practica 2019: Kurs 264

iFOBT, PSA, HKS:

Der heilige Gral der Früherkennung... oder doch nicht?

DR. MED. HANNES BLANKENFELD
FACHARZT FÜR INNERE UND ALLGEMEINMEDIZIN. DIABETOLOGE

Dr. med. Hannes Blankenfeld

Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin

seit 01/2009 Niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in München
seit 01/2019 in einer Gemeinschaftspraxis

Master of Public Health (LMU München)

2004-06 berufsbegleitendes Masterstudium an der LMU München

Interessenskonflikte

- Halten Sie Geschäftsanteile, Aktien mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft? **Nein**
- Haben Sie Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Lizenz)? **Nein**
- Unterhalten Sie persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Partner dort angestellt)? **Nein**
- Erhalten Sie Honorare für Berater- bzw. Gutachtertätigkeit außerhalb der Aufgaben im Rahmen der üblichen patientenspezifischen Betreuung als Hausarzt/-ärztin oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinprodukte), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung? **Nein**
- Erhalten Sie Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung? **Nein**
- Wurden Ihnen Teilnahmegebühren für einen Kongress oder eine Fortbildungsveranstaltung durch ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft erstattet? **Nein**
- Wurden Ihnen Reise- oder Übernachtungskosten für einen Kongress oder eine Fortbildungsveranstaltung durch ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft erstattet? **Nein**
- Erhielten Sie Honorare für Anwendungsbeobachtungen oder klinische Auftrags-Studien der pharmazeutischen oder Medizin-Geräte-Industrie? **Nein**
- Erhielten Sie Gelder (auch Geräte, Materialien, organisatorische Hilfestellung oder Unterstützung bei der Abfassung von Manuskripten) für ein von Ihnen initiiertes Forschungsvorhaben aus einem Unternehmen der Gesundheitswirtschaft? **Nein**
- Verdienen Sie Ihr Geld mit der klinischen Prozedur, über die Sie Ihre Fortbildung abhalten? **JA, KV-Praxis**

Grundprinzipien Screening

	Ethische Grundprinzipien von Früherkennung
1	Die Behandlung muss einen **NUTZEN** haben
2	Der **natürliche Verlauf der Erkrankung** und die möglichen **Interventionszeitpunkte** mit günstigem Einfluss **müssen bekannt sein**
3	Die Früherkennungsdiagnostik muss **wenig eingreifend** sein
4	Die Krankheit muss ein **relativ häufiges und relevantes Gesundheitsproblem** in der Gesellschaft sein
5	**Aufwand und Nutzen** müssen in einem **günstigen Verhältnis** stehen
6	**Nutzen und Schaden** müssen eine **positive Bilanz** haben
7	Die **Teilnehmer** müssen **VORHER aufgeklärt** werden

nach Abholz/Lerch bzw. WHO 1968: Früherkennung/Screening, Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten, Teil 1, ZFA 1/2010

Screening auf Krebskrankheiten

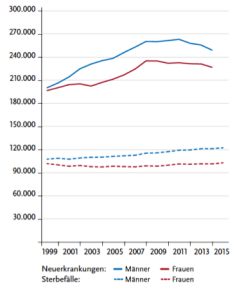
Krebs in Deutschland

- Neuerkrankungen 2014: **476.120** (249.160 ♂ , 226.960 ♀)
- Erkrankungsrate 2014: **ca. 588 / 100.000 Menschen**
- Sterbefälle 2014: **222.972** (121.331 ♂, 101.641 ♀)
- Mittleres Alter bei Diagnose: **69½ Jahre**

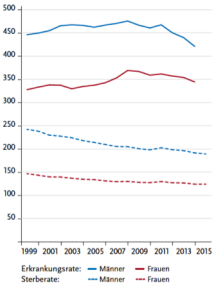
Krebs in Deutschland 2013/2014, 11. Ausgabe 2017, Robert-Koch-Institut

Krebs in Deutschland

Absolute Zahl der Neuerkrankungs- und Sterbefälle, nach Geschlecht, ICD-10 C00–C97 ohne C44, Deutschland 1999–2014/2015



Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, nach Geschlecht, ICD-10 C00–C97 ohne C44, Deutschland 1999–2014/2015, je 100.000 (Europastandard)



7

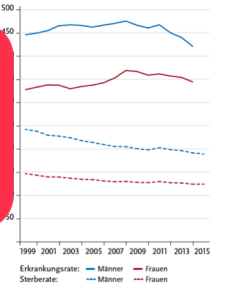
Krebs in Deutschland

Absolute Zahl der Neuerkrankungs- und Sterbefälle, nach Geschlecht, ICD-10 C00–C97 ohne C44, Deutschland 1999–2014/2015

Altersstandardisierung:

Umrechnung der altersabhängigen Erkrankungsraten (Mortalitätsraten) v. d. **tatsächlichen Altersverteilung** auf eine **fiktive gleichbleibende Altersverteilung** (Europa-Standard)

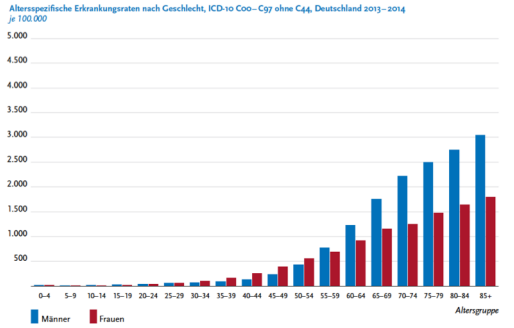
Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, nach Geschlecht, ICD-10 C00–C97 ohne C44, Deutschland 1999–2014/2015, je 100.000 (Europastandard)



