



Was sagen Frauen (und Patientinnen) zur Screening-Möglichkeit?

14. Bayreuther Gespräch

Samstag, 2. August 2008

Referentin: Annette Kruse-Keirath

Grundsätzlich positiv



Das Screening ist (nur) ein wichtiger, erster Schritt in Richtung verbesserte Brustkrebsfrüherkennung!

- Es steht erstmals ein flächendeckendes Früherkennungsprogramm für Frauen in der gesamten Bundesrepublik zur Verfügung.
- Das Screening bietet in allen Einrichtungen eine qualitätsgesicherte Untersuchungsdurchführung.
- Das Programm erreicht über das Einladungssystem auch Frauen, die ansonsten keine Früherkennungsmöglichkeiten nutzen könnten oder würden.

Was wir Frauen kritisch anmerken:

Beschränkung auf eine Altersgruppe

Beschränkung auf eine Methode (rein apparative Untersuchung ohne Arztkontakt!)

Beschränkung auf bestimmte medizinische Einrichtungen

Was wir Frauen kritisch anmerken:

Beschränkung auf
Diagnostikzentren – ohne
Anbindung an qualifizierte
Brustzentren

Beschränkung auf ein bestimmtes
Qualitätsverständnis

Beschränkung des
Selbstbestimmungsrechts von
Frauen



Beschränkung auf eine Altersgruppe

Die „offizielle“ Begründung:

- Frauen zwischen 50 und 69 sind am häufigsten von Brustkrebs betroffen
- Das Verhältnis von Risiko durch Strahlenbelastung zu diagnostischem Nutzen ist in dieser Altersgruppe am günstigsten
- Mit der Mammographie lassen sich (angeblich) zum Screeningzeitpunkt in dieser Altersgruppe 85 bis 90 Prozent der Brustkrebse erkennen

(Qualitätsbericht der KBV 2006)

Beschränkung auf eine Altersgruppe

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- für Frauen in den nicht screening-relevanten Altersgruppen besteht ein diagnostisches Defizit
- Brustkrebsfrüherkennung heißt für diese Frauen „Sicher fühlen“: Selbstuntersuchung und Tastuntersuchung beim Frauenarzt
- Früherkennung ist dann oft Spätentdeckung mit verschlechterten Therapieoptionen - denn insgesamt mehr als 50 Prozent der zu erwartenden Brustkrebsfälle liegen außerhalb der screeningrelevanten Altersgruppe!

Die Selbstuntersuchung ist keine wirkliche Früherkennung!

