

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/2919 –

Umsetzung und Weiterentwicklung des Mammographie-Screenings in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Mammographie-Screening gilt als wichtige präventive Maßnahme zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Brustkrebs. Mit einem Bundestags- und Bundesratsbeschluss im Jahr 2002 wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, bis Ende 2003 ein flächendeckendes, hohen qualitativen Anforderungen unterliegendes Mammographie-Screening in Deutschland einzuführen. Damit sollte auch das sogenannte graue Screening (Mammographie-Screening in gynäkologischen Praxen zur Abklärung eines Verdachtes) abgelöst und ein bevölkerungsbezogenes Früherkennungsprogramm eingeführt werden.

Seit dem Jahr 2004 haben Frauen zwischen 50 und 69 Jahren einen gesetzlichen Anspruch auf ein Mammographie-Screening. Sie werden alle zwei Jahre in eine Screening-Einheit schriftlich eingeladen. Die Untersuchung ist für gesetzlich Versicherte kostenlos, für privat Versicherte können individuelle Regelungen gelten.

Eine Mammographie darf ausschließlich im Rahmen des bundesweiten qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings und auf der Grundlage der entsprechenden EU-Leitlinien (European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis) erbracht werden. Eine Ausnahme bildet die sogenannte kurative Mammographie, die bei konkreten Beschwerden oder bei Verdacht auf einen krankhaften Befund zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird.

Trotz hoher Qualitätsanforderungen weichen Zeitungsberichten zufolge (DIE ZEIT vom 25. Februar 2010) die tatsächlichen Ergebnisse nach fünf Jahren seit Beginn des Mammographie-Screenings (ein flächendeckendes Mammographie-Screening erfolgt erst seit ca. zwei Jahren) von den erwarteten Zielgrößen ab. Daher sei z. B. nicht gesichert, dass die Brustkrebssterblichkeit durch das Massenscreening so sinken werde, wie es die Befürworterinnen und Befürworter angekündigt haben. Eine Studie des Nordic Cochrane Centers in Gebieten mit und ohne Screening-Programm hat für Dänemark jüngst ermit-

telt, dass das Mammographie-Screening bei Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren keinen positiven Effekt habe.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Brustkrebs ist in Deutschland und in Ländern der industrialisierten Welt die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Im Jahr 2006 wurde bei rund 58 000 Frauen in Deutschland die Diagnose Brustkrebs gestellt. Circa 17 300 Sterbefälle waren 2006 bedingt durch eine Brustkrebserkrankung. Brustkrebs ist für mehr als ein Viertel aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen verantwortlich (29 Prozent). Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei etwa 64 Jahren.

Die Brustkrebsneuerkrankungsrate steigt in Deutschland seit 1980 stetig an. Allerdings geht die Mortalität seit Mitte der 90er-Jahre deutlich zurück. Die relative Fünfjahres-Überlebensrate ist während der letzten Jahre gestiegen und liegt derzeit zwischen 83 und 87 Prozent. Dies dürfte auf eine verbesserte Früherkennung und Versorgung zurückzuführen sein.

Bei der Entstehung von Brustkrebs spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Eine individuelle Risikoberechnung ist kaum möglich. Dem Auftreten von Brustkrebs kann nur begrenzt vorgebeugt werden. Daher sind die frühzeitige Erkennung und Therapie des Brustkrebses von besonderer Bedeutung.

In der Fachwelt besteht international ein durch hochwertige Studien gestützter Konsens, dass ein organisiertes bevölkerungsbezogenes und qualitätsgesichertes Mammographie-Screening-Programm das derzeit effektivste und am besten belegte Untersuchungsverfahren zur Brustkrebsfrüherkennung ist. Es ist aber ebenso hinlänglich bekannt, dass das Mammographie-Screening keine hundertprozentige Treffgenauigkeit liefert. Dies kann grundsätzlich kein Früherkennungsverfahren leisten.

Das übergeordnete Ziel des Mammographie-Screenings ist eine deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit unter Minimierung der potenziellen Belastungen für die anspruchsberechtigten Frauen – wie Strahlenbelastung, falsch-positive und falsch-negative Befunde und die sich daraus ergebenden Konsequenzen.

Internationale Untersuchungen haben in randomisierten kontrollierten Studien gezeigt, dass eine Mortalitätsreduktion um ca. 15 bis zu 25 Prozent möglich ist.

