

Transkript Podcast:

Vorsorge ist Fürsorge: Brustkrebs frühzeitig erkennen (1) – Früherkennung und Vorsorge

S.V. (Sabrina Volkmann, Allianz):

Herzlich willkommen zum Allianz Gesundheitstalk, dem Podcast der Allianz privaten Krankenversicherung - rund um Gesundheit, Prävention und Geschichten, die bewegen. Mein Name ist Sabrina Volkmann von der Allianz privaten Krankenversicherung und ich bin Projekt- und Change Managerin und freue mich, Sie, liebe Hörerinnen und Hörer, durch unseren heutigen Podcast zu führen. Das Thema ist Vorsorge ist Fürsorge: Brustkrebs frühzeitig erkennen. Und an meiner Seite ist meine Kollegin Angela von Barga. Und liebe Angela, ich würde sagen, sag doch auch gerne ein paar Worte zu dir.

A.V.B. (Angela von Barga, Allianz):

Ja, auch ein herzliches Willkommen meinerseits. Mein Name ist eben Angela von Barga. Ich leite das Gesundheitsversorgungsmanagement der Allianz privaten Krankenversicherung und ich freue mich auf unsere GÄstin heute.

S.V.:

Genau, wir haben nämlich eine besondere Gesprächspartnerin heute zu diesem Thema eingeladen. Sie ist Leiterin des Brustzentrums der onkologischen Tagesklinik und des Zentrums für familiären Brust- und Eierstockkrebs, der Frauenklinik der LMU in München. Zugleich ist sie Professorin und Mentorin an der LMU und ich freue mich, Sie herzlich zu begrüßen, Frau Prof. Dr. Nadia Harbeck.

N.H. (Nadia Harbeck):

Hallo. Ja, schön, dass ich dabei sein darf. Es ist ein wichtiges Thema und ich freue mich, hier zu sein.

S.V.:

Super, klasse. Ich hatte die Gelegenheit, Frau Prof. Harbeck, dass ich im Vorfeld schon mal ein bisschen auf Ihre Vita schauen konnte und ich bin sehr beeindruckt. Und mich würde jetzt tatsächlich interessieren, was lässt Sie zu diesem Thema so brennen?

N.H.:

Ja, ich denke, es ist ein wichtiges Thema.

Brustkrebs ist eine Erkrankung, trifft jede achte Frau, meistens zwischen 60 und 80, aber es kann in jedem Alter zuschlagen und es tut sich unglaublich viel Neues. Und in meiner Karriere, die jetzt ja auch schon 30 Jahre vielleicht zurückgeht, habe ich viel erlebt und auch viel erlebt, was wir besser machen können als noch vor 30 Jahren. Und deswegen brenne ich natürlich dafür, den Fortschritt zu unseren Patientinnen zu bringen und gleichzeitig aber auch Ängste zu nehmen, weil ich weiß, so eine Krebserkrankung ist viel mit Angst besetzt und ich glaube, das muss heute nicht mehr sein.

Natürlich ist Angst wichtig, weil Angst macht auch aufmerksam, aber ich glaube, man darf heute keine Angst mehr haben. Wir können so viel machen, selbst wenn die Diagnose Brustkrebs steht. Und wir reden ja heute auch über Früherkennung. Für viele Frauen wird das ja nie in Frage kommen.

S.V.:

Ja, ich würde sagen, bevor wir gleich zur Früherkennung kommen, starten wir auch mit ein paar Begrifflichkeiten, die wir uns und unseren Hörerinnen und Hörern näher bringen wollen. Ein Begriff, der immer wieder fällt, sind Biomarker. Was verbirgt sich denn genau dahinter und welche Rollen spielen Biomarker, um Brustkrebs möglichst früh zu erkennen?

N. H.:

Also Biomarker sind Teile des Tumors, die ins Blut abgegeben werden oder die man auch im Tumor messen kann und die uns letztlich helfen, zu verstehen, wie aggressiv ist ein Brustkrebs. Stichwort brauche ich eine Chemotherapie, ja oder nein. Aber auch vor allem zeigen sie uns, welche Art von Brustkrebs das ist. Es gibt drei verschiedene Arten von Brustkrebs, die wir ganz unterschiedlich behandeln. Ist er mehr hormongetrieben, ist er mehr durch den Wachstumsfaktor H2 getrieben oder trifft gar nichts darauf zu. Und diese Arten von Brustkrebs werden unterschiedlich behandelt.

