

## Die HPV-Impfung – ein Durchbruch in der Krebsprävention?

„Alle Mädchen sollen sich gegen Krebs impfen lassen“ titelte die Süddeutsche Zeitung am 27. 03. 2007 zur Entscheidung der Ständigen Impfkommision (Stiko). Diese rät dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), die Impfung gegen die Typen 16 und 18 des Humanen Papillom Virus (HPV) als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu empfehlen. Folgt der GBA, der dazu noch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) um Rat fragen kann, dieser Empfehlung, so könnte die HPV-Impfung schon bald eine Pflichtleistung der GKV werden: Von der Stiko empfohlene Impfungen sind aufgrund der neuen Regelungen der Gesundheitsreform 2006/07 (GKV-WSG) künftig nicht mehr Satzungs-, sondern Pflichtleistungen der Kassen. Fast alle Kassen hatten schon vor der Empfehlung bekannt gegeben, die Kosten für die Impfung zu erstatten. Dabei spielte die Konkurrenz um Versicherte wahrscheinlich eine wichtigere Rolle als Kriterien der Wirksamkeit. Die Pharma-Industrie selbst spricht von einem „Durchbruch in der Krebs-Prävention“.

Davon kann schon deshalb keine Rede sein, weil der Gebärmuttermundhals- Krebs (Cervix Ca) ein relativ seltener Krebs ist, der in Deutschland lediglich für 3,16 % der Krebs-Neuerkrankungen bei Frauen und 1,76% der Krebsmortalität bei Frauen verantwortlich ist (Zahlen für 2002). Cervix Ca ist der 11-häufigste Organkrebs bei der Frau in Deutschland. Eine Zunahme der Inzidenz ist nicht zu befürchten, eher im Gegenteil: der – vor allem wegen HIV –nach wie vor anzunehmende und weit verbreitete Kondomgebrauch senkt das Risiko der Infektion mit HPV beträchtlich. Der einzig entgegenwirkende Faktor ist die anhaltende Zunahme des Rauchens bei Frauen.

Von einem „Durchbruch in der Krebsprävention“ zu sprechen, stimmt auch deshalb nicht, weil die Impfstrategie nicht weit trägt: von den häufigeren Karzinomen weist wohl keines eine Virusinfektion als notwendige Bedingung auf.

Einem „Durchbruch in der Krebsprävention“ könnte man sehr viel näher kommen, wenn modernere Ansätze lebensweltbezogener Prävention, mit denen das Verhalten und die hinter dem Verhalten stehenden Bedingungen im Hinblick auf Ernährung, Stressbewältigung, Bewegung und Rauchen in großem Umfang umgesetzt würden. Schließlich erklären sich 30% der Neuerkrankungen aller Krebsarten aus diesen Faktoren.

Die Inzidenz für Cervix Ca in Deutschland (ca. 12 je 100.000 Frauen, zum Vergleich: Haiti 94 je 100.000 Frauen) könnte hierzulande noch erheblich niedriger liegen, wenn im Hinblick auf die Früherkennung (Sekundärprävention) auch nur jene Qualität erreicht würde, wie sie in Schweden (Inzidenz 7,7 pro 100.000) oder Großbritannien (Inzidenz 8,2 pro 100.000) erreicht worden ist. Dass die Strategie der Sekundärprävention – das ist ein wenig atypisch für Public Health – die

