

# Gastroenterologie: Kolonkarzinom-Screening in der Schweiz – quo vadis?

Dominique Criblez

«Task Force Colorectal Cancer Screening» der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG/SSG)

## Ist das Screening auf kolorektale Karzinome gerechtfertigt?

Das kolorektale Karzinom (KRK) gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen. Da es mehrheitlich erst in einem symptomatischen Spätstadium diagnostiziert wird, geht es mit einer hohen Letalität einher [1]. Neben dem Leiden für die Betroffenen fallen zunehmend auch die eskalierenden Kosten der modernen onkologischen Therapie ins Gewicht. Indes bestehen praktisch ideale Voraussetzungen für ein umfassendes Screening [2], denn KRK lassen sich in prognostisch günstigen Frühstadien erfassen, und Vorläuferstadien (Adenome) können koloskopisch entdeckt und kurativ reseziert werden. Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass ein bevölkerungsbasiertes Screening von Personen mit durchschnittlichem Risiko ab einem Alter von 50 Jahren sowohl die krankheitsspezifische Sterblichkeit als auch die Inzidenz von KRK zu senken vermag [3]. Je nach Methode und Programm ist es möglich, die Mortalität um schätzungsweise 15 bis 59% zu senken [4].

## Massen- oder opportunistisches Screening?

Systematische, bevölkerungsbasierte Screening-Programme haben sich bisher aus einer Vielzahl von Gründen nicht etabliert. Inwiefern das heute vielerorts praktizierte opportunistische Screening eine Mortalitätssenkung bewirkt, ist unklar. Möglicherweise werden Personen mit unterdurchschnittlichem Krebsrisiko (sogenannte «Worried Well») bevorzugt erreicht [5]. Dem opportunistischen Screening fehlen flankierende Massnahmen wie Qualitätskontrollen oder Outcome-Evaluationen, weshalb dessen Effizienz nicht bekannt ist. Andererseits belastet das opportunistische Screening die verfügbaren Ressourcen weniger stark, so dass bezüglich der Methodenwahl eine grössere Freiheit besteht und die Versicherer die Kosten kulant vergüten. Der Entscheid zugunsten eines Massen- oder eines opportunistischen Screenings muss letztlich auf politischer Ebene gefällt werden.

## Welche Screening-Methoden gibt es?

Als Screening-Modalitäten stehen der jährliche Test auf okkultes Blut im Stuhl (FOBT), die flexible Sigmoidoskopie alle fünf Jahre (mit oder ohne jährlichen FOBT) oder die in einem Abstand von zehn Jahren durchgeführte Koloskopie (jeweils ab einem Alter von 50 Jahren) im Vordergrund. Alle Methoden werden als kosteneffektiv eingeschätzt [6]. Dereinst könnten molekularbiologische Stuhlanalysen an Bedeutung gewinnen [7]. Bildgebende Verfahren wie die CT-Kolographie kommen aus Kostengründen einstweilen kaum als primäre Screening-Methoden in Frage. Zu Recht wird immer wieder hervorgehoben, dass die Debatte um die Methodenwahl nicht den Screening-Effort per se schwächen darf [4]. Es gilt das Motto: «Jedes Screening ist besser als keines.»

Der FOBT (dem bei positivem Resultat eine Koloskopie folgt) ist der einzige Test, für den eine mortalitätssenkende Wirkung im Rahmen von bevölkerungsbasierten, prospektiven randomisierten Studien belegt wurde. Der diesbezügliche Effekt ist allerdings von der Adhärenz an ein jährliches Untersuchungsintervall abhängig, was die Wirkung längerfristig abschwächt. Denn während die Adhärenz im Laufe der Jahre sinkt, steigt das Risiko eines KRK mit fortschreitendem Alter.

