



**Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.) und  
Ausschuss für Frauen, Gleichstellung  
und Emanzipation (34.)**

**Gemeinsame Sitzung (öffentlich)**

21. Oktober 2015

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:30 Uhr bis 15:00 Uhr

Vorsitz: Daniela Jansen (SPD)

Protokoll: Cornelia Patzschke

**Verhandlungspunkt:**

**1 Mammographie für alle Altersschichten: Prävention stärken,  
Altersdiskriminierung verhindern**

**3**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 16/8460

\* \* \*



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

**Vorsitzende Daniela Jansen:** Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserer heutigen gemeinsamen Sitzung. Ich darf deswegen sowohl die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales wie auch die Mitglieder des Ausschusses für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation hier begrüßen, ferner natürlich Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung, sofern anwesend, selbstverständlich unsere Sachverständigen, die heute zu uns gekommen sind, die Zuhörerinnen und Zuhörer sowie weitere Gäste.

Die Einladung zu dieser Sitzung ist Ihnen mit der Drucksachenummer E 16/1410 fristgerecht zugegangen. Deswegen kommen wir auch schon zur Tagesordnung. Wir haben einen einzigen Tagesordnungspunkt:

## **1 Mammographie für alle Altersschichten: Prävention stärken, Altersdiskriminierung verhindern**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 16/8460

Dieser Antrag wurde in der 83. Plenarsitzung federführend an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie an den Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation überwiesen, der eine pflichtige Teilnahme beschlossen hat. Aussprache und Abstimmung sollen dann allerdings erst nach Vorlage der Beschlussempfehlung des federführenden Ausschusses in beiden Ausschüssen erfolgen.

Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat sich dann relativ kurzfristig am 23. September auf eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen geeinigt, und an dieser beteiligt sich der Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation; deswegen sitzen wir heute zusammen.

Vor diesem Hintergrund begrüße ich deswegen auch herzlich meinen Vorsitzendenkollegen vom Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Herrn Günter Garbrecht, und natürlich die Damen und Herren Sachverständigen, die heute hierhergekommen sind. Vielen Dank für die vorab versandten Stellungnahmen, die uns erreicht haben. Sie haben wir noch einmal auf den Tischen am Eingang ausgelegt, ebenso das Tableau der Sachverständigen, das Ihnen ebenfalls vorliegt.

Wir haben zwar heute nur eine begrenzte Zeit, weil wir auch noch eine reguläre Sitzung unseres Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales durchführen. Ich möchte aber trotzdem den Sachverständigen die Möglichkeit geben, innerhalb von circa fünf Minuten noch einmal ihre Kernthesen zum vorliegenden Thema zu formulieren, um dann in eine erste Fragerunde der Abgeordneten einzusteigen.

Ich gehe jetzt einfach von links nach rechts vor, Ihnen das Wort zu geben. Ich beginne mit Frau Prof. Dr. Mühlhauser.

**Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser (Universität Hamburg, Institut für Pharmazie, Gesundheitswissenschaften) (Stellungnahme 16/3069):** Ich bin hier vom Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft als Expertin vorgeschlagen worden. Ich selbst bin von meiner Ausbildung her Ärztin, Internistin, und habe die Professur für Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg. Wir beschäftigen uns seit vielen Jahren mit dem Thema, wie Daten zu Screening-Untersuchungen so präsentiert werden können, dass die Bürger und Bürgerinnen es verstehen können. Das ist mein Zugang zu diesem Thema.

Der Antrag, der hier vorliegt und heute diskutiert werden soll, geht von verschiedenen falschen Prämissen bzw. Missverständnissen aus. Das Mammographie-Screening ist weder Prävention noch Vorsorge, wie im Antrag bezeichnet. Leider führt diese irreführende Bezeichnung dazu, dass viele Frauen in Deutschland, selbst wenn sie schon am Mammographie-Screening teilgenommen haben, glauben, dass man durch Teilnahme am Screening Brustkrebs verhindern bzw. das Risiko, daran zu erkranken, reduzieren kann.

Der Antrag geht auch von falschen, irrtümlichen Zielsetzungen aus, wenn es heißt, das Ziel des Screening-Programms sei es, Brustkrebskrankungen so früh wie möglich zu diagnostizieren. Das ist nicht das primäre Ziel einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Tatsächlich ist das Ziel von Krebsfrüherkennungsprogrammen, das Leben der untersuchten Bevölkerungsgruppe zu verlängern und die Lebensqualität zu verbessern. Beides kann mit Mammographie-Screening nicht erreicht werden. Die Lebensqualität wird insgesamt durch Mammographie-Screening nicht verbessert, sondern die Lebensqualität insgesamt verschlechtert sich, da Mammographie-Screening mehr Frauen schädigt, als es einzelnen Frauen nutzen kann.

Die Bewertung von Screening-Programmen erfordert eine Abwägung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses. Es reicht also nicht, wenn man immer nur auf den möglichen Nutzen schaut; vielmehr muss man eine Abwägung zwischen Schaden und Nutzen vornehmen. Wie Sie vielleicht auch mitbekommen haben, gibt es eine zunehmende erhebliche Kontroverse um dieses Schaden-Nutzen-Verhältnis. Das Swiss Medical Board zum Beispiel hat für die Schweiz empfohlen, das Screening-Programm überhaupt zu stoppen, weil der Schaden den Nutzen überwiegt.

Ich bin im Augenblick die Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Wir haben uns mit diesem Thema auch schon eingehend und des Öfteren beschäftigt. Wir haben zuletzt eine Stellungnahme veröffentlicht, in der wir gefordert haben, dass es eine neuerliche öffentliche Diskussion zu möglichem Nutzen und Schaden des Mammographie-Screenings gibt, auch unter dem möglichen Aspekt, das Screening-Programm in Deutschland ganz zu stoppen.

Nun soll das Screening-Programm auch auf andere Altersgruppen ausgeweitet werden, für jüngere und für ältere Frauen, für die das Nutzen-Schaden-Verhältnis noch viel schlechter ist als für die Gruppe der Frauen, die jetzt schon zum Screening eingeladen werden. Bei den jüngeren Frauen ist Brustkrebs sehr selten, und bei älteren Frauen sind andere Gesundheits- und Krankheitsprobleme sehr viel bedeutsamer als

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Brustkrebs. Die einzelnen Zahlen hierzu, wie hoch diese Risiken sind, habe ich in meiner hier vorliegenden Stellungnahme aufgelistet.

Das Problem ist in Deutschland, dass die Frauen Nutzen und möglichen Schaden nicht verstehen können, die Vor- und Nachteile nicht abwägen können. Die Medienkampagnen führen dazu, dass der Nutzen völlig überschätzt wird, während die meisten Frauen den Schaden gar nicht kennen oder ihn unterschätzen.

Der letzte Punkt, der hier angesprochen wird, besagt, dass Medienkampagnen geführt werden sollen, auch, dass die Frauen regelmäßig zum Frauenarzt gehen, zur Brustuntersuchung, zum Abtasten der Brust. Es gibt keine Evidenz dafür, dass hier der Nutzen den Schaden überwiegt. Das Netzwerk Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft in Deutschland hat sich eindeutig gegen diesen Antrag ausgesprochen, das Screening auf andere Altersgruppen auszuweiten.

**Prof. Dr. med. Walter Heindel (Institut für Klinische Radiologie Münster):** Vielen Dank, dass Sie mich eingeladen haben und ich hier eine Stellungnahme abgeben darf. Sie vertreten Nordrhein-Westfalen. Wir leben im bevölkerungsreichsten und größten Bundesland. Nordrhein-Westfalen hat aus meiner Sicht in den letzten Jahren eine Führungsrolle auf dem Gebiet der Brustkrebsfrüherkennung übernommen. Dies ist auch auf Entscheidungen hier im Parlament zurückzuführen.

Erlauben Sie mir, vorab nur kurz anhand von Zahlen zu umreißen, worüber ich spreche. Ich habe die aktuellsten Zahlen mithilfe unseres Epidemiologischen Krebsregisters ermittelt. Es war eine der strategisch wichtigen Entscheidungen, die ebenfalls hier im Parlament sehr frühzeitig getroffen wurde, überhaupt ein solches, für ein gesamtes Bundesland funktionierendes elektronisches Krebsregister aufzubauen. Das erlaubt uns, sehr genau zu beobachten, was passiert, und zwar auf der Bevölkerungsebene.

Die neuesten Zahlen aus dem Jahr 2013 zeigen, dass in unserem Bundesland jedes Jahr 18.445 Frauen neu an Brustkrebs erkranken und dass jedes Jahr in unserem Bundesland 4.233 Frauen daran versterben. Wenn wir es einmal analysieren – da gebe ich Frau Mühlhauser recht –, zeigt sich, dass Brustkrebs keine Erkrankung von jungen Frauen ist: Von diesen über 18.000 Frauen sind nur 16 % jünger als 50 Jahre. Aber der größte Anteil, 50 % dieser 18.000 Frauen, gehören der Altersgruppe an, für die das Screening angeboten wird, sind zwischen 50 und 69 Jahren, und 35 % dieser 18.000 Frauen sind zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung älter als 70 Jahre. Von allen Krebserkrankungen, die Frauen treffen können, macht diese Krebserkrankung 32 % aus. Das heißt, Brustkrebs ist mit weitem Abstand die negative Nummer eins unter den Krebserkrankungen. Aus diesem Grunde ist das aus meiner Sicht eine sehr wichtige Erkrankung, und deswegen haben Sie sich – so verstehe ich es auch – für dieses Thema besonders interessiert.

Ich habe es schon angesprochen: Wir haben hier ein sehr gutes Krebsregister, und wir brauchen es für die Evaluation und auch für wissenschaftliche Evidenz, ganz im Sinne von Frau Mühlhauser. Sie haben vor vielen Jahren aus meiner Sicht in vorbildlicher Weise darüber entschieden, in NRW sogenannte Brustzentren einzurichten.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Diese Brustzentren, die interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern, sind auch mit dem Ziel eingerichtet worden, die Mammakarzinom-Therapie auf Kliniken mit besonderer Expertise, mit besonderen Fallzahlen zu konzentrieren. Ich nenne auch dazu noch einmal Zahlen: Früher gab es in unserem Bundesland etwa 250 OP-Standorte. Inzwischen sind wir weit unter 100 OP-Standorten. Man hat das konzentriert, weil große Zahlen, große Erfahrung, große interdisziplinäre Zusammenarbeit einfach zu Vorteilen führen.

Ein dritter Schritt ist dann: Das Mammographie-Screening ist wirklich keine Vorsorge. Wir haben leider keine primäre Prävention, weil wir nicht wissen, warum die eine Frau Brustkrebs bekommt und die andere nicht. Wir kennen zwar gewisse Risikofaktoren, aber wir haben leider keine primäre Prävention – das wäre wünschenswert; das haben wir ja bei manchen anderen Erkrankungen, bei Brustkrebs leider nicht –, sondern wir können nur durch Früherkennung etwas gegen diese Erkrankung tun. Davon bin ich fest überzeugt.

Wir haben das Screening hier im Lande mithilfe des Krebsregisters betrachtet. Wir waren die ersten in der Bundesrepublik, die dieses Programm in der Regelversorgung einsetzten. Dem gingen Modellprojekte voraus; es gab dann einen Bundestagsbeschluss. Hier in NRW haben wir dieses Screening als erstes Bundesland in der Regelversorgung gestartet. Dies geschah interessanterweise oder zufälligerweise genau vor zehn Jahren, im Oktober 2005, und wir können jetzt über eine große Erfahrung in diesem Land berichten. Wir haben in den letzten Jahren – das ging nur mithilfe des Krebsregisters – sehr systematisch untersucht, was sich durch das Screening tut, und wir sind noch dabei.

Ganz aktuell – ich habe Ihnen dazu eine Publikation, die sich zunächst nur auf eine Screening-Einheit bezieht, übersandt – ist einer der ganz entscheidenden Schritte in unserem Land zu beobachten, nämlich: Wenn wir zwei Jahre Lebenszeit von Frauen analysieren, die am Screening teilgenommen haben, und betrachten, wie sich die Tumorstadien entwickeln, können wir erstmals festhalten – das ist in Deutschland jetzt erstmalig gezeigt; das ist sozusagen Proof of Principle, wie der Wissenschaftler sagen würde, aber wir werden das in Kürze für unser ganzes Bundesland vorstellen –, dass einerseits nicht nur kleine Tumoren immer häufiger gefunden werden – dies wird auch durch die Zusammenarbeit mit den Kollegen aus der Gynäkologie beeinflusst –, aber andererseits umgekehrt – das ist gesundheitspolitisch meiner Meinung nach das Entscheidende – die fortgeschrittenen Tumorstadien zurückgehen.

Das heißt, wenn eine Frau erkrankt und sie wiederholt am Screening teilgenommen hat, dann ist ihre Chance, dass der Tumor, der gefunden wird, ein günstigeres Stadium hat, signifikant besser, als wenn sie nicht teilgenommen hätte. Das ist eigentlich die entscheidende Aussage. Wir verzeichnen also durch diese regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen einen Rückgang der fortgeschrittenen, der metastasierten Stadien, und wir haben damit sozusagen in der Zusammenarbeit mit Pathologie und mit Gynäkologie die Chance, immer häufiger Frauen zu heilen, und das ist aus meiner Sicht – damit möchte ich mein Statement auch schließen – der entscheidende Punkt: Wir haben eine Früherkennung, wir haben dadurch eine Stadienverschiebung, wir haben eine Reduktion der großen Stadien, und wir haben wegen der bes-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

seren Früherkennung für die einzelne Frau den Vorteil, dass die Brust immer häufiger erhalten werden kann und immer seltener Chemotherapie notwendig ist.

Damit komme ich zu meiner Eingangsbemerkung zurück: Ähnlich wie europäische Länder hier in der Nachbarschaft sollten wir überlegen, ob aufgrund der eingangs dargestellten Daten die Zeitphase, in denen Frauen dieses Früherkennungsprogramm angeboten wird, verlängert wird. Ich würde nach wissenschaftlicher Evaluation aber dafür plädieren, es nur für die Phase 70 bis 74 Jahre zu verlängern.

Ebenso sollten wir überlegen, dies mit einer wissenschaftlichen Begleitung, mit einer wissenschaftlichen Evaluation zu verknüpfen – denn wir leben in einer Gesellschaft, in der wir immer älter werden; unsere Kinder werden über 90 Jahre alt werden –, sodass wir diesen Effekt, der von Frau Mühlhauser zu Recht angesprochen wurde, die möglichst positive Beantwortung der Frage, ob wir durch diese Früherkennung zu einer Senkung der Sterblichkeit gelangen, für die einzelne Frau erlebbar machen, dass wir damit sozusagen die Gesundheit in der Bevölkerung in der Breite, in der Fläche verbessern.

**Prof. Dr. Kubilay Ertan (Leverkusen) (Stellungnahme 16/3113):** Ich bin Chefarzt der Frauenklinik und auch Leiter des interdisziplinären Brustzentrums in Leverkusen, sodass ich am Ende dieser Kette von der Diagnostik zur Therapie stehe. Mich interessiert natürlich als Therapeut, in welchem Stadium die Patienten, die ich sehe, zu mir kommen. Im Allgemeinen ist es ja bekannt: Je früher ein Karzinom entdeckt wird, desto höher sind die Heilungschancen. Natürlich ist unser Ansatz die Heilung und nicht Palliation. Die Heilung ist nur dann möglich, wenn ich diese Patienten wirklich in einem frühen Stadium entdecke.

Ich bin kein Radiologe. Trotzdem interessieren mich diese Zahlen bezüglich des Screenings, sodass ich mir alles genauer anschau und überlege: Wenn jedes Jahr 70.000 Frauen an Mammakarzinom erkranken, von denen circa 18.000 sterben, ist jede gestorbene Patientin eine zu viel. Das Ziel sollte sein, dass man diese Patientinnen heilen kann. Mit diesem Ansatz gehe ich natürlich so vor, dass ich frage: Wie kann ich die Mortalität reduzieren? Letzten Endes kommt es ja darauf an, dass die Sterblichkeit verringert wird. Das kann einerseits durch eine bessere Diagnostik erreicht werden – dazu gibt es kontroverse Aussagen –, andererseits natürlich durch bessere, leitliniengerechte und moderne Therapieoptionen.

