



DARMKREBS

**kann nicht nur früh erkannt, sondern
durch die rechtzeitige Entfernung seiner
Vorstufen auch verhindert werden**

DARMKREBS IST VERMEIDBAR !



THE LIVES IT HAS TOUCHED

From the White House to the film screen, colon cancer often strikes without warning

Audrey Hepburn

Our Fair Lady suffered from stomach pain that was initially misdiagnosed as an infection before surgery in 1992 revealed she had colon cancer

Ronald Reagan

Like most people with colon cancer, he didn't know he had anything until a routine physical turned up polyps, one of which was malignant



Elfie und Manfred Wörner



Dagmar Berghoff



Katie Couric

DARMKREBS-VORSORGE/-FRÜHERKENNUNSPROGRAMME

• **Früheres Programm** (Beginn im Jahr 1971)

- Jährliche Untersuchung auf okkultes Blut ab dem 45. Lebensjahr im Rahmen der KFU
- Digitale Austastung des Rektums (KFU)

• **Modifikation** (seit Oktober 2002)

- Beratung zur Darmkrebs-Vorsorge/-Früherkennung
- Jährliche Untersuchung auf okkultes Blut zwischen 50 und 55 Jahren
- Erste Screening-Koloskopie ab 55 Jahre, Wiederholung 10 Jahre später, wenn Indexuntersuchung o.B.

alternativ:
 - Untersuchung auf okkultes Blut alle zwei Jahre ab 55 Jahre

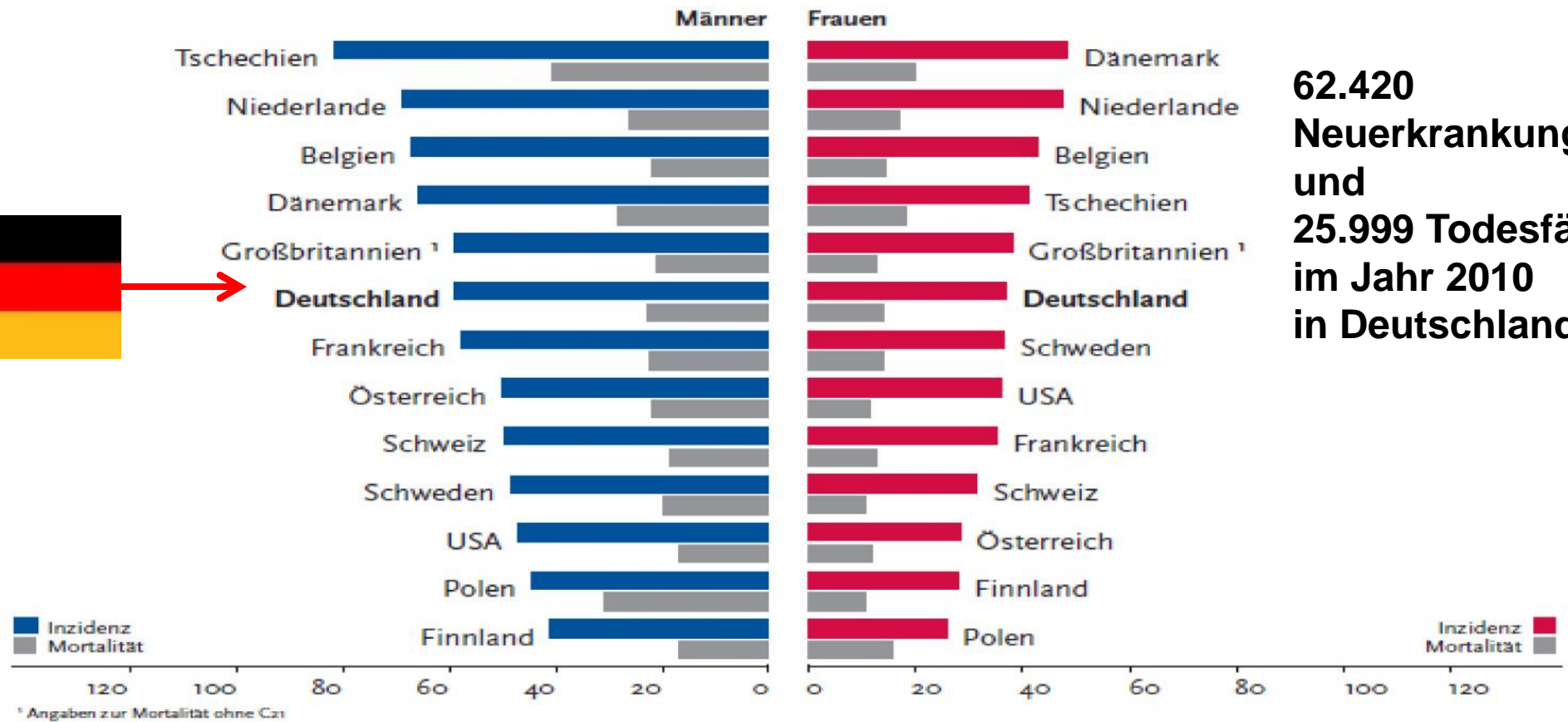
Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

- Verbesserung der Information der Patienten über den Darmkrebs sowie die Chancen und Risiken seiner Vermeidung und Frühentdeckung
 > **informierte Entscheidung**
- Erhöhung der Teilnahmebereitschaft der Versicherten an der Darmkrebs-Vorsorge/-Früherkennung
- Senkung der Darmkrebsneuerkrankungen
- Vermehrte Diagnose prognostisch günstigerer früher Tumorstadien T1/T2 (UICC 1/2)
- Senkung der Darmkrebs-Inzidenz und -Mortalität

DARMKREBS: NEUERKRANKUNGEN und TODESFÄLLE (in Europa)

Abbildung 3.5.6

Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten im internationalen Vergleich, nach Geschlecht, ICD-10 C18–C21, 2009–2010 oder letztes verfügbares Jahr (Einzelheiten und Datenquellen s. Anhang) je 100.000 (Europastandard)



**62.420
Neuerkrankungen
und
25.999 Todesfälle
im Jahr 2010
in Deutschland**

Quelle: RKI Krebs in Deutschland 2009/2010; 9. Ausgabe 2013

- Erkrankungswahrscheinlichkeit
 - ca. 6 % Lebenszeitrisiko
 - überwiegend ältere Menschen
 - durchschnittliches Erkrankungsalter
Männer: 69 Jahre
Frauen: 75 Jahre
- Prognose:

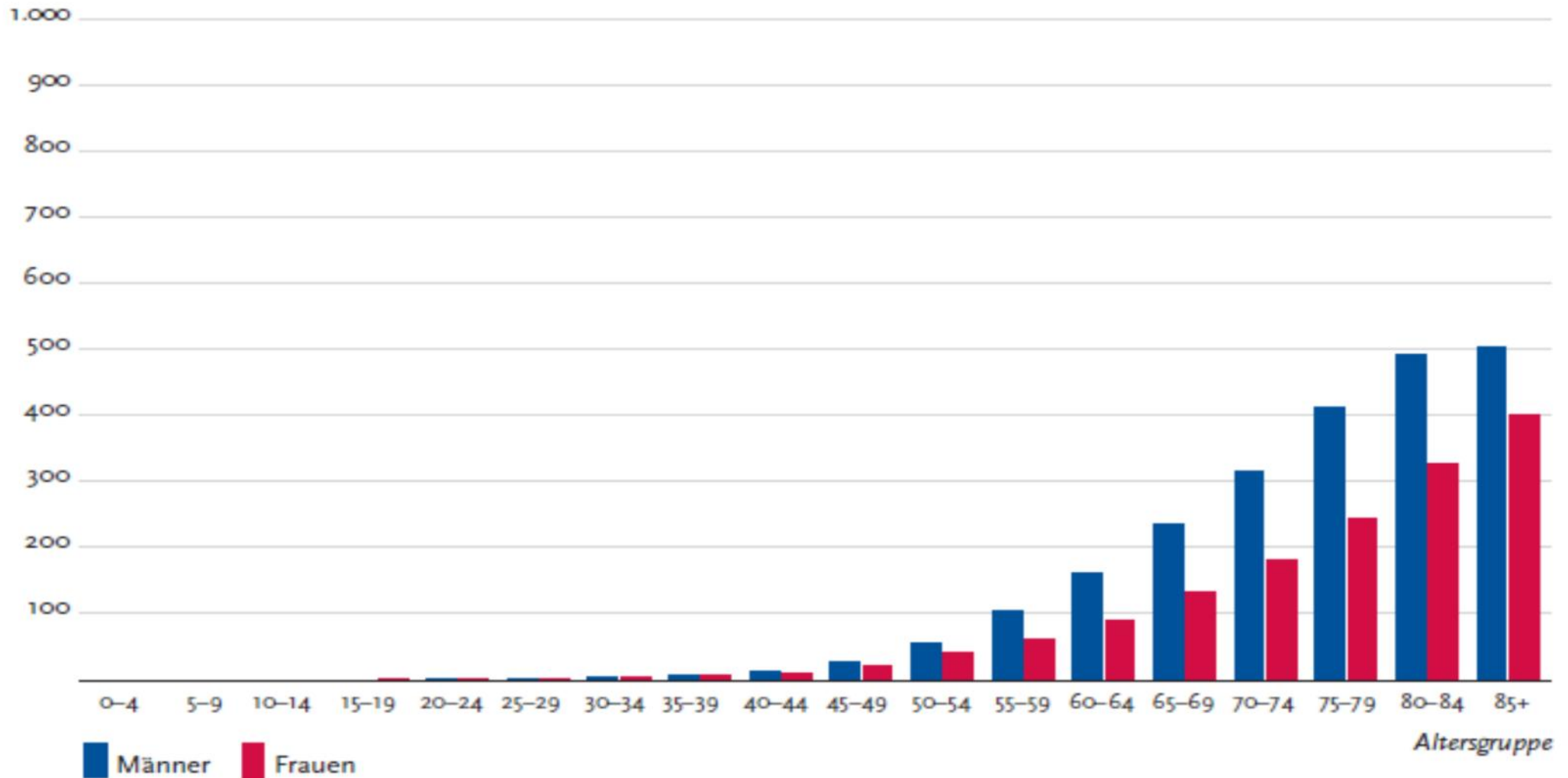
Heilung in frühen Stadien möglich,
bei Metastasen meist nicht!

ERKRANKUNGSRATEN NACH ALTER

Abbildung 3.5.2

Altersspezifische Erkrankungsrate nach Geschlecht, ICD-10 C18 – 21, Deutschland 2009 – 2010

je 100.000



Quelle: RKI Krebs in Deutschland 2009/2010; 9. Ausgabe 2013

Stiftung LebensBlicke
Schuckertstraße 37
67063 Ludwigshafen

Telefon: 0621-69 08 53 88
E-Mail: stiftung@lebensblicke.de
Web: www.lebensblicke.de

Vermeiden statt leiden!
Aktiv gegen Darmkrebs!



DARMKREBS: ERKRANKUNGS- und STERBERATEN (in Deutschland)

Abbildung 3.5.1a
Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, nach
Geschlecht, ICD-10 C18–C21, Deutschland 1999–2010
je 100.000 (Europastandard)

