

Antrag

der Abgeordneten Helga Kühn-Mengel, Hildegard Wester, Regina Schmidt-Zadel, Klaus Kirschner, Dr. Hans-Peter Bartels, Anni Brandt-Elsweier, Dieter Dzewas, Marga Elser, Hans Forster, Arne Fuhrmann, Renate Gradistanac, Kerstin Griese, Anke Hartnagel, Eike Hovermann, Christel Humme, Christine Lehder, Eckhart Lewering, Christa Lörcher, Götz-Peter Lohmann (Neubrandenburg), Dr. Martin Pfaff, Dr. Carola Reimann, Christel Riemann-Hanewinckel, Marlene Rupprecht, Dr. Hansjörg Schäfer, Wilhelm Schmidt (Salzgitter), Horst Schmidbauer (Nürnberg), Fritz Schösser, Dr. Margrit Spielmann, Dr. Angelica Schwall-Düren, Rolf Stöchel, Lydia Westrich, Dr. Wolfgang Wodarg, Hanna Wolf (München), Dr. Peter Struck und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Monika Knoche, Christa Nickels, Irmingard Schewe-Gerigk, Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Brustkrebs – Mehr Qualität bei Früherkennung, Versorgung und Forschung – Für ein Mammographie-Screening nach europäischen Leitlinien

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Bundestag stellt fest:

1. Jährlich erkranken in Deutschland etwa 47 000 Frauen an Brustkrebs, und jedes Jahr sterben ca. 17 000 Frauen an dieser Tumorart. In der Europäischen Union geht man von ca. 135 000 Neuerkrankungen und etwa 58 000 Brustkrebs-Todesfällen pro Jahr aus.

Obwohl Brustkrebs in Europa und den USA als vorrangiges Problem der Frauengesundheit gesehen wird, sind bis heute große Unterschiede bei der Brustkrebsbekämpfung zu verzeichnen.

Internationale wissenschaftliche Studien belegen, dass sich die Zahl der Brustkrebs-Todesfälle bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren durch ein Mammographie-Screening um 20 bis 30 Prozent verringern ließe, wenn die Früherkennung unter gesicherten Qualitätsbedingungen stattfände.

Auf Deutschland übertragen heißt dies: In der Altersgruppe der 50- bis 70-jährigen Frauen könnten pro Jahr ca. 3 500 Todesfälle, etwa 10 pro Tag, vermieden werden.

Die Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings stellt so den wichtigsten Einzelbeitrag zur Verbesserung der Brustkrebssterblichkeit in Deutschland dar. In England, Schweden, Finnland, Norwegen und den Niederlanden wurden solche Vorsorgeprogramme teilweise bereits vor mehr als 10 Jahren eingeführt; in Belgien, Irland und Italien ist mit der Einführung von Mammographie-Screening-Programmen begonnen worden. Auch in Tei-

len der USA und Kanada wird ein solches qualitätsgesichertes Mammographie-Screening angeboten.

Die Wirksamkeit dieser Programme hinsichtlich der Senkung der Brustkrebssterblichkeit ist auf der Grundlage von 8 großen randomisierten Studien gesichert. Neue Auswertungen bestätigten Senkungen der Brustkrebssterblichkeit der an einem Screening teilnehmenden Frauen in einigen Regionen Schwedens bis zu 63 Prozent.

Für die genannten Länder entstanden bei der Einführung des qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings, zumindest in den ersten Jahren, Zusatzkosten, weil noch kein Screening bestand. In Deutschland haben wir eine besondere Situation: Es besteht ein teures, aber nicht genügend wirksames „graues Screening“.

2. Mehr als 4 Millionen Mammographien werden in Deutschland jährlich bereits durchgeführt. Das sind 500 000 mehr als für die Einführung eines flächendeckenden qualitätsgesicherten Screenings mit einer Teilnehmerinnenrate von mindestens 70 Prozent der in Frage kommenden Frauen notwendig wäre.

Dieses „graue Screening“ ist im Zusammenhang zu sehen mit der Tatsache, dass die Krankenkassen zum jetzigen Zeitpunkt eine Mammographie nur bei Risikopatientinnen oder bei Vorliegen eines Brustkrebsverdachtess kostenmäßig erstatten. Anlass der Mammographie ist häufig ein Verdacht, der sich nicht bestätigen lässt.

