

Studie belegt hohe Akzeptanz des Mammographie-Screenings bei Frauen

Ergebnisse der ersten repräsentativen Studie in Deutschland

I. Naß-Griegolet¹, B. Schultz-Zehden², M. Klusendick³, J. Diener³, H. Schulte⁴

2002 wurde die Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings im Deutschen Bundestag beschlossen, 2008 haben fast alle Screening-Einheiten ihre Arbeit aufgenommen. Damit wird Frauen der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre flächendeckend diese Früherkennungsmaßnahme angeboten. Wie aber sehen die Frauen dieses Programm? Welche Einstellungen haben sie dazu, welche Erfahrungen haben sie gemacht? Und welche Konsequenzen sollten daraus für die Zukunft gezogen werden?

Nach letzten für Deutschland vorliegenden Daten erkrankten im Jahr 2004 insgesamt 57.230 Frauen an Brustkrebs, 17.592 starben daran (RKI/ GEKID, 2008) (1). Das durchschnittliche Lebensalter bei Erkrankung liegt bei 63 Jahren. Die Brustkrebsinzidenz steigt mit dem Alter: Etwa 80% der Erkrankungen treten jenseits des 50. Lebensjahres auf, etwa 50% entfallen auf Frauen zwischen 50 und 69 Jahren.

Im Jahr 2002 beschloss der Deutsche Bundestag die Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings nach europäischen Leitlinien. Mit diesem Beschluss sollte das bis dahin übliche „graue Screening“ abgelöst werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde beauftragt, Richtlinien für die Einführung in Deutschland zu erarbeiten. Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie erhielt den Auftrag, die entsprechenden Strukturen in Deutschland aufzubauen.

Bei einem qualitätsgesicherten Mammographie-Screening kann bei Frauen in der Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren und einer Teilnahmequote von 70% (2) davon ausgegangen werden, dass eine Reduktion der Brustkrebssterblichkeit um etwa 25% erreicht werden kann und bei den tatsächlich teilnehmenden Frauen um etwa 35%.

In Deutschland sind 10,4 Millionen Frauen berechtigt, alle zwei Jahre an einem qualitätsgesicherten Mammographie-Screening als Kassenleistung teilzunehmen (3).

Im Lauf des Jahres 2008 haben nahezu alle 94 Screening-Einheiten ihre Arbeit aufgenommen. Das qualitätsgesicherte Mammographie-Screening als wichtigste Früherkennungsmaßnahme zur Entdeckung von Brustkrebs stellt ein Novum in der gesundheitspolitischen Landschaft dar. Mit den Screening-Einheiten sind neue Strukturen im Gesundheitssystem geschaffen worden. Die schriftliche Einladung zum Mammographie-Screening ist ebenfalls ein Novum.

Um die Sichtweise der anspruchsberechtigten Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren zum qualitätsgesicherten Mammographie-Screening erstmalig in Deutschland zu untersuchen und Er-

kenntnisse für die Weiterentwicklung des Screenings zu erhalten, haben die Women's Health Coalition und die Frauenselbsthilfe nach Krebs mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Studie initiiert und durchführen lassen.

Mit der Durchführung der Studie wurde das Compagnon Marktforschungsinstitut beauftragt. Die Studie wurde in Abstimmung mit der Kooperationsgemeinschaft Mammographie in zehn Bundesländern durchgeführt, in denen das Screening seit mindestens einem Jahr angelaufen war. Für diese zehn Bundesländer wurde die Studie repräsentativ angelegt (für Frauen, die deutsch lesen und schreiben können).

Zielsetzung der Studie

- Ermittlung von Motivatoren und Inhibitoren für die Teilnahme am qualitätsgesicherten Mammographie-Screening.
- Erste Erfahrungen von Teilnehmerinnen am Screening.
- Identifizierung von Wissens- und Informationsdefiziten für weitere strategische Kommunikationsmaßnahmen.

Methodik

Um die Sicht- und Denkweisen von Frauen vorurteilsfrei zu ermitteln, wurden in einer qualitativen Vorstufe 20 Tiefeninterviews mit Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren durchgeführt. Das einzelne Interview hatte eine Dauer von 75 bis 90 Minuten und wurde anhand eines Gesprächsleitfadens durchgeführt. Die Erhebung dieser qualitativen Interviews erfolgte mit Hilfe der Motivationsstrukturanalyse (MSA), einem psychologischen Erhe-

¹ Women's Health Coalition, Berlin

² Referenzzentrum Mammographie Berlin

³ Compagnon Marktforschungsinstitut, Stuttgart

⁴ Frauenselbsthilfe nach Krebs, Bonn

bungs- und Auswertungsinstrument, mit dem individuelle Entscheidungsprozesse hierarchisch abgebildet werden können. In der Erhebungsphase kommen spezielle Gesprächstechniken (Assoziationskette, Rückbesinnung und Laddering-Verfahren) zum Einsatz. Die Analyse der Gespräche erfolgt anhand psychologisch-analytischer Auswertungsschemata, aus denen gesamtheitliche Entscheidungsstrukturen generiert werden können.

