Risikoadaptierte Früherkennung

Es ist schon erstaunlich, wie schwer sich gesundheitspolitische Entscheider bei einigen Risikokonstellationen mit dem Zugang von Menschen mit Risiken für eine Krebsentwicklung zu den für sie geeigneten Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen tun. Man muss allerdings auch konstatieren, dass nur für wenige Erkrankungen erkennbare Evidenzen bzw. sinnvolle Vorschläge vorliegen. Dieses Heft soll die Datenlage für einige Erkrankungen des Verdauungstrakts beleuchten, bei denen eine risikoadaptierte Früherkennung angedacht werden könnte bzw. bereits etabliert ist, und dem Leser Argumentationshilfen liefern.

Der *Barrett-Ösophagus* hat in den letzten Jahren mit einer stetig wachsenden Zahl an Publikationen große Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Das liegt vor allem an den exzellenten diagnostischen und den eleganten endoskopisch-therapeutischen Möglichkeiten – auch mit hervorragenden Langzeitergebnissen, wie im ersten Beitrag sehr gut erarbeitet worden ist. Eine Vorsorge bzw. Früherkennung ist im Sinne einer Evidenz aber nicht belegt. Zwar empfehlen US-Fachgesellschaften ein solches Screening bei Refluxkranken mit mindestens einem weiteren Risikofaktor für ein Adenokarzinom (z. B. Übergewicht); bei der geringen jährlichen Inzidenzrate ist diese Vorgehensweise hierzulande aber weder klinisch noch ökonomisch gerechtfertigt. Das unterstreicht auch der erste Beitrag. Zu empfehlen sind bei dieser Konstellation allerdings Überwachungsstrategien, die klar umrissen sind und präzise dargestellt werden.

Schon etwas anders sieht es beim familiären *Kolonkarzinomrisiko* aus. Etwa

15% aller Kolonkarzinome haben einen solchen Hintergrund, und das ist bei ca. 65.000 Neuerkrankungen pro Jahr schon eine beträchtliche Zahl. Bei dieser Patientengruppe ist das Risiko in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad deutlich erhöht, wie Fallkontrollstudien klar zeigen. Allerdings hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2013 wegen der „fehlenden Evidenzlage“ in seiner Bewertung der Daten festgestellt, dass der Nutzen einer Darmkrebsfrüherkennung beim familiären Risiko für unter 55-Jährige unklar ist. Grund sei das Fehlen geeigneter Studien. Daher müsse man eine Änderung des bisherigen Screenings sorgfältig abwägen. Der Beitrag in diesem Heft zeigt auf, dass man nicht immer nur nach der höchstgradigen Evidenz bewerten darf. Dem hat auch die Deutsche KRK-S3-Leitlinie Rechnung getragen und eine klare Empfehlung für eine vorzeitige Möglichkeit der Vorsorge dieser Risikogruppe gegeben. Die Deutschen Referenzzentren für familiären Darmkrebs, von der Krebshilfe gefördert, unterstreichen die Notwendigkeit einer spezialisierten Versorgung.

Das *hepatozelluläre Karzinom* (HCC) ist eine der häufigsten Komplikationen einer chronischen Lebererkrankung. Dies gilt vor allem für die chronischen Virushepatitiden, aber in zunehmendem Maße auch für fortgeschrittene Fettlebererkrankungen. Die lange Laufzeit bis zur Entwicklung eines HCC lässt generell wie beim Kolonkarzinom die Möglichkeit der Vorsorge und Früherkennung zu – aber bei wem? Klar ist, dass Patienten mit einer bereits vorhandenen Leberzirrhose einer regelmäßigen Überwachung durch den Ultraschall bedürfen, um

ein HCC rechtzeitig zu erkennen und einer dann noch erfolgreichen Behandlung zuzuführen. Für Lebererkrankungen gilt aber auch, Risikopopulationen zu definieren, zu erkennen und sie rechtzeitig einer Vorsorge und Früherkennung zuzuführen. Für die Hepatitis B ist das Problem schon sehr gut gelöst. Die Impfung schützt vor der Erkrankung. Für die Hepatitis C gibt es heute einen entscheidenden medikamentösen Fortschritt, der, wenn frühzeitig begonnen, auch diese Erkrankung zur Heilung führen und damit zur Verhinderung von Komplikationen beitragen kann.

Im Bereich der Gallenwege gibt es eine zwar seltene, aber schwerwiegende Erkrankung, die mit einer erhöhten Karzinomentwicklung im Bereich des Kolons wie auch der Gallenwege selber vergesellschaftet ist. Die *primär sklerosierende Cholangitis*, die als eigenständiges Krankheitsbild ebenso vorkommt wie auch in Verbindung mit den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED), erfüllt diese Voraussetzungen. Der Beitrag dazu in diesem Heft listet sehr übersichtlich auf und begründet die Notwendigkeit, was und wann bei dieser Risikokonstellation veranlasst werden muss. So ist z.B. bei gleichzeitig bestehender CED die jährliche Vorsorgekoloskopie Methode der Wahl und damit risikoadaptierte Vorsorge im besten Sinne.