Wenn wir uns die letzten 20, 30 Jahre anschauen, dann wissen wir, dass die Mortalität insgesamt gesunken ist. Das hat neben den besseren therapeutischen Optionen auch damit zu tun, dass Patientinnen insgesamt in früherem Stadium entdeckt werden. So gesehen, bin ich der Meinung, dass ein sehr erfolgreiches Screening-Programm mit einer Methode, die sicherlich nicht die allerbeste ist und die sicherlich nicht frei von jeglichen Schwächen ist, fortgeführt werden sollte; denn es gibt keine andere Alternative, und in meinen Augen ist das Mammographie-Screening diejenige Methode, die bisher am besten wissenschaftlich evaluiert ist, mit allen Schwächen und Stärken. Anhand dessen weiß ich, dass von den 2,8 Millionen Menschen, die allein 2012 untersucht wurden, etwa 80 % in einem Stadium entdeckt wurden, auch wenn sie ein massives Karzinom haben, in dem sie heilbar sind, das heißt also, in

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

einem frühen Stadium, ohne Lymphknotenbefall, mit kleineren Karzinomen. Genau das ist das Kollektiv, auf das es letzten Endes ankommt.

Natürlich werden auch 20 % Vorstufen entdeckt. Bei diesen Vorstufen muss man dann differenzieren, welche man als Überdiagnose deklarieren würde und welche wir als diejenigen definieren, die wir dann auch heilen können. Auch das ist etwas, was wir diskutieren können.

Ein anderer Fakt ist definitiv auch unser Wissen, dass mit zunehmendem Alter die Inzidenz ebenfalls ansteigt. Das heißt, je älter die Patientin ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ein Mammakarzinom entwickelt. Wenn ich eine Methode habe, deren Sensitivität in dieser Altersgruppe von 50 bis 69 Jahren bei etwa 86 % liegt, während sie bei jüngeren Patientinnen deutlich abnimmt, dann weiß ich auch, dass die Erkennungsrate, wenn man die Altersgruppe zwischen 50 bis 54 Jahren und die letzte Gruppe zwischen 65 und 69 Jahren vergleicht, bei diesen älteren Patientinnen deutlich ansteigt. Wenn ich von diesen Zahlen ausgehe, dann ist es naheliegend anzunehmen, dass die Erkennungsrate, wenn ich dies dann auf diejenigen Patientinnen erweitern würde, die älter als 69 Jahre sind, nämlich bis 75 oder bis 80 Jahre, mit der gleichen Methode wiederum höher sein wird.

Ob ich sie dadurch besser heilen kann oder nicht, ist eine andere Frage, ebenso, ob ich ihre Lebenserwartung verlängern kann. Aber grundsätzlich würde man bei einer insgesamt alternden Bevölkerung, bei der wir eine Lebenserwartung von 86, 87 Jahren verzeichnen, davon ausgehen, dass Patienten immer häufiger in biologisch gesünderem Zustand sind, von solchen modernen Optionen nicht nur der Diagnostik, sondern auch der Therapie immer noch profitieren würden und dadurch auch bessere Heilungschancen haben. Deswegen plädiere ich durchaus dafür, dass es Sinn machen würde, diese Grenze von 69 Jahren nach oben zu öffnen, und ich befürworte, wie ich es aus der Literatur kenne, die Grenze bis 74 Jahre.

**Vorsitzende Daniela Jansen:** Herzlichen Dank. – Meine Damen und Herren, der Ablauf ist jetzt so, dass wir Fragestellungen sammeln und Ihnen nach der ersten Fragerunde der Abgeordneten die Gelegenheit zur Antwort geben.

Ganz schnell war Frau Paul. Gibt es weitere Wortmeldungen?

(Susanne Schneider [FDP]: Die antragstellende Fraktion geht vor! Bei AGS ist das immer noch so!)

– Ich habe den Blickkontakt zu Ihnen nicht gesucht, Frau Schneider. Insofern ziehe ich Sie als Vertreterin der antragstellenden Fraktion selbstverständlich vor, dann kommt die schnelle Frau Paul; zudem habe ich Herrn Scheffler gesehen. – Gibt es weitere Fragen vonseiten der Abgeordneten? – Herr Preuß und Herr Sommer. Dann haben wir alle Fraktionen einmal durch, und ich bitte in dieser Reihenfolge um Ihre Fragen.

**Susanne Schneider (FDP):** Ich habe zwei Fragen, und zwar an die Professoren Heindel und Ertan. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit des Mammographie-Screenings zur Früherkennung im Allgemeinen? Es kommen ja immer wieder neue For-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

schungserkenntnisse. All das, was man vor fünf Jahren hatte, können wir ja schon wieder wegpacken; so etwas ist jetzt gar nicht der aktuelle Stand zum Mammographie-Screening. Kann man da in zwei Sätzen sagen, ich beurteile das so oder so?

