

10 Jahre Patient:innenbefragungen in den gynäkologischen Praxen des BNGO: eine Erfolgsstory

Der Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO) umfasst derzeit 128 Mitglieder in 98 Praxen. Zur Qualitätssicherung der ambulanten Betreuung von gynäkologischen Tumorpatient:innen und zur Kontrolle der Lebensqualität der Patient:innen führt der BNGO bereits seit 2012 in 2- bis 3-jährigen Abständen Umfragen unter Krebspatient:innen durch, die ambulant in den BNGO-Praxen behandelt werden [1, 2]. Die letzte Umfrage fand von März bis November 2022 statt, und die Ergebnisse konnten in 2023 bereits bei 2 Kongressen vorgestellt werden [3, 4].

Ziele und Entwicklung der Umfrage

Die Erhebungen unter Patient:innen, die in BNGO-Praxen ambulant behandelt werden, sind ein Instrument der Qualitätssicherung für den Berufsverband. Sie dienen zum einen der Erfassung der Zufriedenheit mit der Behandlung in den Praxen und zum anderen der Erhebung der von den Patient:innen selbstberichteten (PRO) Belastungen durch Krankheit und Therapie. In 5 Umfragen wurde der Verlauf der Patient:innenzufriedenheit über 10 Jahre dokumentiert.

2012 wurden in erster Linie strukturelle Fragen zur Praxis und Organisation sowie zur Zufriedenheit mit der Betreuung durch Ärzt:innen und Praxispersonal gestellt. Diese strukturellen Fragen werden kontinuierlich weitergeführt. Seit 2015 werden zusätzlich die Häufigkeit von Symptomen/Behandlungsnebenwirkungen und die daraus resultierenden Belastungen erfragt. Seit 2017 erfolgt eine Bewertung der Belastungen mittels des NCCN-Distress-Thermometers [5].

Die Ergebnisse der letzten Umfrage im Jahr 2022 wurden erstmals als virtuelles Poster beim Jahreskongress der Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO) der Deutschen Krebsgesellschaft [3] und nachfolgend beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Senologie in München [4] der Fachöffentlichkeit präsentiert. Ab März 2022 wurden 2.450 gedruckte Fragebögen an 34 BNGO-Praxen, die sich an der Umfrage

beteiligen wollten, ausgesandt. Der Fragebogen umfasste wie in der vorhergehenden Umfrage 4 Druckseiten. Alle Patient:innen bekamen dieselben Fragebögen, unabhängig davon, welche Art der Therapie sie erhielten und in welcher Phase der Behandlung oder der Nachsorge sie sich zum Umfragezeitpunkt befanden. Neben den demographischen Daten, die vom Praxisteam ausgefüllt wurden, beurteilten die Patient:innen ihre Zufriedenheit mit Praxis, Personal und Arzt/Ärztin anhand von Piktogrammen. Weiterhin gaben die Patient:innen wie auch bereits in der letzten Umfrage ihre allgemeine Belastung durch die Therapie in der vergangenen Woche anhand des NCCN-Distress-Thermometers [5] an.

In jeder Umfrage fand/findet sich zudem eine Sektion zu zeitaktuellen Fragestellungen. In den früheren Umfragen wurden z.B. speziell die Häufigkeit und die Belastung durch Übelkeit und Erbrechen und in 2 Umfragen die Anwendung komplementärer Maßnahmen erfragt. In der aktuellen Umfrage wurden Daten zur COVID-19-Pandemie erhoben.

Dokumentation und Auswertung

Die Patient:innen beurteilten die Häufigkeit der aufgetretenen Symptome und Nebenwirkungen unter der Therapie mit „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „immer“ und bewerteten anschließend die Belastung durch die