Aufbauend auf den Erkenntnissen dieser Vorstufe wurde eine postalische Befragung bei einer repräsentativen Stichprobe von Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren durchgeführt. Zum Einsatz kam ein sechsseitiger strukturierter Fragebogen, der alle relevanten Inhalte abdeckte und vor Beginn der Feldarbeit bei 100 Frauen im Hinblick auf Dauer und Verständlichkeit getestet wurde.

Die statistische Datenanalyse erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS. Dabei kamen univariate, bivariate und multivariate Datenanalyseverfahren (Faktorenanalysen, Clusteranalysen) zum Einsatz.

Die Tiefeninterviews fanden in Frankfurt und Köln im Juli 2008 statt. Die Feldarbeit der quantitativen Hauptstufe erfolgte im Zeitraum von September bis Ende November 2008.

Für die quantitative Befragung wurden über 68.000 Haushalte auf der Basis von zufallsermittelten Telefonbucheinträgen kontaktiert. Hieraus wurde dann eine repräsentative Stichprobe von 9.004 Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren rekrutiert. In der telefonischen Befragung wurde ermittelt, wie viele Frauen bereits eine Einladung zum Screening erhalten haben und wie viele davon teilgenommen oder sich gegen eine Teilnahme entschieden haben. An alle 9.004 Frauen wurde dann der sechsseitige strukturierte Fragebogen verschickt. Der Rücklauf der Fragebögen lag bei 36% (ohne Nachfassaktion und ohne Incentives). Es konnten

insgesamt 3.226 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden.

Ergebnisse

■ Einladungsquote – Teilnahmequote – Versorgungsquote

Von 9.004 telefonisch befragten Frauen haben 56% eine Einladung zum Mammographie-Screening erhalten. 38% der Frauen sind zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht eingeladen worden und 6% der Frauen haben sich selbst eingeladen. Zwei Drittel der eingeladenen Frauen haben am Screening teilgenommen, 34% haben sich gegen eine Teilnahme entschieden (s. Abb. 1). Da bisher auch in den Regionen, in denen das Screening seit mehr als einem Jahr angelaufen ist, nicht alle Frauen eine Einladung erhalten haben, ergibt sich zum Zeitpunkt der Befragung eine Versorgungsquote des Screenings von 38% (Berücksichtigung von Einladungsquote und Teilnahmequote). Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf die schriftliche Befragung.

■ Einstellungen zu Brustkrebs – Risikoeinschätzung

Im Ranking der von den befragten Frauen als „besonders schlimm“ empfundenen Erkrankungen nimmt Brust-

krebs nach Schlaganfall (1. Position) und Alzheimer/Demenz (2. Position) den 3. Rangplatz ein. An 4. Stelle in der Bedrohungsskala steht Darmkrebs, gefolgt vom Herzinfarkt (5. Rangplatz).

Als Hauptfaktor für die Entstehung von Brustkrebs wird von nahezu allen Frauen die erbliche Vorbelastung angesehen. Knapp 90% der Frauen sind der Meinung, dass Brustkrebs in jedem Alter auftreten könne. 60% der Frauen wissen nicht, dass Brustkrebs und Alter in einem Zusammenhang stehen. Zwei Drittel der Befragten halten Rauchen, eine längerfristige Hormontherapie und ein schwaches Immunsystem für Brustkrebs-Risikofaktoren.

■ Stellenwert des Mammographie-Screenings im Vergleich zu anderen Früherkennungsmethoden

Das Mammographie-Screening wird von allen Früherkennungsmaßnahmen als sicherste Untersuchungsmethode eingeschätzt, gefolgt von der Ultraschalluntersuchung. Die Tastuntersuchung der Brust durch die Frauenärztin/den Frauenarzt wird etwas sicherer eingeschätzt als das regelmäßige eigene Abtasten der Brust.

