

Was bringt uns Frauen der Nationale Krebsplan?

Von mamazone-Vorstand Annette Kruse-Keirath

Als „echten Mehrwert für die Krebsbekämpfung in Deutschland“ lobte die Ministerin kürzlich den „Nationalen Krebsplan“ und wies zugleich wahlwirksam auch auf die von ihrem Ministerium auf den Weg gebrachten Projekte wie das „Gesamtprogramm Krebsbekämpfung“ hin.

Handlungsbedarf in Sachen „Krebs“ ist in der Tat gegeben. So nimmt die Zahl der Neuerkrankungen nach Angaben des Robert-Koch-Instituts von Jahr zu Jahr zu: In 2004 erkrankten insgesamt 436.000 Menschen neu an Krebs – das waren 12.000 mehr als 2002. Inzwischen ist „Krebs“ die Todesursache Nr. 2 nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine besondere Herausforderung an Medizin und Gesundheitspolitik besteht darin, dass immer mehr Krebskranke zwar trotz moderner Therapien nicht geheilt werden können, dennoch aber über viele Jahre mit der Krankheit leben. Die Erfahrung und Erkenntnis, dass Krebs damit zu einer chronischen Erkrankung werden kann, die über lange Jahre behandlungsbedürftig bleibt, hat nun endlich – nach langen Jahre - auch die Gesundheitspolitik erreicht, die dieser Entwicklung mit dem Nationalen Krebsplan jetzt Rechnung tragen will. Onkologische Langzeitbetreuung und eine kontinuierliche medizinische Nachsorge sind nach Ansicht des Ministeriums hier die neuen, zukünftig immer bedeutsamer werdenden Aufgabenfelder.

Krebskranke Patientinnen und Patienten leiden – insbesondere in höherem Lebensalter - aber nicht nur unter ihrer Tumorerkrankungen, sondern sind auch von anderen, meist chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder rheumatischen Erkrankungen betroffen. Auch für diese Entwicklung soll der Plan medizinische und pflegerische Konzepte entwickeln.

Hellhörig werden muss die aufgeklärte Patientin allerdings dann, wenn sie im Zusammenhang mit der Erwähnung von neuen „zielgerichteten Krebsarzneimitteln“ (*„von denen sich Fachleute eine maßgeschneiderte individualisierte onkologische Arzneimitteltherapie erhoffen, die Wirksamkeit, Verträglichkeit und Lebensqualität weiter verbessern wird“*) gleich den warnenden Zeigefinger der Ministerin sieht. Denn kritische Stimmen sehen hierin – wie es in der offiziellen Pressemitteilung aus dem Hause Schmidt weiter heißt, *„eine Kostenexplosion bei marginalem oder ungeklärtem Zusatznutzen“*. Wer die Botschaft zwischen den Zeilen zu lesen versteht, kommt trotz der wohlklingenden Worte schnell auf den Boden der Tatsachen zurück. Der Herausforderung einer rasanten Weiterentwicklung neuer Medikamente wird man sich in Deutschland - auch im Rahmen des neuen nationalen Krebsplans – nur unter den Vorzeichen der Kosten-Nutzen-Bewertung und damit der Gesundheitsökonomie stellen. Bei den begrenzten finanziellen Ressourcen im Bereich der Krankenversicherung kann das nur heißen:

Der Preis und nicht der individuelle Nutzen für die betroffenen Patienten wird weiterhin die entscheidende Größe bleiben!

Betrachtet man die Instrumente genauer, mit denen der Nationale Krebsplan arbeitet, so wird man in dieser Einschätzung bestätigt. Es sind die „alten Bekannten“, die sich uns nur in neuen Gewändern präsentieren – und zwar in Form von Screenings, standardisierten, leitlinienorientierten Behandlungsprogrammen (DMP) und einer wirtschaftlichen und evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, deren Nutzen-Bewertung anbieterunabhängig erfolgen soll.

Patientinnen – Objekt der Versorgung?

Neu aufgenommen in den Aktionskatalog des Nationalen Krebsplans wurde die stärkere Patientenorientierung. Diese wird interessanterweise auf Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote beschränkt. An eine stärkere Beteiligung und Mitbestimmung von Patienten an

Konzeption und Entscheidungsfindung bei Versorgungs- und Behandlungsstrukturen ist jedoch nicht gedacht. Damit bleiben die Patienten weiterhin „Objekt der Versorgung“ statt mit ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen als Subjekt wahr- und ernst genommen zu werden.