Habe ich Sie speziell zur Teilnahme von Frauen über 69 Jahren jetzt richtig verstanden, dass Sie beide gesagt haben, es mache Sinn, die Altersgrenze auf 74 Jahre zu erhöhen? Wenn ich Sie, Herr Prof. Heindel, da richtig verstanden habe – die Äußerung war doch sehr komplex –, sagten Sie, dass auch die Metastasierung dann rückläufig ist, wenn Frauen regelmäßig an diesem Screening teilnähmen, und dass überhaupt die Prognose besser ist.

**Josefine Paul (GRÜNE):** Selbstverständlich wollte ich nicht der antragstellenden Fraktion vorgreifen, auch wenn ich ein bisschen schneller war als die Kollegin. – Vielen Dank auch von meiner Seite für die Stellungnahmen.

Ich habe verschiedene Fragen, zum Ersten an Frau Prof. Mühlhauser. Wenn ich Ihre Stellungnahme richtig verstanden habe, zweifeln Sie ein Stück weit die Datenlage zum Nutzen des Screenings an. Anschließend an Frau Schneider: Wie würden Sie denn aus Ihrer Sicht die bestehenden und laufenden Evaluationen bewerten?

Zum Zweiten die Nachfrage ebenfalls an Sie zu den von Ihnen angeführten Risiken: Können Sie noch einmal ein Stück weit ausführen, welche Risiken aus Ihrer Sicht für die Frauen bestehen? Daran schließt sich die Fragestellung an, wie Sie die derzeitige Aufklärungspraxis für die Frauen bewerten.

Eine weitere Frage richte ich an Herrn Prof. Ertan, auch in die Richtung von Aufklärungsbedarfen: Wo würden Sie weitere Aufklärungsbedarfe in Bezug auf die Beratung und Aufklärung der Patientinnen bei den Screenings sehen? Hinsichtlich der mit dem FDP-Antrag angestrebten weiteren Verbreitung geht es sicherlich auch um mehr Werbemaßnahmen. Wo liegen aus Ihrer Sicht unter Umständen noch weitere Aufklärungsbedarfe, und inwieweit muss in diesem Zusammenhang auch auf Risiken aufmerksam gemacht werden?

An alle Sachverständige habe ich die Frage, wie es zu den oftmals kritisierten Falschpositivbefunden kommt, die, wenn ich die Literatur dazu richtig lese, durchaus in einem nicht geringen Maße vorkommen. Welche Auswirkungen hat es aus Ihrer Sicht auf die betroffenen Frauen, wenn es zu diesen Falschpositivbefunden kommt?

Außerdem noch eine Frage an Frau Prof. Mühlhauser und Herrn Prof. Ertan: In Ihren Stellungnahmen lese ich eine diametral unterschiedliche Bewertung des Erkrankungsrisikos in Bezug auf das Lebensalter. Könnten Sie mir eventuell noch einmal erläutern, wie Sie zu diesen wirklich gegensätzlichen Aussagen kommen?

**Michael Scheffler (SPD):** Ich möchte meine erste Frage an Frau Prof. Dr. Mühlhauser richten. Sie haben sich, wie die Kollegin eben schon sagte, in Ihrer schriftlichen Stellungnahme sehr deutlich gegen eine Ausweitung des Mammographie-Screenings auf ältere Personengruppen ausgesprochen. Mich interessiert, ob Sie Umstände oder Indikationen sehen, so wie Prof. Heindel das eben vorgestellt hat, bei denen es durchaus Sinn machen könnte, ältere Frauen ebenfalls zu untersuchen.

Dann habe ich eine Frage zum Thema Verunsicherung. Wenn man selber mit Frauen spricht, die einen Bescheid bekommen haben, der hinterher aufgehoben worden ist oder der sich als nichtig herausgestellt hat, dann stellt man fest, dass sie über 14 Tage, drei Wochen und manchmal noch länger durchaus in einer Situation waren, in die man selber nicht geraten möchte. Gibt es Möglichkeiten, solche Entwicklungen zu verhindern? Kann es auch eine Rolle spielen, dass, soweit ich es weiß – vielleicht irre ich da –, die Untersuchung in der Regel nicht vom Arzt selber vorgenommen wird, dass da kein Arztkontakt besteht, sondern dass in der Regel andere Kräfte die Untersuchung vornehmen?

