

Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland

Einstellung, Wissen und Versorgungssituation von Frauen

Irmgard Naß-Griegoleit, Women's Health Coalition e.V. (WHC), Berlin. **Obwohl epidemiologische Daten im internationalen Vergleich eindeutig belegten, dass Brustkrebs in Deutschland zu spät entdeckt wird, hatte die Brustkrebsfrüherkennung – von einigen wenigen Experten abgesehen – bis vor einigen Jahren keine „Lobby“, nicht unter den wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzten, nicht unter den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und nicht in der Gesundheitspolitik. Zwar wurde in der Öffentlichkeit auch auf die Bedeutung der Früherkennung hingewiesen, aber die Kommunikationskonzepte waren meistens falsch angelegt. Informationsveranstaltungen und Informationsmaterialien richteten sich vorwiegend an Brustkrebspatientinnen, bei denen auch ein Part der Früherkennung gewidmet war. Brustkrebsfrüherkennungskonzepte können nur dann erfolgreich sein, wenn sie sich an die wichtigste Zielgruppe richten, an gesunde Frauen. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Qualitätssicherung von Früherkennungsmaßnahmen (Mammographie-Screening nach EU-Leitlinien): der Anteil der falsch positiven und falsch negativen Befunde soll so gering wie möglich sein. Für die Kommunikation bedeutet dies: Nutzen und Risiken von Früherkennungsmaßnahmen müssen Frauen klar kommuniziert werden, damit die angesprochenen Frauen selbst entscheiden können, ob sie die Angebote wahrnehmen möchten oder nicht.**

Nach den letzten für Deutschland vorliegenden Daten erkrankten im Jahr 2002 55.150 Frauen an Brustkrebs, 17.780 Frauen starben an dieser Erkrankung (RKI, 2006). Das durchschnittliche Lebensalter der erkrankten Frauen liegt bei 63,5 Jahren. Lediglich ca. 5% der Brustkrebserkrankungen lassen sich auf eine genetische Disposition zurückführen. Aus der Abbildung 1 geht hervor, dass die Brustkrebsinzidenz mit dem Alter ansteigt: etwa 80% der Brustkrebserkrankungen ereignen sich jenseits des 50. Lebensjahres (1). Bis zum Alter von 30 Jahren ist Brustkrebs äußerst selten, mit einem Anteil von 0,3% aller erkrankten Frauen. Ab 40 Jahre steigt dann die Brustkrebsinzidenz stetig an. Auf Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, denen inzwischen ein qualitätsgesichertes Mammographie-Screening, alle zwei Jahre als Kassenleistung angeboten wird, entfallen etwa 50% aller Erkrankungen. 32% der erkrankten Frauen sind älter als 70 Jahre (Abb. 1). Umfangreiche Statistiken zur Brustkrebserkrankung finden Sie unter:

www.tumorregister-muenchen.de/facts/specific-analysis.html

Auf die Problematik Brustkrebsinzidenz und Versorgungssituation wird später in diesem Artikel eingegangen.

Die Überlebensraten haben sich in den letzten Jahren verbessert (Abb. 2). Ein 5-Jahresüberleben, für viele Frauen ein „Überlebenserfolg“ gibt aber nur einen Teil der „Überlebensrealität“ wieder. Brustkrebs muss in vielen Fällen als chronische Krankheit angesehen werden, die auch nach 5, 10 und mehr Jahren zu einem immer noch früheren Tod führt.

Die Überlebenszeit nach der Diagnose Brustkrebs hängt vom Stadium des Tumors bei Diagnose ab (Abb. 3). Von den Frauen mit Tumoren pT1N0M0 überlebten 99,0% (relativ) die Zeitspanne von 5 Jahren, gegenüber Frauen mit Tumoren pT2N0M0 waren es 92,1%, bei der Klassifikation pT3N0M0

