

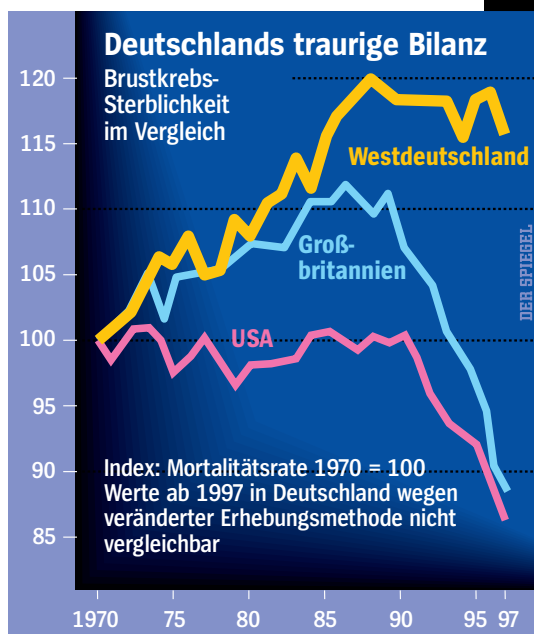
MEDIZIN

„Katastrophe für die Frauen“

4000 Patientinnen in Deutschland sterben alljährlich an Brustkrebs, obwohl sie gerettet werden könnten. Die Überlebensraten stagnieren, jedes dritte Tumorpfer erhält keine optimale Versorgung – die deutsche Brustkrebsmedizin hat international den Anschluss verloren.

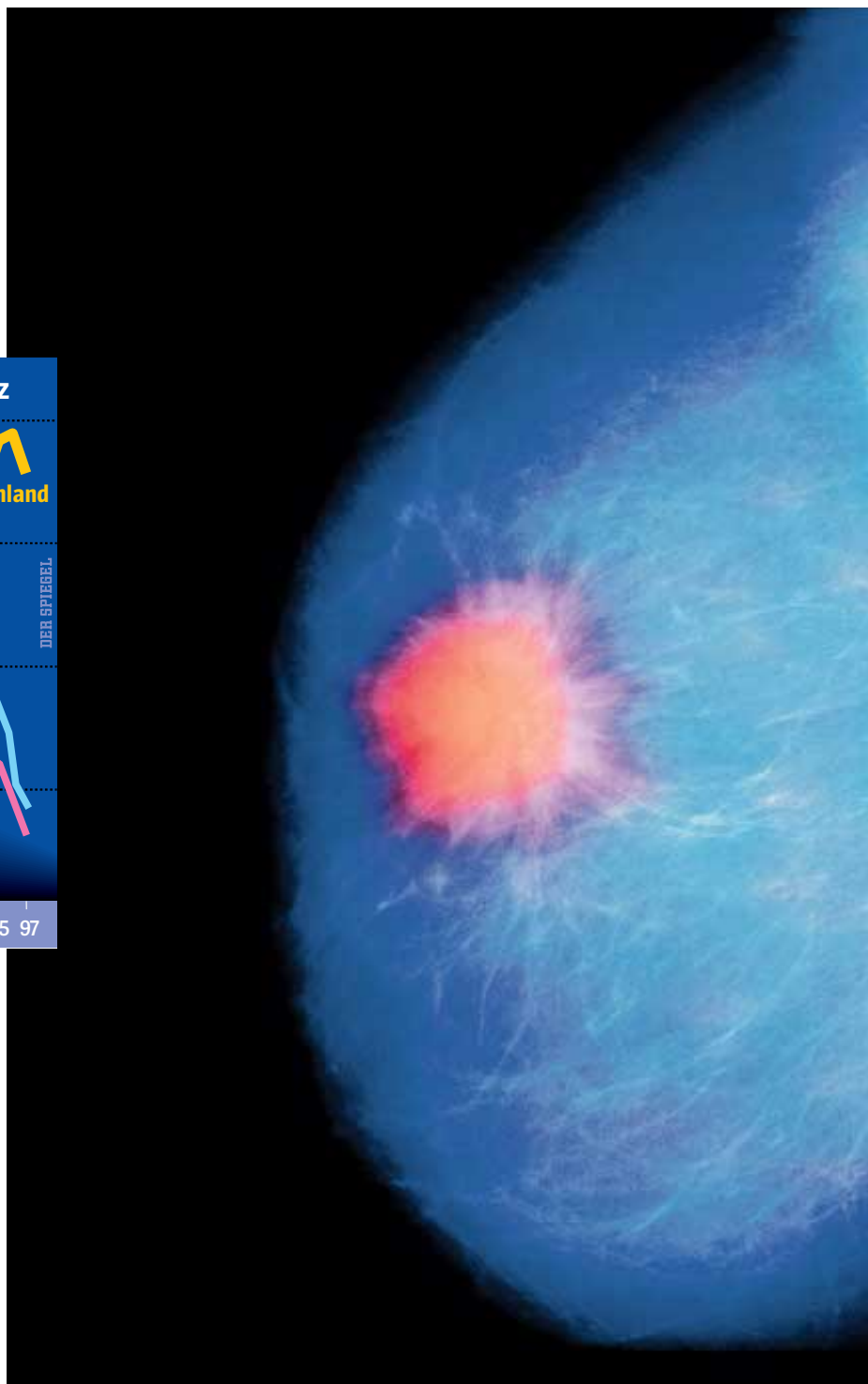
Er sprach mit einschmeichelndem ungarischen Akzent und legte Wert auf gute Manieren, wengleich in manchen seiner Äußerungen über Mitmenschen und Kollegen eine Spur von Hybris und Härte mitschwang.

