

# **DIE ROLLE DER KREBSPRÄVENTION UND – FRÜHERKENNUNG IN DER NATIONALEN DEKADE GEGEN KREBS**

Dr. Christa Maar  
Brennpunkt Onkologie  
Berlin, 19. Februar 2019

# **IST STAND – AKTUELLE SITUATION DER KREBSPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND**

# **Krebsprävention ist in Deutschland stark unterbewertet**

- Geringe Bedeutung sowohl in der Forschung wie in der Versorgung.
- Neue Entwicklungen werden zu wenig oder gar nicht wahrgenommen.
- Vorhandene Maßnahmen zur Früherkennung werden ungenügend umgesetzt.
- Präventionsforschung ist, wo sie stattfindet, nicht anwendungsorientiert.

# Steigerung bei den Krebs-Neuerkrankungen

- In Deutschland erkranken pro Jahr **500.000 Menschen** neu an Krebs, Tendenz steigend. Bis 2030 wird ein Anstieg um **23 %** prognostiziert.
- **Hauptgründe:** Die älter werdende Gesellschaft und der ungesunde Lebensstil.
- **Hauptrisikofaktoren:** Rauchen, Alkohol, Übergewicht, metabolisches Syndrom.

# Bisher gibt es in Deutschland kein Konzept für Krebsprävention

- Screening Maßnahmen beschränken sich auf die Früherkennung von Tumoren einzelner Organe (Brust-, Darm-, Haut- und Gebärmutterhalskrebs).
- Die Maßnahmen sind unterschiedlich erfolgreich.
- **DOCH** für alle gilt: Sie werden unzureichend umgesetzt!
- Epidemiologe Hermann Brenner hat errechnet: Durch eine höhere Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ließen sich bis zu **40 %** der Neuerkrankungen verhindern.

# KREBSPRÄVENTION IN DER NATIONALEN DEKADE GEGEN KREBS

# Nationale Dekade gegen Krebs weist Krebsprävention eine zentrale Rolle zu

- Prävention ist einer der **drei Hauptforschungsbereiche**, der in der Dekade nach vorn gebracht werden und anwendungsnahe Ergebnisse produzieren soll.
- Ein **wesentliches Ziel der Dekade** ist, „den Anteil früh erkennbarer, heilbarer Krebserkrankungen messbar zu erhöhen“ (Ministerin Karliczek)
- Die neue Rolle der Prävention soll durch **langfristig angelegte Forschungs- und Umsetzungsstrategien** ausgefüllt werden.

# Zentrale Forderung der Nationalen Dekade gegen Krebs

- Am Ende der Dekade sollen statt der üblichen Absichtserklärungen Ergebnisse stehen, die der Bevölkerung und den Patienten zugute kommen.
- Es muss klar sein, dass diese in die Versorgung umgesetzt werden.



# Hauptziele für den Bereich Prävention

- **Schnellere Translation:** Neue Ansätze zur Prävention und Früherkennung müssen schneller als bisher zu den Menschen gelangen.
- **Abbau von Barrieren:** Es darf keine Barrieren gegenüber neuen Denkansätzen und innovativen Technologien geben.
- **Förderung der Gesunderhaltung:** Im Zentrum muss die Beförderung der Gesunderhaltung der Bevölkerung und der Lebensqualität krebserkrankter Menschen stehen.
- **Verringerung der Todesfälle:** Auf längere Sicht müssen präventive Maßnahmen zur Verringerung der Neuerkrankungen und Todesfälle beitragen.

# Warum ist jetzt der richtige Zeitpunkt für die Stärkung der Prävention?

- Durch die **innovative Technologien** ergeben sich für die Erforschung von Prävention und Früherkennung zahlreiche neue Möglichkeiten.
- 20.000 sequenzierte Tumor-Genome sind ein wichtiger erster Schritt zur personalisierten Therapie.
- **ABER:** Bisher wird dadurch nicht geheilt sondern nur der Tod verzögert!
- Umso bedeutsamer ist die **Erforschung innovativer Maßnahmen** zur Vermeidung von Krebserkrankungen.
- Auf der Grundlage neuer Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung und den Einsatz von KI und Big Data lassen sich in Zukunft risikoangepasste Präventionsmethoden und Modelle für die individuelle Risikoprädiktion entwickeln.

