

2.5 Zur aktuellen Kritik der Früherkennung des Mammakarzinoms

Die acht randomisierten Studien zur Früherkennung des Mammakarzinoms durch die Mammographie sind von der Cochrane Collaboration einer kritischen Analyse unterzogen worden (<http://www.cochrane.org>, Lancet 2000; 355:129 und 2001; 358:1340). In einer rein biometrischen Analyse dieser Studien aus den 70er und 80er Jahren wurden u.a. die Einschlusskriterien, die Randomisierung, das Follow-up und die Bewertung der Zielereignisse geprüft. Man kam zur Schlußfolgerung, "daß die gegenwärtig verfügbare Evidenz keinen Lebenszeitgewinn eines Brustkrebs-Screening erkennen läßt." Das National Cancer Institute der USA und die IARC der WHO sehen nach eigenen Analysen der Fakten die Wirksamkeit gesichert und bleiben bei der Empfehlung des Screenings für 50- bis 70-jährige Frauen. Zwischenzeitlich wurde der aktuelle Stand der schwedischen Studien publiziert mit der Schlußfolgerung: "Der Nutzen der Brustkrebsfrüherkennung in Bezug auf die Brustkrebsmortalität hat auch im Langzeit-Follow-up Bestand. Die aktuelle Kritik an den schwedischen Studien ist falsch und unwissenschaftlich." (Lancet 2002; 359:909). Auch Holland belegt mittlerweile eine Senkung der Mortalität um 20% nach der Einführung des Screenings (Lancet 2003; 359:909).

Mit einer schwachen methodischen Kritik dieser historischen Studien ist also die Brustkrebsfrüherkennung grundsätzlich in Frage gestellt worden. Sogar der Verband der Ärztinnen Deutschlands, denen im Unterschied zu den Statistikern der Cochrane Collaboration der pathogenetische Prozeß einer Krebserkrankung doch leichter zugänglich sein sollte, lehnt die Früherkennung ab. Solche Reaktionen sind nicht rational. Ihnen fehlt ein ganzheitlicher Blick auf der Basis des Status quo. Sie sind fatal für den Medizinstandort Deutschland, d.h. für die wissenschaftliche Entwicklung und die Versorgungsqualität.

Es ist das große Verdienst dieses "Historikerstreits" um z.T. 30 Jahre alte Studien, die Problematik der Früherkennung wieder ins Bewußtsein gerufen zu haben. Abb. 11 beschreibt die bekannte und wieder aktuell publizierte (N Engl J Med 2003; 348:1672) Gratwanderung zwischen Nutzen und Schaden am Beispiel von 1.000 Frauen im Alter von 40, 50 und 60 Jahren, die 10 Jahre lang die Früherkennung wahrnehmen. Selbst bei optimistischen Annahmen ist ein Nutzen besonders für jüngere Frauen sehr fraglich: 985 Frauen werden in diesen 10 Jahren nicht an Brustkrebs erkranken und deshalb nur belastet, um zwei Frauen zu heilen, deren familiäre Disposition womöglich bekannt ist. Im Alter von 50 bis 70 Jahren erkranken dagegen etwa 65 Frauen. Die Kosten für ein gewonnenes Lebensjahr liegen bei zweijährigen Intervallen in der Größenordnung von 9.000 Euro (JAMA 1995; 274:881). Diese Schätzung setzt eine Senkung der brustkrebsbedingten Mortalität um 30% voraus, die eben neuerdings angezweifelt wird.

Zwei Abbildungen (12, 13) beschreiben die Chance einer Brustkrebsfrüherkennung, die es auszuloten bzw. zu nutzen gilt. Die relativen Überlebensraten der Patienten mit einem Diagnosedatum seit 1988 (Daten des TRM) liegen bei pTis-, pT1a- und pT1b-Befunden für die ersten 10 Jahre zwischen 96 und 91% (Abb. 12). Mit größer werdenden Tumoren sinkt die 10-Jahres-Überlebensrate auf 82% bei pT1c (10-20 mm), auf 63% bei pT2 (im Mittel ca. 28 mm) bis auf 42% bei pT3-Tumoren (>50 mm). In Abb. 13 ist der Zusammenhang zwischen Letalität und dem prognostisch ungünstigen Lymphknotenbefall und dem Tumordurchmesser dargestellt. Dieser lineare Zusammenhang ist kürzlich auch für die Screening-Studien gezeigt worden (Cancer 2002; 95:713) und besagt, daß mit jedem Millimeter, um den ein Tumor früher entdeckt wird, das Überleben um ca. 1,3% steigt. Das belegt die Chance der Früherkennung, deren Qualität durch den (Surrogat-)Qualitätsindikator Tumordurchmesser frühzeitig zu messen ist.