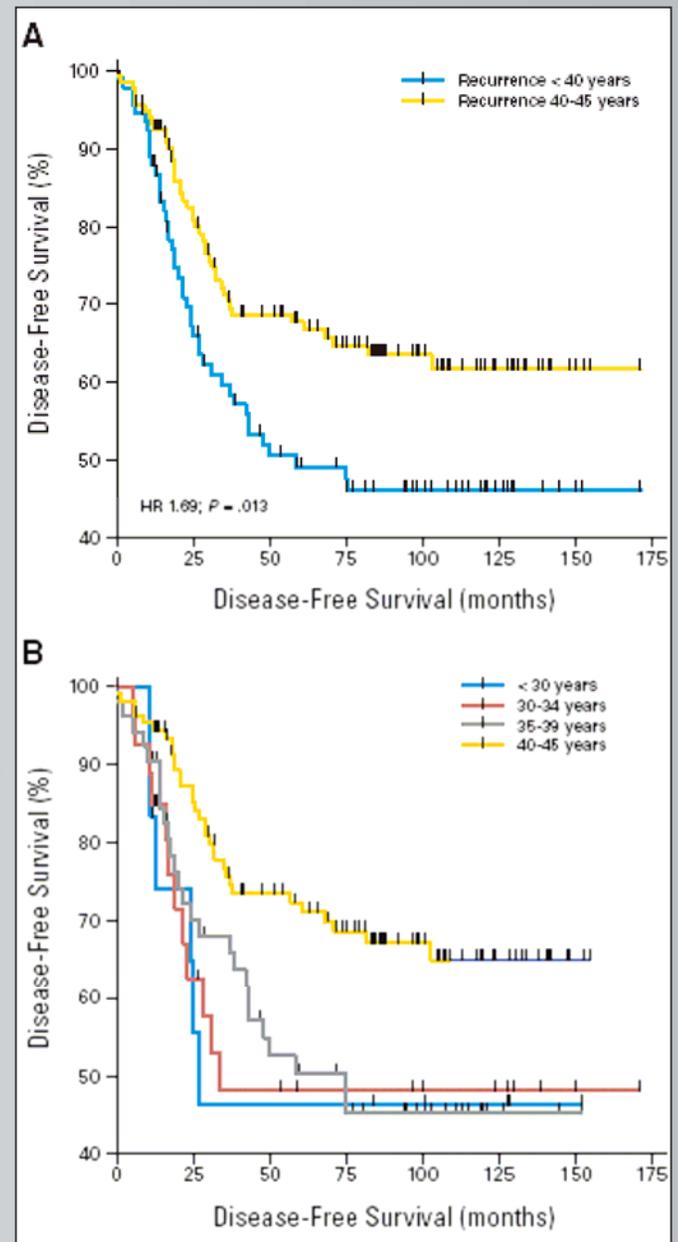


Jüngst veröffentlichte Studien
aus Skandinavien zeigen:

(Kosters/Gotzsche, Nordic Cochrane Center Kopenhagen)

Die regelmäßige Selbstuntersuchung
der Brust hat keine Auswirkungen auf die
Brustkrebssterblichkeit!

Brustkrebs bei jungen Frauen ist aggressiver und häufiger tödlich (brustkrebserkrankte Frauen unter 50 haben die höchste Todesrate!)



Quelle: Anders, Hsu, Broadwater:
Young Age at Diagnosis correlates with
worse prognosies and defines subset of Breast Cancer with shared
patterns of gene expression,
Journal of Clinical Oncology, Nr. 20, July 10 2008

Endlich kritisieren Ärzteverbände die Alterseinschränkung



Wider besseres Wissen dürfen wir aufgrund der Rechtslage keine präventive Mammographie außerhalb des Screenings durchführen, denn sie gilt bei einer 50-Jährigen als dringend empfohlene Brustkrebsvorsorge, bei einer 49-Jährigen aber als Körperverletzung. In der Praxis gestaltet sich das Dilemma für den Frauenarzt folgendermaßen: Einer beschwerdefreien 45-jährigen Patientin muss ich eine vorsorgliche Mammographie verweigern, weil keine medizinische Indikation vorliegt.

Erkrankt dieselbe Patientin ein Jahr später an einem Mammarkarzinom, habe ich ein Haftungsproblem. Verordne ich dagegen eine Überweisung mit einer nicht korrekten Indikation, begehe ich mit dieser so genannten 'grauen Mammographie' einen Versicherungsbetrug.

Es muss möglich sein, dass sich eine Patientin nach entsprechender Aufklärung eigenverantwortlich für oder gegen eine röntgenologische Prävention entscheiden kann. Der jetzige Zustand kommt einer Entmündigung der Frauen gleich!



Frühe Diagnose – gesundheitsökonomisch zu teure (Über)Lebensjahre?

Bei einer Screening-Untersuchung ist nicht die frühzeitige, sondern die rechtzeitige Entdeckung entscheidend.

„Mancher Tumor kann ruhig auch etwas später entdeckt werden, weil die Frau den Krebs sowieso überlebt!“

Prof. Sylvia Heywang Köbrunner

Frühe Diagnose – gesundheitsökonomisch zu teure (Über)Lebensjahre?