8

Krebs in Deutschland

Altersspezifische Erkrankungsraten nach Geschlecht, ICD-10 C00–C97 ohne C44, Deutschland 2013–2014, je 100.000



9

Krebs in Deutschland

2017, Robert-Koch-Institut

Im Jahr 2014 sind nach … gesamt in Deutschland … kungen erstmalig dia… ten bei Männern ca. 2… Erkrankungen auf. … Fälle betreffen Brust… Prostata (57.400) oder … Zwischen 2004 … der Krebsneuerkrank… bei Frauen um 9 % zu… bei Männern, stärker… Veränderungen im … (Zunahme der Zahl … Veränderungen mitt… rücksichtigt werden, … nen Rückgang der Erkrankungsraten um 10 %, bei Frauen einen Anstieg von 3%. Diese gegenläufigen Tendenzen bilden vor allem die unterschiedlichen Trends beim Lungenkrebs und anderen durch das Zigarettenrauchen geförderten Krebskrankheiten zwischen beiden Geschlechtern ab (s. Kap. 3.10).

51 % aller Männer

43% aller Frauen

erkranken im Laufe des Lebens an einer Krebserkrankung

… jeder zweite … Laufe des Le… …en bei Frauen … …nziell früher im Lebenslauf auf. Unter 55-jährige Frauen weisen insgesamt noch höhere Erkrankungsraten für Krebs auf als Männer, danach dreht sich dieses Verhältnis um: bei über 65-jährigen Männern ist das Erkrankungsrisiko fast doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Frauen.

10

Prostatakarzinom – Fakten

- Neuerkrankungen 2014: **57.370**
- Erkrankungsrate 2014: **ca. 145 / 100.000 Männer**
- Sterbefälle 2014: **13.704**
- Mittleres Alter bei Diagnose: **72 Jahre**

Krebs in Deutschland 2013/2014, 11. Ausgabe 2017, Robert-Koch-Institut

11

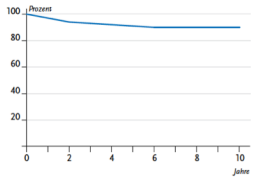
Prostatakarzinom – Entwicklung & Überleben

Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten, ICD-10 C61, Deutschland 1998–2012

Relatives Überleben:

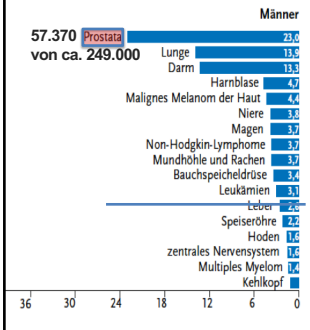
Berücksichtigt, dass nur ein Teil der Sterblichkeit unter Krebspatienten auf Krebs zurückzuführen ist, da eine gewisse Sterblichkeit unter Personen gleichen Alters und Geschlechts auch ohne Krebs, **d.h. aufgrund anderer Erkrankungen** erwartet wird.

Relative Überlebensraten bis 10 Jahre nach Erstdiagnose, ICD-10 C61, Deutschland 2013–2014



12

Prostatakarzinom – neue Fälle



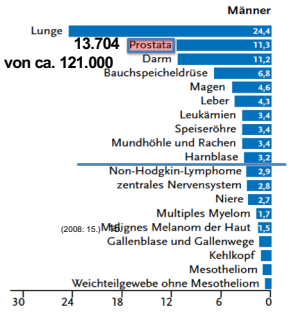
Lebenszeitrisiko an Prostatakrebs zu erkranken: 11,9%

1 von 8 Männern

Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen

Krebs in Deutschland 2013/2014, 11. Ausgabe 2017, Robert-Koch-Institut

Prostatakarzinom – Sterbefälle



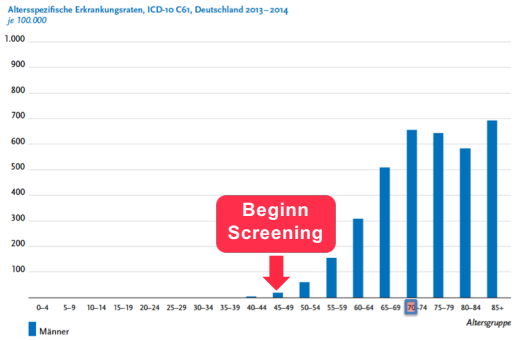
Lebenszeitrisiko an Prostatakrebs zu versterben: 3,3%

1 von 30 Männern

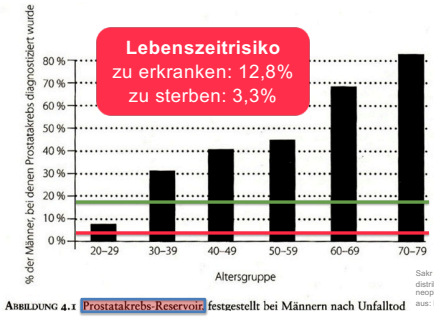
Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen

Krebs in Deutschland 2013/2014, 11. Ausgabe 2017, Robert-Koch-Institut

Prostatakarzinom – Altersvert.



Prostatascreening – Überdiagnose



Sakr WA et al.: „Age and racial distribution of prostatic intraepithelial neoplasia, European Urology 30 (1996) aus: HG Welch „Overdiagnosed" 2011

Abbildung 4.1 Prostatakrebs-Reservoir, festgestellt bei Männern nach Unfalltod

Prostatakarzinom – Kontroverse

Prostatakarzinom – Wird PSA Kassenleistung?

