



Interview mit Frau Annette Widmann-Mauz

Parlamentarische Staatssekretärin
beim Bundesgesundheitsminister



Mit der Parlamentarischen Staatssekretärin Frau Annette Widmann-Mauz (**AWM**) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Professor Dr. J. F. Riemann (**JFR**) zum Thema "Krebsfrüherkennungsregistergesetz".

JFR: Das Krebsfrüherkennungsregistergesetz KFRG soll nach langer Vorarbeit voraussichtlich 2016 in Kraft treten. Ein zentraler Bestandteil ist ja die persönliche Einladung der Versicherten zu einer kostenfreien Vorsorgeuntersuchung. Welche Verbesserungen darüber hinaus sehen Sie von Seiten des Ministeriums für die Bevölkerung?

AWM: Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister – kurz genannt das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) – ist am 9. April 2013 in Kraft getreten. Hiermit hat die Bundesregierung zwei zentrale Bereiche der Empfehlungen des Nationalen Krebsplans aufgegriffen und den bundesgesetzlichen Handlungsbedarf umgesetzt.

Mit dem KFRG sollen u. a. die Strukturen, Reichweite, Wirksamkeit und Qualität der bestehenden Krebsfrüherkennungsangebote in Deutschland nachhaltig verbessert werden. So sind insbesondere die bestehenden Angebote zur Früherkennung von Darmkrebs und von Gebärmutterhalskrebs in organisierte Screening-Programme mit Einladungs- und Informationswesen sowie Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle zu überführen. Die Einladung hat den Vorteil, dass auch diejenigen Menschen erreicht werden, die sich noch nie mit dem Thema z. B. der Darmkrebsfrüherkennung näher befasst haben. Zudem sollen die der Einladung beigefügten Informationsmaterialien die Bürgerinnen und Bürger darin unterstützen, eine informierte Entscheidung über eine Inanspruchnahme der Screening-Angebote treffen zu können. Darüber hinaus trägt eine zukünftig noch konsequentere Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle dazu bei, die Risiken der Früherkennung zu minimieren und ihren Nutzen zu maximieren. Dieses Vorgehen kommt den Bürgerinnen und Bürgern unmittelbar zugute.

JFR: Welche Möglichkeiten hat der Gesetzgeber einzugreifen, wenn die Fristen zur Umsetzung des KFRG nicht eingehalten werden sollten?

AWM: Es ist nach geltendem Recht die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern, die Krankheitsfrüherkennung in seinen Richtlinien inhaltlich auszugestalten.

Mit dem KFRG wurde der G-BA verpflichtet, die bestehende Früherkennung für Darmkrebs sowie für Gebärmutterhalskrebs innerhalb von drei Jahren in organisierte Screening-Programme zu überführen. Seit Mitte 2013 berät der G-BA intensiv die fachlich inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der künftigen Screening-Programme für Darmkrebs und für Gebärmutterhalskrebs.

Gemäß den Vorgaben des KFRG war für diese konzeptionell sehr komplexe Ausarbeitung ein Zeitrahmen bis Ende April 2016 vorgesehen. Aufgrund des unerwartet hohen und fachlich aufwändigen Anpassungsbedarfs der Richtlinien des G-BA konnte die gesetzliche Frist trotz großen Engagements des G-BA nicht eingehalten werden. Bei der Überführung der bestehenden Früherkennung in organisierte Screening-Programme berät der G-BA nicht nur die ohnehin schwierigen Themen Einladungsverfahren, Altersgrenzen, Untersuchungsintervalle, Abklärungsdiagnostik, Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation. Zusätzlich befasst er sich mit einer Bewertung von neuen Untersuchungsmethoden bzw. Testverfahren, die im jeweiligen Screening-Programm künftig erbracht werden sollen, bisher aber noch keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Bei der Darmkrebsfrüherkennung betrifft dies zum Beispiel die zukünftige Anwendung eines immunologischen Stuhlbluttests anstelle des bisherigen chemischen Guajak-basierten Stuhlbluttests. Aufgrund der hohen fachlichen Komplexität der Beratungen beabsichtigt der G-BA, den gesetzlichen Auftrag schrittweise in Form jeweils mehrerer Teilbeschlüsse abzuarbeiten.

