

Nutzen, Schaden und erste Erfahrungen

Nach fast drei Jahren Brustkrebs-Früherkennungsprogramm besteht noch immer viel Aufklärungsbedarf.

Livia Rohrmoser

Vor nicht ganz drei Jahren wurde das Konzept der Brustkrebsvorsorge in Österreich geändert und das sogenannte österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (BKFP) „früh erkennen“ eingeführt. Die große Neuerung: Alle sozialversicherten Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren können alle zwei Jahre nach Einladung und mit der freigeschalteten e-card zur Früherkennungsmammografie beim Radiologen gehen. Gerüchte, alle anderen Frauen dürften nun nicht mehr zur Untersuchung, haben sich als falsch herausgestellt. Im Alter zwischen 40 und 44 sowie ab 70 können sich die Frauen zum Programm selbst anmelden. Bei bestimmten Indikationen – etwa familiäres Risiko, ein tastbarer Knoten in der Brust oder ein unklarer Tastbefund – kann weiterhin von zuweisenden Ärzten zu einer Mammografie überwiesen werden.¹

An der Gestaltung der Einladungen selbst wurde von mehreren Seiten Kritik geäußert. Nicht nur die Ähnlichkeit mit Werbebroschüren wurde bemängelt. Die Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (TGAM) etwa schrieb im Januar 2015, dass „die Nachteile des Screenings kaum mehr thematisiert werden und (*der Folder*) am Titelblatt verspricht ‚Die Mammografie kann Leben retten‘“². Romana Ruda, Leiterin von „früh erkennen“, verteidigt sich: „Der Einladungsbrief wurde schon drei

Mal weiter verbessert. Es ist eine Herausforderung, wissenschaftliche Daten in einfacher Sprache zu transportieren. Wir versuchen wirklich ein ausgewogenes Verhältnis zu schaffen. Und wir bieten weitere Informationen gerade auch zu Nutzen und Risiko auf unserer Website.“

Beschränktes Wissen

Dennoch zeigt sich die verschobene Wahrnehmung zum Beispiel in einer rezenten Umfrage unter den Mitarbeiterinnen der Sozialversicherungen.³ Obwohl diese Gruppe ja eigentlich besonders gut informiert sein sollte (meinen zumindest die Autorinnen selbst), überschätzte sie die Benefits und unterschätzte die Nachteile der Mammografie. So dachten etwa fast 30 Prozent, dass die Mammografie das Brustkrebsrisiko senkt. Die Frage, wie viele Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren, die regelmäßig zum Screening gehen, im Zeitraum von zehn Jahren an Brustkrebs sterben, beantworten 73 Prozent richtig mit „drei Frauen“ und 27 Prozent falsch mit „zehn Frauen“. Die umgekehrte Frage bezüglich Frauen, die nicht zum Screening gehen, beantworten dagegen nur 40 Prozent richtig mit „vier Frauen“ und 60 Prozent falsch mit „100 Frauen“ – trotz der nahezu suggestiven Differenz in den Multiple-Choice-Antworten.

Ist Mammografie sinnvoll?

Das nordische Cochrane Zentrum nennt 2012 als Nutzen, dass von 2000 Frauen, die während zehn Jahren regelmäßig am Screening teilnehmen, eine nicht an Brustkrebs stirbt, der durch die Untersuchung früh erkannt wurde.⁴ Gleichzeitig werden aber zehn gesunde Frauen zu Krebspatientinnen gemacht, obwohl sie weder Krebs haben, noch bekommen werden. Dazu kommt noch das zermürbende Warten auf den Befund.