Also Biomarker sind für uns wichtig, um die Therapie festzulegen, aber auch, um besser den Krebs zu verstehen. Und der Trend geht so ein bisschen dahin, dass wir auch im Blut Teile von dem Tumor schon sehen können und eben auch sehen können, gehen die schnell weg unter Therapie oder nicht.

A.V.B.:

Aber also klassisch ist ja eher, wenn ich so dran denke, was hört man, was kriegt man mit als Frau, ist, ich taste mich selber.

Das ist so die erste Stufe. Ich habe meine regelmäßigen Termine bei der Gynäkologin, beim Gynäkologen und irgendwann kommt das Thema Mammografie, Mammografie-Screening dazu. Können Sie dazu noch ein bisschen mehr erzählen? Warum hat dieser Dreiklang, warum ist der so wichtig in der Abfolge?

N.H.:

Naja, das Erste ist mal so ein Brustbewusstsein zu entwickeln.

Da muss ich nicht im Alter sein, wo ich in das Screening-Programm passe, sondern einfach zu gucken, wie ist meine Brust, verändert sich da was. Weil letztlich ist der Punkt ja, wenn man in Richtung Vorsorge und Früherkennung denkt, dass jeder neu aufgetretene Knoten gehört abgeklärt. Aber nicht alles, was ich taste, ist Brustkrebs, sondern das können Zysten sein, das können gutartige Veränderungen sein.

Wenn was weggeht, zyklusabhängig, ist das ein Hinweis eher auf was Zystisches, was mit Flüssigkeit gefüllt ist. Und wenn da Unklarheit besteht, kann man das ja auch weiter abklären durch einen Ultraschall beim Frauenarzt zum Beispiel oder dann letztlich die Mammografie.

Mammografie ist immer indiziert, wenn man was tastet, was auffällig ist, egal wie alt man ist, unabhängig vom Screening. Und dann, wenn man im Alter des offiziellen Screening-Programms ist, wird man ja alle zwei Jahre eingeladen. Und ich glaube, es gibt nichts Besseres als die Früherkennung für Brustkrebs und mir fällt auch gar kein Grund ein, warum man das nicht machen sollte. Auch ich gehe regelmäßig.

A.v.B.:

Absolut, das mache ich auch.

S.V.:

Oft ist es ja dann so, wenn man was festgestellt hat, werden auch Biopsien genommen, die sozusagen dann ja auch wieder direkt im Blut was sichtbar machen. Es gibt verschiedene Flüssigkeiten, aber unter anderem auch Blut. Können Sie mir oder uns nochmal erklären, wie funktioniert das Verfahren konkret bei einer Biopsie, damit unsere Hörerinnen und Hörer vielleicht auch darauf vorbereitet sind?

N.H.:

Ja, also erstmal reden wir jetzt mal vom Screening.

Zwischen 50 und 75 ist das Screening Teil der Routineversorgung. Das heißt, die Kasse zahlt das und man wird regelmäßig eingeladen. Und wenn dort was Auffälliges gefunden wird, dann wird das weiter abgeklärt.

Und die Diagnosestellung heute bei Brustkrebs geht über eine Biopsie. Das heißt, wenn eine Auffälligkeit in der Bildgebung ist, die in der Mammographie sichtbar ist, die im Ultraschall sichtbar ist, dann wird das biopsiert und das mit Lokalanästhesie, mit einer, wird eben ein Stückchen Gewebe entnommen, mehrere Gewebezylinder aus dem Bereich, der auffällig ist. Und dann wird das zum Pathologen geschickt und der schaut sich das an.

Das ist, insgesamt ist weder die Mammographie noch die Biopsie eine angenehme Prozedur, aber es ist jetzt nichts, was einen im täglichen Leben komplett einschränkt. Also Mammographien sind unangenehm, aber da haben wir auch in unserem Buch geschrieben, dass man einfach der MTA dann sagt, bitte so weit drücken und nicht weiter. Das tut mir weh. Ich kann nicht mehr. Und dann hören die auch auf und die sind ja auch sehr erfahren in den Röntgeninstituten, die das Screening verantworten. Also da ist man in den allerbesten Händen.

