LebensBlicke unterstützt ja bereits die Nationale Dekade gegen Krebs und wird auch das geplante Nationale Krebspräventions-Zentrum begleiten.
HF: Herzlichen Dank für dieses ganz besondere Interview. Ich wünsche Ihnen weiterhin alles Gute und freue mich darauf noch viele Jahre mit Ihnen gemeinsam wirken zu dürfen zum Wohle der Menschen in allen Regionen. Mögen die Gesundheit und das Glück unsere Wegbegleiter sein.

Präventive Onkologie

Interview mit Prof. Dr. Michael Baumann, Vorstandsvorsitzender und wissenschaftlicher Stiftungsvorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg



© dkfz

▲ Prof. Dr. Michael Baumann

Zur Person: Prof. Dr. Michael Baumann ist seit 2016 Vorstandsvorsitzender und wissenschaftlicher Stiftungsvorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg. Baumann war zuvor Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus in Dresden sowie Direktor des Instituts für Radioonkologie des Helmholtz-Zentrums in Dresden-Rossendorf sowie des OncoRay Zentrums. Biologische Tumoreigenschaften bei der individualisierten Hochpräzisionsstrahlentherapie zu berücksichtigen, ist einer der wichtigsten Schwerpunkte von Michael Baumanns translationaler Forschung.

Die Bereitschaft von Menschen, an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, ist nach wie vor nicht sehr ausgeprägt. Das liegt möglicherweise an der für den Laien häufig unübersichtlichen Informationsflut und an fehlender persönlicher Ansprache, aber vielleicht auch an Methoden, die zur Verfügung stehen. Der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**) sprach mit Prof. Dr. Michael Baumann (**MB**) im Rahmen des Themas „Präventive Onkologie" zu Fragen der Darmkrebsprävention.

JFR: *Die Darmkrebsprävention hat in den letzten Jahren durchaus Fortschritte erzielt. Mit neuen Stuhltesten und einem geänderten Gesetzgebungsverfahren könnte eigentlich erreicht werden, dass die Inanspruchnahme der Menschen besser wird. Dennoch sind Zweifel angebracht. Ist aus ihrer Sicht der immunologische Stuhltest bei allen Vorteilen wirklich ein Schlüssel zu einer verbesserten Darmkrebsprävention? Sind blutbasierte Tests die Zukunft?*
MB: Wir haben mit dem immunologischen Stuhltest eine stark verbesserte Untersuchungsmethode, die dem zuvor angebotenen Guaiak-basierten Stuhltest deutlich überlegen ist beim Aufspüren von fortgeschrittenen Adenomen und Karzinomen im Darm. Immunologische Stuhltests haben den Vorteil, dass sie im Rahmen eines Screenings ohne großen Aufwand und ohne Eingriff zuhause durchgeführt werden können. Beispiele aus anderen Ländern wie Holland zeigen, dass die organisierte Durchführung eines Screening Programms allein mit immunologischen Stuhltests Teilnahmeraten mehr als 60 % in der Zielgruppe erreichen.

Das zeugt von einer hohen Akzeptanz dieser Tests und könnte bei entsprechender Umsetzung auch in Deutschland die Teilnahmeraten am Screening deutlich verbessern. Die derzeitige intensive Forschung an blutbasierten Tests könnte in nicht allzu entfernter Zukunft womöglich vergleichbare oder noch bessere Erkennungsraten liefern. Derzeit gibt es jedoch unter den nicht- bzw. minimalinvasiven Stuhl und Blut-Tests keine Alternative zum immunologischen Stuhltest.

JFR: *Ist die Vorsorgekoloskopie, deren Erfolge unbestritten sind, tatsächlich ein Ziel, das wir für immer mehr Vorsorgeberechtigte anstreben sollten, wissend, dass nur ca. 8–10 % wirklich gefährdet sind? Wäre da nicht eine Risikostratifizierung sinnvoller?*
MB: Obwohl in Deutschland derzeit allen Personen ab dem Alter von 55 Jahren unabhängig von ihrem Darmkrebsrisiko eine Vorsorgekoloskopie angeboten wird und diese Untersuchung im Vergleich zum immunologischen Stuhltest deutlich teurer ist, wird dieses Angebot in Studien übereinstimmend als kosteneffektiv bewertet. Dennoch: Anstatt alle Vorsorgeberechtigten zu screenen, wäre ein Angebot entsprechend des Erkrankungsrisikos eine höchst wünschenswerte Weiterentwicklung sowohl für die Bevölkerung als auch für unser Gesundheitssystem.

Ein Beispiel für eine einfache Version der Risikostratifizierung wäre, Personen mit Darmkrebs in der Familie bereits im Alter von 40 Jahren eine Darmspiegelung anzubieten. Darüber hinaus erkranken Männer früher an Darmkrebs als Frauen, daher wäre es durchaus schlüssig, Männern die Vorsorgeangebote früher als Frauen anzubieten. Aktuell gibt es Hinweise aus Arbeiten des DKFZ, dass eine Stratifizierung anhand von genetischen Risikoprofilen vielversprechend und aufschlussreich sein könnte.

JFR: *Präzisionsmedizin ist derzeit ein viel diskutiertes Schlagwort. Könnte es auch auf die Prävention von Darmkrebs übertragbar sein? Forscher haben z. B. jüngst für die Colitis ulcerosa ein Panel von methylierten MicroRNA Biomarkern als Risikofaktoren für das Colitis Carcinom identifiziert. Welche weiteren Marker eignen sich in Zukunft besonders, mit denen die Grundlagenforschung sich beschäftigen sollte?*
MB: Früherkennungsmarker für Darmkrebs werden derzeit auf allen „Omics"-Ebenen intensiv erforscht. MicroRNAs könnten sich dabei als geeignet erweisen, aber es ist derzeit schwer vorherzusagen, welche Biomarker letztendlich einen Durchbruch erlangen könnten.

JFR: *Wir Induzieren derzeit auf Grund der Adenomdetektionsrate als Qualitätsparameter für die Koloskopie eine Überversorgung mit wahrscheinlich vielfach unnötiger Nachsorge von harmlosen kleinen Polypen. Könnte die Aufklärung molekularer Signaturen von Adenomen und damit eine Zuordnung zur möglichen Karzinomentwicklung durch Pathologen in Zukunft eine Rolle spielen?*
MB: Das Wissen um die molekulare Karzinogenese von Polypen birgt ein großes Potenzial zur Unterscheidung von gefährlichen und harmlosen Vorstufen. Die Erforschung von molekularen Signaturen kann hier in der Tat entscheidende Informationen liefern. Aufgrund der Heterogenität der molekularen Signaturen benötigen wir hierfür sauber durchgeführte Studien mit ausreichenden Fallzahlen.

JFR: *Ist die „optische Biopsie" durch den Endoskopiker eine realistische Option?*
MB: Computergestützte Assistenzsysteme, die während der Koloskopie mit Hilfe von künstlicher Intelligenz eine direkte Einschätzung von Schleimhautveränderungen ermöglichen, sind eine hochinteressante Entwicklung zur Verbesserung der Koloskopie Qualität. Damit könnte erreicht werden, dass die Zahl der übersehenen gefährlichen Vorstufen weiter minimiert wird. Jedoch muss die Leistungsfähigkeit solcher Systeme noch ausreichend untersucht werden, bevor sie für die breite Anwendung außerhalb klinischer Studien empfohlen werden können.

JFR: *Wird die „liquid biopsy", die ja heute schon Fortschritte in der Tumordetektion erkennen lässt, in Zukunft auch in der Prävention Bedeutung bekommen?*
MB: Zwar ist der Nutzen der „liquid biopsy" für die Prävention von Krebs noch nicht nachgewiesen. Die intensive Forschung an diesem Thema liefert jedoch wichtige Erkenntnisse über die Freisetzung von Tumor-Material in das Blut. Es ist daher zu erhoffen, dass es in Zukunft möglich sein wird, insbesondere kleine Tumoren mit Hilfe der „liquid biopsy" besser und früher zu erkennen. Weltweit sind aber noch große Anstrengungen erforderlich, um diese Verfahren zu optimieren und in klinischen Studien zu prüfen.

JFR: *Welche Rolle werden „Big Data" für die Prävention spielen?*
MB: Um etwa die komplexen Zusammenhänge zwischen genetischen Markern und Lebensstilfaktoren zu verstehen („Gen-Umwelt-Interaktionen"), müssen die Daten von sehr großen Personengruppen analysiert werden, teilweise geht es dabei um mehrere 100.000 Studienteilnehmer.

Die Ergebnisse solcher Untersuchungen liefern Hinweise darauf, ob sich ein bestimmter Lebensstilfaktor bei bestimmten Personengruppen aufgrund ihres genetischen Risikoprofils besonders positiv oder negativ auf das Krebsrisiko auswirkt. Insofern könnte „Big Data" auch für Krebsprävention wichtige Informationen liefern, indem unser Wissen über Risikoreduktion und verbesserte Prävention erweitert wird.

JFR: *Umweltfaktoren spielen sicher eine gewichtige Rolle in der Krebsentstehung. Wie sicher sind die Ernährungsgewohnheiten des Menschen auf den Zusammenhang mit der Dickdarmkrebsentstehung? Gibt es ethnische Einflüsse?*
MB: Der World Cancer Research Fund (WCRF) bewertet regelmäßig die Evidenz aller relevanten Risikofaktoren für verschiedene Krebsarten. Laut WCRF-Angaben fördert verarbeitetes rotes Fleisch mit überzeugender Evidenz Darmkrebs, ebenso Alkohol und Adipositas. Als „wahrscheinlich darmkrebsfördernd" (2. Evidenzklasse) gilt unverarbeitetes rotes Fleisch. Körperliche Aktivität schützt überzeugend vor Darmkrebs, wahrscheinlichen Schutz bieten Ballaststoffe, Milchprodukte und Kalziumsupplemente.

Eine Publikation aus dem Jahr 2011 hat auch einen Einfluss der ethnischen Abstammung auf das Darmkrebsrisiko nachgewiesen. Beispielsweise haben schwarze US-Amerikaner ein höheres Darmkrebsrisiko als ihre weißen Landsleute. Bildung und sozioökonomischer Status sowie weitere Unterschiede bezüglich der Risikofakto-

ren für Darmkrebs und der Inanspruchnahme der Vorsorge spielen hierbei eine große Rolle.

JFR: *Werden medikamentöse Strategien in der Prävention eine Rolle spielen, z. B. ASS, Vitamin D, Calcium oder andere?*
MB: Einen solchen Ansatz gibt es schon: In den USA ist heute bereits ein NSAR, der COX-II-Hemmer Celecoxib, zur vorbeugenden Behandlung von Patienten mit Familiärer Adenomatösen Polyposis (FAP) zugelassen, die ein sehr hohes Darmkrebsrisiko haben.

Zahlreiche Beobachtungsstudien zeigen übereinstimmend, dass Aspirin bei Langzeiteinnahme das Darmkrebsrisiko um ca. 30 % senken kann, auch in niedriger Dosierung. Interventionsstudien zum Einsatz von niedrigdosiertem ASS in der Darmkrebsprävention der allgemeinen Bevölkerung laufen noch, bislang sind die Ergebnisse dazu gewissermaßen ein „Nebenprodukt" der Herz-Kreislaufforschung.

Die derzeitigen Hinweise auf einen möglichen präventiven Effekt von Vitamin D beruhen bislang auf Beobachtungsstudien. Zum Ende des Jahres werden die Ergebnisse einer großen US-amerikanischen Interventionsstudie erwartet, die den Einfluss von Vitamin D auf das Brustkrebs-, Darmkrebs- und Prostatakrebsrisiko untersucht. Dann lassen sich hierzu besser fundierte Angaben machen.

JFR: *Ist eine stratifizierte Prävention der Trend der Zukunft?*
MB: Eine Risikostratifizierung wäre insbesondere wünschenswert, wo es um aufwändige oder invasive Screening Untersuchungen geht. Beispielsweise wäre es hilfreich, individuelle Empfehlungen für einen Start der Darmkrebs-Früherkennung geben zu können. Auf diese Weise ließen sich sowohl viele unnötige Darmkrebserkrankungen bei jüngeren Menschen mit hohem Risiko als auch viele unnötig frühe Vorsorgeuntersuchungen bei jüngeren Menschen mit niedrigem Erkrankungsrisiko vermeiden. Jedoch müssen die entsprechenden Forschungsansätze zunächst noch an größeren Patientengruppen validiert werden. Wir sind hier noch weit von einer Aufnahme in das Krebsfrüherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherungen entfernt. Erste wünschenswerte Entwicklungen in diese Richtung wären die speziellen Vorsorgeangebote für Menschen mit Darmkrebs in der Familie und für Männer.

JFR: *Besteht die Aussicht, einmal gegen Darmkrebs impfen zu können?*
MB: Von einer Impfung gegen Darmkrebs sind wir noch weit entfernt. Für eine bestimmte Form von Darmkrebs, die sogenannten Mikrosatelliten-instabilen Tumoren, haben Wissenschaftler, unter anderem auch im DKFZ, ein Impfkonzept entwickelt. Das betrifft eine Form des erblichen Darmkrebses, das hereditäre nicht-polypöse Kolonkarzinom, sowie auch etwa 15 % der sporadisch auftretenden Fälle von Darmkrebs und einige andere Tumorarten.

Die Impfung beruht auf der Grundlage, dass die MSI-Tumoren stark veränderte Eiweiße produzieren, die Immunreaktionen hervorrufen. Daher haben Patienten mit MSI-mutierten Tumoren auch oft bessere Überlebensraten. Die Wissenschaftler um Magnus von Knebel Doeberitz und Matthias Kloor konnten T-Zellen gegen den Krebs aktivieren. Eine klinische Phase I-Studien bestätigte die immunologische Wirksamkeit des Ansatzes. Die Wissenschaftler bemühen sich gerade intensiv um einen Finanzierung einer Phase II-Studie, um auch die klinische Wirksamkeit der Impfung zu prüfen.

JFR: *Sie haben kürzlich eine hervorragende internationale Konferenz zum Thema „Preventive Oncology" organisiert, auf der die Herausforderungen an die Krebsprävention und Früherkennung von hochkarätigen Wissenschaftlern diskutiert worden sind. Was ist Ihr Fazit?*
MB: Seit seiner Gründung ist die Krebsprävention Teil des Auftrags und der Mission des DKFZ. Dafür steht als herausragendes Beispiel die Arbeit von Harald zur Hausen, dem Wegbereiter der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Mit der 1997 gegründeten Stabsstelle Krebsprävention hat das DKFZ schon früh eine Vorreiterrolle in der Krebsprävention eingenommen. Auch mit der epidemiologischen Forschung am DKFZ tragen wir viel zur Weiterentwicklung der Prävention bei: So liefert etwa die Abteilung um Hermann Brenner weltweit vielbeachtete Resultate zur Darmkrebsprävention, die Abteilung von Rudolf Kaaks relevante Daten zu Krebsrisikofaktoren.

Bei der Konferenz haben wir nun die internationale Forschungscommunity auf diesem Bereich zusammengebracht, um über neue Ergebnisse und zukünftige Strategien zu diskutieren, beispielsweise über die Möglichkeiten der personalisierten Prävention und Früherkennung. Mit Sicherheit werde wir eine solche Tagung in absehbarer Zukunft wiederholen, weil wir uns starke Impulse von diesem hochkarätigen internationalen Treffen erwarten – sowohl für uns als auch für die Präventionsforschung insgesamt.

Herzlichen Dank für dieses interessante und sehr aufschlussreiche Interview.

Krebsprävention und Medien

Interview mit WDR-Intendant Tom Buhrow



© WDR-Annika Fußwinkel

▲ Tom Buhrow

Zur Person: Tom Buhrow ist seit 2013 Intendant des Westdeutschen Rundfunks. Von 2006 bis zu seiner Wahl moderierte er in der Nachfolge von Ulrich Wickert die Tagesthemen. Nach dem Abitur arbeitete er zunächst in der Lokalredaktion Siegburg des Bonner General Anzeigers und studierte an der Universität Bonn Geschichte, Politikwissenschaften und Rheinische Landeskunde. Als Fernsehkorrespondent in den ARD-Studios Washington und Paris, deren Leiter er auch war, ist er bereits einem breiten Publikum bekannt geworden. Mit Tom Buhrow (**TB**) sprach Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**), Vorsitzender des Kuratoriums der Deutschen Krebsstiftung und Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

JFR: *Sie sind seit Jahren Schirmherr der Deutschen Krebsstiftung. Was hat Sie seinerzeit bewogen, ein solches Ehrenamt anzunehmen?*
TB: Eine Kombination aus zwei Faktoren: Einmal, dass mich sehr inspirierende, seriöse Menschen angesprochen haben. Hier möchte ich vor allem Sie nennen, Herr Prof. Riemann. Zweiter Faktor, ich habe den Eindruck gewonnen, dass die Deutsche Krebsstiftung nicht eine von vielen „Charity"-Einrichtungen ist.

Die Deutsche Krebsstiftung ist vielmehr ein Hort des geballten onkologischen Sachverstands.

JFR: *Was bedeutet für Sie Prävention?*
TB: Mit allen Themen besonnen und ohne Angst umzugehen, das ist für mich Prävention. Faktisch ist es der unbefangene und konstruktive Umgang mit dem Thema.

JFR: *Wie können Medien dazu beitragen, Menschen für Fragen der Prävention nicht nur zu interessieren, sondern sie auch zum Mitmachen zu motivieren?*
TB: Wir Menschen sind Ru delwesen. Je mehr wir sehen und spüren, dass wir nicht alleine sind und dass sich viele ebenso verhalten, desto mehr Menschen machen mit. Das gilt im Guten wie im Schlechten. Dieser Zusammenhang ist wichtig für die Wirkung von Medien, speziell von Massenmedien. Entsprechend sollte die Normalität der Vorsorge auch in den Medien herausgestellt werden.

JFR: *Die Deutsche Krebsstiftung betreut unter anderen das HPV-Projekt. Im Zentrum steht die Botschaft: Impfen schützt vor Krebs! Was glauben Sie, hindert Menschen bei einer so klaren Botschaft daran, an der Impfung teil- zunehmen?*
TB: Wir haben manchmal ein seltsames Verhältnis zum Fortschritt. Das liegt an der Tradition der Romantik. Die Vorstellung einer Natur ohne menschliche Eingriffe. Wir sehen ja auch, dass bei Impfungen die Skepsis zunimmt. Das ist bedauerlich und gefährlich.

JFR: *Wie sollte die Deutsche Krebsstiftung die Botschaft für die Impfung in der Öffentlichkeit formulieren und aufbereiten, um Gegnern, die es immer gibt und auch geben wird, den Wind aus den Segeln zu nehmen?*
TB: Hier zitiere ich Helmut Markwort: „Fakten, Fakten, Fakten".

JFR: *Die Stiftung LebensBlicke setzt sich seit 20 Jahren für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Darmkrebs, einer der häufigsten Krebserkrankungen ein. Die Darmkrebsverhinderung ist zwar nicht ganz so einfach wie die Gebärmutterhalskrebsverhinderung durch die HPV Impfung, aber sie bietet Menschen niedrigschwellige wie auch hochtechnische Vorsorgemöglichkeiten an. Dennoch ist auch für diese Tumorerkrankung die Vorsorgebereitschaft nur mittelmäßig. Ist die Erklärung dafür ähnlich wie für die HPV Impfung?*
TB: Ja, ähnlich. Hinzu kommt bei der HPV-Impfung die Tatsache, dass bei Kindern noch genauer hinterfragt wird.

JFR: *Was kann, was muss eine Stiftung tun, um in der Öffentlichkeit mehr gehört zu werden? Was zeichnet aus Ihrer Sicht eine gute Medienstrategie einer Stiftung aus? Wen braucht man ggfs. dazu?*
TB: Außer den erwähnten Fakten sind Geschichten notwendig, um die Botschaft zu transportieren.

JFR: *Sind das Erzählen von und das Sprechen über individuelle Geschichten der eigenen Erkrankung ein Schlüssel, wie zum Beispiel beim German Cancer Survivors Day?*
TB: Ja. Wichtig sind menschlich berührende Geschichten, und davon gibt es viele. Ein Bei- spiel ist eine Familie, in der über mehrere Generationen eine bestimmte Krebsart aufgetaucht ist und die jetzt durch Impfung geschützt ist. Solche Geschichten berühren, und sie bewirken etwas.

JFR: *Mit welchen weiteren Mitteln kann man bei so einschneidenden Erkrankungen wie Krebs Noch-nicht-Betroffene ansprechen? Sind Bonus-Programme bei Krankenkassen eine Lösung?*
TB: Das müssen am Ende die Krankenkassen entscheiden, ob zusätzliche Anreize der richtige Weg sind. Mir ist nur wichtig: Vorsorge muss etwas völlig Normales werden.

JFR: *Ist die mediale Präsenz des Themas, die Dauerpräsenz, ein Heilmittel? Oder gibt es aus ihrer Sicht für immer wiederkehrende Nachrichten Abschleifungen und Ermüdungserscheinungen?*
TB: Diese Gefahr besteht. Deshalb muss die Medienstrategie immer wieder neu überarbeitet und angepasst werden.

JFR: *Was würden Sie den Bürgern raten, wie sie sich über Vorsorgeangebote informieren sollten? Hausärzte? Internet? Gesundheitsplattformen? Medienbeiträge? Krankenkassen? Hier gibt es ja durchaus unterschiedliche Präferenzen.*
TB: Der Hausarzt als Person des Vertrauens ist sicherlich immer ein guter Startpunkt. Persönlich würde ich immer auch auf die Internetseite der Deutschen Krebsgesellschaft gehen.

Leben kann man nur vorwärts

Interview mit Dr. Eckart von Hirschhausen, Mediziner, Journalist, Fernsehmoderator und Autor



© Steffen Jänicke

▲ Dr. Eckart von Hirschhausen

Zur Person: Dr. Eckart von Hirschhausen ist Mediziner, Journalist (Gastautor für diverse Printmedien wie Tagesspiegel, Welt am Sonntag, Focus, Stern, Berliner Morgenpost u. a.), Fernsehmoderator (Frag doch mal die Maus, „Hirschhausens Quiz des Menschen") und Autor („Die Leber wächst mit ihren Aufgaben", „Wunder wirken Wunder"). Er übt viele ehrenamtliche Aktivitäten aus wie z. B. im Kuratorium der Deutschen Krebshilfe und der DFL Stiftung. Mit Eckart von Hirschhausen (**EvH**) sprach Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**) von der Stiftung LebensBlicke, Früherkennung Darmkrebs.

JFR: *Sie haben als studierter Mediziner neben dem Wissenschaftsjournalismus sehr bald einen künstlerischen Werdegang als Zauberer, Varietémoderator und Komiker eingeschlagen. Was hat Sie dazu veranlasst?*

EVH: „Leben kann man nur vorwärts. Verstehen kann man es nur Rückwärts". Ich hatte nie das Gefühl eines Wendepunktes oder einer bewussten Entscheidung, sondern eher von einem schleichenden Wechsel der Schwerpunkte. Nach meinem Medizinstudium habe ich zunächst im Krankenhaus gearbeitet. Damals gewann ich die Erkenntnis, dass man viele Krankheiten, mit denen ich dort konfrontiert wurde, leicht verhindern könnte. An diesem Wendepunkt habe ich mich gefragt, ob ich nicht besser früher ansetze, bevor die Menschen erkranken. Wenn ich heute auf der Bühne stehe und an einem Abend 3000 Menschen erreiche, dann ist das inhaltlich gar nicht so viel anderes, als wenn ich etwas den Patienten in einer Klinik für Psychosomatik erzählen würde. Doch dort müsste ich mit jedem einzeln reden, wofür ich einfach viel zu ungeduldig bin. Und wenn mir heute im Fernsehen Millionen Menschen zuhören, dann hätte ich für den gleichen Effekt in der Klinik sehr viele Jahre gebraucht. Ich habe also neue Verbreitungswege entwickelt, um Menschen klar zu machen: Viele unsere körperlichen und seelischen Probleme haben mit der Lebensführung zu tun, und damit, wie wir mit uns und anderen umgehen.

JFR: *Ihre Sachbücher gehören zu den weit verbreitetsten und stehen – wie gerade Ihre aktuelle Neuerscheinung „Die bessere Hälfte" immer wieder lange an der Spitze von Bestsellerlisten. Worauf führen Sie diesen großen Erfolg zurück?*

EVH: Mein Erfolgsrezept ist sehr einfach: Mir macht das, was ich tue wirklich Freude. Und ich glaube man kann auf Dauer auch nur gut sein, wenn man sich nicht verbiegt. Die Leser spüren meine Leidenschaft und meine Kompetenz für die Themen, über die ich schreibe. Und weil Medizin und Psychologie immer weiter vorangehen, wird mir der Stoff zum Glück auch so schnell nicht ausgehen!

JFR: *Eines ihrer kardinalen Anliegen ist der Humor. Sie wollen kranke Menschen, vor allem auch Kinder durch Humor ablenken und ihnen dadurch Hilfestellung geben. Vermittler ist u. a. die rote Nase als Zeichen des Clownhaften. Wie sind Sie auf diese Idee gekommen und welche Wirkung hat diese kleine Maske?*

EVH: Die rote Nase ist die kleinste Maske der Welt. Sie passt in jede Hosentasche. Und in jedes Gesicht. Die rote Nase stammt aus der Commedia dell Arte. Der Clown war der Bauerntölpel, dem durch Sonne und Suff die Nase gerötet war. Sein Gegenspieler, der feine weiße Clown, blieb im Schatten und bleich. Der dumme rote August rebelliert. Der Weißclown korrigiert. Trieb gegen Kontrolle, Kind gegen Eltern, Leben gegen Tod. Ein altes Spiel. Und deshalb ist die Nase so ein tiefes Symbol und wirkt, ob im Zirkus oder im Krankenzimmer, beim Papst wie im Flüchtlingsheim, bei Jung und Alt. Man kann über die Widersprüche des Lebens verrückt werden, verzweifeln oder man kann darüber lachen. Es ist ein magischer Moment der Verwandlung, die Nase aufzusetzen. Man macht sich ein Stück lächerlich. Das hilft einem selber – und anderen.

JFR: *Sie haben bereits 2008 eine eigene Stiftung HUMOR HILFT HEILEN gegründet. Welche Ziele verfolgen Sie damit?*

EVH: Seit ihrer Gründung vor 10 Jahren hat die Stiftung bundesweit bereits knapp 700 Projekte unterstützt, die das Lachen in der Öffentlichkeit, in der Schule, der Arbeitswelt sowie in Kliniken und Pflegeeinrichtungen fördern und die positive Wirkung des Lachens untersuchen. Mit mehr als 3,5 Millionen Euro wurden bisher 500 Workshops, 170 Projekte und 6 wissenschaftliche Studien gefördert. Insgesamt wurden damit mehr als 10.000 Menschen geschult. Und wir haben noch einiges vor! Eine der größten Herausforderungen im Bereich Gesundheit ist es, den Menschen über den ganzen Bogen des Lebens im Blick zu behalten und zu begleiten. Die Kassen zahlen, wenn Leute krank werden. Dabei kann man aber sehr viel tun, damit sie überhaupt nicht krank werden. Aber solange Operationen besser bezahlt werden als Gespräche, darf man sich nicht wundern, dass mehr geschnippelt als zugehört wird. Ein nachhaltiges Ziel für meine Stiftung HUMOR HILFT HEILEN und mich persönlich ist es, das Thema Gesundheit wieder mit Lebensfreude zu verbinden und zu vermitteln, egal ob in Kindergärten, Schule oder Beruf.

JFR: *Sie sind ja schon seit längerem Befürworter der Stiftung LebensBlicke und waren auch im vergangenen Jahr Schirmherr des Darmkrebsmonats März. Was verbindet Sie persönlich mit dem Thema Darmkrebs?*

EVH: Ein Freund von mir ist letztes Jahr an Darmkrebs gestorben, dabei war er erst Mitte 30. Das ist selten, er hatte eine familiäre Belastung und hätte wahrscheinlich durch eine frühere Untersuchung gerettet werden können.

JFR: *Sie haben sich für Ihre Sendung „Hirschhausens Quiz des Menschen" öffentlichkeitswirksam einer Darmspiegelung unterzogen. Welche Botschaft wollen Sie damit verbinden?*
EVH: Eine sehr einfache, die dafür umso wichtiger ist und hoffentlich bestehende Vorurteile abbaut: es bringt etwas, es tut nicht weh und es muss auch niemandem peinlich sein. Bei mir wurde ein Polyp gefunden. Wäre der nicht entfernt worden, hätte in den nächsten zehn bis 15 Jahren Krebs entstehen können.

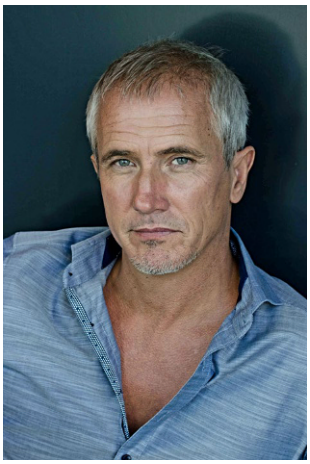
JFR: *Glauben Sie, dass das derzeitige Screening-System in Deutschland den Erwartungen gerecht wird? Was müsste gegebenenfalls besser werden?*
EVH: Die Koloskopie ist viel mehr als ein Screening – es ist gleichzeitig zum Schauen auch die Behandlung und Verhinderung von Schlimmerem, also echte Prävention. Das kann eine Mammografie oder ein PSA-Test nicht von sich behaupten. Deshalb würde ich diesen Aspekt viel stärker kommunizieren.

JFR: *Reicht die persönliche Einladung mit neutraler (schriftlicher) Aufklärung aus, Anspruchsberechtigten den Gedanken der Vorsorge nahe zu bringen?*
EVH: Nein, wenn ich eins gelernt habe über all die Jahre in der Gesundheitsvermittlung: Wir denken gerne schlau und handeln dann doch blöd. Vom Wissen zum Tun ist ein weiter Weg, und der wird in der klassischen Kommunikation unterschätzt. Eine große Untersuchung an meinem Live-Publikum durch die Universitäten Erfurt und Bielefeld zeigte, dass meine Art Themen mit Humor zu verpacken, sehr viel besser wirkt als herkömmliche Aufklärung. Wissen wird transportiert und gleichzeitig werden Ängste abgebaut. Menschen fühlen sich erst dann ernst genommen, wenn auch ihr emotionaler und irrationaler Anteil mit angesprochen und berücksichtigt wird. Und am besten in Form von positiven Gemeinschaftserlebnissen! Deshalb: herzlich Willkommen in meinem Bühnenprogramm „Endlich". Denn wenn das Leben endlich ist, wann fangen wir endlich an zu leben?

JFR: *Herzlichen Dank für das klare und offene Interview.*

Anreize zur Vorsorge schaffen

Interview Markus Böker, Film-, Fernseh- und Theaterschauspieler


© Jo Schmid

▲ Markus Böker

Zur Person: Markus Böker ist deutscher Film-, Fernseh- und Theaterschauspieler und Musiker. Seine Ausbildung absolvierte er an der Hochschule für Künste in Berlin. Danach wurde er u. a. bekannt für Rollen in „Der Bulle von Tölz" und „Sinan Toprak ist der Unbestechliche". Böker spielte zudem den Kriminalkommissar Ulrich Satori in der Fernsehserie „Die Rosenheim-Cops". Ab 2004 folgten viele weitere Film- und Fernsehrollen. Mit Markus Böker (**MB**) sprach Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

JFR: *Ich habe Sie kürzlich in einem Film zur Darmspiegelung gesehen, der demnächst der Öffentlichkeit vorgestellt wird. Was hat Sie veranlasst, diese sicher nicht leichte Aufgabe zu übernehmen?*
MB: Ich wurde von meiner Agentur gefragt, ob ich das machen möchte. Da ich schon zwei Darmspiegelungen durchführen ließ, hatte ich da keine Berührungsängste und engagiere mich gerne für etwas Sinnvolles

JFR: *Wie haben Sie Berührung mit dem Thema Darmkrebs bekommen? Gibt es in Ihrer Familie oder in Ihrem Umfeld eine Belastung durch Darmkrebs?*
MB: Die Schwester meines Vaters ist leider an Darmkrebs verstorben.

JFR: *Welche Erfahrungen haben Sie mit Informationen über Darmkrebs gemacht? Wo haben Sie sich informiert oder sind informiert worden?*
MB: Es gab mal eine Kampagne für die Darmkrebsvorsorge in den Medien. Da wurde man eingehend informiert. Und durch die Vorbelastung in der Familie bin ich für das Thema sensibilisiert.

JFR: *Welchen Informationen schenken Sie am meisten Vertrauen? Durch Ärzte? Internet? Broschüren? Aufklärungskampagnen? Film- oder Fernsehspots? Wissenschaftliche Institute wie z. B. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)? Krankenkassen?*
MB: Am meisten vertraue ich Informationen von meinem Arzt, in dem Fall meines Gastroenterologen. Ansonsten kann man sich im Internet sehr gut informieren.

JFR: *Sie haben sich schon einer Darmspiegelung unterzogen. Wie haben Sie diese Untersuchung empfunden?*

MB: Ich habe schon zweimal eine Darmspiegelung gemacht. Durch die Narkose bzw. Sedierung bekommt man nichts davon mit. Auch danach hatte ich keinerlei Probleme. Und man kann bei negativem Befund sicher sein, dass alles in Ordnung ist, und bei positivem etwas unternehmen. Ich denke, darum geht es bei der Vorsorge.

JFR: *Als Schauspieler kommen Sie ja mit vielen Menschen in Kontakt, auch mit anderen Darstellern. Was glauben Sie ist der Kenntnisstand der Menschen über Darmkrebs und Vorsorge in Ihrem Umfeld?*
MB: Schwer zu sagen. Ich denke man informiert sich da leider wohl erst, wenn man betroffen ist, oder jemand kennt der betroffen ist. Oder wenn man eben zu einer Risikogruppe gehört.

JFR: *Warum ist aus Ihrer Sicht für viele Menschen dieses Thema immer noch ein Tabu? Was müsste mehr getan werden, um die anspruchsberechtigten Menschen zu erreichen?*
MB: Die Darmvorsorge hat ja indirekt mit Krebs und damit mit dem Thema Tod zu tun. Beides Themen, mit denen man sich in unserer Gesellschaft nicht so gern beschäftigt. Ich denke, man sollte Kampagnen machen, die in drastischer Weise auf die Gefahren von versäumten Vorsorgeuntersuchungen, und damit auf die Gefahr der Entstehung von Darmkrebs, hinweisen. Auf Zigarettenschachteln macht man es ja auch so. Da wird auch mit zum Teil sehr drastischen Fotos auf die Gefahren des Rauchens hingewiesen.

JFR: *Glauben Sie, dass Schauspieler als öffentlich bekannte Personen eine Vorreiterrolle bei der Aufklärung spielen sollten und können?*
MB: Mit Sicherheit könnten Personen, die in der Öffentlichkeit stehen, und damit auch Schauspieler, eine Vorbildfunktion einnehmen und dieses Thema ein Stück weit enttabuisieren.

JFR: *Im nächsten Jahr wird es ein Einladungsschreiben der Krankenkassen für alle Menschen ab 50 Jahren zur Darmkrebsvorsorge geben. Glauben Sie, dass eine persönliche Einladung ausreichend ist, Menschen zur Vorsorge zu motivieren? Oder bedarf es mehr?*
MB: Ich glaube so ein Schreiben ist besser als Nichts. Aber als Motivation denke ich wird so etwas nicht genügen. Das verschwindet zu schnell zwischen der ganzen anderen Post, die man so bekommt. Ich denke es wäre sinnvoll, dass jemand der solche Vorsorgeuntersuchungen wahrnimmt, zum Beispiel einen Bonus bekommt oder weniger Beitrag zur Krankenversicherung zahlt. Geld ist in unserer Gesellschaft immer noch der Motivator, der am besten funktioniert.

JFR: *Sie haben einen großen Bekanntheitsgrad durch die Hauptrolle in der Serie „Die Rosenheim Cops" erreicht. Was sind Ihre nächsten Pläne? Welche Rolle würden Sie gerne einmal spielen, wenn Sie die Wahl hätten?*
MB: Im Moment bin ich in ziemlich vielen verschiedenen Bereichen unterwegs. Ich mache viel Musik, arbeite mit einem Maler an einer Performance, arbeite als Coach, mache Lesungen. Ich würde gerne mal wieder Theater spielen und hoffe, dass vom Boom um Netflix und Co. auch ich durch interessante Rollenangebote profitieren kann.

JFR: *Herzlichen Dank für das ehrliche und informative Interview.*

HPV-Impfung nun auch für Jungen!

Interview mit Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Harald zur Hausen – Nobelpreisträger für Medizin



© dkfz

▲ Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Harald zur Hausen

Zur Person: Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Harald zur Hausen war langjähriger (1983–2003) Vorsitzender und Wissenschaftliches Mitglied des Stiftungsvorstands des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg. Unter seiner Führung erweiterte das Krebsforschungszentrum seine Zusammenarbeit mit einzelnen Universitätskliniken erheblich mit der Folge, dass klinische Kooperationseinheiten die Verzahnung von Grundlagenforschung und klinischer Medizin sicherten, um Forschungsergebnisse so schnell wie möglich in die Praxis zu übertragen. Harald zur Hausen wurde 2008 mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet. Er hatte bewiesen, dass Gebärmutterhalskrebs durch Virusinfektionen (humane Papillomviren) ausgelöst wird. Seine Forschung hat ermöglicht, einen Impfstoff gegen eine der häufigsten Krebserkrankung bei Frauen zu entwickeln. Mit Prof. zur Hausen **(HzH)** sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Lebensblicke, Prof. Dr. J. F. Riemann **(JFR)**.

JFR: *Die HPV-Impfung gehört zu den Impfungen, deren Quote noch sehr zu wünschen übriglässt. Was sind die Ursachen?*
HzH: Nach Einführung der HPV-Impfung in Deutschland im Jahre 2006 gab es vor allem zwei Jahre später sehr kritische Stellungnahmen von 13 Gesundheitsberatern der Regierung. Dies hat damals nach einem eigentlich guten Start der Impfrate sehr kurzfristig zu einer Senkung der Rate um mindestens 6 % geführt. Auch inzwischen liegt die Rate der Impfung der entsprechenden Altersgruppen fast überall noch immer unter 40 %. Aus meiner Sicht war es ein Fehler, dass die Impfstoffhersteller mit besonderem Nachdruck auf die Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs hinwiesen und nicht früh genug darauf hingewiesen haben, dass die Impfung auch im wesentlichen Umfang die Zahl der Konisationen drastisch verringern würde, die mit annähernd 100.000 pro Jahr in Deutschland angegeben wird. Da Konisationen ebenfalls mit Nebenwirkungen einhergehen, wäre es hier von großer Bedeutung, diesen Komplex in der Diskussion über diese Impfung mit einzubeziehen.

JFR: *Wie steht Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern da?*
HzH: Nach meiner Kenntnis bewegt sich Deutschland so ungefähr im Mittelfeld. Es gibt Länder, wo die Impfraten deutlich höher sind,

wie etwa England, skandinavische Länder und wohl auch die Niederlande, aber auch in vielen anderen europäischen Ländern gibt es Widerstände gegen die Impfung.

JFR: *Bisher gab es diese Impfung nur für Mädchen; seit Mitte des Jahres hat sie die ständige Impf-Kommission (STIKO) auch für Jungen vorgesehen. Warum ist es so wichtig, dass auch Jungen geimpft werden?*
HzH: Männer im Alter von etwa 14 bis 50 Jahren haben fast überall auf der Welt mehr Sexualpartner als Frauen der gleichen Altersgruppe. Da sie sich ebenso leicht mit diesen Viren infizieren wie Frauen, dürfen sie als Hauptüberträger der Papillomvirusinfektion gelten, so dass die Impfung von Jungen gleichzeitig ein Schutz für spätere Partner darstellt. Dies ist aber nicht der einzige Grund: Krebse im inneren Oralbereich und im Analbereich sind in ihrer Vielzahl durch die gleichen Infektionen bedingt, die zu Gebärmutterhalskrebs führen. Es steht zu erwarten, dass diese Krebsarten ebenfalls durch die Impfung verhindert werden. Beide treten bei Männern etwas häufiger auf als bei Frauen.

JFR: *Die HPV-Impfung ist ab dem 9. Lebensjahr zugelassen und sollte nach Möglichkeit vor dem ersten Geschlechtsverkehr durchgeführt werden. Wie wichtig ist es, auch Kinder und Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren zum Beispiel in Schulen zu informieren und einzuladen? Ändert sich etwas an den Impfdosen?*
HzH: Ich halte es für außerordentlich sinnvoll, Kinder und Jugendliche spätestens im Alter zwischen 10 und 17 Jahren in Schulen zu informieren und einzuladen. Sicherlich ist das Impfalter zwischen 8 und 13 Jahren optimal, so dass auch jüngere Kinder und vor allem deren Eltern hinreichend informiert werden sollten. Bei den Impfdosen wird gegenwärtig von einer Zweifachimpfung ausgegangen, die etwa im Abstand von 3–6 Monaten von einander durchgeführt werden sollten.

JFR: *Halten Sie es für sinnvoll und zielführend, Jugendliche auch über die neuen sozialen Medien zu erreichen?*
HzH: Ja, ich halte es für sinnvoll, Jugendliche auch über die neuen sozialen Medien zu informieren.

JFR: *Das Modellprojekt „Freiwillige HGPV-Schulimpfung im Kreis Bergstraße" hat hervorragend gezeigt, dass mit diesem Zugang, verbunden mit einer gründlichen Information und Aufklärung, viel erreicht werden kann. Sind bundesweite Schulimpfungen als ein Weg erreichbar? Wer müsste die Entscheidung dafür treffen?*
HzH: Ich halte es für wichtig, dass die hervorragenden Ergebnisse des Modellprojektes im Kreis Bergstraße in Deutschland weit verbreitet werden. Aus meiner Sicht wären bundesweite Schulimpfungen extrem empfehlenswert, ob sie wirklich erreichbar sind, weiß ich nicht. Hier liegt die Entscheidung sicherlich bei den Gesundheitsbehörden und den Gesundheitsministerien.

JFR: *Impfgegner führen u. a. immer wieder an, dass Impfungen nebenwirkungsträchtig sind. Wie sicher ist derzeit gebräuchliche Impfstoff?*
HzH: Die derzeit gebräuchlichen Impfstoffe sind nach meiner Kenntnis extrem sicher. Auf der Basis von australischen Studien wird eine Nebenwirkung bei etwa einer Millionen Impfdosen erwartet. In diesem Fall handelt es sich um eine Allergie gegen das im Impfstoff enthaltene Eiweiß. Die Konsequenzen einer allergischen Reaktion dagegen sind allerdings auch ärztlich gut behandelbar. Die Rate von Nebenwirkungen ist bei dieser Impfung sicherlich um ein Vielfaches niedriger als bei Verwendung von Lebendimpfstoffen.

JFR: *Im DKFZ in Heidelberg wird gerade ein weiterer Impfstoff entwickelt. Was kann verbessert werden? Welche zusätzlichen Vorteile sind zu erwarten?*
HzH: Der am DKFZ entwickelte Impfstoff soll sich in besonderer Weise für tropische Gebiete eignen, da er keine Kühlketten erfordert und lange haltbar ist. Ich weiß allerdings nicht, inwieweit inzwischen ein möglicher industrieller Einsatz vorbereitet wird.

JFR: *Was müsste ihrer Meinung nach getan werden, um das Bewusstsein für die HPV-Impfung bei Eltern, Lehrern und Jugendlichen in der Öffentlichkeit zu stärken?*
HzH: Aufklärungskampagnen und Schulprogramme sind sicherlich im Moment am ehesten geeignet, bei Eltern, Lehrern und Jugendlichen die Aufmerksamkeit auf die Schutzwirkung dieser Impfung zu lenken. Hier können natürlich auch Medien wie Fernsehen und Rundfunk in deutlichem Umfang Weiteres erreichen.

JFR: *Man hört immer wieder, dass die HPV-Impfung nur im Zusammenhang mit der Verhinderung von Gebärmutterhalskrebs stehe. Was sind aus Ihrer Sicht weitere wichtige Erkrankungen, die auch mit dieser Infektion verbunden sein können?*
HzH: Neben der Verhinderung von Gebärmutterhalskrebs–wie schon zuvor erwähnt–sind auch Eingriffe für Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses im Genitalbereich durch die Impfung in einem deutlichen Umfang vermeidbar. Darüber hinaus sind es vor allem Krebserkrankungen im hinteren Mundhöhlenbereich und im Afterbereich.

JFR: *Die Deutsche Krebsstiftung hat im Rahmen ihres HPV-Projekts mit wichtigen Partnern wie der BZgA, dem RKI. Ärztlichen Fachgesellschaften und dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine Allianz gegen HPV gegründet. Zu welcher vornehmlichen Stoßrichtung raten Sie der Allianz?*
HzH: Ich halte die Partnerschaft der Deutschen Krebsstiftung mit der BZgA, dem RKI, den ärztlichen Fachgesellschaften und dem öffentlichen Gesundheitsdienst für außerordentlich wichtig. Gebärmutterhalskrebs spielt bei uns leider immer noch eine deutliche Rolle. Ich würde aber mit großem Nachdruck auch die Aufklärung über die Vermeidung von Vorstufen mit in die Stoßrichtung mit hineinnehmen.

JFR: *Ihre Aussagen zur HPV-Impfung sind von ganz besonderem Gewicht und werden gehört! Welchen Apell würden Sie an die Entscheider im Gesundheitswesen richten, um der Forderung nach Einführung einer bundesweiten HPV-Impfstrategie gerecht zu werden?*
HzH: Mein Appell an die Entscheider im Gesundheitswesen: Gebärmutterhalskrebs ist bei uns immer noch bedauerlicherweise eine vergleichsweise häufigere Krebserkrankung. Wenn man dazu die Eingriffe wegen Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses mit be-

rücksichtigt, dann ist neben den zuvor erwähnten Aspekten der Prävention auch der hohe Kostenanfall für Vorsorgemaßnahmen mit in Berücksichtigung zu ziehen. Gebärmutterhalskrebserkrankungen und deren Vorstufen sind heute im Prinzip vermeidbar, so dass ich es für extrem wichtig halte, dass gerade die Entscheider im Gesundheitswesen über die Vorzüge dieser Impfung, deren extrem geringe Nebenwirkungsrate und über den weitreichenden Schutzeffekt sich hinreichend informieren lassen oder informiert sind, um die nötigen Maßnahmen dann auch in der Öffentlichkeit durchzusetzen.

Ganz herzlichen Dank für dieses ausführliche Interview

Disease Interception – ein spannender Forschungstrend

Interview mit Frau Prof. Dr. Eva Winkler, NCT Heidelberg



© Borchard-Angelika Loeffler

▲ Prof. Dr. Eva Winkler

Zur Person: Frau Professor Winkler leitet den Schwerpunkt „Ethik und Patientenorientierung in der Onkologie" am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) an der Universitätsklinik Heidelberg. Sie arbeitet seit 19 Jahren in der Hämatologie und Onkologie, seit 2012 als Oberärztin am NCT. Seit 2015 ist sie dort außerplanmäßige Professorin.

Ihr Studium der Medizin beendete sie 1999 mit der erfolgreichen Promotion am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Das Thema Ethik und Medizin beschäftigt sie seit Beginn ihrer Laufbahn am Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Es folgten Forschungsstipendien in den USA, unter anderem an der Harvard Medical School und am Massachusetts General Hospital. 2010 schloss sie den Doktorats-Studiengang im Fachbereich Medizin- und Gesundheitsethik an der Universität Basel mit Auszeichnung ab. 2012 habilitierte sie an der LMU.

Eva Winkler leitet den Arbeitskreis „Medizin und Ethik" der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. Zudem ist sie Vorstandsmitglied der Akademie für Ethik in der Medizin. Die Stiftung LebensBlicke steht ja für die Vorsorge und die Früherkennung von Darmkrebs, einer Erkrankung, für die heute Screening-Maßnahmen zu seiner Verhinderung als gesichert angesehen werden können. Der Vorstands-vorsitzende der Stiftung Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**) sprach mit Frau Prof. Dr. Eva Winkler (**EW**) über einen (nicht mehr ganz neuen) Forschungstrend, der sich gerade vor dem Hintergrund der immer präziseren molekularen Diagnostik und der künstlichen Intelligenz der Früherkennung von Krankheiten widmet.

JFR: *Sie haben sich kürzlich in der Frankfurter Allgemeinen zum Thema „Disease Interception" geäußert. Ich fand diesen Artikel außerordentlich spannend und möchte Sie bitten, zu erläutern, was darunter zu verstehen ist.*

EW: Im Grunde geht es dabei darum, Krankheiten vor Ausbruch von Symptomen zu erkennen und möglicherweise durch frühzeitige Interventionen zu beeinflussen. In Zukunft werden sicher Forschungsansätze noch mehr als bisher ausgerichtet sein auf die Erkennung von Prädiktoren und Frühstadien einer Erkrankung. Diese Forschung verspricht auf jeden Fall einen Fortschritt – was immer jedoch an neuen Biomarkern entwickelt werden wird, sie müssen

auf jeden Fall valide prädiktiv sein. Ganz neu ist das nicht; es gibt ja schon erbliche Krebserkrankungen wie z. B. die familiäre adenomatöse Polypose (FAP), für die prädiktive Diagnostik Personen mit hohem Erkrankungsrisiko identifizieren und Behandlung zuführen kann. Ein Hauptaugenmerk richtet sich derzeit zum Beispiel auf die Alzheimer-Demenz, für die es zwar noch keine kausale Therapie gibt, für die sich aber möglicherweise bei frühzeitigerem Therapiebeginn eine längere symptomfreie bis -arme Phase erreichen lässt.

JFR: *Welche Risiken bringt dieser Forschungstrend für die Menschen?*
EW: Mit dieser Forschungsrichtung wird möglicherweise der Krankheitsbegriff von den Symptomen entkoppelt und zeitlich vorverlegt. Das könnte zur Folge haben, dass Menschen ein Krankheitsgefühl entwickeln, das wie eine Diagnose wahrgenommen wird, obwohl sie gar keine Symptome haben und vielleicht auch nur ein erhöhtes Risiko, eine Erkrankung zu entwickeln. „Disease Interception" suggeriert ja, dass die Krankheit schon da ist, nur noch nicht ausgebrochen. Beispielsweise verhindert eine antivirale Therapie den Krankheitsausbruch bei einem HIV-Infizierten Menschen. Es wird deshalb darauf ankommen, nur solche Erkrankungen darunter aufzugreifen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ausbrechen, bei denen zum Beispiel ein eindeutiger Gentest oder prädiktive Marker vorhanden sind. Ein klassisches Beispiel sind die BCRA Gene für den Brustkrebs.

JFR: *Ist genetisches Risikowissen für die Menschen wichtig?*
EW: Ja, gerade für Menschen, die aus belasteten Familien kommen. Grundsätzlich muss jedoch Aufklärung zur Bedeutung genetischen Risikowissens breit und auf zwei Ebenen erfolgen – zum einen durch entsprechende Integration zellbasierten Wissens in die Lehrpläne in Schulen, zum anderen über die Risikokommunikation zwischen Arzt und Patient. Es muss deutlich gemacht werden, welche Risiken es gibt und mit welcher Wahrscheinlichkeit sie zutreffen. Dabei hilft „Angstmachen" gar nicht weiter. Die Herausforderung besteht darin, aus gesunden Menschen nicht plötzlich Kranke zu machen.

JFR: *Wie wichtig ist das Recht auf Nichtwissen?*
EW: Grundsätzlich ist das ein wichtiges Individualrecht – interessanterweise gerade im Bereich der Humangenetik. So ist es zum Beispiel bei der Chorea-Huntington durchaus eine ethisch-philosophische Frage, wie ich bei dieser Erberkrankung eine maximale Kontrolle auf die Lebensgestaltung erreichen kann. Manche Menschen möchten möglichst viel wissen, andere finden nichts schrecklicher als eine informierte Ohnmacht und wollen ihre Zukunft offenhalten.

JFR: *Künstliche Intelligenz und Big Data werden sicherlich neue Impulse setzen. Wo können sie für Verbesserung sorgen?*
EW: Das wird vor allem bei der Präzisionsmedizin eine große Rolle spielen. Deren Vision ist es ja, durch Sammeln großer Datenmenge Krankheits- und Therapieverläufe modellieren zu können und damit die geeigneten Therapiestrategien für Patientengruppen zu informieren. Es muss natürlich validiertes Wissen und Entscheidungsunterstützung sein, deshalb ist auch in diesem Bereich die Entwicklung von Qualitätskriterien essentiell.

JFR: *Wenn Sie einen Ausblick wagen wollen: wo werden wir in den nächsten 10 Jahren stehen?*
EW: Unser Wissen und Verständnis von Krankheiten und ihren Vorstufen wird wachsen und wird eine weiter zunehmende intensive Wissensaufbereitung notwendig machen. Das erfordert Systeme, die als Entscheidungsgrundlage für diagnostisches und therapeutisches Handeln dienen können, besser als „Decision Support" beschrieben. Je weiter die Entwicklung geht, desto besser und aufwändiger muss die Kommunikationsleistung sein, die diesen Wissenszuwachs begleiten muss. Dazu gehört auch eine klare und validierte Risikokommunikation, ohne dass Menschen verunsichert werden.

Das ist insbesondere bei der Risikoaufklärung und Förderung klassischer präventiver Themen relevant. Viele Erkrankungen sind ja nicht unbedingt schicksalhaft, sondern Folgen eines Lebensstils, der angepasst werden kann. Das heißt aber, dass der Einzelne wissen muss, was er für sich selbst tun kann, um Krankheiten zu vermeiden. Auch wenn es vielleicht attraktiver erscheinen mag: besser eine Tablette anstatt Lebensstiländerung – das sollte nicht Commonsense sein. Das präventive Potential des gesunden Lebensstils wird viel zu oft und fahrlässig unterschätzt!

JFR: *Herzlichen Dank für dieses wichtige und äußerst informative Gespräch.*

Handball – eine mitreißende Sportart!

Interview mit Benjamin Matschke, Trainer der Eulen Ludwigshafen (1. Handball-Bundesliga)



© Die Eulen Ludwigshafen

▲ Benjamin Matschke

Zur Person: Handballtrainer Benjamin Matschke wurde am 19. Juli 1982 in Heilbronn geboren. Der ehemalige Lehrer am Wirtschaftsgymnasium Schwetzingen spielte bis 2007 bei den Salamander Kornwestheim, bis 2011 bei der TSG Ludwigshafen-Friesenheim (auf Grund von schwerer Verletzung Karriereende). Als Handballtrainer war er von 01/2013–06/2015 Trainer beim TV Hochdorf/3. Handball-Bundesliga. Seit 06/2015 ist Benjamin Matschke Trainer bei den Eulen Ludwigshafen/1. Handball-Bundesliga.

Der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**) sprach mit Benjamin Matschke (**BM**), auch über Sport, Bewegung und gesunde Ernährung als Prävention.

JFR: *Handball als Mannschaftssport ist ja gerade jetzt durch die Weltmeisterschaft wieder sehr in das Zentrum des öffentlichen Interesses gerückt. Was glauben Sie, fasziniert die Menschen an diesem Sport?*
BM: Handball ist echter und nahbarer Sport mit Stars ohne Allüren. Das macht unsere Sportart sicherlich sympathisch und damit fällt es leicht, sich zu identifizieren. Gleichzeitig ist es die schnelle Taktung der Ereignisse. Während noch über das Tor auf der einen Seite gejubelt wird, darf man sich Sekunden später bereits über die Glanztat des eigenen Keepers freuen. Es geht in jedem Spiel hart zur Sache und trotzdem bleibt es stets auf dem Spielfeld und den Rängen fair.

JFR: *Wo sehen Sie die wichtigsten Unterschiede zu dem anderen großen Mannschaft-Ballsport Fußball?*
BM: Einen generellen Vergleich zu ziehen, ist sicherlich in der Kürze nicht möglich. Was, wie ich finde, jedoch offensichtlich ist und auch durch Vertreter des Fußballs bestätigt wird, ist, dass der Handballsport körperbetonter und schneller ist, es weniger Raum für Diskussionen gibt und die Haltung der Spieler durch Bodenständigkeit und Nähe – auch zu den eigenen Fans – geprägt ist.

JFR: *Die Eulen Ludwigshafen sind ein in der Region verankerter, vor allem auch mit der Stadt identifizierbarer Sportverein und ein richtiges Markenzeichen. Wie kam es zu dem Namen und wie ist es gelungen, diese Mannschaft in die Bundesliga zu führen?*
BM: Der Name der „Eulen" geht auf eine Sage von Rochus zurück, die dem Stadtteil Friesenheim jenes Symboltier als Namensgeber verschaffte. Seit nunmehr zwei Jahren tragen wir unseren Namen „Die Eulen Ludwigshafen", wodurch zugleich uns regionale Verbundenheit zur gesamten Stadt Ludwigshafen zum Ausdruck kommt.

Unsere Stärke und damit verbunden auch der Weg in die Bundesliga liegt neben der sportlichen Qualität sicherlich auch in unserem herausragenden Wir-Gefühl auf und abseits des Spielfeldes. Wir haben eine junge, hungrige Mannschaft, die sich mit dem Projekt vollends identifiziert und in jedem Spiel Charakter und vollen Einsatz zeigt.

JFR: *Handball scheint mir noch mehr als Fußball ein Teamsport zu sein, bei dem es natürlich auch überragende Spieler gibt, die aber dennoch alle mehr noch als beim Fußball für das Team stehen. Was muss ein Trainer leisten, um diesen Mannschaftsgeist zu formen?*
BM: Insgesamt mag das im Handball sicherlich so sein. Gleichzeitig behaupte ich, dass der Teamgedanke bei den Eulen Ludwigshafen nochmals ein Mehr an Bedeutung hat. Für mich als Trainer beginnt der erste Schritt bei der Auswahl der Spieler. In unser Profil passt, wer neben der handballerischen Fähigkeit auch den entsprechenden Charakter mitbringt. In der täglichen Arbeit ist Kommunikation gewiss das Schlüsselwort. Motive erkennen, Ziele setzen, Fragen stellen und zuhören und dabei stets glaubwürdig zu sein, hilft in der Zusammenarbeit ungemein. Auch kennt jeder Spieler seine Rolle im Team, die in der Art zwar unterschiedlich sein kann, aber in der Bedeutung stets immens ist.

JFR: *Die Eulen kämpfen derzeit um den Verbleib in der Top-Liga. Dazu sind vor allem Vertrauen in den Trainer, in das Umfeld und in die eigene Stärke erforderlich. Wie erreichen Sie das?*
BM: Ich sehe, wie die Mannschaft Tag für Tag hart arbeitet und den ständigen Drang hat, sich zu verbessern. Dabei hilft uns die ständige Analyse und Evaluation der eigenen Leistung. Unabhängig des Ergebnisses auf der Anzeigetafel schaffen wir es so, uns nachweislich zu steigern. Auch wussten wir von Beginn der Saison an um unsere Rolle. Als erneut klarer Abstiegskandidat gehandelt, wissen wir, dass wir Geduld und einen langen Atem brauchen. Wir kennen den Spielplan, wissen um unsere eigene Stärke und Mentalität. Dass wir dabei bedingungslose Unterstützung des Umfeldes erfahren, ist nicht selbstverständlich, aber hilft uns ungemein.

JFR: *Wie wichtig ist für einen Verein in der Top-Liga die Unterstützung des Publikums, nicht nur bei einem Heimspiel, sondern vor allem auch bei schweren Auswärtsgegnern?*
BM: Die Unterstützung unserer Fans ist fundamental für unseren Erfolg auf der Platte. Die Fans können den X-Faktor ausmachen – sie können uns pushen und zugleich Druck auf den Gegner ausüben. Wir freuen uns auf jedes unserer Heimspiele mit über 2000 Zuschauern in der „Eberthölle", die uns grandios unterstützen und eine tolle Atmosphäre entwickeln. Einzigartig ist auch der Support in der Fremde. Mittlerweile hat sich bei uns etwas entwickelt, dass für unsere Fans keine Auswärtsfahrt zu weit ist und wir immer bekannte Gesichter sehen. Das spornt uns an und zeigt, dass das was wir auf dem Spielfeld zeigen, anspricht und begeistert.

JFR: *Sport und Bewegung sollten wichtige Bestandteile eines gesunden Lebensstils sein, an den heute gerade vor dem Hintergrund zuneh-*

mend dicker Menschen mehr denn je erinnert werden muss. Sehen Sie da eine Vorbildfunktion auch für Spitzensportler?
BM: In unserer Aufgabe ist es definitiv so, dass wir als Spitzensportler eine Vorbildfunktion und auch Multiplikator-Aufgabe haben. Das fängt mit gesellschaftlichen Werten an, geht aber auch hin zu Bewegung, Ernährung und Gesundheit im Allgemeinen. Wir leben es zum einen selbst und zum anderen tragen wir es nach außen. Hier fällt mir ein, dass wir im Laufe der Saison auch einen Gesundheits-Spieltag bei uns in der Halle durchgeführt haben, der genau darauf abzielt.

JFR: *Sportler haben sicher keinen Nachholbedarf. Wie können sportlich so erfolgreiche Handballer gerade unsere heutige Jugend, für die Bewegung nicht immer eine zentrale Rolle spielt, mitziehen?*
BM: In Zeiten von elektronischem Medienkonsum, der kaum bewegungsfördernd ist, ist es umso wichtiger, mit gutem Beispiel voran zu gehen. Hier ist unsere Vorbildfunktion wichtig. Wir können auf unseren Sport aufmerksam machen, indem wir im eigenen Verein, aber auch darüber hinaus in Schulen, Kindergärten vor Ort sind und in das Gespräch mit jungen Menschen gehen.

JFR: *Ernährung spielt ebenfalls eine zentrale Rolle, gerade auch für die Primärprävention vieler Erkrankungen. Gibt es für Ihre Spieler Ernährungsvoraussetzungen? Mit anderen Worten: ist Ernährungsberatung ohne Vorschriften natürlich für Kondition und Lebensweise der Spieler zwingend?*
BM: Ernährung ist ein wesentlicher Bestandteil, um überhaupt die eigene Leistungsfähigkeit abrufen zu können. Hier arbeiten wir mit Experten zusammen, die unsere Sportler darauf einstellen, wie situationsadäquate Ernährung funktioniert.

JFR: *Die zweite Hälfte der Saison 2018/19 hat begonnen. Die Eulen kämpfen um den Klassenerhalt. Wie ist Ihre Prognose? Und worauf setzen Sie?*
BM: Ich setze auf die Mentalität und die Stärke meiner Mannschaft, bei der jetzt glücklicherweise auch unsere Verletzten langsam zurückkommen. Auch die Heimspiele in der Rückrunde zeigen, dass wir gemeinsam mit den Fans noch viele Gegner ärgern werden und am Ende weiterhin Erstliga-Handball in und für Ludwigshafen spielen.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses informative Gespräch.*

Die Rolle von Stiftungen für die (Darmkrebs-) Prävention

Interview mit Dr. Christa Maar †, Präsidentin der Felix Burda Stiftung


© Felix-Burda-Stiftung
▲ Dr. Christa Maar †

Ein Gespräch der Präsidentin der 2001 gegründeten Felix Burda Stiftung und des 2004 ins Leben gerufene Netzwerk gegen Darmkrebs Frau Dr. Christa Maar (**CM**) mit dem Vorstandsvorsitzenden der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Wir sind uns zum ersten Mal 2000 in Frankfurt begegnet bei einem Journalisten-Meeting der Stiftung LebensBlicke zum Thema „Darmkrebsfrüherkennung – wie kann das Interesse der Öffentlichkeit geweckt werden?". Sie haben dann 2001 die Felix Burda Stiftung als Folge der tödlichen Darmkrebs-Erkrankung Ihres Sohnes Felix gegründet. Was hat Sie damals veranlasst, eine eigene Stiftung zu gründen?*
CM: Es war Felix'Wunsch, dass wir eine Stiftung gründen, die seinen Namen trägt und die sich dafür einsetzt, dass andere Menschen von seinem Schicksal verschont werden. Es war schon damals klar, dass sich Darmkrebs durch Vorsorge verhindern lässt und dass man, wenn ein familiäres Risiko für diese Krebserkrankung vorliegt, sehr viel früher als andere Menschen mit der Vorsorge beginnen muss. Aber es war ein hochtabuisiertes Thema, über das nicht gesprochen wurde, und entsprechend wenig wusste man auch über das familiäre Risiko. Hätten wir gewusst, dass es in unserer Familie ein erhöhtes Risiko für Darmkrebs gibt, wäre Felix heute noch am Leben und gesund, weil er dann mit Sicherheit bereits mit 25 Jahren eine Darmspiegelung gemacht hätte. Für ihn wie für mich und seinen Vater war klar: die Stiftung, die wir in seinem Namen gründen würden, musste sich dafür einsetzen, die Menschen über die Möglichkeiten der Darmkrebsvorsorge aufzuklären. Sie musste als erstes einmal Kommunikation für das Thema herstellen, Tabus abbauen. Und das ist, was wir seither tun.

JFR: *Was können Stiftungen besser als andere Organisationen? Wo liegen ihre besonderen Stärken?*
CM: Ich kann sicherlich nicht für alle Stiftungen sprechen, aber in unserem Fall kann ich sagen, dass wir als gemeinnützige Organisation das Privileg genießen, unsere Arbeit ausschließlich an Felix' Wunsch ausrichten zu können. Alles was darauf einzahlt, dass weniger Menschen an Darmkrebs sterben, ist gut. Dieser klare Fokus, diese Unabhängigkeit, diese Freiheit – das ist Stärke, die sich vor

allem darin äußert, dass wir mit allen Playern des Gesundheitswesens sprechen können, um in neuen Konstellationen weitere Verbesserungen zu erwirken. Und das uns keiner finanzielle Interessen und Eigennutz unterstellen kann.

JFR: *Die Idee eines Darmkrebsmonats März war analog zu einem ähnlichen Event in den USA eines Ihrer zentralen Anliegen. Sehen Sie nach vielen Jahren Fortschritte in der öffentlichen Wahrnehmung?*
CM: Wir führen zur öffentlichen Wahrnehmung des Themas keine Marktforschung durch. Aber wenn man sich den Rückgang bei Inzidenz und Sterblichkeit ansieht und gleichzeitig beobachtet, dass die Teilnahme an der Vorsorgekoloskopie durchgehend auf annähernd gleichem Niveau bleibt, dann sind das schon sehr positive Entwicklungen. Es ist ein Thema, an dem man dran bleiben muss. Aber natürlich kann man das nicht das ganze Jahr über tun, und da würden auch die Medien nicht mitmachen. Aber dadurch dass es mit dem Monat März ein festes jährliches Datum gibt, in dem ja nicht nur unsere beiden Stiftungen für die Darmkrebsvorsorge trommeln sondern auch viele Ärzte, Kliniken, ganze Stadtverwaltungen, zahlreiche Unternehmen und vor allem auch die regionalen und überregionalen Medien, lässt sich das Thema mit neuen Details immer wieder neu aufbereiten und in die Breite tragen. Eine Modellrechnung hat ja festgestellt, dass allein durch die Teilnahme an der Vorsorgekoloskopie bereits 270.000 Neuerkrankungen und 130.000 Todesfälle von Darmkrebs verhindert wurden. Ich denke, unsere beiden Stiftungen haben an dieser Entwicklung einen nicht unerheblichen Anteil. Hinzu kommt noch die Arbeit des Netzwerks gegen Darmkrebs e. V., die das Thema Darmkrebsvorsorge in Unternehmen sehr stark nach vorn gebracht hat. Ohne alle diese Bemühungen, ein Produkt zu promoten, von dem kaum jemand denkt, dass er es braucht, wären wir in Deutschland mit der Darmkrebsvorsorge sicher nicht dort, wo wir heute stehen. Wenn man die Koloskopien dazu zählt, die nicht zur Vorsorge, sondern aus therapeutischen Gründen durchgeführt werden und die für die Untersuchten mit einer Art Langzeitschutz verbunden sind, liegen wir mit ca. 60 % der koloskopierten Versicherten etwa gleichauf mit der amerikanischen Koloskopiequote, die bei etwa 65 % liegt.

JFR: *Sie haben im Laufe der Jahre mit zahllosen Stiftungs-Aktivitäten, der Gründung des Netzwerks gegen Darmkrebs, insbesondere mit der Schaffung ihres inzwischen sehr renommierten Felix Burda Awards viele deutliche Anstöße für die Darmkrebsvorsorge gegeben. Was war aus Ihrer Sicht Ihre beste Idee?*
CM: Die Grundidee hinter all den kommunikativen Aktivitäten der Felix Burda Stiftung ist ja, die Darmkrebsvorsorge als leichtes Thema zu verpacken. Denn wir wenden uns an gesunde Menschen, denen wir ein nicht ganz leichtes Gesundheitsthema nahe bringen wollen. Deshalb kommunizieren wir anders als Ärzte und Wissenschaftler, und natürlich auch anders als die Gesundheitsorganisationen, die die oft schwer verständlichen Faltblätter herausgeben. Wir versuchen die Menschen auf Augenhöhe anzusprechen, oft mit einem Augenzwinkern. Über Darmkrebsprävention darf auch gelacht werden, wieso nicht? Diese Grundeinstellung ist, denke ich, auch das Erfolgsgeheimnis des Felix Burda Award, der immer Moderatoren hat, die trotz des ernsten Themas unterhaltsam sind und eine heitere Grundatmosphäre herstellen. Viele unserer Gäste sind, wenn sie zum ersten Mal dabei sind, überrascht, weil sie so eine Atmosphäre zum Thema Darmkrebsvorsorge nicht erwartet hätten.