Obwohl immer wieder behauptet wird, dass Früherkennungsuntersuchungen zu Einsparungen im Gesundheitssystem führen können, gibt es derzeit keine einzige Früherkennungsmaßnahme, die unter Berücksichtigung der durch das Screening induzierten Kosten (Früherkennungsuntersuchung, Abklärungsdiagnostik, Therapie, organisatorische Kosten etc.) nachgewiesener Maßen zu Einsparungen im Gesundheitssystem führt. Im National Health System in Großbritannien, das häufig mit einer vorrangig an wirtschaftlichen Gesichtspunkten orientierten Gesundheitspolitik assoziiert wird, gilt häufig ein "Kosten-Nutzen-Verhältnis" von 30.000 – 50.000 Pfund pro qualitätsadjustiertem Lebensjahr (QALY) als akzeptabel.

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss: Bericht der Arbeitsgruppe Zuzahlung des UA
Prävention, Mai 2007

Frühe Diagnose – gesundheitsökonomisch zu teure (Über)Lebensjahre?

QALYS: quality adjusted life years (qualitätsadjustierte Lebensjahre)

Eingriff	Gewonnene Lebensjahre	Gewinn an QALY	Kosten pro QALY
Adjuvante Chemotherapie bei Brustkrebs ohne Knoten, Alter 45	0,916	0,425	9.300
Behandlung schwerer Hypertonie, Männer Alter 40	4	3,9	12.800
Koronarer Bypass 3, leichte Angina, Alter 55	0,6	0,7	33.600
Hormonersatztherapie, Alter 55 – 65	0,046	0,039	63.600
Behandlung schwerer Hypertonie, Männer Alter 60	1,5	1,4	68.500
Adjuvante Chemotherapie bei Brustkrebs ohne Knoten, Alter 75	0,241	0,15	86.200
Adjuvante Chemotherapie bei Dukes C Dickdarmkrebs Alter 60	1,8	0,1	211.000

Frühe Diagnose – gesundheitsökonomisch zu teure (Über)Lebensjahre?

Cost effectiveness of mammographic screening compared with other procedures

Procedure	MCYLS \$
Coronary artery bypass grafting (left main artery)	7.300
Mammographic screening	15.000 – 40.000
Mild hypertension treatment	32.600
Coronary aterery bypass grafting (angina)	62.900
Liver transplantation	225.900

MCYLS: Marginal cost per year life safed

Beschränkung auf eine Altersgruppe

Was wir Frauen kritisch anmerken:

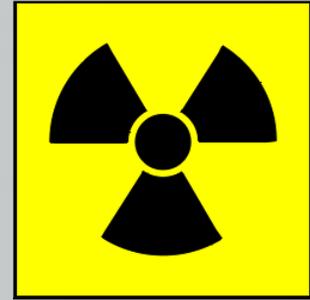
- Das Strahlenrisiko für Frauen unter 50 wird überbewertet
- Ab dem 40. Lebensjahr darf jede Frau davon ausgehen, dass bei einer Mammographie der Nutzen mindestens 100mal größer ist als das Risiko der Untersuchung. Diese Relation steigt mit dem Lebensalter deutlich an.

Quelle: Prof. Horst Jung: Das Strahlenrisiko der Mammographie in der Darstellung der Medien, Fortschr. Röntgenstr. 169,4, Stuttgart, New York 1998

- Das Risiko einer Strahlenbelastung durch Mammographie entspricht ungefähr dem Todesrisiko von drei gerauchten Zigaretten pro Jahr!

Quelle: Qualitätsbericht der KBV 2006, Seite 7, Interview mit Prof. Dr. Heywang-Köbrunner

Strahlenexposition – wirklich eine Gesundheitsgefährdung?



Im Vergleich zu den anderen Risiken des Lebens wie sie sich beispielsweise durch Rauchen, Alkohol oder ungesunde Ernährung ergeben, ist das Strahlenrisiko durch eine Mammographie verschwindend gering.

Das Gesamtrisiko, im Leben an Brustkrebs zu erkranken, steigt (bei 30 Untersuchungen zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr) somit durch diese häufigen Untersuchungen rechnerisch von 12 % auf 12,047% an.