Nach dem Bundestagsbeschluss vom 28. Juni 2002 (Bundestagsdrucksache 14/9122) sowie der Durchführung von Modellprojekten, die der Erprobung der Anwendung der „Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems dienten, hatte der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (heute Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA) am 15. Dezember 2003 den für die Einführung eines qualitätsgesicherten, bundesweiten und bevölkerungsbezogenen Mammographie-Screening-Programms erforderlichen Beschluss gefasst, der nach Prüfung und Nichtbeanstandung durch das vormalige BMGS am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist. Der mehrjährige Aufbau des Programms unter Federführung der „Kooperationsgemeinschaft Mammographie“ (www.mammo-programm.de) umfasste die Einrichtung von 5 Referenzzentren (Fortbildung des Fachpersonals, Überwachung der Qualitätssicherung in den Screening-Einheiten), 13 Zentralen Stellen (Einladungswesen) und 94 Screening-Einheiten (Untersuchungseinrichtungen). Die Einführung des Mammographie-Screening-Programms wurde Anfang 2009 abgeschlossen.

Das Programm beinhaltet eine zweijährliche schriftliche Einladung aller Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren, unabhängig von deren jeweiligen Versichertenstatus. Auf der Basis von amtlichen Meldedaten der Zentralen Stellen werden

ca. 10,4 Millionen anspruchsberechtigte Frauen direkt in eine zertifizierte Untersuchungseinrichtung (Screening-Einheit) eingeladen. Das Mammographie-Screening ist bislang in Deutschland das einzige Früherkennungsprogramm mit einem organisierten Einladungswesen.

Neben der laufenden Qualitätssicherung und -kontrolle ist die Evaluation der in § 23 der Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen festgelegten kurzfristigen sowie mittel- und langfristigen Effekte dieses Programms von Bedeutung. Auf der Basis der von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie vorgelegten Auswertungen werden vom G-BA in Form eines jährlichen Berichtes zur Evaluation des Programms die Ergebnisse der Prüfung und die daraus gezogenen Folgerungen dokumentiert und veröffentlicht.

Darüber hinaus ist es erforderlich, die Wirksamkeit des Mammographie-Screenings auf die Mortalität der anspruchsberechtigten Bevölkerung zu evaluieren. Denn aufgrund strahlenschutzrechtlicher Anforderungen ist eine Anwendung von Röntgenstrahlung bei symptomfreien, i. d. R. gesunden Frauen nur zulässig, wenn gezeigt werden kann, dass der Nutzen der Anwendung von Strahlung deren Risiko überwiegt. Hierfür ist eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation vorgesehen, mit der im Jahr 2011 begonnen wird.

1. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, welche Jahrgänge der anspruchsberechtigten Frauen in welcher Stärke sich am Programm beteiligt haben und welche nicht?

Die Daten werden zurzeit noch nicht erhoben. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Programms wurden die Vorgaben zur Evaluation von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie inzwischen so angepasst, dass die Teilnehmeraten differenziert nach Altersgruppen künftig ausgewertet werden können. Erste Daten hierüber werden Anfang 2012 bereitstehen.

2. a) Kann die Bundesregierung Presseberichte bestätigen, nach denen das sogenannte graue Screening in Deutschland zugenommen hat und quer durch alle Altersgruppen in der Vergangenheit jährlich zu diesem Zweck 6 Millionen Röntgenuntersuchungen durchgeführt wurden, davon 4 Millionen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen (Die ZEIT vom 25. Februar 2010), und wie bewertet sie diese Presseberichte?

Der Bundesregierung liegen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Anzahl der gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) abgerechneten Mammographien vor. Dabei ist eine Unterscheidung zwischen den Untersuchungen im Rahmen der Krankenbehandlung (kurative Mammographien) und denen des Mammographie-Screening-Programms möglich. Seit Beginn des Mammographie-Screenings im Jahr 2005 zeigt die Anzahl kurativer Mammographien, in denen auch die Untersuchungen des „grauen Screenings“ enthalten sind, eine leicht fallende Tendenz, jedoch nicht in dem Maße wie erwartet.

Die in der Presse angegebene Zahl von vier Millionen Mammographien, die im Bereich der GKV abgerechnet wurden, entspricht den Daten, die der Bundesregierung zur Verfügung stehen.

- b) Kann die Bundesregierung abschätzen oder liegen ihr Schätzungen vor, wie hoch der Anteil des sogenannten graue Screenings an den abgerechneten kurativen Mammographien ist?

Falls ja, wie bewertet die Bundesregierung diese Zahlen?

Falls nein, warum nicht?

Die der Bundesregierung zurzeit vorliegenden Informationen basieren auf den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und lassen keine Aussage darüber zu, ob Untersuchungen als Früherkennungsuntersuchung im Rahmen des sogenannten grauen Screenings oder als echte kurative Untersuchung durchgeführt werden.

