



Vorberatende Kommission des Kantonsrates

Protokoll der Sitzung vom 5. März 2008

**II. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die
Krankenversicherung (22.0.02)**

Ort: Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen,
Moosbruggstrasse 11, 9001 St.Gallen,
Konferenzraum 801, 8. Stock

Zeit: Mittwoch, 5. März 2008

08.30 – 15.45 Uhr

Anwesend: Mitglieder der vorberatenden Kommission:

Klee-Rohner Helga, Präsidentin
Baer René, Oberuzwil
Egger Nico, Gossau
Eilinger Ruedi, Waldkirch
Haag Agnes, St.Gallen
Hasler-Spirig Marlen, Widnau
Hasler Paul, St.Gallen
Huber Maria, Rorschach
Lorenz Marlies, Kronbühl
Müller Clemens, St.Gallen
Nietlispach Jaeger Eva, St.Gallen
Rehli Valentin, Walenstadt
Schlegel Jeannette, Goldach
Schrepfer-Bernath Elsbeth, Sevelen
Stadler-Egli, Bazenheid
Stump Bruno, Engelburg
Wang-Schenker Bernadette, St.Gallen
Widmer Alfred, Kronbühl
Würth-Zoller Felicitas, Rorschacherberg

Vom Gesundheitsdepartement:

Hanselmann Heidi, Regierungsrätin
Wüst Roman, Generalsekretär
Bachmann Gaudenz, Präventivmediziner
Ingold Nicole, Rechtsdienst
Gruber Simone, Protokoll

Anhörung von Fachpersonen:

- Dr.med. Chris de Wolf, Leiter des Brustkrebs Früherkennungsprogramms des Kantons Freiburg und Berater des European Cancer Network
- Prof.Dr. Beat Thürlimann, Leiter des Senologiezentrums Ostschweiz, Kantonsspital St.Gallen

- Traktanden:**
1. Begrüssung / Mitteilungen
 2. Expertenreferate
 3. Eintretensreferat Regierungsrätin Hanselmann
 4. Eintretensdiskussion
 5. Spezialdiskussion
 6. Rückkommen
 7. Antrag an den Kantonsrat
 8. Bezeichnung des Kommissionssprechers/der Kommissionssprecherin
 9. Frage der Medieninformation
 10. Varia

- Geht an:**
- Mitglieder der vorberatenden Kommission
 - Staatskanzlei (7)
 - Gesundheitsdepartement:
 - Heidi Hanselmann
 - Roman Wüst
 - Gaudenz Bachmann
 - Ingold Nicole

1. Begrüssung

Klee begrüsst als Präsidentin die Kommissionsmitglieder und die Vertreterinnen und Vertreter vom Gesundheitsdepartement zur Beratung des V. Nachtrags zum Gesundheitsgesetz. Ihr spezieller Gruss, verbunden mit einem Dankeschön für die Bereitschaft, sich der Kommission für Auskünfte und Fragen zur Verfügung zu stellen, geht an die Fachreferenten. Es sind dies: Dr. med. de Wolf, Leiter des Brustkrebs Früherkennungsprogramms des Kantons Freiburg und Berater des European Cancer Network sowie Professor Thürlimann, Leiter des Senologiezentrums Ostschweiz am Kantonsspital St.Gallen.

Die Präsidentin stellt fest, dass die Kommission vollständig anwesend und somit gemäss Art. 56 des Kantonsratsreglements beschlussfähig ist und lässt die Präsenzliste mit der Bitte um Eintrag zirkulieren.

Gemäss Art. 59 des Kantonsratsreglements dienen die Kommissionsberatungen der freien Meinungsbildung. Die Beratungen sind vertraulich. Die Urheber einzelner Meinungsäusserungen dürfen Dritten nicht bekannt gegeben werden. Das gilt auch bei der Orientierung der Fraktionen. Die Vertraulichkeit gilt auch nach Art. 67 des Kantonsratsreglements (SGS 131.11; abgekürzt KRR) für die Kommissionsprotokolle. Bis zum Abschluss der Beratungen im Kantonsrat dürfen Personen, welche nicht in der Kommission Einsitz hatten, keine Einsicht in das Protokoll gewährt werden.

In der Februarsession 2006 erteilten 113 der anwesenden 128 Mitglieder des Kantonsrates - also 88 Prozent - der Regierung den Auftrag, eine Vorlage zu einem flächendeckenden Screening-Programm zur Brustkrebs-Prävention für Frauen ab 50 zu unterbreiten.

Dieses Programm soll insbesondere:

- sich an internationale Standards und Erfahrungen orientieren sowie ein entsprechendes Qualitätssicherungssystem enthalten, um dadurch den effizienten Mitteleinsatz zu gewährleisten;
- Die Institutionen, die mit der Durchführung Qualitätssicherungssystem enthalten, um dadurch den effizienten Mitteleinsatz zu gewährleisten;
- die Institutionen, die mit der Durchführung der Mammographie betraut werden, ausschliesslich nach Qualitätskriterien auswählen;
- für eine logistische Infrastruktur sorgen, welche effizient und kostengünstig nicht nur die Frauen zum Screening anbietet, sondern auch die Daten über die erfolgten Screening erhebt und damit der Forschung nutzbar macht;
- für eine Kostenteilung sorgen, welche die Kosten für die eigentliche Mammographie den Krankenkassen übergibt (wie im KVG vorgesehen und in den welschen Kantonen bereits praktiziert).

Klee dankt Regierungsrätin Hanselmann, dass sie den Auftrag zügig an die Hand genommen und die Fachpersonen in ihrem Departement beauftragt hat, eine Vorlage auszuschaffen über welche heute beraten werden kann.

Klee betont, dass die Motion, welche zur Gesetzesvorlage führte, die bessere Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie im Rahmen von qualitätskontrollierten Reihenuntersuchungen – das so genannte Mammographie-Screening zum Ziel hat.

2. Expertenreferate

2.1. Dr.med. Chris de Wolf; Brustkrebs-Screening in Europa und in der Schweiz: Zahlen und Fakten

De Wolf bekleidet die ärztliche Leitung des Freiburger Programms Brustkrebs-Früherkennung mit einem 50 Prozent Pensum. Daneben arbeitet er bei der IARC in Nyon. Zuvor hat er acht Jahre bei der europäischen Kommission gearbeitet und war für alle Programme in der Früherkennung zuständig. Beim Brustkrebs sind die Arbeiten am besten fortgeschritten. Es wurden die Grundlagen für die europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung in der Mammographie gelegt.

Folgende Schlüsselemente sind für ein erfolgreiches Früherkennungsprogramm erforderlich:

- Alle beteiligten Frauen sind zur Mammographie einzuladen.
- Es ist eine hohe Teilnehmerrate der eingeladenen Frauen anzustreben.
- Es muss sichergestellt werden, dass die Mammographie mit höchsten Qualitätsstandards durchgeführt und von erfahrenen und besonders dafür ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten beurteilt wird.

- Die Akzeptanz des Früherkennungsprogramms muss in der Öffentlichkeit und im medizinischen Bereich gut sein.
- Adäquate Abklärungs-Untersuchungen und Behandlungen sind für die Betroffenen bereit zu stellen.
- Unerwünschte Auswirkungen des Screenings sind zu minimalisieren und gleichzeitig ist die Krebsentdeckung zu optimieren.
- Die Resultate sind zu überwachen und die Screening-Ergebnisse sind ständig zu evaluieren.
- Es hat eine regelmässige Überprüfung der Programmaktivitäten und ein Feedback für die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zu erfolgen.
- Die Früherkennung muss kosteneffektiv sein.
- Es muss sichergestellt sein, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Screeningkette ständig weiter- und fortgebildet werden.

Das sind die wichtigsten Punkte der europäischen Guidelines. Das sind keine Richtlinien, sondern Leitlinien.

1990 gab es in Europa in Island, Schweden und Finnland bereits ein Früherkennungsprogramm. In England, Holland und Norditalien war es im Aufbau. Die Erfahrungen von Holland, England und Schweden wurden zusammengetragen und daraus die Leitlinien verfasst. Seit Ende 2006 bieten bereits viele Länder in Europa flächendeckend ein Früherkennungsprogramm an. In der Schweiz können nur 25 Prozent der Frauen an einem Früherkennungsprogramm teilnehmen und diese wohnen in der Romandie.

Wie effizient sind die Brustkrebs-Screeningprogramme mit Mammographie? De Wolf hat zu dieser Frage zusammen mit Doris Schopper einen Bericht für das Bundesamt für Gesundheit geschrieben. Dabei wurde auch die Reduktion der Sterblichkeit in Europa untersucht. Dabei wurden Frauen, die gescreent wurden mit den Frauen, die nicht gescreent wurden, verglichen. Seit der Einführung eines Screening-Programms weist British Columbia (Kanada) eine Mortalitätssenkung von 24 Prozent, Kopenhagen 37 Prozent, Schweden und die neun Counties 43 Prozent auf. Bei Frauen, die zu einem Screening eingeladen wurden, erreichte man in Kopenhagen eine Senkung der Sterblichkeit von 25 Prozent, Finnland 24 Prozent, Schweden 16 Prozent, Navarra (Spanien) 48 Prozent.

Beim Vergleich der Kantone der Schweiz erkennt man, dass die Frauen im Wallis und in Genf, wo sie die Möglichkeit für ein Screening Programm haben, länger überleben. Eine Frau aus Genf lebt mit der gleichen Diagnose zwei Jahre länger als eine Frau aus St.Gallen.

Es ist entscheidend, wie früh ein Krebs entdeckt wird. Je kleiner der Knoten ist, umso grösser ist die Chance, dass dieser noch keine Metastasen gebildet hat. Die Frauen sterben nicht am Brustkrebs, sondern an den Metastasen. Bei einem fortgeschrittenen Tumor wird die Überlebenschance einer Frau klein.

In den Kantonen, die über ein Screening-Programm verfügen, werden die Tumore im Durchschnitt früher entdeckt. Das heisst, wenn sie noch deutlich kleiner sind, als bei Kantonen ohne Screening-Programm.

Mit einem gut organisierten Screening-Programm kann die Diagnose zwei bis vier Jahre früher gestellt werden als ohne. Damit kann eine Senkung der Brustkrebs-Sterblichkeit um 20 bis 30 Prozent erreicht werden. Die Überlebens-Chance bei Tumoren, welche bei einer Grösse kleiner als 1 cm entdeckt werden, liegt bei 95 Prozent.

Die Teilnahmerate in Freiburg konnte seit dem Beginn im 2004 kontinuierlich gesteigert werden. Das Programm war zu Beginn noch zu wenig bekannt und das Einladungssystem musste verbessert werden. In Freiburg liegt die Teilnahmerate 2007 bei 68 Prozent, was der höchsten Teilnehmerrate in der Schweiz entspricht. Die Guidelines haben als Richtwert eine Teilnahmerate von über 70 Prozent vorgegeben. De Wolf ist sicher, dass dies im kommenden Jahr erreicht werden kann.

Seit dem Start des Programms wurden die Frauen befragt, ob sie ein opportunistisches Screening nutzen. 2004 gingen noch 933 Frauen in ein opportunistisches Screening, 2007 waren dies nur noch 392. Dies weist darauf hin, dass die Frauen auf das systematische Programm umsteigen.

Das Screening-Programm ist für Radiologinnen/Radiologen interessant. Je mehr Untersuchungen gemacht werden können, umso kleiner wird der Aufwand pro Patientin und die Kosten werden gesenkt.

Im Bericht für das Bundesamt für Gesundheit wurde ebenfalls eine Analyse der Kosteneffizienz von Brustkrebs-Screening erstellt. Dazu hat De Wolf mit einer Gruppe in Rotterdam, welche bereits ein Modell zur Verfügung hat, wie eine Kosten-Nutzen-Schätzung erstellt werden kann, zusammen gearbeitet. Dieses Modell ist in Deutschland, Frankreich, Spanien und Amerika validiert. Deshalb war man der Ansicht, dass das Modell auch für die Schweiz anwendbar ist. Das Problem in der Schweiz waren die unvollständigen Daten. Es musste berücksichtigt werden, dass Santésuisse nur 60 Prozent der Daten zur Verfügung hat, weil diese nicht alle Krankenkassen weitergeben. Die Tarmed Positionen zeigen die aktuellen Kosten nur begrenzt. Es fehlen die Informationen zum Stadium des Krebses und die entsprechenden Therapie-Protokolle. Dennoch konnten recht verlässliche Berechnungen gemacht werden.

Wie sehen nun die Kosten pro gewonnenes Lebensjahr aus? Dazu wurden sieben Szenarien geprüft. Daraus kann folgendes ersehen werden. Wenn 30 Prozent der Frauen jährlich eine opportunistische Mammographie machen, dann kostet das 400 Millionen Franken, und es resultieren 1'100 gewonnene Lebensjahre. Für den gleichen Aufwand kann man ein Früherkennungsprogramm mit einer 80-prozentigen Teilnahmerate durchführen und erreicht 30'000 gewonnene Lebensjahre.

Mit diesen Zahlen kann ebenfalls die Mortalitäts-Senkung in der Schweiz prognostiziert werden. Innerhalb von 15 Jahren könnte demnach eine Mortalitäts-Senkung von ca. 20 Prozent erreicht werden.

Zusammenfassend können die folgenden Schlussfolgerungen zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm gezogen werden.

- Die Miscan Analyse hat gezeigt, dass Mammographie-Screening die Sterblichkeit in der Schweiz senken kann.
- Die tiefsten Kosten pro gewonnenes Lebensjahr erreicht man in einem organisierten Screening-Programm mit Untersuchungen alle zwei Jahre (Fr. 21'833.--). Das ist doppelt so kosteneffektiv wie ein opportunistisches Screening alle zwei Jahre (Fr. 46'611.--).

Schlussfolgerungen:

- Mammographie im Rahmen von organisierten Programmen ist heute die beste verfügbare Methode zur Früherkennung von Brustkrebs.
- Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen, dass Mammographie-Screening-Programme mit guter Qualität realisierbar sind.
- Alle Frauen in der Schweiz sollten Zugang zu organisierten Mammographie-Programmen haben.

