

Kolorektales Screening: Kampf gegen den «Kantönlicheist»

Prof. Dr. med. Gian Dorta, für den Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG)

Service de gastro-entérologie et d'hépatologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Im Kanton Uri und im Kanton Waadt sind Screening-Programme für das kolorektale Karzinom gestartet worden. Beide Programme sind identisch bezüglich der angewandten Testmethoden, Qualitätssicherung und Tarife. Weitere Kantone zeigen sich interessiert, Screening-Programme für das kolorektale Karzinom einzuführen.

Einführung

In der Schweiz liegt das Gesundheitswesen in der Kompetenz der Kantone. Jeder Kanton kann individuell entscheiden, ob er ein Screening-Programm für kolorektale Karzinome einführen will, und er ist frei in der Entscheidung, welche Screening-Methoden er bevorzugen will. Die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG) setzt sich als Moderator ein, dass die kantonalen Screening-Programme die gleichen Untersuchungsmethoden, die gleichen Qualitätskriterien und die gleichen Tarife anwenden. Es gilt absolut zu vermeiden, dass in der Schweiz 26 verschiedene Screening-Programme für das kolorektale Karzinom eingeführt werden.

Die wichtigsten Fakten zum kolorektalen Karzinom

- Das kolorektale Karzinom ist eine der häufigsten Krebsarten der Schweiz. Bei Frauen ist es die zweithäufigste, bei Männern die dritthäufigste Krebsart. Bei 5% der Bevölkerung tritt im Verlauf des Lebens ein kolorektales Karzinom auf. Die Inzidenz steigt ab 50 Jahren stark an. Jährlich erkranken in der Schweiz ca. 4200 Personen an Dickdarmkrebs, dabei deutlich mehr Männer als Frauen. Die durchschnittliche 5-Jahres-Überlebenszeit liegt bei 65% [1].
- Das sporadische Dickdarmkarzinom entwickelt sich langsam. Die Krebsentwicklung erfolgt in den meisten Fällen über die Adenom-Karzinom-Sequenz. Ausgehend von der normalen Schleimhaut bis zum klinisch manifesten Karzinom dauert es mehr als zehn Jahre. Das sporadische kolorektale Karzinom ist eine Erkrankung, die sich ideal für das Screening eignet. Sie ist häufig, die Entwicklung zum Krebs läuft über gutartige neoplastische Läsionen (Ade-



Gian Dorta

nome) ab und die Entwicklung bis zum klinisch manifesten Krebs braucht Jahre.

- Die am häufigsten benutzten Methoden der Früherkennung sind Tests für okkultes Blut im Stuhl (FOBT oder FIT) und die Koloskopie. Das Ziel des Screenings ist die Identifikation von Vorgängerläsionen (Adenomen) des Karzinoms oder Karzinome im Frühstadium. Die Sensibilität für Frühkarzinome (Stage I und II) liegt beim FIT-Test bei ca. 70%. Durch die endoskopische Abtragung von Adenomen wird die Inzidenz des kolorektalen Karzinoms gesenkt. Die Erkennung von Frühkarzinomen hebt die Überlebenschance der Patienten deutlich an.
- Nationale oder regionale Screening-Programme sind in vielen europäischen Ländern seit Jahren etabliert (Spanien seit 2000, Deutschland seit 2002, Italien seit 2005, England seit 2006 etc.). Die Programme sind leider nicht einheitlich bezüglich Screening-Methoden und Alter der Individuen, die zum Screening zugelassen werden.

Der steinige Weg zum systematischen Screening

Die SGG befasst sich seit Jahren mit der Problematik des kolorektalen Karzinoms. Seit 1996 publiziert sie Empfehlungen zur Nachsorge von kolorektalen Neoplasien. Diese Empfehlungen werden regelmässig dem neusten Stand des Wissens angepasst und in einer Konsensuskonferenz mit allen interessierten Kreisen diskutiert und verabschiedet. Die letzte Revision wurde 2014 durchgeführt [2].

Seit 2005 setzt sich die SGG mit anderen interessierten Kreisen für die Einführung eines systematischen Screenings mittels Bluttests im Stuhl (FOBT/FIT) oder Koloskopie ein. Beide Untersuchungen waren keine Pflichtleistungen der Krankenkassen. Die ersten Bemühungen

fruchteten leider nicht. Mit der Aufnahme der Früherkennung des kolorektalen Karzinoms durch Oncosuisse in das «Nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2011–2015» änderte sich die Ausgangslage [3]. Die Krebsliga im Verbund mit allen interessierten Kreisen bereitete einen Leistungsantrag vor, damit FOBT/FIT und die Koloskopie zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen zur Pflichtleistung der Krankenversicherer werden. Am 1. Juli 2013 war es dann soweit, FOBT/FIT (alle 2 Jahre) und die Koloskopie (alle 10 Jahre) zur Früherkennung kolorektaler Karzinome wurden zu Pflichtleistungen bei Individuen zwischen 50 und 69 Jahren mit einem Durchschnittsrisiko. Das war ein sehr wichtiger Schritt, um die Leute für ein individuelles Screening zu motivieren. Vorher musste das Screening selber bezahlt werden.