Der Essener Pathologe Josef Kemnitz hatte das Zeug zum Frauenschwarm – doch durch die Alpträume Hunderter Frauen geistert der Mediziner mit der dezenten Gesichtsröte als Satan in Menschengestalt, der sie um das Symbol ihrer Weiblichkeit gebracht hat.



Schätzungsweise 300 Patientinnen wurden Mitte der neunziger Jahre an Essener Kliniken die Brüste amputiert, obwohl sie nicht unter Brustkrebs litten. Gynäkologen und Radiologen hatten bei den Opfern verdächtige Knoten entdeckt, Chirurgen hatten an den suspekten Stellen Gewebeprobe entnommen und sie zur Untersuchung an Kemnitz geschickt. Der hatte reihenweise, fast stereotyp, bösartige Veränderungen diagnostiziert.

Der Skandal flog 1997 auf. Kemnitz selbst kam in den Flammen seines Instituts um, wo er die Gewebeprobe seiner Patientinnen zum Teil in Schuhkartons und Plastiksäcken aufbewahrt hatte. Das Feuer hatte er vermutlich selbst gelegt.



Röntgenbild der Brust, Tumorknoten (rot): Alle 27 Minuten stirbt eine deutsche Patientin

In Presseberichten über den Fall stilisierten Kommentatoren Kemnitz zu einem krankhaften Frauenhasser. Ehemalige Mitstreiter des Mediziners erinnern sich eher daran, dass der einstige Uni-Professor nach seiner Niederlassung als freier Pathologe überfordert wirkte – so als wären ihm Hochleistungsmedizin, Praxismanagement und der Konkurrenzkampf mit den Kollegen über den Kopf gestiegen.

Doch gleichgültig ob Kemnitz heimtückisch handelte oder nur unfähig war, sicher ist, dass hinter dem Essener Brustkrebskandal mehr steht als nur das Versagen eines Einzelnen. Schlampige Diagnosen, brachiale Operationsmethoden und mangelhafte Kommunikation unter den Medizinerinnen machten es erst möglich, dass sich Kemnitz auf so grauenvolle Weise an seinen Opfern versündigen konnte.

So stellte sich bei über 70 Prozent der im Nachhinein untersuchten Fälle heraus, dass der Radiologen-Alarm unberechtigt gewesen war. Sie hatten auf den Röntgenbildern Tumornester entdeckt, die dort überhaupt nicht zu sehen waren. Bei den ver-

Fehler wiederholen, ohne dass es einer merkt, klagt Werner Böcker, Leiter des Pathologie-Instituts an der Uni-Klinik Münster.

Zumindest jene Kliniken, für die Kemnitz häufiger Gewebeproben untersuchte, hätten über seine verhängnisvollen Fließband-Diagnosen stolpern müssen. Doch auch bei ihnen fiel die Fehlerhäufung nicht auf. „Essen war kein Einzelfall“, erklärt Böcker. „Essen war die Spitze des Eisbergs.“

Brustkrebs ist der häufigste bösartige Tumor der Frau in den westlichen Industrieländern. Die Erkrankungshäufigkeit steigt in Deutschland, wie in fast allen anderen Ländern der Welt, stetig an. Alle elf Minuten trifft die Diagnose eine Frau in Deutschland, alle 27 Minuten stirbt eine an den Folgen der Krankheit. Insgesamt fordert der Tumor jährlich 19 000 Todesopfer.

Immer öfter scheinen auch Frauen unter 45 betroffen zu sein: „Die Patientinnen, die zu mir kommen, werden immer jünger“, sagt Ulrike Nitz, Gynäkologin an der Uni-Klinik in Düsseldorf, „das ist nicht

Das Wissen und die Fähigkeiten zur erfolgreichen Bekämpfung des Frauenkillers wären auch in Deutschland vorhanden. Doch die Waffen gegen den Krebs werden nicht ausreichend genutzt: „Wir haben zwar in einigen Zentren Leistungen auf einem hohen Niveau, aber in der Breite sind sie nicht gut genug“, klagt Rolf Kreienberg, Gynäkologe und Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft.

„30 bis 40 Prozent der Kranken“, schätzt Kreienbergs Frankfurter Kollege, der Brustkrebsexperte Manfred Kaufmann, „erhalten in Deutschland keine optimale Versorgung.“ Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen diagnostizierte im letzten Sommer „erschreckende Defizite und eklatante Qualitätsmängel“ auf allen Ebenen der Versorgung – von der Früherkennung über die Therapie bis hin zur Nachsorge.

Doch bisher folgten den Erkenntnissen keine Taten. Der Blick auf die Mortalitätsstatistik zeigt, dass die deutsche Medizin im Ringen gegen die Krankheit international den Anschluss verloren hat (siehe Grafik Seite 202). In vergleichbaren Ländern wie den USA, in Großbritannien, den Niederlanden und in Skandinavien ist die Sterblichkeit an Brustkrebs seit Anfang der neunziger Jahre um 20 bis 30 Prozent gesunken.

Der Siegeszug scheint in vielen Ländern sogar noch an Fahrt zu gewinnen: Während die Sterbezahlen in den USA zwischen 1989 und 1995 um 1,6 Prozent pro Jahr sanken, betrug der jährliche Rückgang zwischen 1995 und 1998 bereits 3,4 Prozent.