2.2. Prof.Dr. Beat Thürlimann; Qualitätsaspekte in und um ein Mammographie-Screening-Programm

Thürlimann nennt einige Zahlen zum Brustkrebs:

- In der Schweiz erkranken jährlich über 4'000 Frauen an Brustkrebs.
- Alle sechs Stunden stirbt in der Schweiz eine Frau an Brustkrebs.
- Brustkrebs ist die häufigste Todesursache im Alter zwischen 40 bis 60 Jahren.
- Brustkrebs ist die wichtigste Ursache für vorzeitig verlorene Lebensjahre.
- Die neuen Fälle pro Jahr (Inzidenz) nehmen jährlich immer noch etwas zu.
- Die Mortalität ist langsam abnehmend. In der Ostschweiz geschieht dies langsamer, als in den übrigen Regionen der Schweiz.

Wenn wir die Mortalität in der Schweiz nach Alterskategorien betrachten, stellen wir fest, dass Herz- Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache ist, dies aber erst im höheren Alter (75 bis 85 Jahren). Dies ist damit zu begründen, dass es in der medizinischen Versorgung gelungen ist, diese Krankheiten in jüngeren Jahren weitgehend durch Behandlung und gesündere Lebensweise zu eliminieren.

In jüngerem Alter macht bei Frauen Brustkrebs den höchsten Anteil der Mortalität aus. Hier greift das Brustscreening. Das Programm ist nicht etwa dazu gedacht, den Brustkrebs einer Frau mit 85 Jahren festzustellen. Es geht vor allem um die Reduktion vorzeitig verllorener Lebensjahre.

Wenn wir die Zahlen des Krebsregisters St.Gallen-Appenzell betrachten, so stellen wir fest, dass auch in St.Gallen die durch Brustkrebs verlorenen Lebensjahre (vor 70 Jahren) am meisten sind. Es gehen viel mehr Lebensjahre durch Brustkrebs als z.B. durch Verkehrsunfälle verloren. Dies könnte durch Mammographie-Screening zwischen 50 und 70 Jahren reduziert werden.

Mammographie-Screening reduziert die Sterblichkeit bei Frauen um 25 – 35 Prozent. Das sei noch eine konservative Schätzung. Das Screening muss intern und extern qualitätskontrolliert sein. Die Teilnahmerate sollte bei über 70 Prozent liegen. Ansonsten bringt es nicht viel. Frauen, welche nicht zum Arzt gehen, wenn sie einen noch relativ kleinen Tumor feststellen, gehen auch nicht zum Mammographie-Screening. Diese Frauen gilt es, für das Screening-Programm zu motivieren. Der Gewinn wird sich nach ca. 10 – 15 Jahren zeigen. Das Problem der Überdiagnose und Überbehandlung ist durch Qualität zu minimieren. Kosten und Nutzen sind gegen teure Therapien bei einem fortgeschrittenen Stadium abzuwägen.

Die meisten Guidelines für Qualität, auf welche man sich für das St.Galler Programm gestützt hat, kommen aus den europäischen Richtlinien. Man weiss, dass in den Ländern, in welchen das Mammographie-Screening seit mehreren Jahren eingeführt ist, die Richtlinien befolgt werden und sich als sinnvoll erweisen.

Wie sieht die Qualitätskontrolle bei einem Mammographie-Screening aus?

Die Teilnehmerinnen erhalten von der Programmorganisation eine Einladung. Die Teilnahme ist freiwillig. Für das Röntgen gibt es einen speziellen Kontrollablauf. 98 Prozent der untersuchten Frauen haben keine Befunde und werden nach zwei Jahren wieder eingeladen. Sollte eine Frau einen Befund haben, braucht es Abklärungen. Diese werden in einem standardisierten System nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommen. Wer diese Abklärungen vornimmt, steht frei, sofern die Richtlinien befolgt werden. Viele dieser Abklärungen werden einen harmlosen Befund zeigen. Einige davon (6 von 1'000) brauchen eine Krebs-Therapie. Diese muss dokumentiert werden, und die Daten werden dem Krebsregister gemeldet. In den meisten Ländern hört das Programm vor dieser wichtigen Phase auf. Diese zusätzliche Qualitätskontrolle ist im Kanton St.Gallen vorgesehen.

Wie sieht die Steuerung des Gesamt-Programms aus?

Für die Durchführung der Mammographie gibt es Vorschriften, diese müssen erfüllt sein. Darunter fallen die Qualitäts-Vorschriften für die Geräte, die medizinisch technischen Radiologie-assistentinnen und –assistenten und die Radiologinnen und Radiologen. Diese erhalten eine spezielle Ausbildung. Nach der Ausbildung zur Mammographeurin/zum Mammographeur ist eine Prüfung abzulegen. Dazu müssen sie alle einen Wiederholungskurs besuchen (alle fünf Jahre). Zudem müssen sie an den Fallbesprechungen teilnehmen. Dies geschieht vier Mal pro Jahr. Nach der Durchführung der Mammographie wird diese durch eine erste Radiologin/einen Radiologen befundet. Die Mammographien werden digital erhoben. So können die Röntgenbilder für eine Zweitlesung durch eine andere Radiologin/einen anderen Radiologen verschickt werden.

Die Mammographie geht nun zu einer zweiten Radiologin/zu einem zweiten Radiologen. Diese haben die Anforderung, über 5'000 Mammographien pro Jahr zu lesen. Sofern es einen Unterschied von der ersten zur zweiten Lesung gibt, geht die Mammographie zu einer dritten Radiologin/einem dritten Radiologen. Diese Beurteilungen erfolgen alle unabhängig voneinander. Es müssen ca. zehn Prozent von einer zentralen Expertin/einem zentralen Experten drittgelesen werden. Alle zweifelhaften Befunde werden einem Expertengremium vorgestellt. Dazwischen gibt es Rückmeldungen an die Frauen. Alle diese Daten werden zentral erfasst. Die Anzahl der Karzinome und Karzinomvorstufen werden pro 1'000 Mammographien einer Radiologin/eines Radiologen erfasst. So kann die Qualität der Geräte und der Lesungen geprüft werden.

Der Anteil der falsch negativen Befunde wird jährlich in einem Gremium besprochen. Alle Radiologinnen und Radiologen, welche diese Leistung erbringen möchten, müssen an den interdisziplinären Kolloquien teilnehmen. Hier geht es nicht nur um die Radiologiebefunde, sondern auch um die Gewebeentnahmen der spezialisierten Pathologinnen und Pathologen.

Es ist ferner die Servicequalität einzuhalten. Jede Frau soll ihr Resultat innert acht Tagen erhalten. Jede Frau, die eine Abklärung eines unklaren Befundes braucht, erhält innert fünf Tagen einen Termin. Die Resultate jedes Abklärungsschrittes werden der Frau innert fünf Tagen zurückgemeldet. Die Besprechung aller Resultate sowie die weitere Vorgehensweise muss innert zehn Tagen nach dem letzten Untersuch der Frau mitgeteilt werden.

Das Informationsmaterial für die Frauen wird zudem jährlich nach den neuesten Erkenntnissen überprüft.

Wie sieht der Vergleich zwischen dem opportunistischen Screening und dem Screening-Programm aus?

Bei einem opportunistischen Screening gehen die Frauen aus eigenem Antrieb zu einer Vorsorgeuntersuchung. Es sind meistens die gesundheitsbewussten Frauen, welche ohnehin zur Ärztin/zum Arzt gehen. Beim Screening-Programm werden alle Einwohnerinnen zwischen 50 und 70 Jahren systematisch eingeladen. Das hat letztlich auch eine soziale Bedeutung. Gesundheitsbewusste Frauen gehören eher der sozioökonomisch höheren Schicht der Bevölkerung an. Wir wissen auch, dass Frauen aus finanzschwachen Gemeinden häufiger an Brustkrebs sterben. Beim vorgeschlagenen Programm gibt es auch eine unabhängige Doppelleistung. Dies ist beim opportunistischen Screening nicht der Fall. Beim Screening-Programm ist eine systematische Qualitätskontrolle garantiert. Es entsteht ein Lerneffekt aufgrund der Rückmeldungen. Zudem ist die Abklärung von Befunden standardisiert. Die zielführenden Untersuchungen sind in einem Algorithmus festgelegt. Auch die Therapie wird dokumentiert. Alle diese wichtigen Qualitätsaspekte fallen beim opportunistischen Screening weg. Die Brustkrebssterblichkeit kann mit einem Screening-Programm um 25 bis 35 Prozent gesenkt werden. Beim opportunistischen Screening wird die Senkung auf ca. sieben Prozent geschätzt.

Ferner sind im Gegensatz zum opportunistischen Screening beim Screening-Programm die Kosten tiefer und kontrolliert.

Fragen an die Fachpersonen:

Nietlispach: Wie hoch ist heute der Anteil der Kritiker?

De Wolf: Im Jahr 2000 erschien eine Publikation, in welcher die Qualität des Mammographie-Screenings bezweifelt wurde. Diese Publikation wurde international sehr stark diskutiert. 2006 wurde hingegen die Mortalitätssenkung in einer weiteren Publikation bestätigt. 2006 wurden zudem die ersten Resultate der bereits eingeführten Programme in Holland, England und Schweden bekannt. Auch darin wurde nach zehn Jahren eine Mortalitätssenkung festgestellt. Heute bestätigen auch die Kritiker von damals, dass das Mammographie-Screening eine Mortalitätssenkung zur Folge hat. Heute sind die Frauen auch viel besser informiert.

Egger ist frei praktizierender Gynäkologe und ist zudem als Brustchirurg in der Klinik Stephanshorn in St.Gallen tätig. Er fragt De Wolf, warum das Brust-Screening nicht z.B. zwischen

40 und 69 Jahren alle drei Jahre durchgeführt wird. Es ist bekannt, dass Karzinome vor der Menopause eine schlechtere Prognose haben.

De Wolf erklärt, dass zu Beginn in England die Untersuchung alle drei Jahre durchgeführt wurde. Dies nicht zuletzt aus Kostengründen. Dabei wurde festgestellt, dass das Krebsrisiko zunimmt. Die Experten sind sich einig, dass ein Intervall von zwei Jahren optimal ist. Bei der Altersgruppe von Frauen unter 50 ist ein Screening schwieriger, weil das Brustgewebe dichter ist. Die gute Ausbildung der Radiologin/des Radiologen wäre in solchen Fällen sehr wichtig. In Schweden hat man nun begonnen, die Frauen bereits ab 40 Jahren zu screenen. In England wird mit 48 Jahren begonnen. Sicherlich wäre dies auch ein Ziel für die Schweiz. Es ist aber als Anfang besser, in St.Gallen das Programm für Frauen zwischen 50 und 69 anzubieten.

Egger fragt Thürlimann: Es wurde aufgezeigt, dass die Teilnehmerin innert acht Tagen benachrichtigt wird. Der Termin für die Abklärung muss innert fünf Tagen stehen. Wie läuft das genau?

Thürlimann beschreibt, dass die Schnittstelle wie folgt gedacht ist. Wenn die Frau eingeladen wird, gibt sie an, welche Ärztin/welcher Arzt informiert werden soll, falls ein Befund vorliegt. Die angegebene Ärztin/der angegebene Arzt wird einen Tag vor dem 5. Tag über einen Befund informiert, damit sie/er vorbereitet ist, wenn die Frau zu ihr/ihm kommt. Dies geschieht aber nur, wenn der Befund auffällig ist. Das entspricht den europäischen Richtlinien. Er ist aber überzeugt, dass in der Schweiz diese Anzahl Tage unterboten wird.

Müller hat eine Verständnisfrage. Kann man die opportunistischen Mammographien auch als Screening bezeichnen?

De Wolf bestätigt, dass der Unterschied darin besteht, dass bei einem Screening-Programm die Frauen eingeladen werden. Beim opportunistischen Screening gehen die Frauen von sich aus zu einer Mammographie. Bei einer Einladung besteht die Chance, dass mehr Frauen teilnehmen. Bei einem opportunistischen Screening besteht die Gefahr, dass nur die gesundheitsbewussten Frauen teilnehmen.

Müller: Sind die Zahlen des opportunistischen Screenings bekannt?

De Wolf: Die CSS Krankenkasse hat die Zahlen der letzten Jahre bekannt gegeben. Diese Zahlen wurden an Santésuisse weiter geleitet. Dort wurden die Zahlen zusammen geführt. Was man nicht kennt, sind die Therapiekosten, weil diese nicht ambulant berechnet werden. Nun hat man die Therapiekosten von Holland auf die Schweiz übertragen.

Müller: Er hat die neuere Literatur studiert. Es liegen ihm ein Artikel der Schweizerischen Ärztezeitung sowie eine Ausgabe des Onkologen von 2008 vor. Darin werden die unerwünschten Nebenwirkungen kritisiert. Die Folgen von falsch negativen und falsch positiven Diagnosen lösen bei eigentlich gesunden Frauen ein erhebliches Leid aus. Im Onkologen steht: „Das Risiko, unnötig zu einem Krebspatienten zu werden, ist mindestens ebenso gross, wie die Wahrscheinlichkeit, durch die Untersuchung vom Tod durch einen Tumor bewahrt zu werden“. Ähnlich wird dies in der Schweizerischen Ärztezeitung beschrieben. Das ist eine heikle Abwägung

und mit Nachteilen verbunden. Er ist der Ansicht, dass diese Sichtweise in den Ausführungen etwas ausgespart wurde.

De Wolf: Es ist so, dass nur innerhalb eines Früherkennungsprogramms falsch positive und falsch negative Resultate entstehen. Ausserhalb eines Programms ist dies nicht möglich, weil dort keine entsprechende Überprüfung vorgenommen wird. Da wird eine epidemiologische Terminologie angewendet. Innerhalb der diagnostischen Mammographie gibt es auch falsch negative Resultate. Diese Patientinnen kommen dann wieder in einem späteren Stadium. In der diagnostischen Mammographie gibt es auch den falsch positiven Diagnosen. Das sind dann gutartige Veränderungen. Man sieht etwas auf der Mammographie, macht einen weiteren Untersuch und stellt dann fest, dass es kein Krebs ist. Das wird dann im Screening-Programm als falsch positives Resultat genannt. Diese Aussage kann sehr verwirrend wirken. Natürlich gibt es in einem Früherkennungsprogramm auch eine Überdiagnose. Wenn man einen Krebs sehr früh erkennt, so kann dies auch erst der Vorläufer von Krebs sein. Wir wissen nicht, wann dieser Krebs invasiv wird. Wenn nun eine Frau in der Zwischenzeit an einer anderen Ursache stirbt, so besteht für den Epidemiologen bereits der Fall einer Überdiagnose. Ihm ist die Information nicht bekannt, dass bei einer Mammographie das Risiko unnötig krank zu werden ebenso gross ist, wie vor dem Tode durch Krebs bewahrt zu werden. Diese Zahlen stimmen nicht mit seinen überein.