Und auch die Biopsie, das wird lokal betäubt. Das heißt, es ist eher unangenehm, dass man weiß, dass da jetzt gleich eine Nadel in den Tumor geschossen wird, sozusagen, die dann etwas Gewebe entnimmt, aber es ist jetzt nicht sehr schmerzhaft. Man muss hinterher dann gut komprimieren, damit, gerade wenn man zur Blutung neigt, dass das nicht irgendwie einen großen Bluterguss dann gibt oder so. Aber insgesamt, damit ist dann eine hundertprozentige Sicherheit der Diagnose gewährleistet, weil ja wirklich das Gewebe auch angeschaut wird. Und man kann sich im Ultraschall täuschen. Man kann sich in der Mammografie täuschen. Und deswegen ist manchmal ganz wichtig, dass man sich das Gewebe auch anschaut.

S.V.:

Für unsere Hörerinnen und Hörer ganz kurz als Erklärung.

Man spricht ja manchmal auch von falsch positiven Diagnosen. Das heißt, die Befunde sind zunächst auffällig, wie Sie gerade beschrieben haben. Und dann wird sich das näher angeschaut und die Abklärung kann sich dann als harmlos herausstellen. Gibt es denn so Pi mal Daumen, wie oft es vorkommt, dass erst ein Verdacht da ist und es dann doch positiv ausgeht am Ende?

N.H.:

Also ich würde jetzt die Diagnose, man hat einen Verdacht, aber man klärt ihn ja weiter ab und hinterher kommt man dann zu einer richtigen Diagnose. Und deswegen würde ich sagen, dass man vielleicht fünf Biopsien macht, um dann eine zu finden.

Und wenn man vorher denkt, es ist was, die dann wirklich auch Brustkrebs ergibt und dann muss man natürlich die Erkrankung weiter besprechen, muss schauen, was es ist. Der Pathologe muss sich erst mal genau festlegen, muss sagen, was für eine Art von Brustkrebs ist das. Und dann können wir auch tätig werden und mit den Patientinnen dann einen Therapieplan besprechen.

A.v.B.:

Aber es gilt ja wie so viel bei Vorsorge, frühzeitig ist immer das Beste. Also wenn man frühzeitig einen Tumor entdeckt, dass man eben dann auch frühzeitig handeln kann. Also ich glaube, das ist ja auch viel in den Köpfen. Metastasen, nicht-Metastasen, vielleicht können Sie da auch noch was dazu sagen, dass wirklich der Zeitpunkt auch so wichtig ist, frühzeitig zu identifizieren.

N.H.:

Ja, Früherkennung ist der Weg zur Heilung, nicht nur bei Brustkrebs, sondern bei vielen anderen Krebserkrankungen auch. Und wenn wir unsere Männer anschauen, die wir zum Urologen schicken sollten, dann ist das auch keine so angenehme Untersuchung, aber es ist trotzdem sinnvoll.

Also insofern, Früherkennung ist immer der erste Schritt zur Heilung bei Brustkrebs. Und deswegen kann ich auch nur noch mal ermutigen, an diesen Früherkennungsprogrammen teilzunehmen, Tastuntersuchungen bei den Frauenärzten, dann die bildgebenden Untersuchungen ab einem gewissen Alter, weil einfach das uns hilft, den Krebs mit so wenig wie möglich so gut wie möglich zu behandeln. Und das ist ja das, was dann hinterher für die Patienten wichtig ist. Und wie gesagt, alles ist nicht angenehm im Leben, was zusätzlich ist, wenn man zum Arzt gehen muss. Aber es ist jetzt nichts, was einen dauerhaft in irgendeiner Weise schädigt oder es ist eher schädlich, nicht zu gehen, sozusagen zu warten. Denn wir können helfen, wir können sofort helfen. Und wir können besser helfen mit weniger aggressiven Therapien, umso früher der Krebs erkrankt wird.

S.V.:

Vielleicht gehen wir noch mal ganz kurz zur Bildgebung zurück. Weil uns interessiert es auch innerhalb der Allianz immer wieder das Thema KI. Und ja, die ist natürlich auf dem Fortschreiten. Und wir fragen uns, wie hilft denn gerade die KI den Radiologinnen und Radiologen auch bei der Diagnostik?

N.H.:

Ja, also ich glaube, KI ist in unserem Alltag in der Medizin und der Onkologie und der Brustkrebsdiagnostik und Therapie schon angekommen. Wir Ärzte, ich behandle ja die Brustkrebspatienten, mache die Therapiepläne, kriegen da auch ganz wenig von mit, wie viel die Radiologen sich schon helfen lassen von KI. Aber was man sagen kann, ist, dass das nicht ohne den menschlichen Sachverstand passiert. Das heißt, es ist eine Hilfe. Zum Beispiel kann man Bilder, auch Kernspinnbilder, schon mal durch ein System durchlaufen lassen und dann werden Auffälligkeiten sozusagen markiert und dann kann man sich das schneller anschauen.