So hat der G-BA am 21. April 2016 den ersten Teilbeschluss zum organisierten Darmkrebs-Screening gefasst. Demnach sollen künftig quantitative immunologische Tests zum Nachweis von nicht sichtbarem Blut im Stuhl zum Einsatz kommen und damit den herkömmlichen Test ablösen. Diesen Beschluss wird der G-BA in Kürze dem Bundesministerium für Gesundheit zur rechtlichen Prüfung vorlegen.

JFR: Wird der Nationale Krebsplan (Koordinierungs- und Kooperationsprogramm zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Früherkennung von Krebs und der Versorgung von krebskranken Menschen) mit Unterstützung des Gesetzgebers das KFRG weiterhin begleiten?

AWM: Mit dem KFRG hat der Gesetzgeber u. a. die Experten-Empfehlungen zur Umsetzung der Ziele im Handlungsfeld "Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung" des im Juni 2008 initiierten Nationalen Krebsplans ganz maßgeblich berücksichtigt. Selbstverständlich wird z. B. im Rahmen von zahlreichen öffentlichen Fachveranstaltungen sowie von Zusammentreffen der Lenkungsgruppen des Nationalen Krebsplans über den Stand der Umsetzung des KFRG berichtet.

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, insbesondere die Überführung der bestehenden Darmkrebs- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung in organisierte Screening-Programme, liegt in der Verantwortung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer. Das Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsaufsicht über den G-BA und der Gesetzgeber verfolgen aufmerksam den Umsetzungsprozess des KFRG.

JFR: Ist eine Schiedsstelle angedacht, die bei möglichen Meinungsverschiedenheiten oder Unstimmigkeiten vermitteln kann? Wenn ja, wo wäre sie anzusiedeln?

AWM: Die Aufgabe zur Ausgestaltung der Krebsfrüherkennung in Umsetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen liegt beim G-BA als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der G-BA setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der Krankenhäuser und Krankenkassen. Insoweit tragen die maßgeblichen Akteure in der gesetzlichen Krankenversicherung (Leistungserbringer und Krankenkassen) bereits selbst unmittelbar die Entscheidungsverantwortung.

Unparteiische Mitglieder sind ebenfalls in die Entscheidungsfindung eingebunden. Vertreterinnen und Vertreter der Patientenorganisationen sind beteiligt und haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Zudem erhalten u. a. die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur schriftlichen und in der Regel auch mündlichen Stellungnahme, die vom G-BA in seine Entscheidung einzubeziehen ist. Diese gesetzlichen Vorgaben gewährleisten sowohl eine fundierte Auseinandersetzung des G-BA mit ggf. unterschiedlichen fachlichen Einschätzungen als auch eine effektive

Entscheidungsfindung. Eine zusätzliche Schiedsstelle schüfe Doppelstrukturen; dafür sehe ich keinen Bedarf und keinen Raum.

JFR: Die informierte Entscheidung ist ein zentraler Bestandteil der Aufklärung. Die Stiftung LebensBlicke setzt sich schon länger für eine zielgruppenspezifische Bevölkerungsinformation ein (Mannheimer Erklärung). Inwieweit ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) als Einrichtung des öffentlichen Rechts bei der Konzeption von Informationsmaterialien gehalten, Vorschläge zu prüfen, die nicht aus den eigenen Reihen stammen?

AWM: Im KFRG ist das Konzept der informierten Entscheidung fest verankert. Mit der Einladung zur Darmkrebs- bzw. Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung soll auch eine umfassende und verständliche Information über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung erfolgen. Dadurch soll jeder Bürgerin und jedem Bürger eine informierte Entscheidung über eine Teilnahme oder aber Nicht-Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung ermöglicht werden. Dies bedeutet, dass das Prinzip der informierten Entscheidung Vorrang vor einer rein quantitativen Teilnahmesteigerung hat. Am 19. März 2015 hat der G-BA das IQWiG bereits beauftragt, Einladungsschreiben und Versicherteninformationen zu den künftigen Screening-Programmen für Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs zu erarbeiten. Diese Beauftragung wurde auch auf den Internetseiten des

G-BA veröffentlicht. Das IQWiG wird demnach die entsprechenden Materialien nicht nur erstellen, sondern auch im Rahmen von Nutzer/-innen-Tests erproben. Ziel solch aufwändiger Testung ist es, mit der schriftlichen Ansprache in Form von Einladung und Information im späteren Screening-Programm einen möglichst hohen Durchdringungsgrad bei den anspruchsberechtigten Frauen und Männern zu erreichen und für eine hohe Akzeptanz der beiden Screening-Programme zu sorgen.

Die Themenauswahl sowie die Erstellung der Gesundheitsinformationen durch das IQWiG, das als fachlich unabhängige Stiftung des privaten Rechts organisiert ist, erfolgt nach einem Methodenpapier des Instituts (vgl. , Methodenpapier 4.2, S. 30ff.) unter der Beteiligung einer Vielzahl externer Fachleute und insbesondere auch unter Einbeziehung von Vorschlägen aus der Selbsthilfe, von Beratungsdiensten, anderen Informationsanbietern sowie von Nutzerinnen und Nutzern der IQWiG-Website (www.gesundheitsinformation.de). Für

Vorschläge zu den Gesundheitsinformationen steht zudem auf der Internetseite eine spezielle Kontaktfunktion sowie ein Nutzerfragebogen zur Verfügung. Auch die sich hieraus ergebenden Anregungen fließen laufend in die Weiterentwicklung der Gesundheitsinformationen ein.

JFR: Welche Vorstellungen gibt es, Menschen mit Migrationshintergrund ohne ausreichende Deutschkenntnisse Zugang zur Darmkrebsprävention zu ermöglichen?

AWM: Das Problem mangelnder Deutschkenntnisse in einer von Diversität und kulturellen Vielfalt geprägten Gesellschaft stellt sich nicht nur im Rahmen der Darmkrebsprävention, sondern ist im Gesundheitswesen insgesamt und auch anderen Lebensbereichen. Grundsätzlich gilt auch für die Behandlung fremdsprachiger Patientinnen und Patienten, dass medizinische Eingriffe erst nach umfassender Aufklärung und Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten durchgeführt werden dürfen. Die Aufklärung muss in einem persönlichen Gespräch erfolgen und für die Patientin bzw. den Patienten verständlich sein. Bei Patientinnen und Patienten, die der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, ist gegebenenfalls eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher hinzuzuziehen. Dabei werden die Kosten für Dolmetscherleistungen grundsätzlich nicht von den Krankenkassen übernommen.

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zunehmend auch Ärztinnen und Ärzte teil, deren Muttersprache nicht Deutsch ist und die eine Behandlung in einer nicht deutschen Sprache durchführen können. Berufsverbände und Kassenärztliche Vereinigungen bieten Suchportale an, die bei der Arztsuche nach vorhandenen Sprachkenntnissen von Ärztinnen und Ärzten bzw. Therapeuten differenzieren.

Mit Blick auf die Darmkrebsfrüherkennung würde ich es begrüßen, wenn die derzeit vom IQWiG erarbeiteten Versicherteninformationen in gängige Fremdsprachen, wie türkisch, arabisch, polnisch und russisch, übersetzt und z. B. auf den Internetseiten der Krankenkassen veröffentlicht würden. Die Umsetzung solcher Ansätze müsste aber im Detail näher geprüft werden. Die Gesundheitsinformationen des IQWiG liegen im Übrigen außer in deutscher grundsätzlich auch in englischer Sprache vor. In Englisch werden sie gesondert auf der Internetseite zur Verfügung gestellt. Hier werden bereits Informationen zur Darmkrebsfrüherkennung angeboten.

Neben der Früherkennung kann zur Vermeidung von Krankheiten auch eine gesunde Lebensweise eine wichtige Rolle spielen. Ziel des Präventionsgesetzes vom 17. Juli 2015 ist es deshalb, noch mehr Menschen für einen gesünderen Lebensstil zu gewinnen, um positiv Einfluss auf die Entstehung von Krankheitsrisiken nehmen zu können. Dabei stehen insbesondere die Menschen im Fokus, die auf Grund ihrer sozialen Lebensumstände seltener von unterstützenden gesundheitsfördernden Leistungen der Krankenkassen Gebrauch machen. Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten haben wir in der Begründung des Gesetzentwurfs als eine der Zielgruppen ausdrücklich hervorgehoben, welche die Krankenkassen mit ihren Leistungen erreichen müssen.

JFR: Es zeichnen sich in der Früherkennung neue Forschungsansätze wie z.B. molekulare Stuhl- und Bluttests sowie bildgebende Verfahren wie die Kolonkapsel ab. Wie kann gewährleistet werden, dass solche Weiterentwicklungen Eingang auch in die politische Diskussion finden?

AWM: Soweit es darum geht, dass neue medizinische Verfahren, z. B. im Bereich der Früherkennung, auch als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt werden, ist der G-BA das maßgebliche Entscheidungsgremium. Er entscheidet über die Aufnahme neuer medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in seine Richtlinien und somit in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Vorfeld seiner Entscheidungen über neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden hat der G-BA die Aufgabe, den Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit zu prüfen und zu bewerten. Hierbei ermittelt er den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin. Der G-BA wird durch das IQWiG unterstützt, das er mit der Bewertung des aktuellen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten beauftragen kann. Antragsberechtigt für die Beratung neuer ärztlicher Methoden in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im G-BA sind neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem GKV-Spitzenverband auch die unparteiischen Mitglieder des G-BA sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen. Für vielversprechende neue Methoden mit Potenzial, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, hat der G-BA auch die Möglichkeit bekommen, zunächst eine befristete Erprobung unter strukturierten Bedingungen durchzuführen. Hierzu können sich

auch betroffene Hersteller von Medizinprodukten, auf deren Einsatz eine neue Methode maßgeblich beruht, sowie sonstige Anbieter einer neuen Methode unmittelbar mit einem Antrag auf Erprobung – oder im Vorfeld zu einer Beratung – an den G-BA wenden.

JFR: Wie sehen Sie vor dem Hintergrund des neuen Gesetzes die Aufgaben von Stiftungen wie z.B. der Stiftung LebensBlicke? Sind Information und Motivation durch solche Organisationen bei einem gesetzlich geregelten Einladungsverfahren noch oder gerade notwendig? Hat der Anstoß zur Diskussion u. a. um neue und möglicherweise bessere Präventionsverfahren hier ein Potential? Gibt es aus politischer Sicht weitere Betätigungsfelder?

AWM: Institutionen wie die Stiftung LebensBlicke erfüllen eine wichtige Aufgabe beim Diskurs über Prävention und Früherkennung sowohl in der Zivilgesellschaft als auch in der Fachwelt. Sie setzen Impulse, in neue Richtungen zu denken und Fortschritte anzustoßen. Dies ist ein sehr wertvoller Beitrag für die grundsätzliche Weiterentwicklung von Prävention und Früherkennung.

JFR: Anlässlich des 4. European Colorectal Cancer Day am 29. und 30. Mai 2015 in Brno, Tschechien, habe ich immer wieder den Wunsch nach Angleichung der Präventionsmaßnahmen in Europa gehört. Die Unterschiede sind in der Tat erheblich. Wie kann und sollte die Bundesregierung auf europäischer Ebene Hilfestellung geben?