Qualitätsgesichertes Mammographie-Screening – Teilnahmequote und Versorgungsquote

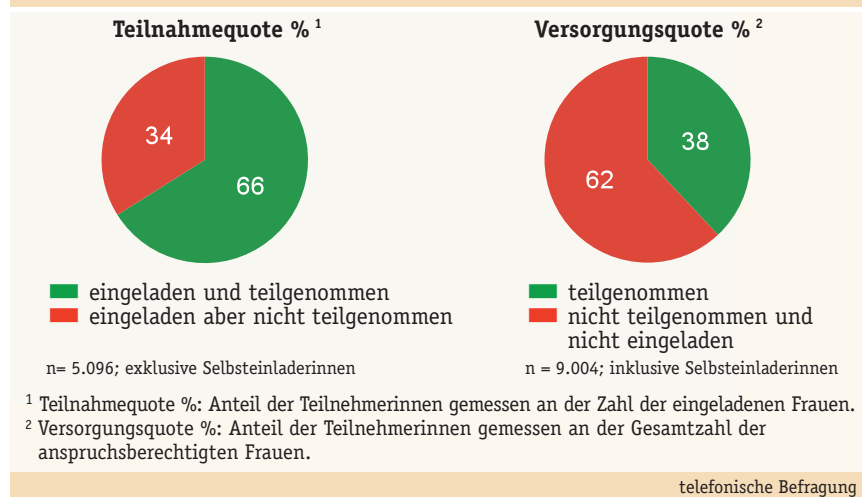


Abb. 1: Zwar haben 66% der eingeladenen Frauen am Mammographie-Screening teilgenommen, da aber nicht alle anspruchsberechtigten Frauen eine Einladung erhalten haben, liegt die Versorgungsquote nur bei 38%.

Fast alle Frauen (91%) haben bereits vor der Einführung des Screenings Erfahrungen mit Mammographie-Untersuchungen gemacht. Bei den meisten Frauen (77%) wurde die Mammographie ohne Verdacht oder abklärungsbedürftigen Befund auf Empfehlung der Ärztin/des Arztes durchgeführt. Die Mehrzahl der Frauen hat sich mehrmals einer Röntgenuntersuchung der Brust unterzogen.

■ Motivatoren – Inhibitoren für eine Teilnahme am Mammographie-Screening

In der Faktorenanalyse zeigte sich, dass die empfundene Sicherheit der Untersuchungsmethode und die erlebte Professionalität im Screening-Zentrum vorwiegend die positive Einstellung zum Mammographie-Screening bestimmen. Dahinter stehen sowohl emotionale Aspekte (gibt mir ein gutes Gefühl, Vertrauen) als auch rationale Überlegungen (erhöht die Heilungschancen, gibt mir durch die Beurteilung von zwei Experten Ver-

trauen, hat für mich einen höheren Nutzen im Vergleich zum Risiko der Strahlenbelastung).

Auf der kritischen Seite zum Mammographie-Screening sind Faktoren wie Unsicherheit der Methode (übersieht manche Brustkrebsarten, liefert falsche Befunde), Bevormundung/Fremdbestimmung (Terminvorschlag ist bevormundend, keine Erleichterung der Teilnahme durch Einladung), aber auch Verdrängung, Angst und Distanz zur Schulmedizin zu finden. Die Kritik zu diesen Punkten fällt bei den Befragten jedoch vergleichsweise gering aus und wird stärker von Nichtteilnehmerinnen geäußert.

■ Einstellungstypen zum Mammographie-Screening – Verhaltensrelevanz

Mit Hilfe einer Clusteranalyse konnten fünf Einstellungstypen zum Mammographie-Screening ermittelt werden (s. Abb. 2). „Die Befürworterin“ stellt mit 38% der Befragten die

größte Gruppe dar. „Die Risikobewusste“ hat einen Anteil von 26%. Beide Gruppen stehen dem Screening positiv gegenüber und bilden damit fast zwei Drittel der Gesamtpopulation der anspruchsberechtigten Frauen. Auf die beiden kritischen Gruppen „die Ablehnerin“ und „die Verdrängerin“ entfallen jeweils 8% der Befragten. Die Gruppe „die Ambivalente“ mit einem Anteil von 20% weist in einigen Aspekten positive Einstellungen, in anderen dagegen distanzierter bzw. kritische Einstellungen auf.

„Die Befürworterin“ – 38% der Befragten

Frauen dieser Gruppe haben insgesamt die positivste Einstellung zum Mammographie-Screening. Besonders hoch ist die Bewertung hinsichtlich: Frühdiagnose erhöht die Heilungschancen; das gute Gefühl, alles für die Gesundheit der Brust zu tun; die Beurteilung der Mammographie durch zwei Experten. Der Nutzen des Screenings wird höher eingeschätzt als das