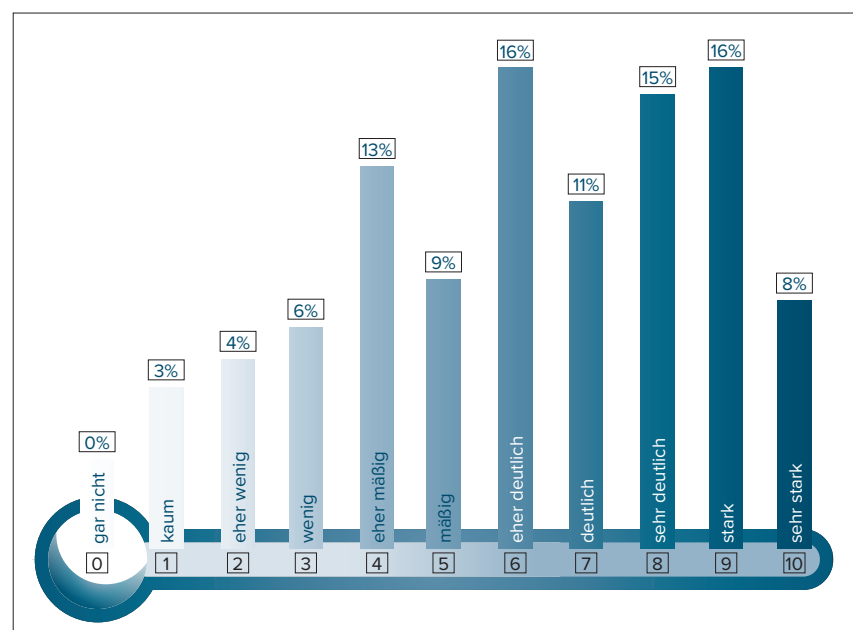


Abb. 1: Belastung im NCCN-Distress-Thermometer (mod. nach [4]).

einzelnen Symptome und Nebenwirkungen mittels einer Visuellen Analogskala (VAS) von 1-5 bzw. 1-10.

Ergebnisse der aktuellen Umfrage

Demographische Daten

Bis März 2023 wurden 1.146 von 2.450 ausgesandten Fragebögen aus 24 Praxen zurückgesandt und ausgewertet (Rücklaufquote 47%). Bis auf einen waren alle (1.145 Bögen) für die Demographie auswertbar. Die meisten der Patient:innen waren weiblich, 5 männlich. Das Durchschnittsalter der Patient:innen betrug 58 Jahre. Die größte Altersgruppe stellten Patient:innen von 60-69 Jahren dar (28%). 24% waren zwischen 50 und 59 Jahre alt, 11% waren 40 Jahre und jünger, 17% waren 70 Jahre alt und älter. 25% der Frauen waren prä- oder perimenopausal und 75% postmenopausal.

Systemische Therapie zum Zeitpunkt der Umfrage 2022

Zum Zeitpunkt der Befragung erhielten 46% der Patient:innen eine adjuvante, 25% eine neoadjuvante und 29% eine palliative medikamentöse Therapie.

Die meisten Patient:innen wurden mit Chemotherapie behandelt (54%), 36% bekamen eine Therapie mit modernen biologischen Medikamenten, 27% erhielten eine antihormonelle Behandlung, 12% eine osteoprotektive Therapie, 6% supportive Maßnahmen und 1% eine komplementäre Behandlung. Die Therapien wurden zum Teil zusammen angewandt, Mehrfachnennungen waren daher möglich.

Häufigkeit, Schwere und Ranking von Symptomen und Belastung

In den vorherigen Umfragen wurden für die Häufigkeit des Auftretens die Rubriken „immer“ und „oft“ herangezogen. Im Unterschied zu diesen vorherigen Umfragen wurden in der Auswertung 2022 bei der Häufigkeit die Spalten „immer“, „oft“ und „manchmal“ addiert. Die Symptome, die am häufigsten (immer, oft, manchmal) auftraten, waren Müdigkeit und Erschöpfung, Knochen- und

