

Mammographie und andere bildgebende Verfahren auf dem Prüfstand

Qualitätssicherung bei der Früherkennung von Brustkrebs

Von Priv.-Doz. Dr. med. I. Schreer

Internationale Erfahrungen und Empfehlungen lassen keinen Zweifel daran, dass für die Durchführung eines wirksamen Früherkennungsprogramms umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig sind. Sie waren auch Grundlage aller randomisiert kontrollierten Screeningstudien und finden ihren Ausdruck auf europäischer Ebene in den European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, Richtlinien, die nun in der 3. Auflage verfügbar sind. Es besteht wissenschaftlich kein Zweifel an dem mortalitätssenkenden Effekt durch regelmäßigen Einsatz der Mammographie. Diese ist für die jüngere Frauengruppe (40. bis 49 Jahre) mindestens ebenso groß wie für die ältere Frauengruppe. Die Umsetzung von Studienergebnissen in die Normalversorgung stellt eine große Herausforderung dar, der sich Holland, Schweden, Finnland und British Columbia mit Erfolg gestellt haben, um nur einige Länder bzw. Regionen beispielhaft zu nennen. Die Sensitivität der Mammographie ist abhängig von Alter, Screening-Intervall, Tumorwachstumsgeschwindigkeit, Bildqualität und Untersucherqualität. Die so genannte Falsch-Negativ-Rate lässt sich daher beeinflussen durch altersangepasste Untersuchungsintervalle, optimale Bildqualität, Doppelbefundung, ergänzende Sonographie bei mammographisch eingeschränkter Beurteilbarkeit und ergänzende klinische Untersuchung. Die Anzahl falsch positiver Befunde bedarf ebenfalls der kritischen Steuerung: Die Spezifität ist zu steigern durch Vergleichsbefundung mit Voraufnahmen, ergänzende Vergrößerungsaufnahme zur Analyse von Mikrokalk sowie zur Konturbeurteilung von Herdbefunden, ggf. dem Einsatz der Sonographie. Die in Folge der exzellenten internationalen Studienergebnisse auf den Weg gebrachte Deutsche Mammographie-Studie (1989 bis 1993) hatte zum Auftrag, Instrumente der Qualitätssicherung im mammographischen Screening unter den Bedingungen der flächendeckenden Versorgung in der Bundesrepublik zu entwickeln. In ihrer Folge wurde zwar die Mammographie-Richtlinie zum 1. Januar 1993 geändert dahingehend, eine Fokusgröße $\leq 0,4$ mm vorzuschreiben, eine Ortsauflösung von 8 Linienpaaren in beiden Ebenen am Referenzpunkt sowie eine maximale Oberflächendosis von 12 m Gy bei 4 cm Plexiglas, die weiterreichenden Empfehlungen zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wurden jedoch bisher nicht umgesetzt. 1998 wurden vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung drei Modellprojekte ausgeschrieben, um erneut ein Mammographie-Screening, allerdings außerhalb der Gesundheitsversorgungsstrukturen, zu erproben. Es wurden die Regionen Bremen, Wiesbaden und Weser-Ems-Kreis ausgewählt. Im Februar 2000 wurde im Rahmen einer zweitägigen Konsensus-Konferenz, an der alle mit Brustkrebs befassten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Frauenselbsthilfegruppen teilnahmen, ein 10-Punkte-Programm als Grundlage eines umfassenden

Brustkrebsfrüherkennungsprogramms verabschiedet mit dem Ziel, auch für Deutschland eine qualitätsgesicherte Mammographie, ggf. Sonographie, histopathologische Beurteilung sowie operative Versorgung entsprechend den Europäischen Richtlinien im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stellen. Im Ausschuss Mamma-Diagnostik der Deutschen Röntgengesellschaft wurden zusammen mit dem Berufsverband wesentliche Schritte zur Umsetzung der Europäischen Qualitätsanforderungen getan, die neu zu schaffenden Strukturen bedürfen jedoch sowohl einer rechtlichen Basis wie der Finanzierung.

Priv.-Doz. Dr. med. I. Schreer, Universitätsklinikum Kiel, Mamma-Zentrum,
Michaelisstr. 16, 24105 Kiel