- Antrag seit 29.10.2018 (Patientenvertretung)
- 18.04.2019: Beauftragung des IQWiG zur Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes Prostatafrüherkennung/PSA
- **aktuell: der GBA prüft...**
- Fertigstellung Ergebnisse bis 2.Quartal 2020

THE LANCET

Articles

Quelle (5)

Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomis… (ERSPC) at 13 years

Prof Fritz H Schröder, MD, Prof … Zappa, MD, Vera Nelen, MD, Maciej … Prof Louis J Denis, MD, Prof Franz … Puliti, MSc, Arnauld Villers, MD, Xavi…

Findings—The rate rati… control arms was 1·91 after 9 years (1·64 i… years. The RR of PCa mortality was 0·85, 0·78 and 0·79 at 9, 11 and 13 years respectively (95% confidence interval 13-year 0·69–0·91, p = 0·001). This corresponds to a relative risk reduction of 21% and an absolute risk reduction of death from PCa at 13 years of 0·11 per 1,000 person-years or 1·28 per 1,000 men randomized, which is equivalent to one PCa death averted per 781 men invited for screening or one per 27 additional PCa detected. PCa mortality reduction in screened men after adjustment for non–participation was 27%.

Nutzen:
21-27 % relative Risikoreduktion

19

Prostatascreening – Evidenz

Quelle (5)

- Die **relative Risikoreduktion Prostatakrebsmortalität** beträgt **ca. 20** (– 30) %.
- **Was heißt denn das?**
- **ERSPC Ergebnisse für 10 Jahre** (2014, 13-Jahr-Analyse):

9,6 Karzinome/1000 Männer **+ 55%** **…ventionsgruppe**
6,2 Karzinome/1000 Männer **Kontrollgruppe**

4,3 Prostata-Tote/1000 Männ… **- 21%** **…ventionsgruppe**
5,4 Prostata-Tote/1000 Männer **Kontrollgruppe**

➢ **- 1** … **Männer**

Absolute Risikoreduktion:
1,1 Prostata-Ca-Tote weniger in 10 Jahren auf 1000 Männer

20

Prostatakarzinom – Leitlinie

Version 5.1 – Mai 2019
AWMF-Registernun…
https://tinyurl.com/y…

Leitlinienprogramm Onkologie

…terdisziplinäre Leitlinie der …ualität S3 zur Früherkennung, …agnose und Therapie der ver-…

4.1. PSA u… …ing

Ereignisse	… nach 13 Jahren)	… nach 13 Jahren)	Unterschied
Tod durch Prostatakrebs	49	61	-12
Tod durch alle Ursachen	2100	2100	0
Prostatakrebsdiagnose	1020	680	+ 340

Sterblichkeit am PCa wird leicht gesenkt
Gesamtsterblichkeit ist unbeeinflusst
Deutlich mehr Diagnosen

RR:-20%

Prostatakarzinom – Leitlinie

Version 5.1 – Mai 2019
AWMF-Registernummer: 043/022OL
https://tinyurl.com/yamn6obb

Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Bereich zu Empfehlung 4.1	geprüft 2018
Empfehlungsgrad **A**	Männer, die den Wunsch nach einer Früherkennungsuntersuchung mittels PSA in der Hausarztpraxis nicht von sich aus äußern, sollen darauf nicht aktiv angesprochen werden.
Level of Evidence **4**	Diejenigen Männer, die von sich … gebnisoffen über die Vor- und N… liche Nutzen wie auch die Risike… Zahlen und auch grafisch darge… sitiven und negativen Testergeb…

Kein aktives Ansprechen auf PSA (nötig)
Ergebnisoffene Beratung

Prostatakarzinom – Synopsis Wissen

>> NEWS September 2019

www.tgam.at
TGAM Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin

>> Noch immer stark diskutiert: das PSA-Screening

Im Herbst steht die Überarbeitung der TGAM-Patienteninformation „PSA-Screening" (1) an – auf der Suche nach neuen, evidenzbasierten Daten landet man bei diesem Thema unweigerlich im wissenschaftlichen Disput. Wir möchten Sie mit dem heutigen Newsletter einladen, mitzudenken und mitzudiskutieren: Rückmeldungen sind ausdrücklich erwünscht (debatte@tgam.at)!
Wie wichtig die Sorgfalt beim Erarbeiten von Patienten-Informationen ist, zeigt eine eben veröffentlichte Arbeit eines Teams der Medizinischen Hochschule Hannover zur Qualität schriftlicher Gesundheitsinformationen zum PSA-Screening (2) in Deutschland, das Fazit: Die Mehrzahl der Info-Materialien beschreibt die Vor- und Nachteile von PSA-basierten Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich Überdiagnosen, jedoch mangelt es häufig an Ausgewogenheit, Neutralität und konkreten Zahlen. Im Detail fanden sich bei den bewerteten 14 Informationsmaterialien:

https://tgam.at

Prostatakarzinom – Patienteninfo

gesundheitsinformation.de
Herausgeber: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

https://tinyurl.com/y94htcme

Früherkennung

Der PSA-Test zur Früherkennung

- Der PSA-Test zur Früherkennung
- Was sagt der PSA-Wert aus?
- Welche Probleme können bei einer Gewebeentnahme (Biopsie) auftreten?
- Wann wird eine Biopsie empfohlen?
- Was zeigen Studien zu den Vor- und Nachteilen des PSA-Tests?
- Der PSA-Test in Zahlen: Welche Ergebnisse sind zu erwarten?
- Wie groß sind Nutzen und Schaden der PSA-Früherkennung?
- Sich entscheiden

