

#### 4.14.2 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebskrankheit bei Frauen. Etwa zehn Prozent der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, die meisten nach dem 50. Lebensjahr. Internationale Studien haben gezeigt: Ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen, das sogenannte Mammographie-Screening, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken. Voraussetzungen dafür sind eine hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote.

Der Deutsche Bundestag hat im Juni 2002 einstimmig beschlossen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung ein flächendeckendes und qualitätsgesichertes Mammographie-Screening nach den Europäischen Leitlinien in Deutschland einführen soll. Im Januar 2004 sind die entsprechenden detaillierten Regelungen (Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die neue Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge) zur Einführung des Screenings in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren Anspruch auf eine Mammographie-Screening-Untersuchung, sobald das Screening in ihrer Region angeboten wird. Alle Frauen dieser Altersgruppe werden dann regelmäßig im Abstand von zwei Jahren eingeladen.

Das Mammographie-Screening setzt neue Standards der Qualitätssicherung in der medizinischen Regelversorgung in Deutschland. Im Gegensatz zu bisherigen Maßnahmen der Qualitätssicherung, die oft auf Strukturqualität abzielen, umfasst die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings alle Ebenen dieses Versorgungsbereiches: von der schriftlichen Einladung der Frau, über die Screening-Untersuchung und die Durchführung der Abklärungsdiagnostik bis zur Diagnosestellung und Überleitung in die Therapie. Die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings ist keine statische Regelung, die ein einmal erreichtes Niveau zu erhalten sucht. Angestrebt ist vielmehr eine kontinuierliche Verbesserung des gesamten Programms im Sinne einer Qualitätsspirale, die durch ein permanentes praxisinternes und -externes Monitoring relevanter Qualitätsindikatoren gespeist wird.

Zu den wichtigsten Aspekten der Qualitätssicherung gehören im Mammographie-Screening:

- > tägliche Überprüfung aller eingesetzten Geräte
- > spezielle Kurse und intensive Trainingsprogramme für alle radiologischen Fachkräfte und alle beteiligten Fachärzte
- > vorgeschriebene Mindestfallzahlen. Beispielsweise müssen befundende Ärzte die Mammographie-Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen pro Jahr beurteilen.
- > eine obligatorische Doppelbefundung, das heißt jede Mammographie-Aufnahme wird von zwei speziell geschulten Ärzten unabhängig voneinander beurteilt. Weichen die Befunde voneinander ab, werden die Aufnahmen von einem dritten Arzt begutachtet.
- > Konsensuskonferenzen, in denen divergierende Befunde von allen beteiligten Ärzten gemeinsam besprochen werden
- > regelmäßige multidisziplinäre Konferenzen und Teambesprechungen, deren Ergebnisse dokumentiert werden, denn die Qualität des Screenings hängt nicht nur von der Qualifikation jedes einzelnen Arztes und jeder einzelnen Fachkraft sowie der Qualität der Geräte ab. Entscheidend ist auch eine gut organisierte Zusammenarbeit der Ärzte untereinander.
- > standardisierte praxisinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen
- > externe medizinische und technische Qualitätskontrollen durch Referenzzentren und Kassenärztliche Vereinigungen
- > ein strukturiertes Zusammenwirken aller beteiligten Institutionen (Screening-Einheit, Einladende Stelle, Referenzzentren, Kassenärztliche Vereinigung, Krebsregister)
- > eine laufende Programmdokumentation und -evaluation.

Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen. Die Arbeitsschwerpunkte von Ärzten, die im Screening-Programm arbeiten, unterscheiden sich von denen der Ärzte, die kurativ tätig sind. Im Gegensatz zur kurativen Mammographie

ist im Screening „nur“ bei wenigen Prozent der untersuchten Frauen mit Verdachtsfällen zu rechnen. Auch ist eine andere Tumorstadienverteilung zu erwarten. Das Wissen um die zu erwartende Prävalenz erfordert ein anderes Vorgehen in der Interpretation von Screening-Aufnahmen. Im Screening-Programm befundende Ärzte müssen sich daher laufend fortbilden und pro Jahr Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen beurteilen. Nur so kann eine Routine in der Beurteilung von Screening-Aufnahmen gewährleistet werden, denn im Rahmen des Programms bekommt der Arzt bei 5.000 Frauen „nur“ 20 Karzinome zu sehen.

Besondere Anforderungen werden an die sogenannten Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, sie organisieren die obligate Doppelbefundung der Aufnahmen und sichern die Diagnosen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik. Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit im Programm eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

Auch für die am Programm teilnehmenden Pathologen gelten besondere Qualifikationsanforderungen. Sie müssen neben regelmäßigen speziellen Fortbildungsveranstaltungen eine geeignete Laborausstattung sowie jährliche Mindestfrequenzen von Präparatebeurteilungen nachweisen. Damit alle am Programm mitwirkenden Ärzte und Fachkräfte die umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen umsetzen können, werden sie von Referenzzentren unterstützt. Jede Screening-Einheit ist einem Referenzzentrum zugeordnet. Dessen Aufgabe ist es, die am Mammographie-Screening-Programm teilnehmenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte fortzubilden, zu betreuen und zu beraten. Zudem sind diese Zentren für die externe medizinische und technische Qualitätssicherung verantwortlich sowie für einen Teil der Programmevaluation. Jeder Leiter eines Referenzzentrums ist selbst Programmverantwortlicher Arzt in einer dem Referenzzentrum angegliederten regionalen Screening-Einheit.

### **Stand der Einführung**

Fast sechs Jahre nach den ersten Schritten ist der Einführungsprozess bereits weit vorangeschritten. Von 94 geplanten regionalen Screening-Einheiten haben mit Stand August 2007 73 die Arbeit aufgenommen. Die Screening-Einheiten können mehrere Standorte umfassen, an denen die Mammographien durchgeführt werden können. Geplant sind insgesamt 399 Standorte bundesweit. An 209 Standorten wird bereits gescreent. Bis Juni 2007 hatten 1,41 Millionen Frauen eine Einladung zu einer Untersuchung erhalten. Rund 770.000 von ihnen haben bislang am Programm teilgenommen.

Näheres ist auf den Internetseiten der gemeinsam von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen getragenen Kooperationsgemeinschaft Mammographie unter [www.koop-mammo.de](http://www.koop-mammo.de) zu finden.

### **Brandenburg**

Der Startschuss für das Mammographie-Screening in Brandenburg fällt am 10. Januar 2008. Der Versorgungsauftrag wurde an 4 Programmverantwortliche Ärzte vergeben, die sich in den vergangenen Monaten sehr umfänglich und gründlich auf ihre Aufgabe vorbereitet haben. Die Zertifizierung der Screening-Einheiten durch die Kooperations-Gemeinschaft Mammographie wurde bereits erfolgreich abgeschlossen. Bis Sommer 2008 werden neben den festen Standorten 5 Mammobile zum Einsatz kommen, sodass das Screening wohnortsnah auch in den letzten Winkeln des Landes angeboten werden kann. D. h. Brandenburg wird eines der ersten Bundesländer sein, in denen Flächendeckung erreicht wird.