

Mammografie-Screening 2.0 – wie ist risikoadaptiertes Screening in der Klinik umsetzbar?

Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Experten im Projekt RISIKOLOITSE.DE

Mammography Screening 2.0 – How Can Risk-Adapted Screening be Implemented in Clinical Practice?

Results of a Focus Group Discussion with Experts in the RISIKOLOITSE.DE Project



Autoren

Nicole Fürst¹, Marion Kiechle¹, Brigitte Strahwald^{4*}, Anne S. Quante^{1,2,3*}

Institute

- 1 Frauenklinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München
- 2 Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Lehrstuhl für Genetische Epidemiologie, LMU München, München
- 3 Institut für Genetische Epidemiologie, Helmholtz Zentrum München – German Research Center for Environmental Health, Neuherberg
- 4 Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Pettenkofer School of Public Health, LMU München, München

Schlüsselwörter

Fokusgruppe, Mammografie-Screening, Brustkrebsrisiko, risikoadaptiertes Screening, partizipative Entscheidungsfindung

Key words

focus group, mammography screening, breast cancer risk, risk-adapted screening, participatory decision-making

eingereicht 3. 12. 2017

revidiert 9. 4. 2018

akzeptiert 9. 4. 2018

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0603-4314>

Geburtsh Frauenheilk 2018; 78: 506–511 © Georg Thieme

Verlag KG Stuttgart · New York | ISSN 0016-5751

Korrespondenzadresse

Dr. med. Anne Quante, MPH

Frauenklinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

Ismaninger Straße 22, 81675 München

anne.quante@tum.de

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung Das Mammografie-Screening-Programm steht seit einiger Zeit in der Kritik. Die Einladung zur Teilnahme beruht derzeit nur auf den Risikofaktoren Alter und weibliches Geschlecht, wodurch Frauen mit überdurchschnittlichem Risiko zu selten, Frauen mit niedrigem Risiko möglicherweise zu häufig untersucht werden. Künftig könnte eine individualisierte Risikobewertung ein risikoadaptiertes Vorgehen bei der Brustkrebs-Früherkennung ermöglichen. Im Projekt RISIKOLOITSE.DE werden Angebote erarbeitet, um das individuelle Brustkrebsrisiko zu berechnen und die Ergebnisse zu bewerten. Ziel ist es, Ärzte und Screening-Teilnehmerinnen bei der partizipativen Entscheidungsfindung zu unterstützen. Um die Ausgangssituation bei den Zielgruppen zu erfassen, wurden qualitative und quantitative Erhebungen durchgeführt.

Methode Zu Projektbeginn wurde eine leitfadensbasierte Fokusgruppendifkussion mit 15 Ärzten und Vertretern des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt. Das Transkript dieser Diskussion wurde mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse Die Teilnehmer bewerteten das Konzept der risikoadaptierten Früherkennung insgesamt positiv. Gleichzeitig waren sie mehrheitlich der Meinung, dass die Ergebnisse der individualisierten Risikokalkulation nur von Ärzten adäquat verstanden und bewertet werden können. Als praktische Hürden bei der Umsetzung wurden besonders der hohe Kommunikationsaufwand und die fehlende Vergütung angeführt.

Diskussion Die Vorschläge und Impulse aus der Fokusgruppe reichten von administrativen bzw. regulatorischen Änderungen über neue Beratungsformen bis hin zu adaptierbaren Praxishilfen. Für die Konzeption von RISIKOLOITSE.DE und die Planung weiterer Erhebungen war ein wichtiger Hinweis, dass die Risikoberechnung für das Mammografie-Screening 2.0 als rein ärztliche Aufgabe gesehen wurde und dass das Konzept der

* Diese Autoren haben zu gleichen Teilen zu der Arbeit beigetragen.

partizipativen Entscheidungsfindung bei der Diskussion kaum eine Rolle spielte.

