

Zur Anpassung fehlen Studien

Altersgrenze und Häufigkeit des Darmkrebs-Screenings werden national und international immer wieder diskutiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat das IQWiG beauftragt, die aktuelle Evidenz zu überprüfen.

Für Menschen über 50 ist gut belegt, dass die Früherkennung von Dickdarmkrebs (kolorektales Karzinom) empfehlenswert ist – egal ob man die Darmspiegelung (Koloskopie) oder den Test auf Blut im Stuhl wählt. Mangels substanzieller Evidenz weiß zurzeit aber niemand sicher, ob Menschen ohne erhöhtes Darmkrebsrisiko auch in einem Alter von unter 50 Jahren von einer Darmkrebsfrüherkennung profitieren. Eine Modellierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu verschiedenen Szenarien liefert jetzt Optionen für Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Gesetzlich Versicherte haben aktuell ab einem Alter von 50 Jahren Anspruch auf eine Darmkrebsfrüherkennung. Damit lassen sich Krebsvorstufen im Dickdarm (Polypen) oder Krebs entdecken, meist frühzeitig sehr gut behandeln und so Krebswachstum, belastende Therapien und krebsbedingte Sterblichkeit vermindern.

Nationale wie internationale Organisationen befürworten das Darmkrebs-Screening bei Personen mit einem durchschnittlichen Darmkrebsrisiko, wobei die bevorzugten Screening-Strategien variieren. Die US-amerikanischen Fachgesellschaften haben unlängst ihre Altersempfehlungen für den Beginn des Screenings überprüft und schlagen dafür erstmals ein Alter von 45 statt 50 Jahren vor. Auch gibt es Vorschläge, den in Deutschland üblichen 10-Jahres-Mindestabstand zwischen der ersten und der zweiten Darmspiegelung zu verlängern.

Vor diesem Hintergrund hat das IQWiG im Auftrag des G-BA die aktuelle Evidenz zu unteren Altersgrenzen sowie Zeitabstand und Häufigkeit der Koloskopien überprüft mit dem Fazit: Für eine Absenkung der unteren Altersgrenze von 50 auf 45 Jahre liegen keine guten Studien vor, auch nicht für eine Anpassung



Foto: TomStock/adobe.com

zung der Koloskopiefrequenz im Vergleich zum aktuellen Vorgehen. Neue Evidenz zu diesen Fragen ist zeitnah auch nicht zu erwarten, weil valide Ergebnisse eine Untersuchung von mehreren 10 000 Menschen über einen sehr langen Beobachtungszeitraum erfordern würden.

Modellierung von Varianten

Mangels klinischer Evidenz hat das IQWiG unterschiedliche Szenarien, unter anderem für eine frühere Darmkrebsfrüherkennung, in verschiedenen Varianten modelliert. Daraus lassen sich nun grundlegende Handlungsoptionen mit Vor- und Nachteilen identifizieren und schließlich beim G-BA diskutieren, um trotz der Evidenzdefizite gute Entscheidungen für die Versorgung treffen zu können.

Anhand der Modellierung lässt sich abschätzen, wie sich verschiedene Screening-Varianten, zum Beispiel eine niedrigere Altersgrenze oder andere Testabstände, auswirken könnten. So lassen sich mögliche Optionen auch miteinander vergleichen und es zeigte sich erwartungsgemäß: Mit mehr Tests kann man mehr Krebsfälle entdecken und mehr Todesfälle durch Darmkrebs verhindern. Allerdings steigen dabei der diagnostische Aufwand und die Belastung für die einzelne Person an, die alle diese Tests absolvieren muss. Daher ist ein gutes Abwägen zwischen Vor- und Nachteilen notwendig – was somit mehrere Optionen denkbar erscheinen lässt: Beispielsweise ließen sich die derzeit übliche Darmkrebsfrüherkennung über eine größere Altersspanne anbieten und hierfür auch die Untersuchungsabstände oder die Anzahl der Tests anpassen. Aber auch ein Beibehalten des jetzigen Screening-Angebots wäre vorstellbar.

Susanne Breuer, IQWiG

Abschlussbericht: <https://daebl.de/yj63>