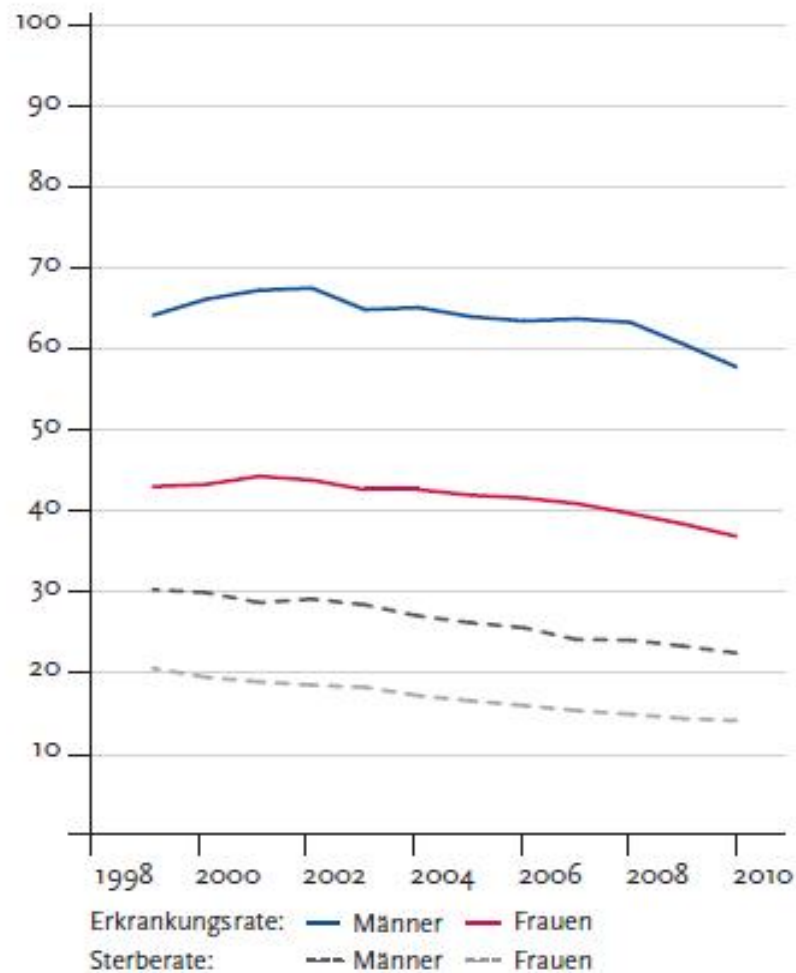
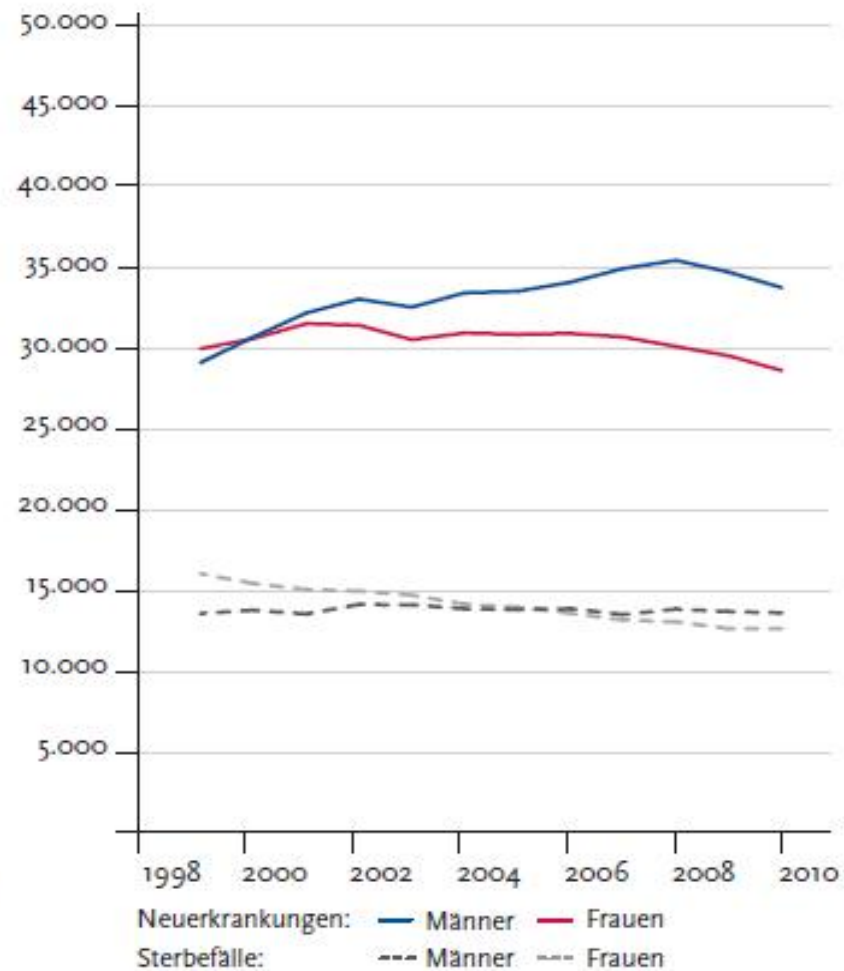
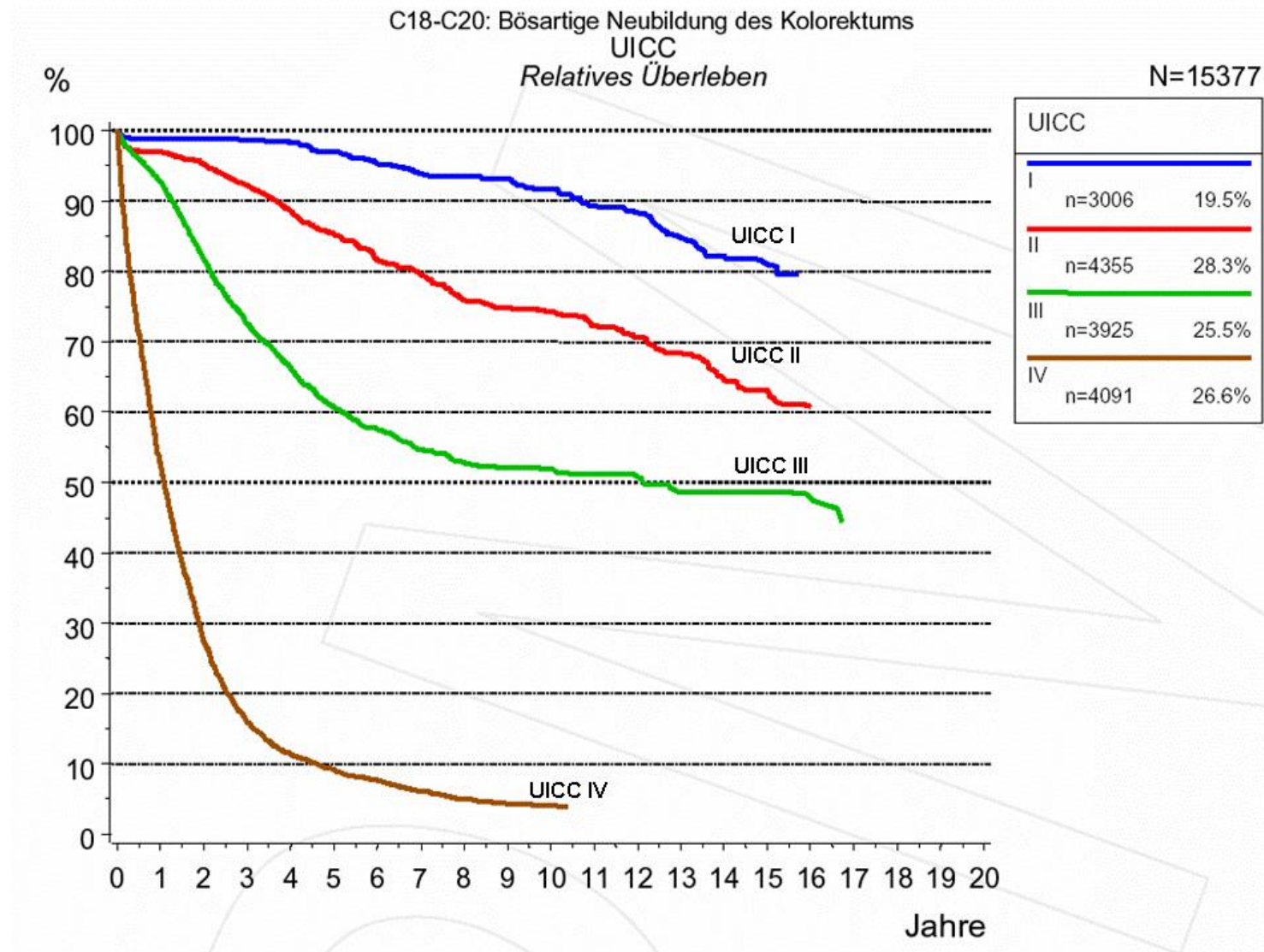


Abbildung 3.5.1b
Absolute Zahl der Neuerkrankungs- und Sterbefälle, nach
Geschlecht, ICD-10 C18–C21, Deutschland 1999–2010



Quelle: RKI Krebs in Deutschland 2009/2010; 9. Ausgabe 2013

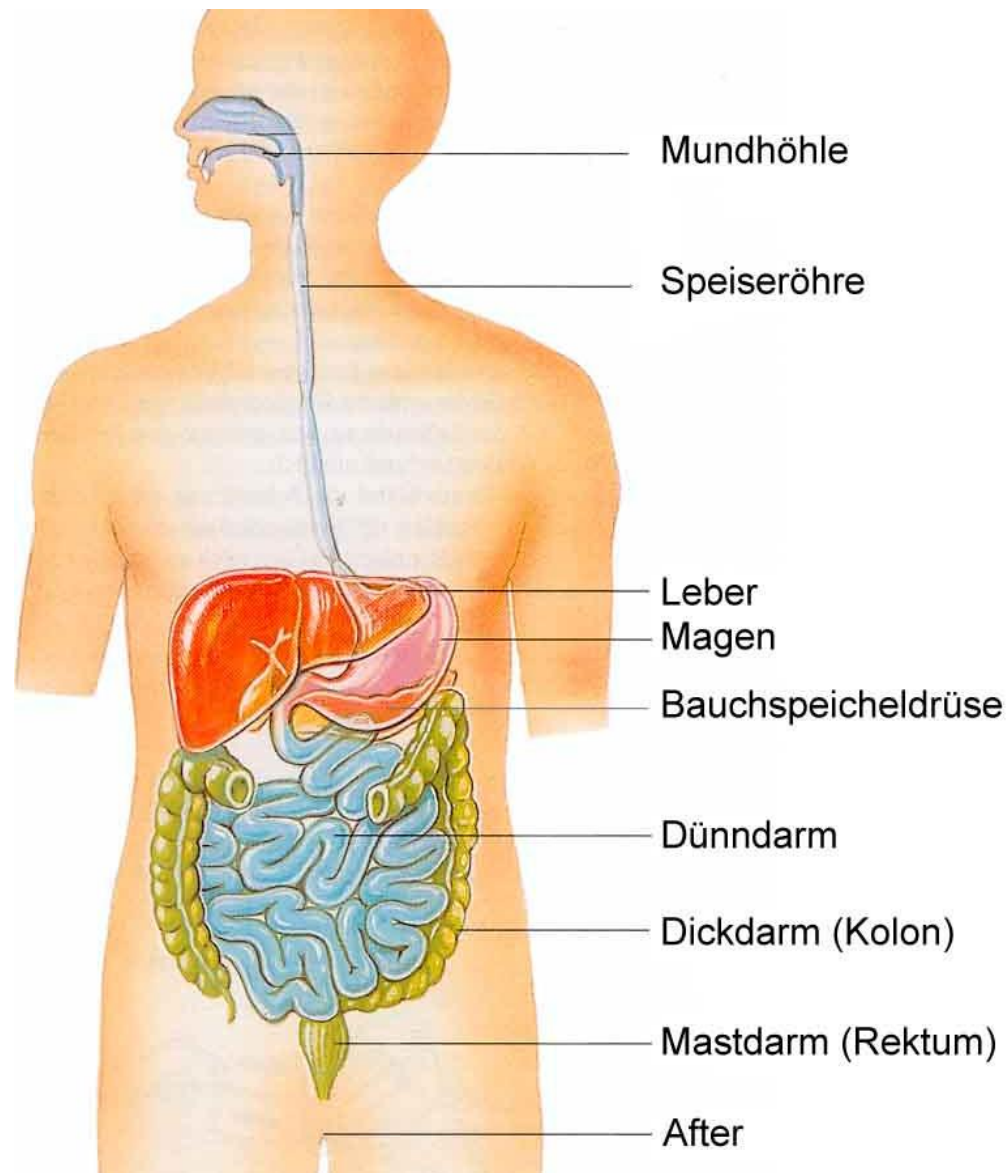
ÜBERLEBENSRATE KOLONKARZINOMEN NACH UICC



Quelle: Tumorregister München 2006

Medizinische Hintergründe

VERDAUUNGSTRAKT



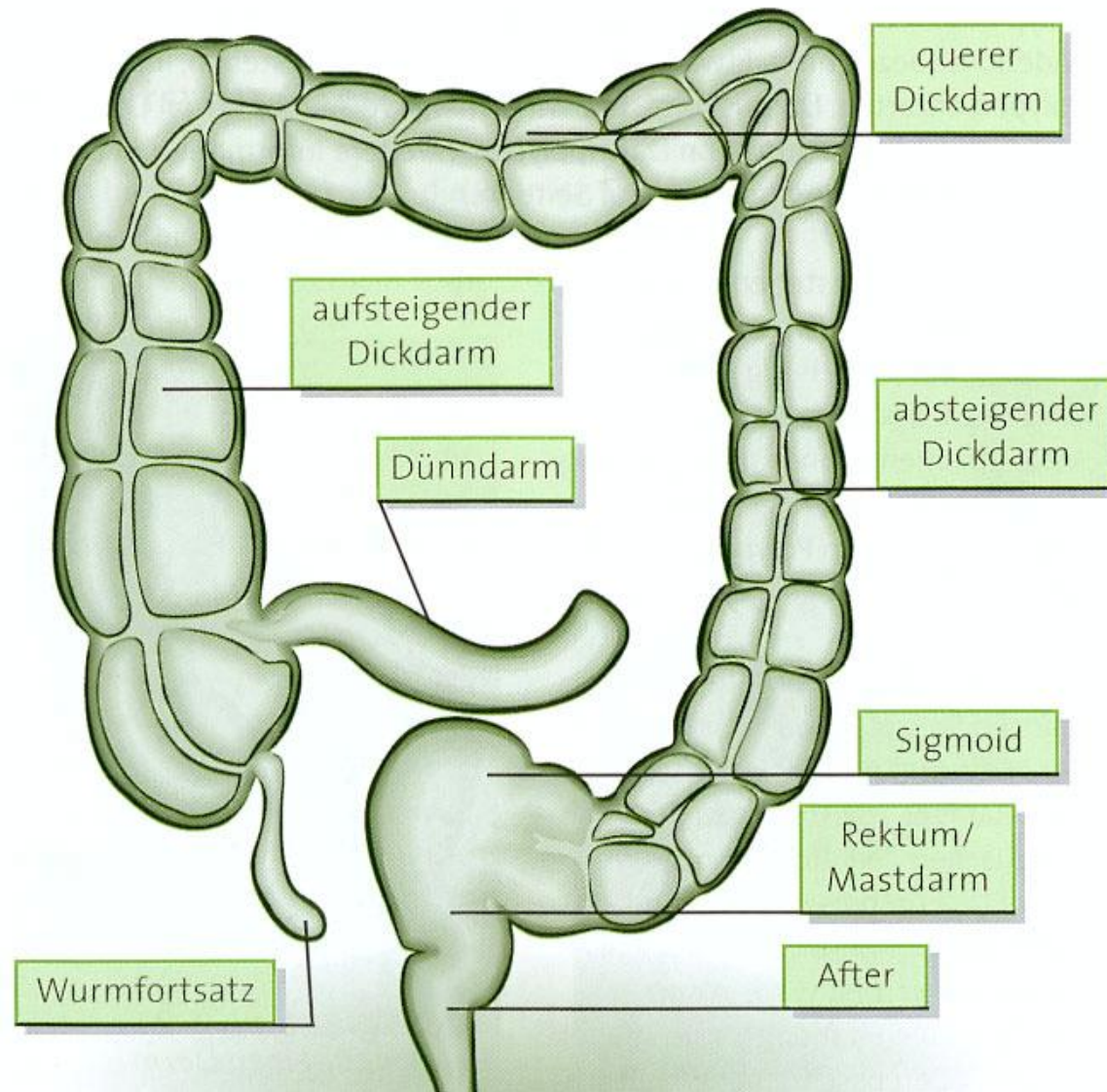
Quelle: Kursbuch Gesundheit, Kiepenheuer & Witsch, 1997

Stiftung LebensBlicke
Schuckertstraße 37
67063 Ludwigshafen

Telefon: 0621-69 08 53 88
E-Mail: stiftung@lebensblicke.de
Web: www.lebensblicke.de

Vermeiden statt leiden!
Aktiv gegen Darmkrebs!

DICKDARM



Quelle: Darmkrebs verhindern BEK/DKG, 2003

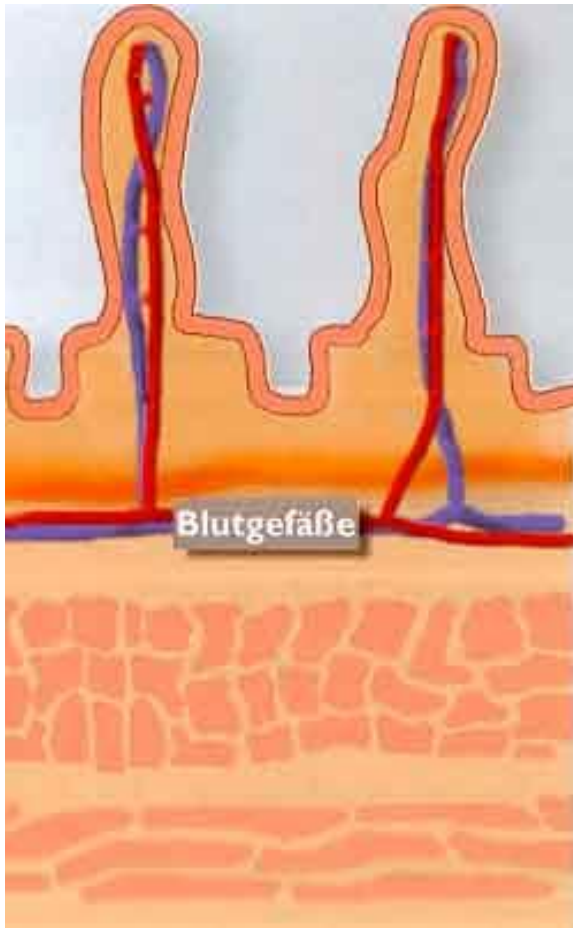
Stiftung LebensBlicke
Schuckertstraße 37
67063 Ludwigshafen

Telefon: 0621-69 08 53 88
E-Mail: stiftung@lebensblicke.de
Web: www.lebensblicke.de

**Vermeiden statt leiden!
Aktiv gegen Darmkrebs!**

QUERSCHNITT DURCH DIE INTAKTE DARMWAND

Darm innen



Darmzotte

Schleimhaut

Muskulatur

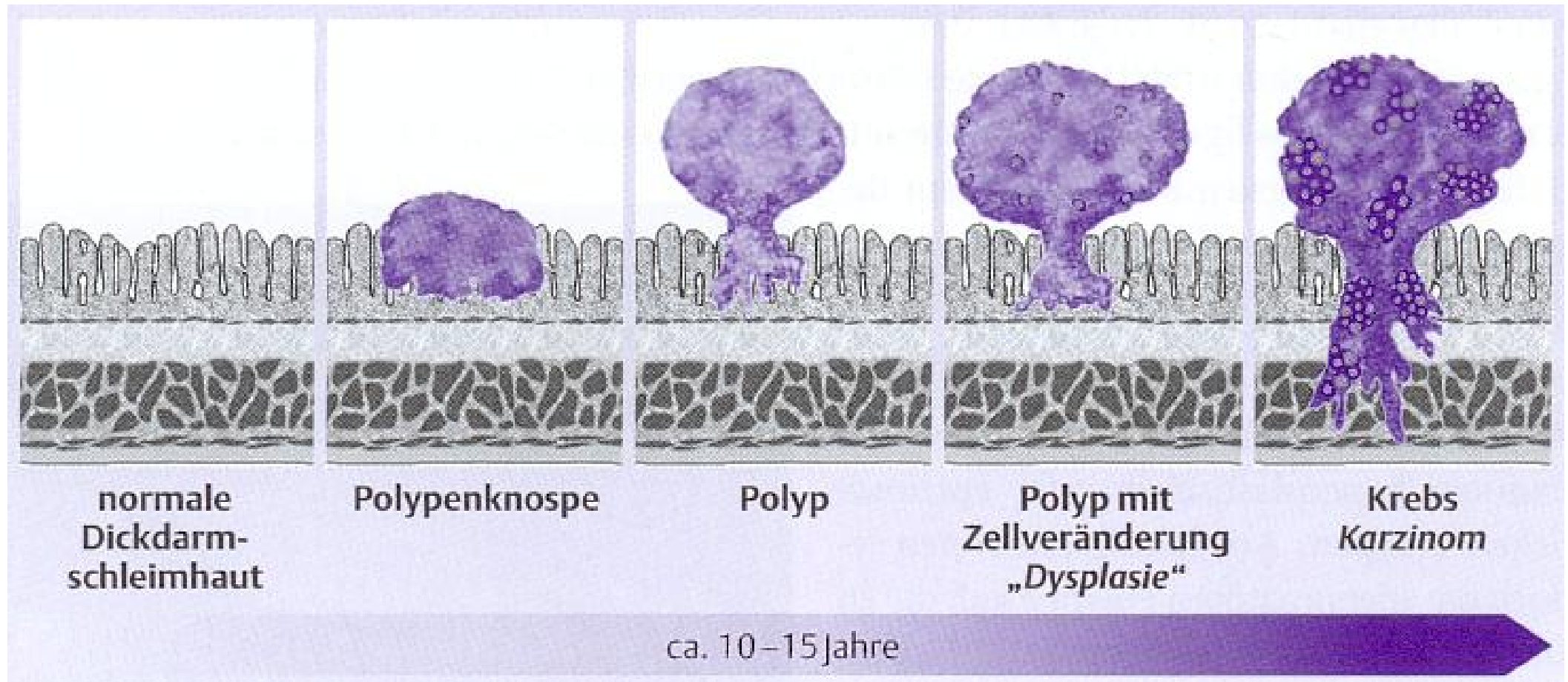
Bindegewebe

- Nahrungsbrei wird durch das Darminnere bewegt
- Aufnahme der Nährstoffe in das Blut, Oberflächenvergrößerung durch Darmzotten
- Muskulatur bewirkt Darmbewegung

Darm außen

- Darmkrebs entsteht meist aus zunächst gutartigen Vorstufen (Polypen).
- In 10–15 Jahren kann sich daraus Krebs entwickeln.
- Die Wahrscheinlichkeit der Polypenbildung nimmt mit steigendem Alter zu.
- Der Betroffene hat keine spezifischen Symptome.
- Beschwerden/Schmerzen treten meist erst auf, wenn der Krebs schon groß ist bzw. Metastasen gebildet hat.

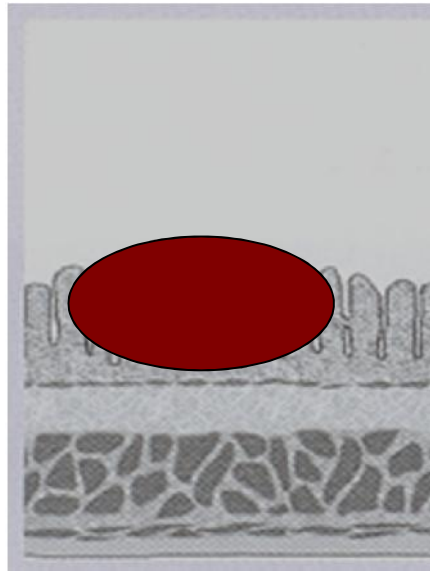
ADENOM-KARZINOM-SEQUENZ



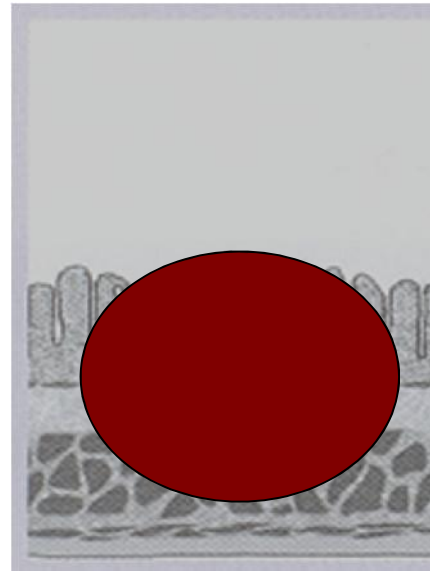
Quelle: Hilfe bei Darmkrebs, TRIAS Verlag, 2004

T-STADIEN UND UICC-STADIEN

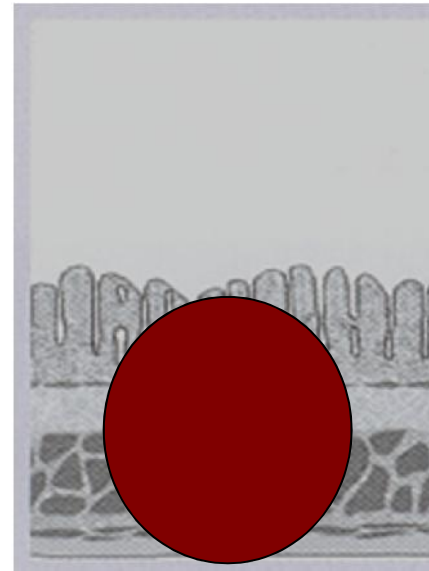
Tumorinfiltration



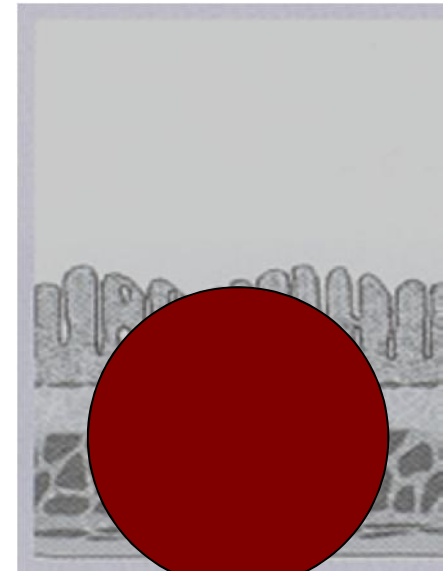
T 1



T2



T3



T4

UICC-Stadien

I	T 1, 2 , keine Lymphknoten, keine Metastasen
II	T 3,4 , keine Lymphknoten, keine Metastasen
III	jedes T, bis zu drei oder mehr Lymphknoten, keine Metastasen
IV	jedes T, Lymphknotenbefall, Fernmetastasen

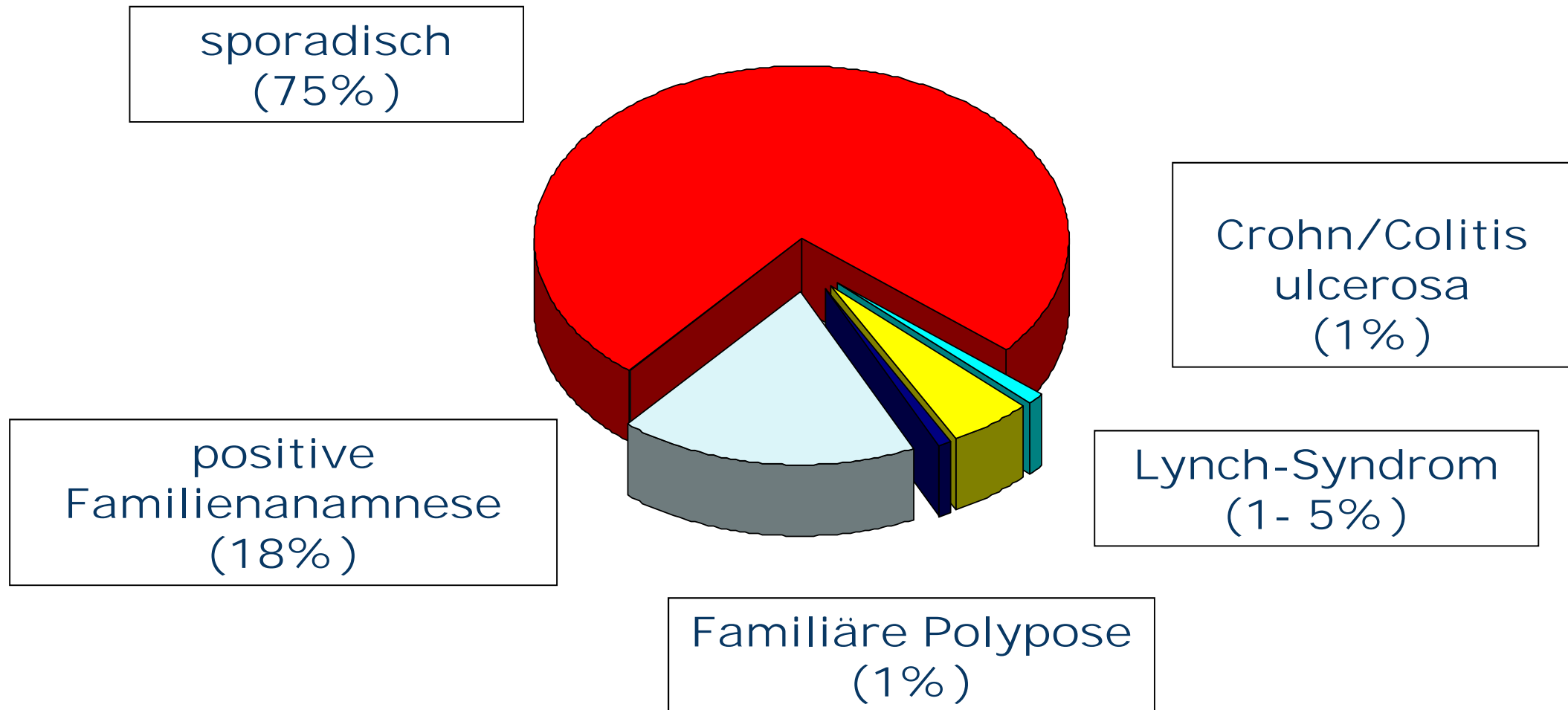
- Blutauflagerungen am Stuhl
- Dunkelfärbung des Stuhls
- Sehr dünner Stuhl
- Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung
- Gewichtsabnahme
- Blässe, Kurzatmigkeit
- (Krampfartige) Bauchschmerzen

