

Darmkrebs: Vermeiden statt Leiden

Wie gefährlich ist Darmkrebs?

Alle 20 Minuten stirbt in Deutschland ein Mensch an Darmkrebs.

Die Statistik des Robert-Koch-Instituts weist jährlich mehr als 65.000 Neuerkrankungen und fast 27.000 Todesfälle für Deutschland aus. Somit fordert Darmkrebs siebenmal mehr Opfer als der Straßenverkehr. Europaweit sterben etwa 200.000 Menschen im Jahr an dieser tückischen Krankheit. Nimmt man Frauen und Männer zusammen, ist Darmkrebs die häufigste Krebserkrankung in Deutschland. Die Rate der Neuerkrankungen ist im EU-Vergleich hoch: Jeder zwanzigste erkrankt im Laufe seines Lebens an Darmkrebs.

Darmkrebs entwickelt sich fast immer aus zunächst gutartigen Wucherungen der Darmschleimhaut. Wenn diese über viele Jahre weiterwachsen, kann sich daraus Darmkrebs entwickeln, ohne dass der Betroffene etwas merkt. Beschwerden tauchen meist erst dann auf, wenn der Krebs größer geworden ist und oft schon Metastasen gebildet hat. Unbehandelt führt Darmkrebs dann häufig innerhalb von 12 Monaten zum Tod.

Aber: Darmkrebs ist oft vermeidbar.

Warum ist beim Darmkrebs die Früherkennung so wichtig?

Keine andere Krebserkrankung kann durch Früherkennung so gut vermieden oder geheilt werden wie Darmkrebs. Aufgrund seiner Entstehungsart ist Darmkrebs durch ein erfolgreiches Screening fast vollständig vermeidbar. Mögliche Vorstufen (Polypen/Adenome) lassen sich früh erkennen und können rechtzeitig entfernt werden. Auch im Frühstadium ist Darmkrebs noch gut heilbar.

Von Maßnahmen der Primärprävention (gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Verzicht auf Alkohol und Nikotin, Vermeidung von Übergewicht) wird angenommen, dass sie das Risiko einer Erkrankung senken. Sie sind aber nicht ausreichend: Ab dem 45. Lebensjahr steigt unabhängig davon das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken. Deshalb sind Früherkennungsmaßnahmen essentiell – je früher, desto besser.

Die Darmkrebsfrüherkennung ist weithin anerkannt und ihre medizinische Relevanz ist unbestritten. Die einfachste Möglichkeit ist die Entdeckung von unsichtbarem Blut im Stuhl durch einen

Labortest. In internationalen anerkannten Studien mit beschwerdefreien Personen wurde nachgewiesen, dass durch diese Früherkennung die Inzidenz (Anzahl der Neuerkrankungen) und die Mortalität (Anzahl der Sterbefälle) des Darmkrebses abnehmen. Bei der Darmspiegelung (Koloskopie), die ein zentraler Bestandteil der Früherkennung ist, sind bei beschwerdefreien Personen rund 70 Prozent der Befunde unauffällig, in mehr als einem Viertel der Fälle werden Vorstufen und in 1 Prozent der Fälle ein Karzinom diagnostiziert. Acht Jahre nach Einführung der Vorsorge-Koloskopie dürften allein 150.000 kolorektale Karzinome durch die Entfernung von Vorstufen verhindert worden sein. Würde die gesamte Zielgruppe die Vorsorge-Koloskopie in Anspruch nehmen, wäre diese Zahl noch wesentlich höher.

Was beinhaltet das Programm zur Darmkrebsfrüherkennung im Einzelnen?

Die Früherkennungsuntersuchungen auf Darmkrebs sind seit 1977 Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung. Die in den Früherkennungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Maßnahmen werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Auch die privaten Krankenkassen erstatten im Rahmen der jeweiligen Versicherungsverträge ihren Versicherten die notwendigen Maßnahmen zur Früherkennung von Darmkrebs.

Die Darmkrebsvorsorge wurde im Jahre 2002 wesentlich modifiziert. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umfassen seitdem:

- Versicherte in der Altersgruppe 50 – 54 Jahre können jährlich den Test zur Entdeckung von okkultem Blut im Stuhl (sogenannter Guajaktest) durchführen lassen.
- Versicherte im Alter ab 55 Jahren haben die Möglichkeit eine Darmspiegelung (Koloskopie) machen zu lassen und diese bei befundfreiem Ergebnis zehn Jahre später zu wiederholen.
- Soweit Vorbehalte gegen die Darmspiegelung bestehen, können Versicherte in der Altersgruppe ab 55 Jahren den Stuhltest im zweijährigen Turnus weiter fortsetzen.

In welchem Umfang wird die gesetzliche Früherkennung in Anspruch genommen?

Die Koloskopie gilt als das genaueste Verfahren (Goldstandard) im Rahmen der Früherkennung von Darmkrebs. Nur speziell qualifizierte Ärzte dürfen die Koloskopie durchführen. Sie stellt ein invasives Verfahren dar, die Risiken dieser Untersuchung liegen aber im Promillebereich. Trotzdem ist die Inanspruchnahme nicht besonders gut. Insgesamt nehmen weniger als drei Prozent der Berechtigten die Vorsorge-Koloskopie in Anspruch. Und: Die Teilnehmerzahlen bei der Koloskopie sinken seit einiger Zeit. Im Jahr 2010 lagen sie bei 410.000 Personen. Das sind 36 Prozent weniger als im Spitzenjahr 2004.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Die Koloskopie wird häufig für schmerzhaft gehalten oder als unangenehm und aufwändig empfunden. Die Körperregion zählt eher zu den Tabuzonen. Auch fehlende Informationen bzw. Empfehlungen des Hausarztes können von Bedeutung sein.

Welche Rolle spielen Labortests?

Im Vergleich zur Koloskopie haben Labortestverfahren eine deutlich höhere Akzeptanz in der Bevölkerung. Etwa 4,5 Mio. Stuhltests werden im Jahr ausgegeben. Labortests können und sollen die Vorsorgekoloskopie nicht ersetzen, nehmen aber in der Darmkrebsvorsorge eine zentrale Funktion ein:

- Steigerung der generellen Akzeptanz der Darmkrebsvorsorge in der Bevölkerung
- Abbau von Vorbehalten gegen die Koloskopie
- Gezielte und einfach handhabbare Einstiegsdiagnostik zur Früherkennung von Darmkrebs
- Absolut risikofreie Prozedur (kein Eingriff in den Körper)
- Positive Testergebnisse werden mit der Koloskopie abgeklärt

Wie für alle diagnostischen Verfahren sind auch bei Labortests die Sensitivität und die Spezifität wesentliche Qualitätsmerkmale. Die Sensitivität ist die Wahrscheinlichkeit, eine erkrankte Person als krank zu erkennen. Dieses Gütemaß ist medizinisch wichtig, da bei einer Früherkennungsmaßnahme natürlich möglichst wenige erkrankte Menschen übersehen werden dürfen. Die Spezifität ist demgegenüber die Wahrscheinlichkeit, eine gesunde Person als gesund zu erkennen. Auch dieses Maß ist bei der Früherkennung bedeutsam, da vermieden werden soll, dass gesunde Menschen fälschlicherweise als krank diagnostiziert werden und sich unnötigen Behandlungen unterziehen.

Welche Labortestverfahren gibt es?

Im Rahmen der gesetzlichen Früherkennung von Darmkrebs wird von den Krankenkassen nur eine bestimmte labordiagnostische Methode bezahlt. Dies ist der sogenannte

Guajak-Test

Dieser chemische Stuhltest funktioniert auf der Guajakharzbasis. Durch eine chemische Reaktion werden verborgene (okkulte) Blutspuren in den Stuhlproben der Patienten nachgewiesen. Allerdings können laut Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Darmkrebsfrüherkennung verschiedene Nahrungsbestandteile oder Medikamente das Testergebnis manchmal beeinflussen. Patienten sollten deshalb vorübergehend z.B. auf größere Mengen von Vitamin C oder den Verzehr von Blutwurst verzichten. Diese Faktoren setzen eine Aufklärung durch den Arzt sowie ein gutes Patientenselbstmanagement voraus.

In der medizinischen Fachwelt wird zunehmend gefordert, für die Früherkennung von Darmkrebs noch empfindlichere Tests einsetzen zu können. In den letzten Jahren sind deshalb eine Reihe neuer labordiagnosti-

scher Verfahren entwickelt worden. Sie werden neben dem Guajak-Test in Arztpraxen bzw. Apotheken angeboten, bislang jedoch von den Krankenkassen nicht bezahlt. Zu nennen sind:

Immunologischer Stuhltest

Immunologische Labortests fahnden ebenfalls nach okkultem Blut, das durch Vorstufen (Polypen) oder Frühstadien des Darmkrebses in den Stuhl gelangt. Der Nachweis erfolgt durch den Einsatz spezifischer Antikörper gegen humanes Hämoglobin bzw. den humanen Hämoglobin/Haptoglobin-Komplex. Der Test kann ohne Diätvorschriften durchgeführt werden. Die Auswertung der Stuhlprobe erfolgt wie beim Guajak-Test in der Regel im ärztlichen Labor.

