

Mammographie-Screening zwischen Efficacy und Effectiveness

Gibis B

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutschland
bgibis@kbv.de

Begründet durch große randomisierte (gleichwohl nicht gänzlich unumstrittene) Studien, die in den unterschiedlichen System-Settings verschiedener Länder durchgeführt wurden, wird derzeit von einer signifikanten Mortalitätsreduktion durch die Intervention Mammographie-Screening ausgegangen. Während insbesondere staatlich organisierte Gesundheitssysteme schon frühzeitig entsprechende Strukturen etabliert hatten, geschah dies mit zeitlicher Verzögerung auch in sogenannten Bismarck-Systemen wie dem Deutschen. Es ist festzuhalten, dass große Gesundheitssysteme wie z.B. Japan bis heute kein durchgehend organisiertes Mammographie-Screening nach derzeitigem, als angemessen angesehenen Qualitätsstandard, eingerichtet haben (analog EU-Leitlinien).

Mit dem parteiübergreifenden Bundestagsbeschluss vom 28. Juni 2002 wurde die Einführung eines qualitätsgesicherten bundesweiten und bevölkerungsbezogenen Mammographie-Screening-Programms für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren nach einer europäischen Leitlinie beschlossen. Wesentliche Unterschiede zum bisherigen, grauen Screening sind die Herstellung des Bevölkerungsbezugs über ein Einladungssystem, die Installierung einer umfassenden Kette von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementinstrumenten sowie die kontinuierliche Evaluation der Effektivität des Programms unter Hinzuziehung der Ergebnisse der Krebsregister. Entsprechend wurden hohe Anforderungen an die apparative Ausstattung, die fachliche Qualifikation der an der Screeningkette Beteiligten sowie an das strukturierte Zusammenwirken von Organisationseinheiten sowie die Qualitätsdarlegung etabliert. Insbesondere über die Einrichtung eines sogenannten programmverantwortlichen Arztes, der eine Screeningeinheit leitet, die wiederum pro Jahr zwischen 50.000 und 100.000 Mammographien erbringen soll, wurde Qualität zuschreibbar gemacht. Dies geht einher mit hohen fachlichen Anforderungen, die aufwändige Schulungsmaßnahmen erforderten. Gleichzeitig wurde auch für die Evaluation von Falsch-Negativen-Befunden Vorkehrungsmaßnahmen getroffen, um, in Abgrenzung zu Intervallkarzinomen, mögliche Programmprobleme identifizieren und beheben zu können.

Die Etablierung einer solchen Struktur in der ambulanten Regelversorgung stellt einen Kulturwandel dar. Angefangen von der Ausschreibung der Screeningeinheiten und dem Zuschlag unter Qualitätsgesichtspunkten bis hin zur kontinuierlichen Hinterfragung des Programms entsteht erstmals ein bevölkerungsbezogenes, organisiertes Screening in Deutschland. Die Umsetzung der EU-Leitlinien wurde konsequent verfolgt: Die regelhafte Mammographieerstellung in zwei Ebenen, deren Doppel- und zum Teil Drittbefundung sowie auch die Doppelbefundung in der Pathologie sprechen für einen Standard, wie er über die Leitlinie noch hinausgeht.

Höchste Anforderungen an das Screening bedingen allerdings auch Pitfalls: nicht in allen Regionen gelingt es, entsprechend qualifizierte Radiologen gewinnen zu können. Die Aufklärungsproblematik im Rahmen eines organisierten Screening-Programms sowie auch die Haftungsfrage sind nach wie vor drängende Themen, die eine kontinuierliche Befassung erfordern. Auch die Einrichtung eines kontinuierlichen, validen Datenflusses zur Evaluation des Programms bedarf eines erheblichen Aufwands, der derzeit in Angriff genommen wird. Die Weiterentwicklung der Gerätetechnik, beispielsweise im Hinblick auf die digitale Mammographie, erfordert zudem die ständige Anpassung des Programms.

Zusammenfassung: Mit der Übertragung der Anforderungen der europäischen Leitlinien zum Mammographie-Screening auf den deutschen Gesundheitskontext ist es gelungen, ein straff durchorganisiertes Screeningprogramm in der ambulanten Versorgung zu etablieren. Der weitere Verlauf wird entscheidend davon abhängen, Programmterfolge auf der Grundlage valider Daten vorweisen zu können.