Österreichisches Brustkrebs-Früherkennungsprogramm/Richard Tanzer

Romana Ruda, Brustkrebs-Früherkennungsprogramm: „Aus den Studienergebnissen nehmen sich Befürworter wie Gegner heraus, was ihre eigene Meinung untermauert.“

Über Nutzen und Schaden des Brustkrebs-Screenings wird weltweit immer noch diskutiert.

bymandesigns - Fotolia

Oswald Graf, Leiter der Arbeitsgruppe für Mammadiagnostik in der Österreichischen Radiologischen Gesellschaft (ÖRG), sieht diese Argumentation als geradezu perfide an: „Hier wird übersehen, dass Recall nicht unbedingt falsch positiv heißt. Wenn etwa ein Befund unklar ist, aber nicht gleich eine Sonographie durchgeführt wurde, muss die betroffene Frau ein zweites Mal zur Untersuchung, es kann aber meist sehr schnell Entwarnung gegeben werden“, sagt er. Als falsch positiver Befund gelte nur, wenn Veränderungen in der Brust durch Nadelbiopsien oder Operationen abgeklärt werden und sich dabei als gutartig herausstellen. „Zudem verschweigen die Kritiker des Screenings, dass in Langzeitbeobachtungen wie in Schweden nun seit mehr als 30 Jahren bei den Frauen, bei denen durch Screening der Brustkrebs frühzeitig festgestellt wurde, die Mortalität im Vergleich zu den nicht gescreenten Brustkrebspatientinnen um 40 Prozent niedriger ist.“⁵

Screening senkt Mortalität

Auch der Vorsitzende der Fachgruppe Radiologie in der Wiener Ärztekammer, Friedrich Vorbeck, sieht vor allem Vorteile. „Sehr deutlich sprechen die Zahlen der Weltgesundheitsorganisation WHO“, so Vorbeck. „Im Vergleich zwischen Schweden, Österreich und Dänemark hat das letztgenannte Land mit Abstand

die höchste Brustkrebsmortalitätsrate und Schweden die niedrigste.“ Das läge daran, dass in Schweden schon seit Langem ein gut funktionierendes Mammografie-Screening-Programm besteht, während sich in Dänemark zunächst die Gegner des Screenings durchgesetzt haben. „In der Zwischenzeit gibt es nun auch in Dänemark das Screening, da die gesundheitspolitisch Verantwortlichen eine der höchsten Brustkrebsmortalitäten in Europa nicht mehr negieren konnten“, sagt Graf.

Ruda sieht die Mammografiegegner ebenfalls kritisch: „Die Schweizerische Gesellschaft für Radiologie befürwortet das Screening. Das wird im Bericht des Swiss Medical Board mit keinem Wort erwähnt.“ Das Swiss Medical Board, ein Beratungsgremium mit Vertretern der Kantonsregierungen, der Krankenkassen, der Pharmaindustrie und der Akademie der Wissenschaften, lehnte 2013 die Einführung eines flächendeckenden Brustkrebscreenings nicht zuletzt aufgrund des laut Autoren „sehr ungünstigen Kosten-Wirkungs-Verhältnis“ ab.⁶



Radiologe Oswald Graf:
Recall heißt nicht unbedingt falsch positiv.

„In Wahrheit gibt es acht große, randomisierte Studien zum Thema, die teilweise schon 30 Jahre alt sind“, erläutert Ruda. „Aus deren Ergebnissen nehmen sich Befürworter wie Gegner heraus, was ihre eigene Meinung untermauert.“ Das *Deutsche Ärzteblatt* bestätigt Ruda und schreibt im Subtitel zu „Mammographie-Screening: Nutzen-Schaden-Abwägung im internationalen Vergleich“⁷: „Es gibt keine feste Richtlinie, wie gerettete Leben und Überdiagnosen gegeneinander aufgewogen werden können oder sollten.“ Was hier keine ethische, sondern eine wissenschaftliche Aussage ist.

Hochqualitative Untersuchung

Dazu kommt, dass epidemiologische Studien im Bereich Onkologie sowieso schon bei Veröffentlichung fast veraltet sind, da sich sowohl die Technik der Untersuchungsgeräte als auch die Therapiemöglichkeiten ständig verbessern, die Laufzeit der Studien, die üblicherweise Mortalitätsraten als primäres Studienziel haben, aber 15 Jahre betragen, damit sie aussagekräftig sind. Schließlich stirbt man an Krebs nicht sofort, selbst wenn er unbehandelt bleibt.

