

Mitten im Leben

Fünf Jahre Mammographie-Screening-Programm

18. Mai 2010 in Berlin

Erfolgreicher Wandel der Strukturen: Erfahrungen mit dem Mammographie-Screening- Programm

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener

Ärztlicher Direktor Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie

Sehr geehrter Herr Minister Rösler,

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Heinen-Esser,

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Brustkrebbsversorgung in Deutschland schreibt heute Geschichte, nicht nur national sondern auch international, in einem Land wo jede zehnte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs erkranken wird. So können wir mit dem heutigen Festakt auf fünf Jahre erfolgreiches Mammographie-Screening zurückblicken.

Für mich, als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie, aber auch als Leiter eines universitären Brustzentrums, ist es eine besondere Ehre, zu Ihnen hier und heute über diese Erfolgsgeschichte sprechen zu dürfen. Denn Qualitätssicherung und besonders Früherkennung sind die schwierigsten Bereiche der modernen Medizin. Aber gerade weil es schwierig und ökonomisch aufwendig ist, sind wir stolz, dass wir es geschafft haben.

Auf der Grundlage Europäischer Leitlinien haben Ärzte, Krankenkassen und Politik gemeinsam das größte europäische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm für über 10 Mio. Frauen nach strengen Vorgaben zur Qualitätssicherung aufgebaut. Der Paradigmenwechsel des Mammographie-Screenings besteht in der Evidenzbasierung, in strengen Vorgaben an die Qualität, wie z. B. der Doppelbefundung, der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sowie in der Transparenz des Programms.

Wo stehen wir heute? Seit Anfang 2009, vier Jahre nach dem Start der ersten Screening-Einheiten im Rahmen des bundesweiten Programms, haben alle 94 Screening-Einheiten flächendeckend ihre Arbeit aufgenommen. Glückwunsch und Dank an alle, insbesondere alle unter dem Dach der Kooperationsgemeinschaft.

Und die Kooperationsgemeinschaft Mammographie konnte zeigen: Die geforderten Erfolgsparameter werden nicht nur erfüllt, sondern sogar übertroffen. Wesentlich häufiger werden kleine Tumoren aufgespürt. Der Anteil der invasiven Karzinome von einer maximalen Größe bis 10 mm liegt im Screening bei gut 30 %. Vor Einführung des Mammographie-Screenings waren es nur rund 14 %. Bei mehr als zwei Drittel (76,7 %) aller im Programm entdeckten invasiven Karzinome waren die Lymphknoten noch nicht befallen. Vor dem Screening lag der Wert mit 49% deutlich darunter.

Was bedeuten diese Befunde für die Betroffenen? Für Frauen mit kleinen Tumoren, die nicht gestreut haben, bestehen die besten Chancen geheilt zu werden. Sie profitieren außerdem von einer schonenderen und meist brusterhaltenden Therapie. Das ist ein deutlicher Gewinn für die Frauen. Als Brustkrebsexperte kann ich Ihnen versichern, dass es unendlich wichtig ist, den Brustkrebs zu diagnostizieren, bevor er über den sonst üblichen klinischen diagnostischen Horizont kommt. Denn dies bedeutet Heilung und das nicht nur im Einzelfall!

Natürlich muss eine Vielzahl von gesunden Frauen an dieser Früherkennungsuntersuchung teilnehmen, und zwar mit bestmöglicher Aufklärung, aber auch unter Umständen verbunden mit Ängsten und evtl. Fehlalarmen. Aber es gilt das einzelne Leben zu retten!

Auch nicht vernachlässigt werden darf trotz des Erfolges, dass noch viel zu tun bleibt. Schnittstellen müssen zu Nahtstellen werden und die gesamte Prozesskette der Versorgung muss als dynamisches System ständig weiter verbessert werden.

Mit dem Screening wurde ein Stein ins Wasser geworfen, der jetzt Wellen schlägt, die Wellen, die als Patientinnen mit Screening detektierten kleinen Brustkrebstumoren in den Brustzentren ankommen. Als Senologe, der nicht nur Brustkrebspatientinnen optimal therapieren will, sondern - soweit es in seiner Macht und in der Macht der modernen Onkologie steht - auch heilen will, eine unglaubliche Motivation.

Denn wir blicken in Deutschland auch auf die 10-jährige Erfolgsgeschichte der Implementierung der von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie flächendeckend implementierten, zertifizierten und mit Gütesiegel ausgestatteten Brustzentren zurück. Sie tragen als weitere Säule zur Optimierung der Brustkrebsversorgung in Deutschland ganz wesentlich bei.

Gerade auf der Basis der Interdisziplinarität und durch multidisziplinäre prä- und postoperative Fallkonferenzen konnte schon in der Erfolgsgeschichte der zertifizierten Brustzentren gelernt werden, was in der Prozesskette des Mammographie-Screenings Platinstandard geworden ist – die Erfahrung mit sektorenübergreifenden Schnittstellen. Gerade die geschilderte Prozesskette - Screening, Detektion, qualitätsgesicherte Diagnostik und Therapie im zertifizierten Brustzentrum - führt dazu, dass im T1-Anfangsstadium des Brustkrebs nicht nur 70 % aller Frauen brusterhaltend operiert werden, sondern nach den neuesten Analysen der Deutschen Gesellschaft für Senologie diese Rate schon bei 85 % liegt! (Analyse bei 229 zertifizierten Brustzentren mit einheitlichem Benchmarkingsystem bei 40.000 primär erkrankten Frauen pro Jahr, von 250 insgesamt zertifizierten Brustzentren in Deutschland). Und das bei Gewissheit über Befund und Mitsprache und Entscheidung bei OP (über 90 Prozent der Tumoren sind präoperativ gesichert).

Auf dieser Basis ist Deutschland heute das Land mit der besten flächendeckenden Brustkrebsversorgung überhaupt geworden. Hierauf können wir alle stolz sein und motiviert in die Zukunft blicken, wenn auch die qualitätsgesicherte und zertifizierte onkologische Versorgung auf andere Tumorintitäten ausgedehnt werden muss.

Doch alle, insbesondere Politik und Kassen, sind gefordert, Sorge dafür zu tragen, dass die aufwendige Interdisziplinarität auch bezahlbar ist und vor allen Dingen auch Erreichtes bewahrt bleibt, getreu der Zusage „Das Geld der Qualität folgen zu lassen“! Erinnert werden soll auch daran, dass keine Sanktionen für die Brustkrebstherapie außerhalb der qualitätsgesicherten und zertifizierten Prozesskette existieren.

Das Mammographie-Screening darf nicht missbraucht werden, um aus Marketinggründen Patientenströme umzuleiten. Vor allen Dingen muss das Primat ärztlichen Handelns bestehen bleiben, den Menschen im Mittelpunkt zu sehen. Albert Einstein hat es so ausgedrückt: „Nicht alles was gezählt werden kann, zählt – und nicht alles was zählt, kann gezählt werden!“.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!