



Die weibliche Brust - mehr als ein Organ

Reader zur Veranstaltung am 22. Oktober 1999

Dr. med. Friederike M. Perl

Risikofaktoren und Früherkennung für Mamma-Karzinom auf dem Prüfstand

Dr.med. Gabriele Fröhlich-Gildhoff

Psychotherapeutische und psychosomatische Aspekte bei Brusterkrankungen

Impressum:
Herausgeberin: **Stadt Mainz**, Frauenbüro
Klarastraße 4, 55116 Mainz
Druck: Hausdruckerei
Mainz, Januar 2000 (200)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	4
Dr. Friederike Perl	5
Früherkennung und Risikofaktoren für Brusterkrankungen auf dem Prüfstand	
Anhang zum Vortrag Abbildungen	33
Dr. Gabriele Fröhlich-Gildhoff	69
Psychotherapeutische und psychosomatische Aspekte bei Brusterkrankungen	
Die weibliche Brust - mehr als ein Organ Veranstaltungsübersicht der Tagesveranstaltung vom Oktober 1999	78

Vorwort

Anfang der 90er Jahre erklärten amerikanische Frauen den Oktober zum Aktionsmonat gegen Brustkrebs. In Anlehnung an diese Tradition fanden bundesweit Aktionen und Diskussionsforen statt. Auch der Arbeitskreis *FrauenGesundheit* in und um Mainz schloss sich diesen Aktivitäten an.

Am 22. Oktober 1999 fand eine Tagesveranstaltung zum Thema »**Die weibliche Brust - mehr als ein Organ**« im Mainzer Rathaus statt.

Ein Ziel war, den Austausch zu fördern zwischen Fachfrauen aus Kliniken und Praxen, Expertinnen aus Selbsthilfegruppen, Betroffenen und Interessierten. Neben Informationen zu Schutz, Früherkennung und Möglichkeiten der Behandlung wurde auch der seelische Umgang mit Brusterkrankungen thematisiert. Fachfrauen aus Kliniken und Praxen, Selbsthilfegruppen und Betroffene diskutierten über eine bedürfnisgerechte Vorsorge und richteten auch den Blick auf unzulängliche Forschungs- und Behandlungsmethoden. Veranstaltungsakzente beschränkten sich nicht nur auf »rein« medizinische Inhalte, sondern Frauen wurden auch ermutigt, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen und selbst aktiv zu werden. Auch die künstlerische Auseinandersetzung mit dem Thema fand ihren Platz.

In diesem Reader werden die Vorträge von Frau Dr.med. Friederike Perl, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Chefärztin des Paracelsus-Krankenhauses Ruit bei Stuttgart und Frau Dr. Fröhlich-Gildhoff; Ärztin für Psychotherapeutische Medizin der psychosomatischen Abteilung der Wicker Klinik Bad Wildungen dokumentiert.

Nicht schriftlich fixierbar sind - wegen ihres Umfangs und auch wegen ihres zum Teil sehr persönlichen Charakters - die zahlreichen Diskussionsbeiträge und Gespräche, die im Rahmen der Foren stattfanden.

Risikofaktoren und Früherkennung für Mamma-Karzinom auf dem Prüfstand

Ich danke Ihnen für die Einladung, Ihnen aus der Sicht einer langjährigen Klinikärztin meine Erfahrungen mit Brustproblemen, vor allem mit Brustkrebs zu vermitteln. Von meinen Patientinnen habe ich sehr viel gelernt, vor allem, Dogmen zu hinterfragen, da diese selten für sie von Nutzen sind. Die Frauengesundheitsbewegung ist entstanden aus der Erkenntnis, dass in vielem kein Verlass ist auf die Verlautbarungen der offiziellen Medizin, wo es sich um Frauengesundheitsprobleme handelt. Dass wir uns vieles völlig neu erarbeiten müssen, um wirklich zu für die Frauengesundheit hilfreichen Erkenntnissen zu kommen. Dies ist leider mühevoll und oft unangenehm. Es muss gleichwohl durchgeführt werden. Einen Teil dieser Aufgabe habe ich hier versucht zu lösen.

Insbesondere will ich versuchen, Ihnen Ansatzpunkte zu vermitteln, mit denen jede von Ihnen den gängigen, aus meiner Sicht wenig erfolgreichen Denkgewohnheiten und Arbeitskonzepten der konventionellen Medizin auf für die Frauengesundheit produktive Weise entgegentreten kann. Ich werde versuchen, einige Mythen zu entlarven und dabei Instrumentalisierungen aufzuzeigen, sowie einige der, wie ich meine, eklatanten Fehlschlüsse in Bezug auf das Mamma-Karzinom, denen nicht nur große Teile der Medizin, sondern auch ich und viele von uns lange unterlegen sind und zum Teil immer noch unterliegen.

Dabei werden auch viele zur Zeit unbeantwortbare Frage auftauchen. Bei all denjenigen von Ihnen, die von mir klare Antworten erwarten, muss ich mich schon jetzt entschuldigen: Ich werde sie nicht liefern können. Vielleicht möchte deshalb jemand jetzt schon den Saal verlassen. Die Verbleibenden von Ihnen muss ich bitten, mit mir gemeinsam einige Unannehmlichkeiten auszuhalten: einige unbequeme Wahrheiten, einige erschreckende Erkenntnisse, einige empörende Missstände. Doch sicher sind sie gerade deshalb hier: Nicht weil Sie noch ein weiteres Mal hören wollen, wie großartig alles sich immer und ständig verbessert, sondern weil Sie ja auch schon so Ihre Zweifel hatten. Dass mit der offiziellen Handhabung des Problems Mammakarzinom nicht alles zum Besten steht, pfeifen fast schon die Spatzen von den Dächern. Doch nur, wenn wir erkennen, wo wir in unseren bisherigen Konzepten steckengeblieben sind, werden wir uns überhaupt wieder weiterbewegen können.

Meinen Vortrag habe ich in vier Abschnitte gegliedert:

1. Woher kommt die jüngste panikartige Emotionalität in Bezug auf das Mamma-Karzinom?
2. Was bringt uns die Früherkennung des Brustkrebses mittels der Röntgen-Mammographie?
3. Was hat es mit den Risikofaktoren auf sich?
4. Welche therapeutischen Optionen für Brustkrebs machen heutzutage Sinn?

5. Welche vordringlichen Fragen sollte die bundesdeutsche Forschung beginnen zu bearbeiten ?

Zur 1. Frage :

Woher kommt die jüngste panikartige Emotionalität in Bezug auf das Mamma-Karzinom?

Auf der ersten Abbildung (**Abbildung 1**) sehen Sie die Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen in Nordrhein-Westfalen im Jahre 1991 nach Altersklassen. Sie erkennen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Haupttodesursache insbesondere bei fortschreitendem Alter. Die bösartigen Neubildungen sind die schwarzen Balken, die insgesamt ein gutes Viertel aller Todesursachen ausmachen. Blau schraffiert habe ich Ihnen hier die gewaltsamen Todesursachen, die insbesondere bei den Menschen unter 50 Jahre eine Haupttodesursache darstellen. Das Mamma-Karzinom macht 6% der Gesamtmortalität bei Frauen aus, hier als kleiner roter Balken von mir eingezeichnet.

Auf der **Tabelle 1** sehen Sie sechs ausgewählte Todesursachen, die jährliche Anzahl von Todesfällen in der Bundesrepublik Deutschland, die Prozentzahl aller Todesursachen, das mediane Sterbealter, sowie Live-years-lost, die sich aus den verlorenen Jahren pro Frau und der Gesamtzahl von Todesfällen pro Jahr errechnet. Offensichtlich sind die Herz-Kreislauf-Todesursachen an der Spitze mit 3,6 Millionen Live-years-lost. Als nächste Haupttodesursache für Frauen mit fast einer halben Million Live-years-lost sind jedoch die Gewalteinwirkungen (Unfälle, Morde, Selbstmorde) zu nennen, die die Frauen im Schnitt doppelt so viele Lebensjahre kosten, wie das Mamma-Karzinom. Dieses hat ein medianes Sterbealter von 69 Jahren und ist mit weniger als 1/4- Millionen verlorenen Lebensjahre nicht das Gesundheitsproblem Nummer 1 für Frauen in Deutschland.

Die nächste Abbildung (**Abbildung 2**, altersspezifische Diagnoseraten in 3 ausgewählten Ländern) zeigt Ihnen die Mamma-Karzinom-Inzidenz nach Alter der Frauen in Japan (unterste Kurve), Dänemark und USA. Sie sehen den deutlichen Unterschied zwischen der ostasiatischen und der westlichen Region, sowie erstaunlicherweise keine Zunahmen der Inzidenz bei älteren Frauen in Japan. Auch die alters-standardisierten Mortalitätsraten an Brustkrebs sind hier in **Abbildung 4** zu sehen, wo Japan auch in der Mortalität nur 1/6 so hoch liegt wie Großbritannien. Die Hauptfaktoren für diese wesentlichen Unterschiede sind bisher immer noch nicht geklärt. Genetische Faktoren sind jedoch mit Sicherheit NICHT dafür verantwortlich: sobald eine Japanerin nach den USA umzieht, steigt ihr Brustkrebsrisiko rapide an, und bereits das Risiko ihrer Tochter, obwohl rein japanischer Herkunft, wird dem der US-Amerikanerinnen gleichen.

Aus dem Krebsatlas für Deutschland, Ausgabe 1998, haben wir die folgende Kurve entnommen (**Abbildung 3**: zeitlicher Trend der Mortalität von 1952 – 1995). Hier sehen Sie die Mortalität am Mamma-Karzinom für Frauen in Westdeutschland und Ostdeutschland, Sie erkennen einen Anstieg von 15/100000 bis auf etwa 23/100000 über eine 45-Jahr-Periode. Interessanterweise ist dieser Anstieg in Ostdeutschland (gestrichelte Linie) kaum zu verzeichnen, die Mortalität an Mamma-Karzinom bleibt etwa in 15-17/100 000-Bereich, wobei überraschenderweise im

Jahre 1990 ein plötzlicher Anstieg der Mortalität an Mamma-Karzinom zu verzeichnen ist. Auf der **Abbildung 4** (altersspezifische Mortalität am Mamma-Karzinom) sehen Sie, dass es sicherlich für die jüngeren Jahrgänge keinen Anstieg über die letzten 50 Jahre gegeben hat, und nur für die älteren Frauen ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen, dabei ein deutlicher Anstieg der Mortalität für die älteren Frauen nach 1990 im Osten.

Auch der Krebsatlas für Nordrhein-Westfalen (**Abbildung 5**) zeigt einen ansteigenden Trend der Mortalität, allerdings auf einem doppelt so hohen Niveau, nämlich über die letzten 20 Jahren einen Anstieg von 33 /100000 auf 40/100000. Es ist vollkommen ungeklärt, warum in Nordrhein-Westfalen die Mortalität am Mamma-Karzinom gut doppelt so hoch sein soll wie in der übrigen Bundesrepublik. Ebenso rätselhaft ist, wieso das Mammakarzinom mit dem Fall der Mauer für ostdeutsche Frauen plötzlich tödlicher wird als es zuvor war (**Abbildung 3**).

Hier können wir in **Abbildung 6** (Mortalitätsrate je Altersklasse, Veränderungen seit 1970) erkennen, dass es keine Zunahme der Mortalität am Mamma-Karzinom bei den Frauen unter 50 Jahren gegeben hat. Es hat aber eine deutliche Zunahme der Mortalität bei den älteren Damen gegeben, fast bis aufs Doppelte zum Beispiel bei den 80jährigen. Dies ist ein weiteres, sehr erstaunliches Phänomen, denn es ist nicht unmittelbar einleuchtend, warum das Mamma-Karzinom in seiner Tödlichkeit vor allem für ältere Frauen in den letzten 20 Jahren zugenommen haben sollte, nicht für jüngere Frauen, nicht für die Frauen im Osten vor der Wende.

Abbildung 7 zeigt Ihnen einen Überblick über die Bundesrepublik Deutschland, und ich denke, Sie können sogar von den hinteren Plätzen deutlich einen Unterschied zwischen der ehemaligen Bundesrepublik und der ehemaligen DDR erkennen. Hier handelt es sich um die Mortalitätsraten am Mamma-Karzinom nach Regionen aufgeteilt. Wie Sie unschwer erkennen können, ist in der gesamten DDR die Mortalität etwa im 10-15/100000-Bereich, während in der gesamten BRD die Mortalität durchweg im 25-30/100000-Bereich liegt. Sogar Berlin Ost gegen West ist deutlich erkennbar und hat im Westen eine höhere Mortalität als im Osten. Dies ist eine sehr überraschende Beobachtung, denn es ist keineswegs unmittelbar ersichtlich, warum das Mamma-Karzinom in Westdeutschland so viel häufiger zum Tode führen sollte als in Ostdeutschland.

Um sicherzugehen, dass es sich hier nicht irgendwelche Strukturprobleme der beiden damals noch getrennten Länder handelte, habe ich eine andere Mortalität noch angeguckt, die Sie auf **Abbildung 8** sehen. Hier sind die Mortalitätsraten für das Ovarial-Karzinom eingezeichnet, und Sie sehen, dass sich nirgends ein Unterschied Ost gegen West erkennen lässt. Damit war also klar, dass es ein Phänomen sein musste, das mit dem Mamma-Karzinom als solchem zu tun hatte.

An diesem Punkt angelangt, war ich sehr verblüfft, und habe mir zur Orientierung deshalb einmal die männlichen Mortalitätsraten angesehen. Auf **Abbildung 9** sehen Sie die Verteilung der Mortalität am Prostata-Karzinom Ostdeutschland gegen Westdeutschland. Hier ist der Ost-West-Unterschied noch sehr viel drastischer als beim Mamma-Karzinom: Die östlichen Mortalitätsraten liegen durchweg weniger als die Hälfte unter den Mortalitätsraten im Westen.

Abbildung 10 zeigt Ihnen die standardisierte Mortalität über die letzten 45 Jahre für das Prostata-Karzinom und zwar erneut Westen und Osten. Auch hier ein deutlicher Anstieg der Mortalität von 10 auf 18/100000 im Westen, während im Osten die Mortalität praktisch bei 9-10/100000 stabil blieb bis zum Jahre 1990, wo, offenbar mit dem Fall der Mauer, die Mortalität am Prostata-Karzinom sprunghaft in die Höhe ging auf praktisch das Doppelte gegenüber dem Durchschnitt der 40 Jahre vorher. Auch hier zeigt sich bei Mortalitätsaufschlüsselung auf Altersbereiche stratifiziert bei den jüngeren Männern keinerlei Zunahme der Mortalität seit 1950, weder Ost noch West, und interessanterweise ist die Mortalität bei den jungen Jahrgängen relativ identisch. Bei den Männern über 65 hingegen zeigt sich im Westen ein kontinuierlicher Anstieg der Mortalität über die letzten 45 Jahre, und der Anstieg im Osten erfolgt - wie beim Mammakarzinom - erst nach dem Jahre 1990.

Die Frage, die es jetzt zu beantworten gilt, lautete:

Was sind das Mamma-Karzinom und das Prostata-Karzinom für merkwürdige Erkrankungen, dass sie in der DDR wesentlich weniger tödlich zu sein schienen als im Westen Deutschlands?

Welche Karzinomerkrankung ändert ihre Mortalität einfach aufgrund der Tatsache, dass der Eisenerne Vorhang gelüftet wird? Meine Verblüffung war beträchtlich. Was tut also Frau, wenn sie mit einem Gerät nicht mehr zurechtkommt? Dann muss sie schließlich doch in die Gebrauchsanweisung gucken, in diesem Falle das Vorwort zum Krebsatlas. Hier wird zur Datenqualität der Todesursachen-Statistik folgendes geäußert:

»Als indirekte Indikatoren für die Qualität der Todesursachen-Statistik werden die Autopsierate sowie die Zahl der Krebstodesfälle mit *mangelhafter Bezeichnung des genauen Sitzes oder ohne nähere Bezeichnung des Sitzes der betreffenden bösartigen Neubildung* (ICD 195-199) betrachtet. Die Autopsierate ist in Westdeutschland mit 8% viel niedriger als in der ehemaligen DDR mit 25%. Auch andere europäischen Länder weisen weitaus höhere Anteile an Autopsien auf. In Mitteleuropa liegt die niedrigste Rate bei 9% in Polen und die höchste bei knapp 50% in Ungarn. Tumoren mit *mangelhafter Bezeichnung des genauen Sitzes oder ohne nähere Bezeichnung* (ICD 195-199) waren als Todesursache bis Mitte der 70er Jahre so häufig, dass diese Angabe damals die fünfthäufigste Todesursache unter Männern und die vierhäufigste unter Frauen darstellte. Erst seit Beginn der 80er Jahre gehen die Raten deutlich zurück, liegen aber auch heute noch unter den 10 häufigsten Krebstodesursachen bei beiden Geschlechtern. Hohe Raten in dieser Todesursachengruppe implizieren zwangsläufig eine Untererfassung der "wahren" Krebstodesursachen. Der Rückgang der Raten bedeutet, dass die Angaben auf den Todesbescheinigungen über die Jahrzehnte genauer wurden, sodass bei jenen Krebstodesursachen zwangsläufig ein artifizieller Anstieg der Raten eintrat. Dies muss bei der Interpretation bei der sekundären Entwicklung der Sterblichkeit an den einzelnen Krebsarten jeweils berücksichtigt werden. (Becker N, Wahrendorf, J. , Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981 bis 1990 , 3. Auflage, Seite 10, Hervorhebung FMP)«.