Die Entwickler des österreichischen Programms bemühten sich jedenfalls, die Qualität der Mammografie so weit wie möglich zu erhöhen und zu sichern und hielten sich dabei an die strengste Auslegung der Europäischen Leitlinien⁸. Graf: „Damit ein radiologischer Standort am Screening teilnehmen kann, muss das Institut über Geräte verfügen, die den strengen Anforderungen entsprechen. Diese technischen Parameter werden wöchentlich geprüft.“ Die Radiologen mussten für den Einstieg in das Programm spezielle Schulungen absolvieren und eine Fall-sammlungsprüfung ablegen sowie jedes Jahr eine definierte Mindestanzahl von Brustströntgenaufnahmen befunden. Laufend gibt es Fortbildungen und Trainingskurse. Alle Mammografiebilder werden von mindestens zwei Radiologen unabhängig



White

Radiologe Friedrich Vorbeck:
Das beste, aber auch teuerste Untersuchungssystem weltweit.

voneinander begutachtet. Bei dichtem Brustgewebe wird automatisch eine Ultraschall- direkt an die Röntgenuntersuchung angeschlossen. „Damit haben wir das beste, aber auch teuerste Untersuchungssystem weltweit“, meint Friedrich Vorbeck. Das neue System hat für ihn vor allem einen gewaltigen Nachteil: Die zuweisenden Ärzte sind quasi rausgeworfen worden. Früher holten sich die Frauen die Überweisung zur Mammografie vom Haus- oder Frauenarzt. Im neuen System gehen die Frauen direkt zum Radiologen. Das ist schließlich einfacher und bequemer. Theoretisch. Praktisch scheinen die Untersuchungszahlen zurückgegangen zu sein.

Paul Sevelda, Leiter der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung im Krankenhaus Wien-Hietzing, sieht das Hauptproblem in einer relativ plötzlichen Änderung der jahrzehntelangen Praxis und einer „nicht sehr durchdachten“ Vorgangsweise, die sehr viel Unruhe mit sich brachte. Seine Hauptforderung ist – wie die der anderen Ärzte –, die Zuweisung durch Gynäkologen und Allgemeinmediziner wieder zu erlauben.



Gynäkologe Paul Sevelda: Plötzliche Änderung der jahrzehntelangen Praxis.

Vorbeck sieht die Probleme aus Sicht der Radiologen: „Auch wenn die Frauen einen Arzt angeben, dem der Befund zugeschickt werden soll, heißt das nicht, dass sie in letzter Zeit bei ihm waren. Und jetzt stellen Sie sich die Situation beim Gynäkologen oder Allgemeinmediziner vor, bei dem Befunde von Frauen einlangen, die er vielleicht vor Jahren das letzte Mal gesehen hat. Wenn er das irrtümlich in den Papierkorb wirft, erfährt die Patientin nichts vom Befund.“

Ruda widerspricht dieser Darstellung: „Gibt eine Frau einen bestimmten Arzt als Vertrauensarzt an, erhält dieser zunächst die Information, dass die Vorsorgeuntersuchung bei der Klientin stattfindet. Wenn er es möchte, kann er danach in einem weiteren Schritt den Befund anfordern. Damit ist sichergestellt, dass Befunde nicht ohne Wissen des Gynäkologen oder Hausarztes herumgeschickt werden.“

Ist der Befund positiv, würden die Radiologen gerne dem Hausarzt oder Gynäkologen die Überbringung der Nachricht überlassen. Immerhin kennen diese die Betroffene allemal besser als der Radiologe, der sie vielleicht bei der Mammografie erstmals im Leben gesehen hat. „Der Hausarzt weiß, ob er die Patientin direkt damit konfrontieren kann oder ob es nicht besser wäre, die erwachsenen Kinder zu informieren“, so Vorbeck.

Unkontrollierte Kontrolle

Ebenfalls Probleme bereitet die Wiedereinladung bei bestimmten Veränderungen in der Brust, die mit großer Wahrscheinlichkeit gutartig sind, aber kurzfristiger Verlaufskontrollen bedürfen. „Die Programmveranstalter haben auch diese Wiedereinberufungen organisatorisch übernommen“, erklärt Vorbeck. „Aber niemand überprüft, ob die davon betroffenen Frauen

auch tatsächlich zum Kontrolltermin gehen.“ Die Gynäkologen und Hausärzte haben sich diese – nicht allzu häufigen – Fälle meistens sehr wohl gemerkt.

