

«Cancer Screening Committee»

Der Präsident des Expertengremiums Krebsfrüherkennung «Cancer Screening Committee», Prof. Dr. Marcel Zwahlen vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, erläutert im NSK-Interview die Rolle des Expertengremiums und die Wichtigkeit, beim Krebs-Screening verschiedenste Aspekte zu berücksichtigen.

Interview: Peter Ackermann



Was versteht man unter Krebs-Früherkennung?

Grundsätzlich ist das Ziel, eine Krebserkrankung in einem frühen Stadium, also noch bevor sie Beschwerden verursacht, zu entdecken. Früh erkannt, kann eine Erkrankung oft erfolgreicher behandelt werden. Es ist diese Idee, dass ein Problem frühzeitig erkannt und deshalb besser bewältigt werden kann, das den intuitiven Charme von Krebs-Screening ausmacht. Ich vermeide übrigens gerne den Begriff «Früherkennung» und spreche stattdessen lieber von «Screening».

Aus welchem Grund?

Man stellt in einem Vorsorgeuntersuchung möglicherweise etwas fest, das weiter abgeklärt werden muss. Aber ob das Gefundene ein Problem darstellen wird – es sich also um eine Früherkennung handelt – ist damit nicht gesagt. Screening ist unaufgeregt und trifft den Vorgang besser. Ein Screening sagt: «Wir haben etwas beobachtet, das wir weiter untersuchen und abklären müssen. Vielleicht ist es kein

Problem, vielleicht ist es eins. Ob es schlimm ist, lässt sich noch nicht sagen.»

Folgeuntersuchungen werden zeigen, ob es sich tatsächlich um Krebs handelt. Dann wird eine Behandlung begonnen. Wir reden hier also von einer ganzen Kette von Massnahmen, von denen die Screening-Untersuchung nur das erste Glied ist.

Sie haben vom «intuitiven Charme» der Idee der Früherkennung gesprochen. Sind die Erwartungen an Früherkennung bzw. Screenings zu hoch?

Screenings bringen – hoffentlich – den gewollten Nutzen, sie bringen aber immer auch ein Schadenpotential mit sich. Im Idealfall kann mit einem Screening die krebsbedingte Sterblichkeit gesenkt werden. Ein Screening hat, aber auch immer unerwünschte Folgen, wie falsch-positive Befunde, die weitere Untersuchungen und Abklärungen nach sich ziehen. Solche Abklärungsphasen sind für die Betroffenen teilweise sehr belastend. Ein weiteres Problem sind Krebsdiagnosen, die zu Lebzeiten des Patienten keine Beschwerden verursachen. Da man das zum Zeitpunkt der Diagnose im Einzelfall nicht weiss, führen solche sogenannten Überdiagnosen zu Behandlungen, die im Prinzip unnötig sind. Ohne Screening könnte jede unerwünschte Folge vollständig vermieden werden.

Sie sind Präsident des Expertengremiums Krebsfrüherkennung «Cancer Screening Committee», einem NSK-Projekt. Weshalb braucht es dieses Gremium?

Wie die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF), die uns als Vorbild dient, sind wir eine unabhängige Expertenkommission und vermitteln zwischen Behörden und Fachkreisen. Wir erarbeiten in der Hauptsache wissenschaftlich gut begründete, ausgewogene und von

Partikularinteressen unabhängige Empfehlungen zu Krebs-Screenings. Da beim Krebs-Screening, falls empfohlen, grosse Teile der Bevölkerung von diesen Empfehlungen betroffen sind, ist es sehr sinnvoll, dass die Empfehlungen auf diese Art zustande kommen. Andere, nicht alle, Länder haben auch solche Gremien oder Institutionen, etwa die UK, USA und Deutschland. Zum Teil behandeln sie thematisch sogar mehr als nur Fragen zu Krebs-Screenings.

Aktuell bearbeiten Sie die Frage, ob ein Lungenkrebs-Screening mit niedrigdosierter Computer-Tomographie in der Schweiz eingeführt werden soll.

Ja. Wir machen das lege artis und werden schätzungsweise im Herbst nächsten Jahres eine fundierte Antwort haben. Unsere Trägerschaft wünscht hier eine Antwort, die insbesondere die vor ein paar Monaten publizierten Resultate der niederländisch-belgischen NELSON-Studie mit einbezieht.

