

Krebstherapie – Wie kann die Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt sichergestellt werden?

Andreas Meusch

Das Robert-Koch-Institut (RKI) schätzt, dass die Zahl der neu aufgetretenen Krebserkrankungen in Deutschland im Jahr 2002 auf 425.000 gestiegen ist. Das sind 30.000 oder acht Prozent Erkrankungsfälle mehr als bei der letzten Schätzung im Jahr 2000. Rund 220.000 Menschen sind 2003 in Deutschland an Krebs gestorben. Der jüngste Welt-Krebs-Bericht der WHO lässt erkennen, dass in naher Zukunft die Häufigkeit der Krebstodesfälle um 50 Prozent zunehmen wird.

Gleichzeitig bietet der medizinische Fortschritt große Chancen. Der Impfstoff gegen das Zervixkarzinom ist der Anfang. Neue Entwicklungen in der Genetik, in der Molekularbiologie und in der Nanotechnologie bieten neue Möglichkeiten zur Prävention und Therapie. Neben einer Impfung ist zum Beispiel Chemoprävention denkbar, mit biologischen Markern lässt sich Krebs früher erkennen.

In diesem Beitrag soll es nicht um die ethischen Fragen gehen, die sich aus den Fortschritten der Genetik und bei dem Einsatz von biologischen Markern ergeben; hier geht es um die Finanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts in der Krebsbekämpfung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für eine alternde Gesellschaft – knapp 60 Prozent der Krebserkrankungen treten jenseits des 65. Lebensjahres auf.

Es gibt kein Land, in dem die Parole von der Zwei-Klassen-Gesellschaft in der Krebstherapie so wenig stimmt wie in Deutschland. Aber die Kumulation von medizinischem Fortschritt und demographischer Entwicklung wird die Frage nach dem Zugang zu innovativer Versorgung dramatisch zuspitzen. Insbesondere bei elementaren Lebensrisiken wie Krebs geht es bei der Verfügbarkeit des medizinischen Fortschritts um eine Schlüsselfrage unseres Sozialstaates. Die bestehende Rechtslage in Verbindung mit den Urteilen des Bundessozialgerichts der vergangenen Jahre sind eine zukunftsfähige Grundlage, auf der die vor uns liegenden Probleme gelöst werden können. Wie kann es uns gelingen, den medizinischen Fortschritt in der Krebsprävention und -therapie zu finanzieren?

Prävention

Lebensbedingte Faktoren, insbesondere Rauchen, falsche Ernährung, Bewegungsmangel und Alkohol, machen mehr als 60 Prozent der Krebsursachen aus. Die Deutsche Krebsgesellschaft geht davon aus, dass nahe-

zu die Hälfte aller Krebstodesfälle durch eine umfassende Früherkennung und Vermeidung von Krebsrisiken verhindert oder erfolgreich behandelt werden kann. Prävention ist deshalb ein elementarer Bestandteil jeder Strategie, Krebserkrankungen zu verhindern und die medizinisch notwendigen Kosten für die Krebstherapien im Griff zu behalten.

Kosteneinsparungen sind hier – wenn überhaupt – nur sehr langfristig möglich. Wenn sich bei bestimmten Krebsarten die Zeitspanne von den auslösenden Faktoren zum diagnostizierbaren Krebs auf bis zu 30 Jahre beläuft, ist es wichtig, so früh wie möglich mit Verhaltens- und Verhältnisänderungen zu beginnen.

Effiziente Prozesse im Gesundheitssystem

In der Krebstherapie gibt es in Deutschland sowohl Unter- wie Über- und Fehlversorgung. Dies ist aber weniger ein finanzielles oder rechtliches Problem als ein Problem ineffizienter Prozesse im Gesundheitssystem. Wenn eine vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Studie feststellt, dass bis zu 17.000 Patienten in deutschen Kliniken an den Folgen vermeidbarer Behandlungsfehler sterben und die Rheinische Fachhochschule Köln bei einer Untersuchung feststellt, dass es in 68 Prozent der Krankenhäuser noch kein Prozess-Controlling gibt, dann ist das ein Skandal, aber auch ein Problem, für das es Lösungswege gibt.

Wenn es Leistungserbringern, Pharmaindustrie und Krankenkassen gemeinsam gelingt, diese Defizite zu verringern, können die Kosten des medizinischen Fortschritts bewältigt werden.

Dazu bedarf es auch Vergütungsstrukturen, die Anreize für einen Qualitätswettbewerb geben. Die Bereitschaft von Leistungserbringern wächst, Qualitätsparameter – zumindest dem Vertragspartner zum Beispiel bei Integrationsversorgungsverträgen – offenzulegen, und es gibt erste Verträge auf der Grundlage „Pay for performance“. Wenn es für bestimmte Krebsarten Belege dafür gibt, dass der Operateur eine wesentliche Determinante für die Überlebenswahrscheinlichkeit nach Krebsoperationen ist, dann muss darüber nachgedacht werden dürfen, ob dies nicht Auswirkungen auf die Vergütung haben sollte. Die Vergütungsform „shared value“ wie sie die Harvard-Professoren Porter und Teisberg in ihrem Buch „Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results“ vorstellen,