- c) Kann die Bundesregierung abschätzen oder liegen ihr Schätzungen vor, wie viele Frauen ausschließlich das sogenannte graue Screening nutzen (aufgeschlüsselt nach der Gruppe der anspruchsberechtigten Frauen und anderen Jahrgängen)?

Falls ja, um welche Erkenntnisse handelt es sich?

Falls nein, warum nicht?

Eine Abschätzung ist nicht möglich, da die der Bundesregierung vorliegenden Informationen keine personenbezogenen Daten enthalten.

- d) Sieht die Bundesregierung hier mögliche gesundheitspolitische Zielkonflikte mit dem Mammographie-Screening-Programm?

Wenn ja, welche, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

Wenn nein, warum nicht?

Beim „grauen Screening“ handelt es sich in erster Linie um ein – aus strahlenschutzrechtlicher und vertragsarztrechtlicher Sicht – unzulässiges Vorgehen, zumal in diesen Fällen keine medizinische Indikation vorliegt, die für die Stellung der rechtfertigenden Indikation nach § 23 Absatz 1 Satz 1 der Röntgenverordnung herangezogen werden kann. Ob die anwendenden Ärztinnen und Ärzte ihrer Verantwortung gerecht werden und vor jeder Röntgenuntersuchung die rechtfertigende Indikation stellen und diese dokumentieren, wird von den für den Vollzug der Röntgenverordnung zuständigen Landesbehörden kontrolliert, die dabei von den jeweiligen ärztlichen Stellen nach § 17a der Röntgenverordnung unterstützt werden. Die Kontrolle darüber, ob die vertragsärztlichen Pflichten beachtet worden sind, ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen.

3. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, ob die Inanspruchnahme des Screening-Programms lebenslagenabhängig ist (z. B. Migrantinnen, arbeitslose Frauen)?

Falls nein, sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf, entsprechende Erkenntnisse zu erlangen?

Durch das zentralisierte und bevölkerungsbezogene organisierte Mammographie-Screening ist es erstmals möglich, flächendeckend alle anspruchsberechtigten Frauen über das Angebot zu informieren und sie dazu einzuladen. Aufgrund der datenschutzrechtlichen Beschränkungen werden keine Daten zum persönlichen Hintergrund der Frauen erhoben.

4. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse der Kohortenstudie des Nordic Cochrane Centre, nach denen über ein Zehnjahresintervall die Brustkrebsmortalität in der gescreenten dänischen Population nicht niedriger ist als in Gebieten ohne dieses Programm, und dort sogar die Sterblichkeitsrate in der Zielgruppe mit 2 versus 1 Prozent stärker sank als in der gescreenten Gruppe?
- Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung daraus für das deutsche Mammographie-Screening (siehe Deutsches Ärzteblatt vom 16. April 2010)?
- b) Wie bewertet die Bundesregierung das Ergebnis der in Frage 4a genannten Studie, nach dem die Brustkrebsmortalität in fast allen Altersgruppen mit oder ohne Screening sinkt, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung für das deutsche Mammographie-Screening?

Die fachliche Bewertung der angeführten Studie des Nordic Cochrane Centres („Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study“) obliegt der medizinisch-wissenschaftlichen Fachwelt und – im Bereich der GKV – der Gemeinsamen Selbstverwaltung.

Allerdings sollte bei Versorgungsstudien, die außerhalb des deutschen Gesundheitssystems durchgeführt wurden, die Übertragbarkeit auf die Versorgungssituation in Deutschland grundsätzlich mit der gebotenen Zurückhaltung diskutiert werden.

Das Mammographie-Screening ist derzeit Goldstandard in der Brustkrebsfrüherkennung. Internationale Empfehlungen zur Umsetzung eines solchen Programms (z. B. Empfehlung des Rates der EU vom 2. Dezember 2003 zur Krebsfrüherkennung) können sich auf eine breite Evidenzbasis qualitativ hochwertiger Studien stützen. Die Effektivität des Mammographie-Screening-Programms, die Brustkrebssterblichkeit im Altersbereich zwischen 50 und 69 Jahren zu senken, wurde bereits in den 80er- und 90er-Jahren durch sechs randomisierte Studien nachgewiesen. Sie deuten mehrheitlich auf eine deutliche Mortalitätsreduktion in der Zielbevölkerung hin.

