

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Divergierende Einschätzungen

Während in Deutschland die Modellprojekte zum Mammographie-Screening abschließend als äußerst erfolgreich eingestuft werden, erhebt das Nordic Cochrane Center neue Zweifel am Nutzen der Früherkennungsmethode.

Rund 55 000 Frauen in Deutschland erkranken jährlich an Brustkrebs, und 18 000 sterben an diesem Karzinom. Würden sich alle Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren im Abstand von zwei Jahren einer Mammographie-Reihenuntersuchung unterziehen, so die These der Screening-Befürworter, könnte die Mortalitätsrate um bis zu 30 Prozent gesenkt werden; anders ausgedrückt: Sie rettet etwa einer von 1 000 Frauen das Leben. Diese Einschätzung wird von zahlreichen internationalen Fachleuten jedoch nicht geteilt, sodass seit Jahren um die Argumente gerungen wird.

Reduktion der Mortalität nur um 15 Prozent

Fast zeitgleich wurden in den vergangenen Tagen zwei Bewertungen veröffentlicht, die wiederum zu divergierenden Einschätzungen gelangen: Eine stammt aus dem Cochrane Center in Kopenhagen. Diese nach dem britischen Mediziner Archie Cochrane benannten Institute haben es sich zur Aufgabe gemacht, die methodische Qualität medizinischer Studien weltweit zu prüfen und nur solche zu berücksichtigen, die zahlreiche Qualitätskriterien beinhalten. Bereits in den Jahren 2000 und 2001 hatten Peter Gøtzsche und sein Kollege Ole Olsen die Fachwelt aufgeschreckt, als sie aufgrund ihrer Analysen zu dem Schluss gekommen waren, dass eine Reduktion der Brustkrebssterblichkeit durch die Mammographie nicht erwiesen sei (DÄ, Heft 42/2000 und Heft 43/2001). Diese Veröffentlichungen hatten international eine hitzige Debatte ausgelöst.

Zwar wird in der aktuellen Publikation der Cochrane Database of Systematic Reviews (2006, doi: 10.1002/14651858.CD001877.pub2), welche



Foto: Ingrid Schärer

zunehmend die Daten von einer halben Million Frauen umfasst, erstmals eingeräumt, dass die Mammographie die Sterblichkeit an Brustkrebs senkt. Dem stünde jedoch als Folge der Methode eine größere Zahl unnötiger Therapien gegenüber. „Wir haben jetzt genauere Ergebnisse zum Umfang von Überdiagnose und Übertherapie“, schreiben Gøtzsche und seine Kollegin Margrethe Nielsen.

Nach ihren Berechnungen senkt die regelmäßige Mammographie die Brustkrebssterblichkeit um 20 Prozent. Da die Vorteile in den Studien mit der höchsten Qualität aber am niedrigsten ausfallen, revidieren Gøtzsche und Nielsen den Wert nach unten. Eine Reduktion der Mortalität um 15 Prozent halten sie daher für eine vernünftige Annahme. Nach Gøtzsche und Nielsen profitiert nur eine von 2 000 gescreenten Frauen von ei-

Mammographie: Die medio-laterale Einstellung rechts zeigt ein duktales Carcinoma in situ.

ner Lebensverlängerung durch die erfolgreiche Therapie eines mammographisch früh entdeckten Malignoms. Dies sei zwar ein gewisser Nutzen, dem stünden aber zehn von 2 000 Frauen gegenüber, bei denen im Zeitraum von zehn Jahren durch die Mammographie Tumoren diagnostiziert werden, die ohne Früherkennung niemals entdeckt und somit unnötigerweise behandelt würden.

Gemeint sind damit jene duktales Carcinomata in situ, die ein diagnostisches Dilemma darstellen. Die Gynäkologen wissen zwar, dass einige dieser Tumoren niemals zu einem systemischen Karzinom fortschreiten, können dies im Einzelfall aber nicht vorhersagen. Die Folge davon seien unnötige Operationen, Chemo- und Radiotherapien, schreiben die Cochrane-Wissenschaftler: „Die Chance auf Vorteile ist zu gering im Vergleich zum Risiko für schwere Schäden.“

Zudem müssten 200 von 2 000 Frauen damit rechnen, einen falsch-positiven Befund mitgeteilt zu bekommen. Die Diagnose eines „verdächtigen Knotens“ bedeute für die Betroffenen eine enorme psychische Belastung und ziehe eine Reihe von (teuren) Folgeuntersuchungen nach sich.

