



Unsinn in bester Qualität

Gesundheit Die regelmäßige Mammografie bei Frauen über 50 sollte Leben retten. Doch viel zu oft wird Gesunden ein tödlicher Brustkrebs attestiert. Sie werden operiert, bestrahlt, amputiert. Mediziner fordern nun, das Screening zu stoppen.

„Oberkörper vor, bitte!“, kommandiert die Röntgenassistentin und legt, als die Frau gehorcht, deren rechte Brust auf einer Art Tablett zurecht. Routiniert fährt die Assistentin dann eine Plexiglasscheibe, Paddle genannt, auf die Brust herab. Das Gewebe wird zwischen Tablett und Paddle gepresst.

„Je mehr gedrückt wird, desto besser“, erklärt Radiologe und Praxisinhaber Volker Brandenbusch, der gemeinsam mit

seiner Kollegin Kerstin Engelmann das Mammografie-Screening in Frankfurt und im Main-Taunus-Kreis verantwortet. Die Bildqualität steige dadurch, und die Strahlenbelastung sinke. „Mit der linken Hand die linke Brust ein bisschen weghalten“, sagt die Assistentin der Frau noch. Dann ist alles bereit für die Röntgenaufnahme.

So schleust allein die Praxis von Brandenbusch und Engelmann in Frankfurt je-

den Tag bis zu hundert Frauen durch – auf der Suche nach kleinsten Spuren von Brustkrebs. Es kommen Frauen in die Praxen, die keine Beschwerden haben, keinen Verdacht, die einfach aufgrund ihres Alters regelmäßig zum großen Brustkrebs-Check sollen.

Jede in Deutschland lebende Frau zwischen 50 und 69 erhält alle zwei Jahre eine Einladung zur Früherkennung. Etwa jede zweite geht hin. Pro Jahr sind das rund

Ohne Brustkrebs-Screening von 1000 Frauen innerhalb von zehn Jahren

21 starben an Krebs



5 davon an Brustkrebs

Mit Brustkrebs-Screening von 1000

21 starben an Krebs



2,7 Millionen Frauen. Seit der Einführung des Programms im Jahr 2005 haben mehr als 15 Millionen Frauen in Deutschland am Brustkrebs-Screening teilgenommen.

Geräte, Röntgenbilder und die Arbeit der Ärzte unterliegen einer permanenten Gütekontrolle. Die Bilder werden digital erstellt und sind gestochen scharf. Jede Aufnahme muss von zwei Radiologen unabhängig voneinander begutachtet werden, allein in der Frankfurter Praxis machen dies acht Mediziner in einer Art Schichtbetrieb. „Wir arbeiten hier mit höchster Qualität“, erklärt Radiologe Brandenbusch nicht ohne Stolz. „Alle unsere Ärzte und Mitarbeiterinnen sind zertifiziert.“

Die Mammografie ist das aufwendigste Screening-Programm, das sich Deutschlands Gesundheitssystem leistet. 220 Millionen Euro jährlich haben die gesetzlichen Krankenkassen zuletzt dafür bezahlt.

Doch seit einiger Zeit wachsen die Zweifel, ob sich der Aufwand wirklich lohnt. Oder ob hier nicht – in bester Qualität – etwas höchst Unsinniges gemacht wird. Denn knapp 30 Jahre nach Einführung der ersten Mammografie-Programme in Europa hat sich die Hoffnung, mit dieser Früherkennung unterm Strich tatsächlich mehr Leben retten zu können, in Luft aufgelöst.

Mehrere hochwertige Studien zeigen inzwischen, dass in der Grundgesamtheit von Frauen, die am Mammografie-Screening teilnehmen, zwar weniger an Brustkrebs sterben. Aber: Sie leben im Schnitt wohl nicht länger als Frauen, die nicht teilnehmen. Möglicherweise tötet sie nicht der Brustkrebs, dafür aber ein anderer Krebs oder ein Herzinfarkt, verursacht durch ebendie Behandlung eines Brustkrebses, der ihnen nicht gefährlich geworden oder niemals im Leben entdeckt worden wäre – wenn sie nicht am Screening teilgenommen hätten.

