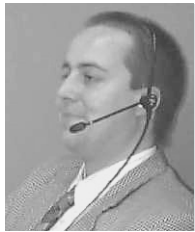


Zum Stand des Bayerischen Mammographie-Screenings



Alexander Crispin



Sonja
Thomaschewski

Im September 2002 beschloss der Bundestag die deutschlandweite Einführung eines Mammographie-Screening-Programms zur Brustkrebsfrüherkennung bei Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren. Nahezu zeitgleich begann der Aufbau des Bayerischen Mammographie-Screenings (BMS) auf der Basis der organisatorischen Empfehlungen der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Senologie sowie der European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening (EU-Richtlinien).

Das BMS ist durch einen dezentralen Ansatz unter Rückgriff auf vorbestehende Versorgungsstrukturen gekennzeichnet. Die Ärzte – vorwiegend niedergelassene Radiologen und Gynäkologen als Erst-, Zweit- und Drittbefunder, spezialisierte Zentren für die weitergehende Diagnostik (radiologisches oder histologisches Assessment) sowie 26 Pathologen – sind in derzeit acht Screening-Netzen unter der Ägide jeweils eines netzverantwortlichen Arztes organisiert. Im BMS wirken zurzeit zusammen: 181 Erstbefunder, 23 Zweitbefunder, 13 Drittbefunder, 26 Pathologen, ein Lenkungsausschuss, das Projektteam der Kasernenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), eine Arbeitsgemeinschaft der beteiligten Krankenkassen, die Krebsregister in Bayern sowie das Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der Universität München. Die genannten Personen und Institutionen tragen und verantworten ein qualitätsgesichertes Screening.

Die Vorteile dieses dezentralen Ansatzes liegen auf der Hand:

- Die ersten Klientinnen konnten bereits nach wenigen Monaten, im Juni 2003, zur Teilnahme eingeladen werden.
- Investitionen für den Aufbau neuer Mammographie-Zentren sind nicht angefallen.
- Langjährig bewährte Kooperationen zwischen Gynäkologen, Radiologen und stationären Einrichtungen konnten – sofern die Versorgungsqualität gesichert war – im

Rahmen der Screening-Netze fortgeführt werden.

- Das flächendeckende Angebot an qualifizierten Niedergelassenen garantiert eine wohnortnahe Versorgung mit minimalen Fahrtwegen.
- Da viele Frauen ihre Gynäkologen oder Radiologen in der Liste der zertifizierten BMS-Mammographen vorfinden, kann auf bestehenden Vertrauensverhältnissen aufgebaut werden.

Die Historie des BMS ist geprägt durch die Verbindung bevölkerungsmedizinischer Zielsetzungen, individualmedizinischer Sensibilität und kompromissloser Praxisorientierung. Von Anfang an galt das Hauptaugenmerk einer raschen Implementierung und folgerichtiger praktischer Fragen wie der konkreten Ausgestaltung der Netze, der Schaffung einer tragfähigen EDV-Infrastruktur, der Fortbildung und Zertifizierung der Mammographen, der Klärung rechtlicher Anforderungen und der notwendigen Novellierung des Melderechts.

Bislang wurden im BMS realisiert:

- Die vollständige Kette der technischen Qualitätssicherung wurde etabliert.
- Alle Geräte wurden nach EU-Standards überprüft. Letzte Anpassungen werden bis Anfang 2005 realisiert sein.
- Alle beteiligten Ärzte sowie deren medizinisch-technische Radiologieassistenten haben spezielle Schulungen erhalten und erhalten diese auch weiterhin.
- Ein erster multidisziplinärer Kurs wurde etabliert, der allen Befundern ab Ende 2004 angeboten werden kann.
- Die Erst- und Zweitbefunder haben grundlegende Fähigkeiten in den vorgeschriebenen Prüfungen sowie einer zusätz-

lichen Selbstüberprüfung, dem so genannten PERFORMS-Test, nachgewiesen.

- Es wurde ein System aufgebaut, bei dem (entsprechend den EU-Leitlinien für dezentrale Systeme) alle Mammographien von zwei unabhängigen geblindeten Untersuchern befundet werden. Unklare und verdächtige Befunde gehen obligatorisch zu einem besonders erfahrenen Drittbefunder.
- Eine unabhängige Doppelbefundung erfolgt auch in der Pathologie (zusätzlich zu den Forderungen der EU-Leitlinien).
- Erstmals in Deutschland erfolgt die gesamte Datenerfassung (vom Screening bis zur kompletten Klärung mit Erfassung aller Erst-, Zweit-, Drittbefunde, aller Pathologien und Kontrolluntersuchungen) online, was eine transparente und zeitnahe Auswertung aller Ergebnisse (auch aufgeschlüsselt nach Risikogruppen, nach Befundern, nach Netzen usw.) ermöglicht. Unverzichtbare Voraussetzung für die Erfassung von Intervallkarzinomen ist die Möglichkeit, die Daten mit denjenigen der bayerischen Krebsregister abzugleichen.
- Die Einbeziehung aller klinischen Mammographien der vernetzten Praxen soll im Endausbau erfolgen.