Thürlimann: Natürlich werden innerhalb des Screening-Programms Befunde erhoben, die dann keinen Krebs zeigen. Das ist bei jeder Mammographie und bei jedem medizinischen Test der Fall. Es ist auch besser, eine Vorstufe von Krebs zu entfernen, die in den nächsten Jahren einmal Krebs geben könnte, anstatt zu warten bis der Krebs ausgebrochen ist. Dann wird eine viel grössere Therapie gebraucht. Die Aufgabe der Qualitätskontrolle ist genau, Überdiagnosen zu minimieren. Das geschieht mit Ausbildung und Kontrolle der Radiologinnen und Radiologen. Das ist auch der Vorteil des Screening-Programms gegenüber dem opportunistischen Screening.

Bachmann: Ergänzend ist zu betonen, dass es nicht darum geht, Fälle zu behandeln, welche nie zu Krebs geworden wären. Es kann auch sein, dass die Frau Jahre später an einem Auto-unfall stirbt. Dann wird bereits von einer Überdiagnose gesprochen, denn die Frau hätte gar nicht behandelt werden müssen, da sie ja an einer anderen Ursache verstorben ist.

Huber: In wie vielen Fällen wurde eine Fehldiagnose festgestellt? Weiss man, wie viele Frauen nicht an einem Screening-Programm teilnehmen? Hat man untersucht, warum diese Frauen nicht teilnehmen? Was sind ihre Gründe? Unternimmt man etwas dagegen? Fragt man nach?

Thürlimann: Die Diagnose Brustkrebs gibt es nur nach einer Gewebeprobe. Eine Fehldiagnose ist dann nicht möglich. Kein Arzt stellt aufgrund der Mammographie-Aufnahme die Diagnose Brustkrebs.

De Wolf: Jeder Verdacht für ein Krebs-Vorstadium hat eine pathologische Untersuchung zur Folge. Früher hat man die Frauen zuerst operiert und dann festgestellt, dass es kein Krebs war. Dies wurde den Frauen aber nicht mitgeteilt, da es ein Fehler des Arztes war.

Thürlimann: Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass etwa 30 Prozent der Frauen nicht am Screening-Programm teilnehmen. Dafür gibt es verschiedene Gründe. Eine Gruppe sind die Frauen mit einem erhöhten Risiko. Diese sind bereits in einem speziellen Programm integriert und sollen gar nicht am Programm teilnehmen. Dann gibt es die Migrantinnen, welche Sprachprobleme oder soziokulturelle Probleme haben. Sobald Informationen in den entsprechenden Sprachen abgegeben werden, steigt auch die Teilnahme der Migrantinnen. Auch können die Gynäkologinnen und Gynäkologen bei diesen Frauen einen positiven Einfluss nehmen. Die Migrantinnen gehören genau zu der Gruppe, bei der die Sterblichkeit als Folge von Brustkrebs sehr hoch ist, weil sie nach der Entdeckung eines Knotens viel zu spät zum Untersuch gehen.

De Wolf: Die Differenz der Teilnahme der Frauen bei einem dezentralen zu einem zentral organisierten Programm liegt bei 25 Prozent.

Bachmann: Eine Fehldiagnose darf nicht verglichen werden mit einem falsch positiven Befund. Die falsch positiven sind diejenigen Fälle, bei welchen ein Befund vorliegt und eine Abklärung nötig ist, dann aber festgestellt wird, dass kein Krebstumor vorliegt.

Bär: Warum hat der Kanton Genf eine viel schlechtere Teilnahmerate als alle übrigen Westschweizer Kantone? Woran liegt das?

Ferner betont er, dass es enorm wichtig ist, dass man den Frauen, denen nicht zuletzt durch die Presse Angst gemacht wurde, erklärt, dass sich die Medizin immer weiter entwickelt. Es wird immer eine exaktere Wissenschaft möglich werden. Es hat schon immer Fehldiagnosen gegeben. Früher waren diese aber weit höher als heute. Die Mammographie-Screening-Geräte werden besser. Die jungen Ärztinnen und Ärzte werden besser ausgebildet.

De Wolf: In Grossstädten stellt man eine niedrigere Teilnahmerate fest. Das ist in London auch so. Das ist damit zu begründen, dass in grossen Städten mehr Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Die Frauen kommen viel schneller an eine Ärztin/einen Arzt heran. In ländlichen Gebieten ist die Teilnahme viel höher.

Schrepfer: Das klingt in ihren Ohren recht merkwürdig. Was hat man konkret getan, um die Teilnahmerate zu steigern?

De Wolf: In Freiburg wurde das Programm 2004 aufgebaut. Am Anfang wurden die Einladungen zu nah aufeinander verschickt und die Frauen kriegten zu lange keinen Termin bei der Ärztin/beim Arzt. Aus diesem Fehler hat man aber gelernt. Sollte es heute sein, dass ein Röntgeninstitut mehr als acht Wochen ausgebucht ist, werden die Frauen informiert, damit sie sich an ein anderes Röntgeninstitut wenden können. Auch dürfen in der Ferienzeit nicht zu viele Einladungen verschickt werden.

Würth: Wie ist der Zusammenhang zwischen den Hormontherapien und dem Brustkrebs?

Thürlimann: Die Anzahl der Brustkrebs-Erkrankungen ist in den Industrienationen steigend. Dazu tragen viele Faktoren bei. Diese haben auch mit Hormonen zu tun. Das Reproduktionsverhalten hat auch einen Einfluss. Heute haben die Frauen nicht mehr so viele Kinder. Frauen haben zudem die Kinder später. Jedes Jahr nach dem 18. Lebensjahr, in welchem die Frauen

keine Kinder haben, steigt das Krebsrisiko um 4 Prozent. Zudem stillen die Frauen auch weniger lang. Dies hat alles einen Zusammenhang. Die Hormonersatz-Therapie spielt eine Rolle, sofern diese lange durchgeführt wird. Heute sind die Präparate zwar nicht mehr so stark wie früher.

Stump hat Probleme mit den unterschiedlichen Zahlen. Im Referat von De Wolf wurde gesagt, dass die Teilnahme-Rate in Freiburg 68 Prozent sei. In der Fragerunde wurde diese mit 56 Prozent und in der Botschaft mit 51 Prozent angegeben. Was stimmt jetzt?

Was die Kosten betrifft, schreibt die Ärztezeitung vor einem Jahr, dass diese in der Mammographie im Kanton Waadt bei 6,35 Millionen Franken liegen. Wenn er die heute präsentierten Zahlen nimmt, kommt er auf 3,5 Millionen Franken. Er stellt viele Unterschiede in den Zahlen fest.

Könnten nicht die Gynäkologinnen und Gynäkologen ihre Patientinnen jährlich aufbieten? So könnte auch die Teilnahme-Rate gesteigert werden.

De Wolf: Die von Stump erwähnten Zahlen der Teilnahme-Rate stammen aus dem Jahr 2007. Die Teilnahme-Rate wird alle zwei Jahre berechnet. Es ist dann entscheidend, welchen Stichtag man bei der Berechnung nimmt. Dies kann zu unterschiedlichen Zahlen führen.

Die Kosten sind mit dem ständigen Wechsel des Tarmeds zu begründen. Santésuisse konnte sich noch nicht entscheiden, welches Berechnungsmodell gewählt werden soll.

Thürlimann: Es ist zu beachten, wie viel es für wen kostet. Das eine sind die Kosten für die Programm-Organisation. Die Kosten für die Mammographien sind je nach Kanton verschieden. Zudem wird ein Anteil privat bezahlt. So hat z.B. das Wallis eine Stiftung, welche Gelder zur Verfügung stellt. In Neuenburg unterstützt die Kantonalbank das Programm. Für den Kanton St.Gallen liegen diese Zahlen seriös vor.

Das Aufgebot der Frauen zur Mammographie soll in einem Programm erfolgen, das die vorliegenden Qualitätsmerkmale aufweisen kann. Natürlich sollen die Gynäkologinnen und Gynäkologen eingebunden werden und dieses Programm als ihr Programm sehen, denn sie werden die Frauen nachher weiter abklären.

Stump: Ist die Franchise kein Hindernis?

Bachmann: Die Mammographie ist der Franchise nicht unterworfen. Allerdings bleibt der Selbstbehalt von 10 Prozent Kostenbeteiligung. Dieser beträgt ca. Fr. 15.--.

Sofern die Gynäkologinnen und Gynäkologen zur Mammographie einladen würden, dann bekämen nur ihre Patientinnen ein Aufgebot. Alle Frauen, die nicht zur Frauenärztin/zum Frauenarzt gehen, werden nicht eingeladen.

Ferner fand kürzlich eine Zusammenkunft mit einer Gruppe von Gynäkologen statt. Dort wurden die sensiblen Punkte des Programm-Konzepts diskutiert. Die Bedenken konnten alle ausgeräumt werden. Zudem konnte Bachmann dabei keine kritische Haltung gegenüber dem Screening-Programm seitens der Gynäkologen feststellen.

Egger: Gibt es schon Zahlen, wie viel mal eine Frau insgesamt zum Mammographie-Screening geht?

De Wolf: In Freiburg gibt es diese Zahlen noch nicht, weil man erst begonnen hat. In Holland ist die Teilnahme-Rate auch nach Jahren immer noch bei 80 Prozent, in England bei 76 Prozent. Diese Frauen gehen seit Beginn des Programms alle zwei Jahre in das Mammographie-Screening.

Hasler: Aus der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2002 geht hervor, dass der Anteil der Frauen, die wenigstens einmal im Leben eine Mammographie-Untersuchung durchführen liessen, im Kanton St.Gallen bei 22,6 Prozent liegt. Gesamtschweizerisch ist diese Zahl höher. Woher kommt die Skepsis im Kanton St.Gallen?

Thürlimann: Es gibt in der Schweiz soziokulturelle Unterschiede. Staatlich gelenkte Programme werden manchmal als Staatsmedizin angeschaut. Dazu kommt, dass dort, wo mehr Ärztinnen und Ärzte vorhanden sind, mehr opportunistisch mammographiert wird. Frauen, welche aus einem anderen Grund (z.B. wegen einer Hormontherapie) zur Gynäkologin/zum Gynäkologen gehen, erhalten meist zuvor eine Mammographie. Man kann nicht von einer prinzipiellen intellektuellen Skepsis reden.

Bachmann: Diese Unterschiede werden auch bei anderen Vorsorgeuntersuchungen festgestellt. Das hat auch mit einer grundsätzlichen Haltungsfrage zu tun.

Hasler: Ist nicht zu befürchten, dass im Kanton St.Gallen trotz Programm mit einer schlechten Teilnehmerinnen-Rate zu rechnen ist?

Thürlimann: Dieser Frage ist grosse Beachtung zu schenken. Es ist wichtig, dass im geplanten Beirat die verschiedenen Organisationen (Krebsliga, Patientenorganisationen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Selbsthilfegruppen usw.) vertreten sind, damit die Informationen breit gestreut werden.

Die Tatsache, dass die Ostschweiz ein niedriges opportunistisches Screening hat, ist die beste Voraussetzung für den Erfolg des kontrollierten Screening-Programms mit Qualitäts- und Kostenkontrolle.

Haag: Es gibt Indikationen, bei welchen keine Mammographie gemacht werden sollte. Wie stellt man im vorgesehenen Programm sicher, dass diese Frauen nicht aufgeboten werden?

De Wolf: Mit der Einladung wird die Frau aufgefordert, einen beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Dieser wird ebenfalls in verschiedene Sprachen übersetzt.

Wang: Eine Frau hat einen positiven Befund. Sie möchte aber keine weiteren Abklärungen machen. Sie hat Angst. Wie hoch wird dieser Anteil der Frauen beziffert?

De Wolf: Alle Frauen mit einem positiven Befund werden in der Screening-Software registriert. Der Anteil der Frauen, die sich mit einem positiven Befund nicht weiter abklären lassen möchten, ist sehr klein. Sie werden trotzdem wieder eingeladen.

Thürlimann: Beim opportunistischen Screening-Programm hört es nach der Diagnostik auf. Niemand weiss, was mit diesen Frauen anschliessend passiert. Im geplanten Programm werden die Frauen standardisiert betreut und begleitet.

3. Eintretensreferat Regierungsrätin Hanselmann

Das Screening-Programm zur Brustkrebs-Früherkennung ist keine Neufindung des Kantons St.Gallen, sondern die Weiterentwicklung und Verbesserung der in der Schweiz bereits bekannten Screening-Programme. Dabei konnte der Kanton St.Gallen aus den Fehlern der bereits laufenden Programme lernen.

Der Motionsauftrag Mammographie-Screening-Programm will eine gute und systematische Qualitätssicherung. Diesem Punkt wurde bei der Ausarbeitung des Konzepts besonders Rechnung getragen. Dabei orientiert sich das Programm an internationalen Standards. Die Qualitätskriterien sind nicht schwammig, sondern es sind klare Rahmenbedingungen vorgegeben. Die logistischen Abläufe dürfen keine Leerläufe enthalten. Wenn z.B. eine Frau nach der Einladung zum Screening erst nach drei Monaten einen Termin erhält, ist dies nicht attraktiv und könnte dazu führen, dass die Frauen fern bleiben.

Die Kostenschätzung kann man nicht auf den Franken genau beziffern. Das sind Schätzwerte, die sich aus Erfahrungswerten der bereits bestehenden Programme ergeben haben. Man hat bei Unsicherheiten bewusst immer den höheren Betrag eingesetzt. Auch kommt dem Kanton St.Gallen in diesem Fall der unterschiedliche Tarmed-Wert bei der Berechnung im Vergleich zum opportunistischen Screening zu Gute.

Der Antrag auf Gutheissung der genannten Motion wurde vom Kantonsrat damit begründet, dass der fehlende Zugang zur systematischen Früherkennung von Brustkrebs von Frauen im Kanton St.Gallen und die damit verbundene Ungleichbehandlung im Vergleich zu Frauen aus Kantonen der französischen Schweiz aufgehoben werden soll. Auch will man dabei der Chancengleichheit von schlecht informierten Frauen Rechnung tragen. In Basel steht in diesem Zusammenhang zur Diskussion, ein Screening-Programm nur für Migrantinnen einzuführen. Dazu vertritt Hanselmann die Meinung, dass nicht nur die Migrantinnen ein Screening-Programm erhalten sollen, sondern allen Frauen im Kanton St.Gallen der Zugang dazu gewährt werden muss.

