



## Mammografie-Screening

Bedürfnisse der Frauen stärker berücksichtigen

Das Mammakarzinom ist in Europa und Nordamerika die häufigste Krebserkrankung von Frauen. Jährlich erkranken weltweit über eine Million Frauen neu, rund 60 000 davon in Deutschland. Das Mammografie-Screening, an dem Frauen zwischen 50 und 69 Jahren teilnehmen können, ist seit Sommer 2008 bundesweit eingeführt. Obwohl die medizinische Qualität und diagnostische Treffsicherheit dieser Form der Reihenuntersuchung immer wieder betont wird, bestehen Zweifel, ob Frauen auf diese Art und Weise optimal betreut werden. Dies war Anlass für die Patientinneninitiative mamazone e.V. eine Umfrage zur Zufriedenheit mit dieser Form der Untersuchung zu starten. Die Befragung richtet sich an alle Frauen, die in den vergangenen Jahren zum Mammografie-Screening eingeladen wurden und die sich in einem der Screening-Zentren oder in einem Mammobil einer Mammografie unterzogen haben. Die persönlichen Einschätzungen der Frauen sind sicher ein entscheidender Punkt in der Bewertung dieser kontrovers diskutierten Form der Früherkennungsuntersuchung.

Interview mit Ursula Goldmann-Posch, Kulmain, und Annette Kruse-Keirath, Rheine  
Vorstandsmitglieder der Patientinneninitiative mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.

Ursula Goldmann-Posch (G.-P.) und Annette Kruse-Keirath (K.-K.) engagieren sich aus unterschiedlichen biografischen Gründen seit Jahren gegen Brustkrebs. Beide sind als Vorstandsmitglieder von mamazone e.V. an der Entstehung der Befragung, die von der Hochschule Augsburg wissenschaftlich begleitet wird, beteiligt.

Frau Goldmann-Posch, Sie engagieren sich seit Ihrer eigenen Erkrankung im Kampf gegen Brustkrebs, d. h. für Patientinnen, für Forschung und mehr Qualität in Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Als Sie das erste Mal von der Idee des Mammografie-Screenings hörten, welche waren da Ihre ersten Gedanken?

G.-P.: »Ich war schon damals skeptisch, dass sich Deutschland – reichlich spät und unter den Vorzeichen des damaligen Bundestagswahljahres – einem Screening-Programm anschließen wollte, das es in inhaltlich gleicher Form bereits seit Ende der 1970er Jahre in vielen europäischen Staaten gibt. Ich hätte mir gewünscht, dass der »Screening-Spätzügler« Deutschland in einem innovativen nationalen Screening-Programm auch die Ergebnisse aus neuen diagnostischen Studien und Entwicklungen mit einbezieht. Auf diese Weise wäre Deutschland vom Spätzügler zum Spitzenreiter geworden und hätte das Screening intelligent und zielgerichtet auf die Bedürfnisse der Frauen und ihrer Brüste in den verschiedenen Altersgruppen ausweiten können.«

Frau Goldmann-Posch, hätten Sie sich etwas wünschen dürfen, wie hätte Ihr persönliches Wunschscreening ausgesehen?

G.-P.: »Als ich 1996 mit 46 Jahren an Brustkrebs erkrankte, gab es noch kein Screening. Aber ich hätte mir damals wenigstens gewünscht, dass die Radiologen ihre Hausaufgaben ordentlich machen: Der Radiologe, der mich 1994 »grau« mammografierte, machte sich nicht einmal die Arbeit, trotz einer 44-jährigen drüsendichten Brust, auch noch seinen Ultraschall zu bemühen. Zwei Jahre später hatte ich dann ein drei Zentimeter großes Mammakarzinom.

Heute würde mein persönliches »Wunschscreening« als gesunde Frau so aussehen: Ein qualitätsgesichertes Früherkennungsprogramm sollte auch für Frauen unter 50 und über 69 Jahren zur Verfügung gestellt und in »biologische Screening-Gruppen« eingeteilt werden. Das heißt: Bei der ersten Früherkennungsdiagnostik wird die Brust in eine ganz spezielle Risikokategorie eingeteilt und künftig ein personalisiertes Screening mit ganz bestimmten diagnostischen Verfahren empfohlen: Mammografie, Ultraschall, MRT oder deren Kombinationen – einfach das, was in diesem Fall eine bestmögliche Früherkennung von Brustkrebs entspricht.

