

MAMMOGRAPHIE

12 Frauen halten ihr Gesicht hin. Sie werben dafür, dass Frauen über 50 regelmäßig ihre Brust mammografieren lassen. Denn: Jede Zweite tut es nicht.



Ingrid Müsch, 66: "Ich will leben."

„Mammografie-Screening. Das Programm zur Früherkennung von Brustkrebs.“

Seit 2005 werden in Deutschland Frauen zwischen 50 und 69 alle zwei Jahre zu einer Röntgenuntersuchung der Brust eingeladen. Die Aufnahmen werden von zwei spezialisierten ÄrztInnen begutachtet. Das Konzept: Je früher ein Knoten gefunden wird, desto besser die Heilungschancen.

Auch EMMA hatte sich nach den guten Erfahrungen in den USA und anderen Ländern früh für ein Mammografie-Screening eingesetzt, zum ersten Mal mit einem Dossier im Oktober 1996. Jahre später haben endlich auch die Frauen in Deutschland die Chance auf eine bessere Brustkrebs-Früherkennung.

Zuerst war es für Ingrid Müsch (Foto links) „schon ein komisches Gefühl“, dass sie jetzt am Bahnhof von Münster hängt. Überlebensgroß und mit bloßen Schultern schaut sie den PassantInnen von ihrem drei mal zwei Meter-Plakat aus tief in die Augen; der Blick ernst, ein Lächeln angedeutet. Die 66-jährige Buchhalterin aus dem rheinischen Städtchen Pulheim ist ein eher stilles Gemüt und solche im wahrsten Sinne des Wortes großen Auftritte nun wirklich nicht gewohnt. Dennoch hat sie Ja gesagt, als Fotografin Bettina Flitner sie fragte, ob sie mitmachen würde bei dieser Fotoaktion.

Denn Ingrid Müsch weiß, wie das ist, wenn man eines Tages plötzlich einen Knoten tastet. Ein Knoten, den man selbst in der Brust fühlen kann, ist meist schon ziemlich groß. Gleich zweimal ist Ingrid das passiert. Gott sei Dank stellten sich die potenziellen Krebstumore beide Male als harmlos heraus. Aber sie kennt die furchtbare Angst und ist deshalb froh, dass es jetzt das gibt, was als Schriftzug weiß auf pink unter ihrem Porträt steht:

Doch das Problem ist: Etwa die Hälfte der Frauen der Altersgruppe – die, bei denen Brustkrebs besonders häufig ausbricht – geht nicht zu der Untersuchung.



Von den 9,2 Millionen Frauen, die seit dem Start des deutschen Screening-Programms ein Einladungsschreiben in ihrem Briefkasten fanden, nahmen nur 4,9 Millionen die Möglichkeit wahr, ihre Brüste kostenlos auf Brustkrebs untersuchen zu lassen. Die anderen 4,3 Millionen blieben zu Hause.

Dabei ist Brustkrebs die tödlichste aller Frauenkrankheiten. Jede zehnte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens daran. Pro Jahr sind das 57000 Neuerkrankungen, 18000 Frauen sterben daran – 50 am Tag. Dennoch scheint die Skepsis der Frauen vor dem Mammografie-Screening groß.

Dr. Vesna Slade

Deshalb hat die „Kooperationsgemeinschaft Mammografie“, eine Art Dachverband aller Screening-Zentren, die Plakataktion initiiert. Titel: „Mitten im Leben“. Neben

Ingrid Müsch halten elf weitere Frauen im Zielgruppen-Alter ihr Gesicht für die Botschaft hin, es sich bei der nächsten Einladung doch noch einmal zu überlegen – und das Mammografie-Angebot nicht länger auszuschlagen.