# Kurzfristige Ziele und Aktivitäten der Arbeitsgruppe Prävention

- **Aufklärungs- & Kommunikationskonzepte:** Gegen die in der Bevölkerung weit verbreitete Annahme, dass man gegen Krebs nichts machen kann, müssen verstärkt innovative Aufklärungs- und Kommunikationskonzepte gesetzt werden.
- **Ziel der Maßnahmen muss sein:** Durch zielgruppenspezifische Maßnahmen die Teilnahme an den etablierten Screening-Maßnahmen zu steigern (z. B.: Thema HPV-Impfung in den Schulunterricht und Elternabende integrieren).
- **Entwicklung innovative Kampagnen** für die Hauptrisikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Übergewicht, falsche Ernährung, Bewegungsmangel).
- Für Lebensmittel muss möglichst rasch eine einfach verständliche Kennzeichnung gesund/ungesund eingeführt werden.

# **VORAUSSETZUNGEN, UM DIE GESETZTEN ZIELE ZU ERREICHEN**

# Vernetzung und Kollaboration sind der Schlüssel zum Erfolg

- Es gibt in Deutschland zwar Forscher, die sich mit einzelnen Aspekten von Krebsprävention befassen. Aber sie sind meist nicht national und international vernetzt und ihre Forschung ist nicht anwendungsnah.
- **Ein Grund** ist vermutlich, dass es bisher nur für Darmkrebs (Koloskopie) und Gebärmutterhalskrebs (Impfung) Maßnahmen gibt, mit denen sich das Entstehen einer Krebserkrankung tatsächlich verhindern lässt.

# Erhöhung des Stellenwertes von Prävention

- Der gegenwärtige Stellenwert von Krebsprävention ist im Gesundheitssystem wie in der Gesellschaft gering, die Bereitschaft für gezielte Forschung so gut wie nicht vorhanden.
- Auch die Industrie setzt nur zögerlich auf das Thema Prävention. Entsprechend wenige Fördermittel stehen für den Bereich zur Verfügung.
- **Das muss und wird sich hoffentlich durch die Dekade gegen Krebs ändern!**

# Zentrale Aufgabe: Die Erforschung von personalisierter Risikoprädiktion und Maßnahmen für individuelle Prävention

**HAUPTFRAGEN** für die Arbeitsgruppe Prävention:

- Welche Bereiche müssen national und international zusammenarbeiten?
- Welchen Beitrag können Molekulargenetik, Proteomics, Mikrobiomforschung, Immunologie u. a. zur Entwicklung personalisierter Krebsprävention leisten?
- Welchen Beitrag können KI und Big Data zur Personalisierung von Risikoprädiktion leisten?
- Und wie identifiziert man die besten „Mitspieler“?

# Statt übergreifender – und meist nicht umsetzbarer – Programme, den Fokus auf Einzelmaßnahmen richten

Es gibt Risikopersonen, für die die Abfrage der Familienanamnese ausreicht, um ein hohes Risiko für eine Krebserkrankung zu erkennen.

- Bei manchen familiär bedingten Tumorerkrankungen fehlt es an wirksamen Präventionsmaßnahmen (Beispiel Brustkrebs).
- **Anders bei Darmkrebs:** Wer familiär belastet ist, sollte laut Leitlinie bereits sehr viel früher als Menschen mit durchschnittlichem Risiko eine Darmspiegelung machen.



# Früherkennungsmöglichkeiten zur Abschätzung des individuellen Risikos sind bei Darmkrebs vorhanden

- Aber haben Betroffene hierauf ein Anrecht? Zahlt die Krankenkasse die für sie unter Umständen lebensrettende Untersuchung?
- Das System sieht dies nicht vor. Es kennt keine Risikopersonen für Darmkrebs.
- **PROBLEM:** Da auch die Familienanamnese selten erhoben wird, wissen viele junge Menschen nichts von ihrem familiären Risiko. Ein vorhandener Tumor wird bei ihnen deshalb oft erst im metastasierten Stadium erkannt.

