

Mammographie-Screening aus Sicht des niedergelassenen Arztes



Pressedienst des BVF 30.04.2005

„Jedes Jahr erkranken in Deutschland rund 47.000 Frauen an Brustkrebs.

Da es keine Meldepflicht, geschweige denn ein nationales Krebsregister, gibt, gehen andere Schätzungen bereits von 50.000 Neuerkrankungen aus.

Das Mammakarzinom stellt die häufigste Krebserkrankung der Frau dar und ist für rund 26 % der Krebserkrankungen und mindestens 18 % aller Krebstodesfälle verantwortlich.“

*Die Frage ist, ob ein flächendeckendes Mammographie-Screening **alleine** die notwendige Früherkennung optimieren kann und welche Chancen es den Frauen tatsächlich bietet ?*

„Screening und Zielgruppe“

„*Screening*“ ist ein Reihentest zur Erkennung bestimmter Merkmale bei einer Vielzahl von Personen, angewendet vor allem in der medizinischen Diagnostik zur Früherkennung von Krankheiten.“

Zum *Mammographiescreening* werden alle Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr eingeladen.

Nach den Europäischen Standards („European Guidelines for Quality Assurance in Mammographie Screening“) dürfen Frauen mit Brustbeschwerden, klinischen Auffälligkeiten der Mammae, nach Brustkrebserkrankung und Mammakarzinomen in der Familie nicht am Screening teilnehmen.

Es handelt es sich bei dem Mammographiescreening um eine Vorselektion im Hinblick auf die Brustdrüse klinisch unauffälliger, d.h. gesunder Frauen in solche mit unauffälligem Röntgenbefund und jene mit Verdacht auf ein Karzinom.

Ablauf des geplanten Mammographie-Screenings:

- Patientinnen im Alter von mindestens 50 und höchstens 69 Lebensjahren werden von den Meldebehörden ermittelt und deren Adressen an eine öffentliche Stelle weitergegeben
- Diese Stelle wird ausschließlich für den Versand und die Organisation eingerichtet. Einladungen erfolgen alle 2 Jahre
- Die Teilnahme erfolgt unabhängig von der Vorsorge / Früherkennung beim Frauenarzt
- Teilnehmen können nur Frauen mit klinisch unauffälligen Brustdrüsen.
Brustdrüsenbeschwerden, Hautveränderungen oder Knoten, ein Z.n.Brustkrebs oder Brustkrebs bei näheren Verwandten sowie Mammographien innerhalb der letzten 12 Monate sind Ausschlußkriterien

Ablauf des geplanten Mammographie-Screenings:

- Folgt die Patientin der Einladung zum Mammographie-Screening, steht ihr eine Röntgenassistentin gegenüber, die die Mammographie durchführt
- Nicht vorgesehen sind: Ein Gespräch mit einem Arzt, eine Tastuntersuchung oder ein Ultraschall der Brustdrüsen
- Bei auffälligen Befunden wird die Patientin nicht etwa zu ihrem Frauenarzt geschickt, der ihr die Situation erläutert und ihr zur Seite steht, sondern sie erhält innerhalb einer Woche lediglich eine schriftliche Mitteilung und Gelegenheit zu einem Gespräch mit dem PV (Programmverantwortlichen Arzt), der über die weitere Vorgehensweise entscheidet

„Wer fragt eigentlich die Frauen, wie sie sich ihre Betreuung vorstellen?“

„Wer fängt sie auf, wenn sie mit der Diagnose *Brustkrebs* konfrontiert werden?“

Pressemitteilung BVF 4/2005

Pressekonferenz am 20.10.2005

Statement Prof. Dr. med. W. Heindel

Leiter des Mammographie-Referenzzentrums am Universitätsklinikum Münster:

„Chancen der Früherkennung:

Ziel der Früherkennung ist es, die Sterblichkeitsrate an Brustkrebs um bis zu 35 % zu senken.

Die Einführung des Mammographie-Screenings bedeutet einen enormen Fortschritt in der Krebsfrüherkennung.“

Kann das Mammographie-Screening in Deutschland diese Erwartung überhaupt erfüllen ?

Die Wirksamkeit von Mammographie-Screening-Programmen ist in großen randomisierten Studien untersucht worden. Aufgrund dieser Studien galt bislang nach Expertenmeinung die Auffassung, dass ein Screening zwischen dem 50. Und 69. Lebensjahr die Brustkrebsmortalität um 10 – 30 % zu senken vermag.

Aber was heißt das genau ?