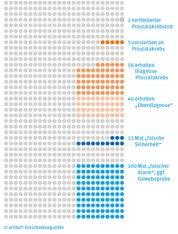
Prostatakrebs

2019-9

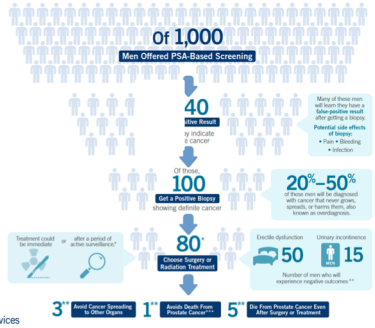
Prostatakarzinom – Patienteninfo

Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

https://tinyurl.com/ycoy5yxx



Prostatakarzinom – Patienteninfo US



Prostatascreening – Überdiagnose

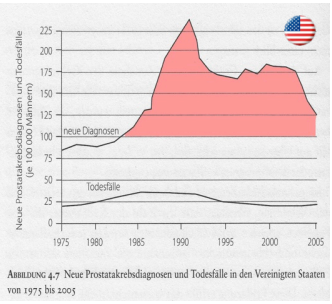
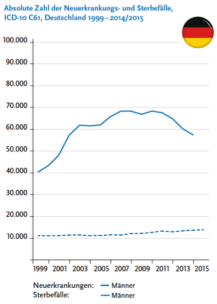


Abbildung 4.7 Neue Prostatakrebsdiagnosen und Todesfälle in den Vereinigten Staaten von 1975 bis 2005

Daten SEER, USA; aus: HG Welch „Overdiagnosed" 2011



Krebs in Deutschland 2013/2014, RKI 2017

27

TAKE HOME

- Das Prostatakarzinom **ist häufig**
- Die **Sterblichkeit** ist relativ **niedrig**
- **Evidenz bisher:**
  PSA-Screening senkt die **Sterblichkeit** am Prostatakarzinom **leicht**
- Die **Gesamtsterblichkeit**
  bleibt gleich

2019-9

TAKE HOME

- Das PSA-Screening führt auch zu einer **Überdiagnose und Übertherapie**
- Screening **ohne vorherige, ausgewogene Aufklärung** ist problematisch
- **Gute Patienteninformationen**
  sind für die gemeinsame Entscheidungsfindung nötig

2019-9

Die „schlechte Nachricht"

- Wenn Menschen **sachlich** über Sinn und Unsinn einer medizinischen Untersuchung **informiert** werden, fühlen sie sich oft nur **in ihrer bestehenden Ansicht bestätigt**.
- **Die Teilnahmeraten am Prostatakrebs-screening ändern sich nach Aufklärung nicht.**

Taylor KL et al., Decision Making in Prostate Cancer Screening Using Decision Aids vs Usual Care, JAMA Intern Med. Published online July 29, 2013. doi:10.1001/jamainternmed.2013.9253

30

Hautkrebs-Screening

>10 JAHRE HKS

"Hautkrebs ist wohl ei… unterschätzten Krebserkra… in Deutschland. Offensichtlich sind sich viele Bundesbürger der Gefahr von UV-Strahlung nicht bewusst."

„Hautkrebsscreening für alle!"
(ohne Altersbeschränkung)

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
stellv. Vorstandsvorsitzender BARMER (bis 2014)
geboren 1953

31

RP ONLINE 2014

tagesschau.de

Hautkrebsrate steigt rasant

BARMER GEK:

Wegen des Auftretens von Hautkrebs bei Menschen < 35 LJ wurde das HKS auch auf Jüngere ausgedehnt („Hautcheck").
(das aber nur bei Dermatologen)

32

Techniker Krankenkasse

2015

0800 - 285 85 85

Ich dreh durch!

Wenn er mich in den Nacken küsst. Schmetterlinge im Bauch, Herzklopfen, Gänsehaut. Das volle Programm. Er liebt es einfach: dieses kleine herzförmige Muttermal. Und ich liebe es auch. Denn seit dem kostenlosen Hautkrebs-Screening weiß ich, dass damit alles in Ordnung ist.

Gesundheit ist alles. Deshalb die Techniker.

Jetzt Mitglied werden

Hautkrebs-Screening
Immer häufiger erkranken auch junge Menschen an Hautkrebs. Daher können TK-Versicherte ab 20 Jahren an einem Hautkrebs-Screening teilnehmen.

TK-ZweitmeinungsTelefon
Habe ich alles richtig verstanden? Häufig bleiben Fragen nach einem Arztbesuch offen. In dieser Situation unterstützt Sie das TK-ZweitmeinungsTelefon.

Weitere Vorteile der TK
Gesundheit ist alles. Deshalb informieren Sie sich über die Vorteile der Techniker.

33

BARMER GEK **2017/18**

Leistungen & Beratung | Versicherung & Beiträge | Mitglied werden | Meine BARMER GEK

Haut-Check

Versicherte der BARMER GEK unter 35 Jahren genießen noch mehr Leistung bei der Früherkennung von Hautkrebs: Sie erhalten kostenfrei einen so genannten Haut-Check in fast allen Regionen Deutschlands.

Nahezu bundesweit können jüngere Versicherte bis zum Alter von 34 Jahren den Haut-Check alle zwei Jahre in Anspruch nehmen. Der Haut-Check dient der Erkennung von Hautkrebs in einem frühen Stadium und der frühzeitigen Einleitung einer Behandlung. Die Versicherten werden neben der ärztlichen Untersuchung über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen informiert. Den Haut-Check führen Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Dermatologen durch.

Der Haut-Check für Versicherte der BARMER GEK beinhaltet:

- ausführliche Anamnese
- Gesamthautuntersuchung, in den meisten Regionen mit Auflichtmikroskopie
- Beratung, insbesondere über das individuelle Risikoprofil, Hinweis auf Vermeidung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen
- gezielte Diagnostik

Das Hautkrebs-Screening als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse gibt es erst ab 35!

Verwandte Themen
Hautkrebs-Screening
Krebsfrüherkennung

Diese Seite
Drucken
Teilen auf Facebook
Teilen auf Twitter
Teilen auf Google+

34

Hautkrebsscreening: offiziell

Deutsche Krebshilfe

Gesund bleiben kann man nicht früh genug!