# **ENGAGEMENT DER FELIX BURDA STIFTUNG FÜR DIE DARMKREBS-PRÄVENTION**

# Welche Expertise bringt die Felix Burda Stiftung in die Dekade ein?

- Die Stiftung setzt sich seit vielen Jahren mit innovativen Kampagnen in Print, TV, Radio und Online für die Teilnahme an Darmkrebsvorsorge ein.
- Auf Initiative der Stiftung wurde im März 2002 mit großer Öffentlichkeitskampagne der erste **nationale Darmkrebsmonat** durchgeführt.
- Ein halbes Jahr später wird für alle gesetzlich Versicherten über 55 Jahre die **gesetzliche Vorsorgekoloskopie** eingeführt.
- **Lücke im System:** Auch familiär belastete Menschen können eine Vorsorgekoloskopie erst ab diesem Alter in Anspruch nehmen. Da sind viele bereits an einem spät erkannten Darmtumor gestorben.

# Der Einsatz für Menschen mit familiärem Darmkrebsrisiko ist ein Kampf gegen das Beharrungsvermögen des Systems

- **2006:** Die Stiftung entwickelt zusammen mit Humangenetikern einen patientenverständlichen Fragebogen zur Abfrage des familiären Risikos.
- **2008:** Auf Initiative der Stiftung stellen zwei ständige Mitglieder des G-BA einen Antrag auf die Aufnahme familiär Belasteter in die Krebsfrüherkennungsrichtlinie. Diese gilt als Voraussetzung für die Erstattung einer vorgezogenen Vorsorgekoloskopie.
- **2012:** Das Begutachtungsinstitut des GBA stellt fest: Menschen mit familiärem Darmkrebsrisiko haben ein zwei- bis vierfach höheres Risiko, doch gebe es keine ‚hochwertigen‘ Studien, die den Nutzen einer vorgezogenen Vorsorgekoloskopie belegen.
- **DOCH:** Einen solchen Nutzenbeleg wird es auch in Zukunft nicht geben, da die Studie von keiner Ethikkommission genehmigt würde.

# Für den G-BA ist das Thema abgehakt – für die Stiftung bleibt es auf der Agenda

## 2016:

- Mit dem Innovationsfonds der Bundesregierung bietet sich die Gelegenheit zu einem neuen Vorstoß.
- Das Konzept für die Durchführung des Modellprojekts **FARKOR** (**F**amiliäres **R**isiko für das **k**olorektale Karzinom) erhält eine Förderung.
  - Beteiligt sind alle bayerischen Krankenkassen. Einschreiben können sich niedergelassene Ärzte und ihre Patienten im Alter 25 bis 49 Jahre.
  - Wenn bei der Familienanamnese ein erhöhtes Risiko für Darmkrebs festgestellt wird, können Betroffene altersunabhängig eine Vorsorgedarmspiegelung machen.
  - Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

# Alle Hoffnungen richten sich auf die Regelversorgung

- **Ziel von FARKOR:** Übernahme des Konzeptes nach Beendigung der Pilotphase in die Regelversorgung.
- Betroffene hätten damit erstmals die Möglichkeit zur frühen Identifikation eines familiären Darmkrebsrisikos sowie zur Inanspruchnahme risikoangepasster Vorsorge.

## Bedeutung für die Nationale Dekade gegen Krebs

- FARKOR kann als Modell gelten für Projekte, wie sie vermutlich auch im Rahmen der Dekade gegen Krebs durchgeführt werden müssen.
- Denn: Bevor ein Konzept in die Regelversorgung übernommen wird, muss es zwingend zeigen, dass es umsetzbar ist und die prognostizierte Wirkung entfaltet.

