



**Motion Schönberger-Schleicher Esther und Mit. über die Einführung eines umfassenden Mammografie-Screeningprogramms im Kanton Luzern (M166)  
Eröffnet: 10. März 2008 Gesundheits- und Sozialdepartement**

**Antrag Regierungsrat:** Ablehnung

**Begründung:**

**1. Hintergrund**

In der Schweiz werden knapp 19 Prozent der Krebstodesfälle bei Frauen durch Brustkrebs verursacht. Man kennt heute eine Reihe von Risikofaktoren für Krebserkrankungen. Einige sind vom Lebensstil abhängig und können durch eine gesunde Lebensweise günstig beeinflusst werden. Die meisten aber, wie etwa das Alter, das Geschlecht oder die genetische Veranlagung, sind direkt nicht oder kaum beeinflussbar.

Weil präventive Massnahmen nur bedingt wirksam sein können, steigt der Stellenwert der Früherkennung. Die Früherkennung umfasst als übergeordneter Begriff sowohl das eigentliche Screening als auch die Frühdiagnostik. Der Begriff „Screening“ wird dabei für Reihenuntersuchungen bei Personen ohne besondere Beschwerden verwendet.

Bestehen Anzeichen von Beschwerden, wird zur Frühdiagnostik eines Mammakarzinoms eine Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust durchgeführt. Damit kann die Entstehung einer Brustkrebserkrankung zwar nicht verhindert werden; doch können Veränderungen, die im Frühstadium auftreten und auf eine Krebserkrankung hindeuten, unter Umständen frühzeitig sichtbar gemacht werden. Ziel einer solchen Untersuchung ist es, eine Brustkrebserkrankung in einem Stadium zu entdecken, in dem eine gute Chance für eine erfolgreiche Behandlung besteht. Diese Kosten werden (im Gegensatz zum Screening) von den Krankenkassen bezahlt.

**2. Nutzen**

Der Nutzen vieler Screening-Untersuchungen ist umstritten. Auch die Effizienz und Wirtschaftlichkeit eines Brustkrebs-Screenings wird seit Jahren in der nationalen und internationalen Fach- und Tagespresse lebhaft und kontrovers diskutiert. Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat sich in den vergangenen Jahren mehrmals zum Thema Brustkrebs-Screening vernehmen lassen und dabei insbesondere auch auf den Unterschied zwischen der gesellschaftlichen und der individuellen Betrachtungsweise eines allfälligen Nutzens hingewiesen.

Die persönliche Entscheidung einer Frau für oder gegen eine Screening-Untersuchung hängt wohl mit der Frage des individuellen Risikos zusammen, an Brustkrebs zu erkranken.

Es gibt Anhaltspunkte, dass mit einem Screening die Sterblichkeitsrate in der Altersgruppe der 50–70-jährigen gesenkt werden kann: Bei einer entsprechend hohen Beteiligung an ei-

nem Screening-Programm kann die Brustkrebssterblichkeit um rund 20% gesenkt werden<sup>1</sup> (gegenüber dem „opportunistischen“<sup>2</sup> Screening). In Zahlen ausgedrückt heisst das, dass das individuelle Risiko in den nächsten zehn Jahren an Brustkrebs zu sterben, von 0,36 Prozent auf 0,29 Prozent bzw. um 0,7 Promille abnimmt. Bei einer regelmässigen Teilnahme an einem Screening reduziert sich das Risiko für die einzelne Frau, an Brustkrebs zu sterben, also um weniger als 1 Promille!

Bei einer flächendeckenden Einführung ist dem Dilemma zwischen individuellem und kollektivem (gesellschaftlichen) Nutzen grösste Beachtung zu schenken.

