

PRESSEINFORMATION

1

12

Informationsmappe zum Thema Brustkrebsfrüherkennung



Das Mammobil ist in Schortens:


Mit modernster Technik dem Brustkrebs schon im Frühstadium auf die Spur kommen

Im Jahre 2002 startete das Mammographie-Screening-Programm in Niedersachsen-Nordwest. Zahlreiche Frauen sind seitdem der Einladung zur Brustkrebsfrüherkennung gefolgt und die Tendenz zur Teilnahme steigt ständig weiter. Immer mehr Frauen sind von dieser Maßnahme der Früherkennung überzeugt.

Eingeladen werden alle zwei Jahre Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, denn in dieser Altersgruppe ist Brustkrebs die häufigste Todesursache bei Frauen.

Seit Montag, den 03. April 2017 haben rund 3000 eingeladene Frauen aus Schortens wieder die Gelegenheit, die Untersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs wahrzunehmen. Gesetzlich Versicherte brauchen dabei lediglich die Krankenversicherungskarte und das Einladungsschreiben der Zentralen Stelle vorzulegen. Bei privat Versicherten werden die Kosten von den Versicherungen übernommen.

Dr. med. Mary Andresen-Khanlian, Dr. med. Margret Ganseforth und Dr. med. Gerold Hecht sind die programmverantwortlichen Ärzte für die Region Niedersachsen-Nordwest. Sie wünschen sich, dass möglichst viele der eingeladenen Frauen zur Untersuchung kommen. Denn, so argumentiert Dr. Andresen-Khanlian: „Das Mammographie-Screening-Programm ist die derzeit beste zur Verfügung stehende Methode, um Brustkrebs frühzeitig zu erkennen und damit schonender zu behandeln. Ziel des Programmes ist es die Sterblichkeit an Brustkrebs um etwa 30-40% zu senken.“



*Vom 03.04..2017
bis voraussichtlich
Ende Juni 2017*



Das Mammographie-Screening-Programm zeichnet sich durch besondere Qualitätsstandards aus. Sowohl an die medizinischen Geräte wie auch an das medizinische Personal werden hohe Anforderungen nach den Europäischen S3 Richtlinien gestellt. Strenge tägliche Kontrollen durch externe Stellen sichern die technischen Qualitätsstandards. Alle beteiligten Ärzte und MTRA´s müssen sich regelmäßigen Überprüfungen unterziehen, alle Mammographien werden grundsätzlich von 2 Ärzten unabhängig voneinander befundet (sog. 4-Augen-Prinzip).

Mammographisch auffällige Befunde werden grundsätzlich in einem spezialisierten Fachärzteteam besprochen – es gibt keine ärztlichen Einzelentscheidungen.

Um sich von den örtlichen Begebenheiten auf den Mammobilen ein Bild zu machen, schauen Sie doch einfach auf unserer Homepage www.mammascreening-nordwest.de unseren Rundgang durch ein Mammobil an. Weiterhin finden Sie uns auch bei Facebook unter Mammographie-Screening Niedersachsen Nordwest.

Weitere Informationen erteilt Ihnen gerne das Screening-Büro in 26409 Wittmund, Isumser Straße 11 oder telefonisch unter 04462-208081.

Hintergrundinformationen Mammographie

Vermeht wird derzeit über das deutsche Mammographie-Screening berichtet. Die Aussage: Frauen würden angeblich geschädigt, ohne einen Nutzen von der Teilnahme am Programm zu haben.

Genannt werden in diesem Zusammenhang die so genannten falsch-positiven Befunde und Überdiagnosen, die Frauen schwer belasten und gesundheitlich schädigen würden. Zur Begründung dieser Aussagen



werden Studien herangezogen und Zahlen zitiert. Doch wie sieht die Situation in Deutschland tatsächlich aus? Was lässt sich derzeit sagen über Nutzen und Schaden des Mammographie-Screenings?

Zwischenbilanz zu dem seit 2009 flächendeckend angebotenen Programm: Nach Auswertung der Daten von 2,7 Millionen Untersuchungen jährlich ist das Ergebnis eindeutig – immer mehr Karzinome werden in einem frühen Stadium entdeckt und sind dadurch besser therapierbar als vor Einführung des Screenings.

Demgegenüber berichten die Medien in letzter Zeit vermehrt über scheinbar kritische Studienergebnisse. Dabei steht die Nutzen-Schadens-Bilanz des Mammographie-Screening-Programms im Mittelpunkt der Diskussion. Ein Thema ist die Faktenlage zur Brustkrebssterblichkeit.