Selbst der Mann, der maßgeblich dazu beitrug, die Früherkennung durch Mammografie in Deutschland einzuführen, hardert nun: Karl Lauterbach, der SPD-Gesundheitspolitiker, fungierte damals, als es um das Screening ging, als wichtigster Berater der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Er war verheiratet mit Angela Spelsberg, der Ärztlichen Leiterin des Aachener Tumorzentrums – einer vehementen Verfechterin der Massenuntersuchung. Lauterbach überzeugte Ulla Schmidt vom Segen der Brustkrebs-Früherkennung; 2002 beschloss der Bundestag das flächendeckende Screening.

Der SPD-Mann glaubte damals fest daran, dass man durch regelmäßiges Röntgen der Brust den Krebs früher erkennen und deshalb leichter heilen könne. „Die Mammografie war das erste Screening in Deutschland, das auf ausdrücklichen Wunsch der Politik eingeführt wurde“, erinnert er sich.

Inzwischen sagt Lauterbach: „Alle neuen Erkenntnisse sprechen in der Tendenz eher gegen das Screening.“ Die Studien zu diesem Thema seien in den vergangenen Jahren immer besser geworden – ihre Ergebnisse hingegen immer depressiver. „Es ist an der Zeit, das Screening neu zu bewerten.“

Jens Spahn, Gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion, stimmt zu: „Dass man nach zwölf Jahren sagt, wir schauen uns das Mammografie-Screening noch mal genau an und bewerten es neu, ist sicher vernünftig.“

Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), hält den Nutzen des Screenings ebenfalls für fraglich. Und Ingrid Mühlhauser vom Fachbereich Patienteninformation und -beteiligung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin sagt: „Es muss eine öffentliche Debatte darüber geben, ob das Screening gestoppt werden soll.“ Inzwischen ist selbst Ärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery der Meinung, dass man den flächendeckenden Brustkrebs-Check überprüfen müsse.

In der Schweiz hat sich das Swiss Medical Board, ein Expertengremium, das den Schweizer Krankenkassen empfiehlt, welche Leistungen sie finanzieren sollen, im Februar dafür ausgesprochen, alle bestehenden Mammografie-Programme zu befristen und keine neuen mehr einzuführen. Zu vielen Frauen würde durch das Screening unnötigerweise Brustkrebs attestiert. Und: Es sei unklar, ob der Nutzen der Untersuchung höher sei als der Schaden, der durch überflüssige Operationen und Therapien entsteht.

„Die Wissenschaftler sind über die Jahre bei der Bewertung des Mammografie-Screenings zu immer negativeren Ergebnissen gekommen“, sagt Peter Jüni vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Bern. „Es war nur eine Frage der Zeit, bis ein Expertengremium

es wagen würde, sich so weit hinauszulehnen wie wir jetzt.“ Man müsse den Frauen endlich die Wahrheit sagen, findet Jüni. Das systematische Mammografie-Screening, so wie es derzeit durchgeführt wird, „sollte man abschaffen“.

Selbst der oberste Mediziner der US-Krebsgesellschaft, Otis Brawley, geht inzwischen auf Distanz zur Mammografie, ebenso die landesweite Koalition gegen Brustkrebs NBCC.

In Norwegen hat sich die Ärztin und Wissenschaftlerin Mette Kalager, die dort von 2004 bis 2006 das nationale Screening-Programm leitete, zu einer scharfen Kritikerin der Brustkrebs-Früherkennung entwickelt. „Ich komme aus der Praxis“, erzählt sie. „Als Brustchirurgin habe ich erlebt, wie radikal sich vor 20 Jahren die Therapie von Brustkrebspatientinnen verändert hat.“ Neuartige Therapien, sagt sie, hätten die Prognose vieler erkrankter Frauen deutlich verbessert.

