

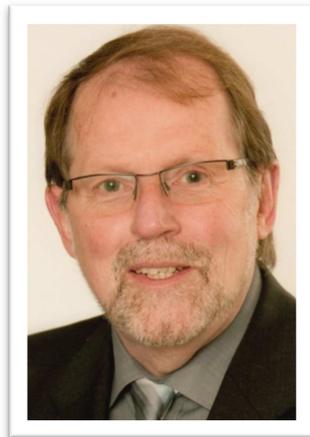


"Darmkrebsprävention mehrdimensional"

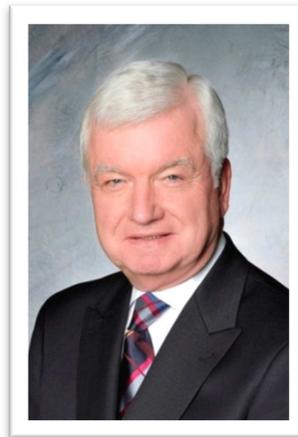
Symposium DGVS und Stiftung LebensBlicke

am 18. September 2015

anlässlich des Kongresses Viszeralmedizin 2015 in Leipzig



D. Hüppe
Herne



J. F. Riemann
Ludwigshafen

Moderation:

Die Stiftung LebensBlicke ist mit dem wissenschaftlichen Symposium ihrem Anspruch wieder gerecht geworden, neben der wichtigen Öffentlichkeitsarbeit auch auf Fachtagungen über aktuelle Entwicklungen auf dem Gebiet der Darmkrebsvorsorge und -früherkennung zu informieren. Namhafte Experten haben die Einladung angenommen und Zahlen, Daten, Fakten und Kommentare auf verschiedenen Ebenen der Prävention vorgestellt. Es ist inzwischen schon zur Tradition geworden, dass eine Zusammenfassung der Ergebnisse nicht nur auf der Internetseite der Stiftung, sondern auch zu einem späteren Zeitpunkt auf den LebensBlicke-Seiten der Zeitschrift "Der Gastroenterologe" veröffentlicht wird.

Programm

Primärprävention – welche Chancen bietet dafür ein Präventionsgesetz?

J. Stamm

Adipositas - ein neuer Risikofaktor. Wie begegnen?

M. Ebert

Risikoadaptierte Früherkennung – neue Möglichkeiten durch das KFRG

D. Schilling

FIT-Einführung – eine schwerfällige gesundheitspolitische Aufgabe

B. Birkner

Tertiärprävention – eine alte und doch neue Herausforderung

G. Schilling



Joachim Stamm - Barmer GEK, Bereichsleiter Versorgung 1, Wuppertal

"Primärprävention – welche Chancen bietet dafür das Präventionsgesetz?"

In den „Gesellschaften des längeren Lebens“ können die großen Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung allein mit einer rein kurativen Ausrichtung des Gesundheitssystems nicht gelöst werden. Die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für die Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sowie die finanzielle Stabilität von Gesundheitssystemen ist unbestritten. Ein

gesunder Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und einem körperlichen aktiven Alltag sowie geringem Alkoholkonsum und Rauchverzicht mindern das Darmkrebsrisiko.

Nach drei gescheiterten Anläufen konnte vor wenigen Wochen in Deutschland ein Präventionsgesetz verabschiedet werden. Ziel des Gesetzes ist es Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken.

Außerdem werden die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt sowie das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert.

Anknüpfend an die bisherigen Regelungen des § 20 SGB V baut das Gesetz u.a. die Zielorientierung und Qualitätsorientierung von Prävention und Gesundheitsförderung aus, schafft mit einer Nationalen Präventionskonferenz und einem Präventionsforum neue Koordinations- und Steuerungsstrukturen und verbessert zudem die Ressourcenausstattung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ab 2016 je Versicherten pro Jahr 7,- € (2015: 3,17 €) ausgeben, davon jeweils 2,- € für die lebensweltbezogene Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung. Damit werden sich die Ausgaben der GKV für die primäre und Gesundheitsförderung auf fast 500 Mio. € belaufen.