Enzymatischer Stuhltest

Hierbei handelt es sich um einen Test, der nicht nach verstecktem Blut sucht, sondern ein für Krebs typisches Enzym im Stuhl nachweisen kann. Das Enzym kommt im bösartig veränderten Gewebe von verschiedenen Krebsarten in größeren Mengen vor – darunter auch bei Darmkrebs oder Vorstufen (Polypen). Der Test kann ohne Diätvorschriften durchgeführt werden. Die Handhabung des Tests ist vergleichbar mit den anderen Stuhltests.

Bluttest

Tumoren geben bereits in frühen Stadien DNA in den Blutkreislauf ab. Darmkrebs hinterlässt auf diese Weise eine typische Spur – einen Biomarker. Dieser Biomarker ist mit einem Bluttest nachweisbar. Der Arzt nimmt hierfür beim Patienten eine Blutprobe ab und schickt sie an das Labor zur Messung und Auswertung.

Warum werden neue aussagekräftige Tests von den Krankenkassen nicht finanziert?

Es gibt keinen überzeugenden Grund, warum nur der Guajak-Test in der gesetzlichen Früherkennung erstattet wird. In der gesundheitspolitischen Diskussion spielen die folgenden drei Aspekte eine Rolle:

1. Zögerliche Kenntnisnahme internationaler Studien und Empfehlungen
2. Ökonomische Aspekte
3. Fehlen von Qualitätskriterien zur Vergleichbarkeit von Testergebnissen

Zu 1.:

Internationale und nationale Studien untermauern die Qualität der neueren, in Deutschland von den Krankenkassen nicht finanzierten Labortests. Inzwischen hat sich diese Erkenntnis auch in Leitlinien niedergeschlagen. So stellen die „European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis“ der EU-Kommission (2010) eine analytische Überlegenheit der immunologischen Stuhltests fest und daraus abgeleitet Chancen für ein verbessertes bevölkerungsbezogenes Screening. Das American College of Gastroenterology und die American Cancer Society kamen jeweils schon früher zu dem Ergebnis, dass zur Früherkennung die Sensitivität des Labortests mindestens 50 Prozent betragen soll. Vor dem Hintergrund dieser Faktenlage wird erwartet,

dass nun auch die Überarbeitung der deutschen S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ zu einer positiven Anerkennung der neuen Labortests für die Darmkrebsfrüherkennung kommt.

Zu 2.:

Der herkömmliche Guajak-Test ist unter den geltenden ärztlichen Abrechnungsbestimmungen am niedrigsten vergütet. Dies mag Anlass für das ausschließliche Festhalten an dieser Testmethode im Rahmen einer bevölkerungsweiten Früherkennung sein, überzeugt aber nicht. In der gesundheitsökonomischen Perspektive steht die Darmkrebsfrüherkennung gut da. Die Sechs-Monats-Kosten für eine medikamentöse Standardtherapie liegen bei 50.000 US-Dollar, bei Einbezug neuer Biologika deutlich höher. Vor diesem Hintergrund kommen mehrere Studien zu dem Ergebnis, dass die Früherkennung Kosten spart. Für die Darmkrebsvorsorge im Unternehmen wurde ein Kosten-Nutzen-Effekt von 1:10 errechnet. Angesichts der geringen finanziellen Dimension der Labortests würde das Zurückgreifen auf teurere aber bessere Labortests an dem grundsätzlich positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis nichts ändern.

Zu 3.:

Gelegentlich wird darauf verwiesen, dass unterschiedliche Labortestverfahren hinsichtlich der Sensitivität und Spezifität differieren und angesichts des Fehlens von Qualitätskriterien die Vergleichbarkeit erschwert wird. Dieser Umstand kann freilich nicht als Argument dienen, um im Rahmen der gesetzlichen Darmkrebsfrüherkennung nur ein einziges Testverfahren zuzulassen. Denn selbst in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gibt es keine Qualitätsvorgaben. Sinnvoll wäre es, bei den Labortests zur Früherkennung von Darmkrebs Qualitätskriterien zu konsentieren und nicht eine Methode festzuschreiben.

Wie kann die Darmkrebsvorsorge weiter verbessert werden?

