

## **Entschließungsantrag**

**der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Andreae, Markus Kurth, Brigitte Pothmer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung  
– Drucksachen 17/11267, 17/12221 –**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG)**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung kann in einigen Aspekten zur Verbesserung der Krebsbekämpfung beitragen. Dies betrifft etwa die flächendeckende Einführung von klinischen Krebsregistern (KKR), insbesondere wenn sie mit einheitlichen Qualitätsstandards einhergehen. Unterstützt wird die Kompetenzerweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der Ausgestaltung von Früherkennungsprogrammen: Statt starre Altersgrenzen für die Definition der Zielgruppen gesetzlich vorzugeben, werden nun medizinische Kriterien den Ausschlag geben und wissenschaftliche Erkenntnisse schneller berücksichtigt. Auch die Abschaffung der von der Großen Koalition mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 eingeführten finanziellen Sanktionsregel für gesetzlich Krankenversicherte bei vorheriger Nichtteilnahme an den angebotenen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen (Absenkung der Belastungsgrenze für Chroniker von 2 Prozent auf 1 Prozent) ist sinnvoll.

In anderen Punkten verfehlen die vorgesehenen Maßnahmen den Reformbedarf oder widersprechen einer evidenzbasierten, patientenorientierten Gesundheitspolitik:

- Die Bundesregierung setzt auf die Früherkennung als einziges Präventionsinstrument im Kampf gegen den Krebs. Damit befördert sie die Überschätzung der Sekundärprävention weiter. Es fehlt eine überzeugende Präventionsstrategie gegen die mit zunehmender Lebenserwartung steigende Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken. Appelle an die Eigenverantwortung und über Ärztinnen/Ärzte zu vermittelnde Individualprävention laufen ins Leere und gehören der präventionspolitischen Steinzeit an.
- Beim Aufbau von KKR fehlt es an Struktur-, Qualitäts- und Evaluationsvorgaben. Der Beitrag der privaten Krankenversicherung (PKV) zur Finanzierung der Register ist völlig offen, weil er den Unternehmen freigestellt ist.

- Für Darm- und Gebärmutterhalskrebs ist – ohne vorherige Prüfung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses – eine beschleunigte Einführung der organisierten Früherkennungsprogramme innerhalb von drei Jahren vorgesehen. Dieser politische Wille der Bundesregierung steht im Widerspruch zur evidenzbasierten Medizin und Gesundheitspolitik.
- Der Ausgangspunkt für den G-BA zur Ausgestaltung neuer Früherkennungsprogramme soll die Veröffentlichung von Qualitätssicherungsleitlinien für Früherkennungsprogramme seitens der Europäischen Kommission sein. Zweifelhaft ist, ob das Vorliegen der EU-Leitlinien gleichbedeutend ist mit einem positiven Nutzen-Schaden-Verhältnis. Es bleibt zudem unklar, ob und unter welchen Voraussetzungen der G-BA von den europäischen Leitlinien abweichen kann.
- Falsch ist es, dem G-BA eine Frist für die Einführung eines organisierten Früherkennungsprogramms zu setzen, wenn darin auch die wissenschaftliche Überprüfung einbezogen ist. Wenn Erkenntnisse fehlen oder wenn diese nahelegen, ein Programm nicht einzuführen, muss es Entscheidungsalternativen geben.
- Die Abschaffung der Sanktionsregel in § 62 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ist eine längst überfällige Klarstellung, zumal bereits der G-BA mit der Chroniker-Richtlinie von 2007 diese Regelung ein Stück weit aushebelte und aus der Teilnahmepflicht eine Beratungspflicht machte. Andere gesetzlich vorgesehene Verhaltenssanktionen des § 62 SGB V haben jedoch weiter Bestand; das ist inkonsequent und steht im Widerspruch zu den im Entwurf selbst genannten Zielen einer informierten Entscheidung.

Auch die andere gesundheitspolitische Felder betreffenden Regelungen sind unzureichend:

- Um unnötige Operationen im Krankenhaus zurückzudrängen, will die Bundesregierung den Krankenhäusern Empfehlungen über Mengenanreize in den Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten an die Hand geben. Die Krankenhäuser sollen in ihren Qualitätsberichten erklären, für welche Leistungen ihre Verträge mengenbezogene Zielvereinbarungen enthalten. Eine solche Regelung greift ins Leere, da sie lediglich die Folgen von Fehlanreizen anspricht, nicht aber an den Ursachen für Über- und Fehlversorgung im Krankenhaus ansetzt. Solange es den Krankenhäusern betriebswirtschaftliche Vorteile bringt, werden sie die Zahl medizinisch nicht notwendiger Krankenhausleistungen weiter steigern. Diese Fehlanreize sind zu beseitigen.
- Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sollen die Befugnis erhalten, approbations- oder berufsrechtlich relevante Daten an die zuständigen Heilberufskammern weiterzuleiten. Dies greift zu kurz.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung daher auf,