Aus einer Public Health Perspektive ergeben sich folgende Tatsachen:

99,6 Prozent der Frauen zwischen 50 und 70 Jahren sterben nicht an Brustkrebs und müssen zehnmal in diesen zwanzig Jahren vergebens eine Mammographie machen lassen. Von 100 Frauen mit einem positiven Mammographiebefund haben 42 in Wirklichkeit gar kein Mammakarzinom und etwa 80 Prozent der von Brustkrebs verursachten Todesfälle können auch durch eine frühzeitige Mammographie nicht verhindert werden.

Es stellt sich umgekehrt aus individueller Sicht für jede Frau die Frage, warum sie sich einem solchen Screening überhaupt unterziehen will und ob sich letztendlich die Kosten rechtfertigen, speziell im Hinblick auf einen wirksameren Einsatz der Mittel.

Die GDK hat letztes Jahr erneut (mittlerweile zum dritten Mal) mit dem Thema des Mammografie-Screenings befasst. Angesichts der Diskussion über den Nutzen im Verhältnis zu den unerwünschten Wirkungen verzichtete die GDK erneut darauf, Empfehlungen abzugeben, das Verfahren schweizweit einzuführen. Stattdessen sollen die bereits bestehenden Programme in der Westschweiz weitergeführt und ausgewertet werden. Basierend auf den zusätzlich gewonnenen Erkenntnissen und Ergebnissen dieser Untersuchungen können dann Schlussfolgerungen gezogen werden. Die GDK verlangt auch einen Verzicht auf das opportunistische Bruströntgen bei vorhandenem Screening-Programm.

### 3. Unerwünschte Wirkungen

Das Brustkrebs-Screening hat, wie jede medizinische Untersuchung, Grenzen und kann darüber hinaus unerwünschte Wirkungen haben. Dazu zählt das Problem, dass eine erhebliche Zahl falsch-positiver Resultate generiert wird (verdächtiger Befund, obwohl keine Erkrankung vorliegt). Dann sind weitere Abklärungen notwendig (diagnostische Mammographie, Ultraschalluntersuchung, MRI, Nadelbiopsie), wobei die psychische Belastung der betroffenen Frau und ihres Umfeldes während dieser Unsicherheitsperiode sehr gross sein kann.

Prof. Heiner Bucher, Leiter des Instituts für klinische Epidemiologie der Universität Basel, ist aufgrund der vorliegenden Daten gegen eine zwingende Einführung des Mammografie-Screenings, insbesondere auch wegen der vielen falsch-positiven Diagnosen: Viele Frauen (nämlich 200 von 1000) hätten unnötig Angst, es würden bei ihnen überflüssige und teils invasive Untersuchungen (wie Gewebeentnahmen) durchgeführt. Man müsse den Frauen sagen, dass nach der Statistik nur eine von 10 Frauen mit einem auffälligen Röntgenbefund tatsächlich Brustkrebs habe.

Ein weiterer unerwünschter Effekt ist die "Überdiagnose". Damit ist gemeint, dass bei einer Frau ein Brustkrebs-Tumor festgestellt wird, der ohne Screening gar nie entdeckt worden wäre, weil die Krankheit nicht zu Beschwerden geführt hätte bzw. die Frau vorher an einer anderen Ursache gestorben wäre. In den neuesten Untersuchungen (2008) norwegischer Forscher wird gar von mehr als 20 Prozent Spontanheilungen berichtet.

---

<sup>1</sup> Mülhauser I, Höldke B. Mammographie-Screening – Darstellung der wissenschaftlichen Evidenz – Grundlage zur Kommunikation mit der Frau, in: *arznei-telegramm* 1999:101-108 (<http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/mammographiearzneitelegramm.pdf>).

<sup>2</sup> Opportunistisches Screening: individuell durchgeführte Vorsorge-Mammographien ausserhalb eines kantonalen Screening-Programms

Schliesslich sind noch die falsch-negativen Resultate zu erwähnen (unauffälliger Befund, obwohl eine Erkrankung besteht; d. h. der Brustkrebs wird "übersehen"). In diesen Fällen wird den Frauen eine falsche Sicherheit vermittelt.