Als in vielen Ländern die Brustkrebs-Sterblichkeit sank und die Screening-Anhänger das vor allem auf die Mammografie zurückführten, hat Kalager sich gewundert. Sie fand die Erklärung „zu einfach“ und wollte sie mit den norwegischen Daten überprüfen. Ergebnis: Zum großen Teil lag es nicht an der Früherkennung, sondern an vielen anderen Faktoren. Inzwischen findet die Expertin: „Wir sollten nicht mehr alle Frauen screenen.“

Tatsächlich ist es nicht irgendeine einzelne Studie, die gegen das Mammografie-Screening spricht. Es sind große Übersichtsarbeiten; sie fassen die Ergebnisse aller wichtigen Studien zusammen.

Das sind vor allem sogenannte randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs), also Untersuchungen, bei denen eine möglichst große Zahl von Versuchspersonen per Zufall in zwei Gruppen eingeteilt wird. Im Fall der Mammografie bedeutet das: Die eine geht regelmäßig zum Screening, die andere nicht. Später wird überprüft, in welcher Gruppe mehr Menschen krank wurden oder gestorben sind. Keine andere Art von Medizinstudie ist so zuverlässig wie eine RCT.

Peter Göttsche hat in den vergangenen Jahren alle verfügbaren RCTs zur Mam-

2,7 Mio.

Frauen in Deutschland nehmen jedes Jahr am Brustkrebs-Screening teil.*

220 Mio. €

zahlten die gesetzlichen Krankenkassen 2012 dafür.

* Stand 2010; Quelle: Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Frauen, die zehn Jahre lang an einem Screening teilnahmen



4 davon an Brustkrebs



5 Frauen wurde unnötig ein Teil oder die ganze Brust entfernt.



Quelle: G. Gigerenzer; Cochrane-Daten für 50- bis 69-jährige Frauen



Forscher Gigerenzer

„Die Gesamtsterblichkeit ist in der Screening-Gruppe gleich hoch wie in der Nicht-Screening-Gruppe. Durch Mammografie wird überhaupt kein Leben gerettet.“

mografie angeschaut. Gøtzsche leitet das Nordic Cochrane Centre in Kopenhagen. Gutachten der Cochrane-Forscher genießen weltweit höchste Anerkennung.

Gøtzsche und sein Kollege Karsten Jørgensen haben im Jahr 2012 die wichtigen Medizindatenbanken der Welt durchforstet und sind auf sieben RCTs zum Mammografie-Screening gestoßen, mit 600 000 Teilnehmerinnen von 39 bis 74 Jahren.

Im vergangenen Jahr haben die beiden Forscher ihren Bericht veröffentlicht. Er ist erschreckend: Von 2000 Frauen, die zehn Jahre lang regelmäßig zur Früherkennung gehen, stirbt eine einzige Frau weniger an Brustkrebs als ohne Screening. In den drei besten der sieben Studien ließ sich nicht einmal dieser eine Fall finden.

Mehr noch: Eine andere Auswertung der Cochrane-Daten für über 50-jährige Frauen kam zwar zu dem Ergebnis, dass durch die Früherkennung eine von 1000 weniger an Brustkrebs stirbt. Es kam dabei aber auch heraus, dass in der Screening-Gruppe genauso viele Frauen durch Krebs umkommen, irgendeinen Krebs, wie in der nicht mammografierten Gruppe (siehe Grafik

Seite 100). Das heißt: Diese eine Frau von 1000, die durch die Mammografie zwar nicht an Brustkrebs stirbt, rafft, statistisch gesehen, ein anderer Krebs dahin.