Ein Erfolgsmodell seit 2008 ist unser begehbares Darmmodell – übrigens das größte Europas. Dieses aufblasbare Eventtool tourt kontinuierlich durch unsere Republik, aber auch durch Österreich, Schweiz, Niederlande, Belgien und Frankreich. Und es stand auch schon in Tel Aviv am Strand und im größten Shoppingcenter in Island! Den Darm als faszinierendes Organ begehbar zu machen und Polypen und Darmkrebs spielerisch begreifbar zu machen – das war sicherlich eine sehr gute Idee. Auf diesem Weg informieren sich jedes Jahr rund 100.000 Besucher über die Darmkrebsvorsorge und das familiäre Risiko.

JFR: *Wir haben zusammen mit anderen im Nationalen Krebsplan sehr intensiv, aber auch kontrovers über die Weiterentwicklung der Darmkrebsfrüherkennung diskutiert. Glauben Sie, dass die seinerzeit von uns der Politik gemachten Vorschläge im Kern umgesetzt worden sind oder noch werden?*
CM: Einige Empfehlungen von uns sind in das Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz von 2013 eingegangen, das der damalige Gesundheitsminister Daniel Bahr auf den Weg gebracht hat. Das Gesetz sieht vor, dass die anspruchsberechtigte Bevölkerung zur Darmkrebs-vorsorge eingeladen werden soll und dass der Gemeinsame Bundesausschuss für besondere Risikogruppen andere Altersgrenzen für die Inanspruchnahme von Früherkennung vorsehen kann. Ok, sehen wir einmal davon ab, dass der G-BA statt der im Gesetz genannten Frist von 3 Jahren, die für die Erstellung des Umsetzungskonzepts für das Einladungsverfahren vorgesehen waren, tatsächlich 6 Jahre gebraucht hat – immerhin soll es im Juli 2019 nun endlich losgehen –, so hat der G-BA bei dem anderen wichtigen Punkt, der die Flexibilisierung der Altersgrenzen für Risikogruppen betrifft, sich nicht einen einzigen Schritt vorwärts bewegt. Wer ein familiäres Risiko hat, hat immer noch keinen Anspruch auf eine altersunabhängige Darmkrebsvorsorge. Aber wenigstens hat er sich schon einmal von dem wenig sensitiven, seit den 1970er Jahren verwendeten chemischen Stuhltest verabschiedet und stellt den Anspruchsberechtigten statt dessen jetzt den sehr viel wirksameren immunchemischen zur Verfügung.

JFR: *Wo und wie müsste ggfs. nachgebessert werden? Wo sehen Sie vor allem noch Defizite?*
CM: Defizite sehe ich an vielen Stellen. Nehmen wir nur einmal die Teilnahmequoten am Darmkrebs Screening. Damit ein bevölkerungsbezogenes Screening Programm Sinn macht, sollte es so organisiert werden, dass die Teilnahmerate hoch ist. Bei dem Procedere, das den eingeladenen Versicherten ab Juli mit dem jetzt entwickelten Umsetzungsverfahren zugemutet wird, ist abzusehen, dass damit keine zufriedenstellende Teilnahmequote erreicht werden wird, denn: der Eingeladene muss sich den Test beim Arzt abholen, und wenn er ihn gemacht hat, muss er ihn zeitnah auch wieder dorthin zurückbringen. Das sind zwei unter Umständen längere Wege, die jemand wegen eines simplen Tests machen muss, dessen Sinn und Zweck auch gut in einer Broschüre abgebildet werden kann und nicht persönlich in der Praxis erläutert werden muss. Zusätzlich muss der gesunde Teilnehmer in der Praxis auch noch Wartezeiten einrechnen.

Was immer der Grund war, dieses Procedere für das Einladungsverfahren zu wählen: An den Bedürfnissen der Menschen, die für den Test vermutlich mindestens einen Arbeitstag aufwenden müssen, hat es sich mit Sicherheit nicht orientiert. Wir werden damit vermutlich eine Teilnahmequote bekommen, die trotz Einladung nur geringfügig über der Teilnahmequote am alten Stuhltest liegt, und die lag durchgehend unter 20 %. An diesem Beispiel sieht man, dass das System aus sich heraus kein Interesse daran hat, möglichst vielen Anspruchsberechtigten einen niedrigschwelligen Zugang zur Darmkrebsvorsorge zu ermöglichen. Wer mich kennt weiß, dass ich ein Fan des niederländischen Konzepts bin. Die Niederländer haben begriffen, dass man es den Menschen so einfach wie möglich machen muss: Sie schicken ihnen zusammen mit dem Einladungsschreiben den Test plus frankiertem Umschlag fürs Labor zu. Das Ergebnis ist eine jährliche Teilnahmequote von über 70 %!

Auch die „Informationsmaterialien", die das IQWiG im Auftrag des G-BA begleitend zum Einladungsverfahren verfasst hat, sprechen die Menschen nicht auf Augenhöhe an. Viele der Angesprochenen haben vermutlich keine Ahnung von Statistik, die in der Broschüre aber einen breiten Raum einnimmt, und werden eher verunsichert, ob und warum sie überhaupt teilnehmen sollen an dieser Untersuchung. Hier wird eine Chance vertan, alle diejenigen für die Teilnahme an Vorsorge zu erreichen, die einen niederen Bildungsstand haben und sich aufgrund schwieriger sozio-ökonomischer Umstände auch wenig für ihre Gesunderhaltung interessieren (können).

Das IQWiG, so mein Eindruck, hat beim Verfassen solcher Texte vorwiegend den gut gebildeten Mitbürger vor Augen. Dass ich das nicht gut finden kann, versteht sich von selbst.

JFR: *Darmkrebs-Inzidenz und -Mortalität sind trotz unbestrittener Erfolge nach wie vor zu hoch. Um wirklich einen signifikanten weiteren Rückgang zu bekommen, müsste die Inanspruchnahme des Screenings auf über 80 % gesteigert werden, wie gerade eine Publikation in Gastroenterology gezeigt hat. Ist das überhaupt zu erreichen oder bleibt es eine Illusion? Was müsste ggfs. noch mehr getan werden, um das Teilnahmeverhalten zu verbessern?*

CM: Einiges von dem, was dringend geändert werden müsste, habe ich schon aufgezeigt. Das würde aber auch nicht reichen, um die angestrebte Quote von 80 % zu erfüllen. Die übrigens in New York bald erreicht werden wird. Die haben aber auch wirklich sehr viel dafür getan, dass Darmkrebsvorsorge zu einem gesamtgesellschaftlichen Thema wird. Was in Deutschland fehlt, ist der politische Wille, an der gegenwärtigen Situation etwas zu ändern. So lange unsere beiden Stiftungen die einzigen sprichwörtlichen Rufer in der Wüste sind und solange es kein übergreifendes Commitment in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen gibt, die Darmkrebsvorsorge zum Erfolg zu führen, so lange werden wir das gesteckte Ziel wohl nicht erreichen. Hier müssen wir ansetzen und alles daran setzen, dass alle Risikogruppen unabhängig von Bildung und Alter erreicht werden.

JFR: *Haben Sie in Ihrer unermüdlichen Arbeit Rückschläge erleben müssen, die Ihre Bemühungen um die öffentliche Akzeptanz des Darmkrebsscreening beeinträchtigt haben? Oder war alles bestens?*

CM: Echte Rückschläge kenne ich tatsächlich nicht. Aber es war immer mal wieder ernüchternd zu sehen, wie träge unser Gesundheitssystem ist. Und wie wenig es darum geht, Menschen gesund zu erhalten. Entscheidungen – die elektronische Gesundheitskarte (mehr als 10 Jahre) und das Beispiel Einladungsverfahren für die Darmkrebsvorsorge (mehr als 6 Jahre) sind hierfür gute Beispiele – brauchen in diesem von beharrenden Kräften getragenen System sehr, sehr lang, und sind, wenn sie alle Wenns und Abers berücksichtigt haben dann oft überbürokratisiert.

JFR: *Sie haben mit der FARKOR-Studie eine wichtige Initiative zur Verbesserung vor allem für Menschen mit familiärem Darmkrebs ergriffen. Was erwarten Sie sich von dieser Studie?*

CM: FARKOR ist ein Projekt, das vom Innovationsfonds gefördert wird. Eines der Ziele dieses Fonds ist es, mit neuen Versorgungsangeboten bestehende Versorgungslücken im System zu füllen. Das genau ist das Ziel von FARKOR. Es gibt diese eklatante Versorgungslücke, dass Menschen mit familiärem Darmkrebsrisiko oft bereits im jungen Erwachsenenalter an Darmkrebs erkranken, dass es für sie bisher aber überhaupt keine Versorgungsangebote gibt. Das Projekt setzt an der Erhebung der Familienanamnese beim Arzt an. Diese soll in möglichst vielen Praxen im Bundesland Bayern bei Patienten im Alter 25 bis 49 Jahre erhoben werden. Diejenigen, bei denen sie positiv ist, erhalten eine Beratung über die weiteren Vorgehensmöglichkeiten und können altersunabhängig an Darmkrebsvorsorge teilnehmen bzw. sich bei Verdacht auf eine erbliche Form von Darmkrebs auch bei einem Humangenetiker Rat holen. Mit dem bayerischen Modellprojekt wollen wir zeigen, wie man früh ein familiäres Risiko identifizieren und Betroffenen durch risikoangepasstes Screening die Möglichkeit geben kann, das Entstehen bösartiger Tumoren zu verhindern. Das Projekt ist mit der Teilnahme aller bayerischen Krankenkasse, der KV und der Auswertung durch die Münchner Universität so angelegt, dass es im Anschluss in die Versorgung übernommen werden kann.

Wenn wir dies erreichen, werden alle jungen Menschen, die einen oder mehrere Fälle von Darmkrebs in der Familie haben, von den neuen Versorgungsleistungen profitieren. Das ist das Ziel des Projekts FARKOR.

JFR: *Wo sehen Sie in der Zukunft ihre wichtigsten Einflussmöglichkeiten auf das Thema Darmkrebsprävention?*

CM: Die Beharrungskräfte im System, die vieles an sinnvollen Neuerungen verhindern, sind nun einmal da. Man muss mit ihnen rechnen und Mittel und Wege suchen, wie man sie umgehen und dennoch zum Ziel kommen kann. Ich werde nicht locker lassen, mich für die Interessen der Bevölkerung stark zu machen. Denn die will, wenn man ihr die Alternativen verständlich erklärt, mit Sicherheit nicht im Sessel sitzen und warten, bis sie an einem fortgeschrittenen Darmkrebs erkrankt ist. Man muss ihr die Vorsorge, und zwar von Seiten des Systems, aber deutlich näher bringen als dies mit dem jetzt vorgesehenen Einladungsverfahren und den verunsichernden Informationsbroschüren geschieht. Das Einladungsverfahren ist ja nicht mehr als ein zarter Anfang, den es weiter zu entwickeln gilt. Durch die zahlreichen neuen Techniken und Technologien ist vieles im Fluss. Es wird an Atemtests, Bluttests und Risikoprädiktionsverfahren auf Basis von Big Data geforscht, und

einiges davon ist bereits in der Erprobung. Unter Umständen ist der immunologische Stuhltest, über den im G-BA so lange diskutiert wurde, über kurz oder lang bereits veraltet und wird durch ein anderes System ersetzt. Ein Unding, wenn dann wieder 6 Jahre diskutiert wird!

JFR: *Die Dekade gegen den Krebs ist gerade eingeläutet worden. Erwarten Sie, dass sich in dieser vollmundigen Ankündigung Wesentliches für die Darmkrebsprävention verbessern wird? Wo sehen Sie in diesem Zusammenhang die Rolle der Stiftungen, der Felix Burda Stiftung wie auch der Stiftung LebensBlicke?*
CM: Die Nationale Dekade gegen Krebs ist insofern ein absolutes Novum, als sie die Prävention von Krebserkrankungen zu einem von drei Hauptbereichen für die Arbeit und Projekte macht, die innerhalb der Dekade angegangen werden sollen. Bisher ging es viele Jahre lang ja immer nur um die Verbesserung, Weiterentwicklung und Verfeinerung von Therapien. Man hat sich nur um die Menschen gekümmert, die bereits an Krebs erkrankt waren. Die Grundlagenforschung hat hier so viele neue Erkenntnisse gebracht, dass man jetzt daran gehen kann, diese für die Prävention und Früherkennung von Krebserkrankungen zu verwenden. Dazu muss die Grundlagenforschung sich allerdings enger verzahnen, muss mehr kooperieren und anwendungsnäher werden. Das wird eines der Ziele in der Dekade sein, das durch die Arbeit an konkreten Projekten vorangebracht werden muss.

Prof. Hermann Brenner vom DKFZ und ich sind die „Paten" der Arbeitsgruppe Prävention, die hierfür – noch ohne dass wir wissen, was das genau bedeutet – in der Verantwortung stehen. Ich denke, es kann eine große Chance sein, Dinge voranzubringen, für die dem System der Mut und die Kraft fehlen. Es ist gut, dass Hermann Brenner dabei ist, den ich ja schon viele Jahre kenne und der in der Arbeitsgruppe Prävention für die Datenerhebung, die Machbarkeit und die wirtschaftlichen Aspekte von Projekten stehen wird, alles Dinge, zu denen er mit der Vielzahl an Projekten, die er mit seiner Gruppe durchgeführt hat und weiter durchführen wird, eine große Expertise mitbringt.

Was genau unsere Stiftungen zur Dekade beitragen können, überblicke ich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht. Wir stehen hier ja noch ganz am Anfang. Aber sie können bestimmt eine bedeutsame Rolle spielen, so wie sie das bisher auch schon getan haben.

JFR: *Zu Guter Letzt: was glauben Sie, wird in 5–10 Jahren der Schwerpunkt der Darmkrebsprävention sein?*
CM: Ich setze auf Risikoprädiktion und risikoangepasste Prävention. Dazu werden allerdings Daten benötigt. Und diese gibt es gegenwärtig zu wenig. Ich finde es z. B. ziemlich verrückt, dass deutsche Krankenkassen die Daten von Versicherten nach wenigen Jahren komplett löschen müssen. Daten, die anonymisiert einen unglaublichen Schatz für die personalisierte Risikoprädiktion und die risikoangepasste Prävention darstellen. In Israel hat man einen Prädiktionstest für diverse Krebsarten auf der Basis von 12 Millionen Patientendaten entwickelt, die einer der großen israelischen Krankenversicherer seit 30 Jahren gespeichert hat. Auch die Datenproblematik muss im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs angegangen werden.

Insgesamt würde ich sagen: wenn wir vieles von dem hinbekommen, zu dem die Nationale Dekade gegen Krebs den – auch finanziell – passenden Rahmen liefern kann, dann könnten wir erreichen, dass wir tatsächlich einen Großteil der Neuerkrankungen von Darmkrebs entweder ganz verhindern oder vorhandene Tumoren so früh entdecken können, dass die Betroffenen komplett geheilt werden können und tatsächlich niemand mehr an Darmkrebs stirbt – es sei denn, er wollte sich explizit nie um seine Gesunderhaltung kümmern.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses informative Gespräch.*

Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren – addz

Interview mit Prof. Dr. Stefan Benz, Vorsitzender der addz



© Gudrun De Maddalena

▲ Prof. Dr. Stefan Benz

Zur Person: Geboren 1964. Abitur in Nagold/Schwarzwald. Studium in Homburg/Saar. Chirurgische Weiterbildung an den Universitäten Tübingen, Rostock und Freiburg. Facharztprüfung 1998, Habilitation und Ernennung zum Oberarzt 2000. Habilitationsthema: Bachspeicheldrüsen-transplantation. 2005 Chefarzt Klinken Nagold (Viszeralmedizinischer Schwerpunkt). Aufbau des interdisziplinären Darmkrebszentrums mit DKG-Zertifizierung 2008. Gründung der Arbeitsgemeinschaft deutscher Darmkrebszentren (addz) 2008, seither Vorsitzender der addz e. V. 2012 Wahl in der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren (ADT). 2014 Wechsel als Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral und Kinderchirurgie an das Klinikum Böblingen-Sindelfingen.2016 Gründung der Expertengruppe LAP-CME zur Erarbeitung eines sicheren Standardvorgehens für die laparoskopische Hemikolektomie rechts mit kompletter mesokolischer Exzision (CME). Leiter des deutschen Ausbildungsprogramms für die Lap-CME und Beteiligung am Europäischen Programm Lap-CME. Dr. Stefan Benz (**SB**) sprach mit dem Vorstandsvorsitzenden der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Was beinhaltet die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren mit dem schönen Kürzel addz?*
SB: Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren versteht sich als Dachverband der von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmkrebszentren. Das Hauptanliegen der Arbeitsgemeinschaft ist, die Bedingungen für die Behandlung und Früherkennung von Darmkrebs in den zertifizierten Zentren zu optimieren. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist aber auch, die Leistungen bzw. den Mehrwert und den insgesamt erheblich höheren Aufwand den Darmkrebszentren für Patienten mit Darmkrebs betreiben, der Öffentlichkeit zu kommunizieren.

JFR: *Wie viele Darmzentren gibt in Deutschland und wie viele davon sind durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert?*
SB: Aktuell sind knapp 290 Darmkrebszentren in Deutschland zertifiziert. Darüber hinaus gibt es eine unbekannte, aber nicht unbeträchtliche Anzahl von Kliniken und Institutionen, die sich Darmzentren nennen. Dies ist möglich, da der Begriff an sich nicht geschützt ist. Letztgenannte selbsternannte Darmzentren werden von der addz aber nicht vertreten.

JFR: *Der Bürger kann mit dem Begriff Zertifizierung eher wenig anfangen. Was bedeutet dieser Begriff?*
SB: Die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft beinhaltet ein extrem aufwändiges System, in dem eine Vielzahl von Vorgaben durch die Kliniken erfüllt werden müssen. Alle diese Vorgaben werden jährlich von einer externen Kommission überprüft und unterliegen einem Qualitätsmanagementsystem. Zu diesen Vorgaben gehört an erster Stelle die Behandlung einer Mindestanzahl von Patienten, weiter die Versorgung nach wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen (S3-Leitlinien), ein umfangreiches Angebot an psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen, die Beteiligung an wissenschaftlichen Studien und insbesondere die Besprechung jedes einzelnen Patienten in einer fachübergreifenden Tumorkonferenz. Nur um eine Vorstellung vom Umfang der Vorgaben zu geben: Der Vorgabenkatalog für eine einzelne Klinik umfasst ca. 60 DIN A4 Seiten und thematisiert nahezu jeden wesentlichen Aspekt der Behandlung und der Vorsorge von der Darmkrebserkrankung.

JFR: *Was unterscheidet Darmkrebszentren mit Zertifizierung grundsätzlich von denen ohne? Wo liegen ggfs. Qualitätsunterschiede?*
SB: In Darmkrebszentren sind Diagnostik und Behandlungsabläufe sehr stark strukturiert. Jede wesentliche Entscheidung über die Behandlung eines Patienten wird in einer Konferenz getroffen. Ganz wichtig, das Ergebnis jeder Behandlung wird erfasst und unterliegt einem Qualitätsmanagement, das bedeutet, ob Operation oder Darmspiegelung. Für all diese Maßnahmen werden Erfolgs- bzw. Komplikationsraten erfasst und mit anderen Darmkrebszentren verglichen. Werden bestimmte Qualitätsvorgaben nicht erreicht, kann das Zertifikat entzogen werden.

JFR: *Ist einmal zertifiziert gleich immer zertifiziert oder gibt es analog dem TÜV einen Überprüfungsmodus?*
SB: Das trifft definitiv nicht zu, das Zertifikat gilt für 3 Jahre, trotzdem muss jedes Jahr die Gültigkeit des Zertifikates unter Beweis gestellt werden. Dies geschieht durch eine Kommission, die die Klinik besucht und 1–2 Tage sämtliche Prozesse inkl. einzelner Patientenakten unter die Lupe nimmt.

JFR: *Wer sind die Prüfer und nach welchen Kriterien werden sie ausgewählt?*
SB: Bei den Prüfern handelt es sich in der Regel um erfahrene Ärzte, die ebenfalls mit der Darmkrebsbehandlung betraut sind. Viele von ihnen arbeiten selbst in Darmkrebszentren. Das Zertifizierungsverfahren ist so organisiert, dass die Deutsche Krebsgesellschaft die Regelungen unter Einbeziehung aller relevanten Fachgesellschaften erstellt. Das Zertifizierungsverfahren selbst wird durch die Fa. OnkoZert durchgeführt, die hierfür von der Deutschen Krebsgesellschaft beauftragt ist. Die Ausbildung und Bestellung der Prüfer erfolgt gemeinsam durch die Deutsche Krebsgesellschaft und der Fa. OnkoZert.

JFR: *Sie sind seit einigen Jahren Vorsitzender der addz. Wie hat sich aus ihrer Sicht diese Organisation strukturell entwickelt bzw. bewährt?*
SB: Für einen Dachverband ist es zunächst entscheidend, dass ein möglichst großer Anteil der Darmkrebszentren auch Mitglieder sind. Nur dann können entsprechende Impulse auch wirksam gegeben werden. Wir konnten gerade das 200. Mitglied (von 290 möglichen Mitgliedern) aufnehmen. Die addz gibt den Darmkrebszentren eine Stimme, die einerseits in Richtung der Deutschen Krebsgesellschaft die Praktikabilität der verschiedenen Vorgaben anmahnt, dies erscheint gerade bei der sehr inhomogenen Interessenslage der vielen an der Erstellung der Vorgaben beteiligten Vereinigungen und Gesellschaft extrem wichtig, um die Funktionsfähigkeit der Darmkrebszentren zu gewährleisten. Andererseits hat die addz eine ganze Reihe von wichtigen Impulsen für die Verbesserung des Zertifizierungssystems geben können. Dementsprechend ist die addz integral in die Weiterentwicklung des Zertifizierungssystems bzw. der Regularien für die Darmkrebszentren eingebunden.

JFR: *Was sind die wichtigsten klinischen Resultate, die von der addz erreicht werden konnten, und wie verbessern sie die Versorgung?*
SB: Zu den wichtigsten Aspekten, die von der addz angestoßen wurden, gehört das Benchmarksystem der Zentren. Dieses haben wir bereits auf unserer Gründungsversammlung gefordert. Dieses Benchmarksystem wurde zwischenzeitlich von der Krebsgesellschaft und der Fa. OnkoZert in sehr professioneller Weise umgesetzt und findet unter den Zentren eine sehr hohe Akzeptanz. Jedes Darmkrebszentrum weiß heute, wie seine Komplikationsraten im Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren liegt und kann hieraus Konsequenzen für das eigene Vorgehen ziehen. Welche der vielen verschiedenen Maßnahme die größte Wirkung hat, ist natürlich unklar. Inzwischen wissen wir aber aus 2 voneinander unabhängigen und sehr aufwändig durchgeführten Untersuchungen, dass Patienten, die in Darmkrebszentren behandelt werden, höhere Überlebenschancen bei der Operation selbst und dann auch im Langzeitverlauf haben. In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass Patienten, die in Darmkrebszentren behandelt werden, um eine ca. 10 % bessere Überlebensrate nach 5 Jahren haben.

JFR: *Die Stiftung LebensBlicke unterstützt ein Marketingkonzept, das die öffentliche Wahrnehmung der addz deutlich verbessern soll. Gibt es bereits Ergebnisse?*
SB: Ja, es gibt bereits Ergebnisse, allerdings handelt es sich bei dem Marketingkonzept um ein wissenschaftlich begleitetes Projekt. Die Regeln guter Wissenschaft besagen aber, dass Zwischenergebnisse nur in Ausnahmefällen publiziert werden sollten, um das Endergebnis nicht zu beeinflussen, daher kann ich nur sehr allgemein berichten, dass die sogenannten Marketing-Checkups (Analyse der Öffentlichkeitsarbeit mit nachfolgenden Beratungsgesprächen) als sehr positiv aufgenommen wurden. Hinsichtlich der genauen Zahlen und Fakten müssen wir aber das Projektende abwarten.

JFR: *Was planen Sie noch, um Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten und ggfs. weiter zu steigern?*
SB: In den letzten Jahren haben wir systematisch versucht, die relevanten Medien aus dem Gesundheitsbereich für das Thema Darmkrebs und zertifizierte Zentren zu interessieren. Sicher unter anderem durch die Initiative der addz und persönlichen Gesprächen ist die Zertifizierung zum Darmkrebszentrum inzwischen ein Teil der Beurteilungskriterien für die begehrten Fokussiegel. Die addz zielt in ihrer Öffentlichkeitsarbeit eher nicht auf kurzfristige plakative Effekte, sondern versucht durch die Kommunikation der objektiven Gegebenheiten der inzwischen nachgewiesenen und für jeden einzelnen Patienten relevanten Mehrwert der Zentren klar, aber immer sachlich und ohne Effekthascherei darzustellen. Die Tatsache, dass inzwischen nahezu alle Kliniken, die die Voraussetzungen für die Zertifizierung zum Darmkrebszentrum erfüllen, auch ein Zertifikat haben, oder dies anstreben, spricht für den Erfolg der Kommunikationsstrategie der Deutschen Krebsgesellschaft, aber auch der addz.

JFR: *Worin sehen Sie Probleme und Schwierigkeiten der addz? Was müsste sich in der Akzeptanz ihrer Organisation weiter verändern?*
SB: Ein großes Problem ist sicher, dass der Vorstand der addz aus aktiven Klinikärzten besteht, die alle zu 100 % in ihren Kliniken und viele darüber hinaus noch in weiteren Gremien und wissenschaftlichen Projekten engagiert sind. Unsere personellen Ressourcen sind daher limitiert, auch unsere finanziellen Mittel sind dadurch überschaubar, da wir uns ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen finanzieren. Die Mitglieder der addz haben diesen Weg gewählt, um in einem sehr kritischen Umfeld nicht auf Industriegelder und die damit verbundenen möglichen Einflüsse angewiesen zu sein. Eine positive Entwicklung wäre aber sicher, wenn wir weitere aktive Mitglieder gewinnen könnten, die weitere öffentlichkeitswirksame Projekte in Eigeninitiative mit Unterstützung der addz durchführen würden.

JFR: *Was denken die Mitglieder über Ihre Organisation?*
SB: Das ist eine schwierige Frage, die ich als Vorsitzender nur mit einer gewissen Voreingenommenheit beantworten kann. Die Tatsache, dass mehr als 2/3 der Darmkrebszentren Mitglieder bei uns sind und wir gerade in letzter Zeit relativ vielen neue Mitglieder gewinnen konnten, spricht auf jeden Fall für das hohe Ansehen der addz und die Erwartung, dass durch die Mitgliedschaft in der addz eine wirkungsvolle Vertretung in den oben genannten Aspekten realisiert wird.

JFR: *Wagen Sie einen Blick in die Zukunft: Können sich nicht zertifizierte Darmkrebszentren noch halten oder werden wir erleben, dass alle eines Tages dieses Siegel tragen?*
SB: Das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft und insbesondere der Darmkrebszentren ist eines der erfolgreichsten Projekte des nationalen Krebsplanes, das notabene auf freiwilliger Basis ohne gesetzliche Grundlage die Versorgung von Darmkrebspatienten völlig neu strukturiert hat. Das Zertifikat ist hoch begehrt und es ist inzwischen bei den allermeisten Geschäftsführungen der Kliniken klar, dass eine viszeralchirurgische (bauchchirurgische) Klinik ohne ein Darmkrebszentrum langfristig kaum existieren kann. Die große Frage ist, was passiert mit den ca. 800 nicht zertifizierten Kliniken, die noch immer Darmkrebspatienten mit, wie wir inzwischen wissen, schlechteren Ergebnissen behandeln. Nach meiner Auffassung können die neuesten Erkenntnis-

se über die besseren Ergebnisse in Darmkrebszentren von der Gesundheitspolitik und vom gemeinsamen Bundesausschuss nicht auf Dauer ignoriert werden. Daher gehe ich davon aus, dass auf längere Sicht Darmkrebspatienten nur noch im Ausnahmefall außerhalb dieser Zentren behandelt werden. Die Anzahl der Zentren wird sich dabei möglicherweise nur noch mäßig erhöhen. Eine Anzahl zwischen 300 und 400 Darmkrebszentren wäre für Deutschland allemal ausreichend, um eine wohnortnahe und hochklassige Behandlung dieser gefährlichen und komplexen Erkrankung zu gewährleisten.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses informative Gespräch.*

Geldanlage und Prävention – Was verbindet?

Interview mit Thomas Traue, Vorsitzender des Vorstands der Sparkasse Vorderpfalz



© Sparkasse Vorderpfalz

▲ Thomas Traue

Zur Person: Thomas Traue wurde 1962 in Hannover geboren. Der 57-jährige Dipl.-Sparkassenbetriebswirt hat seine Karriere 1986 bei der Sparkasse Hannover begonnen. Nach seinem Studium am Bonner Lehrinstitut für das kommunale Sparkassen- und Kreditwesen übernahm Traue 2000 die Firmenkundenleitung der Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau. 2002 wurde er dort zum stellvertretenden Vorstandsmitglied ernannt. Bei der Sparkasse Vorderpfalz ist Traue seit 2006 als Vorstandsmitglied und seit 1. April 2018 deren Vorstandsvorsitzender. Neben seiner Vorstandstätigkeit für die Sparkasse Vorderpfalz engagiert sich Thomas Traue in einer Reihe von Funktionen und Ehrenämtern. Darüber hinaus bringt er sein weit gespanntes Erfahrungswissen in zahlreichen Arbeitskreisen und Verbandsgremien ein. Seinen Lebensmittelpunkt hat Thomas Traue seit vielen Jahren in Ludwigshafen. Er ist verheiratet und Vater eines erwachsenen Sohnes. Sofern ihm sein ausgefülltes Berufsleben noch etwas Freizeit lässt, verbringt er diese gerne mit seiner Familie. Erholung findet er beim Laufen, Wandern und Radfahren.

Mit Thomas Traue (**TT**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke, Professor Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Herr Traue, Sie sind Leiter eines der großen Geldinstitute in Rheinland-Pfalz, der Sparkasse Vorderpfalz in Ludwigshafen. Wo und wie sind die Sparkassen in den Reigen der Geldhäuser in Deutschland einzuordnen und was sind die wichtigsten Kennzahlen Ihres Hauses?*
TT: Sparkassen bilden bundesweit mit 385 Instituten, über 13.000 Geschäftsstellen und rund 210.000 Mitarbeiter/innen eine der tragenden Säulen der deutschen Bankenlandschaft. Mit einem Geschäftsmodell das nicht auf eine maximale Gewinnerzielung ausgerichtet ist, ist die Sparkasse Vorderpfalz als regional verankerte, öffentlich-rechtliche und kommunal getragene Sparkasse dem Gemeinwohl verpflichtet. Mit 51 Standorten in Ludwigshafen, Speyer und dem Rhein-Pfalz-Kreis unterhalten wird das mit Abstand dichteste Geschäftsstellen-, Service-, und Geldautomatennetz der Region. Mit einer Bilanzsumme von 5,1 Milliarden Euro und 930 Mitarbeiter/innen sind wir die größte Sparkasse in Rheinland-Pfalz

JFR: *Banken und Sparkassen sollen eigentlich ein sicherer Hort für Geldgeschäfte und Geldanlagen sein. Nicht zuletzt die Pleite der ame-*

rikanischen Investmentbank Lehmann Brothers in 2008, die zu einer erheblichen Finanzkrise geführt hat, hat das Vertrauen in Geldhäuser erschüttert. Wie haben Sie als eines der großen Geldinstitute in Rheinland-Pfalz reagiert?

TT: Beim Thema Geld geht es vornehmlich um Vertrauen. Kreditinstitute haben die Aufgabe, mit ihren Finanzdienstleistungen realwirtschaftliche Abläufe zu ermöglichen. Die Finanzwirtschaft hat eine rein dienende Funktion. Rückblickend war eine der zentralen Lehren aus der Finanz- und Wirtschaftskrise, dass neben der Stabilität einzelner Institute auch die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Finanzsystems als Ganzem sichergestellt werden musste. Hierbei waren Sparkassen Teil der Lösung, nicht Teil des Problems. Das regional ausgerichtete risikoarme Geschäftsmodell der Sparkassen ist stabilitätsstiftend, eng an der Realwirtschaft ausgerichtet und machte uns weitgehend unabhängig von den Ausschlägen an den Finanzmärkten. Sparkassen erbringen zahlreiche wirtschaftliche, soziale und kulturelle Dienstleistungen, von denen die jeweiligen Kommunen, die lokale Wirtschaft und die Menschen vor Ort profitieren. Einlagen werden in der Region eingeworben und auch dort wieder in Form von Krediten an Privatpersonen und Unternehmen investiert. Sparkassen stehen für Kundenvertrauen, regionale Verbundenheit, Verlässlichkeit und Qualität.

JFR: *Die Europäische Bankenlandschaft ist ja sehr unterschiedlich geprägt. Wie sähe nach Ihrer Einschätzung ein Europäisches Modell für Banken aus, das auf der einen Seite für die Bürger sicher, auf der anderen unabhängig und erfolgreich ist?*

TT: Eine vielfältige Finanzwirtschaft mit unterschiedlichen Rechtsformen und Geschäftsmodellen die sich am Alltag der Menschen und am Bedarf der Wirtschaft ausrichtet hat sich in Deutschland bewährt. Das könnte auch als Denkmodell für Europa gelten. Denn Diversität sorgt für Wettbewerbsintensität, Innovationen, Mehrwerte für Verbraucher und Unternehmen und garantiert ein leistungsfähiges und stabiles Finanzsystem.

JFR: *Wie schätzen Sie die weitere Entwicklung der Zinsen in Europa ein? Wird sich nach dem Abgang von Mario Draghi an der Nullzinspolitik der Europäischen Zentralbank EZB etwas ändern?*

TT: Die Normalität bei den Zinsen kehrt 2019 noch nicht zurück. Schlechtere Konjunkturdaten und verschärfter Protektionismus lasten auf den Wirtschaftsdaten aber auch eine geringere Inflation sprechen dafür, dass die Europäische Zentralbank ihren Einlagensatz nach den jüngsten Äußerungen von Mario Draghi in diesem Jahr nicht mehr anheben wird. Vermutlich wird das Zinstief bis Ende 2020 anhalten.

JFR: *Nach einer langen Wachstumsphase steuert die Wirtschaft derzeit nach Auskunft von Experten möglicherweise auf einen Abschwung hin. Eine Rezession ist nicht ganz auszuschließen. Wie bereitet sich eine Bank wie die Sparkasse Vorderpfalz auf eine solche mögliche Entwicklung vor?*

TT: Mit derartigen Herausforderungen müssen wir in der Finanzbranche jederzeit umgehen. Sie gehören quasi zum Tagesgeschäft – ganz gleich ob sich die Wirtschaft in einer Niedrigzins-, Aufschwung- oder einer Rezessionsphase befindet. Zum Instrumentarium der Banksteuerung gehören beispielsweise Risikocontrolling und -management, aufsichtliche Überprüfungs- und Bewertungsprozesse, Kreditrisikostandards, Risikotragfähigkeit, die Bildung von Risikovorsorgen, Eigenmittelanforderungen aber auch die Messung von Risiken und das Meldewesen. Damit erfüllen die Sparkassen eine Kernforderung der Regulierung, ein nachhaltiges Geschäftsmodell für ihre Kunden zu betreiben.

JFR: *Vorsorge ist ein wichtiges Stichwort für das Gemeinwohl. Das gilt nicht nur für die Gesundheitsvorsorge, sondern u. a. auch für die Alterssicherung, die ja derzeit in aller Munde ist: Stichwort Risikoprävention. Wie sollte ein Durchschnittsverdiener seine finanzielle Alterssicherung gestalten? Was raten Sie Kunden, die Geld anlegen wollen?*

TT: Sparen, Geldanlage und die Alterssicherung lohnt sich immer, auch in Zeiten der Niedrigzinsphase und volatiler Aktienmärkte. Sparen hat – bei allen Generationen, bei unterschiedlichen Motiven und auch unter den veränderten Bedingungen – überhaupt nicht an Bedeutung verloren. Die Erfüllung von persönlichen Wünschen und materiellen Bedürfnissen oder auch eine Geldanlage ist Teil der Lebensplanung, für die es sich zu sparen lohnt, egal ob es um kurzfristige Ziele wie das Ansparen von Anschaffungen oder langfristige, wie die Eigenheimfinanzierung oder die Altersabsicherung geht. Zwar ändern sich Wünsche und Sparziele im Lauf der Zeit – die Notwendigkeit, dafür zu sparen bleibt.

Und wer gute Erträge erzielen will, kommt an Aktien oder Fonds nicht vorbei. Die langfristige DAX-Kurve zeigt: Trotz der Kursrisiken lohnt es sich, einen Teil der Ersparnisse in Aktien oder Fonds zu investieren – das geht auch mit kleinen Beträgen. Eine auf die persönliche Situation abgestimmte Mischung der Geldanlage hilft, mit dem Vermögen in den unterschiedlichen Marktphasen Chancen zu nutzen und Risiken zu minimieren. Dazu ist es wichtig, sich beraten zu lassen. Hierbei analysieren die Kunden gemeinsam mit unseren Beratern Erwartungen, Lebenssituation, Vermögen, Sparziele und Risikobereitschaft und formulieren ein Anlageziel.

JFR: *Soziale Verantwortung ist ein weiteres Stichwort. Die Sparkasse Vorderpfalz ist seit Jahren mit Erfolg bemüht, auch in vielen sozialen Bereichen Unterstützung zu leisten. Was steckt dahinter, sicher mehr als nur ein soziales Feigenblatt?*

TT: Als öffentlich-rechtliche Sparkasse setzten wir uns für andere ein und möchten mit unserem gesellschaftlichen Engagement die Lebensqualität „vor Ort" stärken. Denn der Förderauftrag und die Stärkung des Gemeinwohls ist ein wichtiger Teil unserer Sparkassen-DNA. Mit jährlich über 1,3 Millionen Euro fördert die Sparkasse Vorderpfalz gemeinsam mit ihren fünf Stiftungen rund 1100 Vereine, Schulen, Projekte und Initiativen in ihrem Geschäftsgebiet in Ludwigshafen, Speyer und dem Rhein-Pfalz-Kreis.

Als Teil des gesellschaftlichen Lebens möchten wir mit unseren Spenden-, Sponsoring- und Stiftungsgeldern – die ich auch gerne als Bürgerdividende bezeichne – fördern und anregen, helfen und anschieben, damit die eigenen Kräfte der Bürger geweckt und diese in der Region verwirklicht werden können. Hierbei unterstützen wir große Projekte genauso engagiert wie die vielen kleinen Initiativen, die oftmals nicht so häufig im Rampenlicht stehen. Das machen wir gern und aus Überzeugung. Ich sehe darin auch keinen Luxus, sondern eine moderne Interpretation des öffentlichen Auftrages unserer Sparkasse. Deshalb ist es mir eine Herzensange-

legenheit das bürgerschaftliche Engagement der Vereine, Projekte und Initiativen in unserem Geschäftsgebiet zu unterstützen – insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die Arbeit der Vereine oftmals ehrenamtlich getragen wird. Ihre wertvolle Arbeit verdient unser aller Anerkennung, Lob und Unterstützung.

JFR: *Ihr Geldinstitut unterstützt auch die Stiftung LebensBlicke seit vielen Jahren. Wie bewerten Sie die ortsansässige Stiftung, die sich ja seit 1998 vor allem im Darmkrebsmonat März auch bundesweit engagiert, in ihrer Wirkung auf die Öffentlichkeit? Werden die Botschaften der Stiftung wahrgenommen?*
TT: Die präventive und engagierte Arbeit der Stiftung LebensBlicke unterstützen wir sehr gerne. Die Botschaft Ihres Stiftungs-Logo bringt es unmissverständlich auf den Punkt: „Vermeiden statt Leiden. Aktiv gegen Darmkrebs!". Dem kann ich nur zustimmen und jeden zur Teilnahme an den kostenlosen Früherkennungsangeboten der Stiftung LebensBlicke ermutigen.

JFR: *Die Stadtverwaltung Ludwigshafen hat schon mehrfach mit guter Resonanz Vorsorgeaktionen für ihre Mitarbeiter organisiert. Ist das Thema Darmkrebsvorsorge und Früherkennung in ihrem Institut schon einmal eine Option gewesen? Kann ein Institut Ihrer Größe und mit so vielen Mitarbeitern in diesem Zusammenhang auch Vorbild sein?*
TT: Darmkrebsvorsorge und Früherkennung stand bei uns bereits auf der Agenda. Jede Darmkrebsaktion kann leben retten. Deshalb werden wir das wichtige Thema erneut und als festen Bestandteil unseres betrieblichen Gesundheitsmanagements einplanen und gerne das Know-how der Gesundheitsexperten der Stiftung LebensBlicke nutzen.

JFR: *Wie ist Ihre persönliche Einstellung zur Vorsorge? Fühlen Sie sich über Vorsorgeangebote im Gesundheitsbereich ausreichend informiert? Wenn ja, wie informieren Sie sich?*
TT: Ich fühle mich zu diesem Thema umfassend informiert und gehe selbstverständlich zur Früherkennung, denn Vorsorge ist besser als eine umfangreiche Nachsorge.

JFR: *Was müsste für Sie und Ihr Umfeld geschehen, damit noch mehr Aufmerksamkeit für die Früherkennung generiert werden könnte, ohne aufdringlich zu sein?*
TT: Ich vermute, dass beim Thema Vorsorge oftmals Unwissenheit, Scham oder Angst im Vordergrund stehen. Die Stiftung LebensBlicke leistet auf diesem Gebiet seit vielen Jahren hervorragende Arbeit. Es erfordert weiterhin viel Arbeit und Durchhaltevermögen, denn das Vorsorgethema ist wie eine Reise, die vermutlich nie zu Ende geht. Achtsamkeit und Prävention können vielen Menschen mehr Lebensqualität sichern.

JFR: *Last but least: welchen Einfluss wird die Digitalisierung auf Ihre zukünftige Tätigkeit haben?*
TT: Die Digitalisierung ganzer Branchen schreitet mit teilweise ungeheurer Dynamik voran. Auch die Rahmenbedingungen in der Finanzbranche verändern sich immer schneller. Um unsere Kunden im digitalen Zeitalter zufriedenstellend bedienen zu können, müssen wir uns permanent anpassen und verbessern. Bei immer mehr Produkten wird eine wichtige Priorität sein, unsere Kunden verstärkt digital, papierlos und in Echtzeit zu bedienen. Deshalb müssen wir beides schaffen: ein modernes Standortnetz bieten und die Prozesse so digitalisieren, wie Menschen das von einer modernen Sparkasse erwarten. Unsere Kunden verlangen individuelle Lösungen in den unterschiedlichsten Lebenssituationen an den verschiedensten Orten – darauf richten wir die Sparkasse Vorderpfalz kontinuierlich aus.

JFR: *Herzlichen Dank für das informative und offene Interview.*

Leben nach und mit Krebs

Interview mit Dr. h. c. Christian Schad, Präsident der Evangelischen Kirche der Pfalz



© Winfried Rothermel

▲ Dr. h. c. Christian Schad

Zur Person: Dr. h. c. Christian Schad ist seit 2008 Präsident der Evangeli-schen Kirche der Pfalz (Protestantische Landeskirche), seit 2013 Vorsitzender der Vollkonferenz und des Präsidiums der Union Evangelischer Kirchen in der Evangelischen Kirche in Deutschland und seit 2016 evangelischer Vorsitzender des Kontaktgesprächskreises zwischen Vertretern des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz. Mit Kirchenpräsident Schad (**CS**) sprach der Vorsitzende des Vorstands der Stiftung LebensBlicke, Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Darmkrebs ist mit ca. 62.000 Neuerkrankungen/Jahr und ca. 26.000 Todesfällen/Jahr eine der häufigsten Krebs-erkrankungen. Männer sind häufiger und früher betroffen. Sie sind seit Jahren selbst Betroffener und haben nach der Diagnose „Darmkrebs" Ihr Leben darauf eingestellt. Wie haben Sie die Diagnose „Darmkrebs" damals empfunden?*
CS: Die Diagnose konnte ich zunächst nicht fassen. Irgendwie stockte mein Lebensstrom. Ein Riss tat sich auf, und die Selbstverständlichkeit des Dahinlebens, die fraglose Normalität des Alltags, war erschüttert: „Etwas Fremdes, Bösartiges ist in mir. Und ich ahne dunkel, dass es sich nicht einfach wegwischen lässt, es vielmehr unverhältnismäßig gewichtig ist." Ich war mir meiner selbst nicht mehr sicher.

JFR: *Wie lernten Sie, mit der Diagnose „Darmkrebs" zu leben?*
CS: Mehr und mehr hatte ich das Verlangen, vor mir selbst und vor anderen wahrhaftig zu sein; mich nicht selbst zu betrügen. Dies führte zu einer gewissen Nüchternheit, die mir half, mit den Ärzten auf Augenhöhe zu kommunizieren. Und die Wege der einzuschlagenden Therapie zu kommunizieren und mit zu bestimmen. Ich lernte, mich realistisch auf meine Krankheit einzulassen und ihr gleichzeitig den Kampf anzusagen. Fast nahm ich die Haltung des Protestes ein. Durch Anfechtungen hindurch lernte ich, mit der Diagnose, mit meiner Krankheit, zu leben, aber mich nicht durch sie beherrschen zu lassen.

JFR: *Leben mit und nach Krebs ist heute ein Schicksal von Millionen Menschen. Sie persönlich gehen offen damit um und sind sicher im Laufe der letzten Jahre vielfach angesprochen worden. Was konnten und können Sie gerade auch im Verständnis Ihres kirchlichen Amtes Menschen an Rat und Hilfe weitergeben? Wie kann geistlicher Beistand Menschen in einer solchen Lage zusätzlich stärken?*
CS: Zwei Einsichten des Theologen und Pfarrers Dietrich Bonhoeffer haben mir geholfen, weil sie sich an mir bewahrheitet haben. Die eine Einsicht lautet: „Der Christus im Munde des Bruders (der Schwester) ist stärker als der Christus im eigenen Herzen." Das heißt, ich war dankbar für Menschen, die mich begleitet, die für mich gebetet haben, gerade auch dann, wenn ich niedergeschlagen war (vor allem in manch' trostlosen Phasen der Chemotherapie); die da waren, sich Zeit für mich genommen haben, mir die Treue hielten und mich dadurch oft aufrichteten. Vor allem, indem sie mir Gegen-Bilder zuspielten, die mein Sich-Drehen-um-mich-selbst heilsam unterbrachen. Und indem sie stellvertretend für mich glaubten und hofften, wenn mir dies verwehrt war. Eine zweite Einsicht Bonhoeffers wurde ebenfalls zu meiner eigenen Erfahrung. Er drückte sie so aus: „Ich glaube, dass Gott uns in jeder Notlage so viel Widerstandskraft geben will, wie wir brauchen. Aber er gibt sie nicht im Voraus, damit wir uns nicht auf uns selbst, sondern allein auf ihn verlassen. In solchem Glauben müsste alle Angst vor der Zukunft überwunden sein."

Ja, die Angst, der Zweifel nisten sich immer wieder ein. So will die Perspektive der Hoffnung, wenn sie sich denn als ehrliche Widerstandskraft erweisen soll, von Mal zu Mal diesen Einwänden abgerungen sein. Wahrer Trost geschieht nicht unter Absehen oder auf Kosten der Wirklichkeit, sondern nur im Angesicht dessen, was schmerzt und weh tut. Und manchmal gilt es auch, Gott gegen Gott zu Hilfe zu rufen. Aber gerade die Klagepsalmen der Bibel verheißen uns, auch mit unseren Verzweiflungen immer noch Gott zu begegnen, der uns Licht, Güte und Zuversicht sein will.

JFR: *Welche Konsequenzen haben Sie aus Ihrer Erkrankung gezogen?*
CS: Ich empfinde bis heute eine große Dankbarkeit, leben zu dürfen: eine Dankbarkeit meinem Schöpfer gegenüber und gegenüber den Menschen, die mich damals begleitet, gepflegt und ärztlich behandelt haben. Aus dieser Dankbarkeit heraus ermutige ich in meinem privaten und dienstlichen Umfeld immer wieder Menschen, sich rechtzeitig einer Vorsorge-Untersuchung zu unterziehen. Ich nehme ihnen, so gut es geht, die Angst vor dieser Untersuchung, auch mit dem Hinweis, dass sog. Polypen im Darm im Anfangsstadium in der Regel gutartig und leicht abzutragen sind. Indem ich Menschen – unaufdringlich, aber klar – meine Geschichte erzähle, also authentisch Auskunft gebe, spüre ich, dass dies Menschen ermutigt, ihrerseits den Weg zur Vorsorge zu gehen.

JFR: *Es gibt ja auch das Recht auf Nichtwissen. Wie sollte ein überzeugter Anhänger der Prävention mit solchen Menschen umgehen? Sie in Ruhe lassen? Sie immer mal wieder in ein Gespräch verwickeln?*
CS: Ja, es gibt ein Recht auf Nichtwissen. Deshalb würde ich gegenüber Menschen, die im Blick auf eine Prävention oder auch eine Nachsorge skeptisch oder ängstlich sind, nie mit erhobenem Zeigefinger argumentieren. Vielmehr ganz unmittelbar von mir selbst und meinem Empfinden erzählen. Dass es für mich nämlich mit meiner Selbstachtung zu tun hat, mit meiner Verantwortung vor mir selbst, mich nicht zu betrügen, sondern auch mit meinem körperlichen Befinden offen umzugehen. Und auch zuzugeben, dass dabei Ängste vorhanden sind. Aber der Angst kann ich m. E. besser

dadurch begegnen, dass ich sie mir eingestehe, sie mit vertrauten Menschen teile und mit ihnen darüber rede, als die Angst im Diffusen und mich selbst im Unklaren zu lassen.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses sehr instruktive und offene Gespräch!*

Prävention in dem Weltunternehmen BASF

Interview mit Dr. Martin Brudermüller, Vorstandsvorsitzender der BASF SE



▲ Dr. Martin Brudermüller

Zur Person: Nach Chemiestudium, Diplom und Promotion in Karlsruhe Beginn der beruflichen Tätigkeit als Chemiker im Ammoniaklabor der BASF. Weitere Etappen waren u. a. Business Development und Marketing, BASF Italia Spa, Stab des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, Aufstieg zum Senior Vice President für Strategische Planung der BASF-Gruppe, dann Mitglied des Vorstands der BASF im Jahr 2006. Seit 2011 stellvertretender Vorsitzender, seit 2018 Vorstandsvorsitzender der BASF. Mit Dr. Martin Brudermüller (**MB**) sprach Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

JFR: *Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, mir die Gelegenheit zu einem Interview zu geben. Die BASF ist derzeit der weltgrößte Chemie-Konzern. Können Sie bitte für unsere Leser im In- und Ausland zu Beginn einige wichtige Kenndaten nennen wie zum Beispiel die wichtigsten Produkte, Jahresumsatz, Standorte, Zahl der Mitarbeiter, die zumindest eine grobe Vorstellung von der Größe und der Bedeutung der BASF erkennen lassen?*
MB: Unser Unternehmen hat weltweit über 360 Standorte und ist in mehr als 90 Ländern vertreten. Rund 122.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten für die BASF-Gruppe, darunter 11.000 in Forschung und Entwicklung. Im vergangenen Jahr betrug unser Umsatz 62,7 Milliarden Euro. Unser Produktportfolio reicht beispielsweise von Basischemikalien über Kunststoffe, Lacke, UV-Filter für Sonnencremen bis hin zu Pflanzenschutzmitteln und Saatgut. Unsere Kunden kommen daher aus ganz unterschiedlichen Industrien. Wir haben das Ziel, in den Augen unserer Kunden das weltweit führende Chemieunternehmen zu sein. Um Größe alleine geht es uns daher nicht.

JFR: *Die Friday for Future-Bewegung, angestoßen durch die Schwedin Greta Thunberg, sorgt derzeit für enormen Druck auf die Politik, beim Klimaschutz energische Schritte zum Erreichen von wichtigen Klimazielen zu unternehmen. Welche Maßnahmen sind für die BASF vordringlich, um an ihren Standorten den Klimaschutz voranzubringen? Gibt es Unterschiede z. B. zwischen Europa, den USA und Asien?*
MB: BASF unterstützt das globale Abkommen zum Klimaschutz von Paris und damit alle Schritte zur wirksamen und zügigen Umsetzung. Wir selbst leisten dazu unseren Beitrag an all unse-

ren Standorten. Mit unserer neuen Unternehmensstrategie haben wir uns das Ziel gesetzt, bis 2030 CO_2-neutral zu wachsen. Wachsen heißt dabei rund 50 % mehr Produktionsvolumen. CO_2-neutral heißt, unsere Emissionen auf dem Niveau von 2018 zu halten. Das ist sehr ambitioniert. Denn seit 1990 haben wir unsere Emissionen bereits halbiert. Gleichzeitig haben wir unsere Produktion in diesem Zeitraum verdoppelt. Die größten Potenziale zur Senkung haben wir mit den heute existierenden Technologien bereits erschlossen. Bei etlichen unserer Anlagen stoßen wir an technische Grenzen. Wir brauchen also neue Technologien und innovationsfreundliche Rahmenbedingungen. Ein Beispiel dazu, das auch regionale Unterschiede zeigt: Wir planen in Indien einen Standort, den wir vollständig mit erneuerbarer Energie betreiben wollen. Das wäre der erste CO_2-neutrale Standort in der Chemieindustrie weltweit – dank einer Solar- und Wind-Farm. In Indien geht das. In Deutschland könnten wir ein solches Vorhaben mit den aktuell gültigen energiepolitischen Regelungen nicht umsetzen. Das ist sehr schade.

JFR: *Ein weiteres Reizthema ist Plastikmüll, der derzeit ebenfalls als eine der größten Bedrohungen weltweit im Fokus steht, vor allem das nicht recyclebare Plastik, das die Weltmeere stark verschmutzt und damit erheblichen Einfluss auf Natur und Umwelt hat. Wie wichtig ist dieser Kunststoff und wie sieht die Strategie der BASF in Zukunft aus, mit Plastik umzugehen?*
MB: Ganz klar, Plastikabfälle haben in der Umwelt nichts verloren. Bemerkenswert ist, dass weit mehr als die Hälfte des Plastikmülls in den Meeren allein aus nur acht asiatischen und zwei afrikanischen Flüssen stammt. Hier sind also gezielte Maßnahmen gefragt. Festzuhalten bleibt aber auch: Kunststoff ist häufig gegenüber alternativen Materialien die insgesamt ökologischere Wahl. Ich bin davon überzeugt, dass es bei diesem Thema in den nächsten Jahren Fortschritte geben wird. Mit anderen Unternehmen haben wir die Allianz gegen Plastikmüll in der Umwelt gegründet. Wir sind davon überzeugt, dass ein globales Problem wie Plastikmüll ein Unternehmen allein nicht lösen kann. Das geht nur gemeinsam. Eine Milliarde US-Dollar haben die Mitgliedsunternehmen einschließlich BASF der Allianz bereits zugesagt. Zum einen müssen wir uns für einen verantwortungsvolleren Umgang mit Kunststoff einsetzen. Und zum anderen braucht es neue Möglichkeiten des Recyclings. Bei BASF arbeiten wir daher an Technologien, um mehr Kunststoffe wiederverwenden zu können. Ein Beispiel ist unser Projekt ChemCycling. Das Prinzip ist einfach. Abfälle aus Kunststoff werden durch ein Verfahren in sogenanntes Pyrolyseöl umgewandelt. Dieses Öl setzen wir dann als Rohstoff wieder ein. So verbrauchen wir weniger fossile Ressourcen und schaffen einen Kreislauf für Kunststoffe. Das zeigt: Nachhaltigkeit und Innovation gehören zusammen.

JFR: *Sie sind, wie man den Medien entnehmen konnte, u. a. auch Mitglied im Wirtschaftsbeirat der Grünen. Wie sehen Sie Ihre Rolle als energieintensives Unternehmen vor allem vor dem Hintergrund, dass wir wahrscheinlich nicht nur vor einer Energiewende, sondern auch vor einer Mobilitätswende stehen?*
MB: Zunächst einmal finde ich es sehr gut, wenn sich unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen austauschen und zugänglich für die Sichtweise des Gesprächspartners sind. Wenn wir unsere Zukunft nachhaltig gestalten wollen, brauchen wir eine Gesellschaft, die offen für Innovationen ist. Moderne Technologien sind eine Antwort auf den Klimawandel. Wir forschen beispielsweise mit unserem Carbon Management Programm an Innovationen, die unseren CO2-Ausstoß langfristig deutlich senken können. Es geht also nur mit und nicht gegen die Industrie. Das gilt ganz besonders in Fragen der Energiepolitik. Wir brauchen ausreichend erneuerbare Energien zu international wettbewerbsfähigen Preisen. Das hat auch direkte Auswirkungen auf die angestrebte Mobilitätswende. Wer ein Elektroauto fährt, muss sich darauf verlassen können, jederzeit Strom tanken zu können. Und wenn wir mit dem Rückzug des Verbrennungsmotors nachhaltig etwas bewirken wollen, kommt der dazu benötigte Strom aus erneuerbaren Energien. Auch wir sind als Partner der Automobilbranche gefordert. Wir müssen weiter Innovationen für die Elektromobilität liefern. Sehr wichtig sind zum Beispiel leistungsfähigere Batterien.

JFR: *Bei unseren Lesern stellt sich auch die Frage, wie bei einem so riesigen Konzern die ärztliche Versorgung weltweit organisiert ist. Gibt es Kriterien und ev. Standards, die überall gelten und eingehalten werden müssen?*
MB: Bereits seit 1866 bietet die BASF ihren Mitarbeiten arbeitsmedizinische Beratung und Services zu Gesundheitsthemen an. Unser betriebliches Gesundheitsmanagement ist für alle Gruppengesellschaften weltweit etabliert und dient dazu, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stärken und zu fördern. Globale Standards für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz sind in einer gruppenweit verbindlichen Richtlinie festgehalten, für deren Umsetzung ein weltweites Netzwerk von Experten sorgt.

JFR: *Prävention ist ebenfalls ein wichtiger sozialer Faktor für Unternehmen. Künstliche Intelligenz, die erlaubt, große Datenmengen zu sichten, und Digitalisierung werden darauf Einfluss haben und Prävention immer individualisierter ermöglichen. Welchen Stellenwert hat die Prävention und könnten KI und Big Data auch Einfluss auf personalisierte Präventionsangebote haben?*
MB: Prävention hat bei BASF einen sehr hohen Stellenwert. Die Angebote unseres betrieblichen Gesundheitsmanagements passen wir immer an die Bedürfnisse unserer Mitarbeiter und an die Gegebenheiten der jeweiligen BASF-Standorte an. Wir werden aber keine persönlichen Daten von Mitarbeitern nutzen, um personalisierte gesundheitliche Prävention anzubieten. Das ist Sache des öffentlichen Gesundheitswesens und damit der Ärzte und Krankenkassen.

JFR: *Die BASF hat zumindest in Deutschland schon lange zahlreiche Präventionsangebote für ihre Mitarbeiter. Dazu gehört auch die Darmkrebsvorsorge und -Früherkennung. Dank einer 2002 durchgeführten und später mehrfach ausgezeichneten großen Studie von BASF und Stiftung LebensBlicke zur Darmkrebsvorsorge in Betrieben ist diese Vorsorge in Deutschland auch derzeit immer noch für viele Unternehmen aller Größenordnungen Vorbild und Blaupause. Gibt es solche Präventionsmaßnahmen in den europäischen und nicht-europäischen Niederlassungen?*
MB: Die Einführung des freiwilligen jährlichen Angebotes zur Darmkrebsfrüherkennung für Mitarbeiter ab dem 46. Lebensjahr

ist eine Erfolgsgeschichte. Bei auffälligen Screening-Befunden wurde von den Betriebsärzten eine Dickdarmspiegelung bei externen Fachärzten empfohlen. Dadurch konnten bei vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Darmkrebserkrankungen im Frühstadium oder Vorstufen diagnostiziert und rechtzeitig behandelt werden. Das Beispiel der BASF SE in Ludwigshafen wurde von vielen anderen BASF Standorten im In- und Ausland übernommen und besteht noch heute.

JFR: *Wie gut wurden diese Präventionsangebote von den Mitarbeitern über die Jahre angenommen, die ja alle freiwillig sind?*
MB: Wir konnten bei unserer vorwiegend männlichen Belegschaft am Standort Ludwigshafen eine konstante Beteiligungsrate von circa 35 % der Zielgruppe erreichen. Jenseits des Werkszaunes in Ludwigshafen nehmen nur circa 13 bis 17 % ein solches Vorsorgeangebot wahr.

JFR: *In 2020 ist wahrscheinlich jeder zweite Mitarbeiter der BASF 50 Jahre und älter und damit anspruchsberechtigt. Wird das einen Einfluss auf das Präventionsangebot des betriebsärztlichen Dienstes der BASF haben?*
MB: Im Rahmen unseres Demografie-Managements bieten wir schon seit dem Jahr 2011 freiwillige Gesundheits-Checks für alle Mitarbeiter an. Diese Untersuchungen nehmen unsere Betriebsärzte vor und erfolgen auf Einladung oder in Ergänzung mit der gesetzlich geforderten arbeitsmedizinischen Vorsorge. Mehr als 60 % unserer Mitarbeiter nutzen dieses Angebot und erhalten vertraulich einen ärztlichen Befundbericht mit Empfehlungen zur weiteren Diagnostik beim Haus- oder Facharzt beziehungsweise eine Anregung zur Teilnahme am BASF-internen Gesundheitsprogramm.

JFR: *Sie sind schon seit Jahren Befürworter der Stiftung LebensBlicke. Was hat Sie seinerzeit bewogen, sich persönlich respektive als Führungskraft eines Weltunternehmens für dieses Anliegen einzusetzen?*
MB: Darmkrebs zählt zu den häufigsten Krebsarten in Deutschland. Wenn er frühzeitig erkannt wird, sind die Heilungschancen aber vergleichsweise gut. Informieren, beraten und für die Vorsorge werben, ist also sehr wichtig. Vor der Arbeit der Stiftung LebensBlicke habe ich daher sehr großen Respekt.

JFR: *Wo sehen Sie unter diesem Blickwinkel als bedeutender Wirtschaftsführer jetzt und in Zukunft die Rolle von Stiftungen wie der Stiftung Lebensblicke?*
MB: Wir leben zum Glück in einer Gesellschaft, in der sich sehr viele Bürgerinnen und Bürger gemeinnützig engagieren. Ganz gleich um welche Themen und Projekte es konkret geht, ob Bildung, Sport, Kultur, Umwelt oder Soziales – Stiftungen leisten einen wertvollen Beitrag für ein lebenswertes Miteinander. Ich finde es bewundernswert, mit welcher Kraft viele Stifterinnen und Stifter sich immer wieder für unser Gemeinwesen einsetzen. Für die Zukunft in unserem Land stimmt mich das sehr zuversichtlich.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses aufschlussreiche Interview!*

„Die Visite" – ein Erfolgsformat

Interview mit Vera Cordes, Journalistin und Fernsehmoderatorin



© privat

▲ Vera Cordes

Zur Person: Vera Cordes, eine bekannte Journalistin und Fernsehmoderatorin, studierte Sport- und Erziehungswissenschaften sowie Germanistik und besuchte danach die Axel-Springer-Journalistenschule in Hamburg und Berlin. Sie begann 1986 ihre berufliche Laufbahn als Reporterin beim NDR. Später war sie für verschiedene Radiosender in Berlin und Hannover tätig. In ihre Fernsehkarriere stieg sie ein als Moderatorin und Redaktionsleiterin der Hamburg-Redaktion von RTL-Nord. Es folgten das NDR-Vorabendmagazin „DAS!", die N3-Nachrichten und schließlich die Gesundheitssendung „Visite", die sie 1998 als Moderatorin übernahm. Mit Vera Cordes (**VC**) führte der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke, Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**), der auch schon Gast in einer ihrer Gesundheitssendungen zum Thema Darmkrebs war, nachfolgendes Interview.

JFR: *Die „Visite" hat sich einen prägenden Platz in der Hierarchie ähnlicher Formate erobert mit Ihnen, einer sehr geschätzten und überaus kompetenten Moderatorin. Worauf führen Sie diesen Erfolg zurück? Fühlen Sie sich gelegentlich als Taktgeber in Gesundheitsfragen?*
VC: Ich denke, dass wir das durchaus immer wieder sind – auch weil die Menschen in der Visite eine seriöse und qualitativ hochwertige Quelle medizinischer Informationen sehen. Wenn man bedenkt, dass die Anfänge unserer Sendung in der damaligen DDR auf das Jahr 1971 zurückgehen und ich jetzt auch schon 21 Jahre Visite als Moderatorin überschaue, darf man wohl mit Recht behaupten, dass sich hier Qualität wirklich durchgesetzt hat. Unser Standing bei den Fernsehzuschauern ist sehr gut. Die Menschen vertrauen uns und begeistern sich auch für Visite-Ableger wie die „Ernährungs-Docs" und die „Bewegungs-Docs". In beiden Formaten geht es nicht um die klassische, hochgerüstete Schulmedizin mit Spritzen, Operationen und High-Tech-Therapien, sondern um die Basismöglichkeiten, die jedermann zur Verfügung stehen. Und zwar in Form von entsprechender Ernährung und Bewegung. Unsere „E-Docs" und „B-Docs" beweisen mit echten Patient*innen, die über Monate betreut und gecoacht werden, dass man mit Sport und den richtigen Nahrungsmitteln viele Krankheit bessern, manche sogar heilen kann. Taktgeber in dieser Richtung sind wir besonders gerne.

JFR: *Nach welchen Kriterien wählen Sie Themen und Gäste aus? Wer steht Ihnen zur Seite? Welche Qualitätskriterien gelten für Ihre Sendung?*
VC: Oberstes Ziel jeder Sendung ist, nahe an den Gesundheitsfragen und Bedürfnissen der Menschen zu sein. Von Jahrestagen, Kongressen, Pressekonferenzen lassen wir uns nicht den Sendeplan diktieren, sondern entscheiden nach Erfahrung, Relevanz sowie latenter und tatsächlicher Themenaktualität. Viele Beiträge entstehen auch aus Vorschlägen von Zuschauer*innen. Was denen unter den Nägeln brennt, ist für uns besonders wichtig. Bevor aber ein Thema eingeplant wird, gibt es zunächst Recherchegespräche mit Medizinern der jeweiligen Fachgesellschaften, bei denen wir den geplanten Beitrag auf Seriosität und Relevanz checken sowie Details ausloten.

JFR: *Wie wissenschaftlich darf, wie laienverständlich muss Ihre Sendung sein?*
VC: Das Wissenschaftliche laienverständlich machen ist unser Ziel. Und das ist schwer. Vor jeder Sendung diskutieren wir: Wie viel wissen die Leute schon? Was darf man voraussetzen und wie viel ihnen zumuten? Natürlich gibt es Zuschauer*innen, denen die Vertiefung und das Fachliche in der Sendung nicht weit genug gehen. Aber unter dem Strich stellen wir doch immer wieder fest, dass man gar nicht einfach genug erklären kann.

JFR: *Sie sprechen in Ihrer Sendung immer auch „heiße Eisen" an. Was war in diesem Zusammenhang Ihre aufregendste Sendung?*
VC: Das Aufregende kommt manchmal erst Tage nach der Ausstrahlung – in Form von Kritik von außen. Wir haben zum Beispiel schon sehr früh auf unsinnige Rücken- und Gelenkoperationen hingewiesen, haben die Problematik falscher Anreize in unserem Gesundheitssystem thematisiert, den Wert von konservativer Medizin, dort wo sie sinnvoll ist, herausgestrichen und die immense Bedeutung von Ernährung und Bewegung für die Gesundheit deutlich gemacht. Das kommt natürlich nicht überall gut an. Einmal wurde ein Operateur, der bei uns offen seine Meinung zu überflüssigen Operationen sagen wollte, unmittelbar vor der Sendung von seinem Arbeitgeber suspendiert. So ein Fall ist natürlich krass, aber dass sich mächtige Berufsgruppen um ihre Pfründe sorgen oder sich einzelne Akteure im Gesundheitswesen falsch dargestellt fühlen und uns mangelhafte Recherche unterstellen, kommt gelegentlich vor, bleibt aber in der Regel ohne Folgen, weil wir einfach nur sagen wie es ist.

JFR: *Gesundheitssendungen können für manche Zuschauer sehr maßgebend sein. Wie messen Sie die Reaktion der Zuschauer? Gibt es Zuschaueranalysen? Wie ist grundsätzlich das Feedback für Ihre Sendung, vor allem auch von Ärzten?*
VC: Jede Sendung hat zwischen einer und eineinhalb Millionen Zuschauer*innen. Wir erhalten fast ausschließlich positives Feedback – sowohl vom Publikum als auch von Medizinern und freuen uns, dass selbst Ärzte unsere Sendung sehen. Oft auch deshalb, um für die Fragen ihrer Patienten am nächsten Tag „gerüstet" zu sein. Die Reaktion unserer Zuschauer*innen ermisst sich schon rein sichtbar durch die immense Menge an Zuschauerpost nach jeder Sendung, die sich allerdings mehr und mehr aufs Internet verlagert und dort zu höchst erfreulichen Klickraten führt. Durch die neuen Sozialen Medien, haben wir den Eindruck, ist das Durchschnittsalter der an Gesundheit Interessierten gesunken. Heute werden unsere Filme und Infos auch auf Facebook diskutiert und geteilt. Erfreulicherweise. Daran sieht man, dass sich nicht nur Ältere mit Krankheit und Prävention befassen, sondern – wenn man sie dort abholt, wo sie sind – auch jüngere Menschen.

