



AG Mammadiagnostik
in der Deutschen Röntgengesellschaft



Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
AG Mammadiagnostik
Ernst-Reuter-Platz 10
10587 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Per E-Mail an:
dorothee.lerch@g-ba.de, annette.reuter@g-ba.de
cc/sta-gba@awmf.org;

Berlin/Frankfurt, den 22.5.2015

Stellungnahme der Deutschen Röntgengesellschaft zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie; hier: Entwurf des Merkblatts für Mammographiescreening vom 20.04.2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit einer Stellungnahme unserer Fachgesellschaft zu einem wichtigen Thema, das in wesentlichen Anteilen im Kern unseres Fachgebietes angesiedelt ist.

Uns liegt eine Stellungnahme der Referenzzentrumsleiter im Dt. Mammographie-Screening vor (s. Datei anbei). Inhaltlich schließen wir uns dieser in den folgenden Punkten an:

1. Die vorgenommene Änderung der Angabe des Nutzens von 5/1000 (altes Merkblatt) auf 1/1000 (neues Merkblatt), ergibt sich nicht aus der Datenlage.
Die international unverändert anhand der RCTs belegte Mortalitätsreduktion von 19 – 23 %, bezogen auf die eingeladene Frau von 50 - 69 (1 - 7), entspricht mathematisch unverändert 5 geretteten Leben pro 1000 Frauen und nicht, wie mit jetzt anderem Bezug angegeben, 1 - 2 geretteten Leben pro 1000 Frauen in 3 - 4 Runden (7 - 8).
2. Wesentliche Vorteile durch die frühere Erkennung von Brustkrebs (vermehrte Brusterhaltung, bessere Kosmetik, Vermeidung von Axilladissectionen und von Chemotherapie) sind weder im Einladungsschreiben noch im Merkblatt genannt.
3. Wegen des Ausschlusses von Nicht-RCTs werden die Ergebnisse aus modernen Screeningprogrammen und aus umfassenden Bias-korrigierten aktuellen epidemiologischen Auswertungen nicht erwähnt (12): sie zeigen für Teilnehmerinnen deutlich höhere Zahlen an

vermiedenen Todesfällen (8/1000 Teilnehmerinnen in 20 Jahren) und geringere Zahlen an Überdiagnosen (4/1000 in 20 Jahren).

4. Eine Formulierung „mammographisch bösartig erscheinende Veränderungen“ sollte vermieden werden. Überdiagnosen sind histologisch (und nicht mammographisch) diagnostizierte maligne Erkrankungen, die der Patientin ohne Screening nur nicht bekannt würden (und nicht „Zellveränderungen, die ...bösartig erscheinen“).
5. Ein messbarer Einfluss auf die „Gesamtmortalität“ (also 99 % anderer Todesursachen als Brustkrebs) ist durch Mammographiescreening der 50 -69-jährigen Frauen aufgrund unvermeidlicher Bias-Komponenten nicht zu erwarten.
6. Eine Abgrenzung zu nicht-qualitätsgesicherten Früherkennungsuntersuchungen sowie zu dessen Vor- und Nachteilen sollte unbedingt enthalten sein.
7. Zur sogenannten Strahlenbelastung: die angewendete Strahlung wird durch voranschreitende Technik seit vielen Jahren kontinuierlich geringer, und der erwartete Nutzen liegt auch bei vorsichtigster Schätzung weit über den rechnerischen Risiken der Strahlung für eine moderne Mammographie. Der Begriff einer „Belastung“ ist in diesem Zusammenhang irreführend.
8. Auch die neueste Überarbeitung der US Preventive Task Force (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/about-the-uspstf>), einer unabhängigen, hoch- angesehenen regierungsnahen Organisation in den USA, empfiehlt das Mammographie-Screening für Frauen in der Altersgruppe zwischen 50 und 74 Jahren (Empfehlung B; http://screeningforbreastcancer.org/assets/content/USPSTF_BC_Draft_RS_News_Bulletin_4.14.15_FINAL1.pdf?i=2015040701).
9. Es ist abzuwägen, ob eine in Kürze von der WHO zum Thema der Nutzen-Risiko-Bewertung des Mammographie-Screenings erwartete Experten-Stellungnahme abgewartet und für das Info-Blatt verwendet werden kann.

Zusätzlich weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass ein wichtiger Aspekt im Informationsblatt bis heute ungenannt bleibt: die Brustdichte. Die individuelle Brustdichte beeinflusst sowohl die Erkennungsmöglichkeiten eines Brustkrebses wie auch die Wahrscheinlichkeiten der Brustkrebsentstehung. In der Mammographie kann die individuelle Brustdichte abgeschätzt oder auch mithilfe von Computerprogrammen berechnet und dokumentiert werden. Das Wissen über die eigene Brustdichte kann der Frau wichtige Hinweise für eine informierte Einschätzung hinsichtlich des Effekts des Mammographie-Screenings für sie persönlich geben und Aspekte für weitergehende Untersuchungen bei hoher Brustdichte liefern, auch wenn diese derzeit nicht uneingeschränkt empfohlen werden können.

Ein entsprechender Hinweis könnte wie folgt lauten:

„Die Empfindlichkeit der Mammographie für die frühe Entdeckung eines Brustkrebses hängt auch von der individuellen Dichte einer Brust ab. Eine generelle Empfehlung für weiterführende Methoden bei

hoher Brustdichte kann derzeit nicht ausgesprochen werden, da keine allgemeine Aussage zum gesamthaften Nutzen für die Frauen mit dichter Brust gemacht werden kann.“

Wir hoffen, mit unseren Ausführungen zum Gelingen einer informierten Entscheidung der betroffenen Frauen beigetragen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Markus Müller-Schimpfle
Vorsitzender der AG Mammadiagnostik
der DRG

Literatur

Boyd NF, Byng JW, Jong RA, et al. Quantitative classification of mammographic densities and breast cancer risk: results from the Canadian National Breast Screening Study. *J Natl Cancer Inst* 1995;87(9):670–675.

Byrne C, Schairer C, Wolfe J, et al. Mammographic features and breast cancer risk: effects with time, age, and menopause status. *J Natl Cancer Inst* 1995;87(21):1622–1629.

McCormack VA, dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15(6):1159-1169.

Müller-Schimpfle M, Heindel W, Kettritz U, Schulz-Wendtland R, Bick U: AG Mamma – Konsensustreffen der Kursleiter in der Mammadiagnostik in Frankfurt am Main – Standards in Technik und Befundung. *Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie* 2014; 11(2): 77-82.