Das heißt, es wird Arzt diagnostikzeit eingespart und dann brauchen wir aber den ärztlichen Sachverstand, um die endgültige Diagnose zu stellen. Also es ist ein Vorsortieren, wir können auch bessere Bilder generieren. Das heißt, früher musste man die Strahlung erhöhen, das muss man heute nicht mehr.

Man kann das heute digital einfach die Bilder aufarbeiten, sodass man sie besser diagnostizieren kann. Man kann verschiedene Bildmodalitäten, also Ultraschallmammographie, Kernspintomographie, übereinanderlegen, sodass man sicher ist, dass man dieselbe Läsion findet. Also es gibt ganz interessante Hilfsmöglichkeiten, aber es ist eine Hilfe und die Diagnostik bleibt letztlich bei den Ärztinnen und Ärzten, die dafür ausgebildet sind.

A.v.B.:

Wenn wir jetzt nochmal einen Schritt weiter gehen, also es gibt jetzt die Diagnose, dann haben Sie in Ihrem Buch herausgebracht, was wirklich auch sehr, sehr interessant ist. Wir werden das dann auch entsprechend bei uns auf den Seiten nochmal auch erwähnen. Da geht es ja darum, dass Sie eigentlich so die Aussage treffen, wenn dann ein Befund kommt, dann keine Panik.

Also das fand ich ganz wichtig zu sagen. Man hat bei Brustkrebs tatsächlich ein bisschen Zeit. Also es muss nicht sofort nächste Woche eine Operation passieren, sondern es muss dann weiter in die Diagnostik, eben an ein Brustzentrum sich zu wenden, zertifiziertes.

Und man hat, das fand ich auch so ein wichtiger Satz, man ist immer noch als Betroffene, in der Regel. Es gibt ja auch Betroffene, also auch Männer, aber sehr, sehr selten, immer handlungsfähig. Das fand ich so einen guten Satz zu sagen. Ich bin Teil dieses Prozesses und ich bin Teil in der Diskussion. Was ist jetzt wie welche Richtung? Können Sie das nochmal ausführen? Ich fand das so gut beschrieben in dem Buch zu sagen, dass das die Möglichkeiten gibt.

N.H.:

Ja, ich meine, wir Ärzte sind da Vorschläge zu machen und Vorschläge zu machen anhand der Leitlinien und dessen, wo wir wissen, dass das vielleicht in einer Situation das Beste ist oder das Zweitbeste.

Aber wir geben auch Alternativen an und letztlich muss ja das Therapiekonzept zu dem Leben der Patienten passen. Das fängt bei der Operation an, das Operationsverfahren, man muss sich dann wohlfühlen mit dem Körperbild, was hinterher da ist und letztlich auch in Bezug auf medikamentöse Therapien. Natürlich, wir können sagen, die Heilungschancen sind am besten, wenn wir das so und so machen, aber letztlich, wenn eine Patientin sagt, nee, also da kann ich jetzt nicht mitgehen, dann ist es auch unsere Aufgabe, einen Weg zu finden, den wir dann gemeinsam gehen können.

Also ich glaube, das ist ganz wichtig, dass die Patientinnen und auch unsere Patienten Teil der Entscheidungsfindung sind und wir machen die Vorschläge und wir können die Vorschläge auch mit Zahlen belegen, können sagen, so und so, dann so und so. Aber letztlich, glaube ich, muss man gemeinsam ein Therapiekonzept entwickeln, was dann auch mitgetragen werden kann. Denn die Therapie bei Brustkrebs, das kann von der einfachen Operation und der anschließenden Antihormontherapie über eine Chemotherapie vor der Operation, das kann bis zu einem halben, dreiviertel Jahr Therapiezeit sein mit unterschiedlichen Therapieschritten und ich glaube, da muss man sich sehr gut miteinander abstimmen, dass die Patienten auch in der Lage sind, das dann mitzugehen. Und auch die Angehörigen, ich befürworte das immer sehr, wenn Angehörige, sei es Kinder oder Partner oder gute Freundinnen, mit zum Gespräch kommen, weil ich glaube, dass es auch ganz wichtig ist, dass die Patienten dann zu Hause nochmal

sprechen können und sagen können, ja, so und so habe ich das verstanden und vier Ohren hören immer mehr oder sechs Ohren hören immer mehr als zwei.

S.V.:

Gerade wenn man aufgeregt ist, denke ich, ist es ganz gut, dann noch ein objektives Ohrenpaar dabei zu haben.

N.H.:

Ja, es gibt ja auch Studien, die zeigen, dass aus so einem initialen Arztgespräch und so ein initiales Diagnosegespräch dauert etwa 30 Minuten, bis wir alles besprochen haben, was liegt vor, was kann man machen, wie sind die nächsten Schritte und so, dass da vielleicht dann 10, 20 Prozent wirklich hängen bleiben, wenn man zu Hause ist und nochmal darüber nachdenkt.

Und deswegen glaube ich, ist ganz wichtig, dass man sich da unterstützen lässt, emotional, aber auch was den Inhalt angeht.

A.v.B.:

Ja, und es war mir nochmal wichtig, auch, dass wir das an dieser Stelle erwähnen, obwohl wir ja eher um das Thema Vorsorge gehen, weil ich auch immer wieder erlebe, dass auch eine Angst besteht. Also so nach dem Motto, wenn ich nicht zur Vorsorge gehe, dann wird es nicht identifiziert und dann bekomme ich es einfach nicht. Und da möchte ich nochmal Mut machen oder wirklich sagen, es ist mit einer der besterforschten Krebsarten, die wir haben auf der Welt. Wir haben ein sehr, sehr gutes Vorsorge-Schema sozusagen und ich als Frau, da kommt gleich nochmal bei den Männern vorbei, aber ich als Frau habe auch ganz viel selbst in der Hand und das auch zu nutzen und wirklich die Diagnostik zu nutzen, da keine Angst auch vor einem dann vielleicht Befund zu haben, weil wenn es frühzeitig entdeckt ist, haben wir heute so tolle Möglichkeiten, genau. Aber wir wollten nochmal auf das Thema Mann kommen, das hatten wir im Vorgespräch, weil man sagt ja 70.000 Frauen und Pi mal Daumen 700 Männer.

Aber wir haben uns im Vorgespräch gefragt, wie kommt überhaupt die Männerdiagnostik? Also Männer tasten sich mal per se überhaupt nicht ab, aber wie kommt es dort zu einem Befund und kann es auch sein, dass Männer später erst überhaupt eine Diagnose Brustkrebs kriegen?

S.V.:

Und zu welchem Arzt gehen Sie auch? Das habe ich mich tatsächlich gefragt. Gehen Sie auch zu einem Gynäkologen, wenn Sie was ertasten?

N.H.:

Ja, die Männer sind da ein bisschen schlecht aufgehoben in unserem Gesundheitssystem, weil die Gynäkologen dürfen Sie gar nicht behandeln. Also jetzt die Niedergelassenen und das macht es natürlich dann ein bisschen schwieriger und da gibt es auch Selbsthilfegruppen, die sich da kümmern.

Aber natürlich Männer, wenn mit der Diagnose Brustkrebs gehören, ein zertifiziertes Brustzentrum, wie jede Frau mit der Diagnose Brustkrebs auch und da gibt es gar kein Vertun. Und das Problem bei den Männern ist eben, dass sie zum Teil nicht daran denken, dass das auch was Böses sein kann, was man da tastet. Manchmal ist es auch nicht so einfach, das zu merken.

Und dann geht man zu Ärzten vielleicht, die da nicht so erfahren sind. Die schneiden erst mal den Tumor raus und dann ist schon viel von dem, was wir heute exzellent ausgearbeitet haben, nämlich Therapiekonzepte, die die medikamentöse Therapie umfassen, die Operation, geht dann schon gar nicht mehr, wenn der Tumor nicht mehr da ist. Und das ist bei manchen Tumorentitäten auch eher schlecht, auch fürs Überleben schlecht, wenn der Tumor entfernt wird, ohne dass wir wissen, ob er auf die Medikamente anspricht, die wir einsetzen wollen.