| Symptom/ Nebenwirkung | Häufigkeit des Auftretens (%) | | | | Belastung | |
|--|-------------------------------|-----|----------|--------|----------------------|-----------------|
| | immer | oft | manchmal | gesamt | stark/ sehr stark | Ranking 1-20 |
| Erschöpfung | 7% | 26% | 32% | 65% | 36% | 2 |
| Schlafprobleme | 9% | 24% | 27% | 60% | 34% | 3 |
| Schmerzen in den Knochen | 8% | 21% | 24% | 52% | 33% | 4 |
| Konzentrationsstörungen | 3% | 16% | 31% | 51% | 28% | 8 |
| Müdigkeit | 7% | 21% | 22% | 51% | 37% | 1 |
| Schmerzen in der Muskulatur | 6% | 20% | 25% | 51% | 32% | 5 |
| Hitzewallungen | 5% | 20% | 23% | 48% | 22% | 10 |
| Taubheit oder Kribbeln in Händen und Füßen | 17% | 14% | 17% | 48% | 32% | 5 |
| Verlust des sexuellen Verlangens | 15% | 15% | 17% | 47% | 27% | 9 |
| Gedächtnisschwäche | 3% | 15% | 28% | 46% | 30% | 6 |
| Haarausfall | 24% | 12% | 11% | 46% | 34% | 3 |
| Mundtrockenheit | 7% | 17% | 21% | 44% | 21% | 11 |
| Stimmungsschwankungen | 1% | 11% | 30% | 42% | 22% | 10 |
| Geschmacksveränderungen | 9% | 13% | 14% | 36% | 27% | 9 |
| Nagelveränderungen | 11% | 11% | 12% | 34% | 20% | 12 |
| Angst | 2% | 10% | 21% | 33% | 29% | 7 |
| Kopfschmerzen | 1% | 9% | 22% | 32% | 18% | 14 |
| Gleichgewichtsstörungen | 3% | 10% | 18% | 32% | 21% | 11 |
| Schmerzen in der Brust | 2% | 7% | 22% | 30% | 16% | 15 |
| Schwindel | 2% | 9% | 18% | 29% | 21% | 11 |
| Sehstörungen | 2% | 7% | 19% | 28% | 20% | 12 |
| Probleme beim Sexualverkehr | 7% | 8% | 13% | 27% | 25% | 9 |
| Durchfall | 2% | 8% | 17% | 26% | 19% | 13 |
| Verstopfung | 2% | 10% | 14% | 25% | 22% | 10 |
| Depressionen | 2% | 7% | 17% | 25% | 22% | 8 |
| Blaue Flecken | 2% | 7% | 13% | 21% | 8% | 20 |
| Schmerzen in der Achselhöhle | 1% | 5% | 16% | 21% | 14% | 17 |
| Verstärkte Ohrgeräusche | 3% | 5% | 11% | 19% | 15% | 16 |
| Hautausschlag im Gesicht oder am Körper | 3% | 6% | 9% | 19% | 16% | 15 |
| Nasenbluten | 2% | 6% | 10% | 18% | 14% | 17 |
| Übelkeit | 1% | 4% | 11% | 16% | 15% | 16 |
| Ausschlag im Mund | 1% | 5% | 9% | 14% | 16% | 15 |
| Rötungen, Druckstellen oder Blasen | 3% | 5% | 5% | 14% | 14% | 17 |
| Probleme beim Wasserlassen | 1% | 4% | 7% | 13% | 14% | 17 |
| Schluckstörungen | 0% | 3% | 8% | 12% | 10% | 18 |
| Erbrechen | 0% | 0% | 3% | 3% | 9% | 19 |
| Fieber | 0% | 0% | 2% | 2% | 8% | 20 |

Tab. 1: Häufigkeit von Symptomen, Belastung und Ranking der Belastung (mod. nach [4]).

Muskelschmerzen, Konzentrationsstörungen und Gedächtnisschwäche, Hitze-wallungen, Neuropathien und Verlust des sexuellen Verlangens. Nun zeigte sich, dass die Belastung bei der neuen Auswertung sehr gut mit der Häufigkeit korrelierte (Tab. 1). Am meisten belastet fühlten sich die Patient:innen durch Müdigkeit und Erschöpfung. Haarausfall war häufig bei Patient:innen unter Chemotherapie und gehörte bei diesen Patient:innen zu den 3 belastendsten Nebenwirkungen.

Bewertung der Belastung im NCCN-Distress-Thermometer

Bei der Auswertung von 800 Patient:innen, die das NCCN-Distress-Thermometer ausgefüllt hatten, gaben 52% der Patient:innen an, dass sie sich mäßig bis gar nicht durch die Erkrankung belastet gefühlt hätten. 48% der Patient:innen fühlten sich jedoch deutlich bis sehr stark belastet (Abb. 1). Dies entspricht in etwa den Umfrageergebnissen aus dem Jahr 2020 (54% und 46%).

Probleme im Alltag während der Woche vor der Umfrage

Die meisten Patient:innen gaben an, dass sie keine Alltagsprobleme mit Wohnsituation, Versicherung, Arbeit/Schule, Beförderung/Transport und Kinderbetreuung hatten. Auch der familiäre Umgang mit Partner:in und Kindern war bei weniger als 10% der Patient:innen problematisch. 43% beklagten eingeschränkte Mobilität, 20% Probleme beim Essen und der Ernährung, 16% Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbilds und 8% waren beim Waschen und Ankleiden eingeschränkt.

Hilfe bei der Bewältigung von Ängsten

Bei der Bewältigung von Ängsten spielten Familie und Freunde eine sehr wichtige Rolle, gefolgt von den Ärzt:innen in der Behandlungspraxis. Die Patient:innen gaben an, welche Personen ihnen bei der Bewältigung von Ängsten geholfen haben, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Patient:innenzufriedenheit mit den Praxen, den Ärzt:innen und dem Praxispersonal

Die Zufriedenheit mit der Ausstattung der Praxen, der Organisation der Sprechzeiten und der Terminvergabe, wurde erneut – wie in allen bisherigen Umfragen – zu jeweils über 95% mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet. Lediglich bei der telefonischen Erreichbarkeit und den Wartezeiten lag die Zufriedenheit mit 85% etwas niedriger. Die Betreuung durch die Praxismitarbeiter:innen und Ärzt:innen wurde zu nahezu 100% mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet. 99% der Patient:innen würden sich wieder ambulant und alle (100%) wieder in derselben Praxis behandeln lassen.

Spezielle Fragestellung zur COVID-19-Pandemie in der Umfrage 2022

95% der in 2022 befragten Patient:innen waren geimpft, 35% waren mit Corona infiziert. Die meisten Infektionen ereigneten sich im Jahr 2022. 89% der Infizierten hatten keine oder milde, 11% schwere Symptome. 77% der Praxistermine fanden wie geplant statt. Gründe für Terminverschiebungen seitens der

Patient:innen waren in erster Linie die eigene Corona-Infektion, eine Corona-Infektion im Umfeld und Angst vor Infektion in der Praxis. 87% der Patient:innen fühlten sich während der Pandemie in ihrer BNGO-Praxis gut aufgehoben.

Fazit

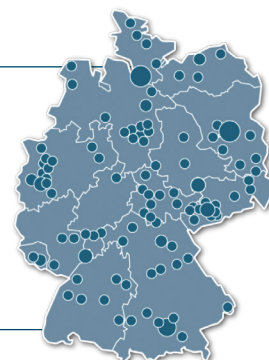
Wie in den vorherigen Umfragen hat sich auch in der Zeit der COVID-19-Pandemie bestätigt, dass die Patient:innen mit der Behandlung und Betreuung in BNGO-Praxen insgesamt sehr zufrieden sind. 99% würden sich wieder ambulant und alle wieder in derselben Praxis behandeln lassen. 87% der Patient:innen fühlten sich auch während der Pandemie in ihrer BNGO-Praxis gut aufgehoben. Die häufigsten Symptome und Nebenwirkungen, die immer, oft oder manchmal bei der Hälfte der Patient:innen auftraten, waren Müdigkeit und Erschöpfung, Schlafstörungen, Schmerzen in Knochen und Muskeln, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Hitzewallungen, Kribbeln in Händen und Füßen und bei Chemotherapie-Patient:innen auch der Haarausfall. Die am häufigsten auftretenden Symptome wurden von den Patient:innen auch als am belastendsten empfunden.

