



POSITIONSPAPIER

Das neue Darmkrebs-Screening

Stiftung LebensBlicke
Früherkennung Darmkrebs



POSITIONSPAPIER

Das neue Darmkrebs-Screening

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

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



informierte Entscheidung der Versicherten vor. Dies bedeutet, dass Männer bereits ab 50 Jahren zwischen i-FOBT und Früherkennungs-Koloskopie wählen können, Frauen wie bisher ab 55 Jahren. Die persönliche Einladung an jeden einzelnen Versicherten kann die Teilnehmerate steigern. [3] Die leitliniengerechte Umsetzung des neuen i-FOBT bedarf hinsichtlich der Indikation zur Testausgabe noch weiterer Aufklärung. [4] Dabei spielen auch die Hausärzte eine zentrale Rolle. Das Problem der in der G-BA-Richtlinie festgelegten – und zurzeit vorübergehend ausgesetzten – Dokumentation des neuen Darmkrebs- (sowie Zervixkarzinom-)Screenings ist noch nicht abschließend gelöst. Die Stiftung LebensBlicke hatte daher für den 11. Dezember 2019 Experten eingeladen, um mit ihnen das neue organisierte Darmkrebs-Screening aus unterschiedlichen Perspektiven zu diskutieren.* Ziel des Expertengesprächs war, ein Positionspapier zu formulieren, das Fortschritt und Perspektiven des neuen Darmkrebs-Screenings beleuchtet, aber auch Schwachstellen aufzeigt, die verbesserungswürdig sind. Die Versorgung sollte als ein lernendes System angesehen werden, das sachlich-fachlich orientierten Nachjustierungen zugänglich ist.

* Teilnehmerliste im Anhang.





10 KERNTHESEN

Die Expertenrunde hat zehn Kernthesen formuliert:

1. Die neue G-BA-Richtlinie ist für die Darmkrebsfrüherkennung ein echter Fortschritt (Einladungsverfahren; Koloskopie für Männer ab 50 Jahren).
2. Die Einladung mit Versand von FIT oder der Möglichkeit, den FIT einfach und niederschwellig anfordern und einsenden zu können, führt wissenschaftlich nachgewiesenermaßen zu besseren Teilnahmequoten. Rechtliche Bedenken gegen den kombinierten Versand mit der Einladung, der in anderen europäischen Ländern standardmäßig durchgeführt wird, müssten geklärt und ggfs. ausgeräumt werden.**
3. Die Aufklärung der Bürger mit dem Ziel der informierten Entscheidung sollte prägnanter, aber dennoch präzise formuliert sein. Mehrseitige Broschüren, wie sie zurzeit mit den Einladungen an die Versicherten versendet werden, sind in der Praxis nicht zielführend.
4. Neue Medien, u.a. Gesundheitsportale, die derzeit an verschiedenen Stellen eingerichtet werden, sollten zur Information genutzt werden. Dabei muss sichergestellt sein, dass die transportierte Information neutral, korrekt und zuverlässig ist.
5. Nicht akzeptabel in der aktuellen Umsetzung des Einladungsverfahrens ist das vorübergehende Aussetzen der Dokumentation ab 1. Januar 2020 (voraussichtlich bis Herbst 2020) aus technischen Gründen (gilt auch für das Zervixkarzinom-Screening).



- 6. Die Dokumentation der Ergebnisse ist bei einer noch zu bestimmenden Sammelstelle besser aufgehoben als bei den heute noch heterogenen Systemen der Krebsregister.**
- 7. Die Ergebnisse der FIT-Tests und die – bei positivem Ausfall – daraus resultierenden Koloskopien mit Ergebnis müssen im Sinne der Versorgungsforschung im Rahmen der Dokumentation zusammengeführt werden.**
- 8. Leitliniengestützte Recall-Systeme nach Adenomresektion müssen (mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten) implementiert werden.**
- 9. Mittelfristig sollte die Dokumentation der Vorsorgeuntersuchungen (FIT und Koloskopie) über die elektronische Patientenakte (ePA) möglich sein.**
- 10. Vorsorgeuntersuchungen in Kliniken werden aktuell gar nicht dokumentiert: Die analoge Dokumentation der Daten wie im niedergelassenen Bereich sollte unbedingt angestrebt werden.**