In Deutschland dagegen herrscht tödlicher Stillstand. Die Sterbezahlen stagnieren: „Den Knick hat es bei uns nicht gegeben“, konstatiert Dieter Hölzel, Epidemiologe am Münchner Klinikum Großhadern. „Verglichen mit anderen Ländern, können wir keinen Fortschritt messen – für die reiche Bundesrepublik ist das ein Trauerspiel.“

In den Überlebenszeiten der Opfer spiegelt sich ein tausendfaches lautloses Sterben: Nur 41,8 Prozent der Kranken sind in Deutschland 15 Jahre nach der Entdeckung des Leidens noch am Leben – erst nach dieser Zeit pendelt sich ihre Lebenserwartung wieder auf den Wert der weiblichen Normalbevölkerung ein. In den USA haben nach dieser Spanne 58 Prozent der Frauen den Krebs besiegt.

In Deutschland mahnen Experten zur grundlegenden Reform auf allen Versorgungsebenen. Doch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind schwach; Konkurrenz und Eifersüchteleien zwischen den Facharztgruppen – Radiologen, Gynäkologen, Pathologen, Onkologen und Strahlentherapeuten – ziehen jeden Konsens quälend in die Länge. Dabei sind die Ur-



STEPHAN ELLERINGMANN / BILDBERG

Vorbereitung zur Brustoperation: Jährlich 100 000 unnötige Eingriffe

meintlichen Karzinomen handelte es sich wohl in den meisten Fällen um Staubpartikel auf den Aufnahmen. Die Chirurgen wiederum waren gegen die vermeintlichen Krebsgeschwülste extrem radikal zu Werk gegangen und hatten aus den Achselhöhlen der Frauen bis zu 50 Lymphknoten entfernt.

Wie am Fließband hatte der unglückselige Pathologe bösartige Befunde produziert – jahrelang war es keinem seiner Fachkollegen aufgefallen. Institutionalisierte Kontrollen oder obligatorische Trainingsprogramme gibt es aber für die Feingewebsuntersucher in Deutschland nicht. „Bei uns kann man systematische

mehr normal.“ 1999 waren in Nordrhein-Westfalen 36 der an Brustkrebs verstorbenen Frauen jünger als 35 Jahre. Nitz: „Wenn man Frauen mit kleinen Kindern eröffnen muss, dass sie womöglich einen Tumor im weit fortgeschrittenen Stadium haben, dann vergisst man diese Fälle nicht mehr.“

Der Brustkrebs ist kein schneller Killer. 90 Prozent der Patientinnen könnten geheilt werden, wenn die Geschwulst in sehr frühem Stadium erkannt würde. Bei immerhin 70 Prozent liegt die Heilungschance, wenn der bösartige Zellhaufen in der Brust bei seiner Entdeckung nicht größer als einen Zentimeter ist.

sachen für die Misere den meisten Eingeweihten seit Jahren bekannt:

- ▶ Die bösartigen Neubildungen im Brustdrüsengewebe werden zu spät diagnostiziert, weil die Einführung von effizienten Früherkennungsprogrammen im Interessendickicht der Ärzteorganisationen stecken geblieben ist;
- ▶ therapeutische Chancen gehen verloren, weil sich viele Behandler über geltende wissenschaftliche Standards und Leitlinien hinwegsetzen;
- ▶ Frauen müssen sterben, weil die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Medizinerinnen nicht klappt;
- ▶ Fehler bei der Diagnose und Behandlung können nicht korrigiert werden, weil es kein gesamtdeutsches Krebsregister gibt und die Verlaufsdaten der Patientinnen ungenutzt im Versorgungswirrwarr versickern.

Als Indikator für die Wirksamkeit der Früherkennung gilt die durchschnittliche Tumorgroße zum Zeitpunkt der Erstdiagnose. In den USA beträgt sie bei Frauen, die regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehen, 11 Millimeter. Bei den deutschen Frauen wird die Geschwulst in der Mehrzahl der Fälle erst dann entdeckt, wenn sie bereits das Stadium II erreicht hat (zwei bis fünf Zentimeter). „Es darf eigentlich nicht sein“, erklärt Kaufmann, „dass ich jeden Tag zwei Frauen mit einem walnussgroßen Tumor operiere.“

Dass dramatische Verbesserungen bei der Früherkennung auch in Deutschland möglich wären, zeigen die Zahlen jener wenigen Tumorzentren, an denen die Zusammenarbeit der Kliniker mit niedergelassenen Gynäkologen und Radiologen funktioniert: Die Mehrzahl der dort entdeckten Veränderungen in der Brust sind nicht größer als 1,5 Zentimeter.

Der Nutzen der Früherkennung lässt sich direkt in Lebenszeit umrechnen: „Die Sterblichkeit“, so hat Hölzel errechnet, „steigt mit jedem Millimeter Tumordurchmesser um 1,3 Prozent.“ In fast jeder Hinsicht verschlechtert sich die Prognose mit der Größe der Geschwulst: Das Risiko, dass der Tumor in die Lymphknoten der Achselhöhle streut, steigt; par-



Gynäkologin Nitz

„Die Patientinnen werden immer jünger“

allel dazu nehmen auch Wachstumsgeschwindigkeit und Aggressivität zu. Vor allem aber wächst die Gefahr von Fernmetastasen.