Eine der sogenannten Screening-Einheiten liegt an der vielbefahrenen Turiner Straße in Köln. 72000 Mammografien haben Dr. Vesna Slade und ihre KollegInnen seit Beginn des Kölner Programms vor vier Jahren inzwischen begutachtet – und dabei rund 850 Karzinome entdeckt. Für viele der Frauen, die im ersten Durchgang dabei waren, war es die erste Mammografie ihres Lebens. „Da haben wir Tumore in sehr fortgeschrittenem Stadium gefunden. Die waren zum Teil fünf Zentimeter groß, das ist gar nicht zu fassen“, sagt Radiologin Dr. Slade und schüttelt den Kopf. „Viele Tumore tastet man eben nicht. Und wenn man sie tastet, ist es meist zu spät.“

Im zweiten Durchlauf waren es schon sehr viel häufiger kleinere Karzinome und sogenannte Vorstufen, in der Fachsprache „in situ“ genannt. In situ heißt soviel wie „am Ort“. Der Tumor ist also noch auf eine Stelle begrenzt, hat nicht gestreut, weder Lymphdrüsen befallen noch Metastasen gebildet. Den Krebs, oder vielmehr seine Vorstufe, in diesem Stadium zu entdecken, „das ist der Sinn der Sache“, sagt Dr. Slade. „Denn wenn wir Vorstufen finden, ist die Frau gerettet!“

Die Beobachtungen in Köln decken sich mit den Erkenntnissen in Berlin: „Mehr als drei Viertel der Frauen, bei denen Brustkrebs im Rahmen des Mammografie-Screenings entdeckt wird, haben keine befallenen Lymphknoten und keine Metastasen“, lautet die Bilanz der Kooperationsgemeinschaft Mammografie nach fünf Jahren Screening-Programm.

Für die Kölnerin mit dem grauen Kurzhaarschnitt und der braunen Hornbrille, die sich noch kurz ins Wartezimmer setzt, während eine zweite „Klientin“ schon die Kabine betritt, war es selbstverständlich, dass sie der Einladung zur Mammografie folgt. „Eine gute Freundin von mir hat Brustkrebs“, erzählt sie. „Und die ist zehn Jahre jünger als ich. Da hat man eine Motivation.“ Sie selbst ist 54, nimmt jetzt also zum zweiten Mal am Screening teil. An der Einladung hat sie nichts auszusetzen, und auch die Strahlenbelastung sei für sie kein Thema: „Da finde ich den Verkehr in der Großstadt gefährlicher.“ Auch Dr. Slade winkt bei dieser Frage ab. „Die Strahlenbelastung entspricht einem Flug nach New York oder der Strahlung, die Sie in einem Skigebiet haben.“

Mehr über Frauengesundheit lesen

Eine erste Studie zeigt, dass 90 Prozent der 3000

befragten Erstuntersuchten wieder teilnehmen und die

Teilnahme auch im Freundinnenkreis weiterempfehlen

würden. Auch bei einer Befragung der Brustkrebs-Initiative „mamazone“ gaben die 1170 Teilnehmerinnen den Screening-Einheiten Noten im Einser-Bereich für: Hygiene, Atmosphäre, Erreichbarkeit sowie den Informationsgehalt und den Ton der Einladung.

Für die Einladungen sind im deutschen Mammografie-Programm 14 so genannte „Zentrale Stellen“ zuständig. Sie ermitteln die Teilnehmerinnen bei den Einwohnermeldeämtern und verschicken das Schreiben, in dem auch gleich ein Terminvorschlag für die Mammografie gemacht wird, der natürlich auch verlegt werden kann.

Die Termine für die Kölner Screening-Einheit in der Turiner Straße zum Beispiel kommen von der Zentralen Stelle in Düsseldorf. Sie erscheinen auf dem Bildschirm von Gabriele Scholl-Dumstorff, die dann

hofft, dass die Eingeladene auch auftaucht. Definitiv weiß die Medizinisch-Technische Assistentin das erst, wenn die Klientin („Patientin sagen wir ja nicht.“) vor ihrem Schreibtisch steht. Zwischen 50 und 55 Prozent liegt in Köln die Teilnahmequote, die übrigens „auch stark vom Stadtteil abhängt“, erklärt Scholl-Dumstorff.

Viertel mit höherem Bildungsstandard haben also eine höhere Teilnahmequote? Im Gegenteil. „Das ist das Klischee“, sagt die Expertin. „Es ist aber interessanterweise genau anders herum. Ein sogenannter bildungsferner Stadtteil mit hohem Ausländeranteil wie Chorweiler ist hier sehr gut vertreten.“ Die Südstadt oder Marienburg hingegen sind unterrepräsentiert.