Hinzu kommt der Schaden, den die Mammografie verursachen kann. Die Cochrane-Forscher gehen davon aus, dass von 2000 Frauen, die regelmäßig zum Screening gehen, 10 die Diagnose Brustkrebs bekommen – unnötigerweise. Das heißt, sie werden operiert, nicht selten bestrahlt und oft auch chemotherapiert. Obwohl das, was die Röntgenaufnahme in der Brust als gefährlich enthüllte, niemals ihr Leben bedroht hätte.

Die überdiagnostizierten Frauen müssen nicht nur mit einem belastenden Befund leben, ihnen wird auch körperlich massiv geschadet. Mammografierten Patientinnen wird deutlich häufiger eine Brust amputiert als Frauen, die nicht zum Screening gehen. Auch die Zahl der Bestrahlungstherapien liegt laut Studien wesentlich höher – die Strahlenbelastung kann das Herzinfarkt- und Lungenkrebsrisiko erhöhen.

„Irgendwann habe ich mich gefragt: Was machen wir hier eigentlich?“, sagt die nor-

wegische Ärztin Kalager. „Könnte es vielleicht sein, dass wir durch das Screening und die dadurch verursachte Überdiagnose und Übertherapie unterm Strich einfach nur die Todesursachen verschieben? Weg vom Brustkrebs, hin zu den Folgen einer unnötigen, aber aggressiven Therapie?“

Im vergangenen Jahr schätzte der britische Experte Michael Baum im *British Medical Journal*, dass von rund 3000 50- bis 70-jährigen Screening-Teilnehmerinnen eine weniger an Brustkrebs stirbt – dafür jedoch könnten ein bis drei Frauen durch Herzinfarkt oder Lungenkrebs umkommen.

Warum gibt es angesichts solcher Ergebnisse keinen Aufschrei? Ganz einfach: Keine Frau, die brav zur Früherkennung geht und dabei die Diagnose Brustkrebs bekommt, wird jemals erfahren, ob sie die eine von 3000 Frauen ist, der das Screening das Leben rettet – oder ob sie zu den ein bis drei Frauen gehört, die an den Folgen einer überflüssigen Brustkrebstherapie sterben werden.

Keine Betroffene wird jemals einen Arzt verklagen, im Gegenteil: „Uns sagt eigent-

FOTO: MAURICE WEISS / OSTKREUZ (L.)

lich jede Frau, bei der wir Brustkrebs feststellen, dass sie froh ist, dass wir ihn so früh entdeckt haben“, sagt Radiologe Brandenbusch und wertet dies als Erfolg des Screenings.

Dabei sollte er es besser wissen. Das gesamte Konzept des Mammografie-Screenings beruht auf einer längst überholten Annahme: dass ein Brustkrebs in der Regel schön gleichmäßig, nicht zu schnell und nicht zu langsam wächst und ab einer bestimmten Größe – aber auch erst dann – zuverlässig metastasiert. Wenn dem so wäre, würde die Früherkennung tatsächlich funktionieren. Aber Brustkrebs ist viel komplizierter.

Viele Tumore wachsen so schnell, dass sie zwischen zwei Screening-Runden entstehen. Andererseits können Tumore auch plötzlich aufhören zu wachsen. Oder sich zurückbilden. Oder so langsam wachsen, dass sie nie ein Problem werden. Ohne Mammografie würden Frauen diese Veränderungen gar nicht bemerken.

Rund 15 Prozent der im Screening entdeckten Tumoren sind zudem sogenannte duktale Carcinomata in situ. Ausgerechnet diese Gebilde lassen sich mit der Mammografie besonders gut im Röntgenbild erkennen. Ein solches Karzinom kann ein Leben lang verborgen in den Milchgängen schlummern – oder aber sich später zu einem tödlichen Tumor entwickeln. Weil das niemand voraussagen kann, therapieren die Ärzte derzeit fast alle dieser durchs Screening aufgespürten Gewebeveränderungen. Mit allen negativen Folgen.