Diese Evidenzlage steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der zitierten dänischen Analyse, die im Rahmen einer sog. Beobachtungsstudie erhoben wurden. Dieser Typ Studie ist mit einer Reihe von methodischen Mängeln behaftet, auf die die Autoren z. T. selbst hinweisen (Bias und konfundierende Variablen, wie z. B. Migration zwischen den einzelnen Regionen, potenzielle Unterschiede in der Versorgungsqualität etc.). Besonders kritisch anzumerken ist, dass keine näheren Angaben zu den Strukturen und den internen Abläufen des dänischen Mammographie-Screening-Programms gemacht werden. Darüber hinaus geht nicht aus den Daten hervor, wie viele Frauen in Dänemark tatsächlich am Screening teilgenommen haben. Die Teilnehmerate gehört zu den zentralen Faktoren, die den Erfolg eines Früherkennungsprogramms bestimmen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die genannte Studie für das dänische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm vermutlich eine gewisse Aussagekraft hat. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Studie des Nordic Cochrane Centres auf Gesundheitssysteme anderer Länder ist aber nur eingeschränkt möglich. Ferner erlaubt dieser Studientyp grundsätzlich keine belastbaren Aussagen über die Effektivität eines Screenings.

Die Entscheidung zur Einführung eines Brustkrebsfrüherkennungsprogramms in Deutschland fiel aufgrund einer sorgfältigen Abwägung von Risiko und Nutzen des Programms. Sowohl Aspekte des erwarteten Nutzens als auch des möglichen Schadens wurden bei der Konzeption des Mammographie-Screening-Programms und den Qualitätsanforderungen an die gesamte Screening-Kette beachtet. Die Wirksamkeit des deutschen Mammographie-Screening-Programms auf die Brustkrebssterblichkeit soll in einem wissenschaftlichen Forschungs-

vorhaben untersucht werden. Die Konzeption dieses Vorhabens ist weitgehend abgeschlossen, so dass eine Mortalitätsevaluation im kommenden Jahr beginnen wird.

5. a) Wie bewertet die Bundesregierung die vom Gemeinsamen Bundesausschuss herausgegebene Informationsbroschüre (Informationen zum Mammographie-Screening, Juni 2010)?
- b) Wird aus Sicht der Bundesregierung ausreichend über Vorteile und Risiken des Mammographie-Screenings informiert?

Werden Frauen nach Auffassung der Bundesregierung mit der Broschüre in die Lage versetzt, selbstbestimmt zu entscheiden, ob sie eine Mammographie in Anspruch nehmen möchten oder nicht?

Mit der neuen Informationsbroschüre ist es dem G-BA gelungen, die Anforderungen zu erfüllen, die an eine glaubwürdige und verständliche Patienteninformation gestellt werden. Frauen werden ausgewogen und strukturiert über Inhalte sowie über Vor- und Nachteile des Mammographie-Screenings informiert. Die Broschüre ist eine wertvolle Orientierungshilfe, um eine informierte und individuelle Entscheidung über eine Teilnahme treffen zu können.

6. a) Wie bewertet die Bundesregierung die hohe Zahl von 90 Prozent falsch positiver Befunde beim Screening, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?

Wie stellt sie sicher, dass Frauen im Vorfeld über die hohe Rate an unbegründeten Verdachtsfällen informiert werden?

Die Relation von falsch positiven zu richtig positiven Befunden beträgt im deutschen Mammographie-Screening-Programm rund 85 zu 15. Bei der überwiegenden Mehrheit der Frauen, die einen falsch positiven Befund erhalten haben, kann durch eine zeitnahe bildgebende Abklärungsuntersuchung (in der Regel mammographische Zusatzaufnahmen oder Ultraschalluntersuchung) der Verdacht auf eine maligne Erkrankung ausgeräumt werden. In der Konsequenz sind nur bei 1,5 Prozent aller Teilnehmerinnen weiterführende (minimalinvasive) Abklärungsmaßnahmen erforderlich.

Um die psychische und physische Belastung der Frauen aufgrund eines falsch positiven Befundes so gering wie möglich zu halten, wurde die Qualitätssicherung im Programm mit hohem Aufwand und – wie der erste Qualitätsbericht zeigt – auch erfolgreich implementiert.

- b) Werden die Teilnehmerinnen auf ein möglicherweise positives Testergebnis vorbereitet, und wenn ja, in welcher Form?

In den Informationsmaterialien werden den Frauen in verständlicher Form die Vor- und Nachteile des Mammographie-Screenings erläutert. Inhaltlich werden die Teilnahmeberechtigten auch darüber informiert, dass jedem Verdacht auf Brustkrebs nachgegangen werden muss. In diesem Zusammenhang wird betont, dass bei der überwiegenden Zahl der Frauen, die erneut zu einer Untersuchung eingeladen werden, der Verdacht auf Brustkrebs nicht bestätigt wird.

- c) Wie wird sichergestellt, dass betroffene Frauen angemessen über einen positiven Befund informiert und durch die weitere Therapie begleitet werden?