Dr. rer. nat. Petra Ortner

1. Schilling J et al. Geburtshilfe Frauenheilkd 2016;76,P129.
2. Schilling J et al. Oncol Res Treat 2018;41(suppl 1):1-221,P357; doi: 1159/000487109.
3. Schilling J et al. Oncol Res Treat 2023;46 (suppl 3):1-13, P10; doi: 10.1159/000530365.
4. Schilling J et al. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Senologie 2023, Poster P109 und Präsentation.
5. <https://www.nccn.org/global/what-we-do/distress-thermometer-tool-translations> (Zugriff 15.08.2023).

BNGO e.V.

Geschäftsstelle
Friedenstraße 58
15366 Neuenhagen
Tel.: 03342/42689 -70
Fax: 03342/42689 -80
E-Mail: info@bngo.de
Internet: www.bngo.de





Dr. Christoph Uleer,
Hildesheim

Brustkrebs-Früherkennung rettet Leben – ein Update zum Mammographie-Screening-Programm

Interview mit Dr. med. Christoph Uleer, Gemeinschaftspraxis Frauenärzte am Bahnhofplatz, Hildesheim.

Bereits in der Ausgabe 2/2023 interviewten wir BNGO-Mitglied Dr. Christoph Uleer, niedergelassener Gynäkologe in Hildesheim und programmverantwortlicher Arzt des Mammographie-Screenings Niedersachsen Süd, zum aktuellen Stand des Mammographie-Screenings. Ein Artikel in einer deutschen Tageszeitung stellt den Nutzen des Mammographie-Screening-Programms (MSP) in Frage und hat für Unruhe bei den Frauen, die zum Screening eingeladen werden, gesorgt [1]. Da die Teilnehmerate am Screening in Deutschland mit 49% leider unzureichend und deutlich unter der von der EU geforderten Rate von $\geq 70\%$ liegt, ist dieser Beitrag besonders kontraproduktiv und macht es unseres Erachtens notwendig, aus Expertensicht Stellung zu nehmen. Daher befragten wir Herrn Dr. Uleer erneut.

» Ist der Nutzen des Mammographie-Screenings denn wissenschaftlich belegt?

Der Nutzen des MSP, das seit 2009 Frauen zwischen 50 und 69 Jahren angeboten wird, ist belegt und in Fachkreisen unbestritten. Die 2020 von Katalinic et al. [2] veröffentlichten Daten (s. Interview in Ausgabe 2/2023) zum Verlauf der Brustkrebsinzidenzen in den Jahren 2003/2004 bis 2013/2014 zeigen einen Rückgang der Stadium-III- und -IV-Fälle für die Frauen im Alter von 50-59 und 60-69 Jahren um 24,8% bzw. 16,5%. In den anderen Altersgruppen war ein solcher Rückgang gar nicht oder nur in deutlich geringerem Ausmaß nachweisbar. Sie verglichen ferner die altersstandardisierte Brustkrebsmortalität vor Einführung des MSP aus den Jahren 2003/2004 mit der altersstandardisierten Brustkrebsmortalität der Jahre 2015/2016 bei laufendem Programm und fanden eine Senkung um 25,8% und 21,2% für die Altersgruppen 50-59 bzw. 60-69 Jahre. Ähnlich wie die Entwicklung bei der Inzidenz fortgeschrittener Mammakarzinome war auch dieser Trend nur bei Frauen im Screening-Alter zu beobachten, sodass die Senkung des Sterblichkeitsrisikos als Effekt des MSP interpretiert werden

kann. Damit ist erstmals die Senkung der Brustkrebsmortalität durch das deutsche MSP nachgewiesen und seine Wirksamkeit belegt.

Eine detailliertere Evaluation des MSP hinsichtlich der Brustkrebsmortalität erfolgt nun auf der Basis individueller Teilnahmedaten von einem Konsortium unter Federführung des ZEBra-MSP (Zentrum für die Evaluation der Brustkrebsmortalität im MSP) am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster. Diese Ergebnisse werden für 2024 erwartet.

» Ist die Senkung der Mortalität eventuell nur auf moderne Therapien zurückzuführen?