Quelle: Prof. Horst Jung: Das Strahlenrisiko der Mammographie in der Darstellung der Medien, Fortschr. Röntgenstr. 169,4, Stuttgart, New York 1998

Strahlenexposition – wirklich eine Gesundheitsgefährdung?

Lebensalter-Mortalitätsrisiko durch strahleninduzierten Brustkrebs in
Abhängigkeit vom Lebensalter bei der Strahlenexposition

Alter bei Exposition	Risikokoeffizient
0- 9	1,29
10-19	2,95
20-29	0,52
30-39	0,43
40-49	0,20
50-59	0,06
> 60	0
Mittelwert	0,7

Beschränkung auf eine Altersgruppe

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- auch Frauen über 70 profitieren von einer bildgestützten Vorsorgeuntersuchung: Karzinome lassen sich bei älteren Frauen wegen des weniger drüsendichten Gewebes mittels Mammographie leichter aufspüren, die Mortalität sank um ein Drittel

Quelle: Medical Tribune, 18.6. 2008: Länger leben ohne Brustkrebs

Für die nicht screeningrelevanten Altergruppen bleibt als Brustkrebs- Früherkennung

- Selbstuntersuchung der Brust
- Tastuntersuchung beim Frauenarzt
- Sonographie und MRT als Selbstzahlerleistung
- kurative Mammographie durch Herbeiführen einer „rechtfertigenden Indikation“

Das ist Früherkennung auf dem Stand
der 70er Jahre!

Beschränkung auf eine Methode

Die „offizielle“ Begründung:

- das Mammographie-Screening hat als einzige Früherkennungsuntersuchung den Studien-Nachweis erbracht, dass die Brustkrebssterblichkeitsrate gesenkt werden kann
- andere Methoden wie Ultraschall und MRT sind nicht hinreichend durch Studien geprüft und eignen sich nicht für das Screening
- durch Anwendung zusätzlicher Verfahren steigt die Zahl von Fehldiagnosen

Beschränkung auf eine Methode

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- Frauen fürchten nicht die Fehldiagnose, sondern eine späte, wenn nicht gar zu späte Diagnose!
- „Mammographisch ohne Befund“ heißt nicht „gesund“ – Frauen werden in falscher Sicherheit gewogen mit der Gefahr von steigenden Zahlen an Intervall-Karzinomen
- als einzigste Untersuchungsmethode reicht die Mammographie allein – insbesondere bei drüsendichten Brüsten - nicht aus!

Beschränkung auf eine Methode

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- bei über 50jährigen Frauen, die unter Hormontherapie stehen, ist die Mammographie nahezu „blind“: Denn es findet keine Rückbildung des Drüsenkörpers statt!
- mindestens 30 Prozent der Brustkrebse werden nach Studien aus den Niederlanden und anderen Ländern mit der Mammographie allein nicht diagnostiziert

Beschränkung auf eine Methode

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- Die nach den europäischen Leitlinien akzeptierte Rate der Intervallkarzinome (30 Prozent im ersten Jahr, 50 Prozent im zweiten Jahr) ist zu hoch!
- die EU-Recall-Soll-Vorgabe für die Abklärungsdiagnostik von <7 % bei Screeningbeginn und < 5% für die Folgedurchgänge verschlechtert die Chancen für eine wirkliche Früherkennung

Beschränkung auf eine Methode

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- „Brustkrebs-Früherkennung“, die diesen Namen verdient, umfasst eine risikoadaptierte Diagnostik-Kette aus verschiedenen Methoden, um die Grenzen der einzelnen Verfahren zu überwinden
- die Beschränkung auf eine Methode ist in erster Linie eine Kostenentscheidung: Eine Früherkennung „state of the art“ für alle Frauen wäre zu teuer für das Gesundheitssystem!