Einstellungstypen zum Mammographie-Screening

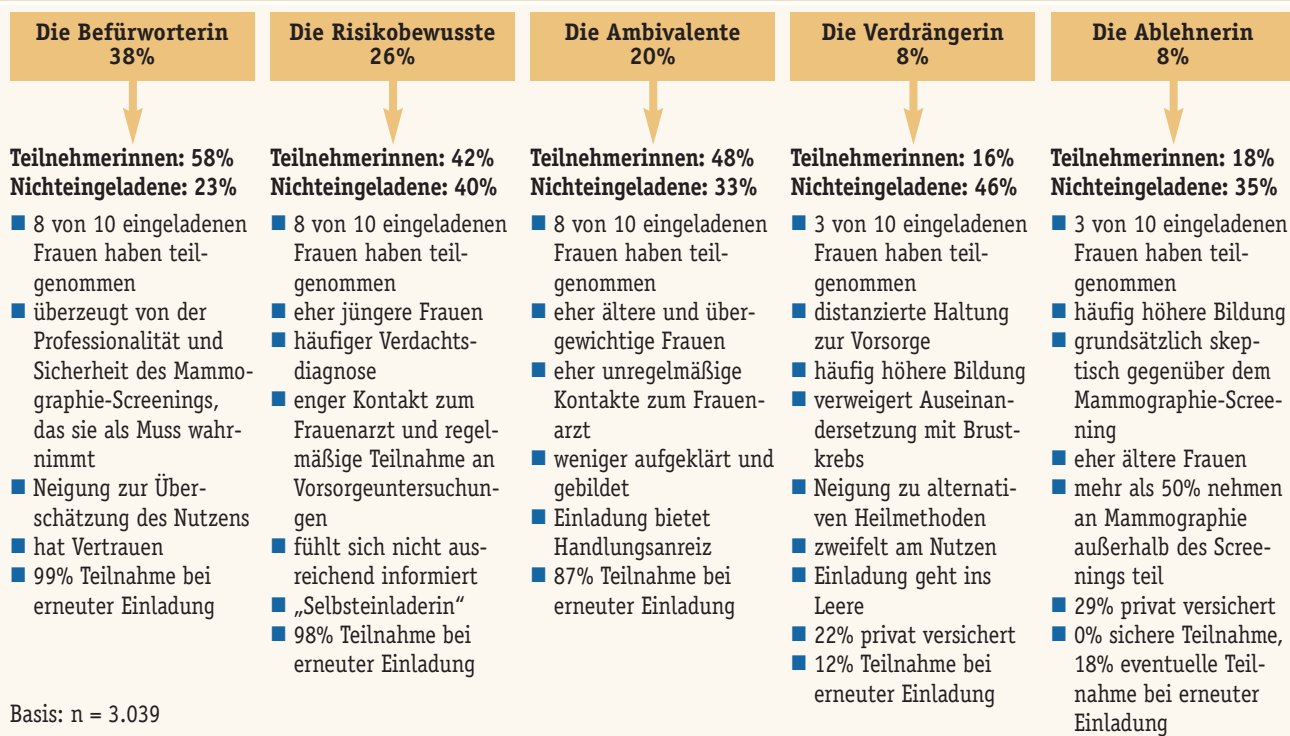


Abb. 2: Bei der Clusteranalyse kristallisierten sich fünf Einstellungstypen heraus, die sehr unterschiedlich zum Thema Mammographie-Screening stehen.

Risiko der Strahlenbelastung. Für sie ist das Screening ein „Muss“. Die Einladung zum Screening mit Terminvorschlag wird ebenfalls positiv bewertet. Gegenüber Frauen in den anderen Clustern überschätzt sie den Nutzen der Mammographie: „Gibt mir größtmöglichen Schutz vor Brustkrebs“. Brustkrebs wird von diesen Frauen signifikant häufiger als bedrohliche Erkrankung eingestuft.

80% dieser Frauen haben in den letzten zwölf Monaten eine Frauenärztin/einen Frauenarzt konsultiert. Die positive Einstellung korreliert auch mit dem Verhalten dieser Gruppe: Acht von zehn eingeladenen Frauen haben sich für eine Teilnahme am Mammographie-Screening entschieden. Nahezu alle (99%) würden bei der nächsten Einladung wieder am Screening teilnehmen.

„Die Risikobewusste“ – 26% der Befragten

Frauen in dieser Gruppe sind eher jünger und schätzen Brustkrebs signifikant häufiger als bedrohliche Erkrankung und ihr persönliches Erkrankungsrisiko gegenüber allen anderen Gruppen am höchsten ein. Frauen dieser Gruppe stehen dem Screening etwas kritischer gegenüber als die Befürworterinnen. Die Erhöhung der Heilungschancen durch eine frühe Diagnose und die Beurteilung der Mammographie durch zwei Experten werden positiv beurteilt. Die Teilnahme am Screening ist für diese Frauen ein „Muss“. Die Einladung zum Screening mit Terminvorschlag wird ebenfalls positiv gesehen. Sie fühlen sich allerdings nicht ausreichend über das Mammographie-Screening informiert.