Die in Deutschland durchgeführten Mammographien entsprechen in der Regel nicht den 1994 entwickelten, international anerkannten europäischen Leitlinien: Diese schreiben spezielle Zentren vor mit der notwendigen Ausrüstung, mit technischer Qualitätskontrolle, Aufnahme- und Auswertungsmethodik und der erforderlichen Ausbildung der am Screening beteiligten Fachkräfte.

Die in Deutschland durchgeführte Ausschlussdiagnostik erfüllt diese Voraussetzungen nicht: Es gibt keine grundsätzliche Doppelbefundung aller Aufnahmen, keine tägliche Qualitätskontrolle der Technik, die Mindestzahl von 5 000 Mammographien pro Jahr und Auswerter/in wird in der Regel nicht erreicht, wir haben kein Einladesystem der teilnehmenden Frauen, keine zentrale Brustkrebsregistrierung.

Vor allem haben die in Deutschland durchgeführten Mammographien nicht zu einer Absenkung der Brustkrebssterblichkeit geführt.

3. Das „graue Screening“ verursacht, neben erheblichen psychischen Belastungen für die Frauen, unnötige Kosten durch zu spät entdeckte Brustkrebstumore, die dann nur noch sehr aufwendig behandelt werden können (falsch-negative Befunde), und durch unnötige Behandlungen und Wiederholungsuntersuchungen bei Frauen, die trotz eines positiven Befundes der Mammographie keinen Brustkrebs haben (falsch-positive Befunde). Für eine 50-jährige Frau beträgt das Risiko, in den nächsten 20 Jahren einen falsch-positiven Befund im „grauen Screening“ zu haben, 50 Prozent, falls sie im Abstand von 2 Jahren daran teilnimmt.

In einem qualitätsgesicherten Screening nach europäischen Leitlinien kann diese Rate bis auf 3,5 Prozent gesenkt werden. Würde das „graue Mammographie-Screening“ in ein qualitätsgesichertes Screening in Deutschland überführt werden können, könnten die jährlichen Kosten der gesetzlichen Krankenkassen in erheblichen Umfang gesenkt werden.

4. Der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen hat im Jahr 1998 die Durchführung von drei Modellprojekten zur Einführung eines Screenings nach den europäischen Leitlinien beschlossen. Diese auch vom Bundesministerium für

Gesundheit geförderten Projekte sollen in 2001 in den Regionen Weser-Ems, Taunuskreis-Wiesbaden und in Bremen beginnen. Die Modellprojekte führen zu einem wertvollen Gewinn an Kompetenz und Erfahrung für die Einführung eines qualitätsgesicherten Screenings in Deutschland. Sie leisten aber keinen wesentlichen Beitrag für die Beantwortung der Frage, wie das bereits bestehende „graue Mammographie-Screening“ in ein qualitätsgesichertes Screening nach europäischen Leitlinien flächendeckend überführt werden kann. Durch die laufenden Modellprojekte darf es nicht zu einer weiteren Verzögerung bei der Überführung des bestehenden Screenings in ein Screening nach europäischen Leitlinien kommen.

Ein Screening muss an höchste Qualitätsanforderungen gekoppelt sein – nur dann kann es Leben von Frauen retten oder Lebensqualität verbessern. Ein schlechtes Screening gefährdet die Gesundheit von Frauen, belastet durch falsch-positive oder falsch-negative Befunde und durch unnötige Folgemaßnahmen (Biopsien, Operationen). Nicht zuletzt stellt ein nicht qualitätsgesichertes Screening eine erhebliche finanzielle Belastung der Krankenkassen dar.

Vor dem Hintergrund sinkender Mortalitätsraten bei Brustkrebs in europäischen Nachbarländern fordern immer mehr Frauen ein qualitätsgestütztes Mammographie-Screening. Entscheidend ist aber, aufzuklären und Transparenz herzustellen über angestrebte Qualitätsnormen und über die im Screening erzielten Ergebnisse:

Nur dann haben Frauen die Möglichkeit, sich für oder gegen das Screening-Programm zu entscheiden. Ein Mammographie-Screening bedarf einer breiten Akzeptanz in der Zielgruppe der 50- bis 70-jährigen Frauen. Mindestens 70 Prozent dieser Frauen müssten am Mammographie-Screening teilnehmen, um die Sterblichkeitsrate zu senken.

Die Verpflichtung zur Transparenz, zur Information und Einbindung der beteiligten Frauen ist daher ein notwendiges Kriterium für das Gelingen des Screening-Programms.