Für Deutschland ist noch keine Aussage möglich. Denn nach Auffassung von Experten kann erst nach 10 Jahren Programmlaufzeit ein verlässliches Fazit gezogen werden. Dies wäre also frühestens 2015 möglich da das Programm erst 2005 in die Regelversorgung aufgenommen wurde und seit 2009 flächendeckend ist.

Unbestritten ist: Das Mammographie-Screening ist eine Früherkennungsmaßnahme, die Chancen für die teilnehmende Frau bietet. Das Programm entdeckt viele invasive Karzinome in einem frühen Stadium ohne Lymphknotenbefall. Dadurch sind schonendere Operationen (Bsp.: Brusterhaltung, Sentinel-Lymph-Node) und Nachbehandlungen möglich.

1. Erhalten Frauen zu oft einen „Fehlalarm“?

951 von 1000 untersuchten Frauen im Mammographie-Screening erhalten nach der Untersuchung die Nachricht, dass es keine Anzeichen für eine Brustkrebserkrankung gibt. Bei 49 von 1000 Frauen zeigt sich jedoch eine Auffälligkeit in den Röntgenaufnahmen. Um den Verdacht auf Brustkrebs sicher ausschließen zu können, folgt eine Einladung zu ergänzenden



Untersuchungen. Bestätigt sich der Verdacht auf Brustkrebs dabei nicht, handelt es sich um einen so genannten falsch-positiven Befund – umgangssprachlich auch „Fehlalarm“. Falsch-positive Befunde finden sich auch bei jeder anderen Krebsfrüherkennungsmaßnahme

Das deutsche Mammographie-Screening-Programm erfüllt die strengen Vorgaben der Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung eines solchen Programms.

2. Wird zu „oft“ Gewebe entnommen?

Bei ca. 13 von 1000 im Screening untersuchten Frauen wird eine Gewebeentnahme, die Biopsie, erforderlich. Dabei handelt es sich um einen kleinen ambulanten, sogenannten minimal-invasiven Eingriff unter örtlicher Betäubung. Bei 7 von 1000 Frauen bestätigt sich die Diagnose Brustkrebs. Durch diese klärenden Biopsien werden unnötige diagnostische Operationen vermieden.

Vor Einführung des Mammographie-Screenings wurden in Deutschland jedes Jahr rund 4 Millionen Mammographien durchgeführt ohne eine Qualitätskontrolle, wie sie heute im Screening vorgeschrieben ist. Die damalige Situation führte zu vielen unnötigen Operationen, hält der Ausschuss für Gesundheit des Bundestages im Jahr 2002 fest und beschließt daher die Einführung des qualitätsgesicherten Mammographie-Screening-Programms.

3. Hat das Mammographie-Screening Vorteile?

Im Mammographie-Screening werden Karzinome sehr viel häufiger in einem frühen Stadium gefunden als vor Einführung des Screenings, während gleichzeitig die fortgeschrittenen Krebs-Stadien abnehmen. Rund 80 Prozent der entdeckten Karzinome sind kleiner als 2 Zentimeter, also in einem Stadium, in dem das Karzinom oft noch nicht tastbar ist, und die Lymphknoten noch nicht befallen hat. Dies ermöglicht den betroffenen Frauen weniger belastende Therapien. Die Brust kann häufiger erhalten



werden, eine Bestrahlung wird seltener erforderlich. Gleichzeitig sind Chemotherapien seltener notwendig und die Prognose ist oft besser. Eine aktuelle Studie hat gezeigt: Mit Einführung des Mammographie-Screenings in Deutschland hat die Rate an brusterhaltenden Therapien deutlich zugenommen.

4. Werden Frauen unnötig operiert?

Im Mammographie-Screening werden auch so genannte Krebsvorstufen (DCIS) entdeckt. Eine Studie des Referenzzentrums Münster und des Epidemiologischen Krebsregisters Nordrhein-Westfalen zeigt, dass ein sehr hoher Anteil dieser im Screening entdeckten Krebsvorstufen dem gefährlichen Typus G3 zuzurechnen ist, der sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit in wenigen Jahren zu einem invasiven Brustkrebs entwickeln wird.

Doch kann bislang nicht vorhergesagt werden, ob und wann die bösartigen Zellen in das umliegende Gewebe eindringen und danach Lymphknoten befallen oder sich Absiedelungen (Metastasen) in lebenswichtigen Organen bilden werden.

Deshalb wird nach medizinischen Leitlinien derzeit auch die Behandlung von Krebsvorstufen empfohlen.