Die Fähigkeit zur Kommunikation belastender Inhalte nimmt im Mammographie-Screening-Programm eine wichtige Rolle ein. Diese Kompetenz der Leistungserbringer ist Inhalt von Fortbildungen für ärztliches und medizinisches Personal im Mammographie-Screening-Programm.

Zudem besprechen programmverantwortliche Ärztinnen und Ärzte und Therapeuten das weitere Vorgehen im Rahmen von präoperativen Fallkonferenzen. Damit ist eine enge Verzahnung von Screening, Abklärung und weiterer Therapie gewährleistet, wobei die betroffenen Frauen in die Entscheidung der anstehenden Schritte einbezogen werden.

7. Wie und wo können sich die betroffenen Frauen darüber informieren, wie gut ihre zuständige Screening-Einheit arbeitet?

Alle Screening-Einheiten unterliegen einer regelmäßigen Zertifizierung und Überprüfung, wie sie in keinem anderen Bereich der medizinischen Versorgung bisher erreicht worden ist. Die auf die Screening-Einheiten bezogenen Daten zur Qualität werden in anonymisierter Form im Evaluations- und Qualitätsbericht von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie veröffentlicht und sind auch auf deren Homepage zu finden.

8. Mit welchen Maßnahmen und in welchem Zeitraum will die Bundesregierung erreichen, dass die Qualität der einzelnen Screening-Einheiten angeglichen und insbesondere dort, wo Qualitätsmängel nachgewiesen werden, die Qualität gesteigert wird?

Wesentlicher Bestandteil des Screening-Programms ist sein umfassendes und vernetztes Qualitätsmanagement mit entsprechender Transparenz. Zur Sicherstellung der konstant hohen Qualität haben alle im Screening-Programm beschäftigten Ärztinnen und Ärzte sowie die radiologischen Fachkräfte Nachweise über ihre fachliche Befähigung zu erbringen. Einbezogen werden dabei fachspezifische Fortbildungsveranstaltungen, zu erbringende Mindestfallzahlen, Stichprobenkontrollen und regelmäßige Selbstüberprüfungen. Ein fortlaufendes Controlling der individuell für das Programm zertifizierten Röntengeräte wird sowohl durch die Screening-Einheiten vor Ort wie auch durch die Referenzzentren gewährleistet. Zertifizierung und regelmäßige Rezertifizierungen der Screening-Einheiten werden durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt.

9. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, dass die EU-Leitlinien (European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis) einen bevölkerungsbezogenen Nutzen erst ab einer Teilnehmerquote von mindestens 70 Prozent der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren sehen und dieser Wert in Deutschland nicht erreicht wird?

Welchen konkreten Handlungsbedarf sieht sie hier?

Die Teilnahmequote im Mammographie-Screening liegt derzeit bei 54 Prozent. Das Programm ist in Deutschland erst seit 2009 flächendeckend implementiert. Mit einer weiteren Zunahme seines Bekanntheitsgrades und der Akzeptanz durch die Frauen ist zu rechnen.

Davon unabhängig ist es die individuelle Entscheidung der Frau, an dem Screening teilzunehmen oder nicht. Ihre persönliche Entscheidung ist unter allen Umständen zu respektieren. Um eine informierte Entscheidung treffen zu können, werden die Frauen objektiv und umfangreich informiert (siehe auch Antwort zu Frage 5).

10. Wie bewertet die Bundesregierung die Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2009), nach der in § 25 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegt werden sollte, dass Früherkennungsprogramme nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, wenn der medizinische und der bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen wird?

Das Kriterium der Evidenzbasierung ist eine Grundvoraussetzung für die Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV durch den G-BA als oberstem Beschlussgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Vom Gesetzgeber ist dem G-BA die Aufgabe übertragen worden, den Nutzen, die medizinische Notwendigkeit sowie die Wirtschaftlichkeit einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – zu prüfen. Der G-BA ermittelt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin. Grundlage des Bewertungsverfahrens ist seine Verfahrensordnung (abrufbar unter www.g-ba.de), in der u. a. die methodischen Anforderungen an die wissenschaftliche Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Leistungen der Früherkennung (vgl. z. B. §§ 10 bis 15, 2. Kapitel der VerFO) und weitere Verfahrensfragen näher beschrieben sind.

Der Nutzen des Mammographie-Screenings wurde bereits in den 80er- und 90er-Jahren durch sechs randomisierte Studien nachgewiesen. Sie deuten mehrheitlich auf eine Mortalitätsreduktion in der Zielbevölkerung hin.