79% dieser Frauen konsultierten in den letzten zwölf Monaten eine Frauenärztin/einen Frauenarzt. 92% haben Erfahrungen mit Mammographie-Untersuchungen, bei 20% standen diese Untersuchungen im Zusammenhang mit einer Verdachtsdiagnose. Acht von zehn eingeladenen Frauen haben am Screening teilgenommen. Nahezu alle (98%)

werden auch bei der nächsten Einladung eine positive Entscheidung für das Screening treffen.

„Die Ambivalente“ – 20% der Befragten

Frauen dieser Gruppe beurteilen das Screening besonders positiv hinsichtlich folgender Punkte: eine frühe Diagnose erhöht die Heilungschancen, die Beurteilung der Mammographie durch zwei Experten gibt Vertrauen und das Screening wird als professioneller empfunden als die Vorsorge beim Frauenarzt. Diese Frauen fühlen sich verpflichtet, am Screening teilzunehmen. Die Einladung zum Mammographie-Screening bietet für sie einen Handlungsanreiz. Auch bei den Ambivalenten gibt es eine Neigung zur Überschätzung des Nutzens der Mammographie. 90% der Ambivalenten haben Erfahrungen mit Mammographie-Untersuchungen.

Frauen dieser Gruppe nehmen die Vorsorgeuntersuchungen bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt signifikant seltener in Anspruch. 64% haben zwar innerhalb der letzten zwölf Monate einen Frauenarzt/eine Frauenärztin besucht, aber 14% dieser Frauen waren das letzte Mal vor drei bis fünf Jahren beim Frauenarzt.

In diesem Cluster sind überproportional ältere Frauen (65–69 Jahre) und übergewichtige Frauen zu finden mit regelmäßigen Kontakten zum Hausarzt. Diese Frauen weisen einen niedrigeren Bildungsgrad auf, nutzen das Internet signifikant seltener und sind fast immer gesetzlich versichert. Acht von zehn eingeladenen Frauen haben sich für eine Teilnahme am Screening entschieden. 87% würden bei einer erneuten Einladung am Screening teilnehmen.

„Die Verdrängerin“ – 8% der Befragten

Unter den Verdrängerinnen sind Frauen mit höherem Bildungsgrad zu finden. Sie haben aber im Gegensatz zur Ablehnerin eine grundsätzlich distanzierte Haltung gegenüber Vorsor-

geuntersuchungen: 36% dieser Frauen nehmen gar keine Vorsorgeuntersuchungen bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt in Anspruch, 28% waren das letzte Mal vor mehr als drei bis fünf Jahren bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt. Damit unterscheiden sie sich signifikant von den anderen Gruppen. Frauen dieser Gruppe schätzen Brustkrebs signifikant seltener als bedrohliche Erkrankung ein. Ihr persönliches Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, wird ebenfalls signifikant niedriger eingeschätzt. Diese Frauen haben im Vergleich zu den anderen Gruppen die geringste Erfahrung mit Mammographie-Untersuchungen.

Die Beurteilungen der Verdrängerinnen bezüglich des Screenings bewegen sich häufig im mittleren Bereich der Beurteilungsskala, eine klare Position wird vermieden. Drei von zehn eingeladenen Frauen haben am Screening teilgenommen. Nur 12% würden bei erneuter Einladung teilnehmen.

„Die Ablehnerin“ – 8% der Befragten

Die Ablehnerinnen haben signifikant häufiger einen hohen Bildungsgrad und sind auch signifikant häufiger privat versichert. Diese Frauen schätzen ihr persönliches Brustkrebsrisiko durchschnittlich ein, obwohl bei ihnen häufiger eine Verdachtsdiagnose gestellt wurde. Mehr als die Hälfte dieser Frauen nehmen Mammographie-Untersuchungen außerhalb des Screenings wahr („Ist für mich überflüssig, da ich eh’ regelmäßig zur Mammographie gehe.“).

Ablehnerinnen des Screenings stehen jedoch der Vorsorge grundsätzlich positiv gegenüber: 60% nehmen regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. 87% haben in den letzten zwölf Monaten eine Frauenärztin/einen Frauenarzt aufgesucht. Frauen dieser Gruppe haben eine enge Bindung an ihre Frauenärztin bzw. ihren Frauenarzt.

Die Ablehnung des Mammographie-Screenings durch diese Frauen ent-

steht eher aus dem individuellen Empfinden, gut versorgt zu sein, als aus einer negativen Einstellung zum Mammographie-Screening. Auch für die Ablehnerin gilt, dass eine frühe Diagnose die Heilungschance erhöht. Die Beurteilung durch zwei Experten wird von diesen Frauen ebenfalls positiv eingeschätzt. Drei von zehn eingeladenen Frauen haben am Screening teilgenommen. Nur 18% der Befragten dieser Gruppe würden vielleicht bei einer erneuten Einladung teilnehmen.