derzeit best verfügbare ist, illustriert sich auch an der Tatsache, dass die Inzidenz seit Einführung des Screenings in Deutschland zu Beginn der 70er Jahre um ca. 60% gefallen ist. Für Verbesserungen müsste man sicherlich nicht den Abstand der Früherkennungsuntersuchungen (in Deutschland gesetzlicher Anspruch auf einen Abstrich – ‚Pap Smear‘ – pro Jahr) verkürzen, im Gegenteil: Gut organisierte Screenings kommen durchaus mit dem Dreijahresabstand aus, der in anderen Ländern üblich ist. Neben den Problemen der in Deutschland immer noch erheblichen Qualitätsmängel bei Befunderhebung und Interpretation stößt man dabei auf das ebenso gewichtige Faktum, dass Cervix Ca eine der Krankheiten ist, bei denen der Unterschied zwischen arm und reich am deutlichsten ausgeprägt ist: Frauen aus der Unterschicht haben ein ca. dreimal höheres Risiko zu erkranken als Frauen aus der Ober- und Mittelschicht. Andererseits gehen Frauen aus der Ober- und Mittelschicht in Deutschland 2,5 Mal häufiger zur Früherkennungsuntersuchung als Frauen aus der Unterschicht (inverser Schichtgradient). Insgesamt unterzieht sich nur knapp die Hälfte aller Frauen in Deutschland der kostenlosen Früherkennungsuntersuchung (Großbritannien ca. 70%), mit einem scharfen Abfall nach der Menopause (und damit vor dem zweiten Altersgipfel der Inzidenz).

Um diesen Missstand anzugehen, helfen – dies hat gerade wieder ein Health Technology Assessment aus der Medizinischen Hochschule Hannover (U. Walter et al. 2006) ergeben – vor allem Systeme mit persönlicher Einladung und persönlicher Erinnerung oder eben auch zugehende Versorgung in sozialen Brennpunkten, wie z. B. durch „Health Visitors“ in Großbritannien. Freilich geht die deutsche Gesundheitspolitik im neuen GKV-WSG (§ 62 SGB V) einen ganz anderen Weg, für den es keinerlei Evidenz gibt: Wer an Früherkennungsuntersuchungen nicht teilnimmt und später von der Zielkrankheit befallen wird, zahlt statt bis zu einem in Zukunft bis zu zwei Prozent seines jährlichen Bruttoeinkommens dazu. Es ist weder erwiesen noch plausibel, dass auf diese Weise gerade Menschen mit schlechter Bildung und geringer Zukunftsorientierung erreicht werden können. Dabei wären zielgerichtete Bemühungen in dieser Hinsicht durchaus lohnenswert: Schließlich kann Cervix Ca – theoretisch - zu mindestens 90 % durch Früherkennung und Frühbehandlung (Konisierung) verhütet werden.

Früherkennung bleibt auch nach der eventuellen Einführung einer Impfung erforderlich, weil die jetzt zugelassenen Impfstoffe lediglich jene Virustypen (16 und 18) ‚erwischen‘, die für 70 % der Inzidenz verantwortlich sind. Die Impfung ist damit eine typische Add-on-Technologie.

Für Früherkennung und Impfen gilt im Prinzip das gleiche: Menschen aus unteren Sozialschichten nehmen sie weniger in Anspruch als die besser Gestellten, obwohl letztere ein deutlich geringeres Risiko haben. Für die Bearbeitung solcher Herausforderungen ist fachlich Public Health und

institutionell in Deutschland die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) zuständig und kompetent. Man müsste sie nur beauftragen.

Eine Durchimpfung eines Mädchenjahrgangs in Deutschland (ca. 400.000) – das hat H. H. Abholz in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA, 2007) vorgerechnet – kostet ca. 200 Millionen Euro. Das erhöht die Ausgaben der GKV für Arzneimittel um ca. 0,8%. Die jetzt empfohlene Impfung aller 12 – 17jährigen Mädchen kostet natürlich zunächst ein Vielfaches. Wenn eine Durchimpfungsrate von 100 % erzielt würde (was völlig unrealistisch ist), könnten durch die Impfung 70 % der jährlich auftretenden ca. 6.500 Fälle, d. h. ca. 4.550 Fälle verhütet werden. Die Kosten pro verhüteten Fall betragen dann 44.000 Euro. Analog kostet ein durch die Impfung verhinderter Todesfall ca. 160.000 Euro.