Die objektive Währung in Sachen „Sendungserfolg" sind nach wie vor die von der GfK gemessenen Einschaltquoten, die jeweils am Tag nach der Sendung in sogenannten Zwei-Minuten-Schritten zeigen, wie lange Zuschauer*innen sich für welches Thema interessiert und bei welcher OP-Szene sie weggezappt haben. Aber als öffentlich-rechtlicher Sender kommen wir natürlich unserer Pflicht nach, nicht nur auf Massenthemen zu setzen, sondern auch über seltene Erkrankungen zu informieren. In jeder Visite-Sendung wird unter der Rubrik „Abenteuer Diagnose" eine seltene Erkrankung dargestellt. Durch ihre hochwertige Machart seit zehn Jahren eine Erfolgsrubrik, mit der es gelingt, selbst seltene Randthemen einem Millionen-Publikum zugänglich zu machen.

JFR: *Wie geht Ihre Redaktion mit Kommentaren und Zuschriften um?*
VC: Jeder Kommentar und jede Anregung wird ernst genommen und bei Bedarf natürlich beantwortet. Daher befassen wir uns auch mit jedem eingehenden Themenwunsch oder -vorschlag von Zuschauer*innen und greifen sehr häufig etwas davon auf. Gelegentlich erhalten wir jedoch auch Zuschriften, aus denen eine hohe Anspruchsmentalität von Zuschauer*innen in ihrer Eigenschaft als Gebührenzahler hervorgeht. Da werden dann zum Beispiel Krankenakten zugeschickt, auf Basis derer wir doch bitte geeignete Behandler empfehlen sollen, was wir natürlich freundlich ablehnen.

JFR: *Ihre Sendung ist schon mehrfach mit Preisen und Ehrungen ausgezeichnet worden. Ihre Redaktion u. a. hat schon mehrfach den Ludwig-Demling-Medienpreis der Gastro-Liga erhalten, so z. B. 2008 für „Achtung Leberwerte – Ein Organ schlägt Alarm" und 2012 für den Beitrag „Dick oder dünn – Darmtyp beeinflusst Risiko". Was hat Sie immer wieder bewogen, sich gerade für diesen Preis zu bewerben und welchen Stellenwert hat er für Sie? Was motiviert ein Team überhaupt, sich zu bewerben?*
VC: Wenn uns Zuschauer*innen dankbar schreiben und wenn die Einschaltquoten hoch sind, dann ist das natürlich eine tolle Belohnung für unsere Arbeit. Aber wenn sich eine Redaktion mit einem Beitrag bei einer Fachgesellschaft oder fachlich hoch angesehenen Institution wie der Gastro-Liga bewirbt und dort ausgezeichnet wird, dann bedeutet dieses das Tüpfelchen auf dem i. Es ist dann noch einmal eine ganz andere Wertschätzung, die unglaublich motivierend für unsere weitere Arbeit ist.

JFR: *Gesundheitsmagazine stehen immer auch vor aktuellen Herausforderungen. Sind politische Entscheidungen für Sie ein Thema, z. B. das neue Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz KFRG oder dass Bundesgesundheitsminister Spahn die Masernimpfpflicht auf den Weg bringen will?*
VC: Selbstverständlich sind diese Themen wichtig und müssen berichtet werden. Wir tun das jedoch wie bereits beschrieben, nicht unbedingt dann, wenn das Register in Kraft tritt oder das Gesetz zur

Impfpflicht durchgesetzt ist, sondern schon im Vorfeld, um unsere Zuschauer*innen in diese Fragestellungen einzuführen, gesellschaftliche Diskussionen mit zu ermöglichen und auch, um unsere eigene Haltung darzulegen. Denn oft sind die Menschen damit überfordert, wenn sie nach Darlegung aller Pros und Contras selbst über eine medizinische Maßnahme entscheiden müssen. Wichtig ist uns, dass jedermann in die Lage versetzt wird, mit seinem Arzt auf Augenhöhe zu sprechen und gemeinsam mit ihm wichtige Entscheidungen zu treffen.

JFR: *Prävention spielt sicher für Sie auch eine wichtige Rolle. Claus Kleber hat 2015 in einem Interview mit mir zum Thema Prävention in den Medien gesagt, Präventionskampagnen seien nicht das Handwerk der Journalisten, wohl aber faire, anschauliche und sachliche Informationen. Was die Gesellschaft daraus mache, liege nicht bei den Journalisten. Sehen Sie das ähnlich?*
VC: Das sehe ich genauso. Wir können und wollen informieren, zwar dort wo es angebracht ist durchaus mit Haltung, jedoch keine Kampagnen initiieren.

JFR: *Reichen bloße Informationen allein wirklich aus, um Menschen zu erreichen? Welche Rolle spielen Emotionen? Sind Betroffenenbefragungen ein mögliches Mittel, Emotionen auszulösen?*
VC: Umfragen auf der Straße sind immer ein schönes Mittel, damit sich Zuschauer*innen mit der Thematik identifizieren und auf einen Beitrag einlassen. Aber auch im weiteren Verlauf eines Films ist es von Vorteil, wenn Sachinformationen über die individuelle Geschichte eines Menschen transportiert werden. Pure Fakten sind schwer zu merken. Sind Fakten aber an persönliche Schicksale gekoppelt, lösen sie Emotionen beim Zuschauen aus, was wiederum die langfristige Verankerung verbessert. Daher sind wir auch all den vielen Menschen so dankbar, die im Laufe der Jahrzehnte in unseren Beiträgen über sich und ihre Erkrankung erzählt haben. Ohne sie wäre Visite nicht so erfolgreich.

JFR: *Hat sich Ihre Sendung im Laufe der Jahre verändert und wenn ja, wie?*
VC: Unsere Sendung hat sich im Laufe der vielen Jahre entsprechend den Anliegen und Präferenzen unserer Zuschauer*innen verändert. Wollten die Menschen vor 15 oder 20 Jahren in erster Linie Informationen zu neuen Medikamenten und modernsten Operationsmöglichkeiten, so wünschen sich heute viele handfeste Tipps dafür, wie sie im Alltag mit ihrer Erkrankung besser leben können. Lebensqualität ist ein wichtiges Stichwort und „wie kann ich vorbeugen?“ eine häufig gestellte Frage. Schließlich enthüllt die Molekularbiologie immer neue Geheimnisse unserer Genetik, und da möchten viele wissen, was sie tun können, um die Dispositionen, die sich aus ihrem genetischen Erbe ergeben, so gut es geht im Griff zu behalten. Wir tragen gerne dazu bei.

JFR: *Welchen Rat haben Sie als erfahrene Journalistin für Stiftungen wie die LebensBlicke? Wo sollten sie in ihrer Öffentlichkeitsarbeit stehen und wie sollten sie sie gestalten?*
VC: Öffentlichkeitsarbeit kann immer dann erfolgreich sein, wenn sie seriös und ganzheitlich anbietet und den Medien kooperativ zuarbeitet. Journalisten und damit natürlich ihre Rezipienten freuen sich über Angebote für Geschichten, die auch mal über den „Tellerrand“ des eigenen Beritts hinausgehen, die nicht nur auf neue Therapien fokussieren, sondern auch auf weiche Skills wie Lebensqualität. Speziell auch der Öffentlichkeitsarbeit der Stiftung LebensBlicke und ihrer Macher ist sicherlich zu verdanken, dass die Themen Darmkrebs und Darmkrebsvorsorge endlich einen angemessenen Stellenwert in der öffentlichen und in der gesundheitspolitischen Diskussion haben. Also: Sie haben Einiges richtig gemacht!

JFR: *Herzlichen Dank für das aufschlussreiche Gespräch!*

Ludwig-Demling-Medien-Preisträgerin

Interview mit Dr. Franziska Rubin, Ärztin, Medizinjournalistin, Fernsehmoderatorin und Buchautorin



▲ Dr. Franziska Rubin

Zur Person: Frau Dr. Franziska Rubin ist Ärztin, Medizinjournalistin, Fernsehmoderatorin und Buchautorin. Nach Studium der Humanmedizin und Promotion im Bereich der Nervenheilkunde nahm sie an mehreren Moderatorencoachings sowie an Schauspiel- und Gesangsunterricht teil. 1994 hat sie ihre Fernsehkarriere begonnen, den meisten ist sie bekannt als Gastgeberin der Fernsehsendung „Hauptsache gesund" im MDR, die sie von 1998 bis 2015 moderierte. Frau Rubin ist mit Ehrungen und Preisen u. a. für ihr Engagement für Naturheilverfahren und gesundheitliche Prävention ausgezeichnet worden. Sie hat zahlreiche Bücher zu Gesundheitstipps und zum Thema Sanfte Medizin geschrieben. 2005 erhielt sie zusammen mit Jeannette Averhaus und Gudrun Strigin in der Kategorie elektronische Medien den Ludwig-Demling-Medienpreis der Gastro-Liga für den Beitrag „Tabus brechen – Über Tabus sprechen: Darm", Redaktion „Hauptsache gesund", des Mitteldeutschen Rundfunks (MDR), den ihr Prof. Dr. J. F. Riemann, damals Vorsitzender der Gastro-Liga übereichen durfte. Mit Franziska Rubin (**FR**) sprach er jetzt als Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke (**JFR**).

JFR: *Sie sind ja eigentlich ausgebildete Ärztin. Was hat Sie bewogen, sich auch dem Journalismus zu zuwenden?*
FR: Das war wohl Fügung. Ich hatte schon während meines Medizinstudiums die erste TV-Sendung und dann bald auch mein Gesundheitsmagazin. Da galt es viel zu lesen, um gut vorbereitet zu sein. Später begann ich dann auch, selbst zu schreiben.

JFR: *Sie sind inzwischen eine sehr bekannte Fernsehmoderatorin und haben hauptverantwortlich im MDR eine Gesundheitssendung moderiert. Wer und wie ist man beim Fernsehen auf Sie „aufmerksam" geworden?*
FR: Helfried Spitrah, der heute die Geschicke im WDR lenkt, war damals verantwortlich und entwickelte im MDR ein neues Gesundheitsformat. Er wollte mich unbedingt dafür, obwohl ich ja noch sehr jung war.

JFR: *Einer Ihrer Schwerpunkte ist die „Sanfte Medizin". Was verstehen Sie darunter und wie machen Sie sie den Menschen verständlich?*
FR: Ich bin davon überzeugt, dass die beste Medizin die integrative ist. Also eine Kombination aus Hochschulmedizin, Naturheilkunde und mind body medicine (Achtsamkeit, Entspannung). Und vor allem ein Patient, der mitmacht, seinen Lebensstil anpasst und mit Hausmitteln die Heilung unterstützt.

JFR: *Sie sind auch Expertin auf dem Gebiet der Ernährung. Ungesunder Lebensstil, und dazu gehört ja ganz wesentlich die Ernährung, und Bewegungsmangel sind nicht erst heute Hauptursachen für viele Erkrankungen, u. a. auch für Krebserkrankungen. Wie erreichen Sie Menschen, die so leben, mit Ihren Botschaften?*
FR: Natürlich erreiche ich nur die, die gerne etwas ändern möchten. Aber ich kann Anreize setzen, indem ich zeige, wie einfach aber doch effektiv das sein kann.

JFR: *Besonders dicke Menschen beklagen sich derzeit öffentlich immer häufiger, dass sie diskriminiert werden und man sie so akzeptieren müsse, wie sie seien. Dabei ist massive Adipositas ein starker Risikofaktor für das metabolische Syndrom und den Diabetes Typ II, aber vor allem auch für Krebserkrankungen. Sind nach Ihrer Einschätzung gerade dicke Menschen vielleicht aus mangelnder Einsicht und Trotz Ratschlägen nicht (mehr) zugänglich?*
FR: Ich weiß selber, wie schwer es ist, abzunehmen oder Gewicht zu halten. Da bedarf es einer guten anhaltenden Unterstützung und Motivation. Unsere Welt ist darauf ausgelegt, bequem zu sein und die Nahrungsmittelindustrie bemüht sich auch nicht, uns zu unterstützen beim Abnehmen. Umso wichtiger, auch hier zu erkennen, dass Hilfe und Veränderungen im System dringend notwendig sind.

JFR: *Gerade junge Menschen ernähren sich ganz bewusst immer häufiger vegan. Für viele ist vegetarisch schon nicht mehr „in". Was halten Sie von dieser Entwicklung? Auf was sollten Veganer besonders achten?*
FR: Ich finde, den Trend, auf das Essen von Tieren oder Tierprodukte zu verzichten, sehr verständlich. Mittlerweile gibt es so viele gute Kochbücher, dass es auch geschmacklich passt. Junge Frauen sollten allerdings besonders auf ihren Vitamin B12 Spiegel achten, sonst leiden eventuell die Neugeborenen nach der Geburt an Nervenschmerzen.

JFR: *Sie haben von 1998 bis 2015 das Ratgebermagazin „Hauptsache gesund" im MDR-Fernsehen moderiert. Gesundheitssendungen erfreuen sich großer Beliebtheit. Was waren Ihre interessantesten und wichtigsten Themen? Gab es Zuschaueranalysen, die etwas über die Zielgruppe Ihrer Sendung ausgesagt haben?*
FR: Unsere Zielgruppe waren alle, die sich für Gesundheit interessieren, geschaut haben uns vor allem Frauen über 50.

JFR: *JFR: Sie sind 2015 mit Ihrer Familie nach Australien ausgewandert. Was hat Sie bewogen außer der Tatsache, dass Ihr Mann Australier ist?*
FR: Ich war neugierig, wollte, dass die Kinder ihren Vater, aber auch die Großeltern und die Sprache besser kennen lernen. Wir sind eine Familie aus zwei Welten, und jetzt kennen wir alle beide.

JFR: *Haben Sie in „Down Under" auch journalistisch gearbeitet? Wenn ja, waren es auch Gesundheitsthemen? Was würden Sie als den größten Unterschied zwischen den verschiedenen Lebenswelten bezeichnen?*
FR: Klar, ich habe ja weiterhin Bücher geschrieben und auch Magazine über die Heilgeheimnisse Australiens. Die Australier selber nutzen nicht so viel Naturheilkunde wie wir. Die Medizin der Urvölker, die Aborigines hingegen, war sehr faszinierend für mich und lehrreich.

JFR: *Seit der Publikation des Bestsellers „Darm mit Charme" durch Giulia Enders hat dieser Teil des Verdauungstraktes allgemeines Interesse gefunden und ist aus der Tabuzone herausgetreten. Hinzu kommt die Mikrobiomforschung, die zunehmend Vorgänge im Darm erklären kann und Laien das verstehen lässt. Ist das auch Ihre Wahrnehmung?*
FR: Gewiss, vielen ist bewusst geworden, wie wichtig und spannend unser Darm ist.

JFR: *Sie haben schon 2005 den Ludwig-Demling-Medien-Preis für eine Sendung mit dem Thema „Tabus brechen – Über Tabus sprechen: Darm" bekommen. Warum war der Darm für viele Menschen damals noch ein Tabu? Konnte Ihre Sendung zum Tabubruch beitragen?*
FR: Über untenrum spricht man halt nicht gerne, das fällt vielen schwer. Allerdings ist durch die beharrliche Darmvorsorgeuntersuchungskampagnen viel in Bewegung gekommen. Und das ist gut so.

JFR: *Sie haben sich ja auch bereit erklärt, Befürworterin der Stiftung LebensBlicke zu werden. Sie reihen sich damit in viele prominente Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens ein. Mit welcher Botschaft würden Sie in dieser Funktion gerne wahrgenommen werden?*
FR: Meine Oma verstarb schon mit 42 an Darmkrebs und ich bin daher mit Klos aufgewachsen, wo man sich immer alles Fabrizierte angucken sollte, bevor man es wegspült. Ich war schon mit Anfang 30 bei der ersten Darmspiegelung und bin dankbar, dass es sie gibt.

JFR: *Welchen Rat würden Sie der Stiftung LebensBlicke als versierte Kennerin der Medienlandschaft und der Reaktion der Öffentlichkeit auf Gesundheitsthemen geben?*
FR: Weiter machen, es wird viele Leben retten.

Herzlichen Dank für dieses offene und informative Gespräch!

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) – Struktur und Aufgaben insbesondere in der Prävention

Interview mit Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)


© Lopata-axentix

▲ Dr. Andreas Gassen

Zur Person: Dr. med. Andreas Gassen studierte von 1982 bis 1988 Humanmedizin in Düsseldorf und wurde dort auch zum Dr. med. promoviert. Seine ärztliche Tätigkeit übte er von 1989 bis 1996 im Marienkrankenhaus in Düsseldorf-Kaiserswerth aus, von 1993 bis 1996 als leitender Oberarzt der Abteilung für Arthroskopische Chirurgie und Rheumatologie. Gassen ist seit 1996 als Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie in einer Gemeinschaftspraxis in Düsseldorf niedergelassen. Berufspolitisch führte ihn sein Weg 2013 über die Präsidentschaft des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) 2014 und 2017 zur Wahl zum Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. In dieser Funktion ist er auch einer der beiden Vorsitzenden des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin. Mit Dr. Andreas Gassen (**AG**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Was ist die KBV, wie ist sie organisiert und nach welchen Spielregeln agiert sie? Welche Funktion hat z. B. hat die Vertreterversammlung?*
AG: Die KBV nimmt als Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen eine Schlüsselstellung im Gesundheitswesen ein. Rund 73 Millionen gesetzlich Krankenversicherte erhalten deutschlandweit die gleiche hochwertige medizinische und psychotherapeutische Betreuung. Das ist das wohl sichtbarste Ergebnis der täglichen Arbeit der KBV. Neben diesem sogenannten Sicherstellungsauftrag ist ihre Aufgabe vor allem die politische Interessenvertretung der rund 175.000 in Praxen ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten: Wenn es um Gesetzgebungsverfahren oder gesundheitspolitische Entscheidungen auf Bundesebene geht, bringt die KBV die Position der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ein. Zudem verhandelt sie mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung über die Honorierung der Niedergelassenen und zur Ausgestaltung des Leistungsspektrums in der am-

bulanten Versorgung. Mehr als Worte sagt dazu ein Film, den Sie unter https://www.kbv.de/html/426.php finden.

JFR: *Sie sind seit einigen Jahren Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV, der obersten Vertretung der Kassenärzte in Deutschland. Was sehen Sie als Ihre wichtigste Aufgabe an?*
AG: Die selbständig tätigen Ärztinnen und Ärzte in eigener Praxis sind unverzichtbar für die ambulante Versorgung der Patienten. Sie sehen sich aber seit Jahren zunehmenden Eingriffen der Politik in ihre Praxisabläufe ausgesetzt. Es herrscht offenbar ein Misstrauen vieler Politiker unterschiedlicher Parteiencouleur gegenüber dem selbständig freiberuflich tätigen Arzt. Dagegen kämpfe ich an. Denn ohne die Kolleginnen und Kollegen in eigener Praxis ließe sich die Versorgung der Patienten längst nicht mehr im gewohnten Umfang gewährleisten. Das ist übrigens nicht als Kritik an den angestellten Kolleginnen und Kollegen zu verstehen! Sie leisten genauso eine hervorragende medizinische Arbeit. Aber sie wollen aus unterschiedlichen Gründen, Stichwort Work-Life-Balance, jedenfalls nicht sofort als Selbständige in eigener Praxis tätig werden. Das ist auch vollkommen in Ordnung! Die Folge dieser ja nicht nur auf ärztlicher Seite festzustellenden Entwicklung in unserer Gesellschaft ist eine abnehmende Arbeitszeit. Das heißt eben auch: Die Arztzeit wird knapper! Wir müssen diese Entwicklungen aufnehmen bei unseren Anstrengungen, die Niederlassung attraktiv zu gestalten. Und dieser Beruf ist schön und macht Spaß. Das sage nicht nur ich, sondern das zeigen alle Ärztebefragungen. Was wir aber brauchen, sind neue Konzepte für Versorgung. Die Vorstellung, dass es in jedem Dorf eine Arztpraxis geben muss, ist obsolet. Dies auch vor dem Hintergrund, dass es in ländlichen Räumen teilweise kaum mehr Infrastrukturen gibt und sich der Staat mit seinen Einrichtungen von dort schon längst zurückgezogen hat. Wir suchen in diesem Zusammenhang verstärkt die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen der Krankenhäuser. Denn diese stehen vor genau den gleichen Herausforderungen wie wir. Last, but not least: Die schon seit langem herrschende Budgetierung im ambulanten Bereich müssen wir perspektivisch beenden. Immer noch erbringen die Niedergelassenen zu viele notwendige und vom Patienten nachgefragte medizinische Leistungen umsonst, bekommen sie also nicht vergütet. Es ist zwar in den letzten Jahren besser geworden, aber immer noch gibt es eine deutliche Lücke zwischen erbrachten und tatsächlich auch bezahlten Leistungen.

JFR: *Wie sehen Sie derzeit die Kooperation mit dem Gesundheitsministerium, insbesondere mit Bundesgesundheitsminister Spahn? Gibt es Spannungsfelder?*
AG: Ich erlebe den Minister als jemanden, der sich Argumente anhört und auch abwägt. Das heißt natürlich nicht, dass er darauf aufbauend immer so entscheidet wie man sich das selber vielleicht wünscht. Zweifelsohne hat er in kurzer Zeit viel bewegt im Gesundheitswesen. Das zeigt sich ja allein an der hohen Zahl der eingebrachten und verabschiedeten Gesetze.

JFR: *Die KBV ist Partner im gemeinsamen Bundesausschuss GBA. Wie funktioniert die Kooperation mit den anderen Parteien, den Kassen, den Patientenvertretern und vor allem mit dem unparteiischen Vorsitzenden Professor Hecken?*
AG: Hier handelt es sich natürlich um die Vertreter divergierender Interessen. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen alles andere als leicht. Ich erlebe aber auch die Vertreter des GKV-Spitzenverbands als kompromissfähig. Das gilt für die anderen Bänke auch. Ich anerkenne und respektiere die Leistung von Herrn Hecken, im GBA die verschiedenen Interessenslagen der diversen Seiten sinnvoll auszutarieren.

JFR: *Die KBV hat als ein wichtiges Thema die Prävention auf ihre Fahnen geschrieben. Wo setzen Sie die Schwerpunkte im Rahmen ihrer Möglichkeiten? Welcher Stellenwert kommt der Darmkrebsprävention zu?*
AG: Bei rund 58.000 Neuerkrankungen und 25.000 Todesfällen pro Jahr nimmt die Darmkrebsfrüherkennung natürlich einen enormen Stellenwert im Rahmen der Präventionsinitiativen der KBV ein, zumal durch die bestehenden Früherkennungsmaßnahmen die Entstehung von Darmkrebs verhindert werden kann. Bei den onkologischen Erkrankungen stehen weiterhin natürlich die Erkrankungen mit hoher Inzidenz, Krankheitslast und Sterblichkeit im Fokus präventiver Ansätze, wie z. B. Brustkrebs, Hautkrebs, hier insbesondere das maligne Melanom sowie das Prostata- und das Bronchialkarzinom. Für Brustkrebs und Hautkrebs sind bereits Früherkennungsprogramme etabliert, für die Früherkennung des Prostatakarzinoms haben die Beratungen im GBA begonnen. Das Screening auf Lungenkrebs bei aktiven oder ehemaligen Rauchern wird derzeit durch das Bundesamt für Strahlenschutz auf seine Wirksamkeit geprüft, um bei positivem Ergebnis eine Bewertung durch den GBA anzustoßen.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt für die KBV im Bereich der Kindergesundheit. Neben der Neugestaltung der bekannten U-Untersuchungen wurde in jüngerer Vergangenheit ein Screening auf Mukoviszidose, auf schwere kombinierte Immundefekte (SCID) und auf Tyrosinämie eingeführt sowie ein Pulsoxymetriescreening zur Identifikation kritischer Herzfehler etabliert. Aktuell laufen im G-BA Beratungen zum Screening auf Sichelzellkrankheit und auf Spinale Muskelatrophie.

Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung, die derzeit insbesondere auf die Prävention von kardiovaskulären Risikofaktoren und Erkrankungen abzielt, beraten wir im GBA aktuell über die Einführung einer Screeninguntersuchung auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen.

JFR: *Für die Darmkrebsfrüherkennung ist das endlich in Kraft getretene Krebsfrüherkennungsregistergesetz KFRG, an dessen Entstehung die Stiftung LebensBlicke maßgeblich mitbeteiligt war, ein wichtiger Meilenstein. Wo sehen Sie Verbesserungen, wo müsste nachjustiert werden?*
AG: Mit der im Jahr 2002 eingeführten Früherkennungskoloskopie – und als Alternative mit dem immunologischen FOBT, der vor ca. 3 Jahren den seit den 70er Jahren verwendeten und weniger sensitiven guajakbasierten Test ersetzte – stehen der Bevölkerung ja bereits seit vielen Jahren hochwirksame Früherkennungsmaßnahmen zur Verfügung. Hermann Brenner vom DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum) schätzte 2015, dass in den ersten

zehn Jahren nach Einführung der Früherkennungskoloskopie rund 180.000 Darmkrebserkrankungen durch diese Vorsorgemaßnahme verhindert wurden.

Andererseits wurden immer wieder die zu niedrigen Teilnahmeraten an der Früherkennung kritisiert. So liegt die Teilnahmerate an der Früherkennungskoloskopie bei höchstens drei Prozent pro Jahr, also nur bei 20–30 % über das Screeningintervall von zehn Jahren betrachtet. Hier ist die Erwartung, dass es durch das seit Juli 2019 etablierte Einladungssystems zu einer deutlichen Steigerung kommt. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob hierdurch wirklich ein größerer Effekt resultiert.

Positiv ist in meinen Augen die gesetzliche Verpflichtung und nun auch die Möglichkeit, das Gesamtprogramm noch wesentlich umfangreicher zu evaluieren. Prinzipiell sind durch den Einbezug von Krebsregisterdaten und Einladungsdaten der Krankenkassen und der pseudonymisierten Zusammenführung mit den Daten der ärztlichen Dokumentation die Auswirkungen des Früherkennungsprogramms auf Erkrankungshäufigkeit und Darmkrebsmortalität nun darstellbar.

Leider ist es bisher auch noch nicht gelungen, im GBA spezifische Regelungen für familiär vorbelastete Personen in der organisierten Darmkrebsfrüherkennung zu verankern.

JFR: *Sind Sie mit der Regelung, dass die Einladung der Versicherten bisher ausschließlich per Brief erfolgt, zufrieden? Könnte hier die Digitalisierung nicht auch hilfreich sein?*
AG: Eine elektronische Einladung stellt sicherlich eine sinnvolle Zusatzoption dar. Allerdings empfiehlt es sich, beispielsweise bei älteren Menschen zusätzlich auch per Brief einzuladen.

JFR: *Wie steht die KBV zur vorübergehenden Aussetzung der Dokumentation, die über mehr als ein Jahrzehnt verantwortungsbewusst in den Händen des Zentralinstituts gelegen ist? Wie ist sichergestellt, dass die Daten zur Evaluation nicht verloren gehen?*
AG: Da die für Anfang 2020 vorgesehenen neuen Dokumentationsverpflichtungen aufgrund bislang unzureichend verfügbarer Softwareprodukte nicht umsetzbar gewesen wären, musste die Dokumentation Ende letzten Jahres durch den GBA kurzfristig ausgesetzt werden. Alle Beteiligten im GBA gehen jedoch davon aus, dass diese Probleme bis spätestens Ende des Jahres gelöst sein werden. Die KBV hat das ZI mit der Auswertung der bisherigen Koloskopiedokumentationen beauftragt, so dass die Evaluation der Datenjahrgänge bis Ende 2019 gesichert ist.

JFR: *Ein Problem für die Dokumentation ist die Unterscheidung zwischen Vorsorge- und Abklärungskoloskopie in der Gebührenordnung mit praktischen Folgen für die Dokumentation. Eigentlich sollte die Abklärungskoloskopie als Folge eines positiven FOBT Teil der Früherkennung sein. Sehen sie Möglichkeiten, diese gerade für den Laien nicht ganz verständliche Unterscheidung im Sinne einer Vereinheitlichung zu ändern?*
AG: Der entsprechende Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses wurde gegen den Widerstand der KBV getroffen und sieht die Dokumentation der Abklärungskoloskopie bei der entsprechenden kurativen EBM-Position 13421 im Gegensatz zur Früherkennungskoloskopie nur als fakultativen und nicht als obligaten Leistungsbestandteil vor. Dies hat zur Folge, dass nach Auskunft des ZI in den Jahren 2018 und 2019 tatsächlich nur ein geringer Prozentsatz der Abklärungskoloskopien nach positivem Früherkennungs-iFOBT dokumentiert wurde. Aus unserer Sicht wäre dieser Beschluss dringend zu revidieren und die Abklärungskoloskopie als präventive Leistung mit entsprechenden Dokumentationsverpflichtungen in das entsprechende EBM-Kapitel aufzunehmen. Anderenfalls gehen die Ergebnisse der i-FOBT-Untersuchungen, also die Häufigkeit mit der nach positivem i-FOBT relevante Befunde, wie Adenome entdeckt werden, der Evaluation verloren.

JFR: *Derzeit schlägt die Diskussion über die an sich vernünftige Abwertung technischer Leistungen zugunsten der „sprechenden Medizin" hohe Wellen. Wie sehen Sie das Dilemma, dass einerseits durch das KFRG mehr informierte Personen zur Vorsorge gewonnen werden sollen, die Vorsorgekoloskopie, die Ihre Effizienz in vielen wissenschaftliche Studien längst bewiesen hat, aber deutlich abgewertet wird. Ist das nicht ein Widerspruch?*
AG: Wir haben einen gesetzgeberischen Auftrag – nämlich die Stärkung der sprechenden Medizin – fristgerecht erfüllt – und das leider vor dem Hintergrund, dass das Ganze ausgabenneutral geschehen sollte. Es ist uns gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband gelungen, eine Reform ohne größere Verwerfungen durchzuführen. Das Ergebnis ist kein Grund zum Jubeln! Und nach der Reform ist bekanntlich vor der Reform!

JFR: *Die Stiftung LebensBlicke hat mit einigem Erfolg ein Projekt angestoßen, dass Qualifizierung von medizinischem Fachpersonal zur Information über die Darmkrebsvorsorge vorsieht (MFA-Projekt). Erste Erfahrungen sind inzwischen ausgesprochen positiv. Wie steht die KBV zu diesem Projekt?*
AG: Eine niedrigschwellige und gleichzeitig kompetente Ansprache von Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis ist essentiell wichtig, um sie über das Angebot der Darmkrebsvorsorge zu informieren. Wir finden deshalb die Initiative der Stiftung Lebensblicke sehr gut, eine Fortbildung für MFA zu entwickeln. Erste positive Praxiserfahrungen sind sehr ermutigend. Wir freuen uns deshalb auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation.

JFR: *Können Sie sich vorstellen, Befürworter der Stiftung LebensBlicke zu werden und sich damit in die Reihe vieler prominenter Persönlichkeiten aus allen Bereichen des öffentlichen Lebens einzureihen?*
AG: Die Stärkung des Präventionsgedankens ist eine sinnvolle Sache, die ich gerne unterstütze.

Herzlichen Dank für das sehr informative Gespräch!

Deutscher Krebspreis 2020: „Translationale Forschung“

Interview mit Prof. Dr. Rita Schmutzler, Direktorin des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsklinik Köln



© Michael Wodak

▲ Prof. Dr. Rita Schmutzler

Zur Person: Prof. Dr. Rita Schmutzler ist seit 2012 Direktorin des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsklinik Köln und Koordinatorin des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs. Sie ist Gynäkologin und hat spezielle Expertise für die Betreuung von Personen mit einer familiären Belastung durch Brust-, Eierstock- und Gebärmutterkrebs.

Nach dem Studium der Humanmedizin und Promotion an der Universität Bonn absolvierte sie von 1986 bis 1992 dort auch die klinische Weiterbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe. 1994 übernahm Frau Schmutzler den Aufbau und die Leitung des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs an der Universitäts-Frauenklinik. Seit 2003 ist sie Universitätsprofessorin, Stiftungsprofessorin der Deutschen Krebshilfe für molekulare Gynäko-Onkologie.

1984 startete Schmutzler ihre wissenschaftliche Karriere am Institut für Biochemie der Universität Bonn. Im darauffolgenden Jahr 1985 erhielt sie ein DAAD-Stipendium auf dem Gebiet der gynäkologischen Endokrinologie an der Eastern Virginia Medical School, Norfolk, USA. Von 1989 bis 1990 bekam sie ein DFG-Stipendium zum Thema Genvarianten des Östrogenrezeptors beim Mammakarzinom an der Mount Medical School, New York, USA. Von 1994 bis 1997 folgte ein DFG-Habilitationsstipendium mit der anschließenden Habilitation im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe sowie zum Thema Molekulargenetische Alterationen beim sporadischen Mammakarzinom. Seit 2005 koordiniert sie die 18 Zentren für Familiären Brust- und Eierstockkrebs in Deutschland. Als Leiterin mehrerer Drittmittel-geförderter Projekte zur Identifikation und diagnostischen, präventiven und therapeutischen Bedeutung Brustkrebs-assoziierter Risikogene durch die Stiftung Deutsche Krebshilfe, die Deutsche Forschungsgemeinschaft und das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat sich Frau Schmutzler seit 1994 einen Namen gemacht. Mit Frau Prof. Schmutzler (**RS**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Sie haben in diesem Jahr beim Deutschen Krebskongress in Berlin einen der drei renommierten Krebspreise 2020 für den Bereich „Translationale Forschung“ erhalten. Der Preis zählt zu den höchsten Auszeichnungen in der deutschen Krebsmedizin. Waren Sie sehr überrascht und was war der Hintergrund?*

RS: Ich habe mich sehr über diese Auszeichnung gefreut, insbesondere da wir in meinem Team sowie im Konsortium „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“, welches ich seit Jahren leite, maximal translational im Sinne der wissen-generierenden Versorgung arbeiten. Da die Deutsche Krebsgesellschaft dieses Konzept, welches einen schnellen Transfer neuester wissenschaftlicher Untersuchungen, insbesondere auf dem Gebiet der genomischen Medizin in die klinische Versorgung voran treibt, war die Würdigung unserer Arbeit auf diesem Gebiet zwar keine Überraschung, durch die Preisverleihung fühle ich mich aber selbstverständlich sehr geehrt und bin auch dankbar dafür, dass diese Arbeit wahrgenommen wird.

JFR: *Sie haben sich ganz wesentlich auch mit der Risikoadaptierten Krebsfrüherkennung befasst. Ihnen ist zu verdanken, dass es für diese so wichtige Strategie einen präzisen wissenschaftlichen Background gibt. Was ist dafür derzeit die Grundlage?*

RS: Die risikoadaptierte Krebsfrüherkennung hat durch die Kenntnis der genetischen Grundlagen der Krebsentstehung einen deutlichen Schub erhalten. So spielen bei rund 30 % der Brustkrebserkrankten genetische Faktoren eine Rolle, wobei für knapp die Hälfte dieser Fälle die Risikogene mittlerweile bekannt sind. Dies gilt im Übrigen in analoger Weise für den Darmkrebs.

Nun ist es so, dass mit der Kenntnis von Risikofaktoren, d. h. auslösenden Faktoren für eine Krebserkrankung noch mitnichten klar ist, wie diese für die Prävention genutzt werden können. Hierzu ist es notwendig, die in Frage kommenden klinischen Maßnahmen, so z. B. die intensivierte Krebsfrüherkennung oder sogar prophylaktische Operationen hinsichtlich ihres klinischen Nutzens zu evaluieren. Dies bedeutet, dass nachgewiesen werden muss, ob diese Maßnahmen auch tatsächlich am Ende lebensverlängernd wirken, und dies unter akzeptabler Lebensqualität. Da diese Daten mit Entdeckung neuer Risikogene naturgemäß noch nicht vorliegen, haben wir im Konsortium „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ ein Betreuungskonzept entwickelt, welches präventive Maßnahmen auf der derzeit besten zur Verfügung stehenden Evidenz anbietet, diese Maßnahmen dann in einem stetigen Evaluationsprozess auswertet und in der Folge das Präventionskonzept an diese Ergebnisse anpasst. Dieser iterative Prozess der ständigen Verbesserung der klinischen Betreuung durch Erhebung aussagekräftiger Daten ist die Kernkomponente unseres Wissen-generierenden Versorgungskonzeptes auf dem Gebiet der risiko-adaptierten Prävention. Ich möchte an dieser Stelle auch anmerken, dass dies alles nicht möglich gewesen wäre, hätte uns nicht die Deutsche Krebshilfe von Anfang an maßgeblich darin unterstützt. Nur mit dieser Vorarbeit ist es uns in der Folge gelungen, das dadurch etablierte Konzept in Verträge zur Besonderen Versorgung mit den Krankenkassen zu überführen und damit zu verstetigen.

Es wurde lange diskutiert, warum diese Wissen Generierung überhaupt nötig ist und nicht nach dem klassischen Konzept der evidenzbasierten Medizin zunächst einmal entsprechende klinische Studien abgewartet werden können. In der präventiven Situation haben wir jedoch das Problem, dass sehr große Patientenkohorten über einen sehr langen Zeitraum in solche Studien

eingeschleust und beobachtet werden müssten, sodass aussagekräftige Mortalitätsdaten erst nach frühestens 2–3 Jahrzehnten erwartet werden können. Angesichts eindeutiger und bekannter Risikofaktoren ist dies kaum zumutbar bzw. vermittelbar und aus meiner Sicht auch nicht richtig. Daher haben wir im Rahmen der Konsortialarbeit das o. g. Konzept entwickelt und umgesetzt.

JFR: *Brustkrebs und Darmkrebs gehören nicht nur zu den häufigsten Krebsen des Menschen, sondern sind auch gut geeignet für die Früherkennung. Was hat sich für den Brustkrebs in den letzten Jahren entscheidend geändert und sind diese Erkenntnisse in der Praxis angekommen?*

RS: Der Brustkrebs ist Vorreiter bei der Entdeckung der genetischen Ursachen, die, wie oben bereits erwähnt, bei rund einem Drittel der Brustkrebserkrankungen bei der Entstehung zumindest mit beteiligt sind. Des Weiteren hat uns ja das auch in Deutschland eingeführte Mammographie-Screening gezeigt, dass die Früherkennung von Brustkrebs möglich ist und diese Früherkennung auch zu niedrigeren Mortalitätsraten führt, zumindest was die brustkrebsspezifische Mortalität anbelangt. Nachteil des allgemeinen Screening ist immer auch die Möglichkeit der Erhebung von falsch positiven Befunden, d. h. Befunde die sich in Folgeuntersuchungen dann doch als harmlos herausstellen. Diese falsch positiven Befunde sind mit entsprechenden Aufwendungen für Zusatzuntersuchungen sowie insbesondere auch unnötigen Belastungen der Betroffenen verbunden. Die Kenntnis über höhere Risiken erlaubt es prinzipiell präventive Maßnahmen auf bestimmte Risikogruppen zu konzentrieren. Dies bedeutet aus epidemiologischer Sicht eine höhere Rate an richtig positiven Befunden und damit eine höhere Effektivität der Früherkennung. Dies belegen auch die Daten aus unserem intensivierten Früherkennungsprogramm.

JFR: *Wie bewerten Sie, dass für den Gebärmutterhalskrebs wie auch den Darmkrebs jetzt nach langen, teils zähen Diskussionen ein Einladungsverfahren in die Regelversorgung eingeführt worden ist? Beim Zervixkarzinom waren ja bereits vorher schon sehr gute Erfolge durch Vorsorge erreicht worden, beim Darmkrebs nicht in dem Maße. Können Einladungen, für das Mamma-Karzinom ja schon länger bekannt, das Problem gerade beim Darmkrebs mit der doch eher nur moderaten Teilnahme messbar lösen?*

RS: Ich begrüße die Einführung weiterer strukturierter Früherkennungsprogramme für Gebärmutterhalskrebs wie auch den Darmkrebs. Insbesondere Einladungsverfahren ermöglichen es, die gesamte Bevölkerung zu erreichen und somit ein chancengerechteres Angebot zu machen. Die strukturierte Früherkennung für Gebärmutterhalskrebs ist in Kombination mit der Impfung der Kinder und Jugendlichen zu sehen und geeignet, die HPV-induzierten Erkrankungsraten nochmals zu senken, wenngleich wir in Deutschland aufgrund der sehr gewissenhaften Früherkennungsuntersuchungen durch die Gynäkologen über die letzten Jahrzehnte hinweg bereits eine hervorragende Situation mit geringen Mortalitätsraten erreicht haben.

Die Früherkennung des Gebärmutterhalskrebs sowie des Darmkrebses bergen insbesondere auch den weiteren Vorteil, dass bereits Vorstufen des Krebses erkannt und entfernt werden können und somit die Krebsentstehung verhindert werden kann. Dies ist ein großer Vorteil gegenüber der Brustkrebsfrüherkennung, bei der dies nur in viel begrenzterem Maße möglich ist, da die Tumoren häufig bereits initial invasiv sind.

Bezüglich des Darmkrebses gibt es dann noch, wie für den Brustkrebs, ein intensiviertes Früherkennungsprogramm für genetisch definierte Risikopersonen, welches von dem spiegelbildlichen Konsortium „Erblicher Darmkrebs" entwickelt wurde.

Insgesamt sehe ich die Präventionsanstrengungen in Deutschland in der Kombination „allgemeine Früherkennung" verbunden mit einer „intensivierten Früherkennung" für Risikokollektive als hervorragend an. Auch wenn wir in der allgemeinen Früherkennung international hinterhergehinkt sind, sind wir nun mit den risikoadaptierten Möglichkeiten wieder ganz vorne weg und können damit unserer Bevölkerung neuste Versorgungskonzepte auf dem Gebiet der Prävention anbieten.

JFR: *Die informierte Entscheidung der Anspruchsberechtigten ist ein Markenzeichen der Früherkennung. Der Mensch aber auch ein Recht auf Nichtwissen. Wie umfangreich muss, wie präzise muss die Aufklärung sein, um auch dem nicht vorinformierten Laien die Fakten verständlich zu machen? Sind langatmige, der Vollständigkeit geschuldete Informationsbroschüren wirklich hilfreich?*

RS: Wie Sie richtig feststellen, geht es bei der Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme einer Früherkennung darum, dass jede Person eigenständig und in Kenntnis der hierfür relevanten Faktoren eine Entscheidung trifft. Hier gibt es kein „richtig oder falsch", wenngleich sich in manchen Hochrisikosituationen die Inanspruchnahme präventiver Möglichkeiten schon sehr aufdrängt. Entsprechend wichtig ist die umfassende Aufklärung über das „für und wider" und wie Sie richtig sagen, ist der Informationsgehalt dazu mittlerweile so groß geworden, dass man hunderte von Seiten damit füllen kann. Die Herausforderung in der Beratung ist es deshalb, auch die individuelle Situation der Ratsuchenden mit einzubeziehen, ihre primären Intensionen, ihre spezifische Lebenssituation und ihre Präferenzen. Genau hierin liegt die Kompetenz eines guten Beraters, nämlich eine ausgewogene Gesprächsführung dahingehend zu finden, was ist von absoluter Wichtigkeit, was ist in der besonderen Situation der Ratsuchenden wichtig und was ist on top nice to have und eventuell auch ein Zuviel an Informationen. Denn auch zu viel Information kann zu Verwirrung und damit neuer Verunsicherung führen. Aus meiner Sicht ist es daher wichtig, die Gesundheitskompetenz bei den Ratsuchenden und die Risikokommunikationskompetenz bei den Ärzten konsequenter und strukturierter voranzubringen, denn der Bedarf wird sicherlich in den nächsten Jahren mit den immer größer werdenden Möglichkeiten der Risikoprädiktion stetig anwachsen.

JFR: *Wir haben ja im Nationalen Krebsplan und später auch in der Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung zusammen gearbeitet. Hat sich aus Ihrer Sicht diese Tätigkeit in der Sache für die Betroffenen gewinnbringend voranbringen lassen?*

RS: Der Nationale Krebsplan unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit hat maßgeblich dazu beigetragen, die Thematik ins Blickfeld zu rücken und der onkologischen Prävention das Gehör zu verschaffen, das es braucht, um hier endlich voran zu kommen. So wurde ein Positionspapier zu Risiko-adaptierten

Prävention erstellt, an dem Sie ja auch maßgeblich beteiligt waren und welches die konzeptionellen Eckpunkte für solche Programme aus medizinischer sowie ethischer und rechtlicher Sicht festgezurrt hat. Dieses ist auf der BMG Webseite für Interessierte nachzulesen und diente als Basis für die konkrete Weiterentwicklung unseres Betreuungskonzeptes (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/was-haben-wir-bisher-erreicht/querschnittsthema-risiko-adaptierte-krebsfrueherkennung.html).

JFR: *Was sind aus Ihrer Sicht neben der persönlichen Einladung die wichtigsten Neuerungen des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetzes KFRG?*
RS: Aus meiner Sicht ist dies die Öffnung für risikoadaptierte Präventionsmöglichkeiten bei entsprechenden Risikogruppen ohne die vorherige Beschränkung auf höhere Altersgruppen, um den neuen Möglichkeiten und damit zukünftigen neuen risikoadaptierten Konzepten gerecht zu werden. Denn erbliche Formen des Krebses entstehen häufig viel früher im Leben, lange bevor die üblichen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen beginnen bzw. greifen. Das BMG hat aus den Erkenntnissen des nationalen Krebsplanes heraus hier sehr weise Veränderungen in das Gesetz mit eingebracht, die auch zukünftige Entwicklungen bei der Krebsfrüherkennung berücksichtigen.

JFR: *Die Arbeitsgruppe um Hermann Brenner hat ein genetisches Risikoprofil entwickelt, mit dessen Hilfe nicht nur eine viel genauere Terminierung der Vor- bzw. Nachsorgeuntersuchungen geplant, sondern auch die Frage beantwortet werden kann, ob ein grundsätzliches Risiko besteht. Ist auch für den Darmkrebs Prävention auch auf molekularer Basis nicht eine viel individuellere und auch eine präzisere Ebene, die wir anstreben sollten?*
RS: Herr Brenners Arbeitsgruppe am DKFZ hat sich über die letzten Jahrzehnte in ganz besonders herausragender Weise um die Risikoerfassung für Tumorerkrankungen und hier insbesondere der Darmkrebserkrankung verdient gemacht. Diese molekulargenetischen und epidemiologischen Untersuchungen als Grundlage für eine zielgruppenspezifische Vor- und Nachsorge sind aus meiner Sicht wegweisend und werden für den Darmkrebs im Rahmen des Konsortiums „Familiärer Brust- und Darmkrebs" ja auch bereits umgesetzt und evaluiert. Gerade durch solche Untersuchungen kommen wir immer weiter weg von dem Konzept „one fits all" hin zu maßgeschneiderten Präventionskonzepten, ganz so wie wir dies auch in der zielgerichteten Therapie derzeit sehen.

JFR: *Momentan sind künstliche Intelligenz (machine learning) und Digitalisierung in aller Munde. Könnten diese neuen Techniken auch Einzug in die Prävention halten und sie verändern? Wo sehen Sie auf Ihrem Spezialgebiet und vielleicht auch beim Darmkrebs Möglichkeiten (z. B. verbesserte Polypendetektion?)*
RS: KI und Digitalisierung werden in der Regel zusammen mit big data genannt. Hier geht es darum, große bzw. riesige Datensätze verschiedener Kategorien, also z. B. bei Krebserkrankungen genetische und nicht genetische Faktoren zusammen zu betrachten und aus dieser großen Menge an Daten neue Erkenntnisse zu gewinnen. Dies ist ein vielversprechender Ansatz, der sicher weiterverfolgt werden muss. Allerdings möchte ich für die Krebsprävention zu bedenken geben, dass wir zunächst einmal real data, die wir bereits an der Hand haben, auswerten und in die klinische Betreuung einfließen lassen sollten, bevor wir nach den noch nicht in ausreichender Menge vorhandenen big data greifen. Real data sind Daten, die sich aus strukturierter Registerdokumentation ergeben und in der Regel methodisch gesehen eine deutlich höhere Qualität und damit Sicherheit der Richtigkeit der Ergebnisse ermöglichen, als dies für die big data bisher der Fall ist. Von daher plädiere ich als ersten konkreten Schritt für eine strukturierte Etablierung von Spezialregistern für Risikogruppen, die angedockt an die bereits existenten klinischen Krebsregistern in Deutschland zu einem signifikanten Mehrwert hinsichtlich der Ergebnisgenerierung mit Konsequenz für die klinische Betreuung haben.

JFR: *Was sind ihre nächsten Projekte, die Sie in Ihrer klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit weiter voranbringen wollen?*
RS: Wir wollen das beim erblichen Brustkrebs entwickelte Konzept der Wissen-generierenden präventiven Versorgung auf die weiteren häufigen Tumorerkrankungen übertragen und hierbei eng mit bereits etablierten weiteren Strukturen und Kollegen in Deutschland zusammenarbeiten. Hierbei sehe ich insbesondere durch die vom DKFZ und der Deutschen Krebshilfe initiierte Etablierung der comprehensive cancer center eine sehr große Chance, dieses Konzept und diese Zusammenarbeit voranzubringen. Die Wissengenerierende Versorgung ist außerdem an wissenschaftliche Begleitprojekte und Evaluation gekoppelt und somit naturgemäß zunächst einmal an den Unikliniken lokalisiert. Eine breite Versorgung auf dem Gebiet der Prävention ist jedoch nur unter Hinzuziehung der Kollegen in den zertifizierten Tumorzentren sowie den niedergelassenen Kollegen möglich. Daher benötigen wir dringend echte sektorenübergreifende und transdisziplinäre Netzwerke, die es erlauben werden, neueste Erkenntnisse aus dem universitären „Elfenbeinturm" in die Fläche und damit die breite Versorgung zu bringen. Im Rahmen unseres Konsortiums sind wir dies vor einigen Jahren angegangen und haben bisher beste Erfahrungen gemacht. Wir bieten die Versorgung der Risikopersonen für Brustkrebs mittlerweile in Zusammenarbeit mit rund 230 zertifizierten Brust- und gynäkologischen Krebszentren an. Dazu gehört auch obligat ein regelmäßiger Wissensaustausch und die Weiterbildung der nicht universitären Kollegen. Ich bin beeindruckt und begeistert davon, wie positiv dieses Angebot angenommen wurde und daher äußerst zuversichtlich, dass wir dieses Konzept weiter ausbauen können. Damit wären wir auf dem Gebiet der genomgetriebenen Medizin Vorreiter und Topanbieter im internationalen Vergleich.

JFR: *Die Stiftung LebensBlicke ist seit über 20 Jahren auf dem Gebiet der Darmkrebsfrüherkennung aktiv. Wir haben zusammen mit anderen, auch der Felix Burda Stiftung, viel erreicht. Wo sehen Sie für eine Stiftung zukünftige weitere Schwerpunkte?*
RS: Die Stiftung LebensBlicke ebenso wie die Felix-Burda-Stiftung haben durch ihre Aktivitäten mittlerweile eine große Sichtbarkeit erreicht. Bereits jetzt ist zu erkennen, dass damit die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung auf dem Gebiet der Darmkrebsfrüherkennung verbessert werden kann. Des Weiteren sehe ich beide Stiftungen als Advokaten für die Betroffenen, indem sie deren Be-

lange laut und kompetent einbringen und sich damit insbesondere auch politisch Gehör verschaffen. Während in der Vergangenheit die Prävention als Gesundheitsziel zwar immer mit genannt wurde aber ein Schattendasein führte, sehe ich nun auch aus der Politik heraus ernsthafte Anstrengungen die klinische Prävention voranzubringen. Dies sich sicherlich auch den Aktivitäten beider Stiftungen zu verdanken.

Im Rahmen meiner Gremientätigkeiten ist mir ferner klargeworden, dass wir angesichts der zunehmenden Harmonisierung der Gesundheitssysteme in der EU auch dringend auf EU-Ebene tätig werden müssen, um unsere Errungenschaften dort einzubringen und auch EU-Mittel für die Weiterentwicklung der Prävention einwerben zu können. Ich würde mir sehr wünschen, dass dies in konsentierten Aktionen mit den Stiftungen, den ärztlichen Akteuren auf diesem Gebiet und den Selbsthilfegruppen gemeinsam weiter voran gebracht werden kann. Dabei kann ich mir aufgrund der schon gewachsenen, guten Kooperationen sowie der bisherigen geschaffenen Strukturen gut vorstellen, dass Deutschland hier auf EU-Ebene eine Vorreiterrolle einnehmen könnte.

Herzlichen Dank für dieses sehr aufschluss- und informationsreiche Interview!

Die Corona-Pandemie und mögliche Auswirkungen

Interview mit Prof. Dr. Stefan Schreiber, Direktor der Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein



© Soul Picture

▲ Prof. Dr. Stefan Schreiber

Zur Person: Professor Schreiber studierte Medizin an den Universitäten Hamburg, der University of California in San Diego und der Harvard University. In Hamburg wurde er von 1987 bis 1994 zum Internisten und Gastroenterologen ausgebildet. Danach wechselte er an die Charité in Berlin. Schreiber habilitierte dort 1996. 1998 erhielt er einen Ruf an die Christian-Albrechts-Universität in Kiel, als Professor für Innere Medizin und Gastroenterologie. Seit 2005 ist er C4-Professor und Direktor des Instituts für Klinische Molekularbiologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, seit 2009 Direktor der Klinik für Innere Medizin I. Schreiber war Dekan der Medizinischen Fakultät von 2006 bis 2013.

Wissenschaftliche Schwerpunkte: 1994 gründete er eine Forschungsgruppe mit dem Themenschwerpunkt genetische Ätiologie und molekulare Pathophysiologie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (Morbus Crohn). So wurde u. a. unter anderem eines der wesentlichen Gene entdeckt, dessen Mutationen Morbus Crohn hervorruft. Schreiber arbeitet ferner auf den Gebieten anderer chronisch entzündlicher Barriere-Erkrankungen, Gallensteinleiden, Kolorektales Karzinom und der Langlebigkeit. In seiner Arbeitsgruppe wurde auch das „Altersgen" FOXO3 entdeckt.

Auszeichnungen: Professor Schreiber wurde 1995 mit dem Theodor-Frerichs Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), 1998 mit dem Martin-Gülzow-Preis der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und 2005 mit dem Wissenschaftspreis der Stadt Kiel ausgezeichnet.

Mit Professor Schreiber (**SS**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Wir erleben gerade eine Pandemie weltweiten Ausmaßes. Was macht das SARS-CoV-2-Virus so gefährlich? Wie hoch ist die Infektiosität?*

SS: Der Verlauf der Pandemie ist gar nicht so ungewöhnlich. Auch die spanische Grippe hat einen ähnlichen Verlauf für die Kontinente genommen. Wir erleben dieses hier eher wie im Zeitraffer, der durch den lebhaften Flugverkehr verursacht wird. Zu der Frage der Infektiosität kann sich eher ein Virologe äußern. Für mich sieht das so aus, als ob unter geeigneten Umständen bereits geringe Men-

gen an Virus ausreichen, um eine Infektion auszulösen. Das Virus hat dann natürlich auch eine unvorbereitete Gesellschaft getroffen, in der eine Sozialhygiene für Atemwegserkrankungen zuvor nicht geübt wurde.

JFR: *Für welchen Personenkreis kann das Virus besonders gefährlich, ja sogar tödlich werden?*
SS: Schwere Erkrankungsformen können bei jedem Personenkreis entstehen, auch bei Jugendlichen und Kindern. Als allgemeine Risikofaktoren wurde eine Reihe von Vorerkrankungen identifiziert (zum Beispiel Übergewicht, Diabetes, kardiale und pulmonale Vorerkrankungen, Erkrankung der Leber und der Niere). Ein medikamentöser Risikofaktor ist die reduzierte Glucocorticoid-Therapie. Mit Vorliegen dieser Risikofaktoren verläuft die Erkrankung öfter schwer oder bis zum Tod.

JFR: *Viele schwer Betroffene müssen beatmet werden. Dabei steht wohl das infektiös bedingte Lungenversagen im Vordergrund. Immer häufiger diskutieren Kliniker über den richtigen Zeitpunkt. Wie problematisch ist die künstliche Beatmung bei einer massiv vorgeschädigten Lunge?*
SS: Bei COVID-19 denkt jeder erst einmal an die Lunge. In Wirklichkeit handelt es sich aber um eine System-Erkrankung in der zum Beispiel das Endothel des Gefäßsystems befallen wird. Dadurch ist auch das Versagen multipler Organsysteme, wie auch der schwere Lungenbefall selbst zu erklären. Bei schweren Verläufen kommt es zu einem Zytokin-Sturm und dann auch zur Ausbildung von Mikrothromben in den kleinen Kapillaren, die dann in der Lunge zum Beispiel den Gasaustausch erheblich beeinträchtigen. Natürlich ist die künstliche Beatmung nicht unproblematisch. Eine Beatmung ist immer unphysiologisch und führt schon durch die mechanische Belastung selbst zu weiteren Beschädigungen. Bei COVID-19 ist eine Beatmung oft nicht vermeidbar. Eine besondere Herausforderung ist, dass oft die Beatmung über längere Zeit durchgeführt werden muss. Gerade das führt zu der enormen Belastung der Intensivkapazitäten.

JFR: *Die Corona-Pandemie hat die Prävention wieder ganz nach oben katapultiert. Wir erfahren von allen Seiten, wie man sich am besten gegen eine solche Virusinfektion schützen kann. Wie sicher sind welche Empfehlungen?*
SS: Nichts im Leben ist sicher. Trotzdem ist klar, dass eine Sozialhygiene insbesondere beim Vorliegen von Atemwegssymptomen die Weitergabe der Krankheit (egal, ob es sich um SARS-CoV-2 handelt oder eine Influenza) vermindert. Eigentlich haben wir in den letzten Jahren schon das Problem mit der Influenza nicht richtig adressiert. Durch einen Teil der jetzigen Maßnahmen (Mundschutz, frühes Home-Office, falls Atemwegssymptome auftreten) hätte sicher auch hier die Verbreitung eingeschränkt werden können. Es hat uns aber nicht interessiert, weil die Tausenden von Influenza-Toten in den Hinterzimmern der Intensivstationen verstorben sind.

JFR: *Die Corona Pandemie hat auch dazu beigetragen, dass der Darmkrebsmonat März 2020 ganz in den Hintergrund getreten ist. Dabei rettet gerade die Darmkrebsprävention zuverlässig viele Menschenleben. Besteht die Gefahr, dass aus Sorge vor einer Ansteckung mit dem Virus Menschen Vorsorge nicht in Anspruch nehmen?*
SS: Neben den Toten durch COVID-19 haben wir sicherlich noch einen zweiten Schaden im Gesundheitssystem zu beklagen. Viele Menschen nehmen in der Zeit wichtige diagnostische oder therapeutische Kontakte für andere Erkrankungen nicht wahr. Dazu gehört auch die Vorsorgekoloskopie. Man kann ausrechnen, dass es dadurch zu einer zweiten Todesfallwelle kommt, die allerdings COVID-19 unabhängig ist. Das ist hoch dramatisch. In Italien gab es einen Überschuss an Todesfällen durch nicht-COVID-19 Erkrankungen, der sicher noch größer war, als die Todesfälle durch COVID-19 selbst.

JFR: *Was kann, was sollte man tun, um sich trotz dem Gehör zu verschaffen?*
SS: Wir müssen jetzt alles tun, der Bevölkerung zu vermitteln, dass auch die „normalen" zum Tode führenden Erkrankungen relevant sind. Das bedeutet, dass wir die Kapazitäten dafür in den Praxen und Krankenhäusern bereitstellen, aber gleichzeitig auch den Patienten die Sicherheit geben, dass eine Ansteckung im medizinischen Bereich sehr unwahrscheinlich ist.

JFR: *Wie bewerten Sie die Vorschläge, in Endoskopie Abteilungen separate Einrichtungen für „Normalbürger" und COVID-19-Infizierte oder Verdachtsfälle vorzuhalten? Sollten Personen vorher getestet werden?*
SS: Die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit hat zu vielen sehr ungewöhnlichen Ideen geführt. Viele sind nicht durchdacht oder basieren auf einem laienhaften Verständnis der Erkrankung. Das betrifft leider auch einige Vorschläge unserer medizinischen Kollegen. Sicher werden wir den Infektionsschutz in den Krankenhäusern deutlich verstärken müssen. COVID-19 setzt Leitplanken, die wir nicht ignorieren können. In der Tat brauchen wir Wege, wie wir uns relativ schnell Gewissheit darüber verschaffen können, ob eine SARS-CoV-2 Infektion vorliegt. Das bedeutet, dass Untersuchungen in der Medizin aufwändiger werden und viel deutlicher als früher die Wege von Patienten getrennt werden müssen. Das wird uns auch große Schritte vorwärtsbringen, in Bezug auf die „üblichen" Probleme z. B. mit MRSA oder Influenza. Die Idee, separate COVID-19 Krankenhäuser zu bauen halte ich für fehlgesteuert und übertrieben. Auch die aktuelle Erfahrung in New York hat gezeigt, dass separate (COVID-19 freie) Kliniken nicht vernünftig etabliert und in der Versorgung gehalten werden können. Das Beispiel betrifft die „USNS Comfort", das 1200-Bett-Hospitalschiff, das nach New York delegiert wurde.

JFR: *Sollten Vorsorgeuntersuchungen jetzt ausgesetzt werden, was wäre ein passabler Rat?*
SS: Wir sollten uns von etablierten und für das Überleben relevanten Vorsorgeuntersuchungen keinesfalls verabschieden. Allerdings werden wir sicher den einen oder anderen Optimierungsalgorithmus in der Medizin kritisch im Rahmen einer Neubewertung der Risiko-Nutzen-Relation verändern müssen. Wie viel pH-Metrie und Ösophagusmanometrie werden wir vor Reflux-Operationen in Zukunft durchführen? Wie viel Treat-to-Target werden wir uns bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen leisten?

JFR: *Sollte tatsächlich ein Impfstoff zur Verfügung stehen, glauben Sie nach allen bisherigen Erfahrungen, dass der Großteil der Bevölkerung sich tatsächlich impfen ließe? 2017/18 hatten wir rund 25.000 Grippe-*

tote, wovon viele hätten verhindert werden können, wenn Menschen sich hätten Grippeimpfen lassen. Warnungen waren damals nicht hilfreich!
SS: Die Frage ist, ob es einen schützenden Impfstoff geben wird. COVID-19 als maximale Version der Immunstimulation scheint ja nicht immer eine schützende Immunität zu hinterlassen. Ansonsten wird man in der Tat impfen müssen. Auch die Spanische Grippe ist nach 13 Jahren mit drei großen Wellen und 38 größeren Ausbrüchen sowie 50 Millionen Toten, erst durch die Impfung beendet worden.

JFR: *Sie haben neben vielen anderen mit den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) einen besonderen Forschungs-Schwerpunkt. Sind CED-Patienten auch mit einem höheren COVID-19-Risiko behaftet?*
SS: Patienten mit CED haben nach dem jetzigen Kenntnisstand insgesamt kein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Der Einsatz höher dosierter Glucocorticoide ist jedoch mit mehr Todesfällen und mehr schweren Verläufen assoziiert. Daher wird gegenwärtig empfohlen, früher als sonst üblich zu einer Biologika-Therapie beziehungsweise zum Tofacitinib zu greifen.

JFR: *CED-Patienten haben jedenfalls Risikofaktoren für die Entwicklung eines kolorektalen Karzinoms (KRK). Worauf ist dieses Risiko zurück zu führen und wie häufig ist die Entwicklung eines Dickdarmkrebses für Patienten mit Morbus Crohn respektive Colitis Ulcerosa?*
SS: Die chronische Entzündung des Kolons führt, egal ob bei Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa, zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Kolorektalen Karzinoms. Eine Überwachungsstrategie mit jährlicher Koloskopie sollte daher nach zehn Krankheitsjahren, gegebenenfalls auch früher, erfolgen.

JFR: *Welchen Vorsorgemaßnahmen sollten sich CED-Betroffene unterziehen? Gibt es gesicherte Empfehlungen?*
SS: Neben den Überwachungskoloskopien die idealerweise mit Chromoendoskopie durchgeführt werden, ist bei Betroffenen mit CED auch eine regelmäßige Überwachung von Laborkontrollen und die Therapie wichtig.

JFR: *Glauben Sie, dass mit Einführung der künstlichen Intelligenz und des maschinellen Lernens sich endoskopische Vorsorgen, auch für CED-Patienten deutlich verbessern lassen?*
SS: Die Einführung der künstlichen Intelligenz als zusätzliche diagnostische Technik wird uns im Bereich der normalen Vorsorgekoloskopie weiter nach vorne bringen. Es sind Best-Price-Systeme verfügbar, die während der Endoskopie in Realtime verdächtige Bereiche für die Biopsie-Entnahme auf dem Video für den Untersucher markieren. Bei Patienten mit CED wird die Etablierung von künstlicher Intelligenz sicher länger dauern, da die Ausgangsbedingungen ungleich komplizierter sind und auch der Markt deutlich kleiner. Hier würde ich erwarten, dass Verfahren der künstlichen Intelligenz für die Effizienzsteuerung von Therapieverfahren zuerst Eingang finden.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses informative und ausführliche Interview, das unser User sicher mit Interesse und Spannung lesen werden!*

Corona-Pandemie stärkt den öffentlichen Gesundheitsdienst – hoffentlich nachhaltig!

Interview mit Dr. Ute Teichert, Bundesvorsitzende des BVÖGD und Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf


© Akademie ÖEGW

▲ Dr. Ute Teichert

Zur Person: Medizinstudium an der Universität Bonn, Promotion an der dortigen Universitäts-Frauenklinik. Ausbildung in der Inneren und der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses „Maria Stern" in Remagen sowie vier Jahre in Arztpraxen. Später Leiterin des Gesundheitsamtes des Kreises Ahrweiler. Fachärztin für das Öffentliche Gesundheitswesen, Notfallmedizin und Homöopathie. Weitere Qualifikationen in der Verkehrsmedizin, bei der Gutachten zur Fahrerlaubnis erstellt werden, und in der Arbeitsmedizin. Derzeit Bundesvorsitzende des Berufsverbands der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) und Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Mit Frau Dr. Teichert (**UT**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Ihr Verband ist mit einem Schlag in das Rampenlicht der Öffentlichkeit getreten. Der ÖGD ist ja in der öffentlichen Wahrnehmung eigentlich bisher eher im Abseits gestanden. Was hat zu dieser plötzlichen Aufmerksamkeit geführt?*
UT: Gesundheitspolitisch hatte sich die öffentliche Wahrnehmung des ÖGD auch in den letzten Jahren schon verändert, aber er stand häufig im Schatten der ambulanten und stationären Versorgung. Allerdings haben wir schon in der Vergangenheit beobachten können, dass der ÖGD immer dann verstärkt in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerät, wenn es Gefahren und Herausforderungen von Pandemien gibt oder Skandale auftreten. Insofern war es auch diesmal so, dass durch die Corona-Pandemie die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit plötzlich auf den ÖGD fiel. Wie eigentlich in den letzten Jahren üblich, konzentriert sich auch zu Beginn der Pandemie der Fokus zunächst auf den Krankenhausbereich und die damit verbundenen Herausforderungen. Erst als klar wurde, dass das Problem in Deutschland nicht die zu wenig zur Verfügung stehenden Intensivbetten waren, drehte sich die Aufmerksamkeit in eine andere Richtung. Als klar wurde, dass die Pandemie nicht kurativ durch Medikamente oder präventiv durch einen Impfstoff be-

wältigt werden kann, rückten die bevölkerungsmedizinischen Herausforderungen in den Vordergrund und damit auch die Rolle der Gesundheitsämter. Einen besonderen Schub der Wertschätzung erfuhr der ÖGD vor allem dadurch, dass die Bundesregierung – und hier auch besonders Bundeskanzlerin Angela Merkel – die Arbeit der Gesundheitsämter öffentlich lobte und die Notwendigkeit einer nachhaltigen Stärkung des ÖGD in den Vordergrund stellte.

JFR: *Wie nehmen Sie die gegenwärtige COVID-19-Pandemie wahr?*
UT: Jetzt im Sommer erleben wir, dass sich die Zahl der Neuinfizierten nicht dramatisch verändert. Momentan konzentrieren sich die Herausforderungen auf einzelne Hotspots, bei denen plötzlich und unerwartet viele Infizierte auftauchen können. Es ist wichtig, dass wir dort vor Ort schnell und gezielt handeln können, um eine erneute Weiterverbreitung der Erkrankung zu verhindern. Wir haben uns als Gesellschaft darauf verständigt, in der momentanen Pandemielage die Reaktionen lokal und regional anzupassen. Dies sollte jetzt auch durchgängig passieren und darauf müssen sich bundesweit auch die Behörden vorbereiten. Es kann jede Kommune und jede Stadt plötzlich treffen, daher sollte man sich auch im Vorfeld bereits Gedanken machen, wie man mit solchen Ausbrüchen umgeht.

JFR: *Gesundheitsämter sollen zumindest in der Pandemie eine zentrale Rolle in der peripheren Versorgung von lokalen oder regionalen Corona-Ausbrüchen spielen. Sind sie dafür überall ausgerüstet und wie können Sie diesen Schub nutzen, um die Position des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stärken?*
UT: Grundsätzlich sind die Gesundheitsämter fachlich qualifiziert, um mit lokalen Ausbrüchen umzugehen. Das ist ja keine Neuerscheinung durch die Corona-Pandemie, sondern das gab es ja in der Vergangenheit auch schon mit anderen Erkrankungen. Regelmäßig verzeichnen wir Norovirus- Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen oder auch Hepatitis, Skabies und andere Erkrankungen. Sehr schwierig ist es allerdings, wenn in kürzester Zeit eine große Anzahl von Erkrankten und Kontaktpersonen zu bewältigen sind. Wie aktuell im Fall von Gütersloh, wo über 1500 Erkrankte in wenigen Tagen auftraten und mehr als 800 Kontaktpersonen zu managen waren. Dafür muss man sehr viel Personal vorhalten, das dürfte die Ressourcen jedes einzelnen Gesundheitsamtes sprengen. Da die Gesundheitsämter schon vor der Krise personell ausgedünnt waren, muss das auf jeden Fall nachgebessert werden. Wir brauchen mehr Personal in den Gesundheitsämtern und das dauerhaft.