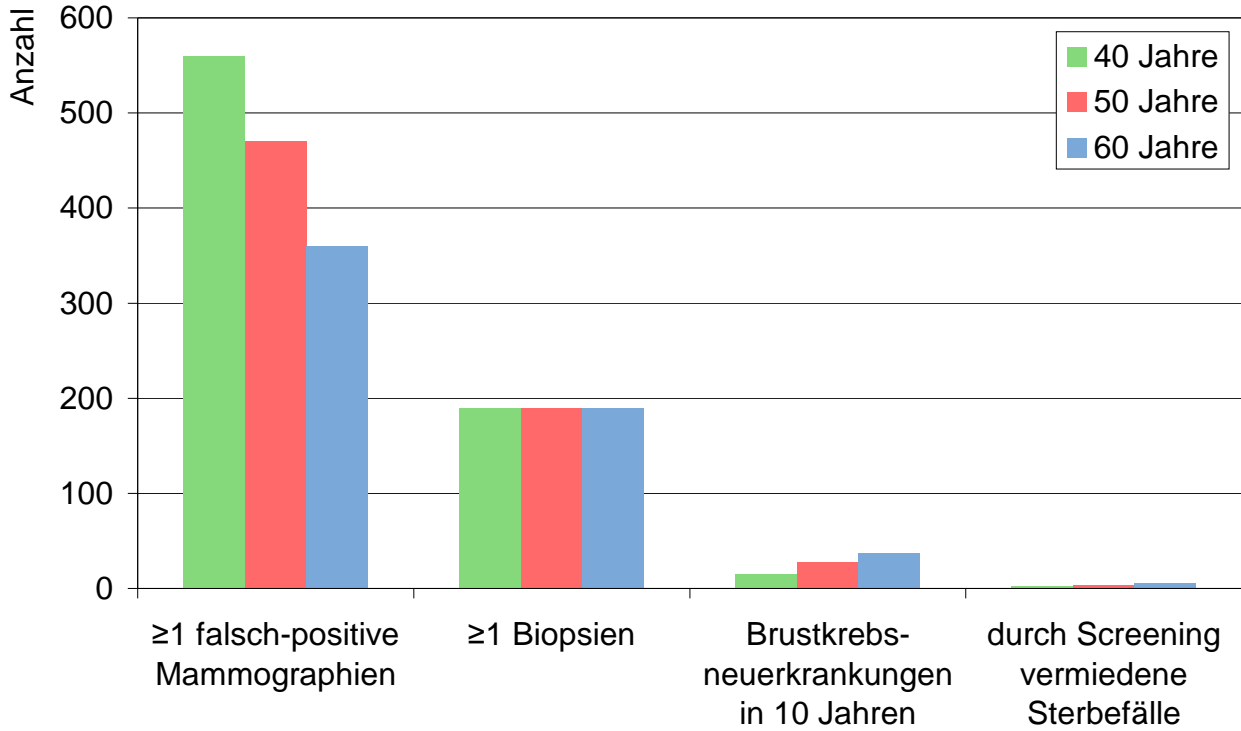


Abb. 11: Anzahl falsch-positiver Mammographien, Biopsien, Krebsneuerkrankungen und Heilungen, die mit einer jährlichen Mammographie über 10 Jahre für 1.000 Frauen im Alter von 40, 50 und 60 Jahren verbunden ist (N Engl J Med 2003; 348:1672)

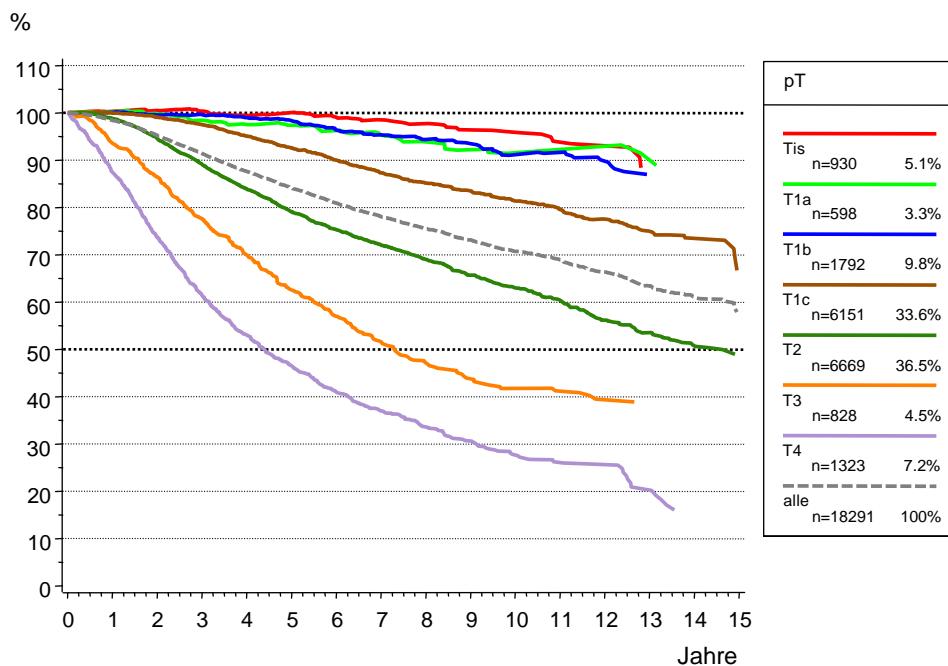


Abb. 12: Mammakarzinom: Relatives Überleben in Abhängigkeit von der pT-Kategorie (Daten des TRM seit 1988)