Beschränkung auf eine Methode

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- Fortschritt entsteht durch Erfahrung:
Frauen leben nicht epidemiologisch und wollen nicht solange warten, bis Studien den Nutzen einer Methode bewiesen haben!
- Wissenschaft ist nicht zweckfrei:
Studien haben immer ein die „Erkenntnis leitendes Interesse“ – vielleicht fehlen deshalb Studien zu MRT und Sonographie in Deutschland, weil die Ergebnisse nicht gewünscht werden oder nicht von Interesse sind?



Beschränkung auf bestimmte medizinische Einrichtungen

Die „offizielle“ Begründung:

- Nur die zertifizierten Screening-Einheiten erfüllen Qualitätsstandards gemäß den europäischen Leitlinien hinsichtlich der Untersuchungs-, Befund-, Geräte- und Organisationsqualität
- die Kompetenzbündelung in Screening-Zentren allein garantiert eine Brustkrebsfrüherkennung, die konsequent und qualitätsorientiert angeboten werden kann und so die Brustkrebssterblichkeit bei Frauen reduziert (anders als beim „grauen Screening“)

Beschränkung auf bestimmte medizinische
Einrichtungen

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- schon vor Einführung des Screening gab es Zentren, die auf Mammadiagnostik spezialisiert waren (z.B. Unikliniken) – diese sind durch das Qualitätskriterium „Vertragsarztstatus“ von der Brustkrebsfrüherkennung ausgeschlossen
- die universitäre Ausbildung wird von der Brustkrebsfrüherkennung abgekoppelt – mit der Folge des Ausbildungsdefizits bei der Prävention für nachfolgende Ärztegenerationen

Beschränkung auf bestimmte medizinische
Einrichtungen

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- durch die Monopolisierung im Screening ist die Mammographie zu einem lukrativen Umsatzfaktor für Praxen geworden (extrabudgetäre Vergütung im Rahmen der Prävention)
- das Screening macht die Mammographie auch für Praxen interessant, die bislang kein allzu großes Interesse an der Mammadiagnostik hatten und nicht immer über entsprechend langjährige Erfahrungen verfügen!

So wird die Mammographie im GKV-Bereich honoriert: Screening und kurativ

Honorierung Screening				
	Ziffer	Punkte	Punktwert	Honorar €
Mammographie, zwei Ebenen	01750	1.215	0,0458 €	55,65 €
Beurteilung Aufnahmen	01751	90	0,0458 €	4,12 €
				59,77 €
Abklärungsdiagnostik (nur Programmverantwortlicher Arzt)				
Stanze US und Röntgen	01753	1.970	0,0458 €	90,23 €
Stanze US	01754	1.380	0,0458 €	63,20 €
Stanze Röntgen je Seite	01755	2.470	0,0458 €	113,13 €
Zuschlag Vakuumstanze, Röntgen	01759	710	0,0458 €	32,52 €
Histologie	01756	215	0,0458 €	9,85 €
Aufbereitung Biopsie-Material	01757	235	0,0458 €	10,76 €
Teilnahme Fachkonferenz	01758	140	0,0458 €	6,41 €

kurative Mammographie GKV				
Mammographie beide Brüste	34270 x2	750	0,0300 €	45,00 €
Beurteilung Aufnahmen/Konsultationspauschale	24211	125	0,0300 €	3,75 €
Mammateilaufnahme	34272	690	0,0300 €	20,70 €
				48,75 €
Quote 80 Prozent				39,00 €
Abklärungsdiagnostik				
Ultraschalluntersuchung	33041	465	0,0300 €	13,95 €
Stanze Röntgen	34271	2.355	0,0300 €	70,65 €
Stanze Ultraschall	08320	1.195	0,0300 €	35,85 €
Zuschlag Vakuumstanzbiopsie	34274	645	0,0300 €	19,35 €

Punktwerte KVWL

Besonders lukrativ: Mammadiagnostik bei Privatpatientinnen (auch im Screening)

Mammagdiagnostik PKV		
Mammographie, beide Seiten	5266	94,42 €
Zuschlag digitales Röntgen	5298 x2	13,12 €
Beratung	1	10,72 €
Befundbrief	75	17,43 €
		135,69 €
Ultraschalluntersuchung	418,3x410	60,32 €
Stanze US	418, 2410,443	170,94 €
Stanze Röntgen	2410,443,5266,5298	196,61 €