Es darf nicht vergessen werden, dass heute im Kanton St.Gallen nicht einfach kein Mammographie-Screening existiert. Es besteht bereits die Möglichkeit des opportunistischen Screenings. Nun kann das bereits bestehende opportunistische Screening verbessert und verbilligt werden, in dem man das Screening-Programm einführt. Das opportunistische Screening mit seinen Nachteilen kann auch einfach weiterhin so belassen werden. Wir haben die Wahl.

Das opportunistische Screening hat hinsichtlich Häufigkeit falsch positiver Resultate und deren Folgen wie ausgelöste Ängste und Folgekosten grössere negative Auswirkungen.

Weiter ist die Transparenz hinsichtlich der Qualität und Wirksamkeit der Brustkrebsfrüherkennung im Rahmen eines systematischen Mammographie-Screenings klar besser als ausserhalb eines Programms.

Und schliesslich besteht Handlungsbedarf hinsichtlich der im Kanton St.Gallen unterdurchschnittlichen Nutzung der Brustkrebsfrüherkennung. Die Nutzung der Brustkrebsfrüherkennung soll durch Einladung der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zur Screening-Untersuchung alle zwei Jahre auf das Gesamtschweizer Niveau angehoben werden. Es besteht in der Nutzung der Brustkrebsfrüherkennung durch St.Galler Frauen also eindeutig Handlungsbedarf.

Die Frauen kennen aber mittlerweile die Ergebnisse von neueren Studien und informieren sich vermehrt. Auch lassen sie sich nicht mehr von irgendwelchen Artikeln blenden, sondern wollen gut und differenziert informiert werden.

Der Artikel im St.Galler Tagblatt, in welchem die GDK zitiert wurde, hat Hanselmann sehr verärgert. Dabei handelte es sich um einen Mitarbeiter der GDK, welcher schwer krank ist und gar nicht in der Lage war, dieses Interview zu geben. Es handelt sich um Aussagen, von welchen man nicht recht weiss, woher sie kamen. Auch hat sich der Vorstand der GDK sehr erstaunt darüber gezeigt und hat betont, dass dies nicht hätte geschrieben werden dürfen. Dem St.Galler Tagblatt wurde von der GDK eine Richtigstellung geschickt, in welcher die korrekte Meinung der GDK beschrieben ist. Diese wurde leider bis heute nicht gedruckt. Die GDK ist nicht gegen die Screening-Programme, sondern betont lediglich, dass dabei die Qualität stimmen muss. Dies waren ebenfalls wichtige Punkte bei der Ausarbeitung des Screening-Programms.

Hanselmann beschreibt, dass Frauen, welche unsicher sind, bereits heute eine Mammographie durchführen lassen können. Oder sie werden von ihrer Gynäkologin/ihrem Gynäkologen darauf angesprochen, dass es ab einem gewissen Alter angezeigt wäre, eine Mammographie durchführen zu lassen. Wird diese Untersuchung dann nicht gleich durchgeführt, besteht die Gefahr, dass es wieder vergessen wird. Das heisst überhaupt nicht, dass die Ärztinnen und Ärzte in dieser Beziehung eine schlechte Arbeit leisten. In einem qualitätskontrollierten Programm besteht aber die Chance, gemeinsam die Qualität immer wieder zu prüfen. Dazu kommt, dass Ärztinnen und Ärzte, welche sehr viele Brustbilder lesen, geschickter und geübter in der Beurteilung werden. Es sind alle Ärztinnen und Ärzte eingeladen, beim systematisch aufgegleisten Programm teilzunehmen. Grundlage dafür ist aber die Erfüllung der Voraussetzungen, so wie sie die Strukturen vorgeben.

Im systematisch kontrollierten Programm ist eine systematische Doppellesung vorgesehen und die Geräte werden laufend geprüft und gewartet. Im Gegensatz zum opportunistischen Screening ist das systematische Screening eine Pflichtleistung in der Grundversicherung. Ferner wird ein Ultraschall im systematischen Screening nur bei der Abklärung von Befunden durchgeführt, sofern eine architektonische Veränderung besteht, welche genauer untersucht werden muss. Die Daten werden systematisch erhoben. Diese werden dann auch zu Forschungszwecken verwendet und liefern wichtige Informationen. Beim opportunistischen Screening sind die unklaren Befunde mit gutartigem Ausgang doppelt so hoch als beim systematischen Screening. Ferner ist die Chancengleichheit ein sehr wichtiger Punkt. Die Frauen können selber entschei-

den, ob sie nach der Einladung ein Mammographie-Screening wollen oder nicht. Bei einer Teilnahmequote von 80 Prozent könnte das relative Sterberisiko um 20 Prozent reduziert werden.

Hanselmann appelliert in diesem Zusammenhang an die Mitglieder der Kommission, nicht Zahlen alter Studien, sondern die neuesten Erkenntnisse als Basis zur Diskussion zu verwenden.

Beim opportunistischen Screening kostet ein gewonnenes Lebensjahr Fr. 46'611.--; beim systematischen Screening sind dies Fr. 21'823.--.

Ein wesentlicher Vorteil der Teilnahme an der Vorsorge-Mammographie liegt darin, dass vor allem die kleinen Tumore unter 2 cm gefunden werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Tumor mit Durchmesser kleiner als 2 cm bereits Ableger in den Lymphknoten der Achselhöhle vorliegen ist mit rund 30 Prozent deutlich geringer als bei grösseren Tumoren, bei welchen dieser Anteil auf rund 65 Prozent ansteigt.

Die durch Vorsorge-Mammographie entdeckten Brustkrebs-Tumore sind auch im Kanton St.Gallen deutlich kleiner als wenn sie durch Tastuntersuchung oder aufgrund von Symptomen entdeckt werden. Dies zeigen die Daten des Krebsregisters St.Gallen-Appenzell.

Die durchschnittliche Grösse der Tumore, die aufgrund einer Vorsorge Mammographie zwischen 2003 und 2005 diagnostiziert wurden, lag bei 14 mm. Bei Frauen, bei welchen die Diagnose aufgrund eines Tastbefundes gestellt wurde, durch die Frau selbst oder durch einen Arzt entdeckt, betrug der Durchmesser in derselben Analyseperiode im Mittel 24 mm. Noch grösser waren die Tumore, die erst durch Symptome entdeckt wurden.

Je früher, dass ein Tumor entdeckt wird, desto geringer sind die invasiven Therapien, welche oft grosses Leid zur Folge haben. Jeder, der im Umfeld eine Frau kennt, die von Brustkrebs betroffen ist oder war, weiss, was das bedeutet.

Den Frauen zu unterstellen, sie meinen, Mammographie verhindere eine Krebserkrankung, ist absurd. Die Frauen wissen sehr wohl, dass die Mammographie eine Vorsorgeuntersuchung wie der Abstrich bei der Gynäkologin/beim Gynäkologen ist. Dieser ist mittlerweile für die Frauen beim Untersuch bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt zur Routine geworden.

Im Kanton St.Gallen erkranken in der Altersgruppe der 50 bis 69-Jährige durchschnittlich 115 Frauen pro Jahr an Brustkrebs. Mit rund 40 Todesfällen pro Jahr im Alter unter 70 Jahren verursacht Brustkrebs mit Abstand die meisten frühzeitigen Todesfälle bei Frauen.

Dabei wird im Kanton St.Gallen Brustkrebs nicht gleich häufig in einem frühen Stadium diagnostiziert, wie in anderen Kantonen. Das zeigt eine weitere Analyse von Krebsregisterdaten.

Der Vergleich von Daten der vereinigten Krebsregister der Schweiz zeigt, dass in der Region St.Gallen/Appenzell deutlich weniger Brustkrebsfälle im prognostisch günstigen Frühstadium I diagnostiziert werden. Also in einem Stadium, in dem die Tumorgösse kleiner als 2 cm ist und keine Lymphknoten- oder Organmetastasen vorliegen. Höchste Anteile des Stadiums I bei Diagnose haben Westschweizer Kantone mit Mammographie-Screening-Programmen.

Wenn die Prognose nach der Diagnose Brustkrebs von der Tumogrösse und Ausbreitung ausserhalb der Brust abhängt, dann ist zu erwarten, dass sich ein geringer Anteil an früh erkannten Brustkrebstumoren, also bereits im Stadium I entdeckt, zu einer schlechteren Prognose und kürzerem Überleben der betroffenen Frauen verbunden ist.

Eine weitere Untersuchung der Krebsregisterdaten zeigt denn auch eindrücklich, dass die Wahrscheinlichkeit nach einer Brustkrebsdiagnose fünf Jahre zu überleben in der Region St.Gallen-Appenzell geringer ist als in anderen Kantonen.

Diese Unterschiede sind zwar nicht allein auf Mammographie-Screening-Programme in der Westschweiz zurückzuführen. Sie zeigen aber, dass das Potential für eine Verbesserung der Situation durch ein Früherkennungsprogramm im Kanton St.Gallen eindeutig gegeben ist.

Die Voraussetzungen durch ein Mammographie-Screening-Programm eine wesentliche Verbesserung der Situation zu erreichen, sind im Kanton St.Gallen damit in mehrfacher Hinsicht sehr gut. Dies ist der Fall für Tumogrösse und Stadium der Krebserkrankung bei Diagnose, die tiefe Nutzung der Vorsorgemammographie, auch als opportunistisches Screening sowie das Vorhandensein eines gut funktionierenden Krebsregisters.

Als Grundlage zur Planung für ein systematisches Mammographie-Screening dienen die Kennzahlen für den Kanton St.Gallen. Daraus kann eine Abschätzung gemacht werden betreffend der für ein solches Programm insgesamt benötigten Ressourcen.

Die Zielgruppe, nämlich die Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren im Kanton St.Gallen umfasst etwa 50'000 Frauen. Davon sind rund 10 Prozent abzuziehen, welche am Programm aus medizinischen Gründen (z.B. bestehende Brustkrebserkrankung) nicht teilnehmen können. Es bleiben rund 45'000 Frauen.

Bei einer Teilnehmerate von 70 bis 75 Prozent sind es für den Kanton St.Gallen rund 32'000 bis 33'000 Teilnehmerinnen pro Screeningrunde, also pro zwei Jahre.

Die Anzahl Screening-Mammographien pro Jahr bei einem Intervall von zwei Jahren ist also 16'000.

Bei der angestrebten Beteiligung von 70 bis 75 Prozent ist mit der Entdeckung von jährlich 60 bis 100 neuen Brustkrebsfällen zu rechnen. Durch das Mammographie-Screening können sechs bis zehn Todesfälle pro Jahr verhindert werden.

Eine vom Gesundheitsdepartement beauftragte Projektgruppe mit Fachpersonen aus dem Kanton St.Gallen hat in der Folge die fachlich-technischen und organisatorischen Aspekte in einem Konzept zur Vorbereitung und Umsetzung eines Mammographie-Screening-Programms für 50 bis 69-jährige Frauen im Kanton St.Gallen erarbeitet.

Das Konzept umschreibt im Detail, wie ein Mammographie-Screening-Programm im Kanton St.Gallen umgesetzt werden kann. Primär wird eine dezentrale Programmorganisation empfohlen. Wegen der geografischen Gegebenheiten und um eine möglichst hohe Akzeptanz und Beteiligungsrate zu erreichen soll in vier Regionen mindestens ein Institut Screening-Mammographien anbieten. Die vier Regionen entsprechen dabei den Spitalregionen, nämlich

Stadt St.Gallen, Rheintal –Werdenberg – Sarganserland, Region See-Gaster und die Region Fürstenland – Toggenburg.

Aus der Anzahl und der regionalen Verteilung der Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren wurde die ungefähre Anzahl Screening-Mammographien pro Jahr errechnet. Diese wurde auf die vier Einzugsgebiete der Spitalverbunde aufgeteilt, wie sie sich bei einer Teilnahmerate von 70 Prozent und einem zwei-Jahres-Screeningrhythmus ergibt.

Bei der Schätzung wurde angenommen, dass vom Wahlkreis Rheintal rund 50 Prozent der Frauen nach St.Gallen zur Untersuchung gehen sowie rund 50 Prozent in die Region Werdenberg-Sarganserland. Bei der Region Toggenburg wurde davon ausgegangen, dass rund 1'000 Frauen aus dem oberen Toggenburg sich statt in Wil in der Region Werdenberg-Sarganserland untersuchen lassen und rund 500 Frauen aus der Region Wattwil statt nach Wil für die Untersuchung in die Region See-Gaster fahren.

Die Hauptaussage aus der Erhebung der Mammographie-Geräte im Kanton St.Gallen ist die, dass zur Durchführung eines organisierten Mammographie-Screenings genügend und regional verteilte Geräte in der Radiologie vorhanden sind.

Wegen der hohen Bedeutung der Qualitätssicherung für die Wirksamkeit und das Vermeiden von unerwünschten Wirkungen des Mammographie-Screenings hat sich die Projektgruppe intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt.

Insbesondere befasste sie sich mit den Qualitätsanforderungen, welche von den beteiligten Leistungserbringern zu erfüllen sind. Ein Qualitätsmanagement auf hohem Niveau mit Einbezug aller Leistungserbringer ist als grundlegende Voraussetzung für ein Mammographie-Screening-Programm anzusehen. Die Projektgruppe hat sich bezüglich der Qualitätsanforderungen an dieser Entwicklung und den Erfahrungen im In- und Ausland orientiert. Die Qualitätsanforderungen gehen deshalb über jene der bestehenden Schweizer Programme hinaus und berücksichtigen die europäischen Leitlinien soweit sie nicht den lokalen Voraussetzungen adaptiert werden mussten.

Neben einer genügend hohen Anzahl von jährlich zu beurteilenden Mammographien für Erst- und Zweitleser wird das St.Galler Programm im Unterschied zu den Programmen der Romand, welche die Abklärung von verdächtigen Befunden konzeptionell voll ins Programm einbeziehen. Dies führt nicht nur zu einer Abklärung nach aktuellem Stand des Wissens in möglichst allen Fällen sondern auch zu besseren Beurteilungsmöglichkeiten der radiologischen Arbeit hinsichtlich falsch positiven und falsch negativen Befunden und somit zur Verbesserung von Sensitivität und Spezifität der Screening-Untersuchungen. Dieser Ansatz wird ganz wesentlich zur Vermeidung von unerwünschten Folgen der Brustkrebsfrüherkennung beitragen.

Können die Qualitätsanforderungen nicht erreicht werden, so kann dies zum Ausschluss der beteiligten Leistungsanbieter führen.