Beim ersten Früherkennungskontakt mit dem Arzt sollte der Frau Serum und Vollblut abgenommen und bei ihrem Arzt des Vertrauens gelagert werden. Auf diese Weise kann so ein individualisiertes Screening-Programm eines Tages durch heute noch nicht existente Brustkrebs-Bluttests ergänzt werden. Oder: Das Blut kann im Fall der Diagnose Brustkrebs wertvolle Hinweise auf den Verlauf von Tumor bzw. Biomarkern geben.

Screening-Programme müssen in der Lage sein, Menschlichkeit, Individualität und Kompetenz mit den Anforderungen einer Reihenuntersuchung in Einklang zu bringen – ein schwieriges Unterfangen, sicherlich. Doch solange EU-Leitlinien Screening-Ärzten in Prozentsätzen vorschreiben, wie viele Vorstufen von Brustkrebs sie bei ihrer Befundung entdecken dürfen und wie viele nicht –, solange aus Kos-

tengründen die Zahl jener Frauen künstlich niedrig gehalten wird, die mit zweifelhaften Screening-Befunden ein zweites Mal zur Abklärungsdiagnostik müssen –, solange Frauen nicht offen über die tatsächlichen Möglichkeiten und Grenzen der Mammografie aufgeklärt werden –, solange wage ich zu bezweifeln, dass dieses Brustkrebs-Screening der richtige Weg ist.«

**Frau Kruse-Keirath, Sie haben durch Ihre berufliche Tätigkeit in der Beratung von Arztpraxen überregional viele Kontakte zu niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzten. Welche Rückmeldung erhalten Sie von den Kolleginnen und Kollegen? Gibt es Gedanken und Eindrücke, die vorherrschen?**

**K.-K.:** »Grundsätzlich begrüßen viele Ärzte das Screening als eine Möglichkeit zur Früherkennung von Brustkrebs. Zumal durch die Einladung auch Frauen erreicht werden, die sich nicht in frauenärztlicher Betreuung befinden und ansonsten gar nicht an der Früherkennung teilgenommen hätten. Bemängelt und kritisiert wird aber häufig die fehlende Kommunikation zwischen Screening-Einheit und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen – insbesondere bei einem positiven Befund. Oft wird die Patientin – ohne Rückkoppelung mit dem behandelnden Gynäkologen oder Hausarzt – zur Abklärungsdiagnostik in das Screening-Zentrum einbestellt und von dort für das weitere therapeutische Follow-up gleich an die Klinik oder das Brustzentrum überwiesen, die die Operation durchführt. Hierdurch wird nicht nur das Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Arzt belastet. Oft ist auch das Ergebnis für die betroffene Frau nicht optimal, weil sie sich zu schnell und ohne Information über mögliche Behandlungsalternativen zu einer Operation entschlossen hat.

Enttäuscht sind viele niedergelassene Frauenärzte über die Informationspolitik beim Mammografie-Screening.

Den Frauen wird suggeriert, dass sich Brustkrebs mit einer qualitätsgesicherten Mammografie allein diagnostizieren lasse. Über die Grenzen und Schwächen der Methode – etwa 30 Prozent der Brustkrebsfälle lassen sich mammografisch allein nicht diagnostizieren – und die Notwendigkeit ergänzender Verfahren wie der Sonografie wird kaum informiert. Und natürlich kritisieren die Frauenärzte, die ja immer noch durch Abtasten der Brust oder einen Brustultraschall selbst zahlreiche Mammakarzinome diagnostizieren, die Beschränkung der Früherkennung auf die Altersgruppe der Frauen zwischen 50 und 69. Diese Altersbeschränkung und deren Begründung ist für viele Ärzte nicht nachvollziehbar. Das Risiko, an einem strahleninduzierten Mammakarzinom zu erkranken, steht in keinem Verhältnis zum Nutzen der Früherkennung gerade für jüngere Frauen. Und der Hinweis mancher Screening-Ärzte, dass gerade ältere Frauen nicht an Brustkrebs, sondern an einer anderen Erkrankung sterben, empfinden viele als zynisch.«

**Mamazone e.V. engagiert sich für die Vernetzung von Betroffenen, Behandelnden und Wissenschaftlern. Gerade das Netzwerk der Kommunikation wird beim Mammografie-Screening häufig kritisiert. Der betreuende Frauenarzt bleibt über das Untersuchungsergebnis im Unklaren und ist auf Informationen vonseiten der teilnehmenden Frauen angewiesen. Dies ärgert viele Kolleginnen und Kollegen. Frau Goldmann-Posch, wie bewerten Sie den Ablauf von Einladung, Untersuchung und Befundmitteilung unter Ausparung des betreuenden Arztes?**