AWM: Aus Sicht des BMG besteht ein erheblicher Mehrwert durch den internationalen Austausch zur Intensivierung der Krebsbekämpfung, insbesondere im Bereich der Prävention und Krebsfrüherkennung.

Die Europäische Kommission misst dem Thema Krebs seit vielen Jahren einen hohen Stellenwert bei. Bereits zwischen 1987 und 2000 förderte die Kommission das Programm „Europe Against Cancer“ mit dem übergeordneten Ziel, die Krebssterblichkeit bis zum Jahr 2000 um 15 % zu reduzieren. Im Rahmen dieser Initiative wurden nachhaltige Strukturen für die internationale Zusammenarbeit und einen fachlichen Austausch geschaffen. Die Krebsprävention und -früherkennung waren dabei von Anfang zentrale Themen. So hat die Europäische Kommission bis 2015 teilweise schon mehrfach überarbeitete Leitlinien für die Implementierung und Qualitätssicherung von

Programmen zur Früherkennung von Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs veröffentlicht.

Im Jahr 2009 wurde die „European Partnership for Action Against Cancer“ (EPAAC) initiiert. Eines der Kernziele von EPAAC war es, die EU-Mitgliedstaaten bei der Erstellung von nationalen Krebsplänen zu unterstützen. Dabei waren neben der Versorgung von Krebspatientinnen und Krebspatienten, der Krebsregistrierung sowie Kooperation und Koordination im Bereich der Krebsforschung Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention, wie die Aktualisierung des „European Code against Cancer“, Schwerpunkte von EPAAC. Diese Themen werden auch in vielen nationalen Programmen der EU-Mitgliedsstaaten aufgegriffen. Seit Februar 2014 führt die Europäische Kommission mit der Nachfolge-Joint-Action CANCON („European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control“) die zentralen Themen der EPAAC bis Anfang 2017 fort. Ferner wurde Ende 2014 von der Europäischen Kommission eine Expertengruppe zur Krebsbekämpfung (Expert Group on Cancer Control) einberufen. Aufgabe dieser Gruppe ist es, die Kommission in allen Fragen der Krebsbekämpfung auf EU-Ebene zu beraten und zu unterstützen – insbesondere bei der Erarbeitung von Policy-Dokumenten, Leitlinien, Empfehlungen sowie regulatorischen Instrumenten.

Die verschiedenen EU-Initiativen zur Krebsbekämpfung werden eng vom Bundesministerium für Gesundheit und weiteren deutschen Organisationen begleitet, um den Austausch von Best-Practice-Beispielen zu fördern, die nationalen Interessen zu wahren sowie eine inhaltlich-fachliche Verbindung der unterschiedlichen Aktivitäten auf EU-Ebene sicherzustellen.

JFR: 10. Wir sind Ihnen sehr dankbar, dass Sie schon seit vielen Jahren die Stiftung LebensBlicke persönlich als Befürworterin unterstützen. Können wir auch in Zukunft mit der Unterstützung des Ministeriums bei der Übernahme der Schirmherrschaft für den jährlichen Darmkrebsmonat rechnen?

AWM: Ich persönlich bin gerne bereit, die Stiftung LebensBlicke auch weiterhin als Befürworterin zu unterstützen, da ich ihr Engagement im Bereich der Darmkrebsprävention bzw. -früherkennung sehr schätze. Eine Übernahme der Schirmherrschaft über den jährlich im März begangenen Darmkrebsmonat durch das Bundesministerium für Gesundheit kann aus formalen Gründen nicht pauschal zugesagt werden. Dies sollte, auch aus Gründen der Gleichbehandlung gegenüber

vergleichbaren Anliegen anderer Organisation, für jeden Einzelfall neu entschieden werden.

JFR: Herzlichen Dank für das interessante und aufschlussreiche Interview.