Besser in gesicherte Therapien investieren

Für die Frauen, die zehn Jahre lang am Mammographie-Programm teilnehmen, hat Gøtzsche eine durchschnittliche Lebensverlängerung von einem Tag ermittelt: „Wo ist da noch der Nutzen?“, fragen die Autoren. Besser sei es, das Geld für gesicherte Therapien auszugeben. Das verlängere das Leben erkrankter Frauen um durchschnittlich sechs Monate. „Es ist dringend nötig, dass die Mammographie endlich ausgewogener darge-

stellt wird“, so Götzsche: „Die bisherige Praxis ist unethisch. Eine Frau kann nicht rational entscheiden, wenn sie nur etwas über die Vorteile gehört hat.“ Die Debatte über das Verhältnis von Nutzen und Schaden des Screenings betrachten die Cochrane-Wissenschaftler als noch nicht beendet.

Drei deutsche Modellprojekte

Zu einer uneingeschränkt positiven Bewertung der Früherkennungsmethode kommt in Deutschland hingegen der am 17. Oktober vorgelegte Abschlussbericht der Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Deren Träger sind die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die drei deutschen Modellprojekte hätten die Anforderungen der europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung im Mammographie-Screening „erfüllt und teilweise sogar übertroffen“.

Bereits 2001 hatten die Stadt Bremen und die gemischt städtisch/ländliche Region Wiesbaden/Rhein-Taunuskreis ihre Arbeit aufgenommen. In 2003 kam die ländlich geprägte Region Weser-Ems hinzu. Insgesamt haben sich von 2001 bis

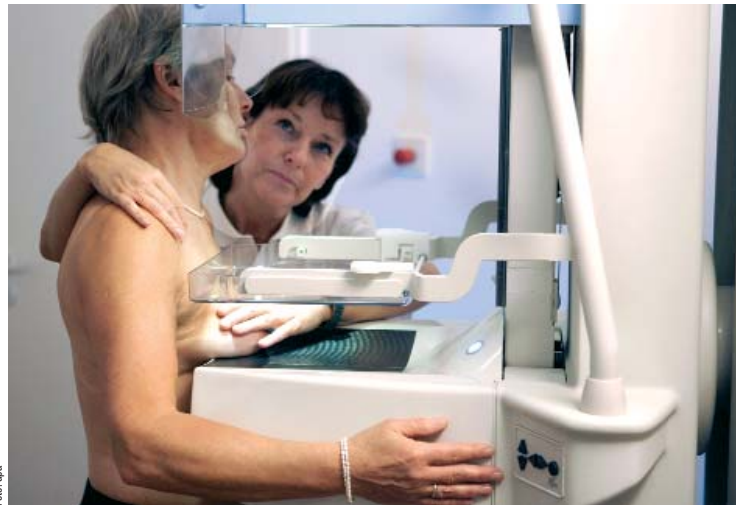


Foto: oiga

2004 rund 104 000 Frauen mammographieren lassen. Damit nahmen 59 Prozent aller angeschriebenen Frauen in den Modellregionen teil.

Den höchsten Zuspruch erreichte mit 67 Prozent die Region Weser-Ems. Hier kam eine mobile Mammographie-Einheit zum Einsatz. „In den drei Modellregionen konnten bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen sehr gute Ergebnisse sowohl im Hinblick auf die Prozess- als auch die Ergebnisqualität erzielt werden“, heißt es in dem Bericht.

Mammographie-Strahlendosis:

Bei Verwendung moderner Geräte und Technik beträgt die mittlere Dosis im Brustgewebe etwa 0,2 bis 0,3 Milli-Sievert (mSv). Zum Vergleich: Die natürliche Strahlung erreicht im Durchschnitt Werte von etwa 2,1 mSv pro Jahr.