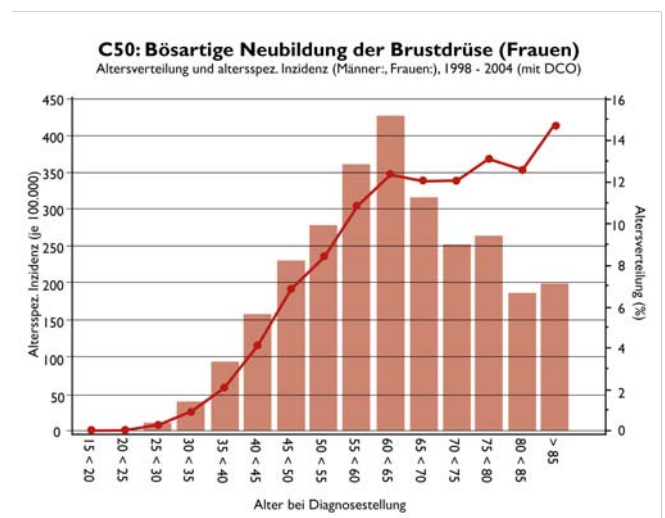


Abbildung 1: Bösartige Neubildung der Brustdrüse – Frauen: Altersverteilung und altersspezifische Inzidenz, 1998-2004 (Quelle: Tumorregister München).

waren es 79%, bei der Klassifikation pT4N0M0 waren es 73,8%. Deutlicher stellt sich der Unterschied dar, betrachtet man das Langzeitüberleben. Ist ein Brustkrebs erst metastasiert, dann leben nach 60 Monaten lediglich knapp 20% der Frauen.

Das relative Überleben ergibt sich aus dem Gesamtüberleben, in das alle Todesursachen eingehen. Die mit dem Alter zunehmende Sterblichkeit an anderen Todesursachen wird herausgerechnet und ergibt dann das relative, durch den Brustkrebs bedingte Überleben. Bei pT1N0M0 Befunden

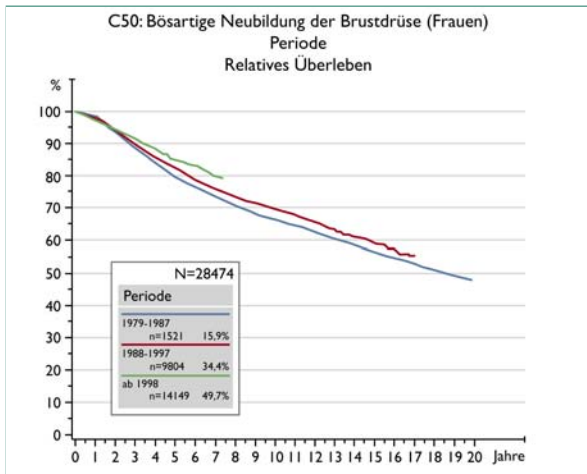


Abbildung 2: Überleben Mammakarzinom – Frauen. Periode – Relatives Überleben (das relative Überleben ist eine Schätzung für das tumorspezifische Überleben). Perioden: 1978-1987, 1988-1997, ab 1998 (Quelle: Tumorregister München).

(n=7902) werden nach 15 Jahren 29,2% Sterbefälle beobachtet und nur 11,7% sind brustkrebsbedingt.

Einstellungen und Wissen von Frauen

Die Women’s Health Coalition e.V. hat Ende 2002 eine repräsentative Befragung bei 1002 „brustgesunden“ Frauen bundesweit durch NFO Infratest zum Thema „Brustgesundheit“ durchführen lassen (2). Aus dieser Studie stammen die nachfolgend diskutierten Daten.

Brust – mehr als ein Organ

Für die Mehrzahl der Frauen ist die Brust das Symbol der Weiblichkeit, unabhängig von der Altersgruppe. 60% stimmten dem Statement „Die Brust ist das Symbol der Weiblichkeit“ zu. Dem Statement „Meine Brüste sind wichtiger Bestandteil meiner weiblichen Identität“ stimmten 50% der Frauen zu.



Abbildung 4: Welche gesundheitlichen Risiken oder Erkrankungen wären für Sie besonders schlimm? Alle Befragten.