Von Screening-Skeptikern wird gelegentlich bezweifelt, dass das Mammographie-Screening einen relevanten Anteil an der Reduktion der Brustkrebsmortalität im Vergleich zu innovativen Therapien hat. Dies konnte durch eine schwedische Arbeitsgruppe widerlegt werden. Nach einem Abgleich mit den Daten des schwedischen MSP hatten die Frauen, die am Mammographie-Screening teilgenommen hatten, im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmerinnen ein 41% geringeres Risiko, innerhalb von 10 Jahren an einem Brustkrebs

zu sterben. Auch das Risiko für ein fortgeschrittenes Mammakarzinom war bei Screening-Teilnehmerinnen gegenüber den Frauen, die das Screening nicht in Anspruch genommen hatten, um 25% geringer. In der Mortalitätsreduktion und der Minderung des Risikos für ein fortgeschrittenes Mammakarzinom wurde ein bedeutender und therapieunabhängiger Effekt des Mammographie-Screenings gesehen, weil beide Patientinnenkollektive den gleichen Zugang zu den modernen Behandlungsmodalitäten hatten [3].

» Ein immer wiederkehrendes Thema ist die Überdiagnose. Kann dies ein Problem bei der Akzeptanz sein?

Ja, ich glaube vor allem, dass es seitens Screening-kritischer Berichterstattung überstrapaziert wird. Überdiagnosen beziehen sich auf die Brustkrebsfälle, die im Laufe des weiteren Lebens der Frau niemals klinisch relevant werden. Sie sind schwer zu quantifizieren. Schätzungen belaufen sich auf 10-19% [4]. Das betrifft hauptsächlich das duktales Carcinoma in situ (DCIS) und insbesondere den Low-grade-Typ. Gelegentlich wird – fälschlicherweise – suggeriert, dass die betroffenen Frauen hiernach überflüssig bestrahlt und chemotherapiert würden.

» Was sagen Sie zu den Fehldiagnosen?

Hier geht es um die falsch positiven Befunde. Die Teilnehmerin erhält keinesfalls eine Nachricht „Sie haben Brustkrebs!“ Sie wird zur Abklärung und weiteren Untersuchungen eingeladen, nach denen wir in zwei Drittel aller Fälle einen Brustkrebs ausschließen können. Dennoch löst so eine Nachricht erheblichen Stress aus. Wir dürfen daher nach EU-Normen nicht mehr als 3% aller Teilnehmerinnen zur Abklärung einladen und begrenzen somit die psychologische Belastung auf ein sehr kleines Kollektiv.

» Bleiben manchmal auch im Screening Karzinome unentdeckt?

In allen Früherkennungsprogrammen bleiben einige Karzinome unentdeckt, so auch im organisierten Mammographie-Screening. Man spricht von Intervallkarzinomen (IC), wenn diese im 24-monatigen Intervall zwischen den Screening-Untersuchungen entdeckt werden. Eine der Ursachen für das Auftreten eines IC ist ein schnelles Wachstum des Tumors, sodass bei der Diagnose des IC auch retrospektiv in den letzten Screening-Bildern keine

suspekte Läsion nachvollzogen werden kann. Andere Ursachen sind die Überlagerung des Tumors durch mammographisch dichtes Brustgewebe und auch mögliche Fehlinterpretationen der Mammographien. Zur Evaluation der IC ist ein Abgleich zwischen den Daten des MSP und denen eines epidemiologischen Krebsregisters erforderlich [5].

Aus Untersuchungen des MSP in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, wo es schon seit langem Krebsregister gibt, weiß man, dass 22% aller Mammakarzinome von Screening-Teilnehmerinnen im Intervall diagnostiziert werden [6, 7], interessanterweise immer noch in einem früheren Stadium als die im Durchschnitt vor Einführung des Screenings diagnostizierten Fälle.

» Was wäre wichtig, um die Akzeptanz des MSP in Deutschland zu verbessern?

Eine zentrale Bedeutung kommt uns Frauenärzt:innen zu. In der vierten Lebensdekade sollen die potenziellen Teilnehmerinnen auf das Angebot des MSP und die demnächst eintreffenden Einladungen hingewiesen werden. Auf dem Hintergrund der absolut transparenten

Daten des MSP, die regelmäßig im Evaluationsbericht [8] veröffentlicht werden müssen, sollte die Möglichkeit einer lebensrettenden Früherkennung den Themen Überdiagnose, falsch positive Befunde und Intervallkarzinome gegenübergestellt werden. Dafür wurde im MSP vor einigen Jahren die Option eines Aufklärungsgespräches mit ärztlichem Screening-Personal eingerichtet.

