

Erster Evaluationsbericht zum Österreichischen Brustkrebs- Früherkennungsprogramm

Evaluationsbericht für die Jahre 2014 und 2015

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Erster Evaluationsbericht zum Österreichischen Brustkrebs- Früherkennungsprogramm

Evaluationsbericht für die Jahre 2014 und 2015

Autorinnen:

Alexander Gollmer
Thomas Link
Sabine Weißenhofer
Florian Röthlin
Alexandra Feichter
Alexandra Ramssl-Sauer

Unter Mitarbeit von:

Eva-Maria Kernstock
Reinhard Kern

Evaluationsboard/Review:

Alexander Katalinic, Direktor des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

Vanessa Kääh-Sanyal, Leiterin der Geschäftsstelle Kooperationsgemeinschaft Mammographie in Deutschland

Chris J.M. de Wolf, Director Agence pour le développement et l'évaluation des politiques de santé (ADSAN) in der Schweiz sowie Mitglied der EU Guidelines Development Group

Fachliche Begleitung durch das BMGF:

Magdalena Arrouas

Projektassistenz:

Danijela Ilic
Manuela Hauptmann

Wien, im Februar 2017

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Zl. P6/7/4677

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Seit Jänner 2014 wird das organisierte und qualitätsgesicherte österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm bundesweit primär allen Frauen in der Kernzielgruppe zwischen 45 und 69 Jahren angeboten. Zusätzlich können sich Frauen zwischen 40 und 44 Jahren sowie ab 70 Jahren in das Programm hinein optieren. Ziel der systematischen Brustkrebsfrüherkennung ist das Senken der brustkrebsspezifischen Mortalität in der anspruchsberechtigten Bevölkerung. Neben dieser positiven Eigenschaft haben Früherkennungsuntersuchungen aber auch Nachteile. Die relevantesten sind dabei Überdiagnosen, also Brustkrebserkrankungen, die ohne Früherkennungsuntersuchung nicht auffällig geworden wären bzw. Beschwerden verursacht hätten sowie falsch positive Diagnosen, also ein Brustkrebsverdacht aus der Früherkennungsuntersuchung, der sich nach weiteren Abklärungsuntersuchungen (Assessment) nicht bestätigt. Für eine Einschätzung dieser Aspekte ist eine periodische Evaluierung des Früherkennungsprogramms essentiell. Der vorliegende erste Evaluierungsbericht stellt Aussagen über die ersten beiden Programmjahre 2014 und 2015 dar.

Im Rahmen von Zertifizierungsverfahren konnten zahlreiche standort- und personenbezogene Qualitätssicherungsmaßnahmen im Programm implementiert werden, deren Erfüllung die Leistungserbringer erst zur Teilnahme am Früherkennungsprogramm berechtigten und eine Verbesserung der Untersuchungsqualität seit Beginn des Programms vermuten lassen. Dabei ist sicherlich die mit Einführung europäischer Standards hochwertige technische Qualitätssicherung der verwendeten Mammographie-Geräte hervorzuheben. So mussten zu Beginn des Programms bei 45 Prozent der geprüften Mammographie-Systeme Adjustierungen durchgeführt werden, um den vorgegebenen Kriterien zu entsprechen. Die Anzahl und Verteilung der Screening-Standorte gewährleistet zudem eine flächendeckende Versorgung in der Brustkrebs-Früherkennung.

Die im ersten Halbjahr 2014 noch geringe Beteiligung der Frauen am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm konnte aufgrund der e-card-Freischaltung und damit einer erleichterten Teilnahmemöglichkeit ab Juli 2014 mehr als verdoppelt werden. Parallel dazu ging die Zahl an kurativen Brustuntersuchungen, die bis dahin oft im Sinn eines „grauen Screenings“ als Früherkennungsuntersuchungen galten, im zweiten Halbjahr 2014 um mehr als die Hälfte zurück.

Insgesamt wurde in den Jahren 2014 und 2015 bei 1.185.115 Frauen eine Brustuntersuchung durchgeführt, davon bei 642.314 Frauen im Rahmen der Früherkennung. 83,76 Prozent aller Früherkennungsuntersuchungen hatten Frauen in der Kernzielgruppe 45 bis 69 Jahre.

Die Einladungsschreiben wirkten sich deutlich positiv auf Teilnahme- bzw. Untersuchungszeitpunkt aus. Etwa 55 Prozent der durchgeführten Früherkennungsmammographien fielen in den ersten drei Monaten nach Versand des Einladungsschreibens.

36,8 Prozent von Frauen aus der Kernzielgruppe gemäß Bevölkerungsstatistik 2015 nahmen innerhalb der ersten Screening-Runde (2014 und 2015) am Programm teil. Dieser Wert entspricht nur etwas mehr als der Hälfte jener von den europäischen Leitlinien geforderten Teilnahmerate (70 %) und erscheint daher wenig zufriedenstellend. Allerdings erreichten diesen Wert sehr wenige

internationale Brustkrebs-Früherkennungsprogramme insbesondere in den ersten Programmjahren. Das einmal etablierte Programm lässt jedenfalls eine Teilnahmesteigerung in den Folgejahren erwarten.

Bezieht man die kurativen Untersuchungen in die Analyse mit ein, was aufgrund der unklaren Trennung beider Versorgungsbereiche vor allem im Jahr 2014 als legitim erscheint, erhöht sich die Untersuchungsrate in der Kernzielgruppe auf 53,8 Prozent.

Da nur ein (unbekannter) Teil der kurativen Untersuchungen auch der Früherkennung zuzurechnen ist, liegt die reale Teilnehmerate im Früherkennungsprogramm zwischen diesen beiden Werten, also zwischen 36,8 und 53,8 Prozent.

Ein Vergleich von Untersuchungszahlen seit Programmstart mit Zahlen aus den Jahren vor Einführung des Screening-Programms ist nicht sinnvoll, da keine vergleichbare und standardisierte Datenbasis aller Leistungserbringer (KV-Träger, Krankenanstalten) herstellbar ist. Zudem wurde vor Programmstart zwischen Früherkennungs- und kurativer Untersuchung (bei Krankheitsverdacht) nicht deutlich unterschieden und erst mit Programmeinführung wird versucht, die Bereiche transparent zu trennen. Zusätzliche medizinisch sinnvolle Reglementierungen der kurativen Mammographie, die mehrfache jährliche Mammographien oder (graue) Früherkennungsmammographien bei unter 40-jährigen Frauen verringern sollen, erschweren die Vergleichbarkeit mit vorangegangenen Jahren. Auf Basis von Teilnahmezahlen kann der Programmserfolg somit nur im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung ab Programmstart beurteilt werden.

Die Wiedereinbestellungsrate im Früherkennungsprogramm liegt weit unter jener in den EU Guidelines (EBCN 2006) angestrebten Assessmentrate von maximal sieben Prozent, wobei dieser Zielwert für Österreich wegen der unterschiedlichen Vorgehensweisen bzw. der bedingt sofortigen Durchführung einer Sonographie im österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm nicht anwendbar ist. Der Zielwert beschreibt hier nur den Anteil an Frauen, für die eine wiederholte Anreise zur Abklärung nötig wäre. Somit mussten in den Jahren 2014 und 2015 nur 1,8 Prozent der Frauen wegen einer Abklärung bzw. 0,34 Prozent zur Finalisierung des Screening-Endbefunds (bspw. durch Zweitbefunder/in verlangter Ultraschall oder zur Wiederholung technisch ungenügender Mammographien), also insgesamt 2,2 Prozent der Frauen im Rahmen eines neuerlichen Termins / einer Wiederanreise untersucht werden. Allerdings wird Ultraschall in 64 Prozent der Untersuchungen eingesetzt. Dies stellt einen vergleichsweise hohen Wert dar. Eine Aussage zu positiven (erhöhte Sensitivität) und negativen Auswirkungen (vermehrt falsch-positive Befunde) des in der Früherkennungsuntersuchung eingesetzten Ultraschalls ist aufgrund fehlender Assessment- und Tumordaten zum jetzigen Evaluierungszeitpunkt noch nicht möglich.

In 24.555 Fällen (etwa 3,8 %) wurde die Untersuchung mit BIRADS 3, also vermutlich gutartig, dokumentiert. In diesen Fällen wird das Untersuchungsintervall, abhängig von der Entscheidung der/des untersuchenden Radiologin/Radiologen, auf sechs oder zwölf Monaten verkürzt. Im Rahmen der nächsten Evaluierungen wird zu diskutieren sein, ob Untersuchungen mit BIRADS-3-Befunden auch der Assessmentrate zuzurechnen sind, da hier eine suspektere Läsion aufgezeigt wird, die mit engmaschiger Kontrolle einhergeht.

Keinesfalls zufriedenstellend sind der Dokumentationsstand von Abklärungsuntersuchungen (bildgebend in Form von weiteren Mammographie-, Ultraschall- oder MR-Untersuchungen, invasiv in Form von Biopsien) bzw. die Tumordokumentation. Für 74,6 Prozent der aus den Ergebnissen der Früherkennungsuntersuchungen erwartbaren Abklärungsuntersuchungen der Jahre 2014 und 2015 fehlt jede weiterführende Dokumentation. Es ist daher derzeit nicht möglich, maßgebliche und international in Brustkrebs-Früherkennungsprogrammen verwendete Indikatoren zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität zu berechnen. Das bedeutet, dass aufgrund von Dokumentationslücken beispielsweise folgende Fragen nicht beantwortet werden können:

- » Wie gut ist die Befundqualität in der Brustkrebs-Früherkennung bzw. in der Abklärung (Assessment)?
- » Wie viele falsch positive oder falsch negative Befunde bzw. Intervallkarzinome gibt es?
- » Wie hoch sind die Biopsierate und die Qualität der Biopsien?
- » Wie viele und welche Karzinome (Größe, Typ, Stadium, etc.) wurden im Zeitverlauf im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm entdeckt?
- » Erhöht sich die Zahl an entdeckten Karzinomen in nicht-invasivem Stadium?
- » Wie viele Karzinome wurden durch eine zusätzliche Ultraschall-Untersuchung im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm entdeckt?

Um die notwendigen und international üblichen Messungen von Prozess- und Ergebnisqualität im österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm umsetzen zu können und die Weiterführung des Programms nicht zu gefährden, ist die sektorenübergreifenden Assessment-Dokumentation daher massiv zu verbessern.

Aufgrund der kurzen Programmlaufzeit bzw. der eingeschränkten Datenverfügbarkeit aus dem Assessmentbereich kann daher auch nur ein kleiner Teil an definierten Qualitätsindikatoren zum Evaluationszeitpunkt sinnvoll ausgewertet und beschrieben werden – und hier vor allem jene Indikatoren, die auf die Versorgung und die Leistungserbringung niedergelassener Radiologinnen und Radiologen fokussieren. So ist der Anteil an radiologisch akzeptablen Mammographien sehr hoch (über 99 %) bzw. sind notwendige Wiederholungen aus technischen Gründen äußerst gering (unter 0,1 %). Die Werte sind allerdings – eher unwahrscheinlich – häufig „gut“, d. h. nahe bei 100 Prozent, weshalb die Validität der Dateneingabe angezweifelt werden könnte.

Positiv hervorzuheben ist die kurze Wartezeit bis zur Fertigstellung des Endbefundes, die im Durchschnitt etwa zwei Werktage beträgt, wodurch die Belastung der Frauen aufgrund langer Wartezeiten möglichst vermieden wird.

Eine erste vorsichtige Analyse zur Brustkrebs-Detektionsrate auf regionaler Ebene lässt eine positive Entwicklung seit Programmstart vermuten. Der gegenwärtige Stand der Dokumentation erlaubt diesbezüglich aber keine genauere Analyse für ganz Österreich. Wie Erfahrungen in anderen internationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammen zeigen, kann zudem eine etwaige Brustkrebs-Mortalitätsreduktion erst nach mindestens zehn Jahren Laufzeit dargestellt werden.

Einen weiteren Teil der Programmevaluierung stellt die Analyse der Informations- bzw. Kommunikationsmaßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms dar. Das Programm informiert

mit unterschiedlichen Maßnahmen, stellt Unterlagen (Folder, Einladungsbrief mit Merkblatt, Broschüre, Website www.frueh-erkennen.at) bereit und setzt darüber hinaus spezifischen Maßnahmen im Rahmen der Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit.

Anhand qualitativer Interviews mit Frauen aus der Kernzielgruppe wurde das mit der Einladung versendete Merkblatt auf Verständlichkeit überprüft. Das evaluierte Merkblatt informiert gut über den Ablauf des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms. Seine Funktion zur Unterstützung einer informierten Entscheidung erfüllt es allerdings nicht ausreichend, da weder die Voraussetzung selbst frei über Teilnahme oder Nicht-Teilnahme zu entscheiden noch Vor- und Nachteile der Brustkrebs-Früherkennung ausreichend verstanden werden. Adaptierungen sind daher nötig, um Verständlichkeit und Funktion des Merkblatts zu verbessern. Bereits vor Veröffentlichung des Evaluationsberichts wurde Formulierungen im Merkblatt verbessert. Änderungen, die über redaktionelle Änderungen hinausgehen, wurden bislang nicht vorgenommen.

Anhand von zwei repräsentativen Telefonbefragungen mit Frauen zwischen 40 und 74 Jahren konnte der Informationsstand zum Thema Brustkrebs-Früherkennung vor und nach Start des Programms abgefragt und verglichen werden.

Die Ergebnisse der beiden Befragungen zeigen, dass viele Informationen (insbesondere komplexere Informationen zur Programmteilnahme wie z. B. Opt-In, Informationen zum Nutzen und Schaden) die Frauen der Zielgruppe in den ersten beiden Jahren der Programmumsetzung noch nicht ausreichend erreichten. Das Informationsniveau der Frauen weist zudem darauf hin, dass informierte Entscheidungen für viele nur eingeschränkt oder schwer möglich sind. Positiv zu bemerken ist, dass sich das Früherkennungswissen gegenüber dem Jahr 2013 verbesserte und hier erste Erfolge der Informationsarbeit zum Programm sichtbar werden.

Seit der Befragung im Sommer 2015 setzte die Koordinierungsstelle des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms im Bereich Öffentlichkeitsarbeit/Kommunikation folgende Maßnahmen, die das Informationsniveau heben können:

- » Start einer Facebook-Seite
- » Überarbeitung des Merkblatts
- » Jährliche Info-Kampagne

Die BKFP-Koordinierungsstelle beauftragte zudem im Oktober 2016 das *Institut für empirische Sozialforschung GmbH* mit einer Befragung zur Zufriedenheit mit dem BKFP. Laut Auskunft der Koordinierungsstelle zeigen die Ergebnisse „*breiteste Bekanntheit und Akzeptanz*“ des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms.

Zusammenfassend ist noch einmal zu betonen, dass die zukünftige Verbesserung der Assessment-Dokumentation für das Weiterführen des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms von essentieller Bedeutung ist. Nur mithilfe dieser Daten sind Aussagen zu Nutzen und Schaden des Programms im Sinne einer transparenten und evidenzbasierten Information für die Bevölkerung möglich.

Empfehlungen und Maßnahmen für das Weiterführen des Früherkennungsprogramms

- » Gemäß Bundesqualitätsstandard zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm durch Mammographie-Screening muss der Einladungsversand an die Frauen der definierten Zielgruppe lückenlos erfolgen, um eine Teilnahmemöglichkeit am qualitätsgesicherten Programm für alle Frauen in der Zielgruppe zu gewährleisten. In diesem Sinn wird eine Integration der aktuell nicht teilnahmeberechtigten Frauen (vgl. Abschnitt 2.3) in das Programm empfohlen.
- » Der Bundesqualitätsstandard definiert darüber hinaus Voraussetzungen und Qualitätskriterien für Assessmenteinheiten bzw. empfiehlt im Falle weiterer Behandlungen bzw. Therapien die Überweisung der Frauen in zertifizierte Brustgesundheitszentren. Es wird empfohlen, Assessmenteinheiten (inklusive Dokumentation) organisatorisch verbindlich einzugliedern und weiterhin qualitätsgesicherte Therapie bestmöglich strukturiert anzubieten.
- » Vertrauensärzte/Vertrauensärztinnen der betroffenen Frauen sollen bei auffälligem Früherkennungsbefund und auf Wunsch der jeweiligen Frau die Koordination der weiteren Untersuchungs- und ggf. Behandlungsschritte übernehmen, um eine rasche und lückenlose Verdachtsabklärung bzw. Behandlung sicherzustellen. Im Rahmen dieser Betreuungsfunktion können Allgemeinmediziner/innen und Gynäkologen/Gynäkologinnen optimal in das Programm eingebunden werden. Dazu sollte das Übermitteln des Befundes an die jeweilige Vertrauensärztin / den jeweiligen Vertrauensarzt der Frau systematisch geregelt werden.
- » Der Qualitätsstandard zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm definiert für die Leistungserbringer unterschiedliche Teilnahmekriterien. Dazu zählt auch der Nachweis einer Mindestanzahl an erstellten Mammographie-Befunden. Aus versorgungsbezogenen Gründen wurde allerdings die Möglichkeit geschaffen, bei Nichterreichen der Mindestzahl Sondergenehmigungen zu erteilen. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, Sondergenehmigungen transparent zu vergeben und offenzulegen.
- » Im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung der technischen Ausstattung sind pulverbeschichteter Speicherfoliensysteme sukzessive abzubauen. Weiters sind Laserimager und Filmschaukästen nicht länger zur Befundung zu verwenden. Empfohlen wird ein Stufenplan zur flächendeckenden Umstellung auf volldigitale Systeme.
- » Im Bundesqualitätsstandard sind für Leistungserbringer innerhalb des Programms spezifische Schulungsmaßnahmen definiert, die bislang noch nicht zur Gänze umgesetzt wurden. Es wird daher empfohlen, die geforderten Schulungen *Fortbildungskurs zur Durchführung von Biopsien/Markierungen* und *Fortbildungskurs zur Befundung histopathologischer Präparate* zu entwickeln und im Rahmen des Programms anzubieten.
- » Zur kontinuierlichen Verbesserung der Datenqualität wird empfohlen, die von Leistungserbringern verwendete Software zur Dokumentation einem Audit bzw. einer Zertifizierung hinsichtlich Tauglichkeit zur Dokumentation von Daten im Früherkennungsprogramm zu unterziehen. Nur so können valide Auswertungen einzelner Qualitätsindikatoren garantiert werden.
- » Darüber hinaus wird empfohlen, dass die regional verantwortlichen Radiologinnen/Radiologen die Datenvalidität der Dokumentation stichprobenartig prüfen, wobei die Stichprobe zentral von der auswertenden Stelle (GÖG) ausgewählt wird.

- » Das starke Einbeziehen von Vertrauensarzt/Vertrauensärztin als Koordinator/in bei Abklärungs- oder Behandlungsschritten stellt für die Frauen eine große Unterstützung dar. Gleiches gilt auch für die Information und Aufklärung vor einer etwaigen Teilnahme am Früherkennungsprogramm, wobei den Gynäkologinnen/Gynäkologen bzw. Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern eine besonders bedeutsame und vertrauenswürdige Rolle zufällt. Aus diesen Gründen soll das Zusammenarbeiten aller beteiligten Leistungserbringer im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm weiter forciert werden. Zudem könnten so die Teilnahmezahlen im Programm positiv beeinflusst werden.
- » Die beschriebene unzureichende Dokumentation von Abklärungsuntersuchungen (bzw. tumorspezifischer Daten) zeigte die Gesundheit Österreich GmbH bereits im Rahmen von Sitzungen der gesundheitspolitischen Entscheidungsgremien mehrfach auf. Mögliche Gründe dafür konnten über eine Fragebogenerhebung in den jeweiligen Bundesländern bereits identifiziert werden. Für ein möglichst rasches Beheben der Dokumentationshindernisse und ein Verringern des Dokumentationsaufwandes sind Informationsveranstaltungen mit den für die Dokumentation verantwortlichen Personen geplant. Im Jahr 2016 wurden auch datenschutzrelevante Hindernisse für die Datenübermittlung aus Krankenanstalten mit einer Novelle des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH beseitigt.
- » Wird das Ausmaß der Assessmentdokumentation mittelfristig nicht signifikant erhöht, sollte über bereits gesetzte und noch zu setzende Maßnahmen zur Förderung der Dokumentation hinaus eine Grundlage zur Dokumentationsverpflichtung geschaffen werden, um das Programm erfolgreich weiterführen zu können.
- » Der Vertrauensarzt / die Vertrauensärztin könnte bei einem auffälligen Früherkennungsbe- fund und auf Wunsch der Frau zusätzlich zur Koordination auch die (komprimierte) Dokumentation weiterer Untersuchungs- und ggf. Behandlungsschritte übernehmen. Dadurch können Allgemeinärztinnen/-ärzte und Gynäkologinnen/Gynäkologen besser in das Programm eingebunden werden.
- » Um die informierte Entscheidung der einzelnen Frau zu unterstützen und auch den Empfehlungen der Europäischen Union nachzukommen, wird angeraten, einen Schwerpunkt der Kommunikation auf die neutrale Darstellung von Nutzen und Schaden sowie auf das Erläutern komplexerer Programmabläufe zu legen. In diesem Zusammenhang sollen den Frauen und auch den Vertrauensärztinnen/Vertrauensärzten verstärkt Instrumente zur Entscheidungsunterstützung zur Verfügung gestellt werden.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	XI
Abkürzungsverzeichnis.....	XVI
1 Einleitung	1
2 Programmbeschreibung des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms	3
2.1 Fachliche und rechtliche Grundlagen	3
2.2 Struktureller und organisatorischer Aufbau	3
2.3 Ablauf für teilnehmende Frauen	8
2.4 Ablauf der Untersuchung und Befundung	10
2.5 Programmumsetzung und Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung.....	11
2.6 Internationale Kooperationen im Rahmen der Programmevaluierung.....	12
2.6.1 ECIBC-Arbeitsgruppen	13
2.6.2 National Contact ECIBC: Aufgaben	13
2.7 Empfehlungen	14
3 Qualitätssicherung im Brustkrebs- Früherkennungsprogramm	15
3.1 Ablauf der Standort- & Personalzertifizierung inkl. technischer Qualitätssicherung.....	16
3.1.1 Zertifizierte Standorte	17
3.2 Technische Qualitätssicherung	20
3.2.1 Ablauf der technischen Qualitätssicherung	21
3.2.2 Ergebnisse der Technischen Qualitätssicherung.....	22
3.3 Fazit	24
3.4 Empfehlungen	24
4 Datenqualität und Datenschutz	25
4.1 Datenqualität	25
4.2 Datenschutz	27
4.3 Empfehlungen	29
5 Teilnahmestatistiken, Versorgungsraten und Befundergebnisse.....	30
5.1 Teilnahmestatistiken.....	31
5.2 Teilnahmerate bzw. Versorgungsrate	41
5.3 Ergebnisse radiologische Befundung	44
5.4 Fazit	50
5.5 Empfehlungen	51
6 Datenstand der Abklärungsuntersuchungen	52
6.1 Methode zur Feststellung der Vollzähligkeit	52
6.2 Dokumentationsraten	53
6.3 Konsequenzen	56
6.4 Fazit	57
6.5 Empfehlungen und bisher gesetzte Maßnahmen.....	57
7 Qualitätsindikatoren	58

7.1	Grund der Ultraschalluntersuchungen in der Brustkrebsfrüherkennung.....	58
7.2	Ultraschallbefund und Mammographie-Erstbefund.....	59
7.3	Positiv prädiktiver Wert der Früherkennungsuntersuchung.....	60
7.4	Anteil radiologisch akzeptabler Früherkennungs-untersuchungen.....	61
7.5	Wiederholungsuntersuchungen aus technischen Gründen.....	62
7.6	Abklärungsbedürftige (auffällige und unklare) Brustkrebs- Früherkennungsuntersuchungen.....	63
7.7	Durchschnittliche Zahl der Werktage zwischen einer Brustkrebs- Früherkennungsuntersuchung und der Fertigstellung des Befunds.....	65
7.8	Anteil der innerhalb einer Frist fertiggestellten Brustkrebs- Früherkennungsbefunde.....	66
7.9	Detektionsrate.....	67
7.9.1	Detektionsrate in Relation zur Hintergrundinzidenz (berechnet aus BKFP-Daten.....	67
7.9.2	Annäherung an die Detektionsrate unter Verwendung von Abrechnungsdaten.....	69
7.10	Fazit.....	70
7.11	Empfehlungen.....	71
8	Evaluierung der Öffentlichkeitsarbeit und Bevölkerungsinformation.....	72
8.1	Informationsniveau der Zielpopulation.....	73
8.1.1	Ausgangslage.....	73
8.1.2	Methode.....	73
8.1.3	Demografie.....	75
8.1.4	Brustkrebs-Betroffenheit.....	76
8.1.5	Brustkrebs-Risikofaktoren.....	76
8.1.6	Erfahrung mit Mammographie.....	78
8.1.7	Brustkrebs-Früherkennung.....	79
8.1.8	Das österreichische Brustkrebs-Früherkennungs- programm (BKFP)	89
8.1.9	Wissensindizes.....	93
8.1.10	Zusammenfassung.....	99
8.1.11	Fazit.....	100
8.1.12	Empfehlungen und bisher gesetzte Maßnahmen.....	100
8.2	Evaluation des Merkblatts.....	101
8.2.1	Methode.....	102
8.2.2	Ergebnisse.....	105
8.2.3	Diskussion und Empfehlungen.....	114
8.2.4	Fazit.....	119
9	Ausblick.....	120
	Literatur.....	121
	Anhang.....	123

Abbildungen und Tabellen

Abbildung

Abbildung 2.1:	Komponenten des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms	4
Abbildung 2.2:	Ablauf der Brustkrebs-Früherkennung im Rahmen des BKFP.....	8
Abbildung 2.3:	Ablauf der Untersuchung und Befundung	10
Abbildung 3.1:	Ablauf der Standort und Personalzertifizierung inkl. technischer Qualitätssicherung	17
Abbildung 3.2:	Verteilung österreichischer Screening-Einheiten inkl. deren theoretische Einzugsbereiche.....	19
Abbildung 3.3:	Dosisbedarf (AGD) der im BKFP angewandten Röntgensysteme	23
Abbildung 4.1:	Datenfluss und Verschlüsselung der Daten zum Zweck des Datenschutzes	28
Abbildung 5.1:	Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen und kurative Brustuntersuchungen in Österreich im Zeitverlauf 2014 und 2015	31
Abbildung 5.2:	Verlauf der Leermeldungen anteilig an allen Datenmeldungen in Prozent für Österreich	32
Abbildung 5.3:	Verteilung der Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) 2014 und 2015 je Altersgruppe in Prozent.....	36
Abbildung 5.4:	Verteilung der kurativen Untersuchungen (KUM, KUS) 2014 und 2015 je Altersgruppe in Prozent.....	38
Abbildung 8.1:	Antworthäufigkeiten in Prozent. Sozioökonomische Eckdaten. Vergleich 2013–2015.....	75
Abbildung 8.2:	Antworthäufigkeiten in Prozent. Erhöht sich durch folgende Umwelteinflüsse und Verhaltensweisen Ihrer persönlichen Meinung nach das Risiko an Brustkrebs zu erkranken? Vergleich 2013–2015	77
Abbildung 8.3:	Antworthäufigkeiten in Prozent. Risikofaktor Brustkrebs (BK) Alter. Vergleich 2013–2015.....	78
Abbildung 8.4:	Antworthäufigkeiten in Prozent. Haben Sie schon einmal eine Mammographie machen lassen? Wenn ja, warum? Vergleich 2013–2015	79
Abbildung 8.5:	Wie gut fühlen sich Frauen informiert und wie einfach erhalten sie Informationen? Antworthäufigkeiten (in %).....	80
Abbildung 8.6:	Was denken Sie, wie viele von 10 an Brustkrebs erkrankten Frauen sterben auch tatsächlich an Brustkrebs? (Antworthäufigkeit in Prozent). Vergleich 2013–2015.....	81

Abbildung 8.7: Von Befragungsteilnehmerinnen im Jahr 2015 geschätzte Sterberaten von Frauen, die regelmäßig an Brustkrebs-Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen bzw. NICHT teilnehmen (kumulative %).....	83
Abbildung 8.8: Regressionsgerade: Geschätzte Anzahl an Brustkrebs verstorbenen Frauen pro 1.000 mit und ohne Screening, in der Darstellung ausgeschlossen: oberstes und unterstes Dezil (wurde in der Berechnung berücksichtigt)	84
Abbildung 8.9: Antworthäufigkeiten in Prozent. Persönliche Meinungen zum möglichen Nutzen der Früherkennungsmammographie. Vergleich 2013–2015	85
Abbildung 8.10: Ab welchem Alter empfiehlt ihr Arzt / ihre Ärztin eine Früherkennungsmammographie regelmäßig durchführen zu lassen (kumulative Prozent)	86
Abbildung 8.11: Antworthäufigkeiten in Prozent. Häufigkeiten von Früherkennungsmammographien. Vergleich 2013–2015	88
Abbildung 8.12: Antworthäufigkeiten (in %). Welche Aussagen zum BKFP sind richtig?.....	89
Abbildung 8.13: Woher haben Frauen Informationen zum BKFP erhalten? Antworthäufigkeiten (in Prozent); Mehrfachantworten möglich.....	91
Abbildung 8.14: Antworthäufigkeiten (in %). Nur Befragte die angeben, dass es für 40-jährige Frauen eine Möglichkeit gibt am Programm teilzunehmen (F40=ja)	92
Abbildung 8.15: Antworthäufigkeiten „Einladungsschreiben erhalten“ (absolut) nach Altersgruppe.....	92
Abbildung 8.16: Antworthäufigkeiten (in %). Vergleich 2013–2015	96
Abbildung 8.17: Mittelwerte (=geschätzte Randmittel) des Index für Risikowissen nach Erhebungszeitpunkt und Altersgruppe	97
Abbildung 8.18: Mittelwerte (=geschätzte Randmittel) des Index für Früherkennungswissen nach Erhebungszeitpunkt und Altersgruppe	98

Tabellen

Tabelle 3.1: BKFP Screening-Einheiten Österreich 2015	18
Tabelle 3.2: Durchschnittliche Frequenzen der Standorte in den Bundesländern im Jahr 2015.....	19
Tabelle 3.3: Anzahl der Standorte mit Sondergenehmigungen	20
Tabelle 3.4: Verteilung der Mammographie Systemtypen im österreichischen BKFP.....	22
Tabelle 5.1: Anzahl der Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) je Bundesland im Zeitverlauf 2014 und 2015.....	33
Tabelle 5.2: Anzahl der kurativen Untersuchungen (KUM, KUS, KUL) je Bundesland im Zeitverlauf für 2014 und 2015	34

Tabelle 5.3:	Anzahl der Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) je Bundesland 2014 und 2015 in Prozent	34
Tabelle 5.4:	Anzahl der kurativen Untersuchungen (KUM, KUS, KUL) je Bundesland 2014 und 2015 in Prozent	35
Tabelle 5.5:	Untersuchungen je Bundesland gesamt 2014 und 2015.....	35
Tabelle 5.6:	Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) je Altersgruppen im Zeitverlauf 2014 und 2015.....	37
Tabelle 5.7:	Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) je Bundesland und Altersgruppen 2014 und 2015.....	38
Tabelle 5.8:	Kurative Untersuchungen (KUM, KUS) je Altersgruppe im Zeitverlauf 2014 und 2015.....	39
Tabelle 5.9:	Dokumentierte Untersuchungen (KUM, KUS, SCR, SUS) je Altersgruppe (spaltenweise Prozent)	40
Tabelle 5.10:	Untersuchungen: Wohnbundesland (Zeilen) je Untersuchungsbundesland (Spalten) (SCR, SUS, KUM, KUS) (zeilenweise Prozent)	40
Tabelle 5.11:	Früherkennungsmammographien in Monaten nach Einladungsschreiben für 2015 in Prozent.....	41
Tabelle 5.12:	Frauen mit einer Brustuntersuchung in Österreich je Altersgruppe für 2014 und 2015.....	42
Tabelle 5.13:	Teilnahmeraten der ersten Screeningrunde für Österreich und Erreichung des Zielwerts	43
Tabelle 5.14:	Teilnahmeraten der ersten Screeningrunde je Bundesland in der Kernzielgruppe	44
Tabelle 5.15:	Radiologische Befundergebnisse in der Früherkennung je Bundesland in BIRADS, 2014 und 2015.....	46
Tabelle 5.16:	Radiologische Befundergebnisse in der Früherkennung je Bundesland in BIRADS, 2014 und 2015 in Prozent.....	46
Tabelle 5.17:	Early-Rescreen (SCR, SUS) Teilnahmen nach Monaten für 2014 und 2015	47
Tabelle 5.18:	Radiologische Befundergebnisse im kurativen Bereich (ohne KUL) je Bundesland in BIRADS für 2014 und 2015	47
Tabelle 5.19:	Radiologische Befundergebnisse im kurativen Bereich (ohne KUL) je Bundesland in BIRADS für 2014 und 2015 in Prozent.....	48
Tabelle 5.20:	Mammographieerst- und Mammographiezweitbefund (in BIRADS) in der Früherkennung (SCR) 2014 und 2015 in Prozent	49
Tabelle 6.1:	Radiologische Befundergebnisse in der Früherkennung je Bundesland in BIRADS 2014 und 2015.....	54

Tabelle 6.2:	Früherkennungsuntersuchungen mit wenigstens einer erwarteten dokumentierten Folgeuntersuchung je Bundesland 2014 und 2015	54
Tabelle 6.3:	Assessment-Dokumentationsrate für das jeweilige Quartal erwarteter Nachuntersuchungen je Bundesland im Zeitverlauf 2014 und 2015	55
Tabelle 6.4:	Entwicklung der Assessment-Dokumentationsrate je Bundesland	55
Tabelle 7.1:	Verteilung der Gründe von Ultraschalluntersuchungen im Screening für 2014 und 2015 je Bundesland in Prozent gerundet	59
Tabelle 7.2:	Ultraschallbefund und Mammographie-Erstbefund in BIRADS (Zeilen: Ultraschallbefund, Spalten: Mammographie-Erstbefund) 2014/2015 in Österreich	60
Tabelle 7.3:	Zielwerte EU-Guidelines: Proportion of women with a radiographically acceptable screening examination.....	61
Tabelle 7.4:	Anteil radiologisch akzeptabler Früherkennungsmammographien für 07/2014 bis 12/2015 in Prozent	62
Tabelle 7.5:	Zielwerte EU Guidelines: Proportion of women undergoing a technical repeat screening examination.....	62
Tabelle 7.6:	Anteil der Früherkennungsuntersuchungen mit Wiederholungsuntersuchungen aus technischen Gründen für 07/2014 bis 12/2015 in Prozent.....	63
Tabelle 7.7:	Zielwerte EU Guidelines: Proportion of women undergoing additional imaging at the time of the screening examination in order to further clarify the mammographic appearances.....	64
Tabelle 7.8:	Abklärungsbedürftige (auffällige und unklare) Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen, die zu einer Wiedereinbestellung für eine Abklärungsuntersuchung führen, 2014 und 2015	64
Tabelle 7.9:	Zielwerte EU Guidelines: Time (in working days) between screening mammography and result	65
Tabelle 7.10:	Werktage zwischen Mammographie im Screening und Fertigstellung des Befunds, 2014 und 2015.....	66
Tabelle 7.11:	Zielwerte EU Guidelines: Time (in working days) between screening mammography and result = 10 wd	66
Tabelle 7.12:	Anteil der innerhalb einer Frist von 10 Werktagen fertiggestellten Brustkrebs-Früherkennungsbefunde, 2014 und 2015.....	67
Tabelle 7.13:	Zielwerte EU Guidelines: Breast cancer detection rate, expressed as a multiple of the underlying, expected, breast cancer incidence rate in the absence of screening (IR).....	69
Tabelle 8.1:	Ausschöpfungsstatistik der telefonischen Befragung 2015	74
Tabelle 8.2:	Ausschöpfungsstatistik der telefonischen Befragung 2013	74

Tabelle 8.3: Mittelwertvergleiche der Fragen F32 (Gefühl der Informiertheit) und F33 Zugang zu Informationen.....	80
Tabelle 8.4: Einzelitems zu den Indizes. Gezählte Antworten.....	94
Tabelle 8.5: Informationen zur Indexerstellung: Einzelfragen; Metrik; Standard-Metrik	95
Tabelle 8.6: Mittelwertvergleich Wissensindizes (rohe Werte)	96

Abkürzungsverzeichnis

ABD	Datenblatt Assessment Bildgebende Diagnostik
ACR	American College of Radiology
AGES	Österreichische Agentur für Ernährungssicherheit
AID	Datenblatt Assessment Invasive Diagnostik
AKÄ	Akademie der Ärzte
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
B	Burgenland
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BIRADS	Breast Imaging Reporting and Data System
BK	Brustkrebs
BKFE	Brustkrebs-Früherkennung
BKFP	Brustkrebs-Früherkennungsprogramm
BKRF	Brustkrebs-Risikofaktoren
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CATI	Computer assisted telephone interview
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung (Standort WGKK)
DCIS	Duktales Carcinoma in situ
EBCN	European Breast Cancer Network
ECIBC	European Commission Initiative on Breast Cancer
EU	Europäische Union
EUREF	European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services
EUREF-Ö	Die Empfehlungen der European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services adaptiert für Österreich
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IR	Inzidenzrate
IT SV	IT-Services der Sozialversicherung GmbH
K	Kärnten
KUL	Datenblatt Kurative Leermeldung
KUM	Datenblatt kurative Mammographie (Abrechnungsbezeichnung der Sozialversicherung, gemeint ist die Mammographie zur Abklärung eines Krankheitsverdachts auf Grund von Beschwerden)
KUS	Datenblatt kurativer Ultraschall (Abrechnungsbezeichnung der Sozialversicherung, gemeint ist der Ultraschall zur Abklärung eines Krankheitsverdachts auf Grund von Beschwerden)
KV	Krankenversicherung
LCIS	Lobuläres Carcinoma in situ
MA	Mammographie
MUG	Medizinische Universität Graz
N	Anzahl

n.b.	nicht bekannt
Nö	Niederösterreich
NÖN	Niederösterreichische Nachrichten
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
Oö	Oberösterreich
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
PAT	Datenblatt Pathologie
PPA	Patienten- und Pflegeanwaltschaft
PPV	positive predictive value
RefZQS	Referenzzentrum Technische Qualitätssicherung
S	Salzburg
SCR	Datenblatt Screening-Radiologie
St	Steiermark
SUS	Datenblatt Screening-Ultraschall
SVC	Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m. b. H
T	Tirol
TUM	Datenblatt Tumor
US	Ultraschall
V	Vorarlberg
Vgl.	Vergleiche
W	Wien
wd	working days (=Arbeitstage ohne Wochenende)
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

In Österreich erkrankten im Jahr 2012 5.521 Frauen und 73 Männer neu an Brustkrebs. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate von 76,1/100.000 Frauen und 1,1/100.000 Männern (Statistik Austria 2016a). Im selben Zeitraum verstarben 1.528 Frauen und 20 Männer an Brustkrebs (altersstandardisierten Raten: 16/100.000 Frauen und 0,3/100.000 Männer) (Statistik Austria 2016b).¹ Brustkrebs ist damit die häufigste Krebserkrankung und auch die häufigste Krebstodesursache bei Frauen (Statistik Austria 2016c).

Bereits im Jahr 2003 erließ der Rat der Europäischen Union die Empfehlung, organisierte bevölkerungsbezogene Krebsvorsorgeprogramme mit Qualitätssicherung auf allen Ebenen einzuführen. Zusätzlich rief das Europäische Parlament auf, die Bekämpfung von Brustkrebs zu einer gesundheitspolitischen Zielsetzung zu machen und effektive Strategien für eine bessere Vorsorge, Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Nachsorgen von Brustkrebs zu entwickeln. Mit den *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis* (Directorate-General 2006) liegen konkrete Empfehlungen vor, um strukturierte Früherkennungsprogramme einzuführen. In Österreich war die Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung bereits seit 1988 ein Angebot im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung bzw. wurde auch mittels Zuweisung außerhalb der Vorsorgeuntersuchung durchgeführt. Die damalige Bundesgesundheitskommission (BGK) hat am 25. November 2011 beschlossen, das davor vorherrschende opportunistische Brustkrebs-Screening durch ein strukturiertes österreichweites Früherkennungsprogramm zu ersetzen. Der Programmstart erfolgte mit Jänner 2014.

Früherkennungsprogramme richten sich jeweils an eine Population, die keine Anzeichen der jeweils „gesuchten“ Erkrankung aufweisen und stellen somit besondere Anforderungen an die Qualität, Sicherheit und Nutzen der gesetzten Maßnahmen. Es ist daher von essentieller Bedeutung, dass das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm periodisch evaluiert und die Zielerreichung gemäß *Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung* und dem *2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag* überprüft wird. Als vorrangiges Ziel jeder Früherkennungsmaßnahme zielt auch das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm auf die Reduktion der Brustkrebs-Sterblichkeit ab. Die Evaluierung orientiert sich an den Dimensionen Effektivität, Akzeptanz, Angemessenheit und Effizienz und erfolgt durch eine programmspezifische Analyse folgender Bereiche (Gollmer et al. 2011):

- » Implementierung des Programms und der Übereinstimmung mit den zugrundeliegenden Qualitätsvorgaben
- » Entwicklung der Brustkrebssterblichkeit
- » Struktur-/ Prozess-/Ergebnisqualität des Programms
- » internationaler Aktivitäten im Bereich der Brustkrebsfrüherkennung

¹

Aktuellste verfügbare Daten zum Evaluierungszeitpunkt. Standardbevölkerung ist jeweils die WHO-Weltbevölkerung 2001.

- » sonstige für das Programm relevante Bereiche (Schwerpunktmodule wie z. B. Kommunikation)

Die Evaluierung beinhaltet die Programmevaluierung (evaluierende Stelle ist die Gesundheit Österreich GmbH) und eine medizinische Evaluierung im Sinne einer laufenden Qualitätssicherung (evaluierende Stelle ist das Institut für Medizinische Informatik der Medizinischen Universität Graz). Letztere umfasst insbesondere das Feedback an die Screening-Einrichtungen sowie an die regionalverantwortlichen Radiologen und ist daher im vorliegenden Evaluationsbericht nicht abgebildet.

Der vorliegende erste Evaluationsbericht umfasst die beiden ersten Programmjahre 2014 und 2015, als Datenstichtag für die dargestellten Auswertungen wurde der 31. August 2016 gewählt.

Bedingt durch die erst kurze Programmlaufzeit können im vorliegenden Bericht noch keine Aussagen zur Auswirkung des Programms, insbesondere auf die Mortalität wegen Brustkrebs, getroffen werden. Zudem ist die Datenvollständigkeit bei Daten aus den Krankenanstalten (Assessmentdaten, Tumordaten) noch nicht ausreichend, um Aussagen zur Ergebnisqualität des Früherkennungsprogramms treffen zu können. Der vorliegende Evaluationsbericht dient daher Entscheidungsträgern/Entscheidungsträgerinnen primär als erster Anhaltspunkt für die Optimierung des Programms.

2 Programmbeschreibung des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms

Zu Beginn des Jahres 2014 startete das organisierte und qualitätsgesicherte österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm nach intensiven Vorbereitungsarbeiten und löste die bislang praktizierte Früherkennung im Rahmen eines opportunistischen und nicht systematischen Screenings ab. Das über ein bevölkerungsbezogenes Einladungssystem organisierte und qualitätsgesicherte Früherkennungsprogramm erlaubt zukünftig wissenschaftliche Evaluationen zur Wirksamkeit und bietet die Gelegenheit möglichst viele Frauen direkt anzusprechen. Früherkennungsprogramme, die sich an eine gesunde Zielpopulation wenden und Untersuchungen oder Eingriffe mit sich bringen – dazu zählt auch die Anwendung von Röntgenstrahlen – müssen speziell hohen Anforderungen an kontinuierliche Qualitäts- und Wirksamkeitsüberprüfungen gerecht werden.

2.1 Fachliche und rechtliche Grundlagen

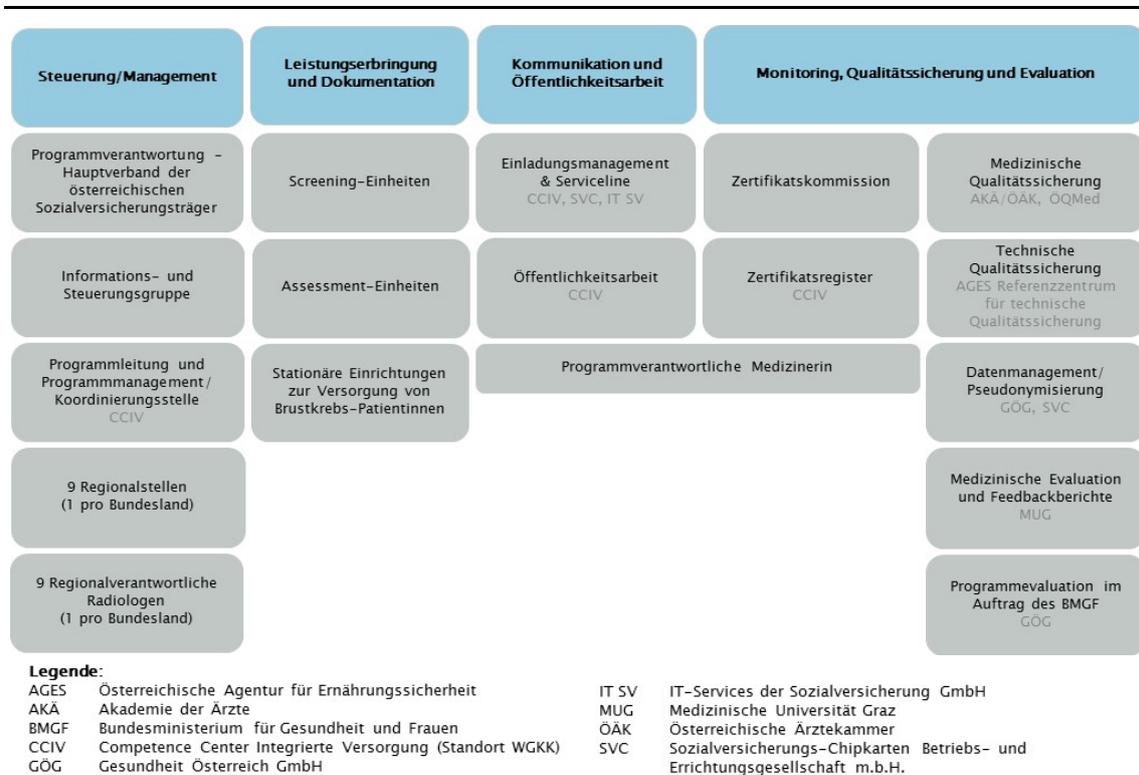
Wissenschaftliche Ausgangsbasis für das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm ist der auf Basis des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen von der Gesundheit Österreich GmbH entwickelte Qualitätsstandard, der von den gesundheitspolitischen Gremien bereits im Jahr 2011 (19. Sitzung der BGA) zur Anwendung beschlossen wurde. Für die Umsetzung des Früherkennungsprogramms auf Basis des Qualitätsstandards trafen die Österreichische Sozialversicherung und die Österreichische Ärztekammer vertragliche Vereinbarungen (2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag).

Wissenschaftlicher Ausgangspunkt im EU-Zusammenhang bilden die in vierter Edition vorliegenden Europäischen Leitlinien zur Früherkennung von Brustkrebs (EU-Leitlinien), die den österreichischen Versorgungsstrukturen entsprechend adaptiert wurden.

2.2 Struktureller und organisatorischer Aufbau

Am Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm beteiligt sich eine Reihe von Einrichtungen, Institutionen und Anbietern, die sowohl Management, organisatorische und technische Abwicklung als auch die Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen selbst sowie die anschließenden Abklärungs- und Versorgungsleistungen ermöglichen. Abbildung 2.1 zeigt die Programm-Komponenten auf.

Abbildung 2.1:
Komponenten des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Details zu den Komponenten können der konsolidierten Fassung des 2. Zusatzprotokolls zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014), der Webseite www.frueh-erkennen.at sowie den jeweils angeführten weiteren Quellen entnommen werden.

Steuerung und Management

Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) trägt die Programmverantwortung, während Programmleitung und Programmmanagement in der Koordinierungsstelle des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms an der Wiener Gebietskrankenkasse angesiedelt sind. Hier werden die bundesweiten Agenden der Programmumsetzung bearbeitet.

Die begleitende Informations- und Steuerungsgruppe besteht aus Mitgliedern mit Stimmberechtigung (Bund, Länder, Hauptverband/WGKK, Österreichische Ärztekammer, GÖG, ARGE Selbsthilfe, Patientenanwaltschaft, ÖQMed, Akademie der Ärzte GesmbH, AGES). Die Sitzungen der Informations- und Steuerungsgruppe dienen dem regelmäßigen Informationsaustausch der Mitglieder. Auftretende Probleme im Zuge des laufenden BKFP sollen von der Informations-

und Steuerungsgruppe diskutiert und einer Lösung zugeführt werden (BKFP Koordinierungsstelle März 2015).

Pro Bundesland ist in jeder Gebietskrankenkasse eine Regionalstelle für das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm eingerichtet. Die Regionalstelle ist mit Agenden der Programmumsetzung im Bundesland befasst, die sie mit der Koordinierungsstelle abgestimmt erfüllt. Zudem fungiert pro Bundesland ein regionalverantwortlicher Radiologe / eine regionalverantwortliche Radiologin als Bindeglied zwischen den Screening-Einheiten, den Ärztinnen/Ärzten und der Regionalstelle. Der/die Regionalverantwortliche gibt den Radiologinnen/Radiologen Feedback im Rahmen der Qualitätssicherung.

Die Organisation des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms sowie die Finanzierung der Leistungen im Zusammenhang mit der Brustkrebs-Früherkennung im niedergelassenen Bereich obliegen den Krankenversicherungen. Auch die Finanzierung des Einladungssystems trägt die Krankenversicherung. Die Verantwortung für die Finanzierung der Leistungen im stationären und spitalsambulanten Bereich (z. B. Assessment, Therapie im Krankenhaus) liegt bei den Ländern, die der Evaluation obliegt dem Bund.

Leistungserbringung und Dokumentation

Im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms müssen Screening-Einheiten definierte Anforderungen erfüllen, um vertragskonform (2. Zusatzprotokoll zum VU-Gesamtvertrag) am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmen zu dürfen. Voraussetzung für die Teilnahme ist zudem eine Teilnahmeerklärung, die pro Standort auszufüllen und an die Koordinierungsstelle zu übermitteln ist. Die Anforderungen (inkl. Dokumentation) basieren auf dem *Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung* und sind in den Vereinbarungen zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer festgeschrieben (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014).

Assessment-Einheiten sind jene intra- und extramuralen Einrichtungen, die nicht-invasive Untersuchungen wie MRT und/oder invasive Untersuchungen wie Biopsien zur Abklärung eines aus der Screening-Untersuchung resultierenden Brustkrebs-Verdachts durchführen. Assessment-Einheiten sollen gemäß *Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung* sowohl die Qualitätsanforderungen erfüllen als auch standardisiert dokumentieren und die Daten übermitteln (Gollmer et al. 2011, siehe Seite 31–32). Die Dokumentation im Assessmentbereich ist derzeit allerdings weder vertraglich noch gesetzlich verbindlich geregelt, was zu massiven Datenlücken führt. Assessment-Einrichtungen können bislang frei entscheiden, ob sie eine „Teilnahmeerklärung für eine Assessment-Einheit bzw. ein MR-Institut“ ausfüllen und der Koordinierungsstelle übermitteln oder nicht.

Brustkrebs-Patientinnen werden in stationären Einrichtungen behandelt. Hier stehen die *Datenblätter Tumor und Pathologie* zur Dokumentation zur Verfügung. Auch in diesem Bereich ist die Dokumentation bislang nicht vertraglich oder gesetzlich verbindlich geregelt.

Für eine umfassende Evaluierung liegen daher zu wenige Daten aus der Assessment- und Tumordokumentation vor. Das Kapitel 6 widmet sich der dadurch entstehenden Problematik.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Im Zuge des Einladungsmanagements werden Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren in zwei-jährigem Abstand über die Möglichkeit zur Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm mit einem Einladungsbrief informiert. Frauen mit verkürztem Untersuchungsintervall (Early Recall) erhalten zum jeweils benötigten Zeitpunkt eine Einladung. Datenbasis für die Einladungen sind die Daten der in Österreich krankenversicherten Personen und ihrer Angehörigen (Anspruchsberechtigte). In Österreich sind 99,9 Prozent der Bevölkerung in der sozialen Krankenversicherung anspruchsberechtigt (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016). Die Daten von nicht versicherten Frauen werden nach Meldung bei der Gebietskrankenkasse ihres Wohnbundeslandes in der Datenbasis ergänzt. Private und ausländische Versicherungen sowie einige Krankenfürsorgeanstalten nehmen nicht am BKFP teil (siehe Kapitel 2.3).

Eine Telefon-Serviceline zur Beantwortung von Fragen zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm steht zur Verfügung. Die Nutzung dieser Serviceline ist für Anrufer/innen kostenfrei. Die Serviceline übernimmt zudem die Verwaltung der Opt-In- und Opt-Out-Meldungen zur Programmteilnahme sowie die Kommunikation rund um diese Themen. Die Öffentlichkeitsarbeit obliegt auf Bundesebene zentral der Koordinierungsstelle. Es wird mit Plakaten, Inseraten, Pressearbeit und Online-Information (Website), Online-Werbung, TV-Spots, dem Einsatz von prominenten Frauen, die sich für das Thema engagieren, sozialen Medien (Facebook-Seite) sowie gezielten Maßnahmen für Frauen mit Migrationshintergrund informiert.

Monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation

Die Akademie der Ärzte (AKÄ) / Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) und ÖQMed betreiben die medizinische Qualitätssicherung. Die Einhaltung von Qualitätsvorgaben wird mit dem Zertifikat Mammadiagnostik der ÖÄK (inkl. Befundzahlen von MUG) und der Standortzertifizierung durch die ÖQMed (inkl. Standortfrequenzen von MUG) ausgewiesen. Der/die Standortbetreiber/in verpflichtet sich zum ausschließlichen Einsatz von geschultem Personal für das Erstellen von Mammographien. Die Leistungen können von niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten für Radiologie bzw. Gruppenpraxen oder Krankenanstalten (die ihre Teilnahme am Screening im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms mit einer Teilnahmeerklärung vereinbaren) erbracht werden, wozu die Anforderungen gemäß der konsolidierten Fassung des 2. Zusatzprotokolls zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag sowie etwaiger Zusatzvereinbarungen in der jeweils gültigen Fassung (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014) erfüllt sein müssen (die Anforderungen werden in Kapitel 3 erläutert).

Das AGES Referenzzentrum für technische Qualitätssicherung führt im Auftrag der ÖÄK die technische Qualitätssicherung durch, die die technische Prüfung der verwendeten Mammographie-Geräte gemäß Anlage 1 der konsolidierten Fassung des 2. Zusatzprotokolls zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag umfasst. Für Mammographien im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms dürfen nur digitale Geräte verwendet werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014).

Die Zertifikatskommission besteht aus jeweils drei Radiologinnen/Radiologen, die von der Bundeskurie niedergelassene Ärzte nominiert werden, sowie zwei Radiologen/Radiologinnen, von denen jeweils einer/eine vom HVB und einer/eine von der Koordinierungsstelle aus dem Kreis der regionalverantwortlichen Radiologen/Radiologinnen nominiert werden. Die Zertifikatskommission wird mit dem ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik befasst und legt Kriterien für das Intensivbefundertraining (zum Nachweis zusätzlicher personenbezogener Mammographie-Frequenzen) sowie für die Approbation von Anbietern der Trainings fest (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014).

Das Zertifizierungsregister ist in der Koordinierungsstelle innerhalb der WGKK angesiedelt. Es bündelt Zertifikatsinformationen der Akademie der Ärztinnen/Ärzte (Befunder/innen) und der ÖQMed (Standorte) und ermöglicht damit eine Identifikation jener Standorte, die am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmen können. Ein Standort wird im Zertifizierungsregister zur Teilnahme berechtigt, wenn mindestens ein zertifizierter Befunder / eine zertifizierte Befunderin pro zertifizierten Standort tätig ist. Auch für die Zweitbefundung müssen zertifizierte Befunder/innen herangezogen werden.²

Datenmanagement/Pseudonymisierung im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm wickeln SVC und GÖG ab. Die SCV stellt die Infrastruktur für die Datenübermittlung bereit und gewährleistet, dass Daten für Auswertungen pseudonymisiert zur Verfügung stehen (Datenhaltung GÖG). Zudem werden hier die Einladungstermine für das Einladungsmanagement aktualisiert.