JFR: *Reichen eine bessere Finanzausstattung und politische Willensbekundungen aus?*
UT: Finanzausstattung und politische Willensbekundung sind ganz wichtige Grundpfeiler und Voraussetzung. Es ist aber notwendig, diese auch in Taten umzusetzen. Das ist das, was jetzt in den nächsten Wochen dringend passieren muss. Die vom Bund in Aussicht gestellte Förderung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit einem Gesamtvolumen von 4 Mrd. € muss vor Ort ankommen und umgesetzt werden. Dafür ist dringend Personal einzustellen.

JFR: *Warum war und ist der ÖGD so wenig attraktiv für angehende Mediziner? Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf? Was muss passieren, um Ihren Berufsstand gerade auch für junge angehende Ärztinnen und Ärzte attraktiver zu machen?*
UT: Die Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist sehr vielschichtig und interessant. Das haben wir auch gerade in der Corona-Pandemie erlebt. Der BVÖGD hat eine Freiwilligenbörse für Medizinstudierende aufgebaut. Innerhalb von wenigen Tagen haben sich dort über 2500 junge Studierende gemeldet, die bereit waren in einem Gesundheitsamt auszuhelfen. Das zeigt mir ganz deutlich, dass es sehr wohl gelingen kann, junge Menschen auch für diesen Bereich zu gewinnen. Allerdings ist es dringend notwendig, dass auch im Medizinstudium ein Fach „Öffentliche Gesundheit" eingeführt wird und dass bevölkerungsmedizinische Inhalte dort auch an angehende Medizinstudierende vermittelt werden. Bisher ist das nicht der Fall, es gibt keinerlei universitäre Verankerung von Öffentlicher Gesundheit. Junge Menschen, die ein Medizinstudium absolvieren, erfahren unter Umständen überhaupt nicht, dass es diesen Arbeitsbereich gibt. Das muss dringend geändert werden. Um die Tätigkeit für Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern auch finanziell attraktiver zu gestalten, müssen jetzt endlich Tarif-Angleichungen an die Gehälter in den anderen Versorgungsbereichen stattfinden. Die Tarifbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst sind sehr schlecht. Ein Arzt, der in einem Krankenhaus arbeitet, verdient pro Monat 1500 € mehr, als ein im Gesundheitsamt tätiger Arzt. Auch aus diesem Grund ist es sehr schwierig, Nachwuchs im ärztlichen Bereich zu finden. Wer möchte schon beim Wechsel von einer Klinik in ein Gesundheitsamt sich finanziell deutlich schlechter stellen?

JFR: *Was waren vor der Pandemie die wichtigsten Aufgaben des ÖGD? Wo lagen und liegen die Schwerpunkte?*
UT: Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat ein breites Aufgabenspektrum, das sich auch deutlich über den Infektions- und Katastrophenschutz hinaus erstreckt. Die Bandbreite der Aufgaben reicht dabei von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Familien mit Kleinkindern, über zahnärztliche, Kita- und Einschulungsuntersuchungen, Schwangeren-, Schwangerschaftskonflikt- und Mütter-beratungen, Untersuchungen von Schwangeren, Kontroll- und Überwachungsaufgaben im Bereich der Krankenhaus-, Umwelt- und Seuchenhygiene, Beratungs- und Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen, chronisch Kranke sowie körperlich Behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Menschen bis hin zur Erstellung von amtsärztlichen Gutachten und Zeugnisse oder Mitwirkung an der Gesundheits-berichterstattung. Im Unterschied zur ärztlichen Tätigkeit in Krankenhäusern oder ambulanten Praxen, die vorwiegend individual-medizinisch ausgerichtet sind, sind im ÖGD häufig auch bevölkerungsbezogene Aspekte mit präventivem Ansatz von Bedeutung. Besonderes Augenmerk ist daher im Rahmen der subsidiären und sozialkompensatorischen Ausrichtung auf Bevölkerungsgruppen gerichtet, für die kein oder ein erschwerter Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung gegeben ist.

JFR: *Welche Rolle spielt die Prävention allgemein bei Ihren Aufgaben, insbesondere die Darmkrebsprävention? Wo sehen Sie aus Sicht des ÖGD hier Handlungsbedarf?*
UT: Prävention ist ein wichtiges Tätigkeitsfeld, der Öffentliche Gesundheitsdient leistet einen bedeutenden Beitrag in diesen Berei-

chen. Dabei geht es um eine unabhängige, frühzeitliche und fachlich fundierte Aufklärung der Öffentlichkeit, z. B. im Rahmen der Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils, der Aufklärung über Darmkrebs und deren Vorbeugung. Der ÖGD hat vor allem eine Schlüsselfunktion in Lebenswelten wie Kinderbetreuung und Schulen, aber auch in Gemeinschaftseinrichtungen wie Alten- und Pflegeheimen. Insofern wäre es durchaus möglich, hier auch gruppenspezifisch präventive Aufklärungsarbeit zu leisten. Dafür müsste der ÖGD aber deutlich besser aufgestellt werden. Bei der Einführung des Präventionsgesetzes 2015 hat man den Öffentlichen Gesundheitsdienst weitgehend außen vorgelassen.

Obwohl diese Aufgabe in allen Ländergesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst für die Gesundheitsämter verankert ist, hat sich der Gesetzgeber zum damaligen Zeitpunkt entschieden, Prävention über andere Kanäle zu betreiben. Insofern fehlt auch die Finanzierung für diesen Bereich im Öffentlichen Gesundheitsdienst und daher können diese Aufgaben zurzeit nicht gestemmt werden.

JFR: *HPV-Impfung ist ein zunehmendes Thema seit auch die Jungen geimpft werden können. Welche Rolle kann der ÖGD bei diesem Thema spielen? Sind Impfungen durch den ÖGD denkbar?*
UT: Impfungen durch den ÖGD gibt es schon seit Jahrzehnten, allerdings ist das Angebot in den letzten Jahren durch Sparbemühungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst heruntergefahren worden. Noch zu meiner Jugendzeit war es normal, dass Gesundheitsämter zu Impfaktionen in die Schulen kamen. Dies ist heute nicht mehr üblich, auch die Impfsprechstunden in den Gesundheitsämtern sind leider flächendeckend weitgehend eingestellt worden. Dies hat zur Folge, dass wir auch Impflücken in der Bevölkerung feststellen. Ich halte es für notwendig, diesen Bereich wieder im ÖGD aufzubauen und zu verankern, nicht nur wegen einer Impfung gegen Corona-Viren. Auch alle anderen Impfungen sollten als Beratungs- und Impfangebote über Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für die Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden. Damit könnte man dann auch die Impfraten einzelner Bevölkerungsgruppen gezielt steigern. Darüber hinaus kann man auch gute Impfaktionen in verschiedenen Settings durchführen. Hier ist auch der betriebsärztliche Dienst gefordert, aber auch in Kitas und Schulen könnte man dementsprechend aktiv werden.

JFR: *Was würden Sie sich von der Politik für die Zukunft wünschen?*
UT: Ich würde mir sehr wünschen, dass in der Gesundheitspolitik der Bereich Öffentliche Gesundheit mitgedacht wird. Dies war lange Zeit nicht der Fall. Immer wenn es neue Gesetze geht, muss mühsam darauf hingewiesen werden, dass auch der ÖGD zu berücksichtigen ist. Bisher wurde der Öffentliche Gesundheitsdienst als Anhängsel oder Störfaktor wahrgenommen. Hier wünsche ich mir eine deutliche Änderung, es muss selbstverständlich sein, dass auch bevölkerungsmedizinische Inhalte zur medi-zinischen Versorgung gehören. Das ist eine ureigene ärztliche Aufgabe. Ich würde sehr wünschen, dass auch die Politik das mitberücksichtigt und dafür dann auch nicht nur die gesetzliche Voraussetzung schafft, sondern auch dauerhaft genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stellt.

JFR: *Wie könnte eine unterstützende Zusammenarbeit des ÖGD mit der Stiftung LebensBlicke aussehen?*
RS: Ganz konkret könnte ich mir vorstellen, den Zugang der Gesundheitsämter zu bestimmten Settings konsequent zu nutzen, um Aufklärung für die Stiftung LebensBlicke zu betreiben. Lokal könnten die Gesundheitsämter die Materialien der Stiftung auslegen und verteilen, es könnten sicherlich auch gemeinsame Veranstaltungen geplant und durchgeführt werden. Voraussetzung dafür wäre ein gegenseitiges persönliches Kennenlernen und ggf. auch ein gemeinsamer Workshop, bei dem man Ideen und Aktivitäten sammeln könnte, auch um die Schnittstellen zu definieren und Überlappungen zu finden. In diesem Sinne freue ich mich auf die weitere konstruktive Zusammenarbeit mit der Stiftung LebensBlicke.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses sehr informative Gespräch!*

Berufsgruppenübergreifende Ausbildung

Interview mit Prof. Dr. Jana Jünger, MME (Bern), Direktorin des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz



© Dirk Beichert Business Photo

▲ Prof. Dr. Jana Jünger

Zur Person: 1983–1990 Medizinstudium an der Universität Heidelberg, 1997 Promotion, 2010 Habilitation, 2013 außerplanmäßige Professur, 2004 bis 2016: Leiterin des Kompetenzzentrums für Prüfungen in der Medizin in Baden-Württemberg, Oberärztin (Fachärztin Innere Medizin) in der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg. Seit April 2016 Direktorin des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz. Mit Frau Prof. Dr. Jana Jünger (**JJ**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Was bedeutet MME und welche Bedeutung hat dieses Kürzel für Sie?*
JJ: Im Jahr 2002 wurde eine damals neue ärztliche Approbationsordnung veröffentlicht. Überall in Deutschland begannen Reformen. In einer Gruppe engagierter – sowohl erfahrener als auch junger – Pioniere, haben wir damals beschlossen, das Rad nicht überall neu zu erfinden, sondern gemeinsam ein Netzwerk von Reformern zu knüpfen und dafür Führungskräfte und Multiplikatoren auszubilden. Der Master of Medical Education (MME) ist ein Postgraduierten-Studiengang und richtet sich insbesondere an diejenigen, die das Medizinstudium an den Fakultäten planen und durchführen. Also an Dozentinnen und Dozenten und Führungspersonal der Hochschulmedizin. Nach dem Prinzip „Train the Trainer" sollen die MME-Absolventen als Multiplikatoren neue didaktische Techniken im Curriculum und in den Prüfungen einsetzen. Dies professionalisiert die Medizinische Ausbildung und erhöht die Qualität der Lehre. Zudem fördert es den bundesweiten und internationalen wissenschaftlichen Austausch.

JFR: *Was sind die Kernpunkte des „Masterplans Medizinstudium 2020" und was wird er verändern?*
JJ: Das ist ein wichtiges und vielschichtiges Thema und darum werde ich etwas weiter ausholen. Der Masterplan wird das Medizinstudium künftig ganz neu ausrichten, er fordert die konsequente Orientierung am Patienten. Im Studium werden Schwerpunkte auf Allgemeinmedizin und ambulante Versorgung gelegt, die fachübergreifende, interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert und arztbezogene Kompetenzen vermittelt. Dazu zählen die ärztliche Gesprächsführung mit dem Patienten und Wissenschaftskompetenz. In diese Richtung werden sich die Prüfungen verschieben und auch die Lehre. Was geprüft wird, wird auch von den Studierenden gelernt. Bindeglied zwischen den bundeseinheitlichen Prüfungen, die das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen IMPP organisiert, und der Lehre an den Fakultäten sind die Gegenstandskataloge mit den fachlichen Inhalten. Die Umsetzung des Masterplans hat die Arbeit an unserem Institut in den vergangenen Jahren wesentlich bestimmt. Wir haben dabei verschiedene Aufgaben. Eine Aufgabe des IMPP ist die Überarbeitung der Gegenstandskataloge, um die bisherigen Prüfungsinhalte zu reduzieren und den neuen Lernzielen anzupassen. Eine andere Aufgabe ist die Gestaltung fairer und gerechter mündlich-praktischer Prüfungen und deren Ausrichtung an ärztlichen Rollenbildern. Dies erfordert neuartige Prüfformate, die in der Lage sind, Kommunikations- und Wissenschaftskompetenz sowie die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit von zukünftigen Absolventinnen und Absolventen zu erfassen.

JFR: *Die berufsgruppenübergreifende Ausbildung ist für Sie ein Kernanliegen. Wie gelingt es, das berufsständische Denken zu überwinden und vom anderen zu lernen?*
JJ: Eine hochwertige Patientenversorgung erfordert die interprofessionelle Zusammenarbeit von allen Beschäftigten in den Gesundheitsberufen. Wenn alle Beteiligten bereits in der Ausbildung miteinander üben, Patienten gemeinsam sektorenübergreifend zu behandeln, wird das später im Beruf eine Selbstverständlichkeit sein. Im Endeffekt werden durch interprofessionelle Zusammenarbeit die Patientinnen und Patienten besser versorgt und die vorhandenen Ressourcen effizienter genutzt. Diese Ziele sind im Sinne aller Beteiligten und werden dabei helfen, das häufig vorhandene berufsständische Denken zu überwinden. Der Masterplan Medizinstudium 2020 sieht vor, dass die medizinischen Fakultäten gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden beziehungsweise Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe verstärkt in ihre Curricula aufnehmen. Das IMPP hat zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren Netzwerke gebildet und Projekte initiiert. Das von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte Projekt „Nationales Mustercurriculum interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation" hat den Entwurf für ein Mustercurriculum sowie geeignete Prüfungsformate und -aufgaben für die fakultätsinternen Prüfungen sowie Staatsexamina entwickelt. Darüber hinaus sammelt das Projekt interprofessionelle Lehr- und Prüfbeispiele als „Best Practices".

JFR: *Wie beurteilen Sie das Feedback, das Sie von Studenten bekommen?*
JJ: Wir arbeiten in vielen Bereichen mit Studierenden zusammen, beispielsweise koordiniert die IMPPulsgruppe seit dem Jahr 2017 die Aktivitäten der Studierenden. Auch über unser IMPP-Internetportal können Studierende uns mitteilen, was sie schon immer lernen wollten oder was aus ihrer Sicht im Studium zu kurz kommt. Darunter sind überwiegend Fragen aus der Praxis, darunter das Üben von Erste-Hilfe-Maßnahmen. Ein interessantes Projekt ist auch das „Student Health Professionals' Incident Reporting Tool",

abgekürzt „S.H.I.T. HAPPENS“ – den auffälligen Namen für dieses standortübergreifende Fehlermeldeportal haben die Studierenden selbst ausgesucht. Dieses CIRS für Studierende ist ein Beinahe-Unfallmeldesystem, das wir gemeinsam mit Partnern betreuen. Es hilft dabei, ein Bewusstsein für gesundheitsrelevante Risiken zu entwickeln und eine offene Fehlerkultur zu etablieren. Ein Fallbeispiel aus „S.H.I.T. HAPPENS“ zeigt: Beinahe-Fehler und kritische Ereignisse im Gesundheitswesen entstehen sehr häufig an Schnittstellen interprofessioneller Zusammenarbeit. Im Fallbeispiel wurde ein Studierender beauftragt, „Blutkonserven“ für einen Patienten zu holen, der regelmäßige Infusionen benötigt. In der Eile bei diesem kritischen Prozess wurde die genaue Anzahl nicht verstanden, der Studierende hat sich aber auch nicht getraut, nochmal nachzufragen, aus Angst vor den Lehrenden. Die Person brachte zwei Stück, obwohl der Patient nur eine bekommen sollte. Aufgrund der unterbrochenen Kühlkette konnte das zweite Konzentrat nicht in die Blutbank zurückgegeben werden. Wir unternehmen hier viel, um die Studierenden einzubeziehen und kurz und gut: Das Feedback der Studierende zu unserem Ansatz ist positiv.

JFR: *Sie haben in einem Interview über die berufsgruppenspezifische Ausbildung vom Silodenken gesprochen. Wie verbreitet ist diese Sichtweise, die man eigentlich auch als Unart bezeichnen könnte?*
JJ: Jede Berufsgruppe im Gesundheitswesen hat eine teilweise jahrhundertealte Tradition und Identität. Ein individuelles Zugehörigkeitsgefühl und berufstypische Arbeits- und Denkweisen sind in der Praxis unabdingbar. Ich will diese lediglich ergänzen um den Aspekt der interprofessionellen Zusammenarbeit. Darum geht es mir, wenn ich vom Silodenken in der Ausbildung spreche. Wenn wir bereits in der Ausbildung diese zusätzliche Kompetenz vermitteln können, profitieren alle, insbesondere natürlich die Patientinnen und Patienten. Kerngedanke der Interprofessionalität ist, die Bedürfnisse von Patienten als auch die Arbeitsanforderungen an die zukünftigen Fachkräfte im Gesundheitswesen zu berücksichtigen.

JFR: *Welchen Nutzen haben Patienten von einer berufsgruppenübergreifenden Ausbildung? Könnte es sein, dass sie damit mehr Vertrauen in das System der Menschen um sie herumhaben?*
JJ: Bei der Betreuung von Patientinnen und deren Angehörigen ist Fachwissen aus verschiedenen Bereichen gefragt. Erfolgt die Begleitung berufsgruppenübergreifend, profitieren alle Seiten davon. Dafür muss die eine Profession wissen, was die andere kann und deren Kompetenzen vertrauen. Gut, wenn das bereits in Ausbildung und Studium verankert wird. Der Nutzen für die Patienten ist klar: Sie werden besser betreut und versorgt, auch verstehen sie besser, warum welche Maßnahmen angewendet werden. Ein echtes Team arbeitet mit den Patienten zusammen und zieht an einem Strang. Echte Teams kommunizieren miteinander, die Teammitglieder wollen einander verstehen und ihre Argumente austauschen. Dabei haben sie stets das gemeinsame Ziel vor Augen. Das spüren auch die kranken Menschen und deren Angehörige.

JFR: *Medizinische Inhalte werden immer komplexer. Das hat sich gerade auch in der Covid-19 Pandemie gezeigt, die mehr und mehr als eine Systemerkrankung begriffen wird. Bietet die interprofessionelle Ausbildung einen Weg zum besseren Verständnis solcher komplexen Zusammenhänge?*
JJ: Die Pandemie hat uns gelehrt: Das kompetente Beurteilen von wissenschaftlichen Ergebnissen ist sehr wichtig. Die allgemeine Unsicherheit im Umgang mit Empfehlungen der Wissenschaftler während der Pandemie war und ist groß. Hier ist Wissenschaftskompetenz in den Gesundheitsberufen gefragt. Diese Kompetenz erhält im Zuge des Masterplans einen höheren Stellenwert in der Lehre und in den Prüfungen. Das adäquate Anwenden von Leitlinien wird ambulant und stationär am Patienten geprüft. Es geht darum, kluge und evidenzbasierte Entscheidungen treffen zu können. Üben können das die Studierenden im Praktischen Jahr und Auszubildende der Heil- und Gesundheitsberufe im letzten Ausbildungsjahr beispielsweise im Projekt IMAGINE, das unter Beteiligung vieler Akteure entstanden ist, darunter einem Netzwerk aus interprofessionellen Ausbildungsstationen in Kliniken (IPSTA) und ambulanten Arztpraxen (IPRAA). IMAGINE steht für „Interprofessionelle Sektorenübergreifende Medizinische Versorgung Ausbilden Und Gesundheitskompetenz Im Netzwerk Fördern und Evaluieren“. Ein Beispiel aus IMAGINE: Medizinstudierende wollten eine erkrankte Patientin mit einer postoperativen Verstopfung medikamentös behandeln, während die Pflegeschüler bei dieser Diagnose gute Erfahrungen mit einem Einlauf gemacht hatten. Beide Maßnahmen waren bei dieser Patientin angemessen. Doch aus Patientensicht haben beide Gruppen nach interprofessioneller Abstimmung die einfachere Maßnahme gewählt – das ist der Nutzen gelebter interprofessioneller Zusammenarbeit.

JFR: *Wie hat die Covid-19 Pandemie Ihre Arbeit beeinflusst und welche Erkenntnisse könnten davon auf Lerninhalte und Lernziele übergehen?*
JJ: Wichtige Inhalte und Lernziele liegen in den Bereichen Prävention, Gesundheitskompetenz und in Kenntnissen über das öffentliche Gesundheitswesen. Bereits seit dem Jahr 2017 kooperieren wir mit dem öffentlichen Gesundheitswesen, um dieses Wissen adäquat in den Prüfungen abzubilden. Denn bislang wurden Medizinstudierende in Staatsexamina nur wenig über Aufbau und Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens geprüft. In Zeiten einer Pandemie müssen Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und Praxen unter Zeitdruck viele organisatorische Fragen klären: Wie läuft die Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut? Wo schickt man die Proben hin? Wie wird die Versorgung schwer Erkrankter koordiniert? Viele Herausforderungen gilt es unter Zeitdruck zu lösen. Da ist es gut, wenn man die Abläufe und Strukturen kennt.

JFR: *So manch einem Arzt fehlt es an der Kommunikationskompetenz. Dabei ist sie ein Schlüssel-element in der Arzt-Patienten-Beziehung. Wie muss die Vermittlung von Gesprächskompetenz gestaltet sein?*
JJ: Bisher wurde Arzt-Patienten-Kommunikation zu theoretisch vermittelt. Zudem war Kommunikationskompetenz im Curriculum unzureichend integriert und stand erst zu einem späten Zeitpunkt auf dem Lehrplan. Es ist besser, Gesprächskompetenz mit praktischen Übungen zu vermitteln und damit schon zum Studienbeginn anzufangen. Besonders hoch ist der Lerneffekt, wenn simultan mit medizinischem Fachwissen die zugehörige spezifische Gesprächskompetenz vermittelt wird. Beispielsweise lernen die Studierenden

so, wie sie in einer spezifischen Kommunikationssituation zu Demenzkranken sprechen oder wie sie Fehler im Team adressieren.

JFR: *Die Prävention nimmt in den letzten Jahren immer mehr Raum im strategischen Denken der Ärzte ein. Dabei geht es vorrangig natürlich um die Primärprävention. Wo sehen Sie Stellschrauben, um den Gedanken der Primärprävention noch viel mehr in die Ausbildung zu integrieren?*
JJ: Prävention hat einen großen Effekt auf die Gesundheit. Es gibt Schätzungen, dass sich rund 40 % aller Erkrankungen mit den geeigneten Präventionsmaßnahmen verhindern lassen. Gesundheitskompetenz ist dabei entscheidend. Wo und wie wird das im Gesundheitswesen an die Bevölkerung vermittelt? Nicht nur beim Arztbesuch ist das ein Thema, darüber hinaus fungieren Mediziner beispielsweise in Kooperation mit Lehrern als Health Advocates der Bevölkerung, auch Community Nurses und Rettungssanitäterinnen, aber auch Apotheker vermitteln Gesundheitskompetenz an die Menschen. Was mache ich bei einer Erkältung? Da fragen die meisten Menschen häufiger ihren Apotheker als ihren Arzt. Wir müssen Gesundheitskompetenz weiter gefasst denken und in Austausch mit allen daran beteiligten Fachgruppen treten. Die Politik hat an vielen Stellschrauben gedreht. Aus dem „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz" leitet sich für das IMPP der Auftrag ab, Multiplikatoren für diese Kompetenz auszubilden, gerade weil wir das in den neuen Staatsexamina prüfen werden. Es geht darum, die Primärprävention in der Vorklinik des Medizinstudiums auf den Lehrplan zu bringen.

JFR: *Wann sollte in der Ausbildung mit Informationen über Grundlagen der menschlichen Existenz wie Gesundheit, Ernährung, Umwelt, Mobilität etc. begonnen werden?*
JJ: So früh wie möglich, ab dem ersten Semester. Es ist nicht nur wichtig zu lernen, wie der menschliche Körper arbeitet, sondern auch wie das öffentliche Gesundheitswesen funktioniert und wie sich beispielsweise Ernährung und Umwelteinflüsse auf die Gesundheit auswirken können. Wenn der Klimawandel dafür sorgt, dass es in Europa immer wärmer wird, reicht es nicht nur aus, darauf zu achten, dass die Menschen im eigenen Umfeld ausreichend Wasser trinken. Vielmehr werden zukünftige Ärzte lernen, wie sie auch über andere konkrete Maßnahmen günstige Rahmenbedingungen für die Gesundheit ihrer Mitmenschen setzen, beispielsweise indem sie auf das Installieren von Trinkwasserspendern im öffentlichen Raum hinweisen oder bei der Gestaltung eines Pflegeheimes auch den Hitzeschutz einplanen. So kann gesundheitlichen Folgeschäden des Klimawandels so gut wie möglich begegnet werden. Es ist aber auch wichtig, dass Ärzte so gut wie möglich darauf Einfluss nehmen, den Klimawandel zu stoppen.

JFR: *Wie gelingt es, durch bessere Ausbildung Behandlungspfade nicht nur zu etablieren, sondern auch verständlich zu machen?*
JJ: In der Ausbildung müssen alle interprofessionelle Kommunikation üben und später am Krankenbett anwenden. Konkret heißt das, bei der Behandlung oder der Übergabe auch die anderen Berufsgruppen am eigenen Behandlungsansatz aktiv zu beteiligen. Dabei sind explizit Diskussionen erwünscht. So sehen alle über den eigenen Tellerrand. Ziel ist es, ein gemeinsames Verständnis herbeizuführen. Dabei hilft eine interprofessionelle Ausbildung. Sie vermittelt ein Selbstverständnis für relevante Aspekte der Interprofessionalität und ebnet so den Weg in den Arbeitsalltag.

JFR: *Die „Nationale Dekade gegen den Krebs" fördert besonders praxisverändernde Studien zur Prävention, Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen. Inwieweit hatte Ihre Arbeit Einfluss auf die Zusammenstellung der Projekte, ihre Förderung und sehen Sie darin einen notwendigen Schritt zur Verbesserung auch der berufsgruppenübergreifenden Ausbildung?*
JJ: Ich bin seit dem Jahr 2013 im Nationalen Krebsplan als Sprecherin für die kommunikativen Kompetenzen der Leistungserbringer mit verantwortlich. Es ist entscheidend, die wissenschaftlichen Erkenntnisse in den Lernzielen und Prüfungsfragen zu verankern und dies zwischen den Berufen interprofessionell abzustimmen. Hier müssen beispielsweise Ernährungsberater oder Lehrer oder Ärztinnen gemeinsam an einem Strang ziehen. So zum Beispiel, wenn es um die Beratung eines Jugendlichen mit Diabetes geht oder Schülern gesunde Ernährung nicht nur referiert wird, sondern deren Bedeutung für Prävention und deren Auswirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden verstanden und gelebt werden.

Wir sind gut vernetzt und haben alle Akteure an einem Tisch zusammengeführt. Gemeinsam arbeiten wir daran, den Bereichen Prävention und Gesundheitskompetenz auch in der interprofessionellen Ausbildung gesteigerte Geltung zu verschaffen. Wir freuen uns über Unterstützung bei diesem Anliegen.

Herzlichen Dank für dieses sehr informative und konstruktive Gespräch.

Deutsche Krebsgesellschaft vor neuen Herausforderungen

Interview mit Prof. Dr. Thomas Seufferlein, Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin I der Universität Ulm und Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft



© CCC Ulm | csm

▲ Prof. Dr. Thomas Seufferlein

Zur Person: 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 Anforder-ungen 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 Teste 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 dokumentie-

ren. 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 Bewegungs-therapie 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 Fach-gesellschaften 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 Patenten 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 niederschwelligen, 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 Teilnahmerate der Bevölkerung eher niedrig. Welche Anreize müssten erfolgen, um eine bessere Teilnahme zu erreichen?*
TS: Wir haben in Deutschland im Bereich des Darmkrebsscreenings viel erreicht. Um die Teilnahmeraten 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 Teilnahmeraten 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!*

Digitale Transformation in der Medizin – Auswirkungen auf die Prävention?

Interview mit Prof. Dr. Jörg Debatin, Leiter des Health Innovation Hubs



© Jan Pauls

▲ Prof. Dr. Jörg Debatin

Zur Person: Prof. Dr. Jörg Debatin ist seit 2019 nach Berufung durch Bundesgesundheitsminister Spahn Leiter des neu gegründeten Health Innovation Hubs. 1979 Studium der angewandten Wirtschaftswissenschaften an der Universität Paris-Dauphine und ab 1980 der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. 1987 Promotion in Medizin, 1995 Habilitation in Zürich, von 1993 bis Juni 1999 am dortigen Universitätsspital tätig. Von 1996 bis 1998 Erwerb eines wirtschaftswissenschaftlichen Executive Master of Business Administration an der Universität St. Gallen. 1999 bis 2003 Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums Essen; von 2003 bis 2011 Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des Vorstandes des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Ab 2011 Vorstandsvorsitzender der amedes Holding GmbH, dem zweitgrößten Anbieter von Labordienstleistungen in Deutschland. 2014 Vizepräsident des Medizintechnikherstellers GE Healthcare mit Sitz in London. Mit Prof. Debatin (**JD**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Was hat sich der Laie, was der Fachmann unter einem „health innovation hub" vorzustellen? Was wird von Ihnen als Leiter erwartet?*
JD: Für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fungieren wir als Think Tank zu dem Themenbereich‚Digitale Medizin'. Mit einem Team von 15 Domain-Experten bringen wir eigene Ideen ein, beraten zum konkreten Vorgehen und Überprüfen die gesetzgeberischen Konzepte bezüglich ihrer Praktikabilität und Umsetzbarkeit im konkreten klinischen Alltag. Dabei hilft uns vor allem die interdisziplinäre Zusammensetzung unseres Teams. Wir alle kennen uns gut in der deutschen Gesundheitsversorgung aus und brennen für Digitale Technologien. Im Team verfügen wir neben technologischer Kompetenz auch über juristische, regulatorische und unternehmerische Expertise. Ärzte, Apotheker und Pflegeexperten bringen eigene praktische Erfahrungen ins Team. Als derart aufgestelltes Team verstehen wir uns als Brücke zwischen Ministerium und Gesetzgeber auf der einen Seite und der realen Welt der Gesundheitsversorgung mit Patienten und Leistungserbringern auf der anderen Seite.

Die Zusammenarbeit zwischen uns und dem BMG ist sehr offen und direkt – ehrlich gesagt ist sie viel prägender, als ich mir das in meinen optimistischsten Vorstellungen ausgemalt habe. Das liegt sicherlich auch an den Rahmenbedingungen: wir agieren unabhängig, sind keine ‚nachgeordnete Behörde', und haben mit dem Ende der laufenden Legislatur am 31.12.2021 ein vorgegebenes Verfallsdatum. Darüber hinaus sehen wir uns auch als Ideen Scout. Wir schauen uns an, was in anderen Ländern funktioniert und was davon auf unser Gesundheitssystem übertragbar ist. Darüber hinaus sind wir Katalysator, indem wir eine Dialogplattform bieten, nicht nur in Berlin, sondern für alle Beteiligten in ganz Deutschland. Damit unterstützen wir bei der Umsetzung der neuen Regelungen und Konzepte. Schließlich geht es darum, dass Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung tatsächlich bei den Bürgerinnen und Bürgern ankommen. Daran wollen wir uns messen lassen.

So sehe ich mich in einer sehr privilegierten Rolle, mit einem hervorragenden Team die digitale Transformation unserer Gesundheitsversorgung im Interesse einer besseren Versorgung der Menschen voranzutreiben.

JFR: *Die translationale Forschung ist derzeit ein Schwerpunkt vieler wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Einrichtungen. Wie kann sichergestellt werden, dass sie auch in den nächsten Jahren an den universitären Comprehensive Cancer Centern gebündelt und finanziell attraktiv ausgestattet wird? Ist bei der Spitzenforschung die internationale Besetzung von Lehrstühlen gewährleistet und so dotiert, dass Spitzenkräfte sich auch bei uns ansiedeln?*
JD: Attraktivität als Wissenschaftsstandort geht weit über die finanzielle Ausstattung hinaus. Mindestens ebenso wichtig ist die vorhandene Infrastruktur. Und da spielt gerade für die onkologische Forschung die Digitalisierung eine entscheidende Rolle. Die Zukunft liegt in der personalisierten Therapie – gerade lernen wir viel über die biologischen Grundlagen der Tumore. So stehen wir in der Wissenschaft ebenfalls vor einer spannenden Transformation: war die Forschung in der Vergangenheit vornehmlich Hypothesengetrieben, wird sie in der Zukunft mehr Daten-getrieben sein. Big Data und Künstliche Intelligenz sind die Schlagworte unserer Zeit. Um bei diesem Aufbruch dabei zu sein, benötigen unsere Wissenschaftler aber auch Daten. Dafür benötigen wir die Digitale Transformation der Medizin auf der einen, und einen intensiveren Diskurs zur Nutzung dieser Daten auf der anderen Seite. Hier haben wir in den vergangenen zwei Jahren ganz erhebliche Fortschritte gemacht. So wird die elektronische Patientenakte zum 1. Januar 2021 in ganz Deutschland für alle gesetzlich Versicherten eingeführt. Gleichzeitig wird es ein nationales Forschungsdatenzentrum geben, und den Bürgern wird die Möglichkeit eröffnet ihre Gesundheitsdaten der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen. Da ist schon einiges in Bewegung gekommen – im internationalen Vergleich hinken wir aber noch immer hinterher. Es bleibt also viel zu tun.

JFR*: Die Corona-Pandemie hat vor Augen geführt, wie anfällig gerade auch die Prävention durch solche Ereignisse ist. Wir haben erfahren müssen, dass viele Vorsorgeleistungen, so auch die Vorsorgekoloskopie deutlich zurückgegangen sind. Das könnte jetzt durch den starken Wiederanstieg der Infektionen noch zunehmen! Was müsste aus Ihrer Sicht geschehen, um Menschen davon zu überzeugen, dass Kliniken und Arztpraxen sichere Einrichtung sind, in denen man sich nicht anstecken kann? Die Furcht davor ist nach wie vor groß.*
JD: Wir lernen zunehmend besser mit der Corona-Pandemie umzugehen. Es gibt gute und bewährte Hygiene-Konzepte, die den Arztbesuch sicher machen. Das war am Anfang der Pandemie leider anders. Da fehlten noch Masken und Schutzkleidung, so dass sich besonders viele Pflegende und Ärzte angesteckt haben.

Inzwischen haben wir gelernt damit umzugehen. Die Patientenzahlen sind in den Praxen beinahe wieder auf dem Stand, wie vor der Pandemie. Natürlich gilt es wachsam zu bleiben, und wir werden in Abhängigkeit auch der aktuellen Zahlenentwicklungen immer wieder Schwankungen haben. Grundsätzlich aber würde ich jedem Patienten mit Überzeugung zuraten, Präventionstermine unbedingt wahrzunehmen.

JFR*: Die Corona-Pandemie hat auch deutlich gemacht, dass die seit Jahren diskutierte Digitalisierung in der Medizin nun endlich in schnellen Schritten real zu werden beginnt. Die Corona App sollte es vormachen; ihr Effekt wird aber derzeit durchaus kontrovers diskutiert. Was muss bei der App besser werden? Wie kann die digitale Transformation auch z. B. für die Darmkrebs-Prävention nutzbar gemacht werden? Wann haben digitale Innovationen Versorgungsrelevanz?*
JD: Das sind sehr viele Fragen auf einmal. Beginnen wir doch mit der Frage zur Corona-Warn-App, die in vielerlei Hinsicht ein Novum darstellt, vor allem auch, weil eben nicht gewartet wurde bis alles perfekt war – denn dann hätten wir sie noch immer nicht. Mit der App ist Deutschland einen völlig neuen Weg gegangen: offene Entwicklung, offene Kommentierung und der Start zu einem Zeitpunkt, der notwendig war, auch wenn noch nicht alles zu Ende entwickelt wurde. Der nächste aus meiner Sicht zwingende Schritt ist die Anbindung der Labore zur medienbruchfreien Kommunikation. Aber sehen Sie, über 21 Millionen Bürgerinnen und Bürger haben die App runtergeladen und sie wird – bei aller Fehlbarkeit – von Tag zu Tag besser. Und letztendlich ist sie ein wichtiger Baustein in einer ganzen Reihe von Maßnahmen, um mit dieser Ausnahmesituation umzugehen.

Und zu Ihren weiteren Fragen: Der erfolgreiche Umbau der Gesundheitsversorgung, hin zu einem wissenden System, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt, prozessunterstützende digitale Lösungen für Mediziner und Pflegende bereitstellt, Transparenz und Qualität zu wichtigen Treibern erklärt, gelingt nur im Team. Und die transparente Kommunikation innerhalb dieses Teams obliegt der Notwendigkeit, sie digital zu organisieren. Dabei wird es unterschiedliche Konstellationen geben, denn auch das gehört zur Wahrheit: modernes Gesundheitsmanagement heißt, eigene Grenzen anzuerkennen und die unterschiedlichsten Skills zusammenzubinden – und nicht nur die medizinische Expertise abzufragen. Je mehr Wissen am Ort der Versorgung vorhanden ist, desto besser kann die Versorgung sein. Und nur das, der Mehrwert für den Patienten und die Behandelnden, rechtfertigt die Digitalisierung der etwaigen Prozesse innerhalb der Behandlungskette.

JFR*: Der öffentliche Gesundheitsdienst ist durch die massiv gestiegene Infektionsrate mit dem Sars-Co2 Virus an sein Grenzen gelangt und kann seine Aufgaben nur noch bedingt erfüllen. Was muss organisatorisch geschehen, um für die Zukunft auf solche Entwicklungen vorbe-*

reitet zu sein? Die Vorsitzende des ÖGD Frau Dr. Teichert hat in einem Interview mit mir vor Monaten schon auf die Engpässe hingewiesen. Visionäre Gesundheitspolitik sieht meiner Ansicht nach anders aus!
JD: Es steht vollkommen außer Frage, dass wir uns alle einen besser gerüsteten öffentlichen Gesundheitsdienst gewünscht hätten. Ich denke, das gilt in erster Linie auch für die vielen außerordentlich engagierten Mitarbeiter der Gesundheitsämter. Denen haben wir in der Vergangenheit nicht die Bedeutung zukommen lassen, die sie verdient haben. Da gibt es Defizite in der Organisation und natürlich auch in Hinblick auf die Infrastruktur.

Das BMG hat auch mit unserer Unterstützung zahlreiche kurzfristige Maßnahmen eingeleitet, um mit digitalen Instrumenten zu helfen. Leider geht das aber nicht auf Knopfdruck. Hier müssen wir uns noch etwas gedulden. Der Anspruch muss jedoch sein, für die nächste Pandemie deutlich besser gerüstete zu sein.

JFR*: Welche Rolle sollten die Krankenkassen bei diesem Prozess spielen? Gegenwärtig sind die Kassenausgaben für Prävention sehr bescheiden, gerade auch für die Primärprävention, den eigentlichen Schlüssel für die Vermeidung vieler Erkrankungen. Sind Apps auf Rezept ein gangbarer Weg?*
JD: Das ist tatsächlich kein gutes Beispiel für die sogenannten Digitalen Gesundheitsanwendungen (-DiGA), da hier ausdrücklich die Themen Prävention und Geburtsmedizin ausgenommen sind, die durch andere „Töpfe" befüllt werden. Ich bin mir sicher, dass durch die steigende Digitalisierung und der daraus entstehenden Vernetzung Informationen und Zusammenhänge erkennbar werden, die dem Thema „Prävention" eine ganz neue, daten- und evidenzbasierte Relevanz bescheren. Mit dem gesammelten medizinischen Wissen einer ePA können beispielsweise erstmal translationale, longitudinal dokumentierte Zusammenhänge offenbart werden, die weit über das momentan gefühlte Wissen hinausgehen und deren Ergebnisse sich zwingend positiv auf die Prävention bestimmter Krankheiten auswirken werden – und daran haben die Krankenkassen, da bin ich mir sicher, ebenfalls ein besonderes Interesse.

JFR*: Die elektronische Patientenakte (EPA) war lange eine umstrittene Entwicklung und sollte weg von Akten und Papieren führen und damit auch die interdisziplinäre Kommunikation besser und leichter machen. Viele Menschen sind aber verunsichert. Wie sicher ist diese EPA zum gegenwärtigen Zeitpunkt und wie sehr können Patienten darauf vertrauen, dass mit ihren Daten vorsorglich umgegangen wird?*
JD: Wer Arzt geworden ist, will vor allem eins – seinen Patienten helfen. Und klar ist, dass die Verfügbarkeit digitaler Informationen die Grundlage für eine gute Medizin ist. Doch ich möchte nicht verhehlen, dass die Digitalisierung häufig erst einmal zu grundlegenden Veränderungen im Berufsalltag führt und diese wiederum stoßen zunächst auf Skepsis und Ablehnung. Da reagieren Ärzte ähnlich wie Menschen in anderen Bereichen. Hinzu kommt, dass digitale Lösungen am Anfang auch selten perfekt funktionieren.

Sowie greifbar wird, dass die ePA einen wichtigen Beitrag zum schnellen und sicheren Datenzugriff für eine bessere Medizin leistet, wird die Bereitschaft steigen, die ePA in die Regelversorgung zu integrieren. Mit der ePA kommt es zu einem grundlegenden Paradigmenwechsel bei der Speicherung medizinischer Daten. Erstmals werden alle relevanten Daten eines Versicherten in einer einheitlichen Struktur zusammengezogen. Nicht mehr der Entstehungsort der Daten, sondern die Person, von der sie stammen, ist ausschlaggebend für Ort und Form der Speicherung. Somit nutzt die ePA die Möglichkeiten der Digitalisierung alles Wissenswerte rund um den einzelnen Menschen an einem Ort in einer einheitlichen Struktur zu sammeln. Das gibt den an der Behandlung einer Erkrankung beteiligten medizinischen Experten einen umfassenderen Blick und führt damit zu einem besseren Behandlungsergebnis.

Entscheidend für die notwendige Akzeptanz und damit den Erfolg der ePA ist es, den mit der Digitalisierung einhergehenden Nutzen für Patienten und Ärzte sichtbar und möglichst rasch erlebbar zu machen. Es sind immer wieder die gleichen Themenkomplexe, die an uns herangetragen werden. Zum Beispiel geht es um die Frage: kann ich mich trotz Löschrecht des Patienten als Arzt auf die ePA überhaupt verlassen? Da können wir schnell Entwarnung geben. Zwar kann der Patient ganze Dokumente löschen, aber innerhalb eines Dokuments kann Nichts verändert werden. Ist also ein Arztbericht vorhanden, so ist er auch komplett. Fehlt der Arztbericht, ist die Situation nicht anders wie heute ohne ePA.

JFR*: Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie die damit verbundene Pflege sind systemrelevant; wie kann sichergestellt werden, dass die digitale Transformation dieser Berufsstände möglichst rasch umgesetzt und Praxen und Kliniken verlässlich auf den neuesten Stand der Technik gebracht werden? Wer ist dafür zuständig bzw. verantwortlich?*
JD: Mit der Corona-Pandemie erlebt Deutschland die Stunde der digitalen Gesundheit. Neu ist, dass der Nutzen digitaler Anwendungen insbesondere in Form der Videosprechstunde für Patienten, Ärzte und auch Pflegende erlebbar wurde – das macht für die Diskussionen in der Zukunft einen gewaltigen Unterschied. Der Nutzen bezogen auf ein Mehr an Sicherheit, Qualität und Bequemlichkeit kann gegen mögliche Gefahren abgewogen werden. Virenschutz und Datenschutz werden nun im Zusammenhang diskutiert.

Die Digitale Transformation gelingt aber nur im Team. So müssen zunächst einmal alle Leistungserbringen in unserem Gesundheitssystem an die Datenautobahn für medizinische Daten, der sogenannten Telematik-Infrastruktur, angeschlossen werden. Finanziert wird das von den Kassen – umgesetzt werden muss es aber von den Praxen und Gesundheitseinrichtungen. Dabei spielen auch die IT-Hersteller eine wichtige Rolle. Den damit einhergehenden Aufwand kann man nicht wegdiskutieren. Aber nur so funktioniert eine einheitliche Gesundheitsversorgung.

JFR*: Bei meinem Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Spahn hatte ich moniert, dass das organisierte Einladungsverfahren über das Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz KFRG immer noch per Brief erfolgt. Eigentlich wäre im Zeitalter der Digitalisierung zumindest ein online Angebot oder das Verschicken von Testbriefchen, wie es die Holländer machen, eine Variante, um die Teilnahmerate zu erhöhen. Der Minister hat seinerzeit dieser Möglichkeit zugestimmt. Kassen und Ärzteverbände sind solchen Vorschlägen gegenüber aber sehr zurückhaltend. Welchen Rat würden Sie uns geben, diesen Prozess zu beschleunigen? Sind Modellprojekte dazu ein Weg?*

JD: Ich halte Ihre Idee für hervorragend. Viele Regelungen im deutschen Gesundheitswesen obliegen zu Recht der sogenannten Selbstverwaltung. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und Leistungserbringer. Zunehmend erhalten auch die Betroffenen, nämlich die Patienten eine Stimme. Diese sollte man stärken, denn am Ende sind es ja die Bürgerinnen und Bürger, die von einer solchen Vereinfachung profitieren. Da würde ich an Ihrer Stelle auch in der öffentlichen Diskussion ansetzen.

JFR: *Sie sind seit März 2019 Leiter des Health Innovation Hubs beim Gesundheitsministeriums und damit Vordenker neuer Ideen und Unterstützer ihrer Umsetzung. Die Stiftung LebensBlicke hat nach einem Experten Workshop ein Positionspapier (Riemann J, Schilling D, Hüppe D et al., Z Gastroenterol 2020;58:787–788) zum neuen Darmkrebs-Screening erarbeitet und Kernthesen zu seiner Verbesserung formuliert. Sie werden demnächst mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss diskutiert. Könnten auch Ideen des Hubs dazu bei einer Verständigung über notwendige Verbesserungen hilfreich sein?*
JD: Zunächst einmal möchte ich Ihnen und Ihren Mitstreitern in der Stiftung LebensBlicke für Ihr Engagement ganz herzlich danken. Sie leisten eine unglaublich wichtige Arbeit, indem Sie immer wieder den Fokus auf das wichtige Thema Prävention lenken. Ich denke die digitale Transformation der Gesundheitsversorgung wird Ihre Arbeit unterstützen. Mit der ePA erhalten Patienten und Ärzte zunächst einmal Transparenz über die Dinge die medizinisch gelaufen sind. Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung und wann sollte die nächste Untersuchung stattfinden? Diese Fragen können aufgrund der Transparenz auf Knopfdruck beantwortet werden. Darüber hinaus bin ich davon überzeugt, dass wir mit einem Mehr an Daten Patienten auch zielgenauer zu Präventionsmaßnahmen hinsteuern können. Dabei wird die Entschlüsselung der Erbsubstanz eine ebenso zentrale Rolle spielen, wie die Berücksichtigung weiterer Faktoren wie Ernährungsgewohnheiten oder begleitende Erkrankungen.

Herzlichen Dank für das klare und konstruktive Interview!

SARS-CoV-2 – die Pandemie und ihre Folgen

Interview mit Frau Prof. Dr. Ulrike Protzer, Direktorin des Instituts für Virologie, Technische Universität München/Helmholtz Zentrum München – German Center for Environmental Health



© Klinikum rechts der Isar

▲ Prof. Dr. Ulrike Protzer

Zur Person: Studium der Humanmedizin 1982 bis 1988 an der Universität Erlangen, dort auch Promotion. Danach klinische Ausbildung zur Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (Hepatologie) und Infektiologie an der Universität Mainz. 1996 Postdoc am Zentrum für Molekulare Medizin an der Universität Heidelberg, dort 2000 Habilitation im Fach Virologie, zwei weitere Jahre Leitung einer Forschungsgruppe und Facharzt-Weiterbildung Virologie. 2002 bis 2007 Leitung einer wissenschaftlichen Nachwuchsgruppe am Zentrum für Molekulare Medizin der Universität Köln, 2005 zusätzlich Qualifikation zur Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.

2007 Doppelberufung als Direktorin des Instituts für Virologie an der Technischen Universität München und des Helmholtz Zentrum München, Forschungsschwerpunkt auf der translationalen Forschung zu chronischen Virusinfektionen.

Frau Prof. Protzer ist Prodekanin für Nachwuchs ihrer Fakultät und Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften: der Gesellschaft für Virologie, der deutschen und der europäischen Gesellschaft zum Studium der Leber, der europäischen und der amerikanischen Gesellschaft für gen- und zellbasierte Therapien. Sie gehört dem Vorstand der Deutsche Leberstiftung an, und diente 8 Jahre als Gründungsvorstand des Deutsche Zentrum für Infektionsforschung, in dem sie aktuell die Translations-Einheit Virus-Hepatitis leitet. Sie ist in zahlreichen wissenschaftlichen Beiräten aktiv sowie Mitglied im Universitätsrat der Universität Regensburg und im Aufsichtsrat des Universitätsklinikum Köln. International ist sie seit 2006 Mitglied des Organisationskomitee International Meeting on Hepatitis B Viruses (HBV-Meeting) und deutsche Repräsentantin und Mitglied im Leitungsgremium des Global Virus Network, einem internationalen, transkontinentalen Verbundes virologischer Exzellenz-Zentren.

Mit Frau Prof. Protzer (**UP**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Lebensblicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Sie haben eine umfassende internistische Weiterbildung u. a. bei Professor Meyer zum Büschenfelde an der Medizinischen Klinik I der*

Universitätsmedizin Mainz gemacht. Wir haben uns damals über die Gastroenterologische Arbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz Saarland (GARPS) kennen gelernt. Was waren Ihre Beweggründe, sich danach ganz speziell der Virologie zuzuwenden?

UP: Ich war durch meine Arbeit mit Hepatitis- und HIV-Patienten fasziniert von dem breiten Spektrum an Erkrankungen, die durch Viren verursacht werden. Und das wollte ich besser verstehen, verstehen warum manchen Menschen durch ein Virus krank werden, andere eine Infektion einfach so wegstecken.

JFR: *Wo liegt der Schwerpunkt Ihres wissenschaftlichen Interesses im Rahmen Ihres Fachgebiets? Wann sind Sie erstmalig mit SARS-CoV-2 konfrontiert worden?*

UP: Wir arbeiten seit Jahren an einem besseren, molekularen Verständnis der Interaktion zwischen dem Virus und seinem Wirt, dem Menschen. Auf dem, was wir gelernt haben, basieren wir inzwischen neue Therapie-Ansätze und bringen die auch in die Klinik. Dabei habe ich gelernt, wie essentiell wichtig es ist, dass Grundlagenforscher Hand in Hand mit den Klinikern arbeiten. Als dann das neue SARS-Coronavirus erstmals in Deutschland, hier in München, auftrat, waren wir schnell eingebunden in die Betreuung der Patienten, aber auch in die Maßnahmen, die zur Kontrolle des Virus bzw. des Ausbruchs eines solch neuen Virus notwendig sind. Wissenschaftlich hatten wir bei uns am Institut bis 2009 mit dem ersten SARS-Coronavirus gearbeitet, so dass alles bereit stand um sofort loszulegen.

JFR: *Virologen treten immer dann ins Rampenlicht der Öffentlichkeit, wenn neue Infektionen, Epidemien oder Pandemien auftreten wie in diesem Jahr mit SARS-CoV-2. Was ist so bemerkenswert an diesem Erreger?*

UP: Das ungewöhnliche ist die Geschwindigkeit, mit dem SARS-CoV-2 sich ausgebreitet hat. Das hängt zum einen natürlich mit der Globalisierung und dem ausgeprägten internationalen Reiseverkehr zusammen, der es einem neuen Erreger leicht macht, sich auszubreiten. Zum anderen liegen die Ursachen aber auch in dem Virus selbst. Dadurch dass es viele Menschen gibt, die nur leicht erkranken, liegen viele Infizierte nicht im Bett sondern laufen weiter draußen herum und haben Kontakt mit anderen. Das ermöglicht erst eine schnelle Ausbreitung. Wenn ein Virus schwer krank macht, so wie z. B. das Ebola-Virus, dann steckt ein Infizierter viel weniger Menschen neu an, weil er ja nicht mehr so mobil ist. Trotzdem erkranken aber einige junge und viele ältere Menschen auch schwer am SARS-CoV-2 – und das führt dann zu Belastung der Krankenhäuser und zu den vielen Todesfällen.

JFR: *Die Frage, ob der Erreger in der chinesischen Stadt Wuhan seinen Ursprung genommen hat und sich von dort weltweit verbreitet hat, ist wohl müßig. Dazu gibt es inzwischen vielstimmige Diskussionen. Was sind die wichtigsten Ursachen dafür, dass sich ein solcher Erreger weltweit mit derzeit ca. 85 Millionen Infizierten und ca. 1,9 Millionen Todesopfern (Stand Anfang Januar 2021) so rasch verbreiten konnte? Ist ein Zusammenhang mit einer Zoonose denkbar?*

UP: Alle Coronaviren, die bei uns zirkulieren, stammen aus dem Tierreich. Das trifft für die saisonalen Coronaviren zu, die uns jedes Jahr mit Erkältungskrankheiten „beglücken", aber auch für die, die schwere Atemwegssyndrome verursachen, wie das erste SARS-Coronavirus, das in 2003 und das MERS- Coronavirus, das in 2009 erstmals aufgetreten ist. Alle diese Viren haben enge Verwandte im Reich der Fledermäuse und wurden durch Nutz-oder Wildtiere, mit denen der Mensch engen Kontakt hatte, auf den Menschen übertragen. Auch das SARS-CoV-2 hat einen ganz engen Verwandten, der Fledermäuse infiziert. Deshalb ist es schon sehr wahrscheinlich, dass es sich auch hier um eine Zoonose handelt.

JFR: *Alle Versuche, eine wirksame Therapie zu entwickeln, sind bisher wenig erfolgreich gewesen. Das gilt für Chloroquin ebenso wie für Remdesivir. Woran liegt das? Bei der HIV-Therapie hat die antiretrovirale Therapie einen Durchbruch geschaffen. Kann man daraus nicht lernen?*

–UP: Das Problem an antiviralen Medikamenten ist, dass sie immer sehr spezifisch für ein bestimmtes Virus sind. Anders als Antibiotika, mit denen man ganz viele Bakterien auf einen Schlag behandeln kann. Die Entwicklung antiviraler Therapien braucht deshalb Zeit. Auch für HIV oder für das Hepatitis C Virus hat das Jahre gedauert – selbst wenn die Wirk-Prinzipien ähnlich sind.

JFR: *Dagegen sind in kürzester Zeit zahlreiche Impfstoffe entwickelt wurden, die zum Teil jetzt schon die Phase drei der klinischen Prüfung hinter sich haben und zugelassen sind. Welcher Wirkmechanismus der Impfstoffe ist aus Ihrer Sicht der wahrscheinlich wirksamste? Ist es der mRNA-basierte Impfstoff z. B. der Firmen BioNTech (Deutsches Biotechnologie Unternehmen in Mainz, Gründer u. a. Prof. Ugur Sahin und Dr. Özlem Türeci) und Pfizer (US-amerikanischer Pharmakonzern) oder sind es andere Impfprinzipien wie die der Vektorimpfstoff von Astra Zeneca und der Universität Oxford? Mit welchem Impfstoff würden Sie sich ggfs. impfen lassen?*

UP: Um die Infektion der Atemwege zu verhindern braucht man vor Allem sehr gute sog. Neutralisierende Antikörper, d. h. Antikörper, die ein Virus beim Eindringen in den Körper sofort wegfangen. Klassischerweise erreicht man das mit protein-(eiweiß-)basierten Impfstoffen, die das Immunsystem spezifisch anregen. Deren Entwicklung dauert aber lange. Seit einigen Jahren kann man jetzt mRNA, d. h. Boten-RNA, synthetisch herstellen. Die mRNA liefert dann den Muskelzellen nach Impfung den Bauplan für das Protein. Dann macht die Muskelzelle den Rest der Arbeit. Dafür braucht man nur den Bauplan der Proteine eines Erregers – und den haben die Chinesen für das SARS-CoV-2 ja schnell veröffentlicht. Die Verwendung von mRNA ist schon ein geniales Konzept – und mRNA-basiert Impfstoff sind ein riesiger Durchbruch in der Forschung. Ich habe mich auch damit impfen lassen.

JFR: *BioNTech/Pfizer haben gerade die Zulassung ihres Impfstoffs erhalten. Die Phase 3 ist ja eigentlich noch nicht vollständig abgeschlossen. Ist hier das Prinzip Sicherheit wegen der Dringlichkeit zurückgestellt worden?*

UP: Der primäre Endpunkt der Phase 3 Studien ist erreicht – die Sicherheit der Impfstoffe und ihre Wirksamkeit haben die Studien bewiesen. Das ging nur deshalb so schnell, weil alle Hand in Hand gearbeitet haben und weil man taktisch klug vorgegangen ist. Die leitenden Forscher bei BioNTech haben sich im Frühjahr zum einen entschlossen, sich mit einem großen Pharmaunternehmen zusam-

men zu tun, weil sie erkannt haben, das so eine Impfstoffentwicklung für ein maximal mittelgroßes Biotechnologie Unternehmen einfach eine Nummer zu groß ist. Zum anderen haben sie sich entschlossen für die Phase 3 Studie nach Amerika zu gehen, wo den Sommer durch einfach viel mehr Infektionen stattfanden als hier in Europa – sonst hätte es viel länger gedauert bis man eine Wirksamkeit hätte zeigen können.

JFR: *Wir erleben in jedem Jahr heftige Grippewellen mit vielen Todesopfern. Das ist bisher sang- und klanglos von der Politik hingenommen worden. Was, glauben Sie, stimuliert die Politiker heute, so vehement zu fordern, dass jeder Todesfall einer zu viel ist?*
UP: Was Politiker motiviert ist eine schwierige Frage für einen Virologen …. Ich weiß es nicht. Aber eine wichtige Motivation für uns alle sicherlich den Kollaps des Gesundheits-Systems zu verhindern. Wenn die Krankenhäuser zu viele COVID-19 Patienten versorgen müssen, dann gibt es nicht mehr genug Kapazität für die anderen Erkrankungen. Und das ist fatal, denn Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krebs-Erkrankungen gibt es ja unverändert weiterhin – und die müssen und wollen wir auch gut versorgen können.

JFR: *Ist es wahrscheinlich, dass die konsequente Anwendung der AHA-Regeln durch Millionen Menschen in diesem Jahr deutlich weniger Grippe-Infektionen zur Folge hat? Wenn ja, wären die AHA-Regeln nicht auch eine gute Möglichkeit, ähnlich wie in Japan zumindest Risikogruppen in Herbst/Winterzeiten zu schützen?*
UP: Auf der Südhalbkugel, die ja jetzt gerade ihre Wintermonate hinter sich haben, hat man eindeutig gesehen, wieviel die AHA Regeln zur Bekämpfung der Grippe bringen. Ich erwarte den gleichen Effekt auch bei uns und hoffe, dass unseren Krankenhäusern die zusätzliche Belastung durch die Grippe erspart bleibt. Vielleicht lernen wir für die Zukunft ja auch ein bisschen etwas dazu, was den Infektionsschutz betrifft ….

JFR: *Ist jemand, der eine Grippeschutzimpfung und eine Pneumovax-Impfung hinter sich hat, möglicherweise eher gegen das Virus, vor allem gegen schwere pulmonale Verläufe besser geschützt?*
UP: Schaden tut das auf keinen Fall – im Gegenteil. Überinfektionen mit Pneumokokken sind ja bei allen viralen Atemwegsinfekten ein Problem, das man mit der Impfung zumindest minimieren kann. Und eine Doppelinfektion mit dem Grippe-Virus brauch man glaube ich auch nicht, die verlaufen doch sehr schwer.

JFR: *Welche Faktoren sind aus ihrer Sicht dafür verantwortlich, dass die allermeisten infizierten Menschen nur eine leichte Infektion durchmachen, aber einige wenige, zum Teil auch jüngere Menschen so dramatische Verläufe bis hin zum Tod erleben müssen? Gibt es schon Biomarker, die eine Aussage über den Schweregrad von Verläufen zulassen?*
UP: Der Hauptrisikofaktor für einen schweren Verlauf ist das Alter, jüngere Menschen erkranken meist nur leicht. Es sein denn, sie haben Vorerkrankungen, wegen derer sie Medikamente nehmen müssen, die das Immunsystem beeinflussen oder z. B. eine Trisomie. Aber es gibt auch jüngere Menschen ohne bekannte Vorerkrankungen, die schwer erkranken. Das könnten genetische Faktoren sein, die da eine Rolle spielen, aber das ist tatsächlich noch unklar. Auch Gerinnungsstörungen scheinen eine Rolle zu spielen, da das Virus ganz diffuse Blutgerinnsel verursacht.

JFR: *Wie ist Ihre Einschätzung? Wann glauben Sie, dass aus virologischer Sicht mit einer Beherrschung der weltweiten Corona Pandemie zu rechnen ist?*
UP: Ich denke, dass wir durch das Frühjahr – wie auch im letzten Jahr – ab Ende März wieder aus der Welle herauskommen. Wenn die Tage länger werden, es mehr UV-Licht gibt und man wieder mehr draußen sein kann, tun die Viren, die Atemwegs-Infekt verursachen, sich einfach viel schwerer. Das wir uns helfen. Dazu kommt natürlich, dass wir jetzt einen sehr wirksamen Impfstoff haben und die Risikogruppen zunehmend besser schützen können. Da müssen wir dann den Sommer nützen, um einen möglichst breiten Schutz in der Bevölkerung aufzubauen. Dann kann man dem nächsten Herbst deutlich entspannter entgegen sehen.

Ganz herzlichen Dank für das sehr informative und lehreiche Interview!

Endlich bundesweite Krebsregister – ein Fortschritt

Interview mit PD Dr. Sylke Zeißig, M.Sc. (Epidemiol.), Ärztliche Leiterin der Krebsregister Rheinland-Pfalz gGmbH



© Rimbach/Mainz

▲ PD Dr. Sylke Zeißig, M.Sc. (Epidemiol.)

Zur Person: Privatdozentin Dr. med. Sylke Zeißig ist seit deren Gründung 2015 Ärztliche Leiterin der Krebsregister Rheinland-Pfalz gGmbH. Ab 1988 Studium der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 1997 Approbation und Promotion. Danach tätig als Ärztin in der Inneren Medizin des Katholischen Klinikums Mainz. 2005 bis 2009 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universitätsmedizin Mainz. 2007 bis 2011 Masterstudium der Epidemiologie an der Universitätsmedizin Mainz. 2009 bis 2015 Leiterin der Vertrauensstelle des Krebsregisters Rheinland-Pfalz. 2020 Habilitation im Fach Epidemiologie an der Universität Mainz. Mit Privatdozentin Dr. Sylke Zeißig (**SZ**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Was hat Ihre berufliche Entscheidung beeinflusst, sich der Onkologie zu widmen?*
SZ: Das IMBEI Mainz, an dem ich während meines Masterstudiums der Epidemiologie tätig war, legt einen Schwerpunkt auf die Krebsepidemiologie. Außerdem ist dort das Deutsche Kinderkrebsregister angesiedelt, sowie damals noch das Epidemiologische Krebsregister Rheinland-Pfalz. Als Studienärztin habe ich am IMBEI die MARZY-Studie zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs betreut. Als sich dann die Möglichkeit bot, die Stelle der Ärztlichen Leitung der Vertrauensstelle des damaligen epidemiologischen Krebsregisters Rheinland-Pfalz zu übernehmen, habe ich die Chance ergriffen, Onkologie und Epidemiologie auch weiterhin beruflich zu verbinden.

JFR: *Das Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG) ist inzwischen nach langer Vorlaufzeit in Kraft getreten. Wie fortgeschritten ist inzwischen die Einrichtung bundesweiter Krebsregister? Wie sind Krebsregister organisiert, wie werden sie finanziert?*
SZ: Der formale Prozess des Aufbaus der deutschen klinischen Krebsregister ist durch die Erfüllung der Förderkriterien des GKV-Spitzenverbandes inzwischen in fast allen Bundesländern abgeschlossen. Dem Krebsregister Rheinland-Pfalz ist diese Erfüllung als erstes Register deutschlandweit bereits 2019 gelungen. In diesen Förderkriterien werden unter anderem Vorgaben zur Organisation sowie zur Vollständigkeit und Qualität der Datenerfassung der Krebsregister definiert. Sie sind auch die Voraussetzung für eine dauerhafte Förderung der Krebsregister durch die Krankenkassen. SO werden 90 % der Betriebskosten der Krebsregister über Fallpauschalen abgedeckt, welche die Krankenkassen pro neuregistrierter Tumorerkrankung an das Krebsregister auszahlen. Die restlichen Kosten werden durch die jeweiligen Bundesländer gedeckt.

Da die Krebsregister Ländersache sind, unterscheidet sich die Organisation von Bundesland zu Bundesland. Sie können beispielsweise an Ministerien angesiedelt sein, als gGmbH organisiert sein wie auch hier in Rheinland-Pfalz, oder aber auch aus mehreren Zweigstellen im Bundesland verteilt bestehen, die wiederum bei unterschiedlichen Trägern angesiedelt sind.

JFR: *Krebsregister sind eigentlich Ländersache. Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit anderen Ländern z. B. in der Metropolregion Rhein-Neckar, wo drei Bundesländer einen Schmelztiegel bilden?*
SZ: Für die Vollständigkeit der Daten ist es elementar wichtig, dass die Informationen, auch wenn der Patient in einem anderen Bundesland behandelt wird als er wohnt, im zuständigen Krebsregister erfasst werden. In den Krebsregistern gibt es zwei verschiedene Auswertungs-strategien: Klinische (behandlungsortbezogene) Auswertungen, die auf den im Bundesland behandelten Patienten basieren, aber auch epidemiologische (bevölkerungsbezogene) Auswertungen, die als Bezugsbevölkerung alle im Bundesland wohnhaften Personen analysieren. Die Krebsregister arbeiten zur optimalen Datenverteilung eng zusammen, ein registerübergreifender Datenaustausch vom Behandlungs- zum Wohnort ist bereits vollständig etabliert.

JFR: *Worin sehen Sie Vorteile in der Zusammenführung von epidemiologischen und klinischen Krebsregistern? Wie wirkt sich das auf Ihre Tätigkeit aus?*
SZ: In der deutschen Krebsregistrierung wird ein einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von den Ärzten an die Krebsregister übermittelt, von dem ein kleiner Teil für epidemiologische Auswertungen relevant ist. Eine Zusammenführung der Registrierung ist bequem für den Melder, da er seine Daten somit nur einmal übermitteln muss. Zusätzlich können durch die Kombination von klinischem und epidemiologischem Krebsregister zu einer Institution, wie in den meisten Bundesländern erfolgt, die Expertise und die etablierten Strukturen der bereits seit langer Zeit bestehenden epidemiologischen Krebsregister für die erweiterte klinisch-epidemiologische Registrierung genutzt werden.

Hier im Krebsregister Rheinland-Pfalz werden epidemiologische und klinische Auswertungen seit 2019 im gleichen Team durchgeführt und letztes Jahr erstmalig nicht mehr streng getrennt veröffentlicht. Neben dem oben genannten individuellen Datenbezug und weiteren Unterschieden im Auswertungsansatz profitiert die Arbeit aber durch eine gemeinsame Datengrundlage und eine vereinheitliche Softwarelösung. In dem alle zwei Jahre veröffentlichten Jahresbericht des Krebsregisters wurden nun beide Auswertungen direkt hintereinander präsentiert und zeigen somit deren ergänzendes Potential.

Perspektivisch sollte man keine Trennung mehr zwischen epidemiologischer und klinischer Krebsregistrierung vornehmen, sondern nur noch von Auswertungen mit unterschiedlichem Ortsbezug, Wohnort oder Behandlungsort, sprechen, da alle Auswertungen auf dem gleichen registrierten Datensatz basieren.

JFR: *Was sind die Kernaufgaben eines Krebsregisters?*
SZ: Die Aufgaben eines Krebsregisters sind gesetzlich sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene festgelegt und dienen der Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung. Krebsregister erfassen flächendeckend alle stationären und ambulanten Patientendaten zu Auftreten, Behandlung und Verlauf von Tumorerkrankungen, sodass der gesamte Krankheits- und Therapieverlauf eines Patienten sektorenübergreifend dargestellt und evaluiert werden kann.

Sie stellen Daten und Auswertungen behandelnden Ärzten, Einrichtungen und Organkrebszentren direkt zur Verfügung, um diese bei der Behandlung von Patienten zu unterstützen.

Die Daten des Krebsregisters dienen außerdem der Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung, beispielsweise können die Leitlinienkonformität von Behandlungen oder auch regionale Unterschiede überprüft werden. Langfristig können so Erkenntnisse über Erfolge und Defizite der onkologischen Versorgung erzielt werden. Zusätzlich werden die Daten auch für die Forschung zur Verfügung gestellt.

Im Krebsregister Rheinland-Pfalz sehen wir uns hierbei als Dienstleister, um die onkologische Versorgung optimal zu unterstützen und zu Verbesserungen für den Patienten beizutragen.

JFR: *Wem sind die Krebsregister unterstellt, wer koordiniert sie und führt die Daten zusammen? Wo werden sie veröffentlicht?*
SZ: Die Krebsregister sind in der Regel dem jeweiligen Gesundheitsministerium des Landes unterstellt. Alle klinischen Krebsregister haben sich in einer zentral koordinierten Plattform, der § 65c Plattform, zusammengeschlossen, um regelmäßig Informationen auszutauschen, gemeinsame Standards zu setzen und die klinische Registrierung voranzutreiben.