„Je später der Tumor erkannt wird“, erklärt die Münchner Gynäkologin und Epidemiologin Jutta Engel, „desto schlechter stehen die Chancen – so simpel ist das.“ Nach Schätzungen des Bonner Gesundheitsministeriums sterben in Deutschland jährlich rund 4000 Frauen, weil bei ihnen der Knoten in der Brust nicht rechtzeitig diagnostiziert worden ist. Hölzel kommt zu einem ganz ähnlichen Ergebnis: „Wir haben in den letzten zwölf Jahren die Chance verpasst, 40 000 Krebstodesfälle zu verhindern.“

Anders als noch vor etwa zehn Jahren lassen sich heute mit verbesserter Röntgentechnik Vorläuferstufen der invasiven Tumoren, so genannte In-situ-Karzinome, auf den Mammografien erkennen. Die Krebsvorläufer sind zu diesem Zeitpunkt auf die Milchgänge beschränkt. Sie haben ihre Wände noch nicht durchbrochen und

das umgebende Fettgewebe der Brust noch nicht infiltriert.

Nur maximal fünf Prozent der In-situ-Karzinome sind zu tasten. Auf den Röntgenbildern der Radiologen verraten sie sich durch verdächtig aufgereichte Mikrokalkareale, die wie feiner, schwach leuchtender Grieß wirken.

Die Mikrokalzifikationen aufzuspüren und zu therapieren lohnt sich – die Heilungschance der Opfer beträgt in diesem Stadium fast 100 Prozent. Unentdeckt entwickeln sich viele der Tumovorläufer binnen weniger Jahre zu aggressiven Geschwülsten.

In Ländern mit funktionierender Früherkennung und Ärzten, die in der schwierigen Spurenlese auf den Mammogrammen versiert sind, ist etwa jeder fünfte entdeckte Brusttumor ein In-situ-Karzinom. An einzelnen britischen und amerikanischen Zentren klettert die Quote sogar auf bis zu 40 Prozent.

Deutsche Brustkrebsbekämpfer können bei diesen Ergebnissen nicht mithalten. Besonders düster sieht es, den neuesten Zahlen des „Gemeinsamen Krebsregisters“ der fünf neuen Bundesländer und Berlins zufolge, im Osten aus: Der Anteil der In-situ-Karzinome an allen gemeldeten Brustkrebsfällen lag dort nur bei etwa fünf Prozent.

Schuld an der Früherkennungsmisere in Deutschland ist eine Brustkrebsfahndung, die seit 30 Jahren Fehler am laufenden Band produziert.

Bis zu 90 Prozent der niedergelassenen Gynäkologinnen sind nach Schätzungen von Experten für die Suche nach den Knoten nicht ausreichend qualifiziert. Sie haben zu wenig Erfahrung, um die Bilder sicher interpretieren zu können. In ihren Praxen stehen häufig veraltete, fehlerhaft eingestellte Röntengeräte, die nicht ausreichend gewartet und kontrolliert werden. Auch an das Prinzip der Zweitbefundung durch einen erfahrenen Kollegen wollen sich die meisten von ihnen nicht gewöhnen.

80 Prozent aller Verdachtsfälle erweisen sich im Nachhinein als falsch. Rund 200 000-mal pro Jahr lösen die Krebsfahnder auf diese Weise Fehlalarm aus. Bei etwa 100 000 Frauen führt der Irrtum zu unnötigen Brustoperationen, in Extremfällen sogar zur Brustamputation.

Es gebe „viel Pseudofrüherkennung“ in Deutschland, die „Kosten, Schmerz und Angst“ verursache, rügten die Gesundheits-Sachverständigen im Sommer; das System der Tumorfahndung sei „ethisch und medizinisch nicht vertretbar“.

Eine erst jetzt in die Wege geleitete Reform kommt um Jahre zu spät. Für Anfang 2003 planen SPD und Grüne die Einführung von Röntgenreihenuntersuchungen nach europäischem Vorbild – doch der Nutzen ist umstritten (siehe Kasten Seite 206). „Wir haben geschlafen“, bekannte der Marburger Gynäkologe Klaus-

Feingewebsexperte Böcker: „Man kann Fehler wiederholen, ohne dass es einer merkt“



Brust-Check alle zwei Jahre

Endlich soll auch in Deutschland die systematische Krebsvorsorge für Frauen beginnen.

Mit keiner Therapie“, erklärt die Münchner Gynäkologin Jutta Engel, „kann man beim Brustkrebs so viel erreichen wie mit einer guten Früherkennung.“ Die Frage ist nur: Welche Spürmethode ist am besten geeignet, um die Knoten rechtzeitig zu entdecken?

Tastuntersuchungen allein, wie sie seit den siebziger Jahren im Vorsorgeprogramm der Krankenkassen für über 30-Jährige vorgesehen sind, reichen nicht aus. Zwar werden in Deutschland über die Hälfte aller Brusttumoren auf diese Weise entdeckt. Doch die Geschwülste sind bei der Erstdiagnose oft schon so groß, dass wertvolle Heilungschancen verstrichen sind. Insbesondere lassen sich gut behandelbare Vorläuferstadien des Krebses („In-situ-Karzinome“) mit bloßem Fingerspitzengefühl nur in seltenen Fällen auffindig machen.

Als deutlich zuverlässiger gilt die regelmäßige Durchleuchtung der Brust mit Röntgenstrahlen. Strittig ist allerdings, ab welchem Alter Frauen empfohlen werden sollte, zum Brust-Check zu gehen. In den meisten europäischen Ländern richten sich die Programme nur an Frauen jenseits des 50. Lebensjahres, in der Regel wird im Abstand von je zwei Jahren untersucht.