Die Medizinische Universität Graz (MUG) übernimmt die medizinische Evaluation des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms. Die MUG liefert den teilnehmenden Radiologinnen/Radiologen, den Standortbetreibern und den regionalverantwortlichen Radiologen/Radiologinnen Feedbackberichte. Zudem stellt die MUG Fallzahlen für die Zertifizierung zu *Mammadiagnostik* und die ÖQMed-Zertifizierung der Standorte zur Verfügung. Die GÖG evaluiert im BMGF-Auftrag das Programm entsprechend den Vorgaben der europäischen Leitlinien und dem daraus abgeleiteten Evaluationskonzept (Directorate-General 2006). Pseudonymisierte Daten aus der Dokumentation werden für die Berechnung von Indikatoren herangezogen. Darüber hinaus werden weitere Bereiche wie z. B. der Bereich der Öffentlichkeitsarbeit evaluiert. Da Daten aus Krebsregistern weder zeitnah noch vollständig zur Verfügung stehen, werden sie für die Evaluierung nur eingeschränkt zum Zweck der Datenvalidierung und zur Berechnung der Hintergrundinzidenz vor Programmbeginn herangezogen. Die programmverantwortliche Medizinerin erfüllt Aufgaben im Bereich Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sowie im Bereich Monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation. Sie unterstützt mit ihrer medizinischen Expertise die Programmumsetzung, die Qualitätssicherung der Evaluationsergebnisse und die mit der Qualitätssicherung des Programms betrauten Stellen, ist Ansprechpartnerin in medizinischen Belangen für regionalverantwortliche Radiologen/Radiologinnen und repräsentiert das Programm aus medizinischer Sicht sowohl national als auch international.³

2

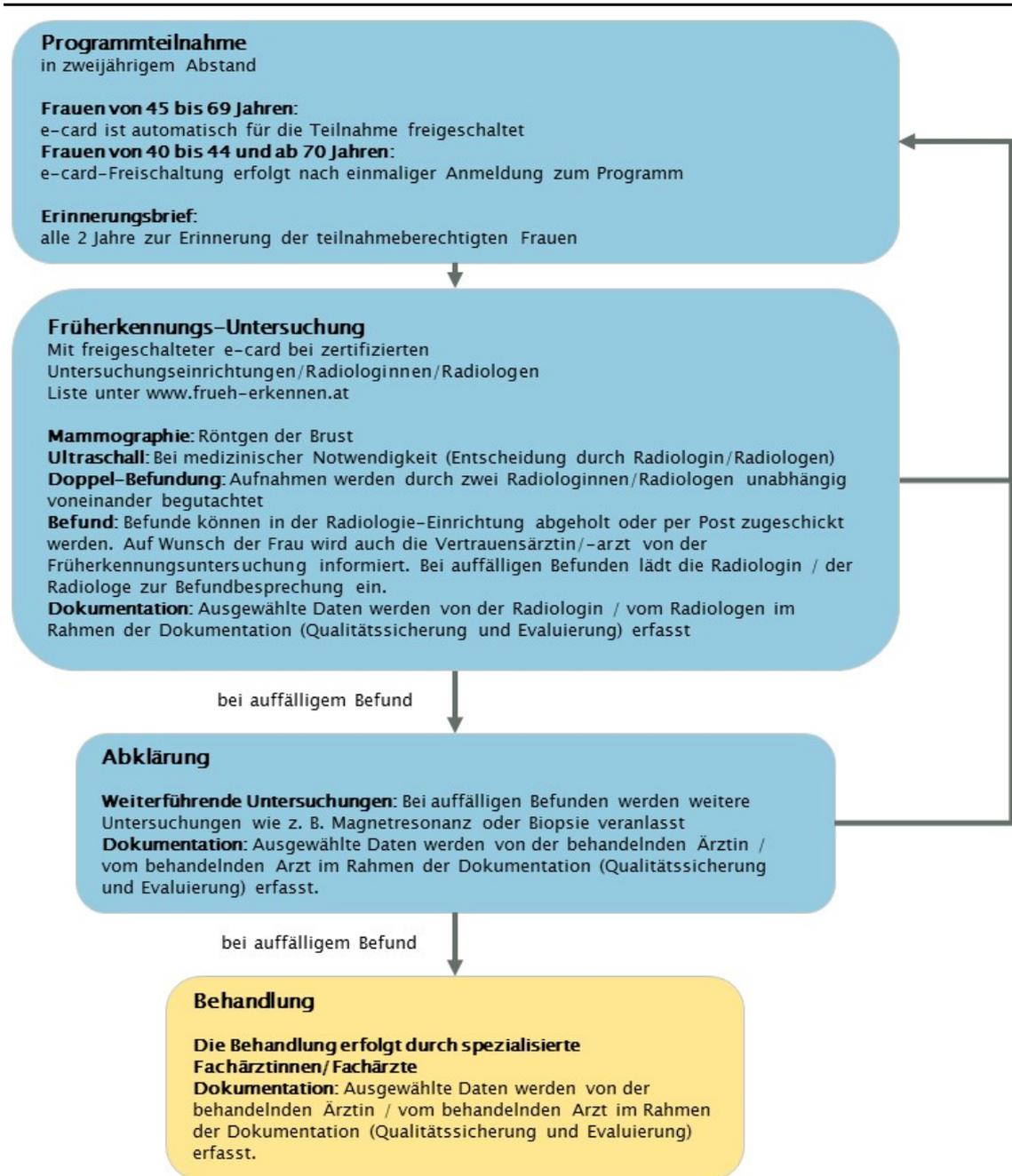
Auskunft Koordinierungsstelle, 30. August 2016

3

Auskunft Koordinierungsstelle, 30. August 2016

2.3 Ablauf für teilnehmende Frauen

Abbildung 2.2:
Ablauf der Brustkrebs-Früherkennung im Rahmen des BKFP



Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse (2016), Darstellung: GÖG/BIQG

Wie in Abbildung 2.2 ersichtlich handelt es sich bei der Kernzielgruppe des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms um Frauen im Alter von 45 bis 69 Jahren, die keine Beschwerden, die auf Brustkrebs hindeuten und kein familiär erhöhtes Risiko für eine Brustkrebserkrankung haben.

Beschwerden wie z. B. ein tastbarer Knoten, einseitiger Brustschmerz, Sekretion aus der Mamilla etc. (vgl. Anhang 1) sind Ausschlussgründe aus dem Programm, da sie einer diagnostischen Abklärung bedürfen. Auch Frauen, deren Familienanamnese eine familiär erhöhte Disposition ergibt (vgl. Anhang 2), sind aus dem Programm auszuschließen.

Die e-card von anspruchsberechtigten Versicherten ist automatisch zwei Jahre nach der letzten Mammographie freigeschaltet. Nicht teilnahmeberechtigt sind derzeit Frauen mit Versicherungen bei folgenden Institutionen:

- » (OÖ) Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz
- » (OÖ) Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamte
- » (OÖ) Kranken- und Unfallfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte
- » (OÖ) Oberösterreichische Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge
- » (OÖ) Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr
- » (OÖ) Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels
- » Krankenversicherungsfonds der Beamten der Gemeinde Badgastein
- » Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein
- » Private Krankenversicherungen
- » Ausländische Versicherungen

Für die betroffenen Frauen ist der Zugang zu Mammographie-Untersuchungen auch außerhalb des Programms gesichert. Nicht-Versicherte können sich nach Einholen einer Sozialversicherungsnummer bei der regionalen Gebietskrankenkasse telefonisch oder online unter www.frueherkennen.at anmelden. Diese Möglichkeit wird über Materialien der Öffentlichkeitsarbeit und über die bestehende Serviceline bekannt gemacht.

Anspruchsberechtigte Frauen in der Kernzielgruppe erhalten von der Koordinierungsstelle in zweijährigem Intervall ein in deutscher Sprache verfasstes Einladungsschreiben und ein Merkblatt mit den wichtigsten Informationen zum Programm. Das Schreiben verweist auf mehrsprachiges Infomaterial (Bosnisch, Englisch, Kroatisch, Ungarisch, Slowenisch, Serbisch, Türkisch) auf www.frueherkennen.at. Bei Nichtteilnahme wird ein Erinnerungsschreiben versandt.

In der erweiterten Zielgruppe der Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren und ab 70 Jahren wird die e-card bis spätestens zwei Tage nach telefonischer bzw. online-Anmeldung zum Programm freigeschaltet. Die Frauen erhalten ein Einladungsschreiben und das Merkblatt rund eine Woche nach Anmeldung.

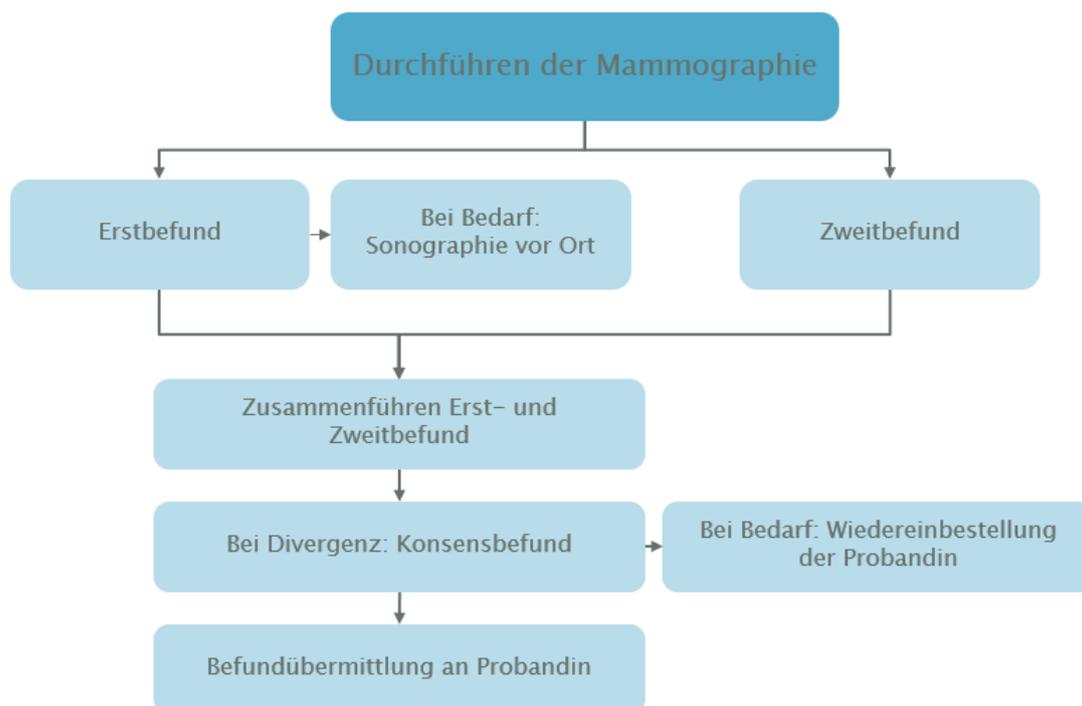
Mit einer freigeschalteten e-card bzw. mit einem Einladungsschreiben vereinbart die anspruchsberechtigte Frau in der gewünschten Screeningeinheit persönlich einen Termin. Die aktuelle Liste mit zertifizierten radiologischen Screeningeinheiten ist online unter www.frueh-erkennen.at abrufbar.

2.4 Ablauf der Untersuchung und Befundung

Die Screening-Mammographie wird in zertifizierten Screening-Einrichtungen durchgeführt. Die Erstbefunderin / der Erstbefunder erstellt den Befund vor Ort, bei dichter Brust erfolgt im Rahmen des gleichen Termins der Screening-Ultraschall. Beide Befunde werden dokumentiert.

Die Mammographie-Aufnahmen ergehen auch an eine Zweitbefunderin / einen Zweitbefunder, der/die den Befund ebenfalls dokumentiert. Widersprechen die Befunde einander, so muss ein Konsensbefund erstellt werden. Nach Abschluss der Befundung erhält die Frau ihre Ergebnisse. Dies kann einige Tage in Anspruch nehmen, da der Zweitbefund zeitlich oder örtlich getrennt vom Erstbefund und im Anschluss an den Erstbefund erstellt wird.

Abbildung 2.3:
Ablauf der Untersuchung und Befundung



Darstellung: GÖG/BIQG

2.5 Programmumsetzung und Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung

Im Dezember 2011 wurde die erste Version des *Qualitätsstandards zum Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening sowie zur Durchführung diagnostischer Mammographien* veröffentlicht. Dieser diente als Ausgangsbasis für die Umsetzung des Programms. Qualitätsstandards sind gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz: „Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten“. Aufgrund praktischer sowie realpolitischer Fakten und der komplexen Anforderungen des Projekts war es vorerst und teilweise notwendig von den Vorgaben des Qualitätsstandards abzuweichen bzw. diese in Etappen zu implementieren.

Abweichungen und Konkretisierungen im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm hinsichtlich der Forderungen des Qualitätsstandards sind nachstehend gelistet. Bei künftiger Aktualisierung müssen diese Abweichungen bzw. Ergänzungen hinsichtlich Übernahme geprüft werden. Standard konform umgesetzte Punkte werden nicht gesondert angeführt. Eine erste Überarbeitung des Qualitätsstandards ist für das Jahr 2017 geplant, eine weitere Aktualisierung nach Publikation der adaptierten European Guidelines, die die Basis-Leitlinie des österreichischen Qualitätsstandards darstellen.

Abweichungen bestehen bei folgenden Punkten:

- » **Schulung und Fortbildung:** In das Programm wurde ein Intensivbefundertraining als Fortbildungsveranstaltung integriert und zwar für neu einsteigende Erstbefunder/innen, die die erforderlichen 2.000 Mammographiebefundungen nicht nachweisen können, und Radiologinnen und Radiologen, die die geforderten Fallzahlen nicht erreichen. Anhang 3 zeigt eine Übersicht über den IST-Stand der Umsetzung der im Qualitätsstandard beschriebenen Schulungsanfordernisse.
- » **Fortbildungskurs zur Durchführung von Biopsien/Markierungen:** Kursangebot wurde bislang (Stand Oktober 2016) nicht etabliert.
- » **Fortbildungskurs zur Befundung histopathologischer Präparate:** Kursangebot wurde bislang (Stand Oktober 2016) nicht etabliert.
- » **Teilnahmekriterien für Leistungserbringer:** Für ins Programm neu einsteigende Erstbefunder/innen, reicht die im Qualitätsstandard angeführte Selbstangabe zu Befundungsnachweisen (2.000 Mammographien) nicht mehr aus (Intensivbefundertraining ist erforderlich).
- » **Anspruchsvoraussetzungen bzw. Ausschlusskriterien:** Die im Qualitätsstandard bestehende obere Altersgrenze für Teilnehmerinnen (75 Jahre) wurde abgeschafft. Somit ist eine altersmäßig nach oben unbegrenzte Programmteilnahme ab dem Alter von 40 Jahren in zweijährigem Abstand möglich.
- » **Aktives Einladungsmanagement:** Die e-cards von Frauen in der Kernzielgruppe sind bei bestehender Berechtigung auch ohne Einladungsschreiben für die Abrechnung von Früherkennungsmammographien freigeschaltet.
- » **Indikationen für diagnostische Mammographien:** Hier kam es zu einer Adaption der Indikationsliste. Indikation für eine diagnostische Mammographie besteht in folgenden Situationen:

Familiär erhöhte Disposition; Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30 Lebensjahr; Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie; tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter); Mastodynie einseitig, histologisch definierte Risikoläsion, Sekretion aus der Mamille; z.n. Mamma-Ca-OP, entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess; neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut; besondere medizinische Indikation im Einzelfall.

- » **Assessment:** Die im Qualitätsstandard angeführten Auflagen für Assessment-Einheiten wurden in einem Handbuch für Assessment-Einheiten & MR-Institute veröffentlicht, sind aber unverbindlich. Bislang existieren keine verbindlichen Auflagen, kein durchgängiges Zertifizierungsverfahren oder die im Qualitätsstandard geforderte Liste aller kooperierenden Assessment-Einheiten. Aufgrund des noch nicht etablierten Zertifikats für Brustkrebszentren können auch hierzu keine validen Aussagen getroffen werden.
- » **Dokumentation:** Befundungsergebnisse und Befundungsschritte werden nicht, wie im Qualitätsstandard gefordert, dokumentenecht gespeichert, sondern können nachträglich verändert werden. Dokumentationsanforderungen und auszuwertende Indikatoren wurden im Rahmen der operativen Umsetzung und nach entsprechenden Erfahrungen angepasst, wobei die geforderte intramurale Dokumentation weiterhin massive Datenlücken aufweist.

Konkretisierungen bzw. Ergänzungen hinsichtlich des Qualitätsstandards wurden für folgende Punkte getroffen:

- » **Technische Qualitätssicherung:** Die AGES (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Einrichtung und Führung des Referenzzentrums für die technische Qualitätssicherung (RefZQS) im Rahmen des BKFP beauftragt. Der Echtbetrieb wurde mit 1. April 2014 aufgenommen.
- » **Mammographiegeräte und Peripheriegeräte:** Es wurde im Jahr 2013 durch die AGES ein Supplement veröffentlicht, das die Richtlinien der technischen Prüfungen (EUREF-Ö-Standard) ergänzt. Die Angaben im Qualitätsstandard werden im Rahmen der Aktualisierung an die aktuellen Empfehlungen des Referenzzentrums angepasst. Die Tauglichkeit der geprüften Geräte wird pro Standorte quartalsweise an die ÖQMed, ÖÄK und Koordinierungsstelle gemeldet. Die wöchentlichen Prüfkörperaufnahmen werden von den Standorten über die von der SVC eingerichtete Schnittstelle an die Annahmestelle übertragen.

2.6 Internationale Kooperationen im Rahmen der Programmevaluierung

GÖG/BIQG ist im Rahmen der Evaluierungstätigkeiten beauftragt, sich laufend über aktuelle Entwicklungen auf internationaler und speziell europäischer Ebene zu informieren. Ziel ist es, den Qualitätsstandard auf Adaptierungsbedarf hin unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu prüfen. Dabei fungiert die GÖG/BIQG als offizieller National Contact der ECIBC – European Commission Initiative on Breast Cancer. Hierdurch besteht eine unmittelbare Anbindung an aktuelle Diskussionen/Entwicklungen (z. B. Neuerstellung von European Breast Guidelines) sowie an die Scientific Community im Bereich Brustkrebs(-Früherkennung) in Europa.

2.6.1 ECIBC–Arbeitsgruppen

Im Rahmen der ECIBC–Initiative werden neue European Breast Guidelines entwickelt. Im Zuge dessen sollen an die neunzig evidenzbasierte Empfehlungen ausgearbeitet werden, die nach und nach auf dem Web–Hub der Initiative veröffentlicht werden. Die gesammelten „Recommendations“ werden voraussichtlich Ende 2018 vorliegen. Zudem wird ein freiwilliges Akkreditierungsschema für alle Bereiche der Brustkrebsversorgung erarbeitet. Dieses soll auf bestehenden evidenzbasierten Guidelines aufbauen und unter Berücksichtigung multidisziplinärer Aspekte der Prämisse „die Patientin / der Patient im Mittelpunkt“ gerecht werden. Dabei wird auch Augenmerk auf die unterschiedlichen organisatorischen Voraussetzungen in den europäischen Ländern gelegt. Seit September 2015 arbeiten die Guidelines Development Group und die Quality Assurance Scheme Development Group an diesen Aufgaben. Die GÖG/BIQG ist als National Contact eingebunden: von Seiten der internationalen Arbeitsgruppen wird laufend um Feedback zu Dokumenten gebeten, von Seiten der GÖG wird kontinuierlich über den Arbeitsfortschritt sowie Ergebnisse des österreichischen Programms berichtet.

2.6.2 National Contact ECIBC: Aufgaben

Zu den Aufgabengebieten des National Contacts gehören Rückmeldungen zu Ergebnissen bzw. Dokumenten von Arbeitsgruppen, Unterstützung beim Herstellen von Kontakten zu österreichischen Stakeholdern/Institutionen, Beratung hinsichtlich einer möglichen Pilotierung des geplanten freiwilligen Akkreditierungsschemas für die Brustkrebsversorgung sowie die Teilnahme an Projektmeetings. Auch am *Report of a European survey on the organisation of breast cancer care services – Supporting information for the European Commission initiative on breast cancer* (D. Lerda, S. Deandra, C. Freeman, J. Lopez Alcalde, L. Neamtiu, C. Nicholl, N. Nicholson, A. Uluturk, S. Villanueva Ferragud) wirkte die GÖG/BIQG mit, weiters nahm sie an EU–Surveys zum Thema teil. Auf dem Web–Hub der Initiative sind Berichte, weitere Informationen (etwa Präsentationen und Abstracts zu den Arbeitsgruppen und Meetings) sowie Dokumente und Empfehlungen abrufbar: <http://ecibc.jrc.ec.europa.eu/home>.

Eine aktuelle Übersicht über europäische Screening–Programme bietet eine im August 2016 publizierte Zusammenfassung des Joint Research Centers der Europäischen Kommission: S. Deandrea, A. Molina–Barceló, A. Uluturk, J. Moreno, L. Neamtiu, R. Peiró–Pérez, Z. Saz–Parkinson, J. Lopez–Alcalde, D. Lerda, D. Salas: *Presence, characteristics and equity of access to breast cancer screening programmes in 27 European countries in 2010 and 2014. Results from an international survey* (In: *Preventive Medicine*, Volume 91, Issue null, Pages 250–263). (Online unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743516302286>).

Zudem bietet die Publikation der Europäischen Kommission *Cancer Screening in the European Union (2017). Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (prepared by International Agency for Research on Cancer, Lyon, France)* einen Überblick über europäische Screeningmaßnahmen im Bereich Zervixkarzinom, kolorektales Karzinom und Brustkrebs.

2.7 Empfehlungen

Gemäß Bundesqualitätsstandard zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm durch Mammographie-Screening muss der Einladungsversand an die Frauen der definierten Zielgruppe lückenlos erfolgen, um eine Teilnahmemöglichkeit am qualitätsgesicherten Programm für alle Frauen in der Zielgruppe zu gewährleisten. In diesem Sinn wird eine Integration der aktuell nicht teilnahmeberechtigten Frauen (vgl. Abschnitt 2.3) in das Programm empfohlen.

Der Bundesqualitätsstandard definiert darüber hinaus Voraussetzungen und Qualitätskriterien für Assessmenteinheiten bzw. empfiehlt im Falle weiterer Behandlungen bzw. Therapien die Überweisung der Frauen in zertifizierte Brustgesundheitszentren. Es wird empfohlen, Assessmenteinheiten (inklusive Dokumentation) organisatorisch verbindlich einzugliedern und weiterhin qualitätsgesicherte Therapie bestmöglich strukturiert anzubieten.

Vertrauensärzte/Vertrauensärztinnen der betroffenen Frauen sollen bei auffälligem Früherkennungsbefund und auf Wunsch der jeweiligen Frau die Koordination der weiteren Untersuchungs- und ggf. Behandlungsschritte übernehmen, um eine rasche und lückenlose Verdachtsabklärung bzw. Behandlung sicherzustellen. Im Rahmen dieser Betreuungsfunktion können Allgemeinmediziner/innen und Gynäkologen/Gynäkologinnen optimal in das Programm eingebunden werden. Dazu sollte das Übermitteln des Befundes an die jeweilige Vertrauensärztin / den jeweiligen Vertrauensarzt der Frau systematisch geregelt werden.

3 Qualitätssicherung im Brustkrebs- Früherkennungsprogramm

Qualitätssicherung im Sinne einer kontinuierlichen Evaluation von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist wesentlicher Bestandteil des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms und stellt eine maßgebliche Verbesserung im Vergleich zum bisherigen unorganisierten Screening dar.

Grundlage für die Qualitätssicherungsmaßnahmen des Programms ist der *Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung*. Weitere umsetzungsrelevante Vereinbarungen sind im 2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag (VU-GV) festgehalten.

Auflagen zur Strukturqualität umfassen die räumliche und apparative Ausstattung der Screening-Einheiten sowie die fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die im Programm verankerte Datendokumentation soll es möglich machen Prozess- sowie Ergebnisqualitätsparameter zu evaluieren. Als Indikatoren für Prozessqualität fungieren beispielsweise die Bildwiederholungs- und Wiedereinbestellungsraten. Ergebnisqualität wird in Zukunft, in Abhängigkeit von der Datenvollständigkeit, unter anderem durch die Raten an falsch positiven und falsch negativen Befundergebnissen beschrieben.

Das folgende Kapitel beschreibt Inhalte und bisherige Ergebnisse von strukturellen bzw. personenbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Kapitel 5 widmet sich der Daten-Auswertung zur Evaluierung von Prozess- und Ergebnisqualität, soweit dies mit dem derzeitigen Datenbestand möglich ist.

Standortbezogene Voraussetzungen für das Programm:

- » Ausschließlicher Einsatz von digitalen Geräten
- » Erfüllen der technischen Qualitätssicherung gemäß Anlage 1 des 2. Zusatzprotokolls zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag
- » Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
- » Absolvieren von regelmäßigen Fortbildungen der nicht ärztlichen Mitarbeiter/innen, die die Mammographie durchführen

Voraussetzungen für teilnehmende Radiologinnen und Radiologen:

- » Fachärztin/Facharzt für Radiologie
- » Befundung der Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiologen/Radiologin. Erst- und Zweitbefundung sind als gleichwertig anzusehen (Sonderregelungen für Neueinsteiger, Abwesenheitszeiten und das Nichterreichen von 2.000 Befundungen, wobei es mindestens 1.500 sein müssen)
- » Absolvieren von Fortbildungskursen vor Programmteilnahme (Vgl. Anhang 3)

3.1 Ablauf der Standort- & Personalzertifizierung inkl. technischer Qualitätssicherung

Zentrale Drehscheibe im Rahmen der Zertifizierung ist die Koordinierungsstelle des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (angesiedelt im CCIV), einer Einrichtung der österreichischen Sozialversicherung, die das Zertifikatsregister führt. Um hier gelistet zu werden, müssen Screening-Einheiten sowie teilnehmendes Personal die eben beschriebenen Auflagen erfüllen und die entsprechenden Zertifikate erwerben. Diese sind zu einem großen Teil im 2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag (VU-GV) geregelt. Voraussetzung dafür, dass ein Standort als Screening-Einheit gelistet ist und im Programm tätig sein kann, ist die Einmeldung aller nötigen Zertifikate im Zertifizierungsregister der Koordinierungsstelle durch die zertifizierenden Stellen. Danach kann eine Screening-Einheit online gelistet werden.

Die unter Kapitel 3 gelisteten strukturellen Erfordernisse in den radiologischen Instituten werden von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH überprüft und anschließend von dieser der Koordinierungsstelle gemeldet. Hier werden einerseits standortbezogene Frequenzen und andererseits die vom Referenzzentrum für technische Qualitätssicherung festgestellten Ergebnisse der technischen Qualitätsprüfungen gesammelt.

Zur Überprüfung der unter Kapitel 3 beschriebenen fachlichen Kompetenzen der am Programm teilnehmenden Radiologinnen und Radiologen wurde ein Zertifikat der österreichischen Ärztekammer für den Bereich Mammadiagnostik⁴ geschaffen, das die Anforderungen an teilnehmende Radiologinnen/Radiologen im Detail beschreibt. Die Akademie der Ärztinnen und Ärzte wurde mit der Überprüfung und Vergabe dieses Zertifikats beauftragt. Im Falle einer Vergabe erhält die Koordinierungsstelle die Meldung.

Im Rahmen der Umsetzung ergab sich die Notwendigkeit Sonderregelungen für Standorte zu schaffen:

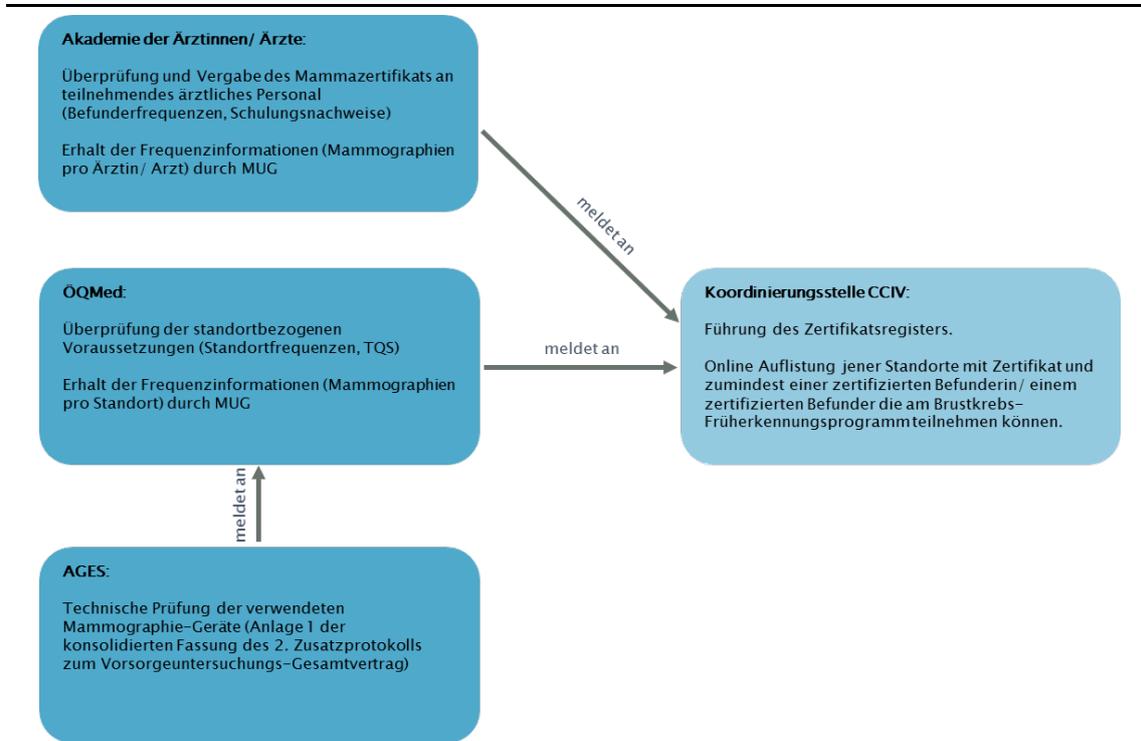
- » Neue Standorte die nach dem 1. 10. 2012 gegründet wurden, haben 24 Monate Zeit um die erforderlichen Mindestfrequenzen nachzuweisen. Alle anderen Anforderungen an den Standort sind vor Programmteilnahme zu erfüllen.
- » Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassene Ärzte aus einem anerkannten wichtigen Grund von der erforderlichen Mindestfrequenzzahl dauerhaft abgewichen werden.
- » Von der erforderlichen Mindestfrequenz kann für eine befristete Dauer, welche der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die Bundeskurie niedergelassene Ärzte festlegen, bei außerordentlichen Umständen (z. B. Ordinationsschließung aufgrund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristige Erkrankung) abgewichen werden.

4

<https://www.arztakademie.at/oeaeknbspdiplo-me-zertifikate-cpds/oeaek-zertifikate/mammadiagnostik/>

Abbildung 3.1:

Ablauf der Standort und Personalzertifizierung inkl. technischer Qualitätssicherung



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG Darstellung

3.1.1 Zertifizierte Standorte

Mit Ende 2015 sind österreichweit 190 Screening-Einheiten (188 mit Stand August 2016) für die Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm zertifiziert.

Tabelle 3.1 stellt die Anzahl der Screening-Einheiten pro Bundesland dar. In Bezug auf die Bevölkerung in der Kernzielgruppe der 45-bis 69-jährigen Frauen ergeben sich für Österreich bei 190 Screening-Einheiten im Durchschnitt 7.683 Frauen pro Screening-Einheit, die standardmäßig alle zwei Jahre zu einer Untersuchung eingeladen werden. Pro Jahr sind dies im Schnitt rund 3.842 Frauen pro Standort. Die beiden Opt-In-Gruppen der Frauen im Alter zwischen 40 und 44 Jahren und älter als 70 Jahre sind in dieser Statistik nicht berücksichtigt.

Tabelle 3.1:
BKFP Screening-Einheiten Österreich 2015

Bundesland	Anzahl Screening-einheiten 2015	Anzahl 45- bis 69-jährige Frauen 2015	Ø 45- bis 69-jährige Frauen pro Screening-einheit	Ø 45- bis 69-jährige Frauen pro Screening-einheit pro Jahr
Burgenland	7	52.828	7.547	3.774
Kärnten	15	102.363	6.824	3.412
Niederösterreich	32	287.094	8.972	4.486
Oberösterreich	25	243.186	9.727	4.864
Salzburg	13	94.053	7.235	3.618
Steiermark	24	210.296	8.762	4.381
Tirol	19	122.177	6.430	3.215
Vorarlberg	5	61.896	12.379	6.190
Wien	50	285.913	5.957	2.979
Gesamt	190⁵	1.459.806	7.683	3.842

Darstellung: GÖG/BIQG, Quelle: GÖG/QGIS

Grundsätzlich liegen in Österreich von insgesamt 2.122 österreichischen Gemeinden 1.743 (82 % aller Gemeinden) höchstens 20 km von der nächsten Screening-Einheit entfernt.⁶ Das entspricht 1.356.905 (93 % aller anspruchsberechtigten Frauen der Zielgruppe) Österreicherinnen in der Kernzielgruppe der 45- bis 69-Jährigen. 102.900 (7 %) Frauen in der Zielgruppe müssen mehr als 20 km Entfernung für ihre Anreise zur Screening-Einheit in Kauf nehmen. 4.128 (0,3 %) Frauen wohnen mehr als 40 km von der nächsten Screening-Einheit entfernt.

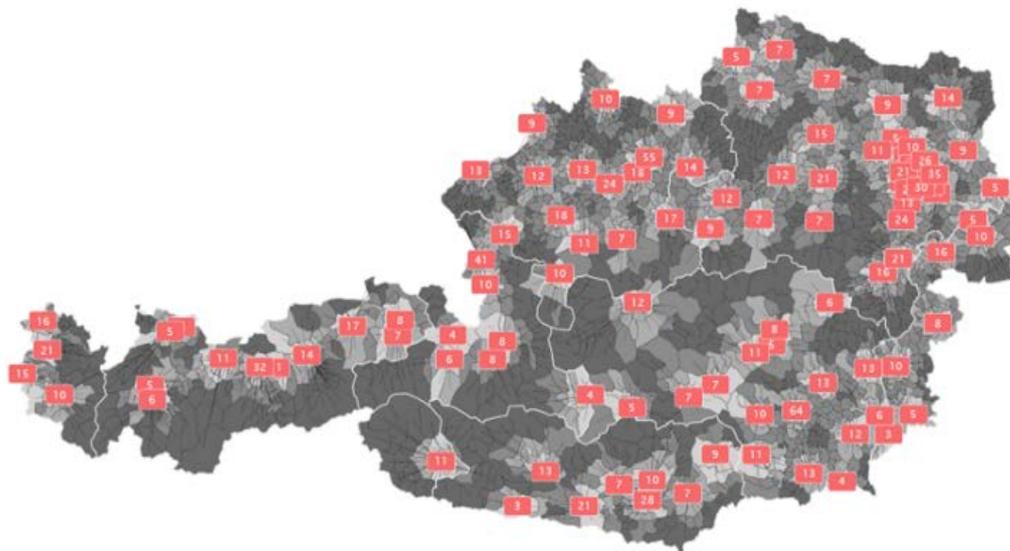
5

In Wien hat sich die Anzahl der Standorte seit 2015 auf 58 reduziert (Stand August 2016)

6

Bezogen auf den Mittelpunkt des besiedelten Gemeindegebiets.

Abbildung 3.2:
Verteilung österreichischer Screening-Einheiten inkl. deren theoretische Einzugsbereiche



Darstellung und Quelle: GÖG/QGIS; Die Zahlen in den roten Kästchen zeigen die Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen in der Zielgruppe des natürlichen Einzugsbereichs in 1.000. Die grauen Schattierungen repräsentieren die natürlichen Einzugsbereiche auf Basis der Kürzeste-Wege-Matrix Straßenverkehr 2014 bzw. 2016

Tabelle 3.2 zeigt die durchschnittlichen Frequenzen der Standorte in den Bundesländern im Jahr 2015. Den Anforderungen entsprechend müssen Standorte mehr als 2.000 Untersuchungen durchführen oder über Sondergenehmigungen verfügen. Grund für eine Sondergenehmigung, also die erlaubte Teilnahme am Programm trotz nicht erreichter Mindestfallzahl, ist beispielsweise die Versorgung innerhalb einer abgelegenen Region sicherzustellen. Im Jahr 2015 wurde eine zusätzliche Ausnahmeregelung getroffen, da mit Beginn des Programms die österreichweite Anzahl an Mammographien gesunken ist. Als Folge wurde die Mindestgrenze für die zu erreichenden Standortfrequenzen für das Jahr 2015 von 2.000 auf 1.700 Mammographien gesenkt.

Tabelle 3.2:
Durchschnittliche Frequenzen der Standorte in den Bundesländern im Jahr 2015

Bundesland	pro Standort 2015	Median	Minimum	Maximum
Burgenland	3.284	3.572	1.970	4.557
Kärnten	3.008	2.806	1.138	5.474
Niederösterreich	3.503	3.159	850	10.960
Oberösterreich	3.240	2.954	608	7.475
Salzburg	3.045	2.946	1.077	6.245
Steiermark	3.307	2.998	433	7.803
Tirol	2.473	1.801	471	8.128
Vorarlberg	3.742	4.086	2.408	4.714
Wien	3.044	2.137	700	14.029
Gesamt (Österreich)	3.150	2.795	433	14.029

Quelle: Zertifikatsregister der Koordinierungsstelle, Darstellung: GÖG/BIQG

Tabelle 3.3 zeigt die Anzahl der offiziell vergebenen Sondergenehmigungen. Mit Stand 11. April 2016 erhielten von den zu dem Zeitpunkt 189 zertifizierten Standorten 33 Sondergenehmigungen zur Programmteilnahme.

Tabelle 3.3:
Anzahl der Standorte mit Sondergenehmigungen

Bundesland	Anzahl Standorte mit Sondergenehmigung / Gesamtanzahl Standort
Kärnten	2/15
Niederösterreich	3/32
Oberösterreich	1/25
Steiermark	4/24
Tirol	10/19
Wien	12/48
Salzburg	1/14
Burgenland	0/7
Vorarlberg	0/5
Gesamt (Österreich)	33/189

Quelle: Zertifikatsregister der Koordinierungsstelle, Darstellung: GÖG/BIQG

3.2 Technische Qualitätssicherung

Im österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm ist eine standardisierte periodische Testung der im Programm involvierten technischen Geräte verpflichtend. Ziel ist, bei den im Rahmen der Reihenuntersuchung durchgeführten Mammographien zu gewährleisten, dass feinste Mikroverkalkungen mit einer Größe von ca. 100–180 µm, die häufig Frühzeichen für duktale in situ Karzinome sind, mit hohem Kontrast und hoher Schärfe bei geringem Rauschen abgebildet werden können. Für die technische Überprüfung der Geräte wurde ein Prüfprotokoll – EUREF-Ö Richtlinien – von österreichischen Medizinphysik-Expertinnen/Experten auf Basis von internationalen Leitlinien erarbeitet.

An der Österreichischen Agentur für Ernährungssicherheit (AGES) wurde das Referenzzentrum für technische Qualitätssicherung im Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (RefZQS) angesiedelt, welches einerseits für die praktische Testung der Geräte verantwortlich ist und andererseits die kontinuierliche Weiterentwicklung der Prüfprotokolle vorantreibt. Wichtiges Merkmal des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms ist die durchgängige Verwendung digitaler Geräte (digitale Speicherfoliengeräte und volldigitale Systeme).

Die periodischen Testungen der verwendeten Geräte überprüfen die Bildqualität der Mammographie Geräte in Abhängigkeit von der Strahlenexposition unter standardisierten Bedingungen. Die Strahlenexposition wird in der Mammographie durch die sogenannte „Mittlere Parenchymdosis“ (Average Glandular Dose, AGD) angegeben. Die Höhe der Strahlenexposition hängt unter anderem von der Dicke des zu untersuchenden Brustgewebes ab, welche durch unterschiedliche Prüfkörper

(PMMA-Prüfkörper⁷) simuliert wird. Ziel ist es, eine ausreichende diagnostische Bildqualität bei möglichst geringer Strahlenexposition sicherzustellen. Für das österreichische Programm wurden zusätzlich Prüfprotokolle für Ultraschallsysteme spezifiziert, die angewandt werden müssen.

Die Qualifikation hinsichtlich technischer Qualitätssicherung der einzelnen Standorte wird quartalsweise an die ÖQMed, Österreichische Ärztekammer und Koordinierungsstelle gemeldet. Wenn eine Prüfung Abweichungen oder Mängel aufzeigt, müssen die im Testbericht angeführten obligatorischen Maßnahmen umgesetzt werden.

3.2.1 Ablauf der technischen Qualitätssicherung

Um als Standort an dem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilzunehmen, ist es wie bereits beschrieben erforderlich, dass die verwendeten radiologischen Systeme für deren Einsatz im Programm zugelassen sind.

Zum Zeitpunkt der Erstzulassung von im Programm verwendeten FFDM-Systemen, dazugehörigen Peripheriesystemen bzw. eingesetzten Ultraschallgeräten ist ein Akzeptanztest bzw. Initialtest durch dafür geschulte Mitarbeiter/innen des Referenzzentrums oder durch vom RefZQS zugelassene freie Medizinphysiker/innen oder Mitarbeiter/innen eines technischen Büros, des Herstellers oder der Prüfanstalt durchzuführen. Das hierbei anzuwendende Prüfprotokoll ist auch nach notwendigen Reparaturen bzw. im Rahmen der jährlichen Tests anzuwenden. Im Routinebetrieb sind für die verschiedenen Systeme tägliche, wöchentliche, monatliche und halbjährliche Überprüfungen vorgesehen. Befundungsmonitore müssen täglich durch Radiologinnen und Radiologen bzw. radiologisch-technischen Assistentinnen und Assistenten getestet werden. Die weiteren Tests basieren auf der Durchführung von definierten PMMA-Prüfkörperaufnahmen, die durch die radiologisch-technischen Assistentinnen erstellt werden. Diese werden als nicht komprimierte DICOM-Files im „for processing“-Format an das Annahmeservice der SVC übermittelt, von dem sie durch das RefZQS abgerufen und beurteilt werden können. Zur Kontrolle der Ultraschallgeräte werden monatlich zwei Aufnahmen pro verwendetem Schallkopf durchgeführt und an die das Annahmeservice der SVC gesandt. Zur Beurteilung der Analyseergebnisse der TQS wurden vier Kategorien eingeführt, die das weitere Prozedere bestimmen:

- » Kategorie 1 – ok: Das System wird im betreffenden Prüfpunkt uneingeschränkt als in Ordnung beurteilt.
- » Kategorie 2 – ok: Es wurde eine spezifizierte Abweichung von den „ok-1“-Kriterien festgestellt, das System kann dennoch weiter betrieben werden. Eine Behebung der festgestellten Abweichung wird empfohlen. Der weitere Verlauf wird beobachtet.

7

PMMA Prüfkörper sind Prüfkörper aus einem transparenten thermoplastischen Kunststoff namens Polymethylmethacrylat

- » Kategorie 3 – nok: Es wurde eine zu behebende Abweichung festgestellt. Der Servicetechniker ist zu informieren und der Mangel ist innerhalb einer im Einzelfall festzulegenden Frist zu beheben.
- » Kategorie 4 – nok: Die Anlage ist unmittelbar nach Bekanntgabe durch das RefZQS außer Betrieb zu nehmen.

Weitere Details zur technischen Qualitätssicherung sind unter <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693859&viewmode=content> abzurufen.

3.2.2 Ergebnisse der Technischen Qualitätssicherung

Bis Ende des dritten Quartals 2015 wurden 202 Mammographie-Systeme durch das Referenzzentrum für technische Qualitätssicherung überprüft. Diese unterteilen sich in 4 Kategorien von Systemtypen entsprechend Tabelle 3.4.

Tabelle 3.4:
Verteilung der Mammographie Systemtypen im österreichischen BKFP

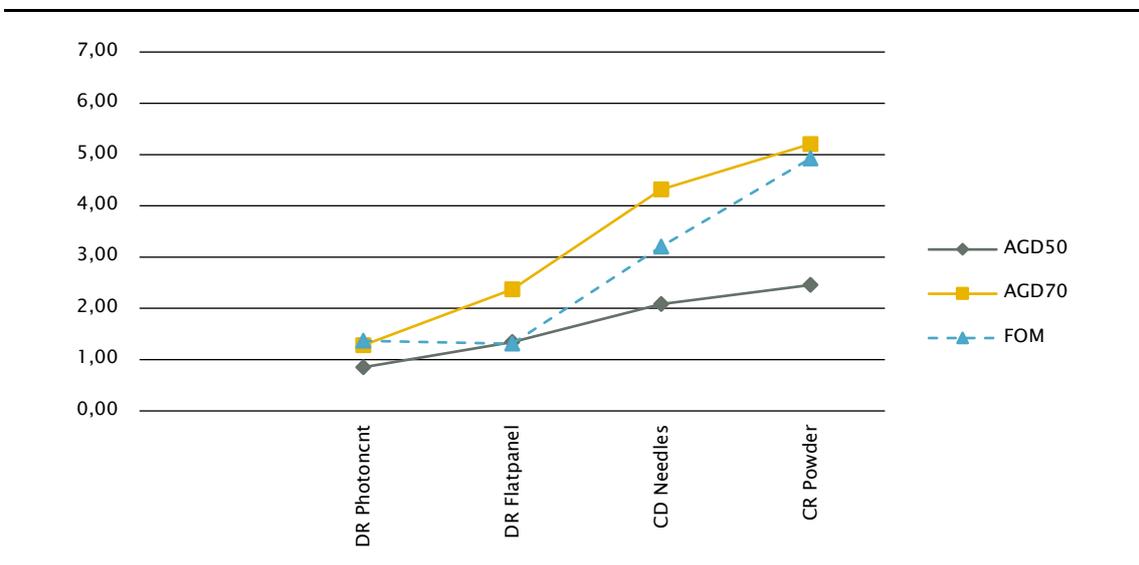
Technologie	3. Quartal 2015		3. Quartal 2014	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
DR Flatpanel	124	61,4%	115	57,2%
DR Photoncounting	12	5,9%	12	6,0%
CR Pulver	62	30,7%	70	34,8%
CR Nadel	4	2,0%	4	2,0%
Total	202	100%	201	100%

Quelle: Referenzzentrum für technische QS im BKFP, Darstellung: GÖG/BIQG

Den größten und im Vergleich zu 2014 weiter gestiegenen Anteil stellen die digitalen Vollfeldsysteme (DR-Systeme) dar. Entsprechend gesunken ist der Anteil der digitalen Speicherfoliensysteme (CR-Systeme). Dies stellt eine begrüßenswerte Entwicklung dar, da das Dosis-Bildgüteverhältnis bei DR-Systemen wesentlich günstiger ausfällt. Speicherfoliensysteme erreichen die erforderliche Bildgüte lediglich unter Anwendung einer etwa doppelt erhöhten Strahlendosis im Vergleich zu digitalen Vollfeldsystemen. Die Werte liegen allerdings nach wie vor innerhalb der erlaubten EUREF Grenzwerte. Innerhalb der Speicherfoliensysteme benötigen die Geräte mit Nadelstruktur eine um etwa 50 Prozent niedrigere Dosis im Vergleich zu den pulverbeschichteten CR Systemen.

Abbildung 3.3 zeigt die durchschnittlichen mittleren Parenchymdosen (in mGy) und die Figure of Merit (FOM), ein Maß für das Bildgüte/Dosis-Verhalten, der vier im BKFP zugelassenen Gerätetypen. Die beiden Vollfeld-Mammographiesysteme („DR“) weisen bei relativ geringer Dosis ein deutlich besseres Bildgüte/Dosis-Verhalten als die beiden Speicherfolien-Systemtypen auf.

Abbildung 3.3:
Dosisbedarf (AGD) der im BKFP angewandten Röntgensysteme



AGD50= Mittlere Parenchymdosis in mGy bei 50mm PMMA (60mm Brust); AGD70= Mittlere Parenchymdosis in mGy bei 70mm PMMA (90mm Brust); FOM=Figure of Merit, Indikator zur Darstellung von Bildqualität und Dosis, je kleiner die FOM ist umso hochwertiger ist das FFDM System eingestellt Darstellung und Quelle: Referenzzentrum für technische QS im BKFP

Zu Beginn des BKFP mussten bei 45 Prozent der geprüften Mammographie-Systemen Adjustierungen durchgeführt werden um den EUREF-Ö-Kriterien zu entsprechen.

Die häufigsten Adjustierungsmaßnahmen waren Optimierung der Aufnahmeparameter inkl. Dosiserhöhung (54 Geräte), gründlichere Speicherfolienreinigung (30 Geräte), engere Strahlenfeldbegrenzung (22 Geräte) und Folientausch (21 Geräte). Bei drei Geräten konnte selbst nach Involvierung von Technikern der Herstellerfirmen die geforderte Bildqualität nicht erreicht werden. In diesen Fällen wurde ein Austausch der Geräte notwendig. Des Weiteren nahmen im Jahr 2014 neun Standorte die Einführung des BKPF zum Anlass, freiwillig von der älteren Speicherfolien Technologie auf modernere DR-Systeme umzusteigen.

Bei insgesamt 32 Standorten ergaben sich im ersten Jahr des BKFP bei den Befundungsmonitoren Abweichungen von den Grenzwerten, welche zu Adjustierungen bzw. Gerätetausch führten. Konkret waren 34 Befundungsmonitor-Workstations betroffen, bei 30 davon konnte die Abweichung durch eine Neukalibrierung behoben werden, bei 4 Befundungsmonitor-Workstations war eine Neugeräteanschaffung notwendig.

Bei allen Laserimager mussten die Kennlinien neu eingestellt werden, 2 der zugehörigen Filmschaukästen mussten getauscht werden. Auch bei dieser Gerätegruppe ist in den letzten Jahren ein Trend von Laserimager/Filmschaukasten-Befundung hin zu Befundungsmonitoren zu beobachten. Derzeit verwenden lediglich sechs Standorte Laserimager und Filmschaukästen für die Befundung im BKFP.

Die Erfahrungen der Jahre 2014 und 2015 zeigen einen deutlichen, sehr zu befürwortenden, Trend in Richtung Volldigitalisierung der eingesetzten Geräte. Von Seiten des Referenzzentrums für technische Qualitätssicherung im BKFP wird eindrücklich empfohlen von einer Verwendung von pulverbeschichteten Speicherfoliensysteme sowie von der Befundung mittels Laserimager und Filmschaukasten abzukommen, da diese Technologien nicht dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Des Weiteren berichtet das RefZQS über die zunehmende Verfügbarkeit von tomosynthese-fähigen Vollfeldsystemen in österreichischen radiologischen Instituten. Hierbei handelt es sich um Geräte welche 3D Aufnahmen des Brustgewebes ermöglichen.

3.3 Fazit

Im Rahmen von Zertifizierungsverfahren konnten zahlreiche standort- und personenbezogene Qualitätssicherungsmaßnahmen implementiert werden, deren Erfüllung als Voraussetzung zur Teilnahme am Früherkennungsprogramm gelten und eine Verbesserung der Untersuchungsqualität seit Beginn des Programms vermuten lassen. Dabei ist sicherlich die Einführung einer hochwertigen und europäischen Standards entsprechenden technischen Qualitätssicherung der verwendeten Mammographie-Geräte hervorzuheben. So mussten zu Beginn des Programms bei 45 Prozent der geprüften Mammographie-Systeme Adjustierungen durchgeführt werden, um den vorgegebenen Kriterien zu entsprechen. Die Anzahl der teilnehmenden Screening-Standorte gewährleistet eine flächendeckende Versorgung in der Brustkrebs-Früherkennung.

3.4 Empfehlungen

Der Qualitätsstandard zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm definiert unterschiedliche Teilnahme-kriterien für die Leistungserbringer. Dazu zählt auch der Nachweis einer Mindestanzahl an durchgeführten Mammographie-Befunden. Im Früherkennungsprogramm wurde aus versorgungsbezogenen Gründen allerdings die Möglichkeit geschaffen bei Nichterreichen der Mindestanzahl Sondergenehmigungen zu erteilen. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, eine transparente Vergabe inkl. Offenlegung dieser Sondergenehmigungen zu etablieren.

Zur kontinuierlichen Verbesserung der im Programm verwendeten technischen Ausstattung ist der sukzessive Abbau pulverbeschichteter Speicherfoliensysteme anzustreben. Weiteres ist von einer Befundung mittels Laserimager und Filmschaukästen abzusehen. Es wird darüber hinaus empfohlen einen Stufenplan für die flächendeckende Umstellung auf volldigitale Systeme zu erarbeiten.

Im Bundesqualitätsstandard sind spezifische Schulungsmaßnahmen für die Leistungserbringer innerhalb des Programms definiert, die bislang noch nicht zur Gänze umgesetzt wurden. Es wird daher empfohlen die geforderten Schulungen *Fortbildungskurs zur Durchführung von Biopsien/Markierungen* und *Fortbildungskurs zur Befundung histopathologischer Präparate* zu entwickeln und im Rahmen des Programms anzubieten.

4 Datenqualität und Datenschutz

4.1 Datenqualität

Bei der Beurteilung der Datenqualität sind im Zusammenhang mit der Evaluation des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms insbesondere folgende Aspekte von Relevanz: Vollständigkeit, Vollzähligkeit, Aktualität, Redundanzfreiheit, Validität, Relevanz.

Die Vollständigkeit der Daten ist durch das Datenschema sichergestellt. Nur ein Datensatz, dessen Vollständigkeit durch die formale Prüfung belegt ist, kann übermittelt werden. Diese formalen Prüfungen beziehen sich zum einen auf die Merkmalsausprägungen der einzelnen Felder, sie beinhalten in begrenztem Maß aber auch interne Konsistenzprüfungen wie beispielsweise: „Wenn das Feld A den Wert X hat, muss Feld B ausgefüllt sein.“

Bei der Beurteilung der Vollzähligkeit muss man zwischen Daten aus dem extra- und dem intramuralen Bereich unterscheiden. Die Dokumentation der radiologischen Früherkennungsuntersuchung ist im niedergelassenen Bereich an die Verrechnung gekoppelt. Zudem bilden die dokumentierten Mammographien die Basis zur Bestimmung der Erreichung der Mindestfrequenzen, welche Voraussetzung für die Programmteilnahme ist. Es kann somit angenommen werden, dass radiologische Vertragspartner ein Interesse an einer möglichst vollzähligen Dokumentation haben. Eine gewisse Unschärfe ergibt sich aus der Möglichkeit der Dokumentation „kurativer Leermeldungen“. Dabei handelt es sich um Datenmeldungen kurativer Mammographien ohne Angaben zur Patientin. Kurative Leermeldungen können nicht um Duplikate bereinigt werden, sie werden dennoch auf die Fallzahlen je Standort und Ärztin/Arzt angerechnet. Kurative Leermeldungen sind in der Regel Wahlarztleistungen bzw. Mammographien ohne Einverständnis der Frau zur Datenweiterleitung.

Für die Dokumentation im intramuralen Bereich gibt es kein derartiges Anreizsystem. Es gibt auch keine verlässliche Möglichkeit, die Zahl der dokumentierten Untersuchungen mit der Zahl der abgerechneten Untersuchungen zu vergleichen. Die Dokumentation im intramuralen Bereich gründet neben einem Beschluss der BGK somit auf dem Engagement einzelner Personen oder Organisationen. Für die Evaluation des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ist das insofern kritisch, als Abklärungsuntersuchungen in der Regel im intramuralen Bereich erbracht werden. Die Nichtvollzähligkeit von Daten in der intramuralen Dokumentation schränkt die Aussagekraft der Programmevaluation massiv ein. Eine regionale Auswertung zur Vollzähligkeit der Dokumentation von Abklärungsuntersuchungen und Brustkrebstherapien zeigt ein zwischen den Bundesländern sehr heterogenes Bild. Selbst in Bundesländern mit bereits vor der Einführung des nationalen Früherkennungsprogramms bestehenden Brustkrebs-Screenings und einem klinischen Tumorregister wie beispielsweise Tirol fehlen manche Datensatzarten beinahe vollständig.

Ähnlich muss auch bei der Beurteilung der Aktualität zwischen extra- und intramuralen Daten unterschieden werden. Wenngleich die beteiligten Radiologie-Institute Brustkrebs-Früherken-

nungsuntersuchungen bis zu ein Jahr verspätet einmelden können, wird ein Großteil der Datenblätter zu Früherkennungsuntersuchungen innerhalb zweier Monate übermittelt. Die Daten aus dem intramuralen Bereich werden hingegen in der Regel in größeren Intervallen und oft in größeren Blöcken übermittelt. Ein Grund dafür mag sein, dass hier bisweilen eigens Personen darauf abgestellt werden, die entsprechenden Daten aus den Krankengeschichten zu recherchieren. Es bleibt zu hoffen, dass die Datenmeldung mit Fortschreiten des Programms vermehrt in die Krankenhausinformationssysteme integriert wird und somit prinzipiell automatisierbar wäre.

Zu einem späteren Zeitpunkt übermittelte Korrekturdatensätze können zu Redundanzen in der Datenbank führen. Die eingemeldeten Rohdaten werden daher vor der Datenanalyse um Korrekturdatensätze und Duplikate bereinigt. Insbesondere im ersten Halbjahr wurden etwa zahlreiche Duplikate radiologischer Untersuchungen übermittelt. Man darf davon ausgehen, dass die Ursachen dafür zumindest teilweise Softwareprobleme während der Übergangszeit im ersten Halbjahr 2014 waren. Wenngleich die Zahl der übermittelten Duplikate bei den radiologischen Datensätzen abgenommen hat und mit einzelnen Ausreißern seit Juli 2014 in der Regel weniger als fünf Prozent der monatlichen Datenmeldungen ausmachen, sind, abhängig vom meldenden Institut, noch immer mehr als die Hälfte der monatlichen Datenmeldungen zu Abklärungsuntersuchungen und Therapien reine Duplikate.

Die nach wie vor hohe Zahl an Duplikaten macht auf einen fehlenden Prozess zur Rückmeldung der Datenqualität an die beteiligten Softwarehersteller aufmerksam. Zwar bietet die SVC ein Support-Service für Softwarehersteller an, doch ist es der SVC aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich, festzustellen, ob einzelne Softwareprodukte die hohe Zahl an Duplikaten verursachen. Diese Verbindung könnte prinzipiell die für die Feedbackberichte an die radiologischen Gesundheitsdienstleister (auch „medizinische Qualitätssicherung“) verantwortliche Medizinische Universität Graz [MUG] herstellen, doch hat diese keinen Zugang zu den jeweiligen Kontaktpersonen im intramuralen Bereich. Bislang ist es dem Engagement von SVC und MUG überlassen im Bedarfsfall eine Rückmeldung an die betroffenen GDA zu machen. Ein geregelter Prozess zur Verbesserung der Datenqualität seitens der Datenlieferanten wäre jedoch wünschenswert.

Die zu erhebenden Daten wurden in Arbeitsgruppen mit medizinischen Expertinnen und Experten erarbeitet. Im Evaluationskonzept der Gesundheit Österreich GmbH, das ebenfalls von externen Expertinnen und Experten geprüft wurde, sind die daraus zu errechnenden Indikatoren beschrieben. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass nur Daten erhoben werden, die für die Programmevaluation relevant sind. Es wird zudem sichergestellt, dass keine dafür irrelevanten Daten erhoben werden. Der Datensatz wird Ende 2017 einer Revision und damit einer weiteren Verknappung unterzogen, auch um seine Dokumentation zu erleichtern, wobei die zentralen Qualitätsindikatoren weiterhin berechenbar sind.