ABSTRACT

Introduction The mammography screening programme has been the subject of criticism for some time. Invitation to take part is currently based only on the risk factors of age and female sex, whereby women with an above-average risk are screened too seldom and women with a low risk are possibly screened too often. In future, an individualised risk assessment could make a risk-adapted procedure possible in breast cancer screening. In the RISIKOLOTSE.DE project, schemes are devised to calculate the individual breast cancer risk and evaluate the results. The aim is to assist doctors and screening participants in participatory decision-making. To gauge the baseline situation in the target groups, qualitative and quantitative surveys were conducted.

Method At the start of the project, a guideline-based focus group discussion was held with 15 doctors and representatives of the public health service. The transcript of this discussion was evaluated by means of a qualitative content analysis.

Results The participants assessed the concept of risk-adapted screening positively overall. At the same time, the majority of them were of the opinion that the results of individualised risk calculation can be understood and evaluated adequately only by doctors. The great communication requirement and lack of remuneration were given as practical obstacles to implementation.

Discussion The suggestions and new ideas from the focus group ranged from administrative and regulatory changes to new forms of counselling and adaptable practice aids. An important indicator for the RISIKOLOTSE.DE conception and for planning future surveys was that risk calculation for mammography screening 2.0 was regarded as a purely medical function and that the concept of participatory decision-making played hardly any part in the discussion.

Einleitung

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung der Frau [1]. In Deutschland wurde ab 2005 ein bundesweites Brustkrebs-Früherkennungsprogramm eingeführt [2]. Zum Screening werden derzeit Frauen im Alter von 50–69 Jahren eingeladen. Dieses „Mammografie-Screening 1.0“ wird jedoch kontrovers diskutiert [3–5]. Durch das Programm soll Brustkrebs frühzeitig erkannt und behandelt werden, um so die Heilungschancen zu erhöhen. Dadurch soll die Krankheitslast reduziert werden und die Mortalität gesenkt werden. Besonders problematisch ist jedoch die Gefahr von Überdiagnosen bzw. falsch positiven Befunden. Für die betroffenen Frauen bedeutet dies nicht nur eine erhebliche psychische Belastung, vielmehr zieht die falsche Krebsdiagnose auch unnötige Eingriffe nach sich. Jede Teilnehmerin am Screening muss daher über das Verfahren aufgeklärt werden, zumal es auch mit einer Strahlenbelastung verbunden ist [3–5].

Für die Teilnahme wird nur das Alter der Frauen berücksichtigt, dabei beeinflussen weitere Risikofaktoren das Erkrankungsrisiko [6]. Das Programm wird daher dem individuell unterschiedlichen Bedarf an Früherkennung nicht gerecht. Bei vielen Frauen wird eine Mammografie ohne eindeutigen Nutzen durchgeführt. Andere Frauen, vor allem jüngere, werden trotz vorhandener Risikofaktoren nicht im Programm berücksichtigt. Neben der familiären Vorbelastung spielt beispielsweise der Zeitpunkt der Menarche und Menopause eine Rolle, ebenso eine Hormonersatztherapie und der Lebensstil. Neuere Risikomodelle für Brustkrebs berücksichtigen einige dieser Faktoren. Sie ermöglichen eine individualisierte Brustkrebs-Früherkennung – das „Mammografie-Screening 2.0“. Ziel ist es, das Mammografie-Screening dadurch effizienter zu gestalten. So könnten Frauen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko ggf. zusätzliche Untersuchungen erhalten, wie z. B. eine Sonografie oder eine Kernspintomografie. Umgekehrt könnten Frauen mit niedrigem Risiko ggf. auf Screening-Untersuchungen verzichten. Studien zeigen zudem, dass einige Frauen auch außerhalb der Al-

tersgruppe von 50 bis 69 Jahre vom Screening profitieren könnten [7, 8]. Eine Anpassung des Screening-Intervalls an das individuelle Brustkrebsrisiko wird von mehreren Seiten befürwortet [9, 10].