In der Tat zeigt ein Blick auf **Abbildung 12** einen drastischen Rückgang der Todesursache »Mortalität für bösartige Neubildungen sonstiger und nicht näher

bezeichneter Sitze«. Dies gilt gleichermaßen für Männer wie für Frauen, wobei diese unbekannteren Todesursachen umso häufiger sind, je älter die betroffenen Personen waren. Aus all diesem können wir nur eines schließen: In dem die Todesursachenzuschreibung präziser wurde, gab es einen scheinbaren Anstieg der Mortalität am Mamma-Karzinom und am Prostata-Karzinom, bei Erkrankungen, die aufgrund ihrer oft okkulten Verlaufsweise fachklinisch nicht manifest werden vor dem Tod des Individuums an einer möglicherweise weiteren Todesursache. Wir können also tatsächlich aus den Mortalitätsstatistiken für Deutschland keinerlei Schlüsse auf eine Zunahme oder Abnahme der Mortalität des Mamma-Karzinoms ziehen, aufgrund der äußerst schlechten Datenqualität. Hier macht sich auch das Fehlen eines Krebsregisters für die Bundesrepublik Deutschland schmerzlich bemerkbar. Für die Annahme einer echten Zunahme der Mortalität am Mamma-Karzinom gibt es also keinen Beweis.

Um Klarheit zu gewinnen, müssen wir also ausländische Daten bemühen. **Abbildung 13** zeigt uns die Daten zum Mamma-Karzinom aus den USA. Diese Abbildung ist mir sehr wichtig. Wenn Sie außer dieser einen keine weitere Grafik im Kopf behalten aus meinem Vortrag, so will ich ganz zufrieden sein. Sie sehen hier die Diagnosehäufigkeit in der oberen Linie und die Mortalitätsrate am Mamma-Karzinom bei Frauen in den USA und zwar von 1935 bis 1991 auf der unteren, horizontalen Linie, also über 66 Jahre. Wie Sie unschwer erkennen können, ist die jährliche Mortalität am Mamma-Karzinom absolut stabil über fast 70 Jahre, und zwar bei etwa 27/100000 - eine leicht zu merkende Zahl.

Ebenso unschwer können Sie erkennen, dass die Diagnosehäufigkeit von Mamma-Karzinom sich in diesen fast 70 Jahren quasi verdoppelt hat. Wenn wir **Abbildung 14** betrachten, so sehen Sie, dass die Zunahme der Diagnosehäufigkeit sich vor allen Dingen bei Frauen über 60 Jahren in den letzten 25 Jahren geändert hat. Die Diagnosehäufigkeit bei Frauen unter 50 Jahren ist praktisch unverändert.

Abbildung 13 erlaubt in der Tat einige erstaunliche Feststellungen über das Problem Mamma-Karzinom: Wie Sie unschwer erkennen können, scheint es zwei Arten von Mamma-Karzinom zu geben: Einmal die Sorte, die eine gleichbleibende Mortalität bei den betroffenen Personen verursacht. Am Vorkommen dieser Erkrankung, der sogenannten Killer-Variante, scheint sich überhaupt nichts geändert zu haben, sie scheint vollkommen unbeeindruckt zu sein von den verschiedensten therapeutischen Bemühungen, die sich in diesen über 60 Jahren entwickelt hatten.

Diese Stabilität der Mortalität ist gut und schlecht. Gut ist sie, da sie uns sagt, von einer zunehmend tödlicheren Erkrankung für Frauen brauchen wir nicht auszugehen. Im Gegenteil, die Mortalität ist erstaunlich stabil. Schlecht ist diese Nachricht, weil sie ebenso bedeutet, dass unsere therapeutischen Bemühungen in Bezug auf die Sterblichkeit dieser Erkrankung vollkommen ineffektiv waren. Sie haben an der Mortalität überhaupt nichts geändert.

Die zweite Sorte Brustkrebs, die es offensichtlich zu geben scheint, ist eine nicht tödliche Variante. Die Häufigkeit dieser Variante hat sich in den fast 70 Jahren Beobachtung etwa verdreifacht. An dieser Verdreifachung scheinen vor allen Dingen die älteren Damen in den 70ern und 80ern beteiligt zu sein.

Was sagen Daten aus anderen Ländern ?

Abbildung 15 zeigt Ihnen (bitte die oberen beiden Paneele betrachten) die Mortalität links und Diagnosehäufigkeit (rechts) des Mamma-Karzinoms in England und Wales. Dies ist eine Veröffentlichung aus dem Jahre 1995 (Brit. J. of Cancer 72:485-492). Hier ist die Mortalitätsveränderung über 30 Jahre dargestellt nach Altersklassen. Die Linien mit den schwarzen Kästchen sind die jüngsten Frauen, die mit den offenen Quadraten und Kreuzen sind die ältesten Frauen. Wie Sie unschwer erkennen können, hat sich auch in England und Wales an der Mortalität bei den jüngeren Frauen seit 1962 so gut wie nichts geändert. Hingegen ist die Mortalität bei den Frauen ab 60 angestiegen um insgesamt etwa 25% gegenüber 1962. Auch die Diagnosehäufigkeit hat zunächst zugenommen, in den ersten 10 Jahren nach 1962 um ca. 20% in allen Altersklassen, wonach sie dann in den jüngeren Altersklassen wieder abgenommen hat, um bei den älteren weiter anzusteigen.

Was können wir aus all dem über die Inzidenz und Mortalität des Mamma-Karzinoms im Verlauf der letzten Jahrzehnte lernen ?

Erstens: Es gibt keinerlei Hinweis darauf, dass das Mamma-Karzinom etwa epidemieartig sich vor allem bei jüngeren Frauen zu einer deutlich tödlicheren Erkrankung entwickeln würde als früher. Wenn dies subjektive Eindrücke bei einzelnen Individuen sind, so lassen sie sich nicht objektivieren. Die weniger gute Nachricht ist, dass die Mortalität relativ unbeeindruckt zu sein scheint von verschiedenartigsten therapeutischen Variationen, die über die letzten 30 beziehungsweise 66 Jahre in England und Wales bzw. USA erfolgt sind. Insgesamt besteht also zwar kein Grund zu Panik, allerdings ist festzuhalten, dass es durchaus besorgniserregend ist, wenn sich an der Mortalität einer Erkrankung auf so hartnäckige Weise überhaupt nichts verändert hat.

Diese Beobachtungen rütteln an den Grundkonzepten, die von dieser Erkrankung vorherrschen.

Die Emotionalität und Panik hat aber noch eine Reihe anderer Gründe. Und ich will hier nur einen herausgreifen, den ich allerdings für besonders bedeutsam halte.

Abbildung 16 zeigt Ihnen eine der ersten Krebsstationen am Middlesex Hospital in England, gegründet Mitte des 18. Jahrhundert. Hier wurden krebserkrankte Frauen gepflegt, und interessanterweise wurden schon damals ihre Verläufe sehr präzise dokumentiert, sodass 200 Jahre später eine genaue Analyse ihres Ergehens publiziert werden konnte. Das jahrhundertelange Diktum des »Noli me tangere« (berühr mich nicht) gegenüber dem Brustkrebs änderte sich schlagartig, als William Halsted vor etwa 100 Jahren seine radikale Mastektomie (**Abbildung 17**) einführte. Er stellte eine Reihe, aus heutiger Sicht abenteuerlicher, Behauptungen über die Natur des Brustkrebses auf und lieferte Begründungen für seine radikalen operativen Maßnahmen. Es gelang ihm, die medizinische Öffentlichkeit damit zu beeindrucken - ungeachtet seiner lebenslangen Kokainabhängigkeit. Sein Konzept des Brustkrebses, den er wie eine Infektionskrankheit behandelte, bei der es um die Sterilisierung auch des letzten Krankheitskeimes ginge, entsprach dem Zeitgeist und entpuppte sich als sehr langlebig.

Allerdings waren seine Ergebnisse aus heutiger Sicht katastrophal, die Überlebensraten erreichten im Durchschnitt nicht 40% nach 5 Jahren. Offensichtlich hatte er es mit sehr fortgeschrittenen Fällen zu tun. Die Nebenwirkungen seiner Therapie (schwere Behinderungen, Schmerzen, Bewegungsunfähigkeit) waren so

katastrophal, insbesondere das massive Lymphödem des Armes, dass er sich 1921 gezwungen sah, eine Erklärung zu publizieren (**Abbildung 18**). Aus dieser Publikation stammt die **Abbildung 19**, mit der Halsted den »adäquaten Bewegungsbereich der Schulter« beweisen wollte. In der Tat kann diese Frau den Arm nicht ganz heben und man erkennt trotz hochgehobenem Arm unschwer das sehr deutliche Lymphödem des rechten Armes. Halsted selbst hatte eine sehr interessante Einstellung zu den massiven Behinderungen, die seine Patientinnen nach der Operation davontrugen (**Abbildung 20**). Ich glaube, besser kann man die Verachtung und Geringschätzung gegenüber der Befindlichkeit dieser Patientinnen kaum ausdrücken als in William Halsteds eigenen Worten. Leider haben wir Grund für die Befürchtung, dass derartige Vernachlässigung des Ergehens der Brustkrebs-Patientinnen auch heute keineswegs eine Seltenheit sind.

So empörend, wie diese Worte sind - wirklich schockierend ist aber die Tatsache, dass der angebliche Gewinn, mit dem Halsted seinen Patientinnen Hoffnung machte, nämlich längeres Überleben, gar nicht real zu erreichen war.

In Abbildung 20 sehen Sie den Vergleich der Überlebenskurven der von Halsted radikal operierten Patientinnen mit den unbehandelten Patientinnen in der Pflegestation am Middlesex-Hospital in etwa dem gleichen Zeitraum. Wir erkennen eine maximale Differenz von 7% nach etwa 10 Jahren, mit anderen Worten: 93% der Patientinnen haben keinerlei Benefit von dieser radikalen und schwer belastenden Maßnahme gehabt.

Auch die radikale Lymphknotenentfernung der Axilla, Teil der Halsted'schen Operation, erreichte keineswegs irgendwelche therapeutischen Ziele in höherem Maße als wenn sie nicht durchgeführt worden wäre. **Tabelle 2** zeigt Ihnen die Ergebnisse einer randomisierten Studie (NSABP-Projekt Protokoll B 04), die die loco-regionären Rückfallraten nach unterschiedlichen Operationsmethoden darlegt. Nach Halsted'scher Operation erleiden 9,1% der Patientinnen Rückfälle im Lokalbereich, während nach Mastektomie mit beziehungsweise ohne Bestrahlung der Axilla 5,4 bzw 13,9% loco-regionäre Rezidive vorkommen. Keiner dieser Unterschiede erreicht statistische Signifikanz. Das Überleben war in allen drei Gruppen, also mit oder ohne Behandlung der Axilla, identisch.

Der allergrößte Schock jedoch, der die medizinische Gemeinde und auch mich erschütterte in Bezug auf die Therapie des Mamma-Karzinoms, kam mit Publikation der randomisiert kontrollierten Studien, die die Mastektomie mit brusterhaltenden Operationsverfahren verglichen. Insgesamt sind mittlerweile über 5000 Frauen in verschiedenen Ländern systematisch randomisiert worden, um diese Fragen zu beantworten. Die Ergebnisse sind eindeutig und seit 1985 international unumstritten:

Überlebensraten nach Mastektomie oder brusterhaltenden Therapien unterscheiden sich nicht, ebenso wenig die Raten an Fernmetastasierung. Einzig die Raten der Lokalrezidive beziehungsweise intramammären Rezidive unterscheiden sich, und hier scheint die adjuvante Nachbestrahlung der brusterhaltend operierten Brust einen deutlichen Effekt auf die Behinderung von loco-regionären Rezidiven zu haben. Seit diese Studienergebnisse publiziert wurden (mit Tumorgößen bis 4cm !!) besteht keinerlei Anlass mehr, Frauen mit Brustkrebs nicht in praktisch jedem Falle eine brusterhaltende Option anzubieten. Nur in sehr wenigen Fällen wird dies technisch nicht möglich sein, auch wenn vielfach ein etwas höherer Aufwand betrieben werden muss. Es muss alle erschüttern, dass

über 80 Jahre lang die Mastektomie, und insbesondere die radikale Variante davon (das heißt mit Entfernung des großen Brustmuskels und nachfolgend schweren Behinderungen), Millionen von Frauen aufgedrängt wurde, ohne dass damit auch nur ein einziger Tag an Lebensverlängerung für diese Frauen bewirkt werden konnte.

Es gibt kein besseres Beispiel dafür als dieses, wie wichtig es ist, dass die Frauengesundheitsbewegung sich für die Ergebnisse der sogenannten evidenzbasierten Medizin interessiert. Evidenzbasiert heißt: Fragen, ob etwas den Betroffenen wirklich hilft. Evidenzbasiert ist das Gegenteil von Dogma. Maßnahmen, deren Effektivität im Hinblick auf das Ergehen der betroffenen Frauen nicht sorgfältig bewertet worden ist, sollten äußerst kritisch betrachtet werden. Es ist auch ein Hinweis darauf, dass wir - mit der Gesundheit von Frauen befassten professionellen Kolleginnen - uns die Instrumente und Methoden der klinischen Epidemiologie verfügbar machen müssen, wenn wir uns in die Diskussion um das Management von Brustkrebs effektiv einschalten wollten.

Das abschreckende Beispiel Mastektomie zeigt für jede von uns, dass die Konzepte und das Verständnis des Mamma-Karzinoms, aus dem diese therapeutischen Ansätze abgeleitet worden waren, grundfalsch sind. Es handelt sich offenbar beim Brustkrebs keineswegs um eine sich ordentlich ausbreitende Erkrankung in dem Sinne, dass es sich zunächst nur um ein lokales Geschehen handelt, welches erst zu einem späteren Zeitpunkt eine Systematisierung und damit einen tödlichen Verlauf nimmt. Vielmehr scheint es so zu sein, dass es zwar unterschiedliche Verläufe dieser Erkrankung gibt, und dass zwischen extrem langsamer Progredienz und äußerst rascher alle Varianten auftauchen können, jedoch scheint die Art der Operation keinen Einfluss auf diese Variabilität zu haben.

Noch immer wird nicht genügend Frauen in Deutschland die brusterhaltende Therapie als eine realistische Option angeboten, auch 15 Jahre nach Publikation der Studien nicht. So zeigt der kürzlich veröffentlichte Film »Lebenskünstlerinnen« sieben Frauen, alle unter 50, die nach einer Brustkrebsdiagnose ohne weitere Diskussion mit einer Mastektomie bedient wurden. Es scheint den Behandlern sogar gelungen zu sein, das Thema Brusterhaltung völlig von den Frauen fernzuhalten, und dies, obwohl sie sich in Selbsthilfegruppen bewegten. Alle gefilmten Frauen waren in dem Glauben, mit dem Opfer der Brustaufgabe etwas für ihr Leben getan zu haben. Dies ist in meinen Augen eine Ungeheuerlichkeit angesichts der internationalen Datenlage und nichts weniger als ein Skandal.

Es ist Zeit, dass wir beginnen, unsere Konzepte über das Mamma-Karzinom gründlich zu hinterfragen. Insbesondere müssen wir begreifen, dass die systemische Natur dieser Erkrankung und ihre äußerst deutliche Hormonabhängigkeit bedeutsamere Schlussfolgerungen hinsichtlich der Therapie erlauben, als die alten Krankheitskonzepte. So bewirkt beispielsweise die Ovariectomie (Entfernung der Eierstöcke) bei prämenopausalen Frauen eine deutliche Verbesserung des Überlebens und zwar im Bereich von 25% nach 15 Jahren. Besonders interessant finde ich in **Abbildung 21**, dass nach etwa zehn Jahren (120 Monaten) es in der ovariectomierten Gruppe keine weitere Exzessmortalität gab, sondern das Überleben sich stabilisierte auf dem 80%-Level. Hingegen scheinen mir die Erfolge mit der adjuvanten Chemotherapie vergleichsweise weniger eindrucksvoll. Auch die neuerlich in den letzten Jahren stark propagierte Hochdosis-Chemotherapie ist erst

jetzt durch die systematische Evaluation in randomisierten Studien beurteilbar geworden. In fünf verschiedenen kontrollierten Studien (keine in Deutschland) wurden über 1500 Patientinnen eingebracht und in keiner einzigen Studie zeigte sich ein signifikanter Effekt auf das Überleben (**Tabelle 3**). Ich denke, wir müssen Hoffnungen, die Hochdosis-Therapie sei die Antwort auf das Problem Mamma-Karzinom, ebenfalls zu Grabe tragen - und wohl mit ihr die Krankheitskonzepte, die ihr zugrunde liegen.

Welche Schlussfolgerung ziehen wir aus diesen Beobachtungen zum therapeutischen Umgang mit dem Mamma-Karzinom?

