

¹ Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Karl-Franz-Universität Graz² Frauengesundheitszentrum Graz

Informationsmaterialien zum Mammographiescreening in Österreich – Unterstützen sie die informierte Entscheidung von Frauen?

Summary

Information materials on mammography screening in Austria – do they help women with informed decision?

Objectives: Autonomy of patients is receiving greater acceptance in health care and prevention. Therefore, patients' and consumers' information attains greater significance.

Methods: The following study analyses the information in pamphlets on mammography aimed at consumers in Austria, in total five leaflets and two brochures.

Results: The results show that the information given does not support patients' informed decisions.

Conclusions: The discussion lists reasons and shows ways to meet the challenges.

Keywords: Screening mammography – Information – Informed decision – Pamphlets.

Die Arbeiten vom Nordic Cochrane Centre (Olsen & Goetzsche 2002) entflamten erneut die wissenschaftliche Diskussion, inwieweit Mammographie-Screeningprogramme die Mortalität an Brustkrebs tatsächlich senken. Daneben besteht seit Jahren die Bestrebung, Frauen über die Risiken und den Nutzen der Mammographie in einer Weise zu informieren, die ihnen eine informierte Entscheidung ermöglicht (Mühlhauser & Höldke 1999). Studien zufolge beeinflussen Art, Umfang und Darstellung von Informationen die Entscheidungsfindung von PatientInnen erheblich (Forrow et al. 1992; Hoffrage & Gigerenzer 1998; Hoffrage et al. 2000). Tatsächlich entsprechen aber sehr viele Informationsmaterialien noch nicht einmal Mindestanforderungen (Coulter et al. 1998; Coulter et al. 1999). Für den Internetbereich, der für die PatientInneninformation zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird sogar geschätzt, dass ein Viertel aller Informationen falsch ist (Rigby et al. 2001).

In Österreich beginnt mit dem Pilotprojekt in Wien eine öffentliche Diskussion über die Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screeningprogramms (Wild 2001). Auf diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die Qualität von Informationsmaterialien zum Mammographiescreening für EndverbraucherInnen zu überdenken. Denn einerseits ergänzen Faltblätter (Folder) und Broschüren das ärztliche Gespräch. Andererseits überschätzen nach Untersuchungen Frauen den Nutzen einer Mammographie bei weitem, sodass im Sinne einer informierten Entscheidung die adäquate Darstellung des Nutzens und Risiken dieser Intervention in den Foldern und Broschüren unbedingt notwendig ist (Black et al. 1995; Chamot & Perneger 2001).

Das General Medical Council (1999) hat Leitlinien zur Sicherung umfassender Information von PatientInnen zusammengestellt. Dieses Gremium hält folgende Kriterien für Screening für relevant:

- den Zweck der Untersuchung erklären,
- Wahrscheinlichkeiten für falsch-positive und falsch-negative Ergebnisse nennen (zum besseren Verständnis sollen Häufigkeiten anstelle von Relativprozenten angegeben sein und die Ausrichtung auf relevante Endpunkte erfolgen),
- Prognose im Fall des Verzichts auf die Massnahme nennen,
- Alternative Massnahmen mit Wirkungen und Nebenwirkungen angeben,
- Unsicherheiten und Risiken, medizinische, soziale und finanzielle Folgen (Kollateraleffekte) darstellen, auch wenn dadurch die Inanspruchnahme der Intervention gefährdet ist (wenn also PatientInnen aufgrund der Aufklärung auf die Intervention verzichten könnten),
- Zeit für die Entscheidung geben,
- finanzielle Interessen und Abhängigkeiten offenlegen,
- weiteres Vorgehen planen,
- auf Beratungs- und Unterstützungsangebote hinweisen.

Diese Kriterien entsprechen auch den von Coulter et al. (1998) ermittelten Bedürfnissen von PatientInnen nach Information.