1. die in ihrem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen der Krebsregistrierung und -früherkennung auf eine stärker patientenorientierte und evidenzbasierte Basis zu stellen. Dazu sind die folgenden Regelungen zu ergänzen:
  - Bei den klinischen Krebsregistern sind Vorgaben zu Struktur und Anzahl der Register zu ergänzen. Für klinische wie epidemiologische Krebsregister sind einheitliche Qualitätsstandards festzulegen. Um Doppelmeldungen zu vermeiden, sind geeignete Regelungen zwischen den einzelnen KKR sowie für den Übergang zwischen Kinderkrebsregister und den KKR vorzusehen. Die PKV hat sich entsprechend ihrer Versicherungszahlen verbindlich an der Mitfinanzierung der KKR zu beteiligen;

- Aufbau, Entwicklung und Ergebnisse der klinischen Krebsregistrierung einschließlich der Bewertung ihres Einflusses auf die Qualität der onkologischen Versorgung sind fortlaufend wissenschaftlich zu evaluieren. Sicherzustellen ist, dass die KKR dafür die erforderlichen Ergebnisse zur Verfügung stellen, gegebenenfalls über die epidemiologischen Krebsregister. Der G-BA legt im zweijährigen Rhythmus einen entsprechenden landes- und bundesbezogenen Ergebnisbericht vor, der auch im Internet zu veröffentlichen ist, und vergibt die notwendigen Forschungsaufträge;
  - ein organisiertes Krebsfrüherkennungsprogramm darf erst dann ausgestaltet werden, wenn ihm eine wissenschaftliche Nutzen-Schaden-Abwägung mit deutlich überwiegender Nutzenerwartung vorausgegangen ist. Deshalb ist auch bezüglich der geplanten Darm- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennungsprogramme zunächst eine sorgfältige wissenschaftliche Evaluation vorzunehmen. Diese muss ergebnisoffen sein. Eine Fristsetzung für die Ausgestaltung der Programme ist erst nach der wissenschaftlichen Prüfung zweckmäßig;
  - dem G-BA ist die Möglichkeit zu geben, von den EU-Leitlinien zur Qualitätssicherung abzuweichen, sofern es dafür gute und mit ausreichender Evidenz belegte Gründe gibt;
  - sicherzustellen ist, dass die Entscheidung über eine Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen stets selbstbestimmt und auf der Basis einer persönlichen Nutzen-Risiko-Abwägung stattfindet. Dazu sollen die zentralen Stellen im ersten Schritt nicht direkt zur Teilnahme an den Untersuchungen einladen, sondern zunächst zu einem neutralen persönlichen oder telefonischen Aufklärungs- und Informationsgespräch. Grundbedingung für ein solches neutrales Gespräch ist die räumliche, personelle und finanzielle Unabhängigkeit von den Screeningeinheiten. In den Gesprächen und bei den ausgehändigten Materialien zu berücksichtigen sind die Mindestanforderungen an Informationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen des Fachbereichs Patienteninformationen des Deutschen Netzwerks für evidenzbasierte Medizin;
  - dem Vorrang einer informierten Entscheidung vor einer Erhöhung der Teilnahmeraten müssen auch die Einladungsschreiben Rechnung tragen. Dazu ist mit wissenschaftlicher Unterstützung ein neues und verbindliches Musterschreiben zu entwickeln, das bereits an dieser Stelle auf die Notwendigkeit des Abwägens von Chancen und Risiken hinweist;
  - für alle durchgeführten Früherkennungsprogramme sind kontinuierlich Nutzen und Schaden wissenschaftlich zu evaluieren. Gesicherte Forschungsergebnisse sind unmittelbar bei der Ausgestaltung der Programme zu berücksichtigen. Hierzu vergibt der G-BA Forschungsaufträge und berichtet zweijährig dem Deutschen Bundestag. Die Ergebnisse sind gleichfalls zu veröffentlichen;
  - sämtliche Sanktionsregeln des § 62 SGB V sind abzuschaffen, um dem Anspruch einer selbstbestimmten, informierten Entscheidung der Versicherten über eine Teilnahme/Nichtteilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und anderen Versorgungsangeboten Rechnung zu tragen;
2. ein Präventionsgesetz vorzulegen, das unter anderem darauf abzielt, vermeidbare Risikofaktoren für Krebserkrankungen zu reduzieren und das Potenzial an Schutzfaktoren auszuschöpfen und dabei insbesondere auch die Umfeldfaktoren und Lebensverhältnisse vulnerabler Bevölkerungsgruppen im Blick hat, anstatt an die eigenverantwortliche Veränderung des Lebensstils zu appellieren;

3. das bestehende DRG-Fallpauschalensystem (DRG = diagnosebezogene Fallgruppen) weiterzuentwickeln, um Anreize für eine gute Ergebnisqualität und den konkreten Gesundheitsnutzen der Leistungen zu schaffen und hierbei darauf hinzuwirken, die Pauschalen – wie ursprünglich vorgesehen – stärker an den Diagnosen als an Prozeduren auszurichten. Ergänzend dazu sollen Krankenhäuser etwaige Mengenboni nicht nur in den Qualitätsberichten anführen, sondern zusätzlich ab dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses im Internet veröffentlichen sowie ihre Patientinnen und Patienten vor einer stationären Behandlung verbindlich in mündlicher und schriftlicher Form informieren;
4. die Korruption und Bestechlichkeit von angestellten Ärzten, Vertragsärzten und von sonstigen Leistungserbringern im Gesundheitswesen durch eine Ergänzung des SGB V unter Strafe zu stellen.