**G.-P.:** »An den zu untersuchenden Brüsten «hängen« immer auch individuelle Frauen mit Geist, Leib und Seele. Brüste und Brustgesundheit innerhalb von wenigen Minuten durch eine Reihenuntersuchung zu checken, ist etwas anderes als etwa eine Lunge. Daher sollten auch die Abläufe sensibel gestaltet und die ärztliche Bezugsperson mit einbezogen werden.«

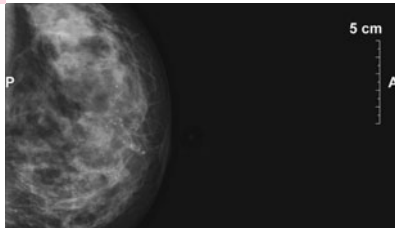
**Das Mammografie-Screening ist zwar eine bundesweite Untersuchung und wird als »Die gleiche (gute) Qualität für alle deutschen Frauen im kritischen Alter« propagiert. Frau Kruse-Keirath, sehen Sie bereits jetzt regionale Unterschiede in der Qualität der Durchführung?**

**K.-K.:** »Ja, natürlich gibt es Unterschiede in der Durchführung des Screenings. In einigen Regionen sind die Frauen sehr zufrieden: Terminwünsche werden berücksichtigt, die Aufnahme in der Praxis und der gesamte Untersuchungsablauf erfolgen professionell, freundlich und sehr serviceorientiert. Hier kommt es sicherlich auch auf das Engagement der Ärztinnen und Ärzte an, die für die Screening-Praxis verantwortlich sind.

Es gibt aber auch Kritik: Häufig berichten Frauen, sie hätten sich wie »durchgeschleust« und abgefertigt gefühlt. Wenn pro Stunde wie in einigen Zentren zehn Frauen für ein Gerät zur Untersuchung einbestellt werden, ist diese Einschätzung wohl verständlich.

Auch die fehlende ärztliche Untersuchung und das Gespräch mit dem Arzt werden vermisst, ebenso die oft langen Wartezeiten auf den Befundbrief, der ja eigentlich innerhalb von sechs Tagen nach der Untersuchung bei der Frau eintreffen soll. Manche Frauen müssen mehrfach bei einer Screening-Stelle nachfragen, bis sie überhaupt einen Befund erhalten. Das ist natürlich ärgerlich. Auch der Inhalt der Befunde gibt bisweilen zu Irritationen Anlass. Wenn eine Frau, die vor Einführung des Screenings auf ärztliches Anraten regelmäßig eine Mammografie und eine Ultraschalluntersuchung der Brust durchführen ließ, weil auffällige Befunde zu kontrollieren waren, einen Befund erhält: »Mammografisch alles in Ordnung« ist sie verständlicherweise beunruhigt. Denn sie fragt sich zu Recht: Wem kann ich noch vertrauen – meinem behandelnden Arzt oder der Screening-Stelle?

Last but not least kommt es auch immer wieder vor, dass bei Frauen kurze Zeit nach der Teilnahme am Screening bei der Untersuchung beim Frauenarzt doch ein Tumor getastet oder im Ultraschall entdeckt wird. Die Frauen sind dann zu Recht schockiert, weil doch beim Screening alles in Ordnung war. Hier ist es dringend erforderlich, dass auch die Screening-Einheiten in aller Offenheit und Ehrlichkeit darauf hinweisen, dass die Mammografie dia-



gnostische Grenzen hat und bei bestimmten Tumorarten und bei Brüsten mit viel Drüsengewebe häufig »blind« ist. »Mammografisch ohne Befund« heißt eben nicht gesund!«

**Frau Goldmann-Posch und Frau Kruse-Keirath, wie schätzen Sie persönlich die Zukunft des Mammografie-Screenings ein? Wird sich diese Art der Untersuchung durchsetzen?**

**G.-P.:** »Ich glaube, dass diese Reihenuntersuchung der weiblichen Brust risikoadaptierter, frauengerechter und kundenorientierter gestaltet werden muss, auch wenn dies zunächst widersprüchlich erscheinen mag. Aber möglich ist es.«

**K.-K.:** »Ich glaube, wir müssen das ganz realistisch sehen: Das Mammografie-Screening in seiner derzeitigen Ausgestaltung wird sicherlich auf absehbare Zeit erhalten bleiben. Denn es ist politisch von allen Parteien gewünscht und eine einmal getroffene Entscheidung zu revidieren, ist in Deutschland fast unmöglich. Zudem ist die Gesundheitspolitik durch eine zunehmende Ökonomisierung und die Einführung von standardisierten und kostengünstigen Diagnostik- und Therapieprogrammen (Disease-Management-Systeme) gekennzeichnet. Die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten spielen dabei immer weniger eine Rolle. Unsere Befragung hat zum Beispiel gezeigt, dass mehr als 70 Prozent der Frauen, die am Screening teilnehmen, eine Untersuchung und sofortige Befundmitteilung durch den Arzt wünschen. Umso erstaunlicher ist es für mich, dass die Ärzte selbst die ärztliche Begleitung der Patientin für nicht notwendig halten und ein Screening-Programm ohne ärztliche Untersuchung befürworten und aktiv bewerben.

In jedem Fall halte ich es für wichtig, die Brustkrebsfrüherkennung nicht auf das Mammografie-Screening zu beschränken und zu fokussieren. In Deutschland wurde schon vor Einführung des Screenings in vielen Kliniken und spezialisierten Praxen eine hervorragende qualitätsgesicherte Mammadiagnostik – unter Einschluss aller bildgebenden Verfahren – angeboten. Hier ist mein Wunsch und auch meine Forderung an die Politik: Alle medizinischen Einrichtungen, die die geforderte Geräte-, Untersuchungs- und Ergebnisqualität gewährleisten können, müssen weiterhin Frauen mammadiagnostisch betreuen dürfen – nicht nur Screening-Einheiten, in denen vertragsärztlich tätige Ärzte arbeiten. Nur so kann es zu einem echten Qualitätswettbewerb der Besten kommen. Zeigt doch die Erfahrung, dass groß nicht immer gleichbedeutend mit gut

ist sowie Klasse und Masse sich häufig nicht miteinander vereinbaren lassen.«

**Könnten Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt sinnvolle Modifikationsmöglichkeiten vorstellen?**

**G.-P.:** »Punkt 1 meines »persönlichen Wunschscreenings« ist sicherlich jetzt schon umzusetzen, wenn das nötige Geld in die richtigen Kanäle gesteckt würde und die Interessen der Frauen vor die Einzelinteressen von Berufsgruppen gestellt würden.«

**K.-K.:** »Frauen aller Altersgruppen sollten die Möglichkeit haben, zur Brustkrebsfrüherkennung in die Einrichtung ihrer Wahl gehen können – auf eigene Kosten und in Kenntnis eines möglichen Strahlenrisikos. Es ist für mich zunächst in Ordnung, wenn die gesetzlichen Krankenkassen aus Kostengründen nur für die Altersgruppe der 50 bis 69-Jährigen alle zwei Jahre eine Mammografie im Rahmen des Screenings übernehmen. Für die anderen Frauen muss es aber möglich sein, eine individuelle Früherkennung auf eigene Kosten in Anspruch zu nehmen.«

**Wann glauben Sie, dass erste Umfrageergebnisse vorliegen? Haben Sie bereits Ideen, wie Sie diese in Ihrem Engagement nutzen wollen?**

**K.-K.:** »Die Befragung endet offiziell Ende Februar 2009. Es können und sollten sich noch viele Frauen beteiligen, damit wir ein breites Meinungsbild erhalten. Erste Ergebnisse liegen bereits vor; diese müssen wir aber noch im Detail auswerten und interpretieren. Nach Aufbereitung der Daten werden wir die Resultate der Befragung gemeinsam mit der Hochschule Augsburg der Öffentlichkeit präsentieren. Für uns ist es wichtig und entscheidend, dass die Bedürfnisse und Wünsche der Frauen bei der Ausgestaltung von Früherkennungsprogrammen ebenso berücksichtigt werden wie neuste wissenschaftliche Erkenntnisse. Nur dann können wir in Deutschland eine Brustkrebsfrüherkennung etablieren und weiterentwickeln, die diesen Namen wirklich verdient und den Gesundheitsinteressen von Frauen gerecht wird.«

**G.-P.:** »Wir werden den Verantwortlichen die Ergebnisse unserer Umfrage vorlegen und weiterhin dafür kämpfen, dass Frauen ein Mammografie-Screening bekommen, das der Lebensbedrohung von Brustkrebs angemessen ist, die individuelle Bedürfnisse berücksichtigt und flexibel genug ist, diagnostische Innovationen mit den Erfordernissen einer Reihenuntersuchung in Einklang zu bringen.«

Vielen Dank Ihnen beiden und viel Erfolg für Ihre Arbeit bei mamazone e.V.

**Interview: aufgezeichnet von Dr. med. Ines Doll, Hamburg**