5. Wird Brustkrebs zu oft „übersehen“?

Es gibt bei einem Teil der Screening-Teilnehmerinnen den Fall, dass ein Karzinom im Zeitraum zwischen den zweijährlichen Screening-Mammographien entdeckt wird („Intervallkarzinom“).

Wie hoch der Anteil an Intervallkarzinomen in Deutschland ist, kann zurzeit noch nicht beantwortet werden. Dafür werden Daten aus den Landeskrebsregistern benötigt, auf die allerdings noch nicht in allen Ländern im Rahmen der Auswertung entsprechend zugegriffen werden kann.

Eine erste Auswertung zum Anteil der Intervallkarzinome liegt aus dem bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen vor. Die Ergebnisse



waren mit denen anderer langjähriger Screening-Programme in Europa vergleichbar. Fakt ist, nimmt eine Frau regelmäßig am Screening teil, senkt dies grundsätzlich deutlich ihr Risiko, dass das Karzinom erst in einem fortgeschrittenen, ungünstigen Stadium entdeckt wird.

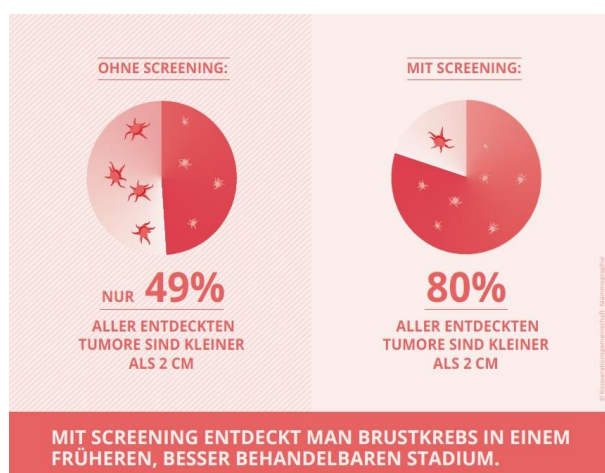
Das qualitätsgesicherte Mammographie-Screening-Programm ist nachweislich die effektivste Methode zur Brustkrebsfrüherkennung.

Ein Grund dafür ist neben strengen Qualitätsvorgaben die Befundung der Aufnahmen durch jeweils zwei Ärzte/innen.

6. Werden Frauen vor dem Brustkrebstod bewahrt?

Wie hoch der Anteil von Frauen ist, die durch das Mammographie-Screening vor dem Brustkrebstod bewahrt werden, kann in Deutschland noch nicht abschließend ausgewertet werden. Um Effekte einer Früherkennung in der Bevölkerung messen zu können, muss ein solches Programm zwischen 10 und 15 Jahre genutzt werden. Ergebnisse aus anderen europäischen Ländern mit einer Laufzeit von bis zu 20 Jahren zeigen eine Senkung der Brustkrebssterblichkeit von bis zu 43 Prozent für die Screening-Teilnehmerin (siehe neueste aus Kanada vorliegende Studie). Für das deutsche Mammographie-Screening-Programm gibt es aufgrund der relativ kurzen Laufzeit noch keine Daten für den Effekt des Screenings auf die Brustkrebssterblichkeit.

Erste groß angelegte Studien, die Resultate unterschiedlicher, internationaler Untersuchungen vergleichen und standardisieren (Prof. Dr. Stephen Duffy, Queen Mary Universität; Sir Michael Marmott, British Journal of Cancer) kommen zum Entschluss, dass Screening-Programme effektiv sind.