Die Frauen in Deutschland haben durchaus immer noch guten Grund, sich vor einer Diagnose und der dann anschließenden Therapie eines Mamma-Karzinoms gründlich zu fürchten. Noch immer ist die Diagnose und Therapie gleichbedeutend mit einer massiven Einschränkung der Lebensqualität, da die Entfernung einer Brust als Verstümmelung erlebt wird, und die Entfernung der Lymphknoten, je radikaler, desto schlimmer, als eine der Hauptursachen für langfristige Morbidität anzusehen ist, und weil wahrscheinlich viele Patientinnen spüren, dass die therapeutischen Angebote weder individualisiert, noch standardisiert sind.

Frauen hatten durchaus gute Gründe, wenn sie jahrzehntelang die Diagnose eines Mamma-Knotens verzögert haben. So lange das Mamma-Karzinom ein absolutes Horrortableau für alle Frauen darstellt, die das Leiden und den oftmals nach der verspäteten Diagnose rasch eintretenden Tod der Frau beobachtet haben, solange müssen wir Verständnis dafür haben, dass Frauen in Panik sind. Verstärkt wird diese Panik durch die erhebliche Hektik, die Frauen, wenn eine Brustkrebsdiagnose im Raum steht, zugemutet wird, eine Hektik, die dem modernen Verständnis von der Biologie dieser Erkrankung widerspricht.

2. Frage: Was bringt uns die Früherkennung des Brustkrebses mittels der Röntgen-Mammographie?

Soeben hat Frau Bundesministerin Andrea Fischer uns ihre Überlegungen zum Thema Früherkennung vermittelt. Sie hat auf den in der Tat erstaunlichen Vorgang hingewiesen, dass die Frauengesundheitsbewegung sich angesichts der Frage der Röntgenmammografie offenbar spaltet. Sie hat den mentalen Bruch beschrieben, der darin liegt, dass nun neuerdings sogar gesunde Frauen ermutigt werden sollen, sich freiwillig zu Patientinnen zu machen, und hat dies als dem ursprünglichen Ansatz der Frauengesundheitsbewegung zuwiderlaufend identifiziert. Ich danke der Ministerin für diese scharfsinnigen Beobachtungen. Genau diesem ganz offenbar neuartigen Widerspruch innerhalb der Frauengesundheitsbewegung werden wir im folgenden versuchen, auf die Spur zu kommen.

Die Idee, dass es einen Zeitraum im Verlauf der Erkrankung Mamma-Karzinom geben müsste, in dem Brustkrebs heilbar sei, und zwar durch loco-regionäre Maßnahmen (Operation), geht unter anderem auf den bereits zitierten Bostoner Chirurgen Halsted zurück, der im Falle eines frühen Therapieversagens der betroffenen Frau die Schuld gab, da sie »zu spät gekommen« sei. Dieses Konzept der Existenz eines Kontrollzeitraums (Cancer Control Window), eines therapeutischen Fensters, ist offenbar extrem attraktiv:

Es rechtfertigt den Einsatz einer Reihe von Maßnahmen (diagnostisch oder auch therapeutisch).

Es schafft Entlastung, wenn sich Therapieversager offenbaren. Nicht die Maßnahmen waren demnach nutzlos, sondern die Patientin hat das therapeutische Fenster »verpasst«.

Es rechtfertigt die Herstellung von Eile und Überstürzung, um ja das »therapeutische Fenster« nicht zu verpassen.

Tatsächlich war es aber ja gerade diese Erkenntnis, wenn auch nicht ausgesprochen, dass nämlich die therapeutischen Maßnahmen so nutzlos sind, die das »Früher-ist-besser«-Konzept auf den Plan riefen. Die Tendenz, die Frauen selbst für schuldig zu halten, führte zur Forderung nach früherer Erkennung, nach Screening durch Brustkrebsuntersuchung (BSE), die in den 60er und 70er Jahren populär wurde. Gleichzeitig begann man in den epidemiologisch fortgeschrittenen Ländern, die BSE als zu evaluierende Intervention zu sehen und führte konsequente Studien mit adäquaten Kontrollgruppen durch. Diese Studien erbrachten keinerlei Benefit in Bezug auf die Mortalität für die BSE praktizierenden Frauen im Vergleich zu den Kontrollen, auch die jüngsten Publikationen aus anderen Ländern, wie Shanghai, erbrachten keinen Benefit trotz hoher Compliance der Frauen.

Gleichzeitig erfolgten Studien zum Tumorwachstum: Der Tod des Organismus erfolgt nach 40 Zellteilungen (Volumen von 2^{40} Zellen). Etwa 30 Zellverdopplungen sind bereits erfolgt, wenn ein Tumorknoten palpabel wird. Demnach hat ein solcher tastbarer Knoten bereits mindestens 3/4 seiner Lebenszeit hinter sich. Da damit bereits ein hohes Metastasierungsrisiko angenommen werden muss, wird verständlich, warum mit Palpation auch des kleinsten Knotens in vielen Fällen bereits eine solche Tumorzellmasse vorhanden ist, mit der eine durch lokale Maßnahme nicht mehr zu beeinflussende Metastasierung einhergeht. Passend zum Dogma des »früher ist immer besser« musste also ein noch »früher« gefunden werden und bei Mamma-Karzinom assoziiert man »früher« mit »kleiner«. Die Röntgen-Mammographie bei der asymptomatischen und klinisch unauffälligen Frau wurde bereits in den 60er Jahren in der New Yorker Studie des Health Insurance Plan (HIP) an 70 000 Frauen evaluiert. Obwohl die Mammografie später eine deutlich bessere Sensitivität erhielt, wie im nachfolgenden Breast Cancer Detection Demonstration Project (PCDDP) gezeigt werden konnte, führten die ersten Ergebnisse der HIP-Studie dazu, dass die Idee sich verfestigte, Früherkennung bei Mamma-Karzinom könnte nützlich sein in Bezug auf die Mortalität.

Bevor wir uns mit den Ergebnissen der wichtigsten Studien befassen, muss ich Sie bitten, einige Prinzipien über das Screening mit mir zu durchdenken. Hierzu schauen wir uns die Wachstumsdynamik des Mamma-Karzinoms an, wie sie von Prof. von Fournier von der Universität Heidelberg publiziert worden sind.

Abbildung 22 zeigt uns in einem Modell eine Korrelation zwischen der Größe des Tumors, der Anzahl der Zellen im Tumor, der Zellverdopplungszyklen, die bis dahin stattgefunden haben und dem Metastasierungsrisiko. Mit dem mammographischen Screening können Tumore ab 0,5 cm etwa entdeckt werden. Doch dies ist noch kein Ausschluss eines Metastasierungsrisikos, und ob tatsächlich das Metastasierungsrisiko so wie in dieser Modellkurve aussieht, ist sehr fraglich. Dieses Modell geht davon aus, dass ein Großteil der Tumore bei 1 cm und noch mehr bei 0,5 cm Größe noch nicht metastasiert sind und deshalb auch niemals zur Metastasierung kommen werden, wenn sie zu diesem Zeitpunkt aus dem Körper entfernt werden. Diese Annahme ist ganz offensichtlich inkorrekt angesichts der Überlebensraten von 1 cm großen Tumoren, die, auf 20 Jahre betrachtet, keines-

wegs 80% sind, sondern niedriger. Das Modell hat also hier einen Defekt. Infolgedessen ist auch die Annahme, dass bei früherer Entdeckung ein größerer Teil von Tumoren in einem nicht metastasierenden Stadium entdeckt werden könne, rein hypothetisch. Es ist ja genau diese Hypothese, die durch die randomisierten Studien zum Screening, zur Frühentdeckung des Mamma-Carcioms überprüft werden sollte.

In **Abbildung 23** sehen wir die Verteilung der klinisch auffälligen Brustkrebs auf die unterschiedlichen Wachstumsraten. Auf der Längsachse sehen Sie die Tumorgöße in mm, auf der horizontalen Achse die Zeit über 50 Jahre. Sie sehen, dass etwa 30% der Tumore sehr rasche Wachstumsprogredienz haben und rasch von der ersten Zelle bis zu großen Tumorgößen und dem Tod fortschreiten. Etwa 60-70 % der Tumore haben mäßiges bis langsames Wachstum, und Sie sehen, der Verlauf erstreckt sich über 30-40 Jahre.

Wichtig ist mir aber auch Ihnen zu demonstrieren, dass es hier rechts unten eine unbekannte Anzahl okkult wachsender Karzinome gibt, die so langsame Zellverdopplungszeiten haben, dass die körpereigene Abwehr ausreicht, um diese Tumore ständig unter Grenze der klinischen Manifestation zu halten. Diese Tumore würden auch mit klinischem Screening (Abtasten durch Arzt oder Ärztin) oft nicht erfasst werden, jedoch wird das mammografische Screening sicher einen Teil dieser Tumore zu Tage fördern. Es ist aber klar, dass diese Tumore klinisch niemals relevant geworden wären während des Lebens der Patientin, und dass infolgedessen jede Diagnose und Therapie für die Patientin bei diesen Tumoren keinerlei Benefit bedeuten kann.

Fournier hat die Wachstumsraten der verschiedenen Mamma-Karzinome logarithmisiert und als Geraden dargestellt. Hier sehen Sie in **Abbildung 24** wiederum auf der horizontalen Achse das Alter der Patientin und auf der Längsachse den Tumordurchmesser. Die durchgezogenen Linien zeigen das Wachstum des Tumors nach klinischem Bekanntwerden, die gestrichelten Linien sind Rückextrapolationen bis zu dem hypothetischen Zeitpunkt der ersten karzinomatösen Zelle im Körper. Wenn wir uns beispielsweise hier den Fall mit der Nummer 34 ansehen, dann sehen Sie, dass angenommen werden muss, dass die erste Tumorzelle bereits zwischen dem 20. und 23. Lebensjahr auftauchte, dass es zu einer sehr langsamen Progredienz über die nächsten drei Jahrzehnte kam und der Tumor mit einer Größe von 7mm im Alter von 57 Jahren erkennbar wurde. Danach mit gleichbleibender Wachstumsgeschwindigkeit wurde er noch weitere etwa 10 Jahre beobachtet. Er hatte dann eine Größe von 3 cm.

Fournier schätzt, dass es durchschnittlich mehr als 20 Jahre braucht, bevor ein Tumor die Größe von 20 mm erreicht, gerechnet ab der ersten Krebszelle. Er errechnet eine durchschnittliche Tumorverdopplungszeit von 308 Tagen bei diesen zwölf individuellen Karzinomen. Wir können also davon ausgehen, dass das Mamma-Karzinom keineswegs ein akuter Notfall ist, sondern bereits viele Jahre, oft Jahrzehnte im Körper wohnt.

Abbildung 25 zeigt nun, was passieren kann, wenn der Diagnosezeitpunkt vorverlegt wird. Im oberen Abschnitt der **Abbildung 25** sehen Sie eingezeichnet das Tumorwachstum und mit dem Pfeil den Zeitpunkt der klinischen Diagnose. Nach diesem Zeitpunkt lebt der Patient hier noch zwei Jahre, sodass er innerhalb eines

dann folgenden 5-Jahres-Beobachtungszeitraums verstorben ist. Bei Vorverlegung der Tumordiagnose um beispielsweise fünf Jahre lebt der Patient offensichtlich postdiagnostisch nunmehr sieben Jahre, obwohl er zum genau gleichen Zeitpunkt stirbt. Doch innerhalb einer fünfjährigen Beobachtungszeit nach der Diagnose ist er zu diesem Zeitpunkt noch am Leben. Tatsächlich hat der Patient jedoch keinen Gewinn: er ist zum gleichen Zeitpunkt gestorben, wie ohne die frühere Diagnose. Diesen Effekt nennt man die sogenannte Führungszeit, und es ist äußerst wichtig, dass jede Person, die sich über Screening Gedanken macht, diesen Führungszeit-effekt gut verstanden hat. Er bedeutet, dass jede Art von Früherkennung, auch bei nutzloser Therapie, die postdiagnostische Zeit verlängert und die prädiagnostische Zeit verkürzt.

Wie groß diese Führungszeit beim Mamma-Karzinom ist, ist eine große Frage. Offensichtlich ist sie umso größer, je langsamer die Wachstumsprogredienz des Tumors ist, und natürlich auch umso größer, je feiner die Diagnostik ist. Letztendlich müssen wir daraus folgern, dass Beobachtungszeiten von 20 Jahren und mehr notwendig sind, um den Effekt einer Screeninguntersuchung überhaupt erfassen zu können. Da Mammographie aber auf jeden Fall einen Teil der ansonsten okkult gebliebenen klinisch irrelevanten und mehr oder weniger harmlosen Mamma-Karzinome erfassen wird, haben wir hier, durch diesen Überdiagnoseeffekt des Screenings, auf jeden Fall eine Menge gut verlaufender Tumore, die die durchschnittlich Überlebenschance aller gescreenten Mamma-Karzinome natürlich sehr verbessert erscheinen lässt. Wie groß ist also dieser Überdiagnoseeffekt?

Während er in der HIP-Studie noch sehr gering war (geringere Sensitivität der Mammografie damals) hat sich in allen späteren Studien eine Überdiagnose zwischen 17 und 30% gezeigt, das heißt in der Screening-Gruppe waren immer 17-30% mehr Karzinomdiagnosen erfolgt als in der Kontrollgruppe. Es ist klar, dass dieses alles Befunde mit sehr guter Prognose sind. Und eben alles Karzinome, die ohne die Spezialdiagnostik nicht zum Vorschein gekommen wären. Hätten diese Zellveränderungen sich vielleicht sogar von selbst wieder zurückgebildet? Niemand weiß das.

Was wissen wir sonst noch über die Größe dieser Gruppe okkulten Karzinome? Aus Autopsiestudien bei Frauen, die an anderen Todesursachen gestorben sind, ist klar geworden, dass 25-30 % aller Frauen in ihrer Brust Zellen beherbergen, die unter dem Mikroskop wie Karzinomzellen aussehen. Wir wissen aber, dass insgesamt nur 8%, also weniger als 1/3 dieser Karzinome zu Lebzeiten manifest werden, und insgesamt nur 1/10 all dieser »Karzinome« führt zum Tode. Wir haben also das Potential für eine in Bezug auf die Mortalität gesehen, 900%ige Überdiagnose, das heißt, wenn unsere Diagnostik nur fein genug ist, können wir zehnmal soviel Karzinome entdecken, die überhaupt tödlich sind.

Die Überdiagnose und ebenso die Führungszeit führen beide selbstverständlich dazu, dass die Überlebenskurve (auch genannt Absterbekurve) der früh-diagnostizierten Patientinnen nach rechts, nach später, verschoben wird. Dieser Effekt ist modellhaft in **Abbildung 26** dargestellt, und Sie sehen, dass auch bei Nutzlosigkeit des Screenings in Bezug auf die Effektivität der Therapie die Kurven parallel verlaufen. Wenn nach einem bestimmten Zeitpunkt die beiden Gruppen miteinander verglichen werden, so hat selbstverständlich die Screeninggruppe einen höheren Anteil an Überlebenden als die Kontrollgruppe. Dies ist jedoch nur ein

Scheineffekt, und kein Beweis für die Effektivität des Screenings. Aus diesem Grunde haben alle Studien außer der HIP-Studie nicht mehr die sogenannten Case survival rates (CSR) beurteilt, sondern Überlebensraten nach Beginn der Randomisierung.

Trotzdem ist es wichtig, den Kurvenverlauf zu beurteilen, denn in jedem Falle muss eine Überlebenskurve in der Screening-Gruppe flacher verlaufen als in der Kontrollgruppe: pro Zeiteinheit müssen weniger Frauen sterben als in der Kontrollgruppe. Verläuft sie nicht flacher (divergierende Mortalitätskurven), so kann ein Screeningeffekt noch nicht einmal angenommen werden. Doch selbst bei einer flacher verlaufenden Kurve könnte dieser flachere Kurvenverlauf der Absterbekurve ebenso gut allein bedingt sein durch einen erheblichen Anteil von Überdiagnose klinisch benigner Karzinome. Dieser Effekt der Überdiagnose kann nur abgeschätzt werden, wenn man die Prozentzahl der in dieser Gruppe diagnostizierten Karzinome ebenfalls zu Rate zieht. Auf jeden Fall ist mir wichtig, dass Sie verstehen, dass die Überlebenskurven der Screening und der Kontrollgruppe divergieren müssen, damit überhaupt von einem Screeningeffekt gesprochen werden kann.

Abbildung 27 zeigt ein Beispiel für eine solche flachere Kurve. Sie sehen, dass mit der Zeit der Unterschied zwischen den beiden Gruppen immer größer werden muss. Theoretisch ist es natürlich auch denkbar, dass die Screening-Gruppe einen Nachteil erleidet. Das heißt, dass irgend etwas passiert in Gefolge der Früherkennung - sei es durch die Methode selbst, sei es durch die anschließenden therapeutischen Maßnahmen, sei es durch die psychologischen Effekte, die mit Früherkennung einhergehen-, womit die Überlebenschancen der Patientin verschlechtert werden. In einem solchen Falle würden wir die Überlebenskurven in der Screeninggruppe als steiler abfallend erwarten gegenüber der Kontrollgruppe oder anders ausgedrückt: Der jeweilige Unterschied zwischen den beiden Gruppen würde im Laufe der Jahre immer geringer werden. Bitte merken Sie sich diesen Zusammenhang, wenn irgend möglich.