Berlin, den 29. Januar 2013

**Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion**

### **Begründung**

Krebskrankungen sind in Deutschland die zweithäufigste Todesursache. Jeder vierte Todesfall ist heute mit Krebs assoziiert. Maßnahmen, die dazu beitragen, Krebsneuerkrankungen zu verhindern, die bereits erkrankten Menschen zu heilen bzw. deren Prognose und Lebensqualität zu verbessern, sind daher von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung. Auch wenn es hier weiterer intensiver Forschung bedarf, haben therapeutische Fortschritte die Überlebenschancen der Erkrankten verbessern können. Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung allerdings bleiben in unserem kurativ-medizinisch ausgerichteten Gesundheitswesen vielfach ungenutzt.

Früherkennungsmaßnahmen als Maßnahmen der Sekundärprävention sind dann sinnvoll, wenn sie durch relativ einfache, wenig belastende Untersuchungen eine Erkrankung frühzeitig und sicher zu erkennen in der Lage sind und wenn zusätzlich Behandlungsmöglichkeiten existieren, die die Überlebensaussichten der Betroffenen verbessern. Der Nutzen des Screenings muss dessen Schaden stets deutlich überlegen sein. Dieses positive Nutzen-Schaden-Verhältnis muss vor Einführung eines aufwendigen Screenings erwiesen sein, zumindest müssen starke Hinweise hierauf vorliegen. Der Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen bei Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs ist durchaus belegt. Studien aus verschiedenen Ländern zeigen allerdings, dass sich dieser Nutzen auf nur sehr wenige Menschen konzentriert und dass erheblich mehr Menschen einen Schaden davontragen. Von 2 000 Frauen zwischen 50 und 69 Jahren bleibt in zehn Jahren Brustkrebscreening (zweijährlich) genau einer Frau der Tod durch Brustkrebs erspart. Dem gegenüber stehen die unmittelbaren Risiken der Untersuchung (Strahlenbelastung), die Zahl der 200 Frauen, die zunächst einen psychisch belastenden falschen positiven Befund erhalten, welcher in weiteren Prozeduren abgeklärt werden muss, und zehn Frauen, die sogar eine unnötige Brustkrebsdiagnose und -behandlung erhalten. Jedes Screening – unabhängig von der Krebsart – führt zu gehäuften Überdiagnosen und Übertherapien, das bestätigen alle internationalen Erfahrungen. Darüber hinaus sind direkte Untersuchungsrisiken zu verbuchen, beim Darmkrebscreening beispielsweise das Risiko von Darmperforationen. Schließlich werden viele Krebsfälle trotz eines Screenings nicht erkannt, das betrifft zum Beispiel jeden dritten bis fünften Brustkrebs.

Weil Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen stets ein eigenes gesundheitliches Risiko beinhalten und die vermeintliche und gewünschte Sicherheit, nicht krank zu sein, „erkauft“ wird mit anderen gesundheitlichen Risiken, muss die Entscheidung der Bürgerinnen und Bürger über eine Teilnahme frei von Druck und Sanktionen sein. Der Vorrang der informierten Entscheidung des Einzelnen hat Vorrang vor allen anderen Zielen; auch vor dem Ziel, die Teilnahmeraten zu erhöhen. Dies muss in allen Elementen eines organisierten Früherkennungsprogramms zum Ausdruck kommen. Im Widerspruch hierzu stehen aktuell die finanziellen Sanktionen, die das Sozialgesetzbuch bei Nichtteilnahme an den angebotenen Programmen vorsieht.

Versicherte wie Ärztinnen und Ärzte überschätzen regelmäßig den Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen: Fälschlicherweise wird häufig angenommen, die Teilnahme am Screening würde Krebs verhindern oder das Erkrankungsrisiko reduzieren. Die Häufigkeit von falschen positiven und falschen negativen Ergebnissen wird unterschätzt. Das Krebsrisiko hingegen wird deutlich überschätzt, wozu auch Angst schürende Werbekampagnen zur Krebsvorsorge beitragen. Eine Teilnahme am Screening bedeutet für viele Menschen die falsche Sicherheit, eben nicht an Krebs erkrankt zu sein. Auch das aktuelle Mustereinladungsschreiben der zentralen Stellen vermittelt ein einseitig positives Bild von der Teilnahme am Brustkrebscreening und genügt damit nicht der ethisch gebotenen Ausgewogenheit von Patienteninformationen. Hingegen stellt das den Einladungen beigefügte Merkblatt die Vor- und Nachteile von Früherkennungsuntersuchungen ausgewogen dar, reicht aber zur Vorbereitung einer informierten Entscheidung alleine nicht aus.