Ein ähnliches Problem kennen die Mediziner auch von einer anderen Krebsart, die völlig harmlos verlaufen oder aggressiv fortschreiten kann, ohne dass sich das eine oder andere sicher voraussagen ließe: Prostatakrebs. Die Früherkennung mithilfe des sogenannten PSA-Tests ist deshalb umstritten und wird derzeit als Screening-Methode nicht empfohlen.

In ihrem Editorial zu einer Mammografie-Studie, die im Februar im *British Medical Journal* veröffentlicht wurde, verglich Mette Kalager die Eckdaten des Brustkrebs-Screenings mit denen der Prostatakrebs-Früherkennung und kam zu dem überraschenden Ergebnis: Die Unterschiede seien so gering, dass sich wissenschaftlich nicht rechtfertigen ließe, den PSA-Test abzulehnen, andererseits aber die Mammografie zu propagieren. Deshalb, so Kalager, könnten bei der Entscheidung fürs Mammografie-Screening „politischer Druck und Glaubenssätze eine Rolle gespielt haben“.



Ärztin Kalager

„Verschieben wir durch das Screening und die Überdiagnose einfach nur die Todesursachen?“

Klar ist, dass nicht allein medizinische Gründe entscheiden. Es gibt auch finanzielle Anreize: Die 220 Millionen Euro, die die Krankenkassen zuletzt für die Mammografie ausgaben, fließen vor allem an die 375 Mammografie-Einheiten im Land. Dabei handelt es sich um radiologische Praxen wie die von Brandenbusch und Engelman in Frankfurt; darunter sind aber auch 60 sogenannte Mammobile, in denen Frauen fern der Städte untersucht werden können.

Im Schnitt macht jede beteiligte Arztpraxis allein mit dem Brust-Screening mehr als eine halbe Million Euro Umsatz im Jahr – Radiologen verteidigen die Mammografie nicht ohne Grund.

Bei der Einführung des flächendeckenden Brustchecks spielten allerdings eher feministische Überzeugungen die entscheidende Rolle. Tatsächlich gilt das Mammografie-Screening insbesondere in Deutschland immer noch als eine Errungenschaft, die Frauen sich hart erkämpfen mussten.

1996 zeigte die Zeitschrift *Emma* auf dem Titel die brustamputierte Künstlerin Matuschka und startete damit die Kampa-

gne fürs große Mammografie-Screening. „Brustkrebs“, so die Kampfansage, „ist ein Politikum!“ Der „Frauseuche Nr. 1“ sollte die Stirn geboten werden, sogar von einem „Genozid an Frauen“ war die Rede.

Bis heute wehrt sich nicht nur die *Emma* gegen jede Kritik am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Wissenschaftler, die den Nutzen der Mammografie anzweifeln, gelten schnell als Frauenfeinde. So wirft die amerikanische Radiologie-Gesellschaft ACR dem Schweizer Professor Jüni und seinen Kollegen vor, dass er für den Tod von jährlich 15 000 bis 20 000 Frauen in den USA verantwortlich wäre, würde man ihren Empfehlungen folgen und die Mammografie stoppen. Wissenschaftlich lässt sich diese Zahl zwar lässig entkräften, trotzdem sitzt der Hieb – niemand lässt sich gern vorwerfen, Frauen zu töten.

Warum gibt es in Deutschland bisher keine Debatte über das Screening-Programm? Die Mammografie sei positiv besetzt, sagt IQWiG-Chef Jürgen Windeler. „Würde man sie abschaffen, kämen gleich Vorwürfe, dass den Frauen etwas weggenommen werden solle; dass es ums Sparen

100 gesunde Frauen wurden durch einen falschen Verdacht alarmiert.