11. Plant die Bundesregierung eine gesundheitsökonomische Evaluation des Screening-Programms?
Wenn ja, wann ist mit einer Evaluation zu rechnen?
Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung plant derzeit keine gesundheitsökonomische Evaluation des Mammographie-Screening-Programms. In der Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen sind in § 23 Anforderungen zur Prozess- und Ergebnisevaluation des Mammographie-Screenings dargelegt. Darüber hinaus ist derzeit ein Projekt zur Untersuchung der Auswirkung des deutschen Mammographie-Screenings auf die Brustkrebssterblichkeit unter Federführung des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der Gemeinsamen Selbstverwaltung einschließlich Patientenvertretung und Trägern der Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Robert Koch-Institut und Bundesamt für Strahlenschutz in Vorbereitung.

12. a) Kann die Bundesregierung Angaben über die Höhe der jährlichen Kosten des Screening-Programms machen?

Im Jahr 2008 beliefen sich die Gesamtkosten der GKV für das Mammographie-Screening-Programm inklusive des Einladungswesens auf rund 155 Mio. Euro.

- b) Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse zur Kosten-Nutzen-Relation des Screening-Programms vor, und wenn ja, welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung daraus?

Im Hinblick auf die relativ kurze Zeit des Mammographie-Screening-Programms liegen keine aus dem Programm selbst ermittelten Daten zur Kosten-Nutzen-Relation vor.

13. Wie und mit welchen Maßnahmen will die Bundesregierung darauf hinwirken, dass der Übergang von an Brustkrebs erkrankten Frauen vom Screening in die Behandlung (z. B. qualitätsgesicherte Brustzentren, Mindestmengen für Kliniken, die keinem zertifizierten Brustzentrum angeschlossen sind) verbessert wird?

Im Mammographie-Screening gibt es wöchentliche prä- und postoperative multidisziplinäre Fallkonferenzen als klar definierte Schnittstellen, die eine Zusammenarbeit zwischen den Sektoren und eine vollständige Übergabe der Patientin von der Screening-Einheit an das Krankenhaus sicherstellen.

14. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag, eine unabhängige Institution der Selbstverwaltung zu schaffen, die Transparenz über die Versorgung von Brustkrebspatientinnen herstellt und damit die Versorgungsabläufe verbessert werden können (Deutsches Ärzteblatt vom 25. April 2008)?

Aus Sicht der Bundesregierung ist grundsätzlich jede Initiative zu begrüßen, die zu einer verbesserten Transparenz über die Versorgungsqualität beitragen kann. Jedoch stammt die Forderung nach einer unabhängigen Institution der Selbstverwaltung aus einer Zeit, in der sich das deutsche Mammographie-Screening-Programm noch im Aufbau befand. Seit 2009 verfügt Deutschland über ein hochwertiges, flächendeckendes, qualitätsgesichertes und bevölkerungsbezogenes Mammographie-Screening nach den Europäischen Leitlinien.

Zudem existieren vielfältige Informationsmöglichkeiten über die Qualität der medizinischen Versorgung. Für die Ausgestaltung der Qualitätssicherung und die öffentliche Darstellung der gewonnenen Erkenntnisse ist der G-BA zuständig (§ 135a ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Wichtiges Instrument zur Herstellung von Transparenz über die Qualität der Leistungen im stationären Bereich ist die vom G-BA begleitete einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung und die Veröffentlichung ihrer Ergebnisse. Diese erfolgt jährlich in Form eines Qualitätsreports über die durchgeführten Verfahren, der allerdings keine krankenhausbezogene Darstellung beinhaltet. Auch die Erhebung der Leistungsqualität in der Mammachirurgie mittels verschiedener Qualitätsindikatoren ist seit Jahren Bestandteil dieser externen stationären Qualitätssicherung.

Wesentliche Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung werden darüber hinaus in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht (§ 137 Absatz 3 Nummer 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Diese enthalten neben den Angaben zu dem Leistungsspektrum der Einrichtungen, ihrer Ausstattung, zu Fallzahlen und den Qualitätsbemühungen der Krankenhäuser auch Informationen über die Behandlungsqualität. Die Daten der Qualitätsberichte werden auf Internetportalen der Krankenkassenverbände veröffentlicht und von vielen anderen Informations- und Beratungseinrichtungen zur Herstellung der Transparenz über Leistungen der Krankenhäuser genutzt.

Auch durch die Tätigkeit des Instituts nach § 137a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (AQUA-Institut in Göttingen), das für den G-BA zukünftig möglichst sektorenübergreifend Verfahren und Instrumente zur Messung und Darstellung

der Versorgungsqualität entwickeln wird, ist eine weitere Erhöhung der Transparenz zu erwarten.

15. a) Plant die Bundesregierung die notwendige Integration der Hilfsangebote (z. B. Informations- und Beratungstelefone, Internetforen und Psychoonkologie) voranzutreiben?