Eine Sammlung der Daten aller deutschen Krebsregister erfolgt am Zentrum für Krebsregisterdaten (-ZfKD) im Robert Koch-Institut. Momentan werden dort die epidemiologischen Daten gesammelt, geprüft und ausgewertet. Eine Veröffentlichung dieser Ergebnisse erfolgt alle zwei Jahre in der Broschüre „Krebs in Deutschland", die auf der Seite des -ZfKD für jeden einsehbar ist. Durch eine für dieses Jahr geplante Änderung des Krebsregistergesetzes sollen aber zukünftig die bundesweite Sammlung eines erweiterten Datensatzes und damit weitere Auswertungen ermöglicht werden.

Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) veranstaltet seit 2006 eine Bundesweite Qualitätskonferenz im Rahmen des Deutschen Krebskongresses. Hierfür werden Daten klinischer Krebsregister aus ganz Deutschland genutzt.

Zusätzlich zur bundesweiten Auswertung stellen die einzelnen Landeskrebsregister regelmäßig ihre Arbeit in Form von Jahresberichten oder der Möglichkeit der interaktiven Datenabfrage zur Verfügung.

JFR: *Wie gut funktioniert die Meldepflicht der Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz an das Krebsregister?*
SZ: Alle onkologisch tätigen Ärzte unterliegen gesetzlich der Pflicht, definierte Meldeanlässe wie Diagnose, Therapien und Verläufe an die Krebsregister zu melden. Die Erfassung der Diagnose funktioniert in Rheinland-Pfalz sehr gut, was auch durch die Vollzähligkeitsschätzung durch das RKI regelmäßig nachgewiesen wird. Es gibt allerdings noch Lücken bei der Übermittlung aller Therapiedaten.

Wir im Krebsregister Rheinland-Pfalz bieten vielfältige Möglichkeiten an, die Ärzte im Meldungsprozess zu unterstützen. Über die Website und Infomaterialien wie Flyer und Infoblätter werden Informationen gebündelt und aufbereitet zur Verfügung gestellt. Außerdem ist das Krebsregister unter der Servicerufnummer bei Fragen zu erreichen. Des Weiteren führen wir regelmäßige Schulungen zur Tumordokumentation und zum Meldeportal durch, die durch die Bereitstellung von Video-Tutorials ergänzt werden. Seit Mitte letzten Jahres bietet das Krebsregister zusätzlich einen Außendienst an, um die Ärzte zu entlasten. Hierbei kommt ein geschulter Mitarbeiter des Krebsregisters für die Ärzte kostenlos in die Praxis und übernimmt die Dokumentation der Meldeanlässe. Auf Grund der erfolgreichen Einführung und der großen Nachfrage nach diesem Angebot werden wir diese Dienstleistung auch weiter ausbauen.

JFR: *Wie sind Qualität und Datensicherheit eines Krebsregisters organisiert und gewährleistet?*
SZ: Die Qualität aller Krebsregister wird durch jährliche Prüfung der bereits erwähnten Förderkriterien betrachtet. Das Qualitätsmanagement des Krebsregister Rheinland-Pfalz ist außerdem nach DIN ISO 9001 zertifiziert. Vor allem in Rheinland-Pfalz wird durch eine Teilautomatisierung der Meldungsbearbeitung eine hohe Datenqualität gesichert.

Standards zum Schutz der Patientendaten, wie beispielsweise ein Widerspruchsrecht der Patienten zur Speicherung definierter Daten, sind je nach Bundesland in den Landesgesetzen festgelegt. Das Krebsregister Rheinland-Pfalz arbeitet eng mit dem Landesdatenschutz zusammen, um die optimale Datensicherheit zu gewährleisten. Außerdem sind wir nach DIN ISO 27001 (Datenschutz und Datensicherheit) zertifiziert und lassen unsere IT-Sicherheit regelmäßig durch einen externen Stresstest prüfen.

JFR: *Wo sehen Sie Schwachstellen, wo besteht aus Ihrer Sicht Nachbesserungsbedarf?*
SZ: Meiner Ansicht nach ist die Doppeldokumentation in der Onkologie ein großes Problem. Neben den Krebsregistern entstehen auch parallele Datensammlungen in Spezialregistern für einzelne Tumorarten sowie in der Dokumentation zur Zertifizierung von Organkrebszentren, deren Inhalte sich überschneiden. Die Etablierung einer interoperablen Schnittstelle würde den Aufwand für onkologische Einrichtungen verringern und die Aktualität der Daten verbessern.

JFR: *Wie beeinflussen die Krebsregister die Ausrichtung der onkologischen Versorgung?*

SZ: Krebsregister sind durch die regionale Erfassung, den Vergleich und die Analyse von Daten Teil der Evaluation der Ergebnisqualität im durch den Nationalen Krebsplan geförderten Qualitätszirkel der Onkologie. Dieser beschreibt das Zusammenspiel von evidenzbasierten Leitlinien, daraus entwickelten Qualitätsindikatoren, klinischer Versorgung durch zertifizierte Zentren und Erfassung der Ergebnisqualität in klinischen Krebsregistern.

Durch Prüfung der Leitlinienkonformität der Behandlung und Berechnung von Qualitätsindikatoren sind Krebsregisterdaten generell ein wichtiges Werkzeug für die Qualitätssicherung und Verbesserung der onkologischen Versorgung.

Die beispielsweise vom Krebsregister Rheinland-Pfalz angebotenen regionalen Qualitätskonferenzen bieten in kleinem Rahmen die Möglichkeit zum kollegialen Austausch und Vergleich verschiedener Einrichtungen einer Region. Letztlich hat auch die Datenrückmeldung an die behandelnden Ärzte, sei es durch regelmäßig versandte allgemeine Auswertungen zu den übermittelten Meldungen oder durch individuelle Datenauswertungen auf Anfrage Auswirkungen auf die onkologische Versorgung.

JFR: *Hat die Corona Pandemie Einfluss auf Ihre Arbeit? Können Sie ggfs. schon Aussagen zu Veränderungen in der Schwere von Neuerkrankungen oder über den Rückgang von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen machen?*
SZ: Glücklicherweise gab es keinen Einbruch des Meldungseingangs wie zunächst befürchtet, die Ärzte waren im Gegenteil zeitweise recht aktiv bezüglich der Meldungen. Aussagen zu Veränderungen der onkologischen Situation während der Corona-Pandemie können durch die momentan vorliegenden Daten noch nicht valide getroffen werden, da dem Krebsregister die Daten immer mit Zeitverzug vorliegen. Allerdings ist bereits ein deutschlandweites Projekt von der Deutschen Krebshilfe, dem Deutschen Krebs-forschungszentrum, der Deutschen Krebsgesellschaft und der ADT zur Evaluation von Covid-19-pandemiebedingten Versorgungsengpässen geplant, an dem das Krebsregister Rheinland-Pfalz sich beteiligen wird.

JFR: *Welche Trends sind in den letzten Jahren erkennbar? Welche Krebsarten haben zu-, welche abgenommen?*
SZ: Durch den demografischen Wandel hin zu einer älteren Gesellschaft nimmt die Häufigkeit fast aller Krebsarten leicht zu. Bei einer altersadjustierten Betrachtung zeigen sich allerdings bei den meisten Tumorarten allenfalls kleine Tendenzen. Die Inzidenz von Lungenkrebs bei Frauen steigt seit Jahren leicht an, was auf den Risikofaktor des Rauchens zurückgeführt wird. Die Anzahl an Darmkrebserkrankungen hingegen sinkt leicht, hier zeigen vermutlich die Screening-Programme Erfolg. Weiterhin wurde eine tendenzielle Zunahme von Enddarmkrebserkrankungen bei jüngeren Menschen beobachtet.

JFR: *Für welche Krebsarten ist die Prävention nach Evidenzkriterien besonders prädestiniert?*
SZ: Bei vielen Krebsarten trägt eine gesunde Lebensweise, also regelmäßige Bewegung, Verzicht auf Zigaretten und Alkohol und Abbau von Übergewicht, zur Prävention bei. Ebenso verringert die Vermeidung von starker Sonnenstrahlung das Hautkrebsrisiko. Auch Krebsfrüherkennungsprogramme können zur Krebsprävention beitragen. Ein erfolgreiches Beispiel hierfür ist die Verhinderung von Darmkrebs durch Erkennung und Entfernung von Vorstufen im Rahmen der Darmspiegelung. Ähnliches gilt für den Gebärmutterhalskrebs. Bei dieser Krebsart haben wir mit Einführung der HPV-Impfung inzwischen auch eine primäre Präventionsstrategie. Erste Analysen bestätigen auch den Nutzen des Brustkrebsfrüherkennungsprogrammes. Bis wir auch in Deutschland eine tatsächliche Senkung der Sterblichkeit in den anspruchsberechtigten Gruppen nachweisen können, wird es aber wohl noch einige Jahre dauern.

Ganz herzlichen Dank für das sehr informative und lehreiche Interview!

Sich dem Leben wieder anvertrauen

Interview mit Stephan Pregizer, Gründer Initiative CancerSurvivor & Stiftungsträger Survivors Home Foundation



© Andreas Rausch (Wien)

▲ Stephan Pregizer

Zur Person: Stephan Pregizer startete 1976 in Hamburg seine Ausbildung zum Verlagskaufmann. Danach folgten zahlreiche internationale Karrierestationen. Unter anderem war er Unternehmenssprecher eines Telekommunikationskonzerns und Leiter des Public Relations Ressorts. Parallel dazu absolvierte er verschiedene Aus- und Weiterbildungen im Bereich von Moderation, Kommunikation, Management und Leadership. 1995 machte sich Stephan Pregizer als Moderator selbständig und war viele Jahre Businesspartner eines bekannten TV-Moderators (ARD & ZDF).

Seit 2004 ist er Wahl-Berliner und arbeitet als Moderator für eine Vielzahl von Unternehmen und Organisationen mit den Themenschwerpunkten Gesundheit, Wirtschaft & Arbeit sowie Innovations- und Gesellschaftspolitik. 2017 startete er in Kooperation mit der Stiftung Deutsche Krebsgesellschaft (DKS) die Initiative der CancerSurvivor und entwickelte mit Partnern die digitale Plattform für Menschen mit und nach Krebs.

Mit Stephan Pregizer (**SP**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Sie haben 2015 zusammen mit der Deutschen Krebsstiftung (DKS) den German Cancer Survivors Day ins Leben gerufen und ihn über viele Jahre maßgeblich moderiert. Was war seinerzeit der Hintergrund, diese öffentliche Veranstaltung zu initiieren?*
SP: Der Begriff „CancerSurvivor" war damals noch sehr unbekannt und fand im Sprachgebrauch wenig bis keine Verwendung. Seitens der DKS war der Wunsch, etwas Neues zu starten und sich direkt an die Öffentlichkeit zu wenden. Man hatte erkannt, welch wertvolles und Mut machendes Potenzial, welch beeindruckender Erzählstoff in jeder einzelnen Geschichte von Menschen mit und nach einer Krebserkrankung stecken. In Anbetracht von 4 Millionen CancerSurvivors die in Deutschland mit und nach einer Krebserkrankung leben und dem damit verbundene Anliegen hier mehr Bewusstsein in der Öffentlichkeit zu schaffen, lagen die wesentlichen Intentionen der Überlegungen klar auf dem Tisch. So konzipierte man eine völlig neuartige Veranstaltung, die am 24. Februar 2015 mitten im Berliner Hauptbahnhof Premiere hatte, mittlerweile etabliert ist und jährlich stattfindet.

JFR: *Warum haben Sie damals die große Öffentlichkeit gesucht?*
SP: Der große Wunsch war, Krebs besprechbar zu machen. Gleichzeitig lassen sich aber nach wie vor Stigmatisierungen, Ausgrenzungen und Sprachlosigkeit beobachten. Diesen Widerspruch aufzulösen hat sich unsere Initiative zum Ziel gesetzt. Wir stehen für „Mehr Menschlichkeit beim Umgang mit Krebs".

Auch wollten wir mit der hoffnungsvollen Botschaft an die Öffentlichkeit gehen, dass Krebs zunehmend heilbar ist. Dies wird durch nichts besser vermittelt, als mit Beispielen von Menschen, die den herausfordernden Weg gegangen sind. Ihre Lebensgeschichten sind einzigartig, beeindrucken und werden weitererzählt, selbst wenn es auch leider immer wieder zu Rückschlägen kommt.

Als bei den diversen Moderationsrunden immer wieder die Zahl von 500.000 Neuerkrankungen pro Jahr von mir genannt wurde, kamen Passanten an die Bühne und sagten, dass dies doch wohl nicht sein könne. Spätestens da wussten wir, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema stattgefunden hatte.

JFR: *Der englische Titel lässt nicht jeden sofort erkennen, was dahintersteckt. Was ist aus ihrer Sicht ein CancerSurvivor und wie hoch schätzen Sie die Anzahl der Betroffenen?*
SP: Man schätzt wohl 4 Millionen Betroffene in Deutschland mit steigender Tendenz.

Wir haben da gerade zu Anfang der Initiative viele Diskussionen geführt und nach einer möglichst klaren Übersetzung und Definition gesucht. Das war ein sehr wichtiger und hilfreicher Prozess, weil wir schnell bemerkt haben, dass die englische Begrifflichkeit nicht leicht verständlich ist aber auch nicht so einfach 1:1 zu übersetzen ist. Also haben wir den englischen Begriff übernommen und Betroffene gefragt, welche Definition sie davon haben. Damit haben wir sehr viele Gespräche in der Gesellschaft darüber ausgelöst. Deutlich wurde, dass es um eine innere Haltung bzw. Einstellung, eine Attitüde geht: Den Blick vom Tumor weg zu wenden und sich dem Leben wieder anzuvertrauen.

Die Beschreibung von Sabrina Scherbarth trifft es meiner Meinung nach sehr gut: „Ein CancerSurvivor ist derjenige, der Begeisterung für das Leben spürt und Akzeptanz für die Krankheit hat."

JFR: *Welche Reaktionen auf diesen Cancer Survivors Day haben Sie am meisten überrascht und erfreut?*
SP: Es kam bei jeder Veranstaltung immer zu vielen und sehr bewegenden Feedbacks von Betroffenen und ebenso auch von Zuschauern und Passanten. Nehmen Sie das Beispiel von Heidi Sand, die nach ihrer Darmkrebsdiagnose am tiefsten Punkt im Leben angekommen war und genau da den Entschluss gefasst hatte, zum höchsten Punkt der Welt zu gehen. Was für eine Geschichte! 1 ½ Jahre später war sie auf dem Mount Everest. Oder Evelyn Kühne, die durch ihre Krebserkrankung zur Erfolgsautorin wurde und sich damit ihren Lebenstraum erfüllte. Ich bin jedes Mal tief beeindruckt und verneige mich, wenn ich erlebe, welche Kraft Menschen aus diesem Wendepunkt in ihrem Leben beziehen!

Generell betrachtet, finde ich es ganz großartig, dass der Begriff CancerSurvivor mittlerweile zu einer echten Marke geworden ist und es eine ganze Reihe damit verbundener und neuer Aktivitäten gibt. Hierzu befassen sich mittlerweile auch Entscheidungsträger

aus der Gesundheitspolitik, die sich mehr und mehr der Frage von maßgeschneiderter Versorgung und neuen Strukturen für dieses „Klientel" annehmen.

JFR: *Ihnen ist das Thema inzwischen so wichtig, dass Sie nicht nur eine eigene digitale Plattform, sondern auch eine eigene Stiftung gegründet haben. Schildern Sie uns doch bitte, was Sie dazu bewogen und welche Reichweite Ihr Engagement inzwischen bekommen hat.*
SP: Man merkt bei Ihrer Frage sofort, dass Sie wie immer exzellent informiert und vorbereitet sind, Herr Professor Riemann!

Zunächst – was mich als Initiator besonders freut, ist der große Zuspruch, den unsere Plattform erfährt. Gerade in den letzten Monaten haben sich die Besucherzahlen vervielfacht und die vielen wertschätzenden Feedbacks zeigen, dass unsere digitale Welt mit den beispielgebenden Geschichten und Interviews, den hunderten von Videoclips, Podcasts, Tools und Berichten sehr gefragt ist. Wir können in dieser herausfordernden Zeit wichtige Impulse liefern und Unterstützung sein beim „Zurück ins Leben" und beim „Leben mit Krebs".

Mit der Frage nach der neuen Stiftung sprechen Sie ein sehr emotionales Thema an. Wir wurden durch den Weitblick und die Großzügigkeit einer wundervollen Freundin in die Lage versetzt, ab Frühling 2022 in einem traditionsreichen Gründerzeithaus in Berlin einen besonderen Ort für Menschen mit Krebs ein reales „Zuhause" für Betroffene und deren Angehörige zu schaffen. Die Survivors Home Foundation wird dazu ein außergewöhnliches Angebot bereithalten, wie Dialogformen, Kunst- und Kulturprojekte, Bewegungsimpulse, Ernährungskonzepte, psycho-onkologischen Support und viele weitere außergewöhnliche Aktivitäten. Künftig wird es jede Menge Live-Übertragungen mit Interaktionsmöglichkeiten sowie Berichten auf der digitalen Plattform der Initiative CancerSurvivor zu den kreativen Programmen aus dem Haus geben. Somit wird auch eine enge Verzahnung stattfinden und ein deutschlandweiter Zugang ermöglicht werden.

JFR: *Sie haben ganz besondere Erfahrung mit dem sogenannten „Roten Sessel" gemacht. Was steckt dahinter und welche Bedeutung hat diese Art der Inszenierung für Sie?*
SP: Wir wollten eine passende Symbolik für unsere Interviews finden, die eine Rahmung für eine Gesprächsreihe vorgibt, den Betroffenen eine Art Schutz verleiht und sie an ihrem Lieblingsort in gute Energie versetzt. Das haben wir mit der Idee des „Roten Sessels" erreicht. Es ist jedes Mal ein besonderer, fast heiliger Moment, wenn ein CancerSurvivor Platz auf dem Roten Sessel nimmt. Nicht nur die Worte, auch der ausgewählte Interviewort, an dem eine Überlebensgeschichte erzählt wird, spiegelt die Bedeutsamkeit dieses Moments wider. Die Protagonisten öffnen sich in den Interviews, sie sprechen über den womöglich sensibelsten Moment in ihrem Leben. Oft sagen sie hinterher, dass sie sich und ihr Leben völlig neu sehen und anders begriffen haben. Das ist das schönste Kompliment und die höchste Wertschätzung, welches wir als Produktionsteam erhalten können.

JFR: *Wir haben im vergangenen Jahr zusammen mit Professor zur Hausen ein Interview zum Thema Humanes Papillom Virus (HPV) gemacht. Dieses Interview wird man sicher über ihre Seiten abrufen können. Geben Sie uns doch bitte einen kurzen Einblick, was seinerzeit für Sie die beeindruckendsten Aussagen waren. Vielleicht können Sie auch einen Link angeben, über den man das Interview ansehen kann.*
SP: Erstmal muss ich sagen, dass ich mich ausgesprochen geehrt gefühlt habe, dieses Interview führen zu dürfen, denn es kommt in meinem Job als Moderator nicht jeden Tag vor, einen Nobelpreisträger zu interviewen. Das war schon ein sehr besonderer Moment in meinem Leben. Beeindruckend fand ich, welch wacher Geist mir da mit Professor Harald zur Hausen gegenübergesessen hat. Ich hatte so ein vergleichbares Erlebnis nur ein einziges Mal in meinem Leben mit dem Philosophen und Konstruktivisten Heinz von Förster. Wenn ich selbst mit 84 Jahren noch so voller Lebensinteresse bin, würde ich mich zutiefst glücklich schätzen. Professor zur Hausen ist mit seiner Forschung etwas Großartiges gelungen – eine Impfung gegen Krebs! Er ist seinen Weg gegangen, trotz aller Schwierigkeiten und teilweise auch enormer Skepsis von Kollegen. Die Papillomviren wurden 1983/84 entdeckt und seit 2006 gibt es einen Impfstoff. Was für ein Durchhaltevermögen und Standing war da gefordert – unglaublich! Einen perspektivischen und so hoffnungsreichen Satz des Wissenschaftlers erinnere ich ebenfalls, als dieser sagte: „Wir leben in einer Phase, wo wir sehen, dass wir durch intensive Forschung und intensive Analyse von Krebserkrankungen möglicherweise doch eine ganze Reihe von weiteren Krebserkrankungen präventiv, also vorbeugend, behandeln können." Das lässt doch sehr hoffen beim Kampf gegen den Krebs!

Gerne nenne ich noch den Link zum Interview: https://menschen-mit-krebs.de/cs-trifft-nobelpreistraeger

JFR: *Die HPV-Infektion ist ja ein wichtiges Schwerpunktthema auch der Deutschen Krebsstiftung. Gerade die Erzählungen von Frauen, die an Gebärmutterhalskrebs erkrankt sind, machen die Bedeutung der HPV-Impfung so wichtig, die im Übrigen ja inzwischen auch für Jungen angeboten wird. Wie können Sie über Ihre Plattform gerade für die HPV-Impfung als echte Krebs-Prävention werben?*
SP: Ich betrachte Ihre Frage eher als Aufforderung hier etwas zu tun und alle Kanäle, die uns zur Verfügung stehen zu nutzen. Ist hiermit versprochen! Was für mich sehr klar ist, dass wir nicht nur informieren müssen, sondern die Jugendlichen in ihrer Sprache und ihren Milieus gut abholen. Es darf nicht aufgesetzt wirken und muss authentisch sein.

JFR: *Für die Stiftung LebensBlicke ist die Darmkrebs-Prävention der zentrale Schwerpunkt. Wir haben in den letzten Jahren zunehmend gesehen, dass viele User unserer Webseiten sich ganz besonders für Patientengeschichten zum Leben nach und mit Darmkrebs interessieren. Sie haben sicher auch bemerkenswerte Erfahrungen mit Menschen gemacht, die einen Darmkrebs überwunden haben. Können Sie uns dazu auch Ihre Eindrücke schildern.*
SP: Mit den Früherkennungsprogrammen bei Darmkrebs bieten sich doch heute ganz erstklassige Möglichkeiten, selbst etwas zu tun. Ich mag den Gedanken, dass man Prävention bewirbt und eine Öffentlichkeit schafft. Die Gesundheitsverantwortung sehe ich ganz klar bei jedem Mann und jeder Frau selbst. Ich nenne die Männer hier bewusst zuerst, da hier ja noch ein großes Potenzial zu heben ist. Bei so vielen Interviews, die ich geführt habe, war die „Ahnungslosigkeit" der Männer und die „Großzügigkeit" im

Umgang mit erkennbaren Darmkrebssymptomen immer wieder erschreckend. Oft war der Satz zu hören „Hätte ich gewusst, wie problemlos eine Vorsorge mit einer Darmspiegelung geht, hätte ich das wohl gemacht …". Bei den Patientengeschichten habe ich fast immer gehört, wie gut die Betroffenen ihren Darmkrebs hinter sich gelassen haben und sich dem Leben wieder anvertraut haben – inklusive Sport und Bewegung, sozialer Teilhabe und einer sehr guten Lebensperspektive. Beste Beispiele sind mein befreundeter Nachbar und meine Schwiegermutter – beide zurück im Leben!

JFR: *Was motiviert Sie, so unermüdlich und so nachhaltig für die Belange der CancerSurvivors einzutreten? Was treibt Sie immer wieder auf's Neue an?*
SP: Nach einer Krebsdiagnose geht es wie bereits gesagt darum, wieder Vertrauen zu finden, Mut zu fassen und sich wieder aufzurichten. Es ist wie Land gewinnen auf brüchigem Boden. Für mich ist es eine sehr sinnstiftende und erfüllende Aufgabe, Menschen zusammenzuführen und ins Gespräch zu bringen, die mit diesem herausfordernden Erlebnis und existentiellen Einschnitt, ihre ganz individuelle Geschichte schreiben und somit Erfahrungswerte vermitteln und Beispiele geben können. Mein zutiefst empfundener Respekt gilt allen Menschen, die uns immer wieder zeigen, welche unglaubliche Kraft und unvorstellbare Leistung von einer existenziellen Krise, einem Bruch bzw. einem durch Krankheit bedingten Wendepunkt im Leben ausgehen kann. Die Initiative CancerSurvivor ist zu meiner Herzensangelegenheit geworden.

Herzlichen Dank für dieses offene und außerordentlich informative Interview.

Weitere Informationen
http://menschen-mit-krebs.de

„Gesunde Ernährung" – auch ein Schlüssel zur Darmkrebsprävention?

Interview mit Prof. Dr. Manfred J. Müller, Internist und Gastroenterolog,e em. Direktor des Institute of Human Nutrition and Food Science, Christian-Albrechts-Universität, Kiel



© DANK

▲ Prof. Dr. Manfred J. Müller

Zur Person: Bis 2017 Universitäts-Professor for Human Nutrition, former Director of the Institute of Human Nutrition and Food Science, Christian-Albrechts-Universität Kiel (CAU). Head of Reference Centre of Body Composition, Kiel. Apl. Professor of Internal Medicine and Gastroenterology, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Hannover.

2010–2020 Editor in Chief, European Journal Clinical Nutrition (EJCN, Springer Nature Publishing Group). Former president of the German Obesity Society (2006–2009).

Author of more than 650 papers in peer-reviewed journals. Scientific interests: Control of energy expenditure and energy balance, functional body composition, prevention of obesity. Mit Prof. Dr. Manfred J. Müller (**MM**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Die Adipositas auch schon im Kindesalter ist ein in den letzten Jahren zunehmend in der Öffentlichkeit registriertes Phänomen. Worauf führen Sie diese Fehlentwicklung zur Fettleibigkeit zurück?*
MM: Erlauben Sie mir zunächst, Sie zu korrigieren. Der Begriff der ‚Fettleibigkeit' ist in der Medizin nicht definiert. Er ist umgangssprachlich und wird von Menschen mit Übergewicht und Adipositas als despektierlich empfunden. National und international haben sich die Adipositasexpert*nnen geeinigt, jedwede Form der Stigmatisierung gegenüber Patienten mit Übergewicht und Adipositas zu vermeiden.

Zu Ihrer Frage: Seit Mitte der 70-iger Jahre des letzten Jahrhunderts hat die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zugenommen, weltweit sind heute ca. 600 Millionen Menschen adipös, d. h. ihr BMI lag über 30 kg/m2 (der Normalbereich für ‚mittelalte' Erwachsene beträgt 18.5–25 kg/m2; der BMI errechnet sich aus dem Verhältnis von Körpergewicht in kg zu dem Quadrat der Körpergröße in m). In Deutschland sind mehr als die Hälfte der Erwachsenen übergewichtig, etwa 20 Millionen Erwachsene sind adipöse. Wir sind also heute eine‚übergewichtige' Gesellschaft. So gesehen darf es nicht überraschen, dass auch die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas inzwischen deutlich ange-

stiegen ist. Der Anteil an übergewichtigen Mädchen und Jungen im Alter von 3 bis 6 Jahren beträgt 12,0 %, bei den 7- bis 10-Jährigen 17,9 %, bei den 11- bis 13-Jährigen 18,9 % und bei den 14- bis 17-Jährigen 15,0 %. Zwischen 6 und 10 % der Kinder und Jugendlichen sind adipös. Übergewicht und Adipositas haben eine starke Persistenz (d. h., die hohen Körpergewichte bleiben mit zunehmenden Alter erhalten): Bis zu 80 % der Jugendlichen mit Adipositas behalten das Problem auch im Erwachsenenalter und erkranken häufiger an ‚Nicht übertragbaren Erkrankungen' wie Typ 2 Diabetes und Bluthochdruck. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren im Jahr 2017 weltweit mehr als 2,1 Milliarden Kinder und Jugendliche von ‚Nicht-übertragbaren Erkrankungen' (zu denen auch das Übergewicht und seine kardio-metabolen Folgeerkrankungen gerechnet werden) betroffen, Tendenz steigend.

Die Frage nach den Ursachen beantwortet sich unterschiedlich. Dabei ist die Sichtweise der Ärzt*nnen durch das Paradigma der Energiebilanz und die sie bestimmenden biologischen Faktoren und Verhaltensmuster bestimmt (d. h., die Betroffenen essen zu viel und bewegen sich zu wenig, ihre Energiebilanz ist positiv), während Public Health-Wissenschaftler*nnen die Bedingungen der Lebenswelten als ‚Triebkräfte' unseres Verhaltens im Blick haben. Lebenswelten werden sozial und ökonomisch sowie als bebaute Umgebung charakterisiert, wobei letztere die „Ernährungswelten" (z. B. die ‚Dichte' der Lebensmittelangebote) sowie die „Bewegungsräume" (z. B. charakterisiert durch die Verkehrsdichte oder die Zahl von Sportstätten und Grünflächen) mit einbezieht. Darüber hinaus charakterisieren auch ökologische Aspekte von Umwelt und Klima die Lebenswelten.

Gesellschaften im ‚Übergang' (d. h. ehemals arme Länder, die in den letzten 50 Jahren einen ökonomischen Aufstieg erlebt haben, wie z. B. Indien) weisen die im weltweiten Vergleich stärksten Wachstumsraten für Adipositas und Typ 2 Diabetes mellitus auf, was für die Sichtweise von Public Health-Wissenschaftler*nnen spricht..

JFR: *Sie haben in einem lesenswerten Beitrag für die Deutsche Medizinische Wochenschrift dazu Stellung genommen und in diesem Zusammenhang Prävention nicht übertragbarer chronischer Erkrankungen durch „gesunde Ernährung" besprochen. Was ist aus Ihrer Sicht mit gesunder Ernährung gemeint? Können Sie definieren, was unter gesunder Ernährung zu verstehen ist?*
MM: Die Begrifflichkeit ist zunächst fragwürdig, da Ernährung ja nicht per se ‚gesund' ist. Ernährung kann die Gesundheit schützen und Krankheiten vermeiden helfen. Wir sprechen heute von sog. ‚gesunden' (d. h. der Gesundheit förderlichen) Ernährungsmustern. Diese sind durch eine bedarfsgerechte und vielfältige Auswahl von Lebensmitteln mit einer besonderen Betonung auf ‚pflanzliche' Lebensmittel bei gleichzeitiger Einsparung von ‚tierischen' Lebensmitteln sowie der Beziehungen der Lebensmittel untereinander charakterisiert (= kein Lebensmittel ist für sich alleine ‚gesund'). Im Grundsatz gilt: Man kann sich nicht ‚gesund' essen (d. h. ein den Energiebedarf übersteigender Verzehr auch von ‚gesunden' Lebensmitteln bewirkt eine Gewichtszunahme).

Beispiele von ‚gesunden' Ernährungsmustern sind eine vegetarische (bzw. vegane) Ernährung, die ‚Mediterrane Ernährung' die sog. ‚Nordic Diet' oder auch die sog. ‚DASH Diet' (welche in den USA in Studien zur Senkung des Blutdrucks entwickelt worden war). Der gesundheitliche Wert dieser Ernährungsformen wurde in zahlreichen Beobachtungs- und Interventionsstudien in der primären und sekundären Prävention von ‚Nicht-übertragbaren Erkrankungen' (= in erster Linie Typ 2 Diabetes und Herzkreislauferkrankungen) belegt.

Vereinfachende Ernährungsempfehlungen zum Schutz der Gesundheit adressieren Nährstoffe wie Zucker, gesättigte Fette, industriell bei der Härtung von pflanzlichen Fetten hergestellte Transfettsäuren, Calcium, Vit.D, Jod und Kochsalz oder auch industriell verarbeitete Lebensmittel wie ‚fast food' und ‚soft drinks'. Da wir Lebensmittel (und nicht Nährstoffe = die Ernährung ist kein Thema der Pharmakologie) verzehren, werden zur gesundheitlichen Bewertung der täglichen Ernährungsmustern Kriterien wie 5 Portionen Obst und Gemüse, der regelmäßige Verzehr von Vollkornprodukte, Milch und Milchprodukten, proteinreiche Lebensmitteln mit einem geringen Gehalt an gesättigten Fettsäuren bei gleichzeitig günstigem Verhältnis von einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren und eben Beschränkungen bei Lebensmitteln, die raffinierten Kohlenhydrate und viel gesättigte Fettsäuren enthalten bzw. denen Zucker oder Kochsalz zugesetzt wurde.

JFR: *Sicherlich spielen Lebenswandel und Lebensstil auch junger Menschen eine wichtige Rolle. Wir erleben, dass durch die Technisierung in allen Bereichen die Notwendigkeit für körperliche Anstrengungen in steigendem Maße abnimmt. Der Genuss von „junk food" und zuckerhaltigen Getränken hat dagegen erheblich zugenommen. Wie kann man dieser Entwicklung überzeugend entgegenwirken?*
MM: Strategien und Maßnahmen von Gesundheitsförderung sowie der Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen haben bisher national und international auf Gesundheitserziehung, Information und Aufklärung sowie eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz gezielt, sie adressieren sowohl die Ernährung als auch die Probleme von Inaktivität und geringer körperlicher Aktivität. Es gibt inzwischen mehr als 100 kontrollierte Studien zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. So wissen wir heute um den sehr begrenzten Wert dieser auf das Verhalten gerichteten Präventionsmaßnahmen.

Übergewicht zeigt schon im Kindes- und Jugendalter einen sog. inversen sozialen Gradienten: Je geringer Einkommen und Bildung der Eltern sind, desto häufiger sind deren Kinder übergewichtig. Die höchsten Prävalenzen von Übergewicht bestehen bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen ‚Status' und in Gruppen von Kindern und Jugendlichen mit einem Migrationshintergrund. Mädchen und Jungen mit einem niedrigen sozialen ‚Status' waren im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus besser gestellten Sozialgruppen mehr als viermal häufiger adipös. Der inverse soziale Gradient im Übergewicht wird durch Unterschiede in Bildung und Einkommen erklärt, er wird aber noch durch die Lebensverhältnisse, unter denen die Kinder aufwachsen, verstärkt. Kinder, die in sozial ‚schwachen' Stadtteilen leben, haben unabhängig vom Einkommen und Schulbildung ihrer Eltern ein noch erhöhtes Risiko, übergewichtig zu werden. Die gesellschaftlichen und ökonomischen Einflüsse auf die gesundheitlichen Probleme von Kindern und Jugendlichen sind offensichtlich.

Der Einfluss sozialer Faktoren und der Lebenswelten schränkt den nachhaltigen Erfolg von auf das persönliche Verhalten der Menschen gerichtete Maßnahmen (wie z. B. Informationen, Aufklärung und Ernährungsberatung) ein. Nach Einschätzung der WHO verfügt heute kein Land der Erde und auch kein Expert*n über nachhaltig wirksame Strategien der Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas von Kindern und Jugendlichen.

JFR: *Spricht man über Ernährung, wird immer wieder auch die mediterrane Ernährung als besonders gesund angeführt. Was ist darunter zu verstehen und ist sie wirklich für die Gesundheit so nachhaltig?*
MM: Das Konzept der ‚Mediterranen Ernährung' beruht auf Untersuchungen, welche in den 50-ziger Jahren des letzten Jahrhunderts in Bevölkerungsgruppen, welche im Süden Kretas lebten (= deshalb auch die alternative Bezeichnung als eine ‚Kreta-Diät'). Zu dieser Zeit war diese Region Griechenlands noch nicht touristisch erschlossen, die damalige Bevölkerung war arm, sog. ‚moderne' Lebensmittel (wie z. B. ‚fast food' oder ‚soft drinks') waren nicht verfügbar. Charakteristika der damaligen Lebensmittelauswahl der Menschen wie ‚viel Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte', ‚regelmäßig Fisch', ‚hochwertige' pflanzliche Öle sowie ‚wenig Fleisch' beschreiben eine eher ärmliche Ernährung, welche nicht mit dem heutigen Ernährungsangeboten in mediterranen Urlaubsregionen bzw. entsprechenden Restaurants in unseren Wohngegenden vergleichbar ist. Der gesundheitliche Wert einer klassisch ‚Mediterranen Ernährung' resultiert also nicht nur aus der Auswahl von Lebensmitteln sondern auch aus der eher ‚knappen' Kalorienaufnahme. Der Wert heutiger Formen der ‚Mediterranen Ernährung' beruht auf der Kombination der genannten Lebensmittel, kein einzelnes Lebensmittel erreicht einen gesundheitlichen Wert an sich. Die positiven Auswirkungen einer ‚Mediterranen Ernährung' auf die primäre und sekundäre Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen und Typ 2 Diabetes mellitus ist durch kontrollierte Interventionsstudien mit Nachbeobachtungszeiten von mehr als 5 Jahren hinreichend belegt.

JFR: *Wie sieht die wissenschaftliche Evidenz für Ernährungs-Empfehlungen aus, die sich auch im Alltag umsetzen lassen?*
MM: Die wissenschaftliche Evidenz für Ernährungsempfehlungen für die Allgemeinbevölkerung beruht wesentlich auf prospektiven Studien, in denen Ernährungsmuster und Lebensstile im Zusammenhang mit dem Auftreten von Krankheiten beobachtet wurden. Diese Zusammenhänge wurden dann durch die Ergebnisse gezielter Interventionsstudien substantiiert. Streng-kontrollierte Untersuchungen (wie wir sie für Medikamentenstudien fordern) sind in der Ernährungsmedizin nicht einfach durchzuführen. Es bestehen einige methodische Probleme wie z. B. eine ‚Verblindung', die Randomisierung, die uneinheitliche Adhärenz der Teilnehmer*nnen, die notwendige Dauer der Intervention oder auch die Wahl einer geeigneten Kontrollgruppe. Darüber hinaus werden reduktionistische Ansätze (wie in der Medizin häufig üblich) den Problemen der Ernährung nicht gerecht. So zeigten Placebo-kontrollierte und randomisierte Interventionsstudien mit einzelnen Nährstoffen wie omega-3-Fettsäuren, Vit.E oder auch Vit.D keine Erfolge z. B. in der Prävention von Herzinfarkten, obwohl sie doch anhand von zell- und molekularbiologischen Untersuchungen Erfolg versprachen. Demgegenüber sind Ernährungsmuster wie die ‚Mediterrane Ernährung' auf diese Endpunkte wirksam. Der scheinbare Widerspruch wird dadurch erklärt, dass der die Gesundheit fördernde (oder auch schädigende) Einfluss der Ernährung nicht durch einzelne Nährstoffe, sondern durch die Kombination der verzehrten Lebensmittel im Kontext von Lebensstilen erklärt wird. Solange kein spezifischer Mangel an Nährstoffen vorliegt (und somit eine Indikation für deren gezielte Substitution besteht), beruht also der gesundheitliche Wert von Ernährungsmustern auf der Auswahl von Lebensmitteln und nicht auf den spezifischen Gehalt einzelner Nährstoffen.

JFR: *Personalisierung/Individualisierung setzen sich in vielen Bereichen der Medizin durch, so wohl auch in der Ernährungsmedizin. Was ist unter personalisierter Ernährung zu verstehen?*
MM: Konzepte der Personalisierung folgen einem Zeitgeist. In der Ernährungsmedizin ist es lange etabliert. Beispiele sind spezifische Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen (wie z. B. der Phenylketonurie). Aktuell werden Konzepte einer Personalisierung von Diäten in der Behandlung von Patient*nnen mit einem ‚Metabolischen Syndrom' und Typ 2 Diabetes diskutiert. Das Konzept berücksichtigt eine Vielzahl von persönlichen Daten wie des Ernährungszustandes und der Ernährung selbst sowie zum Genom, dem Metabolom, dem Mikrobiom und auch endokrinologische (z. B. die Hyperinsulinämie) und immunologische Befunde, welche zusammen zu einer Vorhersage der postprandialen Hyperglykämie herangezogen werden. Trotz der beeindruckenden Vielzahl von Variablen ist deren Vorhersagewert begrenzt: So erklären der Gehalt an Makronährstoffen (wie Kohlenhydrate und Fette), das Mikrobiom und Variationen in DNA-Abschnitten, welche zu Störungen des Glukosestoffwechsels assoziiert sind, ‚nur' 16, 6 und 10 % der inter-individuellen Unterschiede der postprandialen Blutzuckerantwort. Im Vergleich haben die oben genannten Variablen keine höhere Vorhersagekraft als die ‚einfache' Kombination aus Menge und Qualität der Kohlenhydrate in der Ernährung sowie des Nüchtern- Plasmaglukosespiegels.

Die personalisierte Ernährung erscheint also heute im Zusammenhang mit Prävention und Behandlung von ‚Nicht-übertragbaren Krankheiten' noch experimentell, sie hat bisher keine fassbare Bedeutung für deren Prävention und Behandlung. Angesichts der hohen Prävalenz dieser (hoch-anteilig unnötigen) Erkrankungen in unserer Gesellschaft erscheinen alternative Strategien der Verhältnisprävention notwendig. Oder anders gesagt: Wir könnten ja auch nicht 20 Millionen Patient*nnen mit Adipositas personalisiert behandeln. Das wäre viel zu aufwendig und auch ökonomisch nicht vertretbar.

JFR: *Im Zusammenhang mit Ernährungsfragen taucht immer wieder der Begriff Mikrobiom auf. Das Mikrobiom oder die Mikrobiota haben einen erheblichen Einfluss auf viele Stoffwechselvorgänge und sind sicher mitverantwortlich für die Entstehung einiger Erkrankungen. Wie beeinflusst die Ernährung das Mikrobiom?*
MM: Wie hoch der Einfluss des Mikrobioms auf den Stoffwechsel des Menschen (und auch bei den Stoffwechselstörungen, die bei PatientInnen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen bestehen) ist, können wir heute noch nicht genau wissen. Dazu bräuchte es noch

einige Zeit der Forschung. Auch sind die bisherigen Überlegungen eher reduktionistisch im Hinblick auf Ursache und Wirkung, die Varianz im Mikrobiom soll eine gemeinsame Ursache vieler Phänomene sein, der Wunsch nach einfachen Lösungen (= hier ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Behandlung der ‚Nicht übertragbaren Erkrankungen') dominiert. Erinnern wir uns: Vor 30 Jahren kam die ‚Hype' von Genomstudien über uns, die verantwortlichen Wissenschaftler*nnen hatten uns damals vollmundig eine ‚neue' Medizin versprochen. Bei allem Respekt vor der Wissenschaft und den zu diesem Thema arbeitenden Kolleg*nnen müssen wir heute aber auch feststellen dürfen, dass die Genomforschung bisher sehr wenig zur Erklärung und zu den Lösungen von Problemen wie Adipositas und Typ 2 Diabetes beitragen konnte. Diese Erfahrungen eingedenk sollten wir die Bedeutung des Mikrobioms in Ruhe verstehen lernen, bevor wir einander ggfs. falsche Lösungen versprechen.

Die Ballaststoffe in der Ernährung (d. h., sog. ‚Präbiotika') und auch sog. ‚Probiotika', die Bifidobakterien und Lactobacillen enthalten, beeinflussen die Zusammensetzung des Mikrobioms, welches dann nach fäkaler Transplantation im Tierexperiment auch positive Effekte auf das Körpergewicht und den Stoffwechsel bewirkte. Erste Interventionsstudien an Patient*nnen mit Übergewicht und Adipositas Grad 1 mögen diese Befunde bestätigen. Allerdings ist die intra- und inter-individuelle Varianz der Ergebnisse beträchtlich, was wiederum Schlussfolgerungen erschwert.

Aber auch hier gilt: Wissenschaftler*nnen sind begeisterungsfähig, die technischen und methodischen Entwicklungen geben ihnen heute die Werkzeuge an die Hand, vertiefend zu forschen. Allerdings bleiben der theoretische Hintergrund und die Protokolle der Studien häufig zu einfach. So wird meist nach direkten Beziehungen zwischen einzelnen Determinanten und ‚Outcomes' wie Krankheitsrisiken gesucht, wiewohl doch auch gerade das Beispiel der Ernährung die Probleme von bisher nicht gut genug verstandenen Zusammenhängen aufzeigt. Letztere entziehen sich vereinfachenden und reduktionistischen Ansätzen von Forschung.

JFR: *Wir als Stiftung LebensBlicke versuchen, die Öffentlichkeit, aber vor allem auch die User unserer Internetseiten zur Prävention anzuregen. Dazu gehört ganz besonders auch die Primärprävention. Wie können junge Menschen, aber auch Eltern so motiviert werden, dass sie eine „gesunde Ernährung" als wichtigen und notwendigen Pfeiler ihres Lebensstils begreifen?*

MM: In der primären Prävention sind direkt an Verbraucher gerichtete Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil selten wirksam. Auch sind sie, wenn sie erfolgreich sind, sozial selektiv d. h., es werden überwiegend Bildungs-starke Gruppen erreicht. Diese Erfahrungen hatten wir bereits in den zurückliegenden Dekaden am Beispiel ‚tobacco control' gemacht. Hier hatten erst weitreichende Maßnahmen der Verhältnisprävention (welche außerhalb der medizinischen Versorgungssystems entwickelt und gestaltet worden waren) zu Erfolgen in der primären Prävention geführt.

Die Erfolge von Information (z. B. durch Lebensmittelkennzeichnung) und Ernährungsberatung werden wesentlich durch unser anteilig irrationales Verhalten sowie unser aller Ambivalenzen bestimmt. So sind beim Einkauf von Lebensmitteln etwa 50 % der Verbraucherentscheidungen nicht geplant bzw. rational bestimmt. Auch wissen wir nahezu alle (und dies gilt auch schon für Kinder im Grundschulalter), was ‚gesund' für uns ist, während wir uns gleichzeitig häufig genug nicht entsprechend verhalten. Die Ambivalenz betrifft auch unsere politischen Entscheidungsträger, die im Zweifelsfall den ökonomisch begründeten Interessen der Vertreter aus der Lebensmittelindustrie nachgeben. So sind z.Zt. in Deutschland Werbeverbote für sog. ‚Kinderlebensmittel' (z. B. mit Vitaminen angereicherte und in der Aufmachung speziell für Kinder formulierte Milchprodukte und Süßwaren), die Festlegung verbindlicher Standards für Mahlzeiten in Ganztagsschulen und Kindertagesstätten oder auch die Begrenzung des Zuckergehaltes in süßen Limonaden und ‚soft drinks' politisch nicht einfach durchsetzbar.

Die aktuellen Probleme von ‚Nicht-übertragbaren Krankheiten' (welche ja wiederum auch ein Risiko für das Auftreten von Infektionserkrankungen darstellen) erfordern für unsere Gesellschaft (d. h. für alle Menschen und so auch für uns Ärzt*nnen) ein Umdenken in größeren Kontexten von Gesellschaft, Ökonomie, Ökologie und Politik. Die Gesundheit des Einzelnen ist nicht ohne die ‚Gesundheit' seiner Mitmenschen, von Tieren, Umwelt und Klima denkbar. Aus der gleichzeitigen Betrachtung dieser Probleme wird uns eine neue Wertschätzung von Gesundheit erwachsen, welche eine wesentliche Voraussetzung und so auch starke Triebkraft von primärer Prävention sein kann.

JFR: *Ungesunde Ernährung ist eine Seite der Adipositas, Bewegungsarmut eine andere. Wie lassen sich in Ihre Ernährungsempfehlungen Anreize für mehr Bewegung verpacken? Reicht es aus, Menschen zu empfehlen, sich täglich ca. ½ Stunde zu bewegen? Gibt es bessere Anreize?*

MM: Ernährung ist immer Teil eines Lebensstils; so sind Ernährungsmuster auch zu Inaktivität und körperlicher Aktivität assoziiert. Bisherige Maßnahmen von Verhaltensprävention haben versucht, diese Bereiche gemeinsam zu adressieren. Dabei waren direkte ‚Ansprachen' wenig erfolgreich. Im Zusammenhang mit der Prävention von Adipositas wurden die Empfehlungen von 10.000 Schritten pro Tag (das entspricht etwa 90 Minuten ‚stramm' Spazierengehen) formuliert. Diese Zahlen beruhen auf den Ergebnissen von epidemiologischen Beobachtungsstudien an Erwachsenen, welche für das angegebene Maß von Aktivität eine Senkung des Diabetesrisikos gezeigt haben. Diese ‚Dosis' von körperlicher Aktivität ‚schützt' vor einer Gewichtszunahme, auf eine Gewichtsabnahme ist sie nicht ausreichend wirksam.

Voraussetzung für den Erfolg bevölkerungsweiter Maßnahmen zu ‚mehr Aktivität' ist aber wiederum ein grundsätzliches Umdenken in größeren Kontexten unserer Lebensbedingungen (s. o.). Durch die Verbindung verschiedener Lebensbereiche (z. B. das Klima und/oder das ‚Tierwohl' betreffend) ergeben sich Synergien indirekter und direkter Effekte auf die Gesundheit einzelner Menschen.

JFR: *Last but not least: wir als Stiftung Lebens Blicke treten schon seit vielen Jahren für die Prävention von Darmkrebs ein. Dazu gehört neben der Sekundärprävention (Vorsorgeuntersuchungen) die bereits angesprochene Primärprävention. Wo sollten wir den Hebel ansetzen, den Einfluss von Lebensstil und Mobilität auf die Entstehung von Darmkrebs noch viel deutlicher zu machen? Nach Angaben in der Li-*

teratur können durch einen gesunden Lebensstil bis zu 40 % der Fälle von Darmkrebs verhindert werden. Gibt es aus ernährungs- physiologischer Sicht dafür eine plausible Erklärung?

MM: Der Einfluss von Ernährung auf das Auftreten von Krankheiten, welche durch die Höhe der Energiezufuhr‚mit-bedingt' sind, ist beträchtlich. In der‚Nurses Health Study' von Walter Willett von der Harvard University in Boston (diese Studie wurde 1976 in den USA begonnen und wurde bzw. wird prospektiv an bisher insgesamt 280.000 Frauen durchgeführt) wurde das‚präventive Potential' eines ‚gesunden' Lebensstils (welcher neben einer die Gesundheit schützenden Ernährung, die Vermeidung von Übergewicht, das Nichtrauchen, einen moderaten Alkoholkonsum, regelmäßige körperliche Aktivität und die in den USA sehr häufige Einnahme von Multivitaminpräparaten umfasste) auf die Inzidenz dieser Tumoren auf über 70 % errechnet. Allerdings wurde in dieser Beobachtungsstudie kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Aufnahme von Ballaststoffen und dem Risiko an Darmkrebs zu erkranken gefunden. Da im Lebensstil mehrere gesundheitsförderliche Faktoren zusammenkommen, kann ein reduktionistischer Ansatz, welcher allein auf die Ernährung bzw. einzelne Lebensmittel und Nährstoffe abhebt, dem ‚Effekt' nicht gerecht werden. In der Gesamtsicht zu dem speziellen Aspekt von Darmkrebs erscheinen eine Kalorien-kontrollierte Ernährung (= Gewichtzunahme und eine Hyperinsulinämie vermeiden!), eine regelhaft ‚hohe' Ballaststoffaufnahme (ca. 30 g/Tag, viel zitierte Naturvölker haben eine Aufnahme von 50 g und mehr) sowie ein ‚moderater' Alkoholkonsum (= in Harvard waren das 3 ‚Drinks' pro Woche, ein ‚Drink' entspricht einem Glas Wein von 150 ml oder 0.33L Bier oder 0.02L eines Getränks mit hohem Alkoholgehalt, d. h. einer Spirituose) als plausibel wirksame Maßnahmen.

JFR: *In einer aktuellen prospektiven Kohortenstudie haben Wissenschaftler den „hyperinsulinämischen" Lebensstil als eine bedeutende Ursache auch für den Darmkrebs in jüngerem Lebensalter (< 50 Jahren) ursächlich verantwortlich gemacht (Yue et al., Annals of Oncology 2021). Ist das auch Ihre Erfahrung?*

MM: Die Beobachtung erscheint mir sehr plausibel, sie macht Mut und setzt Hoffnung auf die Primärprävention. Unsere eigenen Erfahrungen betreffen die Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Naturgemäß sind in diesen Altersgruppen die Gewichts- und Größenentwicklung sowie die mit ihnen verbundenen metabolischen und kardiovaskulären Risiken vorrangige Ziele der Untersuchung. In longitudinalen Studien an erwachsenen Patient*nnen mit ausgeprägter Adipositas, welche sich zur Gewichtsreduktion bariatrisch-chirurgischen Eingriffen unterzogen hatten, waren die Inzidenzen von Tumorerkrankungen trotz Beobachtungszeiten von mehr als 20 Jahren häufig zu gering, um Unterschiede aufzuzeigen. Demgegenüber war der Einfluss der Gewichtsreduktion auf kardio-metabole Endpunkte deutlich.

Herzlichen Dank für dieses informative und lehrreiche Interview.

Corona-Pandemie und mehr!

Interview mit Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI)



© privat

▲ Christine Neumann-Grutzeck

Zur Person: Christine Neumann-Grutzeck ist seit September 2020 Präsidentin des BDI. Sie ist verheiratet und hat 2 mittlerweile erwachsene Kinder. Nach dem Studium in Lübeck und Hamburg absolvierte sie ihre Facharztausbildung in einer pädiatrischen Praxis in Hamburg Blankenese, der Diabetesklinik in Bad Mergentheim und zuletzt in der Asklepios Klinik Altona, die meiste Zeit in der Gastroenterologie, dort war sie bis Ende 2016 auch als Fachärztin tätig. Seit 12/2016 ist sie in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Hamburg Harburg als Diabetologin angestellt. Neben dem Engagement im BDI ist sie seit 2010 Mitglied der Delegiertenversammlung und seit 2014 Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Hamburg. Im Marburger Bund Hamburg war sie 2. Vorsitzende und ist aktuell noch im Vorstand aktiv. Mit der Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck (**CNG**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Sie sind in einer schwierigen Zeit Präsidentin eines der größten fachärztlichen Berufsverbände geworden. Welchen Einfluss hatte und hat die Corona Pandemie auf die Arbeit des BDI, und wo sehen Sie in dieser Zeit seine wichtigsten Aufgaben?*

CNG: So umfassend, wie die Pandemie auf jeden Einzelnen von uns gewirkt hat, waren auch die Auswirkungen auf den Verband. Das betrifft sowohl die Art und Weise, wie wir im Team miteinander arbeiten, als auch die berufspolitische Arbeit im Kern. BDI-intern haben wir uns relativ schnell und gut auf die neuen Bedingungen eingestellt. Alles ist digitaler geworden und für viele Mitglieder damit zugänglicher. Das ist gut und wird auch nach der Pandemie so bleiben. Klar ist aber auch: Nur digital funktioniert politische Arbeit auf Dauer nicht. Deswegen setzen wir für die Zukunft auf eine gute Mischung von analogem und digitalem Arbeiten.

Politisch haben wir uns in vielen Bereichen eingebracht, zuletzt besonders stark in die Gestaltung der Impfkampagne. Hier gab es an vielen Stellen Korrekturbedarf.

JFR: *Ihnen steht mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ein fast gleich starker wissenschaftlicher Verband gegenüber, dem die Corona Pandemie ebenfalls zugesetzt hat. Wo gibt es für Sie in dieser Phase Gemeinsamkeiten, wo Schnittstellen, wo eigene Schwerpunkte?*

CNG: Wir sind glücklich, eine Schwester wie die DGIM zu haben, und pflegen ein enges Verhältnis zum Vorstand der DGIM!

Wir haben gemeinsam die Einführung des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie erreicht – ein wichtiger Erfolg für die Innere Medizin. Die DGIM hat mit ihrer wissenschaftlichen Expertise maßgeblich an der Ausgestaltung des zukünftigen Weiterbildungscurriculums mitgewirkt, so das wissenschaftlich-inhaltliche Fundament für den neuen Schwerpunktfacharzt gelegt. Wir, der BDI, haben diese Flanke aufgenommen und dann über unsere politischen Kontakte auf Kammerebene dafür gesorgt, dass es auch zu einem positiven Beschluss beim Deutschen Ärztetag kommt. Dieses Beispiel zeigt gut, dass wir Internistinnen und Internisten beide Gesellschaften brauchen, um effektiv die Interessen der Inneren Medizin umzusetzen.

Als Berufsverband sind wir grundsätzlich dichter an den politischen Entwicklungen dran und können diese auch gut antizipieren. Unsere aktuellen Arbeitsschwerpunkte liegen im stationären Bereich bei dem Thema Krankenhausfinanzierung. Um den wirtschaftlichen Anreiz aus dem System zu nehmen, streben wir eine Ausgliederung der Arztkosten aus den Fallpauschalen an. Hier sehen wir dringenden Handlungsbedarf, denn der Druck auf die Ärztinnen und Ärzte wächst. Im ambulanten Bereich fokussieren wir uns zurzeit auf die Weiterentwicklung selektivvertraglicher Strukturen. Hinzu kommen sektorübergreifende Themen wie die Novellierung der GOÄ oder die Digitalisierung. Ganz druckfrisch ist z. B. unser Positionspapier zu Digitalen Gesundheitsanwendungen.

JFR: *Die Corona Pandemie hat nicht nur dem medizinischen Fachpersonal, sondern gerade auch den ärztlichen Kollegen viel abverlangt. Gibt es für den BDI bereits Rückmeldungen bzw. Erfahrungen, in welchem Umfang physische, psychische und finanzielle Belastungen auf die Kollegen zugekommen und wie sie mit ihnen umgegangen sind?*
CNG: Die Corona-Pandemie hat wie ein Brennglas auf bereits bestehende Probleme gewirkt. Die Arbeitsbelastung in den Kliniken war auch schon vor der Pandemie enorm. Eine Umfrage, an der der BDI maßgeblich beteiligt war, hat schon 2019 gezeigt, dass unter jungen Ärztinnen und Ärzte 70 % Anzeichnen eines Burnouts zeigen. Diese Zahlen sind erschreckend. In der Pandemie wurden den Kolleginnen und Kollegen noch einmal deutlich mehr abverlangt. In diesem Kontext ist es übrigens völlig unverständlich, dass die Ärztinnen und Ärzte, vor allem unsere jungen Kolleginnen und Kollegen, von der Politik von der Corona-Prämie ausgeschlossen wurden. Das war schlichtweg respektlos!

Aber auch für unsere niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen war es eine schwere Zeit. Da denke ich vor allem an die finanziellen Turbulenzen, die die selbstständigen Kolleginnen und Kollegen ertragen mussten. Hier hätte ich mir von der Politik ein klareres Zeichen erwartet, vor allem da 9 von 10 Corona Patienten ambulant behandelt wurden.

JFR: *In der Corona Pandemie haben hohe fachliche und politische Auflagen vor allem hygienischer Art zahlreiche Kostensteigerungen verursacht. Wie und was kann der BDI tun, um überproportionale Belastungen zu verhindern respektive angemessene Kostenerstattungen zu erreichen?*
CNG: Wir haben uns sowohl in direkten Gesprächen mit dem PKV-Verband als auch der Bundesärztekammer vehement dafür eingesetzt, dass die PKV sich an den Corona-bedingten Mehrkosten in einem angemessenen Rahmen beteiligt. Dass die finanziellen Mittel seitens der PKV mitten in der zweiten Welle zurückgefahren wurden, war unsolidarisch und unangebracht.

Auch gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben wir dafür geworben, dass der Aufwand, den die Praxen betreiben müssen, entsprechend bezahlt werden. Der Hygieneaufwand im EBM ist grundsätzlich ein Thema, das für viel Unmut gesorgt hat, weil er lange nicht angemessen vergütet wurde. Davon waren in der Inneren Medizin v. a. Gastroenterologen, Kardiologen und Pneumologen betroffen. Hier hat sich nach unserer gemeinsamen Intervention mit anderen Berufsverbänden eine Verbesserung ergeben. Diesen Weg müssen wir aber gemeinsam noch weitergehen.

JFR: *Inwieweit ist der BDI in die Impfkampagne des Bundes bzw. der Länder involviert?*
CNG: Wir sind sowohl auf Bundes- als auch Länderebene im direkten Austausch mit den Entscheidungsträgern. Das ist uns sehr wichtig, da sowohl unsere hausärztlichen als auch fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen maßgeblich daran mitwirken können, die Impfkampagne in Deutschland zu unterstützen.

Politisch haben wir uns von Beginn an dafür eingesetzt, dass die Impfkampagne zügig in die Arztpraxen verlagert wird, sobald ausreichend Impfstoff vorhanden ist. Damit verbunden waren zwei Kernforderungen an die Politik: Erstens, die Dokumentation und Meldung der Impfungen muss schlank sein; zweitens, der Aufwand muss angemessen, d. h. mind. kostendeckend vergütet werden. Beides ist leider nicht zu unserer vollen Zufriedenheit erfolgt. Zu oft, und hier denke ich gerade an das Thema „Impfzertifikate", wurden Mittel für Bürokratie zur Verfügung gestellt anstatt für die tatsächliche Patientenversorgung.

JFR: *Die Pandemie hat uns auch gelehrt, dass schon lange diskutierte Entwicklungen wie Digitalisierung und künstliche Intelligenz einen enormen Schub bekommen haben und nicht mehr aus der Medizin wegzudenken sind. Wie hat sich der BDI auf diese Entwicklung eingestellt? Welche Empfehlungen wird er vor allem niedergelassenen Kollegen im Umgang zum Beispiel mit Videosprechstunden und Tele-Konsilen geben? Gibt es bereits belastbare Gebührenziffern?*
CNG: Der BDI verfolgt schon seit langem eine ganz klare Strategie, seinen Mitgliedern mit eigenen digitalen Angeboten zu unterstützen, um die Patientenbindung zu stärken. Über internisten-im-netz.de können BDI-Mitglieder eine eigene Praxis-App für ihre Patientinnen und Patienten installieren. Diese App erlaubt die schnelle Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten, eine zertifizierte Videosprechstunde, eine Ende-zu-Ende verschlüsselte Chat-Funktion, Online-Termin-Verwaltung und seit neuesten ein Corona-Impf-Management.

JFR: *In der ersten Phase der Sars-CoV2-Pandemie sind Vorsorgeleistungen nach Erhebungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland deutlich zurück gegangen. Das betrifft ganz besonders auch Screening Untersuchungen für Brust- und*

Darmkrebs. Was kann und was wird der BDI tun, um Menschen in der Pandemie wie auch später in der postpandemischen-Phase von der Notwendigkeit von Screening-Maßnahmen zu überzeugen?
CNG: Gut, dass Sie dieses Thema ansprechen. Mich besorgt sehr, dass viele Patientinnen und Patienten in Deutschland ihre Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen haben. Gemeinsam haben wir z. B. mit dem PKV-Verband schon Mitte letzten Jahres aufgerufen, notwendige Arztbesuche nicht aufzuschieben.

Ich möchte Ihnen hier einen Vorschlag machen: Lassen Sie uns doch eine gemeinsame Kampagne entwickeln, mit welcher wir auf dieses wichtige Thema aufmerksam machen. Was meinen Sie?

JFR: *Nicht erst seit der Corona Pandemie ist Prävention ein Gebot der Stunde. Wie stellt sich der BDI generell jetzt und in Zukunft seine Position für Präventionsmaßnahmen (primär, sekundär, tertiär) vor?*
CNG: In den im BDI vertretenen internistischen Fachgruppen stellt die Prävention sowohl bei den internistischen Hausärztinnen und Hausärzten, spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten und den Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten einen elementaren Faktor ihrer Ausbildung und täglichen Arbeit dar, natürlich unterstützt der BDI diese Arbeit mit themenbezogenen Fortbildungen, um hier auch neuere Erkenntnisse gemeinsam auf allen Versorgungsebenen umzusetzen.

JFR: *Die Stiftung LebensBlicke informiert und motiviert seit 1998 unermüdlich für das Darmkrebs-Screening. Wir konnten mit dem Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz KFRG einen ersten echten Fortschritt erreichen. Dennoch sind trotz beachtlicher Erfolge in den letzten 20 Jahren Neuerkrankungs- und Sterberaten an Darmkrebs nach wie vor noch viel zu hoch. Was kann der BDI tun, um gerade auch für die Darmkrebsfrüherkennung zu werben? Könnten Sie sich z. B. in weiten Abständen, aber kontinuierlich gemeinsame Aktionen von BDI und Stiftung LebensBlicke zu diesem Zweck vorstellen?*
CNG: Unsere gemeinsame Pressemeldung aus dem Dezember letzten Jahres war ein sehr schöner und wichtiger Startschuss. Diese Kooperation setzen wir gerne auch in Zukunft fort.

JFR: *Die Führung eines so großen Verbandes ist per se schon eine ultimative Herausforderung. Wie schaffen Sie diese enorme Arbeitsbelastung bei der Fülle der Aufgaben sowie bei gleichzeitiger ärztlicher Tätigkeit gerade in der Corona Pandemie? Habe Sie ein persönliches Rezept?*
CNG: Zum einen ist die Unterstützung in der Familie ein wichtiger Faktor, ohne den eine solch zeitliche Belastung nicht langfristig darstellbar wäre. Meinen persönlichen Ausgleich finde ich zusätzlich in regelmäßiger sportlicher Betätigung. Beim Laufen kann man wunderbar abschalten und das war zum Glück auch in der Pandemie jederzeit möglich.

JFR: *Wie sieht Ihre Zielrichtung in Ihrer Amtszeit für den BDI aus und wo sehen Sie ggfs. besondere berufspolitische Entwicklungen, die auf den BDI zukommen könnten?*
CNG: Insgesamt hat uns die Pandemie auch gezeigt, wie wichtig die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist. Ohne diese stehen auch alle anderen Wirtschaftszweige still. Mir scheint, als werde dies seitens der Politik mit sinkenden Infektionszahlen schnell wieder vergessen. Mir sind vier Dinge besonders wichtig: 1. Wir dürfen uns als Ärztinnen und Ärzte nicht partikularisieren lassen. Divide et impera funktioniert – aber nicht mit uns! Deswegen kämpfe ich dafür den BDI als den Verband der Inneren Medizin zu erhalten. 2. Müssen wir den BDI zukunftsfähig machen. Deswegen werden wir noch offener für junge Kolleginnen und Kollegen werden. Und 3. brauchen wir ambulant wie stationär eine Vergütungssystematik, die gute und patientenorientierte Behandlung inzentiviert. Mit Budgetierung und Fallpauschalen sind wir da aktuell in die falsche Richtung unterwegs. Hier werden wir frühzeitig unseren Sachverstand einbringen.

Zu guter Letzt wird die Digitalisierung im Gesundheitswesen ein weiteres wichtiges Thema sein. Hier gibt es viel Potential die Versorgung durch eine schnellere Kommunikation über die Sektorengrenzen aber auch zwischen Haus- und Fachärztinnen und Fachärzten zu verbessern. Auch hier gilt es unseren ärztlichen Sachverstand einzubringen. Eine Digitalisierung kann nur erfolgreich sein, wenn sie praktikabel und einfach umzusetzen ist. Es muss möglich sein, damit Zeit einzusparen, die dann den Patientinnen und Patienten zugutekommt.

Sie sehen also, es gibt für die nächsten drei Jahre viel zu tun.

Herzlichen Dank für das interessante und informative Interview!

Eine erfolgreiche Mediziner-Karriere in zwei Welten

Interview mit Prof. Hans Bosseckert, Jena



© privat

▲ Prof. Hans Bosseckert

Zur Person: 1954 Studienbeginn an der Friedrich-Schiller-Universität Jena | 1956 Physikum | 1959 Staatsexamen |1960 Pflichtassistent an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und erster wissenschaftlicher Vortrag an der Charité anlässlich der Feierlichkeiten zum 150-jährigen Bestehen | 1960 Promotion zum Dr. med. | 1962–1965 mehrfach Vertretung des Chefarztes der Inneren Abteilung des Bezirkskrankenhauses Stadtroda ersetzt | 1967 Facharzt für Innere Medizin | 1967 Aufbau einer gastroenterologischen Funktionsabteilung, die seit Jahren zu den hochspezialisierten Zentren der damaligen DDR gehörte | 1968 Mitarbeit am Forschungsprojekt Gastroenterologie | 1970 Habilitation 1976 Berufung zum Hochschuldozenten | 1971 Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR | 1980 Leiter der Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie in der Klinik für Innere Medizin | 1982 Ernennung zum außerordentlichen Professor | 1985 Ernennung zum ordentlichen Professor an der Friedrich-Schiller- Universität Jena | 1985 Vorsitzender der Sektion Endoskopie in der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR | 1986 Councillor der European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) | 1990 Verleihung der Ismar-Boas Medaille der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie (DGVS) | 1991 Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der tschechoslowakischen Gesellschaft für Gastroenterologie | 1991 Vorsitzender der mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie und 1991 Vorsitzender der Gesellschaft für Innere Medizin Thüringens seit Oktober | 1992 Direktor der medizinischen Klinik für Innere Medizin an der Friederich-Schiller-Universität in Jena | 2005 Emeritierung.

Mit Prof. Bosseckert (**HB**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Sie blicken auf ein sehr bewegtes, außerordentlich facetten- und erfolgreiches Leben zurück und sind gleichzeitig Zeitzeuge entscheidender politischer wie medizinischer Entwicklungen der letzten Jahrzehnte. Es lohnt sich, auf einige Ihrer wichtigsten Lebensphasen als „Wanderer zwischen zwei Welten" zurückzublicken. Wie war für Sie der Zugang zum Medizinstudium in der damaligen DDR?*

HB: Die Studienzulassung wurde über eine Studienkommission der entsprechenden Universitäten geregelt. Dabei mussten zentrale Vorgaben bezüglich des Verhältnisses der Geschlechter (mindestens 40 % sollte der Frauenanteil ausmachen, der Anteil an Arbeiter- und Bauernkinder, zu denen auch die Kinder von Staatsfunktionären, und Offizieren der Volksarmee gezählt wurden, wurde mit 60 % veranlagt). Außerdem wurde den Abiturienten, die das Abitur „mit Auszeichnung" bestanden hatten, ein Studienplatz zugebilligt. Obwohl mein Vater selbstständiger Handwerker war, wurde mir (Abitur mit Auszeichnung) – ohne ein sonst erforderliches Ausbildungsjahr ein Studienplatz an der Jenaer Universität zur Verfügung gestellt.