Für die Wirksamkeit von Sigmoidoskopie und Koloskopie liegt indirekte Evidenz aus Fallkontrollstudien vor. Die bestehende Datengrundlage wird von namhaften Gremien als ausreichend genug beurteilt, um diese beiden Verfahren in entsprechenden Guidelines in die Liste empfohlener Screening-Methoden aufzunehmen (zusammengestellt in [8]). Die Sigmoidoskopie ist hierzulande – anders als in Grossbritannien, wo sie auch an Assistenzpersonal delegiert wird [9] – eher unpopulär. Dennoch kann sie als Option in Betracht gezogen werden, mit der die Ressourcenprobleme des primär koloskopischen Screenings unter Umständen gemildert werden könnten.

## Risiko-Score-gesteuertes koloskopisches Screening?

Ein bevölkerungsbasiertes koloskopisches Screening würde wahrscheinlich zu personellen Engpässen bei den Gastroenterologen führen. Unter

diesem Aspekt werden zurzeit Überlegungen angestellt, den Zugang zur Screening-Koloskopie risikoabhängig einzuschränken. Ein solcher Risiko-Score könnte auf Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienanamnese und sigmoidoskopischen Befunden beruhen [10]. Dieser Ansatz wird auch von den Autoren einer noch nicht publizierten schweizerischen Pilotstudie erwogen, muss aber prospektiv erst noch validiert werden. Eine entsprechende Folgestudie ist in Vorbereitung. Die vergleichsweise hohe Komplexität dieser Strategie könnte deren Anwendung im Rahmen eines Massen-Screenings allerdings erschweren.

### **Individualmedizinischer Ansatz oder Public-Health-Perspektive?**

Die Koloskopie ist unbestritten die sensitivste Methode zur Identifikation kolorektaler Neoplasien. In der individualmedizinischen Anwendung, das heisst bei Personen mit erhöhtem Risiko für ein KRK oder bei symptomatischen Patienten bietet nur sie eine ausreichende Sicherheit. Für ein systematisches bevölkerungsbasiertes Screening kann aber ein anderer Blickwinkel ausschlaggebend sein. Wenn das Ziel eine KRK-Mortalitätssenkung in der Gesamtbevölkerung sein soll, muss ein Optimum an Breitenwirkung erzielt werden, deren Kosten dennoch verkraftbar bleiben [4]. Einzelne Experten, die aus der Public-Health-Perspektive argumentieren, zweifeln, ob im Rahmen eines Massen-Screenings der zusätzliche Nutzen der Koloskopie den hierfür nötigen Aufwand zu rechtfertigen vermag. Die Debatte um den sogenannten Grenznutzen («Incremental Cost-Effectiveness Ratio») ist aber kaum auf einer rein medizinischen Ebene zu klären, sondern erfordert ebenfalls gesundheitspolitische Entscheidungen. Die Allgemeinheit muss über eine politische Willensäußerung bekennen, wie viel Geld sie für welches Mass an verbesserter Lebensqualität aufzuwenden bereit ist, wie sie dank Krebsverhütung erreicht werden kann.

### **Welche Rolle spielt die Politik?**

Einer Empfehlung der WHO von 1994 folgend beschlossen Bund und Kantone im Herbst 2001 die Entwicklung eines Nationalen Krebsprogrammes. Dieses wurde unter der Ägide der Oncosuisse erarbeitet, im Jahr 2004 publiziert und kürzlich in der «Schweizerischen Ärztezeitung» vorgestellt [11]. Das Nationale Krebsprogramm bekennt sich klar zu einer organisierten

Früherkennung des Darmkrebses. Somit liegt es jetzt an den Auftraggebern (der Gesundheitsdirektorenkonferenz und dem Bundesamt für Gesundheit), eine Umsetzung zu prüfen. Ein Entscheid wird für den Spätherbst 2005 erwartet. Erschwerend für die Einführung von Screening-Programmen ist der Umstand, dass das schweizerische Gesundheitssystem liberal ausgerichtet und föderalistisch aufgebaut ist. Die Kompetenz für das Gesundheitswesen liegt weitgehend bei den Kantonen. Der Bund verfügt über keine gesetzliche Grundlage, die es ihm erlauben würde, eine übergreifende Steuerungs- und Regelfunktion zu übernehmen.

### **Welche Rolle spielt die Fachgesellschaft SGG/SSG?**

Die Gastroenterologen werden heute von Grundversorgern und Patienten immer häufiger auf das Fehlen schweizerischer KRK-Screening-Richtlinien angesprochen. Um solche zu erarbeiten, hat die SGG/SSG eine Task-Force eingesetzt, die als generelles Ziel eine Intensivierung des bisherigen opportunistischen Screenings anstrebt. Es liegt ausserhalb des Horizonts einer Fachgesellschaft, ein systematisches Screening-Programm zu initiieren. Für ein solches Projekt müsste ein politisches Mandat mit entsprechender Finanzierung vorliegen. Da der Koloskopie im Rahmen des opportunistischen Screenings eine grosse Bedeutung zukommt, wird ein Gesuch um die Anerkennung als Pflichtleistung geprüft. Gleichzeitig werden flankierende Massnahmen wie Qualitätskontrollen und Outcome-Evaluationen geplant. Die SGG/SSG-Tochtergesellschaft GastromedSuisse lanciert eine Informationskampagne zum KRK. Zusätzlich werden die Publikumskampagnen der Krebsliga (Arbeitsgruppe «Darmkrebs – nie?») aktiv unterstützt.

### **Konklusion**

Die SGG/SSG strebt eine Optimierung des KRK-Screenings an und möchte dieses Projekt nach Möglichkeit in ein übergeordnetes, breit abgestütztes Konzept einbetten. Soll das Ziel einer KRK-Mortalitätssenkung erreicht werden, bedarf es einer in sämtlichen Bereichen wirksamen Kooperation aller involvierten Partner. Dieser Prozess würde erleichtert, wenn die einschlägigen Grundsatzfragen auf politischer Ebene entschieden und Fachgruppen von den zuständigen Behörden mandatiert würden, die notwendigen Grundlagen für ein schweizerisches Screening-Programm zu erarbeiten.

**Literatur**

- 1 Metzger U, Weber W. Darmkrebs. Fakten und Handlungsbedarf. Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen, Schweizerische Krebsliga; 2000.
- 2 Marbet UA, Bauerfeind P, Delcò F, Dorta G, Meier R, Metzger U. Das Kolonkarzinom kann dank Screening verhütet werden. Schweiz Med Forum 2003;3:56-63.
- 3 Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for colorectal cancer in adults at average risk. A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002;137:132-41.
- 4 Ransohoff DF, Sandler RS. Screening for colorectal cancer. N Engl J Med 2002;346:40-4.
- 5 McCaffery K, Wardle J, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic variation in participation in colorectal cancer screening. J Med Screen 2002;9:104-8.
- 6 Pignone M, Saha S, Hoerger T, Mandelblatt J, Pignone M, Saha S, et al. Cost-effectiveness analyses of colorectal cancer screening. A systematic review for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002;137:96-104.
- 7 Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH, Turnbull BA, Ross MF. Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal-cancer screening in an average-risk population. N Engl J Med 2004;351:2704-14.
- 8 Truninger K, Sendi P. Screening zur Prävention und Früherkennung des kolorektalen Karzinoms. Schweiz Med Forum 2005;5:773-80.
- 9 Atkin WS, Northover JMA. Population based endoscopic screening for colorectal cancer. Gut 2003;52:321-2.
- 10 Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Using risk for advanced proximal colonic neoplasia to tailor endoscopic screening for colorectal cancer. Ann Intern Med 2003;139:959-65.
- 11 Schopper D, Obrist R. Das Nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2005-2010. Schweiz Ärztezeitung 2005;86: 1298-305.

**Korrespondenz:**

Dr. med. Dominique Criblez  
Departement Medizin  
Gastroenterologische Abteilung  
Kantonsspital  
CH-6000 Luzern 16  
[dominique.criblez@ksl.ch](mailto:dominique.criblez@ksl.ch)