Slaytor & Ward untersuchten 1998, welche entscheidungsrelevanten Informationen für Endverbraucherinnen australische Broschüren und Folder zu Mammographie beinhalten. In Österreich gibt es hierzu bisher keine Studien. In dieser Arbeit untersuchen wir nun die hier erhältlichen Folder und Broschüren zum Mammographiescreening in Bezug auf ihren Informationsgehalt für KonsumentInnen. Hierzu haben wir in Anlehnung an Slaytor & Ward (1998) die schriftlichen Informationsmaterialien analysiert.

Die Analyse der Empfehlungen zum adäquaten Zeitpunkt eines Mammographiescreenings erfolgte anhand zweier Empfehlungen: des Advisory Committee der Europäischen Union (Perry et al. 2001) und des U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (Humphrey et al. 2002).

Die EU empfiehlt das Mammographiescreening vom 50. bis zum 69. Lebensjahr in zwei- bis dreijährigem Abstand. Humphrey et al. (2002) empfehlen das Mammographiescreening im Alter zwischen 50 und 69 Jahren und darüber hinaus. Für eine jährliche Screeningempfehlung fand diese ExpertInnengruppe wenig Evidenz. Für Frauen im Alter zwischen 40 und 49 Jahren ist die Evidenz, dass Mammographiescreening die Brustkrebsmortalität senkt, schwächer als für 50- bis 60-jährige Frauen, der Nutzen daher geringer. Die Entscheidung, in welchem Alter der potentielle Nutzen des Mammographiescreenings den potentiellen Schaden überwiegt, ist daher nur individuell zu entscheiden. Frauen sollten daher von den ÄrztInnen unbedingt über potentiellen Nutzen und Schaden informiert werden. Darüber hinaus empfiehlt das ExpertInnengremium, dass ÄrztInnen ihre Patientinnen an Mammographiezentren mit besonderer Zulassung und Qualitätssicherung überweisen, um akkurate Aufnahmen und deren radiologische Interpretation sicher zu stellen. Eine Spezifizierung des optimalen Screeningintervalls mit genügender Evidenz für Frauen zwischen 40 und 49 Jahren war der USPSTF nicht möglich.

Methoden

Das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, der Hauptverband der Sozialversicherungsträger, die Krankenversicherungsträger, die Österreichische Ärztekammer, der Dachverband der Frauenselbsthilfe nach Krebs (DVÖ), die Krebshilfe und die Vorsorgearbeitskreise in den Bundesländern wurden im Februar und März 2003 per E-Mail und telefonisch mit der Bitte kontaktiert, vorhandenes schriftliches Informationsmaterial zum Mammographiescreening zu schicken und ihnen bekannte Materialien zu nennen. Die zugesendeten Folder und Broschüren wurden in Anlehnung an Slaytor & Ward (1998) nach den relevanten Daten zum Mammographiescreening untersucht. Sie sind in Tabelle 1 aufgelistet.

In einem weiteren Schritt haben wir die in den Foldern und Broschüren angeführten Empfehlungen zum Mammographiescreening durchgesehen und in Tabelle 2 zusammengefasst.

Resultate

Insgesamt standen fünf Folder und zwei Broschüren zum Mammographiescreening für die Analyse zur Verfügung. Die untersuchten Folder stammen von der Gebietskrankenkasse Steiermark (StGKK) und Oberösterreich (OÖGKK), von der Österreichischen Krebshilfe (ÖKH), von der Österreichischen Krebshilfe in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Chirurgische Onkologie (ÖKH/ACO) und vom Wiener Programm „Wienerinnen gegen Brustkrebs“ (WP: in Zusammenarbeit mit der ÄK Wien, Wiener GKK, Wiener Krebshilfe, Frauenselbsthilfe nach Krebs Landesverband Wien und Leben mit Krebs). Für die Broschüren zeichneten die Wiener Krebshilfe mit „100 Antworten auf Ihre Fragen zum Thema Brustkrebs“ in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Krebshilfe und dem Forum Onkologie (Wiener Krebshilfe-Krebsgesellschaft 2000) sowie die Österreichische Krebshilfe mit „Frauen und Krebs“ in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für

Tabelle 1 Items in den untersuchten Foldern und Broschüren für Endverbraucherinnen (nach Slaytor & Ward 1998)

Information	Anzahl der Folder und Broschüren
Lebenszeitrisko an Brustkrebs zu erkranken	3 von 7
Lebenszeitrisko an Brustkrebs zu sterben	0 von 7
Überleben nach Brustkrebs	1 von 7
Relative Risikoreduktion durch Mammographie	0 von 7
Absolute Risikoreduktion durch Mammographie	0 von 7
Anzahl der Frauen, die gescreent werden müssen, um einen Todesfall an Brustkrebs zu vermeiden	0 von 7
Proportion an Frauen, die wieder einberufen werden müssen	1 von 7
Proportion der Testpositiven von den wirklich an Brustkrebs Erkrankten (Sensitivität)	0 von 7
Proportion der Testnegativen von den Frauen, die keinen Brustkrebs haben (Spezifität)	0 von 7
Proportion an Frauen mit einem positiven Mammographiebefund, die einen Brustkrebs haben	0 von 7
Strahlenbelastung	7 von 7

Tabelle 2 Empfehlungen in den Foldern und Broschüren zum Mammographiescreening

Folder, Broschüre	BMG* in Jahren	Alter der Frau in Jahren	Intervall in Jahren
Informationen über die Mammographie (ÖKH)	Keine	Ab 40	1–2
Brustkrebsfrüherkennung kann Ihr Leben retten! (ÖKH/ACO)**	35	Ab 40	regelmässige Abstände
Vorsorge Brustkrebs ...denn Früherkennung erhöht die Heilungschance (OÖGKK)	35–40	Ab 40 Ab 50	2 1
Brustkrebs – Massnahmen zur Früherkennung (StGKK)	35–40	Ab 40	1 1/2
Die Klügere sieht nach – Wienerinnen gegen Brustkrebs (WP)***	keine	Ab 40	regelmässige Abstände
„100 Antworten...“	35–40	40–70	1–2
„Frauen und Krebs“	keine	Ab 40	mindestens 2

* BMG: Basismammographie

** Unterstützung von Grünenthal Ges.m.b.H.

*** Unterstützung von Palmers, Kodak, Estee Lauder, Agfa

gynäkologische Onkologie (Österreichische Krebshilfe-Krebsgesellschaft, o.J.). Bemerkenswert ist, dass es in Österreich wenig Vielfalt – bezogen auf Anbieter wie auch auf unterschiedliche Zielgruppen – im Bereich schriftliche Information zu Mammographiescreening für die Endverbraucherinnen gibt. Denn die angeführten fünf Folder und zwei Broschüren repräsentieren das gesamte Angebot.

Auffallend ist, dass viele der Folder und Broschüren für das Mammographiescreening den nicht zutreffenden Begriff Vorsorge statt des richtigen Terminus Früherkennung verwenden, z.B. der Folder des Wiener Programms, die Broschüre „100 Antworten...“ der Wiener Krebshilfe-Krebsgesellschaft und z.T. der Folder der OÖGKK. Der Begriff Vorsorge ist in diesem Zusammenhang nämlich irreführend für die Konsumentinnen, weil er die Assoziation weckt, dass durch Mammographie Brustkrebs verhindert werden kann. Mit dieser Methode kann Brustkrebs bestenfalls in einem frühen Stadium erkannt werden. Deshalb ist der Begriff Früherkennung zutreffend.

Der Hinweis, dass die Früherkennung die Chance auf vollständige Heilung erhöht, erfolgt in allen fünf Foldern und in den beiden Broschüren. Diese Aussage wird nicht mit Daten wissenschaftlich untermauert. Die Broschüre „100 Antworten...“ appelliert sogar: „Früherkennung von Brustkrebs kann eindeutig Leben retten!“ (Antwort 30, S. 21).

Die Brustkrebsinzidenz wird in allen Foldern und Broschüren z.T. in Absolutzahlen und z.T. mittels relativen Zahlen angegeben. Diese Angaben schwanken zwischen einer Spannweite von jede achte (WP), jede neunte (StGKK) und jede 10. Frau („Frauen und Krebs“, S. 20) oder dass jede vierte neu diagnostizierte Krebserkrankung ein Brustkrebs sei („100 Antworten...“).

Ausschliesslich in der Broschüre „100 Antworten...“ der Wiener Krebshilfe wird auf den Zusammenhang zwischen der steigenden Zahl der diagnostizierten Neuerkrankungen

(Inzidenzsteigerung) und der steigenden Inanspruchnahme der Mammographie Bezug genommen (S. 15), obwohl zwei Folder (ÖKH/ACO und StGKK) und beide Broschüren die steigende Tendenz der Brustkrebserkrankungen anführen.

Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken, wird in den Foldern und Broschüren sehr unterschiedlich benannt, von „es gibt keine Möglichkeit das Auftreten von Brustkrebs zu verhindern“ (ÖKH) bis zu Angaben über Risiken wie Erbfaktoren, hormonelle Faktoren, Ernährungs- und Lebensstilfaktoren und Alter (StGKK). Keine Angaben zum Risiko machen die Folder der ÖKH/ACO, der OÖGKK und des WP.

Das Mortalitätsrisiko fokussiert einzig die Broschüre „Frauen und Krebs“: „...20%ige Zunahme der Häufigkeit des Mammakarzinoms, im Vergleich dazu ist die Todesrate sogar abgesunken“ (S. 5). Als Erklärung wird eine verbesserte Früherkennung und wirksame Therapie genannt. In der Broschüre „100 Antworten...“ wird die mögliche Dauerheilung mit 55–70% aller behandelten Patientinnen ohne Literaturquellen angegeben (S. 29). Diese Folder erläutern das Thema Brustkrebsmortalität gar nicht.

Die Strahlenbelastung durch Mammographie wird in den Foldern und Broschüren unterschiedlich beschrieben, die Belastung insgesamt aber als gering bezeichnet und meist dem Nutzen gegenübergestellt. Das Informationsmaterial der Österreichischen Krebshilfe (ÖKH) und das der Österreichischen Krebshilfe in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Chirurgische Onkologie (ÖKH/ACO) besagt dazu: „Die modernen Geräte und Filme halten die Strahlenbelastung der Mammographie so gering, dass sie mit der eines Transatlantikfluges verglichen werden kann.“ „Erkrankungen werden durch ... (die Strahlenbelastung durch die Mammographie) ... weder hervorgerufen noch ausgelöst!“ (WP).

„Die Strahlenbelastung ist mit den modernen Geräten übrigens vernachlässigbar klein“ (OÖGKK).

Im Folder der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse steht dazu: „Die durchschnittliche Strahlenbelastung einer Mammographie ist geringer als die jährliche natürliche Strahlenbelastung. Der Nutzen überwiegt bei weitem das mögliche Risiko einer unentdeckten Krebserkrankung“ (StGKK).

In „100 Antworten...“ heisst es zur Strahlenbelastung (S. 24): „Die Mammographie führt zu einer geringfügigen Strahlenbelastung, die der eines Interkontinentalfluges von Wien nach New York entspricht.“ „Der Nutzen der Mammographie, Brustkrebs zu entdecken, ist wesentlich höher als das theoretische Risiko, einen Brustkrebs zu verursachen.“

Als Masszahl wird die relative Risikoreduktion durch das Mammographiescreening am häufigsten angeführt. Die anderen relevanten Masszahlen werden nicht angegeben (Tab. 1). Auf die Treffsicherheit (positiver prädiktiver Wert) der Mammographie wird im Zusammenhang mit einer klinischen Situation und nicht auf die Screeningsituation bezug genommen, nämlich: „sind die Veränderungen bereits tastbar, so lassen sich mit der Mammographie mit grosser Treffsicherheit gutartige von bösartigen Tumoren unterscheiden“ („Frauen und Krebs“, S. 21).

