

12 Jahre Mammographie-Screening – und mit welchem Resultat?

Von Sigrid Schellhaas, HP

In der Bundesrepublik Deutschland läuft im Moment das weltweit größte Brustkrebs-Screening-Programm. In der Wissenschaft ist es heftig umstritten. Nach einem Artikel im *England Journal of Medicine* von Prof. Dr. Nikola Biller Andorno, Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik an der Universität Zürich und Prof. Dr. Peter Jüni, Direktor des ISPM (Institut für Sozial- und Präventivmedizin) an der Universität Bern, ist es wieder in die öffentliche Debatte geraten.

Auch bei uns haben diese Mitteilungen wieder Diskussionen ausgelöst. Doch wo steht die Frauengesundheitsbewegung heute?

Die Frage: Erfüllt das Mammographie-Screening die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit?

Resümee:

Die als Kassenleistung eingeführte Röntgen-Reihenuntersuchung (Mammographie-Screening) alle zwei Jahre bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren und die hierfür eingerichteten Mammographie-Zentren haben die Qualität der Brustkrebsdiagnostik insgesamt verbessert. Parallel hierzu hat es eine Veränderung der Leitlinien in der Therapie und die Einrichtung von Kliniken als Brustkrebs-Zentren mit erhöhten Qualitätsanforderungen gegeben. Dennoch, die Evaluation des Screenings hinkt hinterher. Noch lange nicht alle Zahlen sind der Öffentlichkeit zugänglich.

Wir brauchen eine andere Forschung, andere Blickwinkel, Brustgesundheit statt Röntgenstrahlen

In der Zwischenzeit hat sich die Welt weiter gedreht. Heute gibt es z.B. bessere Ultraschallgeräte, die keine ionisierende Strahlung, also keine Nebenwirkung, in der Diagnose haben. Auch gibt es andere Diagnosemethoden wie z.B. MR Elastographie, MRT, Thermographie und Infrarotanalytik. Das sind alles Verfahren, zu denen keine großen Studien gemacht wurden. Manche zeigen allerdings Störungen im Brustbereich frühzeitig (vor einem sichtbaren Tumorgeschehen) und geben damit die Chance, nachhaltig zu therapieren.

Früherkennung verbessert die Lebenserwartung am Beispiel des duktales Carcinoma in situ (DCIS)

Die grundsätzlichsste Frage ist, ob eine Früherkennung mit Mammographie zur Verbesserung der Therapie beigetragen hat, konkret: ob sie die Sterblichkeit durch die Erkrankung an Brustkrebs senkt. (Erwartungshaltung: Erkennung in einem frühen Tumorstadium, braucht weniger belastende Therapien und hat mehr Heilungschancen.)

Z.B gibt es intensive Diskussionen in Fachkreisen über DCIS. Ein duktales Carcinoma in situ ist keine Krebserkrankung, sondern eine Veränderung von Zellen in den Milchgängen. Diese Zellen wandern nicht in das umgebende Gewebe, d.h. es handelt sich um eine nicht-invasive Veränderung. DCIS wird oft als eine Vorstufe von Brustkrebs bezeichnet, jedoch entwickelt sich hieraus bei den meisten Frauen kein invasiver Brusttumor. Nur bei ca. 20 - 30 % der Frauen, deren DCIS bekannt und nicht behandelt wurden, entwickelte sich hieraus eine Brustkrebserkrankung. Derzeit kann nicht vorhergesagt werden, bei welchen Frauen sich aus einem DCIS Brustkrebs entwickelt und bei welchen nicht. Eine genaue Risikoabschätzung dahingehend ist nicht möglich.

Es gibt drei DCIS-Grade (sog. „Grading“), die anhand des Differenzierungsgrades der Zellen mit einer Gewebeentnahme festgestellt werden können. Unterschieden werden Grad I (niedrig), Grad II (mäßig/moderat) und Grad III (hoch). Je niedriger der Grad, desto mehr ähneln die DCIS-Zellen normalen Brustzellen und desto langsamer vermehren sie sich.

Ein DCIS wird meist aufgrund von Mikroverkalkungen entdeckt, die auf einer Röntgenaufnahme der Mammographie sichtbar sind. Duktale Carcinomae in situ sind häufig (zu 70 bis 95%) mit Kalkablagerungen im Gewebe verbunden, sie bilden nur selten einen Knoten und sind deshalb praktisch nicht durch eine Tastuntersuchung zu entdecken.

Um eine bösartige Erkrankung auszuschließen, wird meist eine Gewebeentnahme (Biopsie) mit anschließender histologischer Untersuchung durchgeführt. Manchmal wird ein DCIS auch als Zufallsbefund bei der Entfernung eines gutartigen Knotens entdeckt.

Eine Frau mit DCIS ist nicht krank. Sie hat einen Befund und keine Symptome. Die vielleicht durchgeführte OP ist eine Vorbeugemaßnahme.

Während es vor 1980 nur selten diagnostiziert wurde, stellt DCIS aufgrund steigenden Einsatzes der Screening-Mammographie mittlerweile 25 % aller Brustkrebs-Diagnosen dar. Seit Einführung des Mammographie-Screenings hat sich die Anzahl der DCIS-Diagnosen um rund 20 % erhöht.

Was ist die Diagnose Krebs/Mammakarzinom und wann ist sie korrekt?

Eine Forderung der Frauengesundheitsbewegung sollte es sein, den Namen der Diagnose zu ändern und so den Druck bei den Frauen zu reduzieren. Frauen nach Knipsbiopsie sind verunsichert. Je kleiner der Befund, je weniger Therapie, umso ängstlicher sind die Frauen in den Beratungszentren. Ein Paradigmenwechsel ist notwendig.

Es gibt Hinweise, dass sowohl mit Chemotherapie als auch mit Antihormonen übertherapiert wird. So ist uns auch bekannt, dass in ein und derselben Klinik unterschiedliche Therapien bei gleicher Diagnose angeboten werden.

Weitere Forderungen

Die minimalste Forderung, die die Frauengesundheitsbewegung stellen muss, ist, dass die erreichte Qualität in der Brustuntersuchung in allen Praxen der Patientin zur Verfügung steht. Qualitätssicherung als Muss.

Weiterhin muss die Offenlegung der Zahlen gefordert werden.

Was wir aber wirklich brauchen, ist das Wissen um die Pflege der Brust.

Hierzu gehört auch die Vermeidung Brustkrebs auslösender Substanzen und Belastungen. Hier braucht es Aufklärung, Forschung und naturheilkundliches Wissen.