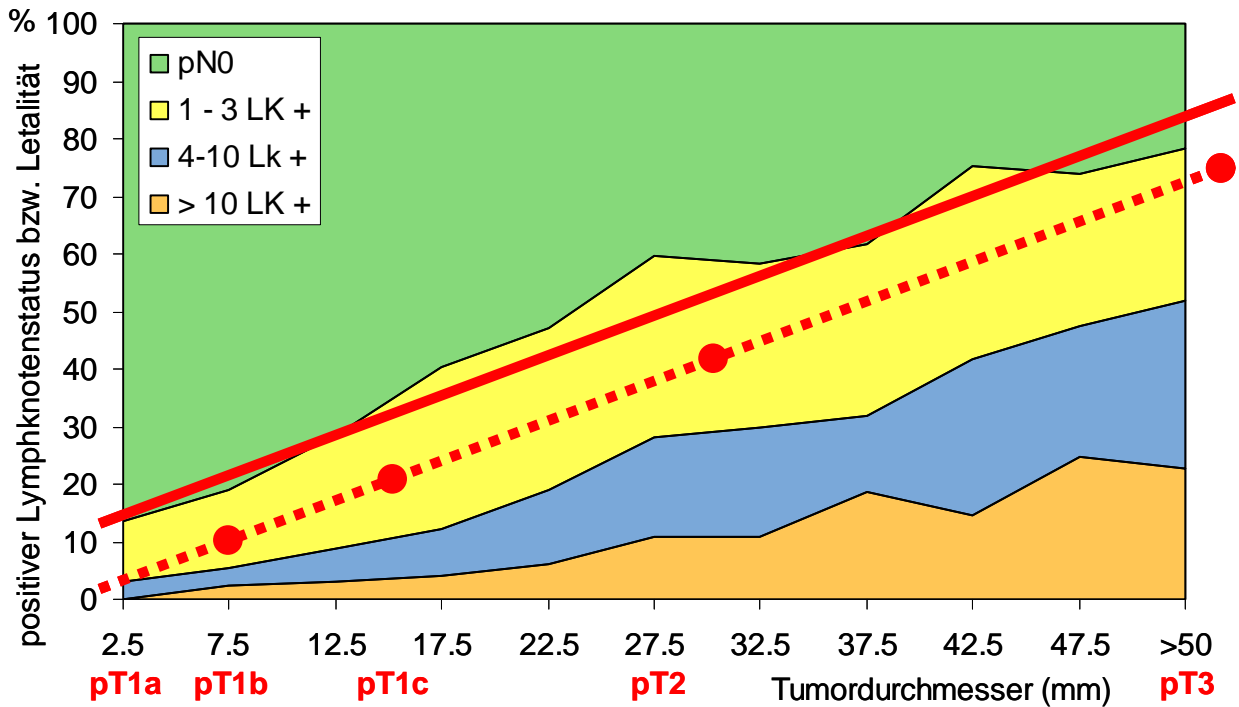


Abb. 13: Abhängigkeit des Lymphknotenstatus und des Überlebens vom Tumordurchmesser (Schätzung aus den Daten des TRM, s. auch Eur J Cancer 2003; 39:1794)

pT-Kategorie	München 1996-1998	Schweden 1992-1998	München	
	n=3210 ¹ %	n=32217 %	letzte negative und die positive Untersuchung mittels Mammographie	keine regelmäßige Früherkennungsteilnahme und keine Selbstuntersuchung
			19.0%	27.6%
pTis	5.4	13.0	10.1	3.0
pT1	51.3	50.0	65.8 (23.8 unter 10 mm)	38.5
pT2	33.4	30.0	22.5	38.4
pT3	4.9	7.0	0.8	5.3
pT4	5.0		0.8	14.8

Tab. 14: Verteilung der pT-Kategorie in der Region München (1996-98), in Schweden und in zwei Untergruppen mit sogenanntem grauen Screening (mittlerer Tumordurchmesser 16 mm) und ohne jegliche Früherkennung (mittlerer Tumordurchmesser 28 mm)

¹ primär operierte Patientinnen

Um Hinweise auf die Wirksamkeit der Früherkennung in der Region München zu erhalten, wurde im Rahmen der Feldstudie München bei neu erkrankten Patientinnen von einigen Kliniken eine Früherkennungsanamnese erhoben. Gefragt wurde nach der regelmäßigen Selbstuntersuchung und bei Früherkennungsteilnehmerinnen nach der Untersuchungsmethode und dem Zeitpunkt der letzten negativen und der aktuellen positiven Früherkennungsuntersuchung. Im Alter von 50 bis 70 Jahren nehmen ca. 50% der Frauen das Früh-

erkenntnisangebot in Anspruch (Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung 2001). Tab. 14 beleuchtet die Wirkung von Früherkennungsaktivitäten. Die Hälfte der gesamten Kohorte bzw. 1.605 von 3.210 Patientinnen wurde von den Kliniken zu ihrem Früherkennungsverhalten befragt. Nur ca. ein Fünftel dieser Patientinnen gab die Mammographie als letzte negative und als aktuelle positive Früherkennungsuntersuchung an. Die Stadienverteilung dieser Untergruppe erreicht allerdings fast die Zielkorridore der EU-Leitlinien für das Mammographie-Screening. Diese Leitlinien geben unter anderem als Ziel über 10% ("acceptable") bzw. bis zu über 20% ("desirable") für in-situ-Karzinome an, über 30% invasive Tumoren kleiner 10 mm, sowie über 75% pN0-Befunde. Die aus dem relativen 15-Jahres-Survival berechnete Mortalität ist für die Untergruppe der weder sich selbst untersuchenden noch an der Früherkennung teilnehmenden Frauen absolut um 15,5% höher (pT1 78% Survival, pT2 53%, pT3 32% und pT4 19%). Dieses Ergebnis mit einer relativen Senkung von fast 38% liegt sogar über dem der randomisierten Studien, weil hier "nicht kontaminierte" Gruppen von Krebspatientinnen verglichen wurden. Aufgrund der ausgeprägten Früherkennungsaktivitäten in der Region München erklärt sich auch die günstige Stadienverteilung im Vergleich zu Schweden (persönliche Mitteilung des Schwedischen Krebsregisters).