Hautkrebs ist die weltweit am häufigsten auftretende Krebserkrankung. Nach einer aktuellen Hochrechnung des Krebsregisters Schleswig-Holstein erkrankten im Jahr 2012 allein in Deutschland etwa 264.000 Personen neu daran. Die Tendenz ist steigend - in Deutschland und auch weltweit

Prävention
Service
Über uns

Seitenabruf 24.10.2019

Bauchkrebs ist häufiger!
(Darm, Magen, Leber, Pankreas, Niere...)

35

ARBEITSGEMEINSCHAFT DERMATOLOGISCHE PRÄVENTION

Hautkrebs ist die weltweit am häufigsten auftretende Krebserkrankung. Etwa jeder Vierte erkrankt hierzulande bis zum Alter von 75 Jahren an

290.000 x Hautkrebs / Jahr
36.400 maligne Melanome
3.000 Melanom-Tote

Home
Aktuelles
Wir über uns
Unsere Haut
Sonne
Lebenswelten
Früherkennung
Solarium

Willkommen bei der

Seitenabruf 22.10.2018

Stimmt das?

Das auch als „Schwarzer Hautkrebs" bekannte maligne Melanom ist der bösartigste Hauttumor, weil er häufig Tochtergeschwülste (Metastasen) bildet. In Deutschland erkranken jedes Jahr etwa 36.400 Menschen neu. Die Zahl der Melanompatienten verdoppelt sich derzeit alle zehn Jahre. Über 3.000 Menschen sterben jährlich an dieser Krankheit.

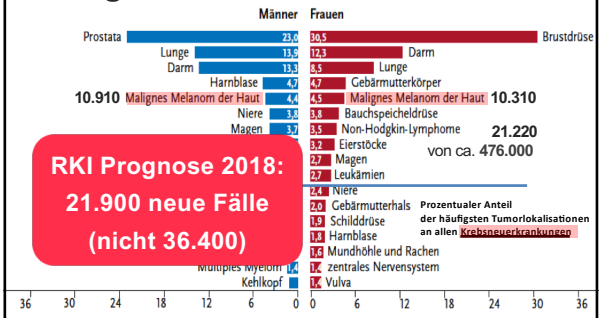
36

Malignes Melanom – Fakten

- Neuerkrankungen 2014: **21.220** (10.910 ♂ , 10.310 ♀)
- Erkrankungsrate 2014: **ca. 19 / 100.000 Menschen**
- Sterbefälle 2014: **3.074** (1.804 ♂, 1.270 ♀)
- Mittleres Alter bei Diagnose: 67 Jahre ♂, 60 Jahre ♀

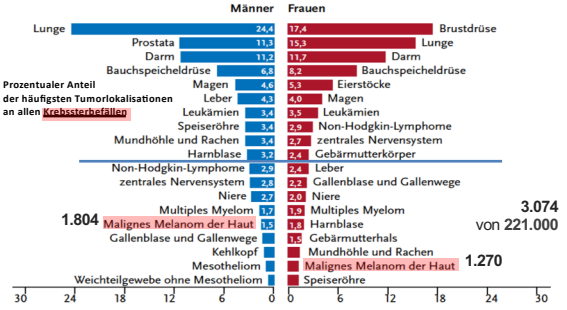
Krebs in Deutschland 2013/2014, 11. Ausgabe 2017, Robert-Koch-Institut

Malignes Melanom – neue Fälle



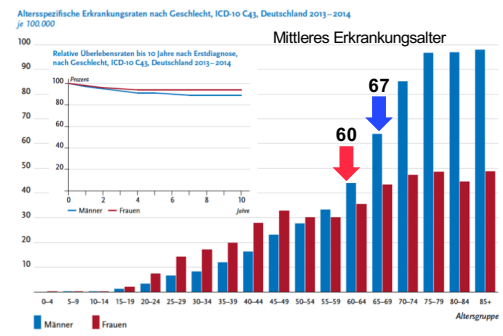
Krebs in Deutschland 2014/2014, 11. Ausgabe 2017, Robert-Koch-Institut

Malignes Melanom – Sterbefälle

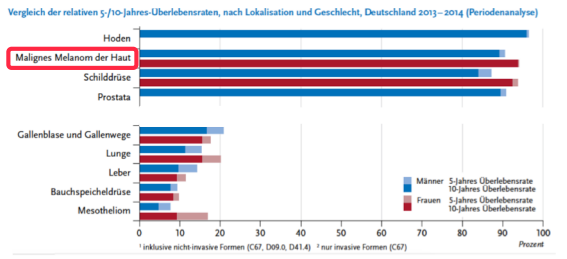


Krebs in Deutschland 2014/2014, 11. Ausgabe 2017, Robert-Koch-Institut

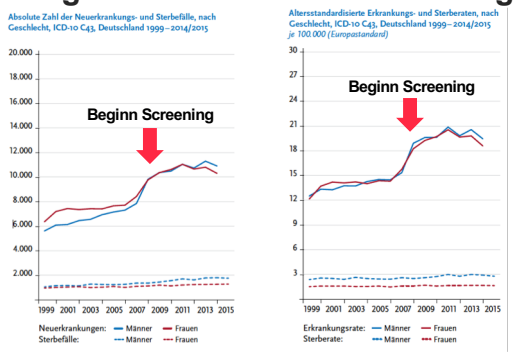
Malignes Melanom – Alter



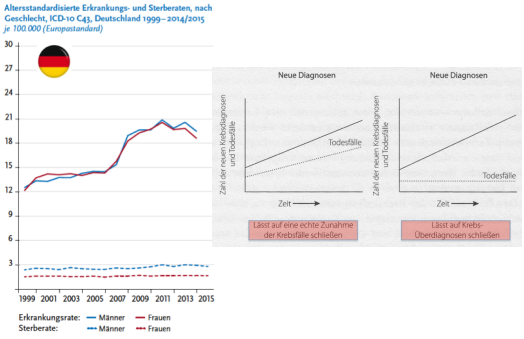
Malignes Melanom – 10-J-ÜR



Malignes Melanom - Entwicklung



Melanom – Überdiagnose?



Melanom – Überdiagnose?

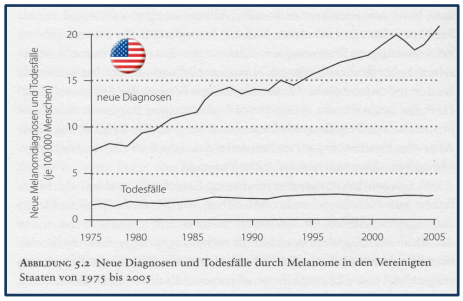


Abbildung 5.2 Neue Diagnosen und Todesfälle durch Melanome in den Vereinigten Staaten von 1975 bis 2005

aus: HG Welch „Overdiagnosed" 2011, „Die Diagnosefalle", RIVA-Verlag 2013

Melanom – Screening

U.S. Preventive Services TASK FORCE

Skin Cancer: Screening

Release Date: July 2016

Recommendation Summary

Population	Recommendation	Grade (What's This?)
Asymptomatic adults	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of visual skin examination by a clinician to screen for skin cancer in adults.	I

Malignes Melanom – Screening

- Das maligne Melanom ist **relativ häufig** (an 5. Stelle aller Krebs-Neudiagnosen)
- aber die **Sterblichkeit** ist **sehr niedrig**
- **Wir wissen nicht**, **ob (überhaupt) und wie viel Nutzen** das Screening bringt. Wir wissen, dass es die **Diagnoseraten** erheblich steigert!

Malignes Melanom – Screening

- Bislang lässt sich **kein Nutzen (Reduktion der Mortalität)** zeigen
- **Wir wissen nicht**, **wie viel Schaden** das Screening bringt (Überdiagnosen, Falsch positiv Befunde...)
- Es gibt **kein anderes Land** auf der Welt, das ein **bevölkerungsbasiertes** Hautkrebs-Screening durchführt!

Brustkrebs-Screening

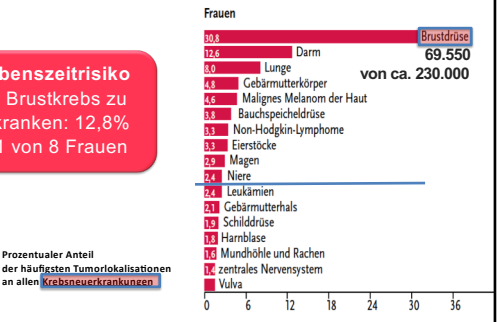
“Wenn eine Frau keine Mammographie machen lässt, muss sie sich mehr als die Brüste untersuchen lassen!“

Alte Anzeige der amerikanischen Krebsgesellschaft

Brustkrebs – Neue Fälle

Lebenszeitrisiko an Brustkrebs zu erkranken: 12,8% = 1 von 8 Frauen

Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen

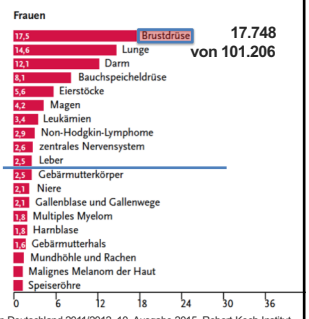


Krebs in Deutschland 2011/2012, 10. Ausgabe 2015, Robert-Koch-Institut

Brustkrebs - Sterbefälle

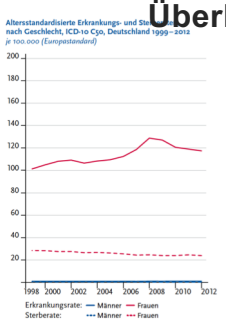
Lebenszeitrisiko an Brustkrebs zu sterben: 12,8% = 1 von 29 Frauen

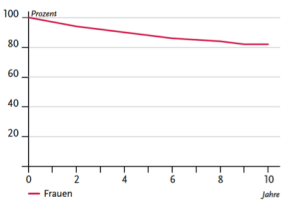
Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen



Krebs in Deutschland 2011/2012, 10. Ausgabe 2015, Robert-Koch-Institut

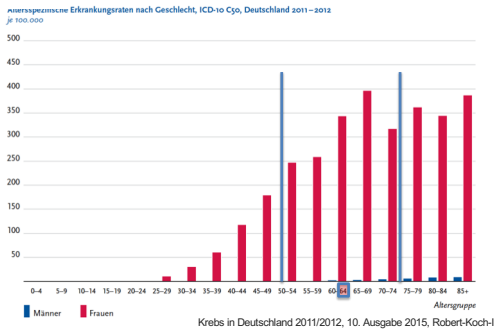
Brustkrebs - Entwicklung und Überleben





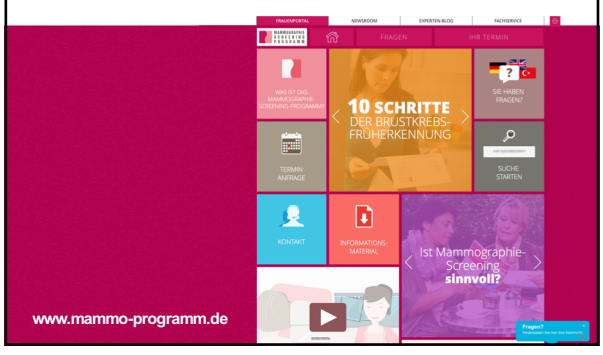
Krebs in Deutschland 2011/2012, 10. Ausgabe 2015, Robert-Koch-Institut

Brustkrebs - Altersverteilung



Krebs in Deutschland 2011/2012, 10. Ausgabe 2015, Robert-Koch-Institut

Brustkrebs - Aufklärung



Brustkrebs - Aufklärung

Gemeinsamer Bundesausschuss

MAMMOGRAPHIE-SCREENING
Eine Entscheidungshilfe

Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren

WIE HÄUFIG IST BRUSTKREBS?