Ich will Ihnen nun an zwei Studien exemplarisch zeigen, was es mit den Absterberaten auf sich hat. In der HIP-Studie wurden 14-Jahresergebnisse publiziert und Sie sehen sie in **Abbildung 28**. In dem linken Teil der Abbildung sehen Sie die Absterberate der Gesamtscreening-Studie als durchgezogene Linie, der Kontrollgruppe als gestrichelte Linie. Es fällt auf, dass die Kontrollgruppe besonders in den ersten fünf Jahren eine höhere Mortalität hat, und dies ist offensichtlich bedingt durch den Anteil der klinisch fortgeschrittenen Tumore, die sich in den 60er Jahren in der Kontrollgruppe befand. Damals war ja Mastektomie noch die Standardbehandlung, und Frauen haben oftmals die Diagnose sehr verzögert. Nach 5 Jahren jedoch sind die fortgeschrittenen Karzinome nicht mehr Teil der noch verbleibenden Population.

Jetzt beobachten Sie bitte in **Abbildung 28** den Kurvenverlauf nach fünf Jahren. Sie sehen keineswegs ein Divergieren der beiden Absterberaten. Auch von einer Parallelität ist nur noch beschränkt zu sprechen. Im Gegenteil, man möchte meinen, dass die Gesamtstudiengruppe einen steileren Abfall der Überlebenskurve zeigt, als die Kontrollgruppe. Dies ist für mich ein deutlicher Hinweis darauf, dass in der HIP-Studie außer einem Führungszeiteffekt (es handelt sich ja um Zeiten nach der Diagnose, nicht nach Eingang in die Gruppe) von einigen Jahren kein Benefit für die mammografierte Gruppe gezeigt werden konnte.

Im rechten Teil der Abbildung 28 haben die Autoren die Überlebenskurven nach unterschiedlichen Gruppen aufgedgliedert. Die oberste Kurve ist die jener Karzinome, die nur durch Mammografie entdeckt wurden, also offensichtlich die Gruppe der allerkleinsten und damit »frühesten« Karzinome. Sie sehen hier einen zunächst sehr flachen Verlauf der Kurve, der nach etwa 5-7 Jahren jedoch deutlich steiler wird. Wenn wir diesen Kurvenverlauf mit dem Kurvenverlauf der Kontrollgruppe mit negativen Lymphknoten vergleichen, das ist die durchgepunktete Linie in Abbildung 28, dann treffen diese beiden Kurven etwa nach zwölf Jahren fast schon aufeinander. Das heißt: insgesamt verläuft die Absterberate der durch alleinige Mammographie entdeckten Tumoren nach fünf Jahren deutlich steiler als die der Kontrollgruppe mit negativen Lymphknoten.

Hier habe ich große Schwierigkeiten, mich zu überzeugen, dass ein Screening-Benefit in irgendeiner Weise angenommen werden könnte. Selbstverständlich hat die Kontrollgruppe mit positiven Lymphknoten eine sehr verschlechterte Prognose. Doch auch hier sehen Sie ein Abflachen der Kurve nach sieben Jahren im Gegensatz zur Mammographiegruppe, die bestenfalls parallel mit der Kontrollgruppe verläuft. Mit weiteren Publikationen hat sich der Screening-Benefit immer mehr verkleinert. Statt einer Divergenz der Kurven hat die HIP-Studie eine Konvergenz gebracht. Auf die Daten der HIP-Studie darf also niemand eine Hoffnung gründen, dass Screening etwa Leben rettet.

Die Schwedische Zwei-Grafschaften- Studie (Tabar 1985)

In der vielzitierten und für die Screeningbefürworter instrumentellen schwedischen Zweigrafchaftenstudie wurden ebenfalls Überlebenskurven dargestellt, in Form von kumulativer Mortalität. Hier wurden nicht die Case survival rates, sondern die Überlebenskurven in Abhängigkeit von der Zeit nach der Randomisierung dargestellt. Diese Studie hatte leider eine ganze Reihe von erheblichen methodischen Problemen, von denen ich nur zwei hier herausgreifen will, die aber meiner Ansicht nach die Interpretation dieser Studie vollkommen unmöglich machen.

Problem 1: Die Randomisierung in dieser schwedischen Studie erfolgte nicht individuell, sondern nach Kreisregionen. Die beiden Grafschaften wurden insgesamt in 19 Regionen aufgeteilt, von denen in der Östergötlandgrafschaft (Ö) die Hälfte zur Screening und die andere Hälfte zur Kontrollgruppe randomisiert wurde, in jeder dieser Gruppen waren schließlich 28 000 Frauen enthalten. In der Kopparberggrafschaft (K) ging man anders vor: man randomisierte nur halb so viele Frauen zur Kontrollgruppe wie zur Screeninggruppe. Infolgedessen waren in dieser Grafschaft schließlich nur 13 000 Frauen über 50 Jahre in der Kontrollgruppe und 28 000 Frauen in der Screeninggruppe.

Durch diese Imbalanz der Gruppen in K war eine von mehreren rechnerischen Anpassungen erforderlich: man verdoppelte die Ergebnisse der Kontrollgruppe einfach. Aus diesen mathematisch hergestellten Zahlen wurden dann die kumulativen Mortalitätsraten errechnet. Diese Kurven sind in **Abbildung 29** wiedergegeben. Es ist diese Abbildung aus dieser Studie, die weltweit den massivsten Eindruck erweckt hat, dass Screening Leben rettet.

Das zweite Problem: Die Überlebenskurven sind tatsächlich parallel! Aber nun schauen wir uns diese Studie noch ein bisschen weiter kritisch an, klopfen wir sie auf dem Prüfstand ab. Wie groß ist denn tatsächlich der Unterschied zwischen diesen beiden Kurven? Divergieren sie, wie wir es erwarten müssen?

Stimmt es, was die Autoren sagen, dass die Kurven ständig weiter divergieren? Dies ist offensichtlich der Fall für die Zeiträume fünf Jahre, sechs Jahre und sieben Jahre. Aber ab sieben Jahre und zwischen sieben und acht Jahren laufen die Kurven absolut parallel. Hier haben wir einen Unterschied von 30,7% nach sieben Jahren und 30,4% nach acht Jahren, kaum ein Beweis für Divergenz. Noch wichtiger ist aber, wie diese Zahlen überhaupt zustande kamen. Da uns im Wesentlichen die Zahlen bei Frauen über 50 Jahren interessieren, habe ich aus der Tabar-Publikation diese extrahiert. **Tabelle 4** zeigt die Todesfälle pro Grafschaft in dieser weltweit zitierten Studie.

Sie sehen sofort das eine: in Ö gab es insgesamt 68 Todesfälle, die dem Mamma-Karzinom zugeschrieben wurden, bei 56 000 Frauen, eine Mortalitätsrate von 1:824. In K gab es 79 Todesfälle, die dem Mamma-Karzinom in die Schuhe geschoben wurden, bei 43 219 Frauen. Dies ist eine Gesamtmortalitätsrate an Mamma-Karzinom von 1:547. Dies ist eine 50% erhöhte Mortalität an Mamma-Karzinom in Kopparberg im Vergleich mit Östergötland!. Dieser sehr verwunderliche Unterschied zwischen den beiden Grafschaften ist in der Publikation weder erwähnt und schon gar nicht diskutiert.

Noch erstaunter werden wir jedoch, wenn wir uns angucken, was mit den Screening- und den Kontrollgruppen passiert. In der Screeninggruppe in Ö sehen wir eine Mortalität von 1:1026. Gegenüber der Kontrollgruppenmortalität in dieser Grafschaft ist das zwar ein Unterschied, der jedoch Signifikanzniveau nicht erreicht. Das heißt, er hätte auch zufallsbedingt sein können.

Doch nun: in K haben wir in der Screeninggruppe eine sehr viel schlechtere Mortalität von 1:684. Sie ist hier in der Screeninggruppe identisch mit der der Kontrollgruppe in der anderen Grafschaft! Ganz besonders überraschend ist jedoch eine extrem hohe Sterblichkeit am Mamma-Karzinom in der Kontrollgruppe in Kopparberg. Laut Angaben von Tabar soll hier jede 383. Frau an Mamma-Karzinom gestorben sein. Dieser Unterschied gegenüber der Screeninggruppe in der Kopparberg-Grafschaft ist hier signifikant. Verwunderlich ist jedoch folgendes: Die Kopparberg-Screeninggruppe hat eine 50% erhöhte Mortalität an Mamma-Karzinom gegenüber der Östergötland-Screeninggruppe. Die Kopparberg-Kontrollgruppe jedoch hat eine 78% erhöhte Mortalität gegenüber der Kontrollgruppe in Östergötland. Diese merkwürdig gesteigerte Mortalität an Mamma-Karzinom in der Kopparberg-Kontrollgruppe ist nie in der Literatur diskutiert oder gar erklärt worden.

Sollen wir ohne zu stutzen glauben, dass jede 383. Kontrollgruppenfrau in Kopparberg tatsächlich an Mamma-Karzinom gestorben ist? Dies wäre die mit Abstand höchste Mortalität am Mammakarzinom, die je in irgendeiner Region der Welt beschrieben ist.

Oder handelt es sich hier etwa um eine übermäßige Zuschreibung von Todesursachen an das Mamma-Karzinom, jedenfalls in einem vermehrten Maße, als dies in den anderen drei Gruppen der Studie der Fall war?

Erinnern wir uns, was wir gelernt haben über die angeblich steigenden Mortalitätsraten am Mamma-Karzinom und am Prostata-Karzinom übrigens in der Bundesrepublik Deutschland über die letzten 50 Jahre. Wir haben verstanden,

dass dies ein rein fiktiver Anstieg war, allein auf einer veränderten Zuschreibung von Todesursachen beruhend.

Wir fragen uns also: Warum ist es nicht möglich, dass auch in der Tabar-Studie die Todesursachenzuschreibung einer Variabilität unterlegen haben könnte, die diese merkwürdigen, ansonsten nicht zu erklärende Effekte verursacht? In Ermangelung anderer Erklärungen muss die Skeptikerin dieses vermuten.

Als nächstes fragen wir weiter, wie groß ist diese übermäßige Zuschreibung von Todesfällen, und hätte eine geringere Anzahl von Todesfällen in der Kopparberg-Kontrollgruppe einen Einfluss gehabt auf die statistische Signifikanz des Unterschiedes zwischen Screening und Kontrollgruppe?

Die Antwort ist klar:

Es geht um die Zuschreibung von sechs Todesfällen an die Ursache Mamma-Karzinom, die die ungewöhnlich hohe Mortalität beim Mammakarzinom in dieser Gruppe ausmachen. Denn: bei gleichem Anstieg des Mortalitätsrisikos (wie im Vergleich der beiden Screeninggruppen) hätte die Kopparberger Kontrollgruppe nur ein Mortalitätsrisiko von 1:455 haben dürfen. In diesem Falle wären nur 30 von 13 793 Frauen in diesen sieben Jahren als am Mamma-Karzinom verstorben bezeichnet worden. Wenn es aber nur 30 Todesfälle gewesen wären, dann wäre der Unterschied zur Screening-Gruppe deutlich kleiner gewesen, und der signifikante Effekt wäre verlorengegangen, wie wir in **Tabelle 5** sehen.

Im oberen Teil A der Tabelle 5 sind die Todesfälle, wie Tabar sie sich ausgerechnet hat, nach fünf, sechs und sieben Jahren nach Randomisierung in der Screening- und Kontrollgruppe eingetragen. Bitte bedenken Sie, dass er diese nun schon überhöhte Mortalität in der Kontrollgruppe durch seine rechnerische Verdoppelung der Werte noch einmal künstlich erhöht hat. Er hat, wie wir schon sagten, nach sechs und sieben Jahren konstante Differenzen angegeben von 30,7 vor etwa 30%, die signifikant sind. Wenn wir jedoch davon ausgehen, dass mindestens sechs Todesfälle in der Kontrollgruppe der Todesursache Mamma-Karzinom möglicherweise inkorrekt zugeordnet wurden, und dass diese sechs, verdoppelt zwölf, eigentlich von den Gesamttodesfällen wieder abgezogen werden müssten, dann ergibt sich in einer Neukalkulation das unten im Tabellenteil B eingezeichnete Bild. Hier haben wir also in der Kontrollgruppe jeweils zwölf Todesfälle weniger angenommen. Die Differenzen zur kumulativen Mortalität der Screeninggruppe schrumpfen nunmehr auf durchschnittlich 22 bzw. 23 % nach sieben und acht Jahren und sind infolgedessen (nach Berechnung der Konfidenzintervalle) nicht mehr signifikant.

Wir halten also fest, dass es sehr schwer ist, die Differenzen zwischen der Screening- und der Kontrollgruppe als stabile Daten zu akzeptieren. Wenn wir von der berechtigten Befürchtung ausgehen müssen, dass die hohe Mortalität in der Kontrollgruppe Resultat einer übermäßigen Zuschreibung von Todesursachen an das Mamma-Karzinom sein kann, dann haben wir hier einen künstlich hergestellten Effekt, der einer kritischen Überprüfung nicht standhält. Das heißt auch, dass diese Studie nicht in weiteren Analysen und Meta-Analysen verarbeitet werden darf.

Wenn wir jedoch die Tabarstudie aus allen Meta-Analysen aufgrund dieser ungeklärten Ungereimtheiten herausnehmen, so schrumpft auch der Beitrag, den die übrigen Studien beitragen: die Effekte schrumpfen, die Differenzen zwischen

Screening- und Kontrollgruppen nähern sich an. Würden wir eine 5%ige Mortalitätsverbesserung durch Screening noch für einen lohnenden Effekt ansehen? Wohl eher nicht.

Zudem möchte ich an dieser Stelle noch bemerken, dass keine andere Studie weltweit jemals einen signifikanten Screeningbenefit erbracht hat. Wenn Sie dann noch bedenken, wie abhängig die Mortalitätsstatistiken sind von der Mortalitätszuschreibung, die unbedingt blind erfolgen muss, sonst kann ein Verzerrungsfaktor der beteiligten Ärzte selbstverständlich nie ausgeschlossen werden, dann werden Sie verstehen, warum ich Ihnen sagen muss, dass beim kritischen Abklopfen der dekorative Putz von sämtlichen Screening-Studien abfällt.

Lediglich eine einzige Studie hält allen Anforderungen stand, und das ist die kanadische Studie, die von 1980 bis 1990 bei 90 000 Frauen durchgeführt wurde. Diese Studie erbrachte folgendes Ergebnis:

Das Screening erhöhte die Mortalität in der Gruppe 40-49 Jahre und zwar um den Faktor 27%. In der Gruppe 50 bis 59 Jahre erbrachte mammographisches Screening keine weitere Mortalitätsreduktion gegenüber der gründlichen systematischen Abtastung der Brust, die allerdings in dieser Studie ausgesprochen professionell und systematisch durchgeführt wurde. Allerdings erhöhte das mammografische Screening in beiden Altersklassen die Anzahl der diagnostizierten Karzinome, mit anderen Worten, die Frauen, die durch das Screening mit einer zusätzlichen Karzinomdiagnose belastet wurden, war auch in der kanadischen Studie erheblich höher. Dies ist der Beweis dafür, dass keinesfalls die Qualität der Mammographie etwa schlecht war, denn die Anzahl der diagnostizierten Karzinome war in der Tat über 20% höher.

Auch die Gesamtüberlebensraten in der kanadischen Studie können sich durchaus sehen lassen, sie sind durchweg deutlich besser, als die Überlebensraten wie wir eben gesehen haben, in der schwedischen Zweifachstudie. Etwaige Kritikpunkte, die in der Literatur an dieser Studie geäußert worden sind, sind damit ebenfalls widerlegt. Infolgedessen ist die kanadische Studie die einzige, die auf dem Prüfstand kritischer Evaluation standhält. Interessanterweise ist sie in den gängigen Metaanalysen jedoch nirgends vertreten. Dies wird meist begründet mit der erheblichen internationalen Kontroverse, die diese Studie ausgelöst habe. Als ob die Kontroverse ein Beweis für schlechte Qualität der Studie sei! Vielmehr ist die Kontroverse ein Hinweis darauf, dass beträchtliche Emotionen in die Interpretation der Studien hineinfließen, und nicht alle diese Emotionen sind solche, die um die Frauengesundheit bemühte Frauen als unterstützend und förderlich ansehen sollten.

Meine Schlussfolgerung über die bisher publizierten Studien zur Effektivität des mammografischen Screenings ist kurz:

Es gibt nirgends einen verlässlichen Beweis dafür, dass mammographisches Screening der Brust in irgendeiner Altersgruppe die Mortalität an Mamma-Karzinom reduziert gegenüber alleinigem guten Abtasten durch eine professionelle Person. Dies wird bestätigt in einer kürzlichen Veröffentlichung der Schweden, die zu ihrer eigenen Verblüffung keine Reduktion der Brustkrebsmortalität trotz flächendeckendem Screening nach zehn Jahren festgestellt haben.

