

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Cornelia Möhring, Sabine Zimmermann (Zwickau), Diana Golze, Ralph Lenkert, Harald Petzold (Havelland), Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Wissenschaftlicher Stand zu Nutzen und Risiken des Mammographie-Screenings

Die Diskussion um den wissenschaftlichen Nachweis von Nutzen und Schaden von Reihenuntersuchungen zur Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie-Screening) ist älter als das Screening selbst (vgl. etwa die Stellungnahme des Netzwerks evidenzbasierte Medizin aus dem Jahr 2001: www.ebm-netz-werk.de/pdf/stellungnahmen/stellung021101.pdf). Ab dem Jahr 2005 wurde das flächendeckende Mammographie-Screening in Deutschland eingeführt: Jede Frau zwischen 50 und 69 Jahren wird alle zwei Jahre schriftlich unabhängig von einem Verdacht zu der Röntgenuntersuchung der Brust eingeladen.

In anderen Staaten gab es bereits seit den 1970er-Jahren Mammographie-Screening-Programme. Für das schwedische Screening-Programm etwa wurden Reduktionen der brustkrebsbedingten Sterblichkeit bis zu 39 Prozent publiziert (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12209737). Entsprechend hoch ist die Zustimmung in Teilen der Bevölkerung (www.aerzteblatt.de/nachrichten/34847/Grosse-Zustimmung-fuer-die-Mammografie).

Doch in anderen Untersuchungen – auch in solchen, die bereits bei der Screening-Einführung vorlagen – klingen die festgestellten Ergebnisse vollkommen anders (www.brustkrebs-info.de/patienten-info/index.php?datei=patienten-info/mammographie-screening/screening_nutzen.htm).

Das Nordische Cochrane Zentrum fasste im Jahr 2012 die Evidenzlage folgendermaßen zusammen: „Wenn sich 2 000 Frauen im Verlaufe von 10 Jahren regelmäßig einem Screening unterziehen, wird eine Frau einen Nutzen daraus ziehen, da sie vermeidet, an Brustkrebs zu versterben. Gleichzeitig werden 10 gesunde Frauen durch das Screening unnötigerweise zu Brustkrebs-Patientinnen und deshalb behandelt. Diesen Frauen wird man entweder einen Teil oder die ganze Brust abnehmen, häufig werden sie nachbestrahlt, manchmal auch einer Chemotherapie unterzogen. Ferner wird bei 200 Frauen ein falscher Alarm ausgelöst. Die psychische Belastung bis zur endgültigen Abklärung, ob tatsächlich ein Krebs vorliegt, kann gravierend sein“ (www.cochrane.dk/screening/mammografie.pdf). Die Abwägung zu treffen, ob bei dieser Relation der Nutzen oder der Schaden überwiegt, ist nicht nur schwierig, sondern auch normativer Natur, also nicht allein durch rein wissenschaftliche Methoden zu treffen.

So kommt etwa das Swiss Medical Board, ein schweizerischer Expertenrat, in dem neben Medizinerinnen und Medizinern auch etwa Vertreterinnen und Vertreter der Bioethik, der Rechtswissenschaft und der Pflegewissenschaft vertreten sind, zu folgenden, der deutschen Praxis teils widersprechenden Empfehlungen:

„1. Es wird nicht empfohlen, systematische Mammographie-Screening-Programme einzuführen. 2. Die bestehenden systematischen Mammographie-Screening-Programme sind zu befristen. 3. Alle Formen des Mammographie-Screenings sind bezüglich Qualität zu evaluieren. 4. Ebenfalls werden bei allen Formen des Mammographie-Screenings eine vorgängige gründliche ärztliche Abklärung und eine verständliche Aufklärung mit Darstellung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen empfohlen.“ (www.medical-board.ch/file-admin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Bericht_Mammographie_Final_rev.pdf). Auch laut der Canadian National Breast Screening Study soll es keine Senkung der Brustkrebssterblichkeit durch das kanadische Screening-Programm gegeben haben (www.bmj.com/content/348/bmj.g366).

Ein differenziertes Bild zeichnet Prof. Dr. Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): „Es gibt gute Argumente dafür, dass das Screening ein bisschen etwas bringt. Und es gibt gute Argumente dafür, dass es nicht viel bringt. Wichtig ist für mich, dass wir bei dieser extremen Nähe von Nutzen und Nicht-Nutzen die Frauen adäquat und sorgfältig aufklären. [...] Wir tun gut daran, solche Reihenuntersuchungen regelmäßig zu überdenken und eventuell neu zu justieren. Die Datenlage und die Evidenz ändern sich. [...] Aber wir wissen aus der Wirtschaftspsychologie, dass es nicht leicht ist, die Investitionen in ein Unternehmen zu stoppen, für das man bereits sehr viel Geld ausgegeben hat“ (www.medscape-medizin.de/artikel/4901913).

Auch pro familia stellt in einer Publikation dazu fest: „Obwohl es für kaum eine Früherkennungsmethode so viele Daten gibt, ist die Bewertung schwierig. Die zum Mammographie-Screening vorliegenden Studien haben widersprüchliche Ergebnisse und aufgrund zahlreicher Faktoren, die die Ergebnisse beeinflussen können, müssen die Daten mit Vorsicht interpretiert werden. So wurden nicht nur die technischen Möglichkeiten der Diagnostik seit den Anfängen des Screenings weiterentwickelt, auch die Behandlung von Brustkrebs hat sich seitdem verbessert. Dadurch wurde unabhängig vom Screening die Heilungsrate erhöht und die Sterblichkeit verringert“ (www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/familienplanungsrundbrief/pro_familia_medizin-1-2014.pdf).

Große Verunsicherung rufen die unterschiedlichen kursierenden Zahlen über den Nutzen des Mammographie-Screenings hervor. Während von Befürworterinnen und Befürwortern eine Reduzierung der Sterblichkeit von 20 bis 40 Prozent in den Raum gestellt wird, werden von Kritikerinnen und Kritikern die Reduzierungsraten als sehr gering oder nicht vorhanden eingestuft. So würden denn auch die Frauen in Deutschland den Nutzen des Screenings massiv überschätzen und den Schaden teils gar nicht kennen oder deutlich unterschätzen (www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/pm-mammographie-screening-20140508.pdf).

Es stellt sich die Frage, ob die Bundesregierung daran eine Mitverantwortung trägt, denn das Informationsblatt „Mammographie-Screening in Deutschland – Erfahrungen und Perspektiven“ aus dem Jahr 2008 wird nach wie vor zum Download angeboten (Abruf am 12. Juni 2014). Es enthält keinerlei Hinweise zu möglichen negativen Auswirkungen der Teilnahme an der Untersuchung (www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/PM-Mammo-graphie2008_Fragen-Antworten.pdf). Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie, deren Träger die GKV und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind, ist für die Koordination, Qualitätssicherung und Evaluation des Mammographie-Screenings zuständig. Auch auf deren Internetseite www.mammo-programm.de finden sich ganz überwiegend Erfolgsmeldungen („Mammographie-Screening auf Erfolgskurs“, „Brustkrebscreening rettet Leben“, „Die Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm kann Frauen davor bewahren, an Brustkrebs zu

sterben“ etc.). Die wenigen Seiten, die die Nachteile des Screenings erwähnen, vermitteln letztlich auch ein eindeutig positives Bild.

In dem „Politikbrief Mammographie“ vom Juni 2014 der Kooperationsgemeinschaft Mammographie wird festgestellt: „Wir haben die Verantwortung, Frauen umfassend und transparent über Vor- und Nachteile zu informieren.“ „Frauen sollen vor allem nicht bevormundet und von der Information in eine bestimmte Richtung gedrängt werden“. In einer hitzig geführten Debatte sei es wichtig, die Argumente von beiden Seiten nachzuvollziehen. Nutzen, Risiko und Wirksamkeit müssten daher sachlich gegeneinander abgewogen werden. Aber weder im Politikbrief noch im Evaluationsbericht findet eine solche sachliche Abwägung statt. Stattdessen werden die positiven Effekte als durch internationale Studien belegt angesehen, während auf der anderen Seite nur von „scheinbar kritischen Studien“ gesprochen wird und deren Ergebnisse durch einen interviewten Experten als „Schein-Ergebnisse“ bezeichnet. Sowohl der oben genannten kanadischen Studie wie auch dem zitierten Swiss-Medical-Board werden „erhebliche methodische Mängel“ unterstellt.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche positiven Effekte kann ein Mammographie-Screening nach Kenntnis der Bundesregierung haben?
2. Welche negativen Effekte kann ein Mammographie-Screening nach Kenntnis der Bundesregierung haben?
3. Welche internationalen wissenschaftlichen Daten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung über die tatsächliche Senkung der Mortalität durch Mammographie-Screenings (bitte möglichst pro 1 000 teilnehmenden Frauen angeben und ggf. differierende Ergebnisse berücksichtigen)?
4. Welche wissenschaftlichen Daten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung über tatsächliche sonstige positive Effekte (quantitativ und qualitativ)?
5. Welche wissenschaftlichen Daten gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung über tatsächliche negative Effekte des Mammographie-Screenings (quantitativ und qualitativ)?
6. Wie kann etwa bei der Mortalitätsenkung nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen Effekten durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten bei Brustkrebs und Effekten durch das Screening unterschieden werden, und wie wird das bei der Evaluation des deutschen Screening-Programms gehandhabt?
7. Inwieweit haben die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten Einfluss auf die Abwägung der Bundesregierung für oder gegen ein Screening?
8. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Brustkrebsmortalität in den letzten zwanzig Jahren entwickelt?
9. Welche wissenschaftlichen Aussagen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung über das Verhältnis von Nutzen und Schaden bei Mammographie-Screenings?
10. Sind nach Ansicht der Bundesregierung an den Nutznachweis bei einem gesetzlich fixierten Screening besondere Anforderungen zu stellen?
11. Wie erklärt sich die Bundesregierung die widersprüchlichen Ergebnisse von wissenschaftlichen Untersuchungen zu Nutzen und Risiken von Screening-Programmen, und welche Rückschlüsse zieht sie daraus?
12. Nach welchen Kriterien werden durch die Bundesregierung die einen oder anderen wissenschaftlichen Aussagen für ihre Entscheidungen herangezogen?