Falls ja, mit welchen Maßnahmen und in welchem Zeitraum?

In Deutschland steht ein umfassendes Informationsangebot zum Thema Krebs durch den Krebsinformationsdienst (KID) am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg sowie in einer Außenstelle in Dresden zur Verfügung. Der KID wurde 1986 nach dem amerikanischen Vorbild des „Cancer Information Service“ (National Cancer Institute/USA) gegründet. Durch den KID sind Informationen zu allen krebsbezogenen Themen in verständlicher Sprache per Telefon, E-Mail, im Internet und über Informationsblätter und Broschüren für Bürgerinnen und Bürger sowie die Fachöffentlichkeit zugänglich. Seit seiner Gründung hat sich der KID zu einem unverzichtbaren Dienstleister für eine öffentlich zugängliche Vermittlung von qualitätsgesicherten und neutralen Informationen zum Thema Krebs entwickelt. Neben der Beantwortung von Fragen auf den Gebieten der Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Versorgung von Krebs werden auch Adressen und Anlaufstellen für Hilfesuchende vermittelt.

Die Informationen des KID basieren auf der best verfügbaren, wissenschaftlichen Evidenz. Sie sind auf den individuellen Bedarf zugeschnitten, verständlich und umfassend. Hierdurch stärkt der KID vor allem die Kompetenz und Entscheidungsfähigkeit von Krebskranken und deren Angehörigen. Der KID verbessert auch die Arzt-Patientenkommunikation und erleichtert Hilfesuchenden die Orientierung in den onkologischen Versorgungsstrukturen (Wegweiserfunktion). Der KID ist unabhängig und frei von Interessenkonflikten.

Die Krebserkrankung, deren Behandlung und mögliche Behandlungsfolgen belasten die davon betroffenen Menschen im psychischen und sozialen Bereich in vielfältiger Weise.

25 bis 30 Prozent aller Krebspatienten entwickeln im Verlaufe ihrer Erkrankung behandlungsbedürftige psychische Störungen oder ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigungen. Daher umfasst eine qualifizierte Krebsbehandlung auch die psychoonkologische Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten sowie ihrer Angehörigen. Maßnahmen der psychoonkologischen Versorgung können die Bewältigung der Krebserkrankung unterstützen, psychische und psychosomatische Symptome lindern sowie die Lebensqualität, soziale Integration und Therapieadhärenz verbessern.

Psychoonkologische Maßnahmen werden in nationalen und internationalen Leitlinien als integraler Bestandteil der onkologischen Behandlung empfohlen und sind teilweise Bestandteil in der allgemeinen Versorgung von Krebspatienten. Trotz der anerkannten Wertigkeit der psychoonkologischen Versorgung und einer großen Vielfalt von Leistungserbringern bestehen immer noch Versorgungsdefizite.

Aus diesem Grunde ist einer der Schwerpunkte des 2008 initiierten Nationalen Krebsplans die Integration einer bedarfsgerechten psychoonkologischen Versorgung. Darüber hinaus zielt der Nationale Krebsplan auf eine Stärkung der Patientenorientierung u. a. durch die Verbesserung niederschwelliger, zielgruppengerechter und qualitätsgesicherter Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote für alle Krebskranken und deren Angehörigen. Bei dem Nationalen Krebsplan handelt es sich um eine gemeinsame Initiative des BMG, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe sowie der Arbeitsgemeinschaft

Deutscher Tumorzentren die die wesentlichen Akteure und Verantwortungsträger im Kampf gegen den Krebs einbezieht. Konkrete Umsetzungsempfehlungen zu den genannten Aspekten sind in den kommenden Monaten zu erwarten. Der KID ist ein maßgeblicher Partner im Nationalen Krebsplan.

- b) Werden die psychosozialen Fähigkeiten der Programmverantwortlichen den Anforderungen – etwa bei der Mitteilung positiver Befunde – gerecht?

Falls nein, sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf in der Fort- und Weiterbildung?

Die psychosoziale Fähigkeit zur Mitteilung positiver Befunde nimmt im Mammographie-Screening eine wichtige Rolle ein. Diese Kompetenz der Leistungserbringer ist Inhalt von Fortbildungen für ärztliches und medizinisches Personal im Mammographie-Screening-Programm. Zudem wird das Thema im Rahmen von kollegialen Fachgesprächen zwischen Referenzzentrumsleiterinnen/Referenzzentrumsleitern und Programmverantwortlichen Ärztinnen/Ärzten erörtert.

