Darmkrebsvorsorge – Bewährtes und Neues

J. F. Riemann, D. Hüppe

Stiftung LebensBlicke

Darmkrebs – Screening – Einladungsverfahren – Stuhlbluttest – Koloskopie

gynäkologische praxis 47, 391–396 (2021)
Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG

Einleitung

Deutschland hatte seit 2002 ein opportunistisches Darmkrebsvorsorge- und -früherkennungsangebot der Krankenkassen, bestehend aus einem Guajak-basierten Stuhltest (fecal occult blood test [g-FOBT]) und einer Darmspiegelung (Koloskopie). Empfehlungen des Nationalen Krebsplans haben zu einem Paradigmenwechsel geführt. Seit 2017 ersetzt ein immunologischer Stuhltest (i-FOBT/fecal immunochemical test [FIT]) den g-FOBT, seit 2019 wird jeder Bürger in Deutschland mit 50, 55, 60 und 65 Jahren von seiner Krankenkasse persönlich eingeladen. Männer können bereits mit 50 Jahren eine Koloskopie in Anspruch nehmen. Der Start ist noch holprig, Nachbesserungen liegen auf der Hand. Sie sollten möglichst bald von den gesundheitspolitischen Entscheidern aufgegriffen werden! Die derzeitige Corona-Pandemie macht überdeutlich, wie notwendig die Aufklärung über die Darmkrebsvorsorgeangebote bei krisenbedingtem Rückgang der Inanspruchnahme ist.

Das Programm – der Stuhltest

Das 2002 in Deutschland eingeführte bimodale Darmkrebsscreening, und das war damals in Europa einmalig, sieht einen jährlichen Stuhltest (g-FOBT) ab 50 Jahren vor, der ab dem 55. Lebensjahr alle zwei Jahre wiederholt werden kann, wenn keine Darmspiegelung in Anspruch genommen wurde. Dieses Vorsorgeangebot beruht auf hochrangig publizierten internationalen Studien, die letztlich zu einer entsprechend hohen Evidenzbewertung geführt haben [1]. Seit dem 1. April 2017 ist der Guajak-basierte Stuhltest (Hämoccult) durch immunologische Stuhltests (i-FOBT, FIT) ersetzt worden, die deutlich empfindlicher sind, einmalig ausgegeben werden und keine Diätvorschriften erfordern [2]. Wegen umfangreicher Studien zum g-FOBT konnte auch aus wissenschaftlichen Gründen auf erneute Langzeittestungen verzichtet werden. Leider haben sich die Hoffnungen, dass dieser Test verstärkt ausgegeben wird, bisher noch nicht erfüllt. Aktuelle Daten akkreditierter Labore zeigen, dass der i-FOBT im Vergleich zu

den ehemaligen Tests noch nicht ausreichend eingesetzt wird [3].

Die Koloskopie als Goldstandard

Die Vorsorgekoloskopie wird ab dem 55. Lebensjahr angeboten mit der Möglichkeit, sie bei unauffälliger Erstuntersuchung nach zehn Jahren zu wiederholen. Trotz geringerer Evidenz gegenüber dem g-FOBT wurde die Darmspiegelung 2002 aufgrund öffentlichen Drucks und internationaler Publikationen als Kassenleistung eingeführt [4]. Alle Untersucher (i. d. R. niedergelassene Gastroenterologen) müssen Qualitätsvoraussetzungen bezüglich der Menge der Koloskopien, der Anzahl der Polypektomien und der Hygiene erfüllen, die regelmäßig von der kassenärztlichen Vereinigung überprüft werden. Alle Daten werden online dokumentiert, die bisher beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung (ZI) gespeichert wurden.

Ergebnisse der letzten 18 Jahre

Obwohl das Darmkrebsfrüherkennungsprogramm bis 2019 nur als opportunistisches Angebot implementiert wurde, nützt es. Morbidität und Mortalität des Darmkrebses sinken. Daten aus dem Robert-Koch-Institut (RKI) zeigen, dass die jährliche Inzidenz (bis 2003 ansteigend) bis 2012 für Männer um 26 % und für Frauen um 17 % gesunken ist. Die altersstandardisierten Sterberaten sind bei beiden Geschlechtern in den letzten zehn Jahren um mehr als 20 % gesunken und sinken weiter (▶Abb. 1) [5]. Diagnosecodes von Krankenkassen belegen, dass das kolorektale Karzinom als hauptsächliche Behandlungsdiagnose rückläufig ist und die Operationszahlen für Rektum- und Darmkrebs abnehmen [6]. Hermann Brenner et al. konnten darüber hinaus aufgrund der Analysen der Ergebnisse der Vorsorgekoloskopien zeigen, dass in den ersten zehn Jahren vermutlich bis zu 180.000 Karzinome durch diese Untersuchung verhindert werden konnten [7]. Das Darmkrebsscreening ist heute in vielen Ländern Europas etabliert [8].