Erst nach jahrelangem Streit um die Mammografie haben jetzt auch deutsche Gesundheitspolitiker entschieden, dass die Kassen künftig für die regelmäßige Röntgenuntersuchung zahlen sollen. Mitte Oktober letzten Jahres sprachen sich im Bundestag die Vertreter aller Parteien für den Start eines flächendeckenden Programms für Frauen zwischen 49 und 69 Jahren aus.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zeigte sich zuversichtlich, „dass wir spätestens in zwei Jahren mit der Einführung der Vorsorgeuntersuchungen beginnen können“. In Bre-

men, Wiesbaden und im Weser-Ems-Gebiet sind bereits Modellprojekte angelaufen, mit denen die Früherkennungsoffensive vorbereitet werden soll.

Allerdings hat gerade jetzt die Kritik zweier dänischer Forscher vom Cochrane-Zentrum in Kopenhagen dafür ge-

folgen, um bis zu 63 Prozent gesunken. Auch in Großbritannien retten die seit 1988 eingeführten Reihenuntersuchungen nach Schätzungen von Experten jährlich 1250 Frauen das Leben.

International ist die Mehrzahl der Brustkrebsexperten vom Wert der regelmäßigen radiologischen Früherkennung überzeugt. Die Einwände der Dänen gelten als Außenseitermeinung. „Es gibt keinen Grund, das in Deutschland vorgesehene Programm für ein qualitätsgesichertes Massenscreening zu stoppen“, versichert Nikolaus Becker, Epidemiologe am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg.

Eine Reihe von medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland propagiert derzeit ein alternatives Früherkennungsmodell. Sie kritisieren die Massendurchleuchtung als unpersönliche „Abfertigung“ in Mammografiezentren. Röntgenvorsorge sei nur dann sinnvoll, wenn sie verbunden ist mit zusätzlichen Tastuntersuchungen durch den Arzt und gezielten Ultraschallaufnahmen („Sonografie“) in Verdachtsfällen.

Vorsicht angesichts solcher Forderungen ist jedoch geboten. Oft geht es den Skeptikern der Massenvorsorge nur darum, zu verhindern, dass die Frauen aus den Praxen in Mammografiezentren abwandern.

Auch die Bedeutung des Ultraschalls wird von niedergelassenen Gynäkologen gern überbewertet. Nur die Durchleuchtung der Brust mit Röntgenstrahlen gilt nach strengen europäischen Qualitätsrichtlinien als geeignete Übersichts- und Suchmethode, um Krebsherde zu enttarnen. Die Sonografie hingegen ist zum Beispiel für In-situ-Karzinome so gut wie blind. Deshalb sollte sie ausschließlich dazu dienen, bei einem bereits vorhandenen Verdacht den Knoten genauer zu vermessen.



Vorsorgeuntersuchung: „Die Sterblichkeit steigt mit jedem Millimeter“

RONALD FROMMANN / LAIF

sorgt, dass der Streit um den Nutzen des Massenscreenings erneut entbrannt ist. Die Medizinkontrolleure waren bei der Zweitauswertung alter Studien, die in den westlichen Nachbarländern zur Aufnahme der Mammografie in die Krebsvorsorgeprogramme geführt hatten, auf methodische Unzulänglichkeiten gestoßen.

Demnach waren es in diesen Ländern möglicherweise gar nicht die Röntgenreihenuntersuchungen, die zum Sinken der Sterblichkeitsraten geführt haben. Auch andere Faktoren wie verbesserte Therapien, Umwelteinflüsse, Ernährung und Lebensstil könnten nach Meinung der dänischen Forscher den Fortschritt im Kampf gegen den Brustkrebs bewirkt haben.

Die Einwände der Kritiker jedoch sind ihrerseits umstritten. Millionen von Frauen haben mittlerweile in vielen westlichen Ländern an Mammografieprogrammen teilgenommen – ab wann darf dann ein Erfolg als zweifelsfrei nachgewiesen gelten?

In Schweden etwa ist die Brustkrebssterblichkeit bei Frauen, die der Einladung zur regelmäßigen Durchleuchtung



Krebsgesellschaftspräsident Kreienberg
Erschreckende Defizite auf allen Ebenen

Dieter Schulz bei einem Krebskongress in Berlin.

Nicht nur die Diagnose, auch die Therapie in Deutschland liegt im Argen. Zwar gibt es auch im Ausland keine besseren Waffen im Kampf gegen den Brustkrebs – aber die vorhandenen Mittel werden wirkungsvoller eingesetzt.

Für Dutzende von Tumorarten existieren in Deutschland Leitlinien, die jeden Schritt in der Therapiekette genau definieren. In diesen Handlungsanleitungen für die Therapeuten steckt das weltweit gültige Wissen aus Studien und Abertausenden von Krankengeschichten. Ihre Einhaltung soll garantieren, dass alle Kranken die derzeit optimale Therapie bekommen.

Über eine verbindliche Leitlinie für die Behandlung von Brustkrebs jedoch streiten sich die deutschen Experten seit mehr als fünf Jahren. Ihre Verabschiedung ist jetzt für diesen Sommer vorgesehen. Ob es dazu kommt, bleibt ungewiss. „Wir haben kein strukturiertes Behandlungskonzept“, klagt Hansjörg Sauer, Krebsexperte am Münchner Klinikum Großhadern, „bei uns kann jeder machen, was er will.“

Noch immer droht deutschen Patientinnen deshalb häufiger die Brustamputation als ihren Leidensgenossinnen im europäischen Ausland. Nur 58 Prozent der Frauen erhalten im Hochversorgungsgebiet München und Umgebung eine brusterhaltende Therapie, wie eine vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Feldstudie zur Qualitätssicherung in der Brustkrebsmedizin im vergangenen Jahr gezeigt hat.

