

An die Präsidentin des  
Landtags Nordrhein-Westfalen  
Postfach 10 11 43  
40002 Düsseldorf



LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME**  
**16/3069**

A01, A03

**Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser**  
**Gesundheitswissenschaften**

Telefon: +49 40 42838 - 3988  
Telefax: +49 40 42838 - 3732  
Ingrid\_Muehlhauser@uni-hamburg.de

[www.gesundheit.uni-hamburg.de](http://www.gesundheit.uni-hamburg.de)  
[www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/gesundheit.htm](http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/gesundheit.htm)

Per Email: [elisa.fuchs@landtag.nrw.de](mailto:elisa.fuchs@landtag.nrw.de)

12.10.2015

**Betrifft:** Mammographie für alle Altersschichten: Prävention stärken, Altersdiskriminierung verhindern. Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 16/8460

**Schriftliche Stellungnahme von Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser**, als Expertin benannt durch den Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) für das Expertengespräch des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales und des Ausschusses für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation am 21. Oktober 2015

Der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) wünscht sich wissenschaftlich abgesicherte (=evidenzbasierte) Entscheidungen zum Mammographie-Screening. Zudem fordert der AKF, dass Frauen informierte Entscheidungen auch ermöglicht werden auf der Basis von wissenschaftlich abgesicherten Informationen, die eine angemessene Aufklärung über Risiken des Screenings einschließt. Screening-Programme für Frauen sämtlicher Altersgruppen dürfen nur auf der Basis einer validen wissenschaftlichen Datenlage, die den Nutzen nachweist, durchgeführt werden.

Der Antrag „Mammographie für alle Altersschichten: Prävention stärken, Altersdiskriminierung verhindern“ scheint auf verschiedenen falschen Prämissen bzw. Missverständnissen zu beruhen.

Mammographie-Screening ist weder Prävention noch Vorsorge wie im Antrag bezeichnet. Mammographie-Screening kann lediglich Krebs früher erkennen, aber nicht verhindern. Leider führt diese irreführende Bezeichnung dazu, dass viele Frauen, selbst wenn sie schon am Screening teilgenommen haben, glauben durch die Teilnahme am Mammographie-Screening Brustkrebs verhindern zu können bzw. das Risiko daran zu erkranken, reduzieren zu können.

Der Antrag geht auch von einer irrtümlichen Zielsetzung aus, wenn es hier heißt „Das Ziel des Screening-Programms ist es, Brustkrebserkrankungen so früh wie möglich zu diagnostizieren.“

Tatsächlich ist das Ziel von Krebsfrüherkennungsprogrammen, das Leben der untersuchten Bevölkerungsgruppe zu verlängern und die Lebensqualität zu verbessern. Beides kann mit Mammographie-Screening nicht erreicht werden. Die Lebenserwartung insgesamt wird durch Mammographie-Screening nicht verbessert. Auch die Lebensqualität insgesamt kann durch Screening nicht verbessert werden, da es durch das Screening zu einer deutlichen Zunahme an Brustkrebs-Diagnosen und Therapien kommt. Zudem erhält ein erheblicher Anteil von untersuchten Personen einen Verdachtsbefund der durch weitere medizinische Maßnahmen, zum Teil verbunden mit eingreifenden Untersuchungen wie Gewebeentnahmen aus der Brust, weiter abgeklärt werden muss, bis Entwarnung gegeben kann. Die falsch positiven Befunde führen zu einer nachweisbaren psychischen Belastung der Betroffenen.

Bei der Bewertung einer Screeningmaßnahme wie dem Mammographie-Screening muss eine sorgfältige Abwägung zwischen möglichem Nutzen und Schaden erfolgen. Während der letzten Jahre sind zunehmend Zweifel an einem positiven Nutzen-Schaden Verhältnis des Mammographie-Screenings aufgekommen. Selbst für die Altersgruppe der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren gibt es zunehmend führende international anerkannte Experten/innen, die sich für einen Stopp des Mammographie-Screenings aussprechen. Dem geringen Nutzen des Screenings – möglicherweise sterben durch ein 10-jähriges Screening von 1000 Frauen in dieser Zeit 1 bis 2 Frauen weniger an Brustkrebs – stehen erhebliche Schäden gegenüber. Sie betreffen deutlich mehr Frauen, als jene, die einen Nutzen haben.

Analysen aus den USA und dem UK weisen darauf hin, dass es über die Jahrzehnte des Screenings zu einer anhaltenden deutlichen Zunahme an Diagnosen (=im wesentlichen Überdiagnosen) gekommen ist, gleichzeitig jedoch nicht zu einer relevanten Abnahme der fortgeschrittenen Stadien bei Diagnose – eine Beobachtung, die dagegen spricht, dass Mammographie-Screening tatsächlich die bedrohlichen Krebsformen rechtzeitig erkennen kann.

Das Swiss Medical Board fordert daher einen Stopp des Mammographie-Screenings in der Schweiz. Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) weist seit längerer Zeit auf das ungünstige Nutzen-Schaden Verhältnis des Mammographie-Screenings hin und forderte kürzlich eine öffentliche Diskussion darüber, ob in Deutschland das Screening weiter geführt werden soll.

Für die nun im Antrag geforderte Ausdehnung des Screenings auf alle Altersgruppen gibt es keine wissenschaftliche Grundlage. Das Nutzen-Schaden Verhältnis für jüngere und ältere Frauen ist noch sehr viel schlechter als für die Altersgruppe der 50-69 Jährigen.