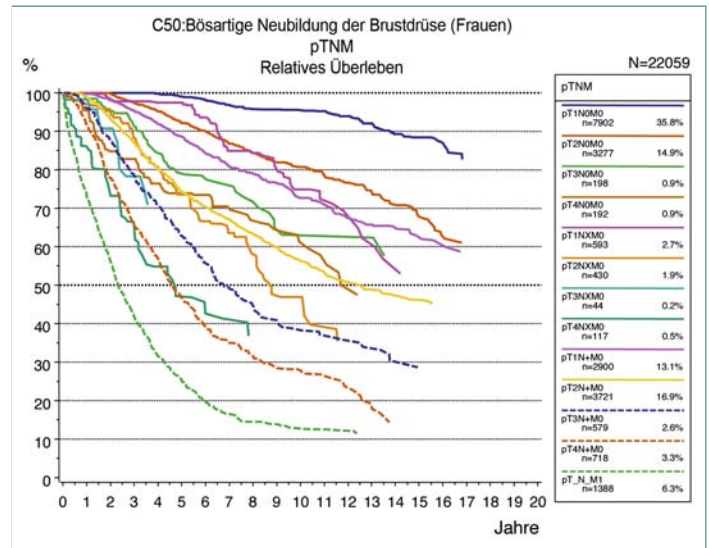


Abbildung 3: Relatives Überleben nach pTNM. Diese Grafik veranschaulicht, welche Bedeutung der Früherkennung von Brustkrebs zukommt, trotz der verbesserten Überlebenschancen durch effizientere Therapien (Quelle: Tumorregister München).

Brustkrebs wäre für knapp 50% der Befragten eine Lebenskatastrophe. Für ebenfalls 50% würde eine Brustentfernung eine Verstümmelung bedeuten.

Steigende Brustkrebsinzidenz steht im Widerspruch zum nachlassenden Problembewußsein von Frauen

Auf die Frage „Welche gesundheitlichen Risiken oder Erkrankungen wären für Sie besonders schlimm?“ wurde Brustkrebs von allen Befragten an 4. Stelle genannt, nach Schlaganfall, Alzheimer und Herzinfarkt (Abb. 4 und Tabelle 1). Hier zeigt sich jedoch eine starke Altersabhängigkeit. Während 50% der Befragten in der Altersgruppe der 40- bis 50-jährigen Frauen Brustkrebs noch an 1. Stelle nannten, erhalten mit zunehmendem Alter „typische“ altersspezifische Erkrankungen an Bedeutung. Bei den 50- bis 59-jährigen Frauen nahm Brustkrebs die 3. Position ein, bei den über 60-jährigen Frauen sogar die 4. Position. Damit tritt trotz steigender Inzidenz Brustkrebs bei den Frauen immer mehr in den Hintergrund des gesundheitlichen Problembewusstseins.

Obwohl das Alter der Frauen den höchsten Risikofaktor für Brustkrebs darstellt, wissen 70% der Frauen nicht, dass Alter und Brustkrebs in einem Zusammenhang stehen. Dem ein-

	40 – 49 Jahre	50 – 59 Jahre	60 – 69 Jahre	70 – 75 Jahre
1. Rang	Brustkrebs	Alzheimer	Schlaganfall	Schlaganfall
2. Rang	Darmkrebs	Schlaganfall	Alzheimer	Herzinfarkt
3. Rang	Schlaganfall	Brustkrebs	Herzinfarkt	Alzheimer
4. Rang	Herzinfarkt	Herzinfarkt	Brustkrebs/ Darmkrebs	Brustkrebs

Tabelle 1: Welche gesundheitlichen Risiken oder Erkrankungen wären für Sie besonders schlimm? Rangfolge nach Altersgruppen.

deutig formulierten Statement „Brustkrebs tritt eher bei älteren Frauen auf, ab 50 Jahren“ stimmten 70% der befragten Frauen nicht zu! 73% der befragten Frauen hielten Brustkrebs für eine Erkrankung, die nicht abhängig vom Alter sei. Als Risikofaktoren für Brustkrebs wurden eingeschätzt: Frühere bösartige Veränderungen der Brust (64%), Rauchen (64%), Brustkrebs in der Familie/genetische Belastung (58%), Stress, Ernährung, Umweltbelastung (49%). Dass eine Hormontherapie Einfluss auf das Brustrisiko hat, nahmen 40% der Frauen an.

Mit zunehmendem Alter nehmen die Kontakte zum Frauenarzt/zur Frauenärztin ab. Während 84% der 40- bis 50-jährigen Frauen einen Kontakt zum Frauenarzt/zur Frauenärztin haben, sind es bei den 60- bis 75-jährigen Frauen noch 60%, allerdings bei abnehmender Regelmäßigkeit. Dagegen nimmt die Bedeutung des Hausarztes, der Hausärztin mit steigendem Alter zu. Der Hausarzt/die Hausärztin verordnet den Frauen dann die bei Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hohem Cholesterinspiegel und anderen altersbedingten Erkrankungen notwendigen Medikamente.

In welchem Umfang werden Versorgungsangebote zur Brustkrebsfrüherkennung wahrgenommen?