ES GIBT KEINE EINDEUTIGEN FRÜHSYMPTOME

Vorsorge und Früherkennung

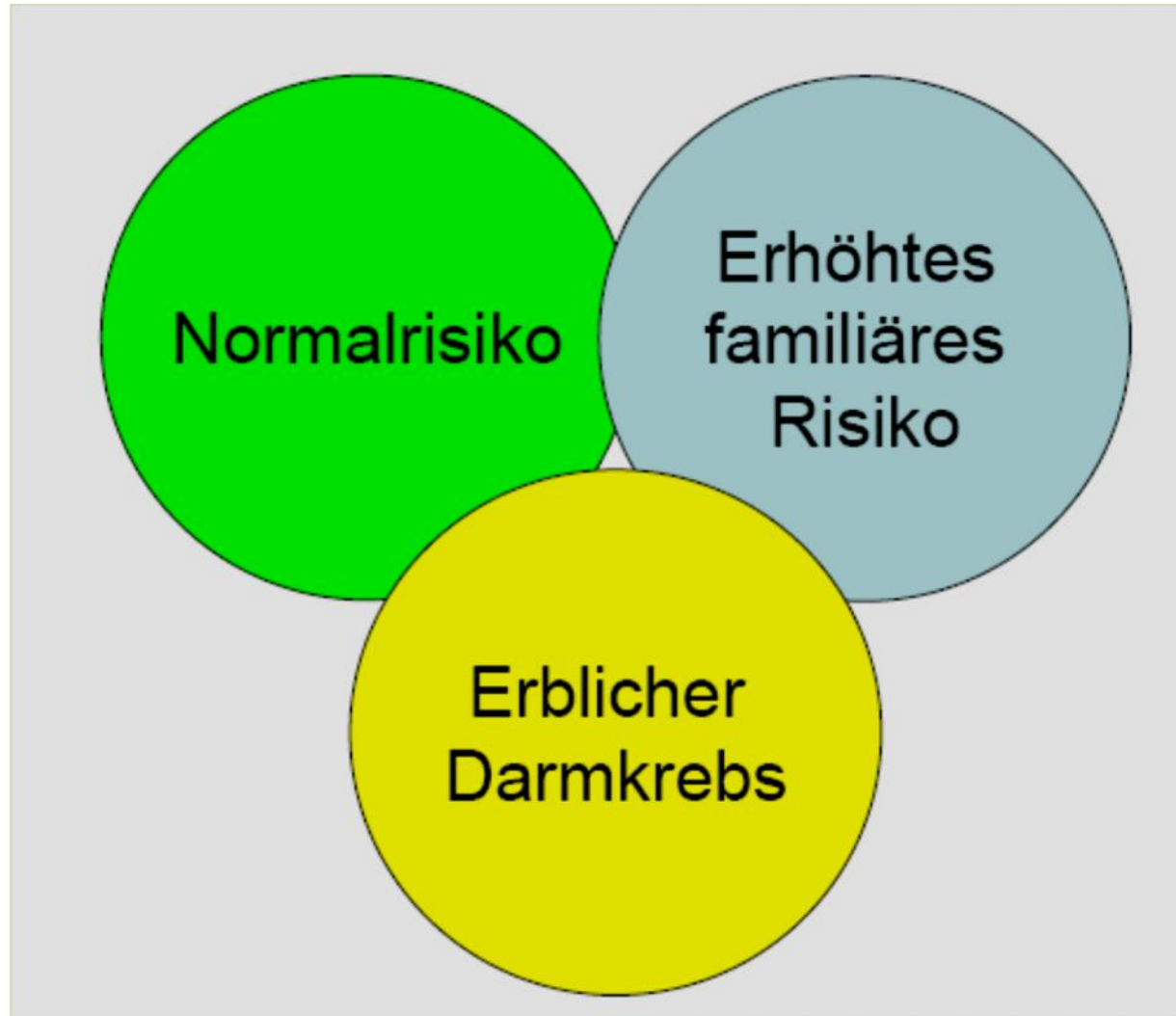
- Übergewicht vermeiden
- Körperliche Aktivität
- Obst und Gemüse
- Ballaststoffe
- Fisch statt Fleisch
- Wenig Fett
- Wenig Alkohol
- Kein Rauchen

KOLOREKTALES KARZINOM - RISIKOGRUPPEN



Winawer SJ et al., Gastroenterology 1997

25–30 % sind familiär oder genetisch assoziiert



Risiko

1 Verwandter 1. Grades mit KRK < **50** Jahre

3 – 4 x

2 Verwandte 1. Grades mit KRK

3 – 4 x

1 Verwandter 1. Grades mit KRK

2 – 3 x

2 Verwandte 2. Grades mit KRK

2 – 3 x

1 Verwandter 1. Grades mit Adenom

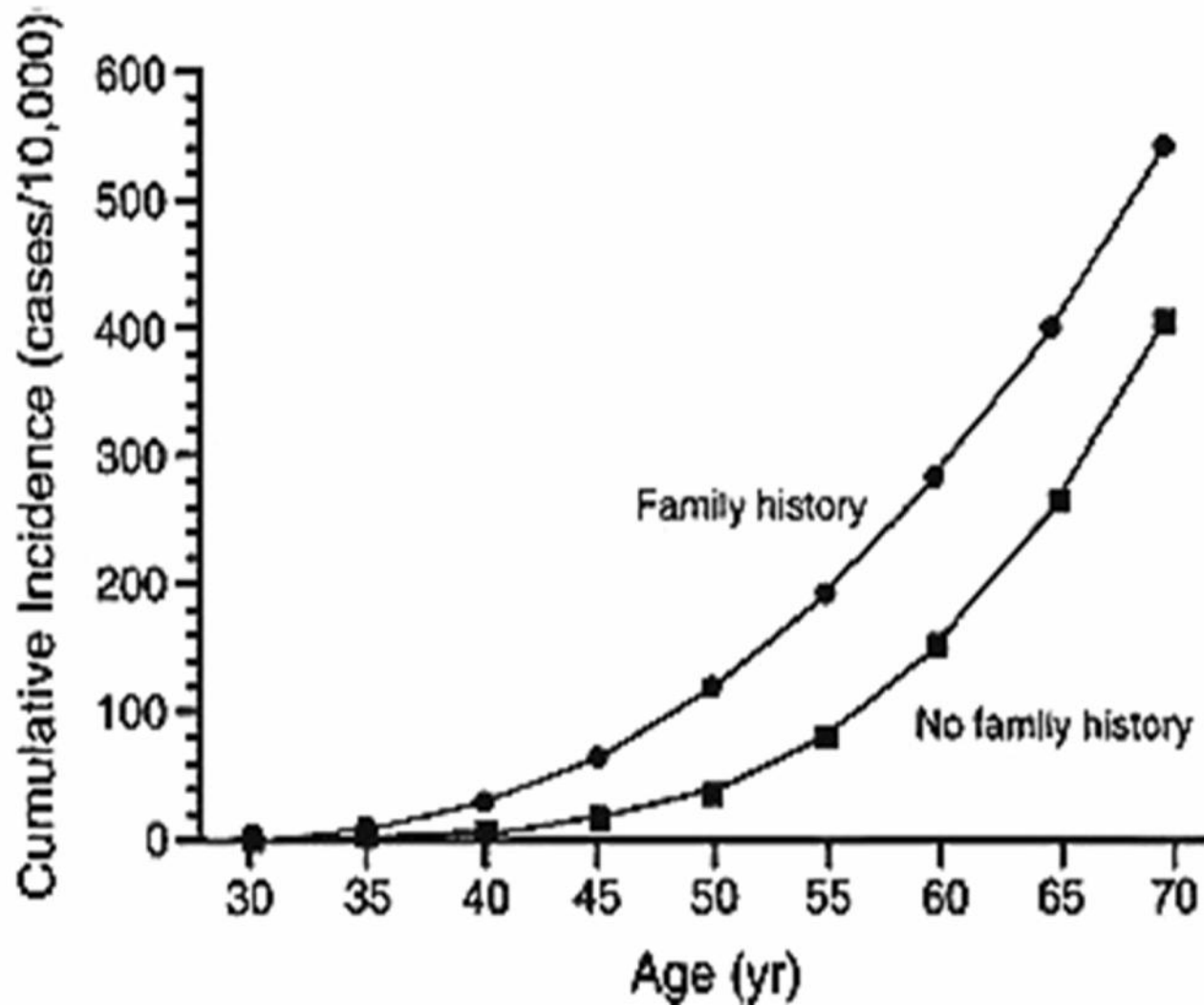
2 x

1 Verwandter 2. Grades mit KRK

1.5 x



KOLOREKTALES KARZINOM – FAMILIÄRES RISIKO



Keighley MRB, Aliment Pharmacol Ther 2003

➤ Stuhltest (g-FOBT)

Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl
jährlich ab Alter 50 (Evidenz/ Empfehlung: 1a/A)

➤ Darmspiegelung (Koloskopie)

Untersuchung des Dick- und Enddarmes auf sichtbare
Veränderungen ab Alter 55 mit Wiederholung nach
10 Jahren wenn negativ. (Evidenz/ Empfehlung: 3b/A)

Bei familiärer Belastung zeitlich früher!
Und dann unmittelbar eine Spiegelung!

Labortests

- Guajakbasierte Stuhltests
- Immunologische Stuhltests *
- Blutbasierte DNA Tumormarker * *

Bildgebende Verfahren

- Kapselendoskopie * *
- CT-(virtuelle) Koloskopie * *

Invasive Verfahren

- Koloskopie
- Sigmoidoskopie * *

* derzeit noch keine Kassenleistung

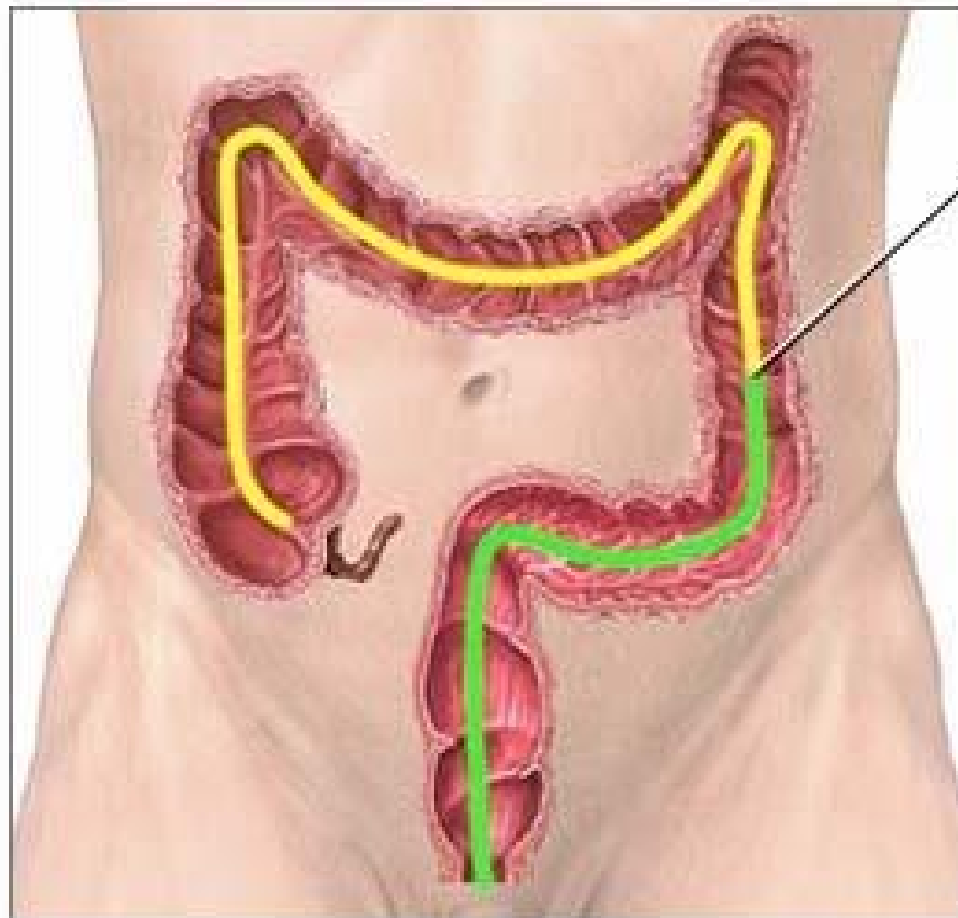
* * derzeit keine allgemeine Empfehlung

Okkultes,
d.h. nicht sichtbares Blut im Stuhl

- ist ein Alarmsignal
- die Ursache muss durch eine vollständige Koloskopie (bis zum Zökum abgeklärt werden)
- pathologische Befunde wie Polypen / Adenome werden in einem Arbeitsgang während der Diagnostik abgetragen

Qualitative Voraussetzungen für Vorsorgekoloskopie

ENDOSKOPISCHE FRÜHERKENNUNG



Ende der
Sigmoidoskopie



Die Koloskopie erfasst den gesamten
Dickdarm.