Zur Übermittlung der Dokumentation gibt es prinzipiell zwei Möglichkeiten: über die von der SVC als eCard-Anwendung erstellte Eingabemaske oder über die via eCard-Anbindung verfügbare Softwareschnittstelle. Dokumentiert wird im niedergelassenen Bereich vorwiegend über die Softwareschnittstelle, die direkt von den radiologischen Informationssystemen gespeist wird.

Daraus ergeben sich verschiedene Probleme hinsichtlich der Validität der Daten:

- » Die im extramuralen Bereich zur Eingabe verwendete Software wurde in der Regel gemäß den Vorgaben der Anwender in den radiologischen Praxen entwickelt. Sie wurde keinem Audit unterzogen. Es ist nicht sichergestellt, dass die eingegebenen Befunde „dokumentenecht“, also unveränderbar sind. Die Arztsoftware verfügt in der Regel über keine Unterstützung eines Arbeitsablaufs (Workflow) zur verblindeten Doppelbefundung, wodurch die korrekte Dokumentation insbesondere der radiologischen Einzelbefunde nicht garantiert werden kann. Zudem ist es prinzipiell möglich und vom Programm auch so vorgesehen, frühere Eingaben zu korrigieren.
- » Es gibt keine (auch nur stichprobenartige) Prüfung der medizinischen Dokumentation auf ihre Korrektheit. Es muss davon ausgegangen werden, dass es seitens der beteiligten Ärztinnen und Ärzte ein intrinsisches Interesse an der Berechnung der Qualitätsindikatoren gibt und sie die medizinischen Befunde daher korrekt dokumentieren. Zudem kann aufgrund des Umstands, dass die Dokumentation für das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm zumindest in den niedergelassenen Radiologie-Instituten in der Regel direkt aus den internen Informationssystemen gespeist wird, angenommen werden, dass die übermittelten Befunde korrekt sind.

4.2 Datenschutz

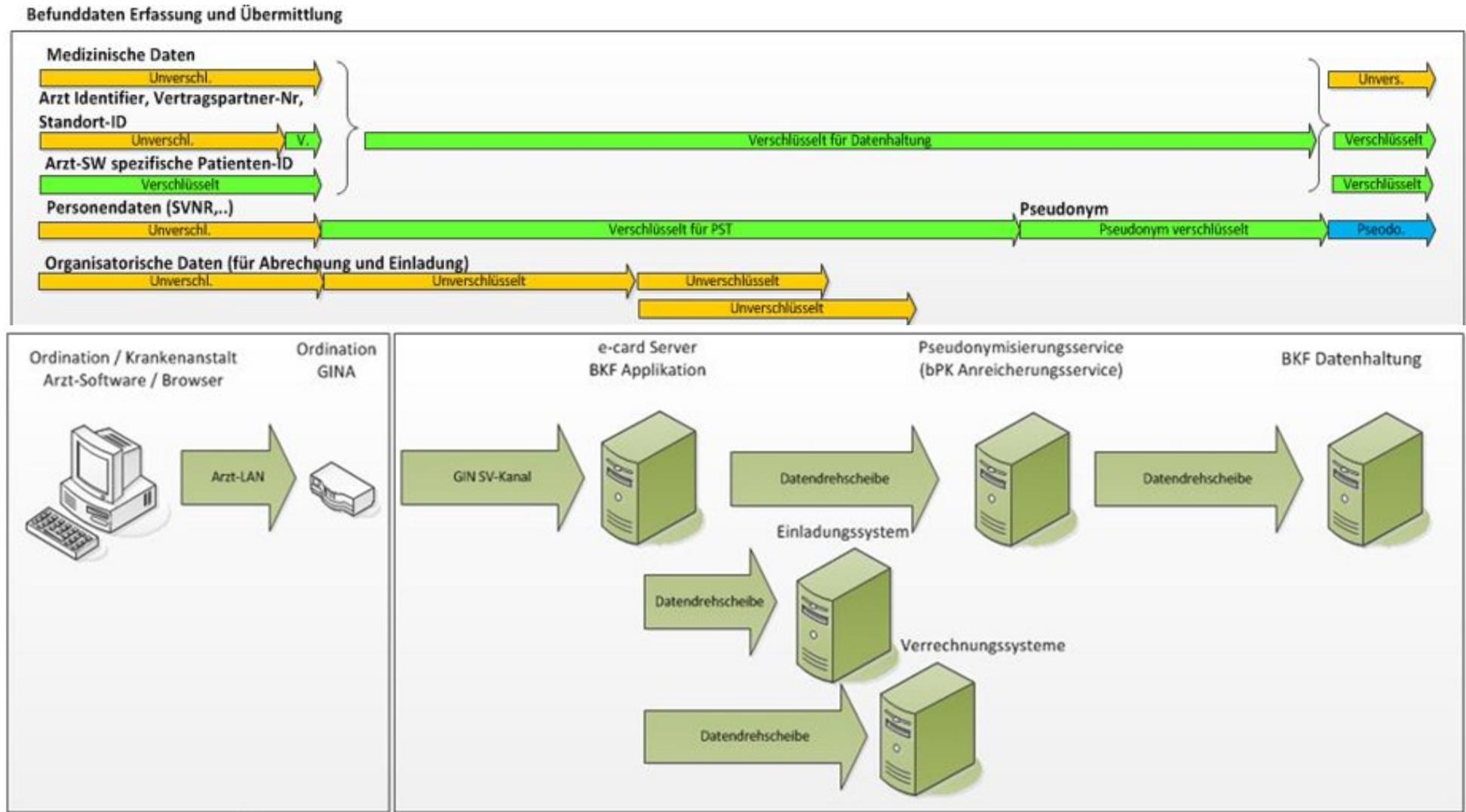
Seitens der Gesundheitsdienstleister [GDA] werden verschiedene Personenidentifikatoren übermittelt, die entweder verschlüsselt werden oder aus denen ein nicht rückführbares Pseudonym errechnet wird.

Programmteilnehmerinnen werden in den Informationssystemen der GDA durch ihre Sozialversicherungsnummer und eine GDA-interne Patienten-ID identifiziert. Die zu übermittelnden Daten werden bereits in der Arztsoftware in verschiedene Datenpakete getrennt:

- » Medizinische Daten, die vor der Übermittlung für die Datenhaltung verschlüsselt werden
- » Standort- und Arzt-Identifikatoren, die vor der Übermittlung für die medizinische Qualitätssicherung [MUG] zum Zweck der Erstellung der Feedbackberichte verschlüsselt werden
- » Personenidentifikatoren der Teilnehmerinnen, konkret deren Sozialversicherungsnummer, aus denen von der Pseudonymisierungsstelle des Hauptverbands ein projektspezifisches (daher mit keinem anderen Pseudonym verknüpfbares) Pseudonym errechnet wird
- » Organisatorische Daten zum Zweck der Abrechnung der medizinischen Leistung

Durch die Verschlüsselung ist sichergestellt, dass nur der intendierte Empfänger die Daten lesen kann. Durch die Pseudonymisierung ist sichergestellt, dass es der Programmevaluation (GÖG) und der medizinischen Qualitätssicherung (MUG) unmöglich ist, aus den Daten Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmerinnen zu treffen. Die Pseudonymisierungsstelle wird vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger [HVB] betrieben. Die Übermittlung der Dateien zwischen den Systempartnern (SVC, Pseudonymisierungsstelle, GÖG, MUG) erfolgt über ein Service („Datendrehschreibe“) des HVB.

Abbildung 4.1:
 Datenfluss und Verschlüsselung der Daten zum Zweck des Datenschutzes



Quelle und Darstellung: SVC

4.3 Empfehlungen

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Datenqualität wird empfohlen, die von den Leistungserbringern zur Dokumentation verwendete Software einem Audit bzw. einer Zertifizierung hinsichtlich ihrer Tauglichkeit zur Dokumentation von Daten im Rahmen des Früherkennungsprogramms zu unterziehen. Nur so kann verhindert werden, dass es durch die Dokumentation vordefinierter Antworten zu Verzerrungen bei der Auswertung einzelner Qualitätsindikatoren kommt.

Darüber hinaus wird empfohlen, dass die regional verantwortlichen Radiologinnen/Radiologen stichprobenartig die Datenvalidität der Dokumentation prüfen, wobei die Fälle in der Stichprobe zentral von der auswertenden Stelle (GÖG) ausgewählt werden.

5 Teilnahmestatistiken, Versorgungsraten und Befundergebnisse

Während Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen symptomfreie Frauen erhalten, setzen kurative Untersuchungen medizinische Indikation bzw. Symptomatik voraus. Wenngleich die folgenden Teilnahmestatistiken das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm repräsentieren, inkludieren viele Darstellungen immer auch kurative Brustuntersuchungen. Das saubere Trennen dieser beiden Bereiche im Rahmen der Dokumentation wurde erst im Laufe des Jahres 2014 vollzogen und vor allem das erste Halbjahr 2014 muss als Übergangsperiode gewertet werden, in der Früherkennungsuntersuchungen im Sinn eines „grauen Screenings“ in abnehmendem Maß teilweise noch als kurative Untersuchungen dokumentiert und abgerechnet wurden.

Die Daten der kurativen Brustuntersuchungen werden in drei und die Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen in zwei Datentabellen dokumentiert. Die jeweilige Verwendung dieser Tabellen für Auswertungen wird mit folgenden Kürzeln gekennzeichnet:

SCR	Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung mit Mammographie und ggf. Ultraschall
SUS	Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung nur mit Ultraschall ⁸
KUM	Kurative Brustuntersuchung mit Mammographie und ggf. Ultraschall
KUS	Kurative Brustuntersuchung nur mit Ultraschall
KUL	Kurative Leermeldung (ohne Patientendaten)

Ein Vergleich der Untersuchungszahlen seit Programmstart mit vorhandenen Zahlen aus den vorangegangenen Jahren ist nicht sinnvoll umzusetzen, da keine vergleichbare und standardisierte Datenbasis aller Leistungserbringer (KV-Träger, Krankenanstalten) herstellbar ist. Zudem wird mit dem Programm versucht, die beiden Bereiche Früherkennung und kurativ (bei Krankheitsverdacht) transparent zu trennen, was vor Einführung des Programms nicht möglich war. Zusätzliche medizinisch sinnvolle Reglementierungen der kurativen Mammographie, die mehrfache jährliche Mammographien oder (graue) Früherkennungsmammographien bei unter 40-jährigen Frauen verringern sollen, erschweren die Vergleichbarkeit mit vorangegangenen Jahren. Dies gilt nicht nur für die absoluten Untersuchungszahlen, sondern vor allem auch für die Versorgungsraten auf Personenebene, also für die Anzahl der Frauen (im Verhältnis zur Zielbevölkerung des Programms), die sich im Laufe von zwei Jahren einer Brustuntersuchung unterzogen haben. Eine Messung des Programmserfolgs auf Basis von Teilnahmezahlen kann somit nur im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung ab Programmstart und nicht über Vergleiche mit dem Status quo vor Programmstart durchgeführt werden. Hierfür können zusätzlich international gültige Vorgaben (z. B. europäische Leit-

8

Es gibt im Wesentlichen zwei Gründe, warum eine Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung lediglich mittels Ultraschall durchgeführt wird: (1) die Untersuchung findet als Early-Recall nach einer regulären Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung statt; (2) die Frau lehnt die Mammographie ab.

linien) zu Teilnahme- bzw. Versorgungsraten im Rahmen eines Früherkennungsprogramms herangezogen werden. Die unklare Trennung zwischen Früherkennung und kurativem Bereich insbesondere im Jahr 2014 erschwert dieses Vorgehen aber in bedeutsamer Weise. Eine Darstellung von Versorgungsraten im Zusammenhang mit der Programmdurchführung wird im Abschnitt 5.2 dargestellt. Es werden in den folgenden Statistiken nur Untersuchungen berücksichtigt, zu denen es eine Datenmeldung gemäß definiertem Datenschema des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms gibt. Durchgeführte Mammographien oder Ultraschall-Untersuchungen außerhalb der vorgesehenen Datenmeldungssystematik sind weder zahlenmäßig noch inhaltlich bekannt. Somit kann auch keine Aussage über die exakte Anzahl sämtlicher in Österreich durchgeführter Früherkennungs- oder kurativer Untersuchungen (z. B. in Krankenanstalten außerhalb des Programms oder als Privatleistung) getroffen werden.

5.1 Teilnahmestatistiken

Die im ersten Halbjahr 2014 noch geringe Beteiligung der Frauen am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm konnte aufgrund der e-card-Freischaltung und damit einer erleichterten Teilnahmemöglichkeit ab Juli 2014 mehr als verdoppelt werden. Parallel dazu ging die Zahl an kurativen Brustuntersuchungen, die bis dahin oft im Sinn eines „grauen Screenings“ als „Ersatz“ für Früherkennungsuntersuchungen fungierten, im zweiten Halbjahr 2014 um mehr als die Hälfte zurück. Dieser deutliche Schwenk in Richtung Früherkennung sowie saisonal bedingte Einbrüche der Untersuchungszahlen im August und Dezember sind der Abbildung 5.1 zu entnehmen.

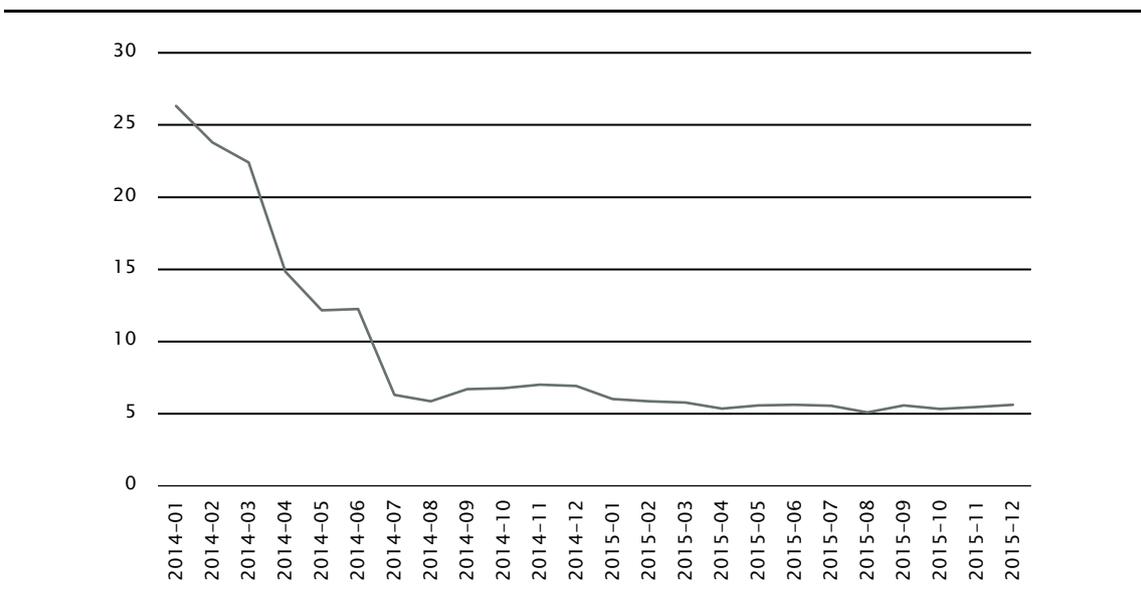
Abbildung 5.1:
Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen und kurative Brustuntersuchungen in Österreich im Zeitverlauf 2014 und 2015



Quelle: GÖG/BIQG

Insgesamt wurden innerhalb des Evaluationszeitraums (1. Jänner 2014 bis 31. Dezember 2015) in Österreich innerhalb der anspruchsberechtigten Altersgruppen 651.159 Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt (Tabelle 5.1). Zu diesen Untersuchungen zählen Mammographie und eine etwaige zusätzliche Ultraschalluntersuchung (wird als eine Screening-Untersuchung gezählt – SCR) oder eine alleinige Sonographie (SUS). Betrachtet man die kurativen Untersuchungen bei Krankheitsverdacht im selben Zeitraum (Tabelle 5.2), so wurden 639.089 Untersuchungen, also kurative Mammographie (KUM und KUL) oder alleiniger kurativer Ultraschall (KUS) dokumentiert. Davon sind 118.908 Untersuchungen sogenannte „kurative Leermeldungen“, bei denen, zum Beispiel wegen fehlender Zustimmung der untersuchten Frau zur Datenweiterleitung, keine weiteren Informationen wie Alter oder Befundergebnis übermittelt wurden. Die Häufigkeit dieser aus Evaluationsicht unerwünschten Leermeldungen hat im Laufe der Programmumsetzung stetig abgenommen und betrifft gegen Ende des Jahres 2015 noch etwa fünf Prozent der Datenmeldungen (Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2:
Verlauf der Leermeldungen anteilig an allen Datenmeldungen in Prozent für Österreich



Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 5.1:

Anzahl der Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) je Bundesland im Zeitverlauf 2014 und 2015

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
2014-01	135	175	623	665	230	293	265	87	526	2.999
2014-02	292	437	1.603	1.388	556	1.004	548	239	1.243	7.310
2014-03	543	981	2.920	2.831	1.222	1.903	1.005	412	2.413	14.230
2014-04	643	1.157	4.180	3.167	1.712	2.321	1.308	642	3.522	18.652
2014-05	912	1.674	5.359	4.264	2.478	3.320	1.353	773	4.739	24.872
2014-06	838	1.581	4.924	4.026	2.337	3.165	1.501	642	3.992	23.006
2014-07	1.391	2.239	6.643	5.347	2.806	5.349	2.728	966	6.898	34.367
2014-08	1.070	1.669	5.301	3.646	1.974	3.478	1.779	821	5.400	25.138
2014-09	1.170	1.852	5.867	4.513	2.449	4.167	2.183	873	6.791	29.865
2014-10	1.486	2.165	6.710	5.217	2.638	4.733	2.552	1.172	8.782	35.455
2014-11	1.369	1.998	6.940	4.606	2.686	4.798	2.881	1.044	8.401	34.723
2014-12	999	1.486	5.375	3.606	2.147	3.454	2.051	682	5.523	25.323
2015-01	1.215	1.760	5.899	4.241	2.364	4.108	2.075	1.021	7.324	30.007
2015-02	1.202	1.713	6.586	4.325	2.645	4.351	2.441	984	8.354	32.601
2015-03	1.639	2.224	7.675	5.604	3.005	5.343	2.788	1.121	10.075	39.474
2015-04	1.328	1.951	6.549	4.757	2.810	4.704	2.213	1.288	8.475	34.075
2015-05	1.197	1.653	5.428	4.124	2.387	4.202	2.183	1.027	7.598	29.799
2015-06	1.303	1.976	6.450	4.747	2.698	4.900	2.633	1.340	8.135	34.182
2015-07	1.068	1.791	5.109	3.886	2.581	4.612	2.303	1.147	6.803	29.300
2015-08	964	1.388	4.387	2.826	1.938	3.654	1.638	812	5.357	22.964
2015-09	1.106	1.771	5.547	4.238	2.381	4.161	2.183	1.300	8.164	30.851
2015-10	1.326	1.785	6.244	4.936	2.817	4.394	2.192	1.214	9.560	34.468
2015-11	1.221	1.927	6.600	5.255	2.927	4.558	2.457	1.457	9.485	35.887
2015-12	622	1.270	4.204	3.160	1.752	2.531	1.694	1.010	5.368	21.611
Gesamt	25.039	38.623	127.123	95.375	53.540	89.503	46.954	22.074	152.928	651.159

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 5.2:

Anzahl der kurativen Untersuchungen (KUM, KUS, KUL) je Bundesland im Zeitverlauf für 2014 und 2015

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
2014-01	1.638	3.716	8.553	6.698	1.841	7.953	4.121	1.846	15.071	51.437
2014-02	1.156	3.144	8.139	6.088	1.692	6.684	3.585	1.515	12.752	44.755
2014-03	1.448	3.201	8.224	5.808	1.450	6.531	3.700	1.143	14.398	45.903
2014-04	1.303	2.857	7.265	4.906	1.345	5.736	3.920	928	9.899	38.159
2014-05	1.479	2.489	7.347	4.289	1.306	5.044	3.539	695	9.590	35.778
2014-06	1.398	2.344	6.993	4.144	1.251	5.201	3.456	933	9.471	35.191
2014-07	958	2.367	3.582	2.907	1.144	3.177	1.842	583	5.119	21.679
2014-08	729	1.803	2.733	1.949	720	1.959	1.393	388	3.536	15.210
2014-09	854	2.129	3.722	2.777	1.028	2.615	1.614	392	5.505	20.636
2014-10	934	2.577	4.317	3.318	1.075	3.087	1.887	658	6.492	24.345
2014-11	913	2.433	3.924	3.434	969	2.712	1.861	570	6.059	22.875
2014-12	554	1.892	2.873	2.333	764	2.096	1.382	285	4.692	16.871
2015-01	779	1.999	3.565	2.736	972	2.634	1.828	573	5.476	20.562
2015-02	702	2.164	3.848	2.771	906	2.576	1.804	478	5.677	20.926
2015-03	964	2.663	4.769	3.537	1.151	3.159	2.048	501	6.955	25.747
2015-04	791	2.268	4.166	3.254	956	3.043	1.908	549	5.990	22.925
2015-05	780	2.138	4.034	2.749	866	2.695	1.801	424	5.553	21.040
2015-06	945	2.345	4.479	3.359	1.045	2.806	2.025	514	6.155	23.673
2015-07	898	2.194	3.669	2.878	939	2.691	1.890	468	4.952	20.579
2015-08	750	1.679	3.127	2.121	753	2.211	1.532	295	3.621	16.089
2015-09	1.021	2.092	4.174	3.003	967	2.730	1.867	468	5.634	21.956
2015-10	1.168	2.193	4.653	3.189	1.010	3.050	1.883	413	6.318	23.877
2015-11	1.087	2.696	4.789	3.438	1.144	3.269	2.212	568	6.703	25.906
2015-12	669	1.982	3.429	2.682	823	2.358	1.829	435	4.763	18.970
Gesamt	23.918	57.365	116.374	84.368	26.117	86.017	54.927	15.622	170.381	635.089

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 5.3 zeigt, dass die Mehrzahl an Früherkennungsuntersuchungen in Wien (23,49 %) und Niederösterreich (19,52 %) durchgeführt wurden. Gleiches gilt für die kurativen Untersuchungen bei Krankheitsverdacht, hier erreicht Wien als Bundesland mit 26,83 Prozent den höchsten Wert (Tabelle 5.4).

Tabelle 5.3:

Anzahl der Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) je Bundesland 2014 und 2015 in Prozent

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Prozent
Gesamt	3,85	5,93	19,52	14,65	8,22	13,75	7,21	3,39	23,49	100,00

Quelle: GÖG / BIQG

Tabelle 5.4:

Anzahl der kurativen Untersuchungen (KUM, KUS, KUL) je Bundesland 2014 und 2015 in Prozent

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Prozent
Gesamt	3,77	9,03	18,32	13,28	4,11	13,54	8,65	2,46	26,83	100,00

Quelle: GÖG / BIQG

Eine Übersicht über sämtliche Brustuntersuchungen unabhängig von deren Durchführungsgründen wird in Tabelle 5.5 dargestellt. Es wurden somit gemäß Dokumentation im Rahmen des nationalen Programms in den Jahren 2014 und 2015 insgesamt 1.208.166 Mammographien bzw. 1.286.248 Brustuntersuchungen (inkl. alleiniger Ultraschalluntersuchungen ohne Mammographie) durchgeführt. Wie bereits erwähnt ist die tatsächliche Anzahl der durchgeführten Untersuchungen (außerhalb des organisierten Programms) nicht bekannt.

Tabelle 5.5:

Untersuchungen je Bundesland gesamt 2014 und 2015

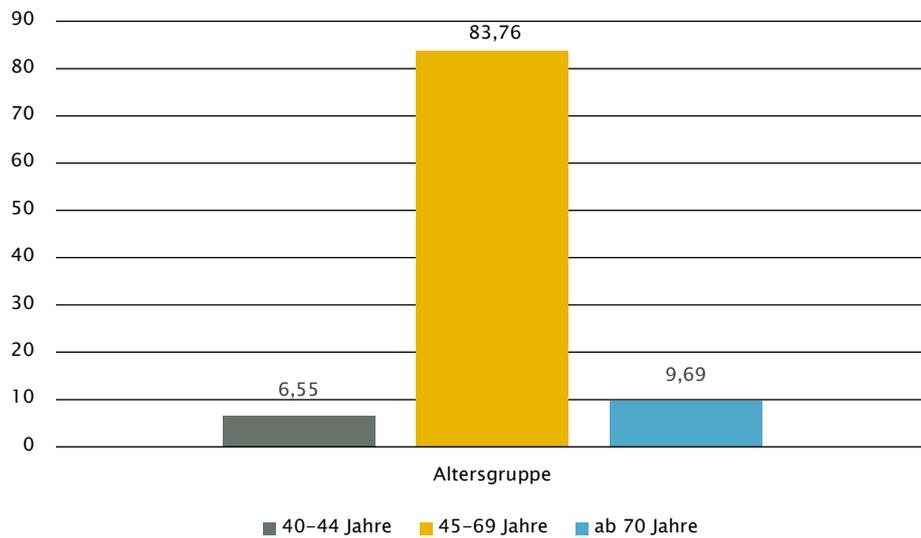
	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
SCR	24.991	38.513	126.667	95.041	53.296	89.109	46.820	22.058	152.461	648.956
KUM	18.821	47.828	89.556	47.582	17.520	68.209	43.461	7.704	99.621	440.302
KUL	1.977	4.808	14.662	25.597	3.712	7.902	5.846	6.673	47.731	118.908
Mammographien	45.789	91.149	230.885	168.220	74.528	165.220	96.127	36.435	299.813	1.208.166
SUS	48	110	456	334	244	394	134	16	467	2.203
KUS	3.120	4.729	12.156	11.189	4.885	9.906	5.620	1.245	23.029	75.879
Gesamt	48.957	95.988	243.497	179.743	79.657	175.520	101.881	37.696	323.309	1.286.248

Quelle: GÖG/BIQG

Frauen im Alter von 45 bis 69 Jahren bilden die Kernzielgruppe des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms. Zusätzlich wurde eine Opt-in-Möglichkeit für Frauen zwischen 40 und 44 und ab 70 Jahren geschaffen.

83,76 Prozent aller Früherkennungsuntersuchungen wurden an Frauen in der Kernzielgruppe durchgeführt. 9,69 Prozent der Früherkennungsuntersuchungen wurden von Frauen, die 70 Jahre oder älter waren, in Anspruch genommen und wiederum 6,55 Prozent von Frauen zwischen 40 und 44 Jahren (Abbildung 5.3). Aus der derzeitigen Inanspruchnahme lässt sich jedenfalls kein dringlicher Bedarf einer abermaligen Ausweitung der Kernzielgruppe gegenüber der in den EU Guidelines (EBCN 2006) empfohlenen Altersgruppe von 50 bis 69 Jahren ableiten.

Abbildung 5.3:
Verteilung der Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) 2014 und 2015 je Altersgruppe in Prozent



Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 5.6 zeigt diese Verteilung in absoluten Zahlen im Zeitverlauf. So wurden von den insgesamt 651.159 dokumentierten Früherkennungsuntersuchungen 545.432 Untersuchungen innerhalb der Kernzielgruppe des Programms, also bei Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren durchgeführt.

Tabelle 5.6:

Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) je Altersgruppen im Zeitverlauf 2014 und 2015

	40-44	45-49	50-59	60-69	70-..	Gesamt
2014-01	49	195	238	620	1.897	2.999
2014-02	73	555	501	3.952	2.229	7.310
2014-03	350	1.340	1.343	8.417	2.780	14.230
2014-04	490	1.535	1.636	12.221	2.770	18.652
2014-05	955	2.517	2.845	16.398	2.157	24.872
2014-06	1.049	2.547	2.801	14.835	1.774	23.006
2014-07	1.287	5.528	10.148	15.745	1.659	34.367
2014-08	1.092	4.063	8.289	10.413	1.281	25.138
2014-09	1.323	5.165	12.444	9.213	1.720	29.865
2014-10	1.332	6.354	16.444	9.330	1.995	35.455
2014-11	1.882	6.275	14.959	8.417	3.190	34.723
2014-12	2.244	4.249	10.403	5.107	3.320	25.323
2015-01	2.077	5.475	14.162	6.078	2.215	30.007
2015-02	2.636	5.690	15.180	6.317	2.778	32.601
2015-03	3.097	7.046	18.044	7.879	3.408	39.474
2015-04	3.062	6.019	15.343	6.250	3.401	34.075
2015-05	2.871	5.249	13.155	5.685	2.839	29.799
2015-06	3.516	6.033	14.824	6.455	3.354	34.182
2015-07	1.983	5.389	13.229	5.779	2.920	29.300
2015-08	1.546	4.721	10.281	4.152	2.264	22.964
2015-09	2.267	7.046	12.451	6.041	3.046	30.851
2015-10	2.709	8.471	12.285	7.089	3.914	34.468
2015-11	2.857	9.319	12.362	7.388	3.961	35.887
2015-12	1.863	5.668	7.462	4.373	2.245	21.611
Gesamt	42.610	116.449	240.829	188.154	63.117	651.159

Quelle: GÖG/BIQG

Betrachtet man in einer tiefergehenden Analyse die Untersuchungszahlen in der Früherkennung je Altersgruppe in den einzelnen Bundesländern (Tabelle 5.7), so zeigen sich im direkten Vergleich signifikante Unterschiede. So waren in Tirol 32,7 Prozent der Teilnehmerinnen am Früherkennungsprogramm unter 50 Jahre alt (Durchschnitt Österreich 24,43 %). Dieser Umstand kann damit begründet werden, dass in Tirol schon vor Beginn des österreichweiten Programms, Frauen ab 40 zur Mammographie eingeladen wurden und sich diese Tradition auch in den Zahlen für 2014 und 2015 niederschlägt. Andererseits waren 12,67 Prozent der Teilnehmerinnen in Wien über 70 Jahre alt, knapp doppelt so viele Frauen wie im Burgenland, in Kärnten oder in Tirol.

Tabelle 5.7:

Früherkennungsuntersuchungen (SCR, SUS) je Bundesland und Altersgruppen 2014 und 2015

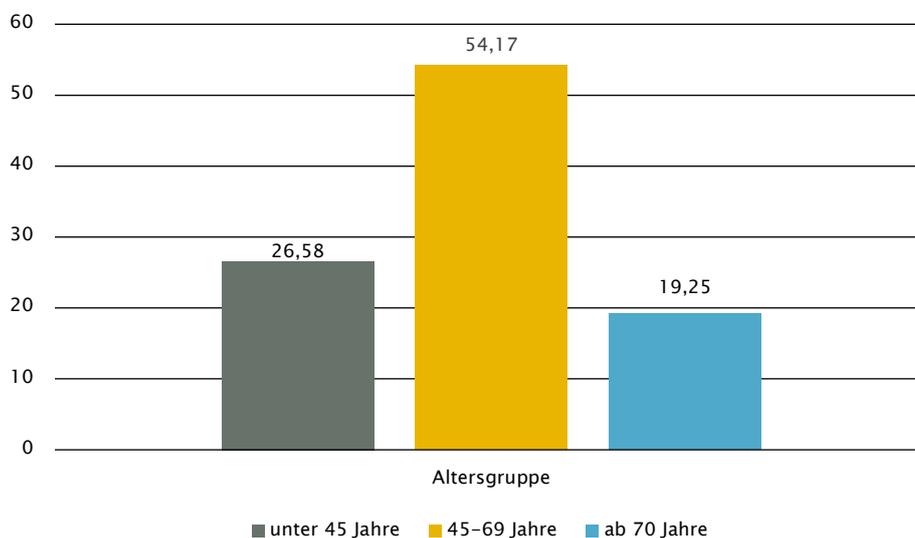
	40-44	45-49	50-59	60-69	70-..	Prozent
B	6,26	15,74	38,69	32,34	6,97	100,00
K	4,41	16,60	38,71	33,26	7,02	100,00
NÖ	6,80	17,35	36,35	28,91	10,59	100,00
OÖ	5,65	18,09	38,11	29,12	9,03	100,00
S	7,60	18,94	36,74	27,35	9,37	100,00
St	5,30	17,11	38,68	30,18	8,73	100,00
T	11,70	21,00	36,66	23,90	6,76	100,00
V	5,43	18,85	38,26	29,97	7,50	100,00
W	6,41	17,93	34,87	28,13	12,67	100,00
Gesamt	6,55	17,88	36,98	28,90	9,69	100,00

Quelle: GÖG/BIQG

Im Gegensatz zur Früherkennung zeigt sich in der Altersverteilung bei Inanspruchnahme von kurativen Untersuchungen in den Jahren 2014 und 2015 naturgemäß ein anderes Bild (Abbildung 5.4). In der Darstellung je Altersgruppe werden die kurativen Leermeldungen (KUL) nicht miteinbezogen, da bei dieser Datenmeldung keine Altersangabe der Frauen enthalten ist.

Abbildung 5.4:

Verteilung der kurativen Untersuchungen (KUM, KUS) 2014 und 2015 je Altersgruppe in Prozent



Quelle: GÖG/BIQG

Von den mit Altersangaben verfügbaren 516.181 kurativen Untersuchungen bei Krankheitsverdacht wurden nur etwas mehr als die Hälfte in der Altersgruppe der Frauen zwischen 45 und 69 Jahren durchgeführt. Tabelle 5.8 zeigt die absoluten Untersuchungszahlen im Zeitverlauf je

Altersgruppe, wobei auch in dieser Darstellung der zahlenmäßige Schwerpunkt innerhalb der ersten Monate des Jahres 2014 zu erkennen ist. Dabei sind die Frauen, bei denen eine Früherkennungssonographie ohne Mammographie (SUS) durchgeführt wurde, im Durchschnitt jünger als die Frauen, bei denen eine Früherkennungsmammographie ggf. mit Sonographie durchgeführt wurde (Tabelle 5.9).

Kurative Untersuchungen bei Krankheitsverdacht können natürlich auch bei jüngeren als im Früherkennungsprogramm definiert Anspruchsberechtigten, also auch bei unter 40-Jährigen durchgeführt werden. Das war in den Jahren 2014 und 2015 bei 77.711 Untersuchungen mit Altersangabe der Fall.

Tabelle 5.8:
Kurative Untersuchungen (KUM, KUS) je Altersgruppe im Zeitverlauf 2014 und 2015

	00-39	40-44	45-49	50-59	60-69	70-..	Gesamt
2014-01	2.894	4.091	5.649	10.788	7.480	6.210	37.112
2014-02	2.866	3.484	5.147	9.212	6.313	5.348	32.370
2014-03	2.903	3.470	4.938	9.055	6.246	5.817	32.429
2014-04	3.165	3.073	4.420	8.503	5.332	5.234	29.727
2014-05	3.174	3.137	4.223	8.032	4.710	5.128	28.404
2014-06	2.855	3.074	4.310	8.172	4.572	5.081	28.064
2014-07	3.105	2.258	2.321	4.409	2.451	3.603	18.147
2014-08	2.279	1.555	1.592	3.062	1.682	2.680	12.850
2014-09	3.172	2.173	2.174	3.837	2.342	3.558	17.256
2014-10	3.540	2.553	2.511	4.506	2.865	4.328	20.303
2014-11	3.474	2.322	2.247	4.145	2.746	3.909	18.843
2014-12	2.966	1.748	1.746	3.017	1.983	2.488	13.948
2015-01	3.406	2.084	2.049	3.821	2.659	3.504	17.523
2015-02	3.524	2.090	2.133	3.844	2.767	3.434	17.792
2015-03	4.099	2.761	2.584	4.567	3.484	4.488	21.983
2015-04	3.755	2.378	2.314	4.122	3.205	4.100	19.874
2015-05	3.385	2.144	2.188	3.769	3.021	3.699	18.206
2015-06	3.731	2.454	2.450	4.118	3.356	4.316	20.425
2015-07	3.138	2.089	2.009	3.938	2.967	3.673	17.814
2015-08	2.516	1.576	1.650	3.170	2.292	2.899	14.103
2015-09	3.297	2.197	2.228	4.063	3.258	3.972	19.015
2015-10	3.561	2.250	2.377	4.496	3.678	4.406	20.768
2015-11	3.667	2.537	2.626	5.005	4.091	4.608	22.534
2015-12	3.239	2.007	1.896	3.786	2.865	2.898	16.691
Gesamt	77.711	59.505	67.782	125.437	86.365	99.381	516.181

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 5.9:

Dokumentierte Untersuchungen (KUM, KUS, SCR, SUS) je Altersgruppe (spaltenweise Prozent)

	KUM	KUS	SCR	SUS	Gesamt
00-39	8,55 %	52,81 %	0,10 %	0,05 %	6,71 %
40-44	11,70 %	10,53 %	6,43 %	10,39 %	8,69 %
45-49	13,56 %	10,63 %	17,85 %	26,37 %	15,78 %
50-59	26,12 %	13,76 %	36,97 %	40,08 %	31,38 %
60-69	18,43 %	6,90 %	28,93 %	18,61 %	23,52 %
70-..	21,64 %	5,37 %	9,71 %	4,49 %	13,92 %
Absolut	440.302	75.879	648.956	2.203	1.167.340

Quelle: GÖG/BIQG

Vergleicht man, wie viele Frauen nicht in ihrem Wohnbundesland zur Brustuntersuchung gegangen sind, so ist dieser Wert für Frauen aus dem Burgenland und aus Niederösterreich am höchsten (Tabelle 5.10). Von 20, 19 Prozent der Burgenländerinnen wurde eine radiologische Einrichtung in Niederösterreich gewählt. 13,83 Prozent der untersuchten Niederösterreicherinnen gaben wiederum einem Institut in Wien den Vorzug.

Tabelle 5.10:

Untersuchungen: Wohnbundesland (Zeilen) je Untersuchungsbundesland (Spalten) (SCR, SUS, KUM, KUS) (zeilenweise Prozent)

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Prozent
B	74,06	0,04	20,19	0,02	0,01	1,08	0,01	0,00	4,59	100,00
K	0,01	98,24	0,03	0,03	0,08	0,25	1,15	0,01	0,21	100,00
NÖ	2,89	0,03	81,53	1,57	0,02	0,10	0,03	0,00	13,83	100,00
OÖ	0,01	0,02	1,59	95,40	2,50	0,22	0,07	0,01	0,19	100,00
S	0,02	0,12	0,07	1,28	97,69	0,14	0,53	0,01	0,14	100,00
St	2,10	0,28	0,55	0,78	0,47	95,57	0,02	0,01	0,22	100,00
T	0,02	0,25	0,05	0,04	0,20	0,04	99,23	0,08	0,10	100,00
V	0,03	0,03	0,04	0,03	0,02	0,11	0,56	98,99	0,20	100,00
W	0,28	0,09	1,56	0,13	0,07	0,15	0,07	0,01	97,64	100,00
Gesamt	4,02	7,81	19,60	13,20	6,51	14,36	8,23	2,66	23,61	100,00

Quelle: GÖG/BIQG

Im Rahmen der Durchführung des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms werden alle anspruchsberechtigten Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren regelmäßig alle zwei Jahre mit persönlicher Einladung an eine Teilnahme erinnert. Um die Wirksamkeit dieses Einladungsschreibens abschätzen zu können, wurden der Zeitabstand zwischen Einladungsdatum und tatsächlicher Früherkennungsuntersuchung analysiert. Diese Analyse kann nur für das Einladungsjahr 2015 sinnvoll umgesetzt werden, da im Jahr 2014 durch die Vermengung von Früherkennungs- und Dokumentation kurativer Untersuchungen keine valide Zuordnung der Einladung auf eine Früherkennungsuntersuchung möglich ist. Die Einladungsschreiben zeigen demnach eine deutlich positive Auswirkung auf den Teilnahme- bzw. Untersuchungszeitpunkt. So fanden von den durchgeführten Früherkennungsmammographien etwa 55 Prozent in den ersten drei Monaten

nach Versand des Einladungsschreibens statt (Tabelle 5.11). Insgesamt wurden alle Früherkennungs-Mammographien bis 31. August 2016 mit Einladungsdatum im Jahr 2015 für die Analyse herangezogen.

Tabelle 5.11:
Früherkennungsmammographien in Monaten nach Einladungsschreiben für 2015 in Prozent

Monate	Früherkennungs- mammographie
Im ersten Monat	19,82
Im zweiten Monat	24,21
Im dritten Monat	10,89
Im vierten Monat	7,20
Im fünften Monat	5,65
Im sechsten Monat	4,85
Nach 6 Monaten	4,38
später	23,00

Quelle: GÖG/BIQG

5.2 Teilnahmerate bzw. Versorgungsrate

Um die erwartbaren positiven Effekte eines Früherkennungsprogramms, wie z. B. das Senken der Brustkrebs-Mortalitätsrate zu erreichen, ist eine möglichst hohe Teilnahmerate im Programm vonnöten. Das bedeutet, dass möglichst viele anspruchsberechtigte Frauen im regelmäßigen Screeningintervall eine Untersuchung durchführen lassen sollten. Die europäischen Leitlinien sprechen von einer Teilnahmerate von mindestens 70 Prozent innerhalb der Kernzielgruppe. Da es, wie schon mehrfach erwähnt, insbesondere im ersten Programmjahr 2014 zu einer erheblichen Vermengung in der Dokumentation von Mammographien im kurativen Zusammenhang mit Früherkennungsmammographien gekommen ist, werden in den folgenden Analysen beide Bereiche dargestellt. Hier wird auch die Teilnahmerate am Früherkennungsprogramm von der Versorgungsrate an Brustuntersuchungen, die auch die kurativen Untersuchungen miteinschließt, getrennt dargestellt. Deren versteckter Anteil an der Früherkennung ist unbekannt.

Im Unterschied zur vorangegangenen Analyse der absoluten Untersuchungszahlen, werden hinsichtlich einer Teilnahme- bzw. Versorgungsrate Daten auf Personenebene herangezogen, die sich von den Untersuchungszahlen unterscheiden. Der Grund dafür ist, dass Frauen im Auswertungszeitraum mehrere Untersuchungen gehabt haben können. Betroffene Frauen werden im Rahmen der Teilnahme- bzw. Versorgungsrate aber nur einmal als untersucht gezählt.

Eine besondere Schwierigkeit in der Analyse der genannten Raten stellt das Miteinbeziehen der Leermeldungen dar. Da dieser Datenmeldungen keine Informationen zur Frau (weder Alter noch für die Zuordenbarkeit notwendiges Pseudonym) enthält und somit nicht eindeutig von einer einmaligen Untersuchung ausgegangen werden kann, wird die Auswirkung auf die Versorgungsrate

getrennt dargestellt. Es wird darauf hingewiesen, dass aufgrund dieser Unschärfe die Versorgungsrate mit inkludierten Leermeldungen leicht überschätzt werden könnte. Zusätzlich werden bei dieser getrennten Darstellung die Leermeldungen aliquot gemäß Altersverteilung bei vollständigen Mammographien im kurativen Zusammenhang auf die jeweiligen Altersgruppen aufgeteilt.

Tabelle 5.12 zeigt die untersuchten Personen (Frauen) je Altersgruppe für die Jahre 2014 und 2015. Für den Bereich Früherkennung wurden Früherkennungsmammographien (SCR) und alleinige Früherkennungultraschalluntersuchungen ohne Mammographie (SUS) herangezogen. Den kurativen Bereich bilden Mammographien (KUM) und alleinige kurative Ultraschalluntersuchungen (KUS). Es zeigt sich, dass bei 642.314 Frauen eine Früherkennungsuntersuchung und bei 1.130.927 Frauen jeglichen Alters eine Brustuntersuchung (Früherkennung oder kurativ) durchgeführt wurde.

Tabelle 5.12:
Frauen mit einer Brustuntersuchung in Österreich je Altersgruppe für 2014 und 2015

	unter 40	40–44	Kernzielgruppe 45–69	ab 70	gesamt
Früherkennung	–	42.101	537.777	62.436	642.314
Kurativer Bereich	65.739	49.959	228.978	79.217	423.893
Leermeldungen (aliquot verteilt)	18.441	14.014	64.232	22.221	118.908
Kurativer Bereich inkl. Leermeldungen	84.180	63.973	293.210	101.438	542.801
Gesamt (bereinigt von Doppeluntersuchungen)	84.180	102.302	785.996	158.449	1.130.927

Quelle: GÖG/BIQG

Nachdem innerhalb der ersten 24 Monate alle anspruchsberechtigten Frauen eine Einladung zur Früherkennungsuntersuchung erhalten und die Möglichkeit zur Teilnahme gehabt haben, lässt sich eine erste Teilnahmerate am österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm darstellen. Die Berechnung der Teilnahmerate ist primär auf die Darstellung der direkt per Einladung angesprochenen Kernzielgruppe der 45- bis 69-jährigen Frauen gerichtet. Von den Frauen in der Kernzielgruppe gemäß Bevölkerungsstatistik für 2015 haben 36,8 Prozent innerhalb der ersten Screening-Runde (2014 und 2015) am Früherkennungsprogramm teilgenommen (Tabelle 5.13). Dieser Wert entspricht nur etwas mehr als der Hälfte der von den europäischen Leitlinien geforderten Teilnahmerate von 70 Prozent und ist als wenig zufriedenstellend einzustufen. Relativierend ist allerdings festzustellen, dass dieser Wert insbesondere in den ersten Programmjahren in fast keinem internationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm erreicht wurde und eine Teilnahmesteigerung aufgrund der Programmetablierung in den Folgejahren zu erwarten ist.

Bezieht man die kurativen Untersuchungen in die Analyse mit ein, was aufgrund der unklaren Trennung der beiden Versorgungsbereiche vor allem im Jahr 2014 als legitim erscheint, wird eine Versorgungsrate an Brustuntersuchungen in der Kernzielgruppe von 53,8 Prozent erreicht, womit die Forderung der EU Guidelines zu 77 Prozent erreicht wird.

Da natürlich nur ein (unbekannter) Teil der kurativen Untersuchungen eigentlich der Früherkennung zuzurechnen ist, liegt die reale Teilnahmerate am Früherkennungsprogramm zwischen diesen beiden Werten, also zwischen 36,8 und 53,8 Prozent. Es wird bei der Einschätzung dieser Rate

noch einmal darauf hingewiesen, dass nur Untersuchungen berücksichtigt werden, zu denen es eine Datenmeldung gemäß definiertem Datenschema des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms gibt. Durchgeführte Mammographien oder Ultraschall-Untersuchungen außerhalb der vorgesehenen Datenmeldungssystematik (z. B. in Krankenanstalten außerhalb des Programms oder als Privatleistung) sind weder zahlenmäßig noch inhaltlich bekannt.

Diese noch zu geringe Teilnehmerate ist vermutlich auf die Systemumstellungen im Zusammenhang mit der Brustkrebs-Früherkennung seit Anfang des Jahres 2014 zu sehen. So kam es mit dem Wegfall der zuvor etablierten Überweisungssystematik und dem niederschweligen Zugang ohne Überweisung zu erheblichen Kommunikations- und Informationsdefiziten. Diese Defizite sollten im Sinne eines zukünftigen Programmserfolgs rasch beseitigt werden, um die Teilnehmerzahlen – unter Berücksichtigung einer informierten Entscheidung der Frauen zur Teilnahme – zu steigern.

Tabelle 5.13:
Teilnehmeraten der ersten Screening-Runde für Österreich und Erreichung des Zielwerts

	Opt-In	Kernziel- gruppe	Opt-In
Alter	40-44	45-69	ab 70
Zielpopulation	307.398	1.459.806	684.115
Frauen mit Früherkennungsuntersuchung	42.101	537.777	62.436
Anteil an Zielpopulation	13,7 %	36,8 %	9,1 %
Frauen mit Früherkennungs- oder kurativer Untersuchung	102.302	785.996	158.449
Anteil an Zielpopulation	33,3 %	53,8 %	23,2 %
Zielgröße gem. EU-Guidelines: 70 % der Zielpopulation (nur Kernzielgruppe)		1.021.864	
Grad der Zielerreichung nach erster Screening-Runde (nur Früherkennungsuntersuchungen)		52,6 %	
Grad der Zielerreichung nach erster Screening-Runde (Früherkennungsuntersuchungen ODER kurative Untersuchungen)		76,9 %	

Quelle: GÖG/BIQG; Statistik Austria

In der Analyse der Teilnahme- bzw. Versorgungsrate auf Ebene der Bundesländer in der Kernzielgruppe zeigen sich signifikante Unterschiede (Tabelle 5.14). So reicht die Zweijahres-Teilnehmerate von 30,9 Prozent in Vorarlberg bis 46,6 Prozent in Salzburg. Rechnet man die kurativen Untersuchungen zur Generierung der Versorgungsrate mit ein, erreicht Wien mit 66,2 Prozent versorgter Frauen den Spitzenwert. Es bleibt aber festzuhalten, dass in keinem Bundesland in den ersten beiden Jahren des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms annähernd die in den europäischen Leitlinien geforderte Teilnehmerate erreicht wird.

Tabelle 5.14:

Teilnahmeraten der ersten Screening-Runde je Bundesland in der Kernzielgruppe

	Zielpopulation Kernzielgruppe (45–69 Jahre)	Frauen mit Früh- erkennungs- untersuchung	Anteil an Zielpopulation	Frauen mit Früherken- nungsuntersuchung oder kurativer Untersuchung	Anteil an Zielpopulation
B	52.828	21.535	40,8 %	30.093	57,0 %
K	102.363	33.581	32,8 %	56.809	55,5 %
NÖ	287.094	103.212	36,0 %	145.904	50,8 %
OÖ	243.186	80.211	33,0 %	116.413	47,9 %
S	94.053	43.854	46,6 %	52.244	55,5 %
St	210.296	75.543	35,9 %	107.908	51,3 %
T	122.177	37.994	31,1 %	60.722	49,7 %
V	61.896	19.123	30,9 %	26.542	42,9 %
W	285.913	122.724	42,9 %	189.360	66,2 %
Ö	1.459.806	537.777	36,8 %	785.996	53,8 %

Quelle: GÖG/BIQG; Statistik Austria

5.3 Ergebnisse radiologische Befundung

Die Skala zur radiologischen Befundung im Rahmen des Früherkennungsprogramms basiert auf der BIRADS-Skala, die von 0 bis 6 reicht: 0 „Unzureichend“, 1 „Negativ“, 2 „Gutartig“, 3 „Vermutlich gutartig“, 4 „Verdächtig“, 5 „Hoch-verdächtig auf Malignität“, 6 „Pathologisch bestätigte Malignität“. Der Wert 6 ist nur bei kurativen Untersuchungen möglich, da ein bestehender Brustkrebsbefund ein Ausschlussgrund für ein Brustkrebs-Früherkennungsprogramm ist. Kommt es bei der radiologischen Untersuchung zu einem suspekten, d. h. möglicherweise auf Brustkrebs hindeutende Befund (BIRADS 4 „Verdächtig“ oder 5 „Hochverdächtig auf Malignität“) oder ist das Ergebnis der Bildgebung mittels Mammographie und Ultraschall unzureichend (BIRADS 0 „Unzureichend“) wird eine Frau ins Assessment zur weiteren abklärenden Bildgebung (bei BIRADS 0) bzw. zu einer minimal-invasiven Abklärung (bei BIRADS 4–5) weiterempfohlen. Die Anzahl der Frauen mit einem radiologischen Untersuchungsergebnis BIRADS 0, 4 oder 5 ist somit die Anzahl der aufgrund der radiologischen Erstuntersuchung empfohlenen Abklärungsuntersuchungen (Assessments).

Tabelle 5.15 und Tabelle 5.16 zeigen die Anzahl der jeweiligen radiologischen Befundergebnisse je Bundesland im Rahmen der Früherkennung. Wie bereits erwähnt sollten in diesem Zusammenhang keine BIRADS-6-Befunde aufscheinen. Für die 27 aufscheinenden Fälle könnte eine falsche Zuordnung zur Untersuchungsart (kurativ statt Früherkennung) der Grund für die Dokumentation eines BIRADS-6-Befundes sein.

In den Jahren 2014 und 2015 wurden im Rahmen der Brustkrebsfrüherkennung 6.878 suspekthe Befunde (BIRADS 4 oder 5) dokumentiert (1,05 %). Geht man hierbei von erwartbaren nachfolgenden Biopsien aus, entspricht dieser Wert auch internationalen Erfahrungen. Eine valide Aussage zu

der Anzahl der real durchgeführten Biopsien (und deren Ergebnisse) kann zum jetzigen Evaluierungszeitpunkt wegen noch fehlender Assessmentdaten aus dem intramuralen Bereich noch nicht getroffen werden.

Die höchsten Raten an suspekten Befunden weisen Wien (1,23 %) und Oberösterreich (1,22 %) auf. Zudem wurden etwa 0,8 Prozent der Früherkennungsuntersuchungen als nicht ausreichend beurteilbar (BIRADS 0) eingestuft, wobei die Bandbreite in den Bundesländern zwischen 0,24 Prozent in Tirol bis 1,45 Prozent in Kärnten liegt. In diesen Fällen ist eine nochmalige bildgebende Untersuchung im Rahmen der Abklärung angezeigt. Die aufgrund der radiologischen Untersuchungsergebnisse entstandene Assessmentrate (BIRADS 0, 4 oder 5) beträgt somit in der Brustkrebsfrüherkennung insgesamt 1,86 Prozent. Im kurativen Bereich ist dieser Anteil erwartungsgemäß größer (knapp 4 %), siehe Tabelle 5.19. Aufgrund der unvollständigen Dokumentation von Abklärungsuntersuchungen ist es nicht möglich zu sagen, wie viele Biopsien aufgrund dieser Befunde tatsächlich durchgeführt wurden.

Eine Wiedereinbestellung kann aber nicht nur aufgrund des Assessments, sondern auch noch im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung selbst erfolgen, wenn eine zusätzliche Bildgebung (bspw. durch Zweitbefunder/in verlangter Ultraschall oder zur Wiederholung technisch ungenügender Mammographien) zur Fertigstellung des Endbefunds erforderlich ist. Dies war in Österreich in den Jahren 2014 und 2015 bei 0,34 Prozent der Untersuchungen der Fall. Somit liegt die Wiedereinbestellungsrate (Assessments und zur Fertigstellung des SCR-Endbefunds) bei 2,2 Prozent. Eine detaillierte Darstellung der Wiedereinbestellungsrate je Bundesland ist dem Kapitel Qualitätsindikatoren zu entnehmen.

Die Wiedereinbestellungsrate in der Früherkennung liegt weit unter dem in den EU Guidelines (EBCN 2006) für Brustkrebs-Früherkennungsprogramme angestrebten Assessmentrate von maximal sieben Prozent, wobei dieser Zielwert wegen der unterschiedlichen Vorgehensweise bzw. der bedingten sofortigen Durchführung einer Sonographie im österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm nicht für Österreich anwendbar ist, sondern darstellt, für wie viele Frauen eine Wiederanreise zur Abklärung nötig ist. Der Wert entspricht der vom Tiroler Pilotprojekt berichteten Assessmentrate von 1,8 Prozent für das erste Jahr (Mammographie Screening Modell Tirol 2010) und 1,4 Prozent für das zweite und dritte Jahr. Somit mussten in den Jahren 2014 und 2015 nur 1,8 Prozent der Frauen wegen einer Abklärung bzw. 0,34 Prozent zur Finalisierung des Screening-Endbefunds, also insgesamt 2,2 Prozent der Frauen im Rahmen eines neuerlichen Termins, der mit einer Wiederanreise verbunden ist, untersucht werden.

In 24.555 Fällen (etwa 3,8 %) wurde die Untersuchung mit BIRADS 3, also vermutlich gutartig, dokumentiert. Gemäß europäischen Leitlinien sollte dieser Wert maximal 1 Prozent betragen. In diesen Fällen kommt, in Abhängigkeit der Entscheidung der untersuchenden Radiologin bzw. des untersuchenden Radiologen, ein verkürztes Untersuchungsintervall von 6 oder 12 Monaten zur Anwendung. Es wird im Rahmen der Evaluierung der nächsten Jahre zu diskutieren sein, ob Untersuchungen mit BIRADS-3-Befunden auch der Assessmentrate zuzurechnen sind, da sie mit einer suspekten Läsion und deren engmaschigen Kontrolle einhergehen. Auch bei diesen Early-Rescreen-Raten gibt es regionale Unterschiede in den Bundesländern, zwischen 1,83 Prozent der Fälle in Vorarlberg und 5,29 Prozent in Kärnten.

Tabelle 5.15:

Radiologische Befundergebnisse in der Früherkennung je Bundesland in BIRADS, 2014 und 2015

	0	1	2	3	4	5	6	Gesamt
n.b.	6	132	266	30	5	1		440
B	185	6.437	17.483	514	139	43	3	24.804
K	564	5.195	30.871	2.063	261	70		39.024
NÖ	1.321	32.342	104.118	5.134	1.106	331	2	144.354
OÖ	443	23.169	67.046	3.391	885	273	2	95.209
S	152	21.717	26.908	1.796	334	181	1	51.089
St	534	29.361	57.430	4.415	647	254	3	92.644
T	111	13.515	31.191	1.211	364	105	1	46.498
V	150	7.985	13.295	404	120	98	7	22.059
W	1.787	31.698	94.287	5.597	1.296	365	8	135.038
Gesamt	5.253	171.551	442.895	24.555	5.157	1.721	27	651.159

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 5.16:

Radiologische Befundergebnisse in der Früherkennung je Bundesland in BIRADS, 2014 und 2015 in Prozent

	0	1	2	3	4	5	6	Prozent
n.b.	1,36	30,00	60,45	6,82	1,14	0,23		100,00
B	0,75	25,95	70,48	2,07	0,56	0,17	0,01	100,00
K	1,45	13,31	79,11	5,29	0,67	0,18		100,00
NÖ	0,92	22,40	72,13	3,56	0,77	0,23	0,00	100,00
OÖ	0,47	24,33	70,42	3,56	0,93	0,29	0,00	100,00
S	0,30	42,51	52,67	3,52	0,65	0,35	0,00	100,00
St	0,58	31,69	61,99	4,77	0,70	0,27	0,00	100,00
T	0,24	29,07	67,08	2,60	0,78	0,23	0,00	100,00
V	0,68	36,20	60,27	1,83	0,54	0,44	0,03	100,00
W	1,32	23,47	69,82	4,14	0,96	0,27	0,01	100,00
Gesamt	0,81	26,35	68,02	3,77	0,79	0,26	0,00	100,00

Quelle: GÖG/BIQG

Wie bereits erwähnt wird gemäß Bundesqualitätsstandard ein Early-Rescreen nach einer Bildgebung durch einen BIRADS-3-äquivalenten Befund angezeigt. Es wurde vereinbart, dass ein Early-Rescreen nach einer Früherkennungsuntersuchung zum Zweck der engmaschigeren Beobachtung in geringem Umfang akzeptabel ist. Von den in Tabelle 5.17 dargestellten 24.555 Early-Rescreen-Fällen im Rahmen der Früherkennung der Jahre 2014 und 2015 fanden bei 52,5 Prozent bereits nach etwa 6 Monaten eine Folgeuntersuchung statt. Dazu zählen nicht nur weitere Mammographien im verkürzten Intervall, sondern auch etwaig durchgeführte und dokumentierte Abklärungsuntersuchungen. Von etwa 25 Prozent findet sich noch keine dokumentierte Folgeuntersuchung in den Daten wieder (Tabelle 5.17). Da als Datenstichtag der 31. August 2016 für die dokumentierten Early-Rescreen-Fälle herangezogen wurde, könnte ein Teil dieser fehlenden Untersuchungen danach durchgeführt worden sein. Ein weiterer Grund für eine nicht durchgeführte Nachfolgeuntersuchung im verkürzten Intervall könnte darin begründet sein, dass die versendeten Briefe

an die betroffenen Frauen erst Mitte 2015 ein spezifisches und eindeutig erkennbares Aussehen erhalten haben und zuvor Early-Rescreen-Erinnerungen verloren gegangen sein könnten.

Tabelle 5.17:
Early-Rescreen (SCR, SUS) Teilnahmen nach Monaten für 2014 und 2015

	2014	2015	Gesamt
00-05	517	891	1.408
06-08	4.430	8.468	12.898
09-11	297	350	647
12-14	1.256	1.612	2.868
15+	583	198	781
Ohne Teilnahme	1.379	4.574	5.953
Gesamt	8.462	16.093	24.555

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 5.18 und Tabelle 5.19 zeigen naturgemäß einen höheren Anteil an suspekten Befunden aus kurativen Untersuchungen bei Krankheitsverdacht. So lautet in den Jahren 2014 und 2015 bei 10.872 Untersuchungen (2,11 %) das Ergebnis BIRADS 4 oder 5. Im Bundesländervergleich zeigt sich in Salzburg mit 3,19 Prozent an suspekten Befunden der höchste Wert.

Tabelle 5.18:
Radiologische Befundergebnisse im kurativen Bereich (ohne KUL) je Bundesland in BIRADS für 2014 und 2015

	0	1	2	3	4	5	6	Gesamt
n.b.	61	890	4.169	319	103	70	26	5.638
B	332	4.078	16.233	1.157	248	110	43	22.201
K	1.168	5.696	40.302	4.037	640	232	25	52.100
NÖ	2.057	19.372	82.612	7.824	1.625	715	290	114.495
OÖ	950	9.090	41.371	5.062	1.089	488	154	58.204
S	218	5.049	13.141	1.834	410	257	57	20.966
St	990	18.342	51.702	7.083	1.250	534	302	80.203
T	160	9.315	36.214	1.263	372	185	42	47.551
V	149	2.175	5.767	677	120	89	25	9.002
W	2.487	21.565	70.238	8.957	1.707	628	239	105.821
Gesamt	8.572	95.572	361.749	38.213	7.564	3.308	1.203	516.181

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 5.19:

Radiologische Befundergebnisse im kurativen Bereich (ohne KUL) je Bundesland in BIRADS für 2014 und 2015 in Prozent

	0	1	2	3	4	5	6	Prozent
n.b.	1,08	15,79	73,94	5,66	1,83	1,24	0,46	100,00
B	1,50	18,37	73,12	5,21	1,12	0,50	0,19	100,00
K	2,24	10,93	77,36	7,75	1,23	0,45	0,05	100,00
NÖ	1,80	16,92	72,15	6,83	1,42	0,62	0,25	100,00
OÖ	1,63	15,62	71,08	8,70	1,87	0,84	0,26	100,00
S	1,04	24,08	62,68	8,75	1,96	1,23	0,27	100,00
St	1,23	22,87	64,46	8,83	1,56	0,67	0,38	100,00
T	0,34	19,59	76,16	2,66	0,78	0,39	0,09	100,00
V	1,66	24,16	64,06	7,52	1,33	0,99	0,28	100,00
W	2,35	20,38	66,37	8,46	1,61	0,59	0,23	100,00
Gesamt	1,66	18,52	70,08	7,40	1,47	0,64	0,23	100,00

Quelle: GÖG/BIQG

Mangels dokumentierter Daten zu weiterführenden Untersuchungen kann im vorliegenden Evaluationsbericht noch keine Aussage über die Validität der dargestellten Befunde getroffen werden. Es ist daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht bekannt, wie viele radiologische Untersuchungen als falsch-positiv oder falsch-negativ zu beurteilen sind bzw. welche Auswirkungen ein verkürztes Untersuchungsintervall auf die Brustkrebs-Detektion hat.

Im Rahmen der Durchführung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ist aus Gründen der Qualitätssicherung eine verblindete Zweitbefundung der Mammographieuntersuchungen vorgeschrieben. Tabelle 5.20 zeigt die Übereinstimmung der Befunde nach der BIRADS-Skala. Es zeigen sich keine signifikanten Auffälligkeiten in den Abweichungen, einzig in etwa fünf Prozent der Fälle, bei denen der Erstbefunder den Befund als verdächtig (BIRADS 4) einstuft, würde der Zweitbefunder den Befund als unauffällig oder benigne einstufen. Die Dokumentation von vereinzelt BIRADS-6-Befunden ist vermutlich auf die fehlerhafte Zuordnung (Früherkennung statt kurativ) der Untersuchungsart zurückzuführen. Grundsätzlich lässt die hohe exakte Übereinstimmungsrate der Befunde die Vermutung zu, dass die Zweitbefundung nicht immer systematisch verblindet und unabhängig durchgeführt wird.

Tabelle 5.20:

Mammographie-Erst- und Mammographie-Zweitbefund (in BIRADS) in der Früherkennung (SCR) 2014 und 2015 in Prozent

Zweitbefund rechts	0	1	2	3	4	5	6	Prozent
Erstbefund unten								
0	80,78	3,25	13,85	1,28	0,73	0,11		100,00
1	0,27	74,97	24,61	0,13	0,02	0,00	0,00	100,00
2	0,55	8,74	90,32	0,33	0,05	0,00	0,00	100,00
3	2,70	2,07	13,33	81,29	0,60	0,02		100,00
4	2,46	0,75	4,17	1,86	88,81	1,95		100,00
5	1,42	0,26	1,68	0,32	11,43	84,75	0,13	100,00
6	3,70	3,70	33,33		7,41	7,41	44,44	100,00
Gesamt	1,75	27,05	67,69	2,58	0,71	0,22	0,00	100,00

Quelle: GÖG/BIQG

Auch im Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Doppelbefundung hinsichtlich einer Qualitätssteigerung im gesamten Befundungsprozess muss darauf hingewiesen werden, dass diese mangels intramuraler Daten zur weiteren medizinischen Abklärung im Rahmen der Programmevaluierung zum jetzigen Zeitpunkt nicht darstellbar ist.

5.4 Fazit

Die im ersten Halbjahr 2014 noch geringe Beteiligung der Frauen am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm konnte aufgrund der e-card-Freischaltung und damit einer erleichterten Teilnahmemöglichkeit ab Juli 2014 mehr als verdoppelt werden. Parallel dazu ging die Zahl an kurativen Brustuntersuchungen, die bis dahin oft im Sinn eines „grauen Screenings“ als „Ersatz“ für Früherkennungsuntersuchungen fungierten, im zweiten Halbjahr 2014 um mehr als die Hälfte zurück. Insgesamt wurde in den Jahren 2014 und 2015 bei 1.185.115 Frauen eine Brustuntersuchung durchgeführt, davon bei 642.314 Frauen im Rahmen der Früherkennung. 83,76 Prozent aller Früherkennungsuntersuchungen betreffen Frauen in der Kernzielgruppe im Alter von 45 bis 69 Jahren. 55 Prozent der Untersuchungen fanden in den ersten drei Monaten nach Versand des Einladungsschreibens statt. 36,8 Prozent der Frauen aus der Kernzielgruppe haben innerhalb der ersten Screening-Runde 2014/2015 am Früherkennungsprogramm teilgenommen. Dieser Wert entspricht nur etwas mehr als der Hälfte der von den europäischen Leitlinien geforderten Teilnahme-rate von 70 Prozent und ist als wenig zufriedenstellend einzustufen. Relativierend ist allerdings festzustellen, dass dieser Wert insbesondere in den ersten Programmjahren in fast keinem internationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm erreicht wurde und eine Teilnahmesteigerung aufgrund der Programmetablierung in den Folgejahren zu erwarten ist. Bezieht man die kurativen Untersuchungen in die Analyse mit ein, was aufgrund der unklaren Trennung der beiden Versorgungsbereiche vor allem im Jahr 2014 als legitim erscheint, wird eine Versorgungsrate an Brustuntersuchungen in der Kernzielgruppe von 53,8 Prozent erreicht.

Ein Vergleich der Untersuchungszahlen seit Programmstart mit vorhandenen Zahlen aus den vorangegangenen Jahren ist nicht sinnvoll umzusetzen, da keine vergleichbare und standardisierte Datenbasis aller Leistungserbringer (KV-Träger, Krankenanstalten) herstellbar ist.

Die Wiedereinbestellungsrate in der Früherkennung liegt weit unter dem in den EU Guidelines (EBCN 2006) für Brustkrebs-Früherkennungsprogramme angestrebten Assessmentrate von maximal sieben Prozent, wobei dieser Zielwert wegen der unterschiedlichen Vorgehensweise bzw. der bedingten sofortigen Durchführung einer Sonographie im österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm nicht für Österreich anwendbar ist, sondern darstellt, für wie viele Frauen eine Wiederanreise zur Abklärung nötig ist. Somit mussten in den Jahren 2014 und 2015 nur 1,8 Prozent der Frauen wegen einer Abklärung bzw. 0,34 Prozent zur Finalisierung des Screening-Endbefunds, also insgesamt 2,2 Prozent der Frauen im Rahmen eines neuerlichen Termins, der mit einer Wiederanreise verbunden ist, untersucht werden. Bei etwa 3,8 Prozent der Untersuchungen wurde der Befund mit BIRADS 3 dokumentiert (vermutlich gutartig). In diesen Fällen kommt ein verkürztes Untersuchungsintervall von 6 oder 12 Monaten zur Anwendung. Es wird im Rahmen der Evaluierung der nächsten Jahre zu diskutieren sein, ob Untersuchungen mit BIRADS-3-Befunden auch der Assessmentrate zuzurechnen sind, da sie mit einer suspekten Läsion und deren engmaschigen Kontrolle einhergehen.

5.5 Empfehlungen

Wie bereits im Abschnitt 2.7. ausgeführt stellt ein starkes Einbeziehen von Vertrauensärztinnen/Vertrauensärzten als Koordinierende von Abklärungs- oder Behandlungsschritten für die Frauen eine große Unterstützung dar. Gleiches gilt für die Information und Aufklärung vor einer etwaigen Teilnahme am Früherkennungsprogramm, wobei Gynäkologinnen/Gynäkologen bzw. Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern eine besonders bedeutsame und vertrauenswürdige Rolle zufällt. Aus den genannten Gründen soll die gemeinsame Zusammenarbeit aller beteiligten Leistungserbringer im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm weiter forciert werden. Dies hätte zudem positive Auswirkungen auf eine Steigerung der Teilnahmezahlen im Programm, obgleich nochmals betont wird, dass nur in wenigen Ländern vergleichsweise höhere Teilnahmezahlen zu Beginn eines neuen Früherkennungsprogramms erreicht wurden.

6 Datenstand der Abklärungsuntersuchungen

Der Diagnose- und Behandlungsprozess ist im österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP) idealtypisch in drei Stufen gegliedert: (1) radiologische Früherkennung, (2) bildgebende oder minimal-invasive Abklärung und (3) operative bzw. andere therapeutische Maßnahmen.

Aus den Daten zur Abklärung (Assessment) und therapeutischen Maßnahmen lässt sich ableiten:

- » Wurde bei einer Frau, die im Rahmen des BKFP an einer radiologischen Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hat, Brustkrebs entdeckt oder nicht?
- » Wurde ein auffälliger Befund in einem nachfolgenden Untersuchungsschritt bestätigt oder entkräftet?
- » Mit Einschränkungen ließe sich auch abschätzen, ob bei einer Frau trotz eines möglicherweise falsch-negativen Befunds wenig später doch Brustkrebs festgestellt wurde.

Prinzipiell ist anzustreben, dass alle relevanten Untersuchungsschritte (bildgebende Abklärung mittels Mammographie, Ultraschall oder Magnetresonanztomographie (MRT), minimal-invasive oder offene diagnostische Biopsien, operative und andere therapeutische Maßnahmen) dokumentiert werden, um den gesamten Prozess der Abklärung und Weiterbehandlung nachvollziehen zu können. Um die oben genannten Fragen beantworten zu können, ist es jedenfalls notwendig, dass die Dokumentation alle Biopsieergebnisse und damit auch jene mit unauffälligem bzw. benignem Befund beinhaltet. Um zumindest die erste Frage nach dem Brustkrebs beantworten zu können, ist es erforderlich, dass die Dokumentation zumindest alle auffälligen Biopsien (minimal-invasive Biopsie oder offene diagnostische Biopsie) und Operationen mit entsprechendem post-operativen histologischem Befund umfasst.

Die dezentrale Organisation des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms stellt für die Dokumentation insofern eine besondere Herausforderung dar, als es keine zentrale medizinische Falldatenbank gibt und somit für die an Diagnose und Therapie beteiligten Gesundheitsdiensteanbieter nicht ersichtlich ist, ob eine Frau in Folge einer Früherkennungsuntersuchung weiter untersucht oder therapiert wird. Es ist daher erforderlich, dass die Untersuchungsergebnisse und therapeutischen Maßnahmen aller potenziellen Brustkrebspatientinnen eingemeldet werden, da erst in der Zusammenschau der einzelnen Datenmeldungen aus dem extra- und intramuralen Bereich die Zuordnung einer Abklärungsuntersuchung zu einer radiologischen Ausgangsuntersuchung getroffen werden kann.

6.1 Methode zur Feststellung der Vollzähligkeit

Im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms wird die bildgebende Abklärung (Assessment) im Datenblatt ABD (bildgebendes Assessment), die minimal-invasive Abklärung im Datenblatt AID (invasives Assessment), die offenen diagnostischen Biopsien in den Datenblättern AID

und PAT (Pathologie) sowie therapeutische bzw. operative Maßnahmen in den Datenblättern TUM (Tumor) und PAT dokumentiert. Um für eine Frau bestimmen zu können, ob bei ihr in Folge einer radiologischen Früherkennungsuntersuchung (oder auch einer entsprechenden kurativen Untersuchung) Brustkrebs festgestellt wurde, muss zumindest ein Datenblatt AID oder ein Datenblatt TUM bzw. PAT vorhanden und der radiologischen Ausgangsuntersuchung zeitlich zurechenbar sein.

Es wird angenommen, dass Brustkrebs festgestellt wurde, wenn die minimal-invasive Biopsie (Datenblatt AID) einen histologischen Befund B5 (böartiger bzw. invasiv wachsender Tumor) zum Ergebnis hat, wenn das klinische Stadium (Datenblatt TUM) I bis IV ist oder wenn die post-operative Histologie (Datenblatt PAT) ein Ductales Carcinoma in situ, ein invasives oder ein anderes Karzinom zum Ergebnis hat. Ein histologischer LCIS-Befund (Lobuläres Carcinoma in situ) wird insofern nicht als Brustkrebsbefund gerechnet, als angenommen wird, dass ein LCIS nicht mittels Mammographie oder Ultraschall festgestellt werden kann und somit allenfalls ein Zufallsbefund ist. Metastasen in der Brust werden ebenso nicht gezählt.

Insbesondere in der ersten Jahreshälfte 2014 ist es im Sinn einer Übergangszeit zu einer Vermengung von kurativen und Früherkennungsuntersuchungen gekommen. Die folgenden Auswertungen fokussieren, sofern angebracht, dennoch auf Folgeuntersuchungen nach einer Früherkennungsuntersuchung mittels Mammographie und gegebenenfalls Ultraschall oder alleinig mittels Ultraschall ohne Mammographie, da dies der eigentliche Fokus des Früherkennungsprogramms und damit seiner Evaluation ist.

Die Frage der Vollständigkeit bzw. Treffsicherheit der Dokumentation von Folgeuntersuchungen wird hier unter folgendem Blickwinkel bearbeitet:

- » Wie hoch ist der Anteil der radiologischen Ausgangsuntersuchungen mit abklärungsbedürftigem Befund, die tatsächlich abgeklärt wurden?

Aus pragmatischen Überlegungen kann diese Frage auch etwas weiter gefasst werden als:

- » Wie hoch ist der Anteil der radiologischen Ausgangsuntersuchungen, für die eine Folgeuntersuchung erwartet wird, bei denen zumindest eine Folgeuntersuchung dokumentiert wurde?

6.2 Dokumentationsraten

Die vorliegenden Auswertungen fokussieren auf jene Assessments und Therapien, die in Folge von 2014 und 2015 dokumentierten radiologischen Untersuchungen durchgeführt wurden.

Es werden alle bis zum 30. Juni 2016 übermittelten Daten zu radiologischen Untersuchungen mit einem Leistungsdatum zwischen 1. Jänner 2014 und 31. Dezember 2015 und alle bis zum 31. August 2016 übermittelten Daten zu Assessments bzw. Therapien mit einem Leistungsdatum nach dem 1. Jänner 2014 berücksichtigt.

In den Jahren 2014 und 2015 wurden 12.131 Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen (1,9 %) mit BIRADS 0, 4 oder 5 befundet (siehe Tabelle 6.1). Tatsächlich wurden im Beobachtungszeitraum aber nur für 3.081 (25,4 %) dieser Untersuchungen zumindest eine Folgeuntersuchung (Datenblätter ABD, AID, TUM, PAT) dokumentiert (Tabelle 6.2). Für 9.049 (74,6 %) dieser abklärungsbedürftigen Untersuchungen fehlt jede weiterführende Dokumentation.

Dabei zeigen sich auffällige Unterschiede zwischen den Bundesländern. Während beispielsweise in Tirol, Oberösterreich und Vorarlberg die Dokumentationsrate 74, 43 bzw. 40 Prozent betragen, wurden etwa für Kärntnerinnen (4 %), Burgenländerinnen (9 %) oder Wienerinnen (17 %) kaum Folgeuntersuchungen dokumentiert.

Tabelle 6.1:
Radiologische Befundergebnisse in der Früherkennung je Bundesland in BIRADS 2014 und 2015

	0	1	2	3	4	5	6	Gesamt
n.b.	6	132	266	30	5	1		440
B	185	6.437	17.483	514	139	43	3	24.804
K	564	5.195	30.871	2.063	261	70		39.024
NÖ	1.321	32.342	104.118	5.134	1.106	331	2	144.354
OÖ	443	23.169	67.046	3.391	885	273	2	95.209
S	152	21.717	26.908	1.796	334	181	1	51.089
St	534	29.361	57.430	4.415	647	254	3	92.644
T	111	13.515	31.191	1.211	364	105	1	46.498
V	150	7.985	13.295	404	120	98	7	22.059
W	1.787	31.698	94.287	5.597	1.296	365	8	135.038
Gesamt	5.253	171.551	442.895	24.555	5.157	1.721	27	651.159

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 6.2:
Früherkennungsuntersuchungen mit wenigstens einer erwarteten dokumentierten Folgeuntersuchung je Bundesland 2014 und 2015

	Anzahl erwarteter Folgeuntersuchungen	Zumindest eine dokumentierte Folgeuntersuchung	Dokumentationsrate
Österreich	12.130	3.081	25,40
B	367	33	8,99
K	895	34	3,80
NÖ	2.758	592	21,46
OÖ	1.601	690	43,10
S	667	222	33,28
St	1.434	323	22,52
T	581	432	74,35
V	368	149	40,49
W	3.449	603	17,48

Quelle: GÖG/BIQG

Man könnte die These vertreten, dass sich die Dokumentationsraten im Zeitverlauf verbessern und etwa für 2015 besser sind als für 2014 durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen. Tabelle 6.3 zeigt kein eindeutiges Bild. Während für manche Bundesländer wie beispielsweise Niederösterreich und Steiermark ein gewisser Aufwärtstrend festzustellen ist, sind beispielsweise für Tirolerinnen starke Schwankungen zwischen einzelnen Quartalen (39 % in 2015Q2 und 96 % in 2014Q3) zu erkennen.

Tabelle 6.3:
Assessment-Dokumentationsrate für das jeweilige Quartal erwarteter Nachuntersuchungen je Bundesland im Zeitverlauf 2014 und 2015

	2014 Q1	2014 Q2	2014 Q3	2014 Q4	2015 Q1	2015 Q2	2015 Q3	2015 Q4
B	21,43	14,71	2,13	7,55	5,71	2,78	29,27	11,11
K	3,23	10,59	9,15	4,55	0,80	1,42	1,52	0,78
NÖ	5,00	6,80	9,52	10,20	26,28	32,35	36,76	36,01
OÖ	36,84	43,45	34,00	42,08	51,69	45,97	43,14	47,59
S	29,17	34,38	15,12	21,98	53,49	42,86	35,42	31,68
St	6,00	15,08	16,58	21,28	27,70	25,11	27,35	33,04
T	92,86	87,50	96,08	91,86	63,64	38,94	84,34	86,79
V	50,00	29,63	41,67	38,33	38,78	49,21	35,56	41,67
W	14,29	12,39	12,71	17,69	20,61	19,49	24,15	17,45

Quelle: GÖG/BIQG

Vergleicht man die Dokumentationsentwicklung im Jahr 2016 (Datenstichtage 31. 12. 2015 und 31. 8. 2016), so ist der stärkste Aufwärtstrend für Vorarlberg (von 0,8 auf über 40 %) und für Tirol (von 31 auf 74 %) zu verzeichnen. Für ganz Österreich hat sich die Dokumentationsrate in diesem Zeitraum von 15,8 auf 25,4 Prozent verbessert (Tabelle 6.4).

Tabelle 6.4:
Entwicklung der Assessment-Dokumentationsrate je Bundesland

Region	Dokumentationsrate zum Datenstichtag 31. 12. 2015 (Beobachtungszeitraum 1/2014 bis 6/2015)	Dokumentationsrate zum Datenstichtag 31. 8. 2016 (Beobachtungszeitraum 1/2014 bis 12/2015)
Österreich	15,83	25,4
B	4,83	8,99
K	1,74	3,8
NÖ	10,2	21,46
OÖ	39,57	43,1
S	28,94	33,28
St	17,7	22,52
T	31,33	74,35
V	0,8	40,49
W	10,4	17,48

Quelle: GÖG/BIQG

6.3 Konsequenzen

Die Dokumentation der Assessmentuntersuchungen (bildgebend in Form von weiteren Mammographie-, Ultraschall- oder MR-Untersuchungen, invasiv in Form von Biopsien) ist keineswegs zufriedenstellend. Die zuvor skizzierte, enorme Datenlücke ist sowohl für das bildgebende Assessment als auch für das invasive Assessment in nahezu gleichem Ausmaß beschreibbar. Es ist daher derzeit nicht möglich, maßgebliche und international in Brustkrebs-Früherkennungsprogrammen verwendete Indikatoren zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität zu berechnen. Das bedeutet, dass beispielsweise folgende Fragen aufgrund der Dokumentationslücken **nicht** beantwortet werden können:

- » Wie gut ist die Befundqualität in der Brustkrebsfrüherkennung sowie im kurativen Bereich bzw. in der Abklärung (Assessment)?
- » Wie viele falsch positive oder falsch negative Befunde bzw. Intervallkarzinome gibt es?
- » Wie hoch sind die Biopsierate und die Qualität der Biopsien?
- » Wie viele und welche Karzinome (Größe, Typ, Stadium etc.) wurden im Zeitverlauf im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm entdeckt?
- » Erhöht sich die Zahl an entdeckten Karzinomen in einem nicht-invasiven Stadium?
- » Wie viele Karzinome wurden durch eine zusätzliche Ultraschall-Untersuchung im Brustkrebsfrüherkennungsprogramm entdeckt?

Insbesondere die möglichen positiven (Erhöhung der Entdeckungsrate) wie auch negativen (Erhöhung der falsch positiven Befunde) Auswirkungen der Ultraschalluntersuchungen im Rahmen des Screeningprozesses können aufgrund der Datenlücken nicht festgestellt werden. Dieser Umstand ist insofern nicht akzeptabel, da Österreich als erstes Land diese Untersuchungskombination in ein Früherkennungsprogramm aufgenommen hat und die Konsequenzen daraus jedenfalls in Form von Datenauswertungen darstellbar sein sollten.

Im Rahmen des Programms kommt es zu periodischen Feedbacks an die radiologischen Befunderinnen und Befunder in Form von Berichten, die Ergebnisse der Befundung deskriptiv wie auch qualitativ darstellen. Die Berichte werden vom Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation der Medizinischen Universität Graz erstellt. Diese als sehr positiv zu bewertende Unterstützung bei der Einschätzung der eigenen Befundqualität ist ebenfalls aufgrund der Datenlücken aus dem Assessment nur rudimentär möglich. Essentielle Bestandteile dieser Feedbackberichte wie Biopsieraten oder falsch positive bzw. falsch negative Befunde fehlen derzeit noch zur Gänze.

6.4 Fazit

Für 74,6 Prozent der aus den Ergebnissen der Früherkennungsuntersuchungen erwartbaren Abklärungsuntersuchungen der Jahre 2014 und 2015 fehlt jede weiterführende Dokumentation. Eine Darstellung der Versorgungsqualität innerhalb des Früherkennungsprogramms ist aufgrund dieser Datenlücke nicht zur Gänze möglich. Es können somit auch keine allgemeinen Aussagen zu Sensitivität und Spezifität der Brustkrebs-Früherkennung oder der zusätzlichen Ultraschalluntersuchungen getroffen werden.

Um die notwendigen und international üblichen Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität im österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm umsetzen zu können und die Weiterführung des Programms nicht zu gefährden, ist es unbedingt nötig das Ausmaß der sektorenübergreifenden Assessment-Dokumentation massiv zu erhöhen.

6.5 Empfehlungen und bisher gesetzte Maßnahmen

Die beschriebene unzureichende Dokumentation der Abklärungsuntersuchungen (bzw. der tumorspezifischen Daten) wurde im bisherigen Programmverlauf von der Gesundheit Österreich GmbH bereits im Rahmen von Sitzungen der gesundheitspolitischen Entscheidungsgremien mehrfach aufgezeigt. Darüber hinaus wurden mögliche Gründe dafür über eine Fragebogenerhebung in den jeweiligen Bundesländern identifiziert. Im Sinne einer möglichst raschen Behebung der Dokumentationshindernisse und einer Verringerung des Dokumentationsaufwandes sind weitere Informationsveranstaltungen mit für die Dokumentation verantwortlichen Personen geplant. Zudem wurden im Jahr 2016 mit Hilfe einer Novelle des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH datenschutzrelevante Hindernisse für die Datenübermittlung im Rahmen des Früherkennungsprogramms aus den österreichischen Krankenanstalten beseitigt.

Ist mittelfristig keine signifikante quantitative Steigerung der Assessmentdokumentation zu erkennen, sollte im Sinne einer erfolgreichen Weiterführung des Programms über die bereits gesetzten und noch zu setzenden Maßnahmen zur Förderung der Dokumentation hinaus, eine rechtliche Grundlage zur Dokumentationsverpflichtung geschaffen werden.

Es wird zudem empfohlen, dass die GÖG als primäre datenhaltende Stelle für den intramuralen Bereich die Daten meldenden Krankenanstalten identifizieren kann. Auf diese Weise können von befugten Stellen eingebrachte Anfragen bzgl. Datenqualität und Vollständigkeit je Untersuchungsbundesland oder Krankenanstalt besser beantwortet werden. Es wäre auch denkbar, ein standardisiertes Feedback bzgl. Datenqualität zu den Krankenanstalten einzurichten.

Ein Vertrauensarzt / eine Vertrauensärztin sollte bei einem auffälligen Früherkennungsbefund und auf Wunsch der Frau zusätzlich zur Koordination auch die (komprimierte) Dokumentation der weiteren Untersuchungs- und ggf. Behandlungsschritte übernehmen. Dadurch können Allgemeinärztinnen/-ärzte und Gynäkologinnen/Gynäkologen vertraglich in das Programm eingebunden werden.

7 Qualitätsindikatoren

Das vorliegende Kapitel über ausgewählte Qualitätsindikatoren bezieht sich auf die ersten beiden Jahre (2014 und 2015) nach Start des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms. Da Daten, vor allem aus dem intramuralen Bereich, erst mit merklicher zeitlicher Verzögerung eingemeldet werden, wurde als Datenstichtag der 31. August 2016 gewählt. Allerdings kann auch zu diesem Zeitpunkt nur ein kleiner Teil an Qualitätsindikatoren und Darstellungen sinnvoll ausgewertet und beschrieben werden, und hier vor allem jene Indikatoren, die auf die Versorgung und die Leistungserbringung niedergelassener Radiologinnen und Radiologen fokussieren. Weitere Qualitätsindikatoren, die auf die Ergebnisqualität des Programms abzielen, können aufgrund der noch fehlenden Daten aus den Bereichen Assessment und Tumordokumentation derzeit (noch) nicht dargestellt werden.

7.1 Grund der Ultraschalluntersuchungen in der Brustkrebs-früherkennung

Der Einsatz des Ultraschalls im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung ist eine Besonderheit des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms. Ziel ist es, die Sensitivität der Screening-Untersuchung zu erhöhen und die Zahl der Wiedereinbestellungen und damit die Belastung einer neuerlichen Anreise für die Frauen zu minimieren. Gemäß *Bundesqualitätsstandard* der Gesundheit Österreich GmbH ist der sofortige Einsatz des Ultraschalls in folgenden Fällen vorgesehen: (1) bei „dichter Brust“ (ACR 3 oder 4) oder (2) zur Abklärung nach einem Mammographiebefund mit BIRADS 0, 4 oder 5. Nicht einberechnet sind hier Ultraschalluntersuchungen ohne sofortige Mammographie zum Zweck der Brustkrebsfrüherkennung, wobei diese Ultraschalluntersuchungen eigens dokumentiert werden und in der Regel Untersuchungen nach einem „Early Recall“ (verkürztes Einladungsintervall von 6 bzw. 12 Monaten) darstellen. Insgesamt wurden in Österreich in den Jahren 2014 und 2015 im Rahmen von 648.956 Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen (Mammographie möglicherweise kombiniert mit Ultraschall) 412.365 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt (bei 64 % der Untersuchungen). Dieser Anteil an Ultraschalluntersuchungen ist als sehr hoch einzustufen. Am häufigsten wird eine „dichte Brust“ (51 %) als Grund für die Ultraschalluntersuchung genannt. Der am zweithäufigsten genannte Grund (43 %) entspricht der Dokumentationskategorie „Sonstiges durch den Erstbefunder“ und weist in dieser Häufigkeit auf einen nicht gemäß Bundesqualitätsstandard vorgesehenen Ultraschall hin.

Eine Aussage zu positiven (Erhöhung der Sensitivität) und negativen Auswirkungen (Erhöhung der falsch-positiven Befunde) des eingesetzten Ultraschalls im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung ist aufgrund fehlender Assessment- und Tumordaten zum jetzigen Evaluierungszeitpunkt noch nicht möglich.

Tabelle 7.1:

Verteilung der Gründe von Ultraschalluntersuchungen im Screening für 2014 und 2015 je Bundesland in Prozent gerundet

	n.b.	B	K	Nö	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Dichte Brust / nicht suspekter MA-Befund Erstbefunder/in	52	36	47	53	55	71	45	45	76	47	51
Sonstiges Erstbefunder/in	39	59	47	41	38	22	49	53	19	43	43
Herdbefund Erstbefunder/in	9	4	4	5	5	6	5	1	3	9	5
Suspekter MA-Befund Erstbefunder/in (Brustdichte unerheblich)	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Dichte Brust / nicht suspekter MA-Befund Zweitbefunder/in	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sonstiges Zweitbefunder/in	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herdbefund Zweitbefunder/in	-	0	0	0	0	-	-	0	-	0	0
Suspekter MA-Befund Zweitbefunder/in (Brustdichte unerheblich)	-	-	-	0	0	0	-	0	-	0	0
Anzahl	316	20.914	29.358	98.384	60.631	26.972	55.022	30.612	8.635	81.521	412.365

Quelle: GÖG/BIQG

7.2 Ultraschallbefund und Mammographie-Erstbefund

Eine mögliche Kritik an der Ultraschallbefundung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung besteht darin, dass sie übermäßig viele falsch-positiv Befunde verursachen könnte. Eine Beurteilung dieses Einwands setzt eine vollzählige Dokumentation der Folgeuntersuchungen voraus, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gegeben ist. Erste Hinweise können aber möglicherweise aus der Gegenüberstellung von Mammographie-Erstbefund und Ultraschallbefund abgelesen werden.

Bei 66 Prozent der Früherkennungsuntersuchungen mit sofortigem Ultraschall stimmen Mammographie-Erstbefund und Ultraschallbefund auf der sechsstufigen Befundskala gemäß BIRADS genau überein. In sechs Prozent der Fälle führt der Ultraschall zu einem Befund, der einen höheren BIRADS-Wert als die Mammographie ergibt. Bei 28 Prozent der Untersuchungen hat das Ultraschallergebnis einen niedrigeren Rang. Geht man davon aus, dass Befunde mit BIRADS 0, 4 oder 5 zu einer weiteren Abklärung führen, Befunde mit 1, 2 oder 3 hingegen nicht, so kam der Erstbefunder in weniger als einem Prozent der Untersuchungen einzig wegen des Ultraschalls (bei gleichzeitig unauffälliger Mammographie) zu einem abklärungsbedürftigen Befund. Die jeweiligen Auswertungen von Ultraschallbefund und Mammographie-Erstbefund gemäß BIRADS sind in der Tabelle 7.2 in absoluten Zahlen dargestellt.

Unter der Annahme, dass die Einzelbefunde korrekt dokumentiert wurden, lässt sich aus den derzeit verfügbaren Daten keine Bestätigung für die Kritik am Ultraschalleinsatz ablesen. Die Beurteilung des Nutzens des Ultraschalleinsatzes bedarf letztendlich einer vollzähligen Dokumentation der Folgeuntersuchungen, da nur so abgeschätzt werden kann, wie oft Brustkrebs einzig wegen des Ultraschalls entdeckt wurde. Ebenso kann nur mit einer vollzähligen Dokumentation der Abklärungsuntersuchungen bestimmt werden, wie viele schlussendlich unauffällige Biopsien wegen des Ultraschalls in der Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wurden.

Tabelle 7.2:

Ultraschallbefund und Mammographie-Erstbefund in BIRADS (Zeilen: Ultraschallbefund, Spalten: Mammographie-Erstbefund) 2014/2015 in Österreich

	M1-0	M1-1	M1-2	M1-3	M1-4	M1-5	M1-6	Gesamt
US-0	2.734	71	542	81	72	4		3.504
US-1	1.235	77.985	103.795	2.728	616	17	5	186.381
US-2	4.474	12.404	179.904	5.136	1.040	21	4	202.983
US-3	718	644	4.779	8.570	182	10	1	14.904
US-4	206	55	406	120	2.193	39		3.019
US-5	28	2	27	5	124	1.373	1	1.560
US-6			4		1		9	14
Gesamt	9.395	91.161	289.457	16.640	4.228	1.464	20	412.365

Quelle: GÖG/BIQG

7.3 Positiv prädiktiver Wert der Früherkennungsuntersuchung

Eine Maßzahl zur Beurteilung der Test-Güte ist der positiv prädiktive Wert [PPV]. Der PPV der Früherkennungsuntersuchung gibt an, wie viele Frauen, bei denen im Rahmen der Früherkennung ein suspekter Befund dokumentiert wurde, tatsächlich an Brustkrebs erkrankt sind. Ein BIRADS 4 oder 5 in der radiologischen Basisuntersuchung im Früherkennungsprogramm (SCR, SUS) gilt als potenziell verdächtig und im Sinn eines PPV als positiver Erstbefund. Ein stark überhöhter PPV legt den Verdacht einer verzerrten, unvollzähligen Dokumentation infolge nicht-neutraler Ausfälle nahe. Der maximale PPV liegt bei 1.

Im Bundesländervergleich schwanken die PPV-Werte zwischen 0,09 und 0,79. Die Unterschiede sind darauf zurückzuführen, dass für die Berechnung des PPV eine abgeschlossene Fallgeschichte erforderlich ist, die Dokumentationen von Folgeuntersuchungen je Bundesland jedoch von unterschiedlicher Qualität sind oder Folgeuntersuchungen noch ausstehen und sich diese Fakten auf die Berechnung des PPV auswirken. Werden beispielsweise in einem Bundesland vermehrt vollständige Brustkrebsfälle aus dem intramuralen Bereich übermittelt – etwa bei Vorhandensein eines klinischen Tumorregisters –, nicht jedoch bereits in der Abklärung negative Fälle, so wird der PPV überschätzt. Werden beispielsweise in einem anderen Bundesland vor allem bildgebende Abklärungsuntersuchungen mit einem in der Regel überwiegend negativen Befund dokumentiert, jedoch nur in sehr geringem Maß Brustkrebsfälle aus dem intramuralen Bereich, so wird der PPV unterschätzt. Diese Schwankungen machen deutlich, dass die derzeitige Qualität der Dokumentation

von Folgeuntersuchungen nicht ausreicht, um valide Aussagen über die Ergebnisqualität des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms zu treffen.

7.4 Anteil radiologisch akzeptabler Früherkennungsuntersuchungen

Eine Früherkennungsuntersuchung kann (aus verschiedenen Gründen) ein radiologisch inakzeptables Ergebnis liefern und daher zu einer Wiederholungsuntersuchung oder einer anderen Bildgebung führen. Daher sehen die europäischen Leitlinien vor, dass mindestens 97 Prozent der radiologischen Früherkennungsuntersuchungen mittels Mammographie ein radiologisch akzeptables Ergebnis haben sollen (Tabelle 7.3).

Das zugehörige Datenfeld wurde von manchen Softwareherstellern zu Beginn des Programms mit einem Default-Wert „Ja“ belegt, daher wird dieser Indikator nur für den Zeitraum Juli 2014 bis Dezember 2015 berechnet. Die für diesen Zeitraum berechneten Werte sind allerdings unwahrscheinlich „gut“, d.h. nahe bei 100 %, weshalb die Validität der Dateneingabe angezweifelt werden könnte. Allgemein ist die Frage zu stellen, ob die gewählte Lösung, die Früherkennungsmammographien dezentral zu dokumentieren und damit die Verwendung mehrerer Softwarelösungen zur Dokumentation einzusetzen, ohne die jeweilige Software einem Audit bzw. einer Zertifizierung zu unterziehen, eine optimale Entscheidung war.

Insgesamt wurden knapp 100 Prozent der Früherkennungsmammographien mit einem gänzlich radiologisch akzeptablen Ergebnis durchgeführt. Zwischen den Bundesländern kommt es kaum zu Abweichungen vom Bundesdurchschnitt. Die Werte liegen jedenfalls im empfohlenen Wertebereich (Tabelle 7.4). Bei der Interpretation dieser Werte sollten die zuvor erwähnten Einschränkungen mitbedacht werden.

Tabelle 7.3:

Zielwerte EU Guidelines: Proportion of women with a radiographically acceptable screening examination

Akzeptabel	Empfohlen
97 %	> 97 %

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 7.4:

Anteil radiologisch akzeptabler Früherkennungs-Mammographien für 07/2014 bis 12/2015 in Prozent

Region	Anteil radiologisch akzeptabler Mammographien	Anzahl durchgeführter Früherkennungs-Mammographien
Unbekannt	100,00	435
Burgenland	100,00	21.244
Kärnten	99,47	32.880
Niederösterreich	99,80	122.929
Oberösterreich	99,57	78.608
Salzburg	99,72	42.573
Steiermark	99,86	79.936
Tirol	99,80	40.412
Vorarlberg	99,95	19.246
Wien	99,96	119.645
Österreich	99,80	557.908

Quelle: GÖG/BIQG

7.5 Wiederholungsuntersuchungen aus technischen Gründen

Um die Unsicherheit seitens der teilnehmenden Frauen zu minimieren, sollte die Zahl der Wiederholungsuntersuchungen aus technischen Gründen möglichst gering sein.

Das zugehörige Datenfeld wurde von manchen Softwareherstellern zu Beginn des Programms mit einem Default-Wert „Ja“ belegt, daher wird dieser Indikator nur für den Zeitraum Juli 2014 bis Dezember 2015 berechnet.

Insgesamt kam es bei weniger als einem Promille der Früherkennungsuntersuchungen zu einer Wiederholungsuntersuchung aus technischen Gründen. Zwischen den Bundesländern gibt es kaum Abweichungen vom Bundesdurchschnitt. Dieser Wert liegt jedenfalls, wie auch schon der Anteil der radiologisch akzeptablen Früherkennungsmammographien, im empfohlenen Bereich.

Tabelle 7.5:

Zielwerte EU Guidelines: Proportion of women undergoing a technical repeat screening examination

Akzeptabel	Empfohlen
< 3 %	< 1 %

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 7.6:

Anteil der Früherkennungsuntersuchungen mit Wiederholungsuntersuchungen aus technischen Gründen für 07/2014 bis 12/2015 in Prozent

Region	Anteil Wiederholungsuntersuchungen aus technischen Gründen	Anzahl durchgeführter Früherkennungs-Mammographien
Unbekannt	0,23	435
Burgenland	0,03	21.244
Kärnten	0,19	32.880
Niederösterreich	0,08	122.929
Oberösterreich	0,04	78.608
Salzburg	0,04	42.573
Steiermark	0,10	79.936
Tirol	0,05	40.412
Vorarlberg	0,05	19.246
Wien	0,12	119.645
Österreich	0,08	557.908

Quelle: GÖG/BIQG

7.6 Abklärungsbedürftige (auffällige und unklare) Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen

Die Rate von Wiedereinbestellungen zum Zweck der weiteren Abklärung sollte möglichst gering gehalten werden, um die psychische Belastung für die teilnehmenden Frauen zu minimieren. Bei der Angabe von Zielwerten wird in den EU Guidelines (2006, S. 188) zwischen Erst- und Folgeuntersuchung unterschieden. Ausgehend von einem opportunistischen Screenings vor Programmbeginn in Österreich werden die EU-Zielwerte für Folgeuntersuchungen herangezogen. Eine Wiedereinbestellung kann aus zwei Gründen erfolgen:

- » Zur Abklärung einer unklaren (BIRADS 0) oder auffälligen (BIRADS 4, 5) Bildgebung.
- » Wieder einbestellt kann auch im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung werden, wenn eine zusätzliche Bildgebung (bspw. durch Zweitbefunder/in verlangter Ultraschall oder zur Wiederholung technisch ungenügender Mammographien) zur Erstellung des Endbefunds erforderlich ist.

Die Wiedereinbestellung, um einen Früherkennungsendbefund zu erhalten, wird nur für die Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung mittels Mammographie und ggf. Ultraschall dokumentiert. Wiedereinbestellungen nach einem Früherkennungsultraschall (SUS) ohne Mammographie werden nicht einberechnet, da eine solche Untersuchung in der Regel selbst eine Untersuchung nach einem verkürzten Intervall (Early-Recall) nach einer regulären Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung ist. Zudem gibt es bei Früherkennungsultraschall (SUS) ohne Mammographie keine Doppelbefundung, weshalb eine Frau per Definition nicht zum Zweck der Fertigstellung des Untersuchungsbefunds wiedereinbestellt werden kann.

Insgesamt 2,2 Prozent der Früherkennungsuntersuchungen führten zu einer Wiedereinbestellung der teilnehmenden Frau – d. h. die Frau musste erneut zu einem entsprechenden Gesundheitsdiensteanbieter, um die Früherkennungsuntersuchung zu wiederholen oder zusätzliche Untersuchungen durchführen zu lassen. Mit Ausnahme des Burgenlands (4,7 %) schwankt die Wiedereinbestellungsrate zwischen den Bundesländern nur unwesentlich zwischen 1,3 (Tirol) und 2,8 Prozent (Wien). Es bedürfte einer Detailanalyse unter Einbindung der beteiligten Gesundheitsdiensteanbieter um festzustellen, ob regionsbezogene Praktiken im Befundungsprozess diese Abweichungen erklären können. Die Wiedereinbestellungsrate in der Früherkennung liegt weit unter dem in den EU Guidelines (EBCN 2006) für Brustkrebs-Früherkennungsprogramme angestrebten Assessmentrate von maximal sieben Prozent, wobei dieser Zielwert wegen der unterschiedlichen Vorgehensweise bzw. der bedingten sofortigen Durchführung einer Sonographie im österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm nicht für Österreich anwendbar ist, sondern darstellt, für wie viele Frauen eine Wiederanreise zur Abklärung nötig ist.

Tabelle 7.7:

Zielwerte EU Guidelines: Proportion of women undergoing additional imaging at the time of the screening examination in order to further clarify the mammographic appearances

	Akzeptabel	Empfohlen
Ersteilnahme	< 7 %	<5 %
Folgeteilnahmen	< 5 %	< 3 %

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 7.8:

Abklärungsbedürftige (auffällige und unklare) Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen, die zu einer Wiedereinbestellung für eine Abklärungsuntersuchung führen, 2014 und 2015

Region	Anteil abklärungsbedürftiger Endbefunde in %	Anteil von Wiedereinbestellungen vor Endbefund in %	Gesamtanteil von Wiedereinbestellungen in %	Anzahl durchgeführter Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen
Unbekannt	2,52	1,61	4,13	436
Burgenland	1,46	3,25	4,71	24.735
Kärnten	2,28	0,19	2,47	38.915
Niederösterreich	1,90	0,14	2,04	143.880
Oberösterreich	1,67	0,15	1,82	94.875
Salzburg	1,30	0,30	1,60	50.860
Steiermark	1,54	0,55	2,09	92.241
Tirol	1,24	0,03	1,27	46.366
Vorarlberg	1,66	0,02	1,68	22.043
Wien	2,55	0,20	2,75	134.605
Österreich	1,86	0,34	2,20	648.956

Quelle: GÖG/BIQG

7.7 Durchschnittliche Zahl der Werkzeuge zwischen einer Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung und der Fertigstellung des Befunds

Verzögerungen bei der Mitteilung des Untersuchungsbefunds sind eine mögliche Quelle von Unwohlsein und Angst (EU Guidelines 2006, S. 187) und sollten daher möglichst gering gehalten werden. Im österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm wird aus pragmatischen Gründen nicht die Zeit zwischen Untersuchung und der Mitteilung des Befunds an die Frau, sondern die Zeit zwischen Untersuchung und Fertigstellung des Befunds gemessen. Aus der bloßen Fertigstellung des Befunds aus ärztlicher Sicht lässt sich nur bedingt ableiten, wann der Befund der Frau mitgeteilt wird.

Insgesamt wird der Befund einer Früherkennungsuntersuchung in durchschnittlich zwei Werktagen fertiggestellt. Zwischen den Bundesländern schwankt dieser Wert zwischen rund einem Werktag (Oberösterreich) und 5 Werktagen (Tirol). Eine genauere Analyse zeigt, dass diese Schwankungen vor allem auf einzelne Ausreißer zurückzuführen sind und bei der Verwendung eines geeigneten Mittelwerts (5 bis 95 % des Wertebereichs) weitgehend verschwinden. Die Zeitspanne liegt jedenfalls weit unter dem von den europäischen Leitlinien empfohlenen Richtwert von 10 Werktagen.

Tabelle 7.9:

Zielwerte EU Guidelines: Time (in working days) between screening mammography and result

Akzeptabel	Empfohlen
15 Werktage	10 Werktage

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 7.10:

Werktage zwischen Mammographie im Screening und Fertigstellung des Befunds,
2014 und 2015

Region	Durchschnittliche Anzahl der Werktage zwischen Untersuchung und Fertigstellung des Befund	Getrimmter Mittelwert der Werktage zwischen Untersuchung und Fertigstellung des Befund
Unbekannt	2,34	1,59
Burgenland	2,93	1,88
Kärnten	2,13	1,84
Niederösterreich	1,60	1,27
Oberösterreich	1,32	1,02
Salzburg	1,90	1,60
Steiermark	2,47	2,14
Tirol	4,51	1,73
Vorarlberg	1,80	1,54
Wien	1,87	1,50
Österreich	2,06	1,49

Quelle: GÖG/BIQG

7.8 Anteil der innerhalb einer Frist fertiggestellten Brustkrebs-Früherkennungsbefunde

In einer alternativen Betrachtung zur Anzahl der Werktage kann auch der Anteil der Frauen gemessen werden, die innerhalb einer bestimmten Zeitspanne über den Befund bzw. dessen Ergebnis informiert werden. Im österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm wird aus pragmatischen Gründen wiederum nicht die Zeit zwischen Untersuchung und der Mitteilung des Befunds an die Frau, sondern die Zeit zwischen Untersuchung und Fertigstellung des Befunds gemessen. Bei der Berechnung der Zahl der Werktage werden Feiertage ignoriert, weshalb die Zahl hier geringfügig überschätzt wird.

Insgesamt wurden rund 99 Prozent der Brustkrebs-Früherkennungsbefunde innerhalb von 10 Werktagen fertiggestellt. Zwischen den Bundesländern schwankt dieser Wert minimal zwischen 97 und 100 Prozent. Die Anteilswerte liegen jedenfalls im empfohlenen Wertebereich.

Tabelle 7.11:

Zielwerte EU Guidelines: Time (in working days) between screening mammography and result = 10 wd

Akzeptabel	Empfohlen
90 %	> 90 %

Quelle: GÖG/BIQG

Tabelle 7.12:

Anteil der innerhalb einer Frist von 10 Werktagen fertiggestellten Brustkrebs-Früherkennungsbefunde, 2014 und 2015

Region	Befunde die in 10 Tagen oder weniger fertig gestellt wurden	Früherkennungsuntersuchungen	Anteil der in 10 Tagen oder weniger fertiggestellten Früherkennungsbefunde
Unbekannt	430	440	97,73
Burgenland	24.067	24.804	97,03
Kärnten	38.543	39.024	98,77
Niederösterreich	143.678	144.354	99,53
Oberösterreich	94.702	95.209	99,47
Salzburg	50.711	51.089	99,26
Steiermark	91.617	92.644	98,89
Tirol	43.094	46.498	92,68
Vorarlberg	21.923	22.059	99,38
Wien	133.896	135.038	99,15
Österreich	642.661	651.159	98,69

Quelle: GÖG/BIQG

7.9 Detektionsrate

In den folgenden Kapiteln wird die Detektionsrate einmal im Rahmen der Indikatorenberechnung mit BKFP-Daten und einmal näherungsweise aus Abrechnungsdaten der Sozialversicherung dargestellt.

7.9.1 Detektionsrate in Relation zur Hintergrundinzidenz (berechnet aus BKFP-Daten)

Die Brustkrebsdetektionsrate ist ein grundlegender Indikator des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms. In den EU Guidelines (2006, S. 28) wird vorgeschlagen, die Brustkrebsdetektionsrate aus dem Früherkennungsprogramm zur Hintergrundinzidenz, also die Anzahl an Neuerkrankungen (invasive Tumoren) in der Zielbevölkerung, die ohne Früherkennungsprogramm zu erwarten wären, in Relation zu setzen. Unter Berücksichtigung eines bereits vor Programmstart in Österreich bestehenden opportunistischen (unorganisierten) Mammographiescreenings wird die Hintergrundinzidenz aus historischen Daten errechnet.

Berechnung: BR/IR

BR Brustkrebsdetektionsrate je 100.000 Frauen (in der Kernzielgruppe): T/G

T Anzahl der Teilnehmerinnen mit einem präoperativen histologischen Befund B5 oder einem postoperativen histopathologischen Befund DCIS, invasivem Karzinom oder einem anderen Malignom (exkl. jener Frauen, für die zwischen Früherkennung und Brustkrebsdiagnose eine kurative Mammographie dokumentiert wurde)

G Anzahl der Teilnehmerinnen im Screening

IR Hintergrundinzidenz: Aus pragmatischen Überlegungen werden zwei verschiedene Zeitpunkte gewählt:

- » *IR1 für 1988–1990 = 183 je 100.000 Frauen in der Kernzielgruppe*
- » *IR2 für 2005–2010 = 211 je 100.000 Frauen in der Kernzielgruppe*

Anmerkung: Als Brustkrebsbefunde werden gewertet, wenn wenigstens eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

- » Das histologische Ergebnis einer minimal-invasiven Biopsie (AID) ist B5.
- » Das Tumorstadium ist I bis IV (TUM).
- » Die post-operative Histologie ist DCIS, invasives Karzinom oder anderes Malignom.
- » Es gibt einen nachfolgenden radiologischen Befund mit BIRADS-6.

Da sich die Qualität der intramuralen Dokumentation und damit der Dokumentation von Brustkrebsfällen von Bundesland zu Bundesland stark unterscheidet, schwankt auch die dokumentierte Brustkrebsdetektionsrate erheblich. Der Wertebereich beträgt 38 bis 646 Brustkrebsfälle je 100.000 Teilnehmerinnen. Um dennoch eine erste Einschätzung abzugeben, kann man die Analyse auf zwei Bundesländer fokussieren: Tirol als Beispiel für eine Region mit einem auch schon vor dem österreichweiten Programm bestehenden Brustkrebs-Früherkennungsprogramm und Vorarlberg als Beispiel für eine Region, in der ein flächendeckendes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm neu eingeführt wurde. Beide Bundesländer verfügen über eine vergleichsweise gute Dokumentation der Brustkrebsfälle. In Tirol wurden 394 Brustkrebsfälle je 100.000 Teilnehmerinnen dokumentiert, was einer relativen Brustkrebsdetektionsrate des 2,2- bzw. 1,9-fachen der Hintergrundinzidenz entspricht. Dieser Wert liegt über dem Zielwert von 1,5 für Folgescreenings. In Vorarlberg wurden 646 Brustkrebsfälle je 100.000 Teilnehmerinnen dokumentiert, was dem 3,5- bzw. 3,1-fachen der Hintergrundinzidenz entspricht. Dieser Wert liegt über dem Zielwert von 3 für Erstscreenings.

Diese Auswertungen geben nur einen ersten Hinweis auf die Detektionsraten im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Der gegenwärtige Stand der Dokumentation erlaubt diesbezüglich keine genauere Analyse. Es ist somit auch keine Aussage darüber möglich, in welchem Stadium bzw. welcher Brustkrebstyp detektiert wird. Es ist auch keine Aussage darüber möglich, wie viele falsch-positive Befunde und damit auch invasive Abklärungsuntersuchungen dieser Zahl an Brustkrebsbefunden gegenüberstehen. Eine definitive Aussage über diesen wichtigen Indikator zur Ergebnisqualität des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ist somit zum gegenwärtigen Dokumentationsstand nicht möglich.

Tabelle 7.13:

Zielwerte EU Guidelines: Breast cancer detection rate, expressed as a multiple of the underlying, expected, breast cancer incidence rate in the absence of screening (IR)

	Akzeptabel	Empfohlen
Erstscreenings	3 x IR	> 3 x IR
Folgescreenings	1.5 x IR	> 1.5 x IR

Quelle: GÖG/BIQG

7.9.2 Annäherung an die Detektionsrate unter Verwendung von Abrechnungsdaten

Auf Grund mangelnder Vollständigkeit intramuraler Dokumentation wird im Folgenden ein anderer Zugang zur Ableitung der Detektionsrate über die Abrechnungsdaten der Krankenversicherungsträger (FOKO⁹ Daten) gewählt. Dabei handelt es sich um Routinedaten, die zum Zweck der Abrechnung und nicht zum Zweck der Evaluation erhoben wurden. Sie weisen daher Limitationen auf (z. B. verfügbare Zeiträume).

Kumulierte, anonymisierte Daten zu Entlassungsdiagnosen und Screening-Teilnahmen wurden von folgenden Krankenversicherungsträgern zur Verfügung gestellt:

- » Burgenländische Gebietskrankenkasse
- » Wiener Gebietskrankenkasse
- » Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
- » Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
- » Steiermärkische Gebietskrankenkasse
- » Kärntner Gebietskrankenkasse
- » Salzburger Gebietskrankenkasse
- » Tiroler Gebietskrankenkasse
- » Vorarlberger Gebietskrankenkasse
- » Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
- » Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- » Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- » Sozialversicherungsanstalt der Bauern

9

Folgekosten: Datenbank der Sozialversicherung zur Ermittlung von Eigen- und Folgekosten ärztlicher Leistungen und Verordnungen

Zur Ableitung der Detektionsrate im Brustkrebs-Früherkennungsprogramm aus Abrechnungsdaten der Krankenversicherungsträger wurden folgende Informationen, jeweils für die Kernzielgruppe des Programms (Frauen im Alter von 45–69 Jahren) herangezogen:

- » Für die Jahre 2014 und 2015 Anzahl der Frauen mit Entlassungsdiagnosen C50 (bösartige Neubildung der Brustdrüse) und D05 (Carcinoma in situ der Brustdrüse) und zuvor in Anspruch genommenem Screening (inkl. Zeitspanne zwischen Screening und Entlassungsdiagnose)
- » Gesamtzahl der Frauen mit Screening-Teilnahme im Jahr 2014 und 2015

Unter der Annahme, dass die erste Krankenhausentlassung 0–5 Monate nach der letzten Screening-Untersuchung verzeichnet wurde, ergibt sich eine Detektionsrate von 492/100.000 Screening-Teilnehmerinnen der Kernzielgruppe. Geht man von einer ersten Krankenhausentlassung 0–11 Monate nach dem letzten Screening aus, liegt die Detektionsrate bei 536/100.000 Screening-Teilnehmerinnen der Kernzielgruppe. Falsch-negative Screening-Ergebnisse mit Erkrankungen, die innerhalb der Zeiträume 0–5 und 0–11 Monate nach dem Screening akut wurden und eine Krankenhausentlassung zur Folge hatten, können in dieser Berechnung nicht ausgeschlossen werden. Studienergebnisse und Ergebnisse anderer Screening-Programme weisen auf eine falsch-negativ Rate von 200/100.000¹⁰ Frauen hin. (EBM Review Center 2013)

7.10 Fazit

Zum Evaluationszeitpunkt kann aufgrund der kurzen Programmlaufzeit bzw. der eingeschränkten Datenverfügbarkeit aus dem Assessmentbereich nur ein kleiner Teil an definierten Qualitätsindikatoren sinnvoll ausgewertet und beschrieben werden – und hier vor allem jene Indikatoren, die auf die Versorgung und die Leistungserbringung niedergelassener Radiologinnen und Radiologen fokussieren. So sind die Anteile der radiologisch akzeptablen Mammographien sehr hoch (über 99 %) bzw. die notwendigen Wiederholungen aus technischen Gründen äußerst gering (unter 0,1 %). Die für diesen Zeitraum berechneten Werte sind allerdings unwahrscheinlich häufig „gut“, d. h. nahe bei 100 Prozent, weshalb die Validität der Dateneingabe angezweifelt werden könnte.

Aufgrund der sofortigen Durchführung der Ultraschalluntersuchung bei dichtem Brustgewebe bzw. bei einem suspekten Mammographie-Befund ist nur für 2,2 Prozent der Frauen eine Wiederanreise zu weiterführenden Untersuchungen notwendig. Allerdings erfolgt der Einsatz des Ultraschalls bei 64 Prozent der Untersuchungen, was einen vergleichsweise hohen Wert darstellt. Eine Aussage zu positiven (Erhöhung der Sensitivität) und negativen Auswirkungen (Erhöhung der falsch-positiven Befunde) des eingesetzten Ultraschalls im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung ist aufgrund fehlender Assessment- und Tumordaten zum jetzigen Evaluierungszeitpunkt noch nicht möglich.

¹⁰

Diese Angaben zu "falsch-negativen" Mammographien umfassen lt. Quelle tatsächlich falsch-negative Befunde und Intervallkarzinome

Positiv hervorzuheben ist die kurze Wartezeit bis zur Fertigstellung des Endbefundes, die im Durchschnitt etwa zwei Werkzeuge beträgt und dadurch die Belastung der Frauen aufgrund langer Wartezeiten möglichst vermieden wird.

Eine erste vorsichtige Analyse zur Brustkrebs-Detektionsrate auf regionaler Ebene lässt eine positive Entwicklung seit Programmstart vermuten. Der gegenwärtige Stand der Dokumentation erlaubt diesbezüglich aber keine genauere Analyse für ganz Österreich.

7.11 Empfehlungen

Die aus der Berechnung von Qualitätsindikatoren ableitbaren Empfehlungen entsprechen den im Abschnitt 4.3 (Datenqualität) formulierten Empfehlungen und werden hier in diesem Zusammenhang nochmals angeführt.

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Datenqualität wird daher empfohlen, die von den Leistungserbringern zur Dokumentation verwendete Software einem Audit bzw. einer Zertifizierung hinsichtlich ihrer Tauglichkeit zur Dokumentation von Daten im Rahmen des Früherkennungsprogramms zu unterziehen. Nur so kann verhindert werden, dass es durch die Dokumentation vordefinierter Antworten zu Verzerrungen bei der Auswertung einzelner Qualitätsindikatoren kommt.

Darüber hinaus wird empfohlen, dass die regional verantwortlichen Radiologinnen/Radiologen stichprobenartig die Datenvalidität der Dokumentation prüfen, wobei die Fälle in der Stichprobe zentral von der auswertenden Stelle (GÖG) ausgewählt werden.

8 Evaluierung der Öffentlichkeitsarbeit und Bevölkerungsinformation

Das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm informiert mit unterschiedlichen Maßnahmen, stellt Unterlagen (Folder, Einladungsbrief mit Merkblatt, Broschüre, Website www.frueh-erkennen.at) bereit und setzt darüber hinaus spezifischen Maßnahmen im Rahmen der Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit.

Im Jahr 2014 umfassten diese Maßnahmen¹¹:

- » Österreichweites Affichieren von Plakaten mit Fokus auf Landeshauptstädten
- » Inserate in Tages- und Regionalmedien (z. B. NÖN, Salzburger Nachrichten, Oberösterreichische Nachrichten)
- » Pressekonferenz zum Start der Informationskampagne sowie Platzieren von redaktionellen Beiträgen und Lancieren von Inhalten
- » Online-Werbung

Im Jahr 2015 wurden folgende Maßnahmen gesetzt¹²:

- » Werben und Gewinnen von acht prominenten Frauen, die sich für das Thema engagieren (Testimonials)
- » Österreichweites Senden von TV-Spots mit prominenten Frauen
- » Inserate in österreichweiten Medien, vor allem Magazine
- » Pressearbeit mit dem Ziel redaktionelle Beiträge zum Thema Brustkrebs-Früherkennung zu platzieren
- » Online-Werbung (Suchmaschinen-Optimierung, Native Ads)
- » Überarbeitung der Programmwebsite
- » Start einer Facebook-Seite
- » Maßnahmen für Frauen mit Migrationshintergrund

Teilaspekt der Evaluation des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ist gemäß Evaluationskonzept auch die Evaluation der Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Moduls *Erhebung zum Informationsstand der Bevölkerung bezüglich Brustkrebsfrüherkennung*, um festzustellen, ob Frauen soweit informiert sind eine informierte Entscheidung über eine Screening-Teilnahme treffen zu können.

¹¹

Information der Koordinierungsstelle, E-Mail am 19. 5. 2016

¹²

Information der Koordinierungsstelle, E-Mail am 19. 5. 2016

Das Evaluationskonzept beinhaltet folgende *Wissenschwerpunkte*:

- » Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu erkranken
- » Risikofaktoren von Brustkrebs
- » Potenzieller Nutzen und mögliche nachteilige Folgen einer Teilnahme an der Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung
- » Ablauf einer Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung (z. B. Inanspruchnahme, Interpretation eines auffälligen Befunds)
- » Weitere Vorgehensweise bei einem auffälligen Befund der Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung

Zentrale Ergebnisse zum Informationsniveau der Befragten (Interviews 2013 und 2015) sind im folgenden Kapitel dargestellt. Die Toolbox mit Tabellenbänden aller abgefragten Items kann bei der Gesundheit Österreich GmbH nachgefragt werden.

Parallel zur Erhebung des Informationsstands wurde auch das Merkblatt des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms evaluiert. Das Merkblatt ist jene Informationsunterlage, die allen teilnahmeberechtigten Frauen mit dem Einladungsbrief zugesandt wird und stellt damit ein zentrales Informationsmedium dar.

8.1 Informationsniveau der Zielpopulation

8.1.1 Ausgangslage

Zur Erhebung des Informationsstands zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm in der Zielbevölkerung wurden zwei repräsentative Befragungen von in Österreich lebenden Frauen im Alter von 40 bis 74 Jahren durchgeführt. Einmal vor der Einführung des BKFP (Befragungszeitpunkt März 2013) sowie einmal nach der Einführung (Befragungszeitpunkt August/September 2015). Die erste Befragung wurde vom *Institute for Social Research and Consulting Ogris & Hofinger GmbH* (SORA) die zweite vom *Institut Jaksch & Partner* realisiert. Die Fragebögen für diese Erhebungen wurden von der GÖG/BIQG erarbeitet und können dem Anhang 4 und 5 entnommen werden. Für die Erhebung im Jahr 2015 wurde der 2013 erstellte Fragebogen dem mittlerweile gestarteten Programm entsprechend adaptiert.

8.1.2 Methode

Alle in Österreich lebenden Frauen im Alter von 40 bis inkl. 74 Jahren waren definierte Zielgruppe. 750 computerunterstützte telefonische Interviews (CATI) im Jahr 2015 sowie 1.000 CATI-Befragungen im Jahr 2013 wurden österreichweit durchgeführt.

Befragungsteilnehmerinnen wurden jeweils über eine nach Bundesland geschichtete Zufallsauswahl aus der Zielgruppe (in Österreich lebende Frauen im Alter zwischen 40–74) gefunden. Mobil und Festnetznummern wurden in der Befragung verwendet und ein Random-Last-Digit(s)¹³-Verfahren angewendet, um auch Personen erreichen zu können, die ihre Telefonnummer nicht im Telefonbuch erfassen lassen.

Beide Befragungsinstitute setzten umfassende Maßnahmen zur Qualitätssicherung der CATI-Befragung (z. B. Schulung, Monitoring) ein. Folgende Tabellen zeigen die Ausschöpfungsstatistik der beiden Befragungen.

Tabelle 8.1:
Ausschöpfungsstatistik der telefonischen Befragung 2015

Ausschöpfungsstatistik bundesweit	n	%
Bruttostichprobe (gezogene und generierte Nummern)	6.566	100 %
Keine Person der Grundgesamtheit im Haushalt	1.450	22,1 %
Zielperson nicht erreicht nach 5 Versuchen	1.635	24,9 %
Zielpersonen mit Sprachbarriere	58	3,1 %
Kein Anschluss / falsche Nummer	1.375	20,9 %
Kein Privathaushalt	240	3,7 %
Stichprobenneutrale Ausfälle gesamt	4.758	72,5 %
Bereinigte Stichprobe (Ausschöpfungsbasis)	1.808	100 %
Andere Ausfallgründe	47	2,5 %
Zielperson erreicht, aber verweigert	598	32,0 %
Zielperson erreicht, aber nicht interviewfähig	57	3,1 %
Zielperson nicht erreicht nach < 5 Versuchen	356	19,1 %
Durchgeführte Interviews / Ausschöpfung	750	41,5 %

Quelle: Jaksch & Partner

Tabelle 8.2:
Ausschöpfungsstatistik der telefonischen Befragung 2013

Ausschöpfungsstatistik bundesweit	n	%
Bruttostichprobe (gezogene und generierte Nummern)	3.684	100,00 %
Qualitätsneutrale Ausfälle (falsche Telefonnummern, Büroanschlüsse, keine deutschsprachigen Personen etc.)	400	10,90 %
Keine geeignete Zielperson im Haushalt	1.136	30,80 %
Stichprobenneutrale Ausfälle gesamt	1.536	41,70 %
Bereinigte Stichprobe (Ausschöpfungsbasis)	2.148	100,00 %
Verweigerungen	387	18,00 %
Interviewabbrüche	130	6,10 %
Unter der Nummer konnte trotz mehrmaliger Kontaktversuche niemand erreicht werden	632	29,00 %
Durchgeführte Interviews / Ausschöpfung	1008	46,90 %

Quelle: IFES

¹³

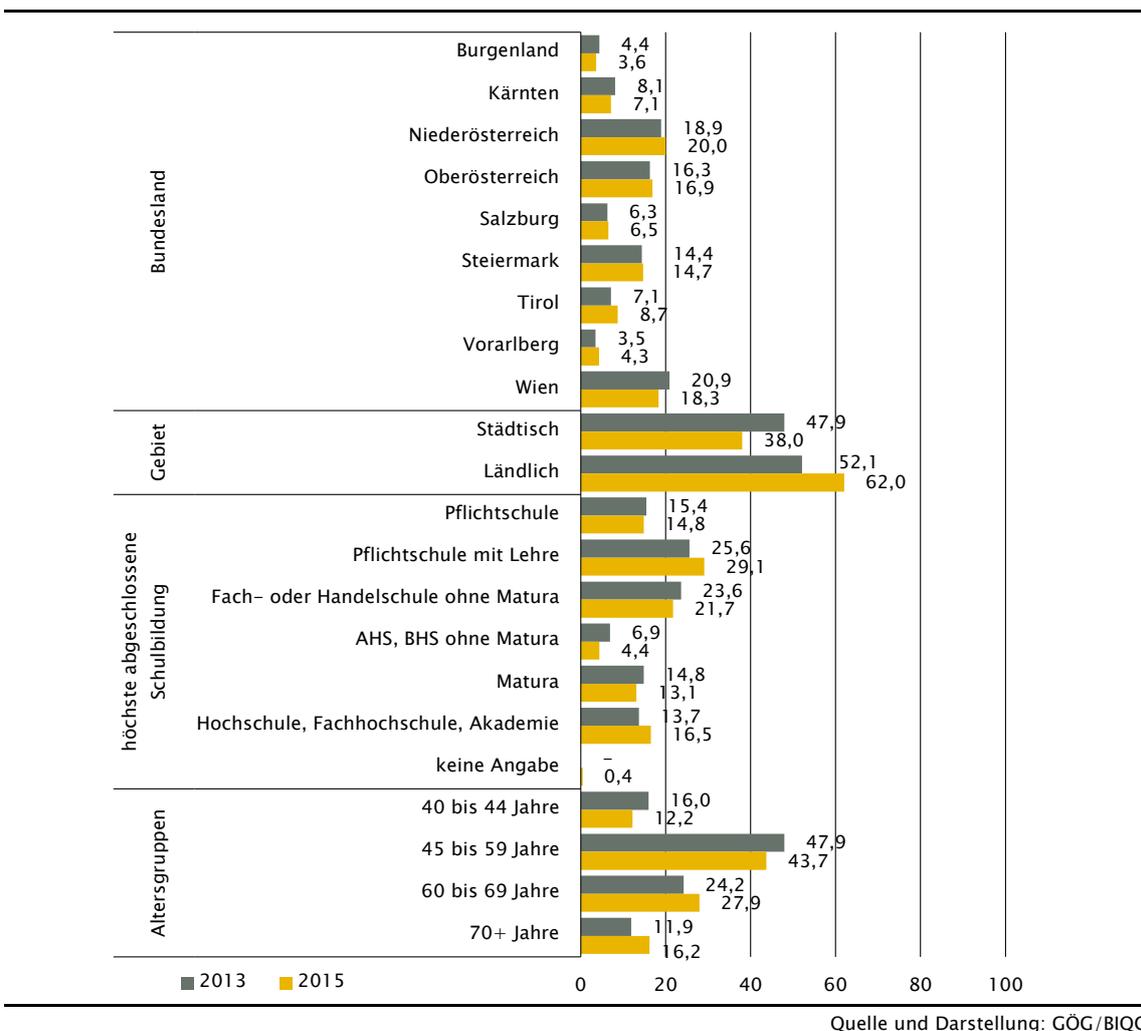
Im Jahr 2013 wurden die beide letzten Ziffern randomisiert, im Jahr 2015 die letzte Ziffer

Da es sich bei den berichteten Anteilswerten um Werte aus Stichproben handelt, unterliegen diese einer statistischen Unsicherheit. Bei der Erhebung 2013 (N=1.008) ist davon auszugehen, dass die realen Anteilswerte in der Grundgesamtheit mit 95 prozentiger Wahrscheinlichkeit in einem Intervall von +/- 3,1 Prozent um die Stichprobenanteilswerte liegen. Bei der Befragung von 2015 (N=750) sind es +/- 3,6 Prozent. Unterschiede werden ab einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ als signifikante Unterschiede bezeichnet.

8.1.3 Demografie

Die demografischen Eckdaten der Befragten zu beiden Erhebungszeitpunkten sind durchaus vergleichbar. Signifikante Unterschiede gibt es beim Durchschnittsalter und der Stadt/Land-Verteilung der Befragten. Im Jahr 2015 liegt das Durchschnittsalter mit 57,6 Jahren um 1,9 Jahre höher als bei der ersten Befragung 2013. In der Befragung 2015 wohnten 62 Prozent der Befragten auf dem Land. Im Jahr 2013 waren es nur ca. 52 Prozent.

Abbildung 8.1: Antworthäufigkeiten in Prozent. Sozioökonomische Eckdaten. Vergleich 2013–2015



8.1.4 Brustkrebs-Betroffenheit

Ein großer Teil der befragten Frauen hat bereits Erfahrungen mit Brustkrebs gemacht und ist entweder selbst erkrankt oder hat Familie, Freunde oder Bekannte, die schon einmal an Brustkrebs erkrankt sind. Weit mehr als die Hälfte der Befragten gibt an eine Freundin, Bekannte oder Kollegin zu haben, die schon einmal an Brustkrebs erkrankt war. Etwa jede fünfte Befragte gibt an, dass ein Familienmitglied schon einmal an Brustkrebs erkrankt ist, und sieben bis acht Prozent der Befragten geben an selbst an Brustkrebs erkrankt (gewesen) zu sein.

Die Anteile derjenigen, die bereits einmal selbst an Brustkrebs erkrankt bzw. in deren Umfeld Frauen an Brustkrebs erkrankt sind, unterscheiden sich in beiden Erhebungswellen kaum.

8.1.5 Brustkrebs-Risikofaktoren

Wissen zu Risikofaktoren von Brustkrebs ist nicht nur relevant für Lebensstilentscheidungen, sondern auch ein Faktor für die informierte Entscheidung über die Teilnahme an einem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm.

Der Schwerpunkt der Kommunikation des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms galt in den ersten beiden Jahren der Programm-Umsetzung, den Programm-Abläufen und dem Thema Früherkennung. Informationen zu Risikofaktoren standen nicht im Zentrum der Informationstätigkeit zum Programm.

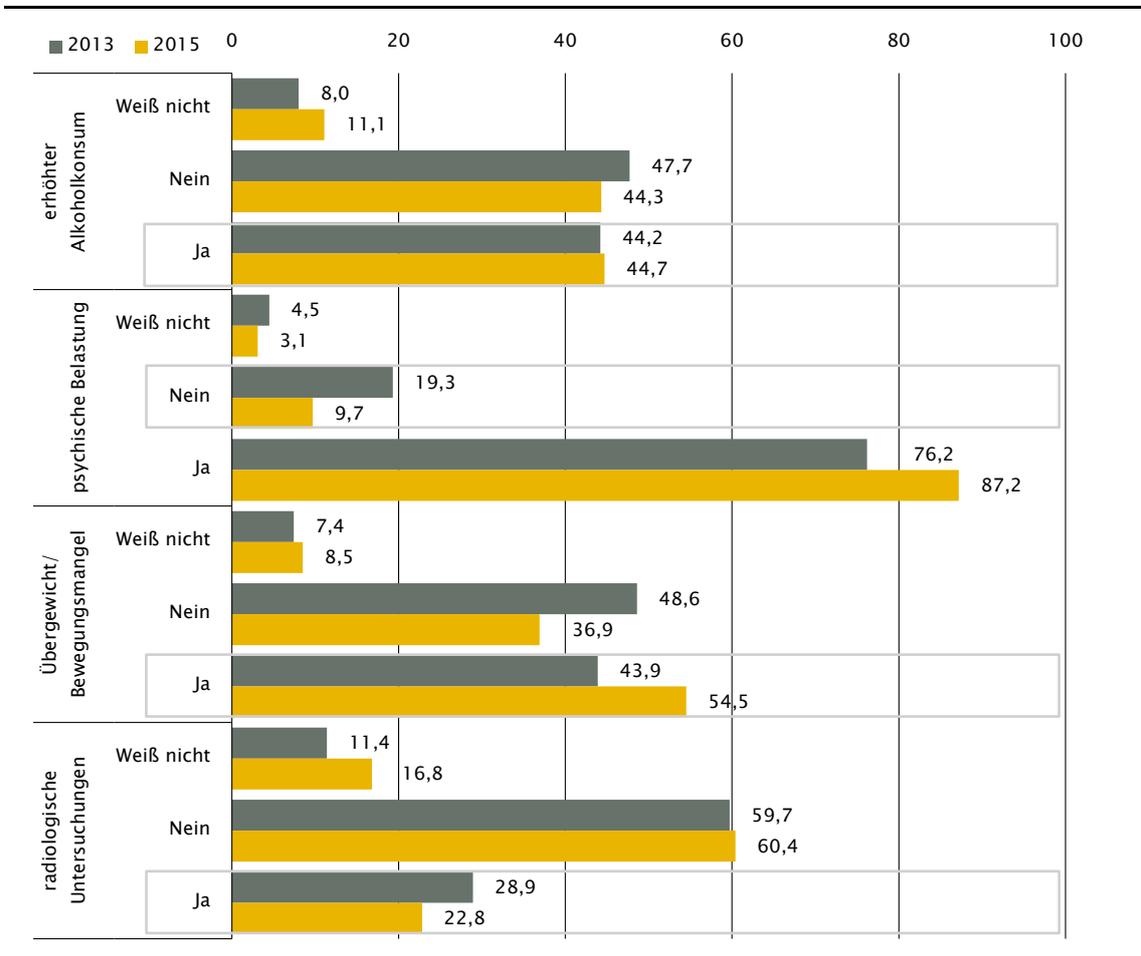
Falsche Einschätzungen bezüglich Brustkrebs-Risikofaktoren sind in der Zielgruppe sehr weit verbreitet. So sind mehr als 80 Prozent der Befragten der Ansicht, psychische Belastung stelle einen Risikofaktor dar, was aber nicht zutrifft (vgl. Aro et al. 2005; Bleiker et al. 2008; Schoemaker et al. 2016). Insgesamt erachten nur etwa 44 Prozent der Befragten erhöhten Alkoholkonsum richtigerweise als Risikofaktor (vgl. Coutelle C 2004; McDonald JA 2013). Insgesamt geht weniger als die Hälfte der Befragten richtig davon aus, dass Übergewicht und Bewegungsmangel zu den Risikofaktoren (vgl. Sundaram S 2013) für Brustkrebs zählen. Nur etwa jede vierte Befragte ist richtigerweise der Meinung, dass auch radiologische Untersuchungen der Brust (vgl. EBM Review Center 2013) Risikofaktoren darstellen.

Befragte im Jahr 2015 zeigen insgesamt geringeres Wissen über Brustkrebs-Risikofaktoren gegenüber den im Jahr 2013 Interviewten. Zwischen den beiden Befragungswellen kommt es zu teils relevanten und statistisch signifikanten unterschiedlichen Antworthäufigkeiten, hin zu noch höheren Anteilen von Falschantworten bei den Befragten im Jahr 2015. Psychische Belastungen werden im Jahr 2015 noch häufiger als Risikofaktoren (etwa +11 %) genannt. Radiologische Untersuchungen wiederum seltener (-6 %).

Eine Gesamteinschätzung zum Brustkrebs-Risiko-Wissen der Befragten und zum unterschiedlichen Antwortverhalten zwischen den beiden Befragungszeitpunkten liefert das Kapitel Wissensindizes (Seite 93).

Abbildung 8.2:

Antworthäufigkeiten in Prozent. Erhöht sich durch folgende Umwelteinflüsse und Verhaltensweisen Ihrer persönlichen Meinung nach das Risiko an Brustkrebs zu erkranken? Vergleich 2013–2015



Graue Rahmen kennzeichnen richtige Antworten; Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

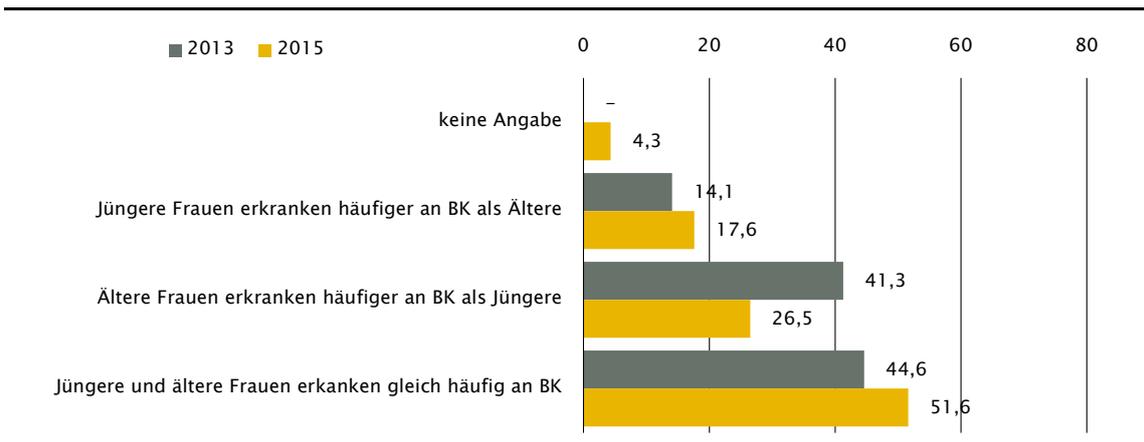
Über beide Befragungszeitpunkte hinweg ist nur etwas mehr als ein Drittel der Befragten der zutreffenden Meinung, dass ältere Frauen häufiger an Brustkrebs erkranken als Jüngere. Fast die Hälfte der Befragten geht fälschlicherweise davon aus, dass jüngere und ältere Frauen gleich häufig an Brustkrebs erkranken.

Damit können das eigene Risiko und die Entwicklung des Risikos über die eigene Lebenszeit hinweg nicht oder nicht korrekt in die Entscheidungsfindung für oder gegen eine Teilnahme einbezogen werden. Zudem ist dieses Risikowissen notwendig, um nachvollziehen zu können, warum sich Brustkrebs-Früherkennungsprogramme nicht an junge Frauen richten (in Österreich können Frauen ab 40 Jahren teilnehmen).

Das Informationsniveau der Frauen in der Zielgruppe hat sich zwischen 2013 und 2015 verschlechtert. Zwischen den Befragungszeitpunkten kommt es teilweise zu statistisch signifikanten und zum Teil auch deutlichen Verschiebungen hin zu noch höheren Anteilen an Falschantworten. Im Jahr 2015 geben nur noch knapp 27 Prozent der Befragten an, dass ältere Frauen häufiger an Brustkrebs erkranken als jüngere, im Jahr 2013 waren es immerhin noch mehr als 41 Prozent.

Abbildung 8.3:

Antworthäufigkeiten in Prozent. Risikofaktor Brustkrebs (BK) Alter. Vergleich 2013–2015



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

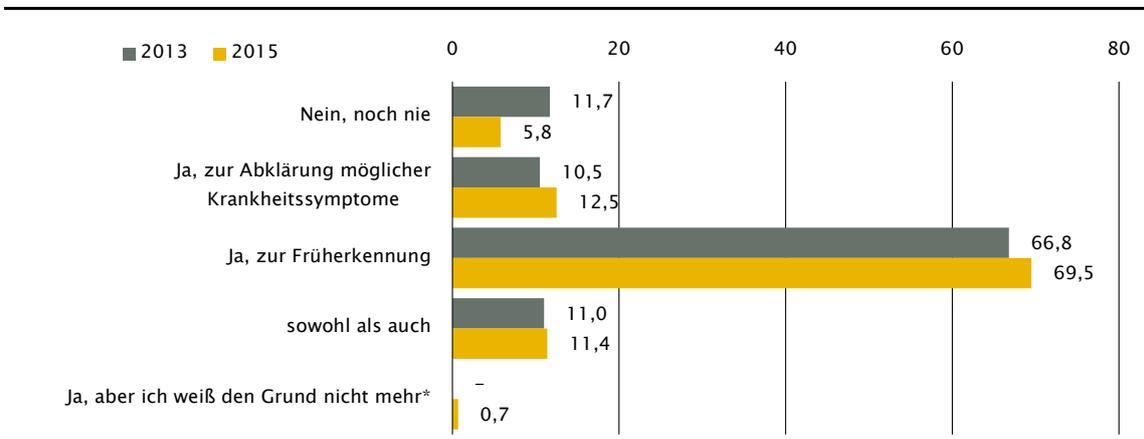
8.1.6 Erfahrung mit Mammographie

Beinahe alle befragten Frauen haben schon einmal eine Mammographie durchführen lassen. Insgesamt geben (über beide Befragungszeitpunkte hinweg) mehr als 90 Prozent der Befragten an, schon einmal eine Mammographie gemacht zu haben.

Im Jahr 2015 haben etwas weniger Frauen der Zielgruppe noch nie eine Mammographie durchführen lassen als noch im Jahr 2013. Der Anteil derjenigen, die angeben noch nie eine Mammographie gehabt zu haben, beträgt im Jahr 2015 knapp sechs Prozent und ist damit deutlich und statistisch signifikant kleiner als im Jahr 2013. Etwas mehr als zwei Drittel gaben zu beiden Befragungszeitpunkten „Früherkennung“ als häufigsten Grund an schon einmal eine Mammographie gemacht zu haben.

Abbildung 8.4:

Antworthäufigkeiten in Prozent. Haben Sie schon einmal eine Mammographie machen lassen?
Wenn ja, warum? Vergleich 2013–2015



*...Kategorie wurde im Jahr 2013 nicht erfasst; Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

8.1.7 Brustkrebs-Früherkennung

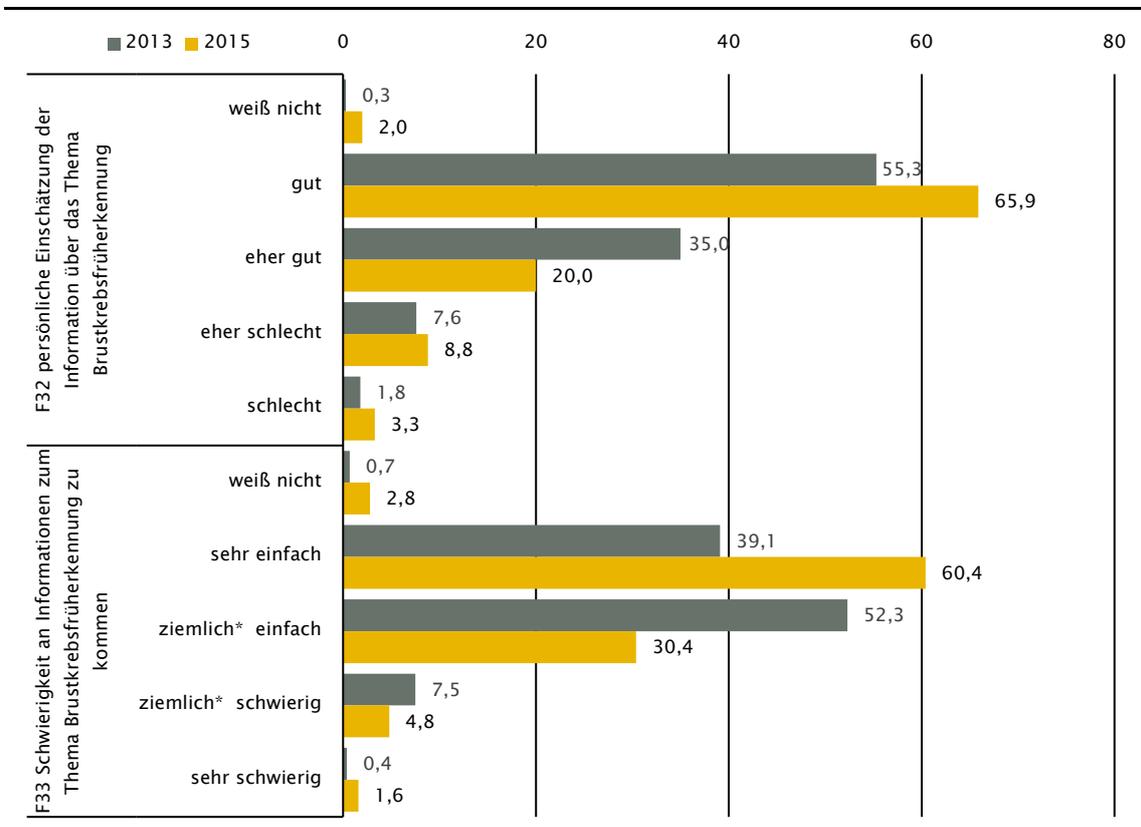
8.1.7.1 Subjektive Einschätzung zum eigenen Informationsniveau und der Zugänglichkeit von Informationen

Die überwiegende Mehrheit der Frauen in der Zielgruppe ist der Meinung, dass sie gut oder sehr gut über das Thema Brustkrebs-Früherkennung informiert sei bzw. dass es einfach sei Informationen zu diesem Thema zu finden.

Im Jahr 2015 ist der Anteil der Frauen in der Zielgruppe, die sich sehr informiert fühlt, gegenüber dem Jahr 2013 deutlich und statistisch signifikant angestiegen. Demgegenüber unterscheiden sich die Anteile derjenigen, die sich für schlecht oder sehr schlecht informiert halten, kaum von jenen zum Erhebungszeitpunkt 2013. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch bei der Einschätzung, wie schwierig es ist Informationen zum Thema Brustkrebs-Früherkennung zu erhalten.

Abbildung 8.5:

Wie gut fühlen sich Frauen informiert und wie einfach erhalten sie Informationen?
 Antworthäufigkeiten (in %)



*2013 wurde Kategorie mit eher erhoben; keine Antwort: F32(2%) F33(2,8%); Darstellung GÖG/BIQG

Tabelle 8.3:

Mittelwertvergleiche der Fragen F32 (Gefühl der Informiertheit) und F33 Zugang zu Informationen

		F32 Persönliche Einschätzung der Information über das Thema Brustkrebsfrüherkennung	F33 Schwierigkeit an Informationen zum Thema Brustkrebsfrüherkennung zu kommen
2013	Mittelwert	1,56	1,69
	N	1005	1001
	SD	,713	,624
2015	Mittelwert	1,49*	1,46*
	N	735	729
	SD	,796	,668

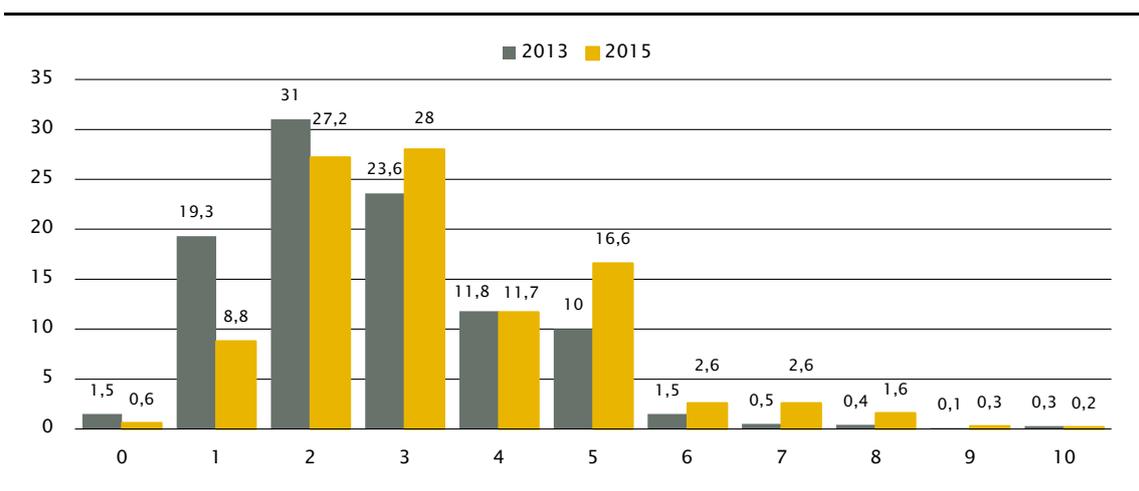
*... signifikant (5% Niveau) unterschiedlich von 2013; MIN=1(gut, sehr einfach) Max=4(schlecht, sehr schwierig); SD...Standardabweichung, Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

8.1.7.2 Subjektive Einschätzung zur Gefährlichkeit von Brustkrebs und dem Nutzen der Brustkrebs-Früherkennung am Beispiel Mortalität

An beiden Erhebungszeitpunkten wurde den Befragten eine Frage zur brustkrebspezifischen Mortalität von an Brustkrebs erkrankten Frauen gestellt. Dieses Item zielt insbesondere darauf ab, die Einschätzung der Frauen hinsichtlich der Gefahr einer Brustkrebserkrankung abzubilden und nicht das epidemiologische Fachwissen der Zielgruppe zu überprüfen. Zudem kann durch den Vergleich der Ergebnisse aus den Jahren 2015 und 2013 ermittelt werden, ob im Rahmen der Kommunikation zum Programm positive oder negative Tendenzen beim Wissensstand über die Mortalität erkennbar sind. Um die Fragestellungen allgemein verständlich zu halten, wurde die generelle Einschätzung einer zeitlich nicht näher bestimmten Sterberate abgefragt. Die Befragungsteilnehmerinnen sollten einschätzen, wie viele von zehn an Brustkrebs erkrankten Frauen tatsächlich an Brustkrebs sterben. Im Durchschnitt der beiden Erhebungszeitpunkte schätzen die Befragten die Verstorbenen-Rate auf 2,96, was je nach Interpretation der Fragestellung im Rahmen der plausiblen Antworten liegt. Im Jahr 2015 schätzten die befragten Frauen Brustkrebs als deutlich gefährlicher ein als noch im Jahr 2013. Die durchschnittlich geschätzte Sterberate im Jahr 2015 lag mit 3,27 um 0,58 (statistisch signifikant) höher als noch im Jahr 2013 mit einem Durchschnittswert von 2,69. Plausible Antworten bewegen sich laut Literatur (je nachdem ob ein Überlebenszeitintervall von 5, 10 oder 15 Jahren zugrunde gelegt wird) zwischen 1,5 und 4 von 10 Frauen (American Cancer Society 2011; Institut für klinische Epidemiologie 2013; Office for National Statistics 2005).

Abbildung 8.6:

Was denken Sie, wie viele von 10 an Brustkrebs erkrankten Frauen sterben auch tatsächlich an Brustkrebs? (Antworthäufigkeit in Prozent). Vergleich 2013–2015



2013: keine Antwort 20,9 %; 2015: keine Antwort 16,5 %; Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Im Jahr 2015 wurden den Befragten noch zwei zusätzliche Fragen mit dem Ziel gestellt, eine Einschätzung zur brustkrebsbedingten Mortalität von 1.000 Frauen im Alter zwischen 50–59 über

einem Zeitraum von zehn Jahren hinweg erheben.¹⁴ Die Items zielen darauf ab, einen Eindruck vom subjektiven Nutzen der Brustkrebs Früherkennung für die Frauen der Zielgruppe zu gewinnen. Deshalb wurden die Befragten gebeten, diese Einschätzung sowohl für Frauen, die regelmäßig Brustkrebs Früherkennungsmammographien durchführen lassen, als auch für Frauen, die dies nicht tun, vorzunehmen. Auch hier steht nicht das Ziel, das epidemiologische Wissen der Befragten zu überprüfen im Vordergrund, sondern die Wahrnehmung der Frauen abzubilden.

Die Frauen der Zielgruppe gehen von einem hohen Nutzen der Früherkennung aus. Im Durchschnitt¹⁵ gehen die im Jahr 2015 befragten Frauen von 69,62 an Brustkrebs Verstorbenen pro 1.000 Frauen für die Gruppe der Frauen, die zur Früherkennungsmammographie gehen, aus. Laut Literatur wäre eine realistische Einschätzung der Brustkrebs-Todesfälle aber zwischen sechs (mit Brustkrebs-Früherkennung) und sieben (ohne Brustkrebs-Früherkennung) an Brustkrebs Verstorbenen pro 1.000 Frauen (EBM Review Center 2013). Die Anzahl an brustkrebsbezogenen Todesfällen pro 1.000 Frauen wird um mehr als den Faktor 10 überschätzt. Für die Gruppe der Frauen, die nicht zur Früherkennungsmammographie gehen, schätzen befragte Frauen insgesamt 146,05 an Brustkrebs Verstorbenen pro 1.000 Frauen, was einer Überschätzung um mehr als den Faktor 20 entspricht. Die Mittelwertdifferenz von 76,43 ist statistisch signifikant und sehr deutlich.

14

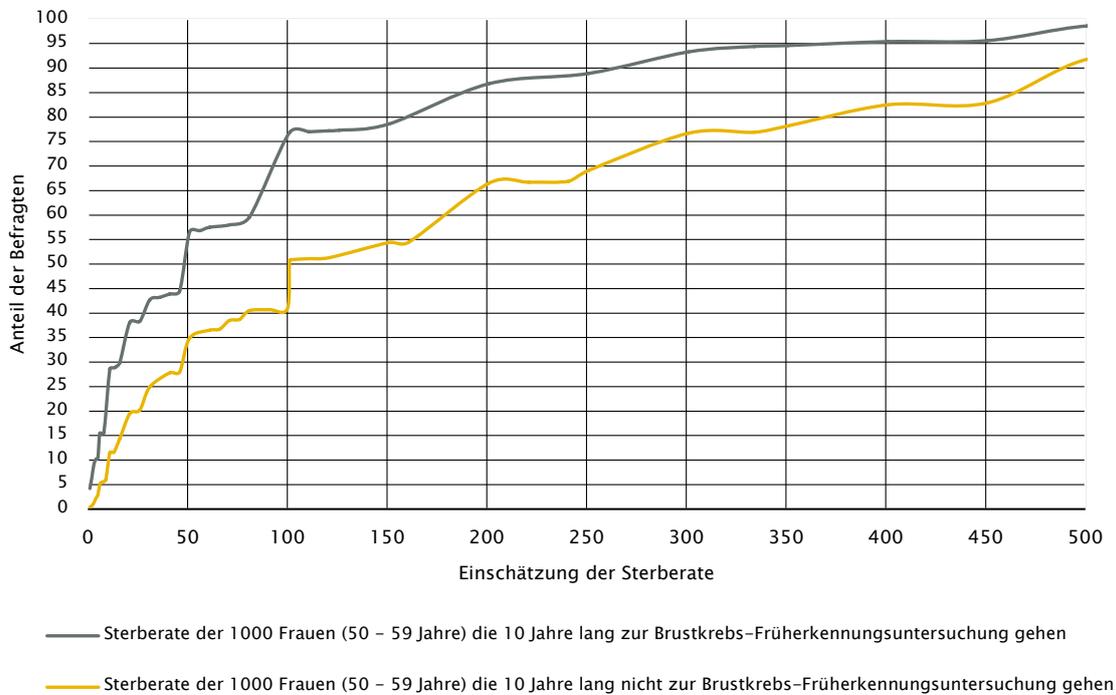
Eine vergleichbare Erhebung wurde in Deutschland durchgeführt und zeigte ebenfalls große Wissensdefizite (vgl. Gigerenzer/Wegwarth 2008)

15

Zur Berechnung wurden getrimmte Mittelwerte verwendet. Trimmung um 10 % beidseitig (oberstes und unterstes Dezil)

Abbildung 8.7:

Von Befragungsteilnehmerinnen im Jahr 2015 geschätzte Sterberaten von Frauen, die regelmäßig an Brustkrebs-Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen bzw. NICHT teilnehmen (kumulative %)



keine Antwort: F14 (24,1 %), F15 (26,7 %); Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

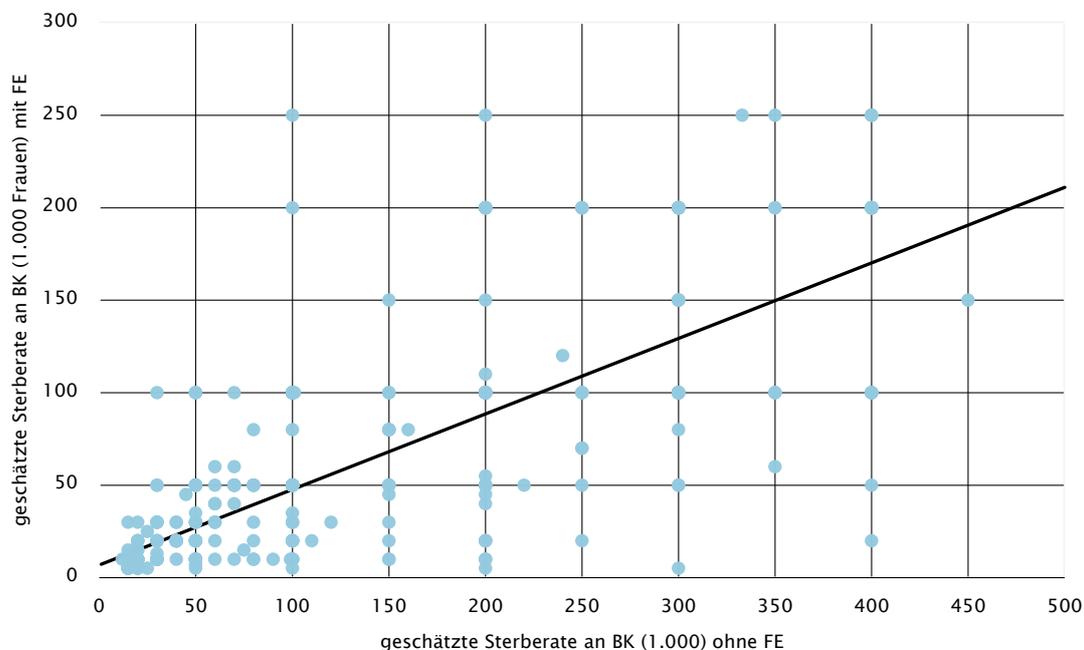
Auch die Ergebnisse der Regression¹⁶ weisen deutlich auf eine subjektive Wahrnehmung eines hohen Nutzens der Brustkrebs-Früherkennung hin. Die Befragten gehen im Schnitt von einer hohen Anzahl an durch Früherkennung vermeidbaren Brustkrebs-Todesfällen aus, die die tatsächlich durch Früherkennung vermeidbaren Todesfälle um ein Vielfaches (> Faktor 70) übersteigt.

16

Robuste Regression (weighted regression), robuste Konfidenzintervalle der Regressionsschätzer (sandwich parameter estimates)

Abbildung 8.8:

Regressionsgerade: Geschätzte Anzahl an Brustkrebs verstorbenen Frauen pro 1.000 mit und ohne Screening, in der Darstellung ausgeschlossen: oberstes und unterstes Dezil (wurde in der Berechnung berücksichtigt)



FE = Früherkennung

Robuste Regression (weighted regression), UV:F15 AV:F14, Quelle: Befragung 2015, Berechnung und Darstellung: GÖG/BIQG

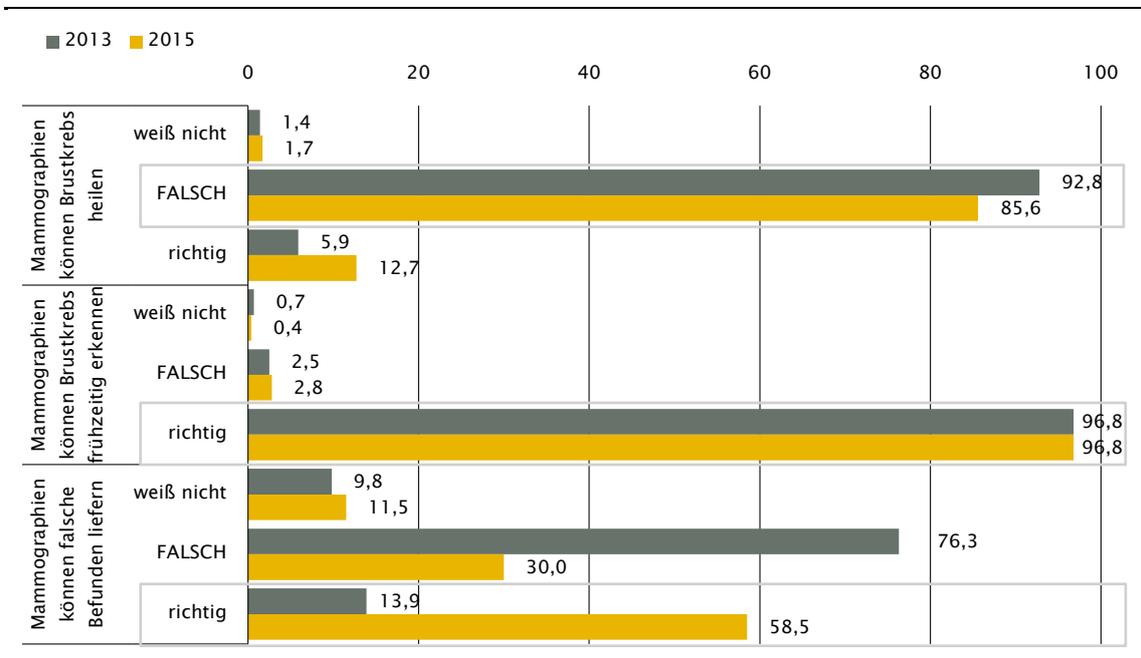
8.1.7.3 Früherkennungsmammographie: Subjektive Einschätzungen zum möglichen Nutzen

Vorstellungen der Zielgruppe zum Nutzen der Früherkennungsmammographie entsprechen auch abseits der Auswirkung auf die Mortalität nur zum Teil der Realität. Über beide Befragungszeitpunkte hinweg vermuten knapp neun Prozent der Befragten fälschlicherweise, dass Mammographien zur Heilung von Brustkrebs führen. Nur knapp ein Drittel der Befragten geht richtigerweise davon aus, dass Mammographien auch falsche Befunde liefern können. Mit fast 97 Prozent gehen allerdings die meisten Befragten auch richtigerweise davon aus, dass mithilfe von Mammographien Brustkrebs frühzeitig erkannt werden kann.

Im Jahr 2015 gehen mit fast 13 Prozent statistisch signifikant mehr Befragte als im Jahr 2013 (ca. 6 % mehr) von der falschen Annahme aus, dass Brustkrebs mit Mammographien geheilt werden kann. Allerdings ist im Jahr 2015 sehr viel mehr Frauen bewusst, dass Mammographien auch falsche Befunde liefern können. Diese Meinung vertreten im Jahr 2015 etwa 58 Prozent der Befragten. Im Jahr 2013 sind es etwa 14 Prozent.

Abbildung 8.9:

Antworthäufigkeiten in Prozent. Persönliche Meinungen zum möglichen Nutzen der Früherkennungsmammographie. Vergleich 2013–2015



Graue Rahmen kennzeichnen richtige Antworten; Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

8.1.7.4 Empfehlungen zur Früherkennungsmammographie

Wer empfiehlt sie?

Zur Früherkennungsmammographie zu gehen empfehlen am häufigsten Frauenärztinnen und Frauenärzte (64 % der Befragten geben dies über beide Erhebungszeitpunkte hinweg an). Von niemandem eine solche Empfehlung erhalten zu haben, ist mit 22 Prozent die zweithäufigste Antwort. Zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten gibt es kleinere wenn auch statistisch zum Teil signifikante Unterschiede. Statistisch signifikant häufiger als noch 2013 werden im Jahr 2015 vor allem Frauenärztinnen/Frauenärzte genannt, aber auch „andere“ Ärztinnen/Ärzte. Seltener werden Hausärztinnen/Hausärzte und Verwandte genannt.

Ab welchem Alter wird die Früherkennungsmammographie von Ärztinnen und Ärzten empfohlen?

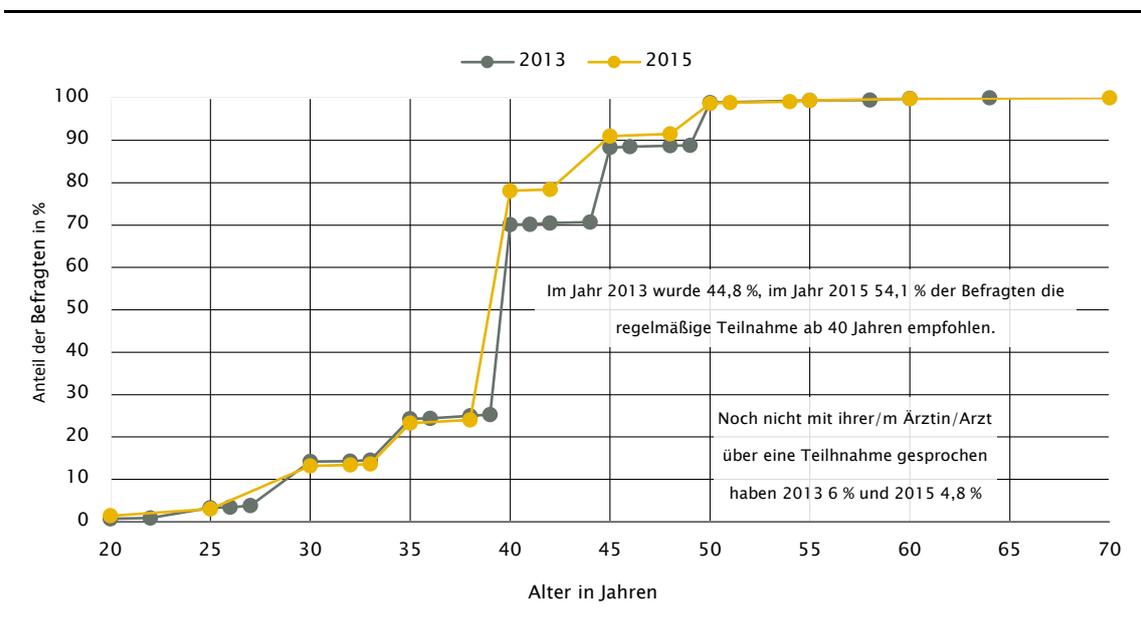
Laut evidenzbasierten europäischen Empfehlungen (Directorate-General 2006) sollte Frauen ab 50 Jahren die Inanspruchnahme eines standardisierten Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ermöglicht werden. Das Österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm richtet sich zwar

an eine Kernzielgruppe ab 45 Jahren, ermöglicht aber auch Frauen ab einem Alter von 40 Jahren am Früherkennungsprogramm teilzunehmen.

Fast allen befragten Frauen wird die Teilnahme an der Brustkrebs-Früherkennung von ihren Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hausärztinnen/Hausärzten schon deutlich vor dem fünfzigsten Lebensjahr empfohlen, wobei vielen Frauen die Teilnahme auch schon vor dem 40. Lebensjahr nahegelegt wird. Zu beiden Erhebungszeitpunkten erhielt etwa jede vierte Befragte noch vor ihrem vierzigsten Lebensjahr von ihrer Ärztin / ihrem Arzt eine Empfehlung zur Inanspruchnahme einer Früherkennungsmammographie.

Im Jahr 2013 liegen die durchschnittlichen Altersempfehlungen von Ärztinnen und Ärzten für den Start der Teilnahme an Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen bei einem Alter von 39,97 Jahren, im Jahr 2015 liegt die Durchschnittsempfehlung für das Start-Alter bei 39,56 Jahren. Diese kleine und statistisch nicht signifikante Mittelwertveränderung zwischen den Erhebungszeitpunkten ist vor allem auf eine im Jahr 2015 beobachtbare deutliche Häufung von Früherkennungsmammographie-Empfehlungen für Frauen ab dem vierzigsten Lebensjahr zurückzuführen, während im Jahr 2013 Frauen die ärztlichen Empfehlung zur Inanspruchnahme noch häufiger zwischen 41 und 45 Jahren erhielten.

Abbildung 8.10:
Ab welchem Alter empfiehlt ihr Arzt / ihre Ärztin eine Früherkennungsmammographie regelmäßig durchführen zu lassen (kumulative Prozent)



2013: keine Antwort 12,4 %; 2015: keine Antwort 10,7 %; Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Regelmäßigkeit der Inanspruchnahme von Brustkrebs-Früherkennungsmammographien: Praxis und Einschätzungen

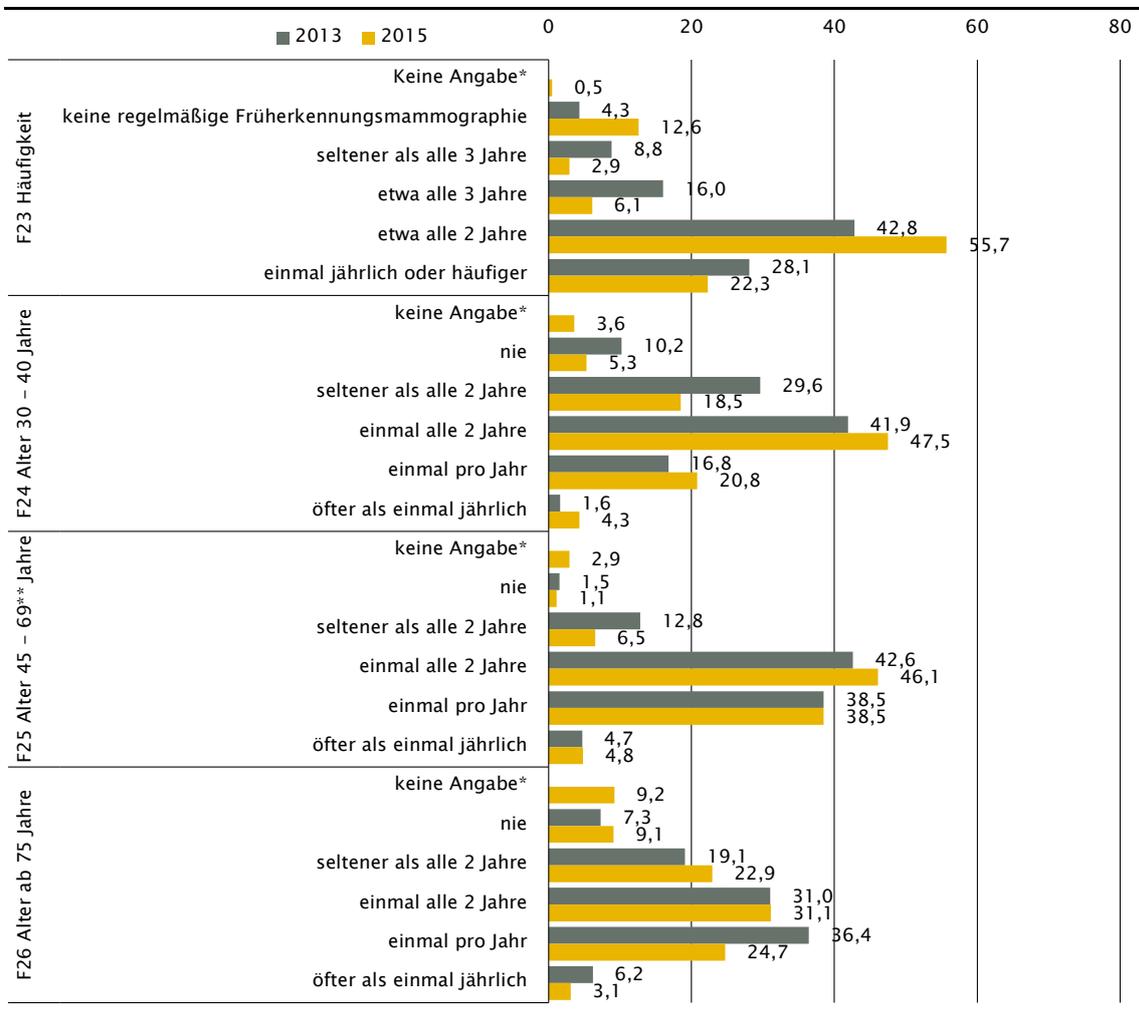
Neun von zehn Frauen der Zielgruppe mit zumindest schon einer absolvierten Mammographie-Untersuchung (siehe Punkt 8.1.6) nehmen die Brustkrebs-Früherkennungsmammographie regelmäßig in Anspruch. Allerdings hält nur jede Zweite das empfohlene Intervall ein. Inwieweit die Befragten hier Antworten aufgrund sozialer Erwünschtheit liefern, kann erst verifiziert werden, wenn die Daten des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms aus mindestens drei Einladungszyklen (jeweils 2 Jahre) zur Verfügung stehen. Über beide Befragungszeitpunkte hinweg geben nur etwa acht Prozent der Befragten an, nicht regelmäßig an einer Brustkrebs-Früherkennungsmammographie teilzunehmen. Nach Angabe knapp weniger als der Hälfte der Befragten wird die Früherkennungsmammographie etwa alle zwei Jahre in Anspruch genommen. Etwa jede vierte Frau gibt an jährlich einmal oder häufiger zur Mammographie zu gehen.

Im Jahr 2015 stieg der Anteil der Frauen, die keine regelmäßige Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung durchführen lassen, gegenüber 2013 statistisch signifikant um etwa acht Prozentpunkte. Diejenigen Frauen, die im Jahr 2015 regelmäßig eine Brustkrebs-Früherkennungsmammographie in Anspruch nehmen, halten laut eigenen Angaben jedoch deutlich häufiger das empfohlene Intervall von etwa zwei Jahren ein.

Viele Frauen in der Zielgruppe schätzen falsch ein, ob und wie häufig Frauen in bestimmten Altersgruppen Mammographien zur Brustkrebs-Früherkennung durchführen lassen sollten. Für die Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen ohne genetische Vorbelastung besteht keine Empfehlung zur regelmäßigen Durchführung der Früherkennungsmammographie (Directorate-General 2006). Nur etwas mehr als acht Prozent der Befragten schätzen dies – über beide Erhebungszeitpunkte hinweg – richtig ein. Der Anteil der Befragten mit richtiger Einschätzung dazu im Jahr 2015 ist um fünf Prozent (statistisch signifikant) geringer als noch im Jahr 2013. Frauen in der Altersgruppe 45- bis 69-Jahre erhalten in Österreich alle zwei Jahre automatisch eine Einladung zur Früherkennungsmammographie im Rahmen des strukturierten Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (eine Inanspruchnahme ist nach einem Opt-In auch bereits ab einem Alter von 40 Jahren möglich). Über beide Befragungszeitpunkte sind 44 Prozent der Befragten der Meinung, dass Frauen zwischen 45 und 69 Jahren eine Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung alle zwei Jahre durchführen lassen sollten. Zwischen den Befragungszeitpunkten kommt es nur zu kleineren (allerdings trotzdem statistisch signifikanten) Unterschieden hin zu höheren Anteilen von mit dem Programm korrelierenden Antworten im Jahr 2015.

Abbildung 8.11:

Antworthäufigkeiten in Prozent. Häufigkeiten von Früherkennungsmammographien. Vergleich 2013–2015



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

F23 Wie oft gehen Sie zur Früherkennungs-Mammographie?

F24 Wie häufig sollte eine Frau ohne erhöhtes Brustkrebsrisiko im Alter von 30–40 Jahren eine Früherkennungs-Mammographie machen lassen?

F25 Wie häufig sollte eine Frau ohne erhöhtes Brustkrebsrisiko im Alter von 45–69** Jahren eine Früherkennungs-Mammographie machen lassen?

F26 Wie häufig sollte eine Frau ohne erhöhtes Brustkrebsrisiko ab 75 Jahren eine Früherkennungs-Mammographie machen lassen?

*...Kategorie wurde im Jahr 2013 nicht erfasst; **...im Jahr 2013 wurde die Altersgruppe 45–70 abgefragt; Darstellung: BIQG

8.1.8 Das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP)

Zum Befragungszeitpunkt 2015 wurden spezifische Items zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm abgefragt, die darstellen sollen, ob Informationen zum Programm die Zielgruppe erreicht haben.

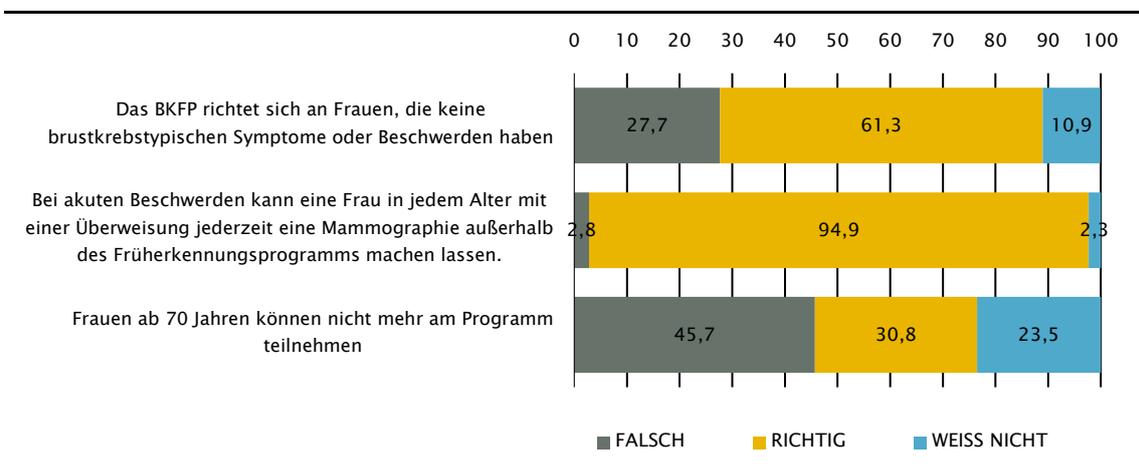
8.1.8.1 Wissen über das Programm

Frauen der Zielgruppe weisen zum Teil beachtliche Informationsdefizite in Bezug auf das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm auf. Etwas mehr als 30 Prozent der Befragten gehen fälschlicherweise davon aus, dass Frauen über 70 nicht mehr am Programm teilnehmen können. Mehr als 38 Prozent der Befragten wissen nicht, dass sich das Programm an Frauen richtet, die keine brustkrebstypischen Symptome oder Beschwerden haben. Mit fast 95 Prozent geht hingegen die bei weitem überwiegende Mehrheit der befragten Frauen richtigerweise davon aus, dass bei akuten Beschwerden in jedem Alter eine Überweisung zur Mammographie außerhalb des Programms möglich ist.

Eine Gesamteinschätzung zum Wissen über das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm wird in Punkt 8.1.9 (S. 93) vorgenommen.

Abbildung 8.12:

Antworthäufigkeiten (in %). Welche Aussagen zum BKFP sind richtig?



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

8.1.8.2 Subjektive Einschätzungen zur Qualität

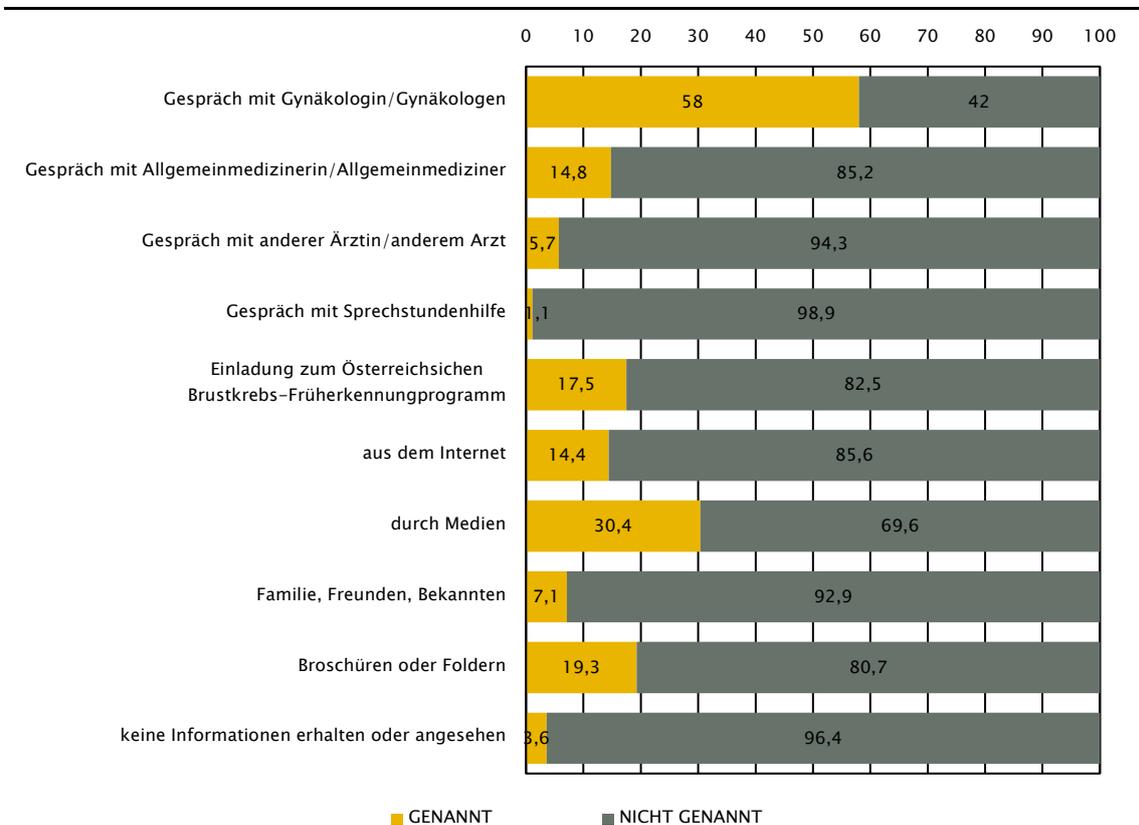
Die Befragten schätzen das Programm zu annähernd gleichen Teilen als besser, schlechter bzw. gleich gut im Vergleich mit der Früherkennung vor Programmstart ein (Einschätzung: 36,7 Prozent besser, 33,4 Prozent gleich gut, 29,9 Prozent schlechter als vor Programmstart). Der Anteil der Befragten, die eine Verbesserung gegenüber der Früherkennung von vor 2014 wahrnehmen, ist tendenziell, aber nicht statistisch signifikant höher als der Anteil derjenigen, die eine Verschlechterung bzw. keine Veränderung wahrnehmen.

8.1.8.3 Kanäle für und Qualität der Informationen

Die Frauen in der Zielgruppe werden am häufigsten von Gynäkologinnen und Gynäkologen über das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm informiert, gefolgt von Medien (wie Radio, Fernsehen, Zeitungen) sowie Broschüren und Foldern. 93,6 Prozent dieser Frauen sind der Meinung, dass die Informationen über den möglichen Nutzen und Schaden des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms verständlich sind. Nur etwa jede vierte Frau der Zielgruppe hat schon einmal etwas von der Informationskampagne des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms mit dem Slogan „Ich denk dran“ gehört. Etwa zwei Drittel haben durch das Fernsehen davon erfahren, durch Printmedien etwa 39 Prozent. Nur jede zehnte Befragte gibt an schon einmal die Internetseite des Brustkrebs-früherkennungsprogramms besucht zu haben. Die Telefon-Serviceline des Programms kennen nur knapp 15 Prozent der Befragten.

Abbildung 8.13:

Woher haben Frauen Informationen zum BKFP erhalten? Antworthäufigkeiten (in Prozent); Mehrfachantworten möglich



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

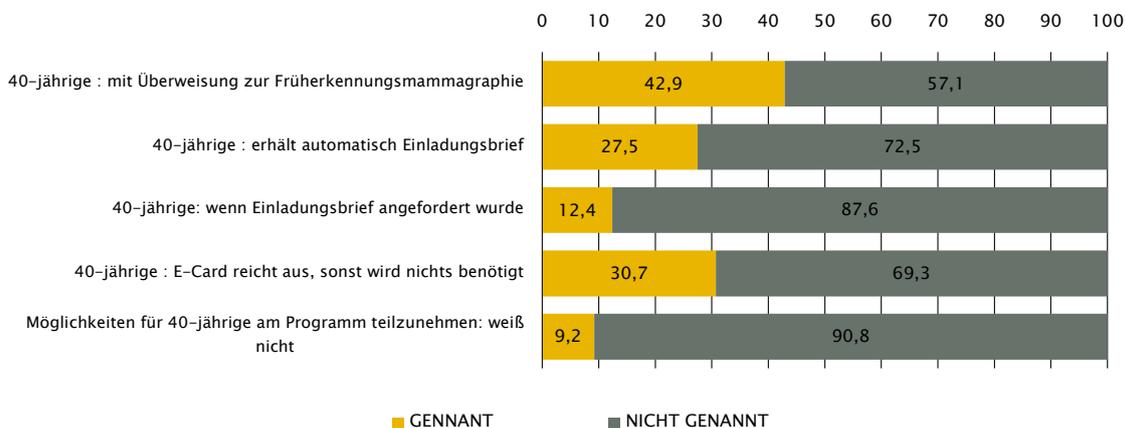
8.1.8.4 Programmabläufe

Mit knapp 86 Prozent möchte die bei weitem überwiegende Mehrheit der Frauen in der Zielgruppe, dass ihr Früherkennungsmammographie-Befund automatisiert an ihre Ärztin / ihren Arzt des Vertrauens weitergeleitet wird.

Wissen zu Programmabläufen ist teilweise vorhanden. 92,8 Prozent der befragten Frauen geben richtig an, dass eine Frau im Alter von 40 Jahren am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmen kann. Detailliertere Programmabläufe sind allerdings weitaus weniger bekannt. Circa 43 Prozent der Befragten (die eine Teilnahme von 40-jährigen für möglich halten) sind der Meinung, dass in diesem Fall eine Überweisung nötig wäre. Etwa jede dritte Befragte gibt an, dass im Alter von 40 Jahren die E-Card zur Teilnahme ausreicht, während nur knapp über zwölf Prozent der Befragten richtig angeben, dass von 40-jährigen Frauen ein Einladungsbrief angefordert werden muss.

Abbildung 8.14:

Antworthäufigkeiten (in %). Nur Befragte die angeben, dass es für 40-jährige Frauen eine Möglichkeit gibt am Programm teilzunehmen (F40=ja)



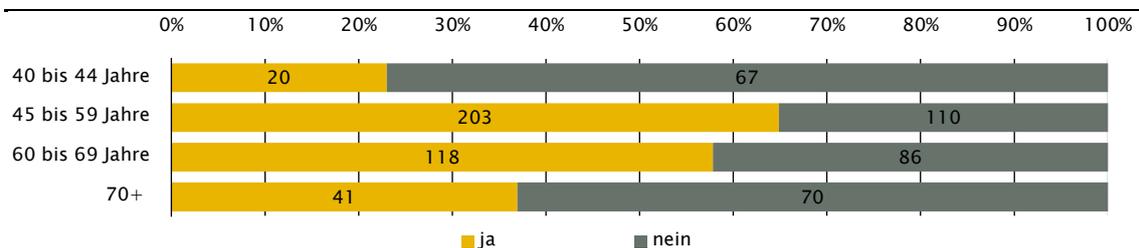
Nach Filter N=597; Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

8.1.8.5 Der Einladungsbrief zur Brustkrebs-Früherkennung

53,3 Prozent der Befragten geben zum Befragungszeitpunkt im Sommer 2015 an, ein Einladungsschreiben erhalten zu haben. Für knapp ein Viertel derjenigen, die ein Einladungsschreiben erhalten haben, war das Einladungsschreiben der Auslöser zur Inanspruchnahme des Programms. Insgesamt halten etwa 85 Prozent der Befragten mit Einladungsschreiben die Einladungsunterlagen für „sehr verständlich“ oder „verständlich“. 9,7 Prozent haben die erhaltenen Einladungsunterlagen nicht gelesen.

Abbildung 8.15:

Antworthäufigkeiten „Einladungsschreiben erhalten“ (absolut) nach Altersgruppe



keine Antwort und/oder Antwort außerhalb der Altersgruppen 6 %; Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Befragte Frauen halten es überwiegend für sinnvoll, regelmäßig zum Programm einzuladen (70 % der Befragten) und eine Teilnahme ohne Überweisung zu ermöglichen (74,9 % der befragten Frauen).

8.1.9 Wissensindizes

Die Befragung der Zielgruppe zu zwei unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten dient unter anderem dazu Trends sichtbar zu machen (vor und 1,5 Jahre nach der Einführung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms). Dabei stehen vor allem das Wissen der Befragten zu Brustkrebs-Risikofaktoren, Brustkrebs-Früherkennung und Wissen zum österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm im Fokus, das wesentliche Grundlage für die informierte Entscheidung über die Teilnahme an einem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm ist. Um generelle Trends besser abbilden zu können, wurden Items aus diesen Bereichen zusammengefasst und aufgrund folgender Kriterien für die Indexbildung ausgewählt:

- » Inhaltliche Relevanz, um eine informierte Entscheidung über die Teilnahme am österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm treffen zu können.
- » Eindeutig zu einem der Bereiche (Brustkrebs-Risikofaktoren, Brustkrebs-Früherkennung, Wissen zum österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm) zuordenbar.
- » Eindeutig richtig oder falsch zu beantworten (nicht basierend auf Einschätzungen oder Meinungen)

Tabelle 8.4:
Einzelitems zu den Indizes. Gezählte Antworten

Index	Item	Gezählte Antwort	2013 (%)	2015 (%)	Diff. (%-Pkt.)
BKRF (Risiko)	F8 Risikofaktor: erhöhter Alkoholkonsum	1 Ja	44,2	44,7	0,5
	F9 Risikofaktor: psychische Belastung	0 Nein	20,2	10,0	-10,2*
	F10 Risikofaktor: Übergewicht/Bewegungsmangel	1 Ja	47,5	59,6	12,1*
	F11 Risikofaktor: radiologische Untersuchungen	1 Ja	32,6	27,4	-5,2*
	F12 welche der drei Aussagen ist richtig	2 ältere Frauen erkranken häufiger an BK als jüngere	41,3	27,7	-13,6*
BKFE (Früherkennung)	F17 Mammographien können Brustkrebs heilen	0 falsch	94,1	87,1	-7%*
	F18 Mammographien können Brustkrebs frühzeitig erkennen	1 richtig	97,5	97,2	-0,3
	F19 Mammographien können falsche Befunden liefern	1 richtig	15,4	66,1	50,7*
	F24 Häufigkeit der Früherkennungsmammographie für 30- bis 40-Jährige durchführen zu lassen, wenn kein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht	0 nie	10,2	5,5	-4,7*
	F25 Häufigkeit der Früherkennungsmammographie für 45-69 Jährige durchführen zulassen, wenn kein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht	2 einmal alle zwei Jahre	42,6	47,5	4,9%*
BKFP (Programm)	F28 Brustkrebsfrüherkennungsprogramm ist für Frauen, die keine brustkrebstypischen Symptome oder Beschwerden haben	1 richtig		68,9	
	F29 Bei akuten Beschwerden kann eine Frau in jedem Alter mit einer Überweisung jederzeit eine Mammographie außerhalb des Früherkennungsprogramms machen lassen	1 richtig		97,1	
	F30 Frauen ab 70 Jahren können nicht mehr am neuen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmen	0 falsch		59,8	
	F40 Gibt es für 40-Jährige eine Möglichkeit am Programm teilzunehmen	1 Ja		92,8	
	F41.3 Möglichkeiten für 40-Jährige am Programm teilzunehmen: wenn Einladungsbrief angefordert wurde	1 genannt		12,4	

*...signifikant 95%-Niveau; Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

8.1.9.1 Indexbildung

Bei jedem der drei Indizes handelt es sich um einen formativen Summenindex. Für die Indexbildung wird die Anzahl der richtigen Antworten einer Person zu Fragen aus dem jeweiligen Wissensbereich addiert. Alle Indizes werden auch in einer 4-teiligen Skala (1=sehr niedriges Informationsniveau; 2= niedriges Informationsniveau; 3=mäßiges Informationsniveau; 4=hohes Informationsniveau) dargestellt.

Cut-Off-Werte und Wording wurden einem Expertenkonsens im Evaluationsteam folgend gewählt. Wobei nach inhaltlicher Diskussion davon ausgegangen wurde, dass Personen, die in einem Bereich lediglich zwei oder weniger Fragen richtig beantworten können, nur eingeschränkt in der Lage sind, informierte Entscheidungen zur Teilnahme am österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm zu treffen.

Tabelle 8.5:
Informationen zur Indexerstellung: Einzelfragen; Metrik; Standard-Metrik

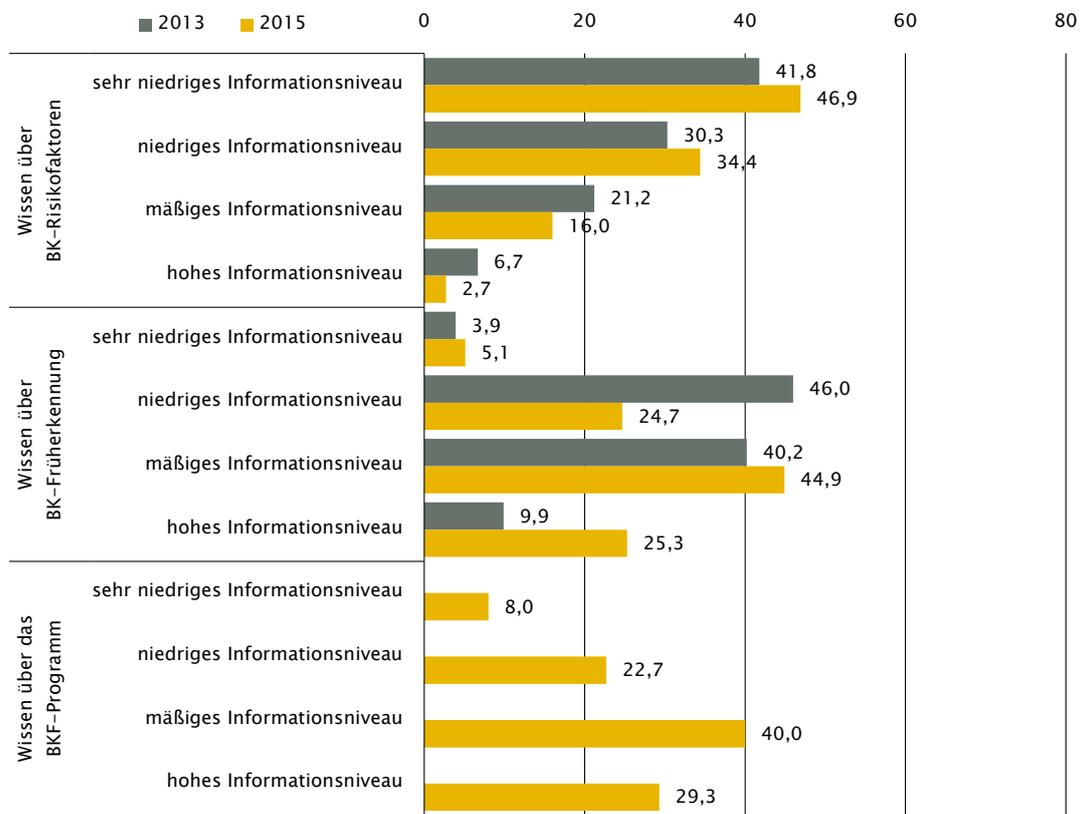
Index	Enthaltene Fragen (gezählte Antwort)	Spannweite (rohe Werte) Minimum-Maximum	Zuordnung zu 4-teiliger Standardmetrik (Wording)
Wissen über BK-Risikofaktoren (BKRF)	F8(1), F9(0), F10(1), F11(1), F12(2)	MIN=0; MAX=5	0-1=1 (sehr niedriges IN) 2=2 (niedriges IN) 3=3 (mäßiges IN) 4-5=4 (hohes IN)
Wissen über BK-Früherkennung (BKFE)	F17(0), F18(1), F19(1), F24(0), F25(2),	MIN=0; MAX=5	0-1=1 (sehr niedriges IN) 2=2 (niedriges IN) 3=3 (mäßiges IN) 4-5=4 (hohes IN)
Wissen über das österreichische BK-Früherkennungsprogramm (BKFP)	F28(1), F29(1), F30(0), F40(1), F41.3(1)	MIN=0; MAX=5	0-1=1 (sehr niedriges IN) 2=2 (niedriges IN) 3=3 (mäßiges IN) 4-5=4 (hohes IN)

IN = Informationsniveau; Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

8.1.9.2 Informationsniveau in den unterschiedlichen Wissensbereichen

Etwa drei von vier Frauen in der Zielgruppe weisen über beide Befragungszeitpunkte hinweg im Wissensbereich Brustkrebs-Risikofaktoren niedrige oder sehr niedrige Informationsniveaus auf. Verglichen mit den anderen zwei Wissensindizes zeigen sich hier die größten Defizite. Ein ebenfalls hoher Anteil an Frauen mit nur niedrigen oder sehr niedrigen Informationsniveaus (insgesamt etwa 41 % der Befragten) findet sich beim Index zum Brustkrebs-Früherkennungswissen. Noch einmal etwas geringer, aber mit etwa 31 Prozent immer noch bedeutend, ist der Anteil mit niedrigen oder sehr niedrigen Informationsniveaus beim Index zum Wissen über das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Fragen zu diesem Index wurden erstmals 2015 nach dem Programmstart erhoben.

Abbildung 8.16:
 Antworthäufigkeiten (in %). Vergleich 2013–2015



Berechnung und Darstellung: GÖG/BIQG

Tabelle 8.6:
 Mittelwertvergleich Wissensindizes (rohe Werte)

		Wissen über BK-Risikofaktoren	Wissen über BK-Früherkennung	Wissen über BK-Früherk.-Programm
2013	Mittelwert	1,78	2,56	
	N	1.008	1.008	
	SD	1,16	,74	
2015	Mittelwert	1,58*	2,92*	2,91
	N	750	750	750
	SD	1,02	,87	,98
Effektstärke	g_{Hedges}	-0,181	0,451	

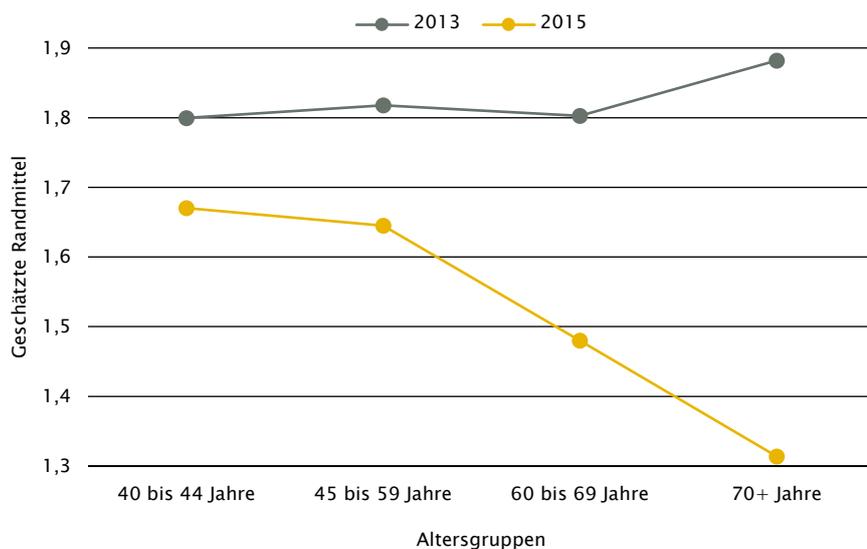
*... signifikant (5% Niveau) unterschiedlich von 2013; MIN=0 Max=5; SD...Standardabweichung, N...Anzahl, g_{Hedges} ...Effektstärke nach Cohen (Cohens d) mit Korrektur für unterschiedliche Stichprobengrößen nach Hedges
 Effektstärke berechnet mit dem online-Calculator: http://www.psychometrica.de/effect_size.html#cohenb
 (Zugriff am 13. 5. 2016) Berechnung und Darstellung: GÖG/BIQG

Der Trend beim Risikowissen

Insgesamt erreichen die Frauen der Zielgruppe im Jahr 2015 statistisch signifikant niedrigere Werte beim Index Risikowissen. Die Differenz der Mittelwerte beträgt $-0,2$ und ist nicht sehr ausgeprägt. Auch gemäß Effektstärkeinterpretation nach Cohen¹⁷ ist der Effekt ($g_{\text{Hedges}} = -0,18$) als klein zu bezeichnen. Allerdings ist der Effekt auch stabil und bleibt bestehen, selbst wenn die Einflüsse von demografischen Variablen Alter, Bildung und Wohnort (städtisch, ländlich) kontrolliert werden.

Eine genauere Betrachtung des Effekts, auch im Hinblick auf Interaktionseffekte zwischen Befragungszeitpunkt und Alter, Bildung und Wohnort zeigt, dass zum Erhebungszeitpunkt 2015 vor allem ältere Frauen (ab 60+) deutlich weniger häufig richtig geantwortet haben als Frauen dieser Alterskohorten in der Befragung zwei Jahre zuvor. (Andere teils statistisch signifikante Interaktionsparameter zwischen Erhebungszeitpunkt und Bildung zeigten keine interpretierbaren Muster.)

Abbildung 8.17:
Mittelwerte (=geschätzte Randmittel) des Index für Risikowissen nach Erhebungszeitpunkt und Altersgruppe



Berechnung und Darstellung: GÖG/BIQG

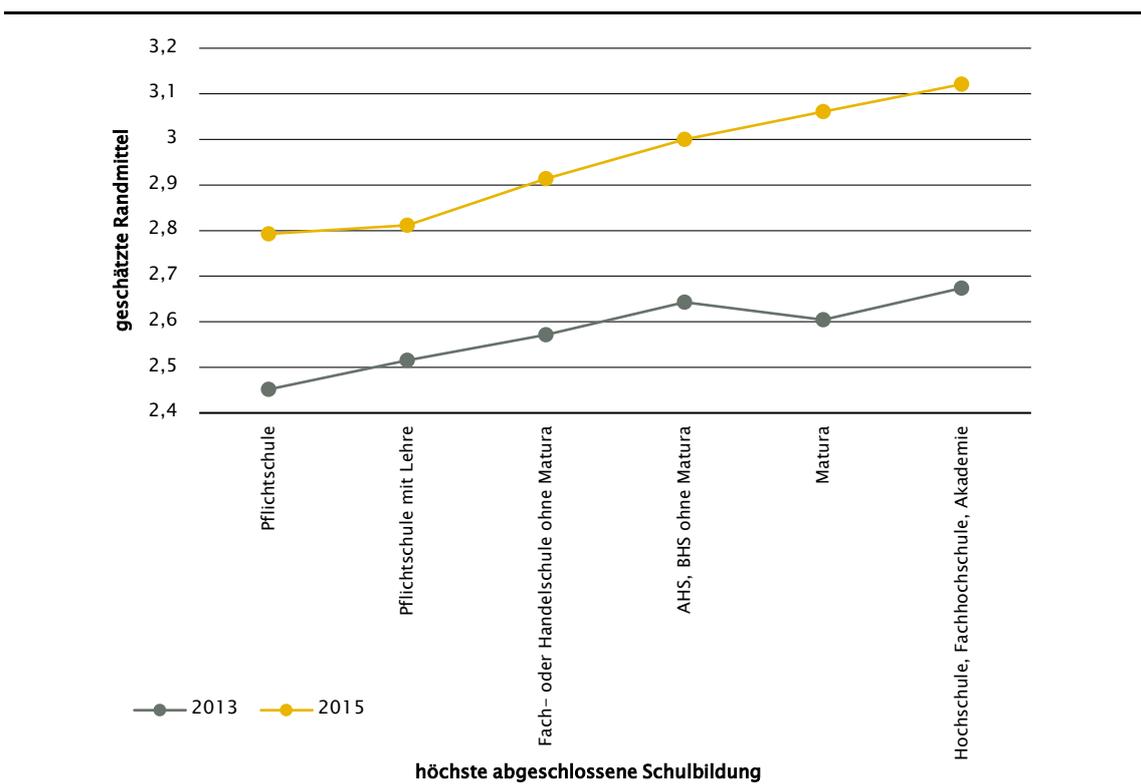
17
(Cohen 1988)

Der Trend beim Früherkennungswissen

Insgesamt erreichen die Frauen der Zielgruppe des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms im Jahr 2015 statistisch signifikant höhere Werte beim Index Früherkennungswissen als die Befragten aus dem Jahr 2013. Die Differenz der Mittelwerte beträgt +0,36 und ist damit deutlich ausgeprägt, vor allem wenn die im Vergleich kleine Varianz der Messwerte berücksichtigt wird. Gemäß Effektstärkeinterpretation nach Cohen¹⁸ ist der Effekt ($g_{\text{Hedges}} = -0,45$) von mittlerer Stärke. Der Effekt ist stabil und bleibt bestehen, selbst wenn die Einflüsse von demografischen Variablen Alter, Bildung und Wohnort (städtisch, ländlich) kontrolliert werden.

Neben dem Erhebungszeitpunkt hängt das Antwortverhalten der Befragten mit ihrem Bildungsniveau zusammen. Sowohl 2013 als auch 2015 erreichen Befragte mit höherem Bildungsniveau signifikant höhere Indexwerte für Früherkennungswissen als Befragte mit niedrigeren Bildungsniveaus.

Abbildung 8.18:
Mittelwerte (=geschätzte Randmittel) des Index für Früherkennungswissen nach Erhebungszeitpunkt und Altersgruppe



Berechnung und Darstellung: GÖG/BIQG

18
(Cohen 1988)

8.1.10 Zusammenfassung

Das Evaluationskonzept des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms sieht vor den Informationsstand in der Bevölkerung zu untersuchen und zu beleuchten, ob darauf aufbauend eine informierte Entscheidung über die Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm möglich ist. Zu diesem Zweck wurden zwei Befragungen, eine im Jahr 2013 vor dem Programmstart und eine im Jahr 2015 eineinhalb Jahre nach dem Programmstart, durchgeführt.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Frauen fühlt sich gut über das Thema Brustkrebs-Früherkennung informiert, ist der Meinung, dass es einfach sei Informationen zu diesem Thema zu finden und dass Informationen über Nutzen und Schaden der Brustkrebs-Früherkennung gut verständlich seien. Die Auswertung der Befragungsdaten weist jedoch darauf hin, dass das tatsächliche Informationsniveau der Brustkrebs-Früherkennungsprogramm-Zielgruppe nur zum Teil dieser positiven Selbsteinschätzung entspricht und häufig zu gering scheint, um eine informierte Entscheidung treffen zu können.

Die Hauptinformationsquelle für Frauen der Zielgruppe sind nach eigenen Angaben Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Medien (wie z. B. Fernsehen). Kaum bekannt ist die Website zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Auch die Telefon-Serviceline kennen nur etwa 15 Prozent der Befragten, was problematisch ist, da die Telefon-Serviceline die primäre Anlaufstelle für Opt-In und Opt-Out des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ist.

Anhand von drei Wissensindizes wurden die Bereiche Risikowissen, Brustkrebs-Früherkennungswissen (jeweils 2013 und 2015 erhoben) und Programmwissen (nur 2015 erfasst) beobachtet. Risikofaktoren werden am meisten verkannt, hier ist das Informationsniveau der Zielgruppe am niedrigsten, zudem sank das Informationsniveau Risikofaktoren betreffend von 2013 bis 2015 insgesamt und besonders bei älteren Frauen der Zielgruppe (60+). Die Fehleinschätzung, wonach ältere wie jüngere Frauen gleich häufig an Brustkrebs erkranken, stellt ein zentrales Wissensdefizit für das Treffen einer informierten Entscheidung über die Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm dar. Von Relevanz ist auch, dass Frauen im Durchschnitt von ihren Ärztinnen/Ärzten bereits vor dem 40. Lebensjahr die Empfehlung zur Brustkrebs-Früherkennungsmammographie erhalten. Die Mehrheit der Frauen geht zudem davon aus, dass auch Frauen ohne genetische Vorbelastung bereits vor dem 40. Lebensjahr regelmäßig zur Früherkennungs-Mammographie gehen sollten. Somit fehlt sowohl das Verständnis dafür, weshalb sich das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm an die Kernzielgruppe der Frauen von 45- bis 69-Jahren richtet, als auch dazu, warum Frauen unter 40 Jahren nicht am Programm teilnehmen können.

Positiv zu bemerken ist, dass sich die Index-Werte zum Früherkennungswissen gegenüber dem Jahr 2013 verbesserten, was darauf schließen lässt, dass hier erste Erfolge der Informations- und Kommunikationsmaßnahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms und seiner Partner sichtbar werden. Auch der Index zum Programmwissen zeigt, dass Wissen über das Programm bereits teilweise vorhanden ist. Einfachere Aspekte sind bekannt, komplexere Fragen, wie zu den Voraussetzungen für die Teilnahme von 40-jährigen Frauen (Opt-In) werden allerdings kaum richtig beantwortet. Der Wissensindex zum Programm zeigt mit etwa 31 Prozent *niedriges* oder *sehr*

niedriges Informationsniveau noch bedeutendes Verbesserungspotenzial, wenngleich die Ergebnisse hier im Vergleich zu den anderen Indizes am positivsten ausfallen.

Aufgrund der Befragung ergeben sich Hinweise darauf, dass der Nutzen der Brustkrebs-Früherkennung (am Beispiel von 1.000 Frauen, die über zehn Jahre hinweg beobachtet werden) von fast allen Frauen der Zielgruppe massiv überschätzt wird, während die mit Brustkrebs-Früherkennung verbundenen Risiken (erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit, falsch positive oder negative Diagnosen) kaum bekannt sind. In Verbindung mit anderen Fehleinschätzungen (z. B. zur Erkrankungshäufigkeit von älteren und jüngeren Frauen) stellt dies einen weiteren Aspekt dar, der es Frauen erschwert eine informierte Entscheidung über die Programmteilnahme zu treffen.

8.1.11 Fazit

Die Ergebnisse der beiden Befragungen zeigen, dass viele Informationen (insbesondere komplexere Informationen zur Programmteilnahme wie z. B. Opt-In, Informationen zum Nutzen und Schaden) die Frauen der Zielgruppe in den ersten beiden Jahren der Programmumsetzung noch nicht ausreichend erreicht haben. Das Informationsniveau der Frauen weist zudem darauf hin, dass das Treffen einer informierten Entscheidung für viele nur eingeschränkt oder schwer möglich ist.

Positiv zu bemerken ist, dass sich das Früherkennungswissen im Jahr 2015 gegenüber dem Jahr 2013 verbesserte und hier erste Erfolge der Informationsarbeit zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm sichtbar werden.

8.1.12 Empfehlungen und bisher gesetzte Maßnahmen

Maßnahmen und Entwicklungen seit der Befragung im Jahr 2015

Seit der Befragung im Sommer 2015 setzte die Koordinierungsstelle des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms folgende Maßnahmen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit/Kommunikation, die Einfluss auf das Informationsniveau nehmen können:

- » Start einer Facebook-Seite
- » Überarbeitung des Merkblatts
- » Jährliche Info-Kampagne

Die Koordinierungsstelle des BKFP beauftragte zudem im Oktober 2016 das *Institut für empirische Sozialforschung GmbH* mit einer Befragung zur Zufriedenheit mit dem BKFP. Laut Auskunft der Koordinierungsstelle zeigen die Ergebnisse „breiteste Bekanntheit und Akzeptanz“ des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms.

Empfehlungen

- » Um eine informierte Entscheidung zu unterstützen und damit auch den Empfehlungen der Europäischen Union nachzukommen, wird empfohlen einen Kommunikation-Schwerpunkt auf das neutrale Darstellen von Nutzens und Schaden sowie auf das Erläutern komplexerer Programmabläufe zu legen.
- » Instrumente/Tools zur Entscheidungsunterstützung sollen Frauen der Zielgruppe zur Verfügung gestellt werden.
- » Das gezielte Einbeziehen von Vertrauensärztinnen/Vertrauensärzten der Frauen (z. B. Gynäkologinnen/Gynäkologen oder Allgemeinmediziner/innen) wird zur kontinuierlichen Information, Beratung und Betreuung von Frauen sowie bei Bedarf zur Unterstützung in der Entscheidungsfindung über Teilnahme oder nicht-Teilnahme am Programm empfohlen. Um dieser Tätigkeit nachkommen zu können, sollen Ärztinnen/Ärzte aktuelle, einfache und evidenzbasierte Unterlagen und Informationen erhalten.
- » Schaffen einer Regelung für das automatisierte Übermitteln des Befunds an die Vertrauensärztin / den Vertrauensarzt der Frau. Das gezielte Einbeziehen von Vertrauensärztinnen und -ärzten in die Betreuung rund um die Brustkrebs-Früherkennung entspricht zudem dem Wunsch der befragten Frauen.

8.2 Evaluation des Merkblatts

Die Leitlinie der europäischen Gemeinschaften für die Kommunikation im Rahmen von Brustkrebs-Screening-Programmen unterstreicht die Notwendigkeit einer ausgewogenen, neutralen und bedarfsgerechten Information, die den Frauen als Grundlage für eine informierte Entscheidung über eine Teilnahme am Brustkrebs-Screening dienen kann (Kooperationsgemeinschaft Mammographie 2008). Für das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm *früh-erkennen* wurden Informationsunterlagen erstellt, die den Frauen alle relevanten Informationen zum Programm bieten und somit eine informierte Entscheidung unterstützen sollen. Im Rahmen der Programmevaluierung können die Unterlagen im Hinblick auf Ihre Zielerreichung überprüft und bei Bedarf Ansatzpunkte für Adaptierungen und Weiterentwicklungen aufgezeigt werden.

Bisher stehen folgende gedruckte Unterlagen zur Verfügung:

- » Broschüre
- » Merkblatt
- » Folder (mehrsprachig)

Zudem gibt es einen Einladungsbrief mit organisatorischen Informationen und eine Liste der teilnehmenden Radiologinnen/Radiologen.

Von den Informationsmaterialien ist das Merkblatt die einzige Unterlage, die allen teilnahmeberechtigten Frauen mit der Einladung¹⁹ zugeschickt wird. Es soll als kurze Zusammenfassung die wesentlichsten Aspekte des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms beschreiben und als Grundlage für die informierte Entscheidungsfindung der Adressatinnen dienen.

Ziel der Evaluation des Merkblatts ist es, zu ermitteln, ob die Inhalte verständlich sind und ob sie zu einer informierten Entscheidung beitragen können. Darüber hinaus sollen mögliche Ansatzpunkte für Adaptierungen identifiziert werden.

8.2.1 Methode

Die Evaluation wurde mit Hilfe der Methode *Think-Aloud-Protokoll* durchgeführt. Dabei werden Personen gebeten, ihre Gedanken, ihre Assoziationen und ihr Textverständnis zu verbalisieren, während sie das Merkblatt lesen (Charters 2003). So kann ermittelt werden, ob die Inhalte verstanden werden, welche Art von Verständnisproblemen bestehen, bei welchen Textstellen diese auftreten und auch, ob Informationen fehlen oder genauere Erläuterungen notwendig sind.

Zur besseren Beurteilung wurde das Gespräch mit Fragen zur Einstellung gegenüber der Brustkrebsfrüherkennung mittels eines kurzen fokussierten Leitfadenterviews eingeleitet. Nach der Durchführung des Gesprächs wurden – wiederum in einem kurzen fokussierten Leitfadenterview – Fragen zu demographischen Merkmalen gestellt und zudem ermittelt, ob sich etwas an der Einstellung der Frauen zur Früherkennungs-Mammographie bzw. hinsichtlich einer Entscheidung zur Teilnahme am Programm geändert hat. Bei der Analyse dieser Fragen lag der Fokus darauf, inwiefern auf Elemente des Merkblatts Bezug genommen wurde.

Die Think-Aloud-Methode wurde gewählt, da sie geeignet ist, die durch das Merkblatt erzeugten Gedanken und Reaktionen der Probandinnen zu erfassen. Die Voraussetzung für die Anwendung des Think-Aloud-Protokolls besteht in der Eignung der Probandinnen und des Textes für die zu bewältigende Aufgabe: Diese Aufgabe involviert kognitive Verarbeitungsprozesse, die Information ist angemessen anspruchsvoll und die Aufgabe kann nicht automatisiert erledigt werden (Young 2005). Das Merkblatt ist in seiner Form und Zusammensetzung daher ein geeignetes Objekt für die Methode.

Die Methode hat den Vorteil, dass Probleme, sich an Informationen zu erinnern, nicht relevant sind. Außerdem sind die Ergebnisse verlässlicher als bei hypothetischen Situationen und der Fokus kann auf die Gedanken der Probanden gelegt werden. Wie alle Methoden weist aber auch diese Limitationen auf (Young 2005). Diese Limitationen umfassen folgende Punkte (Young 2005):

19

Frauen können auch ohne Einladung eine Früherkennungsmammographie in Anspruch nehmen. In der Einführungsphase des Brustkrebs-Screenings ist es daher möglich, dass Frauen das Merkblatt nicht kennen, wenn sie sich für die Teilnahme am Programm entscheiden. Spätestens zwei Jahre nach Programmstart erhalten aber alle Frauen den Einladungsbrief zu jenem Zeitpunkt, an dem ihre e-card wieder für die Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung freigeschaltet wird.

- » Die Probandinnen zeichnen sich durch eine unterschiedliche Fähigkeit aus, während der Durchführung der Aufgabe ihre Gedanken zu artikulieren.
- » Das bewusste Aussprechen des Gedachten stößt einen kritischen Denkprozess an, der möglicherweise sonst nicht stattgefunden hätte. Dadurch kann die Verarbeitung der Information beeinflusst werden.
- » Eine zu hohe kognitive Herausforderung kann Verbalisierung verhindern.

Die Zielgruppe der Testung bestand aus Frauen zwischen 45 und 69 Jahren (Kernzielgruppe des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms), die ein Gesundheitszentrum der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) wegen allgemeinmedizinischer Leistungen und Laborleistungen aufsuchten. Die Einschränkung auf diese Leistungen wurde getroffen, da weder Frauen, die eine Radiologie aufsuchten (und somit möglicherweise eine Mammographie durchführen lassen wollten), noch Frauen, die gynäkologische Leistungen in Anspruch nehmen wollten, rekrutiert werden sollten. Es sollte vermieden werden, dass die Probandinnen besser über die Brustkrebs-Früherkennung informiert sind als der Durchschnitt der Kernzielgruppe.

Für die Rekrutierung wurde die Unterstützung der Koordinierungsstelle bzw. der Mitarbeiter/innen der Gesundheitszentren der WGKK benötigt. Die Rekrutierung der Probandinnen erfolgte im Zuge der Anmeldung in den Gesundheitszentren der WGKK (GZ). Frauen, die der Zielgruppe entsprachen, wurden von den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des GZ bei der Anmeldung gefragt, ob eine Mitarbeiterin der GÖG sie zur Teilnahme an einer Erhebung einladen darf. Bei Zustimmung führte eine Mitarbeiterin der GÖG ein Einladungsgespräch durch, vereinbarte bei erfolgreicher Einladung einen Termin für das Think-Aloud-Gespräch und erfasste die Kontaktdaten der Frau. War eine Terminvereinbarung erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich, wurde der Kontakt telefonisch oder per E-Mail Kontakt aufgenommen. Alle Probandinnen erhielten im Zuge der Einladung ein kurzes Informationsschreiben und vor dem Gesprächstermin nochmals eine Terminbestätigung per E-Mail (bzw. telefonisch, falls per E-Mail nicht möglich).

Die Gespräche fanden in den Räumlichkeiten der GÖG, im GZ-Nord und in einem Fall im Büro der Probandin statt. Es fanden zwei Rekrutierungswellen statt, die sich jeweils über mehrere Wochen erstreckten. Die Gründe dafür waren einerseits die erforderlichen Zwischenauswertungen, um die Anzahl der nötigen Gespräche zu bestimmen, und andererseits die Urlaubs- und Grippezeit um Weihnachten 2014 und im Jänner 2015, die eine kontinuierliche Rekrutierung und Durchführung der Erhebung behinderte.

Die Gesundheitszentren der WGKK wurden als Ort für die Rekrutierung ausgewählt, da hier der Zugang zu Frauen der Zielgruppe des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms möglich ist und der offizielle Charakter des Umfelds geeignet ist, ein Vertrauensverhältnis zu schaffen. Zudem ist davon auszugehen, dass alle sozioökonomischen Gruppen, auch Personen mit niedrigerer Bildung, in den GZ anzutreffen sind. Die Gesundheitszentren sind in unterschiedlichen Stadtteilen angesiedelt und decken auch dadurch sozioökonomisch unterschiedliche Einzugsgebiete ab. Es war essentiell, sicherzustellen, dass auch Frauen niedrigerer Bildungsschichten in den Test einbezogen werden, um die Informationsunterlage sowohl hinsichtlich Verständlichkeit/Missverständlichkeit als auch Bedarfsgerechtigkeit für eine informierte Entscheidung der gesamten Kernzielgruppe des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms zu testen.

In folgenden Gesundheitszentren wurden Frauen rekrutiert:

- » Gesundheitszentrum Wien-Nord, Karl-Aschenbrenner-Gasse 3, 1210 Wien, Telefon: +43 1 601 22-40200
- » Gesundheitszentrum Wien-Mitte, Strohgasse 28, 1030 Wien, Telefon: +43 1 601 22-40300,
- » Gesundheitszentrum Mariahilf, Mariahilfer Straße 85-87, 1060 Wien, Telefon: +43 1 601 22-40600
- » Gesundheitszentrum Wien-Süd, Wienerbergstraße 13, 1100 Wien, Telefon: +43 1 601 22-1722

Für die Durchführung der Think-Aloud-Gespräche wurde ein Leitfaden inkl. Versuchsanleitung (siehe Anhang 6) entwickelt. Dieser Leitfaden wurde in zwei Pre-Tests von den Interviewerinnen getestet. Der Fokus des Tests der Interviewfragen (Leitfaden Teil 1 und 3) lag auf Verständlichkeit, Identifikation von Bruchstellen und Handhabbarkeit. Der Fokus des Tests der Anleitung für den Think-Aloud-Protokoll-Teil lag ebenfalls auf Verständlichkeit. Hierbei wurde auch getestet, ob die Aufforderungen/Anregungen zum Mitteilen der Gedanken und Eindrücke etc. wirksam und passend sind.

Die Think-Aloud-Methode wurde mit fünf Probandinnen zwischen Dezember 2014 und März 2015 durchgeführt. Nach diesen fünf Probandinnen traten kaum neue Aspekte (Problembe-
reiche bezogen auf den Text) auf, eine „theoretische Sättigung“ wurde annähernd erreicht.

Eine weitere geplante Erhebung konnte nicht durchgeführt werden, da die Probandin den Termin nicht wahrnehmen konnte und der zeitliche Rahmen keine weitere Rekrutierung zuließ.

Die Dauer der Gespräche betrug etwa zwischen 20 und 45 Minuten. Mit Zustimmung der Probandinnen wurden die Gespräche aufgezeichnet. Zusätzlich wurden handschriftliche Notizen gemacht. Für die Auswertung wurde vermerkt, bei welchen Passagen Auffälligkeiten / keine Auffälligkeiten aufgetreten sind. Alle merkblattbezogenen Anmerkungen und Aussagen der Frauen wurden transkribiert. Die Antworten auf die Fragen vor und nach dem Think-Aloud-Protokoll wurden ebenfalls notiert, ausschweifende Ergänzungen, die sich nicht auf die Fragen oder das Merkblatt bezogen, wurden ausgespart.

Die Informationen wurden mit MAXQDA²⁰ weiter bearbeitet. Die Ergebnisse der Auswertung wurden zusammengefasst, als Text aufbereitet und sind nachfolgend dargestellt.

Die Ergebnisse geben Auskunft darüber, ob das Merkblatt dem Informationsbedarf der Probandinnen entspricht, wie verständlich es ist, wo Probleme bzw. Irritationen auftreten und ob es zur informierten Entscheidung beitragen kann. Wie bei allen qualitativen Methoden können hier nur auftretende Phänomene beschreiben werden. Es ist allerdings nicht möglich, eine Aussage über

20

MAXQDA ist eine Software für qualitative Analysen.

die Größenordnung und Relevanz der Aussagen für die gesamte Zielpopulation des Früherkennungsprogramms zu treffen. Die Aussagen können daher nicht verallgemeinert werden, sondern nur als Hinweise dienen.

8.2.2 Ergebnisse

8.2.2.1 Beschreibung der Studienteilnehmerinnen

Die Studienteilnehmerinnen waren zwischen 47 und 66 Jahre alt und lebten in Ein- bis Zwei-Personen-Haushalten. Die höchste abgeschlossene Bildung der Probandinnen umfasste Hauptschule (mit ergänzendem 9. Schuljahr), Lehre und Universität.

Die Probandinnen wohnten in Wien (in den Bezirken 3, 10, 15 und 21) und Niederösterreich.

Alle interviewten Probandinnen waren bereits früher zur Früherkennungsmammographie gegangen, wobei die Häufigkeit der Inanspruchnahme zwischen jährlich, zweimal jährlich und „in großen Abständen“ variierte. Gründe für die Inanspruchnahme waren Vorsorge, Erziehung/Einstellung, Angst vor einer Brustkrebs-Erkrankung, Erhöhung der Behandlungschancen durch eine frühe Erkennung und Behandlung sowie eine vorangegangene gutartige Brusterkrankung. Als Grund für eine unregelmäßige Inanspruchnahme wurde die Unvereinbarkeit mit dem Beruf (Termineinhaltung war nicht möglich) genannt.

Ein Teil der Probandinnen hatte bereits vom Brustkrebs-Früherkennungsprogramm gehört. Sie waren entweder durch Medien (z. B. TV) oder das Einladungsschreiben auf das Programm aufmerksam geworden.

8.2.2.2 Analyse des Think-Aloud-Protokolls

Aus der Analyse des Think-Aloud-Protokolls werden folgende Aspekte dargestellt:

- » Verständlichkeit des Merkblatts
- » Verwendung des Merkblatts als Grundlage für eine informierte Entscheidung zur Teilnahme am Früherkennungsprogramm
- » Benutzungsfreundlichkeit des Merkblatts per se

Am zentralsten scheinen dabei jene Inhalte, die die Probandinnen irritierten oder zu Missverständnissen führten.

In den meisten Anmerkungen lobten die Probandinnen die Verständlichkeit des Merkblatts. Dennoch äußerten sie im Zuge des Lesens bei manchen Stellen Irritation oder verstanden enthaltene Information falsch.

Inhaltliche Irritation

Grundsätzlich irritierten folgende Inhalte im Merkblatt:

- » die untere Altersgrenze
- » der Ablauf des Programms (Mammographie, Ultraschall, e-card, Überweisung, Doppelbefundung, Intervall)
- » die Notwendigkeit, sich für oder gegen die Programmteilnahme zu entscheiden
- » die Vor- und Nachteile (insb. Überdiagnose, Brusterhaltung durch frühere Diagnose)
- » die Fälle, in denen eine Mammographie bei Beschwerden durchgeführt wird
- » die Wortwahl „falls notwendig“ im Absatz „Was mache ich, wenn ich bereits Beschwerden habe?“

Nicht ausreichend klar war, warum Frauen unter 45 nicht direkt vom Programm angesprochen werden bzw. warum Frauen in Ihren 30ern nicht am Programm teilnehmen können. Diese Irritation wurde von der Einstellung geprägt, dass man nicht früh genug mit der Mammographie zu Früherkennungszwecken beginnen könne. Das lässt darauf schließen, dass nicht bzw. nicht ausreichend bekannt ist, dass für eine Screening-Mammographie in jungen Jahren keine Evidenz besteht.

Jene Frauen, die daran gewöhnt sind, einen Ultraschall zu erhalten, wunderten sich über die Information zum Ultraschall, weil er ihrer Wahrnehmung nach ohnehin immer gemacht wird.

Unverständlich scheint auch, warum das Programm in einem Zwei-Jahres-Intervall angeboten wird, wenn doch in diesem Intervall Karzinome auftreten können. Außerdem zweifelten Probandinnen daran, dass die Mammographie die beste Untersuchungsmethode ist.

Irritation löste der Absatz zu den Vor- und Nachteilen aus. Es war den Probandinnen nicht ausreichend klar, warum man Vor- und Nachteile gegeneinander abwägen sollte. Auch die Aufgabe, selbst zu entscheiden und sich nicht auf den Arzt verlassen zu können, wurde kritisch gesehen. Außerdem wurde befürchtet, jemand könne sich gegen die Früherkennungsmammographie entscheiden, weil der Eindruck entstehe, die Mammographie sei kein absolutes Muss. Nicht klar waren die Größenordnung der Vor- und Nachteile bzw. die Relation, in der Vor- und Nachteile zueinander stehen. Insgesamt scheint die Beschreibung der Vor- und Nachteile für ein einfaches Verständnis zu abstrakt gehalten zu sein.

Der Begriff „Überdiagnosen“ wurde nicht immer verstanden und war zum Teil eine völlig neue Information für die Probandinnen. Auf die Frage der Überdiagnosen wurde von Probandinnen im weiteren Gesprächsverlauf immer wieder Bezug genommen und diese Information verarbeitet.

Inhaltliche Irritationen wurden zudem dadurch ausgelöst, dass den Frauen Informationen fehlten bzw. dass die gegebenen Informationen nicht verständlich waren. Als fehlend wurde z. B. eine Information zur Selbstuntersuchung angeführt (siehe Kapitel 8.2.2.3 Umfang, Inhalt und Gestaltung).

Diese Ergebnisse zeigen, dass bisher wenig über Screeninguntersuchungen an sich und Brustkrebs-Screening speziell bekannt ist. Vor- und Nachteile – insbesondere das Phänomen der Überdiagnose – sind den Frauen zum Teil vollkommen fremd. Ein Teil der Probandinnen geht davon aus, dass die Teilnahme am Brustkrebs-Screening ein Muss ist.

Missverständnisse/Verständnisprobleme

Folgende Verständnisprobleme und Missverständnisse wurden im Verlauf der Think-Aloud-Protokolle sichtbar:

Verständnisprobleme

- » Zum Teil nicht verstanden wurde, was Qualitätszwecke sind.
- » Zum Teil nicht verstanden wurde, warum extra erwähnt wird, dass alle gefundenen Tumore operiert werden müssen (auch wenn die Möglichkeit einer Überdiagnose besteht), da dies als selbstverständlich empfunden wurde.
- » Beim Absatz „Was ist das Besondere am Programm?“ wurde darauf hingewiesen, dass das Wort „erfahren“ nicht nur als Adjektiv sondern auch als Verb verstanden werden kann.
- » Nicht immer war klar, was passiert, wenn man zur Früherkennungsuntersuchung geht und innerhalb des Zwei-Jahres-Intervalls Schmerzen bekommt.
- » Nicht verstanden wurde, dass für rasch wachsende Krebsarten ein Screening nicht gut geeignet ist, und dass ein verkürztes Intervall kein besseres Verhältnis der Vor- und Nachteile bringt (ist im Text auch nur implizit erwähnt).
- » Beim Absatz „Was mache ich, wenn ich bereits Beschwerden habe?“ wurde die Aussage „falls notwendig“ nicht verstanden, da die Probandin eine Abklärung bei Beschwerden immer für notwendig hielt.
- » Die Kriterien, ab wann ein erhöhtes Risiko besteht, waren unklar.

Missverständnisse

- » Der Abschnitt zu 4-Augen-Prinzip und Ultraschall wurde unter anderem so verstanden, dass der Ultraschall dann gemacht wird, wenn beide Ärztinnen/Ärzte es für notwendig halten.
- » Missverstanden wurde, dass das Brustgewebe bei jüngeren Frauen strahlensensibler ist. Es wurde so verstanden, dass Jüngere noch weniger belastet sind und daher die Strahlen bei jüngeren Frauen weniger schädlich seien.
- » Missverstanden wurde, dass die Einladung neu ist. Die Probandin wunderte sich lediglich, dass sie früher nie eine Einladung erhielt. Sie vermutete, dass die Einladung möglicherweise nicht an alle Frauen geschickt worden war.

- » Der Begriff Brustkrebs-Risiko bzw. Risiko per se wird nicht verstanden. Missverstanden wurde dabei auch, dass Risiko nicht bedeutet, dass man bereits erkrankt ist.

Aus dieser Aufstellung wird ersichtlich, dass selbst vermeintlich unproblematische Begriffe oder einfache Erklärungen zu Verständnisproblemen und Missverständnissen führen können. Dies ist nicht gänzlich zu verhindern, kann jedoch minimiert werden.

Begriff „gesunde Frauen“

Vier der fünf Probandinnen waren vom Begriff „gesunde“ Frauen irritiert. Einerseits war unklar, wie der Begriff gemeint ist, und andererseits blieb die Frage offen, wie Frauen mit einer bestehenden Krankheit (z. B. Hypertonie, Diabetes oder einer anderen vergangenen Krebserkrankung) mit dem Thema Brustkrebs-Früherkennung umgehen sollen.

Emotionale Reaktionen

Besonders emotional reagierten Probandinnen bei den Absätzen „Soll ich zur Früherkennungsmammographie gehen?“ und „Was sind die Vor- und Nachteile?“.

Die Möglichkeit, dass sich Frauen frei gegen die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung entscheiden können, irritierte sehr. Die Befürchtung kam auf, dass durch das Ansprechen der Entscheidung für oder gegen die Teilnahme der Eindruck entsteht, dass Früherkennung nicht wichtig sei. Nicht ausreichend klar wurde hier, dass es sich um eine freie Entscheidung handeln soll, bei der es gute Gründe dafür geben kann, warum sich eine Frau für oder gegen die Teilnahme entscheidet.

Der Absatz zur Überdiagnose mit der Aussage „dadurch werden Frauen zu Brustkrebs-Patientinnen, die den Krebs Zeit ihres Lebens nie bemerkt hätten“ wurde als „*ärgster*“ Absatz bezeichnet. Das äußerte eine Probandin, die regelmäßig seit jungen Jahren die Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch nimmt. Der Absatz wurde zudem von derselben Probandin als angstauslösend bezeichnet. Später im Gespräch dachte sie grundsätzlich über die Sinnhaftigkeit von unreflektierten Früherkennungsmammographien nach. Sie hat sich durch das Merkblatt das erste Mal mit dem Problem von Überdiagnosen auseinandergesetzt.

Auch die Erwähnung von Nachteilen per se und die Möglichkeit, einen falsch positiven Befund zu erhalten, lösten emotionale Reaktionen aus.

Positive Bewertungen

Besonders positiv wurden die Ablaufgrafik und die Kurzstatements in der grünen Spalte bewertet.

Zudem wurden positiv bewertet:

- » die Absätze
 - » Einleitung,
 - » „Was ist das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm?“,
 - » „Was passiert bei der Mammographie?“,
- » die Erklärung der Vorgehensweise bei der Ultraschall-Untersuchung,
- » die Erklärung der Vor- und Nachteile,
- » die Erklärung von verwendeten Fremdwörtern,
- » die Information, dass Früherkennung die Entstehung von Brustkrebs nicht verhindert.

Eine Probandin fasste zusammen: *„Im Merkblatt ist alles drinnen, was man braucht“*.

Auch zwei Aspekte des Programms wurden positiv erwähnt: die automatische Einladung inkl. der Möglichkeit der Selbsteinladung für einen erweiterten Kreis und die Doppelbefundung zur Qualitätssicherung.

Negative Bewertungen

Von einer Probandin wurden folgende negative Aussagen im Zusammenhang mit dem Merkblatt getätigt:

- » Mammographie ist nicht die beste Methode (der Information wurde nicht geglaubt).
- » Die Erwähnung der Belastung mit Röntgenstrahlen im Merkblatt ist irrelevant, da mittels des Einsatzes von Röntgenstrahlen Tumoren entdeckt werden können.

Zusätzlich wurden von der Probandin folgende programmrelevante Aspekte kritisch gesehen:

- » das Abweichen von der üblichen Zuweisung,
- » Einladung erst ab 45, da ihrer Meinung nach viele Frauen vorher an Brustkrebs erkrankten,
- » Selbsteinladung, da die Probandin davon ausgeht, dass Frauen diese nicht in Anspruch nehmen,
- » die Einschränkung der Altersgruppe, da dahinter Sparmaßnahmen vermutet wurden,
- » Online Information, da diese für Personen über 70 Jahre nicht geeignet seien,
- » Serviceline für die Anmeldung, da die Probandin bezweifelte, dass ältere Personen damit zu-rechtkämen.

Auch diese kritischen Aussagen zeigen, dass Wissen über und qualitätsgesicherte Information zur Brustkrebs-Früherkennung bisher nicht alle Frauen erreicht hat. Es scheint daher für manche Frauen schwierig zu sein, die neuen Informationen aus dem Merkblatt bzw. zum Programm anzunehmen.

Zusammenfassung des Think–Aloud–Protokolls

Informationen zum Ablauf wurden generell gut verstanden, wenngleich zum Teil unklar blieb, warum zur Untersuchung eingeladen wird. Zudem war für manche Probandinnen nicht ausreichend verständlich, warum jüngere Frauen eine Selbsteinladung durchführen müssen bzw. dass Frauen unter 40 Jahren nicht Zielgruppe der Brustkrebsfrüherkennung sind.

Die meisten Irritationen und Missverständnisse verursachten die Abschnitte zur Entscheidung („Soll ich zur Früherkennungsmammographie gehen?“) und zu den Vor- und Nachteilen.

Zum einen war den Probandinnen zunächst nicht klar, warum überhaupt eine Entscheidung zu treffen ist. Zum anderen war es den Probandinnen nicht ausreichend möglich, Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Neu war für einen Teil der Probandinnen, dass die Früherkennungsuntersuchungen mit Nachteilen wie Überdiagnosen, falsch positiven und falsch negativen Befunden behaftet sind. Diese Information konnte von einigen Probandinnen erst nach und nach bzw. nur teilweise verarbeitet werden.

Die Akzeptanz des Merkblatts war hoch, wenngleich nicht alle Probandinnen alle darin enthaltenen Aussagen für zutreffend befanden (z. B. glaubte eine Probandin nicht, dass die Mammographie die derzeit beste Methode für die Brustkrebsfrüherkennung ist). Außerdem zeigte sich, dass Grafiken und eine weniger gedrängte Darstellung den Erwartungen der Probandinnen entgegenkommen würden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Frauen das Vorhandensein des Merkblatts durchaus begrüßten und die Inhalte meist für gut und umfassend befanden. Zum Teil nahmen die Probandinnen die Informationen auf und verstanden sie. Nicht ausreichend klar wurden ihnen jedoch Vor- und Nachteile sowie die Notwendigkeit des Treffens einer informierten Entscheidung. Grundlage einer informierten Entscheidung ist, dass die Vor- und Nachteile verstanden, bewertet und in die Entscheidung mit einbezogen werden können. Daher scheint das Merkblatt in seiner derzeitigen Form nur teilweise geeignet, um eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Die Erhebung gibt allerdings auch Hinweise darauf, dass mithilfe von gezielten Adaptierungen die Nutzerfreundlichkeit des Merkblatts erhöht werden kann. In den Folgekapiteln werden Empfehlungen zur Adaptierung erläutert.

8.2.2.3 Umfang, Inhalt und Gestaltung

Neben der Analyse der Ergebnisse des Think–Aloud–Protokolls zu den Inhalten des Merkblatts können auch Anmerkungen zur Gestaltung, zum Umfang und zur Vollständigkeit des Merkblatts gesammelt werden.

Textlänge

Die Probandinnen wurden nach dem Lesen des Merkblatts nach ihrer Einschätzung zur Textlänge befragt. Die Bewertungen der Textlänge reichten von ‚sehr lang‘, über ‚etwas zu lang‘ bis ‚angemessen‘. Die Informationen in den grünen Spalten wurden zum Teil als ausreichende Zusammenfassung wahrgenommen, die sich nicht sehr vom Text unterscheidet, wobei in diesem Fall der Text als ausführliche Erläuterung für besseres Verständnis oder bei tiefergehendem Interesse gesehen wurde.

Inhalte

Die Inhalte des Merkblatts erschienen den Probandinnen wichtig. Probandinnen nannten auch Textteile, die sie als wenig relevant oder überflüssig empfanden:

- » Absatz „Was ist das Besondere am Programm“
- » Hinweis, dass man, wenn man bereits in Behandlung ist, vom Arzt außerhalb des Programms weiter betreut wird
- » Absatz zu Überdiagnosen
- » Information zur e-card – weil bekannt ist, dass die e-card immer der Zugang zur Leistung ist
- » Wiederholungen ähnlicher Information (nicht näher spezifiziert)
- » Informationen zur technischen Ausstattung – es wird als selbstverständlich angesehen, dass am letzten Stand der Technik gearbeitet wird
- » „In 9 von 10 Fällen wird sich bei den Folgeuntersuchungen herausstellen, dass Sie keinen Brustkrebs haben und es ein falscher Alarm war“
- » Die Information über die Belastung durch Röntgenstrahlen wurde als unwesentlich abgetan, sofern im Gegenzug ein Karzinom entdeckt werden kann

Ein Teil der Probandinnen empfand die Informationen am Merkblatt als ausreichend. Folgende Informationen hätten sich Probandinnen zusätzlich gewünscht:

- » Information dazu, wo man eine persönliche Ansprechperson (ev. eine Servicestelle) findet (Eine Telefonnummer und eine Website wurde – insbesondere für ältere Personen – als nicht ausreichend und als zu unpersönlich empfunden. Bevorzugt würden weibliche Gesprächspartnerinnen);
- » wie erhöhtes Brustkrebs-Risiko festgestellt wird;
- » ob die freie Arztwahl bestehen bleibt / man sich einen Arzt²¹ aussuchen kann;

21

Informationen über die zur Auswahl stehenden Ärztinnen/Ärzten werden im Brief und durch die beiliegende Radiologenliste erklärt, die den Frauen im Zuge der Merkblatt-Testung nicht vorgelegt wurden.

- » ob die Termine frei gewählt werden können oder von der GKK vorgegeben werden²²;
- » Informationen zum Selbstabtasten der Brust.

Gestaltung

Die Probandinnen empfanden die Anordnung/Gestaltung des Merkblatts insgesamt als gut und klar. Die Farben und die Ablaufgrafik kamen dabei besonders gut an. Unklar war ihnen zum Teil allerdings, wo zu lesen begonnen werden bzw. wo weitergelesen werden sollte. Insbesondere die Aufteilung in die grüne und die weiße Spalte sorgte anfangs zum Teil für Verwirrung, die sich legte, nachdem die grüne Spalte als Kurzfassung identifiziert wurde.

Die Anordnung der Informationen am Merkblatt wurde als zu gedrängt empfunden.

Die Bewertung der Schriftgröße reichte von ‚ausreichend‘, ‚gerade noch ok‘, könnte ‚größer sein‘ und bis ‚zu klein‘.

8.2.2.4 Merkblatt als Begründung für Entscheidung

Vier der fünf Probandinnen würden nach dem Lesen des Merkblatts an dem Programm teilnehmen, eine äußerte sich folgendermaßen: „*Wahrscheinlich schon, ja*“. Folgende Gründe wurden in Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung genannt:

- » Brustkrebsvorsorge
- » Gewohnheit, zur Früherkennungsmammographie zu gehen
- » Neue Informationen („...*weil ich viele Sachen nicht gewusst habe...*“)
- » Weil man sieht, dass es wichtig ist, und nie wissen kann, ob man nicht bereits erkrankt ist.

Es wurde von einem Teil der Probandinnen erwähnt, dass die Gründe zur Inanspruchnahme einer Früherkennungsmammographie die gleichen wie vor Lesen des Merkblatts waren. Eine Probandin zeigte sich im Zusammenhang mit der Entscheidung erneut von dem Passus der Überdiagnose irritiert, da sie nicht wusste, wie sie diese Information bewerten sollte.

8.2.2.5 Änderungsvorschläge der Probandinnen

Die Probandinnen brachten von sich aus Adaptierungsvorschläge ein. Diese werden als Ressource gesehen und daher bei der Evaluierung mit bedacht. Natürlich können nicht alle

22

Informationen zur Terminfindung werden im Brief erklärt, der den Frauen im Zuge der Merkblatt-Testung nicht vorgelegt wurde.

Vorschläge – insbesondere weil sie teilweise fachlichen korrekten Informationen widersprechen – übernommen werden. Sie stellen dennoch hilfreiche Einblicke in die Gedankenwelt der Frauen dar. Folgende Ideen bzw. Änderungsvorschläge fanden Erwähnung (etwaige Zusatzerläuterungen sind in Klammer angeführt):

- » Textteil und Spalten auf zwei verschiedenen Seiten oder Blättern, nicht parallel, gruppieren (u. a. um die Dichte zu reduzieren und die Orientierung zu erleichtern nach der Devise „Was liest man zuerst?“).
- » Die Grafik „Was Sie darüber wissen sollten“ im Querformat ganz oben auf der ersten Seite anführen, darunter dann die textliche Erläuterung. So könnte man generell mit den Spalteninhalten umgehen: zuerst die Übersicht, dann genauere Informationen.
- » Die Spalten bzw. Schrift in den Spalten größer gestalten.
- » In der linken grünen Spalte auf Seite 2: „Sind bei der Mammographie Auffälligkeiten entdeckt worden, werden weitere Untersuchungen durchgeführt“ – könnte man z. B. Ultraschall, MRT etc. ergänzen. „...weil dann fragt man sich, was denn für schreckliche Untersuchungen, und das sind dann ja noch harmlose eigentlich“.
- » Eine – auch optisch hervorgehobene – Zusammenfassung bei Vor- und Nachteilen wie folgt: „Die Vorteile überwiegen bei weitem die Nachteile.“ (Nachteile wirken abschreckend bzw. sind vernachlässigbar, es entstünde sonst der Eindruck, als hielten sich Vor- und Nachteile die Waage – was aus fachlicher Sicht bei der derzeitigen Wissenslage auch der Fall ist.)
- » Der Ausdruck „gesunde Frauen“ als Zielgruppe führte mehrmals zu Irritation. Stattdessen schlug eine Probandin den Passus vor: „Das Programm richtet sich an Frauen ohne Anzeichen einer Brustkrebserkrankung“.
- » Bezüglich der Evaluierung des Programms gab es Datenschutzbedenken. Es wurde vorgeschlagen, klar zu titulieren, ob die Auswertung im Rahmen einer Studie stattfindet.
- » „Die Mitarbeiter sind speziell geschult und erfahren...“ – der Ausdruck erfahren war nicht für alle verständlich, daher wurde das Wort routiniert von einer Probandin vorgeschlagen (Es könnte sonst ein Missverständnis entstehen: Was erfährt man denn?).
- » Ergänzung der Erwähnung, dass die Untersuchung ohne Applikation von Kontrastmittel erfolgt (dies könnte möglicherweise Ängste dämpfen).
- » Die Phrase „Was passiert bei einer Mammographie“ kann negativ assoziiert werden („Was passiert mir denn nun?“). Stattdessen schlug eine Probandin vor „Wie läuft eine Mammographie ab“.
- » Statt „Soll ich zur Früherkennungsmammographie gehen?“ die Formulierung: „Warum soll ich zur Früherkennungsmammographie gehen?“ Die Aussage eher positiv formulieren bzw. Gründe anführen, warum man gehen soll. Die Frage sollte so gestellt sein, dass sie dann eher mit Ja zu beantworten wäre.
- » „Es gibt leider auch sehr rasch wachsende Krebsarten, die sich im Zeitraum zwischen zwei Früherkennungsuntersuchungen bilden können. Sie sollten daher über die möglichen Anzeichen einer Brustkrebserkrankung informiert sein und bei einem Verdacht rasch eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen.“ Bei diesem Punkt könnte man die Selbstuntersuchung ergänzen.
- » Farbdoppleruntersuchung als Untersuchungsalternative zur Früherkennungsmammographie
- » Den Absatz zu Überdiagnose entfernen (wirkt sehr abschreckend).

- » Eine persönliche Ansprechperson wird gewünscht, der man Fragen zum Programm stellen kann, eine Art Servicestelle mit Parteienverkehr, die am besten mit Frauen besetzt wäre.
- » Textvorschlag zu Informationen hinsichtlich Ablauf und Alter: „Zwischen 45 und 69 werden sie automatisch angeschrieben.“

8.2.3 Diskussion und Empfehlungen

8.2.3.1 Diskussion der Erhebung

Das Merkblatt wird von den Frauen als informativ bewertet. Zudem sind die meisten Inhalte verständlich. Allerdings war nicht ausreichend klar, warum eine freie Entscheidung getroffen werden sollte. Insbesondere die Vor- und Nachteile, deren Verständnis für eine informierte Entscheidung essentiell ist, wurden zum Teil nicht verstanden oder missverstanden. Damit trägt das Merkblatt zwar dazu bei, eine informierte Entscheidung treffen zu können, erfüllt diese Funktion aber nicht in vollem Ausmaß.

Die Aussagen der Probandinnen zeigen, dass sie wenig Vorwissen über die Vor- und Nachteile der Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung hatten. Das könnte ein Grund sein, warum sie Vor- und Nachteile nur schwer verstehen konnten.

Die Kürze des Merkblatts bedingt, dass nur sehr wenig Platz für grafische Darstellungen von Information oder andere optische Gestaltungselemente ist. Die Ablaufgrafik wurde allerdings besonders gut und positiv aufgenommen, was darauf schließen lässt, dass grafisch aufbereitete Informationen auch für die Verständlichkeit von anderen Teilen des Merkblatts nützlich wären.

Ein Teil der Probandinnen zeigte im Zuge der Think-Aloud-Protokoll-Erhebung Ansatzpunkte für Adaptierungen auf. Wenngleich diese aus fachlicher Sicht nicht alle sinnvoll erscheinen, so zeigen sie dennoch, welche Erwartungen die Probandinnen an ein Merkblatt zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm haben. Auch aus den Ergebnissen des Think-Aloud-Protokolls können einige Empfehlungen für Adaptierungen abgeleitet werden, die im Kapitel 8.2.3.3 dargestellt sind.

Wie alle Methoden weist auch die gewählte Untersuchungsmethode Stärken und Limitationen auf. Bei einer Nutzertesting mittels Think-Aloud-Protokoll können Einblicke in die Denkprozesse und damit in die Nutzererfahrung gewonnen werden. Die Informationen kommen ohne Beeinflussung durch das Stellen von Fragen oder durch vorgegebene Themen zustande. Dadurch sind valide Ergebnisse zu erwarten. Zudem findet kein Einfluss von anderen Personen statt, wie dies beispielsweise in Fokusgruppen der Fall ist. Es ist daher anzunehmen, dass Aussagen getätigt werden, die in einer Gruppe nicht zu Stande gekommen wären.

Das Think-Aloud-Protokoll stellt jedoch hohe Anforderungen an die Probandinnen. Lesen und gleichzeitiges laut Denken ist sehr fordernd, dadurch kann auch die Verarbeitung des gelesenen

Texts beeinflusst werden. Drei der Teilnehmerinnen hatten einen Universitätsabschluss, eine Probandin einen Lehrabschluss und eine einen Hauptschulabschluss mit 9. Schuljahr. Keine Probandin wies als höchsten Schulabschluss eine Matura auf. Es wurden also nicht alle Bildungsgruppen abgedeckt, was die Ergebnisse beeinflussen kann. Zudem konnten nicht alle vereinbarten Think Aloud Protocol Termine wahrgenommen werden, da diese von den Probandinnen aus Krankheitsgründen oder wegen mangelnder Zeit abgesagt wurden.

Die Rekrutierung in Gesundheitszentren der WGKK erwies sich für eine derartige wissenschaftliche Erhebung als sehr geeignet. Es konnten sowohl Probandinnen mit hohem als auch mit niedrigem Bildungsniveau zur Teilnahme gewonnen werden. Dieses Setting würde sich auch für andere gesundheits- oder krankheitsbezogene Studien eignen, um Personen unterschiedlicher sozioökonomischer Gruppen zu rekrutieren.

Es wurden alle Frauen, die die Einschlusskriterien (Alter und Grund der Inanspruchnahme des Gesundheitszentrums) erfüllten, zur Teilnahme an der Testung eingeladen. Es erfolgte keine Selektion durch die Versuchsleiterinnen. Die vorhandene oder fehlende Bereitschaft der Frauen bestimmte die Teilnahme an der Testung. Dadurch ist ein Selbstselektionsbias möglich. Teilnehmende Frauen gehörten sowohl niedrigen als auch hohen Bildungsschichten an, wobei keine Frau mit Maturaabschluss als höchste abgeschlossene Schulbildung rekrutiert werden konnte. Es ist daher davon auszugehen, dass die Frauen der Zielgruppe des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms gut, aber nicht zur Gänze im Rahmen der Erhebung abgebildet werden konnten.

8.2.3.2 Anhaltspunkte aus der Evaluation des Merkblatts des deutschen Früherkennungsprogramms

Die Merkblätter aus Deutschland und Österreich unterscheiden sich vor allem im Umfang sowie in der Nutzung von zahlengestützten Erläuterungen und ergänzenden graphischen Darstellungen. Dennoch sprechen beide Merkblätter weitgehend die gleichen Themen an.

Bei einer Weiterentwicklung des österreichischen Merkblatts soll neben der vorliegenden Evaluierung auch auf die deutschen Erfahrungen zurückgegriffen werden, daher werden zunächst die zentralen deutschen Evaluierungsergebnisse dargestellt und im Anschluss mit der vorliegenden Analyse verglichen.

Evaluation des Merkblatts des Deutschen Mammographie-Screening-Programms

In Deutschland wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung des Einladungsschreibens inklusive eines evidenzbasierten Merkblatts für das Mammographie-Screening beauftragt. In diesem Rahmen wurden auch eine qualitative und quantitative Nutzertestung durchgeführt (IQWiG 2015).

Das Merkblatt sollte evidenzbasiert sein, alle relevanten Informationen zum Mammographie-Screening enthalten und über die Vor- und Nachteile informieren. Dabei wurde auf eine Quantifizierung der wesentlichsten Effekte des Screenings Wert gelegt, damit die Frauen die Größenordnung realistisch einschätzen können (IQWiG 2015).

Die qualitative Nutzertestung wurde mit 15 Frauen (3 Gruppen zu je 5 Frauen: jüngere Frauen ohne Screeningeinladung, Frauen mit Einladung mit Screening-Teilnahme und Frauen mit Einladung ohne Screening-Teilnahme) durchgeführt. Die quantitative Nutzertestung erfolgte mit je 500 Frauen aus der Altersgruppe 45 bis 49 Jahre (vor der Teilnahmemöglichkeit am Programm) und aus der Gruppe 50 bis 69 Jahre (Zielgruppe des Programms). Die Nutzertestungen zeigten ein positives Bild des Merkblatts: Für die Mehrzahl der Frauen waren die Materialien eine Grundlage für eine informierte, freiwillige Entscheidung, sie empfanden das Merkblatt als verständlich und informativ. (IQWiG 2015)

Ergebnisse der qualitativen Nutzertestung:

- » Umfang angemessen;
- » Z. T. positive Bewertungen, dass die Freiwilligkeit der Untersuchung betont wird;
- » Meist wird verstanden, dass das Mammographie-Screening Vor- und Nachteile haben kann.
- » Z. T. Verständnisprobleme mit Informationen zur Überdiagnose – diese war vorher zum Teil nicht bekannt (führte zu einer Überarbeitung des Texts für eine bessere Verständlichkeit).
- » Einzelne Verständnisprobleme bei Brustkrebsarten (Text wurde adaptiert);
- » Zahlen wurden als hilfreich empfunden;
- » Verständnisprobleme bei der Darstellung der Brustkrebsinzidenz (Adaptierung);
- » Grafiken wurden als hilfreich und verständlich empfunden;
- » Unklarheit bei der Darstellung des Zeitraums, auf den sich die Diagnose-Ergebnisse beziehen (Adaptierung).

Die nach der Adaptierung erfolgte quantitative Nutzertestung ergab folgende Ergebnisse für das Merkblatt:

- » Das Merkblatt ist für über 90 Prozent verständlich und ausführlich und informiert auch umfassend über die Früherkennungsmammographie.
- » Über 90 Prozent gaben an, dass Vor- und Nachteile umfassend erklärt sind.
- » Die Materialien betonen die Freiwilligkeit der Untersuchung.
- » Nennung der drei wichtigsten Bereiche des Merkblatts: Nachteile und Risiken, Vorteile und Chancen, allgemeine Aufklärung.
- » 30 Prozent haben das Merkblatt als zu lang empfunden.
- » 13 Prozent fühlten sich verunsichert.
- » Knapp 70 Prozent gaben an, dass das Merkblatt alle relevanten Informationen enthält, fünf Prozent hätten sich mehr Informationen gewünscht.

- » Wissenszuwachs hatten die Befragungsteilnehmerinnen durch die Themen ‚falsch-positive und falsch negative Ergebnisse‘, ‚Senkung der brustkrebspezifischen Mortalität‘ und ‚Überdiagnose‘ (Vergleich von Fragen vor und nach dem Lesen des Merkblatts).

Parallelen und Unterschiede der Evaluationsergebnisse Deutschland/Österreich

Wie im deutschen Merkblatt irritierten auch im österreichischen die Informationen zur Überdiagnose. In Deutschland konnte diesem Problem durch eine Überarbeitung entgegengewirkt werden. Es ist davon auszugehen, dass auch in Österreich eine Anpassung der Informationsaufbereitung der Irritation entgegenwirken kann.

Obwohl das deutsche Merkblatt wesentlich länger ist, scheint der Umfang kein Problem darzustellen. In Österreich hingegen waren die Anmerkungen zum Textumfang eher kritisch. Aufgrund des qualitativen Designs kann keine Aussage getroffen werden, wie viele Personen das Merkblatt zu lang finden würden. Eine mögliche Erklärung für die geringe Akzeptanz der Länge des Merkblatts in Österreich findet sich in den Aussagen zur Gestaltung. Die Darstellung der Informationen am Merkblatt wird von Probandinnen als zu gedrängt empfunden. Dadurch könnte der Eindruck von großer Länge entstehen. Außerdem sind durch die gedrängte Darstellung nur wenige Gestaltungselemente (Bilder/Grafiken) möglich. Analog zum deutschen kam auch beim österreichischen Merkblatt die enthaltene Grafik bei den Probandinnen besonders gut an.

Beim Vergleich beider Merkblätter fällt auf, dass das österreichische Merkblatt nur ganz wenige Zahlen zu Größen von Effekten enthält. In Deutschland ergab die Evaluation, dass die Zahlen als hilfreich empfunden wurden.

Die Aufbereitung der Vor- und Nachteile wurde in Deutschland begrüßt. In Österreich wurde das von einigen Probandinnen weniger positiv gesehen. Der Grund hierfür kann aus der vorliegenden Analyse nicht ermittelt werden. Denkbar wären einerseits Unterschiede in der Darstellung der Inhalte, das überwiegende Fehlen der Darstellung der Größenordnung der Effekte, Unterschiede im Vorwissen, oder aber auch Mentalitätsunterschiede.

Die Ergebnisse der Think-Aloud-Protokoll-Analyse zeigen, dass die österreichischen Probandinnen beim Lesen des Merkblatts nicht nachvollziehen konnten, warum es notwendig ist, sich für oder gegen eine Programmteilnahme selbst zu entscheiden. Im Rahmen der Evaluation des deutschen Merkblatts hingegen begrüßten die Probandinnen den Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme.

8.2.3.3 Ableitung von Empfehlungen

Eine Reihe von Empfehlungen konnte aus den Ergebnissen abgeleitet werden. Nicht alle haben allerdings das gleiche Gewicht, weshalb eine Gliederung in Kernempfehlungen und weitere Empfehlungen vorgenommen wird.

Kernempfehlungen

- » **Anpassung des Hinweises, dass sich Frauen entscheiden müssen, ob Sie am Programm teilnehmen oder nicht.**

Dieser Hinweis wird im Einleitungsabsatz als Begründung genannt, warum es das Merkblatt gibt. Hier löste der Hinweis keine Irritation aus. Die Irritation trat erst bei der nochmaligen Nennung unmittelbar vor den Vor- und Nachteilen auf. Da den Probandinnen hier zum Teil nicht klar war, warum eine Entscheidung über Teilnahme- oder Nicht-Teilnahme gefällt werden soll, wird empfohlen, zuerst die Vor- und Nachteile darzustellen und dann zu erläutern, dass die Vor- und Nachteile nicht eindeutig gelagert sind und dass daher jede Frau für sich entscheiden muss, ob sie am Programm teilnehmen möchte oder nicht.
- » **Grafische Darstellung der Effektgrößen in Zusammenhang mit den Vor- und Nachteilen inkl. Darstellung der Unsicherheiten, die bei einigen Effekten bestehen, wird empfohlen.**

Damit soll die abstrakte Beschreibung der Vor- und Nachteile versteh- und bewertbar sowie die Abwägung von Nutzen und Schaden möglich werden. Dies soll einerseits dem Ziel der EU-Leitlinie entsprechen, eine informierte Entscheidung zu ermöglichen und andererseits die Verständlichkeit für Frauen erhöhen (Kooperationsgemeinschaft Mammographie 2008).
- » **Anstelle von „gesunde Frauen ohne Anzeichen einer Brustkrebserkrankung“ sollte nur „Frauen ohne Anzeichen einer Brustkrebserkrankung“ verwendet werden.**

Der Begriff ‚gesunde Frauen‘ führte zu Irritationen.
- » **Die Struktur der Aufzählung der Vor- und Nachteile sollte überdacht werden.**

Hier traten die meisten Irritationen auf. Punkte mit ähnlichem Inhalt können mit Zahlen konkretisiert und zusammengefügt werden (z. B. Punkt 3 und 4).
- » **Bei Punkt 6 (Intervallkarzinome) sollte ergänzt werden: Bei einem kürzeren Abstand der Früherkennungsuntersuchungen gibt es keine Verbesserung des Verhältnisses von Vor- und Nachteilen.**

Bei diesem Punkt traten Irritationen auf, die durch die Ergänzung vermieden werden können.
- » **Der Begriff Risiko sollte erklärt oder vermieden werden.**

Weitere Empfehlungen

- » Eine Ausweitung des Umfangs des Merkblatts zu Gunsten von grafischen Darstellungen und der Erläuterung der Größen von Effekten anhand von Zahlen erscheint sinnvoll.

Die gedrängte Textgestaltung wurde von den Probandinnen im Zuge des Tests der Benutzungsfreundlichkeit negativ empfunden. Eine Ausweitung der Seitenanzahl des Merkblatts (z. B. durch Erstellung einer Mini-Broschüre ähnlich dem deutschen Modell, jedoch kürzer) würde hier eine Verbesserung bringen.
- » Der Verweis auf die Liste mit Radiologen/Radiologinnen, die die Qualitätskriterien erfüllen, würde im Brief ausreichen. Wenn keine Umfangsausweitung des Merkblatts erwünscht ist, könnte so der Absatz „Was ist das Besondere am Programm?“ zugunsten oben genannter Informationen gelöscht werden. Der Verweis zur Datenverwendung könnte in den Absatz „Was ist das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm?“ integriert werden.

- » Jedenfalls beibehalten werden sollte die Auswahl der Inhalte. Diese entsprach – mit wenigen Ausnahmen – den Erwartungen der Probandinnen.
- » Missverständnisse können nicht zur Gänze verhindert werden. Unter Berücksichtigung der oben angeführten Ergebnisse und durch das Einbeziehen von Fokusgruppen mit Vertreterinnen möglichst verschiedener Bildungsschichten im Zuge einer Überarbeitung könnte die Anzahl der Missverständnisse jedoch verringert werden.
- » Um Spielraum für falsche Interpretationen zu vermeiden, sollte angeführt werden, dass die Selbstuntersuchung oder andere Untersuchungsmethoden keine ausreichende Wirksamkeit als Früherkennungsmethode haben. Es ist besser, dies zu erwähnen als wegzulassen.
- » Bemühungen, Gesundheitskompetenz im Allgemeinen und Wissen über Screening/Brustkrebs-Früherkennung im Speziellen an die Bevölkerung zu bringen, würden sich zudem positiv auf die Entscheidungsfähigkeit und auf das Verstehen von Informationen auswirken. Eine Vernetzung mit nationalen Aktivitäten auf dem Gebiet Gesundheitskompetenz wird als hilfreich erachtet.

8.2.4 Fazit

Das evaluierte Merkblatt informiert gut über den Ablauf des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms. Seine Funktion zur Unterstützung einer informierten Entscheidung kann es allerdings nicht ausreichend erfüllen, da die Notwendigkeit zur freien Entscheidung über eine Teilnahme oder Nicht-Teilnahme sowie Vor- und Nachteile der Brustkrebsfrüherkennung nicht ausreichend verstanden werden. Es bedarf daher einiger Adaptierungen, um die Verständlichkeit des Merkblattes zu verbessern und als Entscheidungsgrundlage fungieren zu können.

Bereits vor Veröffentlichung des Evaluationsberichts wurden einige Adaptierungen am Merkblatt vorgenommen und insbesondere Formulierungen verbessert. andere als redaktionelle Änderungen wurden bislang nicht vorgenommen, sollen aber zu einem geeigneten Zeitpunkt umgesetzt werden.

9 Ausblick

Für eine detaillierte Weiterführung der Evaluierung des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms in den kommenden Jahren ist die Schließung der Dokumentationslücke der Abklärungsuntersuchungen nach einem suspekten Früherkennungsbefund von größter Bedeutung. Nur anhand vollständiger, vollzähliger und valider Daten über sämtliche Untersuchungs- und Behandlungsschritte hinweg, kann über Wirksamkeit und mögliche Nachteile des Programms Auskunft gegeben werden. Gleiches gilt für den Einsatz der Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung in Kombination mit der Mammographie, der in dieser Form einzigartig in Europa ist. Auch hier besteht die wissenschaftliche Verpflichtung, zukünftig Aussagen zur Sinnhaftigkeit dieser Untersuchungsform treffen zu können.

Literatur

- American Cancer Society (2011): Breast Cancer Facts & Figures 2011–2012 [Online]. Atlanta: American Cancer Society, Inc. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-030975.pdf> [Zugriff am 4. Dez. 2013]
- Aro, A. R.; De Koning, H. J.; Schreck, M.; Henriksson, M.; Anttila, A.; Pukkala, E. (2005): Psychological risk factors of incidence of breast cancer: a prospective cohort study in Finland. In: *Psychol Med* 35/10:1515–1521
- BKFP Koordinierungsstelle (März 2015): Regeln der Zusammenarbeit. Informations- und Steuerungsgruppe zum nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Unveröffentlicht
- Bleiker, E. M.; Hendriks, J. H.; Otten, J. D.; Verbeek, A. L.; van der Ploeg, H. M. (2008): Personality factors and breast cancer risk: a 13-year follow-up. In: *J Natl Cancer Inst* 100/3:213–218
- Charters, Elizabeth (2003): The Use of Think-aloud Methods in Qualitative Research. An Introduction to Think-aloud Methods. In: *Brock Education* 12/2:68–82
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Coutelle C, Höhn B, Benesova M, Oneta CM, Quattrochi P, Roth HJ, Schmidt-Gayk H, Schneeweiss A, Bastert G, Seitz HK. (2004): Risk factors in alcohol associated breast cancer: alcohol dehydrogenase polymorphism and estrogens. In: *Int J Oncol*
- Directorate-General, Health & Consumer Protection (Hg.) (2006): *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. Fourth Edition. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg
- EBM Review Center (2013): *Mammographie basierte Brustkrebsfrüherkennung Recherche und Aufbereitung von Kennzahlen für eine informierte Entscheidung*. Medizinische Universität Graz
- Gigerenzer, Gerd; Wegwarth, Odette (2008): Risikoabschätzung in der Medizin am Beispiel der Krebsfrüherkennung. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102/9:513–519
- Gollmer, Alexander; Biermeier, Julia; Feichter, Alexandra; Kernstock, Eva-Maria; Link, Thomas; Matousek, Peter; Ramssl-Sauer, Alexandra (2011): *Qualitätsstandard zum Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening sowie zur Durchführung diagnostischer Mammographien*. Abschlussbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2014): *Konsolidierte Fassung des 2. Zusatzprotokolls zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag idF der 1. Zusatzvereinbarung vom 1. Juli 2014 (Mammographie kompiliert)*

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016): Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen, Wien
- Institut für klinische Epidemiologie (2013): Inzidenz und Mortalität bösartiger Neubildungen in Tirol – Diagnosejahr 2010 [Online]. IET – Institut für klinische Epidemiologie der TILAK GmbH. <https://www.iet.at/data.cfm?vpath=publikationen210/trt/trt-bericht-2010> [Zugriff am 4. Dez. 2013]
- IQWiG (2015): Einladungsschreiben und Merkblatt zum Mammographie-Screening. Rapid Report. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln
- Kooperationsgemeinschaft Mammographie (2008): Brustkrebs-Screening: Leitlinien für die Kommunikation. Kapitel 12 der Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Brustkrebs-Screenings. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Köln
- McDonald JA, Goyal A, Terry MB. (2013): Alcohol Intake and Breast Cancer Risk: Weighing the Overall Evidence. In: Curr Breast Cancer Rep 2013 Sep;5(3) doi: 101007/s12609-013-0114-z
- Office for National Statistics (2005): Breast Cancer Survival, England and Wales, 1991–2003. Predicted trends in long-term survival from breast cancer in women: age; and Government Office Region in England, and Wales. hg. v. Statistics, Office for National., <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/cancer-unit/cancer-survival/long-term-breast-cancer-survival--england-and-wales/long-term-breast-cancer-survival---england-and-wales.xls>,
- Schoemaker, Minouk J.; Jones, Michael E.; Wright, Lauren B.; Griffin, James; McFadden, Emily; Ashworth, Alan; Swerdlow, Anthony J. (2016): Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: a cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom. In: Breast Cancer Research 18/1:72
- Statistik Austria (2016a): Brust (C50) – Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr), Österreich ab 1983 [Online]. Statistik Austria. Wien [Zugriff am 27. Oktober 2016]
- Statistik Austria (2016b): Brust (C50) – Krebsmortalität (Sterbefälle pro Jahr), Österreich ab 1983 [Online]. Statistik Austria [Zugriff am 27. Oktober 2016]
- Statistik Austria (2016c): Brust [Online]. Statistik Austria. Wien [Zugriff am 27. Oktober 2016]
- Sundaram S, Johnson AR, Makowski L. (2013): Obesity, metabolism and the microenvironment: Links to cancer. In: Journal of Carcinogenesis 12/19
- Wiener Gebietskrankenkasse (2016): Brustkrebs früh erkennen: Was Sie darüber wissen sollten. Eine Informationsbroschüre für Frauen, die mehr über das österreichische Programm zur Früherkennung von Brustkrebs wissen wollen. . Wien
- Young, Krirsty A. (2005): Direct from the source: the value of 'think-aloud' data in understanding learning. In: Journal of Education Enquiry 6/1:19–33

Anhang

Anhang 1: Indikationenliste

Anhang 2: Familär erhöhte Disposition

Anhang 3: Schulungsübersicht

Anhang 4: Fragebogen zur Brustkrebs-Früherkennung IST-Stand-Analyse 2013

Anhang 5: Fragebogen zur Brustkrebs-Früherkennung nach Programmstart 2015

Anhang 6: Versuchsanleitung und Merkblatt

Anhang 1

Indikationenliste

Anlage 5

Indikationen für die diagnostische Mammographie (für Frauen)

Folgende Übersicht enthält klinische Angaben samt Festlegung, wann eine Mammographie als diagnostische Mammographie abgerechnet werden kann.

Die Übersicht wurde zwischen Österreichischer Ärztekammer (unter Einbindung der Bundesfachgruppe Radiologie, Bundesfachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte) und Hauptverband einvernehmlich erstellt und wird bei Bedarf einvernehmlich gewartet.

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
Asymptomatische Frauen			
Familiär erhöhte Disposition	✓		Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese siehe Anhang
Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ	✓		Hochrisikoscreening (Brust) siehe Anhang
Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie	✓		vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt Eine laufende Hormontherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammographien dar.
Symptomatische Frauen			
Mastopathie		✗	
Zyklusabhängige beidseitige Beschwerden		✗	
Mastodynie bds.		✗	
Z.n. Mamma-OP (gutartig)		✗	ggf. 1malige Kontrolle innerhalb von zwei Jahren nach der OP
Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)	✓		
Mastodynie einseitig	✓		
Histologisch definierte Risikoläsionen	✓		z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ
Sekretion aus Mamille	✓		Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; Bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
			Hormonstörung (Prolaktin!)
Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)	✓		jährlich Mammographie und Ultraschall bds., MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht
Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess	✓		DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut	✓		z.B. Mamillenretraktion, Peau d'orange (Orangenhaut), Plateaubildung, etc. Bei Vd. auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie.
Besondere medizinische Indikation im Einzelfall	✓		Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle.

Indikationen, bei denen in der Spalte "diagnostisch ja" ein "✓" vermerkt ist, werden dem Vertragspartner grundsätzlich von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Indikationen, bei denen in der Spalte „diagnostisch nein“ ein „✗“ vermerkt ist, werden für sich alleine gesehen nicht von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Stand: 21.05.2014

Anhang 2

Familär erhöhte Disposition

ANHANG

Tabelle 1: Familiär erhöhte Disposition: Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese

Definition	10-Jahres-Risiko in %	Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits)	Genetische Beratung und nachfolgend gegebenenfalls Hochrisiko-screening	Jährliche Mammographie ab dem 40. LJ
Hohes Risiko¹	10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und 50. LJ: mehr als 8 %	3 Brustkrebsfälle vor dem 60. LJ	✓	✗
		2 Brustkrebsfälle vor dem 50. LJ	✓	✗
		1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ	✓	✗
		1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ <u>UND</u> 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters	✓	✗
		2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters	✓	✗
		Männlicher <u>UND</u> weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters	✓	✗
Moderates Risiko²	10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und 50. LJ: 3-8 %	1 weibliche Verwandte ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ*	✗	✓
		1 männlicher Verwandter ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters	✗	✓
		1 Verwandter ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist	✗	✓
		2 Verwandte ersten Grades, oder 1 Verwandter ersten Grades <u>UND</u> 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters	✗	✓
		1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters <u>UND</u> 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters (einer davon sollte ein Verwandter ersten Grades sein)	✗	✓
		3 Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters	✗	✓

* In begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters.

Tabelle 2: Hochrisikoscreening Brust

Hochrisikoscreening (Brust)¹	
Ärztliche Brustuntersuchung	1x jährlich ab dem 18. Lebensjahr
Brust MRT	1x jährlich ab dem 25. Lebensjahr bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie
Mammographie	1x jährlich ab dem 35. Lebensjahr
Mammasonographie	bei Bedarf

Tabelle 3: Verwandtschaftsgrade

Verwandtschaftsgrad	Verwandte²
erster Grad	Mutter, Vater Schwester, Bruder Tochter, Sohn
zweiter Grad	Großmutter, Großvater Tante, Onkel Nichte, Neffe Halbschwester, Halbbruder
dritter Grad	Urgroßmutter, Urgroßvater Großtante, Großonkel Cousine, Cousin ersten Grades

¹ Singer CF, Tea MK, Pristauz G, Hubalek M, Rappaport C, Riedl C, Helbich T. Leitlinie zur Prävention und Früherkennung von Brust- und Eierstockkrebs bei Hochrisikopatientinnen, insbesondere bei Frauen aus HBOC (Hereditary Breast and Ovarian Cancer) Familien. Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2011; http://www.oeggg.at/fileadmin/user_upload/downloads/Leitlinien/2011_11_10_Leitlinie_BRCA_Final.pdf

² National Institute for Health and Care Excellence. Familial breast cancer: Classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. Clinical Guideline; June 2013. National Collaborating Centre for Cancer; <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14188/64204/64204.pdf>

Anhang 3

Schulungsübersicht

Übersicht der angebotenen bzw. noch nicht durchgeführten Schulungsmaßnahmen

	Radiologinnen, Erstbefunder	Radiologinnen, Zweitbefunder	RT	DMTF	Radiologinnen, Assessment	Chirurginnen	Pathologinnen	GynäkologInnen
Multidisziplinärer Kurs	X	X	X	X	X	X	X	X
Fortbildungskurs zur Erstellung von Mammographieaufnahmen			X	X				
Fortbildungskurs zur Befundung von Mammographieaufnahmen	X	X			X			
Fallsammlungsprüfung	X	X						
Fortbildungskurs zur Durchführung von Biopsien/Markierungen					X	X		
Fortbildungskurz zur Befundung histopathologischer Präparate							X	
Intensivbefundertraining	(X)	(X)						

- Auflage laut Qualitätsstandard; Kursangebote vorhanden,
- Auflage laut Qualitätsstandard; Kursangebot nicht vorhanden
- Kein Inhalt des Qualitätsstandard, Kursangebot vorhanden
- X Teilnahme wird durchgängig erfasst und protokolliert
- X Teilnahme wird nicht durchgängig erfasst und kontrolliert
- (X) Teilnahme nur in bestimmten Fällen notwendig

Anhang 4

Fragebogen zur Brustkrebs-Früherkennung IST-Stand-Analyse 2013

Fragebogen zur Brustkrebsfrüherkennung IST-Stand-Analyse

Einleitung

2013 beginnt ein neues österreichweites Brustkrebsfrüherkennungsprogramm. Im Vorfeld dazu erheben wir im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Sozialversicherung, was Frauen über Brustkrebs und die Brustkrebsfrüherkennung wissen.

Das Interview wird etwa 15 bis 20 Minuten in Anspruch nehmen. Es ist für uns wichtig, dass Sie bei der Umfrage mitmachen, damit wir ein möglichst genaues Bild von der Meinung der Frauen zu diesem Thema erhalten. Nur so wissen wir, welche Informationen sie brauchen, um ihnen eine freie Entscheidung über die Teilnahme am Früherkennungsprogramm zu ermöglichen. Ihre Antworten werden jedenfalls vertraulich behandelt. Alle Auswertungen erfolgen vollkommen anonym.

Zielpersonen: Frauen 40 bis (incl.) 74 Jahre

Demographie

Zunächst möchte ich Ihnen einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

1. Darf ich Sie fragen wie alt Sie sind? *(Bitte Alter angeben.)*

---- Alter

2. In welchem Bundesland leben Sie?

- 1 Burgenland
- 2 Kärnten
- 3 Niederösterreich
- 4 Oberösterreich
- 5 Salzburg
- 6 Steiermark
- 7 Tirol
- 8 Vorarlberg
- 9 Wien

3. Wohnen Sie eher in einem städtischen oder einem ländlichen Gebiet?
- 1 Städtisch
 - 2 Ländlich
4. Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung? *(Nennen lassen und zuordnen)*
- 1 Pflichtschule
 - 2 Pflichtschule mit Lehre
 - 3 Fach- oder Handelsschule ohne Matura
 - 4 AHS, BHS ohne Matura
 - 5 Matura
 - 6 Hochschule, Fachhochschule, Akademie
5. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt (bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt)?
(Nennen lassen und zuordnen)
- Arbeiter:
- 1 ungelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin
 - 2 angelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin
 - 3 gelernte(r) Facharbeiter oder -arbeiterin
 - 4 Vorarbeiter oder -arbeiterin
 - 5 Meister, Polier
- Angestellte:
- 6 Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis
 - 7 Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, einfache Büroangestellte)
 - 8 Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Buchhalter, technischer Zeichner)
 - 9 Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter, Lehrer im Angestelltenverhältnis)
 - 10 Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe)
- Selbständige (einschließlich mithelfende Familienangehörige):
- 11 Selbständige Landwirte
 - 12 Freie Berufe, selbständige Akademiker oder Akademikerin
 - 13 Sonstige Selbständige ohne oder mit einem Mitarbeiter
 - 14 Sonstige Selbständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern
 - 15 Sonstige Selbständige mit 10 oder mehr Mitarbeitern
 - 16 Mithelfende Familienangehörige
- Auszubildende/Praktikanten:
- 17 Auszubildende, Lehrlinge
 - 18 Volontäre, Praktikanten u.ä.
- Beamte/Vertragsbedienstete:
- 19 einfacher Dienst
 - 20 mittlerer Dienst
 - 21 gehobener Dienst
 - 22 höherer Dienst
- 23 habe noch nie gearbeitet

-1 keine Angabe

6. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

-- Person(en)

7. Bei welcher Krankenversicherung sind Sie versichert oder mitversichert? *(Nennen lassen und zuordnen; Mehrfachantworten möglich)*

- 1 Gebietskrankenkasse
- 2 Betriebskrankenkasse
- 3 SVA der gewerblichen Wirtschaft
- 4 SVA der Bauern
- 5 VA des österreichischen Bergbaues
- 6 VA der österreichischen Eisenbahnen
- 7 VA der öffentlich Bediensteten
- 8 andere Krankenversicherung
- 9 keine Krankenversicherung

8. Verfügen Sie über eine private Zusatzkrankenversicherung? *(Es spielt dabei keine Rolle, ob es sich um eine Zusatzkrankenversicherung für den intra- oder extramuralen Bereich handelt.)*

- 1 Ja
- 0 Nein

9. Fühlen Sie sich gut, eher gut, eher schlecht oder sehr schlecht über das Thema Brustkrebsfrüherkennung informiert?

- 1 Gut
- 2 Eher gut
- 3 Eher schlecht
- 4 Schlecht
- 1 Weiß nicht

10. Wie einfach oder schwierig ist es Ihrer Meinung nach, Informationen über Brustkrebsfrüherkennung zu finden?
- 1 Sehr einfach
 - 2 Ziemlich einfach
 - 3 Ziemlich schwierig
 - 4 Sehr schwierig
 - 1 Weiß nicht
11. Wie einfach oder schwierig ist es Ihrer Meinung nach, herauszufinden, wo Sie Brustkrebsfrüherkennung machen können?
- 1 Sehr einfach
 - 2 Ziemlich einfach
 - 3 Ziemlich schwierig
 - 4 Sehr schwierig
 - 1 Weiß nicht
12. Wie einfach oder schwierig ist es Ihrer Meinung nach, zu verstehen, was der Nutzen einer Brustkrebsfrüherkennung ist?
- 1 Sehr einfach
 - 2 Ziemlich einfach
 - 3 Ziemlich schwierig
 - 4 Sehr schwierig
 - 1 Weiß nicht
13. Wie einfach oder schwierig ist es Ihrer Meinung nach, zu beurteilen, wann Sie eine Brustkrebsfrüherkennung machen sollten?
- 1 Sehr einfach
 - 2 Ziemlich einfach
 - 3 Ziemlich schwierig
 - 4 Sehr schwierig
 - 1 Weiß nicht

Brustkrebs: Betroffenheit

Wir wenden uns nun dem Thema Brustkrebs und Brustkrebsfrüherkennung zu.

14. Dürfen wir Sie fragen, sind Sie selbst schon einmal an Brustkrebs erkrankt?

- 1 Ja, schon einmal an Brustkrebs erkrankt
- 0 Nein

15. Kennen Sie jemanden, der an Brustkrebs erkrankt ist? Wenn ja, wer ist das? *(Nennen lassen und zuordnen; Mehrfachantworten möglich)*

Die leibliche Schwester, Mutter oder Großmutter *(Nicht gemeint sind in dieser Kategorie Stiefschwester oder Stiefmutter, die als „andere Familienmitglieder“ zu vermerken sind)*

- 1 Ja
- 0 Nein

Andere Familienmitglieder

- 1 Ja
- 0 Nein

Freundin, Bekannte oder Kollegin

- 1 Ja
- 0 Nein

Brustkrebs: Mortalität

16. *(Filter: Frage 14 = 0 - Frage nur stellen, wenn Frau nicht an Brustkrebs erkrankt ist)* Dass eine Frau an Brustkrebs erkrankt, bedeutet nicht unbedingt, dass sie auch an Brustkrebs stirbt. In vielen Fällen kann Brustkrebs heute erfolgreich therapiert werden. Was denken Sie, wie viele von 10 an Brustkrebs erkrankten Frauen sterben auch an Brustkrebs? Bitte geben Sie einfach eine Schätzung ab. *(Auf die nächstgrößte Zahl aufrunden.)*

- Frauen
- 1 Verstehe die Frage nicht
- 2 Weiß nicht, kann ich nicht sagen

Risikofaktoren

Ich lese Ihnen nun eine Reihe von Umwelteinflüssen und Verhaltensweisen vor. Bitte sagen Sie jeweils, ob sich dadurch Ihrer persönlichen Meinung nach das Risiko erhöht, an Brustkrebs zu erkranken.

17. Erbliche Vorbelastungen erhöhen das Risiko an Brustkrebs zu erkranken. *(Anmerkung: Mit erblicher Vorbelastung sind dabei einerseits genetische Faktoren wie etwa BRCA1 und BRCA2-Gen (diese werden bisweilen auch „Brustkrebsgen“ bezeichnet) als auch Erkrankungen von Brust- oder Eierstockkrebs in der engeren Familie gemeint.)*

1 Ja
0 Nein
-1 Weiß nicht

18. Umweltbelastungen wie beispielsweise Luftverschmutzung, schlechtes Trinkwasser oder Elektromog erhöhen das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.

1 Ja
0 Nein
-1 Weiß nicht

19. Rauchen erhöht das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.

1 Ja
0 Nein
-1 Weiß nicht

20. Großer Alkoholkonsum erhöht das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.

1 Ja
0 Nein
-1 Weiß nicht

21. Psychische Belastungen wie beispielsweise Depressionen, häufiger Stress, Ärger oder Mobbing erhöhen das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.

1 Ja
0 Nein
-1 Weiß nicht

22. Übergewicht oder Bewegungsmangel erhöhen das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.

1 Ja
0 Nein
-1 Weiß nicht

23. Eine längere Hormonersatztherapie während der Wechseljahre erhöht das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
24. Die langjährige Einnahme der Pille (*hormonelles Verhütungsmittel*) erhöht das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
25. Mehrmalige Mammographieuntersuchungen, Brust- oder Lungenröntgen in jüngeren Jahren erhöhen das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
26. Kinderlosigkeit erhöht das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht

Risikofaktoren: Alter

27. Ich lese Ihnen nun drei Aussagen vor, von denen eine richtig ist und die anderen beiden falsch sind. Was denken Sie, welche der folgenden drei Aussagen ist richtig?
- 1 Eins, jüngere Frauen erkranken häufiger an Brustkrebs als ältere (*über 45 Jahre*)
 - 2 Zwei, ältere Frauen erkranken häufiger an Brustkrebs als jüngere (*unter 45 Jahre*)
 - 3 Drei, jüngere und ältere Frauen erkranken gleich häufig an Brustkrebs

Brustkrebs: Untersuchung

Ziel der Früherkennungsuntersuchung ist es, bereits kleine Tumoren in einem frühen Stadium zu erkennen. Ich lese Ihnen nun eine Reihe von Untersuchungsmethoden vor. Bitte sagen Sie jeweils, ob Sie denken, dass dadurch kleine Tumoren entdeckt werden können.