Ein Grund für das soziale Teilnahme-Gefälle, schätzt Scholl-Dumstorff, könne sein, dass sich gebildete Frauen auch schon vor Beginn des Screening-Programms mit dem Thema Brustkrebsrisiko befasst und in Absprache mit ihrer Gynäkologin ohnehin regelmäßig Mammografien machen ließen. Möglicherweise bevorzugt die Frau dieses Procedere auch weiterhin – wengleich die Untersuchung außerhalb des Screening-Programms nicht mehr von den Krankenkassen finanziert wird, die Frau die Mammografie also selbst zahlen muss.

Vielleicht hat so manche der Zögerlichen aber auch die vielen kritischen Artikel gelesen, die im Frühjahr 2010 durch die Medien gingen: „Das verflixte Screening“ sei am „Scheideweg“, hieß es. „Nutzen der Mammografie fraglich“ lautete die Diagnose. Gestellt hatten sie zwei Forscher aus Dänemark, die den Effekt des Mammografie-Screenings stark anzweifeln. Sie hatten die Brustkrebs-Sterblichkeit dänischer Frauen in Gebieten mit und ohne Mammografie-Screening untersucht. Ihr Fazit: In den beiden Regionen mit Screening-Programm – Kopenhagen und Fünen – starben keineswegs signifikant weniger Frauen an Brustkrebs als in Regionen ohne Screening.



Helga Jarmann, 63: "Jetzt ist die schönste Zeit - Erntestimmung."

„Diese Studie hat ein geringes Gütelevel“, hält Barbara Marnach-Kopp von der Kooperationsgemeinschaft Mammografie gegen. Will heißen: Die Forscher hatten die Sterblichkeitsrate in Gebieten ohne Screening lediglich betrachtet, ohne weitere Faktoren einzubeziehen: Wieviele Frauen ließen sich dort ebenfalls mammografieren? Wie oft und mit welchen Geräten? Welche Qualität hat die Brustkrebs-Therapie in der jeweiligen Region?

„Eine methodisch sehr schlechte Studie“ lautet auch das Urteil von Dr. Angela Spelsberg, Epidemiologin am Aachener Tumorzentrum und in der „Stiftung Koalition Brustkrebs“ eine der früh engagierten Aktivistinnen für ein Mammografie-Screening in Deutschland. „Das das Screening eine der wenigen Maßnahmen ist, mit denen man Brustkrebs wirksam bekämpfen kann, darüber besteht wissenschaftlich nach wie vor kein Dissens.“

Deutsche Frauen haben sich das Recht auf eine bessere und systematische Brustkrebs-Früherkennung, deren Kernstück das Mammografie-Screening und deren Kooperation mit hochqualifizierten Brustzentren ist, hart erkämpft. Lange Jahre war Deutschland europäisches Schlusslicht, wenn es um die Früherkennung und Behandlung von Brustkrebs ging. Während andere Länder wie Norwegen oder Holland längst ein Mammografie-Screening eingeführt hatten – das mit modernsten Geräten, topqualifizierten RadiologInnen und vorbildlicher interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Früherkennung, Therapie und Nachsorge Frauenleben rettete – starben deutsche Frauen weiter an Tumoren, die, wären sie früher entdeckt worden, sehr wahrscheinlich behandelbar gewesen wären.

Aber die Bildqualität der antiquierten Geräte war oft ebenso miserabel wie die Qualifikation vieler sie begutachtenden RadiologInnen, die die komplizierte Brustkrebs-Diagnostik quasi nebenbei betrieben. Auch die Strahlenbelastung der Geräte war eine Zumutung. Die Kollegen aus den Nachbarländern, die mit ihren systematischen Reihenuntersuchungen die Brustkrebs-Sterblichkeit ihrer Patientinnen um bis zu 30 Prozent reduziert hatten, schüttelten die Köpfe über die deutschen Verhältnisse. Einige ExpertInnen gingen so weit, die Vernachlässigung der Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland als „Genozid an Frauen“ zu bezeichnen.

Die Frauen gingen auf die Barrikaden. „Ihr müsst uns jetzt Gesetze geben, damit wir Brustkrebs überleben!“ forderten sie Ende der 90er auf vielen Protest-Demos im ganzen Land. Sie trugen Plakate, auf denen Frauen mit amputierten Brüsten zu sehen waren, durchs Brandenburger Tor; sie gründeten Initiativen namens „mamazone“ oder „Wir alle“ und vereinten sich schließlich zur „Koalition Brustkrebs“; und sie kippten der damaligen Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer (Die Grünen) Waschkörbe mit Protest-Postkarten auf den Schreibtisch.