Die Public Health Perspektive und die Aufklärung der Frauen

Einen letzten Blick sollten wir werfen auf die Public Health-Perspektive des mammographischen Screenings. Dieser Blick ist auch wichtig, wenn wir uns überlegen wollen, was sagen wir der einzelnen Frau, die sich für eventuelles Screening durch Mammographie interessiert. Nehmen wir also die optimistischsten Daten aus der Literatur, wohl wissend, dass diese unberechtigterweise überoptimistisch sind:

Wenn wir 10000 Frauen ins Screening schicken, werden 1500 nach sieben Jahren eine auffällige Mammographie gehabt haben. 137 davon werden eine Karzinomdiagnose erhalten haben. In der Kontrollgruppe wären es nur 105 gewesen. Übrigens von diesen 137 Karzinomen wären in diesen Jahren elf gestorben sein, während in der Kontrollgruppe in der gleichen Zeit 50 an Mamma-Karzinom gestorben sein sollen. Vier Frauen hätten von 10 000 Frauen über den Zeitraum von sieben Jahren also vom Screening einen Benefit. Alle übrigen Frauen, alle übrigen 9 996 Frauen hätten lediglich Nachteile gehabt. Diese Nachteile bestehen in folgenden Faktoren:

1. Führungszeit bei fehlendem Einfluss auf die Tödlichkeit der Erkrankung

73% der Frauen (11 von 15), deren tödliches Mamma-Karzinom durch ein Screening entdeckt wird, sterben zum gleichen Zeitpunkt wie ohne diese frühere Entdeckung. Sie haben keinen Benefit durch das Screening, sondern den erheblichen Nachteil, dass sie deutlich früher von ihrer tödlichen Erkrankung erfahren, das heißt gesunde und unbeschwerte Lebenszeit verlieren. Dies ist ein erheblicher Nachteil, der mir persönlich, da ich mich um diese Patientinnen kümmere, große Sorgen macht. Ich sehe hier gravierende ethische Fragen.

2. Überdiagnose

Es ist unbestritten, dass wir etwa eine Überdiagnose von mindestens 20% haben werden durch das mammographische Screening. Das bedeutet, wir werden die Zahl der diagnostizierten Krebse um mehr als 20% in die Höhe treiben, dies werden jedoch alles Karzinome sein, die für die Lebensqualität und das Überleben der Patientinnen nie klinisch relevant geworden wären. Dies ist auch ein erheblicher Nachteil und ein ethisches Problem, denn wir werden Leute mit Diagnosen belasten, die ihre Lebensqualität erheblich reduzieren können, und es ist offensichtlich, dass wir damit nur Unglück herstellen. Diese Frauen hätten besser nie von ihrem »Krebs« gehört.

3. Nicht tödliche Karzinome, die um Jahre früher entdeckt werden

Die weitaus meisten Screen-entdeckten Karzinome führen nicht zum Tode, jedenfalls nicht in den nächsten 15 Jahren. Sie haben einen langsamen Verlauf, das heißt, dass Screening entdeckt sie viele Jahre früher. Hier wird Frauen unbeschwerte Lebenszeit genommen, ohne dass sie einen Vorteil von diesem früheren Therapiebeginn hätten.

4. Falsch-Positive

Es ist offensichtlich, dass mindestens 90% der weiblichen Bevölkerung niemals Brustkrebs bekommen wird. Diese 90% der Frauen können niemals von Screening profitieren. Doch in den USA hat jede zweite Frau, die am Screening teilnimmt, mindestens einmal eine auffällige Mammografie in zehn Jahren. Das bedeutet Kontrollmammografie, eventuell Biopsie, Operation, jede Menge Belastung, bis

schließlich der falsche Alarm feststeht. Doch die psychische Belastung ist noch sechs Monate nach einem solchen »All clear« deutlich messbar, wie eine kürzliche dänische Studie gezeigt hat, die für diese Frauen Psychotherapeutische Unterstützung fordert.

5. Strahlenbelastung

In den bisher gelaufenen randomisierten Studien sind maximal fünf Screeningrunden erfolgt, zum Teil nur zwei. Aus diesen Beobachtungen ist eine strahleninduzierte Karzinomrate von 1,5 - 4 auf 10 000 errechnet worden (Prof. Mühlhauser, 1999, Arzneitelegramm vom 15.10.1999). Was mit der Strahleninduktion von Karzinomen passieren wird, wenn wir Frauen 20 Jahre lang jedes Jahr und möglicherweise auch noch mit zwei Aufnahmen pro Brust belasten werden, ist vollkommen unklar. Hier kann man nur von einem groß angelegten Massenexperiment sprechen. Die geschätzten zusätzlichen Todesfälle an Mamma-Karzinom von 1 auf 10 000 werden möglicherweise erhöht werden müssen. Wenn sie auch nur verdoppelt werden müssten, so könnten sie den postulierten Benefit, den die Screening-Befürworter uns verkaufen wollen, bereits annullieren.

6. Biopsierate

Schließlich gibt es noch die Biopsierate zu besprechen. Letztendlich kann eine auffällige Mammographie nur abgeklärt werden, wenn histologische Ergebnisse vorliegen. Das heißt, auf die eine oder andere Weise muss versucht werden, das in der Mammografie auffällige Gewebe unter das Mikroskop zu bekommen. In Amerika ist das durchweg mit offenen Biopsien der Fall, heißt über einen Schnitt in der Brust wird ein entsprechend großer Bezirk entfernt, der dann mikroskopisch aufgearbeitet wird. Dies hat zu enormen Biopsieraten geführt, das heißt es werden etwa zehnmal soviel Brüste operiert, als Karzinome gefunden werden. In England und Holland sollen die Biopsieraten deutlich niedriger sein. Dies liegt möglicherweise daran, dass andere, als angeblich nicht-invasiv bezeichnete Verfahren wie Punktionen und sogenannte Drillbiopsien eingesetzt werden. Da jedoch vollkommen unklar ist, wie diese Punktionen und Biopsien sich langfristig auf das Metastasierungsrisiko auswirken, habe ich persönlich damit einige Probleme. Ich vermute jedenfalls, dass in Deutschland, auch aus forensischen Gründen und übermäßiger Ängstlichkeit von Ärzten und Patientinnen, die Biopsierate stark ansteigen wird und sich eher dem Niveau in Nordamerika annähern wird, als dem in England oder Holland.

Die Kosten für ein mammografisches Screeningprogramm sind mehrfach geschätzt worden. Selbstverständlich gehen nicht nur die Kosten der einzelnen Mammografie ein, sondern auch die des Anschreibens, des Recalls, der Biopsien. Für Nordamerika sind optimistischste Daten angenommen, Kosten von über 1,5 Millionen DM pro »profitierende Frau« errechnet worden. Für die ganze BRD kann man einen Kostenberg von etwa zwei Milliarden pro Jahr erwarten.

Wir haben also einen ganzen Berg von Problemen, die Frauen (und das Gesundheitswesen) belasten werden, wenn sie ins Screening gehen. Darüber müssen Frauen mit unmissverständlichen Worten aufgeklärt werden und zwar in schriftlicher Form. Insgesamt muss den Frauen klar sein, dass mehr als 99 % aller asymptomatischen Frauen nicht vom Screening werden profitieren können. Dass ich auch das letzte Prozent für äußerst fragwürdig halte, habe ich Ihnen im Vorhergehenden versucht darzulegen.

Warum also Pilotstudien zur Mammographie in Deutschland?

Nur jede 200. Mammographie bei asymptomatischen Frauen im Alter 50-60 Jahre ist mit einem Mamma-Karzinom assoziiert. Diese herauszufischen ist sehr schwer. Es gibt daher europäische Richtlinien, die die sogenannte Falsch-Positiv-Rate und Falsch-Negativ-Rate möglichst gering halten sollen.

Dazu gehört: Doppelbefundung, externe Qualitätskontrolle, ein großer Durchlauf an Mammografien des Instituts, bestimmte Maschinen, die modernstem Standards entsprechen, speziell trainierte MTA's und Radiologen, tägliche Wartung, ständige Fortbildungen für dieses Personal. Wenn auch nur eine dieser Richtlinien nicht erfüllt ist, so steigen die Falsch-Positiv-Raten und Falsch-Negativ-Raten, das heißt auch die Erfassung der wenigen Karzinome ist damit nicht mehr gesichert. Infolgedessen muss man »wildes Screening«, welches sich nicht nach den europäischen Richtlinien richtet, als eine wenig sinnvolle und daher möglicherweise unethische Maßnahme bezeichnen.

Pilotstudien werden die folgenden Fragen beantworten können:

1. *Wie hoch ist die Recall-Rate in Deutschland (Falsch-Positiv-Rate)?*
2. *Wie hoch ist die Biopsierate in Deutschland?*
3. *Wie hoch ist die Krebserfassungsrate in Deutschland (Cancer Detection Rate)?*
4. *Wie hoch ist die Intervall-Karzinomrate in Deutschland (Falsch-Negativ-Rate)?*
5. *In welchen Stadien befinden sich die Screen-entdeckten Tumore?*
6. *Wie hoch ist der Anteil der In-Situ-Karzinome in Deutschland (Erfassung nicht - invasiver Krebsvorstufen, deren biologische Bedeutung unklar ist)?*
7. *Um wie viel steigt die Krebsdiagnoserate an durch Screening gegenüber vorher?*
8. *Wie werden die screen-entdeckten Tumore behandelt?*
9. *Um wieviel steigt die Belastung des Gesundheitssystems durch Screening-Folgen (Sekundäreffekte)?*
10. *Was kostet Screening und seine Folgen in Heller und Pfennig für das Gesundheitswesen?*

Nicht beantwortbar sein werden die Fragen:

1. *Wie viele Leben werden, wenn überhaupt, tatsächlich gerettet?*
2. *Wie wird die Mortalität beeinflusst (es liegen ja keine zuverlässigen Krebsstatistiken von vorher vor).*
3. *Wie viel Unterschied macht die Einführung eines systematischen Screenings aus im Vergleich zum ja bereits bestehenden Früherkennungsprogramm in Deutschland? (Hier in Deutschland ist die zusätzliche Einführung des MG-Screenings auf ein bereits bestehendes Früherkennungsprogramm weltweit einmalig. Diese interessante Forschungssituation wird leider nicht erkannt und nicht ausgenutzt).*

Wir fassen also zusammen:

Der Mythos der Früherkennung sagt: Früherkennung ist gut für 100% der Frauen. Denn entweder die Ergebnisse sind negativ, dann darf die Frau beruhigt sein. Oder das Ergebnis ist positiv, dann hatte die Frau zwar ein Karzinom, aber dank der früheren Erkennung mittels Mammographie ist dessen Prognose deutlich besser. Diesen Mythos wollen wir nun also dem wissenschaftlichen Restmüll übergeben.

Die Realität der Früherkennung ist:

- Auf jeden Fall wird aufgrund der Führungszeit den Frauen gesunde Lebenszeit genommen und kranke Lebenszeit hinzugeführt.
- Auf jeden Fall werden in Folge der Längenverzerrung vor allem die langsamen Verläufe, die klinisch nicht so gefährlich sind, durch die Früherkennung erfasst.
- Auf jeden Fall werden infolge der Überdiagnose viele Frauen eine Karzinomdiagnose bekommen, die sie ohne Früherkennung in ihrem Leben niemals erhalten hätten.
- Mehr als 99% der Frauen werden niemals von der mammografischen Früherkennung profitieren.
- Die Früherkennung verlängert auf jeden Fall das postdiagnostische Leben.
- Mindestens 70% der Frauen, deren Brustkrebs zum Tode führt, werden auch mit der Früherkennung daran zum gleichen Zeitpunkt sterben. Sie werden lediglich länger damit zu leben haben.
- Auf jeden Fall erleben alle Frauen ein Strahlenrisiko.

Mein letzter Beitrag richtet sich an die Risikofaktoren bei Mamma-Karzinom. Zunächst müssen wir uns fragen, was ist denn überhaupt ein Risikofaktor. Viele Leute denken beim Wort Risikofaktor an eine Art Räuber, der hinter der nächsten Straßenecke steht, und der, sobald sie um die Ecke treten, sie mit einer Keule auf den Kopf schlagen wird. Mit anderen Worten, sie konzeptualisieren den Risikofaktor als die Garantie für das Eintreten eines Ereignisses, wenn Sie sich auf einem bestimmten Wege befinden. Das ist kein Risikofaktor. Ein Risikofaktor ist eine Kraft, die das Individuum in Richtung der Erkrankung schiebt. Dies können wir am besten konzeptualisieren, wenn wir Gesundheit und Krankheit als zwei Pole einer kontinuierlichen Achse erkennen, auf der wir alle uns ständig hin- und herbewegen. Ich habe hier in **Abbildung 30** dies versucht grafisch darzustellen, wobei die nach unten zielenden Pfeile Richtung Krankheit Risikofaktoren präsentieren sollen, die nach oben zielenden Pfeile Schutzfaktoren, also Kräfte, die das Individuum in Richtung Gesundheit bewegen. Wie Sie in **Abbildung 31** sehen, sind wir alle ständig irgendwo auf dieser Achse, und auf uns wirken ständig Schutz- und Risikofaktoren ein in Richtung der verschiedensten Krankheiten. Hier habe ich mehrere kleine Schutzfaktoren oder Risikofaktoren auch einmal hintereinandergeschaltet, um anzudeuten, dass sie sich auch addieren können und zum Teil nur gemeinsam wirksam sind.

Was für Risikofaktoren für das Mamma-Karzinom kennen wir?

Im Wesentlichen haben wir hier sechs große und eine kleine Gruppe.

1. Ernährung
2. Körperliche Aktivität
3. Stress- und Psychohygiene
4. Umweltgifte
5. Hormone
6. Stillen

All diese Faktoren betreffen jede einzelne Frau in diesem Land.

Nun gibt es noch eine sehr kleine Gruppe von Frauen etwa 5% aller Mammakarzinome (oder etwa jede 250. Frau), die noch einen weiteren Risikofaktor haben, und das sind die Frauen mit sogenannten Brustkrebsgenen. Doch auch für diese Frauen gelten die anderen sechs Faktoren, so dass der siebte Faktor bei ihnen nur einer von vielen Risikofaktoren ist.

Ich möchte hier nur eine ganz kurze Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der Forschung aus all diesen Bereichen für Sie darstellen.

1. Ernährung

Eine kürzliche Studie des British Institut of Nutrition hat geschätzt, dass 80% der Mamma-Karzinome eine Ernährungskomponente haben. Dies ist deutlich mehr als noch vor knapp 20 Jahren von Doll und Peto geschätzt, wie in **Abbildung 32** dargestellt. Dass es durchaus möglich ist, das tägliche Nahrungsverhalten von Deutschen zu verändern, zeigt **Abbildung 33**, wo Sie in 15 Jahren einen deutlichen Rückgang des Konsums von Fleischwaren, Zucker und Kartoffeln nachweisen können und eine deutliche Zunahme von Karotten, Teigwaren und Trinkmilch sowie von alkoholischen Getränken.

2. Sport als Risikofaktor/Schutzfaktor

Die moderne immunologische Forschung hat körperlicher Aktivität eine große Bedeutung in Bezug auf eine Stimulierung des Immunsystems zugeschrieben. Kurz gesagt, lässt sich sagen: Körperliche Bewegung in mäßigem Ausmaß hat einen immunstimulierenden Effekt. Dieser ist messbar zum Beispiel, an zunehmender Ausschüttung von Tumornekrosefaktor Alpha aus den Leukozyten nach 30 Minuten »brisk walking«. Ganz anders sieht es aus bei erschöpfender körperlicher Tätigkeit. Hiernach wird das Immunsystem eher supprimiert, dies ist also keine Empfehlung, die wir Frauen geben wollen, die ihr Immunsystem stärken wollen. Einen Marathon zu laufen, können wir demnach nicht als günstig ansehen.

3. Umweltgifte

Eine kürzliche Veröffentlichung aus Kanada hat Frauen, die in der Landwirtschaft arbeiten, als extrem risikobelastet für Brustkrebs identifiziert. Die sogenannte israelische Anomaliestudie, die einer Abnahme der Brustkrebsinzidenz bei jenen Frauen festgestellt hat, die seit Mitte der 70er Jahre in die Pubertät kamen, vermutet ebenfalls einen Zusammenhang mit einer erheblich abgenommenen Pestizidbelastung der Milchprodukte in Israel seit dieser Zeit. Auch in der Bundesrepu-

blick Deutschland scheinen viele Umweltgifte über die letzten 20 Jahre drastisch reduziert worden zu sein. Möglicherweise ist dies ein Grund für eine allgemeine Abnahme der Karzinomortalität in der Bundesrepublik, doch genaue Kausalitätszuschreibungen sind nicht möglich. Insgesamt ist hier ein enormer Forschungsbedarf, wie auch die Kanadier festgestellt haben, angefangen bei einer gründlichen Umweltanamnese bei jeder Mammakarzinompatientin.