■ Teilnehmerinnen – Nichtteilnehmerinnen

Eine Charakterisierung der Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen nach den oben dargestellten Clustern ergibt folgendes Bild:

Die Teilnehmerinnen setzen sich überwiegend aus Befürworterinnen des Screenings (48%) und Risikobewussten (24%) zusammen. 21% der Teilnehmerinnen entfallen auf die Ambivalenten. Die Ablehnerinnen und die Verdrängerinnen sind erwartungsgemäß mit marginalen Anteilen von jeweils 3% vertreten.

35% der Nichtteilnehmerinnen bestehen aus Ablehnerinnen (20%) sowie Verdrängerinnen (15%). Unter den Nichtteilnehmerinnen sind die Befürworterinnen des Screenings mit 29%, die Risikobewussten und die Ambivalenten mit jeweils 18% vertreten. Das bedeutet, dass unter den Nichtteilnehmerinnen auch Frauen zu finden sind, die dem Screening positiv gegenüberstehen und durch geeignete Maßnahmen motiviert werden könnten, am Screening teilzunehmen. 20% der Befürworterinnen haben noch nicht am Screening teilgenommen, aber zur Zeit der Befragung bereits einen Termin vereinbart.

Bei einer Betrachtung der Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen nach ihrer Bewertung hinsichtlich einzelner Einstellungskriterien zeigen sich weitgehende Übereinstimmungen bei folgenden Statements:

- Durch die frühe Diagnose erhöhen sich die Heilungschancen.
- Die Beurteilung der Mammographien durch zwei Experten schafft Vertrauen.
- Screening vermittelt das Gefühl, alles für die Gesundheit der Brust zu tun.
- Der Terminvorschlag im Einladungsschreiben wird positiv bewertet (bei den Nichtteilnehmerinnen auf einem niedrigeren Niveau).
- Der Nutzen des Screenings wird höher eingeschätzt als die Strahlenbelastung (von den Nichtteilnehmerinnen allerdings deutlich niedriger).

Kritische Einstellungen insbesondere bei Nichtteilnehmerinnen, aber auch bei Teilnehmerinnen werden durch folgende Befürchtungen begründet:

- mangelnde Information darüber, was mit den persönlichen Daten passiert,
- die Gefahr, dass manche Brustkrebsarten beim Screening übersehen werden,
- das Screening sei eine unpersönliche Massenveranstaltung (eine sehr kleine Gruppe von Frauen).

37% der Nichtteilnehmerinnen geben an, dass das Screening für sie überflüssig sei, da sie – wie bisher – regelmäßig zur Mammographie (außerhalb des Screenings) gingen.

Bezüglich der demographischen Merkmale zeigen sich bei den Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen folgende Unterschiede: Nichtteilnehmerinnen haben einen höheren Bildungsgrad, ein höheres Haushalts-Nettoeinkommen, sind doppelt so häufig privat versichert und leben häufiger in städtischen Regionen. Hinsichtlich Alter und Berufsstatus weisen Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen keine nennenswerten Unterschiede auf. Die Hälfte der Nichtteilnehmerinnen und 44% der Teilnehmerinnen nutzen das Internet als Informationsquelle.

■ Beurteilung des Mammographie-Screenings

Frauen, die am Mammographie-Screening teilgenommen haben, zeigen einen sehr hohen Zufriedenheitsgrad mit dem neuen Angebot (s. auch Abb. 3): 90% der Befragten geben an, dass sie bei der nächsten schriftlichen Einladung wieder am Screening teilnehmen würden: 89% würden ihren Freundinnen, Bekannten oder Familienangehörigen empfehlen, am Mammographie-Screening teilzunehmen.

Über 90% der Befragten beurteilen das Screening hinsichtlich folgender Aspekte positiv:

- Die Screening-Einheit war hygienisch.
- Der vereinbarte Termin wurde eingehalten.
- Das Personal machte einen kompetenten Eindruck.
- Das Personal war freundlich und zuvorkommend.
- Die Geräte vermittelten einen modernen Eindruck.

Nahezu 90% der Befragten geben an, als Person ernst genommen worden zu sein. 80% der befragten Frauen meinen, dass der Ablauf der Untersuchung gut erklärt wurde.

■ Informationsdefizite – Wissensdefizite – Unsicherheiten

Aus Sicht aller befragten Frauen wird der Wunsch nach mehr Informationen insbesondere hinsichtlich folgender Punkte geäußert (drei Themenbereiche konnten angekreuzt werden):

- Sicherheit des Befundes (61%),
- Unterschied zur bisherigen Mammographie (60%),
- gesundheitliche Risiken (52%),
- Verwendung der Daten (32%),
- Ablauf (21%),
- Zahlen und Fakten zu Brustkrebs (21%).

