

II-8216 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen  
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH  
BUNDESMINISTERIUM  
FÜR ARBEIT UND SOZIALES  
Z1.21.891/191-5/1992

1010 Wien, den 22. Dez. 1992  
Stubenring 1  
Telefon (0222) 77800 71100  
Telex 111145 oder 111780  
DVR: 0017001  
P.S.K.Kto.Nr. 5070.004  
Auskunft  
-  
Klappe -- Durchwahl

3643 IAD  
1992 -12- 23  
zu 3696 JJ

B e a n t w o r t u n g

der parlamentarischen Anfrage der  
Abg.Dr.Hafner und Kollegen an den  
Bundesminister für Arbeit und Soziales,  
betreffend Aufnahme der kostenfreien  
Mammographie (ohne begründeten Verdacht)  
vor dem 40.Lebensjahr im Bereich der  
Vorsorgeuntersuchung  
(Nr.3696/J)

Zu den aus der beiliegenden Ablichtung der gegenständlichen  
Anfrage ersichtlichen Fragen führe ich folgendes aus:

Zu Frage 1:

Nach den entsprechenden sozialversicherungsrechtlichen Be-  
stimmungen haben die Versicherten für sich und ihre Angehörigen  
Anspruch auf jährlich eine Gesundenuntersuchung.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger  
hat die Durchführung dieser Untersuchungen durch Richtlinien zu  
regeln, in denen die Untersuchungsziele und der Kreis der für  
die Untersuchung in Betracht kommenden Personen festzulegen  
sind; hiebei sind sowohl die medizinisch-wissenschaftlichen  
Fortschritte als auch die vom Bundesministerium für Gesundheit,  
Sport und Konsumentenschutz jeweils als besonders vordringlich  
erachteten Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit zu  
berücksichtigen.

- 2 -

Die Gesundenuntersuchungen sollen insbesondere der Früherkennung von Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes sowie Herz- und Kreislaufstörungen dienen.

Vertragsärzte, sonstige Vertragspartner sowie eigene Einrichtungen der Versicherungsträger kommen für die Durchführung der Gesundenuntersuchung in Betracht; überdies können die Krankenversicherungsträger im Einvernehmen mit Dienstgebern und den entsprechenden Organen der Betriebsvertretung dafür sorgen, daß die Gesundenuntersuchungen auch an den Arbeits- oder Ausbildungsstätten der Versicherten vorgenommen werden.

Aus diesen Ausführungen ergibt sich, daß der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in zweierlei Hinsicht berufen ist, die Durchführung und den Inhalt der Gesundenuntersuchung zu regeln. Einerseits hat er - wie erwähnt - Richtlinien zu erlassen, andererseits schließt er mit Zustimmung der und mit Wirkung für alle Krankenversicherungsträger einen diesbezüglichen Gesamtvertrag mit der österreichischen Ärztekammer ab. Im Hinblick auf diese Befugnisse des Hauptverbandes ist es mir nicht möglich, in der in Rede stehenden Frage einen bestimmenden Einfluß auf den Hauptverband auszuüben.

Ich habe diesen jedoch um eine Äußerung zum gegenständlichen Themenbereich aus seiner Sicht ersucht. Der Hauptverband hat hiezu wie folgt Stellung genommen:

"Wir halten es aus folgenden Gründen nicht für zweckmäßig, daß die Mammographie in Österreich generell als Screeninguntersuchung eingesetzt wird:

- a) Der Einfluß einer frühen Diagnose auf die Prognose wird in der Literatur mit großer Vorsicht beurteilt. In der Biologie

- 3 -

des Mammakarzinomes ist von entscheidender Bedeutung, daß häufig verhältnismäßig früh Fernmetastasen gesetzt werden. In solchen Fällen wird auch durch die frühere Diagnose die Mortalität nicht beeinflusst. Es ist lediglich die Tatsache, daß ein Karzinom besteht, längere Zeit hindurch bekannt und damit wird der Eindruck einer verlängerten Überlebenszeit als Erfolg des Screening vorgetäuscht. Studien, die weniger als sechs Jahre Beobachtungszeit aufweisen, können eine Reduktion der Mortalität durch das Screening nicht zuverlässig belegen.

- b) Die Ergebnisse der in der Anfrage angeführten Studie sowie weiterer Publikationen zeigen hinsichtlich des Erfolges eines Screenings verhältnismäßig bescheidene Resultate. In der (auch in der Anfrage zitierten) schwedischen "Two-county-trial"-Studie wurden 77.000 Frauen in der Screeninggruppe untersucht. Von diesen starben 160 (0,2 %) an einem Mammakarzinom. Die Kontrollgruppe umfaßte 56.000 Personen, von denen 167 (0,3 %) an der gleichen Krankheit starben. In der ebenfalls immer wieder genannten Malmö-Studie betrug die Screeninggruppe 21.000 Frauen mit 63 (0,29 %) Todesfällen, die Kontrollgruppe umfaßte gleichfalls 21.000 Frauen, von denen 66 (0,31 %) an der gesuchten Krankheit starben.
- c) Die Edinburgh Studie kommt im Rahmen einer Nutzen-Risikoanalyse zu dem Resultat, daß für einen verhinderten Brustkrebs-Todesfall bei 200 Frauen ein falsch positiver Mammographiebefund abgeklärt werden muß. In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich hervorzuheben, daß die Frauen die Unsicherheit bei zweifelhaften Screeningbefunden als psychisch außerordentlich belastend empfinden.
- d) Aufgrund der einschlägigen Literatur erscheint es somit nicht zweckmäßig, ein Mammographie-Screening vor dem

- 4 -

40. Lebensjahr zu beginnen. Für jüngere Frauen sollte jedenfalls die grundsätzlich jederzeit gegebene Möglichkeit, im kurativen Bereich Untersuchungen bei entsprechenden anamnestischen Hinweisen zu veranlassen, ausreichen."

Zu Frage 2:

Eine Beantwortung dieser Frage ist mir nicht möglich, da diesbezüglich weder beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger noch in meinem Ressort entsprechende Unterlagen aufliegen. Nach Ansicht des Hauptverbandes erscheint es in Anbetracht der extrem hohen Kosten eines generellen Mammographie-Screening jedoch unwahrscheinlich, daß die Aufnahme dieser Leistung (vor Vollendung des 40. Lebensjahres) in den Leistungskatalog der Krankenversicherung bzw. in die entsprechenden Richtlinien der Gesundenuntersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen) Kosteneinsparungen nach sich ziehen würde.

Beilage

Der Bundesminister:



**BEILAGE****A n f r a g e :**

- 1) Werden Sie auf Grund der in der Begründung angeführten Studien dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger empfehlen, seine Richtlinien für die Gesundenuntersuchung so zu ändern, daß auch in Österreich die Mammographie vor dem 40. Lebensjahr (ohne Verdacht) kostenfrei durchgeführt werden kann?
- 2) Mit welchen Kosten bzw. Kosteneinsparungen (durch Einsparungen bei der adjuvanten Therapie und durch geringere Inzidenz metastasierter Fälle, die einer aufwendigen und teuren Behandlung bedürfen) rechnen Sie bei einer entsprechenden Richtlinienänderung?