Eine Sonderstellung nehmen spezielle Angebote für Frauen mit familiärer Belastung in den Universitätskliniken ein, die begleitet sind durch intensive, individuelle Beratung für Diagnose und Therapieoptionen.

In welchem Umfang die Angebote zur allgemeinen Brustkrebsfrüherkennung, die ab 30 Jahren allen Frauen als Kassenleistung angeboten werden, auch angenommen werden, hängt auch von den Einstellungen der Frauen zu den einzelnen „Früherkennungsmethoden“ ab. Als wichtigste „Früherkennungsmethode“ wird von den befragten Frauen die regelmäßige Untersuchung der Brust durch die Frau selbst eingeschätzt (67%), gefolgt von der Tastuntersuchung durch den Arzt/die Ärztin (61%) und der Mammographie (45%).

Je jünger die Frauen sind, desto häufiger gehen sie regelmäßig zur „Krebsvorsorge“ (Abb. 6). 75% der Frauen zwischen 40 und 49 Jahren waren innerhalb der letzten 12 Monate zur „Krebsvorsorge“ gegangen, 70% der 50- bis 59-jährigen Frauen, 58% der Frauen zwischen 60 und 69 Jahren und 56% der Frauen zwischen 70 und 75 Jahren. Bei jeder 4. Frau über 70 lag der letzte Termin bereits mehr als 5 Jahre zurück. Gut zwei Drittel aller Befragten (40 bis 75 Jahre) gab an, ihre Brust einmal im Monat und häufiger abzutasten.

Mammographie (vor Einführung des Mammographiescreenings)

Auf die Frage „Wann wurde die letzte Mammographie bei Ihnen durchgeführt?“, zeigten sich folgende Ergebnisse: Innerhalb der letzten 12 Monate hatten 24% der 40- bis 49-jährigen Frauen eine Mammographie in Anspruch genommen, bei den 50 bis 59-jährigen waren es 37%, bei den 60- bis 69-jährigen Frauen 27% und bei den über 70-jährigen Frauen waren es 23%. Eine Unterscheidung zwischen „Vorsorgemammographie“ und kurativer Mammographie wurde nicht gemacht, z.Z. der Befragung

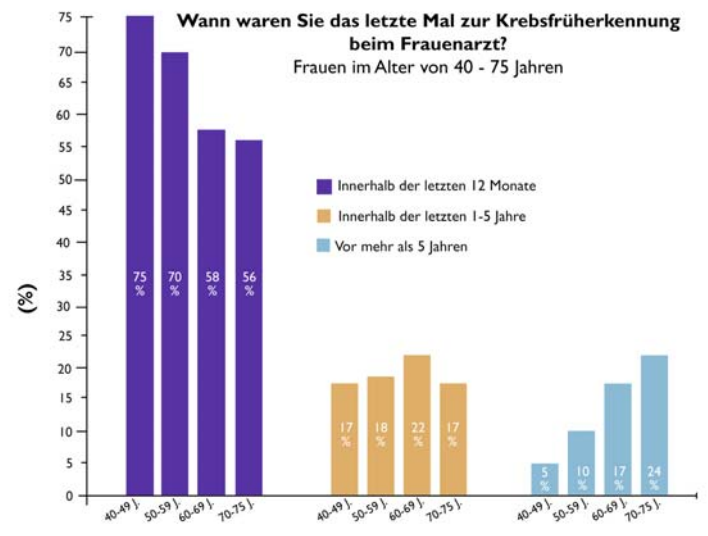


Abbildung 6: Je jünger die Frauen sind, desto häufiger gehen sie regelmäßig zur „Krebsvorsorge“.

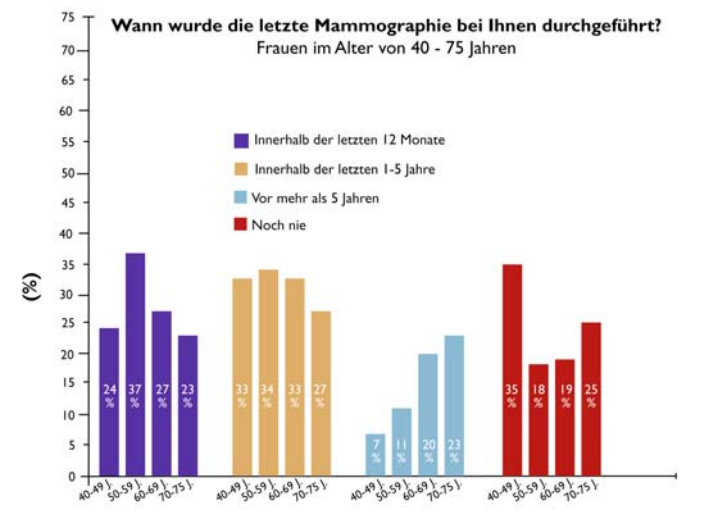


Abbildung 7: Unter den Frauen über 60 Jahre gab ein Fünftel an, das letzte Mal vor mehr als 5 Jahren zu einer Mammographie gegangen zu sein.