Auch wenn sich das Gesetz nicht explizit der primären Prävention von Darmkrebs widmet, wirken verschiedene Regelungen unterstützend:

- Der Ausbau der lebensweltbezogenen Prävention (Kitas, Schulen, Pflegeeinrichtungen, Kommunen) sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung erleichtern die Möglichkeiten für lebensstilbezogene Interventionen zur primären Prävention von Darmkrebs.
- Mit der Neuformulierung des § 25 SGB V (Früherkennungsuntersuchungen) haben Erwachsene Anspruch auf ärztliche Untersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung sowie, sofern dies medizinisch geboten ist, einer Präventionsempfehlung zur individuellen Verhaltensprävention. Die Regelung fördert die passgenaue Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. Präventionsempfehlungen können auch bei Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ausgesprochen werden (§ 26 SGB V).
- Das Gesetz stärkt mit verschiedenen Regelungen (u.a. Abgabe von Präventionsempfehlungen, Möglichkeit von Verträgen mit der GKV) die Rolle der Arbeitsmedizin in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Über vertragliche Regelungen lassen sich Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Darmkrebsprävention in der betrieblichen Gesundheitsförderung schaffen.

Die Ergebnisse des neuen Präventionsgesetzes weisen einerseits in die richtige Richtung, andererseits ist die Grundarchitektur eines krankenkassen-zentrierten Gesetzes unzulänglich: Prävention und Gesundheitsförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben und nicht nur eine Aufgabe der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.



Prof. Dr. Matthias Ebert - II. Medizinische Klinik, Universitätsmedizin Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Mitglied im Vorstand der Stiftung LebensBlicke

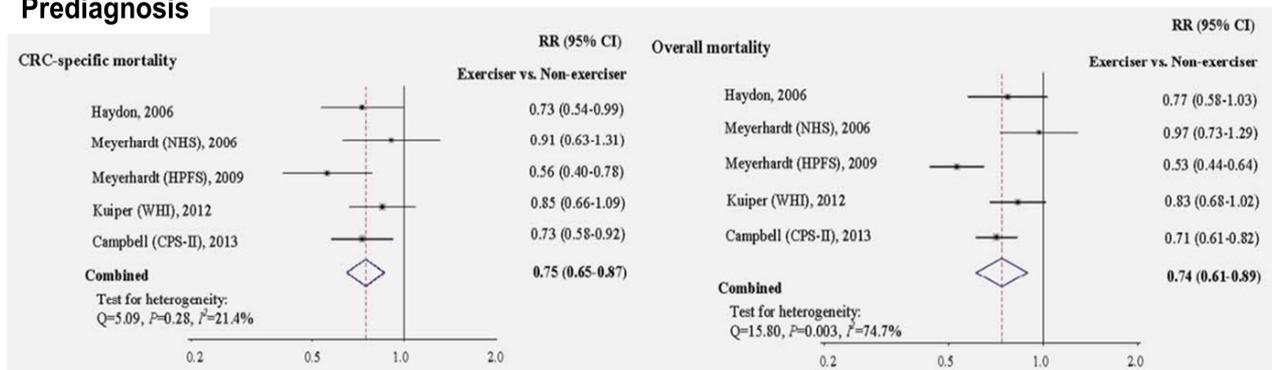
"Adipositas – ein neuer Risikofaktor. Wie Begegnen?"

Die Adipositas ist weltweit auf dem Vormarsch. In Deutschland sind über 50% der Menschen übergewichtig; das betrifft inzwischen auch 20 % der Kinder und Jugendlichen. Per definitionem ist übergewichtig, wer einen Body Mass Index (BMI) von über 25 aufweist; als adipös gilt ein BMI von über 30. Die extreme Übergewichtigkeit wird auch als Adipositas permagna bezeichnet (BMI > 40). Zahlreiche Studien belegen, dass die Adipositas generell u.a. auch mit einem erhöhten Krebsrisiko assoziiert ist, vor allem dem Kolonkarzinom. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Schon für die asymptomatische Bevölkerung empfehlen die aktuellen S3-Leitlinien zum Kolorektalen Karzinom neben Bewegung und Verzicht auf Rauchen eine Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Personen. Die Ernährungsempfehlungen der Leitlinie folgen weitgehend denen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, fokussiert auf die Reduktion des Verzehrs von rotem Fleisch bei Erhöhung der Ballaststoffaufnahme. Eine spezifische Diättempfehlung kann derzeit allerdings nicht gegeben werden.

Pathogenetisch werden neben dem Einfluss des intestinalen Mikrobioms zahlreiche Mechanismen diskutiert, die das Tumorwachstum bei Adipositas fördern können. Das gilt für die Insulin-Resistenz, eine systemische Inflammation und Biomarker, die ein spezifisches Milieu für die Tumorentstehung befördern wie z.B. Adipokine. Die Hyperinsulinämie einschließlich der Insulin-Signalwege spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle.