Für eine bestimmte Gruppe, die sogenannten Hochrisiko-Frauen, wird das risikoadaptierte Screening in Deutschland bereits angewandt. Sie haben familiär bedingt ein deutlich höheres Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, als die Allgemeinbevölkerung. Diese Frauen benötigen umfangreichere Maßnahmen der Früherkennung, da das reguläre Mammografie-Screening aufgrund des frühen Erkrankungsalters nicht ausreichend ist. Dieses Programm ist bei Mutationsträgerinnen unumstritten, entscheidend ist hier der Nachweis einer pathogenen Mutation in den Hochrisikogenen, BRCA2, BRCA1, CDH1 oder TP53 oder in den moderat penetrannten Genen CHEK2, PALB2, RAD51C/D, NBN oder ATM [11]. Schwieriger ist die Entscheidung bei Frauen mit nur rechnerischer Hochrisikosituation (mehr als 20%iger Mutationswahrscheinlichkeit oder 30%igem lebenslangen Brustkrebsrisiko) [12]. Ihre Risiken werden mit einem standardisierten Risikoberechnungsverfahren – derzeit Cyrillic (basierend auf dem Claus-Modell [13]) – kalkuliert. Das Modell ist jedoch inzwischen wissenschaftlich und technisch überholt.

Neben diesen methodischen Herausforderungen konnten Studien aber auch tiefgreifende Verständnisprobleme zum Mammografie-Screening an sich zeigen. Nutzen und Risiken des Mammografie-Screenings 1.0 werden nicht richtig eingeschätzt, die Wissensdefizite sind zum Teil erheblich [14]. Der Nutzen wird deutlich überschätzt, während die Risiken weitgehend ignoriert werden [15]. Auch bei Ärztinnen und Ärzten wurden erhebliche Wissensdefizite zum Screening festgestellt [16]. Bei der Mammografie 2.0 stellt der Umgang mit den Risikomodellen eine zusätzliche Herausforderung dar.

Hier setzt das Forschungsvorhaben RISIKOLOTSE.DE an. Auf einer Online-Plattform sollen Informationen und Werkzeuge bereitgestellt werden, um das Brustkrebsrisiko berechnen, verstehen und bewerten zu können. Die Zielgruppen sind Ärzte und Lai-

en: Ärzte sollen bei der Risikokommunikation und Beratung unterstützt werden, Laien bei der Abwägung von Nutzen und Risiken der Teilnahme. Dadurch soll eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht werden.

Schon zum Projektstart wurden die Zielgruppen in die Konzeption einbezogen. Eine der Maßnahmen war eine Fokusgruppendifkussion mit Experten um die Frage der adäquaten Beratung von potenziellen Screening-Teilnehmerinnen.

Methoden

Zusammensetzung und Ablauf der Fokusgruppe

Bei der Fokusgruppe handelt es sich um eine explorative Untersuchung, die einen umfassenden und realitätsnahen Einblick in die Erfahrungen und Meinungen von Praxisexperten ermöglicht [17, 18]. Die Diskussionsrunde fand in der Frauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar statt und dauerte 2,5 Stunden. Es wurden Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreterinnen und Vertreter aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst ausgewählt („Experten“), die per Post und E-Mail über das Projekt RISIKOLOTSE.DE informiert und zur Diskussionsrunde eingeladen wurden. Von 31 Experten nahmen insgesamt 15 Experten an der Diskussion teil (► **Tab. 1**). Als Gründe für eine Absage wurden ausschließlich zeitliche und organisatorische Schwierigkeiten genannt. Elf Personen reagierten nicht auf die Einladung. Die Fokusgruppendifkussion wurde anhand eines offenen Leitfadens moderiert. Um die derzeitige Beratungspraxis zu erfassen, wurden zu Beginn 2 Fallbeispiele vorgestellt. Die Fokusgruppenmitglieder sollten spontan darüber abstimmen, ob den Frauen jeweils eine Screening-Teilnahme empfohlen werden kann.