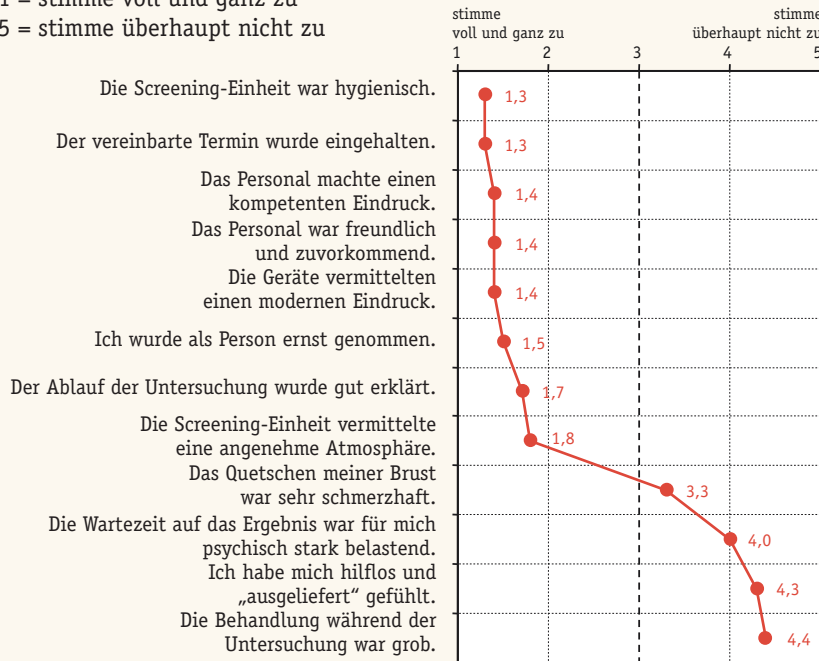
Wissensdefizite gibt es bei den Befragten hinsichtlich folgender Bereiche:

- 75% der Befragten geben an, dass das Screening größtmöglichen Schutz vor Brustkrebs bietet.

Wie wurde das Mammographie-Screening erlebt?

Frage: Wie beurteilen Sie folgende Aspekte des Mammographie-Screenings aus Ihrer Erfahrung?

1 = stimme voll und ganz zu
5 = stimme überhaupt nicht zu



Basis: n = 1.528 (nur Teilnehmerinnen). Daten in Mittelwerten, gewichtet

Abb. 3: Das qualitätsgesicherte Mammographie-Screening wird von den Teilnehmerinnen überwiegend positiv beurteilt.

- 60% der Befragten wissen nicht, dass Alter und Brustkrebs in einem Zusammenhang stehen.
- 56% sind der Meinung, dass das Mammographie-Screening Brustkrebs verhindern kann.
- Wie häufig falsche Befunde (falsch positiv oder falsch negativ) geliefert werden, konnten die Befragten nicht angeben.

Weitere Informationswünsche ergeben sich auch aus folgenden Zahlen:

- 29% aller Befragten stimmen der Aussage zu, dass das Mammographie-Screening offen lasse, was mit den persönlichen Daten passiert.
- 24% der befragten Frauen geben an, das Mammographie-Screening übersehe manche Brustkrebsarten.

■ Wichtige Rolle der Frauenärztin/des Frauenarztes

Von den angebotenen Vorsorgeuntersuchungen wird die Vorsorge-

untersuchung bei der Frauenärztin/ beim Frauenarzt am intensivsten genutzt: 89% der Befragten geben an, an Vorsorgeuntersuchungen bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt in den letzten zwei Jahren teilgenommen zu haben. Darmkrebsuntersuchungen werden dagegen nur von 48% der Befragten und Hautkrebscreening nur von 24% der Befragten in Anspruch genommen.

Drei Viertel der Befragten geben an, innerhalb der letzten zwölf Monate eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt kontaktiert zu haben. Die Frauenärztin/der Frauenarzt ist – nach Angaben der Befragten – unter den Ärzten die wichtigste Kontaktperson, um über das Mammographie-Screening zu sprechen. Die wichtige Rolle der Frauenärztin/des Frauenarztes für das Screening zeigt sich darin, dass am Screening teilnehmende Frauen signifikant häufiger (68%) als die Nicht-

teilnehmerinnen (56%) mit der Frauenärztin/dem Frauenarzt gesprochen haben (s. Abb. 4 auf S. 501).

Besucht eine Frau regelmäßig eine Frauenärztin/einen Frauenarzt und hat dieser bzw. diese eine positive Einstellung zum Screening, lässt sich aus den Daten dieser Studie eine höhere Teilnahme am Screening nachweisen. Dies trifft insbesondere bei den Befürworterinnen des Screenings und den Risikobewussten zu. Ebenso lässt sich feststellen, dass die zukünftige Teilnahme am Screening bei regelmäßigen Kontakten zur Frauenärztin/zum Frauenarzt, die/der eine positive Einstellung zum Screening hat, mit großer Wahrscheinlichkeit gegeben ist. 93% dieser Frauen würden bei einer erneuten Einladung am Screening teilnehmen.