Die pT-Verteilung in der Mammographiegruppe erreicht bis auf den mit 10% etwas niedrigen in-situ-Anteil die akzeptablen Zielvorstellungen der europäischen Leitlinien, z.T. wurden sogar die erwünschten Werte erreicht. Warum ist der Effekt so deutlich? Im Unterschied zu den randomisierten Studien werden in der Feldstudie München reine, "nicht kontaminierte" Gruppen verglichen. In den Kontrollgruppen der Studien erfolgte die übliche Versorgung zur Abklärung von Verdachtsbefunden. Auch der Einwand, daß eine Erhebung des Früherkennungsverhaltens an neu erkrankten Brustkrebspatientinnen zu Verzerrungen führt, ist nicht stichhaltig, weil eben keine schlüssigen Risikofaktoren ein risikoadaptiertes Versorgungsangebot beim Mammakarzinom nahe legen oder zur Teilnahme-selektion führen könnten. Selbst bei familiärer Belastung konnte keine höhere Teilnahme an der Früherkennung ermittelt werden!

Die insgesamt gute Stadienverteilung in der Region München veranlaßte das TRM, die für europäische Verhältnisse hohen Mortalitätsraten in der Region München und in Deutschland zu hinterfragen. Wie im JB2000 dargelegt wurde, fehlt bei etwa 30% der Todesbescheinigungen im Datenbestand des TRM jeglicher Hinweis auf eine Progression bei der Angabe eines Grundleidens Mammakarzinom. Durch Vergleiche des Sterbealters mit Daten des TRM ist davon auszugehen, daß bei fast 20% der Todesbescheinigungen mit einem Hinweis auf Brustkrebs keine Progression vorlag und die Frauen im mittleren Alter von 82 Jahren an anderen Todesursachen verstorben waren. Das mittlere Sterbealter für geheilte Brustkrebspatientinnen beträgt in unserer Region 82 Jahre, jedoch 69 Jahre bei einem brustkrebsbedingten Tod. Diese Hypothese zu falsch positiven Angaben auf Todesbescheinigungen würde erklären, weshalb Deutschland eine zu Schweden vergleichbare pT-Verteilung, aber eine erhöhte Mortalität hat.

Es gibt also eindeutige Belege für die Wirksamkeit des grauen Screenings in unserer Region. Worin liegen nun die jahrelangen Defizite der Früherkennung in Deutschland. Es ist nicht die kritische Einstellung zum Nutzen. Es ist die Tolerierung von heute mehr als 7,2 Mio. Mammographien bzw. von mehr als 3,6 Mio. mammographierten Frauen jährlich (BfS: Bundesamt für Strahlenschutz), die sich im guten Glauben an den Nutzen einer solchen Untersuchung unterziehen, aber keine Aussagen zur Qualität der Untersuchungen erhalten. Diese vielen Mammographien werden als klinische Mammographien eingestuft, obwohl leicht abzuschätzen ist und jeder weiß, daß etwa 2,7 der 3,7 Mio. Frauen asymptomatisch sind. Früherkennung wird in Deutschland wie eine Hochdruckbehandlung ohne

Blutdruckmessung durchgeführt. In seltener Einigkeit werden Modellprojekte von der Selbstverwaltung propagiert, um diese diagnostische Freiheit solange wie möglich aufrecht zu erhalten, ja die Mammographie nennenswert als IGEL-Leistung auszubauen. Ein Basismammogramm mit 35 Jahren ohne Nachweis der Evidenz zu propagieren ist ein Beispiel für fehlorientierte Interessen.

Wenige Daten und Aussagen belegen, wie unterentwickelt in unserem Land die wissenschaftliche Neugier ist, zumindest zu wissen was man tut. Den Frauen, die der Medizin vertrauen, müßte Rechenschaft über Nutzen und Schaden abgelegt werden. Die Zertifizierung der Mammographiegeräte und die Rezertifizierung der Befunder ist nur ein kleiner Schritt im Vergleich zum Nutzen eines systematischen Vorgehens im adäquaten Altersintervall. Das Verhältnis von benignen und malignen Biopsien als wichtiger Qualitätsindikator für die Früherkennung bleibt im Dunkeln. Auch systematische Analysen der früh erkannten oder vorzeitig aufgetretenen Brustkrebskrankungen fehlen. Unser Gesundheitssystem bietet den Mammographen keine adäquate Infrastruktur, die ihre Befundung unterstützt und jedem einzelnen Befunder seine Befundcharakteristika liefert. Die einfache Erhebung der Feldstudie stützt die Hypothese, daß eine große Chance ungenutzt bleibt, an die bisher keine innovative Behandlung von Brustkrebspatientinnen heranreicht. Im Gegenteil, die Kosten für eine Palliativbehandlung mit einer Lebensverlängerung von wenigen Wochen überschreiten mittlerweile die Kosten für die Früherkennung zur Vermeidung eines progredienten Krankheitsverlaufs. Die Diskussion um das Disease Management unterstreicht den fehlenden Willen, das anzupacken, was den größten Nutzen verspricht. Die bekannten Probleme der Früherkennung reichten 14 Jahre lang für die Gesundheitspolitik nicht aus, wie in England und Holland den Aufbau nachhaltig wirksamer Strukturen zu fordern. Auf etwa 45.000 vermeidbare Brustkrebssterbefälle wird die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit zu verantwortende Stagnation hinauslaufen, wenn jetzt kurzfristig das vor der letzten Bundestagswahl gegebene Versprechen, die Screening-Mammographie als GKV-Leistung anzubieten, verwirklicht wird. In Bayern haben die kassenärztliche Vereinigung und die AOK den Start des Mammographie-Screenings für 1,4 Mio. Frauen zum 1. April 2003 verkündet, auf dessen flächendeckende Umsetzung und Qualität von vielen Seiten mit kritischer Neugier geschaut wird.