gab es noch kein Mammographie-Screening. Unter den Frauen über 60 Jahre gab ein Fünftel an, das letzte Mal vor mehr als 5 Jahren zu einer Mammographie gegangen zu sein (Abb. 7).

Die Versorgungslücke

Anhand der vorher beschriebenen Daten konnte gezeigt werden, dass mit zunehmender Brustkrebsinzidenz das Problembewusstsein der Frauen für Brustkrebs nachlässt, sie seltener Früherkennungsangeboten in Anspruch nehmen. Da auch mit Zunahme des Alters die regelmäßigen Kontakte zum Frauenarzt/zur Frauenärztin abnehmen, ist es umso wichtiger, dass ältere Frauen auch über andere Informationsquellen über die steigende Brustkrebsinzidenz aufgeklärt werden. Auch der

Hausarzt/die Hausärztin könnte besser als bisher eingebunden werden (Abb. 8).

Mammographie-Screening – Erst die Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen erhalten ein Angebot

Im Jahr 2002 wurde durch das Engagement vieler Frauen- und Brustkrebsorganisationen erreicht, dass im Deutschen Bundestag alle Parteien beschlossen, das Mammographie-Screening nach Europäischen Leitlinien in Deutschland einzuführen. Die Mammographie ist derzeit die einzige Früherkennungsmethode, bei der Vorstufen von Brustkrebs und frühe Karzinome diagnostiziert werden können, bevor diese durch Tastuntersuchungen entdeckt werden. Bei einem qualitätsgesicherten Mammographie-Screening kann bei Frauen in der Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren davon ausgegangen werden, dass eine Reduktion der Brustkrebssterblichkeit von 20 bis 30% erreicht werden kann. Bis Ende 2006 erhielten erst 49% der 10 Millionen anspruchsberechtigten Frauen zwischen 50 und 69 Jahren eine Einladung zum qualitätsgesicherten Mammographie-Screening. Bis Ende 2007 soll allen Frauen dieser Altersgruppe ein solches Angebot zur Verfügung stehen.

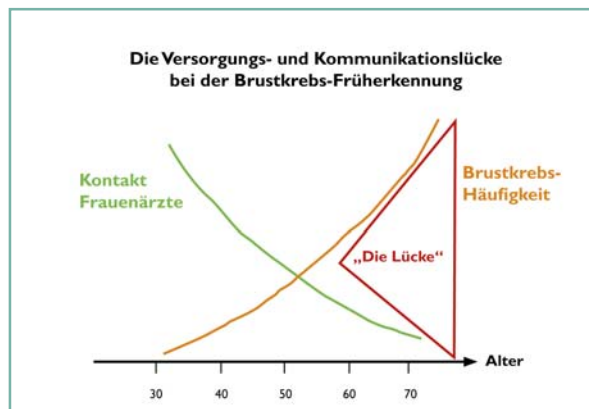


Abbildung 8: Die Versorgungs- und Kommunikationslücke bei Brustkrebs-Früherkennung (Naß-Griegoleit, I. Brustgesundheit – Erwartungen an die ärztliche Betreuung, Gynäkologe 2002; 35: 1117-1120 (3)).

Aus den in 2001 begonnenen Modell-Projekten in den Regionen Wiesbaden/Rheingau-Taunuskreis, Bremen und Weser-Ems sind Ende 2006 die Ergebnisse publiziert worden (4). Diese Ergebnisse zeigen, dass eine Einführung des Mammographie-Screenings ohne Qualitätseinbußen in Deutschland machbar ist. Die Teilnahmequote betrug in den drei Regionen 53% in der ersten Einladungsrunde, in der zweiten waren es 59%. Ziel eines bevölkerungsbezogenen Screenings ist es, 70% der Frauen zu erreichen. Diese Teilnahmequote wurde allerdings zu Beginn des Screenings in keinem europäischen Land erreicht.