bietet interessante Ansätze. Auch die Pharmaindustrie fängt an, in diese Richtung zu denken. So erklärt Roche, den Unternehmenserfolg nicht in der Zahl initial therapierter, sondern erfolgreich behandelter Patienten zu sehen, und setzt die Performance ihrer Therapieangebote bewusst als Marketingstrategie ein. In Deutschland werden Innovationen in der Medizin noch weitgehend ungesteuert ins Gesundheitssystem gebracht. Das ist medizinisch und wirtschaftlich problematisch. Wir müssen deshalb daran arbeiten, Neuerungen gezielter als bisher ins System zu bringen – flankiert von einer wissenschaftlichen Begleitung, die nach der Phase formaljuristischer Zulassungen einsetzt und die Wirkungen in der Versorgungspraxis untersucht. Die Erfolge von Therapieoptimierungsprüfungen in der Kinderonkologie zeigen, was hier möglich ist, aber auch, was in anderen Bereichen noch zu tun bleibt.

Zentrumsorientierte und studienorientierte Versorgung – an qualifizierten Krankenhäusern und bei besonders qualifizierten, niedergelassenen Hämatologen und Onkologen – sind die Stichworte. Der Gesetzgeber hat dazu mit den Regelungen zur Integrationsversorgung (§ 140a SGB V) und zu Versorgungsaufträgen (§ 73c SGB V) geeignete Instrumente geschaffen. Die TK sammelt bereits Erfahrungen, wie Innovationen strukturiert ins Gesundheitssystem gebracht werden können, zum Beispiel mit Verträgen zu medikamentenbeschichteten Stents und in der Strahlentherapie. Diese Ansätze werden wir weiterentwickeln.

Versorgungsforschung

Ältere Menschen sind in medizinischen Studien unterrepräsentiert, es fehlt an einer adäquaten Versorgungsforschung, und die Interaktionspharmakologie wird vernachlässigt: Das sind Defizite, die unnötiges Leid bei Patienten und gleichzeitig vermeidbare Kosten verursachen. Außerdem: Qualitätsverbesserungen in der Behandlung können auch kostensenkend wirken, wenn die Belastungen der Patienten verringert oder Komplikationen vermieden werden. Diethelm Hansen weist in der Krankenhaus-Umschau zu Recht darauf hin, dass es keine Studien gibt, die diesen Effekt untersuchen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Die Novelle des Arzneimittelgesetzes vom 29. August 2005 in Verbindung der Erweiterung des § 8 Krankenhausentgeltgesetz sowie die Neuregelungen des WSG in § 35c SGB V (zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln in klinischen Studien) sind aber Schritte in die richtige Richtung, die den Krankenkassen Mitgestaltungsmöglichkeiten geben und dazu beitragen, ihren Versicherten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt zu sichern.

Wettbewerb um die bessere Versorgung

Staatliche Gesundheitssysteme sind schlechter in der Lage, den Menschen den Zugang zu Innovationen zu gewährleisten, als wettbewerblich orientierte Systeme. Deshalb ist der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern, zwischen Pharmaunternehmen und zwischen Krankenkassen der bessere Weg, die Finanzierung des medizinischen Fortschritts zu gewährleisten. Alle Verantwortlichen – einschließlich des Staates, der die Rahmenordnung setzt – müssen dieser hohen Verantwortung gerecht werden, damit der Staat sich nicht eingeklinken fühlt, dieses Problem für uns zu lösen.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Ein gesellschaftlicher Diskurs über die Frage des Zugangs zu Innovationen wird das Problem nicht lösen, finanzielle Ressourcen bei steigender Nachfrage rational zu verwenden. Menschliches Zusammenleben ist zivilisiert nur möglich, wenn die Gesellschaft wie auch der Einzelne die Fähigkeit zum Mitleid hat. Egal wie fundiert ein Diskurs über mögliche Notwendigkeiten von Regeln zur Verteilung knapper finanzieller Ressourcen geführt wird: Vor der existenziellen Not eines Individuums versagt jede Diskursrationalität.

Staat, Gesellschaft und die Verantwortlichen im Gesundheitssystem müssen aber einen Rahmen stecken, damit Arzt und Patient im Gespräch über die adäquate Therapie Orientierung haben. Therapeutische Beliebigkeit ist so wenig akzeptabel wie eine Kochbuchmedizin.

Fazit

Von Peter Drucker, dem Pionier der modernen Managementlehre, stammt das Bonmot, der beste Weg, die Zukunft voraus zusagen sei, sie zu erschaffen. Es ist eine schwere, aber eine schöne Managementaufgabe, die Zukunft so zu erschaffen, dass medizinischer Fortschritt in der Krebstherapie finanzierbar wird. Wenn wir das als Managementaufgabe begreifen und entsprechend handeln, können wir uns auf diese Zukunft sogar freuen.

Andreas Meusch, Leiter der Landesvertretungen der Techniker Krankenkasse

Grundlage dieses Aufsatzes sind die Diskussionsbeiträge des Autors auf dem 2. Roche Forum am 14. Juni in Berlin.