Mit neuen Therapiekonzepten und Operationsmethoden ließe sich die Amputation („Mastektomie“) jedoch in 75 bis 80 Prozent vermeiden. Der italienische Pionier der brusterhaltenden Therapie Umberto Veronesi bewahrt an seiner Mailänder Klinik sogar 90 Prozent der Frauen vor der traumatisierenden Erfahrung des Kompletverlusts.

Vor allem aber offenbarte die Feldstudie, wie drastisch die Radikalität der ärztlichen Helfer variiert: In München schwankte die Wahrscheinlichkeit der Amputation für Frauen mit vergleichbaren Tumoren je nach Klinik zwischen 3,4 und 53,6 Prozent.

Brustkrebskranke Frauen im Großraum Jena und Ostthüringen, einer anderen Feldstudien-Region, behielten an einer Klinik in fast 90 Prozent der Fälle die Brust, an einer anderen entfernten die Chirurgen bei 80 Prozent der Patientinnen das gesamte Organ.

Oft hat die Entscheidung über die chirurgische Therapie mehr mit der Fähigkeit des Arztes zu tun als mit den biologischen Eigenschaften des Tumors: „Wer nichts anderes kann“, meint die Düsseldorfer Gynäkologin Nitz sarkastisch, „nimmt eben die Brust ab.“

Auch die Kosten spielen dabei eine Rolle: Die ganze Brust zu amputieren ist einfacher und billiger; bei den radikal operierten Patientinnen entfällt der Aufwand für die anschließende Bestrahlung und für die Feingewebsuntersuchungen durch den Pathologen.

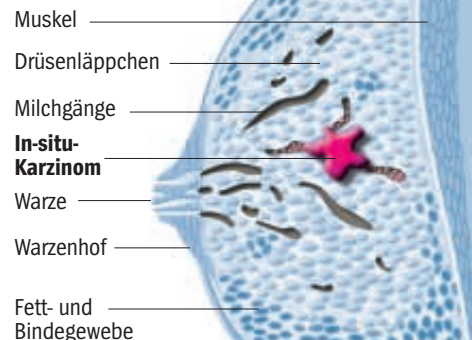
Angesichts der Versorgungsunterschiede in Deutschland hielt es Krebsgesellschaftspräsident Kreienberg beim Berliner Brustkrebskongress nicht mehr auf seinem Platz. Er stürmte wütend aufs Podium: „Maßlos enttäuscht“ sprach er von einer „Katastrophe für die Frauen“.

In der Tat: Grund zur Klage gibt es auf fast allen Gebieten. So resultieren die internationalen Erfolge im Kampf gegen den Tumor nach Ansicht von Experten zu etwa zwei Dritteln aus dem Einsatz zusätzlicher („adjuvanter“) Chemo- und/oder Hormontherapien, die den brustkrebskranken Frauen nach der Operation verabreicht werden. Je nach Anschlusstherapie schwankt die Wahrscheinlichkeit, dass der Tumor an der operierten Stelle wieder nachwächst („Lokalrezidiv“), nach fünf Jahren zwischen 5 und 20 Prozent. Bei In-situ-Karzinomen klettert die Lokalrezidivrate sogar von 1,6 auf bis zu 50 Prozent.

Trotzdem gehen deutsche Brustkrebsärzte zaghaft mit Hormonen und adjuvanten Zusatztherapien um. Bei zwei Dritteln aller Brustkrebspatientinnen mit mittlerem Risiko verzichteten sie darauf, so das niederschmetternde Ergebnis der Münchner Studie. Sogar bei jeder zweiten Patientin mit hohem Rückfallrisiko unterlassen die Mediziner die vorbeugende systemische Therapie. „Wir haben so etwas befürchtet“, so Sauer, „aber jetzt haben wir die genauen Zahlen.“

Auch mit der Bestrahlung – neben der adjuvanten Chemotherapie eine zweite wesentliche Waffe im Kampf gegen den Krebs – geizen deutsche Ärzte. Eigentlich gilt Radiotherapie nach brusterhaltenden Operationen als dringend geboten, denn sie senkt das Risiko, dass sich in der geretteten Brust Lokalrezidive bilden, deutlich.

In Deutschland jedoch zählt die Kosmetik oft mehr als die Heilung: An vielen Kliniken und Brustkrebszentren werden die Gewebsdefekte schon während der eigentlichen Tumoroperation durch Kunststoffprothesen



Früher Eingriff lohnt Stadien der Brustkrebsentwicklung

	Krebsvorstufe In-situ-Karzinome	Invasive Tumoren			
	In der Regel nicht tastbar; als Mikrokalzifikationen auf Röntgenbildern zu erkennen.	Tumorgroße I (bis 2 cm)	Tumorgroße II (2 bis 5 cm)	Tumorgroße III (größer als 5 cm)	Tumorgroße IV (aufgebrochene oder entzündete Tumoren)
Diagnostik		Ab einer Größe von etwa 1 cm tastbar; zeichnen sich auf Röntgenbildern als charakteristische dunkle Flecken ab.			
Diagnostizierte Fälle*	5,1 % USA: 16,4 %	37,9 %	42,8 %	8,7 %	5,5 %
Lymphknotenbefall	—	25 %	49 %	73 %	77 %
Anwendung brusterhaltender Therapie*	60 %	70 %	51 %	etwa 14 %	
Metastasenrisiko	—	2–3 mm: annähernd 0 % 1–2 cm: 20 %	über 40 %	über 60 %	über 70 %
Überlebensraten nach 10 Jahren**	fast 100 %	75,7 %	57,3 %	36,3 %	26,3 %

* Zahlen für Region München; ** Erhebungen des Tumorregisters München

Qual der Wahl

Welche Brustkrebsklinik ist die beste?

