

**Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**

Leiter der AG Public Health

Tel. 030-25491-571x

Fax 030-25491-556

rosenbrock@medea.wz-berlin.de

Berlin, den 06.11.2006

Deutscher Bundestag, Beratung des GKV - Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Anhörung am 06. 11. 2006 im Ausschuss für Gesundheit

10.00h – 14.00h: Versicherungsrecht – Leistungsrecht

Die mit Ziff. 37 des Referentenentwurfs vorgeschlagene **Änderung des § 62 SGB V (Belastungsgrenze)** versucht, die Effektivität der Sekundärprävention durch Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zu verbessern und setzt dabei auf eine materielle Sanktion im Falle der Erkrankung bei Nicht-Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen.

1. Sekundärprävention ist i.d.R. die Früherkennung meist noch symptomloser, aber schon befundhaltiger Krankheitszustände. Durch die Früherkennung soll der Beginn der medizinische Therapie vorverlegt werden, um damit die Chancen auf Verhinderung der Krankheit bzw. auf Heilung , zumindest aber einen milderen Verlauf zu erhöhen. Im Prinzip ist der Ansatz plausibel, in seiner Wirksamkeit wird er aber immer wieder überschätzt, zum Beispiel im Vergleich mit Primärprävention.
2. Evidenz für die Effektivität von bevölkerungsweiter Früherkennung (screening) liegt vor bei den Karzinomen Cervix-Ca, Mamma-Ca und Kolon-Ca, sowie auch im Hinblick auf Bluthochdruck, Zucker und Herz-Kreislaufkrankungen (Cholesterin)
3. Effektiv heißt, dass die erwünschten Wirkungen die unerwünschten Wirkungen übersteigen. Erwünschte Wirkung (Verhinderung von Morbidität und Mortalität) ist begrenzt: international wird davon ausgegangen, dass durch – bevölkerungsbezogen! – erfolgreiche Sekundärprävention beim Brustkrebs 20%, maximal 30% der Inzidenz/Mortalität verhindert werden kann, beim Hämokult-Test bei Darmkrebs ca. 20% bis 25% bei Koloskopie wahrscheinlich wesentlich höher, aber noch keine Daten. Die Früherkennung auf Cervix-Ca gilt als effektiv.
4. Begrenzte Wirksamkeit und Abwägung erwünschter gegen unerwünschte Wirkungen heißt konkret: wenn **2000 Frauen** zwischen 40 und 64 Jahre alt zehn Jahre lang regelmäßig an qualitativ gut gemachten Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, **überlebt eine von ihnen länger**, bei **10 Frauen wird fälschlich Brustkrebs diagnostiziert und sie werden unnötiger Weise behandelt** und also auch belastet, hinzu kommen **200 von den 2000 Frauen, die**

**zunächst mal eine falsch positive Diagnose bekommen**, die dann erst im weiteren Verlauf abgeklärt wird. Unerwünschte Wirkungen sind weiterhin Kosten, Zeit etc..