Mehr über Frauengesundheit lesen

EMMA hatte 1996 mit einer ersten Titelgeschichte, die auf dem Cover die amerikanische Brustkrebs-amputierte Künstlerin Matuschka zeigte, den internationalen Standard der Brustkrebs-Bekämpfung nach Deutschland gebracht und eine Kampagne gestartet. Denn, so die bittere Erkenntnis angesichts der ignoranten Mediziner und Politiker: „Brustkrebs ist mehr als eine Krankheit – er ist ein Politikum!“

Der Widerstand der Gesundheits-Lobby war gewaltig – von den Krankenkassen, die ein teures Screening nicht bezahlen wollten bis zu den Radiologen, die um ihre Pfründe fürchteten. Aber auch so manche Frauen-Gesundheits-Initiative, die der Schulmedizin kritisch gegenüberstand, begegnete dem Mammografie-Programm zunächst mit Skepsis.

Erst unter der Ägide von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, die sich die Brustkrebs-Bekämpfung bereits seit Jahren auf die Fahnen geschrieben hatte, war es soweit: Mit den Stimmen aller Bundestagsfraktionen erging im Sommer 2002 eine letzte Warnung an das sich selbst verwaltende Gesundheitssystem, das die Möglichkeit eines systematischen Früherkennungsprogramms seit nunmehr sechs Jahren „prüfte“. Das wirkte. Drei Jahre später gingen die ersten Screening-Zentren an den Start. Mitte 2009 nahmen die letzten von insgesamt 94 Stationen – plus Mammobile für ländliche Gegenden – ihre Arbeit auf.

Für statistisch aussagekräftige Ergebnisse des Screenings ist es nach dieser kurzen Laufzeit noch zu früh. Zur Zeit sind zunächst nur Prognosen möglich. Die Zahlen, die die Kooperationsgemeinschaft Mammografie gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe und dem Krebsinformationsdienst nach Zusammenfassung mehrerer Studien veröffentlichte, lauten: Eine von 200 Frauen, die 20 Jahren lang regelmäßig am Screening teilnehmen, wird durch die systematische Früherkennung gerettet. Das macht bei zehn Millionen Frauen, die derzeit zum Programm gehören, 50000 weniger Brustkrebs-Tode.

„Wir entdecken im Schnitt täglich ein Karzinom bei einer Frau, die das nicht geahnt hat“, erklärt Gabriele Scholl-Dumstorff im Kölner Screening-Zentrum. Ist eine Mammografie auffällig, wird die Klientin zu einer zweiten Untersuchung bestellt: Vergrößerte Mammografie der betroffenen Stelle, Ultraschall, Stanzbiopsie. Zeigen diese Verfahren, dass die Klientin jetzt leider doch zur Patientin wird, geht sie mit ihrem Befund zu ihrem Gynäkologen bzw. Gynäkologin, und wird in aller Regel an eins der vier Kölner Brustzentren überwiesen.

Einmal pro Woche setzen sich die Teams der Brustzentren und des Screening-Zentrums zusammen zur „präoperativen Konferenz“: Operateure, Radiologen und Pathologen besprechen gemeinsam die Fälle, die in den nächsten Tagen operiert werden. Auch die GynäkologInnen der Patientinnen werden zu diesen Treffen eingeladen. Und auch die Nachsorge der operierten Patientinnen wird gemeinsam erörtert. „Früher war eine Patientin bei so einer Diagnose ein bis zwei Monate im Krankenhaus“, sagt Vesna Slade. „Aber die Zusammenarbeit der einzelnen Disziplinen führt dazu, dass sie heute nur noch eine Woche dazubleiben braucht.“

Es hat sich also sehr viel getan im einstigen Entwicklungsland Deutschland. Dennoch wirft jede zweite eingeladene Frauen ihre Einladung zum Screening in den Papierkorb. Die magische Grenze von 70 Prozent Frauen, die laut dem europäischen Brustkrebs-Dachverband EUSOMA teilnehmen müssten, damit das Screening die Brustkrebs-Sterblichkeit tatsächlich erheblich senkt, ist längst nicht erreicht.