Der Zusammenhang zwischen Hormoneinnahme im Wechsel und geringer Treffsicherheit der Mammographie wird in keinem der Folder thematisiert, ist aber für diese Zielgruppe bedeutungsvoll (Kavanagh et al. 2000). In der Broschüre „Frauen und Krebs“ gibt es dazu einen Hinweis. Da dies bedeutungsvoll ist, wäre für diese Zielgruppe auch in den anderen Foldern und Broschüren eine Aussage notwendig. Alle Folder und Broschüren betonen, dass das Zusammendrücken/die Quetschung der Brust bei der Mammographie nicht zu Brustkrebs führen kann/ungefährlich ist.

Die Mammographie als Verfahren wird in allen Foldern, allerdings unterschiedlich, erläutert. Die Angaben über die Zahl der Brustaufnahmen, die für eine Mammographie notwendig sind, differieren in den einzelnen Foldern und Broschüren.

Angaben zu Beratungsstellen sind in allen Foldern und Broschüren enthalten. Allerdings gibt es in Österreich keine Untersuchungen, inwieweit diese Stellen Qualitätskriterien genügen.

Keiner der Folder gibt ein Datum der Veröffentlichung an. Angaben über eine wissenschaftliche Redaktion und Literaturangaben sowie etwaige Reviewingprozesse fehlen gänzlich. Einige Broschüren und Folder enthalten Angaben zu Sponsoren ohne Kommentar.

Die in Tabelle 2 angeführten Empfehlungen zum Mammographiescreening divergieren untereinander und entsprechen oft nicht den Empfehlungen der EU oder dem US-amerikanischen Standard (Perry et al. 2001; Humphrey et al. 2002).

Aus wissenschaftlicher Sicht ist nicht nachvollziehbar, warum fast alle österreichischen Informationsbroschüren für Frauen im Alter von 35–40 Jahren eine Basismammographie empfehlen. Internationale Empfehlungen kennen diese Vorgangsweise nicht. In dieser Altersgruppe ist nämlich aufgrund der Gewebebeschaffenheit der Brust die Strahlenbelastung durch eine Untersuchung und auch die Anzahl der falsch-positiven Befunde höher.

Diskussion

Insgesamt zeigt sich, dass die österreichischen Folder und Broschüren zu Mammographiescreening die in europäischen Richtlinien geforderten Standards zur Information von PatientInnen nicht erfüllen. So ist es z.B. problematisch nur die Inzidenz von Brustkrebs anzugeben, nicht aber die Mortalität an Brustkrebs, deren Senkung der eigentliche Zweck der Screeninguntersuchung ist. Die Angabe über die mögliche Ursache für die Erhöhung der Inzidenz, nämlich als Folge des Screenings, findet mit einer Ausnahme den Weg in die Folder und Broschüren nicht. Wichtige Screeningmasszahlen wie Sensitivität und Spezifität finden in verharmlosender Weise Eingang in die Informationsträger. Auch die Strahlenbelastung wird zwar in allen Foldern und Broschüren thematisiert, aber in inadäquater verharmlosender Weise, und sie wird nicht dem wissenschaftlichen Stand entsprechend kommuniziert. Auf das Risiko durch Röntgenstrahlen, z.B. nach Lungenröntgen an Brustkrebs zu erkranken, wird in keinem Folder und in keiner Broschüre Bezug genommen (Gesellschaft für Strahlenschutz e.V. 2001). Die Veränderungen der Brust, die mit einer Hormontherapie im Wechsel einhergehen und die die Zuverlässigkeit der Mammographien erschweren, werden in lediglich einer Broschüre angesprochen.