Die Implementierung eines funktionsfähigen bevölkerungsweiten Screening-Programms bedeutet für alle Beteiligten den Einstieg in einen gemeinsamen Lernprozess. Ein Projekt dieser Größenordnung lässt sich nicht ohne Anfangsschwierigkeiten umsetzen:

- Die Inanspruchnahme hat bisher nicht die anfänglichen Erwartungen erfüllt. Dies beruht auf der noch nicht durchgeführten Öffentlichkeitsarbeit für das Programm. So beteiligen sich derzeit nur die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) sowie neuerdings die Betriebskrankenkassen (BKK) am BMS. Um die Versicherten anderer Krankenkassen nicht zu verunsichern, wurde bisher auf landesweite Werbung verzichtet.
- Einzelne Ärzte informieren die Frauen nicht fair bzw. raten offen vom Screening ab.

- Die Implementierung eines komplexen EDV-Systems geht nie ohne Reibungsverluste einher, wobei das volle Optimierungspotenzial typischerweise erst nach längerer Anwendung in der täglichen Praxis deutlich wird. So hat sich beispielsweise bei der Erfassung der Pathologiebefunde ein Stau ergeben, der nachzuarbeiten ist.

Im Interesse eines maximalen Lerneffekts ist die Erfassung so konzipiert, dass die vollständige Transparenz aller Vorgänge innerhalb des Programms sichergestellt ist.

- In einem Protokoll wurden – wie für eine wissenschaftliche Studie – wichtige Details zur Steuerung und Bewertung des BMS als gesundheitspolitische Maßnahme festgelegt.
- EDV-technisches Rückgrat des BMS ist eine Client/Server-Datenbank, in der alle Untersuchungsschritte dokumentiert werden. Der Detaillierungsgrad der erfassten Informationen übertrifft die EU-Forderungen bei weitem. Einen ersten Eindruck sollen die Kenngrößen in der Tabelle vermitteln. Mit Hilfe der BMS-Datenbank lassen sich – beginnend mit der allerersten Mammographie bis hin zum jüngsten Pathologiebefund – Art, Umfang und Qualität aller erbrachten Leistungen transparent nachvollziehen.
- Regelmäßige Auswertungen der Datenbank gestatten ein Monitoring der Qualität der Arbeit aller Glieder der BMS-Versorgungskette anhand geeigneter Indikatoren. Die Auswertungen erfolgen gesondert für das Gesamtprogramm, für die einzelnen Netze sowie für die beteiligten Ärzte. Etwaigen Fehlentwicklungen kann bei zeitnaher Aufdeckung wirksam begegnet werden.
- Die EU-Richtlinien sehen eine Bewertung des Programms aus bevölkerungsmedizinischer Sicht vor, die grundsätzlich nicht anhand von Daten vorgenommen werden kann, die im Rahmen eines Screening-Programms auflaufen. Belastbare Aussagen zur Inzidenz von Mammakarzinomen und insbesondere von Intervallfällen in der Zielpopulation lassen sich naturgemäß nur in Regionen treffen, in denen eine zuverlässige Krebsregistrierung erfolgt. Dies ist in Bayern – im Gegensatz zu weiten Teilen des Bundesgebiets – der Fall. Die Krebsregister in Bayern werden ab 2003 die Brustkrebsneuerkrankungen vollzählig

Dokumentierte Mammographien mit abgeschlossener Erst- und Zweitbefundung (Stand: 16. September 2004)	n = 57 001
Altersmittelwert der Teilnehmerinnen	60,1 Jahre
Teilnehmerinnen mit vorausgegangener Mammographie	75,3 %
Anteil mit dichtem bzw. sehr dichtem Brustdrüsengewebe	17,1 %
Anteil mit Hormonersatztherapie	18,6 %
Anteil sonographischer Zusatzuntersuchungen (freiwillige, nicht honorierte, indizierte Zusatzleistung)	6,6 %
Klientinnen mit pathologischem Erstbefund	2,6 %
Klientinnen mit pathologischem Zweitbefund	4,0 %
Klientinnen mit pathologischem Drittbefund (Überweisung zum weiteren bildgebenden oder histologischen Assessment)	3,2 %
Maligne : benigne Läsionen im Pathologie-Untersuchungsgut	45 % : 55 %
Anteil duktaler In-situ-Karzinome an allen malignen Läsionen im Pathologie-Untersuchungsgut	15 %

Tabelle: Ausgewählte Kenngrößen zum Bayerischen Mammographie-Screening.

erfassen, sodass eine verlässliche Evaluation des Programms aus bevölkerungsmedizinischer Sicht möglich wird.

Das angestrebte Ziel, ein bevölkerungsbezogenes Versorgungsangebot für alle transparent aufzubauen, ist anvisiert und wird erreicht.

Da etwa 1,4 Millionen Frauen in Bayern anspruchsberechtigt sind, müssen bei zweijährigem Untersuchungsintervall und einer 70-prozentigen Beteiligung jährlich ca. 500 000 Untersuchungen erfolgen. Wöchentlich sind etwa 14 000 Einladungen sowie über 4000 Erinnerungsschreiben an die Berechtigten zu versenden. Mit steigender Inanspruchnahme muss das Versorgungsangebot für die Maximallast weiter ausgebaut werden. Die Hauptsäulen der notwendigen Infrastruktur stehen.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Alexander Crispin, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Marchioninistraße 15, 81377 München

Dr. Sonja Thomaschewski, KVB, Elsenheimerstraße 39, 80687 München

*Der Lenkungsausschuss des Bayerischen Mammographie-Screenings:
Professor Dr. Sylvia Heywang-Köbrunner,
Professor Dr. Fritz Willgeroth,
Professor Dr. Dieter Hölzel,
Dr. Johann de Waal,
Dr. Rainer Rothe.*

ANZEIGE: