



DGGG e.V. • Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

[gesundheitsinformation@iqwig.de](mailto:gesundheitsinformation@iqwig.de)

[cc/s-iqwig@awmf.org](mailto:cc/s-iqwig@awmf.org)

cc/ Frau Prof. Birgit Seelbach-Göbel, Frau Fragale, Frau Nioduschewski

cc/ Frau PD Dr. Katharina Heusinger

Per Mail

**Präsidentin**

Prof. Dr. med. Birgit Seelbach-Göbel

Direktorin  
Geburtshilfe  
Klinik für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe  
Universität Regensburg – St. Hedwig

Repräsentanz der DGGG und  
Fachgesellschaften  
Hausvogteiplatz 12  
D – 10117 Berlin  
Telefon: +49 (0) 30 514883333  
Telefax: +49 (0) 30 51488344  
info@dggg.de  
www.dggg.de

**DGGG-Stellungnahmensekretariat**

Frauenklinik  
Universitätsklinikum Erlangen  
Universitätsstraße 21-23  
91054 Erlangen  
Telefon: +49 (0) 9131-85-44063  
+49 (0) 9131-85-33507  
Telefax: +49 (0) 9131-85-33951  
E-Mail: [fk-dggg-stellungnahmen@uk-erlangen.de](mailto:fk-dggg-stellungnahmen@uk-erlangen.de)  
[www.frauenklinik-uk-erlangen.de](http://www.frauenklinik-uk-erlangen.de)

03.01.2017

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)**

**zum Thema - Mehr Wissen "Brustdichte"**

Die Stellungnahme des IQWiG zur Brustdichte als „Mehr Wissen“-Text soll, wie in der Präambel dargestellt den Bürgerinnen allgemeinverständliche Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung bereitstellen.

Bei der Darstellung zur Brustdichte entsteht aufgrund der Didaktik und der Reihenfolge der Darstellung der Eindruck, dass über die Brustdichte wegen des erhöhten Risikos informiert werden muss und dass die Problematik in der Diagnostik sekundär ist. Jedoch ist die mammografische Dichte bislang in keinsten Weise wegen des Brustkrebsrisikos in die Krankenversorgung mit einbezogen worden. Die Aktualität der Diskussion entsteht wegen der Daten zur niedrigeren Sensitivität der Mammografie [1]. Anschließend an die Feststellung einer niedrigeren Sensitivität entsteht die Frage nach weiterer Diagnostik, insbesondere, weil diese Frauen ein erhöhtes Brustkrebsrisiko haben. Wir empfehlen, dies bei der Darstellung zu berücksichtigen und der Leserin/dem Leser klarzumachen, warum über Brustdichte berichtet werden sollte.

Im Folgenden werden wir auf die einzelnen Kapitel eingehen.

„Wie wird die Brustdichte beurteilt“

Die Bestimmung der Brustdichte durch Ultraschall oder MRT oder z.B. Tumorsynthese (nicht im Text erwähnt) ist experimentell und wissenschaftlich. Alle reliablen Daten zur Sensitivität und Spezifität und der mammografischen Dichte oder des Brustkrebsrisikos beziehen sich auf die



Mammografie. Die Darstellung, dass mit dem Ultraschall oder der MRT Untersuchung die Brustdichte bestimmt werden könnte, wird Patientinnen und Ärzte gleichermaßen verunsichern.

„Wie wird die Brustdichte eingeteilt?“

Die Kategorisierung entspricht dem BIRADS Atlas von 2003 (4. Auflage), in der Auflage von 2013 (5. Auflage) orientiert sich die Einteilung nach der Wahrscheinlichkeit, dass Befunde in der Mammografie übersehen werden können [2]. In diesem Kapitel sollte darauf hingewiesen werden, dass diese Einteilung an der Mammografie erfolgt, damit nicht der Eindruck entsteht, dass dies anhand einer Ultraschalluntersuchung oder einer MRT Untersuchung erfolgen kann. In der Regel werden die Kategorien als „Kategorien“ und nicht als „Stufen“ bezeichnet.

„Welche Bedeutung hat eine hohe Brustdichte?“

Im Text steht, dass Frauen mit einer hohen Brustdichte kein erhöhtes Risiko haben an Brustkrebs zu sterben. Die korrekte Ausdrucksweise wäre, dass Frauen, die mit einer hohen Brustdichte erkranken kein höheres Risiko haben an Brustkrebs zu sterben als Frauen, die mit einer niedrigen Dichte erkranken. Unklar ist, ob eine gleich große Gruppe an Frauen mit einer hohen Dichte nicht doch ein erhöhtes Risiko hat, an Brustkrebs zu sterben als eine gleich große Gruppe an Frauen mit einer niedrigen Brustdichte [3, 4].

„Sind bei hoher Brustdichte zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen sinnvoll?“

Ob mit einer Mammografie die „meisten“ Brustkrebstumore entdeckt werden ist eine subjektive Darstellung. Wird eine Sensitivität von 60-80% von den meisten Frauen als zufriedenstellend wahrgenommen, so dass diese mit einer Darstellung ohne Nennung von Zahlen mit der Interpretation einverstanden wären?

Wir empfehlen die Entdeckungsraten im Mammografie-Screening für Frauen mit hoher und niedriger Brustdichte zu nennen.

Ob eine zusätzliche Untersuchung Sorgen bereitet sollte von den Frauen selber entschieden werden. Eine intentionale Darstellung von Sorgen und Nöten sollte im Text vermieden werden. Vielmehr sollte der Sachverhalt dargestellt werden, so dass sich die Frauen selbständig Gedanken über Sorgen und Nöte machen können.

Für die Intervallkarzinome, die in dichten Brüsten entdeckt werden, konnte zumindest in einer Studie nachgewiesen werden, dass sie mit einer schlechteren Prognose verbunden sind. Der verallgemeinernde Satz „Zusätzliche Untersuchungen können aber auch zu Überdiagnosen führen. Damit ist die Diagnose und Behandlung von Tumoren gemeint, die ohne die Untersuchung ein Leben lang nicht aufgefallen wären – zum Beispiel, weil sie nicht weiter gewachsen wären und keine Beschwerden verursacht hätten.“ mag also für diese Tumore nicht zutreffen [4].

Der letzte Satz wird von uns als sehr problematisch angesehen. Die Mitteilung der mammografischen Dichte erfolgt wegen immens schlechter Sensitivitätsraten bei hoher Dichte über die die Frauen informiert werden könnten, um zusammen mit dem Arzt eine gemeinsame



Entscheidung zu treffen, was individuell für die Frauen getan werden kann. Er spiegelt in keinster Weise die aktuelle Diskussion wider.

Literatur:

1. Lerner DL, US Food and Drug Administration. Breast Tissue Density, Cancer Risk, and State Patient Notification Laws.  
<http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Radiation-EmittingProducts/NationalMammographyQualityAssuranceAdvisoryCommittee/UCM520372.pdf> 2016.
2. American College of Radiology. ACR BI-RADS Atlas 5 Edition Changes.  
<https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PDF/QualitySafety/Resources/BIRADS/BIRADS%20V5%20Changes> 2014.
3. Gierach GL, Ichikawa L, Kerlikowske K et al. Relationship between mammographic density and breast cancer death in the Breast Cancer Surveillance Consortium. J Natl Cancer Inst 2012; 104: 1218-1227.
4. Eriksson L, Czene K, Rosenberg LU et al. Mammographic density and survival in interval breast cancers. Breast Cancer Res 2013; 15: R48.

Die Stellungnahme wurde von

Frau PD Dr. Katharina Heusinger, Frauenklinik, Universitätsklinikum Erlangen, 91054 Erlangen  
erstellt.

Herzliche kollegiale Grüße

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel  
Präsidentin der DGGG e.V.

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann  
Leitlinienbeauftragter DGGG