Für Barbara Marnach-Kopp ist eine der Ursachen dafür, dass „einige Frauen die Einladung als Eingriff in ihre Privatsphäre empfinden. Die fragen ganz empört: ‚Woher haben Sie meine Daten?!‘“. In Ländern mit einem zentralisierten Gesundheitssystem seien die Menschen gewohnt, dass ihnen regelmäßig staatliche Einladungen zu Impf- und anderen Vorsorgeprogrammen ins Haus flatterten. „Bei uns muss das System erst gelernt werden.“

Ein zweiter Hinderungsgrund: Frauen, die schon seit Jahren gemeinsam mit ihrer Gynäkologin Brustkrebs-Früherkennung betreiben, empfinden eine Reihenuntersuchung womöglich als zu anonym. Denn ein Arztgespräch gibt es beim Screening nicht. Die Patientin bekommt ihren Befund – ob negativ oder positiv – schriftlich mitgeteilt.

Diesen Verlust der freien Arzt- oder Ärztinnenwahl durch das Screening kritisiert auch „mamazone“. Und noch etwas Entscheidendes hat die 1750 Mitglieder starke Organisation, eine der größten deutschen Brustkrebs-Initiativen, jetzt an dem Screening auszusetzen, für das sie einst selbst gekämpft hat: „Man muss den Teilnehmerinnen sagen, was die Mammografie kann und was nicht!“



Barbara Lutterbeck, 55: "Ich will alt und gesund im Bett sterben."

Was die Mammografie erwiesenermaßen nicht kann, ist, Tumore in einem dichten Brustgewebe erkennen. „Ein dichtes Brustgewebe erscheint auf der Mammografie weiß, eine Veränderung auch. Der Radiologe sieht dann weiß auf weiß, also nichts“, erklärt „mamazone“-Sprecherin Annette Kruse-Keirath. Die Dichte des Brustgewebes wird in der so genannten ACR-Kennung erfasst. ACR 4 heißt: sehr dichtes Brustgewebe. ACR 1 heißt: eine „leere“ Brust. „Die Frauen müssten ihre ACR-Kennung in dem Befund mitgeteilt bekommen, denn dann könnten sie diesen Befund auch besser einschätzen. Wenn eine Frau mit einem dichten Brustgewebe einen negativen Befund hat, darf sie sich nicht in Sicherheit wiegen. Für solche Frauen sind andere Untersuchungsmethoden effizienter.“

Dem kann Dr. Vesna Slade vom Kölner Screening-Zentrum nur zustimmen. „Bei dichten Brüsten müsste automatisch auch eine Ultraschall-Untersuchung gemacht werden“, sagt die Radiologin.

Die aber ist im Rahmen des Screenings nicht vorgesehen. Immerhin bestellt das Kölner Screening-Zentrum eine Frau mit dichtem Brustgewebe noch einmal zu einer Ultraschall-Untersuchung ein, wenn die GutachterInnen auf dem Röntgenbild eine Asymmetrie der Brüste feststellen.

Auch die Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT) könne, so „mamazone“, vor allem für jüngere Frauen die bessere Früherkennungs-Methode sein. Aber: Nur 38 Prozent der in ihrer Studie befragten Mammografie-Teilnehmerinnen gaben an, dass ihnen beim Screening mitgeteilt wurde, zur Absicherung der Diagnose könnten unter Umständen noch weitere Untersuchungen erforderlich sein.

Dass manches im Rahmen eines Früherkennungsprogramms nur schwer finanzierbar ist, ist auch „mamazone“ klar. „Aber die Frauen müssten die Freiheit haben zu wählen“, findet Annette Kruse-Keirath. Teuer, aber notwendig sei auch die Ausweitung der Zielgruppe auf die Frauen ab 40, fordert die Aktivistin. Denn nur die Hälfte der Tumore trete bei den Frauen zwischen 50 und 69 auf. „Die andere Hälfte ist älter oder jünger. Und bei den jüngeren sind die Tumore häufig aggressiver.“ Auch hier stimmt Radiologin Dr. Slade zu. Sie wünscht sich außerdem die Verkürzung des Untersuchungs-Intervalls auf anderthalb Jahre. „Denn das ist der Zeitraum, in dem sich Vorstufen bilden können.“

