

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert

bng

Schwerpunkt Darmkrebs

Editorial

15 Jahre Darmkrebs-Screening

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Darmkrebsfrüherkennung mit dem g-FOBT gibt es in Deutschland seit 1977; aber lange Zeit „ging kaum einer hin“. Gefehlt hat eine begleitende Evaluation, mit der Aussagen über die bundesweite Wirksamkeit möglich gewesen wären! Was hätte alles mehr erreicht werden können, wenn Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung unbürokratisch diskutiert und umgesetzt worden wären?

Seit der aufsehenerregenden Arbeit von Sidney Winawer in 1993 ist nachgewiesen, dass die konsequente koloskopische Polypektomie die Darmkrebsentstehung verhindert. Trotz intensiver Gespräche auch mit Krankenkassen hat es fast zehn Jahre gedauert, bis in 2002 in Deutschland ein bimodales Screening-Angebot in die Regelversorgung eingeführt wurde. Immerhin waren wir so fortschrittlich und haben entgegen anderen europäischen Ländern neben dem g-FOBT auch die Koloskopie trotz deutlich schlechterer Evidenz als der Stuhltest zugelassen. Sie war verbunden mit Qualitätskriterien für die Untersucher und einer verbindlichen Dokumentation der Spiegelung sowie die Auswertung der Daten über das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Viel Öffentlichkeitsarbeit aus den verschiedensten Richtungen hat dieses Darmkrebscreening begleitet. 15 Jahre später sind wir doch zufrieden, dass es diese Versorgungsleistungen gibt. Dank einer hervorragenden wissenschaftlichen Begleitung durch H. Brenner und Team vom DKFZ sind wir in der Lage, über Daten und Entwicklungen zu berichten, die es bisher in dieser einmaligen Form nicht gab. Wir können belegen, dass eine große Zahl an Darm-

krebs-Neuerkrankungen verhindert worden ist und Inzidenz wie Mortalität an Darmkrebs deutlich zurückgegangen sind. Wir können auch zeigen, dass die Koloskopie keineswegs mit vielen Komplikationen behaftet ist, sondern inzwischen als ein sehr sicheres Untersuchungsverfahren gilt.

Ist das alles schon ausreichend? Die Holländer haben uns vorgemacht, wie man ein Screening-System mit dem Stuhltest so entwickelt, dass Schwachstellen erkannt und verbessert werden können. Nachahmung ist auf jeden Fall empfehlenswert! Wir haben es geschafft, dass nach jahrelangen Diskussionen im Nationalen Krebsplan ein Gesetz, das KFRG, verabschiedet wurde, dass das bisher opportunistische Screening durch ein Einladungsverfahren ersetzt. Wer aber geglaubt hat, dass nun alles rund läuft, sieht sich eher enttäuscht. Das Gesetz steht seit 2013 nur auf dem Papier; der immunologische Stuhltest ist seit dem 1. April diesen Jahres zwar eingeführt, seine Umsetzung im Alltag läuft aber keineswegs rund. So heißt es unverändert, die Fortschritte aktiv einzufordern und dabei die Geduld nicht zu strapazieren.

Die Vorsorgegegner werden nicht müde, Bremsspurten in die öffentliche Diskussion zu bringen. Sicher gab und gibt es auch im Bereich der Vorsorge Fehlentwicklungen, die es kritisch zu beleuchten gilt. Aber gerade die Darmkrebsvorsorge ist ein klassisches Beispiel dafür, was erreichbar ist und wo vor allem deutliche Verbesserungen möglich sind. Die informierte Entscheidung zur Vorsorge ist sicher eine *conditio sine qua non*. Richtig ist aber auch, dass nicht jeder Mensch für die gleiche Information zugänglich ist. Daher bedarf es auch in der Prävention einer präzisen, individuellen Ansprache, die die Menschen in ihrem Umfeld



abholt und mitnimmt und ihnen nicht etwas überzustülpen versucht. Bleiben wir also zuversichtlich und nehmen die Gestaltung der neuen gesetzlichen Möglichkeiten aktiv selbst in die Hand. Gerade die anspruchsberechtigten Menschen verdienen unsere besondere Zuwendung.