Der Nationale Krebsplan – neue Empfehlungen

Bereits vom Nationalen Krebsplan der Bundesregierung (2008–2012) wurde mit Nachdruck die Weiterentwicklung der Darmkrebsvorsorge empfohlen [9]. Die entscheidende, jetzt gültige Änderung bedeutet einen Paradigmenwechsel weg vom bisher opportunistischen Verfahren hin zu einem bundesweit organisierten Einladungsverfahren. Dieses Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) ist nun seit dem 1. Juli 2019 in Kraft. Es folgt den Umsetzungsempfehlungen des Nationalen Krebsplans und gibt grundsätzliche Rahmenbedingungen für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme vor, insbesondere für den Darmkrebs und den Gebärmutterhalskrebs. Eine weitere Säule des KFRG ist die Einrichtung regionaler klinischer Krebsregister, die u. a. endlich eine einheitliche Erfassung aller Krebsbehandlungsverläufe ermöglichen sollen.

Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – ein Fortschritt

Das KFRG sieht jetzt die regelmäßige persönliche Einladung für anspruchsberechtigte Personen ab 50 Jahren vor. Der Altersbeginn ist gleichgeblieben. Für Männer gilt jetzt zusätzlich, dass sie bereits mit 50 Jahren eine Darmspiegelung in Anspruch nehmen können. Alle Daten der Literatur deuten schon länger darauf hin, dass Männer früher und intensiver betroffen sind [10]. Die Krankenkassen laden jetzt alle ihre Versicherten im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren zur Darmkrebsvorsorge ein. Das KFRG gibt darüber hinaus schriftliche Entscheidungshilfen heraus, die mit der Einladung verschickt werden. Damit soll eine »informierte Teilnahme« des Versicherten erreicht werden. Vorgesehen ist ferner eine Programmevaluation, die noch 2020 beginnen soll. Fakt ist aber auch, dass trotz aller Bemühungen derzeit die Zahl der Neuerkrankungen bei 58.290 und die der Sterbefälle bei 24.802 liegt. Die Darmkrebsprognose des RKI für 2020 verdeutlicht zwar einen weiteren Rückgang der Erkrankungs- und Sterbefallzahlen, wenngleich aber immer noch auf hohem Niveau (▶Tab. 1)