Hier allerdings scheiden sich die Geister. Nicht nur Dr. Barbara Marnach-Kopp plädiert dafür, die Zielgruppe bei 50+ zu belassen. Internationale Studien belegten, dass „Kosten und Nutzen des Mammografie-Screening erst ab 50 im Verhältnis stehen“. Und auch Dr. Angela Spelsberg rät dringend ab. „Der Scheitelpunkt liegt bei 50 Jahren“, sagt sie. „Ein Screening ab 40 würde zu zu vielen falsch positiven Befunden führen.“

Überhaupt sieht auch Spelsberg einiges kritisch an der bisherigen Praxis des Screening-Programms. So würden in Nordrhein-Westfalen, das 2005 als erstes Bundesland an den Start ging, noch immer zu 80 Prozent Geräte mit einer Strahlenbelastung verwendet, die nur knapp dem Grenzwert den Europäischen Leitlinien entsprechen und dabei keine optimale Bildqualität hätten.

Thema im Forum diskutieren

„Solche Geräte sind in anderen Ländern gar nicht zugelassen“, sagt Spelsberg. Sie sollen bis 2012 ausgetauscht werden. Auch in anderen Punkten, zum Beispiel in der wissenschaftlichen

Auswertung der durch das Screening gewonnenen Daten, „weicht das Programm von den Europäischen Leitlinien ab“. Spelsbergs Fazit: „Da muss nachjustiert werden.“

Die „Kooperationsgemeinschaft Mammografie“ ist schon jetzt von der lebensrettenden Reihenuntersuchung überzeugt und wirbt mit heißem Herzen dafür. „Die Kampagne soll ein Türöffner sein, um sich mit diesem Thema auseinander zu setzen“, sagt Sprecherin Marnach-Kopp. „Die Frauen sollen sich zuerst informieren – und sich dann entscheiden.“ Man wolle „dem Screening und den betroffenen Frauen ein Gesicht geben.“

Zum Beispiel das von Barbara Lutterbeck. „Ich will alt und gesund im Bett sterben“, hat die 55-jährige Fotografin unter ihr Porträt geschrieben und erklärt, warum sie das Leben lebenswert findet: „Ich brauche nicht mehr zu gefallen. Keine Schörkel mehr, sondern Klarheit.“

Oder das von Berufsberaterin Edda Moers, 57: „Vielleicht treff ich ja auch nochmal die große Liebe. Aber wohin dann damit? Mein Leben ist eh so spannend.“

Und das von Ingrid Müsch, die jetzt überlebensgroß und mit knapp über ihren Brüsten endendem Dekolleté am Münsteraner Bahnhof hängt, sieht die Sache so: „Wenn man nur eine von zehntausend Frauen retten kann“, sagt sie, „dann hat es sich doch schon gelohnt.“

Chantal Louis, in EMMA Herbst 2010

Foto-Ausstellung „Mitten im Leben“: Die Fotos touren als Wanderausstellung durch ganz Deutschland.

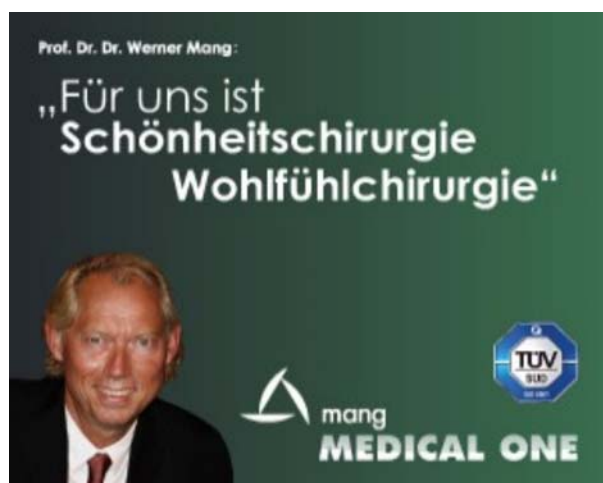
Weiterlesen

[EMMA-Kampagne Brustkrebs](#)

www.mammo-programm.de

www.mamazon.de

www.stiftung-koalitionbrustkrebs.de



Medical-one.de/Dr_Mang

Google-Anzeigen