13. Inwiefern sind die Ergebnisse aus internationalen Studien über die Effekte von Mammographie-Screenings für das deutsche Screening-Programm übertragbar?
Welche Untersuchungsergebnisse sind nach Ansicht der Bundesregierung übertragbar, und warum?
Welche Untersuchungsergebnisse sind nach Ansicht der Bundesregierung nicht übertragbar, und warum?
14. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Wissensstand in der Bevölkerung über den möglichen Nutzen und den Schaden durch die Teilnahme am Mammographie-Screening?
15. Inwiefern ist eine wissenschaftlich fundierte Information der Bevölkerung, die den Kenntnisstand über Nutzen und Schaden ungefärbt wiedergibt, für die Bundesregierung wünschenswert, und was tut sie gegebenenfalls dafür?
16. Wird die Bundesregierung die Verbreitung des Informationsblatts „Mammographie-Screening in Deutschland – Erfahrungen und Perspektiven“ aus dem Jahr 2008 einstellen oder das Papier so aktualisieren, dass es den Frauen eine informierte Entscheidung unter Berücksichtigung aller Effekte des Screenings erleichtert?
17. Wie wirkt die Bundesregierung darauf hin, dass Frauen ergebnisoffen und auf Grundlage der wissenschaftlichen Daten über erwünschte und unerwünschte Effekte des Mammographie-Screenings beraten werden?
18. Behindert es nach Ansicht der Bundesregierung die informierte und freie Entscheidung der eingeladenen Frauen, wenn mit der Einladung zur Teilnahme am Mammographie-Screening eine eindeutig befürwortende Einschätzung abgegeben wird?
19. Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung sichergestellt, dass Ärztinnen und Ärzte ergebnisoffen und auf Grundlage der wissenschaftlichen Daten über das Mammographie-Screening beraten werden?
Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung etwa aus einer Untersuchung bei US-amerikanischen Ärztinnen und Ärzten, die die positiven Wirkungen des Mammographie-Screenings deutlich überschätzt haben (<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1754987>)?
20. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus der Studie von Rasmussen et al. aus dem Jahr 2013, der zufolge spezialisierte, etwa gynäkologische Fachmagazine positiver über das Screening berichten als nicht spezialisierte (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3664368/pdf/ebmed-2012-101216.pdf)?
21. Was unternimmt die Bundesregierung, um das vom EbM-Netzwerk beklagte „kollektive Schweigen“ bezüglich der evidenzbasierten Bewertung des Mammographie-Screenings zu brechen (www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/pm-mammographie-screening-20140508.pdf)?
22. Wie viel Geld hat das Screening seit seiner Einführung nach Kenntnis der Bundesregierung gekostet, und wie haben sich die Kosten bis heute entwickelt?
23. Nach welchen Kriterien nimmt die Bundesregierung die Kosten-Nutzen-Abwägung des Mammographie-Screenings vor?
Aufgrund welcher Überlegungen hält sie ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis für gegeben, und wo liegt nach ihrer Ansicht die Grenze zu einem negativen Kosten-Nutzen-Verhältnis?