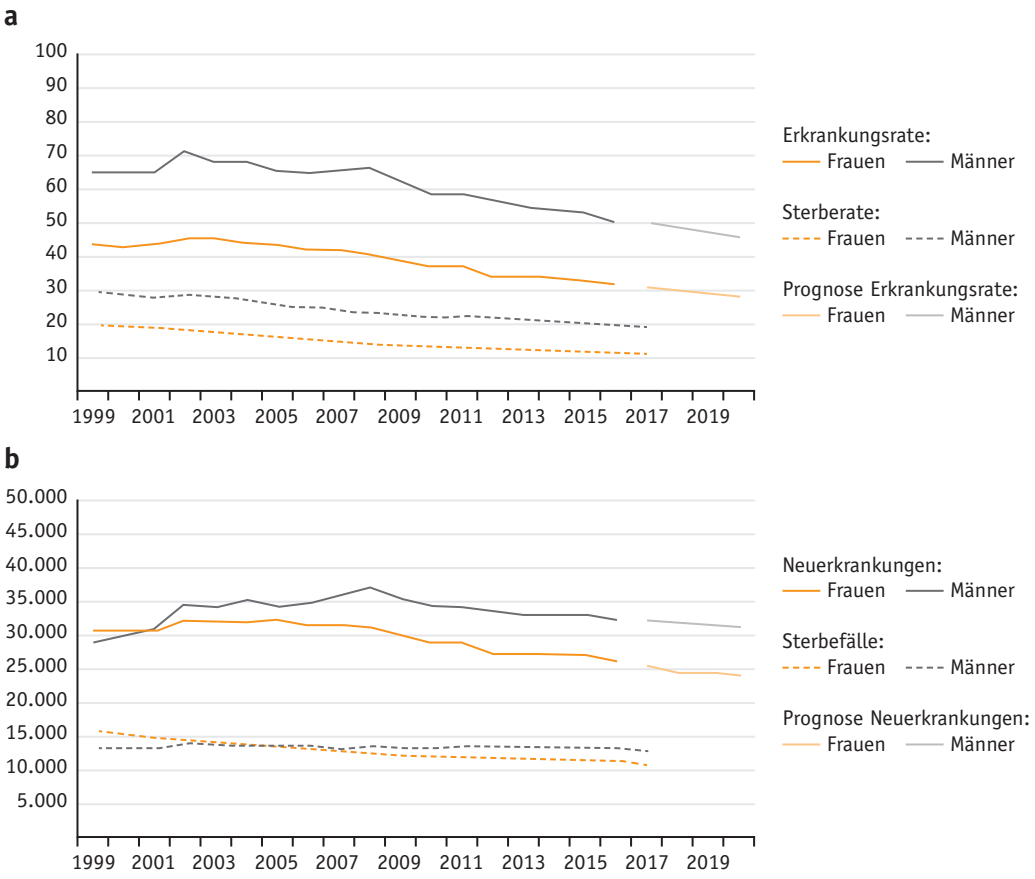

Abb. 1 | *Entwicklung der Mortalität und Morbidität des KRK in Deutschland; a) altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten nach Geschlecht (je 100.000), ICD-10 C18–C20, Deutschland 1999–2016/2017, Prognose (Inzidenz) bis 2020; b) absolute Zahl der Neuerkrankungs- und Sterbefälle nach Geschlecht, ICD-10 C18–C20, Deutschland 1999–2016/2017, Prognose (Inzidenz) bis 2020; modifiziert nach [5]*

[5]. Die Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge lässt nach wie vor zu wünschen übrig. Die absolute 5-Jahres-Überlebensrate ist mit 51 % absolut unzureichend.

Das KFRG ist sicher ein wichtiger Fortschritt in der Darmkrebsfrüherkennung. Es erlaubt, alle Bevölkerungsschichten anzusprechen. Das KFRG sieht ferner die Möglichkeit einer Flexibilisierung der Altersgrenzen vor. So könnten auch neue Risikogruppen angesprochen werden, wie z. B. Menschen mit massiver Adipositas, mit metabolischem Syndrom und Diabetes Typ II. Von entscheidender Bedeutung ist, dass das KFRG mit einer weiteren Qualitätssicherung verbunden ist, die die Beeinflussung der Morbidität und Mortalität der Erkrankung erfassen soll. So ist gewährleistet, dass in zeitlich definierten Abschnitten Ergebnisse präsentiert werden müssen und der Wissensstand hinterfragt werden kann.

Welche Mängel gibt es?

Sicher ist die Art und Weise der Stuhltestvergabe nicht unproblematisch. Unter anderem eine

	Neuerkrankungen	Sterbefälle
Männer	31.300	12.873
Frauen	24.100	10.879
	55.400	**23.752**

Tab. 1 | *Darmkrebs – Prognose 2020; modifiziert nach [5]*

Studie von Hermann Brenner hat gezeigt, dass mit einem direkten Versand des Stuhltestes an die Anspruchsberechtigten durch die Krankenkassen eine deutlich höhere Teilnahmerate zu erzielen ist [11]. Ein solches Vorgehen sieht das KFRG leider nicht vor. Ebenfalls fehlt eine zeitnahe Erinnerung (Recall-System). Es liegt in der Natur des Menschen, auf erste Einladungen nicht unbedingt anzusprechen, sondern erst bei einer Erinnerung zu reagieren. Unklar ist nach wie vor, wie mit einem positiven Stuhltest umzugehen ist. Die eigentlich zwingend notwendige Abklärung durch Koloskopie erfolgt nicht immer. Gründe hierfür sind vielfältig. Das kann unter anderem am Betroffenen selbst, aber auch im Einzelfall am behandelnden Arzt liegen. Nachteilig ist ferner, dass die nach einem positiven FIT-Test erforderliche Koloskopie gebührentechnisch zu den Abklärungskoloskopien gezählt wird und nicht als Früherkennungskoloskopie eingestuft ist. Das könnte die Dokumentation und damit die Zusammenführung der Daten erschweren.