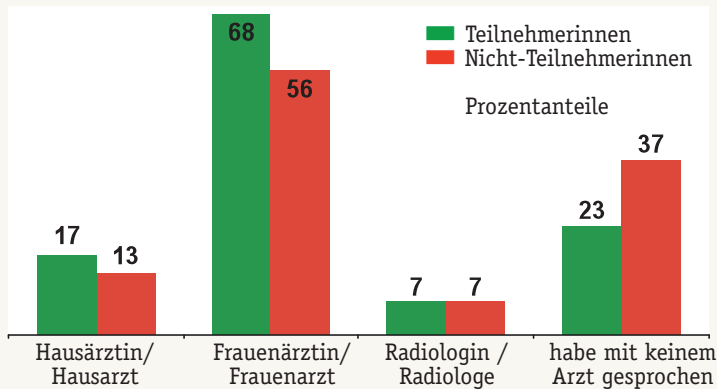
Frauenärztinnen/Frauenärzte können durch das Vertrauen, das sie bei der Mehrzahl der Frauen genießen, dazu beitragen, die Wissenslücken, Informationsdefizite und Unsicherheiten im Hinblick auf das Screening zu beseitigen. Dabei sollten Frauenärztinnen und Frauenärzte insbesondere in ihrer Beratung darauf hinweisen, dass das Brustkrebsrisiko mit dem Alter steigt. Da die Mehrzahl der Frauen fälschlicherweise der Meinung ist, dass das Mammographie-Screening Schutz vor Brustkrebs biete bzw. Brustkrebs verhindern kann, sollten Frauenärztinnen/Frauenärzte die Rat suchenden Frauen auch über die Grenzen des Screenings informieren.

Diskussion

Das qualitätsgesicherte Mammographie-Screening wird von den befragten Frauen angenommen: 66% der eingeladenen Frauen haben am Mammographie-Screening teilgenommen. Obwohl die Befragung in den zehn Bundesländern durchgeführt wurde, bei denen seit mindestens einem Jahr das Mammographie-Screening angelaufen ist, haben 38% der Befragten noch keine Einladung erhalten. Voraussetzung für die Versorgung (Teil-

Ärztliche Ansprechpartner

Frage: Mit welcher Ärztin/welchem Arzt haben Sie über das Mammographie-Screening gesprochen?



Basis: n = 1.409 (Teilnehmerinnen), n = 564 (Nicht-Teilnehmerinnen)

Abb. 4: Die Frauenärztin/der Frauenarzt ist wichtigste Kontaktperson zum Thema Mammographie-Screening.

nahmequote = Versorgungsquote) ist, dass alle anspruchsberechtigten Frauen eine Einladung erhalten.

Generell wird die Mammographie als die sicherste Methode zur Früherkennung von Brustkrebs eingeschätzt.

Die Mehrzahl der befragten Frauen (91%) hat bereits Erfahrung mit der Mammographie als Früherkennungsmethode gemacht. Bei den Teilnehmerinnen sind es sogar 99%.

Die Bewertung des qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings durch die Teilnehmerinnen ist durchweg positiv. 90% würden bei der nächsten schriftlichen Einladung wieder teilnehmen, 89% würden es ihren Freundinnen, Bekannten oder Verwandten weiterempfehlen.

Im Hinblick auf die Informations- und Wissensdefizite können Frauenärztinnen und Frauenärzte am ehesten dazu beitragen, diese zu beheben. Durch die Vertrauensposition, die Frauenärztinnen und Frauenärzte genießen, sollten diese ausgewogen über Vor- und Nachteile des Screenings informieren, damit Frauen eine informierte Entscheidung für oder gegen das Screening treffen können.

Es kann angenommen werden, dass mit Unterstützung der Frauenärztinnen/Frauenärzte und deren Ausstattung mit Informationsmaterialien (z.B. Broschüre der Kooperationsgemeinschaft, 2008) in den nächsten Jahren die angestrebte Teilnahmequote von 70% erreicht wird und eine hohe Beteiligung nachhaltig gewährleistet werden kann.

Literatur

1. Robert-Koch-Institut (Hrsg) und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg): Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten und Trends. 6. überarbeitete Auflage. Berlin 2008.
2. Becker N, Junkermann H: Nutzen und Risiko des Mammographie-Screenings. Dt Ärztebl 105 (2008) (8) 131–136.
3. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007.



Für die Autorinnen

Irmgard Naß-Griegoleit
Women's Health Coalition e.V.
Heidelberger Landstr. 22
64297 Darmstadt
whc_nassde@yahoo.de