An Prof. Heindel richte ich die Frage, ob es heutzutage schon bessere Untersuchungsmöglichkeiten als das Mammographie-Screening gibt. Wenn man verschiedene Berichte und Studien dazu liest, fällt immer wieder das Stichwort MRT und wird geäußert, dass man damit wesentlich besser feststellen kann, ob eine Frau schon von Brustkrebs betroffen ist.

Dann schließe ich noch die Frage an, weil es darüber in unserem Nachbarland Österreich eine Diskussion gegeben hat, inwieweit das Thema Drüsengewebisdichte bei den Untersuchungen eine Rolle spielt und ob man nicht auch bei uns dazu kommen müsste, dass die Frauen darüber aufgeklärt werden, welche Gewebisdichte sie eigentlich haben und welche Gewebisdichte bei der Untersuchung festgestellt worden ist.

**Peter Preuß (CDU):** Ich habe nur eine Frage an Prof. Mühlhauser. In Ihrem Vortrag ist immer von Schaden-Nutzen-Relation die Rede gewesen. Mich interessiert, worin denn konkret der Schaden besteht, selbst wenn man einmal unterstellt, dass eine Fehlvorstellung über die Art und Weise des Mammographie-Screenings besteht. Ist das „nur“ die psychische Belastungssituation, die entsteht, wenn ich von der Diagnose erfahre, oder gibt es auch andere Gründe?

**Torsten Sommer (PIRATEN):** Vielen Dank von meiner Fraktion an die Experten für die Stellungnahmen und auch dafür, dass Sie hier sind, um Fragen zu beantworten.

Ich möchte mich zuerst einmal den Fragen von Kollegin Paul anschließen, die grundsätzlich fragt – diese Frage geht an alle Sachverständigen –, ob die Datenlage überhaupt ausreichend ist, um das Screening zu bewerten. Weiter möchte ich mich aber auch an Kollegen Preuß anschließen, der nach den exakten Schäden gefragt hat: Welche Schäden betrifft das wirklich, welche Schäden können dadurch entstehen?

Aber zweitens frage ich auch: Wie sieht dazu die Datenlage aus, ist das entsprechend erfasst?

Drittens habe ich noch eine rein praktische Frage: Wenn der Bereich derjenigen Frauen, die da gescreent werden können, entsprechend erweitert wird, wie im Antrag vorgesehen, ist das infrastrukturell zurzeit leistbar? Was müsste dazu an der ärztlichen Infrastruktur geändert werden? Müssten dazu noch neue Labore eingerichtet werden, neue Geräte angeschafft werden, müssten dafür noch zusätzlich Menschen

ausgebildet werden, oder kann das mit der aktuellen Infrastruktur abgebildet werden?

**Vorsitzende Daniela Jansen:** Vielen Dank, meine Damen und Herren. – Herr Kollege Sommer, ich habe es jetzt nicht ganz klar gehabt: Die beiden Fragen richteten sich an alle?

(Torsten Sommer [PIRATEN]: An alle Sachverständigen!)

– An alle Sachverständigen, okay. – Es stimmt schon, im Normalfall lassen wir keine Reihenfragen an alle zu; aber da wir heute eine überschaubare Anzahl von Sachverständigen haben, lasse ich das selbstverständlich heute sehr gerne zu.

Meine Damen und Herren, wir gehen auch in der Beantwortung der Fragen wieder in der Reihenfolge wie gerade eben vor. Ich gebe zuerst Frau Prof. Dr. Mühlhauser das Wort; an sie sind verschiedene Fragen gerichtet worden. Wir haben es hier vorne ein bisschen mitgeschrieben. Wenn aber eine der Kolleginnen oder einer der Kollegen meint, die Frage sei am Ende dieser ersten Fragerunde noch nicht beantwortet, können sie sich selbstverständlich noch einmal melden.

**Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser (Universität Hamburg, Institut für Pharmazie, Gesundheitswissenschaften) (Stellungnahme 16/3069):** Ich beginne mit den aus meiner Perspektive wichtigeren Fragen, die auch von unterschiedlichen Teilnehmern jetzt hier vorgebracht wurden.