Ärztinnen und Ärzten wird dabei gleichzeitig eine Verpflichtung zu einer Verbesserung ihrer kommunikativen Fähigkeiten als verpflichtende Aufgabe ins Stammbuch geschrieben. Dass hier Handlungsbedarf besteht, wissen diejenigen, die von einem wenig sensiblen und einfühlsamen, manchmal überforderten Arzt mit einer Krebsdiagnose konfrontiert wurden, wohl am besten. Zweifelsohne sind an dieser Situation aber nicht nur die nicht zu verleugnenden kommunikativen Mängel vieler Mediziner Schuld, sondern auch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die heute den Alltag in Klinik und Praxis bestimmen: Budgetierung, Bürokratisierung sowie Kosten- und Rationalisierungsdruck, die kaum Raum für Zeit und Zuwendung lassen, die nicht nur Krebspatienten wünschen. Einen Hinweis auf diese „kommunikationshemmenden Faktoren“ sucht man im Nationalen Krebsplan allerdings vergebens. Denn Handlungsfelder und Änderungsbedarf sieht das Ministerium zunächst und vor allem bei anderen.

Früherkennung – der Trend zur konfektionierten Reihenuntersuchung und Zentralisierung geht weiter

Ein Schwerpunkt des Nationalen Krebsplans, der nach dem Willen der Bundesregierung zu einer Art Initialzündung für die Bewegung werden soll, die die gesamte Bevölkerung erfasst (so muss man wohl das Adjektiv „national“ deuten), ist die Weiterentwicklung der Früherkennung. Sicherlich ist es richtig und wichtig, mehr Menschen dazu zu bewegen, überhaupt an Früherkennungsuntersuchungen wie der Krebsvorsorge oder der Gesundheitsuntersuchung teilzunehmen. Denn noch immer nehmen nur 48 Prozent der Frauen und nur 21 Prozent der Männer diese kostenfreien Angebote in Anspruch. Allerdings, und das sollte kritisch angemerkt werden, sind die im Rahmen der Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen zusammengestellten Programme nach wie vor keineswegs das, was den Namen „Früherkennung“ und „Vorsorge“ verdient. Hier handelt es sich – ausnahmslos – um **standardisierte Minimalprogramme**, nicht aber um eine wirkliche individuelle Vorsorge. So umfasst beispielsweise die Krebsfrüherkennung für Frauen nur eine Tastuntersuchung von Brust und Genitalorganen sowie einen Zellabstrich am Gebärmuttermund. Ultraschalluntersuchungen von Brust, Gebärmutter und Eierstöcken sind nach wie vor im Krebsfrüherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen nicht enthalten.

Geht es nach dem Willen des Gesetzgebers und der Krankenkassen wird auch dieses Minimalprogramm künftig – ähnlich wie in Großbritannien – durch ein **HPV-Screening** ersetzt (Abstrichuntersuchung auf HPV-Viren), das in einem Dreijahres-Rhythmus durchgeführt wird (die entsprechenden Hinweise des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu Sinnhaftigkeit und Nutzen von Früherkennung lassen hier schon Böses ahnen). Diese Untersuchungen sollen dann nur noch in sogenannten *Dysplasie-Zentren* – ähnlich den Screening-Zentren bei der Mammographie durchgeführt werden. Das Gleiche gilt für die **Darmkrebsfrüherkennung**, die heute noch wie auch die gynäkologische Krebsvorsorge in den Praxen von niedergelassenen Ärzten durchgeführt wird. Darmzentren – oft an Kliniken oder Medizinische Versorgungszentren angebunden - werden künftig diese Aufgaben übernehmen. Begründet wird diese Konzentration und Monopolisierung – ähnlich wie derzeit beim Mammographie-Screening – mit einer angeblichen Qualitätsverbesserung. Nur wer sich spezialisiert und viele Untersuchungen durchführt, so die Argumentation, und einen bestimmten Geräte- und Hygienestandard nachweisen kann (was sicherlich grundsätzlich wichtig ist), darf dann solche Diagnostikverfahren anbieten. Kritisch anzumerken ist hierbei, dass diese Argumentation gleichzeitig den Anschein erweckt, dass die derzeit am Markt vorhandenen Angebote qualitativ minderwertig sind – eine Behauptung, der die tägliche Erfahrung vieler Patientinnen und Patienten und hohe Aufdeckungsrate gerade beim Darmkrebs entgegensteht.