Durch ein organisiertes Mammographie-Screening könnten im Kanton Luzern schätzungsweise gut zehn frühzeitige Todesfälle pro Jahr vermieden werden. Andererseits würden im gleichen Zeitraum knapp 130 Luzernerinnen mit einem falsch-positiven Resultat konfrontiert (beides Mal bei einer Teilnehmerate von 40 %). Die Vor- und Nachteile müssen daher sorgfältig abgewogen werden.

Interessant ist die Haltung des Dachverbands der Schweizerischen Patientenstellen, der seine kritische Haltung mit folgenden Zahlen untermauert<sup>3</sup>. Um eine Frau vor dem Tod an Brustkrebs zu retten,

- braucht es 2500 Röntgenbilder gesunder Frauen,
- erhalten 100 Frauen einen falschen Krebsverdacht,
- kommt es bei 25 Frauen zu unnötigen Biopsien,
- werden 1 oder 2 Frauen sinnlos operiert.

#### **4. Qualitätsanforderungen**

Ebenso bedeutsam ist die Tatsache, dass die Zielbevölkerung im Kanton Luzern mit rund 39'900 Frauen zwischen dem 50. und 69. Altersjahr für ein eigenständiges Programm relativ klein ist. Sinnvollerweise müsste man versuchen, sich mit anderen Kantonen zusammenzuschliessen.

Bezüglich Qualifikation der Radiologinnen und Radiologen verlangen die Zertifizierungsrichtlinien, dass jemand mindestens 500 Mammografien beurteilt haben sollte, bevor er/sie für das Screening-Programm tätig wird. Während der Tätigkeit für das Screening-Programm sollten sie jährlich mindestens 1000 Mammografien beurteilen. Radiologinnen und Radiologen, welche die zweite und dritte Lesung von Mammografien vornehmen, sollten jährlich mindestens 2000-5000 Mammografien beurteilen.

Schliesslich ist zu beachten, dass bei einem kantonseigenen Programm die relativ kleine Anzahl Mammographien in keinem Verhältnis zum erforderlichen Überbau stehen würde (Organisation, Administration, Aufgebot, Qualitätssicherung und Schulung).

Sämtliche Kantone, die über ein kantonales Mammographie-Screening-Programm verfügen haben ein Krebsregister. Das Zentralschweizer Krebsregister, das der Kanton Luzern nächstes Jahr lanciert, wird voraussichtlich im Jahre 2012 akkreditiert werden und wäre erst ab diesem Zeitpunkt in der Lage, Daten aus einem kantonalen Screening-Programm auszuwerten.

#### **5. Informationsmöglichkeit**

Der fachgerechten Information der betroffenen Frauen und dem situationsbezogenen Abwägen der Vor- und Nachteile der zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden kommt ein hoher Stellenwert zu. In diesem Zusammenhang sind Ergebnisse von Studien erwähnenswert, wonach die Bereitschaft der Frauen, an einem Mammographie-Screening teilzunehmen, deutlich sank, je besser und je umfangreicher sie über das Screening informiert worden waren. Der Umstand, dass Frauen auf Grund solcher Angaben eine Mammographie ablehnen, darf nicht dazu führen, dass ihnen die wesentlichen Informationen vorenthalten werden.

---

<sup>3</sup> Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, Zürich; Broschüre „Früherkennung von Brustkrebs“, Seite 1

## 6. Kosten

Die Erfahrung der bestehenden Screening-Programme zeigen, dass sie mit grossem administrativem Aufwand und hohen Kosten verbunden sind. Somit stellt sich die grundsätzliche Frage, warum gerade die Mammographie als einzelne diagnostische Methode auf kantonaler Ebene geregelt werden soll. Würde das Geld anstelle der Mammographie für ein Darmkrebsprogramm eingesetzt werden, würden die Leute einerseits nicht mit Falschdiagnosen konfrontiert werden (weil es diese beim Darmkrebs nicht gibt) und es könnten andererseits mehr Todesfälle vermieden werden.