Die meisten Chancen bei der Behandlung des Brustkrebses werden in Deutschland am Anfang verspielt – weil viele der erkrankten Frauen erst in spezialisierten Tumorkliniken ankommen, wenn Therapievorsuche an kleineren Häusern bereits fehlgeschlagen sind.

Zwar schießen neuerdings vielerorts „Brust-Zentren“ und „Mamma-Zentren“ aus dem Boden. Doch die Begriffe sind nicht geschützt. Oft werden sie nur aus Marketinggründen gewählt.

Die Wahl der richtigen Klinik kann jedoch über Leben und Tod entscheiden. Experten empfehlen den Patientinnen deshalb, nach einer Art Checkliste vorzugehen:

- ▶ Nach internationalen Erkenntnissen gilt die Regel: Je höher die Zahl der Fälle, desto erfolgreicher behandelt ein Krankenhaus. Die gewählte Klinik sollte deshalb jährlich mindestens 150 Patientinnen versorgen, bei denen ein Brustkrebs als Primärtumor aufgetreten ist. Nur so ist sichergestellt, dass das gesamte Team genügend Erfahrung besitzt.
- ▶ Die Lokalrezidivrate in den ersten fünf Jahren sollte unter zehn Prozent liegen – jede höhere Rückfallquote wirft ein schlechtes Licht auf das Therapiekonzept und die fachliche Kompetenz der Mediziner.
- ▶ Die mikroskopische Untersuchung des Knotens durch den Pathologen sollte vor der Operation erfolgen. Voraussetzung dafür sind moderne Diagnoseverfahren (Hochgeschwindigkeitsstanzbiopsie oder Vakuumbiopsie). Histologische Schnellschnittuntersuchungen während des Eingriffs liefern keine zuverlässigen Ergebnisse über Art und Ausdehnung des Tumors.
- ▶ Ein interdisziplinäres Diagnose- und Behandlungsteam sollte vor der Operation zu einer gemeinsamen Therapieempfehlung kommen und diese der Patientin frühzeitig genug vor dem Eingriff mitteilen. So genannte präoperative Konsilien, an denen Gynäkologen, Chirurgen, Radiologen und Pathologen teilnehmen, müssen zu diesem Zweck an den Kliniken regelmäßig stattfinden.
- ▶ Für Patientinnen mit nicht tastbaren Befunden, bei denen sich nur un-

klare Flecken auf den Röntgenbildern abzeichnen, sollten spezielle Markierungstechniken zur Verfügung stehen. Nur so weiß der Operateur beim Eingriff, wo er die verdächtigen Stellen zu suchen hat.

- ▶ Die Zentren sollten regelmäßig an klinischen Studien teilnehmen. Patientinnen können auf diese Weise auch mit neuartigen Therapien behandelt werden und damit ihre



Mediziner beim „präoperativen Konsil“*: Viel zu oft entscheidet der Chirurg allein

Heilungschancen womöglich vergrößern.

- ▶ Die Kliniken sollten eng mit einem Netz von niedergelassenen Gynäkologen und Radiologen zusammenarbeiten. Nur diese Kooperation ermöglicht eine ständige Qualitätskontrolle der Therapie.
- ▶ Begutachtungen durch einen zweiten Arzt sollten nicht nur bei der Beurteilung der Röntgenbilder, sondern auch bei der Gewebsanalyse durch den Pathologen zum verbindlichen Standard zählen.
- ▶ Die Patientinnen sollten auch größere Entfernungen vom Heimatort in Kauf nehmen. Die im Krankenhaus verbrachte Zeit wird beim Brustkrebs immer kürzer. Zudem können viele der präoperativen Untersuchungen an entsprechend ausgestatteten Zentren auch ambulant durchgeführt werden.

* Am Berliner Klinikum Buch.

aufgefüllt. Eine anschließende Bestrahlung ist dann schwierig; bei jungen Frauen entfällt sie oft gänzlich – ein nicht selten tödlicher Leichtsin, weil Brustkrebsopfer unter 40 Jahren ohnehin schlechtere Chancen haben.

Radiologen, Pathologen und Chirurgen müssten an den Kliniken in „Mamma-Teams“ zusammenarbeiten. Nur gemeinsam lassen sich die einzelnen Teilstücke der Diagnose zusammenbauen und in ihrer Qualität laufend kontrollieren. Das Team trifft dabei die Entscheidung, ob die Patientin brusterhaltend operiert werden kann, ob und wie bestrahlt werden soll und welche weitere Zusatztherapie die Patientin bekommt.

Der Vorteil dieses Verfahrens zeigt sich schon bei der Diagnose: Bei fast 100 Prozent der Frauen ließe sich der Krebsver-

dacht ohne Operation durch Feingewebsuntersuchungen klären. Mit moderner Biopsietechnik wie der Hochgeschwindigkeitsstanz- oder der Vakuumbiopsie können dabei die verdächtigen Herde unter digitaler Röntgenkontrolle angesteuert werden. Mit Hilfe von Hohlnadeln wird das auffällige Gewebe entnommen und anschließend vom Pathologen untersucht.

Von der unter Lokalanästhesie durchgeführten Prozedur spüren die Frauen nichts. Ob der Knoten in ihrer Brust bösartig ist oder nicht, erfahren sie nach 24 Stunden. Ein Klinikaufenthalt ist nicht notwendig.