Stellt der Radiologe hingegen eine verdächtige Veränderung fest, so wird die betroffene Frau zur weiteren Diagnostik in ein sogenanntes Assessmentcenter, üblicherweise die Spezialabteilung eines Spitals, geschickt. Allerdings erfahren laut Vorbeck die Radiologen derzeit nichts von den Ergebnissen dieser weiteren Untersuchungen. „Das wäre aus Gründen der Qualitätssicherung unerlässlich, denn man würde schnell sehen, welcher Radiologe zu viele positive Befunde ausstellt“, erklärt Vorbeck. Außerdem bestehe auch hier – wie bei der Einberufung zu den kurzfristigen Kontrolluntersuchungen – das Problem, dass nicht alle Patientinnen tatsächlich das Assessmentcenter aufsuchen, aber niemand dies überprüft.

„Zu den angesprochenen Recall-Untersuchungen haben wir einen eigenen Erinnerungsbrief entworfen“, erklärt Ruda, „mit dem wir die Frau explizit auffordern, dieser wichtigen Kontrolluntersuchung nachzukommen. Weiters haben wir für diese Briefe ein eigenes Rücksendepostfach eingerichtet, um eine Zustellung sicherzustellen. Darüber hinaus wird wohl auch der Radiologe die Frau auf den neuerlichen Untersuchungstermin hinweisen, und es liegt nicht zuletzt in der Verantwortung jeder Frau, dieser Untersuchung auch tatsächlich nachzukommen.“ Das Procedere sei übrigens mit den Vertretern der Radiologen und Gynäkologen in der Österreichischen Ärztekammer so vereinbart worden. Das Programm sehe auch vor, dass die Radiologen sämtliche Befundergebnisse der weiteren Abklärung erhalten. „Dafür müssen jedoch die Krankenanstalten ihrer Verpflichtung nachkommen und die notwendigen Daten über die zur Verfügung gestellten Wege übermitteln. Dies stellt leider noch ein langwieriges Procedere dar“, so Ruda.

Genauere Zahlen zum Programm, etwa zur Teilnahmerate oder zur Anzahl der Recalls, fehlen noch. Die Gesundheit Österreich GmbH will die Ergebnisse der Evaluierung Anfang 2017 veröffentlichen. ::

Literatur:

- ¹ Zugang: www.frueh-erkennen.at/wp-content/uploads/2015/05/BKFP_Indikationenliste_21-05-2014_final.pdf. Zugriff: 3.9.2016.
- ² TGAM News, Januar 2015. Zugang: www.tgam.at/userupload/editorupload/files/files/Mitglieder_Newsletter/tgam_news_jan2015_1_jahr_bkfp_in_oesterreich.pdf. Zugriff: 28.8.2016.
- ³ Befragung zum Informationsstand über das Brustkrebs-Screening Programm, Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung, EBM/ HTA des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Juni 2016.
- ⁴ Screening für Brustkrebs mit Mammographie, Nordisches Cochrane Zentrum, 2012. Zugang: <http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/uploads/images/mammography/mammografi-de.pdf>. Zugriff: 25.8.2016.
- ⁵ Tabar L et al (2011): Swedish Two-County Trial: Impact of Mammographic Screening on Breast Cancer Mortality during 3 Decades. *Radiology* 260(3):658-63.
- ⁶ Systematisches Mammographie-Screening, Swiss Medical Board, Bericht vom 15.12.2013. Zugang: www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/fachberichte/2013-12-15_bericht_mammographie_final_rev.pdf. Zugriff: 31.8.2016.
- ⁷ Fügemann H, Käb-Sanyal V (2016): Mammographie-Screening: Nutzen-Schaden-Abwägung im internationalen Vergleich. *Dtsch Arztebl* 113(3): A-74 / B-67 / C-67.
- ⁸ European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th Edition, Health & Consumer Protection Directorate-General, 2006, ISBN: 92-79-01258-4. Supplement 2013, ISBN 978-92-79-32970-8.

Livia Rohrmoser
rohrmoser@schaffler-verlag.com

ÖKZ TO GO:
Sie können diesen Artikel hier herunterladen und haben ihn immer griffbereit.