2.6 Disease Management für Brustkrebs

Die Diskussionen, Planungen und Entwürfe zum Disease Management Brustkrebs sind ein Beispiel für die Schwäche unserer Gesellschaft, prioritäre Probleme zu benennen und korporativ Lösungen zu finden. Auch wenn ein Disease Management aus Sicht der Krankenkassen, Ärzte und Patientinnen mit unterschiedlichen Erwartungen und Befürchtungen belegt wird, so wird das langfristige Ziel, die notwendige evidenzbasierte und deshalb wirksame Diagnostik und Therapie allen Patientinnen zukommen zu lassen, sicherlich von allen getragen. Daß Sachverständige Diabetes und Brustkrebs als prioritäre Handlungsfelder ausgewählt haben, ist bemerkenswert. Offensichtlich konnte die Onkologie in den letzten 20 Jahren nicht vermitteln, daß Krebs keine chronische Erkrankung ist. Daß beim Brustkrebs mit einem Tumordurchmesser unter 1 cm etwa 90% der Patientinnen geheilt sind und eine Tumornachsorge bis auf die jährliche Mammographie keinen Nutzen hat, spielt in den Planungen keine Rolle. Geheilte Frauen werden wieder als chronisch krank erklärt und müssen halbjährlich zur Untersuchung, damit die Krankenkassen Gelder aus dem Risikostrukturausgleich erhalten, für die der Lotsenarzt die Unterschrift einzuholen hat und der im Vergleich zur Krankenkasse mit "Peanuts" vergütet wird.

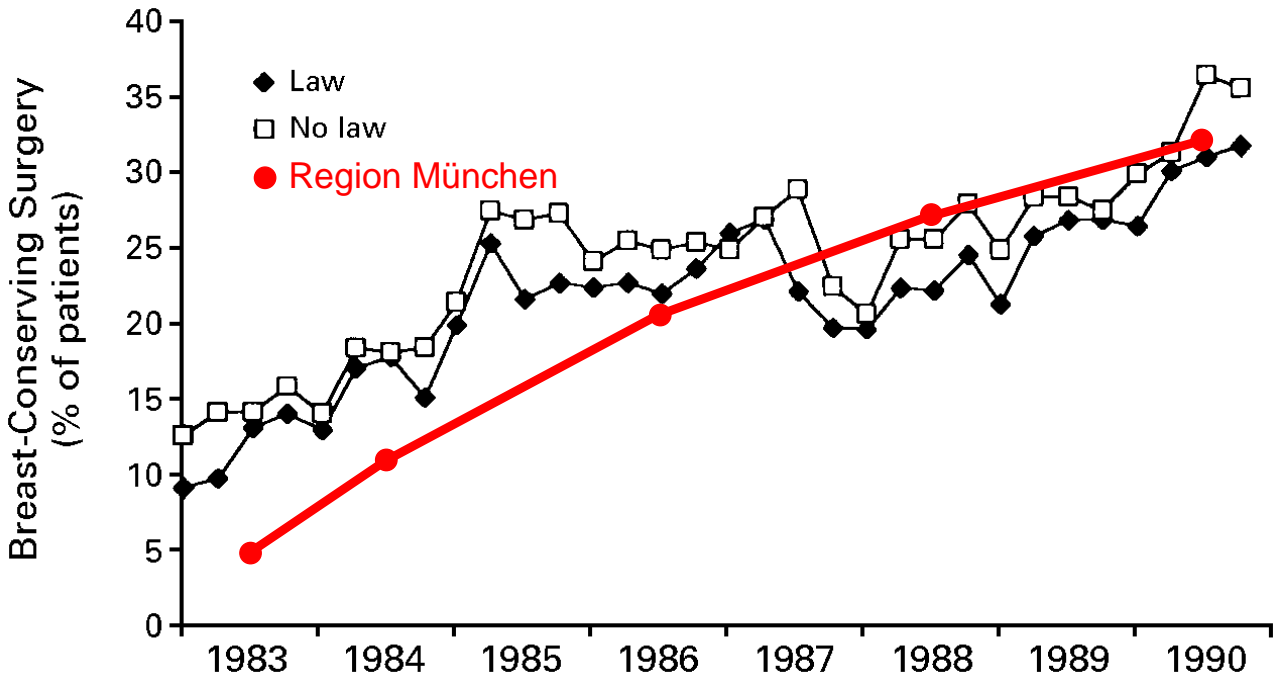


Abb. 15: Zeitliche Entwicklung des Anteils der brusterhaltenden Therapie von 1983-90 in den USA (N Engl J Med 1996; 335:1035) und in der Region München