Der in der Stellungnahme der Strahlenkommission und diversen Studien angenommene Wert der Reduktion der Sterblichkeitsrate von etwa 25 % ergibt sich aus folgender Rechnung:

Von 1000 Frauen, die nicht an einem Mammographie-Screening teilnehmen, sterben innerhalb von 10 Jahren 4 Frauen an Brustkrebs.

Von 1000 Teilnehmerinnen an einem Mammographie-Screening sterben innerhalb von 10 Jahren 3 Frauen

D.h.: Der Unterschied von 4 zu 3 ist 25 %. Bei diesem Wert handelt es sich um die sogenannte *relative Risikoreduktion*.

Die *absolute Risikoreduktion* beträgt hingegen nur 0,1 %, d.h. von 1000 Frauen wird nur 1 gerettet.

Zu Diskussionen führten Studien, die die Senkung der Mortalitätsrate durch Mammographie-Screening-Programme ganz in Frage stellten:

Gøtzsche, Olsen, *The Lancet*, 2000

Die Autoren halten Mammographie-Reihenuntersuchungen zur Brustkrebsfrüherkennung bei Frauen für nicht vertretbar.

Es gebe keinen seriösen Beleg dafür, dass solche Programme die Brustkrebssterberate senken können.

Nordisches Cochrane Institut, Kopenhagen, 2001

Die Auswertung von 7 Mammographie-Screeningprogrammen aus verschiedenen Ländern, an denen circa 500.000 Frauen teilnahmen ergab, dass die Sterblichkeitsrate nicht gesenkt werden konnte.

OECD-Gesundheitsreport - Jegodzinski, S., *Der Radiologe*, 2003

Nach OECD-Daten hatten dem Nicht-Screening-Land Deutschland 1999 von 100.000 Todesfällen als Ursache 25,9 Brustkrebs. In Ländern mit seit langem praktiziertem Mammographie-Screening lag zur gleichen Zeit die Quote sogar höher, nämlich bei 28,9 (Großbritannien) und 33,3 (Niederlande).

Frau Prof. Ingrid Schreer,

Mammazentrum am Universitätsklinikum Kiel

„Die Kopie des niederländischen oder gar englischen Screening-Programmes ist für Deutschland weder zeitgemäß noch innovativ“

Gynecol Tribune 15/16 / 2004

Unter anderem aus folgenden Gründen schließen sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dieser Einschätzung an ...

- Nur etwa die Hälfte der von Brustkrebs betroffenen Frauen wird erfasst, wenn wie vorgesehen nur die 50- bis 69-Jährigen zum Screening eingeladen werden. Nach Schätzungen erkranken aber etwa 30 % vor dem 50. und 20 % nach dem 70. Lebensjahr.
- Es bleibt völlig unberücksichtigt, dass die Zahl der von Brustkrebs betroffenen Frauen vor dem 50. Lebensjahr seit Jahren zunimmt.
- Gerade bei oft sehr dichtem Brustdrüsengewebe (ACR III / ACR IV) kann die Beurteilbarkeit der Mammografie durch den Radiologen sehr beeinträchtigt sein. So ist es zu erklären, dass in den Niederlanden nach aktuellen Daten aus der Region Tilburg im Mammographie-Screening weniger als 40 % der Mammakarzinome entdeckt wurden.
- Innerhalb des Mammographie-Screenings bleiben ergänzende Methoden wie Tastuntersuchung und Mamma-Sonographie, die gerade auch bei sehr dichter Brustdrüse weitere unter Umständen entscheidende Informationen geben können, völlig unberücksichtigt.
- Die psychische Belastung der Patientin wird nicht beachtet. Ein vertrauensvolles erklärendes Gespräch mit dem Arzt ist nicht vorgesehen. Erst bei verdächtigem Befund wird ein Gespräch mit dem PV (Programmverantwortlicher Arzt) angeboten. Hierbei ist zu beachten, dass von Experten eine hohe Zahl falsch-positiver Befunde in Deutschland erwartet wird.

Fazit:

- Die Kopie des Mammografie-Screening- Programmes aus Ländern mit anderer Strukturierung des Gesundheitssystems ist weder zeitgemäß noch innovativ !
- Ein Screening, das nur auf einer Säule, nämlich der Mammographie ruht, reicht nicht aus und entspricht auch nicht den Möglichkeiten und Erfordernissen der heutigen Medizin !