Schon vor diesen gesetzlichen Änderungen wurden in den Kantonen Uri und Waadt seit Jahren Projekte für ein systematisches kolorektales Screening der Bevölkerung angedacht. In Uri waren Herr Prof. U. Marbet und die Gesundheitsdirektion des Kantons federführend [4]. Im Kanton Waadt mandatierte die «Santé publique» die «Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer», ein kantonales Screening-Programm für das kolorektale Karzinom auszuarbeiten. Dieses Projekt wurde in enger Zusammenarbeit zwischen der «Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer» und der «Policlinique Médical Universitaire», dem «Institut universitaire de médecine sociale et préventive», dem «Service de Gastroentérologie et d'Hépatologie CHUV», den niedergelassen Hausärzten, Internisten und Gastroenterologen gearbeitet. Die Datenerfassung ist informatisiert und die Verwaltung der Screening-Resultate, die auch zur wissenschaftlichen Auswertung zur Verfügung stehen, wird durch «swiss cancer screening» durchgeführt.

Auf Initiative der Kantonsregierung des Kantons Uri wurde erreicht, dass seit 1.7.2014 die Vorsorgeuntersuchungen für das kolorektale Karzinom im Rahmen systematischer Screening-Programme von der Franchise ausgenommen werden.

Das Screening-Programm des Kantons Waadt richtet sich an alle Einwohner des Kantons zwischen 50 und 69 Jahren. Diese werden systematisch persönlich schriftlich eingeladen, mit ihrem Hausarzt Kontakt aufzunehmen, um sich über das Screening für das kolorektale Karzinom zu informieren. Der Hausarzt informiert den Patienten über die verschiedenen Screening-Methoden (FIT oder Koloskopie). Der Patient entscheidet nach dieser Beratung, welche Methode zur Anwendung kommen soll [4]. Die Kosten für den Patienten sind tragbar, weil die ärztliche Leistung ausserhalb der Franchise abgerechnet wird. Der Patient muss nur den Selbstbehalt von 10% der Leistung bezahlen. Im Kanton Uri wird sogar dieser Anteil vom Kanton übernommen.

Ich war persönlich in diesen Prozess involviert. Es war nicht einfach. Ärzte sind Individualisten und akzeptieren ungern allgemeine Richtlinien. Bei der Ausarbeitung der Qualitätskriterien und der Logistik war immer wieder Widerstand der niedergelassenen Ärzte zu spüren, obwohl die Qualitätskriterien europäischen und schweizerischen Standards entsprachen (Empfehlungen der SGG zur Aufbereitung der Endoskope, Richtlinien zur Durchführung der Koloskopie und Richtlinien zur Sedation). Die Situation wurde noch angespannter bei den Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen, die Pauschalen für die verschiedenen Leistungen verlangten. Nach langatmigen Verhandlungen und viel Überzeugungsarbeit erreichten wir dennoch einen Konsensus. Das Programm konnte 2016 offiziell starten. Auch nach dem Start bestehen noch einige kleinere lösbare Probleme, diese beeinträchtigen aber die Funktion des Programms nicht.

Ausblick und Ziele

Mehrere Kantone (Basel-Stadt, Jura, Neuenburg, französischsprachiger Kantonsanteil von Bern, St. Gallen, Tessin, Thurgau) möchten in der nächsten Zeit Screening-Programme für das kolorektale Karzinom einführen.

Die SGG hat sich als Ziel gesetzt, die verschiedenen Screening-Programme in der Schweiz zu harmonisieren. Sie möchte den verschiedenen interessierten Kreisen eine Plattform anbieten, die den Erfahrungsaustausch bezüglich Screening ermöglicht. Zudem will die SGG all ihren Einfluss geltend machen, dass zukünftige Screening-Programme bezüglich Vorsorgemethoden, Qualitätskriterien und Leistungsabgeltungen möglichst identisch sind. Auch eine zentrale Erfassung der Screening-Daten wäre wünschenswert.

Die Einführung von Screening-Programmen wird weiterhin in der Kompetenz der Kantone liegen. Das Endziel der SGG ist, dass die Bevölkerung der Schweiz zwischen 50 und 69 Jahren von qualitativ hochstehenden Vorsorgemassnahmen profitieren kann.

Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Schweizerischer Krebsbericht 2015: Präsentation von ausgewählten Ergebnissen. Rolf Heusser und Giorgio Nosedà, für die Autorengruppe des Schweizerischen Krebsberichtes 2015.
- 2 Dorta G, Mottet C. Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie und entferntem Kolorektalkarzinom. Schweiz Med Forum. 2016;16(7):164–167.
- 3 Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011–2015.
- 4 http://www.ur.ch/dl.php/de/ax-57f4fbae274ac/KKSP_Programmbeschrieb_vom_07.09.2012.pdf.
- 5 http://www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmu-professionnels-sante/pmu-programme-depistage-cancer-colon.htm.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Gian Dorta
Service de gastro-entérologie et d'hépatologie
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
gian.dorta[at]chuv.ch