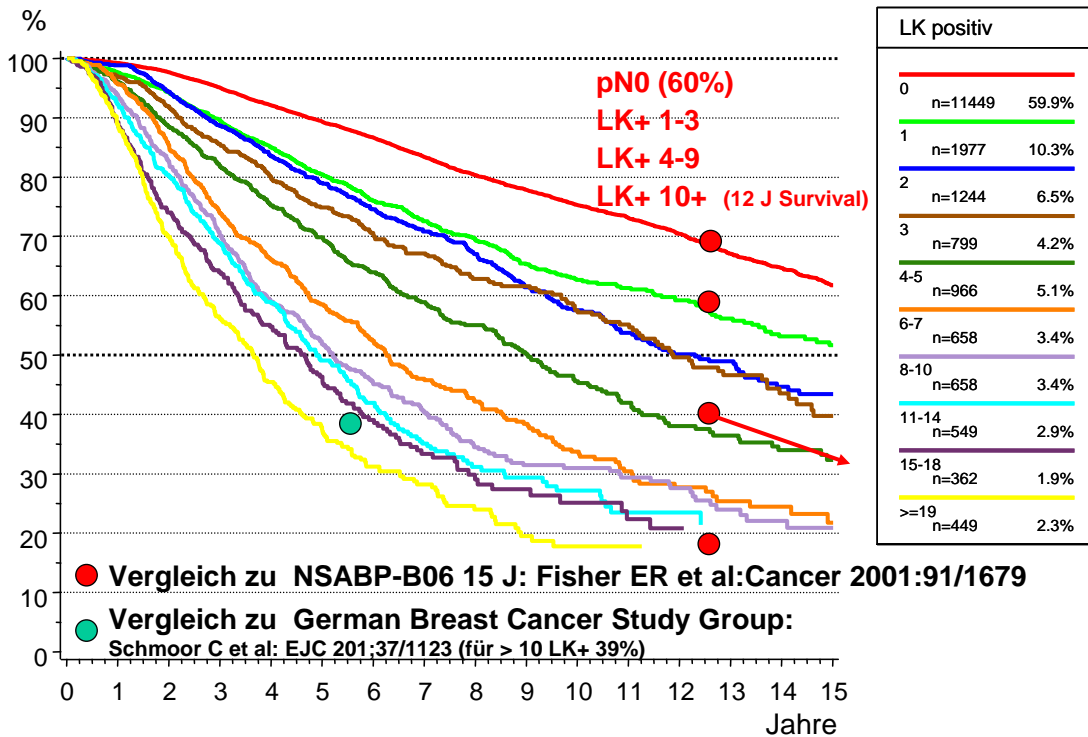


Abb. 16: Mammakarzinom: Überleben in Abhängigkeit von der Anzahl der positiven Lymphknoten bei n=10.012 Patientinnen (Überlebensdaten des TRM)

Disease Management Brustkrebs ist ein Beispiel für unkontrolliertes Handeln. Sachverständige orten bei Brustkrebs Handlungsbedarf ohne einen empirischen Nachweis zu erbringen. Etwa 600.000 Frauen, die heute in Deutschland leben und irgendwann in ihrem Leben mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert wurden, sind zuerst mit der Aussage, falsch oder unterversorgt worden zu sein, geschockt worden. Dann zeigt die Gesundheits-

politik mit DMP-Brustkrebs Handlungswillen und verspricht für die Zukunft eine adäquate Versorgung. Lehrbuchtexte werden seitenweise in Gesetzestexte übernommen (Anlage zu §§28b-g der RSAV), Interessenvertreter sekundieren und nutzen sofort die Chance, Patientenströme zu kanalisieren. Der niedergelassene Gynäkologe wird zum Lotsen durch den undurchsichtigen Versorgungsdschungel gekürt. Die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert Brustzentren.

Europäische Gruppierungen sind mit der Forderung nach jährlichen Behandlungszahlen von mindestens 150 Patienten zur Stelle. Die Anzahl der Behandlungen wird als wichtiger Einflußfaktor für das Outcome propagiert, also Quantität gleich Qualität gesetzt, ebenfalls ohne empirischen Beleg. Dabei sind das Behandlungsvolumen oder die Bettenzahl wohl eine der wenigen Kenngrößen einer Klinik, die gar nichts mit dem Versorgungsergebnis zu tun haben. Mit einer Mindestzahl befreit man sich vom lästigen Wettbewerb um Versorgungsqualität. Deshalb schweigen die für Aus-, Fort- und Weiterbildung Zuständigen. Selbst zertifizierte Kliniken halten ihre eigenen Daten zur adäquaten Versorgung zurück und tolerieren die Verunsicherung der Patientinnen sowie die Negativaussagen über den Medizinstandort Deutschland. Die Krankenkassen entdecken ihre Verantwortung für die Versorgungsqualität und brauchen Daten für den Zufluß von Geldern aus dem Risikostrukturausgleich. Kassenärztliche Vereinigungen müssen Stellung beziehen und die Transparenz der ambulanten Versorgung und daraus drohende Steuerungsmöglichkeiten in falscher Zuständigkeit verhindern. Die Leidtragenden sind die Patienten und die Solidargemeinschaft, die diese Interessensspiele und die damit verbundene Überregulation und ausufernde Bürokratie zusätzlich zu finanzieren haben. Die vorliegenden Datenkataloge, die Datenflußkonzepte, die Speicherdauer, der fehlende versorgungsbegleitende Zugriff auf Kasuistiken und die ersten Vereinbarungen zur Realisierung dieser Interessen bestätigen die Berechtigung dieser Kritik. DMP-Brustkrebs ist eine Absage an den Aufbau nachhaltiger Strukturen zur Unterstützung der onkologischen Versorgung im 21. Jahrhundert.

