

Bayerisches Mammographie-Screening bewahrt freie Arztwahl



Dr. Rainer Rothe

Eine flächendeckende und bevölkerungsbezogene Früherkennungsmammographie in zweijährigem Abstand – ein so genanntes Mammographie-Screening – führt nach den Erfahrungen anderer Länder wie Holland, Schweden und den USA in der Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen zu einer Mortalitätsenkung des Mammakarzinoms um 30 %. Nachdem in Deutschland mehrere Jahre die Einführung eines Mammographie-Screenings diskutiert und endlich im Jahre 2001 in den drei Versuchsregionen Wiesbaden, Bremen und Weser-Ems eingeführt wurde, hat der Deutsche Bundestag unter dem Druck vor allem von Frauenverbänden am 28. Juni 2002 die bundesweite Einführung beschlossen. Dabei wurde die Selbstverwaltung aufgefordert, diesen Beschluss bis zum Jahre 2003 umzusetzen. Andernfalls würde eine gesetzliche Regelung erfolgen.

Valide Ergebnisse aus den Versuchsregionen waren naturgemäß erst in mehreren Jahren zu erwarten, sodass Handlungsbedarf für die Einführung der Früherkennungsmammographie bestand. Da eine bundeseinheitliche Regelung unter Führung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in weiter Ferne schien, hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) unter Führung ihres Vorsitzenden, Dr. Axel Munte, die Initiative zur Einführung des Mammographie-Screenings in Bayern ergriffen und ein eigenes Früherkennungsprogramm in Abstimmung mit dem Bayerischen Sozialministerium und dem Bayerischen Gesundheitsministerium am 17. September 2002 in einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt.

In einem halben Jahr ist es einer tatkräftigen Gruppe, bestehend aus KVB-Mitarbeitern, Radiologen und Gynäkologen, gelungen, ein Bayerisches Mammographie-Screening-Programm mit einem sehr detaillierten, 128 Seiten umfassenden Studienprotokoll auf die Beine zu stellen. Die formale Grundlage für

den Beginn des Mammographie-Screenings in Bayern am 1. April 2003 wurde mit dem Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Änderung der Krebsfrüherkennungsrichtlinien vom 24. März 2003 geschaffen. Dies war der entscheidende Schritt, bundesweit ein organisiertes, bevölkerungsbezogenes und qualitätsgesichertes Mammographie-Screening-Programm auf der Grundlage der Europäischen Leitlinien in die vertragsärztliche Versorgung einzuführen. Rechtzeitig zum 1. April 2003 kam die Freigabe des Datenschutzbeauftragten als Grundlage für ein bevölkerungsbezogenes Einladungssystem sowie die Genehmigung des zuständigen Gesundheitsministeriums nach der Röntgenverordnung.

Flächendeckend statt zentralistisch

Über die Art der Durchführung des Mammographie-Screenings bestehen in Deutschland grundlegende Meinungsverschiedenheiten, die zum Teil mit einer gewissen ideologischen Verbissenheit ausgetragen wurden und zum Teil noch werden. Nach dem von der Planungsstelle Mammographie der KBV verfolgten Konzept sollte das Mammographie-Screening wie in den Modellprojekten zentralisiert in eigens dafür geschaffenen Einrichtungen durchgeführt werden. Dort erfolgt die Mammographie durch eine MTA ohne einen Arztkontakt beziehungsweise die Möglichkeit geeigneter Zusatzmaßnahmen wie Inspektion, Palpation und gegebenenfalls ergänzende Ultraschalluntersuchung, wie sie die inzwischen verabschiedete S3-Leitlinie zur Mammographie fordert. Im Gegensatz dazu erfolgt das Mammographie-Screening in Bayern dezentral „unter Nutzung der vorhandenen Strukturen“ in bereits vorhandenen Mammographie-Einrichtungen vorzugsweise bei niedergelassenen Radiologen und Gynäkologen, die sich entsprechend der Europäischen Leitlinien qualifiziert haben. Dabei ist die freie Arztwahl durch die Frau garantiert. In dem Einladungsschreiben zur Früherkennungsmammographie bekommt die betroffene Frau eine Liste der in ihrem Bereich qualifizierten Ärzte. Um eine saubere Trennung von Screening- und so genannter „kurativer“ Mammographie zu gewährleisten, werden durch die Mammographeure eigene Sprechstundenzeiten für das Mammographie-Screening angeboten. Die Erstbefundung einschließlich eventueller Zusatzmaßnahmen findet in der Praxis des Untersuchers statt.

Danach erfolgt eine obligate Zweitbefundung durch nach den Europäischen Leitlinien besonders qualifizierte Mammographeure, vor allem auch unter Einbeziehung der Klinikradiologen, völlig unabhängig, das heißt in Unkenntnis des Erstbefundes. Bei Diskrepanzen in der Beurteilung und bei Befunden, die eine bioptische Abklärung erfordern, wird ein so genannter Drittbefunder zu Rate gezogen, der über die Art der Abklärung („Assessment“) entscheidet. Durch dieses bayerische Modell bleibt die Mammographie den niedergelassenen Ärzten erhalten. Insbesondere durch den Arztbezug für die betroffene Frau erhoffen wir uns eine höhere Beteiligungsrate als bisher in den „zentralisierten“ Modellprojekten, damit das angestrebte Ziel der Mortalitätsenkung erreicht werden kann. Darüber hinaus ist in Kreisen der Wissenschaft unumstritten, dass durch einen entsprechenden unmittelbaren Arztkontakt mit der Möglichkeit zusätzlicher Maßnahmen die Entdeckungsrate von Tumoren verbessert werden kann.

Beispiel für andere Kassenärztliche Vereinigungen

Am 1. April 2003 wurde nun das Bayerische Mammographie-Screening-Programm in den Pilotregionen Dachau/Freising/Fürstentumbruck sowie Oberfranken gestartet. Am 1. Juli 2003 folgten die Bezirke München, Niederbayern und Unterfranken und am 1. September Schwaben. Am 1. Oktober soll das restliche Oberbayern und die Oberpfalz folgen, sodass das Projekt im Zeitplan für die Flächendeckung in Bayern liegt. Mit ihrem Programm ist die KVB Vorreiter in der Bundesrepublik Deutschland und stellt damit eindrucksvoll die Effektivität einer funktionierenden Selbstverwaltung unter Beweis. Alle Beteiligten sind sich darüber im Klaren, dass nur unter Beachtung höchster Qualitätsansprüche das angestrebte Ziel erreicht und ein Beispiel für andere Kassenärztliche Vereinigungen in Deutschland gegeben werden kann.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Rainer Rothe, Radiologe, Sonnenstraße 11, 80331 München