Die seit 1997 geltende Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung für das organisierte Mammographie-Screening war bis Ende 2007 befristet. Sie bildete die gesetzliche Grundlage für die sechs Screening-Programme in der Westschweiz. Die Bundesbehörden hatten Ende 2007 die Verlängerung der Leistungspflicht der Krankenversicherung zu überprüfen. Im Hinblick auf diese Überprüfung reichten die Krebsliga Schweiz und der Verein Oncosuisse einen Antrag zur unbefristeten Sicherung der Leistungspflicht und zur Entlassung der Screening-Programme aus der Verpflichtung zur Evaluation ihres Nutzens ein. Das Eidgenössische Departement des Innern ist diesem Antrag nicht gefolgt und hat die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung lediglich um weitere zwei Jahre verlängert, also bis Ende 2009.

Auch wenn es vorerst noch keine einheitlichen, gesamtschweizerische Screening-Programme gibt, bestehen für Frauen, die dies wünschen, im Kanton Luzern bereits ein spezialisiertes und zertifiziertes Brustzentrum mit einem umfassenden Angebot. Alle Frauen, die ihre Brust von sich aus auf mögliche Krebszellen untersuchen lassen wollen, können dies bereits heute vornehmen. Sie müssen aber für die Kosten der Untersuchung selber aufkommen. Wird der Untersuchungs ärztlich angeordnet (man spricht von einer diagnostischen Mammographie), dann übernimmt die Krankenkasse die Kosten, die Beteiligung der Patientin beschränkt sich auf die Franchise und den Selbstbehalt.

Ziel der Motionäre ist es, dass der Kanton Luzern ein qualitätskontrolliertes Screening-Programm beschliesst. Sollte die Motion angenommen werden, würden der Kanton und die Krankenversicherer für die Kosten des Mammographie-Screenings aufkommen. Betroffen wären alle Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren, die alle zwei Jahre zu einem Routine-Untersuchung eingeladen werden.

Im Rahmen der aktuellen Screening-Programme in der Schweiz betragen die Kosten pro Teilnehmerin und Intervall (zwei Jahre) zwischen 195 Franken (Kanton Wallis) und 365 Franken (Kanton Genf). Davon übernehmen die Krankenversicherer 110 Franken bis 200 Franken für die Röntgenuntersuchung und Befundung. Die allgemeinen Kosten für das Programm müssen dagegen von den Kantonen oder anderen Kostenträgern (Spenden, Legate) finanziert werden.

Im Kanton St. Gallen betragen die Kosten für den Kanton im ersten Jahr voraussichtlich 1,25 Millionen Franken. In den Folgejahren wird mit einem Aufwand von 0,75 Millionen Franken für den Kanton gerechnet. Im Kanton Luzern müsste mit Kosten im ähnlichen Umfang gerechnet werden. Eine Berechnung der GDK aus dem Jahre 2005 kam zum Ergebnis, dass sich die Kosten für das zweijährige Brustkrebs-Screening von 100'000 Frauen während 10 Jahren für die ganze Schweiz auf 85 Millionen Franken belaufen würden.

In den Westschweizer Kantonen wird parallel zu den Mammografien der Screening-Programme weiterhin eine viel zu grosse Zahl „opportunistischer“ Mammografien durchgeführt, welche nicht ausreichend medizinisch begründet werden können. Die Beteiligungsquote erreicht trotz grosser Anstrengungen nicht europäische Normen. Das ist insofern dramatisch, indem die kritische Masse (Anzahl Mammografien oder Lesungen pro Radiologe und Jahr sowie die zu hohe Anzahl an mammografierenden Radiologen) nicht erreicht wird. Dies

hat zur Folge, dass einerseits der ganze Verwaltungsapparat für das eigentliche Programm aufgezogen wird und die Anzahl Untersuchungen nicht zurückgeht.