ADAM.

Teilnahme an der Durchführung des Screening nur von:

- Gastroenterologen
- Internisten und Chirurgen
mit qualifizierter Endoskopieausbildung

QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN

- Nachweis von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien (jährlich)
- Apparative Voraussetzungen
- Jährliche Überprüfung der Einhaltung von Hygieneanforderungen durch externe Institution
- Videodokumentation der Screeninguntersuchung
- Standardisierte Dokumentation der Befunde
- Qualitätssicherung durch externe Evaluation

Teilnahme an der Früherkennung

UMFANG DER DARMKREBSFRÜHERKENNUNG PRO JAHR

- ✓ **Beratungen** von Patienten zu den Möglichkeiten einer Früherkennung des kolorektalen Karzinoms:
ca. 2.240.000 / Jahr
- ✓ **Präventive Tests** auf verstecktes Blut im Stuhl:
ca. 4.051.000 / Jahr
- ✓ **Früherkennungs-Koloskopien:**
ca. 395.000 / Jahr
- ✓ **Anspruchsberechtigte:**
ca. 16,7 Mio. gesetzlich Versicherte zwischen 55 und 74 Jahren


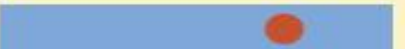







Quelle: Zentralinstitut; Wissenschaftliche Auswertung 2013

- Tabuthema Krebs
plus Tabuthemen Darm, Enddarm, After
- Vogel-Strauß-Politik:
 - mehr als die Hälfte befürchtet, dass etwas Negatives entdeckt wird und möchte daher gar nicht genau wissen, ob ihnen etwas fehlt
 - ein Drittel hält die Untersuchung für unangenehm oder schmerzhaft
- Bequemlichkeit
... es wird mich schon nicht treffen

BEKANNTHEITSGRAD UND ERFOLGSRATE

Bekanntheitsgrad und Erfolgsrate – Einschätzungen der Bevölkerung insgesamt

Da gibt es Vorsorgeuntersuchungen –

	2008	2010	Bevölkerung insgesamt	Bei regelmäßiger Vorsorge gut heil- oder vermeidbar			
				Insgesamt		Jeweils auf Basis derer, die von Vorsorgeuntersuchung ausgehen	
				2008	2010	2008	2010
Brustkrebs	90	92	% 	69	69	77	75
Darmkrebs	85	88		60	64	70	73
Prostatakrebs	76	79		51	53	67	67
Hautkrebs	64	75		46	57	72	76
Lungenkrebs	36	30		15	10	40	33
Magenkrebs	30	29		15	13	48	45
Blutkrebs, Leukämie	25	28		9	10	34	36
Bauchspeicheldrüsenkrebs	14	15		3	4	24	27
Nierenkrebs	11	12		4	4	39	33
Gegen nichts davon	2	1					
Keine Angabe	4	2					

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre

Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 10020, Mai 2008, und 10054, Mai 2010

© IfD-Allensbach

Wuppermann et al, Z Gastroenterol 2009 - Förderverein Stiftung LebensBlicke 2010

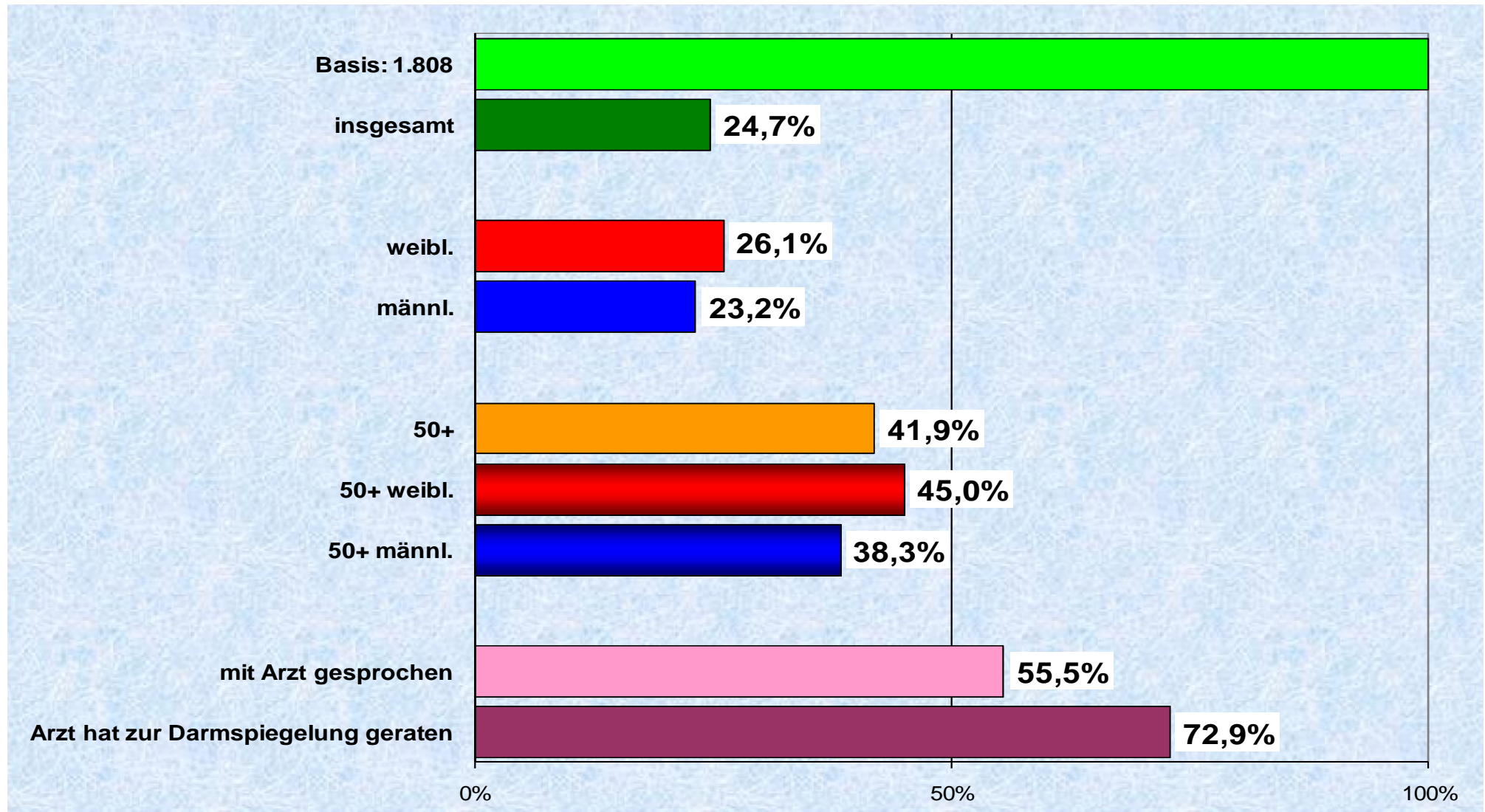
Stiftung LebensBlicke
Schuckertstraße 37
67063 Ludwigshafen

Telefon: 0621-69 08 53 88
E-Mail: stiftung@lebensblicke.de
Web: www.lebensblicke.de

Vermeiden statt leiden!
Aktiv gegen Darmkrebs!



ICH HABE SCHON EINE DARMSPIEGELUNG MACHEN LASSEN!



Wuppermann et al., Z Gastroenterol 2009

Stiftung LebensBlicke
Schuckertstraße 37
67063 Ludwigshafen

Telefon: 0621-69 08 53 88
E-Mail: stiftung@lebensblicke.de
Web: www.lebensblicke.de

Vermeiden statt leiden!
Aktiv gegen Darmkrebs!



ZUSAMMENFASSUNG DER UMFRAGE

1. Botschaft gesendet (und angekommen)
2. Mehr Menschen haben Darmspiegelung gemacht als bisher angenommen
3. Breiter gesellschaftlicher Konsens, dass Darmkrebs-Vorsorge/-Früherkennung notwendig ist
4. Viele Menschen folgen der ärztlichen Empfehlung, aber zu wenig Ärzte empfehlen diese
5. Positive Effekte der Darmspiegelung sind zu wenig bekannt, negative werden überschätzt

Wuppermann et al., Z Gastroenterol 2009

Stiftung LebensBlicke
Schuckertstraße 37
67063 Ludwigshafen

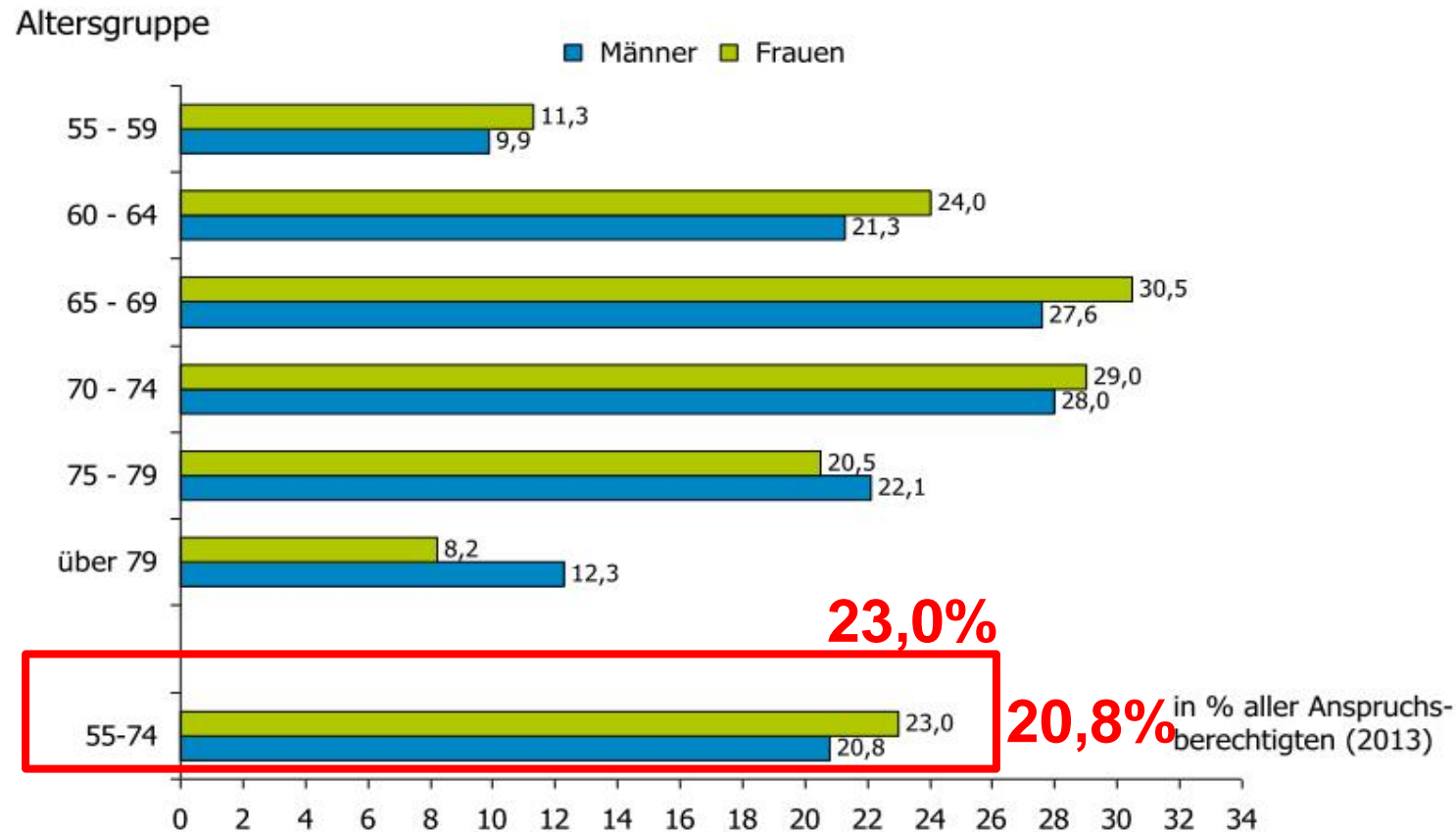
Telefon: 0621-69 08 53 88
E-Mail: stiftung@lebensblicke.de
Web: www.lebensblicke.de

Vermeiden statt leiden!
Aktiv gegen Darmkrebs!