Das Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen beauftragt eine Institution als Screening-Programmmzentrum das Mammographie-Programm für den Kanton St.Gallen aufzubauen und zu betreiben.

Der Institution wird vom Gesundheitsdepartement ein Leistungsauftrag erteilt. Die Struktur der Organisation und betriebliche Regelungen werden in einer Geschäftsordnung sowie einem Betriebs-/Organisationsreglement festgehalten.

Das Programmzentrum wird durch ein Fachgremium und einen Beirat unterstützt und arbeitet direkt in der Programmumsetzung mit den teilnehmenden Radiologinnen und Radiologen, Pathologinnen und Pathologen sowie dem Krebsregister St.Gallen/Appenzell zusammen. Weitere Partner des Programmzentrums sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Europa Donna und das Verwaltungs-Rechnungszentrum St.Gallen im Zusammenhang mit den Einladungen der 50 bis 69-jährigen Frauen.

Der Leistungsauftrag eines Screening-Programmzentrums ist sehr umfangreich. Dazu gehört die Öffentlichkeitsarbeit und Zielgruppeninformation, Information und Zusammenarbeit mit Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hausärztinnen/Hausärzten direkt sowie über deren Vertretung im Fachexpertengremium und im Beirat.

Ferner gehört die Programmlogistik mit Einladung für Erst- und Folgemammographien, Organisation der Zweit- und Drittlösungen der Mammographien, Qualitätsmanagement und Evaluation in Zusammenarbeit mit dem Krebsregister sowie die Organisation der multidisziplinären Fallbesprechungen: Mammographie-Screening-Board dazu.

Es wird eine regelmässige Berichterstattung an das kantonale Gesundheitsdepartement als Auftraggeber sowie an das Bundesamt für Gesundheit und die Organisation eines Supportangebots für Programm-Teilnehmerinnen in Zusammenarbeit mit privaten Institutionen wie Krebsliga, Europa Donna vorausgesetzt.

Zur Unterstützung der Programmleitung werden ein Beirat und ein Fachexpertengremium eingesetzt.

Der Beirat bildet ein für den Erfolg eines Screening-Programms - insbesondere in der Aufbauphase - wichtiges Bindeglied zur Zielbevölkerung und zur Ärzteschaft. Unter der Leitung des kantonalen Präventivmediziners unterstützen Vertreterinnen und Vertreter von Frauen- oder Patientenorganisationen, der niedergelassenen Ärzteschaft und paramedizinischen Berufe die Programmleitung bei der Information und Beratung der Frauen.

Die Information ist so zu gestalten, dass die betroffenen Frauen in die Lage versetzt werden, eine voll informierte Wahl zu treffen: Die Information muss umfassend, ausgewogen und auf der Basis von anerkannten wissenschaftlichen Daten erfolgen. Einseitige Informationen oder Propaganda werden vermieden.

Die Betriebskosten des Programmzentrums belaufen sich auf total Fr. 756'000.-- pro Jahr. Es handelt sich bei den zusammengestellten Kosten um eine Schätzung aus den Erfahrungswerten von Daten aus verschiedenen bereits bestehenden Projekten und Programmen. Die Investitionskosten für die Anschaffung der Infrastruktur ergeben rund Fr. 500'000.--. Der gesamte Aufwand im ersten Jahr beläuft sich auf 1,25 Millionen Franken.

Im Vergleich zu anderen Screenings ist darauf hinzuweisen, dass die Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie zu einer der best erforschten bevölkerungsbezogenen Reihenuntersuchungen gehört. Zusammenfasst darf die aktuelle Situation nicht vergessen werden. Es besteht im Kanton St.Gallen bereits das opportunistische Screening. Dieses wird sich ausbreiten. In Zürich ist das schon geschehen. Deshalb ist es dort viel schwieriger, ein systematisches Screening durchzusetzen, weil die Ärzteschaft nicht überall Freude an den vorgegebenen Strukturen hat. Im Kanton St.Gallen sind der Dialog und die Zusammenarbeit aber sehr gut, was eine gute Voraussetzung für die Umsetzung des systematischen Screening ist. Die Resultate des Krebsregisters St.Gallen-Appenzell zeigen, dass St.Gallen im Vergleich zu anderen Kantonen und Ländern ein Defizit in der Früherkennung des Brustkrebses aufweist. Die opportunistische Mammographie ist teurer und die Sicherheit geringer. Dies, weil die Evaluation fehlt. Ohne erhobene Daten ist auch eine Weiterentwicklung kaum möglich. Ferner ist auch der chancengleiche Zugang in der heutigen Situation nicht gewährt.

Der Kanton St.Gallen hat nun die Möglichkeit zu entscheiden, in welche Richtung mit der Mammographie gegangen werden soll.

Hanselmann ersucht die Kommissionsmitglieder um Eintreten auf die Vorlage.

4. Eintretensdiskussion

Nietlisbach (FDP): Die FDP hat sich mit dieser Thematik bereits bei der Einreichung Motion intensiv befasst. Sie sehen sich mit der Botschaft in ihrer Einschätzung zum Screening bestätigt. Insbesondere wird mit der Botschaft der Nutzen des Screening untermauert. Aber sie zeigt auch ihre Grenzen auf. Auch wird das Kosten-Nutzen-Verhältnis klar aufgezeigt. Es ist völlig klar, dass jede medizinische Intervention auch ihre negativen Seiten aufweist. Die Botschaft bestätigt aber, dass unter dem Strich mit dem heutigen technischen Stand die Vorteile des Mammographie-Screenings überwiegen. Es kann einem vorzeitigen Sterben nach einem Brustkrebs, aber auch teuren Therapien und Behandlungsmethoden entgegen gewirkt werden, was auch aus volkswirtschaftlicher Sicht ein Vorteil ist. Die Botschaft und der Schlussbericht der Fachexperten wurden sehr seriös erarbeitet. Der Kanton St.Gallen wird einmal mehr in der Deutschschweiz die Vorreiterrolle übernehmen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass der Kanton St.Gallen über ein hohes Know-how in Sachen Brustkrebs verfügt. Das Qualitätssicherungs-System ist nach Ansicht der FDP sehr gut aufgegleist. Es wird sich zeigen, ob es in der Praxis Stand hält. Es ist auch meistens so, dass bei einem neuen System viele profitieren wollen. Da gilt es darauf zu achten, dass einzig und alleine die Qualitätskriterien Ausschlag gebend sein müssen und dass keine anderen politischen Ziele verfolgt werden. Die FDP wird zu diesem Thema eine kleine Änderung im Gesetzes-Text beantragen. **Die Vertretung der FDP ist für Eintreten.**

Würth (CVP): Die Ausgangslage zur vorliegenden Gesetzesänderung ist klar dargelegt: Leid verhindern, teure Behandlungskosten sparen und hohe Qualität durch ein flächendeckendes Mammographie-Screening-Programm erreichen. Die CVP beurteilt es als positiv, dass der Kanton St. Gallen die Grundlagen für ein Mammographie-Screening bereitstellt. Sie freut sich zudem, dass die Vorlage eine Vorreiterrolle für die Ostschweizer Kantone bedeutet. Damit wird

soziale Gerechtigkeit für Frauen, Chancengleichheit sowie eine Qualitätsverbesserung erreicht. Die CVP begrüsst es, dass durch die frühe Erfassung bösartiger Veränderungen im Brustgewebe der Frauen die Sterblichkeit gesenkt werden kann. Zudem ist das opportunistische Screening rund doppelt so teuer. Auch werden nicht alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren erfasst. Die Kosten-Nutzen-Analyse durch Programme ist deutlich besser. Dass in Screening-Programmen festgestellte Karzinome kleiner als 2 cm sind, deutet auf die besseren Überlebenschancen der betroffenen Frau hin und verhindert aufwendige Therapien und hohe Kosten. Es ist erfreulich, dass St. Galler Frauen von einer verbesserten Früherkennung von Brustkrebs profitieren werden. Es ist zu hoffen, dass der Bund über die obligatorische Krankenversicherung auch in den Folgejahren (nach 2009) die Kosten für die einzelnen Frauen übernehmen wird. Zudem interessieren die CVP die diesbezüglichen Signale seitens des Bundesrats. Das Qualitätsmanagement und die Evaluation der Programme zur Früherkennung von Brustkrebs, die Weiterbildungsvorgaben und Zahl der Fallbeurteilungen scheinen zweckmässig. Die Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Brustzentrum erachtet die Delegation als wichtig. Damit kann auch die medizinische, pflegerische und soziale Betreuung im Krankheitsfall sichergestellt werden. Die Übertragung des Leistungsauftrags an eine privat rechtliche Körperschaft mit voller Autonomie und finanzieller Beteiligung durch den Kanton wird als zweckmässig erachtet (z.B. Krebsliga). Ein Beirat und ein Fachgremium wie vorgeschlagen sind notwendig und zweckmässig. Es ist wichtig, dass hier nicht nur Fachpersonen aus dem Kantonsspital, sondern auch frei schaffende Fachpersonen Einsitz nehmen werden. Wir erwarten einen sensiblen Umgang mit diesen heiklen Daten. Sinnvoll findet die CVP die Verpflichtung für die Gemeinden zur Lieferung der nötigen Daten zur Erfassung der Frauen für das Mammographie-Screening. Die entstehenden Kosten für den Kanton werden als angemessen erachtet. Die CVP hofft, dass mit dem Screening-Programm Leid gemildert, ein gutes Leben verlängert und eine Signalwirkung für andere Kantone erreicht werden kann. **Die CVP ist für Eintreten.**

Haag (SP): In den eben gehörten Fachvorträgen, in der Zusammenfassung des Schlussberichts der Fachexpertengruppe vom November 2007 und in der Botschaft der Regierung vom Januar 2008 werden die Vorteile eines flächendeckenden Mammographie-Screening-Programms eindrücklich dargelegt. Die Hauptvorteile dieses Programms sind die Überprüfung der Qualität der Untersuchungen und damit aussagekräftigere Resultate und das Angebot der Untersuchung für alle Frauen, egal welcher Schicht sie angehören. Dieses Screening ist eine zeitgemässe, in der Westschweiz und im umliegenden Europa schon längst etablierte Methode der Brustkrebsfrüherkennung. Damit kann zwar weder Brustkrebs verhindert noch geheilt werden, aber die Therapie kann früher beginnen. Damit können grosse Operationen, intensive Chemotherapien und ausgedehnte Bestrahlungen vermindert und einzelne Todesfälle verhindert werden. Dies alles bedeutet nicht nur weniger Kosten, es bedeutet vor allem weniger Leid. Die Tatsache, dass die Wahrscheinlichkeit, eine Brustkrankung mehr als fünf Jahre zu überleben in unserer Region nachgewiesenermassen schlechter ist als in den meisten anderen Kantonen, ist erschreckend und zwingt uns zum Handeln. Das Programm an und für sich ist unbestritten, allerdings müssen für gutes Gelingen und einen sinnvollen Einsatz der Gelder einige Punkte besonders sorgfältig geprüft werden. So müssen die Information der Frauen (auch von nicht deutsch sprechenden Frauen); das Erheben der Gesundheitsdaten der Frauen; die optimale Balance zwischen Sensitivität und Spezifität der Untersuchung; eine angepasste Rückmeldung der Untersuchungs-Resultate und der Datenschutz garantiert werden. Befriedigt ist die SP von der Tatsache, dass trotz dem Screening keine zusätzlichen Geräte für Mammo-

graphie-Untersuchungen angeschafft werden müssen. Dass in der Westschweiz der Anteil an Brustkrebstumoren die bei der Entdeckung bereits grösser als 2 cm sind – trotz Screening – immer noch bei 60 Prozent liegt, ist bedenklich. Hoffentlich kann dieser Prozentsatz mit der Zeit noch gesenkt werden. Auch die Aussicht, dass an 90 – 200 Teilnehmerinnen unnötige Gewebeproben durchgeführt werden, stimmt nachdenklich. Heute haben die Kommissionsmitglieder zwar in den Fachvorträgen einige Angaben erhalten, wieso das Screening erst für Frauen ab 50 Jahren geplant ist, trotzdem hätten wir gerne mehr Zahlen und Fakten erhalten betreffend einer Ausdehnung des Untersuchungsalters nach unten (z.B. ab 40 oder 45 Jahren). Es wären die Anzahl der Neuentdeckungen, die zusätzliche Kosten, Gründe, die dafür und Gründe, die dagegen sprechen, interessant. Zwingend wären auch verbindlichere Zusicherungen vom Bund, dass die Kassen auch nach 2009 diese Screening-Untersuchungen übernehmen müssen. Die SP hofft, dass es mit Hilfe dieses Screening-Programms möglich wird, die Situation der St. Galler Frauen bezüglich Brustkrebses zu verbessern. **Die SP ist für Eintreten.**

Schlegel (SVP): Die SVP hat sich ausführlich mit der Materie auseinandergesetzt und sich darüber informiert. Bei unseren Abklärungen ist sie auch auf erstaunlich viele Berichte gestossen, die ein flächendeckendes Mammographie-Screening-Programm eher kritisch beurteilen. Dabei handelt es sich um Berichte aus ärztlichen Fachzeitschriften, Medizin-Foren, medizinischen Sendungen in Radio und Fernsehen oder auch aus persönlichen Gesprächen mit verschiedenen Gynäkologinnen/Gynäkologen und Patientinnen. Verwirrend dabei sind auch die unterschiedlichen Zahlen, die überall genannt werden. Seien es die Zahlen über die Teilnehmenden am Screening-Programm, seien es die Zahlen über die Kosten, seien es die Zahlen über die Leben, die durch das Screening gerettet werden können oder seien es aber auch die Zahlen über die so genannt falsch-positiven Befunde, die weitere Untersuchungen oder gar Eingriffe erforderlich machen, die im Grunde genommen gar nicht notwendig gewesen wären, aber in jedem Fall die betroffenen Frauen seelisch sehr belasten. In einer Fachzeitschrift war auch zu lesen, dass im schlimmsten Fall nicht einmal ausgeschlossen werden könne, dass eine Frau an den Folgen einer aggressiven Krebstherapie sterbe, deren Brusttumor nicht zum Tode geführt hätte. Da dieses flächendeckende Mammographie-Screening-Programm offensichtlich auch in Fachkreisen alles andere als unbestritten ist, ist die SVP-Delegation umso erstaunter, dass nur befürwortende Experten zur vorberatenden Kommissionssitzung eingeladen wurden. Um diese doch sehr ernsthafte Materie, bei der es um Leben und Tod gehen kann, seriös beraten und bewerten zu können, hätten sie sich auch eine kompetente Person, die der ganzen Sache kritisch gegenüber steht, an dieser Kommissionssitzung gewünscht. Da sie ob dieser einseitigen Information nicht in der Lage sehen, sich ein seriöses Bild machen zu können, ist **die SVP-Vertretung für Nicht-Eintreten.**

Müller (Grüne/EVP): Er war bei der Überweisung der Motion nicht dabei. Er hätte diese aber unterschrieben. Das Ziel der Motion beinhaltet ein urmenschliches Anliegen: Vermeiden von Leiden und Tod, die Steigerung der Gesundheit der Frauen und die Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung. Sie verfolgt auch soziale Ziele, nämlich die Chancengleichheit auch für Frauen aus Migrantenkreisen. Zudem ist der finanzielle Aufwand sehr massvoll. Der Kanton St.Gallen ist im Vergleich zu der Westschweiz und zu Europa wirklich weit hinten. Die Voraussetzungen zur Umsetzung des Programms sind gut, da der Kanton St.Gallen ein sehr gutes Krebsregister hat. Die Wirkung des Screening-Programms auf die Mortalitätssenkung ist unbestritten. Auf der anderen Seite sind die Nebenwirkungen auf gesunde Frauen sehr umkämpft.