Lungenkrebs gehört in der Schweiz zu den fünf häufigsten Krebsarten und ist mit 3200 Todesfällen pro Jahr die häufigste Krebstodesursache. Gemäss der NELSON-Studie verringert eine low dose-Computer-Tomographie-Untersuchung (LDCT) die Mortalität bei Männern mit hohem Lungenkrebs-Risiko um 26% und bei Frauen mit hohem Risiko um bis zu 61 Prozent über einen Zeitraum von 10 Jahren. Was gibt es da noch zu diskutieren?

In der Tat berichteten gewisse Medien euphorisch über diese Reduktion der Mortalität. Allerdings beziehen sich diese Prozentsätze nur auf die Todesfälle an Lungenkrebs. Betrachtet man, wie viele Todesfälle insgesamt aufgetreten sind, existiert zwischen den beiden Gruppen – mit oder ohne LDCT – kein klarer Unterschied. Die Beurteilung wird also nicht so einfach sein, wie einige erwarten. Zudem müssen wir allfällige Folgeuntersuchungen nach einem LDCT genau betrachten. Wie häufig und invasiv sind solche Untersuchungen? Wie hoch ist das Risiko für Komplikationen aufgrund der Folgeuntersuchungen? Und so weiter. Ob ein LDCT-Screening tatsächlich breitflächig empfehlenswert ist, muss daher noch sorgfältig abgewogen werden. Und genau das ist die Aufgabe des Komitees.

Welche Aspekte gilt es bei der Ausarbeitung einer Screening-Empfehlung zu berücksichtigen?

Um zu beurteilen, ob ein Krebs-Screening sinnvoll ist, müssen Nutzen- und Schadenspotential differenziert abgewogen werden. Dabei sollten verschieden Aspekte berücksichtigt werden. Etwa der Einfluss eines Screenings auf die öffentliche Gesundheit und auf die Gesundheit des Einzelnen. Die ökonomischen Effekte des Screenings müssen auch abgeschätzt werden. Und weiter stellen sich auch ethische, soziale und rechtliche Fragen. Schwierig wäre es auch, ein Screening breit zu empfehlen, wenn die nötige Infrastruktur nicht ausreichend vorhanden wäre. So sind es manchmal auch Umsetzungsfragen, die entscheidend sind für eine Empfehlung. Als Beispiel: Darmspiegelungen für das Darmkrebs-Screening finden eigentlich alle grundsätzlich gut. Man kann sie aber auch deshalb nicht als einzige Möglichkeit empfehlen, weil wir in der Schweiz schlicht nicht genügend Gastroenterologen haben, um all die nötigen Screening-Darmspiegelungen durchzuführen. Zudem gibt es auch andere Gründe, um Alternativen zur Darmspiegelung zu prüfen und zu empfehlen.

Berücksichtigen Sie in Ihren Erwägungen auch die Angst der Untersuchten, die mit der Ungewissheit leben müssen, wie die Screening-Ergebnisse gedeutet werden müssen?

Ja, das spielt bei unseren Überlegungen auch eine Rolle. Um beim Lungenkrebs-Screening zu bleiben: Die Personen sind sicher – in individuell unterschiedlichem Ausmass – verunsichert, wenn auf ihrer Lunge etwas «verdächtig» ist: Was bedeutet das? Was, wenn es Lungenkrebs ist? Wie ist es, drei Monate zu warten, um dann ein erneutes CT vorzunehmen, weil es zu

wenig klar ist, um invasiv eine Gewebeprobe zu entnehmen? Solche Fragen und Sorgen sind oft psychisch belastend und schränken die Lebensqualität ein. Das müssen wir berücksichtigen, können das aber nur, wenn dazu solid gemachte wissenschaftliche Studien existieren, die wir in einem eher technischen Bericht dann auch zusammenfassen.

Welche ökonomischen Berechnungen werden gemacht?

Es wird eine Kosten-Nutzen-Analyse gemacht.

Was kostet ein Screening pro zusätzlich gewonnenem Lebensjahr in einem guten Lebenszustand?

Betrachtet man die informell diskutierten Preislevels, lässt sich sagen: Wenn ein zusätzlich gewonnenes Lebensjahr bei guter Gesundheit über 100.000 Franken kostet, ist die Gesellschaft nicht mehr bereit, das zu finanzieren. Diese Zahl ist keine fixe Schranke. Eine im Einzelfall teure Behandlung für eine seltene Krankheit wird aber insgesamt weniger kosten als für eine recht häufige Krankheit. Darum wird das Komitee auch eine Abschätzung der Gesamtkosten vornehmen.

Was geschieht mit der im Jahr 2021 zu erwartenden Empfehlung?