An hervorragend organisierten Brustkrebszentren diskutieren die Vertreter aller Fachrichtungen bei täglichen „präoperativen Konsilien“ im Team über die gewonnenen Befunde und legen für jede Patientin einen individuellen Behandlungsfahrplan fest. Die Frauen erhalten eine gemeinsame Empfehlung aller Experten und können selbst bei der Therapieplanung mitreden.

Die Realität an den meisten deutschen Brustkrebskliniken sieht anders aus: In etwa

80 Prozent der Fälle trifft der Chirurg allein die Entscheidung über das therapeutische Vorgehen. Fachübergreifendes Brainstorming und die laufende Qualitätskontrolle der Krebsbekämpfer untereinander scheitern mitunter an banalen Problemen: „Leute aus verschiedenen Disziplinen an einen Tisch zu bringen“, erklärt Thomas Decker, Pathologe am Berliner Klinikum Buch, „ist in den meisten Kliniken schlicht organisatorisch nicht hinzukriegen.“

Mehr als 100 000 unnötige Brustoperationen unter Vollnarkose („offene Biopsien“) finden deshalb in Deutschland jährlich statt. Die Diagnose, ob der Tumor gut- oder bösartig ist, fällt erst auf dem OP-Tisch. Über die Radikalität des Eingriffs entscheidet der Operateur allein. Erst nach dem Erwachen aus der Narkose erfahren die Opfer ihr Schicksal: „Sie unterschreiben“, sagt Wilfried Jacobs, Vorstandsmitglied der Deutschen Krebshilfe, „wachen auf, und die Brust ist weg.“

Die einsamen Entschlüsse der Operateure beruhen auf den Ergebnissen von Schnellschnittuntersuchungen, die nach europäischen Qualitätsstandards in der überwiegenden Zahl der Fälle als überholt und sogar als gefährlich gelten. Die Entscheidung, ob der Knoten bösartig ist oder ob die Krebszellen noch in den Rändern des entnommenen Gewebeklumpens sitzen, lässt sich mit dieser Methode vor allem bei kleineren Geschwülsten nicht mit ausreichender Sicherheit treffen. Die Gefahr von Fehlern ist entsprechend groß.

Nicht tastbare Tumoren und vor allem In-situ-Karzinome müssten zudem vor der Operation durch den Klinikradiologen mit speziellen Orientierungsclips oder -drähten markiert werden, denn die Lagerung der Brust ist bei der in aufrechter Haltung durchgeführten Mammografie völlig anders als bei der im Liegen vorgenommenen Operation. „Der Chirurg braucht die Markierung“, erklärt Decker, „sonst hat er keine Chance, den Mikrokalk zu finden.“

Doch in Deutschland werden die Orientierungshilfen nur an wenigen Kliniken gelegt. Die Ignoranz mancher Operateure geht so weit, dass sie sich bei Kongressen vor ihren kopfschüttelnden Kollegen rühmen, sie könnten Mikrokalknester im wabbeligen Brustdrüsengewebe aufspüren, obwohl sie die verdächtigen Stellen nur mit Filzstift auf der Haut markieren.

An der Motivation vieler Ärzte, die Krise der deutschen Brustkrebsmedizin zu überwinden, fehlt es nicht. Bei den in mehreren Modellregionen durchgeführten Feldstudien waren die Forscher verblüfft über die Offenheit, mit der die Mediziner ihre Behandlungsdaten offen legten. Die Krebsbekämpfer beantworteten die Fragebögen der Qualitätsrechercheure und schickten OP-Berichte, Ärztebriefe und Patientenbefunde zur Auswertung. „Der un-

geheuere Wille zur Verbesserung ist bei den Ärzten da, die Lernbereitschaft war riesengroß“, erkannte Engel.

Die Bereitschaft zur Veränderung allein reicht allerdings nicht aus, wenn Daten fehlen, die zur Qualitätskontrolle notwendig wären. Anders als im europäischen Ausland und in den USA gibt es in Deutschland noch immer keine flächendeckende Datendokumentation zum Brustkrebs. Die meisten Zahlen basieren auf Schätzungen oder werden aus dem Krebsregister des kleinen Saarlandes hochgerechnet.



Brustbestrahlung einer Tumorpatientin
Oft zählt Kosmetik mehr als Heilung

Ohne die Verlaufsdaten ihrer Patientinnen aber erfahren niedergelassene Gynäkologen, Radiologen und Pathologen nie, wie gut oder wie schlecht ihre Eingangsdiagnosen sind. Erstoperateure an den Kliniken ahnen nicht, wie oft bei den von ihnen behandelten Frauen Lokalrezidive auftauchen – Patientinnen, bei denen der Krebs an der operierten Stelle nachwächst, hadern häufig mit der Klinik, an der sie behandelt wurden, und gehen beim Rückfall in ein anderes Krankenhaus.

Klinik-Onkologen und Strahlentherapeuten wiederum wissen nicht, wie oft nach den von ihnen verabreichten Chemo-, Hormon- oder Radiotherapien Fernmetastasen diagnostiziert werden. Hinweise, wo die tödlichen Lücken im System klaffen, gibt es in Deutschland nicht, die Analyse des Ist-Zustands gleicht einem Puzzlespiel. „Wir können nicht einmal die Zentren identifizieren, die gut sind“, sagt Kreienberg.

Auch für die Zukunft der Brustkrebversorgung in Deutschland ist es dem Experten unter diesen Umständen bang: „Außer dem gesunden Menschenverstand aller Beteiligten“, glaubt er, „gibt es nichts, was die Wiederholung von Essen verhindern könnte.“

GÜNTHER STOCKINGER