Insgesamt ist die bisherige Informationspraxis zu Mammographie mit Hilfe von Folder und Broschüren in Österreich als bei weitem nicht ausreichend einzuschätzen. Nach der U.S. Preventive Services Task Force (Humphrey et al. 2002) Empfehlung soll unbedingt über potentiellen Nutzen und Schaden informiert werden. Die Leitlinien des General Medical Council zur Sicherung umfassender Information von PatientInnen werden zum Grossteil nicht erfüllt (General Medical Council 1999). Zu diesem Ergebnis der unzureichenden Information von Frauen zur Mammographie kam auch eine jüngst in Deutschland publizierte Arbeit (Kurzenhäuser 2003).

Mammographie ist eine Früherkennungsuntersuchung und keine Vorsorgemassnahme, denn sie verhindert Brustkrebs nicht. Inwieweit diese Methode tatsächlich die Brustkrebssterblichkeit reduziert, wird derzeit in der wissenschaftlichen

Literatur kontrovers diskutiert und ist nach heutigem Stand des Wissens nicht eindeutig beantwortbar. Diese Tatsache sollte Frauen kommuniziert werden. Studien weisen darauf hin, dass Mammographiescreening bei Frauen unter 50 Jahren mehr schadet als nutzt (Ernster 1997; Miller et al. 2002). Weil hier eindeutige Studienresultate über den tatsächlichen Nutzen noch fehlen, fordert auch die US-amerikanische Empfehlung die umfassende Aufklärung der Frauen dieser Altersklasse (Humphrey et al. 2002).

Die Gründe, warum die Informationsvermittlung bezogen auf die europäischen und internationalen Standards für die Information von KonsumentInnen/KlientInnen und PatientInnen in Österreich in so hohem Ausmass fehlt, sind vielfältig. KonsumentInnen- und PatientInnenorganisationen, PatientInnenvertretungen und Interessenvertretungen artikulieren sich in Österreich in bescheidenem Ausmass oder gar nicht. Es fehlt die Interessenvertretung der KonsumentInnen gegenüber Anbietern von Gesundheitsleistungen. In dieser Funktion profiliert sich die Österreichische Krebshilfe nicht ausreichend. Selbsthilfegruppen wie die Brustkrebsselfhilfe machen starke Lobbyarbeit für die Verbesserung der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs. Dies bedeutet für sie Screeningprogramme, ohne Wenn und Aber. Von ihnen geht bisher aber keine Forderung nach Informationsqualität oder nach Qualitätskontrollen bezüglich Mammographie aus. Die Falter und Broschüren weisen z.B. Frauen nicht darauf hin, Mammographiezentren aufzusuchen, die Qualitätsstandards genügen wie die US-amerikanische Empfehlung es fordert (Humphrey et al. 2002). Da in Österreich derzeit ein opportunistisches Screening praktiziert wird und Qualitätsstandards bezüglich Geräte und Bildinterpretation – wenn überhaupt – nur freiwillig und eher unkontrolliert eingehalten werden, ist der Hinweis auf die Qualität in Brustzentren von besonderer Bedeutung. In Österreich fehlt auch eine strukturierte *advocacy* der in den Gesundheitsberufen tätigen Menschen für die PatientInnen, wie sie z.B. das General Medical Council für Grossbritannien darstellt. Die Frauengesundheitszentren, die Lobbyarbeit im Sinne der *advocacy* in vielen Bereichen der Frauengesundheit für Frauen übernehmen, haben zu Mammographie noch keine gemeinsame Stellungnahme verfasst. Sie könnten die Berücksichtigung

vorhandener Kriterienkataloge oder Standards einfordern, die bei der Information von Frauen über Mammographie unbedingt einzuhalten wären. Dies fordert das Frauengesundheitszentrum Graz seit Jahren (Wild 2001). Die Krankenkassenträger sind derzeit in Österreich keine besonders starken Interessenvertreter von PatientInnen. Hingegen artikulieren sich mächtige Interessenvertreter, die Geräte- und Pharmaindustrie sowie die Ärztekammer, die das Massenscreening mit grossem und finanziell starkem Lobbying forcieren.