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





Die Diskussion hat übereinstimmend ergeben, dass das neue Darmkrebs-Screening einen echten Fortschritt darstellt, der zu einer deutlichen Verbesserung der Darmkrebsvorsorge und -früherkennung führen sollte. Die Experten weisen aber schon jetzt auf erkennbare Schwachstellen hin. So fehlt in der G-BA-Richtlinie der ausdrückliche Bezug zur risikoadaptierten Darmkrebsfrüherkennung, die unbedingt möglichst bald Berücksichtigung finden sollte. Sie ist integraler Bestandteil der Darmkrebsvorsorge. [5] Wenn sich die Teilnahme am Programm nicht wie erwartet erkennbar steigern lässt, sollte für zusätzliche Möglichkeiten der Einladung gesorgt werden. Hier bieten sich im Hinblick auf digitale Möglichkeiten neue Formen an, die zum Teil bereits erprobt sind. [6] Die Experten waren sich auch darüber einig, dass die elektronische Patientenakte (ePA) ein wichtiger Meilenstein auch für die Dokumentation aller Vorsorgeleistungen sein kann. Über die elektronische Patientenakte ließen sich ggf. auch Recall-Systeme implementieren. Entscheidend wird auch sein, wie die begleitende Qualitätskontrolle organisiert ist und wie frühzeitig sie auf Fehlentwicklungen hinweist. Die Stiftung LebensBlicke wird das neue Darmkrebs-Screening auch in Zukunft weiter begleiten und aus ihrer Sicht mögliche Schwachstellen aufzeigen und Verbesserungsvorschläge in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen. Sie wird das Screening-Geschehen auch hinsichtlich der in der Expertenrunde benannten Kernthesen zu Perspektiven und Risiken aufmerksam verfolgen.

Literatur:

- [1] Brenner H, Schrotz-King P, Holleczeck B, Katalinic A, Hoffmeister M. Rückgang der Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs in Deutschland. Dtsch. Ärztebl. 2016; 113:101–6.
- [2] Riemann JF, Maar C, Betzler M, Brenner H, Sauerbruch T. Darmkrebsfrüherkennung im Nationalen Krebsplan – Aktueller Stand und Empfehlungen für die Weiterentwicklung. Z Gastroenterol 2011; 49:1428–31.
- [3] Hoffmeister M, Holleczeck B, Zwink N, Stock C, Stegmaier C, Brenner H. Darmkrebscreening – persönliche Einladung steigert Teilnehmeraten. Dtsch. Ärztebl. 2017; 114:87–93.
- [4] Hüppe D, Aschenbeck J. Neuerungen bei der Darmkrebsvorsorge seit 1.7.2019. Z Gastroenterol. 2020; 58:91.
- [5] Tian Y, Kharazmi E, Brenner H, Xu X, Sundquist K, Sundquist J, Fallah M. Calculating Starting Age for Screening in Relatives of Patients with Colorectal Cancer Based on Data from Large Nationwide Datasets. Gastroenterology 2020; <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.063>.
- [6] Gruner LF, Hoffmeister M, Ludwig L, Meny S, Brenner H. Effekte verschiedener Einladungsmodelle auf die Inanspruchnahme immunologischer Tests auf Blut im Stuhl: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. Dtsch. Ärztebl. 2020; 117:423-30.

