

# Hürdenlauf zum Meilenstein

**D**er Schlagabtausch in Sachen Brustkrebs-Screening war heftig und nicht immer haben sich die beteiligten Sparringspartner – Ärzteschaft, Sozialversicherung, Frauenvertreterinnen – dabei mit Ruhm bekleckert. „Wenn in Österreich eine Umstellung auf das deutsche System kommt, werden wir bei gleich hoher Beteiligung wie bisher um 600 Todesfälle durch Brustkrebs mehr haben als bisher“, behauptete Franz Frühwald, Vorsitzender der Bundesfachgruppe Radiologie der Österreichischen Ärztekammer, Anfang Februar bei einer Pressekonferenz der Österreichischen Röntgengesellschaft in Wien. Sehr frei interpretierten diese These zwei Villacher Radiologinnen. Sie starteten eine Unterschriftenaktion, deren Begleittext an Sensationsgehalt manches Boulevardblatt überrundete. „Nur die Mammographie, ohne freie Arztwahl, soll in Masseneinrichtungen durchgeführt werden. Das bedeutet: Kein persönliches Arztgespräch, kein wichtiger Ultraschall und kein Tastbefund der Brust! Das bedeutet auch: Für Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr darf die Mammographie nur alle zwei Jahre durchgeführt werden und dazwischen wird die e-card gesperrt!“ Nach der Androhung „So werden über 700 Karzinome pro Jahr in Österreich nicht mehr erkannt, 600 Frauen werden zusätzlich an Brustkrebs sterben müssen und Hunderte Frauen bekommen zusätzlich eine Brustamputation“ folgte der dramatische Schluss: „Wir werden nicht mehr als einzelne Frau betrachtet, sondern nur mehr einem Programm zur Erfüllung der EU-Richtlinien zugeführt!“

Kontraproduktiv waren auch die Beiträge einzelner Politiker: So verkündete der Kärntner Landesrat Peter Kaiser im Radio, dass das neue Brustkrebs-Früherkennungsprogramm zusätzlich zur bisherigen Mammographie durchgeführt würde. Auch der Hauptverband der Sozialversicherungsträger erwies sich in der allgemeinen Verwirrung nicht als großer Kommunikator. Auf konkrete Journalistenfragen hin wurden verschiedene Ansprechpartner namhaft gemacht, die entweder mit allgemeinen Floskeln oder gar nicht antworteten.

## Überraschende Einigung

Angesichts der hitzigen Diskussionen, Fehlinformationen und Unsicherungen konnte man durchaus als Überraschung ansehen, dass Ärzteschaft und Sozialversicherung im Juni einen Konsens über die Eckdaten des Programms (siehe Kasten) erzielten. Am 1. Juli wurde der Entwurf der Bundesgesundheitskommission vorgelegt. Bis November dieses Jahres geben sich die maßgeblichen Akteure Zeit, um einen Finanzierungsplan auszuarbeiten. Im Raum steht eine Tarifneueverhandlung. Mittel frei werden sollen auch durch die nunmehrige Beschränkung von Ultraschalluntersuchun-

**Österreichs Brustkrebs-Früherkennungsprogramm, lange und heftig diskutiert, befindet sich mit der Vorlage des Konzepts bei der Bundesgesundheitskommission in der Zielgeraden, wirft aber nach wie vor Fragen auf.**

Erika Pichler

gen auf „besondere Fälle“ (im Unterschied zur bisher nahezu automatischen Durchführung von Sonographien im Anschluss an die Mammographie). Sollten sich Hauptverband, Radiologen, Bund und Länder zeitgerecht über die Neuaufteilung der Kosten einigen, könnten die Vorbereitungen zur Umsetzung (Einladungsmanagement, Datendokumentation, Schulung und Qualifizierung der Untersuchungseinheiten) in Angriff genommen und das Programm 2012/13 implementiert werden.

Von einem Happy End wird man auch dann allerdings nicht sprechen können. Zu vieles ist nach wie vor umstritten.

Da hat man erstens als ehrgeiziges Ziel proklamiert, dass Österreich eine Vorreiterstellung in puncto Altersgruppe einnehmen soll, denn hierzulande werden Frauen bereits mit 45 Jahren, nicht mit 50 Jahren wie in der überwiegenden Zahl der EU-Länder, zum Screening eingeladen und können auf Wunsch auch ab dem 40. Lebensjahr daran teilnehmen.