5. Deshalb Sinnhaftigkeit z.B. von Mamma.Ca-Screening auch in der Fachwelt immer wieder in Frage gestellt. Jetzt gerade mal wieder – fast auf den Tag genau wie die Veröffentlichung des Plans, Nicht-Inanspruchnahme mit Sanktion zu belegen: Cochrane Centre Kopenhagen, weltweit in dieser Frage führend. Götzsche und Nielsen: sprechen sich gegen das Screening aus – die Chance auf Vorteile seien zu gering im Vergleich zum Risiko für schwere Schäden.
6. Bei Kolon-Krebs sind die Relationen etwas besser: wohl v.a. durch die Steigerung der Koloskopie um 80 % in den Jahren 1997 – 2002, sank die Rate der Neuerkrankungen (Inzidenz) in den USA von 42 pro 100.000 auf 38 pro 100.000 Einwohner, anders gesagt: bekam in den 90er Jahren ca. jeder 238. Einwohner Darmkrebs, so war es im Jahr 2002 noch einer von 263 bezogen auf die Bevölkerung ist dies ein Rückgang der Wahrscheinlichkeit an Darmkrebs zu erkranken um 0,25%, bezogen auf die Anzahl der Erkrankten um 10 %.
7. Die Stiftung Warentest hat 46 gängige Früherkennungsverfahren untersucht, das Ergebnis unter dem Strich lautet: "Die meisten Methoden sind für die Krebsfrüherkennung nicht oder nur wenig geeignet." Als ungeeignet wurde ein Verfahren dabei eingestuft, wenn es zu viele "Falsch-Negativ-Befunde" liefert (der Tumor ist bereits vorhanden, wird aber mit der Methode nicht erkannt) oder auch zu viele "Falsch-Positiv-Befunde" (Das Testergebnis sagt, es gäbe einen Tumor, obwohl dies nicht der Fall ist). Für die Studie wurde internationale Fachliteratur und Studien gesichtet. Die Ergebnisse wurden jetzt (2006) in einer Buchveröffentlichung zusammen gestellt, mit insgesamt 50 Bewertungen zu den gängigsten Verfahren. Insgesamt fällt die Bilanz eher erschreckend aus. Nur die Mammografie ist bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren zur Krebsvorsorge geeignet (was vom Cochrane Centra bestritten wird, s. o.), weitere 13 Methoden sind nur wenig oder mit Einschränkung geeignet und 36 Verfahren eignen sich überhaupt nicht zur Krebsfrüherkennung.
8. Es handelt sich also durchweg um Maßnahmen, über deren Sinnhaftigkeit in der Fachwelt seit Jahren kontrovers gestritten wird. Unter dem Gesichtspunkt der allseits geforderten Patientenorientierung und der Entwicklung der Versicherten/PatientInnen zu mündigen Co-Produzenten ihrer Gesundheit, erscheint es wenig zielführend, derartige wissenschaftliche Kontroversen in der Gesundheitspolitik auszublenden und die sichere Effektivität der Früherkennung einfach zu unterstellen. Im Gegenteil muss es bei der gegebenen Evidenzlage möglich sein, auf Basis guter Information zu der Entscheidung der Nicht-Teilnahme bzw. der Nicht-Inanspruchnahme zu kommen, ohne dafür bestraft zu werden.
9. Es erscheint auch nicht legitim, Versicherte im Erkrankungsfall materiell zu benachteiligen, wenn ein Nachweis der kausalen Verknüpfung zwischen der Nicht-Inanspruchnahme der Früherkennung und der späteren Erkrankung nicht geführt werden kann. Wenn durch Früherkennung ohnehin nur ein Bruchteil der Krebserkrankungen zu verhüten ist (bei Diabetes und Herz-Kreislauf-erkrankungen ist wegen der multifaktoriellen Ätiologie ein solcher Nachweis noch weniger zu führen als bei den Karzinomen), stellt sich auch die Frage der Gerechtigkeit und ggf. der juristischen Haltbarkeit einer solchen Regelung.
10. Wenn der Gesetzgeber die Zielgenauigkeit der Sekundärprävention erhöhen möchte, so ist dies voll und ganz zu unterstützen. Ein erster wichtiger Schritt wäre die Durchforstung des heutigen Kataloges (einschließlich der Gesundheitsuntersuchung nach § 25, 1 SGB V). Dazu wäre – wie von den Spitzenverbänden der GKV schon 2004 im Verfahren um das Präventionsgesetz vorgeschlagen – eine Ergänzung des § 25, Abs. 3, nach No. 3 sinnvoll: „Voraussetzung für die Untersuchung ... ist, dass ... **(3.a) der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.** (Begründung der Spitzenverbände (v. 06. 12. 04) und Kurzgutachen von Prof.

Dr. med. Heinz Harald Abholz, Uni Düsseldorf (Frühjahr 2005) für das BMG beim Verfasser dieser Stellungnahme zu erhalten).