Wir nehmen mit unserer Empfehlung – ob für oder gegen ein Screening – nur eine Vermittlerrolle ein für die wissenschaftliche Beratung der Behörden. Die Entscheidung, ob ein LDCT-Screening in den obligatorischen Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden soll oder nicht, liegt bei den Behörden. Unsere Kommission hat ihr Ziel erreicht, wenn das Eidgenössische Departement des Innern und das Bundesamt für Gesundheit unsere Arbeit verwendet. Und wenn wir für die Behörden als wichtiges und vertrauenswürdigen Organ betrachtet werden, wenn es um Fragen zu Krebs-Screenings geht.

Sie referieren im September an der «Nationalen Tagung Krebsfrüherkennung» zur Zukunft der Früherkennung. Was sind die grössten Herausforderungen?

Die kommunikative Begleitung der Diskussion neuer interessanter Studien zu möglichen Krebs-Screenings wird uns weiterhin und künftig vermehrt beschäftigen. Wir werden regelmässig erklären müssen, weshalb es heikel – eigentlich unmöglich – ist, aufgrund einer interessanten Einzelstudie gleich eine breite Empfehlung abzuleiten. Es sind oft noch weitere und ergänzende Studien erforderlich, damit man basierend auf guter Evidenz eine fundierte Empfehlung abgeben kann. Das dauert für Enthusiasten zu lange und kann als unnötig pedantisch wahrgenommen werden.

Wird die Früherkennung zukünftig personalisierter vorgenommen werden können?

Wir nehmen bereits viele personalisierte Screenings vor, nur nennen wir sie anders. Wir sprechen beispielsweise von «Personen im Alter von 50 bis 70 Jahren» oder von «Leuten mit einer bestimmten Familiengeschichte». Ich glaube, dass das Alter, familiäre Vorbelastung und medizinische Vorgeschichte sehr hilfreich sind für teilweise schon sehr personalisierte Screening-Empfehlungen. Sicher wird die Zukunft hier noch Verfeinerungen bringen.

Ist die Begeisterung für die personalisierte Früherkennung ein Hype?

Personalisierungen sind – auch in anderen Lebensbereichen als der Medizin – sehr positiv belegt. Ob die personalisierte Medizin und das personalisierte Screening wirklich die nächste grosse Revolution sind, scheint mir nicht so klar. Ich hoffe, sie führt schrittweise zu Verbesserungen. Wo Personalisierung sicher verbessert werden sollte, ist bei der Information über empfohlene Screenings, die man der Bevölkerung zukommen lässt. Die Information für

den ausländischen Bauarbeiter im Alter von 55 sollte anders ausgestaltet sein als für die 50-jährige Frau mit einer Leitungsfunktion in einer Bank.

Wie kann die Chancengleichheit erhöht oder gar gewährleistet werden?

Die Schwierigkeiten mit der Chancenungleichheit muss bei der Umsetzung angepackt werden. Ich sehe in semistaatlichen Programmen eine grosse Chance. Etwa, indem die gesamte Bevölkerung der Schweiz einen Brief erhält, in dem sie auf die Früherkennungsprogramme und die finanziellen Übernahmen durch die Grundversicherung hingewiesen werden. Als wirksam könnte sich auch eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen erweisen. So, wie das in anderen Ländern (etwa Deutschland) teilweise geschieht. Beispielsweise durch Gutscheine, die die Krankenkassen verschicken. Die Krankenkasse wäre möglicherweise auch besser in der Lage, Unterlagen in der richtigen Sprache zuzusenden.

Was haben Sie aufgrund Ihrer Arbeit rund um die Früherkennung von Krebs über das Mensch-Sein gelernt?

Viele Menschen – auch Fachleute – haben schon sehr fixe Meinungen darüber, was sie in Bezug auf mögliche Screenings für richtig halten, und es braucht relativ viel neue und aufgearbeitete Information, damit sie von ihren vorgefassten Meinungen abrücken.

Zur Person

Marcel Zwahlen ist in der Region Bern aufgewachsen und lebt in Bern. Er studierte Physik und Mathematik in Bern, doktorierte in Epidemiologie an der Johns Hopkins University in Baltimore, USA (genau die mit den oft zitierten Zahlen zu den Corona-Fällen). Seit 2003 ist er am Institut für Sozial- und Präventivmedizin tätig und seit 2017 dessen stellvertretender Direktor. Ausser während des USA-Aufenthalts hat er nie ein Auto besessen; er ist ein Fan des öffentlichen Verkehrs in der Schweiz. Neben dem ÖV benutzt er ausschliesslich das Fahrrad, um von A nach B zu kommen.

Links

- [Expertengremium Krebsfrüherkennung](#)
- [Nationale Tagung Krebsfrüherkennung](#)