Um den Zugang zur Früherkennung zu vereinfachen, können Berechtigte seit 3 Jahren unter www.mammo-programm.de online einen Termin buchen. So wollen wir versuchen, die Zahl der Erstrunden-Teilnehmerinnen zu erhöhen, sobald der G-BA der Ausweitung der Altersgrenzen zugestimmt hat. Die Erfahrungen von Erstrunden-Teilnehmerinnen sind offenbar ausgesprochen positiv, denn Frauen, die einmal am Mammographie-Screening teilgenommen haben, nutzen 2 Jahre später zu 83% auch das Folgeangebot [8].

» Nun sollen die Altersgrenzen ja erweitert werden. Gibt es hierzu etwas Neues?

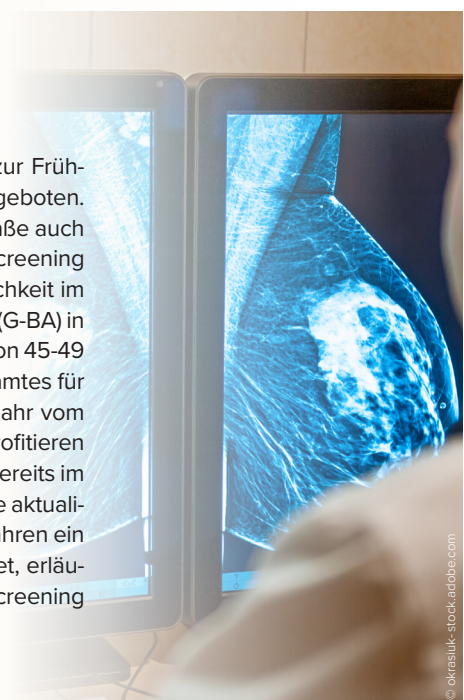
Seit unserem letzten Interview hat sich nicht viel verändert. Das IQWiG hat die

Lesen Sie online das 1. Interview mit Dr. Uleer zum Thema:

Neue Altersgrenzen beim Mammographie-Screening – was bedeutet dies für die gynäko-onkologische Praxis?

In Deutschland wird das Mammographie-Screening als Reihenuntersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs derzeit allen Frauen von 50-69 Jahren alle 2 Jahre angeboten. Etwa die Hälfte der Frauen nimmt dieses Angebot wahr. Ob und in welchem Maße auch Frauen von 45-49 Jahren sowie von 70-74 Jahren von einem regelmäßigen Screening auf Brustkrebs profitieren könnten, hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in einer Nutzenbewertung untersucht und einen Nutzen auch für Frauen im Alter von 45-49 Jahren und 70-74 Jahren festgestellt. Aus einem aktuellen Bericht des Bundesamtes für Strahlenschutz (BfS) geht hervor, dass auch ältere Frauen bis zum 75. Lebensjahr vom Mammographie-Screening-Programm zur Früherkennung von Brustkrebs profitieren könnten und befürwortet daher ebenfalls eine Ausweitung der Altersgrenzen. Bereits im März 2021 hatte die Europäische Kommission die europäische Brustkrebsleitlinie aktualisiert. Diese empfiehlt nun auch für Frauen von 45-49 Jahren sowie von 70-74 Jahren ein Mammographie-Screening. Was dies nun in der Praxis in Deutschland bedeutet, erläutert BNGO-Mitglied Dr. Christoph Uleer, Hildesheim, der das Mammographie-Screening Niedersachsen Süd als programmverantwortlicher Arzt (PVA) leitet, im Interview.

www.med4u.org/27107



Erweiterung der Altersgrenzen befürwortet. Wir gehen davon aus, dass der G-BA in Kürze den positiven Entscheid für die Gruppe der 70- bis 74-jährigen Frauen fällt und wir die Frauen einladen können. Mit den jüngeren Frauen unter 50 Jahren wird es wohl noch etwas dauern.