Zahlreiche Interventionsstudien belegen den Einfluss körperlicher Bewegung nicht nur in der Primär-, sondern ganz besonders auch in der Tertiärprävention. Eine große Metanalyse verdeutlichte schon 2009 übereinstimmend die außerordentlich positive Wirkung von Sport und Bewegung überhaupt auf einen Zusammenhang mit dem Kolonkarzinom. Eine aktuelle Metanalyse prospektiver Kohortenstudien belegt darüber hinaus auch den klaren Einfluss auf die Mortalität (siehe Graphik).

Prediagnosis



Je Y, Int J Cancer 2013; 133, 1905–19

So wird auch verständlich, warum ein Europäischer Kodex gegen den Krebs entwickelt worden ist, der 12 Wege beschreibt, wie man selber in Eigenverantwortung die Krebsentstehung beeinflussen kann. Er enthält im Wesentlichen die bekannten Empfehlungen Bewegung, gesunde Ernährung, Rauch-verzicht und Gewichtskontrolle sowie einen allenfalls moderaten Alkoholkonsum. (Norat T et al. European Code against Cancer, 4th edition: Diet and cancer, Cancer Epidemiol 2015).

Zusammengefasst:

- Adipositas ist ein relevanter Risikofaktor für das KRK
- Gewichtsreduktion verhindert primär die Entstehung und das Auftreten von Rezidiven des KRK
- Sport, Bewegung und allgemeine Empfehlungen zur Gewichtsreduktion sind sinnvolle Interventionen zur Reduktion des KRK
- Neben den allgemeinen Empfehlungen zur Darmkrebsvorsorge, zur Früherkennung sollten auch Empfehlungen zur Gewichtsreduktion bei Adipositas und Überernährung gegeben werden



**Prof. Dr. Dieter Schilling – Chefarzt Medizinische Klinik II,
Diakonissenkrankenhaus Mannheim**

"Risikoadaptierte Früherkennung – neue Möglichkeiten durch das KFRG"

Das im Jahre 2013 verabschiedete Krebsregister und Früherkennungsgesetz sieht vor, dass ein persönliches Einladungsverfahren eingeführt werden soll für die Dickdarmkrebsvorsorge analog zu dem Einladungsverfahren bei der Brustkrebsfrüherkennung.

In diesem Gesetz ist auch eine Individualisierung und spezielle Risikoadaptation vorgesehen. Die Risiken für das Kolorektale Karzinom (KRK), die hierbei berücksichtigt werden müssen, sind das Alter, das männliche Geschlecht und die positive Familienanamnese von verwandten ersten Grades. Diese Risikofaktoren sind nicht beeinflussbar und daher sollten sie bei der Frage nach Risikoadaption fokussiert werden.

Es liegen ausreichend Daten vor, dass die familiäre Belastung, in dem Sinne, dass ein Verwandter ersten Grades ein kolorektales Karzinom erlitten hat, das Risiko, selbst ein KRK zu erleiden um den Faktor zwei steigert. Diese Tatsache wird in der aktuellen gültigen Leitlinie schon berücksichtigt. Vorsorgefachkräfte

könnten diesen Aspekt noch deutlicher den Betroffenen vermitteln, um hier mehr Durchdringung zu erreichen.

Anders sieht es aus bei dem Risiko "männliches Geschlecht". Die Ergebnisse, die man aus Daten der Forschung zum Hereditären Non Polyposis Colon Carcinom (HNPCC) gesammelt hat, zeigen, dass Männer ein deutlich höheres Lebenszeitrisko aufweisen, am Dickdarmkrebs zu erkranken, vor allem, wenn bestimmte Mutationen des sogenannten Mismatch Reparaturgens vorliegen. Dieser Tatsache wurde bisher weder in der deutschen noch in der europäischen Leitlinie berücksichtigt.

Wenn man in die Auswertung der Daten der deutschen Vorsorgekoloskopie schaut, kann man erkennen, dass Männer deutlich häufiger gerade in der jungen Altersgruppe sowohl an Adenomen als auch an Adenokarzinomen erkranken. Daraus müsste man im Sinne der Risikoadaptation eigentlich schlussfolgern, dass Männer durchaus schon mit 50 Jahren vorsorgekoloskopiert werden sollten.