Eine informierte Entscheidung einer Frau erfordert, dass alle vorhandenen Daten für die heterogene Gruppe der Frauen verständlich kommuniziert werden. Sinnvoll wäre, multidisziplinäre Teams, in denen neben EpidemiologInnen, GynäkologInnen, PhysikerInnen, ÖkonomInnen und Pflegefachkräften auch PatientInnen vertreten sind, zu beauftragen, adäquate Folder, Broschüren und sonstige Informationsmaterialien, z.B. auch für benachteiligte Gruppen, zu entwickeln (Coulter et al. 1999). Ob Angst der mächtigen Interessenvertreter Grund ist, dass Frauen bisher so unzureichend informiert werden und Frauen bei vermehrter und besserer Information – auch über negative Auswirkungen – tatsächlich die Mammographie zurückhaltender nutzen, ist derzeit nicht eindeutig zu beantworten (Curry et al. 1993; Schwartz et al. 2000; O'Sullivan et al. 2001).

Die Empfehlungen zum Mammographiescreening in den Foldern und Broschüren, die sich an der österreichischen Konsensusrichtlinie aus dem Jahr 1993 orientieren (ACO 1993), sind den neuen evidenz-basierten Erkenntnissen anzupassen und zu vereinheitlichen. Die Empfehlung zu einer „Basismammographie“ ab dem 35. Lebensjahr, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen unhaltbar ist, sollte gestrichen werden (Fletcher 1997; Miller et al. 2002). Dies unterstreicht auch die Website des National Cancer Institutes: „Studies conducted ... have not shown a benefit ... for a baseline screening mammogram in women under age 40 (http://cis.nci.nih.gov/fact/5_28.htm).

Der Respekt vor der Autonomie der Frau als ein gesundheitliches Recht beinhaltet ihr Recht auf Information sicherzustellen und auch ihr Recht zu respektieren, sich gegen Screening zu entscheiden, selbst wenn sie dadurch Schaden nehmen könnte.

Zusammenfassung

Fragestellung: In der Gesundheitsversorgung und in der Prävention gewinnen Information von PatientInnen und Betroffenen und damit die Unterstützung ihrer Autonomie zunehmend an Bedeutung.

Methoden: In der vorliegenden Untersuchung analysieren wir den Informationsgehalt aller Faltblätter (Folder) und Broschüren zu Mammographie für EndverbraucherInnen in Österreich.

Ergebnisse: Die Auswertung der insgesamt fünf Folder und zwei Broschüren zeigt, dass die gebotenen Informationen nicht ausreichend sind, um den PatientInnen und Betroffenen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen.

Schlussfolgerungen: In der Diskussion werden mögliche Gründe für die fehlende und zum Teil unzutreffende Information angeführt und Verbesserungsvorschläge gemacht.

Résumé

Matériel d'information sur les dépistages de mammographies en Autriche – soutiennent-ils les décisions informées des femmes?

Objectifs: Dans le domaine des soins de santé et de la prévention, la signification de l'information des patient(e)s et des personnes concernées et donc le soutien de leur autonomie sont de plus en plus importants.

Méthodes: La présente étude a pour but l'analyse du contenu informatique de tous les dépliants et de toutes les brochures touchant à la mammographie pour les consommatrices finales en Autriche.

Résultats: L'évaluation d'un total de cinq dépliants et de deux brochures prouve que les informations données ne sont pas suffisantes pour permettre aux patient(e)s et aux personnes concernées de prendre une décision informée.

Conclusions: Lors de la discussion, des raisons possibles pour les informations manquantes ou erronées seront citées et des possibilités de correction proposées.

Literaturverzeichnis

ACO/Arbeitsgemeinschaft für Chirurgische Onkologie der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (1993). Konsensus Bericht Mammakarzinom. Wien: ACO.

Black WC, Nease RF, Tosteson ANA (1995). Perceptions of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age. *J Nat Cancer Institute* 87: 720–31.