Ein Manko ist auch die zu textlastige Aufklärung. Da alle Schichten der Bevölkerung angesprochen werden, kann man erwarten, dass eine noch so gut gemachte 18-seitige Broschüre von vielen gar nicht gelesen wird. Die informierte Entscheidung geht auch anders!

Es fehlt auch eine nationale Kampagne zur KFRG-Einführung. Dieses Gesetz ist über viele Jahre intensiv diskutiert und in allen politischen und fachlichen Gremien beraten worden [4, 9]. Es ist daher unverständlich, dass der Gesetzgeber diesen echten Fortschritt nicht durch eine große Kampagne der Öffentlichkeit zugänglich macht.

Welche Lösungsmöglichkeiten bieten sich an?

Aufklärung muss wesentlich vereinfacht und laiengerecht gestaltet werden. Es genügt sicher ein Doppelfaltblatt mit Hinweisen für weitergehende Informationen. Im Zeitalter der Digitalisierung gleicht es eigentlich einem Anachronismus, wenn die Einladung per Brief erfolgt. Hier sollte es neue Wege geben, wie zum Beispiel Onlineangebote, wo sich der IT-affine Mensch seinen Test selbst bestellen und entsprechend weiterleiten kann. Die Vergabeprozedur ist vielfach zu umständlich. Drei Arztbesuche sind eher hinderlich, als dass sie Menschen wirklich zur Vorsorge anregen. Letztlich könnte aber durch das KFRG auch eine zunehmende Beratungsinanspruchnahme auf Primärärzte (Hausärzte, Gynäkologen und Urologen) zukommen.

Das MFA-Projekt – ein wichtiger neuer Schritt

Dem hat die Stiftung LebensBlicke durch ihr MFA-Projekt Rechnung getragen. Es erlaubt die Qualifizierung von medizinischem Fachpersonal zur Information über Darmkrebsvorsorge. Das ist als Delegation ärztlicher Leistungen zur Arztunterstützung möglich (§ 28 Abs. 1 S. 3 SGB V). Die Basis dazu wurde gelegt durch ein vom Bundesgesundheitsministerium finanziertes Projekt, das sogenannte FAMKOL-Projekt [12]. Hier konnte gezeigt werden, dass die qualifizierte Schulung von medizinischen Fachangestellten (MFA) sehr gut möglich ist und auch sehr gut angenommen wird. Kooperationspartner dieses neuen Projekts

sind die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der deutsche Hausärzteverband mit dem Fortbildungsinstitut Vera sowie der Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen (bng). Bei einem Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Spahn, dem ich dieses Projekt vorgestellt habe, konnte ich regen Zuspruch und Unterstützung finden.

Die amerikanische Versicherung Kaiser Permanente hat gezeigt, dass unter Ausnutzung aller Möglichkeiten eine Teilnahmesteigerung auf >80 % zu erreichen ist [13]. Nur so lässt sich in den nächsten Jahren eine drastische Senkung der immer noch erschreckend hohen Inzidenz und Mortalität an Darmkrebs erreichen.

Fazit für die Praxis

Die Darmkrebsvorsorge hat sich seit ihrer Einführung in die Regelversorgung sehr bewährt. Stuhltest und Koloskopie haben eindrucksvoll gezeigt, dass mit der Inanspruchnahme eine deutliche Senkung der Inzidenz und Mortalität an Darmkrebs zu erreichen ist. Der Paradigmenwechsel zum Einladungsverfahren löst wahrscheinlich das Problem der Teilnahme nicht. Daher sind weitere Verbesserungen nötig, um den anhaltenden Rückgang der Darmkrebserkrankung weiter zu verstetigen und so dem Motto der Stiftung LebensBlicke »Vermeiden statt Leiden« näher zu kommen.

Zusammenfassung

Deutschland hat seit 2002 ein Darmkrebsvorsorgeprogramm. Es sieht für Menschen ab 50 Jahren den Test auf okkultes Blut im Stuhl (FOBT) und die Darmspiegelung vor. Dieses opportunistische Screening hat sich in 20 Jahren bewährt, wie inzwischen zahlreiche Studien belegen. Im Nationalen Krebsplan wurden 2012 die Weichen dafür gestellt, dass seit 2019 ein bundesweites Einladungsverfahren gilt. Die Menschen werden seitdem von ihren Krankenkassen mit 50, 55, 60 und 65 Jahren eingeladen; Männer können eine Darmspiegelung bereits mit 50 Jahren in Anspruch nehmen. Dieses neue Darmkrebsscreening ist ein echter Fortschritt [14]. Es hat dennoch Schwächen, da noch nicht erkennbar ist, ob sich so die Zahl der Teilnehmer am Screening erhöhen und damit Inzidenz und Mortalität an Darmkrebs weiter signifikant senken lassen.