gehe und die Frauen wohl aus Kostengründen früher sterben sollen.“

Inzwischen jedoch wird die Allianz aus Ärzten, Wissenschaftlern und Politikern immer stärker, die fordert, sich das deutsche Screening-Programm anhand der Studien noch mal vorzuknöpfen. Auch Karl Lauterbach findet, dass man damit nicht mehr warten solle. „Die Überprüfung des Programms“, sagt er, „wird entweder eine der ersten Aufgaben des neuen Qualitätsinstituts sein, das derzeit von der Bundesregierung gegründet wird, oder wir werden das IQWiG damit beauftragen.“

Jürgen Windeler sagt, dass sein IQWiG dazu natürlich in der Lage sei. Aber sämtliche verfügbaren Studien seien schon von mehreren wissenschaftlichen Instituten „links und rechts gekehrt“ worden. „Da werden auch wir nichts Neues mehr herausfinden.“

Die Frage sei vielmehr, sagt Windeler, ob man die Ergebnisse der Studien, die vor Jahrzehnten begonnen wurden, auf die Situation heute übertragen könne. Viele Einflussfaktoren hätten sich seither verändert, man wisse mehr über die genetischen Risikofaktoren, und es gebe neue Medikamente gegen Brustkrebs, die die Therapie deutlich verbesserten.

Frauen, die heute an Brustkrebs erkranken, sagt Windeler, hätten eine viel bessere Perspektive als vor 20 Jahren. „Alle diese Faktoren führen dazu, dass der bisher schon geringe positive Effekt der Mammografie auf die Brustkrebssterblichkeit wohl noch weiter geschrumpft ist“, meint der Mediziner. Im Klartext: Heute nutzt die Mammografie wahrscheinlich noch weniger als damals.

Was kann die Politik tun, wenn die Wissenschaft feststellt, dass die Mammografie nichts bringt? Ein Gesundheitspolitiker, berichtet Windeler, habe ihm vor Kurzem gesagt: „Wenn wir die Mammografie abschaffen, würde das ja bedeuten, dass wir über Jahre hinweg das Geld an der falschen Stelle ausgegeben haben.“ Diesen Eindruck, vermutet der IQWiG-Chef, möchte niemand erwecken, auch die Krankenkassen würden das lieber vermeiden.

Aber: deswegen weitermachen mit dem – im Grunde nutzlosen – Brustkrebs-Check?

Niemand will zurück zu den Verhältnissen vor der Einführung des flächendeckenden Programms: dem unsystematischen, sogenannten grauen Screening ohne Qualitätskontrolle für die Frauen, die sich selbst darum kümmern.

Vielleicht müsse man sich einfach, meint Windeler, vom Massenscreening verabschieden und Frauen vorab in verschiedene Risikogruppen einteilen. Dann könnten zum Beispiel Kandidatinnen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko überprüft und die ohne solche Vorbelastung in Ruhe gelassen werden.



Künstlerin Matuschka auf Emma-Cover 1996
„Frauseuche Nr. 1“

Rita Schmutzler, Leiterin des Kölner Zentrums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs und weltweit eine der führenden Expertinnen auf diesem Gebiet, hält es für „sehr wahrscheinlich“, dass in absehbarer Zukunft das genetische Profil noch genauer Auskunft über das individuelle Brustkrebsrisiko einer Frau geben wird.

Die Erforschung der betreffenden Gene läuft laut Schmutzler international auf Hochtouren. Es gehe darum, auf der Basis einer Erbgutanalyse das individuelle Risiko zu bestimmen. „Dann“, sagt die Forscherin, „ist die Zeit eines dem Risiko angepassten Screenings gekommen.“

Bis alle Probleme gelöst sind, wird es jedoch noch viele Jahre dauern. Ab sofort, fordern die Screening-Kritiker, sollten die Frauen zumindest fair über Nutzen und Risiko informiert werden. „Wenn dann am Ende nur noch die Hälfte zur Mammografie geht“, sagt IQWiG-Chef Windeler, „wäre das im Sinne einer freien, informierten Entscheidung in Ordnung.“