24. Welche positiven Effekte (Ergebnisqualität) werden durch die Evaluation des deutschen Screening-Programms erfasst, und welche der möglichen positiven Effekte werden nicht erfasst?
25. Welche negativen Effekte (Ergebnisqualität) werden durch die Evaluation des deutschen Screening-Programms erfasst, und welche der möglichen negativen Effekte werden nicht erfasst?
26. Überwiegt nach Ansicht der Bundesregierung nach heutigem Stand des Wissens der Nutzen den Schaden beim deutschen Mammographie-Screening (bitte begründen)?
27. Hat es nach Ansicht der Bundesregierung eine transparente Nutzen-Schaden-Abwägung des deutschen Mammographie-Screenings bei seiner Einführung gegeben?
Falls ja, wie bzw. wo kann die Öffentlichkeit die entsprechenden Überlegungen der Bundesregierung nachvollziehen?
28. Ist die Abwägung von Nutzen und Schaden des Screening-Programms nach Ansicht der Bundesregierung eine rein wissenschaftliche oder auch eine normative Frage (bitte begründen)?
29. Wie nimmt die Bundesregierung die Abwägung zwischen evidentem Nutzen und evidentem Schaden des Screenings vor?
Aufgrund welcher Kriterien werden etwa vermiedene Todesfälle wegen Brustkrebs gegen psychische Belastungen und Überdiagnostik etc. abgewogen?
30. Wie erklärt sich die Bundesregierung die international sehr unterschiedlichen Studienergebnisse, und welche Rückschlüsse zieht sie daraus?
31. Ist die Evaluation des deutschen Mammographie-Screenings nach Kenntnis der Bundesregierung methodisch geeignet, eine Senkung der Mortalität aufgrund des Screenings unter Ausschluss anderer Einflussfaktoren (etwa neue Behandlungsmethoden) zu detektieren?
32. Falls ja, wie hoch ist die Senkung der Mortalität pro 1 000 teilnehmenden Frauen im Vergleich zu nichtteilnehmenden Frauen (randomisiert)?
33. Wie hat sich im Vergleich dazu nach Kenntnis der Bundesregierung die brustkrebsbedingte Mortalitätsrate vor Einführung des Mammographie-Screenings in Deutschland entwickelt?
34. Welche Qualitätsparameter haben nach Kenntnis der Bundesregierung Eingang in das deutsche Mammographie-Screening gefunden?
35. Sind Qualitätsparameter, wie etwa die Doppelbefundung, nach Ansicht der Bundesregierung zwingend an ein Screening gebunden, oder gibt es auch andere Möglichkeiten – etwa über den Gemeinsamen Bundesausschuss – Qualitätsanforderungen an die Durchführung von Mammographien zu definieren (bitte begründen)?
36. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, inwieweit durch das Screening in Deutschland weniger belastende Therapieformen gewählt werden (bitte relative und absolute Zahlen angeben)?
37. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, inwieweit durch das Screening in Deutschland die Zahl von Brustamputationen (Mastektomien) reduziert wird (bitte relative und absolute Zahlen angeben)?
38. Inwieweit kann bei dieser Frage der Einfluss einer unabhängig davon besser und verträglicher werdenden Therapie abgegrenzt werden?

39. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie hoch die Strahlenbelastung der teilnehmenden Frauen durch das Screening in Deutschland ist?
40. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Frauen, die fälschlicherweise durch das Screening zu Brustkrebspatientinnen erklärt wurde (bitte absolute und relative Zahlen angeben)?
41. Wie viele Verdachtsfälle erweisen sich nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland nachträglich als „falscher Alarm“, und welche Rolle spielt nach Ansicht der Bundesregierung das Screening dabei?
42. Welche Bedeutung misst die Bundesregierung den psychischen Belastungen bei teilnehmenden Frauen aufgrund von negativen Effekten durch das Screening bei?
43. Ist die Evaluation des deutschen Mammographie-Screenings nach Ansicht der Bundesregierung geeignet, eine umfassende Nutzen-Schaden-Abwägung, insbesondere die Mortalitätsenkung und Behandlungsvorteile gegenüber Überdiagnostik, ungerechtfertigten Behandlungen, Strahlungsbelastungen etc., zu ermöglichen?
44. Ist der Bundesregierung das von Professor Dr. Werner A. Kaiser entwickelte und unter anderem an der Universitätsklinik Jena angewendete und gelehrt MR-Mammographie-Verfahren zur Früherkennung von Brustkrebs bekannt?
45. Ist der Bundesregierung bekannt, dass durch dieses Verfahren viele Verdachtsfälle von Brustkrebskrankungen, die durch Mammographie-Screening ausgelöst wurden, entkräftet werden konnten und dadurch vielen Frauen unnötige operative Eingriffe und Chemotherapien erspart blieben (www.thieme-connect.de, Nachruf für Professor Dr. Werner A. Kaiser)?
46. Beabsichtigt die Bundesregierung, die MR-Mammographie als Alternative zum Mammographie-Screening zu entwickeln, und wenn nein, warum nicht?

Berlin, den 18. Juli 2014

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