Gerade dieser frühe Einstieg wird jedoch vielfach in Frage gestellt. Die EU-Leitlinien würden wohl nicht grundlos erst bei der älteren Zielgruppe der Frauen ab 50 ansetzen, meinen Kritikerinnen des Frauengesundheitszentrums Graz. In Österreich beruft man sich bei der Argumentation für die Altersgruppe 45 bis 49 auf die heimische Bundesqualitätsrichtlinie. In einer Aussendung des Hauptverbandes heißt es zu dieser Frage: „Für Frauen in der Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren sprechen

die Daten für einen geringeren relativen Nutzen (15%) bezüglich des Endpunktes ‚Brustkrebssterblichkeit‘ durch organisiertes Screening. Die Entscheidung für ein Screening ab 45 ist eine Abwägungsfrage, aber die Krebsinzidenz C50 (Bösartige Neubildungen der Brustdrüse, Anm.) zeigt eine deutlich höhere Inzidenz der 45–49-jährigen Frauen gegenüber 40–44-jährigen. Zudem wurde auch die Empfehlung des internationalen Expertengremiums dahingehend ausgesprochen.“

Da ist man zweitens darauf stolz, „das erste Land zu sein, wo bei klar definierten Rahmenbedingungen (konkret: dichtes Brustgewebe) automatisch eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt wird“, wie es in einer Presseaussendung des Hauptverbands heißt. Die vorgebliche Ambitioniertheit des Entwurfs stößt jedoch nicht

„Die Entscheidung ist keine wissenschaftliche, sondern eine politische.“

auf ungeteilte Begeisterung. Die Sozialmedizinerin Éva Rásky von der MedUni Graz beurteilt das Vorgehen als übereilt. „Bundesminister Stöger hat einen evidenzbasierten Review zur Ultraschallsonographie in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse im September vorliegen sollen“, so Rásky. Es sei unverständlich, warum man bei dem neuen Brustkrebsfrüherkennungs-Programm darauf verzichtet habe, diese Ergebnisse abzuwarten.

Drittens brüstet man sich, Qualitätskriterien erarbeitet zu haben, stößt aber auch hier auf heftige Kritik des Grazer Frauengesundheitszentrums (mit Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen, Medizinerinnen wie dem Radiologen Helmut Schöllast von der Grazer Universitätsklinik für Radiologie und Experten wie eben Éva Rásky oder der Institutsleiterin des Boltzmann-Instituts für HTA Claudia Wild). Die österreichischen Regelungen wichen auch in diesem Punkt von den EU-Leitlinien ab, heißt es in einer Stellungnahme des Frauengesundheitszentrums: „Die Leitlinien der Europäischen Kommission machen Vorgaben für die Fort- und Weiterbildung von Radiologinnen, für Geräte und deren Wartung sowie für die Röntgenbilder, um die Qualität des Programms zu sichern. Aus demselben Grund bestehen auch Vorgaben für die Information der Frauen zum Screening und für die Versorgungskette von der Früherkennung über die Abklärung bis zur eventuell nötigen Behandlung und Nachsorge. ExpertInnen haben für Brustzentren die EUSOMA-Kriterien erarbeitet. Optimalerweise sollte die Versorgungskette in solchen zertifizierten Brustzentren angeboten oder zumindest koordiniert werden.“

Und dann hat man sich viertens – diesmal besonders mühevoll und unter viel medialem Trommelfeuer – geeinigt, die für die Anerkennung als Screening-Praxis notwendige Mindestzahl jährlicher Befundungen von 5000 (sogenannter EU-Standard) auf 2000 zu senken.

Doch Skeptiker meinen, dass die Senkung einer EU-Norm um mehr als die Hälfte nicht auf medizinischen Grundsätzen beruhe, sondern ein Nachgeben gegenüber der innerhalb der Ärztekammer mächtigen Fachgruppe der Radiologen bedeute. Schließlich könnten so etliche kleinere radiologische Praxen vor Einkommensverlusten bewahrt werden. „Stimmt nicht“, sagt Veronika Gruber, die für den Hauptverband Auskunft über den aktuellen Stand des Brustkrebscreening-Programms gibt. „Auch in anderen kleineren Ländern wird die Zahl von 5000 unterschritten. Das hat einfach mit dem Ziel einer wohnortnahen Versorgung zu tun. Würden wir in Österreich auf einer Befundfrequenz von 5000 bestehen, wäre das nur in ganz wenigen Einrichtungen möglich und würde für die Frauen weite Anreisen bedeuten.“