Die Brustkrebsentdeckungsrate lag in den drei Modellregionen zwischen 8,3 und 9,4 (je 1000 Frauen) und damit oberhalb des Schwellenwertes von 7,5 für das Erstscreening.

Die Stadienverteilung der im Screening entdeckten Karzinome zeigt eine Verschiebung zugunsten früherer Stadien. Damit bestehen für die teilnehmenden Frauen bessere Prognosen für ein langfristiges Überleben bei häufig weniger belastenden Therapien.

Der Anteil der in-situ-Karzinome lag in allen drei Regionen bei ca. 20%. Der Anteil der invasiven Karzinome unter 15 Millimeter lag zwischen 58,1 und 70,3% und damit ebenfalls oberhalb der Vorgabe von mindesten 50%.

Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass sich durch die Einführung des qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings die Brustkrebssterblichkeit in Deutschland senken lassen kann.

Das medizinische Dilemma: Duktales Carcinoma in situ

Die Daten aus anderen Ländern bezüglich eines häufiger diagnostizierten duktales Carcinoma in situ (DCIS) im Rahmen eines Screenings haben sich durch die Modellprojekte auch für Deutschland bestätigt. Kritiker weisen immer wieder darauf hin, dass sich nicht alle Carcinoma in situ zu wirklichen Tumoren entwickeln. Aber wer will das im Einzelfall vorhersagen? Einige Experten schätzen die Entartungsrate auf 50%. Wenn ein DCIS diagnostiziert wird, wird es auch behandelt. Letztlich ist damit mit einer Überdiagnose auch immer eine Übertherapie verbunden.

Wir halten es für dringlich erforderlich, dass Frauen, die zum Screening eingeladen werden, über dieses ungelöste Problem aufgeklärt werden. Die von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie entwickelten Unterlagen, die mit den Einladungen an die Frauen verschickt werden, erwähnen diese Problematik bisher nicht.

Noch zu lösende Versorgungsprobleme

- Bis Ende 2006 erhielten erst 49% der 10 Millionen anspruchsberechtigten Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ein Angebot zum Mammographie-Screening. Ein flächendeckendes, qualitätsgesichertes Mammographie-Screening wird erst Ende 2007 erreicht werden.
- Bei der Diagnose Brustkrebs im Zusammenhang mit dem Screening muss eine Anbindung an ein zertifiziertes Brustzentrum gewährleistet werden. Selbst wenn vor Ort kein zertifiziertes Brustzentrum vorhanden ist, sollte den Frauen obligatorisch eine Liste mit diesen Zentren zur Verfügung gestellt werden.
- Trotz steigender Brustkrebsinzidenz nach dem 69. Lebensjahr wird Frauen über 70 Jahre bisher kein qualitätsgesichertes Screening als Kassenleistung angeboten. Eine Lösung für dieses Problem könnte darin liegen, dass diese Frauen sich selbst zum Screening anmelden können. Es kann erwartet werden, dass insbesondere Frauen, die bis zu ihrem 69. Lebensjahr am Screening teilgenommen haben, dieses auch nach Vollendung des 70. Lebensjahres in Anspruch nehmen möchten. Auf diese Problematik wird ausführlich im Artikel von K.-D. Schulz et. al. eingegangen (5).
- Die Diskussionen über den Nutzen und das Risiko eines

Screenings für Frauen zwischen 40 und 49 Jahren sind noch nicht abgeschlossen. In Lancet 2006; 368:2053-2060 wurden neue Daten zu dieser Problematik publiziert (6). Obwohl eine – nichtsignifikante – Senkung der Brustkrebssterblichkeit um 17% gezeigt werden konnte, erhielten im Zusammenhang mit dem Screening 23% der regelmäßig untersuchten Frauen ein falsch positives Ergebnis. Für fast jede 4. Frau gab es somit einen unnötigen falschen Alarm mit allen negativen psychischen Konsequenzen.

S3-Leitlinie „Brustkrebsfrüherkennung“ zur Zeit in Überarbeitung

Die in 2003 publizierte S3-Leitlinie „Brustkrebsfrüherkennung“ befindet sich z.Z. in Bearbeitung. Eine Publikation ist frühestens Ende 2007 zu erwarten. Bei dieser Leitlinie ist die Chance gegeben, auf Probleme wie Altersgrenzen, DCIS, Bedeutung der Selbstuntersuchung und andere kritische Aspekte einzugehen. Das gilt auch für die Verwendung von Zahlen (absolute Zahlen versus Prozentwerte).