Warum wird im Jahresbericht eines Krebsregisters zu einem so aktuellen Thema Stellung genommen? Krebsregistrierung an den Tumorzentren verfolgt genau dieses Ziel, eine hohe Versorgungsqualität im jeweiligen Einzugsgebiet für die Bevölkerung zu sichern. Zu jedem Patienten ist bekannt, welcher Pathologe, welcher Operateur und Strahlentherapeut zur Versorgung beigetragen hat. Die Langzeitergebnisse – im TRM mittlerweile für 20 Jahre – sind ermittelt und zur Verfügung gestellt worden. Die Kliniken können ihre Resultate im Internet einsehen und sich mit anderen vergleichen. In diesem und den früheren Jahresberichten werden und wurden Ergebnisse dargelegt und kommentiert. Die Versorgungsergebnisse in der Region München sind denen der USA zumindest vergleichbar. Dies gilt für die zeitliche Umsetzung der brusterhaltenden Therapie (Abb. 15), für die Primärtherapie (Abb. 16) und auch für die Behandlung metastasierter Patientinnen (Abb. 17). Nur die Früherkennung als entscheidende Maßnahme zur Senkung der Brustkrebssterblichkeit wurde in Deutschland nicht genutzt. Die Folgen, 45.000 vermeidbare Brustkrebssterbefälle und die dafür Verantwortlichen, sind allseits bekannt. Auch eine Begründung hat das TRM für beide Aspekte – die Wirksamkeit der Früherkennung und die Stagnation der Behandlungsergebnisse – geliefert, nämlich die bereits Jahre vor der Diagnosestellung des Primärtumors erfolgte Metastasierung (EJC 2003; 29, 1785). Die logische Konsequenz ist die Vergleichbarkeit der Überlebensraten, in Abb. 18 für 15 Kliniken aus dem TRM aufgezeigt. Solche Daten sind auch aus anderen Registern bekannt. Eine Umfrage der ADT (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren) ergab im April 2002, daß in mehreren Bundesländern zu den Tumorpatienten die wichtigsten Daten verfügbar sind, die die Qualität der Versorgung sofort beurteilen lassen. Dies ist offensichtlich von sekundärem Interesse, ebenso wie die Kosten und die bürokratischen Belastungen der Ärzte. Es be-

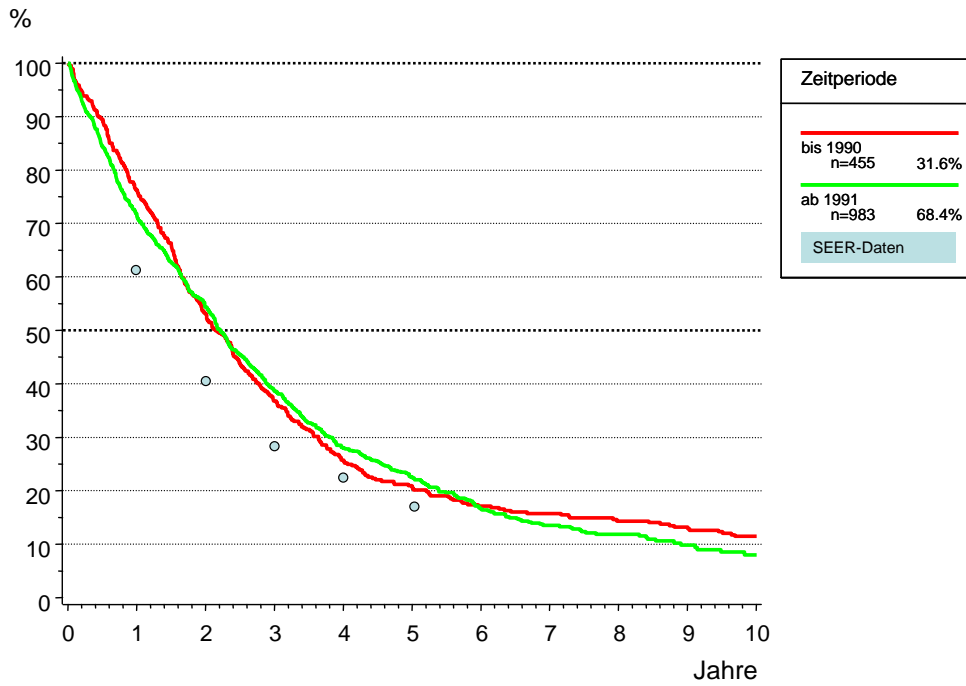


Abb. 17: Mammakarzinom: Überleben ab primärer Metastasierung für M1-Patientinnen, diagnostiziert bis 1990 und ab 1991
Die SEER-Daten der USA beziehen sich auf n=18.365 M1-Patientinnen (Cancer 2001; 92:2211).