Es steht zu befürchten, dass auch über den Weg von standardisierten Früherkennungsuntersuchungen immer mehr an individuellen Diagnostik- und Therapieoptionen verloren geht und die Gesundheitsministerin ihr Ziel einer staatlichen Einheitsmedizin für alle durch die Hintertür erreicht.

Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass jetzt eine neue Früherkennungsuntersuchung – nämlich das **Hautkrebs-Screening** in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wurde. Auch hier profitieren nicht in erster Linie die Patienten, sondern eher viele Hausärzte, denen hier zu Lasten der Dermatologen das Geschenk einer zusätzlichen extrabudgetär vergüteten Vorsorgeuntersuchung gemacht wurde. Während die Hautkrebsfrüherkennung beim Hautarzt im allgemeinen unter Einsatz einer Auflichtmikroskops und einer Videodokumentation zur Verlaufskontrolle erfolgt, reicht beim neu eingeführten Screening die bloße Sichtkontrolle durch den Hausarzt. Dieser hat die Begutachtung der Muttermale, wenn man Pech hat, lediglich in einem Wochenendkurs gelernt. Das nur am Rande zum Thema „Qualität“.

Last but not least hat sich die Politik – trotz warnender Hinweise des gemeinsamen Bundesausschusses – noch immer nicht von der Idee der Verbindung des Nachweises der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und einer Begrenzung möglicher Zuzahlungen bei späterer chronischer Erkrankung verabschiedet. So sollen Ärzte wie Patienten über Bonus-Systeme zur Erinnerung und Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen motiviert werden. Auch die Krankenkassen sollen ihre Versicherten direkt – ähnlich wie heute schon durch lästige Anrufe beim DMP – auf die Früherkennungsuntersuchungen hinweisen. **Früherkennung wird damit immer mehr zu einem Zwang – wer nicht teilnimmt, macht sich verdächtig – und die Teilnahme ist nicht mehr freiwillig, sondern wird zur Versichertenpflicht.** Und das, obwohl medizinisch fraglich ist, ob die Beteiligung an „Schmalspurfrüherkennungsprogrammen“ überhaupt medizinisch sinnvoll ist.

Onkologische Versorgungsstruktur – Qualität ist weiterhin das, was bezahlt werden kann

Auch im Bereich der Behandlung von Krebserkrankungen schreibt der Krebsplan die bestehenden Strukturen und ihre Defizite unter dem Stichwort „Weiterentwicklung“ eigentlich nur fort. Die Bildung von Zentren mit entsprechenden Stückzahlen, wie sie in der Brustkrebsbehandlung bereits vorangeschritten ist, wird als Qualitätsziel auch für andere Krebserkrankungen verfolgt. **Um Transparenz für die Patienten und eine Vergleichbarkeit zu schaffen, sollen die Zentren nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert werden – ein sicherlich richtiger Ansatz, der dann endlich auch dafür sorgt, dass der Begriff „Zentrum“ geschützt ist und nicht missbräuchlich verwendet werden kann.**

Die sektorenübergreifende, integrierte Versorgung, die von Politik und Krankenkassen zwar stets unter dem Aspekt der besseren Betreuung von Patienten postuliert wird, in Wahrheit aber vor allem der Kostenreduzierung dient, wird auch weiterhin große Bedeutung haben. **Nach dem Willen der Politik soll hier die Selbsthilfe bei der Ausgestaltung stärker beteiligt werden – was konkret sicherlich heißt: Aufgaben, die bis dato von Ärzten oder anderen Leistungserbringern übernommen wurden, werden an die Selbsthilfe delegiert – vermutlich ohne gleichzeitige Aufstockung der Fördermittel! Auch das eine wirkungsvolle Kostenersparnis.**

Zu unterstützen ist dagegen die Absicht, die Datenlage zu Auftreten, Häufigkeit, regionaler Verteilung und Krankheitsverläufen bei Krebs zu verbessern und so eine Qualitätsberichtserstattung aufzubauen. Allerdings fehlt nach wie vor die Initiative zum Aufbau eines nationalen Krebsregisters (vermutlich spielen hier immer noch die Erfahrungen aus der NS-Zeit – Stichwort Euthanasie - eine hemmende Rolle); vielmehr sollen die bestehenden regionalen Register stärker vernetzt und Daten zur Epidemiologie der interessierten Öffentlichkeit auch via Qualitätsberichte im Internet zur Verfügung gestellt werden.