In einer speziellen überarbeiteten Frauenleitlinie sollen Frauen auf der Basis dieser neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse in einer verständlichen, sachlichen und neutralen Form auf die Möglichkeiten der Brustkrebsfrüherkennung hingewiesen werden. Kritische Aspekte sind in dieser Leitlinie ebenfalls zu diskutieren.

Wichtig für die S3-Leitlinie ist jedoch, dass sie Eingang in den praktischen Alltag findet. Insbesondere gilt für die Frauenleitlinie, dass neben einer wissenschaftlichen Publikation eine Version erstellt wird, die von Frauen verstanden werden kann und die Basis liefert, sich mit ihren Ärztinnen und Ärzten zu beraten und dann eine informierte Entscheidung treffen zu können. Die Frauenleitlinie soll auch dazu beitragen, dass Frauen mit steigender Brustkrebsinzidenz altersspezifische Angebote häufiger als bisher wahrnehmen.

Die neue Gesundheitsreform – Konsequenzen für die Früherkennung

Nach der neuen Gesundheitsreform wird die „Chronikerregelung“ (§ 62 SGBV) an die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen gebunden. Nach dieser Regelung können von den reduzierten Belastungsgrenzen nur diejenigen profitieren, die vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss näher zu bestimmenden Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben. Wir halten diese Regelung für den falschen Weg. Auch bei einer qualitätsgesicherten Mammographie werden immer noch ca. 10% der Karzinome übersehen. Das Problem der Intervallkarzinome ist noch nicht einmal ansatzweise untersucht. In der Altersgruppe der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren wird der Nutzen höher als das Risiko eingeschätzt. Trotzdem kann die einzelne Frau für sich die Risiken (und ungelösten Probleme, z.B. DCIS) und den persönlichen Nutzen unterschiedlich bewerten.

Die im Gesundheitssystem langsam akzeptierte Patientensouveränität, auch unterstützt von der Bundesregierung, wird damit in Frage gestellt. Damit würden die in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe, wie „Empowerment“, „informed consent“ und „partizipative Entscheidungsfindung“ zu Worthülsen ohne Wert. Zielführender wäre stattdessen, zielgruppenorientierte und nicht von Interessen geleitete Informationskonzepte auszubauen. Sonst wird eine „Einladung“ zum Mammographie-Screening zu einer „Vorladung“.

Literatur:

- (1) Tumorregister München www.tumorregister-muenchen.de
- (2) WHC-Studie: Vorsorge- und Präventionsverhalten von Frauen im Alter von 40 bis 75 Jahren, unter besonderer Berücksichtigung der Brustgesundheit“, 2002
- (3) Naß-Griegolet I. Brustgesundheit – Erwartungen an die ärztliche Betreuung, Gynäkologie 2002; 35: 1117-1120
- (4) Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Update 10.11.2006
- (5) K.-D. Schulz et. al. Brustkrebsfrüherkennung im fortgeschrittenen Lebensalter – ein ungelöstes medizinisches und gesundheitspolitisches Problem. J. Menopause 2004; Heft 2:4-9
- (6) Sue Moss et. al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. Lancet 2006; 368:2053-2060

Irmgard Naß-Griegolet

Women's Health Coalition
e.V. (WHC), Berlin
- Präsidentin -
Tel.: 06151-601411 oder 0172-6118343
Fax: 06151-953339
e-mail: whc_nassde@yahoo.de
www.w-h-c.de
Darmstädter Büro:
Heidelberger Landstraße 22
64297 Darmstadt



Die Autorin ist Präsidentin der Women's Health Coalition e.V., einer 1997 von Frauen verschiedener Berufsgruppen gegründeten gemeinnützigen Organisation.

Die Women's Health Coalition e.V. setzt sich insbesondere auf gesundheitspolitischer Ebene für die Durchsetzung einer geschlechtsspezifischen Medizin in Forschung, Aus- und Weiterbildung und Versorgung ein. Konkrete Projektarbeit: Brustkrebsfrüherkennung, Brustkrebs, Osteoporose, Harninkontinenz und Patientenrechte.

Die Autorin ist Mitglied der Planungskommission und Konsensusgruppe „Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung“ und Mitglied der Konsensusgruppe „Leitlinie Brustkrebs - Diagnose, Therapie und Nachsorge“.