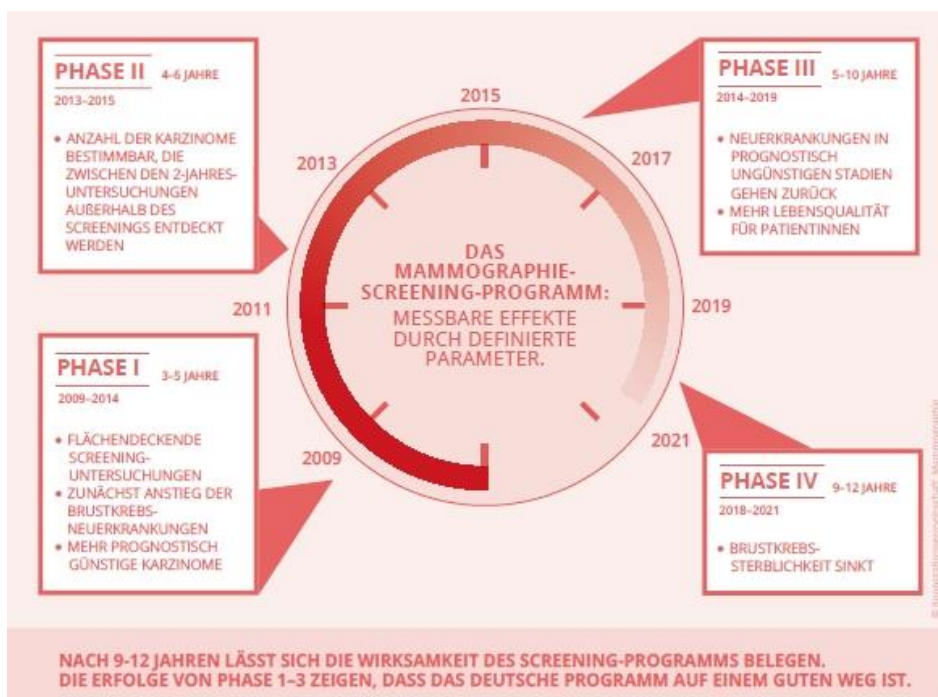


**Richtig ist:
Screenings senken die Brustkrebswahrscheinlichkeit.**

Das wesentliche Ziel der Brustkrebsfrüherkennung ist es, dass immer weniger Frauen an Brustkrebs sterben. Tatsächlich ist seit einigen Jahren ein entsprechender Rückgang zu verzeichnen.

Grund hierfür sind zum einen die großen Fortschritte in der Therapie von Brustkrebs, für die das Mammographie-Screening-Programm einen wesentlichen Beitrag leistet. Seit Einführung des Programms in Deutschland sind rund 80 Prozent aller entdeckten Tumore kleiner als 2 cm und ohne Lymphknotenbefall. In der Regel sind sie dadurch schonender operativ zu entfernen und mit weniger aggressiven Folgetherapien verbunden.

Deshalb ist das Screening-Programm schon heute eine tragende Säule für die Bekämpfung von Brustkrebs. Expertinnen und Experten gehen mehrheitlich davon aus, dass das Screening-Programm die Brustkrebssterblichkeit weiter senken wird.



Fazit: Die Lebensqualität jeder einzelnen Frau steht im Vordergrund

Das Mammographie-Screening-Programm kann Leben retten. Ebenso wichtig ist, wie Alexander Katalinic von der Universität Lübeck betont, dass durch die frühere Erkennung die Lebensqualität betroffener Frauen maßgeblich steigt: Mildere Therapieformen können eingesetzt werden, außerdem hat sich die Fünf-Jahres-Überlebensrate signifikant gesteigert. Das Screening-Programm ist ein Angebot. Frauen sollen eine verlässliche Möglichkeit haben, sich gut untersuchen zu lassen. Die Entscheidung hierfür liegt bei jeder Frau und ihren individuellen Lebensumständen.

Qualitätssicherung im Mammographie-Screening-Programm

- Die Mammographien werden an modernen digitalen Geräten durchgeführt, die täglich überprüft werden.
- Die Screening-Einheiten müssen alle Ergebnisse dokumentieren und sich einer regelmäßigen Qualitätskontrolle vor Ort unterziehen.
- Alle Ergebnisse sind einsehbar und werden regelmäßig in einem Qualitätsbericht und einem Evaluationsbericht unter newsroom.mammo-programm.de veröffentlicht.
- Im MSP befunden immer zwei geschulte ÄrztInnen unabhängig voneinander die Aufnahmen.
- Die ÄrztInnen sind auf die Befundung von Röntgenbildern der Brust spezialisiert. Sie müssen regelmäßig an Fortbildungen teilnehmen und pro Jahr Bilder von mindestens 5.000 Frauen auswerten, um die nötige Erfahrung nachzuweisen.
- Die medizinisch-radiologischen AssistentInnen erstellen die Röntgenaufnahme und sind ebenfalls speziell dafür ausgebildet.

QUALITY



Besser informiert entscheiden:

Das Kommunikationskonzept der Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Seit 2010 folgt die Kooperationsgemeinschaft Mammographie nachweislich der Maßgabe der Informierten Entscheidung und spielt damit eine Vorreiterrolle im Feld der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen. Doch gibt es nichts, was nicht noch besser gemacht werden kann. Es geht darum, Informationsangebote zu erweitern und immer besser auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen anzupassen.

Frauen sollen vor allem nicht bevormundet und von der Information in eine bestimmte Richtung gedrängt werden. Es ist die persönliche Entscheidung jeder Einzelnen, die respektiert werden muss. Diese Devise gilt insbesondere auch für all jene (oft männlichen) Kritiker des Screenings; auch sie neigen dazu, die Frauen zu materialisieren. Um jedoch eine Entscheidung ohne Druck zu treffen, müssen Frauen selbst abwägen können.