Die Zahlenangaben im Antrag sind irreführend, teils auch nicht nachvollziehbar. Vor der Einführung des Mammographie-Screenings in Deutschland betrug das Risiko für Brustkrebs für die Altersgruppen 50-59 Jahre, 60-69 Jahre und 70-79 Jahre 2 bis 3 pro 100 Frauen über einen Zeitraum von 10 Jahren. Mit Einführung des Screenings ist durch die Überdiagnosen ein Anstieg auf etwa 3-4 pro 100 in der Gruppe der 50 bis 59 Jährigen erfolgt. Hingegen ist das Erkrankungsrisiko für Frauen nach dem 70. Lebensjahr auf dem niedrigeren Niveau geblieben.

Legt man das Lebenszeitrisiko zugrunde, nimmt das Risiko mit zunehmendem Alter ab. Das Lebenszeitrisiko für Brustkrebs beträgt für eine etwa 20 jährige Frau 10 (vor Einführung des Screenings) bis aktuell 13 (infolge der Überdiagnosen) pro 100 im Vergleich zu etwa 6 pro 100 für eine gerade 60 jährige und 3 pro 100 für eine 70 jährige Frau (beides vor Einführung des Screenings).

Für eine Risikoabschätzung aus der Perspektive der einzelnen Frau muss zudem das Risiko für konkurrierende Erkrankungen und Todesursachen berücksichtigt werden. Von 100

Frauen, die heute in Deutschland sterben, versterben etwa 3 an Brustkrebs und 20 an einer anderen Krebserkrankung, 45 versterben an Herz-Kreislaufferkrankungen.

Zwischen dem 70. und 79. Lebensjahr versterben etwa 18 von je 100 Frauen, davon 1 an Brustkrebs. Übertherapien mit eingreifenden Operationen, Strahlen- oder Chemotherapien könnten gerade bei den in diesem Alter vorherrschenden Begleiterkrankungen und -therapien die Lebenserwartung verschlechtern.

Screening richtet sich an gesunde beschwerdefreie Menschen. Diese müssen nach ethischen Leitlinien im Sinne des *primum non nocere* vor medizinischen Eingriffen geschützt werden, die nicht eindeutig nachweisbar mehr Nutzen als Schaden für diese Menschen bedeuten. Aus ethischen und juristischen Gründen muss es den Frauen in Deutschland ermöglicht werden, informierte Entscheidungen zu treffen. Die irreführende marketingorientierte Bewerbung des Mammographie-Screenings hat dazu geführt, dass Frauen überwiegend falsche Vorstellungen vom möglichen Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben, der Schaden wird typischerweise erheblich unterschätzt oder ist gar nicht bekannt.

Auch die jährliche Tastuntersuchung durch die Frauenärzte in den Arztpraxen ist nicht durch wissenschaftliche Evidenz abgesichert. Zwei große Studien konnten nicht nachweisen, dass dadurch die Brustkrebssterblichkeit reduziert werden kann. Hingegen gibt es durch Tastuntersuchungen unnötige Verdachtsbefunde, die auch zu unnötigen Eingriffen und Überdiagnosen führen. Die Frauen jeglicher Altersgruppe sollten über die fehlende wissenschaftliche Absicherung dieser medizinischen Maßnahme informiert werden.

Die im Antrag geforderte Intensivierung von Werbung für das Mammographie-Screening oder den jährlichen Besuch beim Frauenarzt ist entschieden abzulehnen. Ein solches Vorgehen ist nicht mit informierten Entscheidungen vereinbar, verhindert vielmehr solche.

Es liegt in der Verantwortung der Politik und Ärzteschaft gesunde beschwerdefreie Menschen vor potenziell schädlichen medizinischen Übergriffen zu schützen. In diesem Sinne sollte eher über einen möglichen Stopp des Mammographie-Screenings diskutiert werden als über eine Ausdehnung des Screenings auf alle Altersgruppen.

Literatur/Quellenangaben sind auf Anfrage von der Autorin zu erhalten.



Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser

Hier noch ergänzend und zusammenfassend die Sichtweise des AKF:

«Das Screening-Programm ist aus der Sicht des AKF insofern von Vorteil, da eine Situation des „grauen Screenings“ für Frauen aller Altersgruppen ohne jegliche Qualitätssicherung und Möglichkeiten einer Evaluation, wie sie vor Etablierung des Programms in Deutschland an der Tagesordnung war, beendet werden sollte. Dennoch wurde „graues Screening“ bisher nicht vollständig gestoppt. Der AKF fordert deswegen heute in Hinsicht auf das Mammographie-Screening in erster Linie eine evidenzbasierte Fraueninformation. Der AKF

fordert weiter den Stopp von marketingorientierter, ethnisch nicht angemessener Werbung für das Screening- Programm, bei dem ionisierende Strahlung zum Einsatz kommt, und das Frauen nachweislich auch Schäden verursacht. Außerdem wünscht sich auch der AKF die öffentliche Diskussion der seit Etablierung des Screeningprogramms in Deutschland erreichten Ergebnisse. Die etwaige Ausweitung einer „Mammographie für alle Altersschichten“ lehnt der AKF als größter Zusammenschluss von Frauengesundheitsorganisationen in Deutschland wegen fehlender Evidenz dagegen ab.»

Kopie per email an:

Dr. med. Dagmar Hertle (Vorsitzende AKF) [hertle@akf-info.de](mailto:hertle@akf-info.de)

Gudrun Kemper (AKF) [gudrun.kemper@gmail.com](mailto:gudrun.kemper@gmail.com)

Karin Bergdoll (AKF) [karin.bergdoll@web.de](mailto:karin.bergdoll@web.de)

Margrit Hille (Geschäftsstelle AKF) [buero@akf-info.de](mailto:buero@akf-info.de)