Ein immer wieder vorgebrachtes Argument zu Gunsten eines Mammografie-Screening-Programms sind dessen höhere Qualität sowie dessen tiefere Kosten im Vergleich zur „opportunistischen“ Mammografie. Diese Argumentation greift allerdings insofern zu kurz, als die häufige Anwendung qualitativ unbefriedigender und teurer „opportunistischer“ Mammografien kaum als taugliche Referenz zu betrachten ist. Verglichen werden müsste ein systematisches Screening korrekterweise eher mit einer streng begrenzten Anwendung der Mammografie auf klar indizierte Einzelfälle. Die Beschaffung tauglicher Daten bietet allerdings beträchtliche Schwierigkeiten.

## **7. Ausblick**

Ein Expertenbericht im Auftrag der Krebsliga Schweiz kommt zum Schluss, dass im Hinblick auf ein Brustkrebs-Screening in der Schweiz das heikle Gleichgewicht zwischen Nutzen und Schaden für das Individuum, die Bevölkerung, die Ärzteschaft und das Gesundheitswesen beachtet und sorgfältig abgewogen werden sollte. Dies kann sinnvollerweise nur in einem nationalen Zusammenhang erfolgen.

Im Auftrag des BAG und der GDK hat der Verein Oncosuisse auch ein nationales Krebsprogramm 2005 – 2010 veröffentlicht. In diesem Dokument sind unter anderem ausführliche Zielsetzungen für die Krebs-Früherkennung und Vorschläge zur Umsetzung enthalten. Von den Bundesbehörden wird die Schaffung einer nationalen Früherkennungskommission erwogen, die sich aller Fragen rund um die Krebs-Früherkennung bei Frau und Mann annehmen soll, insbesondere bezüglich Wirksamkeit, Qualitätsanforderungen und Kosten/Nutzen-Verhältnis.

Dies steht in Übereinstimmung mit einer Entscheidung der Gesundheitskommission des Nationalrates, der im November 2006 eine nationale Strategie zur Krebsvorsorge und deren Bezahlung durch die Krankenkasse fordert. In der Zwischenzeit hat Oncosuisse zusätzlich ein Arbeitspapier zur Optimierung der Rahmenbedingungen für das Krebs-Screening in der Schweiz vorgelegt. Darin werden die Früherkennung und innerhalb der Früherkennung die Screening-Untersuchungen als vorrangig aufgeführt. Oncosuisse hofft, dass auf diesem Weg das im Mai 2000 gescheiterte Projekt zum Aufbau eines gesamtschweizerischen Programms für die Früherkennung von Brustkrebs wieder belebt werden kann, das seinerzeit nicht zuletzt an der fehlenden, nationalen Ausrichtung und an Finanzierungsfragen gescheitert ist.

Dass die Probleme rund um das Mammographie-Screening nur in einer gesamtschweizerischen Sichtweise gelöst werden können, hat auch die Evaluation der Erfahrungen der letzten zehn Jahre mit den Programmen in der Westschweiz ergeben. Neben dem abermaligen Hinweis auf die fehlende, nationale Strategie werden im entsprechenden Bericht der Schweizer Krebsliga und des Vereins Oncosuisse zwei Hauptgründe für die bisherigen Schwierigkeiten bei den Screening-Programmen erwähnt: einerseits ist eine verhältnismässig niedrige Teilnehmerrate in den kantonalen Programmen beobachtet worden. Gemäss der Dokumentation von Oncosuisse liegt die durchschnittliche Teilnehmerrate in der Westschweiz bei 40%, gemäss neusten Daten bei 52%. Da keine Daten darüber vorhanden sind, wie viele Frauen überhaupt ein Brustkrebs-Screening ins Auge fassen, sind die Gründe dafür unklar. Andererseits fiel die geringe Anzahl von radiologischen Zweitbeurteilungen auf. Dies ist ein wichtiger Gesichtspunkt, da die Möglichkeit zur Zweitbeurteilung und eine genügend grosse Anzahl von solchen Beurteilungen durch die beteiligten Radiologen immer als Qualitätsmerkmal von organisierten Screening-Programmen angesehen worden sind.