Die gesellschaftspolitischen Einwirkungen auf das Studium waren in den ersten 3 Semestern relativ erträglich. Allerdings mussten wir zum 1. Mai zur Demonstration vollzählig erscheinen – es war sogar zu dieser Zeit möglich, die Mitgliedschaft in einer paramilitärischen Organisation „Gesellschaft für Sport und Technik" zu meiden. Andererseits erwähne ich, dass ich durch einen Kollegen, der als Mitglied der Stasi gehandelt wurde, den Hinweis bekam, nicht an der FDGB-Wahl teilgenommen zu haben. Ich sollte doch die Angelegenheit möglichst bald bereinigen. Daraufhin spielte ich dem AGL-Vorsitzenden die Erklärung für dieses Ereignis zu: Ich war zum Konsiliarbesuch in die Chirurgie gerufen worden (diese lag 9 km von unserer Klinik entfernt). Dabei wurden mir aber nicht – wie ursprünglich angekündigt – ein Patient, sondern vier Patienten vorgestellt Als ich in die Klinik zurückkam, war die Wahl bereits abgelaufen. Damit war die Angelegenheit behoben.

JFR: *Skizzieren Sie bitte für unsere Leser die Ausbildungsschritte Ihrer medizinischen Karriere auch nach dem Studium. Was hat sie von der im Westen unterschieden? Was war besser; wo gab es Hindernisse? Das können Sie jetzt sicher gut beurteilen. Was hat Sie an der Inneren Medizin, speziell an der Gastroenterologie, besonders interessiert? Gab es Vorbilder, die Sie geprägt haben? Viele, aber sicher interessante Fragen auf einmal!*

HB: Die Pflichtassistenten-Zeit teilte sich in drei Ausbildungsabschnitte: Pflichtfächer (Chirurgie, Innere Medizin) und Wahlfach (von mir Dermatologie gewählt). In der Dermatologie konnte ich vielfältige wissenschaftliche Untersuchungen durchführen, die auch dazu führten, dass ich zur Wiedereröffnung der Hautklinik und dem 150-jährigen Bestehen der Charité meinen ersten Vortrag halten konnte: „Der Rebuck-Test bei der Psoriasis". Trotz dieser Bedingungen wählte ich die Klinik für Innere Medizin unter der Leitung von Prof. Walter Brednow zur Ausbildung zum Internisten.

Ab dem Studienjahr 1971/72 hielt ich Vorlesungen auf den Gebieten Gastroenterologie, Funktionsdiagnostik in der Gastroenterologie. Für die Vorlesungstätigkeit 1973/74 und 1976/77 wurde ich von den Studenten zum „Magister des Jahres" gewählt. Während der gesamten Ausbildungszeit zum Facharzt arbeitete ich vorwiegend auf den Gebieten Gastroenterologie und Hämostaseologie. Nach dem Aufbau entsprechender Funktionsanalysen wurde ich für das Gebiet „Gastroenterologie" als Verantwortlicher eingestuft.

Dazu muss bemerkt werden, dass seit dieser Zeit in Jena auch erst die Differenzierung des Fachgebietes Innere Medizin in ihre Spezialdisziplinen begann. Es war die Zeit, in der als Nachfolger von Prof. Walter Brednow Prof. Kurt Seidel als neuer Chef der Klinik berufen wurde.

Aber schon als Pflichtassistent wurde ich anlässlich einer Patientin auf Station – mit der Vermutungsdiagnose „Exsudative Enteropathie" – auf den Weg „Gastroenterologie" gesetzt. Da für uns das J

131 -PVP (Gordon-Test) nicht zur Verfügung stand, bestimmten wir das Periston N rein chemisch-quantitativ im Stuhl.

Die Eradikation des H. Pylori spielte bei den weiteren Forschungsaufgaben eine große Rolle, obwohl ihre Bedeutung anfangs bei nicht wenigen Kollegen auf große Skepsis stieß. Im Zusammenhang mit der H-Pylori- Problematik fand 1992 das erste gemeinsame Symposium mit Teilnehmern aus Ost und West in Dresden statt.

JFR: *Ich habe Sie in Erlangen kennengelernt. Mein klinischer Lehrer Ludwig Demling hatte sehr gute persönliche wie fachliche Beziehungen nach Osteuropa, speziell damals auch in die DDR. Kollegen auch aus der DDR wurden lange vor der Wende und danach zu den jährlichen Erlanger Kongressen eingeladen, darunter immer auch Sie. Sie gehörten damals nicht zum sogenannten „Reisekader", sondern mussten zu den Kongressen Ihre Ausreise in den Westen und die Wiedereinreise in die DDR selbst organisieren. Schildern Sie bitte, wie so eine Antragstellung aussah und mit welchen unglaublichen Hürden sie verbunden war. Warum gehörten Sie damals nicht zum „Reisekader"?*
HB: Eine Einladung der „Societé Medical Internat Endoscopy" (SMIER) zur Tagung „Early gastric cancer" in Lyon (1976) für zwei Wissenschaftler, die an die Akademie der Wissenschaften in Berlin- Buch ging, führte dazu, dass ich eine über Berlin vermittelte Einladung erhielt, da nur ein Kollege aus Berlin einige Erfahrungen mit der Thematik hatte und ihm bekannt war, dass ich auf dem Gebiet größere Erfahrung besaß, wurde ich als zweiter Kollege delegiert. Vortragsthema: „Early cancer of the stomach in 7000 gastroskopies". Damit war meine erste Reise ins NSW (Nicht Sozialistisches Wirtschaftsgebiet) Realität geworden. Wahrscheinlich war diese Begebenheit auch der Auslöser für „Reisekader". Ob das aber so stimmt, weiß ich bis heute nicht, denn bei nachfolgenden Einladungen in Länder des NSW kam es dann wiederholt zu einer Reiseverweigerung, wenn auch die verlangten Voraussetzungen für eine solche Reise erfüllt waren. (Vorliegen der Einladung etwa 6 Monate vor Kongressbeginn, Zusage des Veranstalters zur Kostenübernahme, „aktive" Teilnahme durch einen Vortrag).

Wir mussten in der Reisestelle des Ministeriums in Berlin-Lichtenberg persönlich unsere Reise-Unterlagen abholen, d. h. ein ganzer Arbeitstag musste geopfert werden! Mit der Übergabe des Reisepasses wurden 20 DM Sicherheitsbetrag ausgehändigt, eine Verhaltensbelehrung durchgeführt und ein Merkblatt zur Anfertigung der Reise- und Betreuer-Berichterstattung überreicht. Es wurden ein „Sofortbericht" für die Reise in NSW-Länder (innerhalb von 3 Tagen) sowie ein „Fachwissenschaftlicher Bericht" verlangt. Kopien davon duften nicht angefertigt werden.

Als Beispiel für Schwierigkeiten einer Kongressteilnahme in das NSW: Zu einem internationalen Symposium in Bern (Die Endoskopie des Duodenums) erhielt ich eine Einladung, die alle Anforderungen (s. oben!) für eine Reise in das NSW erfüllte. Trotzdem wurde mir drei Tage vor der Abreise nach Bern mitgeteilt, dass diese Reise nicht genehmigt wird. Ich hatte selbst vier Vorträge zu halten und war an weiteren acht Vorträgen durch Zuarbeit beteiligt (bei mir hatten 19 Kollegen aus der Schweiz die ERCP erlernt). Wochen nach der Tagung wurde mir durch einen Teilnehmer mitgeteilt, dass der Kongresspräsident (Chefarzt Dr. Gerard Egger) auf das bedauernswerte Fehlen von Herrn Bosseckert bei der Eröffnung des Kongresses hinwies. Wochen später: Ich konnte am Gastroenterologen Kongress (Leitung Prof. Demling) in Hamburg teilnehmen. Die mit Kongressteilnahmen verbundenen Schwierigkeiten waren u. a. – außer der Genehmigung dazu – der Devisenmangel, wie er sich besonders auch bei der Teilnahme an den Weltkongressen in Sydney und Sao Paulo für mich bemerkbar machte.

JFR: *Wie haben Sie als hochqualifizierter Arzt und engagierter Bürger der DDR damals die Kongresse und ihr Umfeld in der Bundesrepublik Deutschland erlebt?*
HB: Ganz wesentlich wurde meine Arbeit durch die auf dem Gebiet der Gastroenterologie führende Arbeitsgruppe um Prof. Ludwig Demling Erlangen gefördert (R. Ottenjann, M. Classen, J. F. Riemann, W. Rösch, P. Frühmorgen, Ch. Ell). Ich konnte an vier Kongressen mit eigenen Vorträgen teilnehmen. Von diesen Kongressen nenne ich nur mein Vortragsthema: „Endoscopic papillotomy (EPT) now ten years old – results in papillary stenosis". Weiterhin muss ich die freundschaftlichen und fruchtbaren Begegnungen mit Nib Soehendra, Wolfgang Caspary, Harald Goebell und Martin Wienbeck nennen.

Erleben der Kongresse in der BRD: Anlässlich des Gastroenterologen-Kongresses in Essen, am „Tag der Deutschen Einheit", der unter der Leitung von H. Goebell stand, heftete dieser mir eine Plakette mit dem Text. „Trust me I am a gastroenterologist" an das Jacket.

Die Kongresse „im Westen" waren für mich immer ein Höhepunkt, wenn auch, wie oben schon angeführt – die Mühen um die Teilnahme-Möglichkeit und die begrenzten DM- Bestände belastend wirkten. Niemals aber habe ich das Gefühl einer „Zweitklassigkeit" empfunden. Sehr häufig war es – im Gegenteil – ein sehr freundschaftliches und kollegiales Entgegenkommen. Mitunter konnte ich auch mit einem Geschenk von, für uns im Osten schwer beschaffbare Zusatzinstrumente, die Heimreise, antreten.

JFR: *Ich durfte die Maueröffnung und damit den Beginn der Wende am 9. November 1989 und die entscheidende Rede von ZK-Sekretär Günter Schabowski hautnah in Berlin erleben. Ab wann war die Wende für Sie realistisch und wie haben Sie als damals schon bekannter und prominenter Arzt in der DDR die Wende erlebt?*
HB: Wie Sie, Herr Riemann, nahm auch ich an der Tagung im „Internationalen Congress Centrum" in Berlin teil, verpasste aber die Ankündigung von Schabowski, da ich zu einer Geburtstagsfeier eingeladen war. Am nächsten Morgen wurde ich bei meiner Ankunft zur Tagung von den Kollegen umarmt, ließ aber keinerlei Reaktion erkennen, sodass es allen klar wurde, dass ich das Ereignis nicht realisiert hatte. Wie überwältigend war dann sogleich die Freude! Es war für mich kaum fassbar, was geschehen war.

JFR: *Nach der Wende haben Sie die Leitung der Medizinischen Universitätsklinik Jena übernommen und dort in den Jahren Ihrer Tätigkeit ein hochanerkanntes klinisches Forschungszentrum etabliert. Die Medizin in der DDR hatte schon vor der Wende einen sehr beachtlichen Stellenwert. Wer hat Sie berufen? Was konnten Sie weiterführen? Was waren in dieser Zeit für Sie die wichtigsten Entwicklungsschritte? Was war anders als vor der Wende?*
HB: Nach Verleihung der ordentlichen Professur an der FSU Jena (1985) war ich Abteilungsleiter der Abteilungen für Gastroenterolo-

gie, Hepatologie, Infektiologie und Psychotherapie und wurde 1992 zum Direktor durch den Ministerpräsidenten Dr. Bernhard Vogel berufen. Ich konnte aber schon vor 1980 (Bezug der neuen Klinik) die Basis für den Bau und die besondere Ausstattung unserer Funktionsabteilung legen. Die Räume für ERCP, Koloskopie, Gastroskopie, Laparoskopie und Ultraschalluntersuchungen lagen benachbart unserer Röntgenabteilung und waren hervorragend ausgerüstet. ERCP: Eigene Röntgeneinheit, Maquet-Tisch, Gerätschaften zur mechanischen, elektrohydraulischen und Laser- Lithotripsie).

Was war anders nach der Wende? Im Gegensatz zur Vorwendezeit hatte sich die Beschaffung von neuen Geräten sehr vereinfacht wie auch die Verbindungen zu den Kollegen in dem NSW. Man war in seinen Möglichkeiten kaum noch eingeschränkt, man war frei! Bereits am 5.April 1990 wurde auf Burg Giebichenstein in Halle die Vereinbarung über den Beitritt der Mitglieder der Gesellschaft für Gastroenterologie der DDR zur DGVS getroffen. Als Mitglieder des DGVS wurden Balthasar Wohlgemuth (Leipzig), Stefan Liebe (Rostock) und Hans Bosseckert (Jena) benannt. In den Neuen Bundesländern kam es zur Gründung von Regionalgesellschaften. In Jena wurde am 20.04.1991 die Mitteldeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie der Länder Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen etabliert, deren erster Vorsitzender Hans Bosseckert wurde.

JFR: *Sie haben sicher auch in dieser Zeit nicht nur positive Erfahrungen gemacht, sondern sind wohl auch auf so manche Hindernisse gestoßen. Was waren für Sie besondere Herausforderungen?*
HB: Enttäuscht war ich nach der Wende mitunter von neu berufenen Kollegen, die aus der BRD kamen. Sie vermittelten in manchen Situationen das Gefühl, dass wir aus der DDR etwas unterklassige Kollegen sind, was ich während meiner Aufenthalte in der BRD nie so empfunden hatte. Auch unsere Altersversorgung war sehr deprimierend, ja beschämend. Wir erhielten 30 % unserer vormaligen Beträge (so viel wie ein Krankenpfleger in der BRD). Damit hatten wir die geringste Altersversorgung aller Hochschullehrer in Deutschland. Das war diskriminierend, da die Hochschullehrer, die die Evaluierung nicht bestanden hatten und in die BRD gewechselt waren, eine „westliche" Vergütung erhielten. Trotzdem: Die Freude über das vereinte Deutschland überwog alles!

JFR: *Die Gastroenterologie war immer ein Schwerpunkt Ihrer medizinischen Entwicklung. Dazu gehörte ganz besonders die Endoskopie. Was waren für Sie die „Highlights" dieser Disziplin?*
HB: Mein Interesse an der Gastroenterologie wurde im Wesentlichen durch die frühe Beschäftigung mit den entsprechenden Krankheitsbildern hervorgerufen. Dazu kamen aber auch die sehr gute Zusammenarbeit mit dem chirurgischen Team, die vielen Innovationen auf diesem Gebiet z. Z. meiner Ausbildung in Diagnostik und Therapie sowie die Anforderungen bei der Abklärung betreffender Krankheitsbilder. Für mich sind Höhepunkte in der Gastroenterologie die Entwicklung der Endoskopie von der Diagnostik allein hin zur interventionellen Endoskopie. Weiterhin ist der ähnliche Weg dahin für die Endosonografie zu erwähnen. Was aber nicht selten vergessen wird, dass durch den Nachweis okkulten Blutes im Stuhl (Hämoccult- Test) in Deutschland mehr als ½ Million Menschen vor ihrer Tumorerkrankung bewahrt oder auch durch die folgenden Maßnahmen geheilt wurden. Die Frühdiagnostik von Kolontumoren war bei uns ein Bestandteil oder sogar ein Hauptthema auf Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen und wurde auch durch die staatlichen Stellen gefördert.

JFR: *Neben der Endoskopie hat Sie sicher auch schon zu DDR-Zeiten das Thema Krebsprävention interessiert. Prof. Frühmorgen beschäftigte sich in der Erlanger Klinik schon in den 70-iger Jahren mit dem Hämoccult-Test als einem Screening-Test zur Darmkrebsfrüherkennung. Wo und mit welchem Stellenwert war das Thema in der DDR angesiedelt? Wie sind Sie in der DDR und später in Jena besonders mit der Darmkrebsprävention verfahren? Gab es in der DDR schon Screening-Programme?*
HB: Hier sind insbesondere die staatlich festgelegten Impftermine von frühestem Alter an zu nennen, die auch von vielen Kollegen in der BRD positiv bewertet wurden. Weiterhin gab es Reihen-Röntgenuntersuchungen zur Früherkennung von Lungentuberkulose durch den Einsatz von Röntgengeräten auf LKWs (mobile Röntgengeräte). Auch Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft mit der Diagnostik auf Toxoplasmose waren praktisch eine Selbstverständlichkeit. Nach der Geburt wurden Mutter-Kind – Sprechstunden angeboten. Als die Möglichkeit zum Nachweis okkulten Blutes im Stuhl gegeben war, gehörte die Propagierung dieses Verfahrens fast zur Selbstverständlichkeit, zumindest in gastroenterologischen Arztpraxen und in Krankenhäusern.

JFR: *Last, but not least: welche Bedeutung hatte für Sie in der ganzen Zeit Ihre Familie? Ihr hohes fachliches Engagement und Ihr mitunter Hasardeur-haftes Wandeln zwischen den Welten, so wie die Probleme mit dem kompletten Neuanfang nach der Wende in Gesamtdeutschland, sind sicher nicht ohne Reaktion in der Familie geblieben.*
HB: Meine Familie (und auch unser Freundeskreis) vermittelten mir immer das Gefühl, glücklich zu sein und ein erfülltes Leben zu haben. Ohne Pathos kann ich sagen, dass meine liebe Frau mir überhaupt erst durch ihren Einsatz die Basis dafür gelegt hat, dass meine Tätigkeit in dem geschilderten Maße möglich war. Durch ihre Beharrlichkeit war es in schweren Zeiten möglich geworden, Baumaterial und auch die entsprechenden Handwerker zu gewinnen, die den völligen Umbau unseres Haus-Gartengrundstückes möglich machten. Ich fühle mich auch heute noch sehr glücklich! Es war ein unbeschreiblich schönes Erlebnis, als wir, meine Frau und ich, nach der „Wende" zusammen zu einer Arbeitstagung nach Sevilla fahren konnten. Es war für uns die erste Reise als Ehepaar in das NSW.

Zum Schluss noch die mich immer wieder beeindruckenden Worte von Wladimir Lindenberg: Der heitere, gut gelaunte, freundliche, tolerante, gelassene Mensch ist, weil er so gestimmt ist, oder besser gesagt, sich so gestimmt hat, ein gesunder Mensch. Er ist es auch im hohen Alter. Wir würden ihn nie als alt bezeichnen, wir würden immer über seine echte und würdige Jugendlichkeit staunen und nach seinem Geheimnis fragen. Er hat kein Geheimnis. Er steht in Harmonie mit Gott und den Menschen und mit sich selbst.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses offene und ehrliche Interview, das für unsere Leser sicher sehr aufschlussreich ist.*

Hinweis: Im Heft „Verdauungskrankheiten" 2017; 35:245–288, wird das Werden der Gastroenterologie in Jena u. a. auch bildlich demonstriert.

Wie steht es um die Prävention in Deutschland?

Interview mit Prof. Dr. Michael Hallek, Direktor der Klinik I für Innere Medizin der Universitätsklinik Köln und Direktor des Centrums für Integrierte Onkologie CIO Aachen-Bonn-Köln-Düsseldorf



© MedizinPhotoKöln

▲ Prof. Dr. Michael Hallek

Zur Person: Studium der Medizin von 1978–1985 in Regensburg, München und Paris. 1985–1994 wissenschaftliche und klinische Ausbildung als Hämatologe und Onkologe in München und Harvard. 1994–2003 Oberarzt an der LMU und Leiter des Gentherapie-Programms am Genzentrum und Helmholtz-Zentrum München. 1996 Gründung und Leitung der Deutsche CLL-Studiengruppe, der weltweit größten Studiengruppe zur chronischen lymphatischen Leukämie. Seit 2003 Direktor der Klinik I für Innere Medizin der Universität zu Köln. Seit 2007 Direktor des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO) Köln Bonn, das seither durch die Deutsche Krebshilfe ununterbrochen als onkologisches Spitzenzentrum ausgezeichnet wurde, und seit 2019 Direktor des CIO Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf.

Mit Prof. Hallek (**MH**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Was bedeutet für Sie Prävention im weitesten Sinne? Ist es die Vorsorge vor einer bestimmten Erkrankung, z. B. einer Krebserkrankung? Gehören dazu auch Alter und die Art der Lebensweise (Umfeld, Ernährung, Bewegung, Drogen etc.)? Wir erwarten leider gerade beim Darmkrebs eine Zunahme auch in jüngeren Lebensabschnitten!*
MH: Prävention bedeutet im weiten Sinn die Vorsorge von Erkrankungen, d. h. die Verhinderung ihrer Entstehung oder die Vermeidung von schlimmeren Verläufen. Für diese Prävention sind häufig umfassende Konzepte notwendig, welche sowohl die Lebenssituation der Betroffenen als auch die Risikokonstellation berücksichtigen. Dies kann beispielsweise bei Patienten in deren Familie ein Darmkrebs aufgetreten ist, bedeuten, dieses Risiko durch die sorgfältige Anamneseerhebung einzugrenzen und Patienten mit besonderem Risiko in besondere Vorsorgeprogramme einzuführen.

JFR: *Die Diagnose einer Krebserkrankung ist für jeden Menschen ein großer Einschnitt in sein Leben. Viele Menschen wissen, dass Krebserkrankungen häufig sind, vor allem Brustkrebs bei Frauen, Prostata bei Männern und Darmkrebs bei beiden Geschlechtern. Sie haben Angst davor, und trotzdem klafft bei der Wahrnehmung der Vorsorge und der persönlichen Umsetzung (Teilnahme) noch immer ein großer Riss. Was könnten erst zu nehmende Gründe dafür sein?*
MH: Der Grund, vor den Vorsorgeuntersuchungen Sorge und Angst zu haben ist sicher auch ein Stück weit die Verdrängung von schlimmen Dingen. Wir haben uns daran gewöhnt, dass wir zunächst einmal unsere Aufgaben im Alltag oder das Leben als solches wahrnehmen, erst wenn wir dann Symptome oder wirkliche Einschränkungen verspüren, kümmern wir uns um unsere Gesundheit. Diese verdrängende Lebensweise ist eine große Eigenschaft westlicher Gesellschaften geworden und kann unter Umständen dem Vorsorgeparadigma und der Prävention im Wege stehen.

JFR: *Wie wichtig sind psychologische und soziale Barrieren sowie ein Migrationshintergrund mit mangelnden Sprachkenntnissen und/oder einem anderen Kulturverständnis als Bremser für Vorsorgeuntersuchungen und wie kann man dem sinnvoll und effektiv begegnen?*
MH: Psychologische und soziale Barrieren sowie mangelnde Sprachkenntnisse spielen ganz sicher eine wesentliche Rolle als Bremser für Vorsorge und präventive Maßnahmen. Gerade in der Corona-Pandemie habe ich selbst in meiner Eigenschaft als Leiter einer großen Intensivstation gesehen, wie stark diese Barrieren verhindern, dass Menschen sich sinnvoll schützen vor einer Coronavirus-Infektion. Ähnliche Barrieren bestehen mit Sicherheit auch bei Vorsorgemaßnahmen gegen Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Deshalb muss man für sinnvolle Präventionsmaßnahmen diese sozialen Hintergründe berücksichtigen und mit adäquaten Kommunikationsmethoden versuchen, sie zu überwinden.

JFR: *Wie erleben Sie Menschen, die Sie mit der Krebs-Diagnose konfrontieren müssen?*
MH: Hier gibt es ein unterschiedliches Spektrum an Antworten und Möglichkeiten, mit dieser neuen Situation umzugehen. Dies reicht von großer Gefasstheit und Klarheit bis hin zu dem völligen Zusammenbruch in der Situation der Mitteilung der Diagnose, weil ein Lebensplan bedroht oder zerstört wird. Diese unterschiedlichen Reaktionen muss man im Gespräch stets voraussehen und dann die Intensität der Informationen und auch die Gesprächsgeschwindigkeit an solche Reaktionen anpassen. Wichtig ist, für solche Gespräche bei der Mitteilung der Diagnose oder der Prognose sich Zeit zu nehmen und nicht unter Zeitdruck mit den Patienten die Gespräche durchzuführen.

JFR: *Wie hoch schätzen Sie die Anzahl der Menschen, die eine der genannten drei großen Krebserkrankungen bekommen haben, obwohl sie die Vorsorgeangebote in Anspruch genommen haben? Auch diese Information gehört zur Aufklärung.*
MH: Hierzu habe ich keine klare Zahl. Ich müsste sie recherchieren, ggf. im Internet nachsehen. Geschätzt würde ich denken, dass die Hälfte der Patienten die Diagnose einer der häufigen Krebserkrankungen bekommt, obwohl Vorsorgeangebote in Anspruch genommen werden.

JFR: *In der Corona Pandemie haben wir gesehen, dass ca. 15–20 % der Menschen sich nicht impfen lassen wollen. Könnte es sein, dass diese Menschen auch zu denen gehören, die aus welchen Gründen*

auch immer für sich keine Vorsorge in Anspruch nehmen? Ist ein solcher Bodensatz gar nicht erreichbar und sollten wir das akzeptieren?
MH: Die Weigerung sich impfen zu lassen ist im Grunde genommen unterschiedlich begründet. Es gibt einen kleinen Prozentsatz harter Verweigerer aus ideologischen Gründen oder einer gewissen Verwirrung in den Informationen. Ein nicht allzu kleiner Teil, ungefähr die Hälfte dieser Menschen können durch eine etwas bessere Information doch noch erreicht werden. Sie sind häufig gar nicht richtig angesprochen worden. Eine weitere kleine Gruppe lehnt Impfungen aktiv ab, weil weltanschauliche Gründe oder andere Grundeinstellungen zur natürlichen Immunität zur Überzeugung geführt haben, dass man letzten Endes besser krank wird und möglicherweise zur Not sogar daran verstirbt, als sich durch eine Impfung schützen zu lassen. Diese Menschen lassen sich am allerschwersten überzeugen.

JFR: *Was wären aus Ihrer Sicht die wichtigsten Elemente für eine auf breiter Front für alle Bevölkerungsschichten akzeptierte Information über Vorsorge und Früherkennung? Wie groß sollte der emotionale Faktor sein? Wie vielsprachig sollte sie sein? Wären wiederkehrende nationale Kampagnen über viele Medien erstrebenswert und vielleicht sogar notwendig?*
MH: Ich glaube, dass die wichtigsten Elemente für eine allgemein akzeptierte Information über Vorsorge und Früherkennung, ist, dass man die Information altersspezifisch formuliert und die Menschen bereits früh, d. h. schon in der Schulzeit erreicht und ihnen klarmacht, dass die Vorsorge für die Gesundheit und die Früherkennung im Leben wichtig sein kann und lebensverlängernd sein kann. Die Information sollte vielsprachig sein oder zumindest zielgenau. Sie sollte in der Sprache nicht nur unterschiedliche Sprachen, sondern auch unterschiedliche Kommunikationsstile aufgreifen, die junge Generation der Kinder die nur mit dem Smartphone aufgewachsen sind, kommuniziert komplett anders, als beispielsweise meine Generation. Eine wiederkehrende nationale Kampagne über viele Medien wäre dafür sicher zielführend. Die Medienexperten sollten allerdings in der Lage sein, die neuen digitalen Generationen unserer Mitmenschen zu erreichen.

JFR: *Welche Rolle kann die neu gegründete Aktion Vision Zero (Neuvermessung der Onkologie) dabei spielen? Müsste ein Ziel nicht auch die mehr risikoadaptierte Krebsfrüherkennung sein?*
MH: Diese neu gegründete Aktion „Vision Zero" kann eine Rolle spielen und sollte auch die Prävention ins Auge fassen. Hierzu muss, meiner Ansicht nach, eine risikoadaptierte Krebsfrüherkennung erfolgen, wie sie beispielsweise in den Programmen zum hereditären Krebs der Ovarien und der Brust vorangetrieben wird und durch die sich gezielt Familien mit erhöhtem Risiko erfassen und in Vorsorgeprogramme einpflegen lassen. Die zielgenaue Krebsfrüherkennung ist aus meiner Sicht der Weg in die Zukunft.

JFR: *Sie wissen, dass die Stiftung LebensBlicke sich schon seit fast 25 Jahren mit der seriösen Information und Aufklärung zur Darmkrebsfrüherkennung befasst. Es ist viel erreicht worden; doch so manches scheiterte oder verzögerte sich durch (zu) hohe Hürden im Bereich vieler politischer Entscheider im Gesundheitswesen. Was müsste aus Ihrer Sicht passieren, dass klare, ja sogar Evidenz-basierte Erkenntnisse, wie man besser werden kann, auch rasch und zeitnah umgesetzt werden? Wie kann man Druck aufbauen?*
MH: Die wesentlichen Erkenntnisse zur Darmkrebs-früherkennung und auch zum Abbau von Hürden im Bereich der Stakeholder im Gesundheitswesen liegt meiner Ansicht nach in den langsamen Änderungsprozessen im Gesundheitswesen generell. Es ist nicht sehr stark auf Innovationen ausgerichtet, die Vereinheitlichung von Maßnahmen ist durch den stark sektoral gegliederten Prozess der Behandlung im Gesundheitswesen oft äußerst heterogen. Es müssen ganz unterschiedliche Partner angesprochen werden, von den Patienten bis zu den verschiedensten Behandlern in der privaten Praxis, den kommunalen oder konfessionellen Krankenhäusern und in den Universitätsklinika. Diese Entscheidungsprozesse sind häufig nicht homogen, sondern extrem zergliedert, genau wie die Erstattungsprinzipien. Aus diesem Grund könnte nur eine strukturierte politische Willensbildung zu einem Erfolg führen und die Patienten selbst sollten ihre Stimme zur Sprache bringen, damit hier ein entsprechender Druck entsteht.

JFR: *Wie schätzen Sie in diesem Zusammenhang die Wirkung der Nationalen Dekade gegen Krebs ein? Der Bekanntheitsgrad in der breiten Öffentlichkeit ist eher moderat, so der Eindruck bei vielen Gesprächen am Rande von Veranstaltungen. Auch häufige Presseinformationen erreichen viele Menschen nicht! Ist die Organisation zu basisfern?*
MH: Die Nationale Dekade gegen den Krebs ist in der Öffentlichkeit bisher noch nicht so bekannt. Dies halte ich allerdings nicht für eine extreme Schwäche, sondern die Nationale Dekade gegen Krebs sollte vor allem über Ergebnisse bekannt werden und nicht über Öffentlichkeitsarbeit. Natürlich kann es nicht schaden, eine geeignete Presseinformation jetzt auf den Weg zu bringen und dafür werde ich mich auch einsetzen. Wesentlicher Punkt der Nationale Dekade ist auch, dass wir in der Forschung und Entwicklung neuer Produkte und Medikamente in Deutschland in eine Position kommen, die uns nicht so stark abhängig macht von Ländern, wie China oder den Vereinigten Staaten. Diese Effekte kann man erst messen, indem einige Jahre vergehen und man konkrete Ergebnisse liefert. Ein wesentlicher Punkt, der allerdings schon zu spüren ist, ist die Beteiligung von Patienten an Entscheidungen zur Forschung. Dies wird die Forschung zu Krebs in Deutschland komplett verändern.

JFR: *Was halten Sie von einer von der Deutschen Krebshilfe und dem Deutschen Krebsforschungszentrum geplanten Errichtung eines Nationalen Krebspräventionszentrums? Könnte sie neben wissenschaftlicher Forschung zur Prävention ein Ansatz für mehr Bürgernähe sein?*
MH: Die Idee ein Krebspräventionszentrum zu initiieren und dies in Heidelberg einzurichten halte ich für eine sehr gute Idee. Wir müssen allerdings auch hier dafür sorgen, dass die Ansätze praxis- und bürgernah implementiert werden und somit auch tatsächlich dazu beitragen, die Häufigkeit von Krebserkrankungen oder die Schwere der Verläufe zu reduzieren.

JFR: *Last but not least: Wie gut steht es um die Prävention in Deutschland? Wo sind die Stärken, wo die Schwächen? Wie sieht Ihre bisherige Bilanz aus? Was erwarten Sie für die Zukunft?*

MH: Ich glaube, dass Deutschland in der Prävention viele Dinge einfach unterlässt und daher nicht zufrieden sein darf mit dem Erreichten. Ich sehe z. B. bei der HPV-Vakzine, die ja in Deutschland durch Harald zur Hausen entwickelt wurde und wofür er mit dem Nobelpreis ausgezeichnet wurde, dass diese Vakzine nicht eingesetzt wird, jedenfalls weniger als in etlichen anderen Ländern. Ich glaube, was man also versuchen muss, ist, in Deutschland ein Präventions-bewusstsein zu schaffen, ähnlich wie ein Innovationsbewusstsein, nämlich, dass das Gesundheitswesen wesentliche Pflichten hat im Erhalt der Gesundheit, der Vermeidung von Erkrankungen und auch ein Wirtschaftsfaktor ist, der positiv gesehen wird und nicht als Reparaturwerkstatt für Probleme, wenn das Ganze aus dem Ruder läuft. Diese neue Definition des Gesundheitswesens könnte ein Schlüssel sein dafür, dass Prävention und Innovation im Gesundheitswesen ernster genommen werden.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses interessante Interview, das für unsere Leser sicher sehr aufschlussreich ist.*

Wichtige, auch politische Entscheidungen zur Krebs-Prävention

Interview mit Daniel Bahr, ehem. Bundesgesundheitsminister und Vorstand der Allianz Private Krankenversicherungs-AG



© Allianz Private Krankenversicherungs-AG

▲ Daniel Bahr

Zur Person: Daniel Bahr gehört dem Vorstand der Allianz Private Krankenversicherungs AG an. Seit November 2014 verantwortet er die Ressortbereiche Leistungsmanagement und Zentrale Vertriebskoordination.

Geboren wurde Bahr im November 1976 in Lahnstein in Rheinland-Pfalz. Sein Abitur absolvierte er in Münster. Nach einer Bankausbildung bei der Dresdner Bank in Hamburg und Schwerin war er zunächst als Finanzberater beschäftigt. Er studierte in Münster Volkswirtschaftslehre und Business Management mit Schwerpunkt „International Health Care and Hospital Management".2002 zog Bahr für die FDP als Abgeordneter in den Bundestag ein und wurde Mitglied im Gesundheitsausschuss. Er begann zunächst als Sprecher seiner Fraktion für demografische Entwicklung und Pflegepolitik und war von 2005 bis 2009 gesundheitspolitischer Sprecher. 2009 wurde Bahr Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Mai 2011 Bundesgesundheitsminister. Mit dem Ausscheiden der FDP aus dem Bundestag gab Daniel Bahr sein Ministeramt im Dezember 2013 ab. Ab Januar 2014 war er als Senior Fellow für die Denkfabrik Center for American Progress in Washington DC und als Visiting Lecturer an der School of Public Health in Ann Arbor (Michigan) tätig.

Mit Daniel Bahr (**DB**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Prävention ist in der Corona Pandemie wieder mal in aller Munde, gerade jetzt vor Einführung einer möglichen Impfpflicht. In den vergangenen Jahren gab es zahlreiche, auch politische Entscheidungen zur Prävention. Dabei konnte man mitunter den Eindruck gewinnen, der Wille war zwar da, aber die Umsetzung erfolgte zum Leidwesen der Betroffenen, vornehm ausgedrückt, sehr zögerlich. Sie sind als Gesundheitsminister seinerzeit maßgeblich mit der Fortführung und Umsetzung des Nationalen Krebsplans befasst gewesen, der eine wichtige und richtige politische Entscheidung war. Wie hat sich aus Ihrer Sicht die damalige Situation der Krebsprävention dargestellt?*

DB: Schleppend und weit hinter den Möglichkeiten. Die verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen hatten sich beim Nationalen Krebsplan verhakt. Es gab Diskussionen über Zustän-

digkeiten und Verantwortung wurde gegenseitig zugeschoben. Erfreulicherweise gelang es uns, gemeinsam einen neuen Impuls für den Nationalen Krebsplan zu erreichen. Daraus wurde in 2013 das Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG). Da wurde die Darmkrebsfrüherkennung vorangetrieben. Aus meiner Sicht ein wichtiger Meilenstein für die Krebsprävention. Leider verlief es in der Umsetzung des Gesetzes durch die Selbstverwaltung anschließend erneut sehr schleppend. Ich stelle fest, dass wir heute immer noch nicht so weit sind, wie wir sein könnten und andere Länder machen es uns vor. Es braucht offenbar immer wieder das Engagement einzelner und solche Impulse, damit es in Deutschland vorankommt.

JFR: *Wir haben in der Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Darmkrebsfrüherkennung" (2008–2012), deren Sprecher ich war, einige Vorschläge erarbeitet, die der Gesetzgeber dann 2013 auch aufgegriffen hat, so u. a. den Paradigmenwechsel vom opportunistischen Screening zum organisierten Einladungsverfahren. Die Erkenntnis für einen Handlungsbedarf war da, die dann folgenden Diskussionen sehr langwierig. Was könnten aus Ihrer Sicht die Gründe dafür gewesen sein, dass es trotz guter europäischer Vorbilder solche zähen Umsetzungsschritte gab? Wie hätte das Gesetz, das erst 2019 in die Regelversorgung getreten ist, früher kommen können?*
DB: In dem die Selbstverwaltungspartner die Erkenntnis in gemeinsames Handeln umsetzen. Das ist offenkundig die Jahre über nicht gelungen. Außerdem haben wir in Deutschland aus meiner Sicht oft einen Hang zu Komplexität. Hohe Teilnahmequoten erreichen wir aber eher durch Vereinfachung. Die Anschreiben von Krankenkassen schrecken ab und werden nicht verstanden. Mich wundert nicht, dass dadurch die Teilnahmequoten immer noch hinter den Möglichkeiten zurückbleiben.

JFR: *Was sind für Sie aktuell die Knackpunkte der Prävention, speziell auch der Darmkrebs-Prävention? Was müsste zum Beispiel getan werden, um eine deutlich größere Aufmerksamkeit für die Primärprävention zu generieren, wissen wir doch aus vielen deutschen und internationalen Studien, wie wirksam sie in der Krebsprävention ist?*
DB: Das Einladungsverfahren muss verbindlicher gestaltet werden und die Umsetzungen vielfältiger. So könnten bspw. Terminvorschläge gemacht oder einfacher Termine vereinbart werden können oder Früherkennungsverfahren werden einfacher zur Verfügung gestellt, z. B. durch die Krankenversicherung gleich mitgeschickt. Auch die Kommunikation muss anschaulicher und verständlicher werden.'

JFR: *Das deutsche duale Darmkrebs-Präventionsprogramm seit 2002 hat mit der Einführung des FIT 2017 und des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetztes (KFRG) in 2019 endlich deutliche Fortschritte gemacht. Dennoch hinkt es anderen, zum Beispiel dem in den Niederlanden hinterher, wie anlässlich eines Experten-Workshops der Stiftung LebensBlicke mit Vertretern aus 4 europäischen Ländern sehr deutlich wurde. In Deutschland sind die Neuerkrankungen mit ca. 55.000/Jahr und die Todesfälle mit ca. 25.000/Jahr trotz der Fortschritte noch viel zu hoch. Ein Grund ist sicher die nur mäßige Teilnahme. Warum tun wir uns so schwer, gute Vorbilder von auswärts zu übernehmen?*
DB: Weil die Gesundheitssysteme so unterschiedlich sind und wir in Deutschland oft glauben, etwas besser und fundierter machen zu müssen, es also lieber neu machen statt zu übernehmen. Aber solche Vorbilder finden immer mehr Aufmerksamkeit und wir lernen zunehmend davon. In meiner Tätigkeit bei der Allianz Privaten Krankenversicherung probieren wir Verfahren, die erfolgreich im Ausland sind auch aus und verbessern uns stetig.

JFR: *Auch die Digitalisierung hat gerade in der Corona Pandemie große Fortschritte gemacht und extrem an Bedeutung gewonnen. Kommunikation wäre ohne digitale Hilfen heute kaum noch denkbar. Wie könnte die Digitalisierung für die Prävention nutzbar gemacht werden? Ließe sich so z. B. mit entsprechenden Formaten die Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit der Menschen erhöhen?*
DB: Absolut. So können wir Versicherte schneller, einfacher, breiter und kostengünstiger erreichen. Vor allem können wir gleich Informationsmöglichkeiten, Tools oder auch Testverfahren anbieten, sodass die Inanspruchnahme gesteigert werden kann.

JFR: *Sie und ich betreuen gemeinsam mit der Organisation Human Health and Happiness (ohhh) das HPV-Projekt der Deutschen Krebsstiftung (Erkrankungen, auch an Krebs, durch eine Infektion mit dem Humanen Papillom Virus). Dabei steht auch das zähe Ringen im Zentrum, die HPV-Impfung als echte Krebsprophylaxe mit einer öffentlichen Informationskampagne über soziale Medien bundesweit in den entsprechenden Zielgruppen bekannt zu machen. Auch hier geht es trotz klarer Erkenntnis für die Notwendigkeit der HPV-Impfung nur sehr zögerlich voran. Worin sehen Sie die Gründe dafür, obwohl der Entdecker dieses Zusammenhangs unser Nobelpreisträger Prof. Dr. Harald zur Hausen ist, der immer wieder mahnt?*
DB: Mein Eindruck ist, dass die HPV Impfung in der Bevölkerung immer noch zu wenig bekannt ist. Und anders als bei anderen Impfungen ist der Zeitpunkt der Impfung möglicherweise die Herausforderung, da viele Impfungen im frühen Alter automatisch gemacht werden, die HPV Impfung aber zu einem Alter ist, wo Kinder und Jugendliche seltener beim Arzt sind und ggf. gerade zwischen Kinderarzt und Hausarzt wechseln. Außerdem spielt das Thema in Jugendmedien und in Schulen zu wenig eine Rolle.

JFR: *Viele Organisationen bemühen sich um Information und Aufklärung; viele Köche können aber auch den Brei verderben. Es fehlt ein „roter Faden". Was müsste geschehen, um das Thema Prävention für alle Bevölkerungsgruppen noch interessanter zu machen, gerade auch für sozioökonomisch benachteiligte Menschen? Die sozialen Medien stehen derzeit in der Kritik, werden aber intensiv genutzt. Welche Kanäle sollten angesprochen werden und wer sollte sie bespielen?*
DB: Hier sollte es keine Vorauswahl geben, alle Kanäle müssen genutzt werden, um die Zielgruppen zu erreichen. Dafür muss auch authentisch eine Sprache gewählt werden, die anspricht und verstanden wird.

JFR: *Die Ampelkoalition hat als ein Leitprinzip ihrer Gesundheitspolitik Vorsorge und Prävention benannt. Pfizer und Springer Medizin haben einen Präventionsindex entwickelt, der Prävention vermessen kann. Dazu gehören Kerndaten für Ausgaben und Anzahl von Präventionsmaßnahmen, präventable Krankheitslasten wie Infektionen, Neubil-*

dungen etc. und mehr. Vor dem Hintergrund einer doch eher mangelhaften Gesundheits-kompetenz der Bevölkerung erhebt sich die Frage, wie sich sowas überhaupt umsetzen lässt. Kann man Prävention neu vermessen und welchen Nutzen könnten die Bürger davon haben?
DB: Solche Indizes sind zunächst einmal etwas für das Fachpublikum, um fundierte Analysen für Entscheidungen zu finden und das ist gut so. Aus meiner Sicht wurde in der Vergangenheit und wird auch heute noch viel unter dem Titel Prävention gemacht, was keinen nachhaltigen Erfolg hat. Wenn durch fachlichen Austausch über Messungen Aktivitäten besser bewertet werden können, dann hat die Bevölkerung etwas davon.

JFR: *Die Stiftung LebensBlicke ist vor einiger Zeit vom Bundesministerium für Forschung und Technologie als Unterstützerin der Nationalen Dekade gen den Krebs anerkannt werden. Was könnten wir als Stiftung, in diese sicher wichtige und hörbare Institution einbringen?*
DB: Das ist eine große Anerkennung der bisherigen Arbeit der Stiftung. Damit bietet sich der Stiftung LebensBlicke auch eine wichtige Plattform, um Ideen einzubringen und auszutauschen. Dabei kann ich nur raten, nicht zu bescheiden oder zurückhaltend zu sein. In solchen Gremien sitzen alle gleichberechtigt an einem Tisch und der Erfolg wird am Umsetzbaren gemessen.

JFR: *Die Stiftung LebensBlicke wird auch getragen von der Unterstützung prominenter Persönlichkeiten aus allen Bereichen des öffentlichen Lebens. Ich würde mich sehr freuen, wenn auch Sie der Stiftung mit dem Gewicht Ihrer Persönlichkeit und einem kernigen Statement zur Krebsvorsorge zur Seite stünden.*
DB: Ich stehe gerne zur Verfügung. Etwas gegen den Krebs zu tun ist mir seit langem ein Herzensanliegen. Krebs verliert seinen Schrecken, wenn auch wir unseren Schrecken davor verlieren uns regelmäßig mit den Risiken zu beschäftigen.

Vermeiden statt leiden – Interview in „Die Rheinpfalz“ vom 15.02.2022

Interview mit Prof. Dr. J. F. Riemann, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke



© S. Kast

▲ Prof. Dr. J. F. Riemann

Zur Person: (Vorspann Rheinpfalz) Der Ludwigshafener Jürgen F. Riemann (78) ist Vorstandsvorsitzender der Stiftung Lebensblicke, die sich seit 1998 für die Darmkrebs-früherkennung einsetzt. Von 1985 bis 2008 leitete er die Medizinische Klinik C des Klinikums Ludwigshafen. Jürgen F. Riemann **(JFR)** ist als Vorstandschef das Gesicht der Ludwigshafener Stiftung Lebensblicke, die sich für die Information der Bevölkerung bei der Darmkrebsfrüherkennung einsetzt. Saskia Helfenfinger-Jeck **(SHJ)** sprach mit dem 78-Jährigen über Vorsorge in Zeiten von Corona, den Forschungsstand und die Heilungschancen im Falle eine Erkrankung.

SHJ: *Herr Professor Riemann, hat Corona die Darmkrebsvorsorge verdrängt?*
JFR: Derzeit werden alle Medien, ob Print, Fernsehen oder Radio, von einem Thema beherrscht: Corona. Jeden Tag werden neue Zahlen durchs Dorf getrieben. Unser Bestreben als Stiftung Lebensblicke ist es, dem auch andere Zahlen entgegenzuhalten, die genauso wichtig sind. Wo wir beim Thema Vorsorge wären …

Wir haben in Deutschland seit 2002 ein sehr gutes Vorsorgeangebot für den Darmkrebs, bestehend aus einem Stuhltest und einer Darmspiegelung. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern können wir in Deutschland sogar wählen, was wir haben wollen. Trotz dieser Möglichkeiten sind die Zahlen noch viel zu hoch. Jährlich erkranken etwa 55.000 Menschen neu an Darmkrebs. Was noch viel schlimmer ist, dass 24.000 daran sterben. Wenn Sie das für die letzten drei Jahre hochrechnen, sind das schon über 70.000 Menschen. Das geht schon fast an die Zahl derer ran, die an Covid gestorben sind.

SHJ: *Gerade bei Darmkrebs ist die Vorsorge doch das A und O, oder?*
JFR: Genau. Durch die Vorsorgemaßnahmen müssten solche Zahlen nicht sein. Wenn die Menschen die Angebote annehmen würden, wäre der Darmkrebs wahrscheinlich eine zu vernachlässigende Größe. An einer Darmspiegelung nehmen zirka zwei bis vier Prozent der Anspruchsberechtigten pro Jahr teil, und den Stuhltest nutzen nur etwa 15 bis 20 %: Ich finde, das muss nicht sein, und das ist ja auch eine der zentralen Aufgaben der Stiftung Lebensblicke,

sich dies bewusst zu machen. Dennoch ist in den letzten 15 Jahren trotz der nur moderaten Teilnehmerraten die Anzahl der Neuerkrankungen um 20 bis 30 % zurückgegangen.

SHJ: *Warum nutzen so wenige Menschen die Möglichkeit zur Darmkrebsvorsorge?*
JFR: Wir haben in Deutschland wahrscheinlich eine Drittel-Gesellschaft. Das eine Drittel ist absolut vorsorgewillig, nimmt alles in Anspruch, ein weiteres Drittel ist durch Motivation und Information bereit, das zu machen. Und ein Drittel will mit alledem nichts am Hut haben. Und das ist schwer aufzubrechen. Außerdem könnte bei der Darmspiegelung ja etwas passieren, so die Befürchtungen.

SHJ: *Wie kann man Menschen die Angst vor einer Darmspiegelung nehmen?*
JFR: Man kann sagen, dass die Darmspiegelung eine sehr sichere Methode ist. Die Komplikationsrate ist extrem gering. Die Größenordnung liegt bei etwa 1 pro 1000 Darmspiegelungen. Dass es zu einemtödlichen Zwischenfall kommt, ist eine absolute Rarität. Auch die Darmvorbereitung ist in den letzten zehn bis 15 Jahren deutlich einfacher geworden. Man muss nicht mehr Unmengen an Flüssigkeit trinken. Es gibt inzwischen schmackhafte Lösungen, die den Darm sauber machen und ihn auf die Spiegelung vorbereiten. Es gibt heute bei der Untersuchung meist eine Schlafspritze, sodass man nichts mitbekommt. Und wenn dann tatsächlich eine Vorstufe entdeckt wird, wird diese direkt abgetragen. Wenn nichts gefunden wird, hat man in der Regel zehn Jahre Zeit bis zur nächsten Darmspiegelung. Der Darmkrebs ist ein langsam wachsender Krebs, der durch Vorsorge rechtzeitig diagnostiziert und dann auch geheilt werden kann.

SHJ: *Der Stuhltest ist auch nicht jedermanns Sache.*
JFR: Der Stuhltest ist deutlich besser geworden. Heutzutage werden sogenannte immunologische Tests (FIT) eingesetzt, die nicht mehr verfälscht werden, wenn jemand beispielsweise rotes Fleisch gegessen hat. Untersuchungen zeigen, dass der FIT, wenn er konsequent alle zwei Jahre durchgeführt wird, ähnlich sicher ist wie eine Darmspiegelung. Wir arbeiten derzeit an einem Modellprojekt mit Krankenkassen. Die Leute haben dann die Möglichkeit, über Computer, Tablet oder Smartphone ihren Test anzufordern und können sich einen Weg zum Hausarzt sparen. Dies hat den Vorteil, dass das Angebot niederschwellig ist und man selbst aktiv werden kann.

SHJ: *Warum sollte man dennoch unbedingt zur Vorsorge gehen? Welche Menschen gehören zur Risikogruppe?*
JFR: 25 von 100 Menschen, die an Darmkrebs erkranken, sind familiär vorbelastet. Man muss ganz klar sagen: Wer in der Familie einen leiblichen Verwandten hat, der an Darmkrebs erkrankt ist, hat ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst daran zu erkranken. Das betrifft auch die Jüngeren.

SHJ: *Mittlerweile erhalten alle Menschen ab 50 Jahre eine Einladung zum Darmkrebs-Screening per Post. Ist das der richtige Weg oder sollte man mit der Vorsorge nicht schon viel früher beginnen?*
JFR: Statistisch gesehen ist der Darmkrebs ein Krebs des älteren Menschen. Sie haben aber recht. Der Gesetzgeber hat vor allem auch auf Drängen unserer Stiftung entschieden, dass Männer bereits mit 50 eine Darmspiegelung in Anspruch nehmen können. Bisher war dies wie für Frauen erst mit 55 Jahren möglich. Männer erkranken aber generell früher und häufiger.

SHJ: *Wie stehen meine Chancen, wenn ich an Darmkrebs erkrankt bin?*
JFR: Da gibt es durchaus Erfreuliches zu berichten. Nimmt man alle Stadien zusammen, dann liegt die Fünf-Jahres-Überlebensrate mittlerweile bei über 65 %. In den Stadien eins und zwei, wenn der Darmkrebs begrenzt ist und noch nicht gestreut hat, ist die Operation die Methode der ersten Wahl. In diesem Stadium bedarf es keiner Bestrahlung oder Chemotherapie. Für fortgeschrittenere Stadien gibt es zunehmend die individualisierte Therapie, das heißt, man kann auf Basis zum Beispiel molekularer Strukturen dieser Krebserkrankung im Einzelfall sogar herausfinden, mit welchem Medikament die Erkrankung besonders gut behandelt werden kann.

SHJ: *Was tut sich in der Wissenschaft?*
JFR: In diesem Jahr erhalten Wissenschaftler des Deutschen Krebsforschungsinstituts in Heidelberg den Darmkrebs-Präventionspreis der Stiftung Lebensblicke. Sie haben in Vergleichsstudien mit anderen europäischen Ländern gezeigt, wie hervorragend sich Früherkennungsprogramme auf den Rückgang der Darmkrebsentstehung auswirken. Sie haben auch ein genetisches Risikoprofil entwickelt, an dem man ablesen kann, ob jemand ein Risiko hat, an Darmkrebs zu erkranken und wenn ja, mit welcher Wahrscheinlichkeit.

(Originalinterview aus „Die Rheinpfalz“ vom 15.02.2022)

BASF: Innovationsführer in der Chemie und im Gesundheitsmanagement

Interview mit Dr. Stefan Webendoerfer, Corporate Health Management, Vice President, Health Risk Assessment, Communication, Comittees, BASF SE



© BASF

▲ Dr. Stefan Webendoerfer

Mit einer Fläche von rund zehn Quadratkilometern ist der Standort Ludwigshafen das größte zusammenhängende Chemieareal der Welt, das sich im Besitz nur eines Unternehmens befindet. Das Stammwerk der BASF ist auch die Wiege des Verbundkonzepts: Produktionsanlagen, Energieflüsse und Logistik werden intelligent miteinander vernetzt, um Ressourcen so effizient wie möglich zu nutzen. Als größter Arbeitgeber der Region sieht sich das Unternehmen in einer besonderen Verpflichtung. Dabei ist die Gesundheit der Belegschaft ein wesentlicher Bestandteil.

Helga Friehe (**HF**) vom GNL Magazin im Gespräch mit Herrn Dr. med. Stefan Webendoerfer (**SW**), Corporate Health Management, Vice President, Health Risk Assessment, Communication, Comittees, bei BASF SE.

HF: *Herzlichen Dank Herr Dr. Webendoerfer, dass Sie uns trotz der aktuellen Corona Situation heute einen Einblick in Ihre Arbeit und in das Betriebliche Gesundheitsmanagement bei BASF geben. Seit wann sind Sie bei BASF tätig? Was ist Ihnen bei Ihrer Arbeit besonders wichtig?*
SW: Ich bin seit September 2001 als Internist und Werksarzt bei BASF in Ludwigshafen tätig. Seit dem 01.01.2012 bin ich darüber hinaus Mitglied der Abteilungsleitung als Vice President, zunächst für Gesundheitsförderung und jetzt verantwortlich für die Themen Health Risk Assessment, Kommunikation und internationale Gremien. Ich habe während meiner Tätigkeit bei BASF alle Facetten der Arbeitsmedizin kennengelernt und freue mich, dass unsere Mitarbeitenden sowohl auf meine ärztliche Kompetenz, als auch auf die fachliche Beratung zu betriebsmedizinischen Themen zählen. Die Arbeit ist vielfältig und reicht von der täglichen arbeitsmedizinischen Routine bis hin zu internationalen Projekten, die zumindest vor der Corona-Pandemie mit regelmäßigen Reisen an internationale BASF-Standorte führten.

HF: *Wie viele Mitarbeiter: innen sind bei BASF am Standort Ludwigshafen beschäftigt?*
SW: Hier in Ludwigshafen am Rhein betreibt die BASF an ihrem Stammsitz das größte zusammenhängende Chemieareal der Welt mit über 7 km2 Fläche und 35.000 Mitarbeitenden. Dazu kommen rund 8000 Mitarbeitende von Fremdfirmen.

HF: *An den Arbeitsplätzen bei BASF gibt es unterschiedliche Herausforderungen. Können Sie uns dafür einige Beispiele geben?*
SW: Aufgrund der großen Mitarbeiterzahl haben wir eine Menge unterschiedlicher Mitarbeitergruppen und Arbeitsplätze: So arbeiten in Ludwigshafen ca. 10.000 Produktionsmitarbeitende in mehr als 250 Anlagen und Betrieben in der so genannten 24-Stunden-Wechselschicht. Dieses Schichtmodell hat sich seit dem 2. Weltkrieg bewährt mit einem Schichtwechsel jeweils morgens und abends um 06.00 Uhr. Es besteht eine entsprechende Sondergenehmigung der Gewerbeaufsicht. Bei diesen Mitarbeitenden erfolgt die regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorge im Rahmen des Arbeitszeitgesetzes, bzgl. des Tragens von verschiedenem Atemschutz hinsichtlich des Führens von Maschinen und anderer Fahr- und Steuertätigkeiten und Arbeiten im Lärm. Bei den Produktionsmitarbeitenden muss je nach Einsatzbetrieb auf eine mögliche Exposition mit verschiedensten chemischen Arbeitsstoffen geachtet werden. Üblicherweise werden chemische Substanzen bei uns in geschlossenen Systemen gehandhabt – eine Stoffexposition kann nur bei Öffnung des Systems zur Probenentnahme oder im Rahmen von Wartungsarbeiten erfolgen. Anders ist die Situation in den zahlreichen Anwendungs- und Forschungs-Laboratorien auf dem Werksgelände. Hier können Betriebsmitarbeitende, Chemie- und Physiklaboranten mit verschiedensten Ausgangs-, Zwischen- und Endprodukten in Kontakt kommen. Bei sachgemäßer Arbeit sind keine gesundheitlichen Auswirkungen für die Mitarbeitenden zu erwarten, da die Arbeitshygiene durch Luft- und andere Messungen sowie den Einsatz persönlicher Schutzausrüstung regelmäßig überwacht wird.

Am Standort gibt es weiterhin viele verschiedene Arbeitsplätze für Handwerker unterschiedlicher Qualifikation wie beispielsweise Schlosser, Schweißer, Hoch- und Tiefbauarbeiter und Logistiker. Darüber hinaus hat BASF viele kaufmännische und Verwaltungsarbeitsplätze bis hinauf zum mittleren und oberen Management des Unternehmens. Hier steht oft eine statische bzw. sitzende Tätigkeit im Vordergrund mit den entsprechenden gesundheitlichen Auswirkungen auf den Stoffwechsel und das Muskel-Skelettsystem. In den Führungspositionen des Unternehmens liegt ein spezieller Fokus auf Dienstreisen oder Delegationen ins Ausland, so dass die ärztliche Reiseberatung und die Gabe entsprechender notwendiger Impfungen einen weiteren Aspekt für uns beratende Ärzte ausmachen.

HF: *Auf welche Geschichte kann das Betriebliche Gesundheitsmanagement bei BASF zurückblicken?*
SW: BASF hat bereits ein Jahr nach der Firmengründung 1865 einen eigenen Werksarzt eingestellt und bis zum heutigen Tag eine den Anforderungen angepasste Werksärztliche Abteilung unterhalten. So standen in den Anfängen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts soziale Fragestellungen in der jungen deutschen Nation im Vordergrund. Seitens der ärztlichen Abteilung wurde auf eine gesunde Ernährung geachtet. In der werkseigenen Siedlung wur-

de eine Milchausgabestelle eingerichtet und Hebammen sorgten für eine geringere Kindersterblichkeit. Zu Beginn des. 20. Jahrhunderts unterhielt BASF zunächst eine später zwei Tuberkuloseheilanstalten, die vom Werksärztlichen Dienst zumindest mit betreut wurden. Während der beiden Weltkriege wurden auf dem Werksgelände Lazarette eingerichtet und der werkseigene Rettungsdienst funktionierte zunächst mit Kutschen und später mit werkseigenen Krankenwagen. Nach dem 2. Weltkrieg wandelte sich die Werksmedizin von der Pathogenese, der Erkennung und Behandlung von Erkrankungen zur Gesunderhaltung und Prävention, der so genannten Salutogenese. In werkseigenen Ferienheimen gab es Erholungsaufenthalte für Schichtarbeiter und nach und nach richtete das Unternehmen auch direkt am Standort Ludwigshafen gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Mitarbeitenden ein. Noch heute gibt es ein der BASF-Stiftung gehörendes Erholungshaus in Breitnau im Schwarzwald, in dem jedes Jahr immer noch ca. 1400 Wechselschichtmitarbeitende an einem einwöchigen Gesundheitsseminar teilnehmen können.

HF: *Auf welchen Säulen ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement bei BASF aufgebaut?*
SW: Das betriebliche Gesundheitsmanagement bei BASF lebt von der Zusammenarbeit verschiedener Einheiten im Unternehmen. Da ist zum einen die medizinische Abteilung, das Corporate Health Management, die Personalabteilung mit verschiedenen Einheiten, die Arbeitssicherheit und das Standortmanagement mit dem Werksleiter und der Arbeitsdirektorin. Bei vielen Entscheidungen sind der Betriebsrat des Unternehmens und die Sozialberatung der BASF-Stiftung eingebunden. Bei den externen Partnern sind die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaft Rohstoffe Chemische Industrie, und die Deutsche Rentenversicherung zu nennen.

HF: *Die Abteilung Corporate Health ist für die Gesundheit der Belegschaft zuständig ist. Welche Fachbereiche gehören zu der Abteilung?*
SW: Dem Leiter der Abteilung, dem Chief Medical Officer der BASF, unterstehen vier Unterabteilungen mit entsprechenden Verantwortungsbereichen.

Das sind:

1. die arbeitsmedizinische Vorsorge, die Rehabilitation nach längeren Erkrankungen und die Ergonomie
2. die gesamte Diagnostik der Abteilung, die so genannten E-Health-Anwendungen und die Gesundheitsförderung
3. das Health Risk Assessment (mit der Human Toxikologie, dem Biomonitoring- Labor und der Arbeitshygiene) der Kommunikation und der Besetzung wissenschaftlicher Arbeitsgruppen und
4. die arbeitsmedizinische Revision und medizinische Auditierung aller BASF-Standorte und der Notfallmedizin am Standort.

HF: *Können Sie uns einen Einblick in die Arbeit der Fachbereiche geben?*
SW: Die Abteilung Corporate Health Management bietet den Mitarbeitenden am Standort eine über 24 Stunden durchgehend besetzte Ambulanz sowie mehrere Außenambulanzen. Hier können sich Mitarbeitende mit akuten Gesundheitsstörungen vorstellen und akut behandeln lassen. Sollte eine Zusatzdiagnostik notwendig sein, erfolgt diese extern bei Haus- und Fachärzten. Für akute Notfälle gibt es den BASF-internen Rettungsdienst, der das Gelände des Unternehmens ebenfalls rund um die Uhr versorgt und auch Einsätze bei größeren Schadensfällen koordiniert. Bei individuellen Gesundheitsstörungen oder Problemen können sich Mitarbeitende zudem jederzeit an ihren zuständigen Betriebsarzt wenden und ärztlichen Rat einholen. Unsere Diagnostik bietet fast alle gängigen Untersuchungsmethoden einer allgemeinmedizinischen Arztpraxis inklusive Belastungs- und Langzeit-EKG, Hör- und Sehtest, eine Lungenfunktionsdiagnostik und diverse andere technische Untersuchungen, die im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge gefordert sind. In Zeiten von Corona und zunehmenden Homeoffice-Arbeitsplätzen werden telemedizinische Beratungen und so genannte E-Health-Angebote auch zur Gesundheitsförderung genutzt. Der wissenschaftliche Part unserer Abteilung besteht im Datenmanagement und der so genannten Epidemiologie, die auch wissenschaftliche Auswertungen im Rahmen von Studien durchführt. Unsere Ergebnisse werden regelmäßig in sogenannten Peer Reviewed Journals veröffentlicht. Bei Fragestellungen zu chemischen Substanzen gibt die Humantoxikologie entsprechende Informationen. Biomonitoring Untersuchungen sind Stoffbestimmungen in Blut und Urin, welche die Einhaltung der Arbeitshygiene bei Reparatur- und Wartungsarbeiten sicher dokumentieren oder eine Stoffaufnahme eines Mitarbeitenden nach Exposition nachweisen bzw. ausschließen. Die Abteilung Corporate Health Management setzt interne BASF-Standards zur medizinischen Versorgung aller Standorte weltweit und ein eigenes Auditoren Team berät das Management und erledigt die arbeitsmedizinische Revision außerhalb von Ludwigshafen.

HF: *Wodurch erfahren die Mitarbeitenden von den Angeboten zur Gesundheitsförderung im Unternehmen?*
SW: Wie in einem großen Unternehmen üblich gibt es viele, manchmal sogar zu viele Kommunikationswege. So nutzen auch wir das unternehmenseigene Intranet zur kontinuierlichen Information und ein darin enthaltenes Veröffentlichungsformat, z. B. zur Ankündigung von Impf- oder Gesundheitsaktionen am Standort. Zusätzlich gibt es einen abteilungseigenen Newsletter, den mittlerweile mehr als 3000 Mitarbeitende abonniert haben. In der monatlich erscheinenden Mitarbeiterzeitung werden regelmäßig Artikel zu Gesundheitsthemen und/oder Aktionen geschaltet. Mittlerweile nutzt BASF auch Social-Media-Kanäle, auf denen in Zusammenarbeit mit der Standortkommunikation auch Informationen zur Gesundheitsförderung, beispielsweise kürzlich zum werkseigenen Corona-Impfzentrum, gepostet werden. Darüber hinaus gibt es ein Programm für Fitness und Gesundheit, welches jährlich angepasst und ergänzt wird und mittlerweile elektronisch über ein Portalsystem vom Mitarbeitenden direkt gebucht werden kann. Globale Aktionen zur Gesundheitsförderung werden im Internet in einer sogenannten Members Area veröffentlicht und Präsentations- und Arbeitsmaterialien an ein Netzwerk von BASF-eigenen und externen Vertragsärzten versendet. Die Beteiligung an den globalen Gesundheitsaktionen ist regemäßig sehr hoch.

HF: *Die Mitarbeitenden können neben vielen unterschiedlichen Angeboten auch einen Gesundheits-Check direkt im Unternehmen in Anspruch nehmen. Seit wann gibt es dieses Angebot und mit welchen Inhalten? Wie gestaltet sich der Ablauf? Wird der Gesundheits-Check in der Freizeit durchgeführt?*
SW: Das Durchschnittsalter der BASF-Belegschaft ist relativ hoch und liegt momentan bei etwa 48 Jahren im Mittel. Darum wurde der BASF Gesundheits-Check als Maßnahme zur Bewältigung des demographischen Wandels im Jahre 2011 eingeführt. Alle Mitarbeitenden haben unabhängig von der arbeitsmedizinischen Vorsorge einen Anspruch darauf, alle drei Jahre diesen standardisierten Check wahrzunehmen. Der gesamte BASF Gesundheits-Check erfolgt während der Arbeitszeit. Über ein Fragebogentool übermitteln die Mitarbeitenden standardisiert Informationen zu ihrem Gesundheitszustand und zu bereits bestehenden Erkrankungen. Dann erfolgt die ärztliche Untersuchung mit der gemeinsamen Sichtung des Fragebogens, der körperlichen Untersuchung und den technisch-medizinischen Untersuchungen wie Hörtest, Sehtest, Spirometrie und einem EKG ab dem 50. Lebensjahr. Nach Zusammenschau der Befunde erhält der Mitarbeitende einen schriftlichen Bericht mit Erklärung der Befunde und mit individuellen Empfehlungen zum Thema „Ernährung/Stoffwechsel", zum Thema „Rücken- und Skeletterkrankungen", zum Thema „Alltags- und Stressbewältigung" und zum Thema „Sport und Bewegung".

HF: *Wird dieses Angebot von der Belegschaft genutzt? Welche Erkenntnisse konnten Sie bisher daraus gewinnen?*
SW: Die Mitarbeitenden nehmen das Angebot zu etwa 60 % wahr. Viele davon kombinieren den Gesundheits-Check mit ihrer regelmäßig fälligen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung. Die Ergebnisse der beiden Untersuchungen bleiben streng getrennt, alle Befundmitteilungen und -ergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich dem Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Die meisten Gesundheitsempfehlungen werden zum Thema Rücken- und Skeletterkrankungen ausgesprochen. Stressbewältigung und psychische Belastung sind ebenfalls häufig ein Thema. Hier ist aber festzuhalten, dass es sich meistens um eine Kombination aus privatem Umfeld und/oder Arbeitsplatz handelt. Das kann man in den Arztgesprächen ansprechen und konkrete Empfehlungen geben, falls psychische Belastungen z. B. aufgrund einer Scheidung, eines Hausbaus und/oder aus einer Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen entstanden sind. Hier kann die Sozial- und Lebensberatung der BASF-Stiftung zusätzlich wertvolle Beratungsarbeit leisten. Aufgrund unserer allgemeinen Lebenssituation diagnostizieren wir oft krankhaftes Übergewicht, einen Bewegungsmangel, arterielle Hypertonie und Stoffwechselunregelmäßigkeiten, wie z. B. ein metabolisches Syndrom oder eine Zuckererkrankung im Frühstadium. Der BASF Gesundheits-Check wurde bewusst so ausgelegt, dass frühzeitig Risikofaktoren für chronische Erkrankungen oder Erkrankungen im Frühstadium erkannt und idealerweise durch eine Veränderung des Lifestyles behandelt werden können. Eine Frühdiagnose einer arteriellen Hypertonie oder eines Diabetes führen zu einer frühzeitigen Vorstellung beim Haus- oder Facharzt zur weiteren Behandlung und Vorbeugung von Spätschäden.