Die Häufigkeit von Brustkrebs ist vor allem abhängig vom Alter. Die folgende Tabelle soll das Risiko verdeutlichen: Sie zeigt, wie viele von 1000 Frauen im angegebenen Alter in den nächsten 10 Jahren an Brustkrebs erkranken und wie viele daran sterben:

Alter	Wie viele Frauen bekommen in den nächsten 10 Jahren Brustkrebs?	Wie viele Frauen sterben in den nächsten 10 Jahren an Brustkrebs?
50 Jahre	25 von 1000	4 von 1000
60 Jahre	36 von 1000	7 von 1000
70 Jahre	34 von 1000	10 von 1000

Im Laufe des Lebens sterben etwa 35 von 1000 Frauen an Brustkrebs.

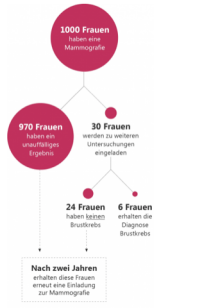
55

Brustkrebs - Aufklärung

Gemeinsamer Bundesausschuss

Informationen zum MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren



Auf einen Blick: Was geschieht, wenn 1000 Frauen untersucht werden?

56

Brustkrebs - Aufklärung

Gemeinsamer Bundesausschuss

MAMMOGRAPHIE-SCREENING
Eine Entscheidungshilfe

Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren

Ein wichtiger Vorteil: Bessere Heilungschancen. Die Mammographie kann Brustkrebs im Frühstadium entdecken. Dadurch sinkt das Risiko, an Brustkrebs zu sterben.

Ein wichtiger Nachteil: Risiko von Überdiagnosen. Die Mammographie kann zu unnötigen Brustkrebsdiagnosen führen. Diese können unnötige Behandlungen wie Operationen und Bestrahlungen zur Folge haben.

57

Brustkrebs - Aufklärung

Gemeinsamer Bundesausschuss

MAMMOGRAPHIE-SCREENING
Eine Entscheidungshilfe

Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren

IN ZAHLEN: HEILUNGSCHANCEN

Diese Seite fasst zusammen, welche Heilungschancen Frauen in etwa erwarten können, wenn sie regelmäßig am Mammographie-F

WENN 1000 FRAUEN AM MAMMOGRAPHIE-PROGRAMM ...

	Wie viele Frauen sterben an Brustkrebs?
... nicht teilnehmen	19
... teilnehmen	13 bis 17

Das heißt: Von 1000 Frauen ...

Das sind Schätzungen für 20 Jahre Screening.

Die Studiendaten beobachten bis etwa 11 Jahre nach

58

Brustkrebs - Aufklärung

Gemeinsamer Bundesausschuss

MAMMOGRAPHIE-SCREENING
Eine Entscheidungshilfe

Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren

IN ZAHLEN: RISIKO VON ÜBERDIA

Diese Seite fasst zusammen, wie viele Überdiagnose erhalten, wenn sie zwisch regelmäßig am Mammographie-Progra

WENN 1000 FRAUEN AM MAMMOGRAPHIE-PROGRAMM ...

	Wie viele Frauen erhalten eine Brustkrebsdiagnose?
... nicht teilnehmen	47 bis 50
... teilnehmen	59

Das heißt: Von 1000 Frauen ...

... erhalten etwa 9 bis 12 Frauen eine Überdiagnose

59

Brustkrebs - Aufklärung

Brustkrebs-Früherkennung
durch das Mammographie-Screening

HARDING-ZENTRUM FÜR RISIKOKOMPETENZ

Die Zahlen stehen für Frauen ab 50 Jahren*, die etwa 11 Jahre am Mammographie-Screening teilgenommen oder nicht teilgenommen haben.

	1.000 Frauen ohne Mammographie-Screening	1.000 Frauen mit Mammographie-Screening
Nutzen		
Wie viele Frauen starben an Brustkrebs?	5	4
Wie viele Frauen starben insgesamt an Krebs?	22	22
Schaden		
Wie viele Frauen erhielten fälschlicherweise ein positives Ergebnis und hatten unnötige Untersuchungen oder eine Gewebeentnahme (Biopsie)?	-	100
Bei wie vielen Frauen mit nicht fortschreitendem Brustkrebs wurde die Brustdrüse unnötigerweise teilweise oder vollständig entfernt?	-	5

*Einige Studien bezogen sich auf Frauen ab 40 Jahren; diese Daten wurden auch eingeschlossen.

Kurz zusammengefasst: Mittels Mammographie-Screening konnte 1 von je 1.000 Frauen vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt werden. Dies hatte jedoch keinen Einfluss auf die Gesamtzahl an Frauen, die an Krebs starben. Von allen Frauen, die an dem Screening teilnahmen, wurden einige mit nicht fortschreitendem Krebs diagnostiziert und unnötig behandelt.

Quellen: [1] Gøtzsche & Jørgensen. Cochrane Database Syst Rev 2013(6):CD001877.

Letzte Aktualisierung: Oktober 2019 www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen

60

Brustkrebs-Screening - Nutzen

thebmj

BMJ 2016;355:i5544 doi: 10.1136/bmj.i5544 (Published 13 October 2016) Page 1 of 1

Reduction in breast cancer deaths is due to treatment not screening, finds study

Susan Mayor

London

The fall in breast cancer mortality seen after widespread mammography screening was introduced in the US was mainly due to improved systemic therapy and not earlier detection of tumours, a comparison of national cancer data before and after the introduction of screening programmes has shown.