### Wirtschaftliches Standbein

Tatsache ist, dass 600.000 Mammographien und 60 Millionen Euro pro Jahr, die die Krankenkassen für Mammographien und Sonographien ausgeben<sup>2</sup>, für den Berufsstand der Radiologen kein unbedeutendes wirtschaftliches Standbein darstellen. Radiologensprecher Franz Frühwald lässt an diesem Punkt seinem Ärger über die zahlenmäßige Festlegung der EU freien Lauf. Für die Notwendigkeit von 5000 Untersuchungen gäbe es, so wie auch für andere Punkte der EU-Vorgabe, keinerlei Evidenz. „Diese Zahl ist in der gesamten Weltliteratur durch nichts belegt und von den deutschen

**MEDICA<sup>®</sup>**



**Be part of it!**

**16 – 19 Nov 2011**  
**Düsseldorf · Germany**

[www.medica.de](http://www.medica.de)

Gesell GmbH & Co. KG  
Sieveringer Straße 153  
A-1190 WIEN  
Tel.: (01) 3205037  
Fax: (01) 3206344  
e-mail: [office@gesell.com](mailto:office@gesell.com)  
[www.gesell.com](http://www.gesell.com)

  
**Messe  
Düsseldorf**

Screeningzentren ‚erfunden‘ worden“, sagt Frühwald auf Anfrage der ÖKZ. „Das ist ja auch das Ärgerliche, dass im EU-Standard meist bloße organisatorische Gepflogenheiten aus Skandinavien oder Deutschland zu einer nicht mehr zu hinterfragenden Glaubenswahrheit aufgeblasen werden und dann mit fast schon religiösem Eifer auch medial vertreten werden.“ Klar ist für Frühwald, dass die Durchführung vieler Mammographien die Routine erhöht – nur ist „viele“ eben ein relativer Begriff. Der Radiologensprecher führt eine in „Radiology“ im Februar dieses Jahres veröffentlichte Studie an, laut der die ideale Befundanzahl zwischen 1500 und 2000 liegt, wobei auch klinische Screening-Mammographien (mit klinischem Tumorverdacht) einfließen sollten.<sup>3</sup> Auch beruft er sich auf eine internationale Expertenkonferenz, die Bundesminister Stöger Anfang März zur Streitschlichtung in Sachen Brustkrebscreening einberief. Bei dieser Konferenz sei sogar eine noch niedrigere Frequenzvorgabe von 1500 empfohlen worden. Die Bundesfachgruppe Radiologie habe jedoch signalisiert, sie würde auch 2000 akzeptieren, sodass diese Zahl schließlich als Verhandlungsergebnis akzeptiert worden sei.

In das gleiche Horn stößt Oberarzt Christian Weismann, Medizinischer Projektleiter des „Mammographie-Screening Salzburg“, eines an den SALK durchgeführten Pilotprojekts, das schon lange auf Kriterien wie Einladungssystem, Doppelbefundung oder hohe technische Qualität setzt und nun – genauso wie einige andere

## Der EU-Standard wird nicht eingehalten.

Pilotprojekte – durch das nationale Brustkrebsvorsorgeprogramm ersetzt werden dürfte. „Die Zahl 5000 ist eine völlig willkürlich benannte Zahl und hat

nichts mit wissenschaftlich notwendiger Bestätigung einer Mindestanforderung zu tun“, sagt Weismann. „Genauso gut könnte ich 7000 oder 1500 Mammographien pro Jahr als Zahl verwenden. Die Zahl 5000 beruht auf dem klassischen Mammographie-Screening, bei dem die Untersucher über nichts anderes als das Mammographie-Bild verfügen und nur das als Grundlage ihrer Entscheidung heranziehen können. In diesem Setting befunden in den Screeningzentren nur vergleichsweise wenig Radiologen bis zu 60 Mammographien pro Stunde, was zu einer erhöhten Fehleranfälligkeit führt und wodurch zwangsläufig eine Doppelbefundung notwendig wurde, um diese gesteigerte Fehlerrate (9-15%) des jeweils einzelnen Befunders zu reduzieren.“