Last but not least sind die gegenüber dem zahlenmäßig deutlich höheren familiären Risiko *genetisch bedingten Kolonkarzinome* ein ganz besonders Problem. Hier liegt der Schwerpunkt vor allem in der frühzeitigen Erkennung von Anlageträgern, um sie einer entsprechenden genetischen Beratung und einer risikoadap-

tierten Früherkennung zuzuführen. Genetische Karzinome wie das Lynch-Syndrom und die familiäre Adenomatosis coli gehören in ein entsprechend ausgewiesenes Zentrum, weil gerade diese Patientengruppe nicht nur ein massiv erhöhtes Darmkrebsrisiko hat, sondern auch noch von Karzinomen an anderen Organen bedroht bzw. mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen behaftet ist. Dieser Patientengruppe müssen das ganze Spektrum der modernen, auch molekularen Diagnostik und die maßgeschneiderte, individualisierte Therapie zur Verfügung gestellt werden können. Auch hier spielen die Verbundzentren in Deutschland eine Vorreiterrolle.

Risikoadaptierte Vorsorge und Früherkennung setzt Wissen und Erfahrung voraus. Es hat lange gedauert, bis auch der Gesetzgeber nach umfangreichen Beratungen im Nationalen Krebsplan die Notwendigkeit einer Strategieänderung erkannt hat. So ist z. B. für das kolorektale Karzinom mit dem Krebsfrüherkennungsregistergesetz (KFRG) ein wichtiger Schritt erfolgt, der erstmals eine Flexibilisierung der Altersgrenzen für den Zugang zu Vorsorge- und Früherkennungsangeboten der Krankenkassen zulässt und damit die risikoadaptierte Früherkennung deutlich verbessert. Dieses Heft soll dazu dienen, die vorhandenen Möglichkeiten differenziert aufzuzeigen.

J.F. Riemann

S. Zeuzem

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J.F. Riemann
Em. Direktor der Medizinischen
Klinik C am Klinikum
Ludwigshafen,
c/o Stiftung LebensBlicke
Schuckertstr. 37,
67063 Ludwigshafen
riemannj@garps.de

Prof. Dr. S. Zeuzem
Medizinische Klinik I,
Klinikum der Goethe-
Universität
Theodor-Stern-Kai 7,
60590 Frankfurt am Main
stefan.zeuzem@kgu.de

Interessenkonflikt. J.F. Riemann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. S. Zeuzem gibt an, wissenschaftliche Beratungen für die Firmen AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Gilead, Janssen und Merck durchzuführen

Martin-Wienbeck-Preis 2015 Ausschreibung

Die „Stiftung Wienbeck für Medizinische Entwicklung“ verleiht jährlich den Martin-Wienbeck-Preis an deutschsprachige medizinische Forscher, die sich klinisch/wissenschaftlich mit einer - auch international - herausragenden Arbeit hervorragen haben auf dem Gebiet der (Patho-) Physiologie der Motilität des Magen-Darmtraktes und seiner nervalen Steuerung. Der Preis wird im Rahmen einer feierlichen Abendveranstaltung im Juni 2015 verliehen. Gestiftet wird der Preis von der Shire Deutschland GmbH (Berlin) und ist mit **€ 5.000** dotiert.

Bewerbungsschluss und Einreichung

Die Bewerbungen sind bis 30. April 2015 per E-Mail einzureichen an:
post@die-pr-werkstatt.de
bzw. postalisch an:
Die PR-Werkstatt, Pia Edinger,
Schlettstadter Str. 21,
68229 Mannheim

Bewerbungsunterlagen

Die von deutschsprachigen, medizinischen Forschern eingereichte wissenschaftliche Arbeit sollte nicht älter als zwei bis drei Jahre sein und darf bereits publiziert sein. Die Arbeit darf jedoch noch nicht anderweitig ausgezeichnet worden sein. Ihr sollten eine inhaltliche Zusammenfassung der Forschungsergebnisse (inkl. Kurztitel) sowie die Kontaktdaten und ein Kurzlebenslauf des Einreichers beiliegen. An der Arbeit können mehrere Autoren beteiligt sein, jedoch kann die Arbeit nur von einem Bewerber vertreten werden.

Auswahlkuratorium

Prof. J. Erckenbrecht (Düsseldorf), Prof. T. Frieling (Krefeld), Prof. R. Gugler (Karlsruhe), Prof. J. Labenz (Siegen) und Prof. P. Layer (Hamburg) unter dem Vorsitz von Prof. J. F. Riemann (Ludwigshafen). Die Entscheidung des Kuratoriums über die Auswahl der Preisträger ist endgültig, der Rechtsweg ausgeschlossen. Eine Teilung des Preises ist nach Vorliegen eines entsprechenden Kuratoriumsbeschlusses zulässig.