Hier geht es nicht um "Panik-Mache" der Lokalpresse. Diese Artikel stehen in der Schweizerischen Ärztezeitung. "Der Onkologe" vom Februar 2008 hat dieses Thema sehr ausführlich und kontrovers behandelt. Im Bericht der Zürcher Regierung wird ebenfalls die Belastung der gesunden Frauen skeptisch angesprochen. Diese kritischen Standpunkte wurden in den Fachreferaten zu wenig thematisiert. Er ist in dieser Beziehung der gleichen Meinung wie die SVP. Es wären kritische Stimmen erwünscht gewesen. Slembeck z.B. hat klar gegen diese Massnahme Stellung genommen. Er ist zwar ein Ökonom und kein Mediziner. Der Bericht hat bei Müller einige Fragen aufgeworfen. Es ist für ihn wichtig, dass die Frage der Ethik beantwortet wird. Sofern es so ist, dass gleich viele Frauen Schaden nehmen, wie profitieren, so ist das Programm fragwürdig. Auf wann ist der Zeitpunkt der Einführung geplant? Es braucht eine sichere Grundlage des Bundes. Ansonsten wäre es besser zu warten. Ist es sinnvoll das opportunistische Screening ohne Qualitätskontrolle neben dem geplanten Screening bestehen zu lassen? Er betont, dass die Ziele, die die Motion anstrebt sehr wichtig sind. Es ist aber wichtig, dass die Entscheidung mit einem guten Gewissen gefällt wird. **Die Grüne/EVP ist für Eintreten.**

Hanselmann ist auch der Meinung, dass das Screening-Programm ethisch vertretbar sein muss. Was die ethischen Strukturen betrifft, wurde im Kanton St.Gallen auch schon einiges bewirkt. Für sie ist aber genau ein solches Programm ethisch, denn die Qualitätssicherung ist gewährleistet. Sie weist in Bezug auf die Aussagen der SVP darauf hin, dass wir auch zum heutigen Tag nicht einfach nichts haben. Das opportunistische Screening besteht bereits. Sie würde sich wünschen, dass die Argumentationen in der Botschaft der Regierung beachtet werden. Die Sterbeursache Nummer eins der Frauen ist der Brustkrebs. Das sind Fakten und Zahlen. Man kann natürlich sagen: "Das interessiert uns nicht." Die Zahlen des Krebsregisters sind bekannt. Auch da kann man sagen: "Das interessiert uns nicht."

Bundesrat Couchepin hat die Kantone dazu aufgerufen, die qualitätskontrollierten Screening-Programme umzusetzen. Dabei will er das Engagement der Kantone spüren. Diese Qualitätssicherung wird auch von der GDK gefordert. Sollte der Kanton St.Gallen jetzt nicht einsteigen, so machen wir genau das, was die Gegner wollen. Es wäre ein Zeichen, dass der Kanton St.Gallen das Programm nicht anbieten will. Auch die Kantone Appenzell Innerrhoden, Aargau und Thurgau sind am St.Galler Programm interessiert.

Bei der Auswahl der Fachleute war es wichtig, hoch stehende Fachexperten zu wählen. Mit Slembeck hat das Gesundheitsdepartement intensiv diskutiert. In einigen Punkten hat er den Fachleuten des Gesundheitsdepartements Recht gegeben, in anderen Punkten war er gar „paff“ aber auch unbelehrbar. Nach einem langen und intensiven Email-Verkehr, in welchem ihm immer wieder Zahlen und Fakten geschickt wurden, kam er am Ende wieder auf die Anfangsfragen zurück. Wenn man neue Erkenntnisse einfach nicht akzeptieren möchte, so macht eine Diskussion keinen Sinn.

Die falsch positiven Befunde gibt es. Diese sind aber im opportunistischen Screening doppelt so hoch wie im systematischen Screening. Die Verbesserung der Treffsicherheit ist ein wichtiges Ziel. Aber auch diese wird nie 100 Prozent sein. Das ist in keinem Vorsorge-Programm der Fall. Auch aus Kostengründen ist das geplante Programm besser als das opportunistische Screening.

Die Zusammenarbeit mit dem Brustzentrum ist sehr wichtig. Dort ist eine hohe Kompetenz der Fachleute vorhanden, was eine Weiterentwicklung zur Folge hat.

Die Zusammensetzung der Personen im Beirat und im Fachexpertengremium ist noch nicht festgelegt. Das Programmzentrum, das den Leistungsauftrag vom Gesundheitsdepartement erhält, wird Fachverbände und Vereinigungen anfragen, welche Fachleute diese gerne in einen Beirat oder in ein Fachexpertengremium entsenden wollen. Dabei ist eine gute Durchmischung sehr wichtig. Voraussetzung ist einfach, dass es Fachleute sind.

Paul Hasler ist der Meinung, dass eine Kontroverse so nicht geführt werden darf. Die Gegner der Mammographie sind weder Dilettanten noch „ewig Gestrige“, noch befinden sie sich auf einer tieferen Ebene. Er fragt sich, mit welcher Intensität man wirklich versucht hat, kritische Stimmen zu suchen. Die Mitglieder der Kommission haben nun über eine Vorlage zu befinden, welche hohen Kosten zur Folge hat und sehr viele kritische Punkte beinhaltet, ohne die Meinung der Gegnerschaft hören zu können. Er hat den Eindruck, dass kritische Stimmen offenbar in der Kommission nicht geduldet werden.

Klee weist den Vorwurf von sich. Die Auswahl der Fachreferenten wurde intensiv diskutiert. Es ist sehr schwierig, einem Professor, welcher eine absolute Koryphäe auf dem Gebiet der Mammographie ist, einen Gynäkologen gegenüber stellen, der nicht auf gleicher Ebene mit dem Thema zu tun hat.

Paul Hasler erwidert, dass dies einer Beleidigung der Gynäkologinnen/Gynäkologen gleich kommt. Zudem sieht er im systematischen Screening eine Verstaatlichung der Medizin.

Nietlispach weist darauf hin, dass es noch vor zehn bis fünfzehn Jahren sehr viele Kritiker unter den Fachpersonen gegeben hat. Dabei ist auch zu bemerken, dass die Resultate und Methoden damals noch nicht so ausgereift waren. Wenn man heute den Experten und Fachleuten zuhört, stellt man eine Umkehrung des Verhältnisses von Befürwortern und Kritikern zu Gunsten der Befürworter fest. Dass es unter den Gynäkologinnen/Gynäkologen und Ärztinnen/Ärzten noch kritische Stimmen gibt, ist gut möglich. Das hat aber einen anderen Stellenwert. Die Fachexperten befassen sich mit dem Thema auf einer anderen Ebene. Es geht dabei auch nicht darum, jemanden abzuwerten. Es geht viel mehr darum, das Mass der Beschäftigung mit der Materie zu berücksichtigen. Dabei ist es klar, dass Fachexperten, die sich täglich mit dem Thema beschäftigen und auch Studien durchführen und veröffentlichen, eine andere Diskussionsbasis aufweisen. Die Botschaft wurde ferner nicht aus Sicht der Befürworter verfasst. Es sind darin zahlreiche Statistiken enthalten, welche auch die Grenzen des Screenings aufzeigen. Schlussendlich gilt es den Nutzen gegen die negativen Seiten abzuwägen. Auch dürfen die Kosteneinsparungen nicht vergessen werden. Die vorliegenden Unterlagen wurden seriös erarbeitet und beinhalten Fakten, sonst würde die FDP nie zustimmen.

Würth teilt die Meinung von Nietlispach. Sie weist aber auf ein Diskussionsforum über das Screening-Programm im St.Galler Tagblatt vom 25.2.2008 hin. Darin schreibt Luisa Hochreutener-Huber, Kantonsrätin Appenzell: „Die GDK beurteilt dieses Programm zu Recht skeptisch in Bezug auf den Nutzen...“.

Hanselmann weist – wie bereits in ihrem Referat erwähnt – auf den Zeitungsartikel von Eleonore Baumberger hin, in welchem die GDK falsch zitiert wurde. Der Leserbrief nimmt Bezug auf diesen Zeitungsartikel. Das Problem eines solchen falsch zitierten Artikels ist, dass die Aussagen in den Köpfen bleiben. So ist es auch bei den Kritikern. Sie benutzen häufig alte Daten und hantieren mit Fakten, die nicht mehr aktuell sind. Sie appelliert deshalb an die Mitglieder der Kommission, wirklich auf der Basis der neuen Erkenntnisse zu diskutieren.

Stump schliesst sich Schlegel an und empfiehlt, auf das neue Gesetz nicht einzutreten. Es macht aus seiner Sicht keinen Sinn, heute ein Gesetz zu beschliessen, welches unter Umständen nur ein Jahr Gültigkeit hat. So heisst es in der Botschaft unter 1.2. "Die Leistungspflicht der Krankenkassen wird vorerst bis 2009 verlängert". Im Gesetzestext in II. heisst es aber, dass der Erlass nur Gültigkeit hat, so lange die Krankenversicherer verpflichtet sind, die Kosten der Screening-Mammographien zu übernehmen. Wenn also die Versicherer nicht mehr wollen, so ist die Botschaft eine Papierkorbarbeit.

In der Fernsehsendung "10 vor 10" war zu hören, dass die GDK sich nicht über Nutzen und Ertrag der Mammographie einig sei. Der Präsident der GDK sagte in der Sendung, dass wir noch weitere Screenings anbieten könnten, z.B. das Dick-Darm-Screening, welches viel effizienter ist, als das auf ein Geschlecht bestimmte Mammographie-Screening. Es gäbe noch für viele Krankheiten Voruntersuchungen. So gäbe es das Prostata-Screening, bei welchem bei allen Männern ab 50 Jahren der PSA-Wert bestimmt wird.

Er ist der Ansicht, dass es weniger um die Gesundheit der Einwohnerinnen, sondern um ein Geschäft mit der Gesundheit geht, denn Screenings führen zu einer Überbehandlung. Jede Frau und jeder Mann hat jederzeit die Möglichkeit, sich bei seiner Ärztin oder seinem Arzt untersuchen zu lassen und so seinen Gesundheitszustand abklären zu lassen. Er ist sicher, dass seriöse Ärztinnen und Ärzte Risikopatientinnen im eigenen Interesse an die richtige Stelle weiter weisen werden.

Zudem ist er der Meinung, dass der Kanton St.Gallen nicht unbedingt der erste Deutsch sprechende Kanton sein muss, der Screenings einführen will. Er appelliert an die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger mitzuhelfen, die Kosten im Gesundheitswesen tief zu halten. Er empfiehlt den Kommissionsmitgliedern deshalb, auf die Vorlage nicht einzutreten.

Widmer macht klar, dass die Kostendiskussion der falsche Ansatz ist. Die gezeigten Statistiken beinhalten genug Aussagen, die es erlauben, das Programm umzusetzen. Es soll vor allem auch die Langzeitwirkung beachtet werden. Damit man aber zu diesen Erkenntnissen gelangen kann, muss erst einmal mit dem Programm begonnen werden. Es bringt nichts, wenn man das Programm hinaus schiebt. Das Screening-Programm enthält auch Nachteile, was auch die Experten in den Referaten darlegten. Die negativen Folgen erweisen sich aber als weit kleiner als die positiven. Zur Ethik betont Widmer, dass das Programm freiwillig ist. Es widerspräche der Ethik, wenn nicht alle Frauen Zugang hätten.

Egger widerspricht dem Bild, wonach die Gynäkologinnen und Gynäkologen gegen das geplante Screening-Programm wären. Er kennt keine Gynäkologin/keinen Gynäkologen, die/der völlig dagegen ist. Es ist tatsächlich so, dass eine grosse Skepsis bestand. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Ärzteschaft auch gut mit dem opportunistischen Screening leben konnte.

Die Gynäkologin/der Gynäkologe ist der erste Kontakt für eine Frau. Beim Untersuch gilt es, die Gesundheit der Frau zu besprechen. Deshalb hat der frei praktizierende Gynäkologenverein St.Gallen/Appenzell/Fürstentum Lichtenstein das Gespräch mit Bachmann vom Gesundheitsdepartement gesucht. Dabei konnten sämtliche Bedenken ausgeräumt werden. Diese bestanden vor allem darin, dass die Gynäkologinnen/Gynäkologen mit dem Screening-Programm übergangen werden könnten. Es wurde befürchtet, dass mit dem neuen Programm der ganze Ablauf über das Programmzentrum laufen würde. Es besteht bereits eine Planung, dass die Gynäkologinnen/Gynäkologen, welche an der Klinik Stephanshorn operieren, dort ein Brustzentrum einführen könnten. Dann fände auch eine enge Zusammenarbeit mit dem Mammographie-Screening-Programm statt.

Klee weist auf das sehr umfangreiche Konzept für ein qualitätskontrolliertes Mammographie-Screening-Programm im Kanton St.Gallen hin. Darin sind auch die Grenzen und unerwünschten Effekte aufgezeigt. Dieses kann im Gesundheitsdepartement bezogen werden.