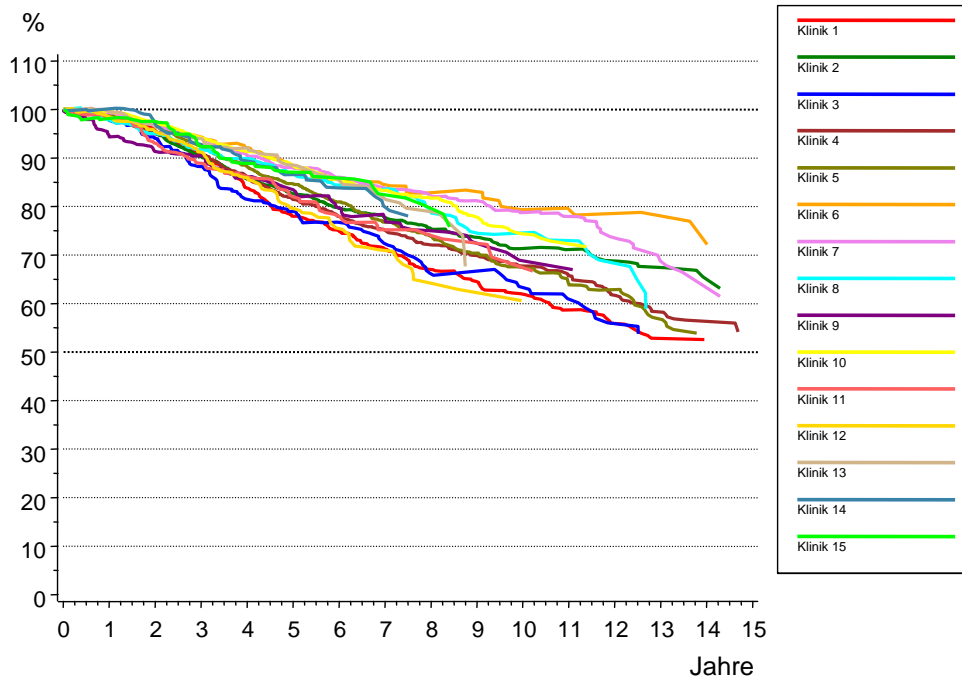


Abb. 18: Mammakarzinom: Relatives Überleben der Patientinnen von 15 Kliniken

steht durchaus die Chance, daß heute ein Arzt in einer Klinik Daten zu Brustkrebspatientinnen in acht verschiedenen Dokumentationen aufzeichnet. Wie mit einer Bleischürze belegt der Gesetzgeber unkoordiniert die Medizin mit seinen Auflagen für DRG, BQS, DMP, KRG etc. und blockiert mit diesem zügellosen Mißtrauen und Kontrollbedürfnis auch die letzte Motivation und jeglichen innovativen Ansatz.

Wie uninformiert, kleinmütig und unwissenschaftlich sind die diskutierten Konzepte. Nahe liegend wäre gewesen, die Krebsregistergesetze ernst zu nehmen, die den Krebsregistern in Deutschland u.a. die Bewertung der Früherkennung und der Therapien als Zweckbestimmung vorgeben. Man hätte lediglich die Ergebnisse zur Versorgungsrealität zur Kenntnis nehmen müssen. Alle wichtigen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Übermittlung der Daten existieren, in einigen Bundesländern gibt es sogar eine Meldepflicht. Ein methodisch adäquater und mit dem SGB V konformer Bevölkerungsbezug wäre gegeben und eine Verpflichtung für alle Versorgungsträger zur Mitwirkung hätte dem Aufbau der Krebsregistrierung in Deutschland entscheidende Impulse gegeben.

Es wird nicht das Ziel der flächendeckenden Qualitätssicherung in der Onkologie propagiert, sondern es wird nur Handlungswillen an einer emotional besetzten Erkrankung demonstriert, Brustkrebs wird zu Lasten der Betroffenen für politische Zwecke instrumentalisiert. Wer als Patient eine qualitätsgesicherte, am wissenschaftlichen Standard orientierte Versorgung erhalten möchte, muß sich in Zukunft einschreiben. Über nachhaltige Strukturen und Datenflüsse zur onkologischen Versorgung wird nicht diskutiert. Der Gynäkologe wird als Lotse zum verantwortlichen Dokumentar erklärt, der weniger Information zusammenfügen soll als in Krebsregistern bereits verfügbar und für die Qualitätssicherung erforderlich ist.

Die Federführung für die Realisierung des DMP-Brustkrebs liegt in einem Bundesland, in dem die heute Zuständigen alle Ansätze zur Krebsregistrierung gestoppt und zuerst eine Krebsregister-Diaspora geschaffen haben. Auf der "tabula rasa" erscheint DMP als die Innovation. Unwissenschaftlich ist der Ansatz darüber hinaus, weil bisher keine Evidenz für den Zusammenhang von Quantität und Qualität vorgelegt wurde. Im Gegenteil, die internationale Literatur zur Versorgungsforschung ist voll von Aufforderungen, Versorgungsunterschieden nachzugehen und dann die Ursachen dafür aufzudecken. Denn diese sind die echten Lerninhalte für die Aus- und Weiterbildung, die die Ganghöhe der Qualitätsspirale ausmachen und nicht der Verzicht der wissenschaftlichen Opinionleader auf das wissenschaftliche "Warum?" zugunsten der Leerformel "Wer viel hat ist eben besser!".

Anstatt Ergebnisse vorhandener Strukturen zu nutzen und auf dem Erreichten aufzubauen, sollen mit hohen Kosten neue bürokratische Strukturen geschaffen werden. DMP-Brustkrebs ist ein Beispiel, mit dem belegt wird, daß es eigentlich nicht um die bessere Versorgung von Krebspatienten geht. Die ursprüngliche Idee der Kostenkontrolle durch DMP fasziniert und lähmt zugleich das Denken, das zudem neuere "Nach-DMP"-Entwicklungen in den USA übersieht (Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm – A New Health System for the 21st Century, 2002). Es ist ein Trojanisches Pferd positioniert worden, um das die Interessen der Selbstverwaltung ringen. Der enorme Arbeitsaufwand, die bereits jetzt bekannten, wissenschaftlich abzuklärenden Fragen und das Eingeständnis, wenig in der Brustkrebsversorgung verändert zu haben, werden folgen. Diese Einschätzung gilt wegen der existierenden und vorzeigbaren Datenlage nur für das Disease Management zu Krebserkrankungen, d.h. u.a. nicht für Diabetes mellitus.