# **DER G-BA UND DIE KREBSPRÄVENTION**

# Der G-BA und das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz

- 2013 bringt der damalige Gesundheitsminister Bahr das **Krebsfrüherkennungs- und registergesetz (KFRG)** auf den Weg.
- Es gibt dem G-BA u. a. die Möglichkeit, für besondere Risikogruppen veränderte Altersgrenzen zur Vorsorge festzulegen.

## Einladungsverfahren zur Darmkrebsvorsorge

- Der G-BA wird außerdem verpflichtet, bis April **2016** ein Konzept für ein Einladungsverfahren zur Darmkrebsvorsorge vorzulegen.
- Vorgelegt wird das Konzept im Sommer **2018**. Die ersten Einladungen an Versicherte sollen im **April 2019** erfolgen.
- **6 lange Jahre** brauchte es, um die Modalitäten zwischen den Beteiligten ausdiskutieren!



# Der G-BA und das Einladungsverfahren für Darmkrebsvorsorge

- Eingeladen wird die **Gesamtheit der Anspruchsberechtigten**, damit alle von der Möglichkeit des Screenings erfahren können.
- Die Screening-Teilnahme sollte möglichst hoch sein, um deutlichen Einfluss auf die Inzidenz und Sterblichkeit zu nehmen.
- Mit dem beschlossenen Procedere – Stuhltest beim Hausarzt abzuholen und möglichst schnell wieder dorthin zurückzubringen – dürfte die Teilnahmerate kaum die **30 %**-Marke übersteigen.
- **Gegenbeispiel Holland:** Die Eingeladenen erhalten den Test zusammen mit einem frankierten Umschlag fürs Labor. Kein Arztbesuch, keine längeren Wege, keine Wartezeiten in der Praxis. Die Teilnahmequote liegt kontinuierlich bei über **70 %!**

# **ERSTE IDEEN FÜR FORSCHUNGSPROJEKTE IM RAHMEN DER ARBEITSGRUPPE PRÄVENTION**

# Durchführung einer Vergleichsstudie mit neuen Tests zur Darmkrebs-Früherkennung

- Es gibt eine Reihe **innovativer Tests zur Früherkennung** von Darmtumoren und/oder ihren Vorstufen: Z.B. Blut- und Atemtests, einen Urintest, Big Data-Tests und einen immunologischen Test zur Selbstausswertung mittels App.
- Ihr Potential sollte untersucht und mit dem immunologischen Stuhltest verglichen werden.
- Es wäre interessant zu wissen, ob einer oder mehrere Tests mit der Sensitivität und Genauigkeit des immunologischen Stuhltests gleichziehen können.
- Man stelle sich vor, Darmkrebsvorsorge ließe sich bei einem normalen Hausarztbesuch durch Blutabnahme oder einen Atemtest durchführen. Mit Sicherheit eine Möglichkeit, um die Teilnahmequoten zu erhöhen.

# Studie zur Erforschung der Ursachen für die steigende Inzidenz bei jungen Darmkrebspatienten

- Die Häufigkeit von Darmkrebs steigt im Alter unter 50 kontinuierlich an. Am höchsten ist der Anstieg in der Altersgruppe 20 bis 35 Jahre.
- Die **Gründe für den Anstieg sind unbekannt**. Vermutet wird, dass sie mit einem ungesundem Lebensstil zusammenhängen.
- Aber auch wenn dies der Fall ist, was sich noch zeigen muss, was genau ist es dann, was den Schalter für die Entwicklung von Krebszellen im Darm umlegt? Und was könnte man tun, um diesen Prozess zu unterbrechen oder vielleicht sogar rückgängig machen zu können?
- Zur Beantwortung dieser Fragen wird die Expertise von Forschern aus vielen verschiedenen Bereichen der Grundlagenforschung und der angewandten Forschung benötigt.

**WENN SOLCHE UND ÄHNLICHE STUDIEN ZU ANWENDBAREN ERGEBNISSEN FÜHREN, KÖNNTEN SIE IM RAHMEN DER NATIONALEN DEKADE MODELLCHARAKTER HABEN.**

**VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!**