Die Krebsliga Schweiz und Oncosuisse analysierten daraufhin die möglichen Wirkungen und Kosten verschiedener Angebote mittels des Simulationsprogramms «MISCAN». Die Analyse hat den Nachweis erbracht, dass bei einer Teilnehmerrate von 80% frühzeitige Todesfälle,

wie eingangs auf Grund von Studienergebnissen erwähnt, um rund 20% gesenkt werden können, allerdings unabhängig davon, ob die regelmässigen Untersuchungen in einem organisierten Programm, in klinischen oder privaten Angeboten (als so genannte „opportunistische“ Mammographien bezeichnet) oder in beiden möglich sind. Ein Nebeneinander von Screening-Programmen sowie Angeboten in Kliniken und bei privaten Anbietenden (und genau dies ist die Situation heute in den Westschweizer Kantonen) stellte sich dabei als die mit Abstand teuerste Variante heraus, viel teurer jedenfalls, als wenn keine organisierten Programme bestehen.

Die Autoren der Analyse möchten deshalb die Frauen auf die Programme verpflichten und die „opportunistischen“ Mammographien weitgehend unterbinden. Diese Forderung ist aber angesichts der von Gesetzes wegen garantierten freien Arztwahl sehr fragwürdig. Es ist auch nicht möglich, einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der die erforderlichen Qualifikationen nachweisen kann, diese Untersuchungsmethoden einfach zu verbieten. Auch der Vorschlag, zur Steigerung der Zahl der Teilnehmerinnen nur radiologische Brustuntersuchungen in organisierten Programmen durch die Krankenkassen bezahlen zu lassen, greift zu kurz. Wenn Mammographien als Untersuchung zum Ausschluss eines Krebsverdachts im Rahmen einer Früherkennung und nicht einfach als völlig «blindes» Screening gesunder Frauen durchgeführt werden, sind sie immer eine Pflichtleistung der Krankenkasse. Ausser man würde Frauen allgemein untersagen, Mammographien ausserhalb von eigentlichen Brustzentren machen zu lassen, was bereits wegen der erwähnten freien Arztwahl unrealistisch wäre.

## **8. Schlussfolgerungen**

Das Mammographie-Screening ist und bleibt auf absehbare Zeit ein kontroverses Thema. Je nach Bewertung der einzelnen Faktoren kommt man zu unterschiedlichen Schlüssen. Deshalb besteht unter den Fachleuten und Kantonen bisher kein Konsens über eine einheitliche Strategie in diesem Bereich. Vielmehr hat sich in der Schweiz eine ganz unterschiedliche Praxis entwickelt.

Ob der Bund kantonale Screening-Programme nach 2010 in den Leistungskatalog aufnimmt ist zum heutigen Zeitpunkt ungewiss. Beim Mammographie-Screening stellt sich nämlich das Problem, dass die Leistungspflicht bis am 31. Dezember 2009 befristet ist. Ein Grundsatzentscheid des Bundes in dieser Angelegenheit steht somit immer noch aus.

Der Regierungsrat ist bereit, das Anliegen neu zu prüfen, wenn ein entsprechender Entscheid des Bundes vorliegt oder sich die Faktenlage verändert.

Gestützt auf diese Tatsache einerseits sowie den zusätzlichen jährlichen Kosten für den Kanton von rund 0,8 Millionen Franken bei einem flächendeckenden Screening-Programm und den vielen unerwünschten Nebenwirkungen beantragen wir Ihnen, die Motion abzulehnen.

Luzern, 13. Januar 2009

ges\_laufnr / dok\_titel