Derzeit funktioniert die Aufklärung nicht besonders gut. „Die meisten Frauen überschätzen den Nutzen des Mammografie-Screenings massiv“, sagt etwa die Hamburger Medizinerin Ingrid Mühlhauser, deren Spezialgebiet die angemessene und verständliche Wissensvermittlung ist. Rund 60 Prozent glauben zum Beispiel, dass sie durch die Teilnahme am Screening Brustkrebs verhindern können. Schon das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken und zu versterben, werde „grotesk überschätzt“, so Mühlhauser. Kampagnen zur Krebsfrüherkennung hätten „unnötige Angst geschürt und zu Täuschungen und Trugschlüssen geführt“.

Gerd Gigerenzer, Leiter des Berliner Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung, beschäftigt sich, so sagt er selbst, ironisch, seit Jahren damit, „wie man Frauen in die Irre führt“. Mit seinen Mitarbeitern hat er in neun europäischen Ländern mehr als 10 000 Menschen über den Nutzen des Mammografie-Screenings befragt.

„98 Prozent der Frauen in Deutschland überschätzen den Nutzen um das Zehnfache, das Hundertfache oder sogar Zweihundertfache“, sagt Gigerenzer. „Damit sind wir unter allen großen Ländern Europas die Letzten.“ Für ihn steht deshalb die hochtechnisierte Bundesrepublik, was das medizinische Wissen angeht, „mit einem Bein immer noch im Mittelalter“.

In Deutschland ist die „Kooperationsgemeinschaft Mammographie“ verantwortlich für die Information der Öffentlichkeit. Zusammen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem mächtigsten Gremium im Gesundheitssystem, verschickt sie ein Merkblatt an jede Frau zwischen 50 und 69 Jahren, in dem für das Screening geworben wird. Zusammen mit dem Merkblatt erhalten die Frauen gleich einen Termin für die Mammografie.

Auf den vorderen Seiten erinnert das Merkblatt daran, dass in Deutschland jedes Jahr 17 500 Frauen an Brustkrebs sterben. „Ziel der Untersuchung ist es, Brustkrebs möglichst früh zu entdecken, um ihn noch erfolgreich behandeln zu können“, wie es auf Seite zwei heißt. Erst auf den letzten Seiten des jedes Jahr in mehrere Millionen Haushalte verschickten Merkblatts steht etwas über den Nutzen. Dort wird behauptet: „1 von 200 Frauen wird dank ihrer regelmäßigen Teilnahme vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt.“

Max-Planck-Forscher Gigerenzer kritisiert das Merkblatt scharf. „Es schweigt sich darüber aus, dass die Gesamtsterblichkeit in der Screening-Gruppe gleich hoch ist wie in der Nicht-Screening-Gruppe. Durch Mammografie wird überhaupt kein Leben gerettet.“

Das Merkblatt stammt aus dem Jahr 2010. Es wurde seither nicht überarbeitet, obwohl zahlreiche neue Studien zur Mammografie erschienen sind.

Corinna Heinrich von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie erklärt, für die Info-Schrift sei allein der G-BA zuständig. Demnach wären es die Ärzte- und Kassenvertreter, die sich beim Thema Mammografie nicht an wissenschaftliche Fakten halten.

Der G-BA weist die Kritik zwar zurück, räumt aber ein, dass er „selbstverständlich in der Pflicht ist, seine Merkblätter dem aktuellen Forschungsstand anzupassen“. Deshalb werde das Merkblatt aus dem Jahr 2010 „derzeit überarbeitet“.

Peter Götzsche, dem weltweit besten Kenner der Mammografie-Studien, hat der SPIEGEL das Merkblatt in englischer Fassung zur Verfügung gestellt. Sein Urteil fällt noch bissiger aus als das von Gigerenzer: „Zu sagen, eine von 200 Frauen werde durch die Mammografie gerettet, ist so weit von der Wahrheit entfernt, dass ich nur lachen kann.“

Markus Grill, Veronika Hackenbroch