» Gibt es neue Verfahren, die die Sensitivität der Früherkennung erhöhen können?

Eine besondere Herausforderung für die Brustkrebs-Früherkennung im Mammographie-Screening ist die dichte Brust. Dichtes Drüsengewebe kann die Tumorerkrankungen maskieren und die Diagnose eines Mammakarzinoms erschweren. In klinischen Studien wird derzeit geprüft, ob der Einsatz von Tomosynthese, Ultraschall, Mamma-MRT oder der Kontrastmittel-Mammographie im Mammographie-Screening sinnvoll ist und ob sich die Detektionsrate des Mammakarzinoms dabei ohne eine zu starke Senkung der Spezifität erhöhen lässt.

sich die erwartete Senkung der IC-Raten noch nicht belegen. Dieser Nachweis wäre jedoch erforderlich, um den Einsatz der Tomosynthese in einem organisierten und qualitätsgesicherten MSP zu rechtfertigen.

Die Rolle des Ultraschalls untersucht die aktuell laufende DIMASOS-2-Studie bei 30.000 Frauen mit dichtem Drüsenkörper [11]. Dazu wird die Brustdicke anhand der Screening-Mammographie bestimmt und den Frauen mit den 15% dichtesten Mammographien ein additiver, handgeführter Ultraschall in Kenntnis der Mammographie in der Screening-Einheit angeboten. Eine Steigerung der Karzinomdetektionsrate durch die zusätzliche Mamma-Sonographie ist zu erwarten. Nach Abschluss der Rekrutierung wird untersucht, wie die Entdeckungs-, Recall- und Biopsie-Raten durch den Ultraschall beeinflusst wurden und ob sich der Brust-Ultraschall unter praktischen Gesichtspunkten und Kosten-Nutzen-Aspekten in den Screening-Alltag implementieren lässt.

Die MRT der Brust zeichnet sich gegenüber der digitalen Mammographie ebenfalls durch eine höhere Sensitivität aus. In einer prospektiven Studie innerhalb des niederländischen Mammographie-Screenings konnte durch den MRT-Einsatz die Brustkrebs-Detektionsrate signifikant erhöht und die Rate der IC gesenkt werden [12]. Die Nachbeobachtung reicht jedoch noch nicht aus, um die Reduzierung fortgeschrittener Karzinome nachzuweisen [13]. Der höheren Brustkrebs-Detektionsrate stehen ein zeitlicher, organisatorischer und finanzieller Mehraufwand sowie eine höhere Biopsie-Rate gegenüber.

Bei der Kontrastmittel-gestützten digitalen Mammographie (contrast enhanced mammography, CEM) werden nach Injektion eines Jod-haltigen Kontrastmittels Aufnahmen mit niedriger (für die Weichteildarstellung) und hoher (für die Kontrastmitteldarstellung) Energie durchgeführt. Das Verfahren verspricht eine der MRT angenäherte Sensitivität mit verbesserter Spezifität, geringerem Aufwand und besserer Verfügbarkeit [14]. Dieses Leistungsprofil könnte eventuell zukünftig die CEM zur geeigneten Zusatzuntersuchung insbesondere bei Frauen mit dichter Brust machen, die nicht in das Hochrisiko-Kollektiv fallen.

» Könnte die künstliche Intelligenz Unterstützung leisten?

Die Künstliche Intelligenz (KI) gewinnt auf dem Hintergrund der Alterserweiterung und der zusätzlichen Arbeitsbelastung besondere Bedeutung. Die KI wird ständig besser, weil sie auf immer größer werdende Datenbestände inklusive histologischer Korrelationen aus umfangreichen Mammographie-Sammlungen zurückgreifen kann. Es fehlen aus meiner Sicht noch überzeugende prospektive Daten [15], aber die KI wird jetzt schon an vielen Standorten im laufenden Programm unter Studienbedingungen getestet (z.B. Präm-Studie [16]).

Vielen Dank für das Gespräch!

*Das Interview führte
Dr. rer. nat. Petra Ortner*

Die Literatur finden Sie unter:
www.med4u.org/27191