Researchers analysed data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results population based cancer registry programme

"Women were more likely to have breast cancer that was overdiagnosed than to have earlier detection of a tumour that was destined to become large," said the researchers, led by Gilbert Welch, from the Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, in Lebanon, New Hampshire. They added, "The magnitude of overdiagnosis is larger than is generally recognised."

Welch HG, et al. Breast cancer tumor size, overdiagnosis and mammography screening effectiveness. N Engl J Med 2016;published online 12 October. doi:10.1056/NEJMoa1600249.

Screening auf Krebskrankheiten

Zusammenfassende Gedanken

Nutzen von Screening

	Mortalitätsrate (in %, 10 Jahre Screening)		Nutzen		
Krebsart	**Screening**	**Kein Screening**	**Relativ**	**Absolut**	**NNS**
Brustdrüse	0,16	0,23	31 %	0,07	**1.428**
Dickdarm (FOBT)	0,45	0,68	34 %	0,23	**434**
Melanom (postuliert)	0,01	0,02	50 %	0,01	**10.000**
Prostata (PSA)	0,43	0,54	ca. 20 %	0,11	**900**
Cervix (kalkuliert)	0,04	0,08	50 %	0,04	**2.500**

nach Abholz/Lerch: Früherkennung/Screening, Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten, Teil 2, ZFA 2/2010

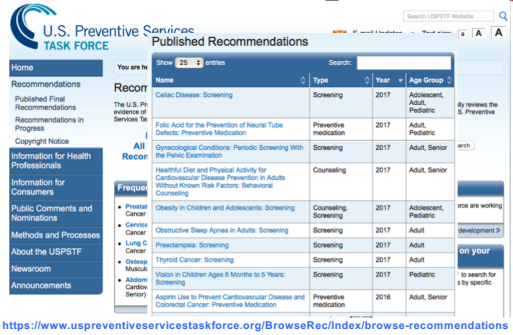
Nutzen von Screening

Mit Beleg von Evidenz	Ohne Beleg, wenn auch naheliegend	Ohne Beleg	Kein Nutzen
iFOBT	Cervixkarzinom	Hautkrebsscreening	Hautkrebsscreening
Mammografie	Koloskopie auf Kolonkarzinom	DRU auf Prostatakarzinom	DRU auf Prostatakarzinom
Bauchaorten-aneurysma		Glaukomscreening	Ovarialkarzinom
PSA auf Prostatakarzinom			Röntgen und Sputum auf Bronchialkarzinom

GKV-Screening
(noch) kein GKV-Screening
FOBT = Test auf fäkales okkultes Blut
DRU = digital rektale Untersuchung

modifiziert nach Abholz/Lerch: Früherkennung/Screening, Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten, Teil 2, ZFA 2/2010

Nutzen von Screening - Infos



https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index/browse-recommendations

Schlussgedanken 1

- **Wir können keine Todesfälle verhindern.** Wir verschieben Todesarten
- **„Früh“** ist manchmal gut, aber **nicht** immer **unbedingt besser**
- Screening **kann nutzen**, es **schadet aber auch auf jeden Fall**. Die Bilanz ist oft unklar
- Es gibt viele **„Überzeugungstäter“** (Ärzte, Krankenkassen, Politik, Betroffene, Medien...)

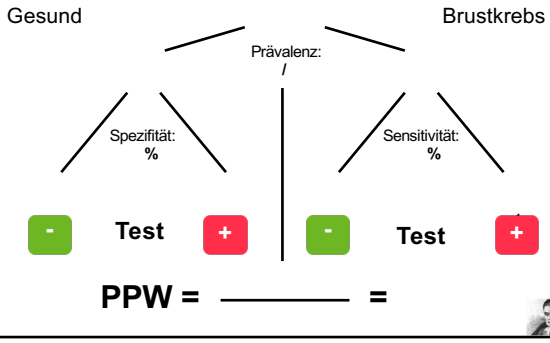
Schlussgedanken 2

- Screening ist z.T. von **starken kommerziellen Interessen** beeinflusst
- **Screening verursacht Kosten**, es spart keine Kosten!
- **Mehr Diagnosen** bedeuten **nicht unbedingt mehr Gesundheit**
- **Screening führt zur Überdiagnosen!** Dies führt zu mehr Screening...

Schlussgedanken 3

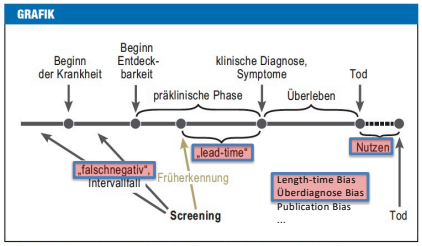
- Und wenn das alles so ernüchternd ist, was dann?
- Wir brauchen gutes/besseres **INFOMATERIAL**
- Wir brauchen ein **BESSERES SCREENING**
  - Kein Bevölkerungsbasiertes Screening, sondern gestaffeltes Screening/risikoadaptiertes Screening (wie z.B. iFOBT erst dann Koloskopie)
  - Screening von Risikogruppen
  - Bessere Screening-Studien

Positiv prädiktiver Wert



PPW = ——— **=**

Wer noch mehr wissen will…



Prinzip des Screenings; „lead-time"= Zeit, um die die Diagnose durch Früherkennung vorgezogen wird (Aus: Spix C, et al.: Lead-time and overdiagnosis estimation in neuroblastoma screening. Statist Med 2003; 22: 2877–92. Abdruck mit freundlicher Genehmigung John Wiley & Sons, Ltd.

Screening - Teil 19 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen - Deutsches Ärzteblatt | Heft 21 | 25. Mai 2012