Für die Verfasser:

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

Teilnehmer und Mitwirkende am Positionspapier

Albert, Prof. Dr. Jörg G.	Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart Chefarzt Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie
Allescher, Prof. Dr. Hans-Dietrich	Klinikum Garmisch-Partenkirchen Chefarzt Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechsel, Nephrologie
Beyer, Dr. Albert	Internist/Gastroenterologe Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen e.V. (bng), Ulm 1. Vorsitzender
Brenner, Prof. Dr. Hermann	Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg Leiter Klinische Epidemiologie und Altersforschung
Fischbach, Prof. Dr. Wolfgang	Gastro-Liga e.V., Gießen Vorstandsvorsitzender
Hagen, Dr. Bernd	Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung (ZI), Berlin Fachbereichsleiter, Fachbereich 7, Disease Management Programme
Hüppe, Dr. Dietrich	Internist/Gastroenterologe Vorstandsmitglied Stiftung LebensBlicke
Knöpnadel, Dr. Jörn	Internist/Gastroenterologe Vorstandsmitglied Stiftung LebensBlicke
Jung, Prof. Dr. Michael	Universitätsklinikum Frankfurt Leiter Zentrale Endoskopie
Meyer, Dr. Hansjörg	Stiftung LebensBlicke Fundraising
Pox, Priv. Doz. Dr. Christian	Krankenhaus St. Joseph-Stift, Bremen Chefarzt der Medizinischen Klinik
Riemann, Prof. Dr. Jürgen F.	Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke, em. Direktor Med. Klinik C, Klinikum Ludwigshafen
Schilling, Prof. Dr. Dieter	Diakonissenkrankenhaus Mannheim Leiter Klinik für Innere Medizin II – Gastroenterologie & Hepatologie/ Ärztl. Direktor Vorstandsmitglied der Stiftung LebensBlicke
Schmidt, Priv. Doz. Dr. Christoph	Leiter des Integrativen Darmzentrums Bonn/Rhein-Sieg (IDZB) und der „Initiative Familiärer Darmkrebs“, Facharzt für Innere Medizin – Gastroenterologie
Stomper, Dr. Barbara	Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, Referat 324 – Nicht-übertragbare Krankheiten Gaststatus, neutrale Beobachterin
Trautwein, Prof. Dr. Christian	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGVS), Vorstand Öffentlichkeitsarbeit Universitätsklinikum Aachen, Medizinische Klinik III





ÜBER UNS

Die Stiftung LebensBlicke – Früherkennung Darmkrebs – wurde 1998 ins Leben gerufen. Sie ist die älteste Stiftung, die sich in Deutschland für die Aufklärung der Bevölkerung über die Darmkrebsvorsorge einsetzt.

AKTIVITÄTEN DER STIFTUNG (u. a.)

- Öffentlichkeitsarbeit in den Medien (u.a. Pressekonferenzen)
- Herausgabe von Publikationen
- Informationskampagnen
- Benefizveranstaltungen
- Unterstützung von Darmkrebs-Früherkennungsaktionen in Unternehmen/Organisationen
- Durchführung von Experten-Workshops, Seminaren, Symposien und Tagungen
- Verleihung des Darmkrebs-Präventionspreises und des Ernst von Leyden-Preises
- VorsorgTheater „Alarm im Darm“ und „Mit Lust und Leidenschaft“
- Mitarbeit in gesundheitspolitischen Gremien in Bund, Ländern und Regionen



UNTERSTÜTZUNG

Die Stiftung LebensBlicke hat es sich zur Aufgabe gemacht, umfassend über Früherkennungsmaßnahmen von Darmkrebs zu informieren und zur Vorsorge zu motivieren. Unterstützen Sie unsere Arbeit mit einer Spende. Auch Zustiftungen sind willkommen.

Kostenlose Hotline: 0800 22 44 22 1

Geschäftsstelle

Stiftung LebensBlicke – Früherkennung Darmkrebs
Schuckertstraße 37, 67063 Ludwigshafen
Tel. 0621-69 08 53 88, Fax 0621-69 08 53 89
stiftung@lebensblicke.de, www.lebensblicke.de

Spendenkonto

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

Diese Information wurde Ihnen überreicht durch die
Stiftung LebensBlicke und Ihren behandelnden Arzt:

