

Mammographie-Screening

Ein Programm mit schwerem Stand

Von Dr. Christian Weymayr

Das mit großem Aufwand installierte Mammographie-Programm ist das einzige GKV-Angebot zur Krebsfrüherkennung, das in einem qualitätskontrollierten Programm nach internationalen Standards abläuft. Doch statt Verbesserungen im Detail vorzuschlagen, stellen manche Kritiker aus Reihen der Ärzteschaft mitunter absurde Behauptungen auf – die von den Medien dankbar angenommen werden.

In den 90er Jahren war die graue Mammographie fester Bestandteil der Vorsorgekultur. Von der Krebshilfe und Fachverbänden wärmstens empfohlen, wurden jährlich zwei bis vier Millionen Vorsorge-Mammographien von

niedergelassenen Radiologen als Abklärungs-Untersuchungen abgerechnet. Im Glauben an den inhärenten Nutzen der Krebsfrüherkennung spielten Mindestanforderungen und Qualitätskontrollen kaum eine Rolle. Mit dramatischen Folgen: 100 000 Frauen, so schätzt der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, wurden damals jedes Jahr unnötig an der Brust operiert.

Erst als die Missstände ins Bewusstsein der Bevölkerung sickerten und Nachbarländer kontrollierte Programme einrichteten, wurden auch in Deutschland Modellprojekte angestoßen. Sie sollten die Möglichkeiten ausloten, das dezentrale Mammographieren beim Radiologen in ein zentrales Programm mit Einladungssystem zu überführen. Noch vor der Beendigung der Modellprojekte erzwang die Politik 2002 die bundesweite Einführung eines Mammographie-Screenings auf der Grundlage von EU-Leitlinien. Inzwischen wird das Programm flächendeckend allen Frauen zwischen 50 und 69 zweijährlich als Kassenleistung angeboten, und es liegt bereits ein Evaluationsbericht vor.

EU-Ziele sind weitgehend erreicht

Der Evaluationsbericht, den die Kooperationsgemeinschaft Mammographie Ende September 2009 präsentierte, dokumentiert den Zeitraum 2005 bis 2007. Die Kernaussagen: Bis Ende 2007 hatten alle 79 Screening-Einheiten ihre Arbeit aufgenommen. Im letzten Quartal 2007 waren insgesamt knapp drei Viertel aller anspruchsberechtigten Frauen eingeladen worden. Etwa die Hälfte der

eingeladenen Frauen ließ sich mammographieren. Von 1000 untersuchten Frauen wurden 53 erneut einbestellt, bei 16 wurde eine Gewebeprobe entnommen, bei 8 Frauen wurde Brustkrebs diagnostiziert (zum Vergleich: ohne Screening bei 3 Frauen). Knapp 20 Prozent der Tumore waren in-situ-Karzinome (ohne Screening 7 Prozent). Von den invasiven Karzinomen waren 77 Prozent kleiner als 2 cm (ohne Screening 50 Prozent). Fast alle Zahlen entsprechen den Vorgaben der EU-Leitlinien, einzige Ausnahme: die Teilnehmerate soll langfristig bei über drei Viertel liegen.

Von der Motivation zur Information

Die EU-Leitlinien schreiben auch fest, wie über das Programm informiert werden soll. Um Frauen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, sollten die Informationen „ehrlich, angemessen, evidenzbasiert, verständlich, vorurteilslos, respektvoll und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten“ sein. Die Leitlinie thematisiert auch das „Spannungsverhältnis“ zwischen neutral informieren – was explizit die Möglichkeit einschließt, dass Frauen sich gegen eine Teilnahme entscheiden – und dem Wunsch nach hohen Teilnehmeraten.

Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie hat bereits 2008 eine Broschüre herausgegeben, die diese Vorgaben beherzigt. Das ist nicht selbstverständlich – zumindest nicht für eine mit dem Screening-Programm betraute Stelle. Während Ingrid Mühlhauer und Birgit Höldke bereits im Jahr 2000 mit einem Buch kritische Aufklärung betrieben, dienten



Broschüren und andere Materialien von „ärztlicher“ Seite primär dazu, Frauen von den Vorteilen des Screenings zu überzeugen.

Auch heute ist diese Haltung noch verbreitet: So schreiben die aktuellen Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des G-BA vor, dass Frauen zur „Teilnahme an den Untersuchungen motiviert werden“ sollen. In den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des G-BA heißt es zum Punkt Beratung sogar: „Der Versicherte soll ferner auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungs-Untersuchung hingewiesen und entsprechend motiviert werden.“ Die Kooperationsgemeinschaft hat die Broschüre inzwischen überarbeitet und wird sie demnächst in einer Auflage von 80000 Stück verbreiten.

Im Eintopf der Medien

Verbucht man die relativ niedrigen Teilnehmeraten unter Anlaufschwierigkeiten und Konkurrenz durch das graue Screening, scheint das Mammographie-Programm bei den Frauen anzukommen. Das ist insofern erstaunlich, als das Programm von verschiedenen Seiten angegriffen wird. Wenn in den Medien beispielsweise von den Gefahren der Krebsfrüherkennung die Rede ist, wird gebetsmühlenartig die Mammographie zitiert. Nicht etwa, weil sie besonders gefährlich wäre, sondern weil man aus Studien und Programmen anderer Länder über halbwegs belastbare Zahlen verfügt, mit denen man die generellen Probleme der Früherkennung darstellen kann. Denn für die anderen Früherkennungsmaßnahmen, die als Kassenleistung angeboten werden, existieren solche Zahlen kaum oder gar nicht.

Die seit etlichen Jahrzehnten betriebene Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung mittels Pap-Abstrich beispielsweise entzieht sich jeder Kontrolle. Niemand weiß,

wie viele Operationen am Gebärmutterhals in der Folge eines Abstrichs gemacht werden, geschweige denn, wie viele davon überflüssig sind. Doch das Alleinstellungsmerkmal der Brustkrebsfrüherkennung, als einzige Maßnahme im Rahmen eines qualitätskontrollierten Programms angeboten zu werden, wird nicht wahrgenommen. So wirft Spiegel-Redakteur Markus Grill in seiner Titelgeschichte „Risiko Vorsorge“ vom April 2009 alle Früherkennungsmaßnahmen in einen Topf: Ob eine Maßnahme beim freischaffenden Frauenarzt oder im streng überwachten und reglementierten Screening-Programm angeboten wird, spielt keine Rolle.

Fehlender Rückhalt in Teilen der Ärzteschaft

Dabei wäre es falsch, Grill und seinen Kollegen böse Absicht zu unterstellen. Er beruft sich schließlich auf Medizinexperten wie etwa die Leiterin des Tumorzentrums Aachen Angela Spelsberg. So befindet die Medizinerin laut Spiegel, dass das Screening auf Gebärmutterhalskrebs „ähnlich schlecht“ laufe wie das Mammographie-Screening. Deshalb kämpft sie für ein „qualitativ hochwertiges Screening“. Spelsberg geht davon aus, „dass durch eine Verbesserung der Qualität nicht eine, sondern fünf von 1000 Frauen vor dem Brustkrebstod bewahrt werden könnten“. Spelsberg beweist damit bemerkenswerte seherische Fähigkeiten: Bevor überhaupt abzusehen ist, wie viele Frauen durch das Mammographie-Programm vor dem Brustkrebstod bewahrt werden können, weiß sie schon, wie sich diese Zahl verfünffachen ließe.

Ähnliche Kerben ins Ansehen des Programms hauen Leute wie die Bonner Radiologin Christiane Kuhl. Sie lässt keine Gelegenheit aus, die Vorteile der MRT gegenüber der Mammographie herauszustellen. Auch wenn sie – sozusagen im Kleingedruckten – selbst einräumt, dass die MRT für

ein flächendeckendes Screening zu aufwändig wäre, nährt sie mit ihren Äußerungen den permanenten Verdacht, Frauen würden im Screening-Programm mit einem zweitklassigen Verfahren abgespeist. Dass immer wieder Fachgremien, wie kürzlich erst die US Preventive Services Task Force, die MRT wegen der hohen Falsch-positiv-Rate als ungeeignetes Screening-Verfahren einstufen, ficht Kuhl nicht an. Auch bei der Bundesärztekammer hat das Programm einen schweren Stand. Kein Wunder: Die auf jedem Ärztetag aufs Neue beschworene Eigenständigkeit und Freiheit des niedergelassenen Arztes steht der Philosophie des zentral organisierten, qualitätskontrollierten Mammographie-Programms diametral entgegen.

Die Bilanz des Mammographie-Screening-Programms fällt also insgesamt gemischt aus: Ein gelungener Einstand steht einem fehlenden Rückhalt bei Teilen der Ärzteschaft gegenüber. Die großen Mammographie-Studien sowie die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, wie hart um Qualität gerungen werden muss, damit am Ende ein gesundheitlicher Netto-Nutzen für die Frauen herauskommt. Wenn eine Brustkrebs-Früherkennung politisch und gesellschaftlich gewollt ist, gibt es deshalb zu einem qualitätsgesicherten Programm derzeit keine Alternative. Weder die persönliche Ansprache beim niedergelassenen Radiologen noch sensitivere Hightechverfahren können das Mammographie-Programm ersetzen. Wer das Programm nicht im Detail kritisiert, sondern wissenschaftlich unhaltbare Alternativen ins Spiel bringt, muss sich fragen lassen, warum er dies tut.

Dr. rer. nat. Christian Weymayr ist freier Medizinjournalist. Er schrieb das Buch „Mythos Krebsvorsorge“ sowie eine Broschüre für die Kooperationsgemeinschaft Mammographie www.christian-weymayr.de

„Eine segensreiche Einrichtung“

Interview mit Prof. Rolf Kreienberg, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

? MDK-Forum: Die Ergebnisse der ersten drei Jahre des Mammographie-Screenings sind jetzt veröffentlicht worden und – zumindest aus medizinischer Sicht – positiv bewertet. Teilen Sie diese Meinung?

! Prof. Rolf Kreienberg: Natürlich handelt es sich hierbei um vorläufige Daten, aber man kann sehen, dass sich die Methode sehr gut eignet, um Karzinome im frühen Stadium zu entdecken. Bei diesen Frauen ist der Krebs noch nicht vorangeschritten, sodass die Heilungschancen bei ihnen höher sind. Der Tumor ist kleiner und dadurch auch der Operationsaufwand geringer. Ob die Heilungschancen insgesamt steigen, kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht gesagt werden.

? MDK-Forum: Wie bewerten Sie die Qualität der Untersuchungen?

! Prof. Rolf Kreienberg: Was die technischen Geräte angeht, hat sich die Qualität extrem gebessert. Auch die Anforderungen an die Ärzte und das Personal sind größer geworden. Es handelt sich hierbei um ein komplexes Programm, was sehr qualitätsfördernd ist. Was man nicht vermeiden kann, sind die falsch-positiven Befunde. Wenn man möglichst alle Karzinome im Frühstadium entdecken möchte, lassen die sich nicht vermeiden, was viele Frauen natürlich verunsichert und Kosten verursacht. Um falsch-positive Befunde zu verhindern, stellt man ein Screening etwas ‚grober‘ ein, dann kann es jedoch vorkommen, dass Karzinome übersehen werden. Man muss auch sehen, dass der Aufwand, einen Befund abzuklären,



Prof. Rolf Kreienberg, DGGG

heute viel kleiner ist. Um Gewebe zu entnehmen, muss die Patientin noch nicht einmal stationär aufgenommen werden. Wichtig ist hier die Aufklärung der Frauen. Sie müssen sich darüber im Klaren sein, dass es zu falsch-positiven Befunden kommen kann. Letztendlich ist es ihre Entscheidung, ob sie am Screening teilnehmen.

? MDK-Forum: Kurative Mammographien wurden schon immer z.B. in Unikliniken und spezialisierten Zentren durchgeführt. Für das Screening wurden nun ganz neue Strukturen geschaffen. Was halten Sie davon?

! Prof. Rolf Kreienberg: Ja, und auf diese Strukturen hätte man meines Erachtens gut aufbauen können, auch aus qualitativer Sicht. Problematisch finde ich, dass es nun zwei verschiedene Systeme gibt. Allein schon aus Qualitäts- und Ausbildungsgründen ist das nicht von Vorteil.

? MDK-Forum: Das Screening richtet sich an Frauen zwi-

schen 50 und 69 Jahren. Wieso wurden die jüngeren und älteren Frauen nicht mit einbezogen?

! Prof. Rolf Kreienberg: Natürlich kann man sagen, Frauen über 70 leben auch noch viele Jahre und hätten somit auch etwas von der Untersuchung, und auch bei Frauen unter 50 treten Karzinome auf. Die Brust ist in der Altersgruppe über 50 jedoch am besten zu untersuchen, weil die Hormonwirkung auf die Brustdrüsenkörper aufhört. Außerdem treten in dieser Altersgruppe einfach die meisten Karzinome auf. Wenn das Screening gut läuft, wird die Zielgruppe auch noch erweitert.

? MDK-Forum: Wenn Sie auf diese ersten Jahre mit dem Screening-Programm zurückblicken, was müsste sich Ihrer Meinung nach noch ändern, um bessere Erfolge zu erzielen?

! Prof. Rolf Kreienberg: Zunächst müsste die Teilnehmerrate erhöht werden. Das hat vor allem mit Aufklärung zu tun. Viele Frauen sind verunsichert, ob sie mitmachen sollen, weil sie einfach noch zu wenig über das Mammographie-Screening wissen. Auch die Kooperation mit den niedergelassenen Frauenärzten müsste verbessert werden. Diese sind die ersten Ansprechpartner für die Frauen. Wenn wir uns mit den Nachbarländern vergleichen, stehen wir ganz gut da. Einige haben 10 bis 20 Jahre gebraucht, um das Programm auf die Beine zu stellen. Insgesamt kann man sagen, dass es eine segensreiche Einrichtung für die Frauen ist.

Die Fragen stellte Friederike Geisler, MDK Niedersachsen

Mammographie-Screening in der Praxis

„Angst begleitet einen immer ...“

Von Katja Siegrist und Tanja Wenzel

Etwas 57000 Frauen erkranken in Deutschland pro Jahr an Brustkrebs. Einen tödlichen Ausgang aber hat die Erkrankung längst nicht mehr immer. Etwa ein Drittel der Frauen kann geheilt werden – wenn der Tumor frühzeitig erkannt wird. Um Brustkrebs früh zu erkennen, haben Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren die Möglichkeit, alle zwei Jahre an einer Früherkennungsuntersuchung teilzunehmen. So auch die Berlinerin Beate Hilbig-Preußler. Sie hat eine Einladung zum Mammographie-Screening erhalten. Mit gemischten Gefühlen sieht sie der Untersuchung und dem Ergebnis entgegen.

Beate Hilbig-Preußler füllt im Wartezimmer der Mammographie-Screening-Praxis in Berlin-Steglitz während ihrer Wartezeit bis zur Untersuchung den begleitenden Fragebogen aus. Vor knapp drei Wochen erhielt die 59-Jährige per Post die Einladung zum Früherkennungs-Check für Brustkrebs. Es ist bereits das dritte Schreiben innerhalb eines halben Jahres, das sie von der Zentralen Stelle Mammographie-Screening beim MDK Berlin-Brandenburg bekam. „Man ist in solchen Sachen etwas saumselig, da man nie weiß, wie das Ergebnis ausfällt“, gesteht sie.

Programm für zehn Millionen Frauen

Die Berlinerin ist eine der zehn Millionen Frauen, die Anspruch haben auf die Teilnahme an dem bundesweiten Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie. Die Zielgruppe des Screenings sind Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Im Jahr 2005 startete das

Programm in Deutschland. Heute arbeiten 94 Screening-Einheiten bundesweit, davon vier in Berlin. Die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung ist freiwillig und kostenfrei.

Das Mammographie-Screening ist in seiner Art ein Novum in Deutschland. Auf der Grundlage europäischer Leitlinien haben Ärzte, Krankenkassen und Politik gemeinsam das größte europäische Früherkennungsprogramm

ein flächendeckendes Einladungssystem errichtet, das garantiert, dass jede Frau im Alter zwischen 50 und 69 Jahren im Turnus von zwei Jahren eine Einladung zum Screening erhält. In den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern organisieren die jeweiligen MDK die Einladungen.

Zugleich wurden Praxisräume als eigenständige Screening-Zentren eingerichtet und mit moderner



Im Wartezimmer der Screening-Einheit in Berlin-Steglitz: Beate Hilbig-Preußler füllt das Formular für die Früherkennungsuntersuchung von Brustkrebs aus.

für Brustkrebs aufgebaut. Die umfangreichen Anforderungen und strengen Vorgaben zur Qualitätssicherung erforderten völlig neue Strukturen.

Flächendeckendes Einladungssystem

Damit allen anspruchsberechtigten Frauen in Deutschland eine Früherkennungsuntersuchung angeboten werden kann, wurde

Diagnostik ausgebaut, die sich als spezielle Einheiten sehen und demzufolge nicht in die Arztpraxen integriert sind. Auf diese Weise werden die Untersuchungen mit einem Höchstmaß an Qualität und Sicherheit angeboten. Denn die überwiegende Mehrzahl der Frauen, die zum Screening eingeladen werden, ist gesund. „Daher ist ein hoher Qualitätsstandard unerlässlich, der gewährleistet, dass die Frauen

so wenig wie möglich durch die Untersuchung belastet werden und zugleich das Programm von den Frauen akzeptiert wird“, begründet Dr. Ulrich Beckmann, Programmverantwortlicher Arzt (PVA) der Einheit im Berliner Bezirk Steglitz, die qualitativen Ansprüche an die Früherkennungsuntersuchung. Das ist ganz wichtig für den Erfolg des Angebots. 55 Prozent der eingeladenen Frauen haben bereits am Screening teilgenommen. Ein guter Startwert für Dr. Beckmann. Die gesamtdeutsche Teilnahme lag bei 53,6 Prozent, wie aus dem ersten Evaluationsbericht der Kooperationsgemeinschaft Mammographie hervorgeht.

Team aus Ärzten und radiologischen Fachkräften

Ebenso wie das Einladungswesen ist auch die Rolle des PVA im Rahmen des Mammographie-Screenings in Deutschland einzigartig in der vertragsärztlichen Versorgung. Dem PVA obliegt es, ein Team aus Ärzten und radiologischen Fachkräften zu organisieren und verantwortlich zu leiten. Im Steglitzer Screening-Zentrum von Dr. Beckmann leistet ein 15-köpfiges Team täglich qualifizierte Arbeit: Bis zu 170 Untersuchungen pro Tag organisieren und führen sie durch.

Atmosphäre und Betreuung sind wichtig

„Angst begleitet einen immer, vor allem dann, wenn man schon eine Vorgeschichte hat“, beschreibt Beate Hilbig-Preußler ihre anfängliche Furcht. Anfang der 80er Jahre musste sie sich einer Brust-Operation unterziehen, da bei ihr der Verdacht auf Krebs bestand. Damals waren die Früherkennungsmethoden noch nicht auf dem heutigen medizinischen Stand. Als einzig abklärende Untersuchungsmaßnahme, um eine eindeutige Diagnose zu stellen, galt ein operativer Eingriff. Der Verdacht bestätigte sich bei Beate Hilbig-Preußler gottseidank nicht.

Vom Bundestag beschlossen

Im Juni 2002 hatte der Bundestag beschlossen, ein Früherkennungsprogramm von Brustkrebs für Frauen in Deutschland einzuführen. Dazu erhalten Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre eine Einladung zum Mammographie-Screening. Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig und kostenfrei. Ziel ist es, die Sterblichkeit an der Erkrankung deutlich zu senken. Das deutsche Mammographie-Screening-Programm ist auf Grundlagen der europäischen Leitlinien entstanden.

Mehr Informationen und den vollständigen Evaluationsbericht gibt es auf den Internetseiten www.mammo-programm.de und www.g-ba.de.

Aus Furcht vor einer ähnlichen Situation drückte sie sich lange Zeit davor, der Einladung zur Früherkennung zu folgen. „Heute bin ich froh, dass ich mich dazu entschieden habe“, erklärt sie. Die Betreuung durch die radiologische Assistentin im Screening-Zentrum von Dr. Beckmann beeindruckte Frau Hilbig-Preußler besonders. Ebenso beruhigend wirkte auch die angenehme und warme Atmosphäre, die während des gesamten Untersuchungsablaufs herrschte und den eingeladenen Frauen das Gefühl gibt, gut aufgehoben zu sein und sich als gesunde „Patientin“ zu fühlen.

Bekanntheitsgrad des Programms verbessern

Doch eines scheint offenbar zu kurz zu kommen: die Aufklärung über das Screening-Programm durch die Frauenärzte. Viele Gynäkologen legen ihren Patientinnen ab dem 50. Lebensjahr eine Röntgenuntersuchung der Brust nahe, informieren die Frauen aber nicht über das kostenfreie Früherkennungsprogramm von Brustkrebs in Deutschland.

So auch im Fall von Beate Hilbig-Preußler. Ihre Frauenärztin empfahl ihr eine Brustkrebsfrüherkennung durch eine Mammographie-Untersuchung, wies sie allerdings nicht auf das Screening-Programm hin. Deswegen konnte sie sich beim ersten Anschreiben keinen Reim darauf machen, warum sie vom Medizinischen

Dienst der Krankenversicherung zu einer Untersuchung eingeladen wurde. „Ich hatte vorher noch nie davon gehört. Ich wusste gar nicht, was es damit auf sich haben soll“. Deswegen hatte sie sich erst mal bei ihrer Freundin erkundigt.

Wie Beate Hilbig-Preußler hegen die meisten Frauen Skepsis, ob das Früherkennungsangebot für alle gesetzlich Krankenversicherten tatsächlich kostenfrei ist und bei der Teilnahme keine Praxisgebühr anfällt. „Eine Zusammenarbeit der Gynäkologen wäre hier wünschenswert“, fordert Hilbig-Preußler. „Es könnten Kosten gespart werden, wenn die Frauen ab 50 Jahren direkt zum Screening geschickt werden, ohne dass der Frauenarzt sie zur Mammographie an eine radiologische Praxis überweist“, schlägt sie weiter vor.

Befund per Post

Nach einer Woche bangen Wartens kam der Befund per Post an die Berlinerin: Die Aufnahmen zeigten keine Auffälligkeiten. Ein Stein fiel ihr vom Herzen: Die nächste Einladung zur Mammographie wird sie frühestens in zwei Jahren erhalten.

*Katja Siegrist
ist freie Redakteurin in Berlin*

*Tanja Wenzel
ist Referentin Öffentlichkeitsarbeit
beim MDK Bayern
E-Mail:
tanja.wenzel@mdk-bayern.de*