



Schuldzuweisungen und Desinformation stoppen: Änderungen der Informationspolitik zum Mammographie- Screening sind notwendig

**Arbeitskreis
Frauengesundheit**
in Medizin,
Psychotherapie und
Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Erklärung zum Internationalen Frauentag 2014

Berlin, 4.3.2014

Aktuell wird quer durch unterschiedliche Medien von der Ärztezeitung bis zur Süddeutschen Zeitung erneut die Fähigkeit von Frauen, Informationen zur Mammographie einzuschätzen, in Frage gestellt. Frauen wird der „Schwarze Peter“ zugeschoben und ihr mangelhaftes Verständnisvermögen hervorgehoben. Richtig ist: Frauen mit unterschiedlichen kulturellen, sprachlichen und Bildungshintergründen verstehen komplexe Gesundheitsinformationen – wenn die vorhandenen Informationen verständlich dargelegt werden. Auch muttersprachliche Informationsmaterialien für in Deutschland lebende Migrantinnen müssen selbstverständlich sein.

Weder medizinische Leistungsanbieter noch Fachgesellschaften, Behörden oder Verantwortliche im Mammographie-Screening-Programm in Deutschland haben Frauen in den vergangenen Jahren vollständig, verständlich, neutral und umfassend zur Kontroverse um das Mammographie-Screening informiert. Die meisten Informationen (incl. der mit dem Screening-Programm an die Frauen ausgegebenen Materialien) haben zu erwartende Vorteile einseitig überbetont, während Risiken regelmäßig überwiegend verschwiegen wurden. Eine problematische Informationsvermittlung wird durch Mainstream-Medien, die ständig zu Brustkrebs berichten, noch verstärkt.

Darüber hinaus stellt sich die Frage nach der Sicherheit des Mammographie-Screenings für Frauen aktuell erneut, da die Veröffentlichung einer qualitativ gut durchgeführten Langzeitstudie zum Mammographie-Screening im Britischen Ärzteblatt (British Medical Journal) die Wirksamkeit erneut in Zweifel zieht. Die Studie basiert auf den Ergebnissen der randomisierten Canadian National Breast Screening Study. 89.835 Frauen im Alter von 40 bis 59 erhielten darin im Untersuchungszeitraum entweder jährlich eine Mammographie über den Zeitraum von fünf Jahren oder in der Kontrollgruppe keine Mammographien. Alle Frauen bekamen zusätzlich eine Tastuntersuchung durch ausgebildete Krankenschwestern. Über einen Zeitraum von bis zu 25 Jahren wurde in beiden Gruppen nachbeobachtet, welche Entwicklung die Brustkrebssterblichkeit nimmt.



Basierend auf den Daten dieser Studie berichten die AutorInnen, dass eine Senkung der Brustkrebssterblichkeit durch Mammographie-Screening nicht zu erwarten sei. In der Screening-Gruppe erkrankten während der Nachbeobachtungszeit von 25 Jahren 3.250 Frauen an Brustkrebs, 500 Frauen starben an den Folgen. In der Gruppe ohne Mammographie erkrankten 3.133 Frauen, während 505 Frauen starben.

Im Ergebnis wird deswegen gefolgert: Jährliche Mammographien bei Frauen im Alter von 40 bis 59 senken die Sterblichkeit an Brustkrebs nicht mehr als eine Tastuntersuchung, jeweils unter der Voraussetzung, dass der Zugang zu einer sorgfältig durchgeführten Therapie beim Auftreten von Brustkrebs für alle Frauen angeboten wird.

Die Risiken des Screenings

22% (106/484) der mittels Screening diagnostizierten invasiven Mammakarzinome wurden in dieser Studie als Überdiagnose bezeichnet. Danach muss eine von 424 Frauen, die am Mammographie-Screening teilnehmen oder eine von fünf Frauen, die eine Krebsdiagnose erhalten, mit einer unnötigen Krebstherapie rechnen. Eine von fünf Krebsdiagnosen durch Mammographie-Screening stellt keine tödliche Bedrohung dar, trotzdem bekommen auch diese Frauen eine hoch invasive medizinische Therapie wie Operation – evtl. mit Verlust der Brust –, Chemotherapie, Strahlentherapie, Hormontherapie etc., weil bisher nicht unterscheidbar ist, welche Frau diese Behandlung wirklich braucht und welche nicht.