Dank gilt allen, die sich um das bisher Erreichte verdient gemacht haben. Aber, wie so oft im Leben: Das Bessere ist der Feind des Guten. bng und Stiftung LebensBlicke werden sich daher auch in den nächsten 15 Jahren für Prävention und damit für die Verbesserung der Information, der Motivation und damit der Akzeptanz der Darmkrebsvorsorge und Früherkennung einsetzen. Sie werden Weiterentwicklungen öffentlich machen und aktiv unterstützen. Das KFRG sollte dabei auch eine Triebfeder sein, wenn es denn bald kommt!



Prof. Dr. Jürgen F. Riemann
(Vorstandsvorsitzender
der Stiftung LebensBlicke)

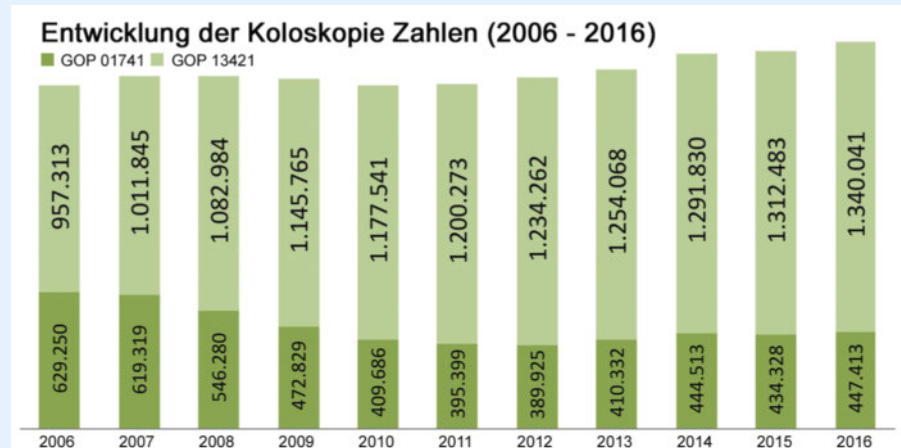
bng-Analyse

Entwicklung der Koloskopien 2006–2016

Die Koloskopie und insbesondere die Vorsorgekoloskopie ist ein Erfolgsmodell. Das zeigen auch die Zahlen, die der bng jedes Jahr auf Grundlage der Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) seit 2006 analysiert.

In 2016 wurden 1,78 Mio. Koloskopien ambulant durchgeführt und damit gut 200 000 mehr als noch von zehn Jahren. Öffentlichkeitswirksame Kampagnen und immer weiter verbesserte Techniken der Untersuchung haben offensichtlich dazu beigetragen, dass die Scheu und die Bedenken der Bevölkerung geringer geworden sind. Trotzdem dürfen wir Magen-Darm-Ärzte nicht lockerlassen, Werbung für die Vorsorgekoloskopie zu machen und Hemmungen in der Bevölkerung abzubauen.

Besonders erfreulich bei den vorliegenden Zahlen ist dabei die seit 2013 erneut wachsende Bereitschaft zur Vorsorgekoloskopie, die auch in 2016 – nach einem kleinen Einbruch in 2015 – wieder drei Prozent Zuwächse verzeichnet. In mehr als der Hälfte der Bundesländer liegt diese Tendenz sogar über dem Bundesdurchschnitt. Nur bei



vier Bundesländern gehen die Koloskopien insgesamt zurück, was aber eher daran liegt, dass diese Länder durch gezielte Maßnahmen in den Vorjahren Steigerungen schon vorweggenommen haben.

Die Zahl der indikationsbezogenen Koloskopien nimmt ebenfalls zu. Diese Entwicklung ist für Insider einleuchtend. Werden bei der Vorsorgekoloskopie Darmkrebsvorstufen entdeckt, so empfehlen Leitlinien eine Kontrolle nach drei bis fünf Jahren. Bei 20 bis 30

Prozent aller Patienten, die zur Vorsorge kommen, ergibt sich daher eine Überwachungsindikation. Der Anstieg der indikationsbezogenen Koloskopien ist somit gut begründet und fällt eher zu niedrig aus.



Rudolf Loibl
(bng-Verbandsmanager)

Initiative Familiärer Darmkrebs

Bereits 180 MFA haben die Schulung absolviert



Darmkrebs kommt in ca. 25 Prozent der Fälle familiär gehäuft vor. Dies bedeutet, dass Verwandte von Darmkrebspatienten ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko haben und deshalb besondere Vorsorgemaßnahmen für diese Risikogruppe erforderlich und sinnvoll sind. Der Berufsverband nie-

dergessener Gastroenterologen (bng) hat deshalb Anfang 2017 die „Initiative Familiärer Darmkrebs“ gegründet.

Darmkrebspatienten sollen bundesweit motiviert werden, ihre Verwandten zu informieren und zur rechtzeitigen Wahrnehmung der Darmkrebsvorsorgemöglichkeiten anzuhalten. Diese Aufklärungsarbeit soll durch qualifiziertes Assistenzpersonal in den Praxen durchgeführt werden. Die Mitarbeiter/innen erwerben die nötigen Kompetenzen in regionalen Schulungen, die mit einer Lernerfolgskontrolle abschließen, um die strukturierte Beratung durchzuführen.

Die Stiftung LebensBlicke hat die Schirmherrschaft für diese Initiative des bng übernommen. Der Berufsverband niedergelassener Hämato-Onkologen (BNHO) hat sich Mitte 2017 der Aktion angeschlossen. Der Berufsverband der Medizinischen Fachangestellten und die Fachgesellschaft Assistenzpersonal Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (FACED) unterstützen die Initiative. Es wurden ein Projektplan und ein Ausbildungscurriculum entwickelt, das nötige Schulungsmaterial fertiggestellt und Dokumentationshilfen bereitgestellt. Zusätzlich wurde Informationsmaterial für betroffene Patienten und Angehörige

erstellt, um über die Darmkrebsrisiken und Vorsorgemöglichkeiten aufzuklären.

Seit Juli 2017 wurden in regionalen Schulungen in Bonn, Frankfurt, Nürnberg, Augsburg, Berlin und Münster 180 Medizinische Fachangestellte ausgebildet und für die Beratungstätigkeit qualifiziert. Die Ausbildung schloss mit einer Lernerfolgskontrolle und Zertifizierung ab. Die Ausbildung wird regelmäßig evaluiert. In zahlreichen Praxen wurde die Initiative bereits bundesweit implementiert und die Beratungstätigkeit aufgenommen.

Die Initiative soll mit einer wissenschaftlichen Studie begleitet und die erhobenen Daten in einer zentralen Datenbank erfasst und ausgewertet werden. Das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg wird diese Studie in Kooperation mit dem bng durchführen. Um zeitnah fundierte wissenschaftliche Daten zu erhalten, hat der bng beschlossen, aus eigenen finanziellen Mitteln eine Anschubfinanzierung bereitzustellen. Mit diesem ungewöhnlichen Schritt unterstreicht der bng sein Interesse an wissenschaftlichen Fragestellungen, sein Engagement in der Versorgungsforschung

und seine Kompetenz in der Darmkrebsvorsorge.



Priv.-Doz. Dr. Christoph Schmidt (Projektleiter der „Initiative Familiärer Darmkrebs“ in der Fachgruppe Kolorektales Karzinom)

Mehr Komfort ohne Entgeltung

CO₂-Anwendung in der niedergelassenen Praxis

Durch den Einsatz von Propofol wurde die Endoskopie, insbesondere die Koloskopie zu einer schmerzfreien Untersuchung. Viele Patienten klagen nach der Darmspiegelung jedoch über einen Blähbauch und Bauchkrämpfe, bis die eingeblasene Luft (Raumluft) entwichen ist.

Die Verwendung von CO₂ anstelle von Raumluft hat sich in vielen Bereichen der Medizin bei der Darstellung von Körperhöhlen und Organen als sicherer und verträglicher erwiesen. Die CO₂-Gas Anwendung in der Koloskopie führt zu einer stark verbesserten Verträglichkeit für die Patienten. Schon wenige Minuten nach der Untersuchung ist die „Luft“ entwichen. Insbesondere die Patienten, die schon einmal mit Raumluft untersucht worden sind, berichten über den erheblichen Unterschied.

Bereits in eine Studie von 2010 konnte in einem Praxis-Setting für CO₂ nachgewiesen werden, dass die Bauchspannung als unangenehmster Faktor nach der Untersuchung von 30 Prozent (Raumluft) auf 10 Prozent reduziert werden kann (B. Lünstedt u. A. Schröder; Endo heute 2010). Dies wurde 2012 bestätigt und dieser Vorteil besteht bis zu 24 Stunden (Wu et al.; Endoscopy 2012). Nimmt man die gängigen weiteren endoskopischen Verfahren (ERC, Ballonen-

teroskopie etc.), so ergibt sich ebenfalls ein Vorteil für die CO₂-Anwendung (Shi et. al.; Pancreas 2013, Domagk G. et al.; Endoscopy 2007; Lenz P. et. al; Endoscopy 2014; Li X. et al.; Gut 2014). In der Ballonenteroskopie entstehen weniger Schmerzen, sodass auch weiter endoskopierte und weniger Sedierungsmittel verwandt werden konnte.

Bei Prozeduren mit erhöhtem Risiko einer Luftembolie ist die CO₂-Anwendung deutlich sicherer. Das vermeintliche Risiko für COPD-Patienten, die bereits eine gestörte Kohlendioxid Bilanz haben, ist nicht erhöht und die Patienten tolerieren und vertragen es genauso, wie Patienten ohne Lungenerkrankung (Yoshida M. et al.; Int. J. colorectal. Dis. 2014).

Da die Ausgaben für die CO₂ Anwendung in der Niederlassung nicht durch Gebührensätze im EBM vergütet werden, ist die Verbreitung dieser Methode noch nicht flächendeckend. Die Installationskosten betragen ca. 5000 bis 8000 Euro pro Untersuchungsraum. Die Füllung der CO₂-Flasche, einmal gekauft, wird in Deutschland ebenfalls nicht flächendeckend erstattet (Umfrage bng 2017).

Unser Fazit: eine Methode, um den Patientenkomfort, die Sicherheit und die Akzeptanz der Koloskopie deutlich zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund halten wir es für sehr wichtig, diese Position auch in zukünftige Vergütungs-Verhandlungen mit den Krankenkassen einzubringen.

Vielen Dank an Dirk Hartman/Berlin Lichtenberg für die Überlassung der Informationen und der wichtigen Berechnungsdaten.



Dr. Jens Aschenbeck (Sprecher der Fachgruppe Kolorektales Karzinom im bng)



Dr. Dietrich Hüppe (Sprecher der Fachgruppe Kolorektales Karzinom im bng)

Darmkrebsvorsorge bei Männern

Bedarf und Realität

Die Darmkrebsinzidenz steigt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter stark an, ist jedoch in allen Altersgruppen des höheren Erwachsenenalters bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Männer ein vergleichbares Darmkrebsrisiko in deutlich jüngerem Alter erreichen als Frauen. Analoges gilt für die Darmkrebsmortalität (Brenner et al. Br J Cancer 2008; 99: 532–5).

Das höhere Erkrankungsrisiko für die Männer spiegelt sich auch in den altersspezifischen Prävalenzen relevanter Befunde der Vorsorgekoloskopie wider. So stieg laut Angaben des Nationalen Registers der Vorsorgekoloskopien beispielsweise die Prävalenz fortgeschrittener Neoplasien im Jahr 2014 bei Männern von 7,5 Prozent in der Altersgruppe von 55 bis 59 Jahren auf 11,7 Prozent in der Altersgruppe von 75 bis 79 Jahren, bei Frauen variierten die Prävalenzen zwischen 4,3 Prozent und 7,5 Prozent. Paradoxe Weise wird aber gerade in den jüngeren Altersgruppen die Darmkrebsvorsorge von Männern, die viel mehr davon profitieren würden, weniger in Anspruch genommen als von Frauen (Altenhofen, Projekt Wissenschaftliche Begleitung von Früherkennungs-Koloskopien in Deutschland

Berichtszeitraum 2014). Eine verbesserte Motivation der Männer zur Nutzung der Chancen der Darmkrebsvorsorge ist daher vordringlich. Die im Nationalen Krebsplan und im Krebsfrüherkennungs- und registergesetz seit langem geforderte Einführung eines organisierten Screenings mit gezielter Einladung der Teilnahmeberechtigten dürfte hierfür ein entscheidender Schritt sein (Hoffmeister et al. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 87–93), der endlich in die Praxis umgesetzt werden sollte.

Daneben stellt sich aber auch die Frage, ob Männern aufgrund des deutlich höheren Darmkrebsrisikos die Vorsorgekoloskopie bereits in einem jüngeren Alter angeboten werden sollte. Relevante Daten zu dieser Fragestellung liefert eine jüngst im Rahmen eines landesweiten Modellprojekts in Baden-Württemberg durchgeführte Studie, in der die Vorsorgekoloskopie auch 50- bis 54-jährigen Versicherten der AOK Baden-Württemberg angeboten wurde. Auch in dieser Altersgruppe war die Prävalenz fortgeschrittener Neoplasien bei Männern (8,6%) fast doppelt so hoch als bei Frauen (4,6%) (Brenner et al. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 94–100). Die Prävalenz der 50- bis 54-jährigen Männer war zudem deutlich

höher als die entsprechende, aus dem Nationalen Register bekannte Prävalenz der über 55-jährigen Frauen. Diese Daten stellen die gegenwärtige Praxis in Deutschland in Frage, den 50- bis 54-jährigen Männern die Vorsorgekoloskopie nicht als Kassenleistung anzubieten.

Die bestmögliche Passung von Therapie, Bedarf und Nutzen ist im Zeitalter der personalisierten Medizin zwischenzeitlich in aller Munde. Es ist an der Zeit, dass sich auch die Vorsorgeangebote vermehrt nach Bedarf und Nutzen ausrichten.

Prof. Dr. Hermann Brenner (Foto), Laura Gruner, PD Dr. Michael Hoffmeister (Abt. Klinische Epidemiologie und Altersforschung, Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], Heidelberg)



Prof. Dr. Hermann Brenner

Termine

1.12.2017	CED im Blickpunkt	Münster
4.12.2017	G2-Sedierungsleitlinien für MFA	Mainz
8.12.2017	Sachkunde Endoskopie für MFA	Kassel
13.12.2017	G2-Sedierungsleitlinien für MFA	Mainz
15.12.2017	Sachkunde Endoskopie für MFA	Bochum
18.1.2018	Spezialkurs Kapselendoskopie	Hamburg

Weitere Einzelheiten auf der bng-Service-Seite: <http://www.bng-service.de>.

Jobbörse

MFA in Neunkirchen gesucht info@endo-nk.de

Weitere Einzelheiten in der Jobbörse auf der bng-Homepage: <http://www.bng-gastro.de>.

IMPRESSUM

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V.

Holdergärten 13, 89 081 Ulm
www.bng-gastro.de,
Kontakt@bng-gastro.de

Redaktion:

Dr. Holger Böhm,
www.skriptstudio.de,
bng@skriptstudio.de