VOSORGEKOLOSKOPIE in Deutschland: ZAHLEN UND FAKTEN

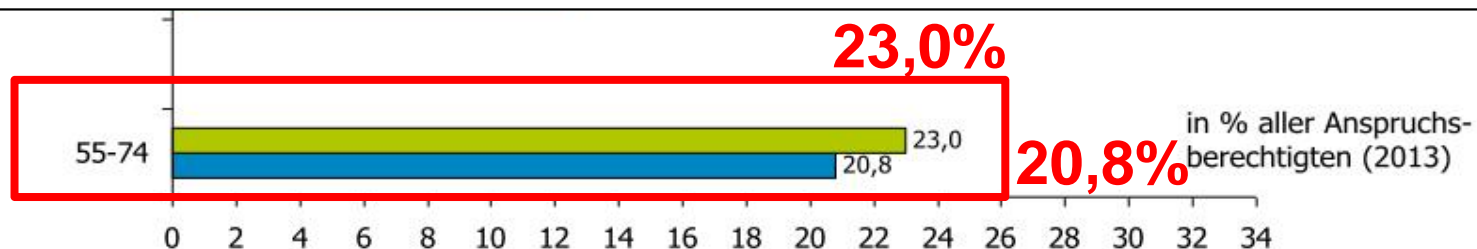
Kumulierte Teilnahme an Früherkennungs-Koloskopien in den berechtigten Altersgruppen in Deutschland – 2003 bis 2013*



Daten des ZI der KV (Jahresbericht 2014)

Kumulierte Teilnahme an Früherkennungs-Koloskopien in den berechtigten Altersgruppen in Deutschland – 2003 bis 2013*

- + privatärztliche Vorsorgekoloskopie
 - + kurative Koloskopien
- Ca. 45-50% aller 55 bis 74-Jährigen in D sind in den letzten 10 Jahren koloskopiert worden



Daten des ZI der KV (Jahresbericht 2014)

Ergebnisse

KOLOREKTALES KARZINOM – SCREENING-ERGEBNISSE

- 4.409.185 Vorsorgekoloskopien von 2003- 2012
in insgesamt 1.700 Arztpraxen (44% Männer, 56% Frauen)

Unauffällig	71,3%
Hyperplast. Polypen	9,9%
Tubuläre Adenome	17,5%
Villöse Adenome	0,2%
High grade	0,6%
Karzinome	0,9%

UICC- Stadium	
UICC I	46%
UICC II	23%
UICC III	21%
UICC IV	10%

Quelle: Zentralinstitut, wissenschaftliche Auswertung 2003-2012, Köln 2013

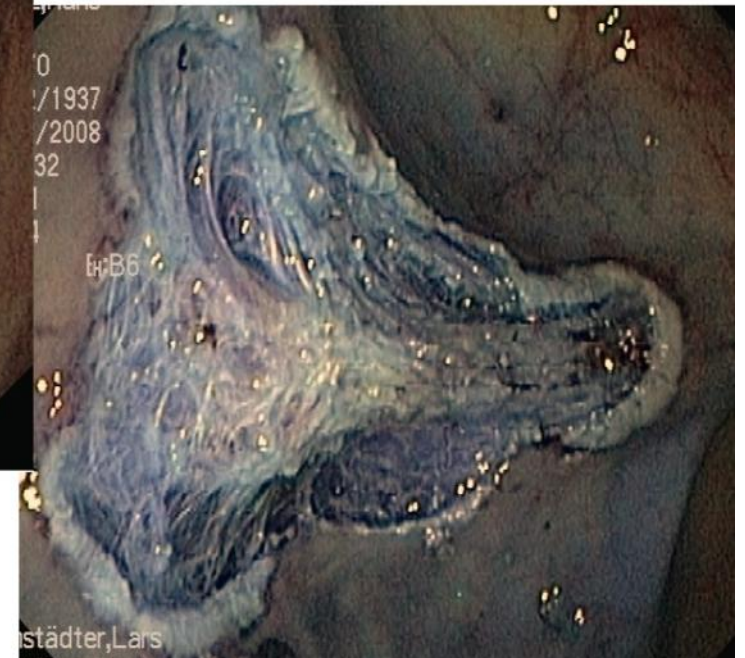
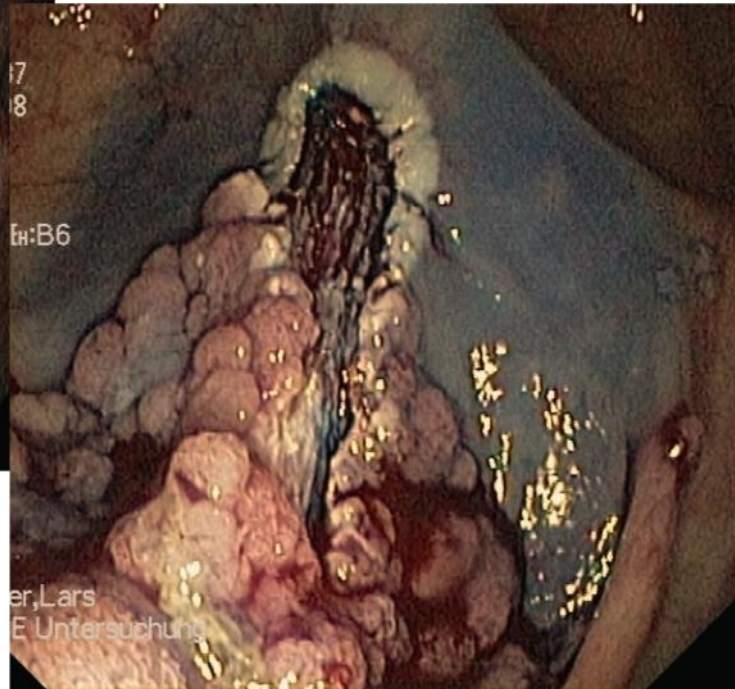
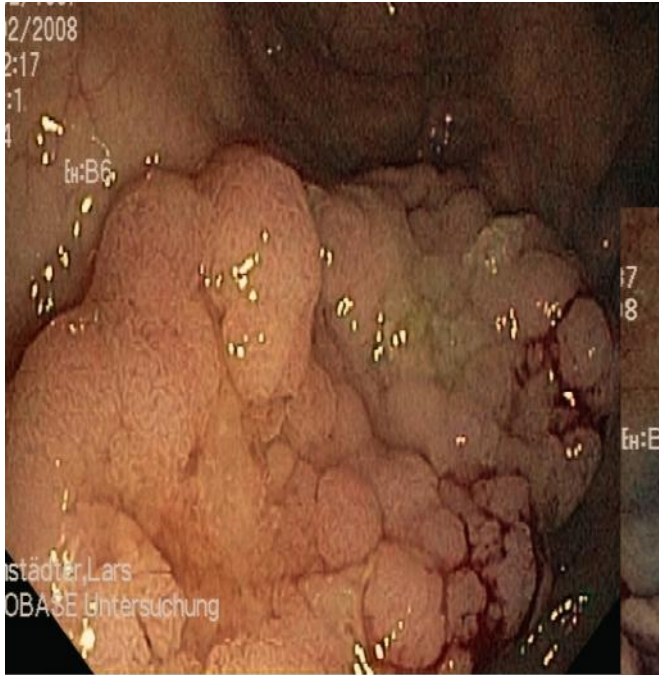
PATIENTEN MIT HISTOLOGISCHEN BEFUNDEN 2003-2012

	2012		2003 - 2012	
Patienten	n	%	n	%
Summe	367.341	100	4.409.185	100
Schwerwiegendster				
hyperplastischer Polyp	36.804	10,0	438.132	9,9
tubulläres Adenom	76.594	20,9	770.608	17,5
tubulovillöses Adenom	11.134	3,0	145.038	3,3
villöses Adenom	684	0,2	9.371	0,2
schwere Dysplasie/HgiN	2.912	0,8	28.488	0,6
Ca.	3.375	0,9	37.757	0,9

Quelle: Zentralinstitut; Wissenschaftliche Auswertung 2013

ENDOSKOPISCHE RESEKTION (ER)

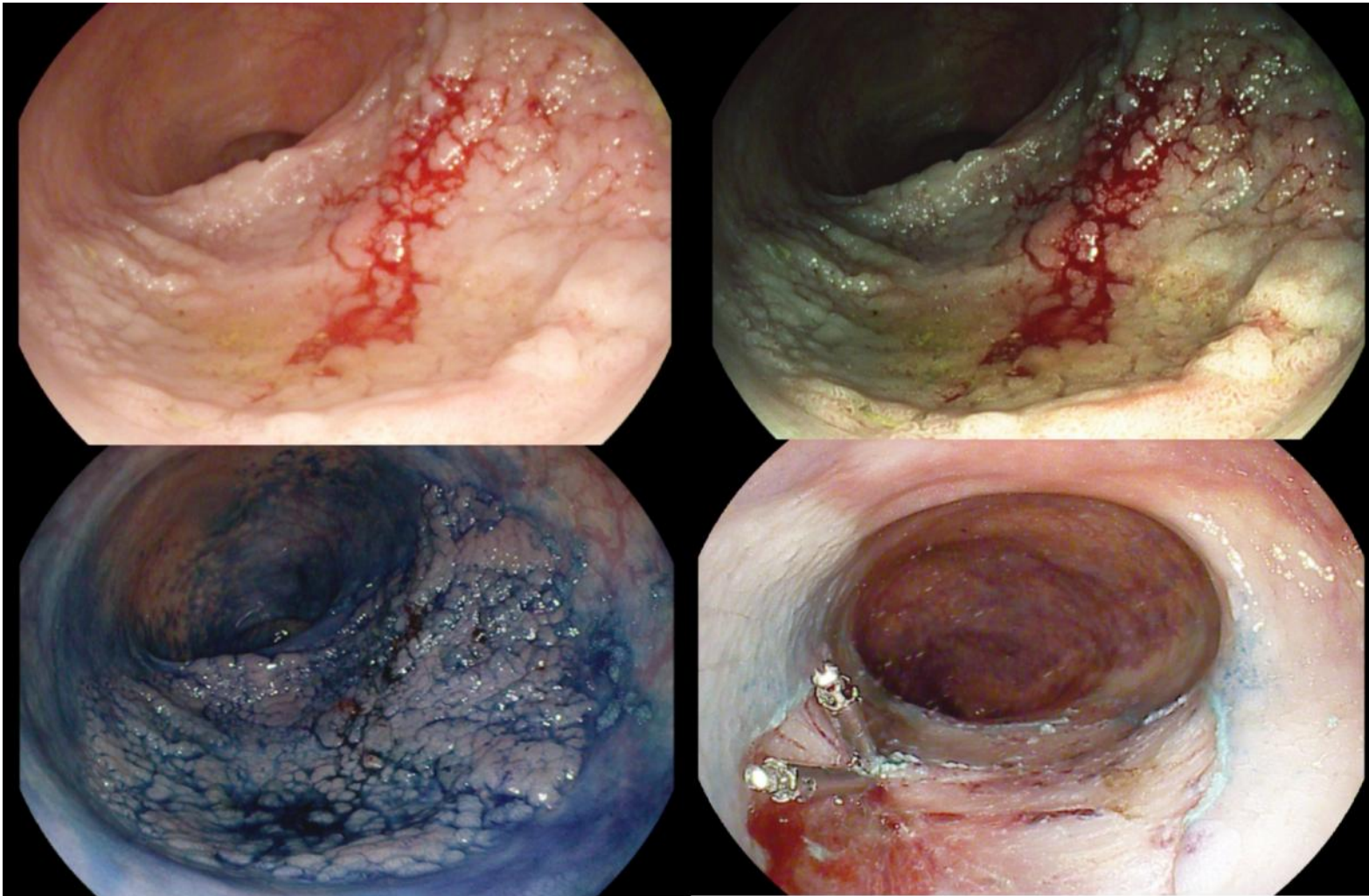
Auch flächige, rasenartige Adenome lassen sich mit neuen Techniken komplett endoskopisch entfernen!



Quelle: Med. C, Klinikum Ludwigshafen

ENDOSKOPISCHE RESEKTION (ER)

Auch flächige, rasenartige Adenome lassen sich mit realer und virtueller Chromoendoskopie besser definieren und mit neuen Techniken komplett endoskopisch entfernen.



KOMPLIKATIONEN ABSOLUT + PRO 1000 KOLOSKOPIEN (2003-2012)

10.294	insgesamt	(2,3 / 1.000)
6.574	Blutungen	(1,5 / 1.000)
2.806	kardiopulmonale Komplikationen	(0,6 / 1.000)
914	Perforationen	(0,2 / 1.000)
649	Sonstige Komplikationen	(0,1 / 1.000)
10	Todesfälle	(absolut)

Quelle: Zentralinstitut; Wissenschaftliche Auswertung 2013

Colon cancer screening Programm, England (2006-2014)

Analyse: Rate der Perforationen und Outcome

263129 Koloskopien – 147 Perforationen (0,06%)

Mortalitätsrate: 0,87%

Art der Perforation

Therapeutisch (69%), diagnostisch (31%)

Sichtbare Perforation während der Koloskopie (12,8%)

Risikofaktoren für chirurgische Eingriffe

Diagnostische Perforationen (RR 1,86) und Perforationen im Sigma (RR 2,56)

Mortalitätsrisiko:

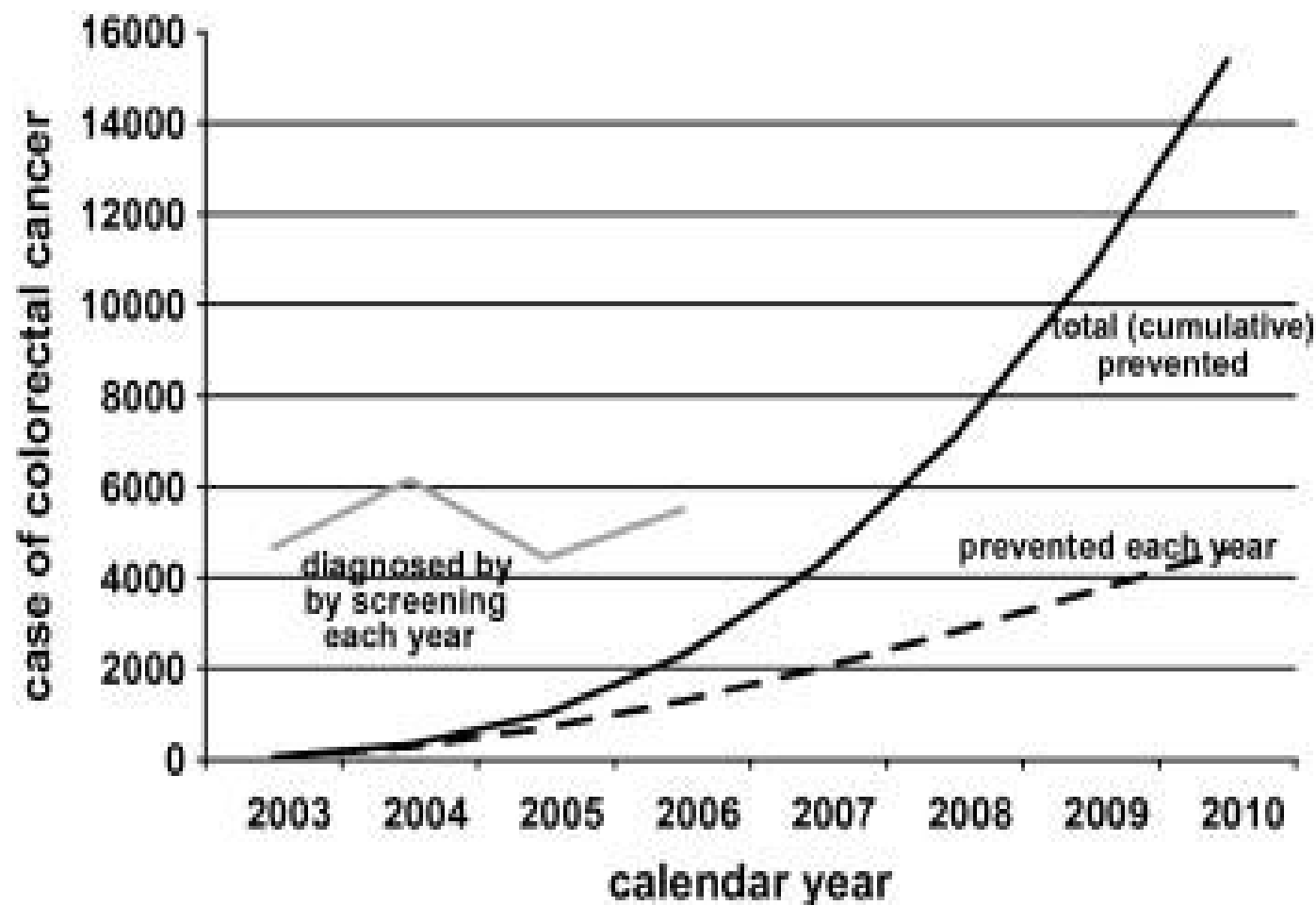
Diagnostische Perforationen (RR 2,7) und Chirurgie (RR 38,18)



<u>DARMKREBS –REDUKTION:</u>	77 %
Linkes Kolon	84 %
Rechtes Kolon	> 50 %

Brenner H et al., Ann Intern Med 2011

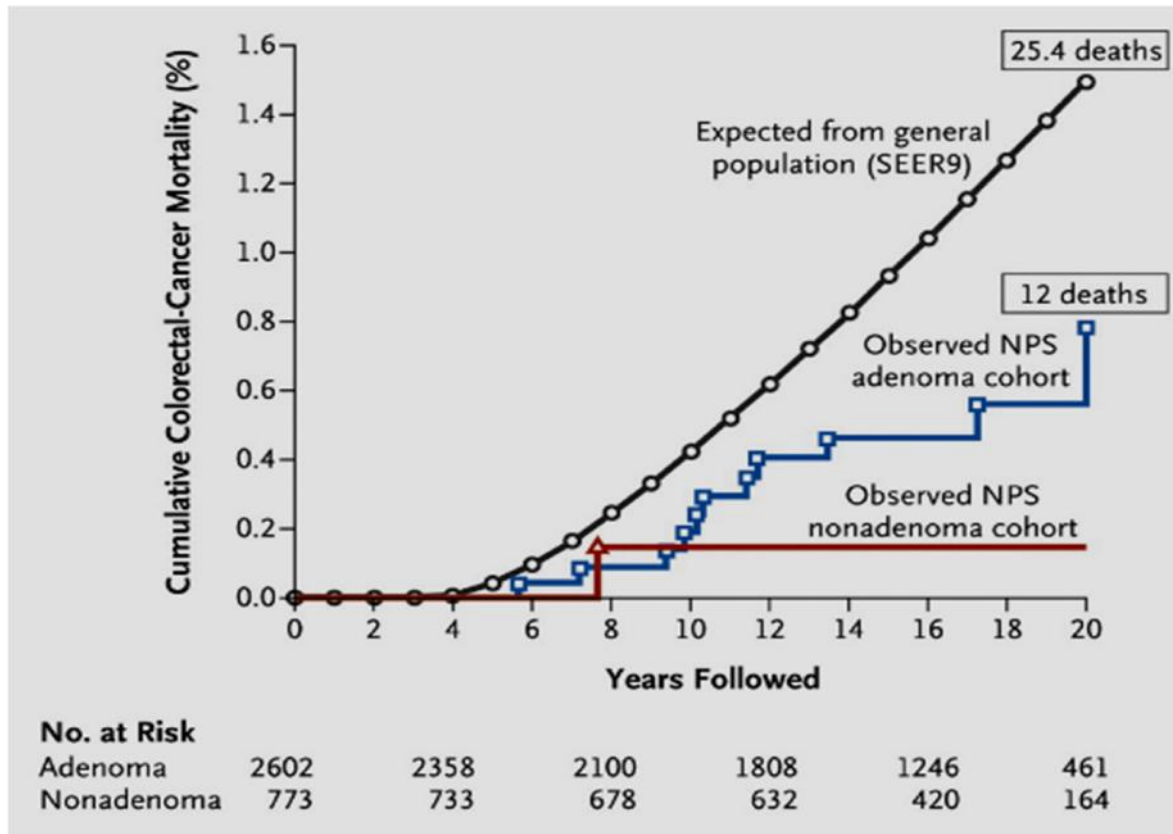
KOLOREKTALES KARZINOM – FRÜHERKENNUNGS-KOLOSKOPIE



Erwartete und verhinderte Karzinome
durch Koloskopie-Screening (Markov-Modell)

Brenner H et al., Europ J Cancer 2009

KOLOREKTALES KARZINOM – FRÜHERKENNUNGS-KOLOSKOPIE



- Follow-up der „National Polyp Study“
- Index Koloskopie zwischen 1980 und 1990, 2602 Patienten
- Follow-up 23 Jahre
- Incidence-based mortality ratio: 0.47 (95% CI 0.26-0.80)
- Reduktion der Mortalität um 53%

Zauber et al. N Engl J Med 2012 366: 687-696

EINFLUSS DER ENDOSKOPIE AUF DIE HÄUFIGKEIT DES KRK

- Nurses' Health Study und Health Professionals Follow-up Studie (insgesamt 88.902 Teilnehmer)

Variable	No Lower Endoscopy	Polypectomy	Negative Sigmoidoscopy	Negative Colonoscopy
All participants				
No. of person-yr	980,154	72,375	381,093	304,774
No. of cases of colorectal cancer	1164	82	348	221
Age-adjusted incidence rate [†]	45.7	31.4	19.3	14.1
Age-adjusted hazard ratio (95% CI)	1.00	0.60 (0.47–0.76)	0.59 (0.52–0.66)	0.44 (0.37–0.51)
Multivariate hazard ratio (95% CI) [‡]	1.00	0.57 (0.45–0.72)	0.60 (0.53–0.68)	0.44 (0.38–0.52)

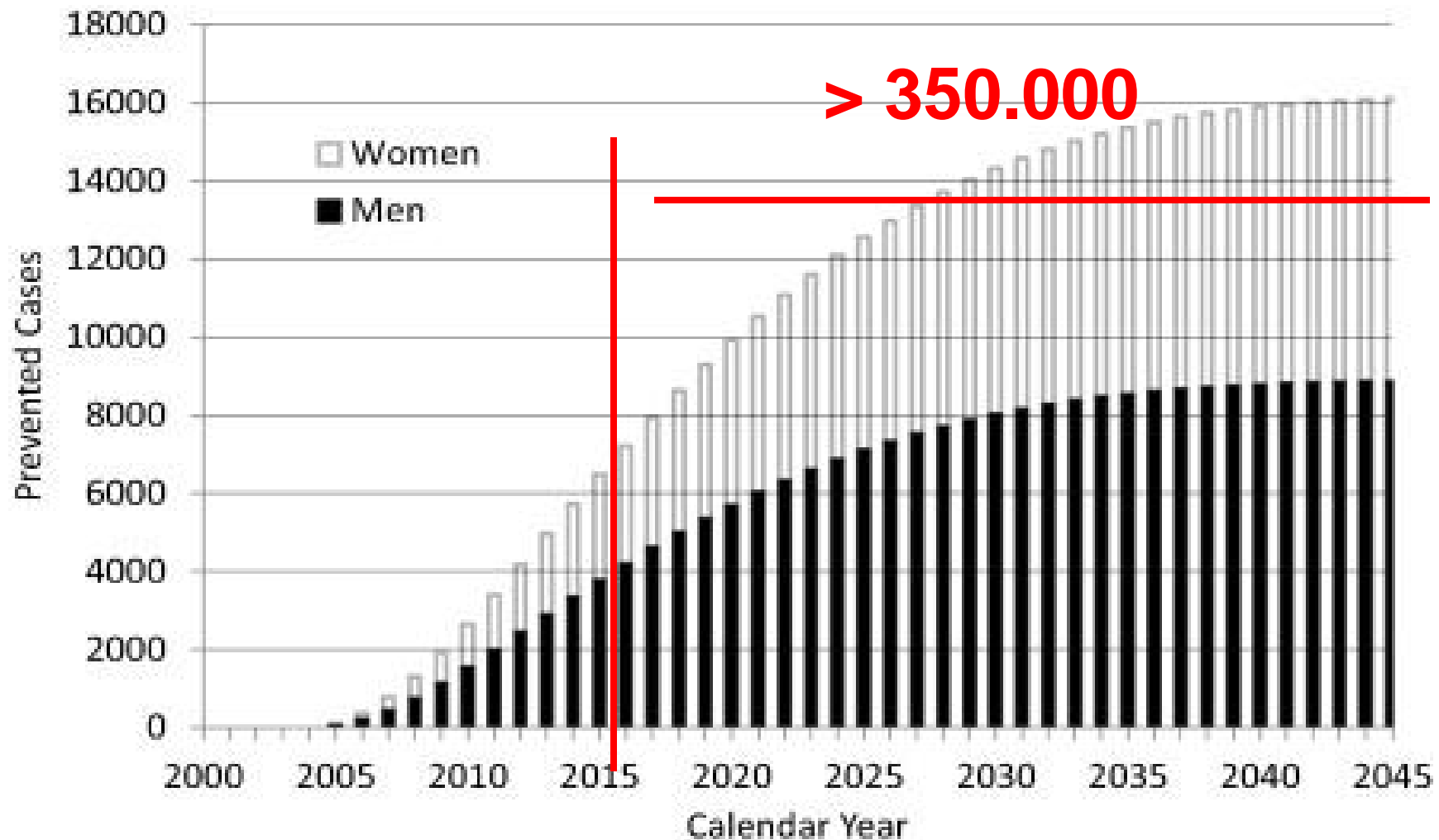
Die Sigmoidoskopie oder die Koloskopie mit Polypektomie senken das Darmkrebsrisiko um 40%, die unauffällige Koloskopie um 56%.

Nishihara et al. N Engl J Med 2013

- 180.000 KRKs verhindert
(1/28 Screening-Koloskopien)
- > 40.000 KRKs früh entdeckt
(1/121 Screening-Koloskopien)
- In 4.500 Fällen Überdiagnose
(1/1089 Screening-Koloskopien)

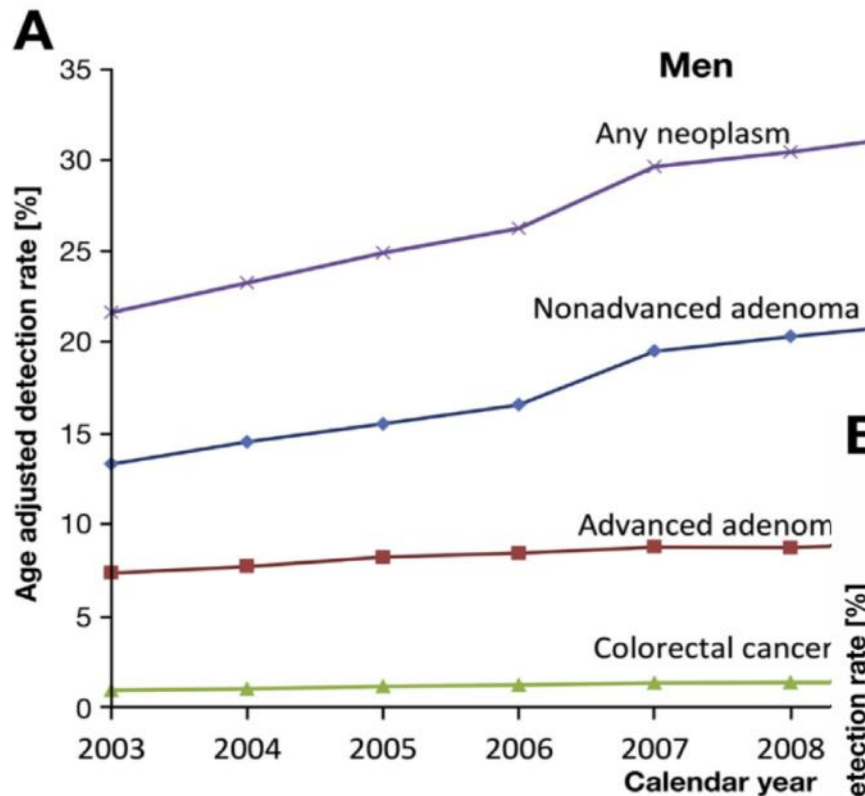
Brenner H et al, Clin Gastroenterol Hepatol 2015;13:717-23

VORSORGEKOLOSKOPIE IN DEUTSCHLAND: LANGZEITEFFEKTE



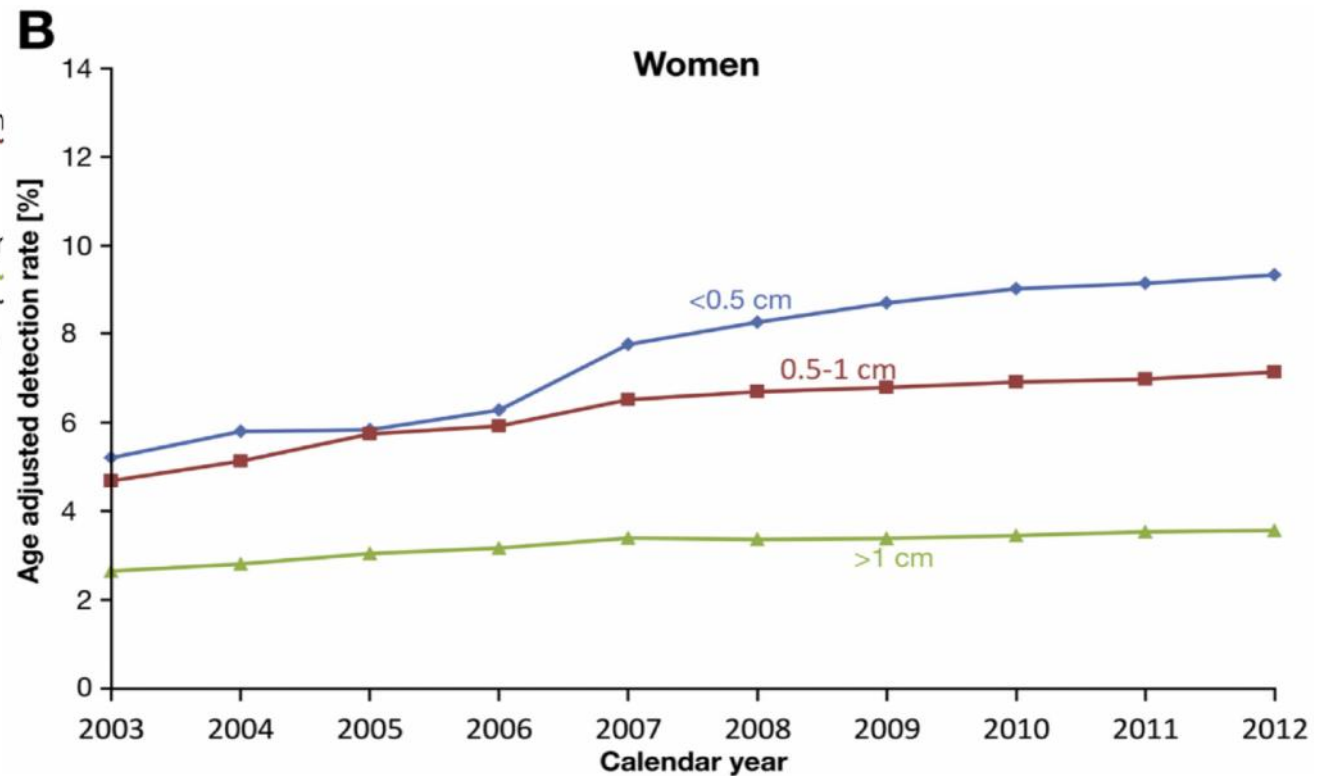
Brenner H et al, Eur J Cancer 2015;51:1346-53

VORSORGEKOLOSKOPIE IN D: EFFEKTE AUF ADENOMDETEKTIONSRATE



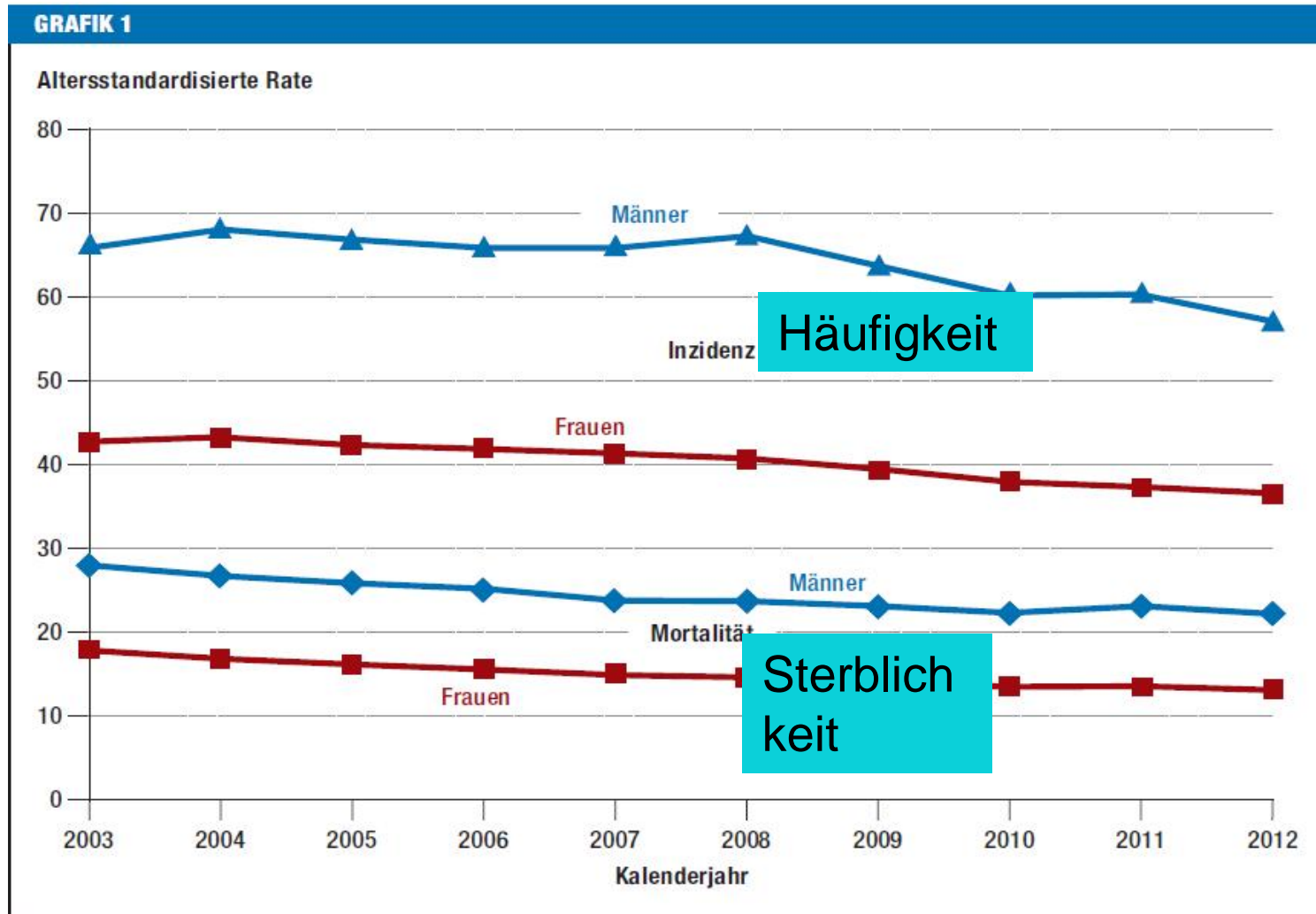
**Adenome:
Bei 31% der Männer**

**Adenome:
Bei 20% der Frauen**



Brenner H et al, Gastroenterology 2015;149:356-66

Rückgang der Häufigkeit und Sterblichkeit des Dickdarmkrebses seit Einführung der Vorsorgekoloskopie



Brenner H et al. Dtsch Ärzteblatt 19.2. 2016

DIE STIFTUNG LEBENSBLICKE (SLB)

DIE ZAHL DER DARMKREBS- STERBEFÄLLE IN DEUTSCHLAND BIS ZUM JAHR 2020 HALBIEREN

- ✓ **Information ist besser als Tabuisierung !**
- ✓ **Vorsorge ist besser als Verdrängung !**
- ✓ **Früherkennung ist besser als Spätdiagnose !**


INITIALZÜNDUNG DARMKREBSINITIATIVE 1997

Programm




52. Tagung
der Deutschen Gesellschaft
für Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten
mit Sektion für
Gastroenterologische
Endoskopie

Ludwigshafen, 17.-20. September 1997



GASTROENTEROLOGIE '97
52. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
mit Sektion Gastroenterologische Endoskopie (Vors.: Prof. Dr. C. Ell)
Ludwigshafen, 17. - 20. September 1997
Präsident: Prof. Dr. med. J. F. Riemann



Prof. Dr. med. Jürgen F. Riemann

Vorsorgeuntersuchung rettet Leben: Initiative gegen Dickdarmkrebs
„Je früher desto besser!“

STIFTUNGS LEBENSBLICKE - STIFTUNGSSTRUKTUR

Stiftung Lebensblicke

Gründung 1998

Stiftung des bürgerlichen Rechts

Organe *

Vorstand

Stiftungsrat

Kuratorium

Fortbildungskoordinatoren

Regionalbeauftragte

Vorstand



Prof. Riemann



Dr. Brenner
(kooptiert)



Prof. Ebert



Gräfin Sassoli



Dr. Hüppe



Prof. Schilling

* siehe Satzung www.lebensblicke.de

STIFTUNGS LEBENSBLICKE - AKTIVITÄTEN

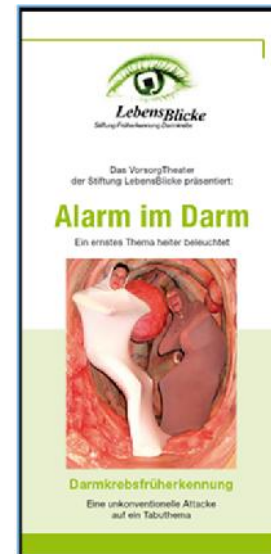
Vermeiden statt
leiden



Selbsttest



"Alarm im Darm"



INITIIERT DURCH FÖRDERVEREIN

Kommen Sie mit!
Wir gehen ALLE
zur Darmkrebsvorsorge!



LebensBlicke
Stiftung Früherkennung Darmkrebs
www.lebensblicke.de
Hotline 0800 / 22 44 221

Sprechen Sie uns an!

Wenn ich groß bin,
geh ich auch zur
Darmkrebsvorsorge!



LebensBlicke
Stiftung Früherkennung Darmkrebs
www.lebensblicke.de
Hotline 0800 / 22 44 221

Sprechen Sie uns an!

- Öffentlichkeitsarbeit
- Publikumsveranstaltungen
- Initiierung und Durchführung von Firmenaktionen/Studien
- Fortbildung in Fachkreisen
- Gewinnung von Befürwortern
- Bundesweites Netz von rund 200 Regionalbeauftragten
- Kommunikationspreis mit DKG
- Spendenakquise



- Beteiligung am jährlichen Darmkrebsmonat
 - Medienpräsenz mit Medienpartnern
 - Neue Internetpräsenz
 - Arbeit in gesundheitspolitischen Gremien
-
- Regionalbeauftragte
 - Fortbildungskoordinatoren
 - Expertenbeirat
 - Geschäftsstelle



- Nationaler Krebsplan
(Weiterentwicklung der Darmkrebsfrüherkennung)
- Wissenschaftliche Begleitung von Studien
(z.B. Modellprojekt Saarland, FAMKOL-Studie, Miracle)
- Kooperation mit Partnern
(z.B. DKG, Darmkrebszentren, TÜV-Rheinland)
- Apothekenaktionen
- Workshops (iFOBT)
- Aktion - 1.000 Leben retten

STIFTUNGS LEBENSBLICKE - BETRIEBLICHE DARMKREBSVORSORGE



... und viele
mehr!

STIFTUNGS LEBENSBLICKE - BEFÜRWORDER

NEUESTE BEFÜRWORDER



André Schürle



Dr. Martin Brudermüller

... und viele mehr!

**DARMKREBS IST EINE
VERMEIDBARE ERKRANKUNG:
VERMEIDEN STATT LEIDEN!!!**

**VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT**

Verantwortlich für die Aktualisierung der Daten sind Professor Dr. Wolfgang Fischbach,
Vorsitzender des Stiftungsrates und verantwortlich i. S. d. Pressegesetzes,
sowie Professor Dr. Dieter Schilling, Mitglied im Vorstand der Stiftung LebensBlicke.