Im Interesse unserer Patientinnen ist daher zu fordern:

- Ein qualitätsgesichertes *Mamma-Screening*, das auf mehreren Säulen ruht:
 - Die **Einladung zur Teilnahme an alle in Frage kommenden Patientinnen** - auch außerhalb des derzeitigen Alterskorridors von 50 bis 69 Jahren.
 - Das **Recht der Patientinnen auf eine Beratung und Erklärung durch die Frauenärztin / den Frauenarzt ihres Vertrauens**
 - Der **regelmäßigen Tastuntersuchung**, Möglichkeit zur **Mammographie und / oder zum Ultraschall der Brustdrüsen im Rahmen der Früherkennung**
(unter Berücksichtigung des Alters der Patientin)

... so ließe sich die **Sensitivitätslücke der Mammographie weitgehend schließen**, was in dem vorliegenden Mammographie-Screening-Programm aber nicht vorgesehen ist !

Wie könnte die Alternative zum Mammographie-Screening aussehen ?

In Deutschland gibt es in Schleswig-Holstein bereits ein Modellprojekt, das die geforderten Ziele verfolgt und an dem fast 300 Frauenärztinnen /-ärzte sowie 73 Radiologiepraxen, die mit 4 Mamma-Zentren seit 2001 zusammenarbeiten, beteiligt sind:

QuaMaDi (Qualitätsgesicherte Mamma-Diagnostik)

2004 haben 27.000 Frauen an QuaMaDi teilgenommen:

70 % der Brustkrebsfälle wurden dabei in günstigen Frühstadien diagnostiziert. Außerhalb des Modellprojektes waren es nur 50 %.

Das Modellprojekt wird von zahlreichen gesetzlichen Krankenkassen in Schleswig-Holstein unterstützt.

www.quamadi.de

Das Modellprojekt „QuaMaDi“ zeigt,
dass ein zeitgemäßes und innovatives Screening unter Einbindung
der Patientinnen, der Frauenärztinnen und –ärzte, der
Radiologen, der Mamma-Zentren,
der Krankenkassen
und
der nach heutigem Stand zur Verfügung stehenden
Untersuchungsmethoden möglich ist.

Stattdessen wird nun vor Ort ein Massenscreening, lediglich auf dem Boden der
Mammographie, eingeführt,
... obwohl hierzulande bereits eine modernere Struktur als Modellprojekt existiert
... und im Ausland über die Erweiterung des Mammographie-Screenings aus der
Erkenntnis der Unzulänglichkeit heraus nachgedacht wird.

... und wie sieht es z.B. in den USA aus ?



„Women in their 40s and older should get a mammogram every 1 to 2 years.

„How do I get a mammogram?

Ask *your doctor* today about a referral.

Make an appointment with a mammography center approved by the U.S. Food and Drug Administration (FDA). *Your doctor* can help you find one.

Follow up with *your doctor* to get the results.“

... die Patientin bleibt sich nicht selbst überlassen, sondern der Arzt ihres Vertrauens begleitet die Patientin im Screeningablauf !



National Cancer Institute

U.S. National Institutes of Health | www.cancer.gov

Most important, NCI is strongly committed to further research on early detection of breast cancer.

"It is absolutely essential to look beyond the debate over the limitations of current data and *to accelerate the development of better screening tools*," said NCI director Andrew von Eschenbach, M.D.

"While we will continue to be vigilant in reviewing data on mammography, *we must emphasize research to develop more effective screening tools and strategies that hold promise for improved detection of breast cancer and, ultimately, for saving lives.*"

... und in den USA hat man offensichtlich deutlich erkannt, dass das Screening weit über die Mammographie hinausreichen muß, um effizient zu sein und dem Anspruch wirklich gerecht zu werden, Leben retten zu können !

„Wir müssen doch nicht wieder die Letzten sein, die hinterherlaufen und dann applaudieren, wenn uns andere Länder dies ...

- nämlich ein Mamma-Screening, das nicht ausschließlich auf der Mammographie beruht -

... vorgemacht haben“

Prof. Dr. med. Ingrid Schreer, Universitätsklinik Kiel, Gynecol Tribune 15/16 2004

Zusammenfassung

„Mammographie-Screening aus Sicht des niedergelassenen Arztes“

1. Der Aufbau eines nationalen Krebsregisters für Deutschland ist notwendig und überfällig, auch für ein qualitätsgesichertes Mamma-Screening
2. Ein flexibles *Mamma-Screening*, das dem Bedürfnis der Frauen, die bestmögliche Früherkennung nach dem aktuellen Stand der Medizin unter Einbindung aller Beteiligten zu erhalten, entspricht, sollte das gemeinsame Ziel zum Wohl unserer Patientinnen sein !
3. Auf wissenschaftlicher Grundlage bestehen durchaus begründete Zweifel, ob ein starres einseitiges Mammographie-Screening, wie es jetzt als Massenuntersuchung eingeführt wird, den Erfordernissen überhaupt gerecht werden und zu einer Absenkung der Sterblichkeitsrate an Brustkrebs führen kann !