Beschränkung auf bestimmte medizinische Einrichtungen

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- auch andere Praxen und Kliniken – nicht nur die Screening-Einheiten – erfüllen z.T. schon lange die Qualitätsstandards der europäischen Leitlinien!
- echte Qualität beweist sich in einem fairen und freien Angebotswettbewerb, an dem alle Anbieter teilnehmen können, die die definierten Qualitätskriterien erfüllen (wie z.B. in den USA)!
- Zentralisierung und Monopolisierung heißt nicht automatisch Qualitätsgewinn; denn Klasse und Masse vertragen sich nicht!

Beschränkung auf Diagnostikzentren – ohne
Anbindung an qualifizierte Brustzentren

Die „offizielle“ Begründung:



Beschränkung auf Diagnostikzentren – ohne
Anbindung an qualifizierte Brustzentren

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- die europäischen Richtlinien werden vielfach nicht eingehalten – Screening (ambulante Versorgung) und Brustzentren (Kliniken) existieren nebeneinander!
- der Begriff „Brustzentrum“ ist nach wie vor nicht geschützt – viele Zentren nennen sich „Brustzentrum“ ohne die entsprechenden europäischen Standards nachzuweisen!



Der Begriff „Brustzentrum“ an sich ist nicht geschützt, eine qualitativ hochwertige Versorgung wird dadurch nicht notwendigerweise garantiert. Ein durchlaufenes Zertifizierungsverfahren nach den recht strengen Regeln der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) ist da schon ein weit größerer Anhalt für eine hohe Versorgungsqualität. InFo Onkologie sprach mit Diethelm Wallwiener, dem Leiter des Brustzentrums Tübingen und Präsidenten der DGS.

Innerhalb der letzten fünf Jahre haben sich 169 Brustzentren nach den recht strengen Regeln der DGS und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizieren lassen – konnte dadurch die Spreu vom Weizen getrennt werden?

Wallwiener: Die von der DGS und der DKG zertifizierten Zentren müssen ein hohes Qualitätsniveau haben und einen entsprechenden Standard bezüglich Diagnostik, Therapie und Nachsorge aufweisen.

Im Gegensatz dazu müssen diese Kriterien bei selbst ernannten Zentren nicht erfüllt sein, zumindest gibt es keine übergeordnete Stelle, die dies überprüft. Zuverlässige Angaben zur Gesamtzahl dieser selbst ernannten Zentren gibt es nicht. Die Anzahl von nicht zertifizierten Brustzentren ist allerdings rückläufig. Fachkundige niedergelassene Kollegen, besonders aber die Selbsthilfegruppen, haben hierbei positiv Einfluss genommen.

Der Name
„Brustzentrum“
bedeutet nicht
automatisch
„Qualität“!

Quelle: Interview Prof. Dr. Wallwiener,
Patienteninfo der Deutschen
Gesellschaft für Senologie, Juli 2008

Beschränkung ein bestimmtes Qualitätsverständnis

Die „offizielle“ Begründung:

- Die Qualitätssicherung entspricht den europäischen Leitlinien hinsichtlich Untersuchungs-, Geräte- und Organisationsqualität
- Sie umfasst alle Ebenen des Versorgungsbereichs – von der Einladung der Frau über die Screening-Untersuchung, die Abklärungsdiagnostik bis zur Diagnosestellung und die Überleitung in die Therapie
- Qualitätsoptimierung erfolgt durch kontinuierliches praxisinternes und externes Monitoring der relevanten Qualitätsindikatoren

Beschränkung ein bestimmtes Qualitätsverständnis

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- Wünsche und Bedürfnisse der Frauen und die von allen QM-Systemen geforderte Berücksichtigung der Patientenzufriedenheit spielt als Qualitätskriterium keine Rolle
- Qualität wird nur systemimmanent definiert und kontrolliert
- Frauen werden zum Objekt einer anonymen, medizinischen Reihenuntersuchung

Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts von Frauen

Die „offizielle“ Begründung:

- nur ein qualitätsgesichertes Screening garantiert wie in anderen europäischen Ländern eine Reduzierung der Brustkrebssterblichkeit
- Qualitätssicherung muss bei der bevölkerungsbezogenen Früherkennung Vorrang vor Individualität haben (Epidemiologie ist entscheidender als Individualität!)

Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts von Frauen

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- „Symptomlose Frauen werden in das Screening „gezwungen“ - es gibt in Deutschland keine individuelle Früherkennung außerhalb des Screenings!
- Frauen werden entmündigt, denn die freie Arzt- und Therapiewahl ist im Bereich der Brustkrebsfrüherkennung zugunsten einer konfektionierten Standarddiagnostik abgeschafft!

Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts von Frauen

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- Das „Recht auf Früherkennung“ wird politisch rationiert – die weibliche Brust ist nur noch für 19 Jahre besonders schützenswert!
- Frauen werden im Bereich der Brustkrebsfrüherkennung vor sich selbst geschützt: Jede Frau darf sich auf eigene Kosten einer Schönheitsoperation mit Narkoserisiko unterziehen, nicht jedoch einer Mammographie!

Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts von Frauen

Was wir Frauen kritisch anmerken:

- Frauen werden über Nutzen und Grenzen des Screenings nur unzureichend informiert:
Das Screening wird als „allein seligmachende Methode“ dargestellt!
- Die „mündige Patientin“ ist nicht gewünscht, das Prinzip der „shared decision“ ist außer Kraft gesetzt – denn Gesundheitspolitik, Strahlenschützer, Krankenkassen und Ärzte entscheiden darüber, was gut für Frauen ist!

Was wir Frauen erwarten und einfordern:

- umfassende und faire Informationen über Möglichkeiten und Grenzen des Screenings
- Zugang von Frauen aller Altersgruppen – auch außerhalb der screeningrelevanten Gruppe – zur individuellen Brustkrebsfrüherkennung : Vorsorgemammographie Sonographie, ggf. MRT und andere Verfahren (ggf. Privatleistung)

Was wir Frauen erwarten und einfordern:

- eine risikoadaptierte Brustkrebsfrüherkennung analog zu einer risikoadaptierten Nachsorge
(Kongress St. Gallen 2007)
- Aufnahme von patientinnenorientierten Qualitätskriterien (Betreuungsqualität und nicht nur Geräte-, Organisations- und Behandlerqualität) in das Screening-Programm
- Einbeziehung von kompetenten Patientinnenvertreterinnen in das Qualitäts-Controlling des Screenings, um das Programm patientenorientiert weiterzuentwickeln.

Was wir Frauen erwarten und einfordern:

- Zugang aller geeigneten Leistungsanbieter (Voraussetzung: Erfüllen der Qualitätskriterien) zur Brustkrebsfrüherkennung – auch außerhalb des Screenings!
- Verzicht auf die Bedingung der vertragsärztlichen Tätigkeit: Nur so kann sich ein echter Qualitätswettbewerb der Besten (einschließlich Universitätskliniken und spezialisierten Privatpraxen und Kliniken entwickeln)

Was wir Frauen erwarten und einfordern:

- Verstärkte Förderung fundierter Forschung zur Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland
Es muss auch in Deutschland ein Interesse an einer methodischen Verbesserung der Brustkrebsfrüherkennung geben!
- Forschungsergebnisse deutscher Wissenschaftler müssen Eingang in die medizinischen Leitlinien und den Diagnostikalltag finden und dürfen nicht wegen wirtschaftlicher Interessen einzelner Leistungsanbieter oder aus Kostenerwägungen (das Beste wäre für alle zu teuer) unterdrückt werden!



Wer aufgehört hat,
besser zu werden,
hat aufgehört,
gut zu sein!