

Mammographie zwischen Wissenschaft, Irrationalem und Politik



Hans Stalder

Wenn Sie schon immer ein überzeugter Befürworter der Mammographie waren oder aber ihr vehementer Gegner sind, dann lesen Sie nicht weiter, denn Sie werden Ihre Meinung nicht ändern. Sie sind aber unsicher wie ich, so können Sie ruhig weiterlesen, auch wenn Sie riskieren, enttäuscht zu werden ...

Vor rund vier Monaten hat ein unabhängiges britisches Expertengremium unter der Leitung von M. G. Marmot [1] eine Metaanalyse der Literatur zum Thema Brustkrebs-Screening veröffentlicht. Die Experten unterstreichen die immer noch herrschende Unsicherheit, gelangen aber trotzdem zu den folgenden Schlussfolgerungen: Die Brustkrebssterblichkeit bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren sinkt dank eines Screenings um zirka 20%. Diese auf den ersten Blick beeindruckende Zahl muss allerdings im Verhältnis zu ihrer Bezugsgrösse betrachtet werden: Bei 10000 Frauen im Alter von 50 Jahren, die über 20 Jahre zur Mammographie aufgeboten wurden, können 43 brustkrebsbedingte Todesfälle verhindert werden; um einen Tod durch Brustkrebs zu verhindern, müssen 235 Frauen aufgeboten werden (NNT = number needed to treat). Bei den Frauen, die ein Screening erhalten haben, sind es 180. Darüber hinaus diskutiert der Artikel die möglichen Überdiagnosen, d. h. diagnostizierte Neoplasien, die aufgrund eines gutartigen Verlaufs nicht zum Tode geführt hätten. Die Autoren kommen zum überraschenden Ergebnis, dass deren Wahrscheinlichkeit bei 19% liegt; dies entspricht 129 von 10000 Frauen, die am Screening teilnehmen. Diese Frauen unterziehen sich ohne Notwendigkeit einer Operation und onkologischen Therapien; die NNH (number needed to harm) liegt bei 77. Das Verhältnis zwischen Diagnosen, die eine unnötige Therapie nach sich ziehen, und den lebensverlängernden Diagnosen beträgt damit 3:1. Dabei ist zu bedenken, dass bei rund 30% der positiven Mammographien die Biopsie negativ ist, was Angst und Kosten generiert. Ein zweiter Artikel [2], der die Prävalenz von Brustkrebs im Frühstadium mit derjenigen fortgeschrittener Erkrankungen vergleicht, zeigt, dass letztere durch das Screening (ab einem Alter von 40 Jahren) um nur 8% abnimmt. Den Berechnungen der Autoren zufolge könnten sich in diesem Fall die unnötigen Operationen und Therapien sogar auf 31% erhöhen!

In derselben Ausgabe des *New England Journal of Medicine* diskutieren drei Experten diese Fakten [3]: Der erste ist für ein Screening ab 40, der zweite ab 50 Jahren und der dritte ist gegen beide. Da es sich um

ein hochangesehenes Fachjournal handelt, können Sie es vorbehaltlos sowohl als Befürworter wie auch als Gegner des Screenings zitieren.

Welche Position soll man zum Brustkrebs-Screening einnehmen, wenn die wissenschaftlichen Meinungen derart auseinandergehen?

Wie so häufig, wenn die Wissenschaft keine definitive Antwort bereithält, werden die Entscheidungen irrational. Man ist dafür oder dagegen. Und auf den Glauben lässt sich das Bayes-Theorem [4] anwenden, das gewöhnlich zur Präzisierung einer *Diagnose* dient: Wenn Sie ganz fest an etwas glauben – *wenn die Diagnose «a priori» nahezu sicher ist* –, dann wird ein neues Argument – *ein neuer Test* – Ihre Meinung – *die Diagnose «a posteriori»* nicht ändern. Mit anderen Worten, nur wenn wir zögern, können uns neue Erkenntnisse überzeugen.

In der Schweiz werden die Entscheide zur Mammographie von den Kantonsregierungen oder -parlamenten getroffen. Da es an klaren wissenschaftlichen Argumenten fehlt, entscheiden sie nach emotionalen oder politischen Kriterien: Man ist dafür, damit man nicht des Sexismus bezichtigt wird, oder dagegen, um nicht als staatsgläubig apostrophiert zu werden. Somit hängt die Vergütung der Mammographie vom politischen Trend ab und ist in jedem Kanton anders geregelt. Das ist keine ideale Lösung ...

Um sich in einer so wichtigen Frage wie dem Krebs-Screening nicht von irrationalen Argumenten leiten zu lassen, bedarf es anderer Ansätze. Dabei zählen nicht nur epidemiologische Daten. Z. B. muss auch der ethischen Frage Raum gegeben werden: Ist es nach dem Grundsatz *primum nil nocere* vertretbar, dass Frauen unnötigerweise operiert und behandelt werden, um das Leben anderer zu verlängern?

Reflexionen dieser Art können nur in einem «Rat der Weisen» erörtert werden, in dem Emotionen und Politik keinen Platz haben und medizinischen, epidemiologischen, ethischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekten Platz machen. Diese Anforderungen erfüllt eine Institution wie das *Swiss Medical Board*. Die Spezialisten sollen dabei konsultiert, nicht aber an der endgültigen Entscheidung beteiligt werden. Denn seien wir ehrlich: Als Spezialist wird jeder von uns auch seine persönlichen kleinen Interessen vertreten. Hoffen wir, dass sich das Medical Board durch die heftigen Reaktionen auf seinen Bericht über das Prostatakrebs-Screening nicht entmutigen lässt!

Hans Stalder*

* Prof. Dr. med. Hans Stalder, Facharzt für Innere Medizin FMH, Mitglied der Redaktion, war Leiter der Medizinischen Poliklinik und des Département de Médecine communautaire des Universitätsspitals Genf.

- 1 Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*. 2012;380:1778–86.
- 2 Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med*. 2012;367:1998–2005.
- 3 Smith RA, Kerlikowske K, Miglioretti DL, Kalager M. Clinical decisions. Mammography screening for breast cancer. *N Engl J Med*. 2012;367: e31.
- 4 Stalder H. Wissen = Glaube x Epidemiologie? *Schweiz Ärztezeitung*. 2011; 92(27):1076.

hans.stalder[at]saez.ch