### Wo Qualität draufsteht ...

Éva Rásky ärgert die Inkonsequenz des österreichischen Entwurfes. „Wenn Interesse besteht, Qualität zu liefern und wenn man sagt, man führt ein Screening nach EU-Richtlinien durch, dann ist der EU-Standard von 5000 Befunden auch einzuhalten. Erst dann kann man sich mit der Frage befassen, wie die wohnortnahe Versorgung gesichert werden kann. Es gibt natürlich auch in Österreich genügend radiologische Praxen, die auf 5000 Befunde kommen. Und wenn das irgendwo nicht ausreichend der Fall ist, kann man überlegen, so wie in anderen Ländern auch, die Geräte mit Röntgenwägen herumzufahren. Wenn man aber meint, auch mit 2000 Befunden auszukommen, dann soll man klar sagen, dass man sich nicht nach dem EU-Standard richtet, und dann müssen die Argumente der Radiologen auch auf den Tisch!“

Dabei liegt auch für Rásky das Problem nicht darin, eine bestimmte absolute Zahl zur Zielvorgabe zu erheben, sondern eine klare Qualitätssicherung zu definieren. „Bei vielen Kriterien ist die Variationsbreite tatsächlich sehr groß und die Entscheidung in Wahrheit keine wissenschaftliche, sondern eine rein politische. Es mag Radiologen geben, die so gut sind, dass sie mit 2000 Befunden pro Jahr auskommen. Aber das muss dann auch objektiv festgestellt sein.“

Ob wirklich gut wird, was lange gewährt hat, sollte sich zum ersten Mal gegen Weihnachten zeigen, wenn auch die Kosten des neuen Programms bekannt gegeben werden. Ein zweites Mal wird die neue Brustkrebsfrüherkennung zu beurteilen sein, sobald sie von Frauen in Anspruch genommen werden kann. Hoffnungsfrohes Ziel ist, dass bei der ersten Evaluierung (drei Jahre nach der Implementierung geplant) festgestellt werden kann, dass sich die Zahl von 1500 Frauen, die derzeit pro Jahr an Brustkrebs sterben, verringert hat. ::

### Eckdaten Brustkrebs-Früherkennungsprogramm\*

- :: **Zielgruppe:** Frauen zwischen 40 und 69 Jahren (Einladungssystem)
- :: **Erweiterte Zielgruppe:** Frauen zwischen 40 und 45 und ab 70 Jahren ohne Altersobergrenze (Teilnahme am Screening auf Wunsch durch Selbsteinladung)
- :: **Ärztliche Zuweisung:** nicht mehr erforderlich (Einladungsschreiben genügt)
- :: **Intervall:** 24 Monate (eventuelle Verkürzung auf 18 Monate für Frauen zwischen 45 und 54 Jahren noch in Diskussion)
- :: **Untersuchung:** Mammographie und in besonderen Fällen – dichtes Brustgewebe (ACR 3 und ACR 4) oder Auffälligkeit der Mammographie – Ultraschalluntersuchung
- :: **Doppelbefundung** durch zweiten unabhängigen Radiologen ohne Kenntnis des Erstbefundes (bei divergierenden Befunden Konsensverpflichtung)
- :: **Qualitätsauflagen:** Mindestanzahl von 2000 befundenen Mammographien pro Jahr sowie Erfüllung von Standards in puncto technische Ausstattung, Personal und Weiterbildung
- :: **Befundübermittlung:** möglichst zeitnah (innerhalb von sieben Werktagen) an die Patientin sowie deren Vertrauensarzt
- :: **Befunderfassung:** unveränderbare elektronische Erfassung aller Befundungsschritte (Erstbefund der Mammographie, evt. Sonographie, Zweitbefund der Mammographie, Konsensus)

\* laut Beschluss der Bundesgesundheitskommission am 1. 7. 2011.



<sup>1</sup> Langfassung unter: [www.fgz.co.at/Pressemitteilung.33.0.html](http://www.fgz.co.at/Pressemitteilung.33.0.html).

<sup>2</sup> APA-Meldung 20. Mai 2011

<sup>3</sup> S. M. Buist et al.: „The Influence of Annual Interpretive Volume on Screening Mammography Performance in the United States.“ Radiology, 2011; 259:72-84.online 22. 2. 2011.

Dr. Erika Pichler  
ist freie Journalistin in Salzburg.  
[e.pichler@aon.at](mailto:e.pichler@aon.at)