Das heißt, Männer kann man auch nur ermutigen, dass sie sich abtasten selber und wenn sie was merken, dann eben ins Röntgen-Institut gehen, das weiter abklären lassen bis zur Biopsie hin und dann sich in einem Brustzentrum vorstellen. Und dann haben sie genau die gleichen Heilungschancen wie Frauen mit der gleichen Erkrankung auch. Das Schwierige sind nur die Umwege, über die sie manchmal zu uns kommen. Da wird viel Zeit verloren und manchmal wird auch, sagen wir mal, Therapiequalität verloren.

S.V.:

Dann würde ich gern zum Abschluss von unserem ersten Teil noch ganz kurz auf die Genetik des Tumors zu sprechen kommen. Das hatten Sie jetzt gerade schon rausklingen lassen. Das spielt ja auch eine wesentliche Rolle bei der Therapie dann am Ende. Können Sie da vielleicht noch ein paar Sätze dazu sagen?

N.H.:

Ja, die letztlich, ob der Krebs genetisch bedingt ist oder nicht. Also wir kennen das heute nur bei ganz wenigen Genen, dass die wirklich mit einem erhöhten Risiko assoziiert sind.

Das sind die BRCA1 und 2, das ist das PALP2 und dann gibt es noch so intermediäre Risikogene, die nicht zwingend zu Brustkrebs führen. Und wir haben eigentlich heute eine sehr, sehr gute Versorgungslandschaft in Deutschland. Wir haben die Möglichkeit, dass eigentlich alle Betroffenen, die eine Wahrscheinlichkeit haben, dass ein Gentest bei ihnen positiv ist von über 10 Prozent Wahrscheinlichkeit, dass die heute im Rahmen der Regelversorgung getestet werden.

Da gibt es große Konsortialverträge der Kostenträger, sodass wir als, wir sind ein zertifiziertes Zentrum eben für Familien-, Brust- und Eierstockkrebs, dass wir dann die entsprechenden Tests auch in die Wege leiten können. Und eine Blutentnahme, das dauert etwa das Ergebnis vier Wochen, dann wird man beraten. Und das kann natürlich auch Entlastung bringen, wenn zum Beispiel in der Familie Brustkrebs häufig auftritt und dann die Betroffenen getestet werden und es eben kein Brustkrebsgen ist, weil dann die Wahrscheinlichkeit für die Angehörigen deutlich geringer ist, dass sich hier Brustkrebs entwickelt.

Wir haben vorhin über die Männer gesprochen. Ganz wichtig, wenn ein Mann in der Familie Brustkrebs hat, dann ist das auch so ein Indikator, dass heute getestet wird, ob diese Erkrankung genetisch bedingt ist. Ansonsten, wenn es mehrere Frauen sind, vor allem auch junge Frauen oder Brust- und Eierstockkrebs in einer Familie gemeinsam vorkommt oder auch bei derselben Person vorkommt, dann ist das was, wo wir heute testen würden.

Und ganz wichtig ist, es bringt nichts, dass ich mich testen lasse, wenn ich nicht betroffen bin, nur weil in meiner Familie viele Brustkrebsfälle sind. Dann sollte man regelmäßig zur Vorsorge gehen, wie jede andere Frau auch oder jeder andere Mann aus Hochrisikofamilien. Aber man muss die Betroffenen, die Brustkrebs haben,

testen, damit man weiß, ob dieser Krebs eben durch eine Genveränderung verursacht ist.

Und dann haben wir heute gute Möglichkeiten, auch für den Rest der Familie, vorbeugende Programme, Bildgebung zum Beispiel regelmäßig für Hochrisikofrauen aus solchen Familien oder eben auch dann operative Maßnahmen.

S.V.:

Das würde ich sagen, war jetzt die perfekte Überleitung zu unserem zweiten Teil. Aber zunächst bedanke ich mich bei Ihnen für den ersten Teil, Frau Professor Harbeck und natürlich auch bei dir, liebe Angela.

Wir hatten jetzt einen schönen Einblick zum Thema Vorsorgeforschung und im zweiten Teil geht es dann weiter mit Einflussfaktoren und welche Behandlungsmöglichkeiten heute zur Verfügung stehen. Vielen Dank.

A.v.B.:

Unser Fazit ist, Früherkennung ist Teamarbeit aus Wissenschaft, qualitätsgesicherter Versorgung und das fand ich wichtig, informierte Entscheidung im Alltag.

Vorsorge beginnt mit kleinen Schritten und wird durch individuelle Risikoeinschätzung eben besser und findet immer in zertifizierten Brustzentren statt. Das ist mir nochmal sehr wichtig. Dann ist es die richtige medizinische Begleitung.