

Zentrale Rolle des Gynäkologen im Bayerischen Mammographie-Screening



Dr. Johann C.
de Waal



Professor Dr. Fritz
Willgeroth

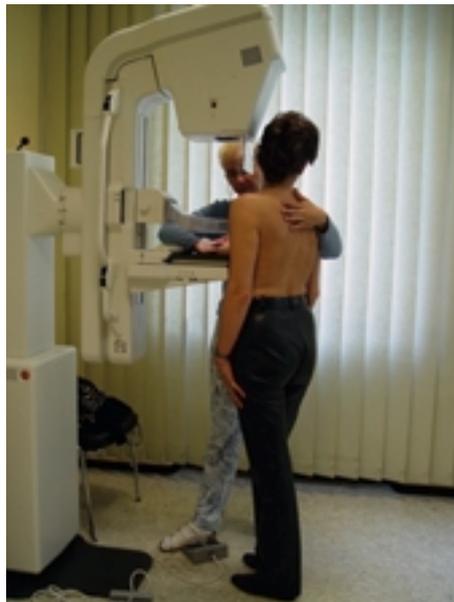
Auf Grund der bei uns bestehenden hohen Inzidenzrate des Mammakarzinoms zählt die Brustkrebsfrüherkennung qualitätsgesichert und auf hohem Niveau zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Zielen in unserem Land. In einigen europäischen Ländern und in den USA wurden Screeningprogramme aufgelegt, die an unsere früheren Röntgenreihenuntersuchungen des Thorax erinnern.

In der Zwischenzeit weiß man aber, dass die immer so stark herausgestellte Reduktion der Mortalität, in welcher Höhe auch immer, nicht eine Frage der guten oder schlechten Mammographie alleine ist. Es wirken sehr viele Faktoren mit, die sie entscheidend mitbestimmen. Additive diagnostische Verfahren, sauber durchgeführte Operationen, eine sorgfältig aufgearbeitete Histologie, adjuvante risikoadaptierte postoperative Therapieverfahren, eine sorgfältige Nachsorge und auch eine geeignete Rezidivtherapie können Mortalitätsraten beeinflussen. Wenn auch die frühe Diagnostik eines Mammakarzinoms – am besten in der präklinischen Phase – am wirksamsten geeignet ist, die Mortalität zu senken, so dürfen die sich anschließenden Verfahren diesbezüglich nicht unerwähnt bleiben. Nur wenn die diagnostischen und therapeutischen Verfahren qualitativ zueinander passen, sind gute Ergebnisse zu erzielen. Das bedeutet aber auch, dass hohe Anforderungen an ein diagnostisches und therapeutisches Verfahren gestellt werden müssen und auch die Bereitschaft dazu vorhanden sein muss, diese Forderungen zu akzeptieren und sich laufenden Qualitätskontrollen zu unterziehen.

Nutzung vorhandener Strukturen

In Bayern sind wir beim Mammographie-Screening, das dezentral – unter Nutzung weitgehend vorhandener Strukturen – angegangen ist, ebenfalls an die EU-Leitlinien gebunden. Das heißt, die Mammographien müssen mit speziell geprüften leistungsfähigen Geräten angefertigt werden; von der Einstecktechnik her wird eine umfassende Abbil-

dung erwartet und die am Screening beteiligten Ärzte haben geprüfte besondere Erfahrungen auf diesem Gebiet. Alle im Rahmen des Screenings angefertigten Mammographien werden von zwei Ärzten unabhängig befundet. Bei Diskrepanzen beurteilt ein weiterer Arzt die Situation und führt die Abklärung herbei. Trotz Nutzung vorgegebener Strukturen in Bayern wird das Mammographie-Screening auch bei uns zwangsläufig zu einer gewissen Zentralisierung werden müssen. Der Gynäkologe hat dabei eine zentrale, vermittelnde Rolle. Als Berater der Frau wird er die erste Anlaufstelle bleiben, auch wenn sie zentral vom Einladungssekretariat für das Mammographie-Screening eingeladen wird. Kompetent und verständnisvoll kann er die Frauen über Sinn und Überlebensvorteil beim Mammographie-Screening beraten.



Röntgenaufnahme der weiblichen Brust.

Das Bayerische Mammographie-Screening erfolgt nicht mittels eines Auftrag- bzw. Überweisungsscheines. Die Frauen erhalten eine schriftliche Einladung per Post. Eventuell frühere Mammographieaufnahmen können zum Screeningtermin mitgebracht werden.

Eine Frau, die altersbedingt außerhalb des Screeningprogrammes bleiben muss, kann leider nicht auf eigenen Wunsch in das Programm aufgenommen werden. Patientinnen, die in der Anamnese ein Mammakarzinom hatten und in die Altersgruppe 50 bis 69 Jahre passen, können in das Screeningprogramm eingebunden werden. Ohne bisher anerkannte Risikofaktoren und mit unauffälligem Tastbefund bleibt die Wunschmammographie eine individuelle Gesundheitsleistung.

Zweit- und Drittbefund

Die Anmeldung zum Mammographie-Screening nimmt die eingeladene Frau bei einem zertifizierten Mammographen (Radiologe, Gynäkologe) selbst vor. Der Screeningarzt meldet die Daten online zur KVB und die Bilder kommen zur Zweitbeurteilung zum sogenannten Zweitbefunder. Bei identischen Befunden erfolgt die Rückmeldung zum Erstbefunder, also dem Screeningsarzt, und der informiert die Patientin bzw. den zuständigen Frauenarzt. Bei diskrepanten Befunden wird alles dem Drittbefunder vorgelegt. Durch ihn wird das weitere Procedere (Assessment) festgelegt. Das ambulante Assessmentzentrum wird die weitere Klärung vornehmen und, falls notwendig, die interventionelle Diagnostik anschließen. Mit einem fertigen Befundbericht kommt die „Patientin“ zurück zu ihrem Frauenarzt. Falls notwendig, kann nun eine stationäre Aufnahme vereinbart werden. Dem Frauenarzt sollten innerhalb von zwei Wochen alle Befunde vorliegen.

Anschrift der Verfasser:

*Dr. Johann C. de Waal, Ernst-Reuter-Platz 2,
85221 Dachau*

Professor Dr. Fritz Willgeroth, Leiter der Radioonkologie an der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Innenstadt der LMU München, Maiastraße 11, 80337 München