

## Mammografie-Screening

## Tabuthema Brustdichte

Dr. med. Martina Lenzen-Schulte

**F**rauen sollen sich regelmäßig die Brüste abtasten, sie sollen ihre Termine beim Mammografie-Screening wahrnehmen, sie sollen sich aber auch kritisch mit den Grenzen und Risiken einer solchen Früherkennungsmaßnahme auseinandersetzen. Vor allem die Überdiagnostik steht hier am Pranger, davor wird eindringlich gewarnt. Auffällig still ist es hingegen, wenn man ein anderes, nicht minder brisantes Risiko anspricht – das der dichten Brust. Je mehr Drüsengewebe eine Brust nämlich enthält, desto dichter ist sie, desto „weißer“ erscheint sie im Röntgenbild und desto eher übersieht leider auch der Befunder im Screening ein Karzinom. Eine jüngste Analyse der Daten von mehr als 100 000 Frauen aus Norwegen untermauert nicht nur, dass die Mammografie bei dichten Brüsten weniger treffsicher ist, sie bestätigt zudem zwei weitere Risikofaktoren: In diesem Gewebe wachsen öfter Karzinome als in einer weniger dichten Brust. Außerdem sind Tumore in dichten Brüsten aggressiver (Seite 1332).

Im deutschen Mammographie-Screening-Programm wird die Brustdichte jedoch in der Regel nicht geprüft und den Frauen auch nicht mitgeteilt. Sie können sich die Röntgenbilder zwar geben lassen, aber welche Frau weiß schon um diese Zusammenhänge und fragt nach? Ganz anders verhält es sich beispielsweise in den USA. Dort hat Nancy Capello, deren Tumor zunächst in ihrer dichten Brust übersehen wurde, in privater Initiative durchgesetzt, dass es nun in zahlreichen Bundesstaaten sogar gesetzlich vorgeschrieben ist, nach einer Mammografie zur Früherkennung den Frauen und ihren Ärzten die Brustdichte mitzuteilen – damit sie darüber reden können, in welchem Umfang dies die Qualität der Mammografie einschränkt und welche Alternativen es gibt. Dazu taugen zum Beispiel die Magnetresonanztomografie und der Ultraschall, beides individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).

Während in Österreich die Sonografie schon fester Bestandteil des Brustkrebs-Screenings ist, rügen Wissenschaftler des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes, die den sogenannten IGeL-Monitor

erstellen, es sei noch nicht bewiesen, dass dies das Überleben verlängere. Zugegeben, unter den vielen Hinweisen dafür, dass der Ultraschall im drüsendichten Gewebe mehr Tumore entdeckt, fehlt diese letzte Evidenz, weil solche Studien auch wegen mangelnder Finanzierung nicht in die Gänge kommen. Aber ist dies Grund genug, einer Frau mit dichter Brust die Information vorzuenthalten, dass bei ihr die Mammografie den Krebs weniger verlässlich detektiert? Sollte sie nicht nach eingehender Aufklärung über weitere Optionen – und deren Grenzen – selbst darüber entscheiden dürfen, was sie dann tun will? Wer hier fürchtet, die Frauen zu verunsichern, der sollte sich klarmachen, dass jeder Intervalltumor, der zwischen zwei Mammografie-Terminen auftritt, noch weit mehr Zweifel sät. Denn unentdeckte Tumore untergraben das Vertrauen in das Früherkennungsprogramm, die Teilnehmerinnen bekommen das Gefühl, man wiege sie in falscher Sicherheit. So war es in den USA. Als dann eine einzige Frau die Grenzen der Mammografie für sich selbst erkannte, hat sie in der Mehrheit der Bundesstaaten binnen Kurzem sogar neue Gesetze durchgeboxt. Ebenso könnte eine deutsche Nancy Capello das hiesige gute Mammografie-Programm in Misskredit bringen. Da fragt man sich, ob eine offene Debatte aller beteiligten Institutionen nicht die weniger riskante Alternative darstellt.

Martina Lenzen-Schulte  
Ressort Medizinreport