Die Kontroverse um die Behandlung von sog. Vorstufen von Brustkrebs (DCIS u.a.), die häufiger durch Mammographie-Screening entdeckt werden, ist ebenfalls nicht abgeschlossen. Es gibt Krebsarten, die langsam oder gar nicht wachsen. Dennoch wird nach solchen Befunden zur Sicherheit eine chirurgische Therapie durchgeführt, gegebenenfalls einschließlich der Entfernung der betroffenen Brust. Die Angst vor Krebs und den Folgen bleibt das bestimmende Moment. Der Schutz der weiblichen Organe und die physische Unversehrtheit von Frauen haben dementsprechend nach wie vor geringere Priorität.

Deutschland hat zur Senkung der Brustkrebssterblichkeit eines der größten organisierten Mammographie-Screening-Programme weltweit auf der Basis Europäischer Leitlinien aufgelegt. Vorausgegangen waren öffentlich gewordene, massive Qualitätsmängel bei der Diagnostik von Brustkrebs in Deutschland (Essener Brustkrebskandal und das sog. „graue Screening“, die Durchführung von Mammographien zur Brustkrebsfrüherkennung ohne qualitätssichernde Maßnahmen). Im Jahr 2005 nahm die erste zertifizierte Mammographie-Screening-Einheit ihren Betrieb in Deutschland auf. Das auf der Basis eines Einladungssystems organisierte Mammographie-Screening-Programm ist heute bundesweit etabliert. Seit dem Start des Programms ist es zu einem deutlichen Anstieg der Brustkrebsdiagnosen in Deutschland gekommen. Dieser Umstand, kritische Zusammenhänge, die medizinische Kontroverse und mögliche negative Folgen des Screening-Programms werden jedoch an die Frauen in Deutschland weder adressiert noch kommuniziert.

Auch wenn die Modalitäten des Screening-Programms in Deutschland von der jetzt aus Kanada vorgelegten Studie etwas abweichen (z.B. hinsichtlich des Screening-Zeitraums, des Abstands zwischen den Mammographien und dem Alter der zu screenenden Frauen), ist es jetzt an der Zeit, die Diskussion zur Screening-Mammographie erneut aufzunehmen. Die Ergebnisse in unserem Land und in anderen europäischen Län-



den müssen neu hinterfragt und entscheidende Korrekturen im Interesse von Frauen vorgenommen werden.

Korrekturen sind notwendig

Unverzichtbar ist die Verbesserung der Informationspolitik zur Mammographie auf allen unterschiedlichen Ebenen. Frauen müssen vollständig informiert werden. Die Werbung für das Screening und das Einladungssystem im deutschen Mammographie-Screening-Programm, die den Druck zur Teilnahme am Programm erhöhen, muss dabei auf den Prüfstand, denn es ist fraglich, ob eine einseitige Forcierung der Screening-Mammographie überhaupt wünschenswert ist. Die eigenen Präferenzen der Frauen vor ihrem psychosozialen und familiären Hintergrund müssen bei der Entscheidung zur Mammographie mehr berücksichtigt werden, da bevölkerungsbezogene Studien nie vorhersagen können, welche Auswirkungen eine Maßnahme auf die individuelle Frau hat. Unabhängig davon, ob es um Informationen oder eine Brustkrebsdiagnose geht: Schuldzuweisungen an gesunde, wie auch betroffene Frauen sind weder wissenschaftlich noch ethisch zu rechtfertigen.

Der begleitende Leitartikel des British Medical Journal mit dem Titel „Zu viel Mammographie“ erklärt die Stärken und Schwächen der neuen kanadischen Studie und arbeitet heraus, dass es schwierig sein wird, Veränderungen der Screening-Praxis zu erreichen, da Regierungen, ForschungsfördererInnen, WissenschaftlerInnen und behandelnde ÄrztInnen eigene Interessen an der Fortsetzung der begonnenen und gut etablierten Screening-Aktivitäten haben. Umso entscheidender sind für Frauen unabhängige Informationen, die die Vorteile der Screening-Mammographie nicht überbetonen und die Nachteile kritisch benennen.

Frauen können sich aus guten Gründen für oder gegen die Teilnahme am Mammographie-Screening entscheiden.

Damit eine faire Entscheidungsfindung möglich wird, plädiert der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. dringend für die Verbesserung der Informationspolitik zum Mammographie-Screening und fordert hinreichende, evidenzbasierte und neutrale Informationsmaterialien, einschließlich angemessener entsprechender Beratungsmöglichkeiten für alle Frauen.

Quellen

Anthony B Miller et al Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial, BMJ 2014;348:g366

Kalager, M. Too much mammography, BMJ 2014;348:g1403

Risiken und Nutzen für Informationsmaterialien: s.a. NIH Breast Cancer Screening PDQ

<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional>