

Rettet Leben

Das deutsche Mammografie-Screeningprogramm wurde 2005 eingeführt. Es folgt strengen europäischen Leitlinien, die die erforderliche technische Qualität und die Schulung des im Screening tätigen medizinischen Fachpersonals festlegen. Dazu gehören auch die geforderten Mindestmengen von 5.000 Befundungen pro Jahr für jeden im Screening tätigen Radiologen.



Foto: privat

Angela Spelsberg, geb. 1960, ist Ärztin und Epidemiologin. Sie ist Mitbegründerin der Stiftung Koalition Brustkrebs, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Brustkrebsfrüherkennung und Behandlung nach europäischen Leitlinien in Deutschland zu befördern.
www.stiftung-koalitionbrustkrebs.de

Probleme

Das organisierte Mammografie-Screeningprogramm ist das erste flächendeckende Versorgungsangebot in Deutschland, das einer ständigen zentralisierten Qualitätskontrolle unterworfen ist. Es ist aber bis heute noch nicht auf dem angestrebten Stand. Das Einladungssystem funktioniert nicht zuverlässig. So wird bislang nur die Hälfte der Zielgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen eingeladen, wiederum nur die Hälfte von diesen nimmt das Angebot an. Es ist bislang auch nicht gelungen, die technische Qualität der eingesetzten Geräte transparent zu machen.

Bis heute hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen das ineffektive und für die Frauen schädliche Brustabtasten durch den Arzt oder die Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust als Früherkennungsmethode nicht aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen. Ebenso fehlen in vielen Bundesländern immer noch Krebsregister, die valide Daten zur Epidemiologie der Krebserkrankungen und ihrer Sterblichkeit veröffentlichen.

Screening senkt Sterblichkeit nachweislich

Bei sachgerechter Durchführung und ständiger Qualitätskontrolle ist mit dem Mammografie-Screening eine Reduktion der Sterblichkeit von 35 Prozent bei den Teilnehmerinnen zu er-

zielen. Die Teilnehmerate am Screening hat dabei einen wesentlichen Einfluss auf die erzielbare Reduktion der Brustkrebssterblichkeit.

In Deutschland hat man die Zahl der vor dem Brustkrebstod geretteten Screening-Teilnehmerinnen auf fünf pro 1.000 in zehn Jahren berechnet. Das von den Kritikern des Screenings immer wieder angeführte Argument, dass dieser hohe Screeningnutzen – 35 Prozent Senkung der Mortalität bei den Screeningteilnehmerinnen, 25 Prozent bei allen Frauen in den Screening-Altersgruppen – in randomisierten kontrollierten Studien nicht nachvollzogen werden könne, ist angesichts der erzielten Senkung der Brustkrebsmortalität mit Screeningprogrammen eigentlich überholt.

In diesem Zusammenhang erregte eine Studie des Cochrane-Zentrums in Kopenhagen, das seit vielen Jahren den Nutzen des Brustkrebs-Screenings in Zweifel zieht, Aufsehen: Die Mortalität in Dänemark sei durch das Screening nicht gesunken. Offenbar wurde aber die Datenanalyse so verunreinigt, dass in den beiden Vergleichsgruppen (Frauen „ohne Screening“ und Frauen „mit Screening“) Todesfälle von an Brustkrebs erkrankten Frauen eingeschlossen wurden, die schon vor der Einführung des Screenings an Brustkrebs erkrankt waren. Zudem wurde der Screeningeffekt durch die Zusammenlegung von Altersgruppen, die am Screening teilnahmen, und jüngeren Frauen, die nicht zum Screening eingeladen wurden, verwischt. Die korrekte simple Separierung der Frauen im Screeningalter (55-74 Jahre) von den jüngeren Altersgruppen zeigt selbst in diesen nicht bereinigten Mortalitätsdaten einen Nutzen des Screenings von 13 Prozent.

Eine Minimierung der Nachteile ist möglich

Die Nachteile des Screenings für die Teilnehmerinnen bestehen primär darin, einen falsch positiven Mammografie-Befund zu erhalten, in Folge eine unnötige Biopsie auf sich zu nehmen oder mit einer Überdiagnose (Brustkrebs, der sich ohne Screening nicht klinisch bemerkbar gemacht hätte) konfrontiert zu werden. Die Minimierung dieser Nachteile ebenso wie der Strahlenbelastung sind gerade das Ziel der strengen Qualitätsanforderungen. ■

Bringt nichts und schadet nur

Schon vor der Neueinführung des Mammografie-Screenings in Deutschland im Jahr 2005 war bekannt, dass weder die Sterblichkeit an Brustkrebs noch die Gesamtsterblichkeit dadurch abnehmen.

Falsche Erwartungen

Bei ihrem Besuch in Deutschland im Juni 2000 und nach 20 Jahren Screening-Erfahrung erklärte die Leiterin des weltweit größten qualitätsgesicherten Mammografie-Screeningprogramms in Kanada, Cornelia J. Baines, das Screening verhindere weder Brustkrebs noch senke es die Sterblichkeit daran. Frauen, die dies erwarteten und deshalb an den Programmen teilnahmen, könnten nur enttäuscht werden. Wenn Geld für Gesundheitsprogramme vorhanden sei, sollte es für etwas ausgegeben werden, das einen größeren Nutzen erwarten lasse.

Die jüngst im *British Medical Journal* veröffentlichte Studie aus dem nordischen Cochrane-

Zentrum in Kopenhagen bestätigt erneut: In Gebieten Dänemarks mit einem Mammografie-Screeningangebot ging die Brustkrebssterblichkeit zwar zurück, einen genauso hohen oder sogar höheren Rückgang gab es aber auch in den Gebieten ohne Screeningangebot und bei Altersgruppen, die zu jung für das Screening waren. Die geringere Brustkrebssterblichkeit sei eher durch Veränderungen bei den Risikofaktoren und mit verbesserter Behandlung zu erklären als durch das Mammografie-Screening.

Mammografie-Screening richtet Schaden an

Nachteilige Effekte des Screenings sind: falsch negative Befunde, die Sicherheit vortäuschen, weil nicht alle Brustkrebserkrankungen gefunden werden. Und falsch positive Befunde mit

Folgen wie Gewebeentnahmen bei gutartigen Läsionen, Strahlenbelastung und Überdiagnosen. Über zehn Screeningrunden aufsummiert – also über 20 Jahre, denn die Frauen von 50 bis 69 Jahre werden ja alle zwei Jahre zur Teilnahme aufgefordert – wurden die als hinnehmbar dargestellten Nachteile des deutschen Screeningprogramms für 50-jährige Frauen von Screening-Befürwortern wie folgt zusammengefasst: Bezogen auf 1.000 Teilnehmerinnen, unter denen in 20 Jahren etwa fünf Brustkrebstodesfälle vermieden werden sollen, kommen auf einen vermiedenen Todesfall bis zu zehn Brustoperationen bei gutartigen Befunden und ein Fall von Überdiagnose, der ohne Screening nie als Krankheit in Erscheinung getreten wäre. Am häufigsten jedoch seien falsch positive Befunde, nämlich 222 bis 362 je 1.000 Teilnehmerinnen.

Das Screening soll die Brustkrebssterblichkeit um 20 bis 25 Prozent senken. Im Klartext heißt das: Ohne ein solches sterben in einem Zeitraum von zehn Jahren vier bis fünf von 1.000 Frauen an Brustkrebs; mit sollen es nur drei bis vier sein – das wären 25 bis 20 Prozent oder eine Frau von 1.000 weniger. 999 von 1.000 Frauen hätten also keinen Nutzen. Und auch ein Nutzen für nur eine von 1.000 ist fraglich und lässt sich nicht als Ergebnis des Mammografie-Screenings darstellen, wie die Studie aus Dänemark zeigt.

Selbstuntersuchungen nutzen mehr

80 Prozent ihrer Brustkrebserkrankungen entdecken die Frauen selbst, indem sie bei Auffälligkeiten an ihrer Brust zum Arzt gehen. Das erklärten die Anhänger des massenhaften Mammografierens vor dessen Einführung und verkündeten, das müsse durch das von ihnen propagierte Verfahren abgelöst werden.

Es wäre aber im Gegenteil sinnvoller, diesen hohen Anteil noch zu erhöhen. Schon Bemühungen um eine geringe Erhöhung von etwa fünf Prozent (von 36.800 Frauen, das sind 80 Prozent von 46.000 Frauen, die jährlich in Deutschland neu an Brustkrebs erkranken) würde schon mehr als 1.840 Frauen helfen und entsprechend den Anteil der 9.200 Frauen, die ihren Krebs bisher nicht selbst entdecken, um 20 Prozent verringern. Das spricht für eine Förderung der Selbstuntersuchung, für eine professionelle Anleitung zum richtigen Abtasten. ■



Foto: privat

Thomas Dersee, geb. 1947, ist Dipl.-Ing., Herausgeber des Informationsdienstes Strahlentelex, www.strahlentelex.de, und Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Strahlenschutz e.V. thomasdersee@strahlentelex.de