So lag in der Region Bremen die Brustkrebs-Entdeckungsrate bei 8,7 pro 1 000 Frauen im Erst-Screening. In der Region Wiesbaden erreichte man eine Rate von 9,4 und in der Weser-Ems-Region von 8,3. Damit wurde der von den EU-Richtlinien vorgegebene Schwellenwert von 7,5 im Erst-Screening in allen drei Modellregionen übertroffen.

Auch der Anteil der Karzinome, die in einem frühen Stadium von unter 15 Millimetern Durchmesser entdeckt wurden, liegt mit 64 Prozent über dem EU-Richtwert von 50 Prozent. Die In-situ-Karzinome haben einen Anteil an allen Karzinomen von rund 20 Prozent. Zudem waren bei mehr als 80 Prozent der entdeckten Karzinome die Lymphknoten nicht befallen.

Fazit des Berichtes: „Die Zahlen lassen den Schluss zu, dass Mammographie-Screening in Deutschland langfristig die Brustkrebsmortalität in der Zielbevölkerung senken wird.“ Der Abschlussbericht bestätige den im Jahr 2002 eingeschlagenen Weg der flächendeckenden Einführung des Mammographie-Screenings.

Dieses Ziel wird jedoch frühestens Ende 2007 erreicht sein. Für eine flächendeckende Versorgung werden hierzulande 80 bis 100 Mammographie-Screening-Einheiten gebraucht – wobei ein stationärer wie auch ein mobiler Einsatz möglich ist. Derzeit stehen erst 25 Einheiten zur Verfügung. ■

Dr. med. Vera Zylka-Menhorn
Rüdiger Meyer

EU FÜR BESSERE BRUSTKREBSVERSORGUNG

Das Europaparlament hat fraktionsübergreifend an die EU-Staaten appelliert, für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ein „flächendeckendes Mammographie-Screening einzuführen“. Die Reihenuntersuchungen müssten jedoch „europäischen Qualitätskriterien entsprechen“, so die Forderung aus Brüssel. Das Programm wird bisher flächendeckend nur in elf von 25 EU-Staaten durchgeführt. Doch nur die wenigsten halten dabei alle Qualitätsregeln ein. In einer 20 Punkte umfassenden Entschließung forderte das Parlament eine bessere Informations- und Berichtspolitik, die europaweite Einrichtung von nach EU-Leitlinien zertifizierten Brustkrebszentren bis 2016, eine bessere Präventionsforschung unter Einbeziehung schädlicher Chemikalien, Umweltbelastungen und anderer Einflüsse, die Förderung der beruflichen Integration kranker Frauen sowie die Entwicklung neuer Therapien.

Das ist ein ehrgeiziger Plan. Denn ein am 19. Oktober in Brüssel veröffentlichter Bericht über Krebsversorgung in Europa zeigt auf, dass der Leistungsumfang in Ländern und Regionen sehr

unterschiedlich ist. Danach haben Patienten aus niedrigeren sozioökonomischen Bevölkerungsschichten und aus ländlichen Gebieten in begrenzterem Maß Zugang zu hochwertigen Behandlungen. Der Bericht, verfasst von Rifat Atun, Professor für internationales Gesundheitsmanagement am Londoner Imperial College, kommt zu dem Schluss, dass die Überlebensraten weit unter der Zahl liegen, die erreicht werden könnte.

Wie lange ein Krebspatient in Europa überlebt, hängt auch davon ab, wo er lebt. Die 5-Jahres-Überlebensrate in einzelnen EU-Ländern schwankt erheblich, um bis zu 27 Prozent. „Zudem gibt es ein klares West-Ost-Gefälle“, sagte Atun in Brüssel. Als ein wesentlicher Grund für die unterschiedlichen Überlebenschancen gelten die verschieden hohen Investitionen in die Prävention und Behandlung. In Norwegen beispielsweise betragen die durchschnittlichen Ausgaben für einen Krebspatienten 191 Euro. Das polnische Gesundheitssystem investiert pro Kopf lediglich 34 Euro. Das Ungleichverhältnis spiegelt sich auch in der Bereitstellung innovativer Arzneimittel wider. ps