4. Psycho-sozialer Stress

ist eindeutig mit besonders den hormonabhängigen Karzinomen assoziiert. Über die Hypophyse werden bei Stress eine Reihe von Steuerungshormonen ausgeschüttet, die hormonempfindliche Organe, unter anderem die Brust in ihrer Proliferationsrate beeinflussen können. **Abbildung 34** zeigt die bisher bekannten Wege der Vermittlung dieser Stressfaktoren auf die körperlichen Organe.

5. Hormone

Eine große Rolle spielen offensichtlich Hormone beim Mamma-Karzinom. Frühe Menarche, späte Menopause und die Einnahme von exogenen Hormonen haben alle offenbar einen risikosteigernden Effekt. Leider gibt es noch keine Ergebnisse von kontrollierten Studien, weder zur Pille noch zur postmenopausalen Hormonersatztherapie. Die vorhandenen, nur mit gewissen Einschränkungen interpretierbaren Studien deuten auf ein erhöhtes Risiko bei beiden Hormonformen hin. Dieser risikoe erhöhende Hormoneinfluss besteht offenbar auch, wenn Schwangerschaften nicht von Stillperioden (als östrogenverringerten Phasen) gefolgt werden. In diesen Fällen wäre es in Bezug auf das Mamma-Karzinom-Risiko für die Frau weniger risikoreich, gar keine Kinder zu haben.

Sonderfall Risikofaktor Genetische Faktoren

Welchen Einfluss genetische Faktoren, insbesondere Breast-Cancer I und Breast-Cancer II als Gene auf das tatsächliche Risiko des Mamma-Karzinoms haben, ist vollkommen unbekannt. Entsprechende Langzeitstudien fehlen selbstverständlich noch, wurden die Gene doch erst in den letzten Jahren identifiziert. Die ursprünglich als sehr hoch eingeschätzten Risiken (in der Literatur geisterten Zahlen von »90%« herum) sind in neueren Publikationen ständig nach unten korrigiert worden. Aus derzeitiger Sicht kann man nur sagen, ein genetischer Faktor ist ein weiterer Risikofaktor für das Mamma-Karzinom, nicht mehr und nicht weniger, und sollte keine besonderen medizinischen Aktionen auslösen. Ob er etwa größer ist als der Faktor Ernährung oder der Faktor Sport oder ein anderer von der Frau selbst zu beeinflussender Faktor, ist vollkommen ungeklärt.

Würde irgendjemand hier im Raum auf die Idee kommen, einer Frau, die keinen Sport treibt, eine Mastektomie beidseits zu empfehlen, weil sie durch mangelnde körperliche Aktivität ihr Mammakarzinomrisiko erhöht? Dies wird jedoch bei Vorliegen von genetischen Faktoren relativ gern vorgeschlagen, obwohl keinerlei wissenschaftliche Evidenz für die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme vorliegt.

6. Stillen

Besonders bedeutsam ist jedoch in diesem Falle der Faktor Stillen. 24 Monate Stillen reduziert das Brustkrebsrisiko auf weniger als die Hälfte für jede individuelle Frau, unabhängig vom Hintergrundrisiko, und zwar nicht nur in ostasiatischen Ländern, wo die ersten diesbezüglichen Beobachtungen stattfanden, sondern auch und ebenso stark in Neuengland, wie eine kürzliche Publikation nachweisen

konnte. Die hiermit möglicherweise assoziierten Kausalfaktoren sind in Tabelle 5 dargelegt.

Besonders spannend sind jene Daten, die darauf hinweisen, dass das Gestilltwerden für ein kleines Mädchen einen Einfluss auf ihr späteres Brustkrebsrisiko haben kann. Demnach beeinflusst Stillen wesentliche Stoffwechselforgänge, die sowohl das spätere Körpergewicht als auch das Menarchealter und die endgültige Körpergröße beeinflussen, und zwar im günstigen Sinne in Bezug auf Karzinomrisiken für Brust, Endometrium und Ovar.

Das Gesundheitswesen sollte endlich erkennen, welche enormen langfristigen Gesundheitseffekte mit dem Stillen assoziiert sind und dieses leicht zu beeinflussende Verhalten systematisch und umfassend fördern. Doch die Gesundheit von Frauen ist bisher in Bezug auf das Stillen fast vollkommen unberücksichtigt geblieben.

Die lebenslange Anzahl der Menstruationszyklen spielt also bei diesen hormonrelevanten Karzinomen eine große Rolle, da jedes mal erhebliche typische Hormonschwankungen mit entsprechend massiver Aktivierung der Zellteilung zum Beispiel in der Brust einhergehen. Aus dieser Sicht ist es gar nicht so wünschenswert, dass eine »normale« nichtschwangere Frau vor der Menopause zwölf bis 13 Menstruationszyklen pro Jahr über viele Jahre haben soll. Wenn viele Zyklen - und das halten wir bisher ja für das »Normale« – gefährlich sind, dann müssen wir vollkommen andere therapeutische und normative Ziele formulieren. Vielleicht eher in Richtung des folgenden Ausspruches, den ich auf **Abbildung 35** zeige, wo die Frau sich folgendermaßen äußert:

»Perioden sind wie Flugzeugsitze: Je weiter auseinander, desto besser.«

Was kann frau selbst tun?

Wenn auch die individuelle Frau ihr Menarchealter und ihr Menopausealter kaum beeinflussen kann, so hat sie doch eine Reihe von Optionen, die sie in Bezug auf das Mamma-Karzinom abwägen muss. Insbesondere in der Peri- und Postmenopause spielt die Handhabung des Hormonhaushaltes eine große Rolle. Das ganze Leben hindurch muss die Frau sich über den Einfluss von Ernährung und Sport im Klaren sein, sowie über den ihres Körpergewichtes. Hierbei werden allerdings einige unserer konventionellen Konzepte von der »normalen Frau« durchaus erschüttert:

Zusammenfassend möchte ich zu den Risikofaktoren über das Mamma-Karzinom erneut betonen, dass ein Risikofaktor nur eine Kraft ist, die das Individuum in Richtung der Erkrankung schiebt, nicht mehr und nicht weniger. Ein Risikofaktor ist nicht Prophezeiung einer Krankheit, er ist nicht die Ursache für eine Krankheit und er ist nicht der Garant für das Auftreten einer Krankheit (**Abbildung 36**).

Als letztes Bild möchte ich Ihnen eine Ansammlung von frischem Gemüse und Obst zeigen, die uns ermutigen soll, innerhalb von 14 Tagen von all diesen Dingen ein Gutteil gegessen zu haben. Die Ernährungsliteratur erlaubt uns heutzutage, für praktisch jedes der hier abgebildeten Lebensmittel einen Inhaltsstoff zu identifizieren, der eine immunologische Bedeutung hat. Mit diesem letzten Bild möchte ich die Aufmerksamkeit weglenken von den Risikofaktoren und hin zu den Schutzfaktoren, denn diese sind es, deren Kenntnis und Implementation allen Frauen nützt und keiner schadet.

Schlussfolgerungen

1. Panik??

Gibt es einen Grund zur Panik beim Brustkrebs? Ich denke ja und nein.

Ja: Denn an der Mortalität der Erkrankung hat sich seit 70 Jahren so gut wie nichts geändert. Es gibt wohl keinen schlimmeren Unfähigkeitsbeweis für die klinische Medizin als diese statistische Aussage. Es ist daher auch nicht verwunderlich, wenn diese Tatsache von offizieller Seite nicht oft angesprochen wird.

Faktum ist und bleibt jedoch:

Die sogenannte Killervariante des Brustkrebs hat sich bisher allen therapeutischen Bemühungen aufs hartnäckigste widersetzt. Dies ist eine erschreckende Tatsache. Sie ist in der Tat die Begründung dafür, dass Frauen begonnen haben, auch die Sache Brustkrebs selbst in die Hand zu nehmen. Dies ist erforderlich, weil die bisherigen Strategien auf so eklatante Weise gescheitert sind. Es macht verständlich, warum Frauen so ärgerlich und so zornig sind. Es macht entschlossenes Auftreten und deutliches Fordern erforderlich. Es erklärt, warum auch die mediale Repräsentanz des Themas auf allgemeine Akzeptanz stößt.

Andererseits: Es gibt keinen neuen Grund zur Panik. Die Erkrankung hat sich nicht wesentlich verändert, es gibt keine Epidemie, Brustkrebs ist keine ansteckende Krankheit, und längst nicht jede Frau ist davon bedroht. Die beobachtete Zunahme an Diagnosen ist, ich hoffe, ich konnte Sie davon überzeugen, kein Beweis dafür, dass die Krankheit sich verändert hat. Ich hoffe auch, dass ich vermitteln konnte, dass wir die Diagnoserate in der Tat bis auf ca. 30% aller Frauen steigern könnten mit entsprechend feinen diagnostischen Mitteln, doch das dies nur Karzinome sein werden, mit denen die Frauen im Laufe ihres individuellen Lebens ohne solche Spezialdiagnostik nie zu tun gehabt hätten.

Dies kann niemals im Interesse von Frauen und ihrer Gesundheit sein. Es gibt also keinen Grund zur Panik, zu überstürzter Reaktion, zu erhöhter Emotionalität aufgrund einer neuerlichen Entwicklung. Eine solche Entwicklung gibt es nicht.

2. Die Früherkennung

Bisher gibt es keinen überzeugenden Beweis für ein diagnostisches Fenster in dem die therapeutischen Strategien besser wirken als außerhalb dieses Fensters. Oder anders ausgedrückt:

Bisher wurde kein Zeitpunkt gefunden, zu dem die ansonsten nutzlosen Therapien nützlicher wären. Früherkennung birgt beträchtliche Risiken, nicht zuletzt das Risiko, dass weit mehr als 93% der Frauen, die ihren Brustkrebs durch Mammographie entdecken lassen, keinerlei Vorteil in Bezug auf ihr Leben davon haben werden. Sie werden lediglich länger mit der Krankheit leben müssen, mit der Therapie und den Therapiefolgen, dem Stigma und allen weiteren Nachteilen.

Denken Sie auch daran, dass Frauen zum Beispiel sechs Monate nach Abschluss einer Lebensversicherung nicht zur Früherkennung gehen sollten: Ihre Rechte könnten verfallen, wenn sich ihr Gesundheitszustand in dieser Zeit wesentlich verschlechtert.

Zudem haben wir das Problem der erheblichen Überdiagnose und einer Falsch-Positiv-Rate, die die Frauen in die größte Bestürzung und Ängste versetzt. Diese

Probleme sind ungelöst und bedeuten eine aus meiner Sicht nicht zu rechtfertigende Belastung. Dies gilt sowohl für die individuellen Frauen, als auch für das Gesundheitssystem als Ganzes.

Die Zählebigkeit des Konzeptes der früheren Erkennung

Warum ist das Konzept der Früherkennung so hartnäckig, so populär, so gängig? Mit dem Konzept der Früherkennung versucht die konventionelle Medizin angesichts ihres ansonsten recht unübersehbaren Scheiterns zwei Ziele zu erreichen.

1. Ziel:

Der Betroffenen selbst die Verantwortung für ihren Gesundheitszustand zuzuschreiben. Grundtenor: Wenn die Therapie versagt, dann war es eben die Schuld der Frau, denn sie ist nicht früh genug gekommen. Dieser Argumentationsstrang ist aus meiner Sicht geradezu perfide. Dass er uralt ist und weit verbreitet, macht ihn nur noch schlimmer.

2. Ziel:

Den Anschein aufrecht zu erhalten, als seien die therapeutischen Maßnahmen doch nützlich für das Überleben, wenn sie denn nur zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt würden! Dieser Argumentationsstrang hat bisher erfolgreich verhindert, dass über das Mamma-Karzinom und über die gängigen Therapievorstellungen überhaupt produktiv nachgedacht wurde.

Nun gibt es noch einen dritten Grund, warum das Screening-Konzept so hartnäckig ist. Der liegt an den Frauen selbst, und zwar an denen, die, und das ist ja sehr verständlich, ihrer Angst mit einer Aktivität begegnen wollen. Sie wollen auch gern die Verantwortung, die ihnen die Medizin zugeschustert hat, wieder abgeben. Mit der Früherkennung tun sie, "was möglich ist", und es kann sie sehr entlasten. Außerdem akzeptieren sie oft kritiklos die Schuldzuschreibung durch die Medizin, wenn sie erkranken, und hier ist der Gang zur Früherkennung ein Sich-Entledigen vom befürchteten potentiellm Schuldvorwurf.

Diese Frauen haben jedoch nicht durchschaut, dass ihre Zustimmung zur Früherkennung die inadäquaten Konzepte der Medizin zementieren wird und weiter verdecken hilft. Frauen sollten daher Früherkennung mit gesunder Skepsis begegnen und nach ihren individuellen Chancen und Risiken fragen, bevor sie sie durchführen lassen. Es ist selbst aus Sicht der Enthusiasten unvermeidlich, dass sehr viel mehr Frauen erheblich belastet werden, als denen geholfen werden kann. Wir leben in Zeiten knapper Budgets -und wir sprechen hier von einem Jahresbudget von an die 2 Milliarden DM oder von 46 000 DM, die man jeder neu diagnostizierten Brustkrebspatientin statt dessen in die Hand drücken könnte. In diesen Zeiten Früherkennung des Mamma-Karzinoms zu fordern, muss ganz besonders genau begründet werden.

Zentral bedeutsam ist die umfassende Aufklärung von Frauen, die sich für das mammografische Screening interessieren, über die Risiken, Nebenwirkungen, und Unsicherheiten der Prozedur.

Screening von gesunden, beschwerdefreien, glücklichen und arbeitsfähigen Frauen ist eine besondere ethische Herausforderung.

3. Die Risikofaktoren

Kein Risikofaktor, egal wie er sich nennt und wie er agiert, allein macht niemals einen Brustkrebs. Zu den Risikofaktoren gibt es auch Schutzfaktoren. Es ist im absoluten und sehr vordringlichen Interesse aller Frauen diese Risiko- und Schutzfaktoren zu verstehen. Jede will, wo sie kann, sich nach diesen Informationen richten können. Auch wenn wir erkennen müssen, dass einige unangenehme Konsequenzen für unsere eigene Bequemlichkeit daraus folgen könnten, wie z.B. aus den Erkenntnissen über langes Stillen und über den Gebrauch exogener Hormone. Auch Teile der feministischen Bewegung müssen ebenfalls einige ihrer Konzepte hinterfragen: Alle, die bisher Stillen immer mit abgeschiedener Häuslichkeit und misogynen Mutterideologie assoziiert haben und es daher abgelehnt haben, müssen dazulernen, dass die Biologie nicht wirklich die Feindin der Frau ist. Neue Forderung nach Integration der Mütter, auch der Mütter kleiner und kleinster Kinder, in das »normale« gesellschaftliche Leben sind aufzustellen. So wie überall rollstuhlgerechte Eingänge gebaut wurden, müssen stillgerechte Umgebungen und Akzeptanzen geschaffen werden.

4. Die Therapie

Hier sind enorme sofortige Veränderungen möglich und zu fordern, die die Lebensqualität jeder einzelnen Brustkrebspatientin sofort drastisch verbessern könnten:

- Aus der Diagnostik und Therapie des Mamma-Karzinoms muss jede Art von Hektik und Überstürzung entfernt werden. Mamma-Karzinom ist kein akuter Notfall. Brustkrebs ist immer schon viele Jahre im Körper. Angstmache ist Manipulation und Instrumentalisierung der Patientin, die sich in einer Krisensituation befindet. Mehrere Tage Bedenkzeit und Mehrfachmeinungen müssen angeboten werden und ermöglicht werden.
- Jeder Frau mit potentieller Brustkrebsdiagnose muss ein zweizeitiges operatives Verfahren angeboten werden. Im ersten Schritt Gewinnung der Diagnose durch Entfernung des Tumors, Feststellung der Ausbreitung innerhalb der Brust, der Hormonrezeptoren im Gewebe etc. Im zweiten Schritt dann die definitive operative Maßnahme nach ausreichend Bedenkzeit und ausreichend Aufklärung der Frau über alle zur Verfügung stehenden Alternativen. Streng genommen - und es ist höchste Zeit, dass Frauen hier strenger hinschauen - ist eine Aufklärung zu einem operativen Eingriff ohne vollständige Information nicht rechtens - außer in akuten Notfällen.
- Jeder Frau mit der Diagnose Brustkrebs, egal wie jung oder alt, muss eine brusterhaltende Option angeboten werden. Es muss als Kunstfehler angesehen werden, wenn dies heutzutage noch unterbleibt. JuristInnen werden hier sogar Körperverletzungsaspekte erkennen.
- Keine Frau darf mehr einer Mastektomie zustimmen in dem Glauben, sie hätte mit diesem Opfer etwas für ihr Überleben getan. Diese Art der Fehlinformation an sowieso äußerst besorgte Menschen in einer Krisensituation ist unredlich.
- Es muss jeder Frau vor der Operation klar sein, dass die Operation in der Achselhöhle ebenfalls nur sehr begrenzte therapeutische Ziele verfolgt und keineswegs für ihr Überleben wichtig ist. Diese mit der höchsten Komplikations-

rate und Nebenwirkungen bis zur lebenslangen Behinderung belastete Maßnahme muss gut überlegt werden. Ein Lymphödem des Armes, was ein praktisch nicht mehr zu therapierender Zustand ist, kann bei zu radikaler Operationstechnik im allgemeinen als ein einen potentiellen Haftpflichtanspruch auslösendes Ereignis angesehen werden.