Inhaltsanalytische Auswertung

Mit dem Einverständnis der Teilnehmer wurde die Fokusgruppendifkussion auf Video aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Hierfür wurde auf Grundlage der Methodenliteratur [19, 20] ein standardisierter Transkriptionsleitfaden entwickelt. Das Transkript wurde durch qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring [21] systematisch ausgewertet. Die hier angewandte zusammenfassende Inhaltsanalyse, als eine von 3 Grundtechniken qualitativer Inhaltsanalyse, folgt einer induktiven Logik [21, 22]. Zunächst wurden alle inhaltstragenden Textstellen, zusammen mit Sprecherpseudonym und Zeitmarke, chronologisch in eine Tabelle aufgenommen. Gemäß den methodischen Vorgaben [21, 23] wurden relevante Aussagen markiert, paraphrasiert und generalisiert. Darauf basierend wurden Kategorien gebildet, anhand derer die Ergebnisse zusammengefasst dargestellt werden konnten.

Ergebnisse

Teil 1: Diskussion zum Mammografie-Screening 1.0

Zunächst stand die Ist-Situation der Beratung für das Mammografie-Screening im Vordergrund.

► **Tab. 1** Teilnehmer der Fokusgruppe.

	Frauen	Männer	gesamt
Gynäkologen	6	1	7
▪ Praxis	2	0	2
▪ Klinik	4	1	5
Allgemeinmediziner	1	1	2
Radiologen	1	2	3
▪ Praxis	1	1	2
▪ Klinik	0	1	1
Humangenetiker	0	1	1
öffentlicher Gesundheitsdienst	1	1	2
gesamt	9	6	15

Zur Einführung 2 kurze Fallbeispiele

Zum Einstieg in die 1. Diskussionsrunde wurden 2 kurze Fallbeispiele vorgestellt. Die Teilnehmenden sollten sich entscheiden, ob sie den Frauen jeweils zu- oder abraten, eine Mammografie durchzuführen.

Für die 42-jährige Frau in Fall 1, deren Cousine an Brustkrebs erkrankt war, gab es keinen eindeutigen Rat. Der 51-jährigen Frau in Fall 2 empfahlen dagegen fast alle, am Mammografie-Screening teilzunehmen.

Die beiden Fallbeispiele zeigen, wo die Schwächen des bestehenden Mammografie-Screenings liegen. Die Einladung dazu basiert derzeit nur auf dem Alter der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Diese Screening-Empfehlung scheint für Ärztinnen und Ärzte eine bindende Richtlinie darzustellen. Für Frauen unter 50 Jahren gibt es dagegen keine einheitliche Empfehlung zur Mammografie.

Eine individuelle Risikokalkulation mit dem IBIS-Risikoberechnungsverfahren unter Einbezug weiterer Risikofaktoren [24] ergibt allerdings für die 42-jährige Frau ein erhöhtes Brustkrebsrisiko und für die 51-jährige ein durchschnittliches (► **Abb. 1**) Risiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Dennoch wird nach den geltenden Standards nur die 51-jährige Frau im Screening-Programm berücksichtigt [25, 26].

Einschätzungen zur Beratungspraxis

Von fast allen Teilnehmern wurde selbstkritisch eingeräumt, dass sie im Rahmen einer Beratung meist nur über positive Aspekte der Früherkennung sprechen würden. Nach kritischen Presseberichten zum Mammografie-Screening kämen allerdings entsprechende Nachfragen durch die ratsuchenden Frauen, was mehrheitlich als problematisch bewertet wurde.

Einschätzungen zum Beratungsbedarf der Frauen

Vor allem die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte berichteten, dass sie „recht häufig“ (Allgemeinmedizinerin) mit Fragen zum bestehenden Mammografie-Screening konfrontiert werden. Es wurde kritisch angemerkt, dass im regulären Screening-Programm kein Aufklärungs- und Beratungsgespräch vorgesehen sei

► Fallbeispiel 1

Mammografie bei Brustkrebs im weiteren Familienkreis?