Risikoadaptierte Vorsorge könnte also folgendermaßen umgesetzt werden:

- Vorsorgeberater aktivieren Inpatienten, um deren Verwandte auf ihr Risiko hinzuweisen und sie der Vorsorgekoloskopie zuzuführen.
- Männer werden 5 Jahre früher als Frauen zur Vorsorgekoloskopie eingeladen, individuelle Risikoscores erlauben den beratenden Ärzten, Patienten auch unabhängig vom männlichen Geschlecht früher zu untersuchen, wenn zahlreiche, veränderbare Risikofaktoren vorliegen.



Dr. Berndt Birkner - AGAF, FACP, FASGE, FEBG, Vizepräsident Netzwerk gegen Darmkrebs e. V. München

"FIT Einführung – eine schwerfällige gesundheitspolitische Aufgabe"

Das deutsche Gesundheitssystem wird – abgesehen von neueren Entwicklungen- als eines der besten der Welt bezeichnet. Das Darmkrebsfrüherkennungsprogramm ist tatsächlich einzigartig. Seit den siebziger Jahren des vergangenen Jahrtausends besteht ein gesetzlicher, allgemeiner Anspruch auf Darmkrebsfrüherkennung. Lange Jahre bestand es nur aus dem Guajac-basierten Stuhltest (gFOBT). Vor fast fünfzehn Jahren wurde die Vorsorgekoloskopie als Alternative zum Stuhltest ab dem 55. Lebensjahr für alle gesetzlich Versicherten eingeführt. Allerdings nicht ohne den Druck durch die Felix Burda Stiftung und die Stiftung Lebensblicke. Die systematische, bundesweite Erfassung der Vorsorgekoloskopie hat internationale Beachtung erfahren. Mit ihrer Dokumentation verbunden ist eine externe Qualitätssicherung der Koloskopie, die zum Zeitpunkt ihrer Einführung ebenfalls international einzigartig war.

Inzwischen sind die internationalen Bemühungen um die Darmkrebsfrüherkennung fortgeschritten. So hat die EU Kommission die Leitlinie zur Qualitätssicherung der Früherkennung und Diagnostik des kolorektalen Karzinoms 2010 veröffentlicht. Diese ist Grundlage der gesetzgeberischen Entscheidung ein organisiertes

Darmkrebsfrüherkennungsprogramm in Deutschland einzuführen. Im Rahmen dieses Gesetzes muss der G-BA u.a. die Entscheidung über die einzusetzenden Methoden zur Früherkennung treffen.

Die Entscheidung zur Ablösung des g-FOBT durch den immunochemischen Stuhltest (FIT) ist bereits im Herbst 2014 gefallen. Im Nachbarland Holland ist das organisierte Früherkennungsprogramm mittels FIT bereits angelaufen.

Testkriterien des FIT

Der immunochemische Test ist dem g-FOBT in der Sensitivität deutlich und in der Spezifität überlegen.

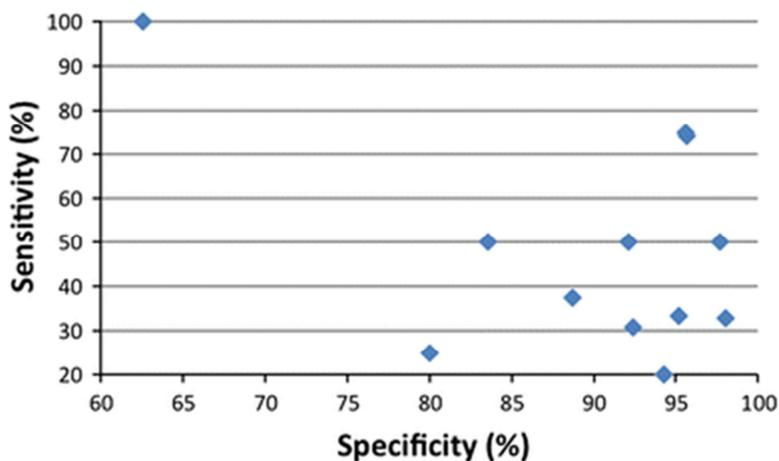


Abb.1: Sensitivität und Spezifität von gFOBT (Digestive Diseases and Sciences2014;60:3445)

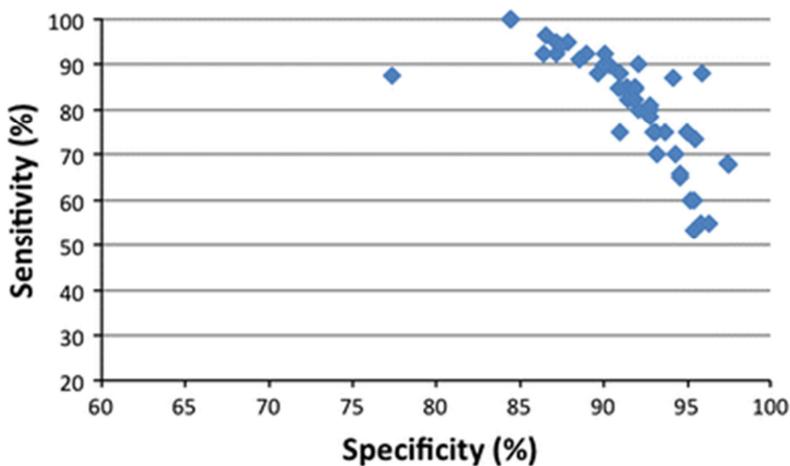


Abb.2: Sensitivität und Spezifität von FIT (Digestive Diseases and Sciences2014;60:3445)

Die Möglichkeit den cut-off Punkt der Entdeckung von humanem Hämoglobin zu variieren führt zur variablen Sensitivität und Spezifität des FIT. Die Wahl des Cut-off bestimmt somit auch die Anzahl der notwendigen Abklärungskoloskopien. Sowohl aus logistischen als auch aus ökonomischen muss eine Entscheidung für

einen allgemeinen Cut-off getroffen werden. In Holland hat man nach den ersten Erfahrungen den Cut-off auf 50 Mikrogramm/g Stuhl angehoben (Abb.:3).

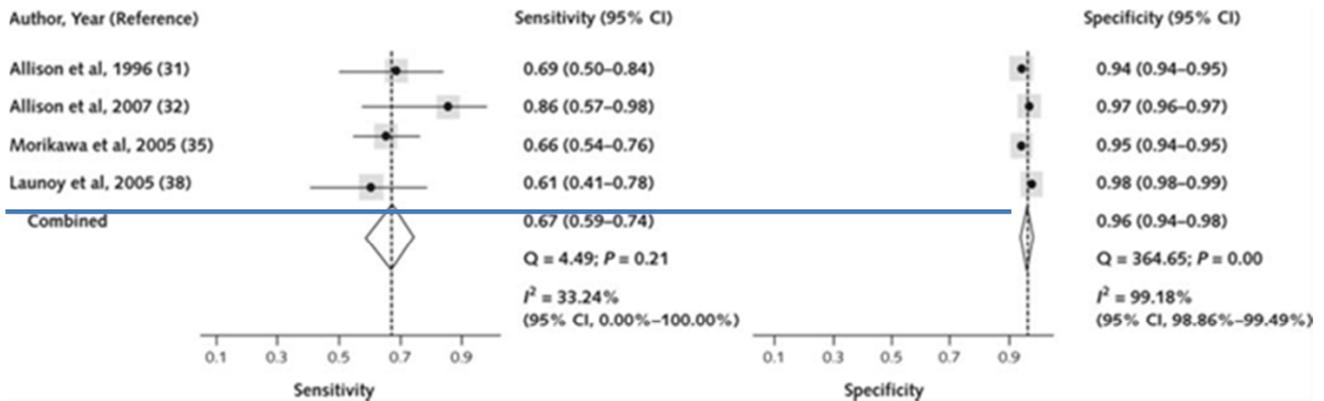


Abb.3: Sensitivität und Spezifität von FIT bei cut-off > 50mikrog/g (Ann Intern Med. 2014;160(3):171-181)

Aufgabe des gemeinsamen Bundesausschusses

Dem G-BA obliegt es gemäß dem Krebsfrüherkennungsgesetzes von 2013 die Umsetzungsrichtlinien zu bestimmen. Insbesondere müssen Zielgruppen, Methoden, Intervalle, Abklärungsdiagnostik und Qualitätssicherungsverfahren bestimmt werden, um die Effizienz des Früherkennungsprogrammes zu gewährleisten. Die Beratungen haben erst im Herbst 2014 begonnen.