Chamot E, Perneger TV (2001). Misconceptions about efficacy of mammography screening: a public health dilemma. *J Epidemiol Community Health* 55: 799–803.

Coulter A, Entwistle V, Gilbert D (1998). Informing patients: an assessment of the quality of patient information materials. London: King's Fund.

Coulter A, Entwistle V, Gilbert D (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 318: 318–22.

Curry SJ, Taplin SH, Anderman C, Barlow WE, McBride C (1993). A randomised trial of the impact of risk assessment and feedback on participation in mammographic screening. *Prev Med* 22: 350–60.

Ernster VL (1997). Mammographic screening for women aged 40 through 49: a guidelines saga and a clarion call for informed decision making. *Am J Publ Health* 7: 1103–6.

Fletcher SW (1997). Whither scientific deliberation in health policy recommendations? – Alice in the wonderland of breast cancer screening. *New Engl J Med* 336: 1180–3.

Forrow L, Taylor WC, Arnols RM (1992). Absolutely relative: how research results are summarized can affect treatment decisions. *Am J Med* 92: 121–4.

General Medical Council (1999). Protecting patients, guiding doctors. Seeking patients' consent: the ethical considerations. London: GMC.

Gesellschaft für Strahlenschutz e.V. (2001). Brustkrebsfrüherkennung Ja, Reihenuntersuchung mit Mammographie Nein! Bericht 23: 1–38.

Hoffrage U, Gigerenzer G (1998). Using natural frequencies to improve diagnostic inferences. *Academic Medicine* 73: 538–40.

Hoffrage U, Lindsay S, Hertwig R, Gigerenzer G (2000). Communicating statistical information. *Science* 290: 2261–2.

Humphrey LL, Helfand M, Chan BKS, Woolf SH (2002). Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Task Force. *Ann Intern Med* 137: 347–60.

Kavanagh AM, Mitchell H, Giles GG (2000). Hormone replacement therapy and accuracy of mammographic screening. *Lancet* 355: 270–4.

Kurzenhäuser S (2003). Welche Informationen vermitteln deutsche Gesundheitsbroschüren über die Screening-Mammographie? *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 97: 53–7.

Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C (2002). The Canadian national breast screening study-1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up: a randomized screening trial of mammography in women age 40 to 49 years. *Ann Intern Med* 137: 305–12.

Mühlhauser I, Höldke B (1999). Mammographie-Screening Darstellung der wissenschaftlichen Evidenz-Grundlage zur Kommunikation mit der Frau. *arzneitelegamm* 10: 101–8.

O'Sullivan I, Sutton S, Dixon S, Perry N (2001). False positive results do not have a negative effect on re-attendance for subsequent breast screening. *J Med Screen* 8: 145–8.

Olsen O, Goetzsche PC (2002). Screening for breast cancer with mammography (Cochrane Review). Oxford: Update Software: The Cochrane Library, Issue 4.

Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S (2001). European guidelines for quality assurance in mammography screening. Luxembourg: European Commission.

Rigby M, Forsström J, Roberts R, Wyatt J, for the TEAC-Health Partners (2001). Verifying quality and safety in health informatics services. *BMJ* 323: 552–6.

Schwartz LM, Woloshin S, Cox HC, Fischhoff B, Welch HG (2000). US women's attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey. *BMJ* 320: 1635–40.

Slaytor EK, Ward JE (1998). How risk of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. *BMJ* 317: 263–4.

Wild C (2001). Screening in Austria. *Int J Technol Assess Health Care* 17: 305–15.

Korrespondenzadresse

ao. Univ. Prof. Dr. med. Éva Rásky, MME
Institut für Sozialmedizin und
Epidemiologie
Medizinische Universität Graz
Universitätsstrasse 6/I
A-8010 Graz
Tel.: +43/316/380-4396
Fax: +43/316/380-9665
e-mail: eva.rasky@meduni-graz.at



To access this journal online:
<http://www.birkhauser.ch>