Ungeachtet der klar in der Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen geregelten Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung fällt die generelle Zuständigkeit für die Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer in den Zuständigkeitsbereich der Länder. Um die kommunikative Kompetenz der Leistungserbringer gerade im Bereich der Onkologie zu verbessern, wurden die Länder auch zu diesem Thema mit in die Arbeit am Nationalen Krebsplan einbezogen.

- c) Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag, die in Frage 15a genannten Angebote stärker in die Regelversorgung zu integrieren (siehe Deutsches Ärzteblatt, Heft 3, März 2010)?

Die Bundesregierung unterstützt den KID am DKFZ in Heidelberg, welcher derzeit zu einem nationalen Referenzzentrum für Krebsinformation ausgebaut wird. Der KID bietet ein umfassendes Informationsangebot, auch zu den Themen Mammographie-Screening und Brustkrebs. Er verfügt über ein erfahrenes Team von Rechercheexperten und regelmäßig geschulten Ärztinnen und Ärzten, die alle Anfragen sowohl telefonisch (Rufnummer der Hotline: 0800/4203040) als auch über moderne elektronische Medien bedienen. Um das besondere Anliegen der Ratsuchenden zum Thema Mammographie-Screening aufzunehmen, hat der KID zudem eine eigene Screening-Hotline (Rufnummer: 06221/424142) eingerichtet.

Der KID hat an der Erarbeitung und Erstellung verschiedener Faltblätter und Broschüren mitgewirkt. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebshilfe und der Kooperationsgemeinschaft Mammographie gibt er eine Broschüre zum Thema Mammographie-Screening heraus („Mammographie-Screening: Früherkennung von Brustkrebs. Was Sie darüber wissen sollten“). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KID beschäftigen sich auch im Rahmen des Nationalen Krebsplans mit dem Thema Mammographie-Screening.

16. Welche Forschungsvorhaben unterstützt oder plant die Bundesregierung im Bereich der Tumorbiologie, um ein besseres Verständnis für die Entwicklung von Brustkrebs zu erlangen und den Nutzen des Mammographie-Screenings zu vergrößern beziehungsweise seine Risiken zu reduzieren?

Im Regierungsprogramm „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ fördert die Bundesregierung die Weiterentwicklung der patientenorien-

tierten, klinischen und versorgungsrelevanten Brustkrebsforschung in einem eigenen Förderschwerpunkt „Anwendungsorientierte Brustkrebsforschung“. Durch eine enge Vernetzung der zu beteiligenden Disziplinen und die Verzahnung von Forschung und Versorgung wird die Interdisziplinarität in der Brustkrebsforschung gestärkt und der Wissens- und Ergebnistransfer beschleunigt. Durch die Anknüpfung von Forschungsvorhaben an Strukturen, in denen die Brustkrebsversorgung auf hohem Niveau qualitätsgesichert durchgeführt wird, soll zudem der Stellenwert von Qualitätssicherungsmaßnahmen erhöht und somit, unabhängig von der mittelfristigen Umsetzung der Forschungsergebnisse, ein Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung geleistet werden. Im Rahmen des Förderschwerpunktes werden für die Förderung von neun Forschungsvorhaben insgesamt 6,4 Mio. Euro für den Zeitraum von 2003 bis 2012 bereitgestellt.

Darüber hinaus wird im Rahmen der Fördermaßnahme MedSys ein Verbundvorhaben zur Identifizierung neuer therapeutischer Strategien für Brustkrebs durch datengetriebene Modellierung der Tumorprogression mit 1,47 Mio. Euro im Zeitraum von 2009 bis 2012 gefördert. Ziel des BreastSys-Verbundes ist ein besseres Verständnis der Wirkstoffresistenz bei Brustkrebs. Die Prozesse der Wirkstoffresistenz sollen auf Basis der Untersuchung komplexer dynamischer Proteinnetze besser beschrieben und neue Behandlungsstrategien vorgeschlagen werden. Im Erfolgsfalle verspricht das Projekt einen Beitrag zum besseren Verständnis der Eigenschaften von Tumoren, die zur Identifizierung von neuen Markern führen und eine Patientinnenspezifische Optimierung der Therapie erlauben.

Daneben fördert die Bundesregierung über ihren Beitrag zur Finanzierung der Wissenschaftsorganisationen, wie der Helmholtz-Gemeinschaft, der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Max-Planck-Gesellschaft, anteilig unterschiedliche Forschungsvorhaben zur Brustkrebsentstehung.

Im Rahmen des Umweltforschungsplans des BMU läuft derzeit ein Forschungsvorhaben zum „Nachweis von strahleninduzierten Genveränderungen in Brusttumoren für eine verbesserte Abschätzung des durch ionisierende Strahlung verursachten Brustkrebsrisikos“.