Die Umsetzungsrichtlinie soll nach Vorgaben des Gesetzgebers bis April 2016 veröffentlicht sein. Nach den Erfahrungen der Vergangenheit über die Entscheidungsfähigkeit der Mitglieder der Selbstverwaltung - Kostenträger und Ärzteschaft- steht ein ggfs. langwieriger Umsetzungsprozess zu erwarten.

Umsetzungsrichtlinie und Implementierung in die Praxis

Insbesondere müssen Fragen der Logistik, der Versicherteninformation, der Beratung, der Auswertung und der Sicherstellung einer nahezu 100 prozentigen Abklärungsdiagnostik positiver Befunde geklärt und umgesetzt werden. Hierzu bedarf es noch einiger gemeinsamer Anstrengungen aller Beteiligten. Netzwerk gegen Darmkrebs und die Stiftungen, Felix Burda Stiftung und Stiftung Lebensblicke, werden diesen Prozess kritisch und aufmerksam beobachten und ggfs. Unterstützung leisten.

Zusammenfassung

Die Entscheidung den gFOBT durch einen FIT ist bereits gefallen. Der FIT ist dem gFOBT überlegen, wie entsprechende Studien zeigen konnten. Die unterschiedlichen Testkriterien der verfügbaren FIT Teste werden eine Vorgabe notwendig machen. Hierzu sind Kassenärztliche Bundesvereinigung und G-BA gemeinsam aufgerufen. Die weiteren vom Gesetzgeber festgeschriebenen Vorgaben müssen bis April 2016 in einer Umsetzungsrichtlinie durch den G-BA gefasst werden. Bemühungen des Netzwerk gegen

Darmkrebs dem G-BA evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung zu stellen, waren Anlass für zwei Workshops im Frühjahr 2014 und 2015 in Berlin. Die konkreten Implementierungsverfahren sind bereits jetzt zu diskutieren, um eine rasche Implementierung des organisierten Darmkrebsfrüherkennungsprogramms in Deutschland zu erreichen.



Priv.-Doz. Dr. med. Georgia Schilling - Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie, Klinik für Tumorbiologie, Freiburg

"Tertiärprävention – eine alte und neue Herausforderung?!"

Dank multimodaler Therapiekonzepte nimmt die Zahl an Krebslangzeitüberlebenden in den letzten Jahren stetig zu.

Das kolorektale Karzinom ist heute die häufigste Krebsdiagnose ab dem 75. Lebensjahr mit einem relativen 5-Jahresüberleben von 65%. Damit stellen Langzeitüberlebende nach Darmkrebs in den westlichen Nationen mit 11% die drittgrößte Gruppe ehemaliger Tumorpatienten dar. Sie bedürfen einer über die in der Nachsorge vorgesehenen Verlaufskontrolluntersuchungen weit hinausgehende Unterstützung bei der Umsetzung eines nachhaltigen gesunden Lebensstils mit einer ausgewogenen Ernährung und regelmäßiger körperlicher Aktivität.

„Tertiärprävention bedeutet die Verhinderung eines Fortschreitens der Erkrankung oder deren Komplikationen. Sie dient dazu, eine nachfolgende Schädigung oder regelwidriges Verhalten frühzeitig zu erkennen, damit es nicht zu Komplikationen, Folgeerkrankungen, Verschlimmerung oder einem Rückfall kommt. Tertiärprävention richtet sich an Patienten, die etwas dazu beitragen möchten, wieder gesund zu werden, oder den erzielten Gesundheitszustand zu erhalten (Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e.V.).“

Tertiärprävention ist eine alte und neue Herausforderung für unser Gesundheitssystem: Nicht nur aufgrund der steigenden Zahlen von Krebslangzeitüberlebenden, sondern auch wegen deren oft schlechten Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens nach der Therapie, der mangelnden Information von Hausärzten, die einen Großteil der Betreuung der Patienten in der Nachsorge übernehmen, und der fehlenden Nachhaltigkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen, deren positiver Einfluss auf die Patienten bereits nach 6 Monaten signifikant nachlässt. Es ist daher in der Zukunft unsere Aufgabe unsere Patienten und niedergelassenen Kollegen mehr mit Informationen darüber zu versorgen, was Patienten selbst dazu beitragen können, ihr Rückfallrisiko durch regelmäßige körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung und einen gesunden Lebensstil zu verringern und sie darin nachhaltig zu unterstützen.

(Literatur bei den Verfassern)