HF: *BASF setzt auch auf gesunde Führung, gesunde Führungskräfte und gesunde Multiplikatoren. Welche Maßnahmen gibt es, um dieses Ziele zu erreichen und nachhaltig zu sichern?*
SW: Gesundheitsorientierte Führung ist ein multi-dimensionaler Ansatz. Zum einen geht es darum, die Führungskraft zu befähigen, bei all den verschiedenen Führungsaufgaben, selbst gesund zu bleiben. Dafür ist es notwendig einen gut ausgestatteten Werkzeugkoffer mit Führungsinstrumenten zu erhalten, sowie das Erlernen der Fähigkeit seine eigenen Ressourcen im Blick zu halten. Zum anderen nehmen Führungskräfte jeden Tag auf vielfältige Weise Einfluss auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten. Daher geht es beim gesunden Führen primär darum, die Auswirkungen von Führung auf Mitarbeitende zu verstehen, sowie zu erkennen, wann und wie ich als Führungskraft ansetzen kann, um die Gesundheit der Mitarbeitenden nachhaltig zu verbessern. Eine Führungskraft muss nicht selbst zum absoluten Gesundheitsexperten werden, sondern es reicht oftmals schon aus, die vielen Experten und Fachdisziplinen im Unternehmen zu kennen, empathisch Bedarfe zu erkennen und Unterstützung rechtzeitig zu vermitteln. Auf Maßnahmenebene ist, gerade in der aktuellen, von komplexeren Führungs- und Verwaltungsaufgaben geprägten Zeit, eine große Flexibilität gefragt. Daher ermöglichen wir von mehrtägigen Seminaren bis zu kurzen, fünfminütigen Inputs eine große Bandbreite an Gesundheitsangeboten.

HF: *Was war der Anlass dafür Sicherheits- und Gesundheitsbeauftragte als Multiplikatoren einzusetzen?*
SW: Wir Betriebsärzte haben festgestellt, dass Gesundheitsaktionen oder andere Aktivitäten nicht ausreichend genutzt werden, wenn sie ausschließlich über das Management oder die einzelnen Betriebsleitungen beworben werden. Daher wollten wir einen direkten Draht zu den Mitarbeitenden schaffen. Nach dem Gesetz müssen betriebliche Einheiten ab 30 Mitarbeitenden einen so genannten Sicherheitsbeauftragten im Betrieb vorhalten. Diese Position haben wir genutzt und in den Sicherheits- und Gesundheitsbeauftragten der BASF umbenannt. Ein zusätzliches Seminar hat die Beauftragten für Gesundheitsthemen und die Organisationsstruktur in der BASF sensibilisiert.

HF: *Wie viele Sicherheits- und Gesundheitsbeauftragte haben Sie im Einsatz? Welche Aufgaben haben die Multiplikatoren? Welche Qualifikation ist dafür erforderlich?*
SW: Bei der BASF SE gibt es ca. 2500 Sicherheits- und Gesundheitsbeauftragte. Diese erhalten festgelegte Kurse vom Unternehmen und der BGRCI sowie einen zusätzlichen Qualifikationskurs von der Abteilung Corporate Health Management. Nach der Weiterbildung werden die Kolleginnen und Kollegen regelmäßig von uns über Gesundheitsthemen informiert. Jeder Sicherheits- und Gesundheitsbeauftragte kennt den für seinen Betrieb zuständigen Werksarzt und das Pendant der Arbeitssicherheit, die Sicherheitsfachkraft. Die Aufgaben sind im Wesentlichen die Kommunikation von Gesundheitsaktivitäten der BASF in den einzelnen Betrieben.

HF: *Neben den lokalen Gesundheitsangeboten haben Sie auch ein Globales Gesundheitsförderungsprogramm. Können wir auch dazu einen ganz kleinen Einblick bekommen?*

SW: Bei BASF haben wir eine globale Gesundheitskennzahl eingeführt, den so genannten Health Performance Index. Ein Teil dieses Index sind auch Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die damit an allen Standorten der BASF, ob groß oder klein, eingefordert werden und einmal pro Jahr in einer Datenbank dokumentiert sein müssen. Das globale Gesundheitsförderungsprogramm bei BASF besteht aus dem Angebot von Gesundheits-Checks an allen Standorten, teilweise durch externe Krankenhäuser und/oder Ärzte und die Teilnahme an der globalen Gesundheitsaktion von BASF. Hier wird jeweils ein Präventionsthema für ein Jahr herausgehoben und im Rahmen der globalen Gesundheitsaktion je nach Region, Land und Standort individuell umgesetzt. Ein Vorschlag dazu und einiges an Arbeitsmaterial stellen wir aus Ludwigshafen als Basisinformationen zur Verfügung. Die Umsetzung selbst liegt in der Verantwortung der einzelnen Standorte. Damit konnte die Gesundheitsförderung global und ressourcenschonend im Unternehmen strukturiert werden, so dass nicht jedes Jahr jeder Standort ein anderes Thema bearbeiten muss.

HF: *LuMit – Das Mitarbeiterzentrum für Work-Life-Management ist eine besondere Wertschätzung für die Belegschaft. Wie kam es dazu und welche Möglichkeiten ergeben sich dadurch für die Belegschaft?*
SW: Im November 2013 hat BASF das Mitarbeiterzentrum für Work-Life-Management LuMit am Standort Ludwigshafen eröffnet („Lu": Ludwigshafen; „Mit": Mitarbeitende, Mitmachen und Miteinander). Unter einem Dach bündelt das LuMit auf rund 10.000 Quadratmetern arbeitsplatznah vielfältige Angebote wie die Kindertagesstätte (LuKids) für ca. 260 Kinder im Alter von 6 Monaten bis 3 Jahren, das Fitness- und Gesundheitsstudio inklusive Praxis für Physiotherapie (LuFit) und die Sozial- und Lebensberatung der BASF Stiftung (LuCare) als zentrale Anlaufstelle für Informationen zu sozialen Fragen, Beratung in Lebenskrisen oder bei besonderen beruflichen oder privaten Herausforderungen. Moderne Veranstaltungsräume schaffen darüber hinaus den geeigneten Rahmen für zahlreiche Seminare, Workshops und Informationsveranstaltungen. Mitarbeitende profitieren von einem eng verzahnten Expertennetzwerk, das fachbereichsübergreifend eine wirksame und individuelle Unterstützung ermöglicht.

HF: *Derzeit wird ein neues Medical Center bei BASF erbaut, das 2023 eröffnet werden soll. Welche Vorteile sollen sich daraus für die Belegschaft und auch für die Bürgerinnen und Bürger in Ludwigshafen ergeben?*
SW: Das neue Medical Center der BASF wird aus einem sechsgeschossigen Hauptgebäude und einer zweigeschossigen Rettungswache mit einer Fläche von insgesamt 11.500 m^2 auf dem Gelände außerhalb des Werkszauns bestehen. Im Hauptgebäude sind u. a. Untersuchungsräume, Schulungsräume und Büros sowie Einrichtungen zur medizinischen Diagnostik für die Mitarbeitende geplant. Der Baustart des neuen Gebäudes war Anfang 2021, die Fertigstellung ist für Mitte 2023 geplant. Das Medical Center soll neben der Ambulanz der BASF eine Reihe fachärztlicher Einrichtungen und eine physiotherapeutische Praxis beherbergen. Auch eine Apotheke soll dort ihren Platz finden, außerdem ein Anbieter von Schutzbrillen mit Sehstärke und ein Sanitätshaus, um beispielsweise orthopädische Einlagen für Arbeitsschuhe herzustellen. Die Betriebskrankenkasse Pronova BKK wird ebenfalls vertreten sein. Bis auf den für BASF-Mitarbeitende reservierten Teil der Arbeits- und Notfallmedizin sollen alle Einrichtungen auch von Externen genutzt werden können. Mit der Ansiedlung von ärztlichen Einrichtungen wollen wir ebenso einen Beitrag für die medizinische Versorgung in unserer Nachbarschaft leisten.

Für die Mitarbeitenden entsteht damit an zentraler Stelle ein interdisziplinäres Ärztehaus, in dem die notfall- und arbeitsmedizinische Vorsorge angeboten wird und zudem die Möglichkeit besteht, ergänzende Untersuchungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchführen zu lassen. Für die Vorstellung von Mitarbeitenden im Ruhestand zu sogenannten nachgehenden Untersuchungen als auch für die Reiseberatung von Angehörigen im Falle von Delegationen ist der Zugang durch die Lokalisation außerhalb des Werksgeländes deutlich vereinfacht. Auch der Zugang für unsere externen Kunden ist damit ganz unkompliziert.

HF: *Wie wichtig ist vernetzte Zusammenarbeit?*
SW: Die Wichtigkeit einer guten Kooperation und Vernetzung mit den in der Umgebung niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ist nicht hoch genug zu bewerten. Als Arbeitsmediziner werden wir oft mit Problemen der Mitarbeitenden konfrontiert, wenn diese nach längeren Erkrankungen ihre Arbeit wiederaufnehmen wollen. Hier kann der Arbeitsmediziner sektorenübergreifendes Fallmanagement betreiben und Mitarbeitende zum weiteren Vorgehen effektiv beraten.

Wir danken Ihnen für dieses spannende Interview und wünschen Ihnen und allen Beteiligten weiterhin viel Erfolg und eine gesunde Belegschaft.

Fortschritte in der onkologischen Chirurgie – Rückblick, Gegenwart, Ausblick

Interview mit Prof. Dr. Markus W. Büchler, Geschäftsführender Direktor und Ordinarius für Chirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg



© Uniklinikum Heidelberg

▲ Prof. Dr. Markus W. Büchler

Zur Person: Professor Dr. Markus W. Büchler ist Geschäftsführender Direktor und Ordinarius für Chirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg. Nach seinem Medizinstudium in Heidelberg und Berlin begann er seine chirurgische Ausbildung an der Universität Ulm, wo er 1987 stellvertretender Klinikdirektor wurde. 1993 wurde er Professor für Chirurgie und Klinikdirektor an der Universität Bern. 2001 kehrte er nach Deutschland zurück, um in Heidelberg die Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie zu leiten. Zusätzlich leitet er heute die chirurgischen Abteilungen im Krankenhaus Salem in Heidelberg sowie in den Krankenhäusern in Sinsheim, Eberbach und Heppenheim. Er ist ein international anerkannter Experte auf dem Gebiet der Chirurgie, insbesondere der Pankreaschirurgie. Mehr als 2000 von ihm veröffentlichte wissenschaftliche Manuskripte konzentrieren sich hauptsächlich auf die molekularen Grundlagen von Krebserkrankungen der Verdauungsorgane und Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse sowie auf klinisch-chirurgische Probleme. Er war unter anderem Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, des European Pancreatic Club und der International Hepato-Pancreato-Biliary Association. Er ist Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und unter anderem Ehrenmitglied der American Surgical Association und der Royal Colleges of Surgeons of England and Scotland. Professor Büchler ist im Editorial Board zahlreicher wissenschaftlicher Zeitschriften und wurde vielfach ausgezeichnet, 2021 beispielsweise mit dem Deutschen Krebspreis.

Mit Prof. Büchler (**MB**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**).

JFR: *Sie blicken auf viele Jahrzehnte chirurgischer Tätigkeit zurück. Was waren für Sie in der Chirurgie die wichtigsten Meilensteine in dieser Zeit?*
MB: 1) Die Entwicklung der kurativen onkologischen Chirurgie mit wesentlicher Verbesserung des Überlebens der Patienten bei gastrointestinalen und anderen soliden Tumoren. Beispiel Kolonkarzinom mit 60–80 % 5- Jahresheilungsraten.

2) Die Entstehung einer wirklich interdisziplinären onkologischen Therapie (neoadjuvant, adjuvant, palliativ) unter Beteiligung von Gastroenterologen, Medizinischen Onkologen, Strahlentherapeuten und Chirurgen.
3) Die Einführung minimal invasiver chirurgischer Techniken einschließlich der Robotischen Chirurgie.
4) Die Einführung präventiver Konzepte in die klinische Onkologie und damit die Möglichkeit, weitaus mehr Patienten in Frühstadien der Krebserkrankung kurativ, mit sehr guten Überlebenschancen, zu operieren.

JFR: *Sie haben in Bern, später dann vor allem in Heidelberg viele zertifizierte Zentren aufgebaut, die u. a. den Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, der Leber und des Darms gewidmet sind. Was erfordert eine solche Zertifizierung? Sollten Eingriffe an den genannten Organen nur noch in zertifizierten Zentren vorgenommen werden?*
MB: Qualitätssicherung ist ein wesentlicher Bestandteil exzellenter onkologischer Therapie. Zertifizierungen von Onkologischen Zentren tragen zur Verbesserung der Qualität und Nachhaltigkeit der Ergebnisse bei. Allerdings ist Zertifizierung nicht der alleinige Weg zur Qualität. In Deutschland hat sich die Zertifizierung von Zentren in den vergangenen Jahren auch zum Selbstzweck entwickelt. In ca. 10 Jahren wird jede Klinik zertifiziert sein: Gut oder schlecht? Wahrscheinlich gut für die betroffenen Patienten.

JFR: *Die „Ulmer Schule" hat sich national wie international einen großen Namen bei der Behandlung der chronischen Pankreatitis gemacht. Worin bestand der Durchbruch?*
MB: Der Durchbruch kam mit der Entwicklung (1980) neuer organschonender Pankreas Operationen. Mein Lehrer, Hans Günther Beger, ist der Pionier moderner Pankreaschirurgie. Ihm verdanken wir die Duodenum Erhaltende Pankreaskopfresektion, eine einmalige chirurgische Erfindung im Sinne einer besseren Lebensqualität für die Patienten nach Chirurgie. .

JFR: *Wie hat sich für Sie die chirurgische Therapie des Pankreas-Karzinoms entwickelt? Gibt es bei dieser immer noch als schwer zu behandelnden Tumorerkrankung des Verdauungstraktes echte Fortschritte?*
MB: Die Therapie des Pankreaskarzinoms hat sich in den vergangenen 20 Jahren stark verändert. Zusammen mit Claudio Bassi, John Neoptolemos und Christos Dervenis haben wir 1990 die European Study Group of Pancreatic Cancer (ESPAC) und die International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) gegründet. Wir konnten zum ersten Mal zeigen, dass adjuvante Chemotherapie das Überleben nach Chirurgie verbessert. Radikale Chirurgie (Triangle R0) hat in Kombination mit systemischer Therapie 5 Jahres Überlebensraten von 40 % möglich gemacht. Die Zukunft verspricht, dass wir diese schreckliche Krankheit, ähnlich wie bei anderen Krebserkrankungen, erfolgreich zu Leibe rücken.

JFR: *Die onkologische Chirurgie war für Sie immer ein Eckpfeiler Ihrer chirurgischen Tätigkeit. Dazu gehört die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit vielen Partnerdisziplinen von der Gastroenterologie über die Pathologie bis hin zur Radiologie. Welche Rolle spielen in diesem Konzept die Tumorkonferenzen? Was haben sie verändert?*

MB: Tumorkonferenzen sind sehr wichtig, um die beste Behandlung im interdisziplinären Gespräch, bisweilen auch im Disput, zu finden. Ähnlich den Zertifizierungen entwickelt sich die obligate Tumorkonferenz allerdings auch zwischenzeitlich häufig zum Selbstzweck. Frühstadien solider Tumoren (T 1 –2, N0, M0) sind in der Regel evidenzbasiert CHIRURGISCHE Indikationen. Metastasierte solide Tumorerkrankungen (M+) sind die Domäne systemischer (nicht chirurgischer) Therapie. Warum sollen die sehr vielen Patienten dieser Stadien in interdisziplinären Konferenzen besprochen werden? Das bindet immense Personal – und Zeitbudgets. Daher ist die Zeit reif für eine Konzentration interdisziplinärer Konferenzen auf die unklaren Fälle und die intermediären Tumorstadien, wo im Einzelfall entschieden werden muss. Die große Mehrheit der Tumorfälle braucht keine Tumorkonferenz.

JFR: *Für Sie war auch die Prävention immer von besonderer Bedeutung. Eine sinnvolle und etablierte Prävention existiert neben dem Brustkrebs eigentlich nur für den Darmkrebs. Wie haben sich aus ihrer Sicht die Tumorstadien seit Einführung der Darmkrebs-Vorsorge verändert? Sehen Sie eine Häufung von fortgeschrittenen Stadien, die auch auf die chirurgische Tätigkeit großen Einfluss haben?*
MB: Durch die Prävention, in meinem Fach vor allem beim Kolonkarzinom, haben sich die Tumorstadien eindeutig in Richtung CHIRURGISCH kurativ angehbarer FÄLLE entwickelt. Prävention hat einen überwältigenden Effekt in der Detektion nicht symptomatischer Frühstadien von gastrointestinalen Tumoren. Diese können in der Regel kurativ mit exzellenten Überlebensraten behandelt werden. Prävention von Tumorerkrankungen ist eine der größten Errungenschaften moderner Medizin. Der Heidelberger Virologe, Harald zur Hausen, hat dafür den Nobelpreis für Medizin erhalten.

JFR: *Eine der für mich bemerkenswertesten Entwicklungen neben der Transplantationschirurgie sind auch die Fortschritte auf dem Gebiet der Leberchirurgie. Lebermetastasen beim kolorektalen Karzinom sind schon lange nicht mehr mit dem Schrecken verbunden, den sie einst hatten. Wann kann auch bei Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms die Therapie noch kurativ sein? Hat die Häufigkeit kurativer Resektionen zugenommen?*
MB: Die Leberchirurgie hat sich ähnlich der Transplantationschirurgie nachhaltig verändert und erreicht bei Tumorerkrankungen eindrucksvolle Ergebnisse. Lebermetastasen kolorektaler Tumore haben uns das Verdikt genommen, dass Tumoren im metastasierten Stadien nicht kurativ angehbar seien. Wir erreichen heute Heilungsraten von 30–40 % bei chirurgisch angehbaren Lebermetastasen ähnlich wie bei primären Leberkarzinomen. Insofern hat die Leberchirurgie in Zentren stark zugenommen zum Wohle unserer Patienten.

JFR: *Die Zusammenarbeit zwischen Chirurgie und Gastroenterologie ist in den letzten Jahren erheblich gewachsen. Zum Teil sehr heftige Kontroversen, an die ich mich noch lebhaft erinnere, sind in den letzten Jahren einer kritischen, aber sehr konstruktiven Kooperation gewichen. Welche Rolle haben dabei neben der persönlichen Expertise in beiden Disziplinen evidenzbasierte Studien gespielt?*
MB: Viszeral Chirurgie und Gastroenterologie sind Geschwister der besten Art. Beide Disziplinen haben sich sehr aufeinander zu bewegt und es gibt heute viele gemeinsame Viszeralmedizinische Zentren in deutschen Kliniken. Wenn sich beide Fächer im täglichen Leben und auf Augenhöhe zusammentun, erreicht man die nächste Dimension, die einem Fach alleine vorenthalten bleibt. Evidenz basierte Studien waren und sind entscheidende („practice changing") Instrumente unserer beider Fächer und am besten macht man diese gemeinsam. Wie wichtig für mich die gelebte Kooperation Gastroenterologie/Chirurgie ist, zeigt das Beispiel meiner eigenen Karriere. Als junger Assistenzarzt an der Universitätsklinik Ulm habe ich mich 1982 „zusammengetan" mit einem ebenso jungen Gastroenterologen, Peter Malfertheiner. Im täglichen kreativen Diskurs in Klinik und Forschung haben wir unendlich viel voneinander gelernt und wir haben diese neue Dimension spielend erreicht. Ich wünsche jedem Viszeral Chirurgen das tägliche Gespräch mit dem gastroenterologischen Partner. Nichts hat mich beruflich weiter gebracht. Beide haben wir unsere Ziele erreicht. Leider war es uns nicht vergönnt, als Ordinarien am gleichen Ort zu arbeiten.

JFR: *Wie sehen Sie die Entwicklung der Chirurgie an deutschen Universitätskliniken? Sind klinische und wissenschaftliche Forschung in der Chirurgie gut aufgestellt? Die Nationale Dekade gegen Krebs erwartet ja entsprechenden Input gerade von den großen Forschungsschwerpunkten.*
MB: Ich sehe die Entwicklung der akademischen Chirurgie an Deutschen Universitätskliniken kritisch. Klinische und translationale Forschung sind in deutschen chirurgischen Universitätskliniken nicht gut aufgestellt. Die Chirurgie hat grundsätzlich keinen oder wenig Support durch die forschende Pharmaindustrie, was ihr einen deutlichen Wettbewerbsnachteil gegenüber der konservativen Medizin beschert. Dramatisch kommt hinzu, dass die Deutsche Forschungsgesellschaft (DFG) ihre Hausaufgaben, die chirurgischen Fächer nachhaltig mit Steuergeldern zu fördern, stark vernachlässigt hat. Man hat die Chirurgie in den vergangenen 15 Jahren praktisch vergessen. Die chirurgischen Fächer (alle „schneidenden" Fachbereiche) behandeln mehr als ein Drittel aller Krankheiten in der westlichen Welt. Die Forschungsförderung in Deutschland für die chirurgischen Fächer erreicht relativ gesehen einen Bruchteil dieses DRITTELS. Chirurgen werden an Universitäten zu akademischen Handwerkern entwickelt. Lehrstuhlausschreibungen suchen nach robotisch aktiven Chirurgen. Die Art des Schneidens wird also Lehrstuhlinhalt. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Gastroenterologen haben es vorbildlich geschafft, ihre „Chirurgie" (Endoskopie) zu akademisieren und eine breite klinische und translationale Forschung für ihr Fach unabdingbar zu machen. Hier kann man als Chirurg sehr viel lernen. Die Chirurgie ist akademisch auf dem Abmarsch.

JFR: *Wo sehen Sie für die Zukunft neben der Robotik weitere Neuerungen, die auf die Chirurgie zukommen? Welche Rolle könnte die künstliche Intelligenz, welche die zunehmende Digitalisierung spielen?*
MB: *Robotische* Chirurgie ist eine sehr sinnvolle Weiterentwicklung der minimal invasiven Chirurgie. Sie ist allerdings nur eine der vielen chirurgischen Techniken und insofern als chirurgisch THERAPEUTISCHES Instrument deutlich überbewertet. Hier entgeht die Chirurgie leider auch nicht dem Einfluss der Industrie,

Umsatzinteressen hinter chirurgischer oder medizinischer Wertigkeit zu verstecken.

Künstliche Intelligenz ist hingegen ein sinnvolles Schlagwort für die Chirurgie der Zukunft. Ich hatte die Ehre in Heidelberg, Specher eines SFB „Cognition Guided Surgery" zu sein. Hier liegen große Potentiale für die Chirurgie der Zukunft. Präzision, Navigation, Wissensbasierte Entscheidungsfindung.

JFR: *Was haben Sie sich für die Zeit nach Ihrer Emeritierung vorgenommen?*
MB: Familie. Reflexion. Schreiben. Krankenhaus Manage-ment. Ich bin derzeit Chefarzt in 5 chirurgischen Kliniken und seit 29 Jahren Ordinarius. Ich weiß also ziemlich gut, wie es geht.

Von 200 % Beruf runter auf 50 %. Chirurgie noch in gewissem Umfang und bei besonderer Notwendigkeit, solange mein Körper keine Qualitätseinschränkung verlangt. Unterstützung meiner Mitarbeiter, damit sie ihre Endposition erreichen. Pinienzucht.

Herzlichen Dank für dieses äußerst interessante Interview!

Klinisch-praktische Erfahrungen in die Politik tragen – eine große Chance!

Interview mit Prof. Dr. Armin Grau, Mitglied der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag



© Stefan Kaminski

▲ Prof. Dr. Armin Grau

Zur Person: Medizinstudium in Heidelberg. Nach Staatsexamen von 1987 bis 2003 Tätigkeit an der Neurologischen Universitätsklinik in Heidelberg. Wissenschaftlicher Schwerpunkt: neue Risikofaktoren für den Schlaganfall. 1997 Habilitation für das Fach Neurologie, 2003 Berufung auf die Leitung der Neurologischen Klinik am Klinikum Ludwigshafen, dort von 2010–2014 auch Ärztlicher Direktor des Klinikums.

Schon in jungen Jahren politisch aktiv bei den Grünen, 2008 Gründung eines Ortsverbandes in seinem Wohnort Altrip bei Ludwigshafen, bei der Bundestagswahl 2021 11,2 % der Erststimmen im Bundestagswahlkreis Ludwigshafen Frankenthal. Einzug über Platz vier der Landesliste für Bündnis 90/die Grünen Rheinland-Pfalz in den 20. Deutschen Bundestag. Politischer Schwerpunkt: Gesundheits-, Pflege- und Sozialpolitik.

Mit Prof. Dr. Armin Grau (**AG**) sprach sein ehemaliger Chefarztkollege Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke:

JFR: *Sie waren als Chefarzt am Klinikum Ludwigshafen ein weit über die Landesgrenzen hinaus bekannter Experte für neurologische Erkrankungen und haben maßgeblich zur Etablierung der Stroke Units beigetragen. Was hat Sie bewogen, im Alter von 63 Jahren Ihren Position als Chefarzt vorzeitig aufzugeben und in die Politik zu wechseln?*
AG: Ich bin seit jungen Jahren politisch interessiert, seit 38 Jahren Mitglied bei den Grünen und seit rund 14 Jahren in Rheinland-Pfalz kommunalpolitisch und etwas später auch gesundheits- und sozialpolitisch aktiv. Als Chefarzt und für 4 Jahre als Ärztlicher Direktor am Klinikum bin ich mit vielen Problemen in unserem Gesundheitswesen konfrontiert worden, z. B. mit der problembehafteten Krankenhaus-finanzierung und der Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, beides zum Nachteil der Patient*-innen. Um zu besseren Lösungen beizutragen, habe ich mich dazu entschieden nach vielen Jahren nebenberuflicher Politik jetzt hauptberuflich Politiker zu werden.

JFR: *Im politischen Geschäft braucht man bekanntermaßen einen langen Atem, um sich Gehör zu verschaffen. Haben Sie bereits einen Eindruck, ob Ihre Fraktion im Deutschen Bundestag Ihre besondere Expertise für sich zu nutzen weiß?*
AG: Es ist richtig, dass man Geduld haben muss, aber ich habe schon den Eindruck, dass ich mich wirkungsvoll einbringen kann. Für die grüne Bundestagsfraktion bin ich im Gesundheitsausschuss als Berichterstatter für die Themen Krankenhaus, ambulante Versorgung und sektorübergreifende Zusammenarbeit zuständig. Das entspricht auch meinem Wunsch.

JFR: *In der Gesundheitspolitik spielen derzeit ja ganz andere Themen eine wichtige Rolle, so die Corona Pandemie, die Kollateralschäden danach durch Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, der jahrelange Abbau von Personalkapazitäten an Kliniken, Praxen und im öffentlichen Gesundheitsdienst, um nur einige zu nennen. Welche Themen sind für Sie über Ihre fachspezifischen Erfahrungen hinaus besonders wichtig?*
AG: Besonders wichtig ist es als Lehre aus Corona den Öffentlichen Gesundheitsdienst auszubauen und Prävention und Gesundheitsförderung vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen und Kommunen auszubauen. In der Pflege und später auch in anderen Gesundheitsberufen brauchen wir gute Personalstandards, die gute und zufriedenstelle Arbeit ermöglichen; damit gewinnen wir auch genügend Fachkräfte in der Pflege und in den anderen Gesundheitsberufen. Digitalisierung müssen wir im Interesse der Patient*-innen und der Gesundheitsberufe zügig ausbauen, um nur einige der vielen Aufgaben zu benennen.

JFR: *Wie glauben Sie, können Sie sich in der bekannten Gesundheits-Experten Riege Ihrer Fraktion positionieren?*
AG: Jede und jeder von uns Gesundheitspolitiker*-innen hat ihre und seine Aufgabenbereiche; mir ist daran gelegen, gute Sachpolitik zu machen und möglichst viele Verbesserungen mit auf den Weg zu bekommen.

JFR: *Die Corona Pandemie hat viele Menschen stark verunsichert und ihnen das Gefühl gegeben, ständig einer Gefahr ausgesetzt zu sein. Das gilt vor allem für ältere Menschen. Politische, mediale wie virologische Meinungsvielfalt hat mit dazu beigetragen. Wie glauben Sie, kann Politik erreichen, dass Menschen in und nach der Krise wieder Vertrauen in politischen Entscheidungen gewinnen und vor allem das Gefühl der Verlässlichkeit der politischen Aussagen haben?*
AG: Die Corona-Pandemie war für uns alle eine neue Erfahrung. Wir waren nicht gut auf die Pandemie vorbereitet und sicherlich wurden auch im Verlauf der Pandemie etliche Entscheidungen getroffen, die sich nicht immer bewährt haben. Wichtig ist es, Entscheidungen gut vorzubereiten und klar zu kommunizieren; damit können Kurskorrekturen vermieden und Vertrauen geschaffen werden. Im Widerstreit zwischen Freiheit und Sicherheit wird es jedoch auch in Zukunft gegensätzliche Meinungen geben; das ist etwas, was unsere Demokratie prägt, im Einzelfall aber auch verunsichernd wirken kann.

JFR: *Ist unser Gesundheitssystem in seiner derzeitigen Struktur für kommende Herausforderungen z. B. neue Pandemien gerüstet oder müsste sich Ihrer Ansicht nach einiges ändern?*
AG: Sicherlich muss sich im Hinblick auf Pandemien (die hoffentlich nicht oder zumindest nicht so bald kommen) vieles ändern; der öffentliche Gesundheitsdienst muss personell und strukturell (z. B.in der IT-Technik) gestärkt werden und wichtige Ausrüstungsgegenstände müssen auch wieder mehr in Europa hergestellt werden, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Wir haben einen Fachkräftemangel und hohe Defizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung; wir müssen unser Gesundheitswesen auch deswegen effizienter machen, Überversorgung und Doppelstrukturen abbauen und die Zusammenarbeit zwischen den beiden Sektoren ambulant und stationär verbessern, um unser Gesundheitswesen zukunftssicher zu machen.

JFR: *Der Ukraine Krieg hat noch einmal einen besonderen Akzent gesetzt. Es ist bewundernswert, mit welcher Offenheit die Deutschen Flüchtlinge aus der Ukraine zum Teil auch bei sich zuhause aufnehmen und helfen. Hilfsbereitschaft war immer eine unserer Stärken. Die Frage ist, wie lange sie anhält und wie diese Herausforderung zusätzlich zu den schon jetzt bekannten großen Hilfspaketen finanziell bewältigt werden kann, wenn weitere Flüchtlinge nicht nur aus der Ukraine kommen. Gibt es dazu aus Ihrer Fraktion Überlegungen bzw. schon ein Rezept?*
AG: Ja, dafür gibt es durchaus schon jetzt ein Rezept. Die Geflüchteten aus der Ukraine dürfen von Anfang an eine Arbeit aufnehmen und sich in den Arbeitsmarkt und damit auch in unsere Gesellschaft integrieren. Die Ampelregierung hat in der aktuellen Lage bereits beschlossen, dass in Kürze ein sogenannter Rechtskreiswechsel stattfindet, d. h. dass die Geflüchteten aus der Ukraine unter die Grundsicherungssysteme (Sozialgesetzbücher II (Hartz IV) und XII) und nicht unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen; damit ist z. B. auch die gesundheitliche Versorgung mit einer Krankenversicherungskarte viel besser geregelt. Wir schaffen Hilfen z. B. bei den Übersetzungshilfen und ermöglichen es, dass ganze Einrichtungen (z. B. Erzieher*-innen und Waisenkinder) in Deutschland zusammenbleiben können. All das erleichtert Integration und reduziert Probleme. Für die Zukunft würde ich mir auch wünschen, dass auch für Geflüchtete aus anderen Regionen Verbesserungen geschaffen werden

JFR: *Ein drittes wichtiges und für Ihre Fraktion sicher das wichtigste offene Problem sind der Klimawandel und die dazu erforderliche Klimapolitik. Der Wirtschaftsminister und Ihr Parteifreund Robert Habeck hat dazu bereits konkrete Vorschläge entwickelt, Stichwort Osterpaket. Ist Deutschland personell, technisch und vor allem strukturell vorbereitet und auch gerüstet für eine klimaneutrale Umstrukturierung von Wirtschaft und Industrie?*
AG: Wir haben im Ampel-Koalitionsvertrag viele Maßnahmen vereinbart, die eine zügige Umgestaltung der Wirtschaft in Richtung Klimaneutralität ermöglichen; dieser Prozess wird jetzt durch den Ukrainekrieg noch beschleunigt werden. Viele der Maßnahmen sind gerade für unsere Region mit einer starken Chemieindustrie sehr wichtig. Ich denke da an die beschleunigte Stromgewinnung aus erneuerbaren Energien, die Beschleunigung der Planungs- und

Zulassungsprozesse, die Klimaverträge (Carbon Contracts of Difference), die einen Ausgleich schaffen für Unternehmen, die bei der CO2-Einsparung über den aktuellen C02-Preis hinaus vorangehen und vieles mehr. Wir werden Verwaltungsprozesse deutlich beschleunigen müssen, wie das geht zeigt Robert Habeck gerade bei den Gesetzen zur Lieferung von Flüssiggas. Ich bin optimistisch, dass wir unsere Ziele bis 2030 erreichen werden.

JFR: *Wie kann/sollte man Menschen erklären, dass unser Land in zehn Jahren von fossilen Energien unabhängig sein will, ohne sicher zu wissen, wie die für die Industrie notwendige energetische Grundlastversorgung aussehen soll? Die BASF in Ludwigshafen als weltweit größtes chemisches Unternehmen ist von dieser Umstrukturierung ganz besonders betroffen. Muss die Bundesregierung angesichts der geopolitischen Entwicklungen umdenken?*
AG: Wir wollen Klimaneutralität in Deutschland bis 2045 erreichen, die BASF SE selbst hat sich ja auch bereits das Ziel 2050 gesetzt. Wir sind überzeugt, dass wir mit erneuerbaren Energien und geeigneten Speichertechniken auch die Grundlast im Bereich Strom sichern können und fossile Energieträger nicht mehr brauchen werden. Die geopolitischen Entwicklungen verstärken jetzt ja noch die Dringlichkeit eines Abschieds von fossilen Energieträgern und beschleunigen den Prozess noch.

JFR: *Wie können politische Entscheider der Bevölkerung verständlich machen, dass nach Erreichen unserer Klimaziele sich am Weltklima wahrscheinlich zunächst wenig bis gar nichts ändert, weil viele Staaten weltweit gar nicht mitmachen? Kann das wegen der ausgeprägten Erwartungshaltung zu Problemen und Spannungen führen?*
AG: Wir in Deutschland tragen mit rund 1 % der Erdbevölkerung aktuell mit zirka 2 % zum Ausstoß klimaschädlicher Gase bei, ganz zu schweigen von unserer Vergangenheit mit einer über 150-jährigen Industriegeschichte und einem überproportionalen Anteil an der Entstehung der Klimaerhitzung. Es geht darum, im Prozess hin zur Klimaneutralität jetzt voranzugehen und ein positives Beispiel zu setzen. Das ist auch der richtige Weg, um unseren Wohlstand in Zukunft zu sichern, weil unsere Umwelt- und Klimaschutztechnologien die Exportschlager der Zukunft werden. Gute Kommunikation der politischen Entscheidungen ist sehr wichtig, um Spannungen zu vermindern bzw. ihnen vorzubeugen.

JFR: *Wenn Sie einen Wunsch für eine politische Entwicklung haben, was würden Sie sich zum Beispiel nach vier Jahren Bundestag wünschen, durch ihre Mitarbeit erreicht zu haben?*
AG: Ich wünsche mir, zu einer besseren Finanzierung und zu einer zukunftssicheren Struktur der Krankenhäuser in Deutschland, zu einem Abbau von wirtschaftlichen Fehlanreizen, zu einer besseren Zusammenarbeit der Akteure im deutschen Gesundheitswesen und damit insgesamt zu einer verbesserten und gesicherten Patientenversorgung beigetragen zu haben.

JFR: *Lieber Herr Grau, herzlichen Dank für dieses offene Gespräch, das ich sehr gerne in alter Verbundenheit mit Ihnen geführt habe.*

Welchen Einfluss hat das IQTIG auf die Qualitätsevaluation von Prozessen? Hat Prävention den ihr zustehenden Stellenwert?

Interview mit Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke, Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)



© IQTIG/Oliver Betke

▲ Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke

Zur Person: Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke MBA (Jahrgang 1954) hat in Regensburg und München Medizin studiert. 2009 bis 2011 absolvierte er einen MBA-Studiengang im Gesundheitsmanagement an der Hochschule Osnabrück. Prof. Heidecke hatte von 2001 bis 2020 den Lehrstuhl für Allgemeine und Viszeralchirurgie an der Universität Greifswald inne und leitete bis zum Jahr 2018 die Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Seit 2018 führte er die Klinik kommissarisch weiter, weil er zusätzlich das Amt des ärztlichen Vorstands der Universitätsmedizin Greifswald übernahm und ab 2019 auch den Vorsitz des Vorstands. Prof. Heidecke war unter anderem Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), Beisitzer im Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und war acht Jahre lang Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Qualität, Sicherheit und Versorgungsforschung in der Chirurgie (CAQSV). Qualitätssicherung und Patientensicherheit standen auch im Fokus seiner Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) von 2014 bis 2015.

Mit Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke (**CDH**) sprach Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung Lebens-Blicke:

JFR: *Das professionelle Selbstverständnis des IQTIG ist Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Was unterscheidet das IQTIG vom IQWiG, das ebenso für Qualität im Gesundheitswesen steht und u. a. vom G-BA beauftragt wird, Veränderungen vor Übernahme in die Regelversorgung auf ihre Evidenz zu prüfen?*
CDH: Das IQWiG führt (überwiegend) Nutzenbewertungen von medizinischen Maßnahmen, Arzneimitteln, Verfahren der Diagnostik und Früherkennung sowie von Behandlungs-leitlinien und Disease Management Programmen durch. Dazu erstellt das IQWiG fachlich unabhängige, evidenzbasierte Gutachten für den G-BA.

Das IQTIG führt die Daten-gestützte Qualitätssicherung im Auftrag des G-BA durch und berät den G-BA in Fragen der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Transparenz im Gesundheitswesen als Impuls- und Ideengeber. Das IQTIG sehe ich zunächst einmal in der Rolle eines Dienstleisters. Der G-BA tritt mit spezifischen Aufträgen an uns heran, die wir dann zeitnah umsetzen. Dabei ist mein Ziel, das Institut intern so umzugestalten, dass wir struk-turierter arbeiten und unsere Ergebnisse am Ende schneller und zuverlässiger abliefern. Gleichzeitig sehe ich das IQTIG auch in der Rolle eines Impulsgebers. Das IQTIG soll im Gesundheitswesen als Partner auf Augenhöhe wahrgenommen werden.

JFR: *Was sind derzeit die besonderen Herausforderungen für das IQTIG?*
CDH: Der G-BA hat uns Ende Mai mit der Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherungs-verfahren beauftragt. Das gibt uns die Möglichkeit, die datengestützte gesetzliche QS nicht nur weiterzuentwickeln, sondern auch gemeinsam mit dem G-BA neu auszurichten. Unser Ziel ist, den Aufwand für die Leistungserbringer zu reduzieren, ohne den Nutzen für die Patienten aus dem Blick zu verlieren. Das können wir vor allem dadurch erreichen, indem wir die händischen Dokumentationsaufwände für Kliniken und Ärzteschaft deutlich reduzieren und da, wo es möglich ist, auf bereits verfügbare Routinedaten zur Messung der Qualität zurückgreifen. Dadurch können wir die Effizienz der gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren deutlich steigern und deren Akzeptanz nachhaltig verbessern.

Eines der Themen, die mich persönlich beschäftigen, ist die Risikoadjustierung. Ich halte es im Bereich der Qualitäts-sicherung für essenziell, die Patientendaten so zu adjustieren, dass man am Ende faire Vergleiche zwischen Leistungs-erbringern vornehmen kann. Es gibt Krankenhäuser, die deutlich ältere und kränkere Patienten versorgen, zum Beispiel, weil sie in der Nähe von Pflegeheimen liegen. Dadurch darf den Krankenhäusern kein Nachteil entstehen, weil z. B. durch präoperative Sicherheitsmaßnahmen eine Zeitschiene nicht eingehalten werden kann. Dafür darf man sie nicht bestrafen. Das wäre nicht fair. In einem solchen Fall würde die Risikoadjustierung dazu führen, dass der vorgegebene Schwellenwert abgesenkt wird. Weiterhin fokussiert die externe QS momentan auf nur wenige Bereiche der Medizin. Dabei ist der Blickwinkel nicht gleichmäßig über die Fächervielfalt verteilt. Das sollten wir ändern. Das kürzlich vom G-BA beschlossene Eckpunkte-papier eröffnet hierzu die Chancen festzulegen, welche Bereiche der Medizin man in den Fokus nehmen möchte: die häufigen Erkrankungen (Volkserkrankungen), die Morbiditäts-trächtigen oder diejenigen, bei denen komplikationsträchtige Maßnahmen bzw. Operationen zur Anwendung kommen. Schließlich hat die externe QS die Aufgabe, diejenigen Leistungserbringer zu identifizieren, die ein Qualitätsdefizit haben, und deren Qualität zu verbessern.

JFR: *Sie waren als Chirurg viele Jahre in die Qualitätssicherung Ihres Fachgebiets eingebunden. Welche Erfahrungen haben Sie in Ihrer langen universitären Karriere damit gemacht und was konnten Sie davon in die Leitung des IQTIG einbringen?*
CDH: Der Wechsel vom aktiven Chirurg und Krankenhaus-Manager in die Institutsleitung des IQTIG war für mich ein Neustart in der Herangehensweise an Qualitätssicherung. Dabei lag und liegt mein Fokus auf der klinischen Expertise – sowohl des IQTIG als auch für den G-BA. Dabei war für mich immer klar, dass man gute Ergebnisse bei der QS auf Dauer nur mit einem guten internen Qualitätsmanagement erreichen und halten kann.

Wenn es im Klinikalltag um Qualitätssicherung geht, trifft man bei Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern oft auf große Unsicherheiten, Abwehrhaltung und Frustration. Das liegt vor allem an dem teilweise enormen bürokratischen Aufwand und der suboptimalen Abbildung der Realität von bestimmten Regelungen in der QS. Dies steht diametral zur intrinsischen Motivation des medizinischen Personals, höchste Qualität in der Patientenversorgung zu liefern. Durch den großen ökonomischen Druck erlebt der Qualitätsanspruch in letzter Zeit oftmals einen Dämpfer. Vieles, was durch die Qualitäts-Offensive der Gesundheitspolitik unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe aufgelebt ist, ist mittlerweile in den Kliniken verpufft. Als Institutsleiter des IQTIG kann ich meine Erfahrungen als Kliniker nun einbringen, um die Qualitätssicherung weiterzuentwickeln, dort zu verschlanken, wo man auf die unwesentlichen Parameter schaut und da neue Bereiche zu identifizieren, wo Qualitätsdefizite vermutet werden.

JFR: *Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren addz ist ein gutes Beispiel für eine bundesweit arbeitende Organisation mit hohem Qualitätsanspruch für den nach wie vor häufigen Darmkrebs. Durch regelmäßige Audits ist gewährleistet, dass die einzelnen Zentren in der Spur bleiben. Warum findet ein solches Konzept nicht eine breitere Zustimmung?*
CDH: Die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmzentren sind ein gutes Beispiel dafür, dass Zertifizierung einen Mehrwert sowie auch zum Teil erhebliche Überlebensvorteile bringt. Das hat die kürzlich vorgestellte ViZen-Studie (InnoFonds-Projekt des G-BA) gerade gezeigt. Immerhin werden ca. 50 % aller kolorektalen Karzinome in Deutschland mittlerweile in Darmkrebszentren behandelt und operiert. Leider ist die Voraussage von Herrn Prof. Hohenberger (damals Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, geäußert 2011 in einem FAZ-Interview), dass in zehn Jahren – also 2021 – alle Darmkrebspatienten in einem Darmkrebszentrum operiert werden, nicht eingetroffen. Offensichtlich mangelt es einerseits den Patientinnen und Patienten noch an der notwendigen Kenntnis der Materie, andererseits ist es nicht verständlich, dass die Zuweisenden ihre Patienten nicht besser in ausgewiesene kompetente Zentren steuern. An beiden Stellschrauben könnten auch die Patientenverbände und Patientenvertreter arbeiten und die Vorteile Spezialisierung in der Onkologie herausstreichen und zur Meinungsbildung beitragen.

JFR: *Qualitätssicherung benötigt auch Dokumentations-aufwand. Meist steckt ein gewisser „Vollständigkeitswahn" dahinter. Möglichst viele Qualitätsindikatoren sollen erfasst werden. Wie kann sichergestellt werden, dass sich der Aufwand so in Grenzen hält, dass einerseits eine hochwertige Qualität gewährleistet ist, andererseits die für die Dokumentation meist zuständigen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen motiviert bleiben?*
CDH: Ich würde mir wünschen, dass es künftig im Gesundheitswesen weniger Arbeitsverdichtung gibt, um auf diese Weise wieder

mehr Freiräume für Ärztinnen und Ärzte aber auch die Pflegenden im Bereich des Qualitäts-managements zu schaffen. Heute ist es doch häufig so, dass wegen des Zeitdrucks im klinischen Alltag viele Qualitäts-konferenzen in den Kliniken nur noch pro forma stattfinden. Damit ist keinem gedient. Um ein Qualitätsmanagement wirklich leben zu können, muss man dafür zeitliche Kontingente hinterlegen. Je mehr der Zeitdruck im Alltag sinkt, desto mehr wird die intrinsische Motivation von Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal erhöht. Aus meiner jahrzehntelangen Erfahrung im Krankenhaus weiß ich: Der Dokumentationsaufwand treibt jeden Kliniker um. Selbst, wenn pro dokumentierten Fall nur einige Minuten anfallen, addiert sich das am Ende des Jahres zu ganzen Arbeitstagen. Deshalb müssen wir, so oft es geht, Daten nutzen, die bereits im System vorhanden sind. Das sind vor allem die Sozialdaten der Patientinnen und Patienten, die vom Krankenhaus ohnehin erfasst und dokumentiert werden. Aufgetretene unerwünschte Ereignisse wie Komplikationen und andere unerwünschte Ereignisse werden in diesem Datensatz erfasst, da sie mit klinischen Aufwänden verbunden sind, die in der Kodierung erfasst sind und in den Kodierrichtlinien hinterlegt sind. Andere Daten, zum Beispiel zur Beweglichkeit nach dem Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks, gehören allerdings (noch) nicht dazu.

Darüber hinaus brauchen wir eine Inventur der Qualitäts-indikatoren. Dabei müssen wir uns genau überlegen, welche Indikatoren wir wirklich brauchen und welche nicht. Genau daran arbeiten wir auch zurzeit. Wenn es uns gelingt, wenig aussagekräftige Indikatoren zu streichen, könnten wir auch die Akzeptanz für die Qualitätssicherung erhöhen.

JFR: *Seit Jahren wird beklagt, dass Prävention im deutschen Gesundheitswesen nur eine nachgeordnete Rolle spielt. Krankenkassen sind für die Reparatur, eher weniger für die Vorsorge zuständig. Gibt das neue Präventionsgesetz Möglichkeiten, das zu ändern und wie könnte das IQTIG Einfluss darauf nehmen, dass der Prävention die Aufmerksamkeit geschenkt wird, die ihr eigentlich zusteht? Was müsste transparenter werden?*
CDH: Trotz der Unterstützung durch den Gesetzgeber ist die Primärprävention nicht messbar vorangekommen. Verhaltens-änderungen bedürfen der Mindset-Veränderung eines jeden Einzelnen. Das ist für gesunde Ernährung (weniger Fleisch), mehr Bewegung und die Reduktion von Genussmitteln schwer umsetzbar. Daher sollte die Sekundärprävention über die Krebs-Vorstufen-Detektion stärker vorangetrieben werden. Die ist – da bezahlt – auch messbar und somit besser steuerbar.

JFR: *Die Darmkrebsprävention hat durch gesetzliche Vorgaben große Fortschritte gemacht. So ist die Vorsorgekoloskopie an Qualitätsvoraussetzungen gebunden. Dennoch wird derzeit wieder heftig über Unter- bzw. Überversorgung dieser Maßnahme diskutiert! Müssten die Leitlinien, die in der Regel sehr gut die Versorgungsintervalle angeben, nicht zu einer strikteren Kontrolle führen? Wie könnte das verbessert werden?*
CDH: Die Leitlinie zum kolorektalen Karzinom legt die Untersuchungsintervalle für Folge-Koloskopien fest. Es ist jedoch schwierig zu prüfen, ob die „Ärzteschaft" ihre Patientinnen und Patienten entsprechend aufgeklärt hat oder ob die Patientinnen und Patienten es versäumt haben, diesen Empfehlungen nachzukommen. Daher wäre ggf. der erste Schritt zu untersuchen, ob es regionale Unterschiede im Land gibt und dann hier anzusetzen. Die Herstellung einer solchen Transparenz könnte eine Aufgabe für das IQTIG werden, für die der G-BA einen Auftrag erteilen müsste. Hier könnten die Patientenverbände Impulse setzen. Technisch hat das IQTIG entsprechende Spezifikationen für den G-BA erstellt, die eine Anbindung an die Daten der Krebsregister im Rahmen der Richtlinie zu den organisierten Krebsfrüherkennungs-programmen ermöglicht.

JFR: *Wir machen als Stiftung LebensBlicke wie die Felix Burda Stiftung seit über zwei Jahrzehnten intensive Öffentlichkeitsarbeit. Damit ist sicher erreicht worden, dass das Thema Darmkrebs kein Tabuthema mehr ist. Trotzdem sind die Teilnahmeraten an den Vorsorgeuntersuchungen nicht wesentlich angestiegen. Auch das neue Krebsfrüh-erkennungs- und Registergesetz hat bisher nicht gezeigt, dass mit der persönlichen Einladung ein Umdenken eingesetzt hat. Was müsste aus ihrer Sicht geschehen, um die nach wie vor noch hohen Neuerkrankungs- und Sterberaten an Darmkrebs weiter zu reduzieren?*
CDH: Wie oben beschrieben ist es die Aufgabe der externen QS, Qualitätsdefizite zu identifizieren und diese bei gegebener Zuschreibbarkeit zu einem Leistungserbringer durch Qualitäts-fördernde Maßnahmen zu beseitigen. Das Problem an dieser Stelle ist, die Verantwortlichkeit für Vorsorgemaßnahmen einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen zuzuschreiben. Andererseits könnte es zunächst mal hilfreich sein, regionale Defizite zu erkennen. Eine solche Forderung können die Patientenverbände platzieren.

JFR: *Es ist unstrittig, dass bereits die Primärprävention einen entscheidenden Einfluss auf viele Krankheitsgeschehen, so auch auf die Krebsentstehung hat. Was könnte das IQTIG dazu beitragen, diese klaren Erkenntnisse deutlicher zu machen?*
CDH: Wie bereits erwähnt, ist das Aufgabenfeld des IQTIG klar begrenzt. Der G-BA setzt als Auftraggeber die Themen. Im Bereich Prävention gibt es bisher kein QS-Verfahren, mit dem sich das IQTIG beschäftigen könnte. Ich bin auch skeptisch, dass im Bereich der Primärprävention Qualitätsdefizite definiert werden könnten, die einem Leistungserbringer zuschreibbar wären.

JFR: *Worin sehen Sie in Ihrem Zuständigkeitsbereich wichtige Entscheidungshilfen für die Umsetzung von Präventions-maßnahmen?*
CDH: Auch hier gilt: Der G-BA bestimmt als Auftraggeber die Themen, an denen das IQTIG primär arbeitet.

JFR: *Gesundheitspolitische Prozesse sollten immer von hohen Qualitätsansprüchen begleitet werden, die auch in Abständen überprüft werden. Sehen Sie das in der gegenwärtigen Versorgungs-Landschaft gewährleistet? Welche Rolle spielt dabei der Datenschutz? Wo müsste ggfs. nachgebessert werden?*
CDH: Der Datenschutz hat natürlich absolut seine Berechtigung. Aber er muss sich stets an den Interessen der Patientinnen und Patienten orientieren und nicht an sich selbst. Der Datenschutz darf nicht nur die Gesunden schützen, sondern die Verlinkung von pseudonymisierten Patientendaten muss auch Missstände und Qualitätsdefizite aufdecken können. Beim Implantateregis-

ter, zum Beispiel, hat der Datenschutz dazu geführt, dass man die eingetragenen Daten nicht mit QS-Daten verknüpfen kann. Jetzt kann man zwar Patientinnen und Patienten identifizieren, denen ein fehlerhaftes Implantat eingesetzt wurde, man kann die Daten aber nicht für die Qualitätssicherung auswerten. Das halte ich für eine Fehlkonstruktion.

JFR: *Herzlichen Dank für das konstruktive und aufschlussreiche Interview!*

Darmkrebsprävention – ein Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Interview mit Dr. Stefan Webendoerfer, Corporate Health Management, Vice President, Health Risk Assessment, Communication, Comittees, BASF SE. (Teil 2)



© BASF

▲ Dr. Stefan Webendoerfer

Der demografischen Wandel und die damit verbundene längere Lebensarbeitszeit hat Auswirkungen auf die Unternehmen. Die Belegschaft wird älter und das Risiko noch während des Berufslebens an Krebs zu erkranken nimmt zu. Krebserkrankungen führen häufig zu langandauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten bis hin zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben. Zu dem akuten Fachkräftemangel kommt eine weitere Arbeitsverdichtung durch lange Ausfallzeiten hinzu. Die anwesenden Mitarbeiter:innen haben eine noch größere Arbeitsbelastung zu bewältigen und das Risiko weiterer Erkrankungen steigt. Viele Unternehmen haben ihr Betriebliches Gesundheitsmanagement entsprechend angepasst und möchten, dass ihre Belegschaft gesund und mit einem hohen Maß an Lebensqualität, nach Erreichen der Altersgrenze, in den wohlverdienten Ruhestand gehen kann. Im Gegensatz zu anderen Krebsarten entwickelt sich Darmkrebs aus gutartigen Vorstufen, sogenannten Polypen, die gut behandelbar sind. Darmkrebs kann durch rechtzeitige Erkennung und Behandlung verhindert oder die Schwere der Erkrankung positiv beeinflusst werden.

Die Firma BASF bietet ihren Mitarbeiter:innen seit 2002 einmal pro Jahr ein Darmkrebsscreening an. Herrn Dr. med. Stefan Webendoerfer (**SW**), Corporate Health Management, Vice President, Health Risk Assessment, Communication, Comittees im Gespräch mit Helga Friehe (**HF**).

HF: *Herzlichen Dank Herr Dr. Webendoerfer, dass Sie sich die Zeit für dieses Gespräch nehmen. In unserer ersten Ausgabe durften wir über die Arbeitsplätze und das Betriebliche Gesundheitsmanagement bei BASF berichten. Ich freue mich jetzt auf den Einblick in 20 Jahre Erfahrungen bei der Darmkrebsfrüherkennung bei BASF. Wenn Sie heute zurückblicken, was hat Sie vor 20 Jahren dazu bewegt das Darmkrebsscreening bei BASF einzuführen?*

SW: Unsere damalige Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz hat schon immer sehr eng mit dem in der Nachbarschaft befindlichen Klinikum Ludwigshafen zusammengearbeitet und Ende

der 90er Jahre zusammen mit Prof. Riemann eine Studie zur Helicobacter-Pylori-Infektion bei unseren Mitarbeitenden durchgeführt. Damals war das Thema Darmkrebsfrüherkennung noch ein Tabu. Daher haben wir uns entschlossen, eine Gesundheitsaktion für Mitarbeitende ab dem 45. Lebensjahr zur Darmkrebsfrüherkennung zusammen mit der Stiftung LebensBlicke durchzuführen. Es gab einen kurzen Fragebogen zu Beschwerden und zu familiärer Belastung mit Darmkrebs. Dann erhielten die Mitarbeitenden auf Wunsch den Test auf verstecktes Blut im Stuhl (damals noch drei Briefchen) und ein kurzes Aufklärungsgespräch zum Thema. Die Aktion war mit neun Erstdiagnosen von Darmkrebserkrankungen in der Endoskopie und mehr als 150 festgestellten Darmpolypen so erfolgreich, dass wir Darmkrebsfrüherkennung dauerhaft in unser Vorsorgeprogramm aufgenommen haben.

HF: *Gab es Hürden, die Sie bewältigen mussten?*
SW: Ja, wir mussten uns ein ganz neues Kommunikationskonzept zu diesem speziellen Thema überlegen und haben schließlich persönliche Einladungen an die in Frage kommenden Mitarbeitenden verschickt, diese Maßnahme hat die Inanspruchnahme der Tests um fast 50 % erhöht. Außerdem müssen alle Gesundheitsaktionen in der BASF mit unserer Mitarbeitervertretung abgesprochen und geplant werden. Hier haben wir große Unterstützung und Vertrauen in unsere Arbeit erfahren. Auch die teilnehmenden Mitarbeitenden haben das Angebot einer Darmkrebsfrüherkennung am Arbeitsplatz positiv aufgenommen und waren bereit, uns etwaige Endoskopie-Befunde zur Auswertung zu überlassen. Das ist sicher eine Besonderheit des Settings in unserer Firma.

HF: *Können Sie uns einen Einblick in den Prozessablauf geben?*
SW: Wir haben uns entgegen anderen Unternehmen dazu entschieden, das Testmaterial und den begleitenden Fragebogen ausschließlich persönlich in unserer Ambulanz oder bei der arbeitsmedizinischen Untersuchung beim Betriebsarzt auszuhändigen, anstatt einen Brief und einen Stuhlbluttest an alle Mitarbeitenden zu verschicken. Durch dieses Vorgehen konnten die Mitarbeitenden uns Fragen zum Vorgehen und zum Thema Früherkennung stellen. Die Rücklaufquote der Testergebnisse betrug in etwa 80 %. Seit dem Jahr 2010 verwenden wir ausschließlich einen immunologischen Test zum Nachweis von Blut im Stuhl.

HF: *Wie viele Mitarbeitende haben das Angebot in Anspruch genommen?*
SW: Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten. Wir haben bis zur Corona-Pandemie jährlich etwa 4000 bis 6000 Tests auf verstecktes Blut im Stuhl auswerten können. Das entspricht einer Teilnahmequote von etwa 35 % der Zielgruppe (bei unseren Mitarbeitenden ab dem 45. Lebensjahr). Da es sich aber um ein kontinuierliches Programm handelt, und viele Mitarbeitende aufgrund unserer Angebote eine Darmspiegelung durchführen ließen, haben diese 4 bis 5 Jahre nach der Untersuchung keinen Test mehr benötigt. Daher liegt die tatsächliche Teilnahmequote am Darmkrebsfrüherkennungsprogramm sicherlich höher.

HF: *In wie viel Fällen war eine Folgebehandlung angezeigt?*
SW: Wir haben über die Jahre herausgefunden, dass etwa in 25 % der aufgrund unserer Empfehlung durchgeführten endoskopischen Untersuchungen ein pathologischer Befund vorlag. In vielen Fällen wurden gutartige Darmwandpolypen in gleicher Sitzung entfernt und wir haben pro Jahr zwischen zwei und fünf diagnostizierte Darmkrebserkrankungen, die in den meisten Fällen erfolgreich behandelt werden konnten.

HF: *Wie erfolgt die Übergabe an die niedergelassenen Behandler:innen?*
SW: Ein Grundprinzip unseres betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die präventive Beratung und die Möglichkeit der Früherkennung von Risikofaktoren bzw. Frühstadien von chronischen Erkrankungen. Bei entsprechenden Befunden empfehlen wir unseren Mitarbeitenden, ihre Haus- oder Facharzt:in aufzusuchen und stellen unsere Befundberichte schriftlich zur Verfügung. Eine weitergehende Diagnostik und Therapie erfolgt dann über die niedergelassenen ärztlichen Kolleg:innen.

HF: *Erhalten Sie Informationen über die durchgeführte Behandlung?*
SW: Ja, in den meisten Fällen vertrauen uns unsere Mitarbeitenden und senden die Ergebnisse der Diagnostik zu. Ich kann allerdings nicht sicherstellen, dass wir 100 % der Berichte externer Untersuchungen zugesandt bekommen. Hier steht die Freiwilligkeit der Entscheidung unserer Mitarbeitenden an erster Stelle.

HF: *20 Jahre Erfahrung zeigen, dass Sie den richtigen Weg gegangen sind. Was empfehlen Sie Unternehmen, die Darmkrebsscreening einführen möchten? Worauf sollten die Unternehmen achten?*
SW: Prinzipiell kann jedes Unternehmen seinen Mitarbeitenden ein Angebot zur Darmkrebsfrüherkennung machen. Es kommt immer darauf an, wie das Gesundheitsmanagement organisiert ist. Gesundheits-manager:innen haben andere Möglichkeiten als im Unternehmen angestellte oder beauftragte Betriebsärzt:innen. Auch gibt es Dienstleistende, die ein Darmkrebs-früherkennungsangebot als Gesundheitsaktivität aus einer Hand anbieten. Orientierend empfehle ich die Lektüre des Leitfadens zur „Betrieblichen Darmkrebsfrüherkennung", welcher von der Felix-Burda-Stiftung und der Stiftung LebensBlicke in Kooperation herausgegeben wurde. Das Wichtigste sind ein gut geplanter Prozess und ausreichende Informationen für Mitarbeitende, damit diese mit dem Testergebnis der Früherkennung nicht allein gelassen werden.

HF: *Im März waren Sie Referent bei der Fortbildungsveranstaltung „Darmkrebsprävention – ein Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements" für Ärzt:innen und Betriebsärzt:innen der Stiftung LebensBlicke. Warum ist die vernetzte Zusammenarbeit von Betriebsärzt:innen mit den niedergelassenen Behandler:innen für Sie wichtig?*
SW: Ich sehe die Betriebsärzt:innen hinsichtlich der präventiven Beratung und Screening-Untersuchungen zur Früherkennung von Erkrankungen in einer besonderen Position. Vermeintlich gesunde Mitarbeitende kommen regelmäßig zu Sprechstunden und zur arbeitsmedizinischen Vorsorge in unsere Praxis. Dort werden im Gespräch je nach Alter und Gesundheitszustand Präventionsmöglichkeiten besprochen und teilweise auch durchgeführt. Damit haben wir ein anderes Klientel als die Haus- und Fachärzt:innen, die in ers-

ter Linie für die Akutversorgung von Menschen mit Beschwerden und Erkrankungen aufgesucht werden. Wir können damit die Inanspruchnahme von Früh-erkennungsmaßnahmen in der gesunden Bevölkerung fördern. In vielen Fällen stellen wir Diagnosen schon vor dem Auftreten von Beschwerden und entdecken im Fall von Darmkrebs idealerweise schon Vorstufen und noch keine manifesten Erkrankungen. Bei frühzeitiger Diagnosestellung ist Darmkrebs zu mehr als 90 % heilbar.

HF: *Herzlichen Dank für dieses Gespräch und weiterhin viel Erfolg bei Ihrer wertvollen Arbeit für die Gesundheit der Belegschaft von BASF.*

Marburger Bund – Ärztemangel und Nachwuchssorgen | Krebsprävention in der Pandemie

Interview mit Dr. Susanne Johna, Bundesvorsitzende des Marburger Bundes



© Marburger Bund

▲ Dr. Susanne Johna

Zur Person: Dr. med. Susanne Johna ist seit 1991 approbierte Ärztin. Die Fachärztin für Innere Medizin verfügt auch über die Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene und einen Abschluss in Gesundheitsökonomie (EBS). Nach der Facharztweiterbildung in Osnabrück arbeitete Susanne Johna 14 Jahre als Oberärztin in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum in Wiesbaden, bevor sie 2015 als Oberärztin für Krankenhaushygiene nach Rüdesheim wechselte. Seit November 2019 ist sie Bundesvorsitzende des Marburger Bundes. Im Jahr 2016 wählte sie der Deutsche Ärztetag erstmals in den Vorstand der Bundesärztekammer; 2019 wurde sie in diesem Amt bestätigt.

Mit Dr. Susanna Johna (**SJ**) sprach Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke:

JFR: *Frau Johna, Sie sind seit zwei Jahren Vorsitzende des Marburger Bundes. Der Marburger Bund (MB) ist der Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. und damit ihr Berufsverband und ihre Fachgewerkschaft. Viele Leserinnen und Leser unserer Stiftungsseiten im Internet (www.lebensblicke.de) wissen wahrscheinlich nicht, zumindest nicht genau, wie viele Mitglieder der MB hat, wofür er steht und was er bewirken kann. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie das als Einleitung für unser Gespräch skizzieren könnten.*

SJ: Der Marburger Bund ist der größte Ärzteverband in Deutschland. Wir vertreten inzwischen 131.000 Mitglieder, angestellte Ärztinnen und Ärzte in allen Bereichen des Gesundheitswesens, vor allem in den Krankenhäusern. Im Unterschied zu anderen Verbänden sind wir auch Gewerkschaft, die einzige Ärztegewerkschaft in Deutschland. Wir verhandeln Tarifverträge mit nahezu allen Krankenhausträgern, auf Bundes- wie auf Landesebene. Als Berufsverband ist der Marburger Bund eine feste Größe in den Ärztekammern, oft auch die stärkste Fraktion in den Kammerversammlungen.

JFR: *Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Personalsituation in Krankenhäusern und Praxen, gerade auch in der Corona-Pandemie entwickelt?*

In der öffentlichen Debatte wird zumeist der Pflegefachkräftemangel thematisiert, ein Mangel an Ärztinnen/Ärzten im Krankenhaus nur selten angesprochen. Gibt es an der Front zu wenige Ärztinnen und Ärzte? Wenn ja, woran liegt das? Wo klemmt es ggfs. beim Nachwuchs?

SJ: Ja, das stimmt, der Pflegefachmangel steht in der öffentlichen Debatte stärker im Fokus. Die Probleme sind ja auch riesig. Die Personalengpässe im ärztlichen Dienst sind aber auch gravierend, nicht nur in strukturschwachen Regionen. Viele Defizite, teilweise auch die Unterbesetzung in der Pflege, werden von Ärztinnen und Ärzten durch Mehrarbeit und Überstunden aufgefangen. Das geht nicht mehr lange gut. Der Anteil derer, die ihre regelmäßige Wochenarbeitszeit reduzieren, steigt von Jahr zu Jahr. In unserer aktuellen Mitgliederbefragung MB-Monitor 2022 liegt er inzwischen bei 31 %, vor drei Jahren waren es noch 24 %, die einen Teilzeitvertrag hatten. Die Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich für ihre private Arbeitszeitreform, um zumindest einen Tag in der Woche sicher frei zu haben. Das zeigt, wie weit die tatsächlichen Arbeitszeiten von den gewünschten abweichen. Die jüngere Ärztegeneration legt deutlich mehr Wert auf eine vernünftige Work-Life-Balance. Darauf müssen sich Politik und Arbeitgeber einstellen. Denn Nachwuchsgewinnung wird das Thema der nächsten Jahre sein, wenn die Babyboomer-Generation nach und nach in den Ruhestand geht. Ohne einen deutlichen Ausbau an Medizinstudienplätzen werden wir auf Dauer die dadurch entstehenden Lücken in der Versorgung nicht kompensieren können.

JFR: *Wir erleben gerade, dass nach zweieinhalb Jahren Corona-Pandemie die Infektionszahlen jetzt auch bereits im Sommer deutlich ansteigen und zu erneuten Belastungssituationen in Krankenhäusern und sicher auch in Praxen führen könnten. Das lässt vermuten, dass uns ein „heißer Herbst/Winter" bevorsteht. Wir kennen die großen Probleme des Pflegepersonals auf Grund der sicher berechtigten medialen Aufmerksamkeit; wie haben aus Ihrer Sicht Ärztinnen und Ärzte diese Pandemie erlebt? Auch hier sind sicher Grenzen überschritten worden, die Frustrationstoleranz ist gesunken.*

SJ: Die Belastung der Ärztinnen und Ärzte in der Pandemie war hoch, nicht nur in der Krankenversorgung, auch in anderen Bereich, beispielsweise der Fortbildung. Noch nie müsste in so kurzer Zeit so viel zusätzliches Wissen um eine Infektionskrankheit vermittelt und verarbeitet werden. Prozesse mussten immer wieder umstrukturiert, Schutzmaßnahmen angepasst und Kapazitäten neu definiert werden. Diese Umstellungen gingen mit zusätzlichen Belastungen einher. Gleichzeitig erhöhte sich der ökonomische Druck durch die Geschäftsführungen, weil durch Corona weniger Operationen als zuvor stattfinden konnten. In einer Reihe von Kliniken sind deswegen sogar Arztstellen abgebaut worden, was zu noch größerer Arbeitsverdichtung bei den verbleibenden Kolleginnen und Kollegen geführt hat. Nach unserem MB-Monitor 2022 sind vor allem in privaten Krankenhäusern Stellen abgebaut worden. Daraus wird deutlich, wie wenig Anerkennung und Wertschätzung manche Träger ihren Leistungsträgerinnen und Leistungsträgern entgegenbringen. Die Politik hat sich in diesen Kanon eingereiht, als sie sich ganz bewusst gegen eine Corona-Prämie für besonders belastete Ärztinnen und Ärzte entschieden hat. Das betrachten viele unserer Mitglieder mit Recht als Affront und Geringschätzung ihrer Arbeit.