Riemann JF, Hüppe D:
Colon cancer prevention – what is proven, what is new?

Summary: Since 2002, Germany has a colon cancer screening program. It is providing fecal occult blood tests (FOBT) and colonoscopy for people beginning with age 50. This opportunistic screening has proved to be effective in 20 years as demonstrated by a variety of clinical studies. In 2012, the national cancer plan determined the course for changing to a nationwide invitation system by 2019. Now, people are invited by their insurance companies beginning with 50, 55, 60 and 65 years of age. Men have access to colonoscopy already with 50 years of age. This new colon cancer screening is a real progress; however, it is open whether it may really increase the number of screening participants and therefore will further reduce incidence and mortality of colon cancer significantly.

Keywords: colon cancer – screening – invitation program – fecal occult blood test – colonoscopy

Literatur

1. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using fecal occult blood test (hemoccult): an update. Am J Gastroenterol 2008; 103: 1541–1549.

2. Song L-L, Li Y-M. Current noninvasive tests for colorectal cancer screening: An overview of colorectal cancer screening tests. World J Gastrointest Oncol 2016; 8: 793–800.

3. Kramer J, Früh U. Prävention von Darmkrebserkrankungen. Bericht der Akkreditierten Labore in der Medizin über den Einsatz immunologischer fäkaler okkulter Bluttests. Präv Gesundheitsf 2019; 14: 407–413.

4. Zentrum für Krebsregisterdaten. Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin: Robert-Koch-Institut; 2016.

5. Zentrum für Krebsregisterdaten, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland. Krebs in Deutschland für 2015/2016. Berlin: Robert-Koch-Institut; 2019.

6. Bitzer EM, Grobe TG, Neusser S, Lorenz C; Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung. BARMER BEK Krankenhausreport 2013. Berlin: BARMER GEK; 2013.

7. Brenner H, Schrotz-King P, Holleczek B, Katalinic A, Hoffmeister M. Rückgang der Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs in Deutschland: Analyse zeitlicher Trends in den ersten 10 Jahren nach Einführung der Vorsorgekoloskopie. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 101–116.

8. Dekker E, Rex DK. Advances in CRC Prevention: Screening and Surveillance. Gastroenterology 2018; 154: 1970–1984.

9. Riemann JF, Maar C, Betzler M, Brenner H, Sauerbruch T. Darmkrebsfrüherkennung im Nationalen Krebsplan – Aktueller Stand und Empfehlungen für die Weiterentwicklung. Z Gastroenterol 2011; 49: 1428–1431.

10. Brenner H, Zwink N, Ludwig L, Hoffmeister M. Sollte die Vorsorgekoloskopie bereits ab 50 Jahren angeboten werden? Befunde eines landesweiten Modellprojekts und Ergebnisse einer randomisierten Interventionsstudie. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 94–100.

11. Hoffmeister M, Holleczek B, Zwink N, Stock C, Stegmaier C, Brenner H. Darmkrebsscreening – persönliche Einladung steigert Teilnahmeraten: Eine randomisierte Interventionsstudie. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 87–93.

12. Bauer A, Riemann JF, Seufferlein T, Reinshagen M, Hollerbach S, Haug U, et al. Einladung zur Vorsorgekoloskopie bei familiärem Darmkrebsrisiko: Eine clusterrandomisierte Studie zur Erhöhung der Teilnahmeraten. Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 715–722.

13. Levin TR, Corley DA, Jensen CD, Schottinger JE, Quinn VP, Zauber AG, et al. Effects of Organized Colorectal Cancer Screening on Cancer Incidence and Mortality in a Large Community-Based Population. Gastroenterology 2018; 155: 1383–1391.e5.

14. Riemann JF, Schilling D, Hüppe D, Beyer A, Meyer H. Das neue Darmkrebs-Screening. Z Gastroenterol 2020; 58: 787–788.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.

Prof. Dr. Dr. Jürgen F. Riemann
Stiftung LebensBlicke
Parkstraße 49
67061 Ludwigshafen

riemannj@garps.de