11. Wenn der Gesetzgeber die Inanspruchnahme bei wirksamen Früherkennungsmaßnahmen steigern will, so ist auch das ein sinnvolles Ziel. Die oben genannten Schätzungen für die mit Früherkennung zu verhindernden Brustkrebsfälle setzen z.B. eine Inanspruchnahme von 70% der Zielgruppe (Frauen von 50 – 69 Jahre) voraus (Europäische Leitlinie). Tatsächlich liegt die Inanspruchnahme bei Früherkennung bei Männern im Durchschnitt bei ca. 20% , bei Frauen beträgt sie durchschnittlich ca. 50%. Hinzu komme ein starker Sozialgradient, bei Männern reicht – Schätzungen zufolge, belastbare Daten dazu gibt es für Deutschland kaum – die Inanspruchnahme von ca. 10% bis 30% , bei Frauen von ca. 20% bis 60%. **In sozial benachteiligten Gruppen ist das Risiko bei den meisten Zielkrankheiten höher, die Erreichbarkeit durch Screenings schlechter.**
12. Diese missliche Lage wird sich bei der passiven Komm-Struktur des deutschen Versorgungssystems nicht ändern. In Modellversuchen zur Früherkennung von Brustkrebs wurden in Deutschland und im europäischen Ausland hervorragende Ergebnisse mit persönlicher schriftlicher Einladung, ggf. schriftliche und telefonischer Einladung sowie mit mobiler Früherkennung (Screening-Bus). Die Teilnehmeraten stiegen in den Modellregionen auf über 60%. Hier besteht echter **Handlungsbedarf: Die Möglichkeiten der Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen liegen in der Veränderung der Angebots- und Zugangsmodalitäten.** Diesbezüglich ist Deutschland immer noch Entwicklungsland.
13. **Steuerung der Inanspruchnahme durch Malus** im Falle der Erkrankung – wie im Entwurf zum § 62 SGB V Modelle vorgesehen – liegt zwar gesundheitspolitisch derzeit im Trend der Reduktion von Selbst-/Eigenverantwortung auf finanzielle Belastungen (ebenso wie die gesundheitspolitisch unsinnige (Wieder-)Einführung des Verschuldensprinzips bei Erkrankungen in Folge nicht indizierter med. Behandlungen (Ziff. 31, Änderung des § 52, Abs. 2 SGB V) oder die Bestrafung von ‚nicht therapiegerechtem Verhalten‘ (Ziff 37, Änderung des § 62 SGB V). Allerdings gibt es **keine Evidenz für die Wirksamkeit.** Das gilt für das gesamte Themenfeld ‚Steigerung der Inanspruchnahme durch Sanktionen bei Nichtinanspruchnahme‘. Einzige bekannte Ausnahmen (im Hinblick auf Anreize und Anreizwirkung gänzlich anders gelagert): Österreich: Geldleistungen während der Schwangerschaft an die Teilnahme an der Früherkennung gekoppelt. USA: Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch Verzicht auf Gebühr/Honorar. Sonst keine Evidenz: auch nicht Zahn-Bonus Heft (1989 eingeführt, wirksam ab 1991): eine Vorab-Wirkungsabschätzung, keine Evaluation. HTA von Prof. Dr. philil Ulla Walter et al. von der Med. Hochschule Hannover kommt im Auftrag des DIMDI (2006) kommt zum gleichen Ergebnis: wirksam und auch kosteneffektiv sind so gut wie alle untersuchten Methoden der persönlichen Einladung und der persönlichen Erinnerung an die Früherkennung.
14. Glaubt jemand wirklich, man könne z. B. junge Menschen aus sozial schwierigen Umständen mit der Drohung, im Erkrankungsfall ein Prozent mehr vom Bruttoeinkommen zuzahlen zu müssen, dazu motivieren, sich untersuchen zu lassen?

Berlin, im November 2006