JFR: *Daten der Bundesärztekammer machen deutlich, dass sich nicht nur in der Corona-Pandemie, sondern grundsätzlich eine Arbeitsverdichtung der Ärztinnen und Ärzte mit der Folge der Überlastung entwickelt hat. Befragungen unter jungen Medizinerinnen und Medizinern sprechen Bände! Entlastung durch Bürokratieabbau (z. B. Digitalisierung) allein reicht sicher nicht. Wie kann da sinnvoll gegengesteuert werden?*

SJ: Bürokratieabbau wäre das Gebot der Stunde, aber leider ist das Gegenteil derzeit der Fall. In einer Zeit, in der Stationen wegen fehlenden Personals verkleinert und Patienten abbestellt werden müssen, verbringen Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt etwa drei Stunden täglich mit Dokumentation und Datenerfassung. Dringend notwendig ist ein Art Realitätscheck bzw. eine Inventur der verschiedenen Vorgaben. Die Politik muss sich ein konkretes Bild davon machen, welcher Aufwand durch die Anforderungen der Kostenträger entstehen. Immerhin hat der Gemeinsame Bundesausschuss ja eine Überprüfung seiner Vorgaben zur Qualitätssicherung zugesagt. Das ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. So wie es jetzt läuft, darf es nicht weitergehen. Im Jahr 2019 sind für den Bundesdatenpool zur Qualitätssicherung knapp 2,4 Mio. Datensätze übermittelt worden. Für viele dieser Qualitätssicherungsinstrumente fehlt allerdings jeder Beleg, dass die Patienten tatsächlich davon profitieren. Vieles ist schlicht überflüssig und geht auf Kosten der Zeit für Patienten. Wir brauchen mehr Zeit für internes Qualitätsmanagement, um Abläufe im Sinne der Patientensicherheit zu verbessern. Ein immenser Teil der Bürokratie hat nichts mit Qualitätssicherung zu tun, sondern dient nur der Absicherung von Abrechnungen, weil hierfür zahllose Codes für Zu- oder Abschläge dokumentiert werden müssen – jede zusätzliche Nebendiagnose muss festgehalten werden. Das ist schlicht Wahnsinn. Wir brauchen dringend Entlastung, beispielsweise durch Stationssekretariate oder entsprechend ausgebildetes Fachpersonal. Ärztinnen und Ärzte müssen sich wieder auf den Kernbereich ihrer Tätigkeit konzentrieren können: die Versorgung von Patientinnen und Patienten.

JFR: *Sind z. B. interprofessionelle Zusammenarbeit und Teamarbeit auch gute Ansätze?*

SJ: Ja, absolut. Gute Teamarbeit ist elementar für eine motivierende Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen. Jeder hat ja seine Aufgabe im Team. Gemeinsam können alle Beteiligten ihre Kompetenzen einbringen und ihren Beitrag leisten, die Patientenversorgung so gut und effizient wie möglich zu gestalten.

JFR: *Hat die COVID-19-Pandemie mit vielerorts fast einseitig mit infektiösen Patientinnen/Patienten belegten Kliniken die Aus- und Weiterbildungssituation beeinträchtigt? Wie könnte ggfs. Abhilfe geschaffen werden?*

SJ: Gerade in der Zeit, in der planbare Eingriffe zurückgestellt werden mussten, gab es demzufolge auch weniger Möglichkeiten für junge Ärztinnen und Ärzte, ihre operativen Fähigkeiten zu entwickeln. Das hat sie zeitweilig in der Weiterbildung zurückgeworfen. Gleichzeitig hat der pandemiebedingte Einsatz in anderen Fachbereichen ihnen die Möglichkeit gegeben, über den eigenen Tellerrand hinaus zu schauen und dazu zu lernen. In Phasen der gerin-

geren Belegung durch infektiöse Patienten konnten dann auch die meisten verschobenen Eingriffe nachgeholt werden.

JFR: *Leider fehlen nicht nur in manchen gesundheitspolitischen Bereichen klassische „Vorausdenker/Visionäre". Jahrelang hieß es, wir haben zu viele Ärztinnen/Ärzte; jetzt merken wir, dass wir mit dem vorhandenen und dem zu erwartenden ärztlichen Personal nicht auskommen werden. Diskutiert werden Anwerbung von qualifiziertem Nachwuchs aus der EU und auch aus außereuropäischen Ländern (allerdings nicht auf Kosten der Versorgungssituation in deren Herkunftsländern), neue Ausbildungsplätze in Universitäten und Unterstützung von MVZs, um die Versorgung auf dem Land besser vorzubereiten. Wie sehen Sie die derzeitige Situation?*
SJ: Wir steuern schon jetzt auf einen zunehmenden Fachkräftemangel zu. Durch die Ruhestandswelle der Babyboomer wird sich der Ersatzbedarf noch weiter vergrößern. Natürlich helfen uns mehr Medizinstudienplätze nicht akut, um die Personalprobleme zu lösen, ohne zusätzliche Anstrengungen in diesem Bereich bekommen wir auf Dauer aber erhebliche Schwierigkeiten in der Versorgung. Dafür braucht es keine besonderen Prognosefähigkeiten, die Zahlen liegen längst auf dem Tisch. Wir weisen seit vielen Jahren darauf hin. Die Politik macht sich aber einen schlanken Fuß und scheut die zusätzlichen Kosten.

JFR: *Welche Voraussetzungen müssen ausländische Kolleginnen/Kollegen haben, um hier ärztlich tätig werden zu können? Wer prüft die Zeugnisse bzw. die Qualifikation? Nach eigener Erfahrung auch in der Familie wird gerade in operativen Fächern nicht unbedingt auf einen guten Spracherwerb geachtet. Es gibt an manchen Kliniken mehrheitlich Ärzte, die z. T. schon seit Jahren dort sind, aber nur sehr lückenhaft Deutsch sprechen. Müsste nicht gerade die Sprache in erster Linie eine conditio sine qua non für Ärztinnen/Ärzte sein (Anamnese!)?*
SJ: Ja, selbstverständlich. Kommunikation ist in unserem Beruf essenziell. Da darf es keine Abstriche geben. Fachsprachkenntnisse auf dem Niveau C1 werden aber geprüft und sind auch Voraussetzung für eine vorübergehende Berufserlaubnis. Die meisten dieser Prüfungen werden von den Ärztekammern durchgeführt, die auch über die Durchfallquoten regelmäßig informieren. Ganz unabhängig davon, ist natürlich jeder und jede aufgefordert, ihre Sprachkenntnisse ständig zu verbessern, damit es sowohl in der Verständigung mit den Kolleginnen und Kollegen klappt und erst recht mit den Patientinnen und Patienten. Das erfordert von den Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland, ohne die wir die Versorgung schon lange nicht mehr sicherstellen könnten, einen hohen Einsatz.

JFR: *An vielen Universitäten studieren inzwischen signifikant mehr Frauen als Männer Medizin. Ein Grund könnten die in der Regel besseren Abiturnoten der jungen Frauen und damit ein besserer Zugang zum Numerus Clausus Fach Medizin sein. Ist die Abiturnote ein guter und ausschlagender Parameter für den Zugang zum Medizinstudium? Sollte und müsste eine fachliche Eignung vorher nicht durch zusätzliche Qualitätsmerkmale wie z. B. Empathie, Zuwendung zu und Umgang mit kranken Menschen, Belastbarkeit (Praktikum vor Studium?) geprüft werden?*
SJ: Die Abiturnote ist erwiesenermaßen ein guter Parameter dafür, wer später erfolgreich das Medizinstudium absolviert, das sagt aber natürlich nichts aus über beispielsweise Kommunikationsstärken, Empathie oder Teamfähigkeit. Die Unis haben schon jetzt weitere Möglichkeiten, die Eignung von Bewerberinnen und Bewerbern festzustellen. Von solchen zusätzlichen Auswahlverfahren machen sie aber häufig wegen des damit verbundenen Zeitaufwands und der Kosten nicht Gebrauch. Das ist schlecht für diejenigen, die nicht zu den Einser-Abiturienten gehören, trotzdem ein ganz gutes Abitur vorweisen können und über Fähigkeiten verfügen, die eine Eignung fürs Studium erkennen lassen. Wer sich nicht ganz sicher ist, ob die Medizin das richtige für ihn oder sie ist, kann ein Praktikum absolvieren. Dann wird sehr viel klarer, ob man mit kranken Menschen arbeiten kann und ob das genau der Beruf ist, den man sich vorgestellt hat.

JFR: *Wir haben erlebt, dass in der Corona-Pandemie die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie zum Beispiel für den Brust- und den Darmkrebs aus vielen Gründen (Angst vor Ansteckung, Hygiene, Notwendigkeit) deutlich zurückgegangen ist. Sie hat sich in einigen Bereichen erholt, ist aber noch nicht überall zur Norm zurückgekehrt. Das DKFZ (Prof. Baumann) hat schon vor anderthalb Jahren vor schweren onkologischen Kollateralschäden gewarnt. Sehen Sie gerade für im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte die Chance und die Notwendigkeit, Menschen unabhängig von ihrer augenblicklichen Erkrankung auf Vorsorgeuntersuchungen für sich selbst und für ihre Angehörigen hinzuweisen?*
SJ: Patienten kommen mit akuten Beschwerden und Problemen in die Klinik. Da geht es erst einmal um andere Dinge. Ich glaube, dass viele Patienten in so einer Lage kein Ohr für konkrete Präventionsthemen haben, die mit ihrer aktuellen Situation nichts zu tun haben. Unabhängig davon sollten wir als Ärztinnen und Ärzte uns dort, wo sich Möglichkeiten bieten, aktiv an Informationskampagnen beteiligen, um die Vorsorge voranzubringen. Prävention von Erkrankungen, bessere Kenntnisse über eine gesunde Lebensweise sind essenziell. Hier wird noch viel zu wenig investiert. Der zusätzliche Aufwand von Prävention zahlt sich mehrfach aus, wenn auch erst nach einigen Jahren.

JFR: *Mit dem neuen Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz KFRG, an dessen Entstehung die Stiftung LebensBlicke maßgeblichen Anteil hatte, ist zwar ein Paradigmenwechsel eingetreten. Das seit 2019 gültige Einladungsverfahren hat aber noch nicht den Beweis erbracht, dass sich dadurch die Teilnahmeraten deutlich steigern lassen. Wo sehen Sie in Ihrem Verband Möglichkeiten und Chancen, durch mediale wie öffentliche Aktivitäten das Bewusstsein der Bevölkerung für die eigenverantwortliche Vorsorge zu stärken. Wir wissen, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nicht sehr hoch ist; das müsste uns ein Ansporn sein.*
SJ: Die Steigerung der Gesundheitskompetenz muss schon im Schulalter beginnen. Die Wissensvermittlung über Funktionen des eigenen Körpers kommt im normalen Schulunterricht zu kurz. Ein sehr erfolgreiches Projekt wie „Gesund macht Schule" der Ärztekammer Nordrhein hat da Vorbildcharakter. Die Grundschulen brauchen kompetente Unterstützung durch entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte. Allein lässt sich diese Aufgabe nicht stemmen. Die Politik muss das aktiv unterstützen. Wir müssen gerade Menschen mit geringen Einkommen viel stärker noch für Prä-

vention erreichen. Die Kampagne für die Corona-Schutzimpfung hat gezeigt, dass die Informationen häufig nicht zielgruppengerecht sind.

JFR: *Abschließend erlaube ich mir die Frage, welches Ziel Sie sich für Ihre Amtszeit für gesetzt haben. Was möchten und was könnten Sie erreichen?*
SJ: Wir machen im Marburger Bund viel „Vorfeldarbeit" in unseren Gremien, so auch im neunköpfigen Bundesvorstand. Diese inhaltliche Arbeit zeichnet uns als Verband aus. Ich glaube, es ist in den vergangenen zweieinhalb Jahren gelungen, entsprechende Akzente zu setzen, die auch in der Politik wahrgenommen worden sind. Ich denke da an unsere Vorschläge zur Reform der Notfallversorgung oder unsere Ideen zur Strukturreform der Krankenhäuser. Wir finden mit vielem, was wir gemeinsam erarbeitet haben, Gehör in Politik und Öffentlichkeit. Zugleich sind wir ja auch Gewerkschaft. Tarifpolitik ist zweifellos ein schwieriges Geschäft. Aber dank unserer Mitglieder und ihrer Bereitschaft, sich für ihre Belange auch einzusetzen, kommen wir voran und können so die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern für Ärztinnen und Ärzte Schritt für Schritt verbessern.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses offene und konstruktive Interview!*

Apotheker im Blickfeld – zusätzliche Rolle bei der Patientenversorgung?

Interview mit Thomas Preis, Apotheker und Vorsitzender des Apothekerverbandes Nordrhein e. V.



© AVNR

▲ Thomas Preis

Zur Person: Thomas Preis, Vorsitzender des Vorstandes Apothekerverband Nordrhein e. V., geboren am 22. Januar 1959, studierte Pharmazie in Düsseldorf. Seit 1990 leitet er die Alpha-Apotheke OHG in Köln. Berufsständisch ist er seit 1995 engagiert, und dabei seit 1999 Vorsitzender des Apothekerverbandes Nordrhein e. V. Er ist auch Mitglied im Gesamtvorstand der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) und des Deutschen Apothekerverbandes (DAV), darüber hinaus stellvertretender Vorsitzender des Verbandes Freie Berufe im Lande Nordrhein-Westfalen (VFB NW) und Aufsichtsrats-vorsitzender des standeseigenen Rechenzentrums, der ARZ Haan AG.

Mit Thomas Preis (**TP**) sprach Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke:

JFR: *Wir haben uns vor vielen Jahren in einer Zeit kennengelernt, als die Darmkrebsfrüherkennung noch ganz in den Anfängen steckte. Der Hämoccult-Test war in ersten größeren Serien als tauglich für Reihenuntersuchungen etabliert worden. Was hat Sie seinerzeit als Apotheker bewogen, sich auf diesem Gebiet zu engagieren?*
TP: Durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen können zahlreiche Darmkrebserkrankungen schon früh erkannt werden. Schwere Verläufe schlimmstenfalls auch mit Todesfolge könnten so verhindert werden. Die Apotheken sind sehr gut geeignet, im persönlichen Beratungsgespräch auf die Darmkrebsfrüherkennung hinzuweisen.

JFR: *Können Sie sich noch an Aktionen erinnern, die Sie bzw. wir gemeinsam durchgeführt haben?*
TP: Ja. Ich habe mir die damaligen Pressemeldungen und Plakate noch einmal im Pressearchiv unseres Verbandes angeschaut. Im März 2010 haben wir gemeinsam – Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Stiftung Lebensblicke und der Apothekerverband – mit über 12.000 Arztpraxen und allen etwa 2500 Apotheken an Rhein und Ruhr diese Aktion umgesetzt.

JFR: *In den letzten zwei Jahrzehnten ist viel Bewegung in die Darmkrebsprävention gekommen, gerade auch durch die Stiftung Lebens-Blicke. Das hat zu deutlichen Verbesserungen wie zum Beispiel der Umstellung auf den immunologischen Stuhltest und zum Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz KFRG geführt. Es sieht jetzt eine Einladung zur Vorsorge für die Versicherten vor. Nehmen Sie in Ihrem Umfeld diese Verbesserungen z. B. bei Gesprächen mit Patienten oder Kunden wahr?*
TP: Ich glaube, da ist noch viel Luft nach oben. Es gibt leider immer noch zu viel Menschen, die noch nicht wissen, dass man ab 50 solche Untersuchungen machen sollte und sie auch noch von den Krankenkassen bezahlt werden.

JFR: *Sind Sie im Zusammenhang mit der Darmkrebs-prävention schon einmal auf die Stiftung Lebens-Blicke angesprochen worden? Was nehmen Sie in Apothekerkreisen von den Aktivitäten der Stiftung wahr?*
TP: Auch hier sollten wir noch einmal verstärkt in die Öffentlichkeit gehen. Vorbildliche Initiativen wie die Stiftung Lebensblicke müssen noch besser bekannt werden.

JFR: *Apotheker haben schon immer auf Vorsorgeangebote aufmerksam gemacht. In letzter Zeit hat es Schlagzeilen für den Vorschlag gegeben, dass Apotheker auch andere, vergütete Beratungsleistungen übernehmen sollten. Erklären Sie bitte, wie es dazu kam und was die Apothekerschaft bewogen hat, sich zusätzlich auf dieses Minenfeld zu begeben?*
TP: Die Politik hat erkannt, dass die Menschen Apothekerinnen und Apothekern sehr viel Vertrauen entgegenbringen. Apotheken sind niedrigschwellig erreichbar und aufgrund ihrer fachlichen Expertise hervorragend geeignet, über ihre Kernaufgabe der Arzneimittelversorgung hinaus weitere Gesundheitsdienstleistungen qualitätsgesichert durchführen zu können. Neben Grippe- und Coronaimpfungen haben Patienten seit Juni dieses Jahres die Möglichkeit, zusätzlich von fünf neuen pharmazeutischen Dienstleistungen zu profitieren.

JFR: *Welche Beratungsleistungen bzw. Leistungen überhaupt werden das sein? Könnten das z. B. Medikationsanalysen sein?*
TP: Ja, die erweiterte Medikationsanalyse für alle Patienten, die regelmäßig mehr als fünf Arzneimittel anwenden, ist eine dieser Dienstleistungen. Dazu kommt noch die fachkundige Einweisung von Asthmatikern in die richtige Anwendung von Devices, die einmal jährliches Beratung von Hochdruckpatienten mit einer qualifizierten Überprüfung des Blutdrucks. Zusätzlich können Patienten mit Organtransplantationen und Patienten, die mit oral einzunehmenden Tumortherapeutika behandelt werden, von einem intensivierten Medikationsmanagement profitieren. Besonders beim letzten Thema ergibt sich eine Verbindung zur Stiftung Lebensblicke.

JFR: *Wie bereiten sich die Pharmazeuten darauf vor, wie sehen Sie die Ausgestaltung vor Ort und wie die Übernahme der Verantwortung für mögliche rechtliche Konsequenzen aus einer solchen Leistung?*
TP: Medikationsmanagement und -analyse sind seit Jahren ein zentraler Schwerpunkt in der universitären Ausbildung von Apothekerinnen und Apothekern, genauso wie Pharmakologie und natürlich das fundierte pharmazeutische Wissen zu Arzneimitteln.

JFR: *Das Thema der Versandhändler ist sicher nicht einfach für Sie. Inwieweit hat diese Form der Öffnung des Marktes die Apothekenlandschaft verändert?*
TP: Das ist wirklich nicht einfach. Denn durch den Versand von Medikamenten, insbesondere auch aus dem Ausland, werden Apotheken wirtschaftlich geschwächt. Wir brauchen aber für unsere Apotheken eine ausreichende Wirtschaftskraft, um die Menschen sicher vor Ort versorgen zu können. Denn eine sichere Arzneimittelversorgung ist ohne die Präsenz-Apotheke gar nicht darstellbar. Man denke nur an die Sofort-Versorgung bei akuten Erkrankungen oder den Nacht- und Notdienst. Außerdem ist Arzneimittel- und Gesundheitsversorgung etwas sehr persönliches. Und dafür braucht man das vertrauensvolle Gespräch mit dem Apotheker – genauso wie den persönlichen Kontakt zum Arzt.

JFR: *Werden online Angebote auch für die Apotheke „vor Ort" zunehmen, und welchen Einfluss hat die Digitalisierung auf Ihre Berufsgruppe? Gibt es von Seiten der Apothekerschaft möglicherweise eine Gegenoffensive?*
TP: Die Apotheken sind schon seit Jahren komplett digitalisiert. Jüngstes Beispiel dafür ist der Start des E-Rezeptes zum 1. September. Alle 18.000 Apotheken bundesweit sind pünktlich zum Start „E-Rezept ready" und können E-Rezepte annehmen und verarbeiten. Dadurch bieten wir Patienten und Kunden weiterhin eine bestmögliche Arzneimittelversorgung und den Ärzten, die jetzt auch schon E-Rezepte ausstellen wollen, die Sicherheit, dass ihre Patienten auch im Zeitalter des E-Rezeptes durch ihre Apotheke vor Ort sicher und unverzüglich versorgt werden.

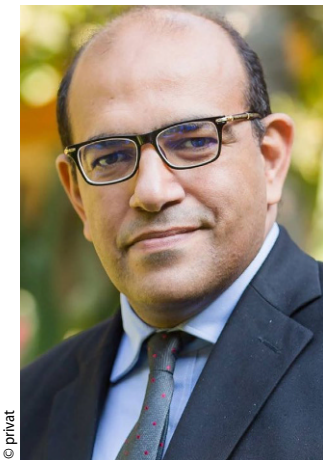
JFR: *Wie sehen Sie heute die Darmkrebsprävention? Realisieren Sie in Ihrer täglichen Praxis etwas von Erfolgen? Sprechen Sie die Menschen nach wie vor in der Apotheke auf Präventionsleistungen an?*
TP: Das könnte noch stärker stattfinden. Deshalb sollten wir die Patienten noch intensiver auf die Möglichkeiten von Früherkennungsuntersuchungen aufmerksam machen. Das könnte auch ein wichtiges Thema für eine weitere Pharmazeutische Dienstleistung sein. Denn es gibt noch zu viele Menschen, die Früherkennungsmaßnahmen nicht wahrnehmen.

JFR: *Was könnten wir ggfs. wieder einmal gemeinsam tun, um die derzeit nur moderaten Teilnaheraten an der Darmkrebsprävention signifikant zu verbessern?*
TP: Es wäre zielführend, noch einmal eine gemeinsame Informationskampagne zu starten. Wie bereits oben dargestellt, wäre das ein Thema für eine weitere pharmazeutische Dienstleistung, um noch mehr Menschen von der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen zu überzeugen. Und in den Apotheken erreichen wir alle Menschen in unserem Lande sehr gut. Statistisch gesehen ist nämlich jeder Bundesbürger zumindest einmal im Monat in einer öffentlichen Apotheke. Diese Chance sollten wir nutzen.

Herzlichen Dank für dieses aufschlussreiche Gespräch und viel Erfolg für Ihre weiteren Aktivitäten!

Vom DAAD-Stipendiaten zum klinisch-wissenschaftlichen Experten

Interview mit Prof. Dr. Mohamed AlSenbesy, Associate Professor of Internal Medicine & Hepato-Gastroenterology, Arabian Gulf University (AGU), Bahrain



© privat

▲ Prof. Dr. Mohamed AlSenbesy

Zur Person: House Officer in Ain-Shams University Hospitals (Mar, 1994–Feb. 1995), Resident at the Internal Medicine Department, Sohag University Hospital (1995–1999), Assistant Lecturer of internal Medicine Department, Sohag University (Dec. 1999–Feb. 2008), Visitor Doctor & Researcher at the Gastroenterology and Hepatology Department in Ludwigshafen, Germany – Academic Teaching Hospital of Mainz Uni (01.10.2001–30.09.2003), Lecturer of Internal Medicine – Sohag University (2008–2010), Lecturer & consultant of Internal Medicine- South Valley University (SVU) (since 2010–2013), Assistant Prof. & consultant of Internal Medicine – SVU (2013– 2018), post-doctor clinical research at the Hepatology Department – Würzburg University Hospital, Germany (June 2018–February 2019) NAFLD & Elastometry. Associate Prof of Internal Medicine & Gastroenterology. Arabian Gulf University (AGU), Bahrain (Oct 2018 till now), Consultant of Internal Medicine – King Abdulla University Medical Center, Manama Bahrain (2020 till now). Prof of Internal Medicine since June 2022.

Mit Prof. Dr. Mohamed AlSenbesy (**MA**) sprach Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke:

JFR: *Sie haben eine bemerkenswerte Karriere gemacht und sind inzwischen ein renommierter Gastroenterologe nicht nur in Ägypten. Eine Ihrer Ausbildungsstätten hat Sie vor Jahren auch nach Deutschland geführt, so auch an die Medizinische Klinik C des Klinikums Ludwigshafen. Was hat Sie seinerzeit veranlasst, sich gerade dort zu bewerben?*

MA: Als Thema meiner Doktorarbeit habe ich die Photodynamische Therapie (PDT) gewählt. Ich hatte intensiven Kontakt mit der Charité in Berlin und dem Klinikum in Ludwigshafen als zwei bekannte Zentren mit großer Erfahrung auf diesem Gebiet, und beide begrüßten meinen Aufenthalt und die Forschung mit ihnen für ein bis zwei Jahre. Schließlich entschied ich mich für Ludwigshafen, da ich dachte, dass ich an weniger belebten Orten mit besseren Chancen willkommener sein könnte. Meine Idee hat sich unter der kompetenten und freundlichen Leitung von Ihnen, lieber Herr Professor Riemann, als richtig erwiesen.

JFR: *Der Deutsche Akademische Austauschdienst DAAD hat viele Stipendiatinnen und Stipendiaten in Deutschland unterstützt. Wer hat Sie auf die Idee gebracht, sich beim DAAD um ein Stipendium zu bewerben?*

MA: Der DAAD ist seit 1960 in Kairo aktiv. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die erste Auslandsfiliale des DAAD in London und gleich danach in Kairo gegründet. Der DAAD ist in Ägypten für sein wunderschönes Gebäude auf der Zamalek-Insel in Kairo bekannt und spielt darüber hinaus eine wichtige Rolle beim Aufbau akademischer und kultureller Beziehungen zwischen unseren beiden Ländern.

JFR: *Was waren die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse, die Sie aus ihrer Tätigkeit in Ludwigshafen mitgenommen haben?*

MA: Endoskopie und PDT zu lernen gehörte zu den wichtigsten Zielen meiner Mission in Deutschland. Darüber hinaus begann meine internationale Forschungskarriere als ich nach einem Jahr meines Aufenthalts in Ludwigshafen präliminäre Ergebnisse meiner PDT-Arbeit während der GARPS-Tagung 2002 vorgestellt habe (Gastroenterologische Arbeitsgemeinschaft Rheinland Pfalz Saarland). Ich kann diesen Moment nicht vergessen, als ich mir sagte, ich muss es tun, auch mit meiner gebrochen deutschen Sprache; dann erklärten Sie, lieber Professor Riemann dem Komitee freundlicherweise meine Situation als Gastarzt und alles lief erfolgreich. Sowohl klinische als auch wissenschaftliche Erfahrungen, die ich in Ludwigshafen sammeln konnte, waren der Grundstein für meine zukünftige Karriere.

JFR: *Sie haben sehr bald wichtige Positionen in Kairo übernommen. Lassen Sie uns bitte wissen, wie dort Ihre weitere Entwicklung verlaufen ist.*

MA: Nach meiner Zeit in Deutschland nahm ich meine Tätigkeit als Assistant Lecturer an der Sohag University (470 km südlich von Kairo) wieder auf und hatte 2008 den Titel Dozent bekommen. 2010 wechselte ich weiter in den Süden an die South Valley University (SVU) in Qena, wo ich 2013 den Titel eines Assistenzprofessors erhielt. Ein Jahr später leitete ich das Programm „DAAD-Botschafter", um die akademischen Beziehungen zwischen der SVU und deutschen Universitäten zu entwickeln. Mit Hilfe des DAAD Kairo haben wir mehrere Seminare, Vorträge und Workshops abgehalten. Ziel war es, die jungen Forscherinnen und Forscher der SVU in das akademische Feld der deutschen Universitäten einzuführen, und ich kenne einige von ihnen, die ihr Aufbaustudium in Deutschland absolviert haben – oder noch dort im Einsatz sind- als Indikator für die Effizienz des Programms. Schließlich hat das Nationale Komitee für Lehrstühle und wissenschaftliche Begutachtungen im vergangenen Juni meine akademische und Forschungsarbeit für den Titel Full Professor angenommen

JFR: *Wo und mit welchen Themen haben Sie Ihre weitere akademische Laufbahn fortgesetzt? Wo haben Sie sich habilitiert mit welchem Thema?*

MA: „PDT versus Argon Plasma Koagulation (APC) beim Barrett's Ösophagus" war mein Thema, und habe ich mich an der Sohag Universität habilitiert.

JFR: *Welche klinisch-wissenschaftlichen Schwerpunkte haben Sie an Ihren neuen Wirkungsstätten setzen können?*
MA: Ich habe in der Abteilung für Innere Medizin in Sohag mit verschiedenen Patienten aus allen medizinischen Subspezialitäten gearbeitet. Außerdem haben wir auf der Endoskopie-Station viele Komplikationen der Leberzirrhose auf dem Boden von Hep C und früherer Bilharziose mit fast täglich Varizenblutungen behandelt. Seit 2011 leite ich die Endoskopie-Abteilung im SVU-Uniklinikum, und 2014 hat das große Hep-C-Behandlungsprogramm in Ägypten angefangen. Ich hatte ein kurzes ehrenamtliches klinisches Fellowship am Royal Free Hospital in London 2015, wo ich mit Fibroscan gearbeitet habe. Kurz bevor ich nach Bahrain kam, hatte ich einen wissenschaftlichen Einsatz in Würzburg, wo ich mit Kollegen die Daten von Fettleberpatienten analysierte und die interessanten Ergebnisse in der deutschen Zeitschrift für Gastroenterologie veröffentlichen konnte.

JFR: *Ägypten hat als islamisches Land ja nicht nur eine andere Bevölkerungs-, sondern auch eine andere Gesundheitsstruktur sowie andere kulturelle Hintergründe. Wie sieht die Gesundheitsversorgung im Verhältnis zu Europa aus? Was ist besser? Was könnte besser sein?*
MA: Das Gesundheitssystem in Ägypten weist noch einige Aspekte der sozialistischen Ära von Mitte der 1970er Jahre auf. In staatlichen Krankenhäusern ist der Service kostenlos und logischerweise nicht optimal. Dennoch sind z. B. Herzoperationen ohne finanzielle Belastung für Patienten in armen Dörfern eine Überlegung wert. Auf der anderen Seite braucht das Krankenversicherungssystem eine radikale Verbesserung und moderne Reformen.

JFR: *Die Darmkrebsvorsorge ist ein weltweites Anliegen. Darmkrebs spielt sicher auch in Ägypten eine wesentliche Rolle. Wie sehen Sie die Aufgaben, die im Sinne der Prävention auf Sie zukommen und was konnten Sie bisher umsetzen?*
MA: Obwohl einige Studien bemerkenswerte rote Anzeichen zeigten, ist die Darmkrebsvorsorge in Ägypten leider noch nicht vollständig entwickelt. 14 % aller Koloskopien haben positive Zeichen für Darmkrebs auch bei jungen Patienten. Eine der LebensBlicke in Deutschland entsprechende Idee wäre relevant und notwendig in Ägypten und der ganzen Region. Gerne nehme ich an gemeinsamen Programmen in Kooperation mit der Stiftung LebensBlicke teil.

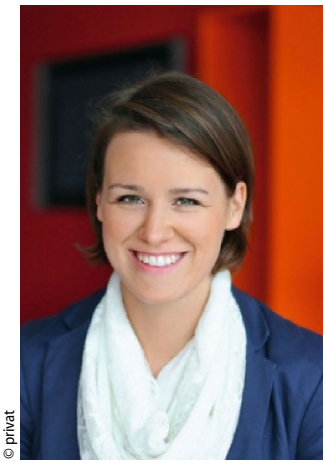
JFR: *Sie sind zuletzt auch in Bahrain tätig geworden. Wie ist es zu dieser Ausweitung Ihrer Tätigkeiten gekommen und was hat Sie bewogen, auch dort mitzuwirken?*
MA: Bahrain ist eine ruhige Insel mit etwa 1,2 Millionen Einwohnern. sie kann man nicht mit ca. 15 Millionen in Kairo vergleichen, die am Tag in der Stadt aktiv sind. Das Königreich Bahrain ist ein arabisch-islamisches Land mit orientalischen Traditionen. Darüber hinaus ist es bemerkenswert liberal mit einer gemeinsamen Kultur der Inseln, die freundlich zu ihren Gästen ist. Auch ein gutes Gehalt in einem steuerfreien Land war ein sehr attraktiver Faktor, dort eine neue berufliche Phase einzuleiten.

JFR: *Was würden Sie heute als Ihre wichtigsten Entwicklungsschritte Ihrer beruflichen Laufbahn bezeichnen?*
MA: Mein Forschungsaufenthalt in Ludwigshafen im Rahmen eines DAAD-Stipendiums war der goldene Start meiner Karriere. Dies hat bereits meine anfängliche akademische Arbeit an den Universitäten Sohag und Qena in Ägypten gestärkt. Das Erlernen der Endoskopie und anderer spezieller Verfahren, z. B. PDT und Fibroscan, waren Grundlagen für meine spätere klinische Erfahrung. Das praktische Leben und der Beruf sollen nicht ausschließlich alles sein, auch Familie ist sehr wichtig. Ich habe mit meiner Frau eine Tochter, die die Zeit zwischen ihrem ersten und zweiten Geburtstag bei uns in Ludwigshafen verbracht hat. Aktuell studiert sie im vorletzten Semester Medien und Spanische Sprachen. Die Präsentation von Vorträgen und die Teilnahme an mindestens über 100 internationalen Konferenzen waren auch Gelegenheiten, verschiedene Kulturen und Länder kennenzulernen, die meiner Meinung nach für das Verständnis verschiedener Welten äußerst wichtig sind. Die deutsche Sprache war für mich am Anfang ein Hindernis, aber die Arbeit mit den Patienten in Ludwigshafen war ein großer Faktor für schnelle Fortschritte.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses konstruktive Interview*

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist eine politische Aufgabe

Interview mit Dr. Hanna Lütke Lanfer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG4 Prävention und Gesundheitsförderung



© privat

▲ Dr. Hanna Lütke Lanfer

Zur Person: Hanna Lütke Lanfer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und beschäftigt sich mit zielgruppenorientierter Gesundheitskommunikation. Sie ist derzeit in einem Forschungsprojekt zur Entwicklung digitaler Angebote und eines Live-Chats zu familiärem Krebsrisiko in Zusammenarbeit mit dem Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums und der Patientengruppe BRCA-Netzwerk beschäftigt.

Zuvor promovierte sie an der Universität Erfurt zu den Bedingungen und Anforderungen für Gesundheitskommunikationskampagnen in ressourcenarmen Kontexten.

Mit Frau Dr. Lütke Lanfer **(HLL)** sprach Prof. Dr. J. F. Riemann **(JFR)**, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

JFR: *Das interdisziplinäre Zentrum für Gesundheits-kompetenzforschung in Bielefeld hat in einer großen Studie 2021 (Schaeffer D et al.) festgestellt, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland sich verschlechtert hat und in der Corona Pandemie nur gering angestiegen ist. Was sind die Ursachen für dieses eher schlechte Ergebnis?*

HLL: Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass ich die Studie zwar kenne, aber nicht an ihr beteiligt war und daher nur bedingt Aussagen treffen kann. Zudem beschäftige ich mich in meiner Arbeit hauptsächlich mit (strategischer) Gesundheitskommunikation, die zum Ziel hat, zielgruppen-orientierte Gesundheitsinformationen zu entwickeln. Dabei spielt die Gesundheitskompetenz der Zielgruppe eine Rolle, jedoch nicht nur.

Nun zurück zur Frage. Das Gesundheitssystem und unsere Informationssysteme haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten stark verändert und sind komplexer geworden. Denken wir allein an die Digitalisierung und die damit einhergegangene Veränderung der Informationsdistribution und -suche. Die große Menge gesundheitlicher Informationen mit unterschiedlicher Qualität und Wahrheitsgehalt, mit denen Suchende im Internet konfrontiert werden, machen die Suche und Beurteilung nach verlässlichen, evidenzbasierten und verständlichen Informationen herausfordernd und für viele Teile der Bevölkerung sogar überfordernd. Ich sehe die Ursachen und Verantwortung für unzureichende Gesundheitskompetenz also eher in den Strukturen als in bestimmten Gruppen der Bevölkerung, denen diese nachgewiesen wird.

JFR: *Können Sie uns erklären, was wir unter Gesundheitskompetenz zu verstehen haben?*

HLL: Eine gängige Definition von Gesundheitskompetenz nach Sørensen und Kollegen aus dem Jahr 2012 besagt, dass diese Fähigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene im Alltag Entscheidungen anzuwenden, umfasst. Diese bezieht sich auf die Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung.

JFR: *Es gibt sicher in der Bevölkerung eine ungleiche Verteilung. In welchen Altersgruppen ist die mangelnde Gesundheitskompetenz besonders ausgeprägt?*

HLL: Es lassen sich Aussagen über bestimmte soziale Merkmale treffen, die mit niedrigerer Gesundheitskompetenz einhergehen. Wichtiger als Alter, so zeigen Studien, sind die Faktoren Bildung, Sozialstatus und das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung. Wichtig ist jedoch, innerhalb großer Bevölkerungsgruppen mit diesem geteilten sozialen Merkmal zu differenzieren und sich nicht nur dieses zu konzentrieren. Lange wurde beispielsweise ‚Migrationshintergrund' per se mit niedriger Gesundheitskompetenz assoziiert. In Deutschland leben rund 21,2 Millionen Personen mit Migrationshintergrund. Sie repräsentieren damit etwa ein Viertel der in Deutschland lebenden Bevölkerung, sind aber angesichts sprachlicher, kultureller und sozioökonomischer Unterschiede des Herkunftslands, eigener versus familiärer, nicht-eigener Migrationserfahrung, Alter zum Zeitpunkt der Migration und Aufenthaltsdauer in Deutschland sehr heterogen. Eine auch in Bielefeld durchgeführte Studie zur Gesundheitskompetenz unter Menschen mit Migrationshintergrund von 2022 (Berens et al.) zeigt nun, dass die Gesundheitskompetenz sehr divers verteilt ist. Um Stigmatisierungen bestimmter Gruppen zu vermeiden, sollten wir eine intersektionale Perspektive wählen und das Ineinandergreifen verschiedener sozialer Faktoren und ebendie Strukturen, die ungleiche Entwicklungen von Gesundheitskompetenz fördern, betrachten.

JFR: *Wie wird Gesundheitskompetenz erfasst und gemessen? Was sind die Zielgrößen?*

HLL: Messungen der Gesundheitskompetenz erfolgen meist über standardisierte Fragebögen, die Fragen zur Selbsteinschätzung enthalten, zum Teil auch Anwendungsaufgaben zum Beispiel zum Text- oder Zahlenverständnis. Die Items der Fragebögen operationalisieren die in der oben genannten Definition Konstrukte wie das Finden, Verstehen und Beurteilen von Gesundheitsinformationen in verschiedenen Bereichen. Neben Erhebungen, die Gesundheitskompetenz im Allgemeinen erheben, gibt es auch spezifische Erhebungsinstrumente, die sich auf bestimmte Erkrankungen (z. B. Krebs) oder Versorgungsleistungen (z. B. digitale Gesundheitskompetenz) beziehen.

JFR: *Was sind aus Ihrer Sicht wichtige Informationsquellen für Gesundheitsinformationen? Gibt es in der Bevölkerung Präferenzen auch in Abhängigkeit vom Lebensalter?*
HLL: Wichtig bei Gesundheitsinformationsquellen ist, dass sie evidenzbasiert und zielgruppenorientiert sind. Da sich strukturelle Zugänge zu Gesundheitsinformationen, Mediennutzungsverhalten, Bildungs- und Kulturhintergrund sowie individuelle Einstellung und Motivation in der Bevölkerung unterscheiden, sollten Informationsquellen diese Vielfalt widerspiegeln, um eine Verstärkung sozialer Ungleichheiten zu verhindern. Im Hinblick auf das Alter ist zum Beispiel das Mediennutzungsverhalten relevant. Studien aus Medien- oder Kommunikationswissenschaften können Gesundheitswissenschaftlern Einblicke liefern, über welche Kanäle bestimmte Altersgruppen eher als andere erreicht werden können. Ältere Menschen können nach wie vor über traditionelle Kanäle wie Printmedien (z. B. in Apotheken ausliegende Hefte) oder Fernsehen erreicht werden, doch sie sind auch digital aktiv. Für entsprechende Kanäle müssen die Informationen dann entsprechend der Zielgruppe aufbereitet werden; neben inhaltlichen Komponenten gehören für die Zielgruppe ältere Menschen in Printmedien beispielsweise auch stärkere Kontraste und größere Schrift zu den Anforderungen für zielgruppenorientierten Gesundheitsinformationen.

JFR: *Welche unmittelbaren und mittelbaren Folgen kann mangelnde Gesundheitskompetenz nach sich ziehen?*
HLL: Eine unzureichende Gesundheitskompetenz kann dazu führen, dass Personen für sie relevante Informationen nicht finden, verstehen oder umsetzen, sich schlechter im Gesundheitssystem zurechtfinden, weniger Angebote zur Prävention und Früherkennung wahrnehmen und Schwierigkeiten in der Krankheitsbewältigung und Eigenmedikation haben. Dies begünstigt das (verfrühte) Eintreten chronischer Erkrankungen und Co-Morbidität und verstärkt bereits bestehende soziale Ungleichheiten.

JFR: *Wo müsste man grundsätzlich ansetzen, um die Gesundheitskompetenz zu verbessern? Wie sollten Informationsangebote gestaltet sein, um sie verständlich und attraktiv zu machen? Sind soziale Medien ein Hilfsmittel oder verhindern sie eher eine adäquate Information?*
HLL: Wir sollten uns davon entfernen, mangelnde Gesundheitskompetenz als ein individuelles Problem zu sehen. Denn dies schreibt diesen Mangel der Verantwortung bestimmter Personengruppen zu und kann zu Stigmatisierungen führen oder diese verstärken. Vielmehr ist es Aufgabe der Politik, Ungleichheiten in der Auffindbarkeit und Aufbereitung von Gesundheitsinformationen zu reduzieren. Damit dies gelingen kann, sollten die jeweiligen Zielgruppen partizipativ in diese Prozesse einbezogen werden, denn sie wissen am besten, welche Art und Aufbereitung von Informationen sie brauchen und welchen Barrieren sie im Alltag begegnen. Ich war bereits in zwei partizipativen Projekten tätig und kann nicht genug empfehlen, wie wertvoll Input und Feedback der Zielgruppe für die Erstellung von Gesundheitsinformationen sind.

Soziale Medien sind ein Informationskanal, der weder gut noch schlecht ist. Es gilt zu wissen, wie welche Zielgruppe sie nutzt und wie sich dieses Wissen im Informationsangebot widerspiegeln kann. Hier auch wieder: Den zu erreichenden Personenkreis befragen und am besten in Co-Kreation in die Informationsgestaltung einbeziehen.

JFR: *Für die Stiftung LebensBlicke sind Aufklärung und Information ein essenzieller Bestandteil ihrer Arbeit. Wir wissen aus früheren Studien, dass zum Beispiel der Bekanntheitsgrad der Darmkrebspräventionsangebote recht groß ist; dennoch ist die Entscheidung darüber, ob und was in Anspruch genommen wird, eher mäßig ausgeprägt. Gibt es aus der Verhaltensforschung Ansätze, um diese Kluft zu erklären bzw. zu verkleinern?*
HLL: Die „Intention-Behavior-Gap", also die von Ihnen genannte Kluft zwischen Verhaltensabsicht, die durch Informationen beeinflusst werden kann, und der Verhaltensumsetzung oder -änderung ist ein bekanntes Phänomen in der Verhaltens- und Gesundheitsforschung. Ansatzpunkte, diese zu überbücken, sind zum einen eine Exploration, ob die Gesundheitsinformationen sich an den wahrgenommenen Barrieren und Vorteilen des Angebots für die Zielgruppe orientieren. Zudem gilt es für die Erstellung von Gesundheitsinformationen zu berücksichtigen, dass diese nicht in einem Vakuum existieren, sondern von anderen Anbietern kontestiert werden. Ich habe beispielsweise letztens einen Vortrag einer dänischen Kollegin (Pedersen et al., 2020) zu einer Impfkampagne zur HPV-Impfung von Kindern und Teenagern gehört. Ausgangspunkt war, dass nach Medienberichten zur Sicherheit der Impfung eine Wahrnehmung des Impfangebots 2015 massiv zurückging. Das Team der Forschenden analysierte über Monate den Austausch einer großen Facebookgruppe, die eine negative Impfeinstellung hatte, und entwickelte basierend darauf eine komplett neue Informationskampagne, die sie als ‚heart-brain communication' bezeichnete. Es wurden also emotionale und faktenbasierte Botschaften kombiniert, die explizit auf die Ängste der Eltern eingingen und nachweislich die Impfbereitschaft erhöhten, sodass diese heute sogar höher liegt als vor der Medienkampagne.

Das gewünschte Verhalten so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten, ist eine weitere Möglichkeit, die Kluft zu verkleinern. Das wird beispielsweise beim Mammographie-Screening gemacht, indem Frauen einen Einladungsbrief mit bereits für sie vereinbartem Termin erhalten.

JFR: *Die Information hat sicher auch eine soziale Dimension. Gerade in prekären Bevölkerungsschichten besteht ein großes Defizit. Der Bundesgesundheitsminister plant, in entsprechenden Stadtteilen Gesundheitskioske zu installieren, um den Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erleichtern. Ist das eine gute Idee? Wie müssten Personen, die in diesem Umfeld arbeiten, qualifiziert sein?*
HLL: Ob diese Kioske einte gute Idee sind oder nicht, kann ich nicht beantworten, da es in Deutschland keine Langzeitdaten gibt, die Schlussfolgerungen zu ihrer Wirksamkeit stützen würden. Die Kioske zielen darauf ab, niedrigschwellige Anlaufstellen für Gesundheitsinformationen zu sein, was per se positiv zu bewerten ist. Ob diese Angebote genutzt und als vertrauenswürdig wahrgenommen werden und ob sie für ebendie Bevölkerungsgruppen, die mit bestehenden Informationsangeboten weniger erreicht werden, ein Anlaufpunkt sein werden, muss sich erst zeigen. Ein wichtiger Punkt könnte das Personal der Kioske sein, wozu aber auch Daten benötigt werden, welchen Personen die Zielgruppe im Hinblick

auf Gesundheitsinformationen vertraut. Über Menschen der ersten Zuwanderungsgeneration, die also nicht in Deutschland geboren sind, wissen wir aus einigen Studien, dass sie generell Vertrauen in medizinisches Personal in Deutschland haben, insbesondere Ärzt*innen und Apotheker*innen, kulturelle Unterschiede in der Arzt-Patienten-Kommunikation und sprachliche Barrieren jedoch auch zu Unzufriedenheit in der Versorgung führen. Kioskpersonal, das einen ähnlichen kulturellen und sprachlichen Hintergrund wie die Zielgruppe hat, könnte eine Brücke darstellen. Im Idealfall gilt es daher, zu differenzieren, welche Bedarfe und Erwartungen die zu erreichende Zielgruppe hat, ob dies jedoch praktisch und wirtschaftlich umsetzbar ist, weiß ich nicht.

JFR: *Die Digitalisierung hält derzeit auf breiter Front auch Einzug in die Medizin. Vor allem Gesundheitsapps verbreiten sich in Windeseile. Wie können Nutzer solche Apps bewerten und erkennen, ob sie einem Basisstandard entsprechen? Wer könnte Hilfestellung geben?*
HLL: Zunächst muss differenziert werden, über welche Art Apps wir sprechen und wie ein jeweiliger Basisstandard definiert werden kann. Gesundheitsapps sind ein Oberbegriff und umfassen ein breites Angebot wie Apps, die zur Diagnose oder zur Therapie eingesetzt werden, aber auch solche, die das Management einer chronischen Krankheit oder einen gesunden Lebensstil (z. B. Schrittzähler, Empfehlungen für gesunde Ernährung) unterstützen. Für erstere gilt das Medizinproduktegesetz, das heißt, Anwender solcher Apps müssen ihr Produkt zertifizieren lassen und bieten Nutzenden somit einen Anhaltspunkt, das bestimmte Qualitätsnormen erfüllt wurden. Für die zweite genannte Kategorie von Gesundheitsapps gibt es keine staatliche Zertifizierungsverpflichtung, weshalb hier ein, wie Sie es nennen, Basisstandard wünschenswert wäre. Schaut man sich an, welche Kriterien eine solche App erfüllen sollte – neben evidenzbasierten, aktuellen Informationen sind auch Datensicherheit, Usability und technische Funktionsfähigkeit Qualitätsmerkmale – zeigt sich, dass es komplex ist, einen solchen Standard zu entwickeln. Es gibt bereits Initiativen, die Kriterienkataloge entwickeln und zum Teil Siegel oder Zertifizierungen vergeben. Ein Beispiel ist HealthOn, eine Bewertungsplattform für Gesundheits- und Medizin-Apps. Auch für Apps rund um Diabetes gibt es mit DiaDigital eine eigene Bewertungsplattform, wo Nutzende sich zur Qualität von Apps informieren können. Sind Nutzende sich hinsichtlich der Informationen und Empfehlungen einer App unsicher, sollten sie diese zudem mit ihren Ärztinnen und Ärzten besprechen.

JFR: *Das berührt das weite Feld der Kommunikations-kompetenz. Hier gibt es sicher Veränderungsbedarf. Wie könnte der aussehen?*
HLL: Wie eingangs gesagt sehe ich besonderen Handlungsbedarf seitens politischer und anderer Akteure, die Gesundheitsinformationen erstellen, diese partizipativ und im Dialog mit Zielgruppen zu erstellen. Denn darum geht es doch bei Kommunikation – nicht nur sicherzustellen, dass eine Information irgendwie übermittelt wird, sondern dass sie aufgefunden, verstanden und nutzbar wird – und das gelingt nur, wenn wir wissen, welchen Ressourcen und Barrieren unsere Zielgruppen begegnen und wie wir Wissen darüber in Kommunikationsstrategien einbeziehen können.

JFR: *Herzlichen Dank für dieses aufschlussreiche Gespräch!*

Industrielle Entwicklung, Globalisierung, Klimawandel, Prävention

Interview mit Dr. Wolfgang Büchele, Chief Executive Officer, Exyte GmbH



© Fotofabrik Stuttgart

▲ Dr. Wolfgang Büchele

Zur Person: Dr. Wolfgang Büchele ist ein deutscher Chemiker und Manager. Er war von 2014 bis 2016 Vorstandsvorsitzender der Linde AG und hat im März 2017 den Vorsitz der Geschäftsführung der Exyte (ehemals M+W Group) übernommen. Dr. Büchele ist seit 2009 im Aufsichtsrat und seit 2014 Aufsichtsratsvorsitzender der Merck KGaA sowie Mitglied des Gesellschafterrats der E. Merck KG. Von 2016 bis war er Vorsitzender des Ost-Ausschusses der Deutschen Wirtschaft und danach dessen Präsidiumsmitglied.

Mit Dr. Wolfgang Büchele **(WB)** sprach Professor Dr. J. F. Riemann **(JFR)**, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

JFR: *Ihr beruflicher Werdegang zeichnet sich durch viele interessante Stationen in leitenden Positionen aus. Sie sind jetzt Chef eines Unternehmens, das für die wirtschaftliche und industrielle Zukunft nicht nur Deutschlands von großer Bedeutung ist. Was hat Sie an dieser Position so interessant?*
WB: Als ich im Jahr 2017 zu Exyte kam, hieß das Unternehmen noch M+W Group. Das kannte bis auf die Branchen-Kenner der Reinraum-Industrie kaum jemand. Es war aber schon damals ein Unternehmen, das man einen „hidden champion" nennt und hinsichtlich der Kompetenzen absolut weltmarktführend. Aber die Strukturen glichen denen eines schwäbischen Mittelständlers. Da konnte ich durch meine breiten Erfahrungen vieles einbringen. 2018 haben wir dann im Rahmen einer strategischen Fokussierung die Exyte aus der M+W Gruppe herausgelöst. Heute sind wir ein echter „global player" der sich auf Halbleiter- und Batteriefabriken, Pharma- und Life-Science-Anlagen sowie Datencenter konzentriert, von USA bis Asien. Wir sind kundenorientiert ausgerichtet durch unsere drei Geschäftsfelder und wir arbeiten vernetzt innerhalb des Unternehmens durch eine zeitgemäße Matrixstruktur.

JFR: *Chips spielen in der wirtschaftlichen Entwicklung der meisten Länder derzeit eine überragende Rolle. Woran liegt das? Für welche Produkte sind sie besonders essenziell?*
WB: Die Welt, wie wir sie heute kennen, ist ohne Chips gar nicht mehr vorstellbar. Denken Sie nur an alle elektronischen Geräte. Da

findet sich mittlerweile fast überall ein Chip. Ob Fernseher, Handy, Computer. Letztlich sind auch energiesparende Lampen nichts anderes als ein Chip, eben ein LED-Chip. Dieser Trend wird sich beschleunigt fortsetzen. Durch das sogenannte „Internet of Things" (IoT) werden früher oder später viele Gegenstände mit einem Chip ausgestattet sein, die über ein Netzwerk Informationen senden, austauschen oder gesteuert werden können. Noch deutlicher wird es, wenn Sie an die „Cloud" denken, in der alles abgelegt wird und abrufbar ist. Das geschieht mittels Speicherchips. Und nicht zu vergessen das Auto, das sich zu einem autonom fahrenden, elektrisch angetriebenen Hochleistungscomputer auf Rädern wandelt, gesteuert durch eine Vielzahl an Hochleistungschips. Kurzum: Chips bestimmen das moderne Leben, unsere Hochtechnologie und damit unseren Wohlstand.

JFR: *Ihr Unternehmen produziert zwar keine Chips, baut aber Fabriken dafür. Welche besonderen Anforderungen sind an solche Baulichkeiten gestellt? Ist der Fachkräftemangel für Ihren Unternehmensbereich ein drängendes Problem? Wenn ja, welche Lösungsansätze habe Sie?*
WB: Es ist so einfach wie kompliziert. Unsere Kunden wollen zu einem vereinbarten Preis und einem definierten Zeitpunkt die Fabrik fertiggestellt wissen. Wir nennen das kurz „on time, in budget". Das Problem ist nur, dass die Fabriken mittlerweile bis zu 20 Mrd. € kosten können. Unser Anteil an einer solchen Fabrik kann dann bis zu 4–5 Mrd. € betragen. Die Bauzeit darf aber nicht länger als 2–3 Jahre dauern. Das sind gewaltige logistische Herausforderungen. Wir brauchen dafür die besten Projektleiter weltweit und in der Spitze mehrere tausend Arbeiter auf der Baustelle. Wenn man da nicht von Anfang an alles richtig macht, ist das nur sehr schwer aufholbar. Und dann machen wir das eben an verschiedenen Stellen auf der Welt gleichzeitig. Das fordert den vollen Einsatz jedes Einzelnen unserer Mitarbeiter:innen. Wir haben jetzt viele Dinge auf den Weg gebracht, um unsere derzeitigen Mitarbeiter:innen, aber auch neuen Bewerbern zu zeigen, dass wir ein tolles Unternehmen sind mit ungeahnten Chancen.

JFR: *Nachhaltigkeit ist nicht erst jetzt ein Gebot der Stunde, auch für die Industrie. Wo gibt es in Ihrem Bereich Stellschrauben, um die industrielle Produktion nachhaltiger zu gestalten? Gibt es z. B. Ansätze bei der Energiegewinnung von fossilen hin zu erneuerbaren Energiequellen?*
WB: Das Thema Nachhaltigkeit wird in den nächsten zehn Jahren vieles dominieren. Es wird heute immer mehr auch der Begriff „ESG" genutzt: Environment – Social – Governance. Das ist ein komplexes Zusammenspiel von Umwelt, Mitarbeiterthemen, Unternehmensführung und der Gesellschaft. Wir erarbeiten aktuell ein umfassendes Konzept dazu aus und werden dann darüber regelmäßig und ausführlich berichten. Lassen Sie mich das in ein paar Beispielen verdeutlichen: Wir werden unsere eigene CO2-Bilanz genau anschauen und durch Emissionsreduktion und -kompensation unseren Beitrag zum Klimaschutz leistet. Das ist mittlerweile aber fast selbstverständlich. Noch wichtiger ist uns, dass wir unseren Kunden anbieten, die CO2-Bilanz der Fabriken zu verbessern. Da lernen auch wir gerade, neue Wege zu gehen. So haben wir bereits spezielle Experten eingestellt. Wir haben aber auch gerade ein Unternehmen gekauft, das technische Lösungen zur Abluftreinigung anbietet. Und wir erfüllen natürlich die allgemeinen gesetzlichen Anforderungen und die besonderen unserer Kunden. Wir sind da gerade alle am Anfang einer sehr starken Bewegung.

Daneben möchte ich an dieser Stelle auch das Thema Elektromobilität ins Spiel bringen. Wir bauen für einen chinesischen Hersteller gerade die modernste Batteriefabrik außerhalb Chinas und zwar hier in Deutschland.

JFR: *Die Gewinnung von Rohstoffen wie zum Beispiel seltene Erden wird schwieriger, zum einen aufgrund von endlichen Rohstoffquellen, politischen Unruhen oder aber von Lieferschwierigkeiten. Wie notwendig sind diese Rohstoffe zum Beispiel für den Bau von Chips oder Halbleitern?*
WB: Im Wesentlichen benötigt man für Chips den Rohstoff Silizium. Der ist eigentlich überall auf der Welt verfügbar und wird sogar in Deutschland abgebaut. Auf dem Weg vom Quarzsand bis zum fertigen Chip wird es schon etwas schwieriger. Da braucht es eine Menge an Chemikalien, auch seltene Erden, sowie absolut reinste Luft und reinstes Wasser. Das ist alles Hochtechnologie, aber letztlich verfügbar.

Bezüglich der seltenen Erden möchte ich speziell noch ergänzen, dass heute eigentlich niemand davon ausgeht, dass diese nicht mehr zur Verfügung stehen könnten. Die Frage ist vielmehr, zu welchem Preis bekommt man sie.

JFR: *Wir erleben einen wachsenden Einbruch bei vielen Formen der Globalisierung. Wir hatten uns an beständige und pünktliche Lieferketten und an den internationalen Handel mit vielen Ländern der Erde gewöhnt. Einen ersten Vorgeschmack, was bei einer Unterbrechung passieren kann, haben wir mit der Schiffshavarie im Suezkanal erfahren müssen. Heute sind es die Corona-Pandemie, politische Instabilitäten und der Ukraine-Krieg, die uns zu schaffen machen. Wie wird sich aus Ihrer Sicht vor diesem Hintergrund die Globalisierung entwickeln? Wird es eine „Neue Normalität" geben und wie könnte die aussehen?*
WB: Zunächst haben Sie Recht. Wir sehen aktuell geopolitische Entwicklungen, um nicht zu sagen Verwerfungen, die wir uns noch vor etwas mehr als einem Jahr nicht annähernd vorgestellt hätten. Die Pandemie, ein Krieg in Europa, Energieknappheit etc. war eigentlich undenkbar und auf keiner Tagesordnung der Politik. Wir sind es seit den 90er Jahren gewohnt, dass alles offener, freier, globaler und technologischer wird. In unserer Vorstellung alles besser. Aber Tatsache ist, dass es schon immer politische Spannungen gab und immer wieder wirtschaftliche Krisen. Übrigens auch 2000 mit der „dot-com-Krise" und 2008 mit der Finanz- und Automobilkrise. Es ist also mitnichten so, dass wir nicht immer wieder politische und wirtschaftliche Krisen erleben hätten. Und die gibt es eben jetzt auch. Und es wären keine Krisen, wenn damit nicht auch Unsicherheiten verbunden wären. Wie es insbesondere in der Ukraine weitergeht und wie lange der Krieg dauert, das weiß zurzeit keiner. Aber es gibt keinen Grund, den Kopf in den Sand zu stecken. Die Dinge werden eben anders, aber nicht unbedingt schlechter. Die globale Vernetzung bekommt vielleicht einen kleinen, temporären Dämpfer, aber sie lässt sich nicht zurückdrehen. Wir sind alle mittlerweile viel zu abhängig voneinander. Auch einige technologische Entwicklungen wie die Elektromobilität, mRNA, Digitalisierung und eben auch die Umweltaspekte werden Motor für weite-

ren Fortschritt sein. Und: Für uns zum Beispiel bergen die aktuellen Entwicklungen große Chancen. Wenn in den USA und Europa jetzt neue Chip-Fabriken gebaut werden, ist das für uns positiv. Für Elektroautos brauchen Sie viele, viele Batterien; wir bauen die Fabriken dafür. Wenn die Produktionskapazitäten für Medikamente ausgebaut werden, auch wieder in der westlichen Welt, sind wir der Partner für die pharmazeutische Industrie.

JFR: *Ein seit Jahren immer wichtigeres Thema ist der Klimawandel. Apokalyptische Wetterkapriolen nehmen zu. Wir sehen und erfahren daher international intensive politische Bemühungen sowie zum Teil sehr heftige Demonstrationen für die Einhaltung der Pariser Klimaziele. Was kann Ihr Unternehmensbereich, unabhängig von der Energiegewinnung, noch dazu beitragen, in punkto Klima nachhaltiger und umweltfreundlicher zu werden?*
WB: Wir haben die Emissionen der von uns entwickelten Fabriken sehr genau im Blick und bieten unseren Kunden Konzepte an, mit denen sie auf der einen Seite den Wasserverbrauch senken können und auf der anderen Seite weniger schädliche Komponenten in die Luft geben. Ich hatte zuvor schon erwähnt, dass wir uns in diesen Bereich technologisch auch durch Zukäufe verstärken.

JFR: *Da sind wir beim Thema Prävention. Wir haben lernen müssen, anders als früher, nicht nur gesundheitspolitisch, sondern auch wirtschaftlich vorzusorgen. Welche zukünftigen Schwerpunkte würden Sie für Europa respektive für die Bundesrepublik Deutschland in der industriellen Vorsorge setzen? Wo sind wir gut, wo müssen wir nachbessern und wo sollten wir gegebenenfalls schnell anfangen?*
WB: Nun, ich bin kein Politiker und deshalb möchte ich hier keine Ratschläge erteilen. Aber einige Punkte sind sehr klar. Wir sind ein Industrieland, das über fast keine eigenen Rohstoffe verfügt. Also brauchen wir an erster Stelle kostengünstige, klimafreundliche Energie. Wir leben im Zentrum von Europa; also brauchen wir ein gutes, vertrauensvolles Verhältnis zu unseren Nachbarn. Global gesehen sind wir viel zu klein. Deshalb brauchen wir ein starkes Europa. Das ist vielleicht noch nicht überraschend. Aber wenn man das weiterdenkt, dann folgt daraus noch mehr: Politisch gesehen können und müssen wir mit einem starken Europa unsere ureigenen Interessen global vertreten. Wirtschaftlich gesehen brauchen wir technologische Spitzenreiter und echte Weltmarktführer. Da haben wir in den letzten Jahren etwas an Boden verloren, da wir, lassen Sie es mich einmal so ausdrücken, etwas träge geworden sind. Und ich denke, dass Politik und Wirtschaft nach vorne besser zusammenarbeiten können. Rettungsschirme und Krisenmanagement sind wichtig, aber strategische Weitsicht ist das, was zählt, uns stark macht und uns gleichzeitig von anderen Nationen differenzieren kann.

JFR: *Prävention hat entscheidende Auswirkungen auf viele Lebensbereiche, so natürlich auch auf die menschliche Gesundheit. Die westliche Welt erlebt seit Jahren nicht nur einen Anstieg der Lebenserwartung, sondern auch, und das ist bedrohlich, eine deutliche allgemeine Zunahme des Körpergewichts. Mehr als die Hälfte aller Menschen in den zivilisierten Ländern sind übergewichtig oder adipös mit der Folge vieler Erkrankungen, gerade auch von Krebserkrankungen. Was müsste aus Ihrer Sicht von Seiten der Industrie getan werden, um Menschen, vor allem Mitarbeiter und ihre Familien auf diese Entwicklung ohne „erhobenen Zeigefinger" anzusprechen und für das Problem Bewusstsein zu schaffen?*
WB: Wir hatten zuvor schon das Thema ESG angesprochen. Das S steht für „Social" und ein Element dabei ist „Health and Wellbeing". Das heißt, die Gesundheit und das Wohlbefinden von allen Mitarbeitern sind zu einem integralen Bestanteil unserer Unternehmenskultur geworden. Das geht bei uns von Sicherheit, mit dem obersten Ziel zur und von der Arbeit gesund nach Hause zu kommen, über eine Förderung von E-Bikes, um mit dem Rad zu fahren und sich damit mehr zu bewegen, über kostenfreies Obst in unseren Kleinküchen. Auch bieten wir unseren Mitarbeitern für einen geringen Beitrag an, eine Vielzahl von Fitnessclubs und Schwimmbädern nutzen zu können. Wir werden da auch noch mehr machen. Denn die Arbeitswelt, in der wir uns befinden, zeichnet sich eben durch mangelnde Bewegung aus. Und die mangelnde Bewegung ist letztlich mitursächlich für Übergewicht, Rückenprobleme und auch Depressionen. Das möchten wir schon aus rein menschlicher Sicht nicht, aber wir möchten natürlich auch, dass unsere Mitarbeiter jeden Tag gesund und mit Freude zu Exyte kommen.

JFR: *Sie haben sicher noch zu Ihrer Zeit bei der BASF die Kampagne der Stiftung LebensBlicke und der BASF zur betrieblichen Darmkrebsfrüherkennung miterlebt. Der damalige Leiter der Gesundheitsabteilung, Professor Zober, hat mit Dr. Stefan Webendoerfer und mit uns eine viel beachtete Studie dazu gemacht, die heute als Blaupause für viele deutsche Unternehmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements gilt. Gibt es in ihrem Umfeld ein ähnliches Gesundheitsmanagement?*
WB: Natürlich haben wir auch den betriebsärztlichen Dienst mit den üblichen Leistungen. Ein weitergehendes Gesundheitsmanagement samt präventiven Maßnahmen wird bei uns Teil unseres ESG Programms.

JFR: *Herzlichen Dank für das hoch interessante und informative Gespräch!*

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin (Betriebsstätte Heidelberg: Springer Medizin Verlag GmbH, Tiergartenstraße 17, 69121 Heidelberg; Tel. +49 6221/487-0), www.springermedizin.de
Geschäftsführung: Fabian Kaufmann, Dr. Cécile Mack, Dr. Hendrik Pugge
Director Journals & ePublishing: Dr. Paul Herrmann (V. i. S. d. P.)
Head of Journals & ePublishing 2: Dr. Jürgen Meyer zu Tittingdorf
Director Editorial Processes: Dr. Frank Sommerauer
Head of Educational Publishing: Martina Siedler
Managing Editors „Die Gastroenterologie": Dr. Viktoria Klippenstein, Tel. -9885, Fax -69885, viktoria.klippenstein@springer.com;
Bettina Knapp, Tel. -8929, Fax -68929, bettina.knapp@springer.com
Project Coordinator: Petra Meyer-vom Hagen, Tel. -8239, petra.meyervomhagen@springer.com
Gesamtleitung Corporate Publishing: Ulrike Hafner
(Adressdaten jeweils wie Betriebsstätte Heidelberg)
Anzeigen: Jens Dessin (Leitung Sales & Advertising), Michaela Schmitz (Anzeigenleitung, verantwortlich), michaela.schmitz@springer.com, Tel. +49 (2203) 95913 10, Fax +49 (2203) 95913 19, www.mediadaten.springermedizin.de
Druck: Wilco B.V., Vanadiumweg 9, NL-3812 PX Amersfoort, Printed in the Netherlands
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben pro Jahr
Papierausgabe: ISSN 1861-9681, gedruckt auf säurefreiem Papier,
Elektr. Ausgabe: ISSN 1861-969X
Die elektronische Version finden Sie unter www.springermedizin.de/die-gastroenterologie
Hinsichtlich der aktuellen Version eines Beitrags prüfen Sie bitte immer die Online-Version der Publikation.
Eigentümer & Copyright: © Springer Medizin Verlag GmbH 2023.
Springer Medizin Verlag GmbH ist Teil von Springer Nature.
Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Für die in dieser Zeitschrift als Sonderteil enthaltenen Mitteilungen der Fachgesellschaften und Stiftungen sind die Springer-Verlag GmbH und die oben angegebenen Personen nicht verantwortlich. Die diesbezüglichen Verantwortlichkeiten ergeben sich aus dem gesonderten Impressum in den Mitteilungen.
Bezugspreise: Preis für ein Individualabonnement inkl. Online-Basis-Lizenz 2023: (6 Hefte) EUR 229,– (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Deutschland: EUR 30,–, Ausland: EUR 49,–). **Einzelheftpreis 2023:** EUR 46,– (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten. **Für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung** ermäßigt sich 2023 der Bezugspreis auf jährlich EUR 137,40 (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt., Nachweis über Studium/Ausbildung erforderlich) zzgl. Versandkosten (Deutschland: EUR 30,–, Ausland: EUR 49,–). **Institutspreis inkl. Online-Basis-Lizenz 2023:** (6 Hefte) EUR 552,– (unverb. Preisempfehlung zzgl. gesetzlicher MwSt. und Versandkosten, Deutschland: EUR 30,–, Ausland: EUR 49,–). Der Bezugspreis ist im Voraus zu zahlen. Das Abonnement kann bis 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums gekündigt werden.

Kontakt

Haben Sie Fragen, Anmerkungen, Lob oder Kritik?
So erreichen Sie den Verlag:

Fragen zum Abonnement / Adressänderungen / Online-Zugang
Springer Nature Customer Service Center GmbH
Tiergartenstraße 15, 69121 Heidelberg
Tel.: +49 (0)6221/345-0, Fax: +49 (0)6221/345-4229,
Montag bis Freitag, 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr
E-Mail: Leserservice@springernature.com

Wichtiger Hinweis: Zeitschriften werden nicht automatisch im Rahmen eines Nachsendeantrags berücksichtigt. Bitte informieren Sie unseren Kundenservice daher frühzeitig über Adressänderungen.

Redaktion Springer Medizin Verlag:
Dr. Viktoria Klippenstein
Springer Medizin Verlag GmbH,
Tiergartenstraße 17, 69121 Heidelberg,
Tel.: +49 (0)6221/487-9885,
E-Mail: viktoria.klippenstein@springer.com

Bestellungen oder Rückfragen nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.
Springer Nature Customer Service Center GmbH, Tiergartenstraße 15, 69121 Heidelberg, **Tel. +49 62 21-345-0**, Fax +49 62 21-345-4229, subscriptions@springernature.com (Mo.–Fr. 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr)
Autorinnen und Autoren können unter bestimmten Voraussetzungen an der Ausschüttung der Bibliotheks- und Fotokopietantiemen teilnehmen. Einzelheiten bei VG WORT, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München.
Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen sind anhand anderer Literaturstellen oder der Packungsbeilage auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.
Gendergerechte Sprache: Der Verlag veröffentlicht die Beiträge in der von den Autorinnen und Autoren gewählten Genderform. Die Verwendung einer angemessenen gendergerechten Sprache, um Menschen in ihrer Vielfalt wertschätzend anzusprechen, wird begrüßt.