Wir brauchen in Deutschland ein vollständiges, flächendeckendes Krebsregister (nach IARC-Standard) zum Aufbau optimaler Behandlungsqualität, zur Verbesserung der Transparenz in der Versorgung, als Grundlage für weitere klinische und epidemiologische Forschung.

II. Der Deutsche Bundestag fordert daher die Bundesregierung auf,

1. den mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz eingeschlagenen Weg der Qualitätssicherung, der Möglichkeit zur integrierten Versorgung, der evidenzbasierten Medizin konsequent auszubauen und gezielt die Qualitätsverbesserung in der Brustkrebsfrüherkennung zu fördern;
2. alle Voraussetzungen zu schaffen für die Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings nach europäischen Leitlinien. Hierzu gehören flankierend:
flächendeckende, standardisierte Brustkrebsregistrierung, ein bevölkerungsbezogenes Einladungssystem, ein externes Qualitätsmonitoring und die Verpflichtung der Krankenkassen, Screening-Mammographien, die den Standards der europäischen Leitlinien voll entsprechen, in den Leistungskatalog aufzunehmen;
3. die Krankenkassen zu verpflichten, einheitlich und gemeinsam ein flächendeckendes Screening-Programm für Frauen nach den europäischen Leitlinien bis zum Jahre 2003 durch zertifizierte Mammographie-Einrichtungen einzuführen. An der Einführung eines solchen Programms können die Kasernenärztlichen Vereinigungen beteiligt werden.

Die am Screening teilnehmenden Zentren müssen nach den Leitlinien der Europäischen Union von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen nach dem EUREF-Standard zertifiziert werden. Darüber hinaus werden die Krankenkassen verpflichtet, bis zum Jahr 2005 alle ambulant durchgeführten Mammographien, d. h. auch die der Abklärung von verdächtigen Befunden dienenden Mammographien, in die am Screening teilnehmenden Zentren zu überführen. In die Finanzierung der Screening-Programme sind die bisher von den Krankenkassen über die Gesamtvergütung für Mammographie eingebrachten Mittel einzubringen;

4. die Zertifizierung von Einrichtungen zu fördern, die leitlinienorientierte, qualitätsgesicherte Mammographie anbieten;
5. die Qualität der Behandlung zu sichern. Optimale Früherkennung, das zeigen die Erfahrungen anderer Länder, erweist sich als qualitätsfördernd auch für die folgenden Behandlungsschritte: Brustkrebs muss flächendeckend nach evidenzbasierten Leitlinien behandelt werden. Nur so können Unter- und Fehlversorgung abgebaut und jeder Frau, unabhängig von ihrem Bildungsstatus, ihrer sozialen Situation und ihrem Wohnort, eine optimale Prävention, Früherkennung, Therapie und Nachsorge bei Brustkrebs zur Verfügung gestellt werden;
6. die Öffentlichkeitsarbeit und die Patientinnenberatung zu verstärken: Frauen haben ein Recht darauf zu wissen, wo sie hochwertige Diagnostik, Behandlung und Nachsorge nach europäischen Standards erwarten können.

Das im Gesundheitsstrukturreformgesetz im § 65 SGB V verankerte Instrument der Patientinnenberatung soll hierbei auch berücksichtigt werden;

7. ein vollständiges, flächendeckendes Krebsregister (nach IARC-Standard) einzurichten, welches als Grundlage für weitere klinische und epidemiologische Forschung und damit auch dem Aufbau verbesserter Behandlungsqualität dient;
8. ein externes Qualitätsmonitoring zu etablieren, das die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller im Screening Beteiligten organisiert, dokumentiert, publiziert und mit anderen europäischen Wissenschaftszentren vernetzt. Nur so kann optimale Transparenz und Rückmeldung über die erreichte Qualität von der Früherkennung bis zur Nachsorge hergestellt werden;
9. die Versorgungsforschung zu intensivieren. In diesem Bereich fehlen in Deutschland, verglichen mit den Nachbarländern, valide Daten, die Auskunft geben über die Qualität der Früherkennung, der Behandlung und der Nachsorge, über die Variabilität der Versorgung, über die Verteilung der Ressourcen im System.

Auch die Ursachenforschung und die Forschung auf dem Gebiet der Primärprävention gilt es zu unterstützen. Bisher gibt es wenig Wissen über Verfahren und Verhaltensweisen, die geeignet sind, die Sterblichkeit bei Brustkrebs präventiv zu verringern.

Berlin, den 27. Juni 2001

Dr. Peter Struck und Fraktion
Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und Fraktion