- Der systemische Charakter des Mamma-Karzinoms und seine enorme Hormonabhängigkeit müssen in die therapeutischen Überlegungen viel mehr einbezogen werden. Insbesondere müssen die systemisch wirksamen Maßnahmen, die für prämenopausale Brustkrebspatientinnen einen erheblichen Überlebensvorteil bedeuten, diesen auch systematisch angeboten werden. Dazu zählt vor allem die in Deutschland vollkommen unterbenutzte Entfernung der Eierstöcke. Hier müssen die emotionalen ideologisch verbrämten Brillen abgesetzt werden. Hier geht es nachweislich um erhebliche Überlebenseffekte. Jede Frau unter 50 muss dieses Angebot bekommen. Die Therapie des Brustkrebses muss ihren Schrecken verlieren. Das Ziel muss sein: Eine uneingeschränkte Lebensqualität nach Abschluss der Primätherapie. Brustkrebs darf nicht mehr gleichbedeutend mit Schwerbeschädigung sein.

Zum Schluss meine Abschlussforderung zur Forschung

Wir brauchen eine nationale Koordination der gesamten zum Thema Brustkrebs laufenden Forschung in Deutschland. Forschungsprioritäten müssen gesetzt werden und Ziele identifiziert werden, die für möglichst viele Frauen möglichst rasch bedeutsame Fortschritte bedeuten können. Wir brauchen epidemiologische Forschung, und die geht nicht ohne ein zuverlässiges Krebsregister, und wir brauchen Forschung zu Schutzfaktoren, von der alle Frauen sofort profitieren, Betroffene und nicht Betroffene.

Wir brauchen projektbezogene Forschungsförderung, nicht institutsbezogene. In dieser nationalen Koordination müssen auch betroffene und professionelle Frauen angemessen vertreten sein. Brustkrebs ist unsere Sache.

Psychotherapeutische und psychosomatische Aspekte bei Brusterkrankungen

Bevor wir uns mit den psychosomatischen und psychotherapeutischen Aspekten bei Brusterkrankungen beschäftigen, möchte ich mit Ihnen kurz die normale Brustentwicklung bei Mädchen betrachten, dann auf die seelische und symbolische Bedeutung der weiblichen Brust eingehen, aus der sich dann die psychosomatischen Aspekte von Brusterkrankungen ableiten. Zum Ende meines Vortrages möchte ich kurz auf die therapeutischen Ansätze der Psychosomatischen Abteilung der Wicker-Klinik Bad Wildungen im Rahmen der stationären Betreuung von Frauen mit Brusterkrankungen eingehen.

Bis zur Pubertät besteht zwischen der Brust eines Mädchens und der eines Jungen kein Unterschied. Die Brust ist flach und kindlich, die Drüsenkörper sind kaum entwickelt und inaktiv. Mit dem Wachsen der Eierstöcke und der Bildung und Ausschüttung von Östrogen entwickelt sich unter anderem die Brustdrüse, in dem sie sich zunächst als kleine Halbkugel vorwölbt und im Verlauf der Pubertät, so etwa bis zum 15. Lebensjahr, zur voll entwickelten Brust heranreift.

Während alle übrigen Organe des menschlichen Körpers bereits von der Geburt an vorhanden sind und sich nur noch in Größe und Form verändern, entwickeln sich die weiblichen Brüste in einer Zeit, in der bereits ein bewusstes Erleben dieses Vorgangs möglich ist. Während der körperlichen Veränderung finden auch seelische Entwicklungen statt. Das Körpergefühl eines brustlosen Mädchens wird durch die Entwicklung der Brüste grundlegend verändert. Sie muss ihr Körperbild korrigieren und erweitern und ihre Brüste in das nunmehr neue Körperbild integrieren. Der Körper eines kleinen Mädchens ist wie niemandes Körper sonst beschaffen, nicht wie der Körper von Jungen und Männern, aber auch nicht wie der von erwachsenen Frauen. So hat sie erst einmal kein direktes Vorbild.

Damit erfordern Entwicklung und Bewusstwerden des weiblichen Körpers Integration in das neue Körperbild und libidinöse Besetzung sowie die nunmehr vorhandene Identifikationsmöglichkeit mit erwachsenen Frauen eine große Umstellung körperlicher wie seelischer Art, die auch Menarche und weitere Entwicklungen einschließt.

Ein bewusstes Erleben könnte es Frauen an sich ermöglichen, ein besseres Bewusstsein für sich selbst, für ihr Körperbild, ihre Körperwahrnehmungen und ihre Funktionen und Fähigkeiten zu entwickeln und damit mehr Vertrauen in den eigenen Körper zu gewinnen. Es besteht auch die Chance, Umstellungsfähigkeit und eine besondere dynamische, nicht statische Form von Stabilität und Sicherheit und eine Flexibilität zu entwickeln, die von Frauen einerseits verlangt wird, die andererseits aber Labilität genannt wird. Hinzu kommt, dass die Brust in ihren zyklischen Veränderungen den lebendigen Wechsel im Zyklus widerspiegelt.

Die Brüste sind damit das Organ, das der Frau ihre Weiblichkeit, ihren Weg zum Frau-Werden und ihr Frau-Sein symbolisiert.

Aus der Shell-Jugendstudie von 1992, in der 2022 weibliche und 1983 männliche Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 13 und 29 Jahren befragt wurden, nach welchen Kriterien sie während ihrer Pubertät den eigenen Entwicklungsstand beurteilt hätten, geht hervor, dass bei Mädchen die Brustentwicklung und die Menarche die größte Bedeutung haben (81 und 70%), während bei Jungen die Körperlänge und der Bartwuchs die meisten Nennungen erhielten (68 und 60%). Das Ergebnis der Befragung belegt, dass das Wachstum und die Reifung der Brust für Mädchen eine Entwicklung ist, die sie bewusst wahrnehmen.

Ob es dem Mädchen und der jungen Frau gelingt, ihre wachsenden Brüste freudig und stolz anzunehmen, sie positiv zu besetzen und in ihr neues Körperbild zu integrieren und damit zugleich einen Bereich erwachsener weiblicher Identität zu bejahen, hängt ganz wesentlich von den Reaktionen des sozialen Umfeldes ab. Großen Stellenwert hat die Familie, noch größeren jedoch die Clique oder Peergroup des Mädchens. Gerade jüngere Mädchen zwischen zwölf und 14 Jahren erleben die körperlichen Veränderungen als mit Einschränkungen verbunden: Was früher erlaubt war (zum Beispiel bestimmte Aktivitäten und Bewegungen) wird nun häufiger, besonders durch Mütter oder Großmütter, verboten, und auch die körperlichen Veränderungen selbst (schmerzende Brüste, Menstruationsbeschwerden) gehen zunächst zeitweilig mit Einschränkungen einher. Mädchen werden angehalten, sich nicht provokativ zu verhalten, da sie sonst mögliche Übergriffe durch Männer selbst verschulden. Über sexuelle Lust und Freude an der eigenen Körperlichkeit erfahren sie meist nichts. Von der Schule her erfahren sie meist nichts über die Brust, vielleicht am ehesten noch den Hinweis im Biologieunterricht, dass Menschen zu den Säugetieren gehören, die ihre Jungen mit der eigenen Milch ernähren.

Das Aussehen und die Erfüllung körper- und figurbezogener Normen ist gerade für Mädchen ein wesentlicher Schlüssel zu Akzeptanz in der gleichaltrigen Gruppe. Dabei unterliegen die weiblichen Schönheitsideale einem gesellschaftlichen Wandel, der in den propagierten Körperproportionen sichtbar wird. Galt in den Nachkriegsjahren noch der aus heutiger Sicht etwas mollige Marilyn-Monroe-Typ und Mitte bis Ende der 60er Jahre der anorektische Twiggy-Typ als Ideal, ist heute der schlanke, leicht muskulöse »durchgestylte Body a la Jane Fonda« das Ideal.

In den 50er Jahren lag das Gewicht eines Models nur acht Prozent unter dem Durchschnitt aller Frauen, in den 80er Jahren wog sie durchschnittlich 23 Prozent weniger.

Die auf die Figur bezogenen Normvorgaben setzen sich bereits in der Adoleszenz als Idealvorstellungen durch. Zahlreiche Studien belegen, dass Mädchen mit ihrem Körper unzufriedener sind, dass sie ein geringeres körperbezogenes Selbstwertgefühl haben, und dass sie sich unattraktiver finden als Jungen dies für sich beschreiben. Wichtig erscheint mir an dieser Stelle zu bemerken, dass Frauen und Mädchen nicht passiv einem Schönheitsideal unterworfen werden, sondern dieses vielmehr aktiv mitgestalten.

Mädchen lernen spätestens mit Beginn der Pubertät, dass die Anerkennung durch andere an das Aussehen gekoppelt ist. Für sie ist der Körper – genauer: Das Aussehen des Körpers und seine Einzelteile – ihr Kapital. Sie lernen, dass sie Anerkennung vor allem darüber bekommen, dass sie gut aussehen, also einem der gängigen Schönheitsideale zumindest annäherungsweise entsprechen.

Dabei ist bedeutsam, dass ihre Schönheit auch von anderen – insbesondere natürlich von Jungen und Männern – anerkannt wird. Während für Jungen Männlichkeit über eigene Fähigkeiten und Leistungen definiert wird, findet Weiblichkeit ihre Bestätigung erst durch die männliche Anerkennung:

Im männlichen Blick spiegelt sich ihre Attraktivität wider.

Auf eine Umfrage, ob sie etwas an ihrem Körper ändern wollten, wenn sie könnten, antworteten 59 Prozent der befragten Mädchen: ja (Jungen: 35,6 Prozent), über 70 Prozent der Mädchen, die Veränderungen wünschten, hätten gern einen anderen Busen.

So ist die Brustentwicklung selten ein Ereignis, das Mädchen begrüßen und mit Stolz betrachten. Es ist häufig von Ängsten begleitet vor dem Endergebnis, denn für die Brust gibt es in unserer Kultur wie für kein anderes Organ Namen, Maßstäbe und Vorschriften der Mode, die

nachdrücklich über die Medien vermittelt werden. Allerdings wechseln Idealvorstellungen von der Größe und der Form der Brust immer wieder, so dass die gleiche Brust möglicherweise dem Schönheitsideal, dem sie vielleicht einmal entsprochen hat, später nicht mehr entspricht. Auch das gibt es für kein anderes Organ.

Freude an der eigenen Körperlichkeit und Stolz auf die eigene Entwicklung werden nicht gefördert und bestätigt, sondern eher durch Ängste getrübt und nicht selten erheblich auch durch Grenzüberschreitungen und Übergriffe beeinträchtigt. Am Ende kann die Ablehnung des eigenen Körpers und Körperfeindlichkeit stehen oder die Ablehnung des Frau-Seins, die sich später möglicherweise in Erkrankungen verschiedenster Art bemerkbar machen kann.

Kommen wir nun im nächsten Abschnitt des Referats zur seelischen und symbolischen Bedeutung der weiblichen Brust. Wenn wir uns darüber Gedanken machen, fällt uns meist die mütterliche Funktion des Nährens ein, dann vielleicht noch die Brust als Ort körperlicher Lust und sexueller Erregung oder als Ort, an dem das Gegenüber Trost, Ruhe und Zärtlichkeit finden kann. Alles wichtige Aspekte, die jedoch nicht ausreichen, um zu verstehen, was die weibliche Brust symbolisiert – welche seelische Repräsentanz sie besitzt.

Die Brust ist ein, für uns Frauen deutlich sichtbares Organ. Es gilt zum einen als äußeres Symbol der weiblichen Attraktivität, teilweise äußerst plump dargestellt in entsprechenden Zeitschriften, andererseits gilt es als Organ der Mütterlichkeit, des Nährens. Es gibt Kulturen, in denen das sogenannte Brustweisen, also die Darstellung der Brüste der Frauen eines Stammes die Darstellung der Macht eines Stammes ist. Die Brust ist ein Organ, mit dem wir Frauen die Kraft haben, zu nähren, ein Lebewesen großzuziehen, ohne dazu etwas zu brauchen. Das legt den Gedanken nahe, die Brust als das Potenzorgan der Frauen zu bezeichnen. Beim Stillen eines Kindes geht es einerseits um das Nähren des Kindes, aber andererseits auch um die Ruhe, um das sogenannte Stillen, etwas zur Ruhe kommen zu lassen. Es geht aber um das Geben und Nehmen, für das die Brust ein Symbol ist.

Es gibt viele Assoziationen, Vorstellungen und Analogien zur Brust. Sie ist ein sogenanntes sekundäres Geschlechtsorgan, ein Bereich des Körpers, der sehr viel mit Spüren, Fühlen und Erotik und Lust zu tun hat. Aber auch ein Bereich des Körpers der häufig mit sehr viel Ambivalenz besetzt und der auch viel Sexistischem ausgesetzt ist. Für viele Frauen ist die Brust der Ausdruck von Weiblichkeit.

Viele Frauen sind unzufrieden mit der Größe und dem Aussehen ihrer Brüste. Geht eine Brust verloren oder verliert sie durch eine Narbe an Schönheit so haben viele Frauen die Vorstellung an Wert als Frau verloren zu haben, das Gefühl der Minderwertigkeit und der sozialen Diskriminierung. Sei es, dass die Umwelt schlecht mit dieser Erkrankung umgehen kann und zu schnell Forderungen nach einem Weiterleben, als sei nichts geschehen, stellt, oder seien es die eigenen inneren Ansprüche oder auch Vorstellungen und Gedanken, die sich mit der eigenen Brust oder deren Verlust verbindet.

Ich möchte jetzt zum nächsten Teil meines Vortrags weiterleiten, der sich mit Brusterkrankungen und seelischen Folgen beschäftigt.

Dazu zunächst ein paar Zahlen: Allein in Deutschland erfahren täglich 120 Frauen, dass sie Brustkrebs haben – und eine Viertelmillion weiß es schon. Jede zehnte Frau in Deutschland erkrankt an Brustkrebs, es gibt jährlich 43.000 Neuerkrankungen, 18.000 Frauen sterben jährlich an den Folgen der Erkrankung. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen.

Eine Krebserkrankung löst in einem Menschen eine Krise aus. Von heute auf morgen hat sich vieles verändert und das Leben hat abrupt eine Wendung genommen, im ersten Moment erlebt man sie als lebensgefährliche Wendung. Normalerweise weiß man, dass das eigene Leben begrenzt ist, geht aber häufig so damit um als sei es dies nicht. Mit einer solchen Krise gehen Menschen unterschiedlich um. Es gibt verschiedene Faktoren, die die Auseinandersetzung mit Krisen beeinflussen. Sie sind in der Regel auch abhängig von der jeweiligen Lebenssituation in der sich ein Mensch befindet.

Eine große Rolle spielt die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und die soziale Situation, also wie jemand lebt z. B. ob alleine oder ob es ein Eingebundensein in eine Familie oder intakte Partnerschaft gibt.

Es ist aus der Traumaforschung bekannt, dass je stabiler die äußere und die innere Struktur ist, desto leichter lässt sich ein Trauma kompensieren und eine Krebserkrankung wird von vielen Menschen als ein Trauma erlebt. Menschen die in ihrer Kindheit Selbstbewusstsein und Sicherheit gelernt haben, schaffen es mit solchen traumatischen Situationen leichter umzugehen. Es gibt unterschiedliche Arten mit einer Krebserkrankung umzugehen.

Viele Frauen bleiben in ihrem sozialen Umfeld, werden dort aufgefangen und schaffen es ihr Leben neu zu strukturieren, ohne sich Hilfe, zum Beispiel in Selbsthilfegruppen oder in einer Therapie, etc. zu suchen. Einige gehen mit ihrer Erkrankung in die Öffentlichkeit und suchen sich Verbündete, so wie sie es hier füreinander sind oder suchen sich Unterstützung in einer Therapie. Man hat herausgefunden, dass Öffentlichkeit und Offenheit für den Umgang mit einer Krebserkrankung wichtig ist.

Ich möchte an dieser Stelle als Beispiel eine Studie der Stanford-Universität anführen. Dort hatte sich eine Gruppe von Frauen, die an fortgeschrittenem metastasierendem Brustkrebs litten, wöchentlich in einem Gesprächskreis getroffen. Für sie war meist dies der einzige Ort, an dem sie über ihre Ängste und Befürchtungen, über ihre Qual und ihren Zorn sprechen konnten, weil andere wie Verwandte und Freunde, die in ihrem Leben eine Rolle spielten, Angst hatten, mit ihnen über Krebs und den nahen Tod zu sprechen.

Verglichen hat man diese Patientinnengruppe mit einer zweiten Patientinnengruppe, die die gleiche Erkrankung hatten, denen die gleiche medizinische Versorgung zuteil wurde, die jedoch keine Gruppengespräche hatten. Das Ergebnis war, dass die Gesprächsgruppenteilnehmerinnen durchschnittlich noch weitere 37 Monate lebten, während die Patientinnen ohne das Gesprächsangebot nur noch durchschnittlich 19 Monate zu leben hatten. Eine im Ergebnis sehr eindrucksvolle Studie, die noch einmal den Zusammenhang zwischen Seele und Körper belegt und den gesundheitsfördernden Aspekt des Ansprechens von Sorgen und Kummer unterstreicht.

In Amerika gründet man spezielle Gruppen die nach außen Frauen mit Brustkrebserkrankungen vertreten, die Öffentlichkeit informieren, von der Medizin Veränderungen oder mehr Forschung einfordern. Ziel ist, das Schweigen zu brechen und damit auch das innere Gefühl der einzelnen Frauen gesellschaftliche Außenseiterinnen zu sein zu verändern. Für manche Frauen ist es aber extrem schwierig sich Hilfe zu holen, sie ziehen sich zurück und reden kaum über das Erlebte sondern versuchen weiter zu leben als sei nichts geschehen. Dies geschieht meist aus Scham- oder Schuldgefühlen oder einem nicht gelernt haben über sich und die eigenen Gefühle zu reden.

Dahinter steckt nicht selten die Vorstellung von Krankheit als Strafe möglicherweise für Sünden oder andere Verfehlungen. Dahinter steht häufig eine starre religiöse Erziehung aber in manchen Fällen eine Realschuld. Beides gilt es in der Therapie zu bearbeiten.

Eine schwere Erkrankung macht eine Auseinandersetzung auf mehreren Ebenen notwendig. Geschieht sie nicht, beziehungsweise ist sie einem Menschen zur Zeit nicht möglich, bleibt der

Seele als Ausweg oft nur die Depression oder die Somatisierung. Der Ausdruck über körperliche Symptome. Verspannungen, Kopfschmerzen, Magenschmerzen etc. Realängste ziehen sich durch die gesamte Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Die Angst vor dem Tod und dem Sterben, vor der Zukunft, vor weiteren Untersuchungen, vor einem Rezidiv und vielem mehr.

Es ist wichtig diese Ängste ernst zu nehmen und nicht zu bagatellisieren. Die Folge können dann Schlafstörungen mit Alpträumen sein. Der Schlaf als, wie man sagt, der kleine Tod. Ängste die am Tage keinen Platz haben finden sich in den Nächten wieder. Viele Frauen berichten aber auch von intensiven Träumen die ihnen geholfen haben mit den Ängsten des Tages besser umzugehen.

Ein wichtiger und dringend notwendiger Schritt im Umgang mit einer Krebserkrankung und dem Verlust eines Organs ist die sogenannte Trauerarbeit. Das heißt, ein Verlust muss betrauert werden, um Raum für neue Perspektiven zu bekommen. Trauerarbeit verläuft in mehreren Phasen, die übrigens bei allen schweren Verlusten ähnlich verläuft.

Am Anfang einer solchen Trauerarbeit steht das Nicht wahrhaben wollen, das verleugnen und das nicht zulassen können des Verlusts. Man beschäftigt sich mit Äußerlichem bzw. ist zu dieser Zeit auch Gezwungenes zu tun, da zum Beispiel noch Untersuchungen anstehen, Dinge zu klären sind etc. Also eine Phase in der Nachdenken über den Verlust nur schwer möglich ist. Es folgt dann eine Phase der Wut und Verzweiflung mit Fragen wie »warum passiert so etwas gerade mir« oder wie konnte Gott das zulassen und auch die Frage was habe ich falsch gemacht. Hierzu gehört auch Wut und Neid auf die Gesunden. Dann ist es auch irgendwann möglich, und das ist die dritte Phase, den Verlust zu betrauern. Darüber zu weinen und sich beispielsweise von seiner Brust zu verabschieden.

Einer Patientin gelang es am Ende einer Therapie, mit ihrem Mann zusammen an einen Bach zu gehen und für ihren Verlust, sie hatte eine Brust verloren, eine Rose ins Wasser zu werfen und ihr zuzuschauen wie sie davon schwimmt. Beide saßen noch lange Zeit am Bach und weinten gemeinsam. Es braucht Zeit eine solche Trauerarbeit zu leisten und jeder Mensch hat sein eigenes Tempo.

Oft besteht der Anspruch sowohl von außen als auch von innen, alles schnell bewältigt zu haben nach Möglichkeit ohne sich etwas anmerken zu lassen.

Frauen haben in der Trauerarbeit meist mit dem Ausdruck der Wut am meisten Schwierigkeiten. Noch heute werden Mädchen eher zur Passivität erzogen, Aggressivität gilt noch immer als nicht angemessen und passt besser zu Männern als zu Frauen. Das hat zur Folge, dass Frauen ihre Wut häufig gegen sich wenden und sich schwer tun Zugang zu ihrer Wut zu bekommen. Diese äußert sich dann in Form von Schuldgefühlen, Selbstverachtung, Abwertung der eigenen Person aber auch anderer Frauen und in der Autoaggressivität, mit nur wenig Expression nach außen. Oft fehlt die Möglichkeit die Wut oder die Hilflosigkeit in Worte zu fassen, weil die Übung fehlt über das zu reden was quält und welche Fragen bestehen. Aber auch die Übung im laut schimpfen, die Schuld nicht bei sich suchen etc.

Die Folge davon ist häufig die soziale Isolation, der Rückzug in die Depressivität als abgewehrte Aggression. Weitere Symptome sind dann innere Unruhe, Ängste und Ungeduld. Man unterscheidet in diesem Zusammenhang reale Ängste von diffusen Ängsten, also zum Beispiel Angst vor Metastasen, Angst vor einem Rezidiv oder die Angst vor dem Tod. Diffuse Ängste sind Ängste, die man nicht benennen kann und die keinen konkreten Inhalt haben.

Der soziale Rückzug hat aber auch oft den Hintergrund sich anderen nicht zumuten zu können oder zu wollen aber auch die Angst vor falschem Mitleid. Einen besonderen Stellenwert bekommt die Partnerschaft. Es muss sich nicht nur die Betroffene mit der Erkrankung auseinandersetzen auch der Partner wird mit den Veränderungen konfrontiert.

Die Reaktionsbreite des Partners reicht von überfürsorglichem Verhalten über die gemeinsame Auseinandersetzung mit den körperlichen Veränderungen der Partnerin bis hin zur Abwertung der Partnerin oder Verleugnung der Realität. Oft ist es ungewohnt Dinge innerhalb der Partnerschaft anzusprechen und auch all die notwendigen Fragen für die Partnerschaft zu stellen.

Den Verlust einer Brust zum Beispiel müssen eigentlich beide betrauern, da sie in vielen Beziehungen in der Sexualität ihren Platz hat. So erzählte eine Patientin, dass sie und ihr Partner ihren Brüsten Namen gegeben hätten und dass sie sich von Rosa verabschieden mussten. Gerade die Sexualität betreffend werden viele Fragen wichtig. So sind die Partner oft unsicher wie mit der beschädigten Seite umzugehen ist. Die Frau stellt sich die selbe Frage, aber hat auch die Sorge, der Partner könnte sich ekeln oder abwenden.

Eine Krebserkrankung bedeutet eine starke Verunsicherung im Vertrauen auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers. Es bleibt die Angst vor irgend etwas im Verborgenen wachsenden, ohne dass man etwas tun kann verbunden mit dem Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht, aber auch Wut auf den Körper als scheinbar verantwortlichem. Besonders schwierig ist der Umgang mit nach außen sichtbaren Beeinträchtigungen des Körpers, zum Beispiel mit dem Verlust einer Brust. Der Brustkrebs ist zur Zeit die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, Tendenz steigend.

Zum Abschluss meines Vortrags möchte ich Ihnen noch vorstellen, welche Gesichtspunkte und Vorgehensweisen aus unserer Erfahrung aus der Klinik für die Psychotherapie für Frauen nach Brustoperationen und –verlusten sich als hilfreich erwiesen haben.

Der Beginn einer therapeutischen Behandlung ist für die Frauen, die an Krebs erkrankt sind, meist sehr schwierig, gilt es doch zunächst festzustellen, dass die lebensgefährliche Erkrankung seelische Reaktionen macht, und für die Erkrankung auch seelische Faktoren eine Rolle spielen. Vor der Erkrankung eher gewohnt, anderen zu helfen, muss wegen der Erkrankung notgedrungen ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden. Dann noch psychotherapeutische Unterstützung oder Wegbegleitung in Anspruch zu nehmen, ist für viele ein erster wichtiger Veränderungsschritt, der jedoch nicht leicht fällt.

Viele Frauen klagen über ähnliche Beschwerden wie Schlafstörungen, Unruhe, Gereiztheit, Ängste und ein sehr häufiges Symptom ist Erschöpfung. Etwas, was man sich bei der Schwere der seelischen Arbeit gut vorstellen kann. Einige Frauen kommen auch, weil sie außer ihrer schweren Erkrankung auch noch die Trennung von ihrem Partner verarbeiten müssen.

Worum geht es in der therapeutischen Arbeit inhaltlich: Bei vielen Frauen geht es um die Auseinandersetzung mit den Realängsten, sich diese einzugestehen und eine Möglichkeit zu finden mit der Angst zu leben und nicht im Kampf gegen die Angst stecken zu bleiben. Ein häufiges und wichtiges Thema ist das Gefühl der Isolation und der Minderwertigkeit und der Diskriminierung, mit dem die Betroffenen oft in ihrer Umwelt konfrontiert werden. Der Isolation nach außen liegen aber auch oft innere Vorstellungen und Bilder zugrunde, die dringend bearbeitet werden müssen.

Es gibt die Möglichkeit diese Themen in Einzelgesprächen zu besprechen, viel wichtiger ist für die Frauen meist der Austausch in der Gruppe. Diese setzt sich hauptsächlich aus Frauen zusammen die Erkrankungen an weiblichen Organen haben. Die Frauen können sich mit anderen Betroffenen über ihre Erfahrungen zum Beispiel mit der Umwelt austauschen und mit gleichgesinnten Handlungsmöglichkeiten finden. Ähnliches gilt für die sexuelle und partnerschaftliche Problematik. Hier berichten die Frauen aus ihren Partnerschaften häufig von sehr abwertenden und äußerst destruktiven Auseinandersetzungen von Seiten des Partners,

aber auch von eigenen destruktiven Gedanken und dem eigenen Gefühl der Unzulänglichkeit in der Partnerschaft.

Wichtig in der Therapie ist die Abgrenzung von Partnerschaftsproblemen, die bereits vor der Erkrankung bestanden und denen die nach dem Verlust neu aufgetreten sind. Oftmals sind es Krisen, in die die Partnerschaft gestürzt wird und auch Trennungen sind in dieser Lebensphase häufig. Hier benötigen Frauen dringend Unterstützung. Oft werden die Frauen zugunsten einer jüngeren Frau verlassen und häufig steht die Wut auf die andere Frau und die zusätzliche Kränkung im Vordergrund. In der Therapie wichtig ist auch immer wieder die Wahrnehmung des Zustandes vor der Erkrankung, mit den eigenen Möglichkeiten, den eigenen Stärken und den Veränderungen nach der Erkrankung. Es geht dann darum, wieder Zugang zu bekommen zu eigenen Ressourcen, Kräften und Stärken. Das Thema der oben erwähnten Trauerarbeit, die irgendwann zum Ziel haben muss, Abschied zu nehmen mit der Möglichkeit, eine neue Perspektive und etwas Neues zu beginnen wird aufgegriffen und bearbeitet. Dieses Neue benötigt, den Abschied vom Alten, verbunden auch mit der Motivation, etwas Neues anzufangen und auszuprobieren.

Ein häufiges Thema in der Gruppe ist der Wunsch nach Wiedergutmachung und ein großer Wunsch nach Entschädigung durch die Gesellschaft für die erlittene Krankheit. Hieran werden oft viele, meist frustrane Wünsche geknüpft. Es kann natürlich niemand von außen etwas wiedergeben, was man verloren hat. Bleibt man im Wunsch nach Wiedergutmachung stecken, ist es schwer eigene Möglichkeiten zu sehen und vor allem die Kränkung der Erkrankung zu verarbeiten. Verständlich sind solche Wünsche allemal.

Auffällig groß ist die Vorstellung der eigenen Leistungseinschränkung. Natürlich geht vieles nicht mehr und es geht vieles nicht mehr so gut, aber trotzdem gibt es noch jede Menge Fähigkeiten, verbunden auch mit der realistischen Selbstwahrnehmung und dem Selbstbewusstsein, das man aus seinen Fähigkeiten ziehen kann. Oft geht dieser Zugang verloren. Hier ist ein Umdenken notwendig um einen Blick für neue Möglichkeiten zu entwickeln. So hatte eine Patientin das Gefühl sie könne ihre Bürotätigkeit nicht mehr weiter machen, sie sei jetzt nach ihrer Erkrankung dafür einfach nicht mehr geeignet. Die Arbeit hatte ihr bislang eigentlich viel Spaß gemacht und sie hat viel Anerkennung dafür bekommen. Es gilt im Verlauf einer Therapie aus dem Gefühl des eigenen Defizits herauszukommen, hin zu den Möglichkeiten eigener Perspektive und der Wahrnehmung eigener Lebendigkeit. Unterstützt wird die Gesprächstherapie durch Körpertherapie, in der es darum geht, den Körper neu wahrzunehmen, sich über die Einschränkung, aber auch den eigenen Möglichkeiten bewusst zu werden. Wieder zu lernen, sich zu spüren, sich anzuschauen, sich vielleicht vor den Spiegel zu stellen und die kranke Seite zu betrachten, vielleicht die Hände aufzulegen und ein Gefühl für die Veränderung zu bekommen. Ziel ist die wenn möglich liebevolle Selbstannahme und die Versöhnung mit der Verletzung. In der Körpertherapie sind Anleitungen möglich die die Frauen ausprobieren können. Sie besprechen auftretende Schwierigkeiten in der Einzeltherapie mit ihrer Therapeutin. Hilfreich sind imaginative Übungen, in denen es zum Beispiel um Körperreisen geht oder um Übungen in denen man Orte der Kraft und der Sicherheit aufsuchen kann. Hinzu kommt eventuell noch Maltherapie, wo es möglich ist, in Bildern Dinge zum Ausdruck zu bringen, zu denen Worte fehlen. Weiterhin gibt es die Musiktherapie. Manches kann man mit Tönen leichter zum Ausdruck bringen oder neu üben. Zugang zu abgespaltenen und abgewehrten Gefühlen ist möglich. Eine Patientin spielte zu Beginn des Aufenthaltes nur leise, harmonische Töne oder Melodien. Sie ärgerte sich über Andere die mit Zwischentönen ihr harmonisches Spiel störten. Bezüge zu ihrem Verhalten innerhalb ihrer Familie wurden ihr deutlich. Gegen Ende des Aufenthaltes entdeckte sie die Pauke für sich. Sie lernte »draufzuhauen« und so ihre Wut zum Ausdruck zu bringen. Ergänzt wird die Psychotherapie einerseits durch Untersuchungen, die

vielleicht noch notwendig werden können und durch physikalische Therapie, wie Lymphdrainagen und ergänzende krankengymnastische Übungen.

Unser Ansatz ist ein bewusst frauengemäßer. Dies bedeutet für uns, dass wir versuchen, parteiiche Psychotherapie anzubieten. Es gibt keine geschlechtsneutrale Psychotherapie. Und da wir eingebunden sind in unsere geschlechtsspezifischen Verhaltensmuster, brauchen wir auch eine spezifische Psychotherapie. Der Bereich für die Frauen mit Organverlusten wird therapeutisch von weiblichen Therapeutinnen geleitet und begleitet. Die ärztliche Betreuung macht eine psychotherapeutisch ausgebildete Ärztin. Wichtig ist, dass man innerhalb der Therapie in der eigenen Sprache bleiben kann und auch Verhaltensmuster, die im Kontakt mit Männern deutlich werden, nicht aufzutreten müssen. Erfahrungsgemäß gibt das auch mehr Freiheit, um über den eigenen Körper und auch über die eigenen Sexualität zu reden. Frauengemäße Psychotherapie heißt aber auch, ganz speziell auf die weiblichen Stärken einzugehen, zu schauen, ob es eine weibliche Spiritualität gibt, sich alter Gedanken oder Fähigkeiten zu erinnern, aber auch zu schauen, was braucht Frau, um sich in ihrem Körper und in ihrem Umfeld wohl fühlen zu können.

Wir gehen davon aus, dass jede Frau ein Wissen ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten hat und am besten weiß wo ihr Weg weiter geht. Dies wird meist deutlich bei einer imaginativen Übung bei der es um die innere Helferin geht oder um die innere weise Frau. Wichtig ist das Eigene und das spezifisch Weibliche zu entdecken: Die eigenen Bilder, die eigenen Gedanken, die eigenen Gefühle und den eigenen Körper.

Wenn es gelingt, die Therapie in dem oben beschriebenen Sinn zu nutzen, ist es häufig möglich, durch eine Veränderung durch die Einstellung zum eigenen Leben für die Betroffenen eine neue Lebensqualität zu finden, die vor der Erkrankung nicht zugänglich war. Insofern bedeutet die Erkrankung für manche Frauen die Chance eines Neuanfangs zu einem mehr selbstbestimmten und intensiver erlebten Lebensabschnitt.