Kern der Krebstherapie werden nach den Vorstellungen des Gesundheitsministeriums auch weiterhin Disease Management Programme sein, die leitlinienkonform (der Glaube an dieses Instrument scheint unerschütterbar) weiter entwickelt werden. Damit sind wir in Deutschland weiterhin von einer individuellen, risikoadaptierten Krebstherapie und Nachsorge, wie sie etwa von führenden Krebsforschern auf dem Krebskongress 2007 in St. Gallen gefordert wurde, weit entfernt. Der Grund dafür dürfte – wie bei der Früherkennung – in erster Linie die Kostensituation in der gesetzlichen Krankenversicherung sein, die eine verdeckte Rationierung von Leistungen erforderlich macht. Denn das Bestmögliche für alle ist nicht finanzierbar. Statt diese unangenehme Wahrheit einzugestehen, haben sich Politik und Krankenkassen mit den DMP ein wirkungsvolles „Vernebelungsinstrument“ geschaffen. **Bei näherem Hinsehen besteht der einzige Vorteil für die betroffene Brustkrebspatientin bei DMP-Teilnahme darin, dass sie 40 € für die Praxisgebühr spart.** Gleichzeitig gehen ihr aber wichtige Therapieoptionen verloren, da die behandelnden Ärzte an die Behandlungsvorgaben des DMP gebunden sind. Diese orientieren sich keineswegs an modernsten Standards, sondern berücksichtigen Empfehlungen des gemeinsamen Bundesausschusses, der nach internationaler Studienlage urteilt (gerade steht eine Überarbeitung des DMP Mamma-Ca an). Neue Therapieansätze, für die keine ausreichende Anzahl an Studien vorhanden ist, fallen somit automatisch durch das Raster. Das bedeutet in letzter Konsequenz: Die deutsche Brustkrebspatientin wird nach dem Standard der 70iger Jahre behandelt; da für die seinerzeit bekannten und angewandten Therapien die meisten Studien vorliegen.

Steht der Einsatz innovativer Arzneimittel in der Krebstherapie vor dem Aus?

Da die vermeintlichen ökonomischen Zwänge immer stärker das Handeln im Gesundheitswesen bestimmen und Krebspatienten vergleichsweise teure Patienten sind, bestärkt der Nationale Krebsplan das Postulat einer notwendigen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie für alle. Gewährleistet werden soll diese durch eine unabhängige Nutzen-Bewertung, mit der vermutlich das umstrittene Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt werden wird. Betrachtet man die Geschichte der Entscheidungen dieses Instituts, das vermeintlich unabhängig ist, dessen Mitglieder jüngst aber wegen privatwirtschaftlicher Aufträge im gleichen Geschäftsfeld in die Schlagzeilen geraten sind, so ist sie gekennzeichnet durch die strikte Ablehnung von Arzneimittelinnovationen – nicht nur im Bereich der onkologischen Therapie. Kritiker äußern schon seit langem den Verdacht, dass das IQWiG und auch der gemeinsame Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen nur willfährige Werkzeuge und Erfüllungsgehilfen der Sparpolitik von Regierung und Krankenkassen sind.

So warnt denn auch der neue Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, Professor Hohenberger, mit Recht vor der unspezifischen Anwendung der Nutzenbewertung bei onkologischen Arzneimitteln: *„Auf Grund der Schwere, Komplexität und Heterogenität von Krebserkrankungen kommt es zu Konflikten in der kombinierten Kosten-Nutzen-Bewertung, die sich häufig in einer Entscheidung über die verbleibende Lebensdauer und Lebensqualität der Patienten zuspitzen“.*

Ungeachtet dieser Kritik hält Ministerin Schmidt derzeit aber weiterhin an der Forderung der Nutzenbewertung fest. Damit dürfte klar sein: Innovative und teure onkologische Präparate werden auch in Zukunft auf breiter Front keinen Eingang in die Versorgung finden. Die Leidtragenden dürften mehr als 5 Millionen an Krebs erkrankte Menschen sein, an deren - im wahrsten Sinne des Wortes - vitalen Interessen der Nationale Krebsplan virtuos vorbeisteuert.