Nietlispach beschreibt, dass es immer Personen gibt, die sich bereichern wollen. Dazu ist aber auch zu beachten, dass es auch Kreise gibt, die gegen das Screening sind, weil sie in der heutigen Situation profitieren. Es gibt auch Bereiche, welche von einem zu spät entdeckten Krebs profitieren können. Sie denkt da an Chirurgen, vor allem aber auch an die Pharma-Industrie. Diese hat ein grosses Interesse, teure Medikamente zu verkaufen. Es bestehen auch Gerüchte, dass gewisse Journalisten im Dienst dieser Kreise arbeiten.

Bachmann berichtigt die Aussage, dass das Mammographie-Screening umstritten sei. Es ist tatsächlich so – wie dies auch Nietlispach beschrieben hat -, dass im Jahr 2000 eine entsprechende Publikation in einem wichtigen medizinischen Fachblatt den Streit unter den Experten entfachte, ob eine Mammographie tatsächlich die Sterblichkeit senke. Diese Diskussion hat offenbar bis heute eine nachhaltige Wirkung, denn viele reden immer noch von dieser Kontroverse. Während klar gezeigt werden kann, dass die Autoren von damals heute zu einem anderen Schluss gekommen sind. Wichtig ist auch der Grund des damaligen Streites. Es ging um die Resultate der randomisierten Studien, welche methodische Mängel hatten. Das sind Studien, die zufällig eine Frau in ein Screening-Programm schickt oder eben nicht und dann das Ergebnis betrachtet. Dabei muss man wissen, dass das als die höchste medizinische Evidenz angesehen wird. Neue Studien, denen eine zufällige Zuordnung zu Grunde liegt, dürfen heute aus ethischen Gründen nicht mehr durchgeführt werden. Dies, weil man weiss, dass das Mammographie-Screening eine positive Wirkung hat. Die heutige kontroverse Diskussion beinhaltet allenfalls noch den Nutzen und das Risiko eines Mammographie-Screenings, aber es geht längst nicht mehr darum, ob es grundsätzlich umstritten ist oder nicht.

Er fragt sich zudem zunehmend, woher denn all diese selbst berufenen Gegner kommen. Wenn man wissenschaftliche und medizinische Meinungen in der Fachwelt einholt, findet man diese nicht in diesem Mass. Es werden teilweise Artikel zitiert, welche spontan und aus eigenem Antrieb geschrieben wurden und keine objektive Beurteilung beinhalten.

Auch der Bund hat mit seiner zweijährigen Verlängerung gezeigt, dass er nicht gegen die Mammographie ist. In einem Brief des Direktors des Bundesamtes für Gesundheit wird beschrieben, dass – sofern der Nutzen des Mammographie-Screenings als negativ beurteilt würde – man die Programme in der Übergangsfrist geschlossen hätte. Das wurde nicht gemacht.

Es geht dem Bund um eine Phase, in der das Bundesamt für Gesundheit auf die Anforderungen zur Qualitätssicherung Einfluss nehmen kann.

Auch ist zu betonen, dass das Gesundheitsdepartement bei der Ausarbeitung des Programms die erhöhten Anforderungen – welche voraussichtlich vom Bund verlangt werden – bereits übernommen hat, damit ein Programm mit möglichst hoher Qualität entsteht.

Sofern die Früherkennung von Brustkrebs gewünscht wird, dann muss auch der Wille vorhanden sein, die Vorsorgeuntersuchungen in einem Programm durchzuführen. Das ist die beste Methode und gibt die grösste Sicherheit, Qualität und Chancengleichheit. Sofern man aber gegen Früherkennung ist, so kann man gegen ein solches Programm sein.

Wüst erklärt, dass der Regierung ein verbindlicher Motionsauftrag erteilt wurde, ein Mammographie-Screening-Programm vorzulegen. Es wurde nicht ein Postulat mit dem Auftrag erteilt, die Vor- und Nachteile eines Mammographie-Screening-Programms aufzuzeigen. Dann hätte man die Pflicht gehabt, auch ablehnende Meinungen einfließen zu lassen.

Bär ist nicht der gleichen Meinung wie Hasler. Das Programm ist keineswegs ein Schritt in Richtung Verstaatlichung der Medizin. Es sind auf der Liste private Radiologische Institute und die Krebsliga aufgeführt. Die für die Zweitlesung ausgesuchten Radiologinnen und Radiologen können durchaus auch Ärztinnen und Ärzte aus einem privaten Institut sein. Der dabei allenfalls festgestellte positive Befund wird der Hausärztin/dem Hausarzt oder der Gynäkologin/dem Gynäkologen übergeben. Darin kann keine Verstaatlichung erkannt werden. Aus seiner persönlichen Erfahrung empfindet er die Mammographie als Segen. Die schweren Verläufe bei Brustkarzinomen haben stark abgenommen. Es können sehr viel mehr Brust erhaltende Operationen als früher durchgeführt werden. Damit wird ebenfalls viel Leid vermieden.

Würth betont, dass die damaligen Mitunterzeichnerinnen und Mitunterzeichner der Motion damals bewusst kein Postulat wollten. Bei einem Postulat wüsste man jetzt zwar über die Vor- und Nachteile Bescheid, würde aber wieder Jahre bis zur Umsetzung verlieren. Sie ist sehr froh, dass heute ein Screening-Programm steht, das dem Wohl der Frauen dient, das besteht und umgesetzt werden kann.

Müller fühlt sich missverstanden. Es geht überhaupt nicht darum, dass er die Zahlen nicht liest und die positiven Seiten nicht erkennt. Die Ziele der Motion sind auch ihm wichtig. Die Verbesserung der Qualität in der Diagnose soll erreicht werden. Er ist nicht gegen den medizinischen Fortschritt. Er wendet sich auch nicht dagegen, wenn den Frauen geholfen werden kann. Er zitiert aus einer neuen Ausgabe des „Onkologen“. Darin steht, dass die Krebsfrüherkennung nicht einfach grundsätzlich sinnvoll ist und das Risiko, unnötig an Krebs zu erkranken, mindestens ebenso hoch ist, wie vor dem Tode bewahrt zu werden. Von der Auseinandersetzung des Gesundheitsdepartements mit Slembeck hat er nichts gewusst und findet diese positiv.

Bachmann erklärt, dass es bei den zitierten Publikationen um die Frage der Überdiagnose und Überbehandlung geht. Dabei ist die richtige Einschätzung sehr wichtig. Natürlich ist es bei einer frühen Phase des Krebses nicht sicher, ob es nötig war, diese Frau zu behandeln. Auch ist es heikel, die Zahlen behandelter Frauen, die dann aber an einer anderen Ursache gestorben sind, den Frauen, die gerettet werden konnten, gegenüber zu stellen. Das ist eine rein epide-

miologische Betrachtungsweise der Ergebnisse einer Screening-Untersuchung. Dabei werden die Zahlen der falsch positiven, der falsch negativen oder der allenfalls als unnötige bezeichneten Mammographien dargestellt. Übrigens ist diese Frage bei einem Prostata-Karzinom die viel relevantere Frage, da bei Obduktionen von über 80-jährigen Männern sehr häufig veränderte Zellen gefunden wurden und erkannt wurde, dass der Mann aber aufgrund einer anderen Ursache verstarb. Beim Brustkrebs trifft dies nicht so zu. Diese tendenziöse Darstellung schadet dem potenziellen Nutzen, der aus einem Mammographie-Screening gezogen werden könnte.

Hasler zeigt sich irritiert über die Aussage von Egger als Gynäkologen. Sie hat den Eindruck bekommen, er habe nur über die wirtschaftlichen Aspekte geredet, nach welchen die Gynäkologen nach den Gesprächen mit dem Gesundheitsdepartement nun zufrieden gestellt seien. Sie würde aber noch seine Meinung als Gynäkologe aus fachlicher Sicht interessieren.

Egger betont, dass es nicht um finanzielle Aspekte ging, sondern darum, dass sich die Gynäkologinnen und Gynäkologen in das Programm einbezogen wissen wollen, da es schlussendlich um ihre Patientinnen geht.

Er konnte auch mit dem opportunistischen Screening gut leben. Bei Frauen, die beim Untersuchung Auffälligkeiten zeigten, hat er allenfalls einen Ultraschall gemacht und sie bei unklarem Befund zur Mammographie geschickt. Dies wurde bis anhin von allen Gynäkologinnen und Gynäkologen so gehandhabt.

Stadler macht klar, dass es bei der Unterzeichnung der Motion bereits fest stand, dass ein Mammographie-Screening-Programm gewünscht wird. Es war damals allen schon bewusst, dass es auch negative Stimmen geben wird. Die Fachlichkeit und die Qualität der Programme haben überzogen. Heute wird es einen politischen Entscheid geben. Bei jedem Programm kann noch irgendetwas Negatives gefunden werden. Sie findet es wertvoll, dass der Kanton St.Gallen von den Erfahrungen bereits bestehender Programme profitieren kann. Die hohen Qualitätsstandards, die das vorliegende Programm beinhaltet, überzeugen und erleichtern den politischen Entscheid. Sie ist auch sicher, dass mit diesem Programm alle Frauen erreicht werden können, und dass die Erreichbarkeit nicht von der sozialen Schicht abhängt. Sie ersucht die Mitglieder der Kommission, auf das Programm einzutreten.

Wang erläutert, dass die Früherkennung bei einer Krebserkrankung das Wichtigste ist. Die Einwände der Kritiker erinnern an diejenigen der Impfdiskussion. Der Hintergrund ist dabei sehr ideologisch. Es steht den Frauen frei, ob sie das Screening-Programm nutzen wollen oder nicht. Der Entscheid soll bei den Frauen liegen.

Huber erscheint es in der ganzen Diskussion sehr wichtig, dass man aus den früheren Programmen gelernt hat und die Frauen gut informiert werden. Frauen dürfen mit ihrem Befund nicht mehr einfach alleine gelassen werden. Es darf auch nicht vergessen werden, dass es immer noch eine grosse Anzahl Frauen gibt, die nicht zur Gynäkologin/zum Gynäkologen gehen. Diese fallen aus dem Netz der regelmässigen Kontrollen. Schlussendlich muss jede Frau für sich entscheiden, ob sie zu einem Mammographie-Screening gehen will oder eben nicht.

Hanselmann betont, dass es genau aus diesen Gründen für die Frauen wichtig ist, neutrale Informationen zu erhalten, welche im geplanten Programm angeboten werden. Im opportunisti-

schen Screening sind die Informationen nicht gewährleistet. Man hat im Projekt-Beschrieb unter 3.2. auch die Grenzen und die unerwünschten Effekte aufgezeigt. Auf diese wird man ein Auge haben müssen.

Sie macht klar darauf aufmerksam, dass bereits heute das opportunistische Screening vorhanden ist. Es entsteht zwischendurch der Eindruck, dass diskutiert wird, als ob im Moment kein Screening besteht. Es geht um die Beurteilung, was das opportunistische im Vergleich zum systematischen Screening bietet. Sollte man sich gegen das geplante Programm entscheiden, so hat man nachher nicht nichts. Aber man hätte dann weniger Qualität, weniger Sicherheit, weniger Begleitung, weniger Daten, was eine Weiterentwicklung verunmöglicht.

Klee lässt über den II. Nachtrag zum Einführungsgesetz zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung abstimmen.

Abstimmung Eintreten auf Vorlage	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	14	4	1	0

5. Spezialdiskussion

Klee schlägt vor, die Botschaft und den Entwurf der Regierung vom 29. Januar 2008 punkte- und artikelweise durchzugehen.

Stadler zu 1.2: Wie sieht die Leistungspflicht in Zukunft aus? Wie wird die Absicht des Bundes beurteilt?

Hanselmann erklärt, dass die Signale von Bundesrat Couchepin positiv sind. Er steht klar hinter dem Programm und hat in diesem Zusammenhang die Kantone aufgerufen, mit einem Screening-Programm zu beginnen. Es ist jetzt an den Kantonen, Initiative zu zeigen.

Bachmann fügt an, dass das Bundesamt für Gesundheit das Prinzip der Brustkrebsfrüherkennung durch ein Mammographie-Screening voll unterstützt. Man kann die Weiterführung auch als Vertrauensschritt bezeichnen. Gewisse Punkte gilt es noch zu regeln, weshalb das Screening nicht einfach in den Leistungskatalog aufgenommen werden kann.

Würth zu 3.4.1.: Das Qualitätsmanagement ist ein sehr wichtiger Teil des Programms. Es wäre falsch, aus falscher Rücksichtnahme auf Einwände eine gute Qualität einzuschränken. Ferner darf auch nicht allzu sehr auf regionale Anbieter Rücksicht genommen werden, sofern die Qualität nicht stimmt.

Bachmann beschreibt die Anforderungen an die Radiologen. Es ist nur in der Zweitlesung notwendig, dass 5'000 Lesungen im Jahr durchgeführt werden müssen. Ab 1'000 Lesungen pro Jahr steigt die Qualität. Wenn bei der Evaluation zwei Radiologen miteinander verglichen werden wollen, so braucht es eine genügend grosse Zahl an Lesungen, damit statistisch unter-

schieden werden kann, ob der eine besser liest als der andere. Deshalb wurden 1'500 Lesungen in die Voraussetzungen für die erste Lesung aufgenommen. Wer die Bedingungen für einen Einstieg erfüllt, wird im Programm zugelassen. Es werden dann zwei Screening-Zyklen durchgesehen und beobachtet, wer auf 1'500 Lesungen kommt und wer nicht. Man kann so auch die Patientenströme besser beurteilen. Aus diesem Grund ist auch das digitale Netzwerk sehr wichtig. Sollte eine Radiologie nur 500 Mammographien, ein anderes Institut jedoch 1'300 Aufnahmen machen, so kann man die Frauen des Instituts mit 500 Mammographien zum Institut mit 1'300 Mammographien schicken, um den Befund zu erstellen. Im Institut mit lediglich 500 Mammographien würden dann keine Befunde, sondern nur noch Mammographien durchgeführt werden.

Hanselmann führt aus, dass in diesem Bereich bereits Erfahrungen in den Spitalregionen bestehen. So arbeiten z.B. das Spital Flawil und das Spital Linth digitalisiert mit dem Kantonsspital St.Gallen zusammen.

Würth betont, dass es vor allem darum geht, dass nicht schlechte Beispiele das ganze Programm gefährden.

Bachmann stellt klar, dass ein Institut, welches die Voraussetzungen nicht erfüllt, aus dem Programm ausgeschlossen wird.

Nietlisbach möchte in diesem Zusammenhang wissen, ob es, vor dem Hintergrund der hohen Anforderungen und des Know-hows bei der Erstellung der Bilder, Sinn macht, wenn diese Bilder – auch in Bezug auf die Kostenfragen – an zu vielen Orten gemacht werden.