Der Verband der Diagnostica-Industrie (VDGH) setzt sich zusammen mit der Stiftung LebensBlicke dafür ein, den Bekanntheitsgrad der gesetzlichen Vorsorge zu steigern und die Möglichkeiten der Früherkennung von Darmkrebs inhaltlich weiterzuentwickeln. Sie vertreten dabei die folgenden Positionen:

- Darmkrebs ist vermeidbar und die frühe Diagnose entscheidet über die Chance auf Heilung. Alle Heilberufe, insbesondere Ärzte und Apotheker, sind aufgerufen, darüber kontinuierlich zu informieren.
- Labortests können die Akzeptanz und Teilnahme der Bevölkerung an der Darmkrebsfrüherkennung erhöhen, indem sie eine niedrighschwellige und zugleich aussagekräftige Einstiegsdiagnostik bieten.
- Labortests ersetzen nicht die Koloskopie (Darmspiegelung), sondern liefern eine gezielte Indikation für diese Maßnahme.

- Im Rahmen der gesetzlichen Darmkrebsfrüherkennung darf nicht weiter daran festgehalten werden, nur einen einzigen Labortest anzuerkennen. Grundsätzlich sollten diejenigen Laborverfahren Anwendung finden, die für die Früherkennung nachweislich geeignet sind. Entscheidendes Kriterium ist die Qualität des Labortests.
- Vorliegende Studienergebnisse und Leitlinien zur Wertigkeit der labordiagnostischen Methoden sind rasch umzusetzen.
- Den GKV-Versicherten muss der Zugang zu neuen aussagekräftigen Labortestverfahren ermöglicht werden. Eine Änderung der Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist hierfür erforderlich.
- Diskutiert werden sollte eine Absenkung der Altersgrenze, ab der die gesetzliche Darmkrebsvorsorge in Anspruch genommen werden kann. Für den Labortest könnte die Altersgrenze auf 45 Jahre gesenkt werden, wie dies bis zum Jahr 2002 der Fall war.
- Ein organisiertes Einladungsverfahren hat sich beim Brustkrebs-Screening bewährt und sollte auch bei der Früherkennung von Darmkrebs realisiert werden. Dabei werden die Anspruchsberechtigten von ihrer Krankenkasse oder einer anderen Institution schriftlich informiert und zur Teilnahme eingeladen. Die Inanspruchnahme lässt sich auf diesem Wege nachweislich steigern, selbstverständlich bleibt die Entscheidung darüber allein bei dem Versicherten.

Juni 2012

Literatur

- Altenhofen L et al. Wissenschaftliche Begleitung von Früherkennungskoloskopien in Deutschland Berichtszeitraum 2008 6. Jahresbericht, Hrsg. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Berlin 2010
- Benson V et al. Toward standardizing and reporting colorectal cancer screening indicators on an international level: The International Colorectal Cancer Screening Network. International Screening of Cancer 2011 (UICC)
- Brenner H. et al. Zwischenbilanz der Früherkennungskoloskopie nach acht Jahren: Eine Hochrechnung und erste Ergebnisse, Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (43) 753 – 759
- Brenner H, Hoffmeister M, Brenner G, Altenhofen L, Haug U. Expected reduction of colorectal cancer incidence within 8 years after introduction of german screening colonoscopy programme: estimates based on 1.875.708 screening colonoscopies. EUR J Cancer 2009Jul; 45(11) 2027-33
- European Commission, European Guidelines for Quality assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis First Edition Segnan N, Patnik J, von Karsa (eds). Luxembourg 2010
- Hol L et.al. Screening for colorectal cancer : random comparison of guajac and immunochemical faecal occult blood testing at different cut-off levels, Br. J Cancer, vol.100.no 7,pp1103-1110
- Neubauer G, Minartz C. Kosten und Nutzen der Darmkrebsprävention. in: Der Onkologe 10/2010, Seiten 981 – 990; Springer-Verlag, Heidelberg
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen
- Rossum L et al. Random comparison of Guaiac and Immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. Gastroenterology 2008; 135:82-90
- Sahm S: Darmkrebsvorsorge kann als sicher und effektiv gelten, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung,, 18. April 2012, Seite N1-N2
- Sieg A, Brenner H. Cost saving analysis of screening colonoscopy in Germany. Z Gastroenterology 2007; 28: 1914-1917
- Webendörfer S et al. Darmkrebsvorsorge im Betrieb – eine Initiative Sekundärer Prävention in der BASF AG, in: Dtsche Med Wochenschrift 2004; 129: 239-243