Quellen:

- [1] Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6.
- [2] Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Lancet. 2012; 380 (9855): 1778-86.
- [3] Health Council of the Netherlands. Population screening for breast cancer: expectations and developments. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2014.
- [4] Pace LE, Keating NL. A systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. JAMA. 2014; 311(13): 1327-1335.
- [5] Stang A, Kääb-Sanyal V, Hense H-W et al. Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer: a nationwide analysis of hospitalization rates in Germany 2005–2009. Eur J Epidemiol. 2013; 28(8): 689-96.
- [6] Baum M. Harms from breast cancer screening outweigh benefits if death caused by treatment is included. BMJ. 2013; 346: 385.
- [7] EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. J Med Screen. 2012; 19 Suppl 1: 5-13.
- [8] Weigel Stefanie, Heindel Walter, Heidinger Oliver, Berkemeyer, Hense Hans Werner.
Digital Mammography Screening: Association between Detection Rate and Nuclear Grade of Ductal Carcinoma in Situ, Radiology, Volume 271, Issue 1
- [9] Stang A, Kääb-Sanyal V, Hense H-W et al. Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer: a nationwide analysis of hospitalization rates in Germany 2005–2009. Eur J Epidemiol. 2013; 28(8): 689-96.

Kontakt:

Corinna Heinrich | Pressestelle
Geschäftsstelle | Kooperationsgemeinschaft Mammographie
Goethestraße 85, 10623 Berlin
Telefon 030/3199851-32
Fax 030/3199851-88
E-Mail: cheinrich@koop-mammo.de
www.mammo-programm.de



Regionale Daten zum Mammographie-Screening-Programm | Screening-Einheit Niedersachsen Nordwest
Ergebnis- und Prozessparameter – Auswertung 2013

Parameter	Ergebnisse Screening 2013	
	Gesamtzahl	Anteil/Verhältnis für alle Untersuchungen bzw. Folgeuntersuchungen (Erstuntersuchungen)
Einladung		
Zielbevölkerung	57.085	-
Einladungen	50.277	88,1 %
Teilnehmerinnen	31.910	63,5 %
Untersuchung		
Untersuchungen	32.511	81,8 % (18,2 %)
Wiedereinstellungen	1.049	2,2 % (7,4 %)
Teilnahme in der Abklärung	1.030	98,2 %
untersuchte Frauen mit Indikation zur Biopsie	443	1,4 %
präoperativ gesicherte Karzinome	178	86,4 %
entdeckte Brustkrebsfälle		
entdeckte Brustkrebsfälle	206	5,7 % (7,6 ‰)
relative Brustkrebsentdeckungsrate (Vielfaches der Hintergrundinzidenz, IR)	-	1,9 x IR (2,5 x IR)
In-situ-Karzinome (DCIS)	40	19,9 % (17,8 %)
invasive Karzinome	160	77,0 % (80,0 %)
invasive Stadienverteilung		
≤ 10 mm	49	34,7 % (16,7 %)
< 15 mm	83	56,5 % (36,1 %)
≤ 20 mm	124	79,8 % (69,4 %)
ohne Befall der Lymphknoten	123	80,6 % (63,9 %)
im UICC-Stadium II+	52	21,9 % (36,4 %)
Prozessparameter		
positive Vorhersagewerte		
- PPV I (Befundung)	-	19,8 %
- PPV II (nicht-invasive Abklärung)	-	46,1 %
Bildwiederholungen	589	1,8 %
unzureichende Biopsien		
- Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle	1	0,4 %
- Vakuumbiopsien unter Röntgenkontrolle	1	0,6 %
Verhältnis von benignen zu malignen Biopsien		
- Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle	-	1 : 3,3 (1 : 0,9)
- Vakuumbiopsien unter Röntgenkontrolle	-	1 : 1,2 (1 : 0,6)
Kontrolluntersuchungen	112	0,3 %
Wartezeit zwischen Screening-Mammographie und Ergebnismitteilung ≤ 7 Werktage	30.305	93,2 %

Screening-Einheit Niedersachsen Nordwest

Programmverantwortliche Ärzte: Dr. G. Hecht, Dr. M. Andresen-Khanlian, Dr. M. Ganseforth
Isumser Straße 11 | 26409 Wittmund | Telefon 04462 2080-80 | Fax 04462 2080-89
info@mammascreeing-nordwest.de | Facebook/Instagram: #meinMammobil