Frau, 42 Jahre, sucht Rat bei Ihnen: Sie ist besorgt, weil ihre 52-jährige Cousine gerade die Diagnose Brustkrebs erhalten hat. Sie fragt, ob sie eine Mammografie durchführen lassen sollte. Was raten Sie: ja oder nein?

Abstimmungsergebnis

ja: 4, nein: 3, unentschieden: 6

Ergebnis der individuellen Risikoberechnung

erhöhtes Brustkrebsrisiko

► Fallbeispiel 2

Teilnahme am regulären Mammografie-Screening-Programm?

Frau, 51 Jahre, sucht Rat bei Ihnen: Sie hat gerade zum ersten Mal die Einladung zum Mammografie-Screening erhalten. Sie ist sich aber nicht sicher, ob sie teilnehmen sollte. Was raten Sie: ja oder nein?

Abstimmungsergebnis

ja: 10, nein: 0, unentschieden: 3

Ergebnis der individuellen Risikoberechnung

durchschnittliches Brustkrebsrisiko

► **Abb. 1** Abstimmungsergebnis der Fallbeispiele.

[Anm. d. Autoren: dies wurde mittlerweile geändert, inzwischen besteht ein Anspruch darauf].

Einschätzungen zur Beratungskompetenz der Ärzte

Die eigene Beratungskompetenz wurde unterschiedlich bewertet, wobei die Einschätzung im Verlauf der Diskussion selbstkritischer wurde, wie 2 Beispiele zeigen: „Es ist oft so, dass die Frauen, aber auch die Ärzte es nicht verstehen“ (Gynäkologin), oder „Ich bin schon auch ein bisschen verunsichert, weil ich ursprünglich gedacht habe, Screening kann eigentlich nur gut sein (...) Aber es ist halt nicht ganz so einfach“ (Allgemeinmediziner). Im Praxisalltag würden Screening-Empfehlungen auch „aus dem Bauch heraus“ (Allgemeinmedizinerin) gegeben.

Teil 2: Diskussion zum Mammografie-Screening 2.0

Im 2. Teil der Fokusgruppendifkussion stand die Beratung für ein individualisiertes Mammografie-Screening im Mittelpunkt.

Einschätzungen zum individualisierten Screening

Das Konzept der individualisierten, der risikoadaptierten Früherkennung wurde insgesamt von den Teilnehmern positiv bewertet. Die Limitation auf die Risikofaktoren Alter und Geschlecht bei der Mammografie 1.0 wurde einhellig kritisiert: „Wir wissen eigentlich auch, dass das nicht ausreicht“ (Gynäkologin). So würden „Mammografien bei Frauen durchgeführt, die gar keinen Nutzen davon haben“ (Gynäkologin). In diesem Zusammenhang wurden auch die ökonomischen Aspekte für das Gesundheitswesen angesprochen: „Man muss aufgrund begrenzter Ressourcen (...) überlegen, ob es tatsächlich notwendig ist, dass wir alle Frauen screenen“ (Öffentlicher Gesundheitsdienst).

Einschätzungen zum Beratungsbedarf der Frauen im Mammografie-Screening 2.0

Die Teilnehmer waren mehrheitlich der Meinung, dass die Ergebnisse der individualisierten Risikokalkulation (nur) von Ärzten interpretiert werden sollten: „Es bedarf immer der [ärztlichen] Interpretation“ (Gynäkologin). Es wurden Bedenken geäußert, Laien

die Nutzung der Risikorechner zu ermöglichen. Wiederholt wurde auf Missverständnisse und Fehlinterpretationen durch Laien hingewiesen: „Sie brauchen sich nur eine Frau vorzustellen, die eine familiäre Belastung hat (...), die sich durchklickt, dabei irgendetwas vergisst und bei einem vermeintlich niedrigen Risiko landet und sich sagt: alles gut“ (Gynäkologe). Mögliche positive Aspekte der selbstständigen Nutzung von Risikorechnern durch Laien (z. B. Empowerment) wurden von den Teilnehmern nicht genannt.

Einschätzungen zur Beratungskompetenz der Ärzte im Mammografie Screening 2.0

Mehrere Teilnehmer merkten an, dass die Risikointerpretation und -kommunikation an sich eine komplexe Aufgabe sei, die viele Ärzte überfordern würde. Eine Beratung über die Ergebnisse einer individualisierten Risikokalkulation sei noch herausfordernder: „Ich muss das Risiko einordnen und das sieht man schon in der Genetik, dass das nicht ganz so einfach ist“ (Gynäkologin). Hierzu gab es den Einwand, dass Ärzte diese Kompetenzen erlernen könnten: „Ich finde, jeder Arzt muss schon mit dem Thema Risikokommunikation umgehen können“ (Gynäkologin).

Einschätzungen zur Umsetzung des individualisierten Screenings

„Ich denke schon, dass es Frauen gibt, die ein so niedriges Risiko haben, dass sie weniger bzw. kein Screening brauchen“ (Radiologin). Andererseits würden Frauen mit erhöhtem Risiko von einer früheren, häufigeren oder längeren Teilnahme sowie Zusatzuntersuchungen, wie Sonografie oder Kernspintomografie, profitieren. Somit könne das Mammografie-Screening 2.0 dazu führen, dass „man die Gesamtbevölkerung besser versorgen könnte, (...) indem man es [= die Ressourcen] einfach umverteilt“ (Radiologin). Auch wurde die Umsetzung eines risikoadaptierten Screening als realisierbar eingestuft. Mehrere Teilnehmer wandten ein, dass die Umsetzung einen hohen Zeitaufwand darstellen würde: „Das ist zu zeitaufwendig, das ist unser Problem“ (Gynäkologin). Vor allem die ambulant tätigen Teilnehmer betonten, dass der Mehraufwand vergütet werden müsste. Ein Vorschlag war, spezielle Risiko-

sprechstunden einzuführen. Die Online-Plattform RISIKOLOTSE.DE müsste nach Ansicht der Teilnehmer vor allem praxistaugliche Hilfen für die Beratung anbieten.

Grundsätzlich sei eine Neuregelung der Screening-Richtlinien erforderlich, bevor das Verfahren in der Praxis umgestellt werden könnte. Die Teilnehmer äußerten erhebliche Bedenken, einer Frau aufgrund eines niedrigen berechneten Erkrankungsrisikos von der Screening-Mammografie abzuraten bzw. vom bisherigen Vorgehen abzuweichen.

Diskussion

Die Beratungssituation für das Mammografie-Screening 1.0 wurde von den Teilnehmern der Fokusgruppe kritisch beurteilt. Sie nehmen einen hohen Beratungsbedarf wahr, fühlen sich aber nicht durchgängig kompetent dafür. Auch in der Literatur zeigt sich, dass die Kommunikation im Rahmen des bisherigen „normalen“ Mammografie-Screenings eine Herausforderung darstellt. Die Frauen sollen in die Lage versetzt werden, eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme zu treffen [27]. Dieser Informed Consent setzt voraus, dass Nutzen und Risiken inhaltlich verstanden, richtig interpretiert und auf die eigene Situation angewandt werden können. Die dafür nötige Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy umfasst unter anderem auch ein statistisches Grundverständnis. Die eigentliche Entscheidung sollte idealerweise gemeinsam im Sinne eines Shared Decision Making getroffen werden. Die statistischen Aussagen über positive und negative Auswirkungen des Screenings werden sowohl von Ärzten als auch von ratsuchenden Laien häufig fehlinterpretiert [28]. Der Nutzen wird zum Teil massiv überschätzt, während die Risiken eher bagatellisiert werden [29].

Ein individualisiertes, risikoadaptiertes Mammografie-Screening 2.0 wurde in der Diskussionsrunde sowie auch in der Literatur mehrheitlich positiv bewertet, allerdings wurde die Umsetzung kritisch gesehen. Neben dem hohen Zeitaufwand für die Beratung wurden Bedenken hinsichtlich der eigenen Kompetenz, aber auch der geltenden Richtlinien geäußert.

Insgesamt zeigte sich, dass das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung in der Diskussion keine große Rolle spielte. Generell gehen viele Ärzte davon aus, dass sie bereits eine gemeinsame Entscheidungsfindung praktizieren. Untersuchungen legen nahe, dass die Einschätzung trügt und ein „perception–reality gap“ vorliegt [30]. Die Teilnehmer betonten, dass insbesondere die Risikokalkulation eher den Ärzten vorbehalten sein sollte, Laien wurde ein eigenverantwortlicher Umgang mehrheitlich nicht zugetraut. Die gleichzeitig eingeräumten eigenen Verständnisdefizite in Bezug auf die Risikokalkulation wurden nicht als widersprüchlich wahrgenommen. Die Information, dass Laien bereits heute freien Zugang zu verschiedenen Brustkrebsrechnern im Internet haben [24, 31], wurde weitgehend ignoriert.

Ein wichtiger Einwand war der vermutete hohe Zeitaufwand für eine individualisierte Risikoberatung. Bekanntermaßen ist vor allem im ambulanten Bereich die verfügbare Zeit pro Patient limitiert. Der Vorschlag aus dem Kreis der Teilnehmer, praxistaugliche Beratungshilfen zu entwickeln und gegebenenfalls neue Beratungsformen zu konzipieren, wird in die Planung von RISIKOLOTSE.DE aufgenommen.

Limitierend muss eingeräumt werden, dass, neben den üblichen Einschränkungen der Methode [17, 32, 33], die Fokusgruppen-Teilnehmer ausschließlich aus dem Raum München rekrutiert wurden. Zudem war die Gruppengröße mit $n = 15$ Teilnehmern größer als in der Fachliteratur empfohlen [33], da unerwartet viele Experten an der Diskussion teilnehmen wollten.

Fazit

Die Fokusgruppendifkussion erwies sich als adäquate Methode, um Impulse aus den Zielgruppen der Ärzte und des öffentlichen Gesundheitsdienstes für die Konzeption der Online-Plattform RISIKOLOTSE.DE zu erhalten.

Auf 2 Hürden für die Umsetzung des Mammografie-Screenings 2.0 hat das Forschungsprojekt kaum Einfluss: auf die geltenden Screening-Richtlinien und auf die Vergütung der ärztlichen Beratungsgespräche. Hier können lediglich Hinweise an Politik und Kostenträger gegeben werden. Dagegen gibt es Hinweise, dass das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung in der Beratungspraxis zum Mammografie-Screening nicht fest etabliert ist. Es ist davon auszugehen, dass sich dies im Rahmen eines Mammografie-Screenings 2.0 nicht ändern würde. Hier konnte ein Bedarf für Angebote zum Verständnis und zur Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung im ärztlichen Alltag festgestellt werden, ebenso wie der Bedarf an grundlegenden Angeboten zur Risikokommunikation. Diese Erkenntnisse fließen unmittelbar in die Konzeption der Online-Plattform RISIKOLOTSE.DE ein.

Danksagung

Wir bedanken uns nachdrücklich bei allen Teilnehmern der Fokusgruppe für das Engagement und die wertvollen Anregungen. Vielen Dank an Frau Prof. Kiechle und Frau Dr. Pommer-Jung für die großzügige Unterstützung bei der Organisation und Durchführung des Projektes.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Quante AS, Ming C, Rottmann M et al. Projections of cancer incidence and cancer-related deaths in Germany by 2020 and 2030. *Cancer Med* 2016; 5: 2649–2656
- [2] Albert U, Altland H, Duda V et al. Kurzfassung der aktualisierten Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland 2008. *Geburtsh Frauenheilk* 2008; 68: 251–261
- [3] Gøtzsche P, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (6): CD001877
- [4] Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012; 380: 1778–1786
- [5] International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Online: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx; Stand: 10.01.2016

- [6] Quante AS, Whittemore AS, Shriver T et al. Breast cancer risk assessment across the risk continuum: genetic and nongenetic risk factors contributing to differential model performance. *Breast Cancer Res* 2012; 14: R144
- [7] Hellquist BN, Duffy SW, Abdsaleh S et al. Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years. *Cancer* 2011; 117: 714–722
- [8] van Schoor G, Moss SM, Otten JD et al. Effective biennial mammographic screening in women aged 40–49. *Eur J Cancer* 2010; 46: 3137–3140
- [9] Venturini E, Losio C, Panizza P et al. Tailored breast cancer screening program with microdose mammography, US, and MR Imaging: short-term results of a pilot study in 40–49-year-old women. *Radiology* 2013; 268: 347–355
- [10] Evans DG, Warwick J, Astley SM et al. Assessing individual breast cancer risk within the U.K. National Health Service Breast Screening Program: a new paradigm for cancer prevention. *Cancer Prev Res (Phila)* 2012; 5: 943–951
- [11] Schmutzler R. Konsensempfehlung des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zum Umgang mit Ergebnissen der Multi-Genanalyse. *Geburtsh Frauenheilk* 2017; 77: 733–739
- [12] Kiechle M. Brustkrebsfrüherkennung – Zielgruppen, Methoden, Nutzen und Nebenwirkungen. *Onkologie* 2016; 22: 550–557
- [13] Claus EB, Risch N, Thompson WD. Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer. Implications for risk prediction. *Cancer* 1994; 73: 643–651
- [14] Albert U, Kalder M, Schulte H et al. Das populationsbezogene Mammografie-Screening-Programm in Deutschland: Inanspruchnahme und erste Erfahrungen von Frauen in 10 Bundesländern. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 61–70
- [15] Dierks M-L, Schmacke N. Mammografie-Screening und informierte Entscheidung – mehr Fragen als Antworten. *Gesundheitsmonitor Newsletter* 2014; 1: 1–15
- [16] Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S et al. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med* 2012; 156: 340–349
- [17] Morgan DL. Focus groups. *Annu Rev Sociol* 1996; 22: 129–152
- [18] Przyborski A, Riegler J. Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag; 2010: 436–448
- [19] Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. Marburg: Eigenverlag; 2011
- [20] Dresing T, Pehl T. *Transkription*. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag; 2010: 436–448
- [21] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag; 2010: 601–613
- [22] Mayring P, Fenzl T. *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Baur N, Blasius J, Hrsg. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Verlag; 2014: 543–556
- [23] Gläser-Zikuda M. *Qualitative Auswertungsverfahren*. In: Reinders H, Hrsg. *Empirische Bildungsforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien; 2011: 109–119
- [24] Tyrer J, Duffy SW, Cuzick J. A breast cancer prediction model incorporating familial and personal risk factors. *Stat Med* 2004; 23: 1111–1130
- [25] Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum. *Risikofaktoren für Brustkrebs*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum [updated 2014 Aug 14; cited 2016 Jan 10]. Online: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/brustkrebsrisiken-uebersicht.php#inhalt3>. Stand: 07.05.2018
- [26] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL)*. In der Fassung vom 18 Jun 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, zuletzt geändert am 24 Jul 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 31.12.2014 B4, in Kraft getreten am 01 Jan 2015
- [27] Stefanek ME. Uninformed compliance or informed choice? A needed shift in our approach to cancer screening. *J Natl Cancer Inst* 2011; 103: 1821–1826
- [28] Wegwarth O, Gigerenzer G. The barrier to informed choice in cancer screening: statistical illiteracy in physicians and patients. *Recent Results Cancer Res* 2018; 210: 207–221
- [29] Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 274–286
- [30] Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012; 344: e256
- [31] Gail MH, Brinton LA, Byar DP et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 1879–1886
- [32] Baur N, Blasius J. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. In: Baur N, Blasius J, Hrsg. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Verlag; 2014: 543–556
- [33] Vogel S. *Gruppendiskussion*. In: Baur N, Blasius J, Hrsg. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Verlag; 2014: 581–586