Das klingt nach viel Geld. Es ist auch viel Geld, aber die Versicherten in Deutschland leben in einem der wenigen Länder der Erde, wo solche Kosten bei schweren Krankheiten entstehen und – dank des Solidarprinzips - auch bezahlt werden. Ungewöhnlich hoch ist die Summe im Bereich der Prävention: Die Impfung kostet genauso viel Geld wie alle deutschen Krankenkassen zusammen für die Primärprävention nach § 20 SGB V ausgeben dürfen, mit denen „insbesondere ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ geleistet werden soll.

Die Kosten pro verhindertem Krankheitsfall oder pro gerettete Leben lägen noch ca. 30 % höher, wenn die Früherkennung in Deutschland ähnlich effizient organisiert wäre wie in Schweden oder Großbritannien. Die Kosten der durch Impfung verhütbaren Krankheits- bzw. Todesfälle sind dabei noch aus anderen Gründen sehr konservativ geschätzt: Zum einen wegen des bereits erwähnten inversen Schichtgradienten. Zum anderen gehen diese Berechnungen davon aus, dass mit der einmaligen Impfung (mit 3 ‚shots‘) tatsächlich eine lebenslange Immunisierung erreicht wird. Dies ist aber weder bewiesen (und auch nicht beweisbar) noch plausibel. Jede Wiederholungsimpfung, ggf. mehrfach im Lebenslauf würde die Kosten entsprechend erhöhen bzw. vervielfachen. Zum dritten ist auch keineswegs klar, wie die ‚Virus-Welt‘ des HPV auf den Angriff gegen einige wenige von ca. hundert Varianten reagieren wird. Ob dann vielleicht andere, vielleicht ebenfalls krebserzeugende Virustypen an die Stelle der neutralisierten treten (serotype replacement), kann niemand voraussehen oder ausschließen. Das sind zwar ‚normale‘ (und unvermeidliche) Unsicherheiten vieler neuer Interventionen. Aber es gilt auch, dass die Strategie der Sekundärprävention solche Unsicherheiten nicht kennt.

Stellt man sich die – aus Systemsicht bereits stark eingeeengte – Frage, wo und wie mit 200 Mio. Euro für die Krebsprävention die größte gesundheitliche Wirkung zu erzielen wäre, dann hätte die HPV-Impfung wahrscheinlich keinen guten Stand. Es böte sich vielmehr an, zunächst die

Früherkennung auf Cervix Ca in ihrer Qualität und Reichweite zu verbessern und dabei von der soeben sehr aufwändig geschaffenen Logistik für das Brustkrebs-Screening Gebrauch zu machen. Da dies gewiss keine 200 Millionen Euro kosten würde, könnte man das restliche Geld in partizipativ gestaltete Setting-Projekte in sozial benachteiligten Orten bzw. Stadtteilen und Schulen stecken.

Dies würde freilich einen Grad an Rationalität bedeuten, den Gesundheitspolitik in der Regel nicht aufweist. Gegen die Koalition aus Pharma-Industrie und impfbereiten Ärzten haben Konzepte wie das hier vorgetragene regelmäßig eine nur geringe Chance. Sie stoßen auch in der Bevölkerung nicht auf ungeteilte Zustimmung: Die Impfung als individuelle und passiv zu empfangende ärztliche Maßnahme entspricht noch immer weithin dem Wunschbild von Krankheitsverhütung des medizingläubigen Publikums. Wahrscheinlich ist deshalb, dass in Zukunft Impfung und Früherkennung nebeneinander her laufen werden. Die Inanspruchnahme der Früherkennung wird vermutlich infolge der Illusion ‚Sicherheit durch Impfung‘ sinken. Und ob für Impfung und für Früherkennung die notwendigen und möglichen Bemühungen zur Verringerung der schichtenspezifischen Inanspruchnahme ergriffen werden, bleibt ungewiss. Dies ist eine Frage des politischen Willens.

Rolf Rosenbrock leitet die Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und ist Professor für Gesundheitspolitik an der TU Berlin. Seit 1999 gehört er dem Sachverständigenrat im Gesundheitswesen an.

erschienen in: Dr. med. Mabuse Nr. 167, 2007