Bachmann beschreibt, dass dies voraussichtlich ein bis zwei Institute pro Region sein werden. Es kann sein, dass es in den ersten beiden Zyklen drei Institute pro Region geben wird. Bei der Zweitlesung, welche 5'000 Lesungen voraussetzt, werden dies zwei, höchstens drei Radiologen für den Kanton St.Gallen durchführen.

Hanselmann weist darauf hin, dass das Personal in den Regionen konstanter ist, das heisst, es finden weniger Wechsel statt. Sollte in einem Zentrum ein ständiger Wechsel des Personals vorliegen, so verteilen sich die Lesungen stärker. Es kann deshalb sein, dass in einem Institut, in welchem nur zwei Personen die Lesungen vornehmen, eine höhere Routine entsteht, als in einem grossen Institut, in welchem zwanzig Personen Lesungen durchführen.

Schrepfer fragt, ob die Frauen nach der Einladung auch betreut werden.

Bachmann erklärt, dass einer Frau als erstes geraten wird, mit ihrem persönlichen Arzt zu sprechen. Die Qualitätsanforderungen an ein Programmzentrum sehen in der Verordnung vor, dass die Frauen eine Anlaufstelle haben müssen, dies kann auch eine telefonische Beratung für die Frauen mit Fragen sein.

Müller interessiert sich für das Zielpublikum der Migrantinnen. Gibt es diesbezüglich schon Erfahrungen? Gibt es bereits Informationsmaterial oder muss alles neu erarbeitet werden? Wie sehen die Informationsmöglichkeiten für diese Frauen aus?

Bachmann klärt auf, dass er keine spezifischen Erfahrungen mit Migrantinnen und Mammographie kenne. Die grundsätzliche Vorgehensweise ist bekannt. Natürlich müssen die Materialien in den betreffenden Sprachen verfügbar sein. Diese sind bereits bei der Krebsliga in 86 Sprachen übersetzt. Es wird aber wichtig sein, den Kontakt mit wichtigen meinungsbildenden Personen aus den verschiedenen Gruppen zu suchen, damit Vertrauen geschaffen und die kulturelle Schwelle überwunden werden kann.

Lorenz zu 4.: Was geschieht mit den Frauen, welche keinen positiven Befund aufweisen? Werden diese auch informiert?

Bachmann bestätigt, dass die Frauen ein Feedback bekommen, dass alles in Ordnung ist. Bei Frauen, die einen Befund aufweisen, ist es wichtig, dass zuerst der zuständige Arzt informiert wird.

Egger betont, dass es auch für die Ärzteschaft wichtig ist, dass diese Informationsmaterial für die Frauen erhalten, welche sie dann in der Praxis auflegen können.

Haag zu 5.3.: Sollte sich der Arzt zu zusätzlichen Untersuchungen wie z.B. Ultraschall entscheiden. Hat er einerseits die Möglichkeit, dies durchzuführen, und zahlt dies dann auch die Krankenkasse?

Bachmann kann sich die Situation für einen solchen zusätzlichen begründeten Untersuchung schlecht vorstellen. Eigentlich ist im Unterschied zur diagnostischen Mammographie bei der Aufnahme kein Arzt vor Ort. Diese wird von der Röntgenassistentin rein technisch durchgeführt. Der Ultraschall ist ferner kein Untersuchung, der für die Vorsorgeuntersuchungen empfohlen wird. Der Ultraschall ist eine Methode zur Abklärung bei einem bestehenden Befund.

Egger könnte sich vorstellen, dass ein Ultraschall gemacht wird, wenn eine Patientin kommt, die bereits vor einem Jahr eine Mammographie durchgeführt hatte und nun einen Befund aufweist.

Bachmann betont, dass eine Frau, die eine Auffälligkeit feststellt, unabhängig vom Screening-Programm, jederzeit einen Arzt aufsuchen kann, um Abklärungen zu treffen.

Würth erscheint es wichtig, dass dieser Punkt kommuniziert wird. Es darf nicht sein, dass die Frauen denken, sobald sie in einem Programm sind, seien andere Untersuchungen nicht mehr möglich.

Egger zu 5.4. und zu 5.5.: Bachmann hat den Gynäkologinnen und Gynäkologen versichert, dass in den Gremien auch Ärztinnen und Ärzte Einsitz nehmen, die frei praktizierend sind.

Bachmann bestätigt explizit, dass eine gute Durchmischung auch im Interesse des Programms steht. Dies sieht auch Professor Thürlimann als Vertreter des Kantonsspitals so. Voraussetzung ist einfach, dass die Fachpersonen den Qualitätsanforderungen entsprechen.

Stadler erscheint es sehr wichtig, dass auch externe Fachpersonen im Fachexpertengremium Einsitz nehmen. Es darf nicht zu kantonsspital-lastig sein und muss neutral bleiben.

Nietlispach zu 6.: Wie entsteht die Differenz bei den Kosten für den Betrieb des Programmzentrums von Fr. 484'000.-- mit einer „Stand alone Lösung“ zu den Fr. 255'000.-- bei einer Integration in das PACS-Netzwerk des Kantonsspitals St.Gallen. Setzt man bereits auf die teurere „Stand alone Lösung“?

Bachmann betont, dass nicht auf die „Stand alone Lösung“ gesetzt wird. Man kann zum heutigen Zeitpunkt einfach noch nicht garantieren, dass es zu der günstigeren Lösung mit der gemeinsamen Nutzung der Verwaltung der Bilder im gleichen System wie das Kantonsspital kommt. Der restliche Aufwand beinhaltet die nötige Aufrüstung in den Peripherien.

Wüst weist auf den letzten Abschnitt auf Seite 14 der Botschaft hin. „Im Vordergrund steht eine Variante, die den Anschluss an das bestehende Netzwerk des Kantonsspitals vorsieht.“ Das würde dann auch Kosten einsparen.

Würth möchte wissen, wie sich das Screening-Programm allenfalls auf die Krankenkassenprämien auswirken könnte.

Bachmann erklärt, dass es drei Positionen gibt, die unbestritten sind und eine vierte Position, die im Prinzip die Investition des Radiologen abdeckt würde und von den Versicherern bestritten wird. Diese Verhandlungen sind zurzeit auf nationaler Ebene im Gang. Die Krankenversicherer kommen gemäss De Wolf jetzt plötzlich mit einer anderen Haltung. Sie wollen nun eine Pauschale formulieren und nicht nach Tarmed abrechnen. Diese Pauschale wird heute mit Fr. 170.-- benannt. Die Kosten sind marginal und werden keinen Einfluss auf die Krankenkassenprämien haben.

Lorenz zu 7.2.: Läuft eine Frau, die nicht am Programm teilnehmen will, bei einer späteren Erkrankung Gefahr, dass sie von den Krankenkassen einen Regress erhalten wird?

Hanselmann beruhigt, dass Frauen ohne Befund nicht registriert sind. Dann müssten auch andere risikoreiche Gruppe wie z.B. Übergewicht oder übermässiger Alkoholkonsum in die Verantwortung genommen werden.

Haag zu 7.2.2.: Eine Frau will zwar beim Programm mitmachen, möchte aber nicht, dass ihre Daten weiter gegeben werden. Hat sie dazu ein Recht?

Bachmann beschreibt, dass der Arzt bei einem Befund informiert wird. Dazu muss die Frau ihr Einverständnis geben. Die Datenbank zur Auswertung wird anonymisiert. Diese Daten sind für niemanden zugänglich. Bei der ganzen Abwicklung werden die Datenschutzrichtlinien befolgt. Eine Zweitlesung könnte auch mit einer Nummer, welche auf die entsprechende Frau hinweist, erfolgen.

Egger ergänzt, dass es der Frau auch frei steht, eine opportunistische Mammographie bei ihrer Gynäkologin/ihrem Gynäkologen durchzuführen.

Hanselmann fügt bei, dass im Krebsregister bereits heute anonyme Daten erfasst werden.

Stadler zu 7.4.: Warten wir auf den Entscheid des Bundes zur Weiterführung des Programms im 2009?

Hanselmann weist darauf hin, dass die Signale jetzt gesetzt werden müssen und mit dem Programm bald möglichst begonnen werden soll. Sie kann sich nicht vorstellen, dass Bundesrat Couchepin die Kantone auffordert, mit dem Programm zu beginnen, wenn er im Hinterkopf an den Abbruch denken würde.

Bachmann fügt an, dass die Signale der Vertreter von Santésuisse positiv waren. Sie haben das Konzept durchgesehen, noch bevor Vertragsvorbereitungen vorgenommen wurden. Ihre Beurteilung ging dahin, dass sie aufgrund dieses Konzepts einen Vertrag mit dem Kanton St.Gallen eingehen könnten, da die geforderten Anforderungen erfüllt seien.

Klee bestätigt, dass die Umsetzung auf anfangs 2009 realistisch ist.

Müller möchte wissen, wie das „Worst Case Szenario“ aussehen würde.

Hanselmann bestätigt, dass dann nach anderen Lösungen mit den Versicherern gesucht würde. Allenfalls würden auch Stiftungen in einem solchen Fall einspringen.

Würth möchte zuerst warten, wie sich der Bund entscheidet. Andernfalls wird es am Kantonsrat sein, eine andere Lösung zu finden. Es kann nicht sein, dass man heute von einem Programm überzeugt ist und es dann einfach wieder fallen lässt.

Nietlispach zu Art. 16 (neu): Das Screening-Programm muss nach Qualitätskriterien aufgebaut sein. Politische Ziele dürfen dabei nicht verfolgt werden. So wie es in der Botschaft aufgeleitet ist, besteht auch kein Zweifel, dass es in diesem Sinn umgesetzt wird. Es wird aber auch ein Seilziehen zwischen den Anspruchsgruppen geben. Um dies zu vermeiden, macht sie beliebt, den Artikel wie folgt zu ändern:

„Der Kanton St.Gallen führt ein Mammographie-Screening Programm *ausschliesslich nach Qualitätskriterien und insbesondere* nach der eidgenössischen Verordnung...“

Huber ist der Unterschied nicht ganz klar. Mit dem Hinweis „nach der eidgenössischen Verordnung“ ist bereits klar, dass Abweichungen nicht möglich sind.

Nietlispach befürchtet, dass mit dieser Formulierung jede Gemeinde ein Mammographie-Screening-Zentrum für Tausende von Franken aufgleist.

Hanselmann ist der Meinung, dass der Kanton St.Gallen in Bezug auf die Qualitätssicherung sogar noch weiter geht als die eidgenössischen Vorschriften. Es müsste dann auch noch definiert werden, was genau mit den Qualitätskriterien gemeint ist. Es darf z.B. nicht sein, dass ein Gerät bemängelt wird, nur weil es einen neuen Trend gibt. Sie erachtet diese Änderung eher als gefährlich.

Wüst ergänzt, dass bei einer Gesetzgebung auch die Materialien entscheidend sind. Zu diesen Materialien gehört auch das Protokoll einer vorberatenden Kommission. Wenn nun in dieser Kommission derart deutlich deponiert wird, dass die Qualität einen sehr hohen Stellenwert hat, so ist dies verankert. Entscheidend wird bei der Ausführung die Verordnung sein. Dort werden die Qualitätsvorgaben klar geregelt.

Ingold geht ebenfalls davon aus, dass die Qualitätsstandards mit dem Verweis auf die Verordnung, welche sich auf die europäischen, wie auch auf die Leitlinien des Bundesamtes für Gesundheit stützt, gesichert sind. Es geht letztlich auch um die Lesbarkeit eines Artikels.

Nietlispach zieht ihren Antrag mit der Zusicherung der Einhaltung der Qualitätskriterien zurück.

Bär ersucht, die Verordnung dem Protokoll beizulegen.

Klee lässt über den II. Nachtrag zur Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung mit den beiden neuen Artikeln 16bis und 16ter abstimmen.

Schlussabstimmung	Ja	Nein	Enthaltungen	Abwesend
	13	4	0	2

Klee dankt den Mitgliedern der Kommission für das klare Bekenntnis für das sehr wichtige Mammographie-Screening Programm. Sie ist überzeugt, dass dieser Entscheid nationale Signalwirkung haben wird. Sie freut sich über den Mut, für Qualität einzustehen und dem Wildwuchs der nicht kontrollierten Mammographien entgegen zu wirken.

6. Rückkommen

Kein Rückkommen

7. Antrag an den Kantonsrat

Keine Anträge

8. Bezeichnung des Kommissionssprechers/der Kommissionssprecherin

Klee zeigt sich bereit, die Aufgabe der Kommissionssprecherin zu übernehmen.

9. Frage der Medieninformation

Eine Medienmitteilung wird gewünscht.

10. Varia

Bachmann wird Kontakt mit Baumberger aufnehmen und den Zeitungsartikel im St.Galler Tagblatt besprechen. Er hat bereits einen Termin mit ihr. Es geht dabei auch darum, ihr aktuelle Informationsmaterialien zukommen zu lassen.

Zur Argumentation, dass falsch positive Resultate zu Ängsten führen, sollte es den Kritikern ein Anliegen sein, dafür zu sorgen, dass das Screening Programm gut wird und somit zu möglichst wenigen falsch positiven Resultaten führt.

Weiter will Bachmann kurz dazu Stellung nehmen, warum ein Mammographie-Screening nicht bereits bei Frauen unter 50 Jahren durchgeführt wird. Zum einen ist die Durchführung für die Zielgruppe der Frauen zwischen 50 und 69 allgemein in Europa eine Empfehlung. Zwischen 50 und 69 Jahren erkrankt 1 von 39 Frauen an Brustkrebs. Zwischen 40 und 49 sind dies 1 von 70 Frauen. Dazu kommt, dass die negativen Auswirkungen eines Screenings bei jüngeren Frauen wahrscheinlicher sind, weil ein dichteres Brustgewebe besteht, was auch von den Monatszyklen abhängig sein kann.

Klee macht darauf aufmerksam, dass Professor Thürlimann bereit wäre, in die Fraktionen zu kommen, um Auskunft zu geben. Er wäre dabei aber sehr froh, wenn er die Daten früh wüsste.

Die Präsidentin schliesst die Sitzung und dankt allen für die gute Zusammenarbeit. Speziell dankt sie Regierungsrätin Hanselmann und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Departement.

St.Gallen, 19. März 2008

Die Präsidentin der vorberatenden
Kommission



Helga Klee-Rohner

Die Protokollführerin

Simone Gruber