28. Eine Frau kann durch eigenes Abtasten der Brust kleine Tumoren erkennen.
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
 - 2 Kenne Untersuchungsmethode nicht
29. Ärzte können mittels Abtasten kleine Tumoren erkennen.
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
 - 2 Kenne Untersuchungsmethode nicht
30. Ärzte können mittels Mammographie kleine Tumoren erkennen.
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
 - 2 Kenne Untersuchungsmethode nicht
31. Ärzte können mittels Mammographie in Kombination mit Ultraschall (auch Sonographie genannt) kleine Tumoren erkennen.
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
 - 2 Kenne Untersuchungsmethode nicht
32. *Wenn nicht an Brustkrebs erkrankt (F14 = Nein):* Haben Sie schon einmal eine Mammographie machen lassen? Wenn ja, warum haben Sie eine Mammographie machen lassen?
- 1 Ja, zur Abklärung möglicher Krankheitssymptome (*kurative Mammographie*)
 - 2 Ja, zur Früherkennung (*Früherkennungsmammographie*)
 - 0 Nein, noch nie (*weiter mit → Frage35*)
33. *Wenn nicht an Brustkrebs erkrankt (F14 = Nein):* Lassen Sie regelmäßig eine Früherkennungsmammographie machen? Wenn ja, wie oft gehen Sie zur Früherkennungsmammographie?
- 4 Ja, einmal jährlich oder häufiger
 - 3 Ja, etwa alle zwei Jahre
 - 2 Ja, etwa alle drei Jahre
 - 1 Ja, seltener als alle drei Jahre
 - 0 Nein

34. Wenn nicht an Brustkrebs erkrankt (F14 = Nein): Nehmen Sie regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen teil? Wenn ja, welche sind das? (Vorlesen; Mehrfachantworten möglich)

Gebärmutterhalskrebs (PAP-Abstrich)

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Hautkrebs

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Darmkrebs

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Gesundenuntersuchung

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Andere Brustkrebsfrüherkennung (keine Früherkennungsmammographie)

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Andere

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Nein, keine

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

35. Gibt es Gründe, die Sie persönlich zögern lassen, eine Mammographie durchzuführen?

1 Ja

0 Nein (weiter mit → Frage 38)

36. Wenn Gründe vorhanden (F35 = Ja): Welche Gründe sind das? (Vorlesen; Mehrfachantworten möglich)

Angst vor einer möglichen Krebs-Diagnose

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Schmerzen bei der Untersuchung

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Strahlenbelastung

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen Personal oder Arzt

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Untersuchung ist mir peinlich

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Religiöse Gründe

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Erziehung

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Zeitmangel

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

Kosten

1 Zutreffend

0 Nicht zutreffend

37. Wenn Gründe vorhanden (F35 = Ja): Gibt es andere Gründe, wegen denen Sie davor zurückscheuen, eine Mammographie machen zu lassen?

Brustkrebsfrüherkennung

Die folgenden fragen beziehen sich auf die Früherkennungsuntersuchung mittels Mammographie.

38. *Wenn nicht an Brustkrebs erkrankt (F14 = Nein):* Wurde Ihnen schon einmal empfohlen, ohne Symptome eine Früherkennungsmammographie machen zu lassen? Wenn ja, wer war das? *(Mehrfachantworten möglich; antworten lassen; wenigstens eine Antwort muss angegeben werden)*

- 1 Ja, mein Frauenarzt *(Gynäkologe)*
- 2 Ja, mein Hausarzt *(Allgemeinmediziner/in)*
- 3 Ja, ein anderer Arzt *(nicht Allgemeinmediziner/Gynäkologe)*
- 4 Ja, Verwandte
- 5 Ja, Freunde
- 6 Ja, andere
- 7 Nein, niemand
- 1 Weiß ich nicht
- 2 Keine Antwort

39. *Wenn nicht an Brustkrebs erkrankt (F14 = Nein):* Hat bei Ihnen schon einmal ein Arzt oder eine Ärztin ihr Brustkrebsrisiko erhoben? *(Anmerkung: Damit können beispielsweise Fragen zur erblichen Vorbelastung oder auch Lebensstil gemeint sein.)* Wenn ja, welcher Arzt war das. *(Nennen lassen. Mehrfachantworten möglich; wenigstens eine Antwort muss angegeben werden)*

- 1 Ja, mein Hausarzt *(Allgemeinmediziner/in)*
- 2 Ja, mein Frauenarzt *(Gynäkologe)*
- 3 Ja, mein Radiologe
- 4 Ja, ein anderer Arzt
- 5 Ja, bei Gesundenuntersuchung
- 6 Nein
- 1 Weiß nicht
- 2 Keine Angaben

40. Ab welchem Alter empfiehlt Ihr Gynäkologe oder Hausarzt, dass eine Frau, bei der kein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, regelmäßig eine Früherkennungsmammographie machen lassen soll? *(Die Frage bezieht sich nicht auf Empfehlungen für Risikopatientinnen. Wenn mehrere Angaben gemacht werden, die kleinere Zahl eintragen.)*

- __ Jahre
- 1 Weiß nicht
 - 2 Haben noch nie darüber gesprochen

41. Was denken Sie, wie häufig sollte eine Frau zwischen 30 und 40 Jahren, bei der kein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, eine Früherkennungsmammographie machen lassen? *(Anmerkung: Nicht gemeint sind Risikopatientinnen)*

- 4 Öfter als einmal jährlich
- 3 Einmal pro Jahr
- 2 Einmal alle zwei Jahre
- 1 Seltener als alle zwei Jahre
- 0 Nie

42. Wie häufig sollte eine Frau zwischen 45 und 70 Jahren eine Früherkennungsmammographie machen lassen?

- 4 Öfter als einmal jährlich
- 3 Einmal pro Jahr
- 2 Einmal alle zwei Jahre
- 1 Seltener als alle zwei Jahre
- 0 Nie

43. Wie häufig sollte eine Frau älter als 75 Jahre eine Früherkennungsmammographie machen lassen?

- 4 Öfter als einmal jährlich
- 3 Einmal pro Jahr
- 2 Einmal alle zwei Jahre
- 1 Seltener als alle zwei Jahre
- 0 Nie

44. Ich lese Ihnen nun einige Aussagen zum möglichen Nutzen der Mammographie als Früherkennungsuntersuchung vor. Bitte sagen Sie jeweils, ob die Aussage Ihrer persönlichen Meinung nach richtig oder falsch ist.

Mammographien können Brustkrebs heilen.

- 1 Richtig
- 0 Falsch
- 1 Weiß nicht

45. Mammographien können Brustkrebs frühzeitig erkennen.

- 1 Richtig
- 0 Falsch
- 1 Weiß nicht

46. Mammographien können kann Brustkrebs auslösen.

- 1 Richtig
- 0 Falsch
- 1 Weiß nicht

47. Mammographien können falsche Befunde liefern.

- 1 Richtig
- 0 Falsch
- 1 Weiß nicht

48. *Wenn Frage 33 < 4 (seltener als „Jährlich“):* Würden Sie regelmäßiger zur Mammographie gehen, wenn Sie dafür keine Überweisung bräuchten?

- 1 Ja
- 0 Nein

Health Literacy

49. Ich lese Ihnen nun eine Reihe von Informationsmedien vor. Bitte sagen Sie, ob Sie persönlich sich die Zeit nehmen würden, sich damit über das neue Brustkrebsfrüherkennungsprogramm zu informieren? (*Vorlesen*)

Würden Sie im Internet suchen, um sich über das Früherkennungsprogramm zu informieren?

- 1 Ja
- 0 Nein

Würden Sie sich Fernsehsendungen anschauen, die über das Früherkennungsprogramm berichten?

- 1 Ja
- 0 Nein

Würden Sie sich Radiosendungen anhören, die über das Früherkennungsprogramm berichten?

- 1 Ja
- 0 Nein

Würden Sie Zeitungsartikel lesen, die über das Früherkennungsprogramm berichten?

- 1 Ja
- 0 Nein

Würden Sie an Informationsveranstaltungen über das Früherkennungsprogramm teilnehmen?

- 1 Ja
- 0 Nein

Würden Sie einen persönlich adressierten Brief der Krankenkasse zum Früherkennungsprogramm lesen?

- 1 Ja
- 0 Nein

Würden Sie Informationsbroschüren lesen, die bei Ärzten, Frauengesundheitszentren oder in Apotheken aufliegen?

- 1 Ja
- 0 Nein

Würden Sie mit dem Frauenarzt oder der Frauenärztin über das Früherkennungsprogramm reden?

- 1 Ja
- 0 Nein

Würden Sie mit dem Hausarzt oder der Hausärztin über das Früherkennungsprogramm reden?

- 1 Ja
- 0 Nein

Anderes

Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

50. Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie? *(Nennen lassen und zuordnen)*

- 1 Österreich
- 2 EU Land (Belgien, Italien, Rumänien, Bulgarien, Lettland, Schweden, Dänemark, Litauen, Slowakei, Deutschland, Luxemburg, Slowenien, Estland, Malta, Spanien, Finnland, Niederlande, Tschechien, Frankreich, Ungarn, Griechenland, Polen, Vereinigtes Königreich, Irland, Portugal, Zypern) *(weiter mit → Frage 52)*
- 3 „Ex-Jugoslawien“ (Kroatien, Bosnien–Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien; nicht Slowenien) *(weiter mit → Frage 52)*
- 4 Türkei *(weiter mit → Frage 52)*
- 5 Osteuropa (exkl. EU-Staaten und „Ex-Jugoslawien“) *(weiter mit → Frage 52)*
- 6 Andere *(weiter mit → Frage 52)*

51. *Falls österreichische Staatsbürgerschaft:* Besitzen Sie die österreichische Staatsbürgerschaft von Geburt an oder haben Sie früher einer anderen Nationalität angehört? Falls ja, welche war das? *(Nennen lassen und zuordnen)*

- 1 Von Geburt an österreichische Staatsbürgerin
- 2 EU Land (Belgien, Italien, Rumänien, Bulgarien, Lettland, Schweden, Dänemark, Litauen, Slowakei, Deutschland, Luxemburg, Slowenien, Estland, Malta, Spanien, Finnland, Niederlande, Tschechien, Frankreich, Ungarn, Griechenland, Polen, Vereinigtes Königreich, Irland, Portugal, Zypern)
- 3 „Ex-Jugoslawien“ (Kroatien, Bosnien–Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien; nicht Slowenien)
- 4 Türkei
- 5 Osteuropa (exkl. EU-Staaten und „Ex-Jugoslawien“)
- 6 Andere

52. In welchem Land ist Ihr Vater geboren? *(Nennen lassen und zuordnen)*

53. Und in welchem Land ist Ihre Mutter geboren? *(Nennen lassen und zuordnen)*

- 1 Österreich
- 2 EU Land (Belgien, Italien, Rumänien, Bulgarien, Lettland, Schweden, Dänemark, Litauen, Slowakei, Deutschland, Luxemburg, Slowenien, Estland, Malta, Spanien, Finnland, Niederlande, Tschechien, Frankreich, Ungarn, Griechenland, Polen, Vereinigtes Königreich, Irland, Portugal, Zypern)
- 3 „Ex-Jugoslawien“ (Kroatien, Bosnien–Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien; nicht Slowenien)
- 4 Türkei
- 5 Osteuropa (exkl. EU-Staaten und „Ex-Jugoslawien“)
- 6 Andere
- 1 Weiß nicht

54. Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

- 1 Ja
- 0 Nein

55. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt (bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt)?

(Nennen lassen und zuordnen)

Arbeiter:

- 1 ungelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin
- 2 angelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin
- 3 gelernte(r) Facharbeiter oder -arbeiterin
- 4 Vorarbeiter oder -arbeiterin
- 5 Meister, Polier

Angestellte:

- 6 Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis
- 7 Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, einfache Büroangestellte)
- 8 Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Buchhalter, technischer Zeichner)
- 9 Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter, Lehrer im Angestelltenverhältnis)
- 10 Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe)

Selbständige (einschließlich mithelfende Familienangehörige):

- 11 Selbständige Landwirte
- 12 Freie Berufe, selbständige Akademiker oder Akademikerin
- 13 Sonstige Selbständige ohne oder mit einem Mitarbeiter
- 14 Sonstige Selbständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern
- 15 Sonstige Selbständige mit 10 oder mehr Mitarbeitern
- 16 Mithelfende Familienangehörige

Auszubildende/Praktikanten:

- 17 Auszubildende, Lehrlinge
- 18 Volontäre, Praktikanten u.ä.

Beamte/Vertragsbedienstete:

- 19 einfacher Dienst
- 20 mittlerer Dienst
- 21 gehobener Dienst
- 22 höherer Dienst

- 23 habe noch nie gearbeitet
- 1 keine Angabe

56. Wie hoch ist in etwa Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen? Damit sind sämtliche Einkünfte abzüglich aller Steuern der in Ihrem Haushalt lebenden Personen gemeint, also auch Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte. Rechnen Sie bitte alle Einkommen zusammen und sagen Sie es mir nur in diesen groben Gruppen. (Zuordnen, Vorlesen bis zur Zustimmung)

- 1 bis 750 Euro
- 2 bis 1.000 Euro
- 3 bis 1.500 Euro
- 4 bis 2.000 Euro
- 5 bis 2.500 Euro
- 6 bis 3.000 Euro
- 7 bis 3.500 Euro
- 8 bis 4.000 Euro
- 9 bis 4.500 Euro
- 10 bis 5.000 Euro
- 11 bis 5.500 Euro
- 12 bis 6.000 Euro
- 13 über 6.000 Euro
- 1 keine Angabe

Schluss

Zum Abschluss noch eine Frage: Wir wollen in ein bis zwei Jahren eine Fortsetzungs-Befragung durchführen und würden Sie dann gerne noch einmal anrufen und zu Ihren Meinungen zum Thema Brustkrebsfrüherkennung befragen.

57. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie noch einmal kontaktieren?

- 1 Ja
- 0 Nein (→ Ende)

58. Wenn ja: Unter welcher Telefonnummer dürfen wir Sie dann kontaktieren?

- 1 Dieselbe wie im aktuellen Telefonat
- 2 Eine andere Telefonnummer, nämlich: _____

59. Wenn ja: Wird diese Telefonnummer nur von Ihnen persönlich oder auch von jemand anderem genutzt?

- 1 nur persönlich
- 2 auch jemand anderer

60. Wenn ja: Uns wäre auch sehr geholfen, wenn Sie uns Ihren Vornamen sagen, damit wir Sie bei unserem nächsten Gespräch direkt ansprechen können. Ihre Angaben bleiben selbstverständlich anonym und werden nur gemeinsam mit den anderen Befragten ausgewertet.

Vorname: _____

- Ende -

Anhang 5

Fragebogen zur Brustkrebs-Früherkennung nach Programmstart 2015

Fragebogen Brustkrebs- Früherkennung nach Programmstart

Zielpersonen: Frauen 40 bis (inkl.) 74 Jahre

Anmerkung: die Antwortkategorien „weiß nicht“, „verstehe die Frage nicht“ bzw. „keine Angabe“ werden nicht vorgelesen.

Demographie

Zunächst möchte ich Ihnen einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

1. Darf ich Sie fragen wie alt Sie sind? *(Bitte Alter angeben.)*
---- Alter
2. In welchem Bundesland leben Sie?
 - 1 Burgenland
 - 2 Kärnten
 - 3 Niederösterreich
 - 4 Oberösterreich
 - 5 Salzburg
 - 6 Steiermark
 - 7 Tirol
 - 8 Vorarlberg
 - 9 Wien
3. Wohnen Sie eher in einem städtischen oder einem ländlichen Gebiet?
 - 1 Städtisch
 - 2 Ländlich
4. Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung? *(Nennen lassen und zuordnen)*
 - 1 Pflichtschule
 - 2 Pflichtschule mit Lehre
 - 3 Fach- oder Handelsschule ohne Matura
 - 4 AHS, BHS ohne Matura
 - 5 Matura
 - 6 Hochschule, Fachhochschule, Akademie
5. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt (bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt)?
(Nennen lassen und zuordnen)
 - Arbeiter:**
 - 1 ungelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin
 - 2 angelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin
 - 3 gelernte(r) Facharbeiter oder -arbeiterin
 - 4 Vorarbeiter oder -arbeiterin
 - 5 Meister, Polier
 - Angestellte:**
 - 6 Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis
 - 7 Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, einfache Büroangestellte)
 - 8 Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Buchhalter, technischer Zeichner)
 - 9 Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter, Lehrer im Angestelltenverhältnis)

10 Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe)

Selbständige (einschließlich mithelfende Familienangehörige):

11 Selbständige Landwirte

12 Freie Berufe, selbständige Akademiker oder Akademikerin

13 Sonstige Selbständige ohne oder mit einem Mitarbeiter

14 Sonstige Selbständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern

15 Sonstige Selbständige mit 10 oder mehr Mitarbeitern

16 Mithelfende Familienangehörige

Auszubildende/Praktikanten:

17 Auszubildende, Lehrlinge

18 Volontäre, Praktikanten u.ä.

Beamte/Vertragsbedienstete:

19 einfacher Dienst

20 mittlerer Dienst

21 gehobener Dienst

22 höherer Dienst

23 habe noch nie gearbeitet

-1 keine Angabe

Brustkrebs: Betroffenheit

Wir wenden uns nun dem Thema Brustkrebs zu.

6. Dürfen wir Sie fragen, sind Sie selbst schon einmal an Brustkrebs erkrankt?

1 Ja, schon einmal an Brustkrebs erkrankt

0 Nein

7. Kennen Sie jemanden, der an Brustkrebs erkrankt ist? Wenn ja, wer ist das? *(Nennen lassen und zuordnen; Mehrfachantworten möglich)*

Die leibliche Schwester, Mutter oder Großmutter *(Nicht gemeint sind in dieser Kategorie Stiefschwester oder Stiefmutter, die als „andere Familienmitglieder“ zu vermerken sind)*

1 Ja

0 Nein

Andere Familienmitglieder

1 Ja

0 Nein

Freundin, Bekannte oder Kollegin

1 Ja

0 Nein

Risikofaktoren

Ich lese Ihnen nun eine Reihe von Umwelteinflüssen und Verhaltensweisen vor. Bitte sagen Sie jeweils, ob sich dadurch Ihrer persönlichen Meinung nach das Risiko erhöht, an Brustkrebs zu erkranken.

8. Großer Alkoholkonsum erhöht das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
9. Psychische Belastungen wie beispielsweise Depressionen, häufiger Stress, Ärger oder Mobbing erhöhen das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
10. Übergewicht oder Bewegungsmangel erhöhen das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
11. Mehrmalige Mammographieuntersuchungen, Brust- oder Lungenröntgen in jüngeren Jahren erhöhen das Risiko an Brustkrebs zu erkranken.
 - 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht

Risikofaktoren: Alter

12. Ich lese Ihnen nun drei Aussagen vor, von denen eine richtig ist und die anderen beiden falsch sind. Was denken Sie, welche der folgenden drei Aussagen ist richtig?
 - 1 Eins, jüngere Frauen erkranken häufiger an Brustkrebs als ältere (*über 45 Jahre*)
 - 2 Zwei, ältere Frauen erkranken häufiger an Brustkrebs als jüngere (*unter 45 Jahre*)
 - 3 Drei, jüngere und ältere Frauen erkranken gleich häufig an Brustkrebs

Brustkrebs: Mortalität

Ich stelle Ihnen nun einige Fragen zur Sterblichkeit bei Brustkrebs. Bitte sagen Sie mir jeweils Ihre Einschätzung.

13. (Filter: Frage 6 = 0 – Frage nur stellen, wenn Frau nicht an Brustkrebs erkrankt ist) Dass eine Frau an Brustkrebs erkrankt, bedeutet nicht, dass sie auch an Brustkrebs stirbt. In vielen Fällen kann Brustkrebs heute erfolgreich therapiert werden. Was denken Sie, wie viele von 10 an Brustkrebs erkrankten Frauen sterben auch an Brustkrebs? Bitte geben Sie einfach eine Schätzung ab. (Auf die nächstgrößte Zahl aufrunden.)

- Frauen
- 1 Verstehe die Frage nicht
- 2 Weiß nicht, kann ich nicht sagen

14. 1000 Frauen zwischen 50 und 59 Jahren **nehmen** regelmäßig an der Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung **teil**. Bitte schätzen Sie, wie viele der 1000 Frauen, die 10 Jahre lang zur Früherkennungsuntersuchung gehen, an Brustkrebs sterben. (Auf die nächstgrößte Zahl aufrunden.)

- Frauen von 1000, die an der Brustkrebsfrüherkennung **teilnehmen**
- 1 Verstehe die Frage nicht
- 2 Weiß nicht, kann ich nicht sagen

15. Weitere 1000 Frauen zwischen 50 und 59 Jahren nehmen **nicht** an der Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung teil. Bitte schätzen Sie, wie viele der 1000 Frauen, die 10 Jahre lang **nicht** zur Brustkrebs-Früherkennung gehen, sterben an Brustkrebs? (Auf die nächstgrößte Zahl aufrunden.)

- Frauen von 1000, die **nicht** an der Brustkrebsfrüherkennung **teilnehmen**
- 1 Verstehe die Frage nicht
- 2 Weiß nicht, kann ich nicht sagen

Mammographie

Wir kommen nun zur Mammographie (Anmerkung: Röntgenuntersuchung der Brust).

16. Wenn nicht an Brustkrebs erkrankt (FG = Nein): Haben Sie schon einmal eine Mammographie machen lassen? Wenn ja, warum haben Sie eine Mammographie machen lassen?

- 1 Ja, zur Abklärung möglicher Krankheitssymptome (diagnostische Mammographie)
- 2 Ja, zur Früherkennung (Früherkennungsmammographie)
- 3 sowohl als auch
- 4 Ja, aber ich weiß den Grund nicht mehr
- 0 Nein, noch nie

Brustkrebsfrüherkennung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Früherkennungsmammographie.

Ich lese Ihnen nun einige Aussagen zum möglichen Nutzen der Früherkennungsmammographie vor. Bitte sagen Sie jeweils, ob die Aussage Ihrer persönlichen Meinung nach richtig oder falsch ist.

17. Mammographien können Brustkrebs heilen.

- 1 Richtig
- 0 Falsch
- 1 Weiß nicht

18. Mammographien können Brustkrebs frühzeitig erkennen.

- 1 Richtig
- 0 Falsch
- 1 Weiß nicht

19. Mammographien können falsche Befunde liefern.

- 1 Richtig
- 0 Falsch
- 1 Weiß nicht

20. Wurde Ihnen schon einmal empfohlen, ohne Symptome eine Früherkennungsmammographie machen zu lassen? Wenn ja, wer war das? *(Mehrfachantworten möglich; antworten lassen; wenigstens eine Antwort muss angegeben werden)*

- 1 Ja, mein Frauenarzt/meine Frauenärztin *(Gynäkologe/Gynäkologin)*
- 2 Ja, mein Hausarzt/meine Hausärztin *(Allgemeinmediziner/in)*
- 3 Ja, ein anderer Arzt/eine andere Ärztin *(nicht Allgemeinmediziner/in/Gynäkologe/Gynäkologin)*
- 4 Ja, Verwandte
- 5 Ja, Freunde
- 6 Ja, andere
- 7 Nein, niemand
- 1 Weiß ich nicht

21. Ab welchem Alter empfiehlt Ihr Gynäkologe/Ihre Gynäkologin/Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin, dass eine Frau, bei der kein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, regelmäßig eine Früherkennungsmammographie machen lassen soll? *(Die Frage bezieht sich nicht auf Empfehlungen für Risikopatientinnen. Wenn mehrere Angaben gemacht werden, die kleinere Zahl eintragen.)*

- __ Jahre
- 1 Weiß nicht
- 2 Haben noch nie darüber gesprochen

22. Wenn nicht an Brustkrebs erkrankt ($F6 = \text{Nein}$) oder wenn $F16$ ist nicht 0 und nicht 1: Lassen Sie regelmäßig eine Früherkennungsmammographie machen?
- 1 Ja
 - 0 Nein
23. Wenn regelmäßige Früherkennungsmammographie ($F22 = \text{Ja}$): Wie oft gehen Sie zur Früherkennungsmammographie? (Anmerkung: wenn die Angabe ist „etwa alle eineinhalb Jahre“ dann bitte zu einmal jährlich zuordnen)
- 4 Einmal jährlich oder häufiger
 - 3 Etwa alle zwei Jahre
 - 2 Etwa alle drei Jahre
 - 1 Seltener als alle drei Jahre
24. Was denken Sie, wie häufig sollte eine Frau zwischen 30 und 40 Jahren, bei der kein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, eine Früherkennungsmammographie machen lassen? (Anmerkung: Nicht gemeint sind Risikopatientinnen oder Frauen, bei denen Beschwerden bzw. ein Verdacht abgeklärt werden müssen)
- 4 Öfter als einmal jährlich
 - 3 Einmal pro Jahr
 - 2 Einmal alle zwei Jahre
 - 1 Seltener als alle zwei Jahre
 - 0 Nie
25. Was denken Sie, wie häufig sollte eine Frau zwischen 45 und 69 Jahren, bei der kein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, eine Früherkennungsmammographie machen lassen? (Anmerkung: Nicht gemeint sind Risikopatientinnen oder Frauen, bei denen Beschwerden bzw. ein Verdacht abgeklärt werden müssen)
- 4 Öfter als einmal jährlich
 - 3 Einmal pro Jahr
 - 2 Einmal alle zwei Jahre
 - 1 Seltener als alle zwei Jahre
 - 0 Nie
26. Was denken Sie, wie häufig sollte eine Frau ab 75 Jahren, bei der kein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, eine Früherkennungsmammographie machen lassen? (Anmerkung: Nicht gemeint sind Risikopatientinnen oder Frauen, bei denen Beschwerden bzw. ein Verdacht abgeklärt werden müssen)
- 4 Öfter als einmal jährlich
 - 3 Einmal pro Jahr
 - 2 Einmal alle zwei Jahre
 - 1 Seltener als alle zwei Jahre
 - 0 Nie
27. Was schätzen Sie, bei wie vielen von 10 auffälligen Befunden der Früherkennungsmammographie stellt sich nach weiteren Tests heraus, dass die Frau tatsächlich an Brustkrebs erkrankt ist?
- Bei ca. __ von 10 auffälligen Befunden
 - 1 Weiß nicht

Österreichisches Brustkrebs- Früherkennungsprogramm

Seit dem Jahr 2014 ist die Brustkrebs-Früherkennung in Österreich in einem Programm neu geregelt. Wir haben daher auch einige Fragen zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm.

Ich lese Ihnen einige Aussagen zum neuen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm vor. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach richtig oder falsch.

[REIHENFOLGE BEIM ABFRAGEN BEIBEHALTEN]

28. Das neue Brustkrebs-Früherkennungsprogramm richtet sich an Frauen, die keine Vorbelastung und keine Beschwerden haben, die auf Brustkrebs hindeuten würden.
- 1 richtig
 - 0 falsch
 - 1 weiß nicht
29. Bei akuten Beschwerden kann eine Frau in jedem Alter mit einer Überweisung jederzeit eine Mammographie außerhalb des Früherkennungsprogramms machen lassen.
- 1 richtig
 - 0 falsch
 - 1 weiß nicht
30. Frauen ab 70 Jahren können nicht mehr am neuen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmen.
- 1 richtig
 - 0 falsch
 - 1 weiß nicht
31. *Wenn regelmäßig eine Früherkennungsmammographie durchgeführt wird (F 22 ist nicht Nein): Ist das neue Brustkrebs-Früherkennungsprogramm insgesamt Ihrer Meinung bzw. Erfahrung nach im Vergleich zur Brustkrebs-Früherkennung vor 2014 besser, schlechter oder gleich gut?*
- 1 Besser
 - 2 Schlechter
 - 3 Gleich gut
 - 1 Weiß nicht

Informationen zur Brustkrebs-Früherkennung

Zum Thema Brustkrebs-Früherkennung wird auf unterschiedliche Weise informiert. Auch zur Information möchten ich Ihnen daher einige Fragen stellen.

32. Fühlen Sie sich gut, eher gut, eher schlecht oder sehr schlecht über das Thema Brustkrebsfrüherkennung informiert? *(vorlesen und antworten lassen)*

- 1 Gut
- 2 Eher gut
- 3 Eher schlecht
- 4 Schlecht
- 1 Weiß nicht

33. Wie einfach oder schwierig ist es Ihrer Meinung nach, Informationen über Brustkrebsfrüherkennung zu finden? *(vorlesen und antworten lassen)*

- 1 Sehr einfach
- 2 Ziemlich einfach
- 3 Ziemlich schwierig
- 4 Sehr schwierig
- 1 Weiß nicht

34. Woher haben Sie Informationen zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm erhalten? *(Mehrfachantworten möglich, Antworten lassen und zuordnen)*

- 1 Gespräch mit meiner Gynäkologin/meinem Gynäkologen
- 2 Gespräch mit meiner Allgemeinmedizinerin/meinem Allgemeinmediziner
- 3 Gespräch mit einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt
- 4 Sprechstundenhilfe
- 5 Einladung zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm
- 6 Aus dem Internet
- 7 Medien *wie Radio, Fernsehen, Zeitungen etc.*
- 8 Informationen von Familie, Freunden oder Bekannten
- 9 Informationen aus Broschüren oder Foldern
- 10 Ich habe keine Informationen erhalten/angesehen
- 11 Sonstige? *(bitte Angabe welche):*.....)

35. Sind Ihrer Meinung nach die Informationen zum Nutzen und Schaden der Brustkrebs-Früherkennung verständlich?

- 1 Ja
- 2 Nein
- 1 Weiß nicht

36. Haben Sie in den letzten Wochen etwas von der Informationskampagne zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm mit dem Slogan „ich denk dran“ gesehen/gelesen?

- 1 Ja
- 0 Nein
- 1 Weiß nicht

37. *(Wenn regelmäßig F36 ist ja)* Wo haben Sie die Informationskampagne zum Brustkrebsfrüherkennungsprogramm mit dem Slogan „ich denk dran“ gesehen? *(Mehrfachantworten möglich, Antworten lassen und zuordnen)*
- 1 Im Fernsehen
 - 2 In Magazinen und/oder Zeitungen
 - 3 Im Internet
 - 1 Weiß nicht
38. Kennen Sie die Telefon-Service-Line des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms?
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
39. Haben Sie die Internetseite des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms unter www.frueherkennen.at schon einmal besucht?
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht

Ablauf des Früherkennungsprogramms

Jetzt stelle ich Ihnen ein paar Fragen zum Ablauf eines Brustkrebs-Früherkennungsprogramms.

40. Was glauben Sie, gibt es für 40 jährige Frauen eine Möglichkeit am Programm teilzunehmen?
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht
41. *(Wenn regelmäßig F40 ist ja)* Wie glauben Sie, kann eine 40 jährige Frau am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmen? *(Vorlesen und Antworten lassen, Mehrfachantworten möglich)*
- 1 Mit Überweisung zur Früherkennungsmammographie
 - 2 Sie erhält automatisch einen Einladungsbrief
 - 3 Wenn die Frau einen Einladungsbrief angefordert hat
 - 4 Die E-Card reicht aus, es wird sonst nichts benötigt
 - 1 Weiß nicht
42. Möchten Sie, dass der Befund der Früherkennungsmammographie automatisch an den Arzt/die Ärztin ihres Vertrauens geschickt wird? *(Anmerkung: z.B. Hausarzt/Hausärztin oder Gynäkologe/Gynäkologin)*
- 1 Ja
 - 0 Nein
 - 1 Weiß nicht

Einladungsbrief

43. Seit Anfang 2014 werden Einladungsbriefe verschickt, um Frauen auf die Teilnahmemöglichkeit am Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm hinzuweisen. Haben Sie schon ein solches Einladungsschreiben bekommen?

- 1 Ja
- 0 Nein
- 1 weiß nicht

44. *(Wenn regelmäßig F43 ist ja)* Wann haben sie so eine Einladung ungefähr erhalten? Bitte sagen Sie mir Monat und Jahr. *(Anmerkung: wenn das Monat nicht genau bekannt ist, bitte um Schätzung. z.B. März/April – hier jeweils das frühere Monat angeben.)*

- Monat _____ Jahr _____
-1 weiß nicht

45. *(Wenn regelmäßig F43 ist ja)* War die Einladung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms für Sie ein Auslöser, um eine Früherkennungsmammographie in Anspruch zu nehmen?

- 1 Ja
- 0 nein

46. *(Wenn regelmäßig F43 ist ja)* Die Einladung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms enthält ein Einladungsschreiben, ein Merkblatt mit den Vor- und Nachteilen der Untersuchung sowie eine Liste mit allen teilnehmenden Radiologen im Wohnbundesland. Wie verständlich waren die Einladungsunterlagen für Sie? *Vorlesen und Antworten lassen.*

- 1 Sehr verständlich
- 2 Eher verständlich
- 3 Eher unverständlich
- 4 Sehr unverständlich
- 5 Ich habe die Einladungsunterlagen nicht gelesen.
- 6 Ich weiß nicht mehr, wie verständlich die Einladungsunterlagen waren.

47. Ist es Ihrer Meinung nach sinnvoll, dass Sie regelmäßig eine Einladung zur Teilnahme am Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm erhalten?

- 1 Ja, sinnvoll
- 2 Nein, nicht sinnvoll
- 1 weiß nicht

48. Ist es Ihrer Meinung nach sinnvoll, dass Sie keine Überweisung mehr für die Brustkrebs-Früherkennung benötigen?

- 3 Ja, sinnvoll
- 4 Nein, nicht sinnvoll
- 1 weiß nicht

- Ende -

Anhang 6

Versuchsanleitung und Merkblatt

früh erkennen

ÖSTERREICHISCHES BRUSTKREBS-FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM



Das österreichische Programm zur Brustkrebs-Früherkennung:

Was Sie darüber wissen sollten

Einladung

Frauen zwischen 45 und 69 Jahren können alle 24 Monate eine Früherkennungsmammographie in Anspruch nehmen. Eine Einladung oder Zuweisung ist nicht notwendig, es reicht die e-card der Frau. Einladungsbriefe werden zur Erinnerung und Information an die Frauen der Zielgruppe versendet.

Selbsteinladung (Opt-in)

Frauen zwischen 40 und 44 Jahren sowie ab 70 Jahren können sich selbst zum Programm anmelden und mit dem Einladungsbrief und der e-card alle zwei Jahre zur Untersuchung gehen.

Wiedereinladung nach 24 Monaten

Untersuchung Mammographie

Die Frau wird bei einer Radiologin/einem Radiologen mit Qualitätszertifikat in ihrer Nähe geröntgt.

Doppel-Befundung

Zwei Radiologinnen/Radiologen begutachten die Aufnahmen unabhängig voneinander nach dem Vier-Augen-Prinzip.

Ultraschall

Falls es medizinisch notwendig ist, erhält die Frau zusätzlich eine Ultraschalluntersuchung.

auffällig

unauffällig

Abklärung

Eine Ärztin/ein Arzt klärt den auffälligen Befund durch weiterführende Untersuchungen (z.B. Magnetresonanz, Biopsie) ab.

auffällig

unauffällig

Behandlung

Die Frau wird von spezialisierten Fachärztinnen/Fachärzten behandelt.

Sie haben soeben eine Einladung zur Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung erhalten. Vielleicht gehören Sie zu den Frauen, die bereits regelmäßig zur Mammographie gehen. Oder Sie zählen zu jenen, für die das bisher nicht so wichtig war. Wir wollen Ihnen einige Informationen geben, die Ihnen bei Ihrer persönlichen Entscheidung helfen sollen, ob Sie zur Früherkennungsuntersuchung gehen oder nicht.

Was ist das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm?

In Österreich wird die Brustkrebs-Früherkennung seit Jänner 2014 im Rahmen des qualitätsgesicherten Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms neu organisiert. Das Programm richtet sich an gesunde Frauen ohne Anzeichen einer Brustkrebserkrankung. Ziel ist es, Brustkrebs früh zu entdecken, um ihn mit bestmöglichem Erfolg behandeln zu können.

Wer kann daran teilnehmen?

Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren können alle zwei Jahre mit ihrer e-card zur Mammographie (= Röntgenuntersuchung der Brust) gehen. Eine ärztliche Überweisung ist nicht notwendig. Sie erhalten zur Erinnerung an die Untersuchung alle zwei Jahre ein Einladungsschreiben per Post. Frauen zwischen 40 und 44 Jahren sowie ab 70 Jahren können sich online auf www.frueh-erkennen.at unter „Anmeldung“ oder bei der Telefon-Serviceline 0800 500 181 zum Programm anmelden. Diese Frauen erhalten dann alle zwei Jahre ein Einladungsschreiben per Post und können mit der Einladung und ihrer e-card zur Untersuchung gehen. Sie benötigen keine ärztliche Überweisung.

Was ist das Besondere an diesem Programm?

Das Programm sieht strenge Qualitätsvorgaben vor. Nur Radiologinnen/Radiologen mit einem Zertifikat für Mammadiagnostik der Österreichischen Ärztekammer können daran teilnehmen. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in den Röntgeneinrichtungen sind speziell geschult und erfahren, die Geräte auf dem letzten Stand der Technik. Jedes Röntgenbild wird unabhängig voneinander von zwei Radiologinnen/Radiologen befundet. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden zu Qualitätszwecken ausgewertet. Um die sensiblen Daten vor Missbrauch zu schützen, werden sie so verschlüsselt, dass sie nicht mehr mit einzelnen Personen in Verbindung gebracht werden können („pseudonymisiert“).

Was passiert bei der Mammographie?

Die Mammographie ist eine Röntgenuntersuchung. Dabei wird eine Brust nach der anderen zwischen zwei Kunststoffplatten zusammengedrückt. Viele Frauen beschreiben die Untersuchung als unangenehm, manche als schmerzhaft, andere wiederum empfinden sie als unproblematisch. Die Untersuchung dauert einige Minuten.

Wird auch eine Ultraschall-Untersuchung gemacht?

Ultraschall alleine eignet sich im Normalfall nicht zur verlässlichen Früherkennung von Brustkrebs. Sollte Ihr Brustgewebe sehr dicht sein oder bei der Mammographie etwas Auffälliges entdeckt werden, wird die Radiologin/der Radiologe zusätzlich zur Mammographie eine Ultraschall-Untersuchung (= Sonographie) durchführen.

Wie bekomme ich meinen Befund?

Ihren Mammographie-Befund erhalten Sie von Ihrer Radiologin/Ihrem Radiologen. Durch die strenge Qualitätssicherung („Vier-Augen-Prinzip“) kann dies etwas länger dauern, als Sie es bisher gewohnt waren. Bei einem auffälligen Befund raten wir Ihnen dringend an, diesen umgehend mit Ihrer Radiologin/Ihrem Radiologen bzw. Ihrer Vertrauensärztin/Ihrem Vertrauensarzt zu besprechen!

Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden Sie nach der Früherkennungs-Untersuchung die Nachricht erhalten, dass bei Ihnen kein Hinweis auf Brustkrebs gefunden wurde.

Sind bei der Mammographie Auffälligkeiten entdeckt worden, werden weitere Untersuchungen durchgeführt.

In 9 von 10 Fällen wird sich bei den Folgeuntersuchungen herausstellen, dass Sie keinen Brustkrebs haben und es ein falscher Alarm war.

Kostenlose Serviceline

0800 500 181

Mo - Fr 8.00 - 18.00 Uhr

Website

www.frueh-erkennen.at

Was mache ich, wenn ich bereits Beschwerden habe?

Das Programm zur Früherkennung richtet sich an Frauen ohne Anzeichen von Brustkrebs. Sollten Sie eine der nachfolgenden Beschwerden haben, dann wenden Sie sich bitte so rasch wie möglich an die Ärztin/den Arzt Ihres Vertrauens: tastbare Knoten, Dellen oder Verhärtungen der Haut, sichtbare Verformungen, Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze, Blutungen oder andere flüssige Absonderungen aus der Brustwarze. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Sie untersuchen und (falls notwendig) zu einer Mammographie überweisen.

Was mache ich, wenn ich bereits in Behandlung bin?

Sollten Sie ein genetisch festgestelltes erhöhtes Brustkrebs-Risiko haben oder wegen einer Brustkrebserkrankung bereits in Behandlung oder Nachsorge stehen, werden Sie außerhalb des Programms selbstverständlich weiter von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt betreut.

Soll ich zur Früherkennungsmammographie gehen?

Wie jede andere medizinische Maßnahme hat auch ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs Vor- und Nachteile. Wir möchten Sie darüber ausgewogen informieren, damit Sie selbst entscheiden können, ob Sie an der Früherkennungsuntersuchung teilnehmen möchten oder nicht. Sollten Sie sich unsicher fühlen, reden Sie bitte mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt darüber.

Was sind die Vor- und Nachteile?

- Ziel der Früherkennungsuntersuchung ist es, Brustkrebs möglichst früh zu entdecken, um ihn mit bestmöglichem Erfolg behandeln zu können.
- Die Behandlungen können dadurch zumeist schonender erfolgen. So lässt sich etwa bei einer Operation die Brust fast immer erhalten.
- Die Mammographie in qualitätsgesicherten Programmen ist derzeit die verlässlichste Methode zur Früherkennung von Brustkrebs. Aber auch sie kann nicht in allen Fällen eindeutige Ergebnisse bringen.
- Es kann vorkommen, dass Sie einen auffälligen Befund erhalten, obwohl in Wirklichkeit alles in Ordnung ist. Das nennt man einen „falsch positiven Befund“. Weder die besten Geräte noch die erfahrensten Radiologinnen/Radiologen können das verhindern. Der Grund dafür liegt in der Beschaffenheit des Brustgewebes. Es kann sein, dass Sie dadurch unnötig beunruhigt werden. Zur Klärung sind zusätzliche Untersuchungen notwendig.
- In seltenen Fällen ist bei der Mammographie und der Ultraschalluntersuchung kein Tumor sichtbar, obwohl sich in der Brust bereits Krebs gebildet hat („falsch negativer Befund“).
- Es gibt leider auch sehr rasch wachsende Krebsarten, die sich im Zeitraum zwischen zwei Früherkennungsuntersuchungen bilden können. Sie sollten daher über die möglichen Anzeichen einer Brustkrebserkrankung informiert sein und bei einem Verdacht rasch eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen.
- Bei der Mammographie wird die Brust mit Röntgenstrahlen untersucht. Die strengen Qualitätsvorgaben des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms sorgen dafür, dass die Belastung so gering wie möglich gehalten wird.
- Bei Früherkennungsprogrammen werden auch Tumore gefunden, die nie auffällig geworden wären. Dadurch werden Frauen zu Brustkrebspatientinnen, die Zeit ihres Lebens den Krebs nicht bemerkt hätten. Leider kann zum Zeitpunkt der Diagnose niemand absehen, wie sich ein Tumor weiterentwickeln wird. Daher müssen alle, die entdeckt werden, auch behandelt werden.
- Die Früherkennung kann die Entstehung von Brustkrebs nicht verhindern.
- Die meisten Fachleute gehen davon aus, dass ein qualitätskontrolliertes Früherkennungsprogramm mehr Vorteile als Nachteile bietet.

Falls Sie noch weitere Informationen über das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm wünschen oder sich anmelden möchten, kontaktieren Sie bitte die Telefon-Serviceline 0800 500 181 (Mo – Fr 8:00 – 18:00 Uhr) oder besuchen Sie die Website www.frueh-erkennen.at.

Evaluation Merkblatt zum Brustkrebs- Früherkennungsprogramm

*Gesprächsleitfaden zum Think-Aloud Protokoll sowie Leitfa-
deninterview*

Hintergrund

Das Merkblatt zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm wird mittels eines Think Aloud Protokoll sowie zwei kurzen Leitfadeninterviews evaluiert. Der folgende Gesprächsleitfaden stellt Struktur und Abfolge des Gesprächs vor und dient zugleich als Unterlage für die schriftlichen Auszeichnungen der Untersucherin.

Metadaten

CODE:

Telefonnummer der Probandin (für Rückfragen):

Das Interview wurde durchgeführt von:

Datum:

Ort:

Dauer:

Einführung

- » Begrüßung/Danksagung/Hinweis auf Anonymisierung und Aufnahme des Gesprächs/Erklärung des Ablaufs/Überleitung zu Leitfadeninterview I
 - » Ich begrüße Sie zu dem Gespräch zum Merkblatt des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms.
 - » Danke, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben.
 - » Ihre Daten werden vertrauensvoll behandelt.
 - » Die Ergebnisse des Gesprächs werden anonymisiert ausgewertet.
 - » Zu Auswertungszwecken soll das Gespräch aufgenommen werden.
 - » Sind Sie damit einverstanden?
 - » Ich möchte Ihnen kurz erklären, wie der Ablauf des Gesprächs ist.
 - » Ich stelle Ihnen zuerst ein paar Fragen zur Früherkennungsmammographie. Danach möchte ich Sie bitten, das Merkblatt zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm zu lesen. Es ist eine von mehreren Informationsunterlagen zum österreichweiten Programm und stellt eine Kurz-Information auf zwei A4-Seiten dar. Es ist die einzige Informationsunterlage, die jedem Einladungsbrief zur Früherkennungsmammographie beiliegt. Während Sie das Merkblatt lesen, werden Sie aufgefordert, Ihre Gedanken dazu zu äußern. Im Anschluss daran stelle ich Ihnen wieder einige Fragen.
 - » Die Überprüfung der Qualität des Merkblatts soll dazu dienen, diese Informationsunterlage zu optimieren.
 - » Nun starten wir mit den ersten Fragen.

Teil 1 – Leitfadeninterview I

- » Ermitteln der Einstellung zur Mammographie:
 - » Gehen Sie zur Früherkennungs–Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust)?
 Ja Nein
 - » Wenn ja, wie oft?
 - » Bitte erzählen Sie mir etwas über Ihre Beweggründe warum Sie zur Mammographie gehen oder nicht?
 - » Haben Sie schon von dem neuen Brustkrebs–Früherkennungsprogramm gehört?
 Ja Nein
 - » Wenn ja, wie wurden Sie darauf aufmerksam?

Teil 2 – Think Aloud Protokoll

Der Fokus liegt dabei auf Missverständnissen, Passagen, die nicht verstanden werden, fehlende Information, Reaktion auf die Information sowie Assoziationen.

- » Einführung in das Think–Aloud Protokoll
 - » Jetzt beginnen wir mit dem Abschnitt, bei dem es um die Mitteilung Ihrer Gedanken zum Merkblatt geht. Stellen Sie sich vor, Sie lesen eine Zeitung und sagen währenddessen laut und möglichst spontan, was Sie sich denken. Ich höre Ihnen zu, mache Notizen und frage nur manchmal eventuell etwas nach. Es könnte etwas ungewöhnlich für Sie sein, wenn Sie Ihre Gedanken äußern und Ihr Gegenüber sich sehr ruhig verhält. Dies gehört zur verwendeten Forschungsmethode und fördert die Qualität der Überprüfung der Informationsunterlage. Spätestens nach jedem Absatz bräuchte ich eine Rückmeldung.
 - » Bitte lesen Sie nun das Merkblatt.
- » Lesen des Merkblatts durch die Probandin mit Think Aloud Protokoll
- » Hilfestellung zum Laut Denken (generell möglichst sparsame, aber nicht zu zögerliche, Anwendung von Nachfragen) und Überleitung zu Leitfadeninterview II:
 - » Möchten Sie mir Ihre Gedanken mitteilen?
 - » Was ist Ihnen gerade in den Sinn gekommen?

- » Was wollten Sie gerade sagen?
- » Thematische Rückführung bei Ausschweifungen je nach Situation.

Merkblatt-Übersicht für Notizen



Sie haben soeben eine Einladung zur Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung erhalten. Vielleicht gehören Sie zu den Frauen, die bereits regelmäßig zur Mammographie gehen. Oder Sie zählen zu jenen, für die das bisher nicht so wichtig war. Wir wollen Ihnen einige Informationen geben, die Ihnen bei Ihrer persönlichen Entscheidung helfen sollen, ob Sie zur Früherkennungsuntersuchung gehen oder nicht.

Was ist das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm?

In Österreich wird die Brustkrebs-Früherkennung seit Jänner 2014 im Rahmen des qualitätsgesicherten Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms neu organisiert. Das Programm richtet sich an gesunde Frauen ohne Anzeichen einer Brustkrebserkrankung. Ziel ist es, Brustkrebs früh zu entdecken, um ihn mit bestmöglichem Erfolg behandeln zu können.

Wer kann daran teilnehmen?

Frauen im Alter zwischen 45 und 69 Jahren können alle zwei Jahre mit ihrer e-card zur Mammographie (= Röntgenuntersuchung der Brust) gehen. Eine ärztliche Überweisung ist nicht notwendig. Sie erhalten zur Erinnerung an die Untersuchung alle zwei Jahre ein Einladungsschreiben per Post. Frauen zwischen 40 und 44 Jahren sowie ab 70 Jahren können sich online auf www.frueh-erkennen.at unter „Anmeldung“ oder bei der Telefon-Serviceline 0800 500 181 zum Programm anmelden. Diese Frauen erhalten dann alle zwei Jahre ein Einladungsschreiben per Post und können mit der Einladung und ihrer e-card zur Untersuchung gehen. Sie benötigen keine ärztliche Überweisung.

Was ist das Besondere an diesem Programm?

Das Programm sieht strenge Qualitätsvorgaben vor. Nur Radiologinnen/Radiologen mit einem Zertifikat für Mammadiagnostik der Österreichischen Ärztekammer können daran teilnehmen. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in den Röntgeneinrichtungen sind speziell geschult und erfahren, die Geräte auf dem letzten Stand der Technik. Jedes Röntgenbild wird unabhängig voneinander von zwei Radiologinnen/Radiologen befundet. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden zu Qualitätszwecken ausgewertet. Um die sensiblen Daten vor Missbrauch zu schützen, werden sie so verschlüsselt, dass sie nicht mehr mit einzelnen Personen in Verbindung gebracht werden können („pseudonymisiert“).

Was passiert bei der Mammographie?

Die Mammographie ist eine Röntgenuntersuchung. Dabei wird eine Brust nach der anderen zwischen zwei Kunststoffplatten zusammengedrückt. Viele Frauen beschreiben die Untersuchung als unangenehm, manche als schmerzhaft, andere wiederum empfinden sie als unproblematisch. Die Untersuchung dauert einige Minuten.

Wird auch eine Ultraschall–Untersuchung gemacht?

Ultraschall alleine eignet sich im Normalfall nicht zur verlässlichen Früherkennung von Brustkrebs. Sollte Ihr Brustgewebe sehr dicht sein oder bei der Mammographie etwas Auffälliges entdeckt werden, wird die Radiologin/der Radiologe zusätzlich zur Mammographie eine Ultraschall–Untersuchung (= Sonographie) durchführen.

Wie bekomme ich meinen Befund?

Ihren Mammographie–Befund erhalten Sie von Ihrer Radiologin/Ihrem Radiologen. Durch die strenge Qualitätssicherung („Vier–Augen–Prinzip“) kann dies etwas länger dauern, als Sie es bisher gewohnt waren. Bei einem auffälligen Befund raten wir Ihnen dringend an, diesen umgehend mit Ihrer Radiologin/Ihrem Radiologen bzw. Ihrer Vertrauensärztin/Ihrem Vertrauensarzt zu besprechen!

Was mache ich, wenn ich bereits Beschwerden habe?

Das Programm zur Früherkennung richtet sich an Frauen ohne Anzeichen von Brustkrebs. Sollten Sie eine der nachfolgenden Beschwerden haben, dann wenden Sie sich bitte so rasch wie möglich an die Ärztin/den Arzt Ihres Vertrauens: tastbare Knoten, Dellen oder Verhärtungen der Haut, sichtbare Verformungen, Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze, Blutungen oder andere flüssige Absonderungen aus der Brustwarze. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Sie untersuchen und (falls notwendig) zu einer Mammographie überweisen.

Was mache ich, wenn ich bereits in Behandlung bin?

Sollten Sie ein genetisch festgestelltes erhöhtes Brustkrebs-Risiko haben oder wegen einer Brustkrebserkrankung bereits in Behandlung oder Nachsorge stehen, werden Sie außerhalb des Programms selbstverständlich weiter von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt betreut.

Soll ich zur Früherkennungsmammographie gehen?

Wie jede andere medizinische Maßnahme hat auch ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs Vor- und Nachteile. Wir möchten Sie darüber ausgewogen informieren, damit Sie selbst entscheiden können, ob Sie an der Früherkennungsuntersuchung teilnehmen möchten oder nicht. Sollten Sie sich unsicher fühlen, reden Sie bitte mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt darüber.

Was sind die Vor- und Nachteile?

- » Ziel der Früherkennungsuntersuchung ist es, Brustkrebs möglichst früh zu entdecken, um ihn mit bestmöglichem Erfolg behandeln zu können.

- » Die Behandlungen können dadurch zumeist schonender erfolgen. So lässt sich etwa bei einer Operation die Brust fast immer erhalten.

- » Die Mammographie in qualitätsgesicherten Programmen ist derzeit die verlässlichste Methode zur Früherkennung von Brustkrebs. Aber auch sie kann nicht in allen Fällen eindeutige Ergebnisse bringen.

- » Es kann vorkommen, dass Sie einen auffälligen Befund erhalten, obwohl in Wirklichkeit alles in Ordnung ist. Das nennt man einen „falsch positiven Befund“. Weder die besten Geräte noch die erfahrensten Radiologinnen/Radiologen können das verhindern. Der Grund dafür liegt in der Beschaffenheit des Brustgewebes. Es kann sein, dass Sie dadurch unnötig beunruhigt werden. Zur Klärung sind zusätzliche Untersuchungen notwendig.

- » In seltenen Fällen ist bei der Mammographie und der Ultraschalluntersuchung kein Tumor sichtbar, obwohl sich in der Brust bereits Krebs gebildet hat („falsch negativer Befund“).

- » Es gibt leider auch sehr rasch wachsende Krebsarten, die sich im Zeitraum zwischen zwei Früherkennungsuntersuchungen bilden können. Sie sollten daher über die möglichen Anzeichen einer Brustkrebserkrankung informiert sein und bei einem Verdacht rasch eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen.

- » Bei der Mammographie wird die Brust mit Röntgenstrahlen untersucht. Die strengen Qualitätsvorgaben des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms sorgen dafür, dass die Belastung so gering wie möglich gehalten wird.

- » Bei Früherkennungsprogrammen werden auch Tumore gefunden, die nie auffällig geworden wären. Dadurch werden Frauen zu Brustkrebspatientinnen, die Zeit ihres Lebens den Krebs nicht bemerkt hätten. Leider kann zum Zeitpunkt der Diagnose niemand absehen, wie sich ein Tumor weiterentwickeln wird. Daher müssen alle, die entdeckt werden, auch behandelt werden.

- » Die Früherkennung kann die Entstehung von Brustkrebs nicht verhindern.

- » Die meisten Fachleute gehen davon aus, dass ein qualitätskontrolliertes Früherkennungsprogramm mehr Vorteile als Nachteile bietet.

Falls Sie noch weitere Informationen über das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm wünschen oder sich anmelden möchten, kontaktieren Sie bitte die Telefon-Serviceline 0800 500 181 (Mo – Fr 8:00 – 18:00 Uhr) oder besuchen Sie die Website www.frueh-erkennen.at.



Falls keine Rückmeldung zu den folgenden beiden Abschnitten erfolgt, dies notieren und nachfragen bzw. zum Lesen und laut Denken auffordern:

Einladung

Frauen zwischen 45 und 69 Jahren können alle 24 Monate eine Früherkennungsmammographie in Anspruch nehmen. Eine Einladung oder Zuweisung ist nicht notwendig, es reicht die e-card der Frau. Einladungsbriefe werden zur Erinnerung und Information an die Frauen der Zielgruppe versendet.

Selbsteinladung (Opt-in)

Frauen zwischen 40 und 44 Jahren sowie ab 70 Jahren können sich selbst zum Programm anmelden und mit dem Einladungsbrief und der e-card alle zwei Jahre zur Untersuchung gehen.

Wiedereinladung
nach 24 Monaten

Untersuchung

Mammographie

Die Frau wird bei einer Radiologin/einem Radiologen mit Qualitätszertifikat in ihrer Nähe geröntgt.

Doppel-Befundung

Zwei Radiologinnen/Radiologen begutachten die Aufnahmen unabhängig voneinander nach dem Vier-Augen-Prinzip.

Ultraschall

Falls es medizinisch notwendig ist, erhält die Frau zusätzlich eine Ultraschalluntersuchung.

auffällig

unauffällig

Abklärung

Eine Ärztin/ein Arzt klärt den auffälligen Befund durch weiterführende Untersuchungen (z.B. Magnetresonanz, Biopsie) ab.

auffällig

unauffällig

Behandlung

Die Frau wird von spezialisierten Fachärztinnen/Fachärzten behandelt.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden Sie nach der Früherkennungs-Untersuchung die Nachricht erhalten, dass bei Ihnen kein Hinweis auf Brustkrebs gefunden wurde.

Sind bei der Mammographie Auffälligkeiten entdeckt worden, werden weitere Untersuchungen durchgeführt.

In 9 von 10 Fällen wird sich bei den Folgeuntersuchungen herausstellen, dass Sie keinen Brustkrebs haben und es ein falscher Alarm war.

Kostenlose Serviceline

0800 500 181

Mo - Fr 8.00 - 18.00 Uhr

Website

www.frueh-erkennen.at

- » Nochmals ggf. Hilfestellung zum Laut Denken (generell möglichst sparsame Anwendung von Nachfragen) und Überleitung zu Leitfadeninterview II:
 - » Möchten Sie mir Ihre Gedanken mitteilen?
 - » Was ist Ihnen gerade in den Sinn gekommen?
 - » Was wollten Sie gerade sagen?

- » Thematische Rückführung bei Ausschweifungen je nach Situation.
- » Danke. Sie können das Merkblatt nun beiseitelegen. Ich stelle Ihnen jetzt noch einige Fragen bevor wir zum Schluss kommen.

Teil 3 – Leitfadeninterview II

- » Fakultative Fragen – sofern noch nicht beim Think–Aloud Protokoll erwähnt
 - » Wie beurteilen Sie die Länge des Merkblatts?
 - » War die Schriftgröße des Merkblatts ausreichend?
 - » Fehlen Ihnen Informationen auf dem Merkblatt (sofern noch nicht im Think Aloud Protokoll erwähnt)?
 - » ja nein
 - » Wenn ja, welche?
 - » Welche Informationen auf dem Merkblatt finden Sie überflüssig?
 - » Wie finden Sie sich mit der Anordnung der Inhalte am Merkblatt zurecht?
 - » War das Merkblatt insgesamt hilfreich für Sie?
 - ja nein
- » Obligatorische Fragen:
 - » Würden Sie jetzt, nachdem Sie das Merkblatt gelesen haben, am Brustkrebs–Früherkennungsprogramm teilnehmen?
 - » ja nein
 - » Welche Gründe führten zu dieser Entscheidung? (für die Auswertung ist relevant, ob sich die Frau bei der Begründung auf die Inhalte des Merkblatts bezieht).

Nun noch ein paar Fragen zu Statistikzwecken:

- » Darf ich fragen wie alt Sie sind?
- » Wo ist Ihr Wohnort?
- » Falls Wien: In welchem Bezirk wohnen Sie?
- » Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?
- » Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schul-/Lehr-/ bzw. Universitätsbildung?

Wir sind nun am Ende des Gesprächs angekommen.

Vielen Dank nochmals für Ihre Teilnahme!