Zum einen wurde ich gebeten, noch einmal zum Nutzen-Schaden-Verhältnis Stellung zu nehmen, und gefragt, ob ich den Nutzen anzweifelte und was ich unter Risiken verstünde bzw. was unter Schaden verstanden werde. – Es kommt immer darauf an, was man unter Nutzen versteht und wie man Nutzen definiert. In Bezug auf das Mammographie-Screening wird Nutzen im Augenblick so definiert, dass man sagt, man könne die Brustkrebssterblichkeit reduzieren.

Es ist tatsächlich so, dass man eigentlich auch unter den Experten international nicht grundsätzlich anzweifelt, dass in einem bestimmten Zeitraum durch das Mammographie-Screening einzelne Frauen weniger an Brustkrebs versterben. Was man nicht genau weiß oder worüber es Kontroversen gibt, ist der Sachverhalt, wie viele Frauen dies sind, ob es also eine Frau von 1.000 Frauen ist, die über zehn Jahre weniger an Brustkrebs stirbt, oder ob es nur eine von 2.000 Frauen ist oder ob es vielleicht zwei von 1.000 Frauen sind. Da Brustkrebs bei jungen Frauen sehr viel seltener als bei Frauen ab 50 Jahren auftritt, ist der mögliche Nutzen für die jüngeren Frauen noch geringer. Es ist bestenfalls eine von 2.000 Frauen oder es sind noch weniger Frauen, die eventuell einen Nutzen haben. Der Nutzen wird also nicht angezweifelt. Wenn ich den Frauen in jungem Alter die Brüste amputiere, dann kann ich tatsächlich auch Brustkrebserkrankungen reduzieren; es geht also nicht nur um den Nutzen.

Was verstehen wir unter Schaden? Unter dem Stichwort Schaden gibt es verschiedene Dinge, die zu beachten sind. Der größte Schaden entsteht durch Überdiagnosen und Übertherapien. Das ist etwas, von dem wenige Menschen verstehen, was es ist, weil über viele Jahre darüber gar nicht gesprochen wurde und weil diese Überdi-

agnosen auch nicht richtig dokumentiert und analysiert wurden. Auch viele Ärzte verstehen nicht, was das ist. Das kann man auch sehen, wenn man diese ganzen Unterlagen und die Berichte in den Medien liest.

Unter Überdiagnosen versteht man Krebsdiagnosen, die gestellt werden und die es nicht gegeben hätte, wenn die Frauen nicht am Screening teilgenommen hätten. Sie wären also zeitlebens nicht zu einer Brustkrebspatientin geworden, wenn sie nicht am Brustkrebs-Screening teilgenommen hätten. Überdiagnosen treten entweder auf, wenn man Dinge diagnostiziert und als Krebs klassifiziert, obwohl das ein Befund ist, der sich niemals zu einem klinisch bedeutsamen Krebs weiterentwickelt hätte. Das heißt, es kann ja sein, dass man das tatsächlich unter dem Mikroskop findet, im histologischen Präparat; aber diese Veränderung hätte der Frau niemals Beschwerden bereitet.

Überdiagnosen gibt es auch, wenn mit zunehmendem Alter immer häufiger bei Menschen Krebsdiagnosen gestellt werden, die dann tatsächlich auch Krebse sind. Aber mit zunehmendem Alter haben wir viele andere Erkrankungen, unserer Lebenserwartung ist begrenzt, und man stirbt zwischenzeitlich an einer anderen Erkrankung. Das ist dann auch eine Überdiagnose.

Im Einzelfall können Sie nicht feststellen, ob Sie eine Überdiagnose haben, wenn Sie als Frau eine Diagnose Brustkrebs bekommen; das können Sie nicht feststellen. Wenn Sie also eine frühe Brustkrebsdiagnose haben, dann wissen Sie nicht, ob Sie eventuell diese eine von den 1.000 Frauen sind, die durch diese Früherkennungsuntersuchung einen Nutzen hat, weil sie in der bestimmten Zeit nicht am Brustkrebs stirbt, oder ob Sie eine Überdiagnose haben. Die „größten“ Erfolge durch das Screening sind diejenigen Brustkrebsdiagnosen, die gestellt werden, obwohl sich niemals ein Brustkrebs entwickelt hätte. Das sind die Überdiagnosen.

Wir können das Ausmaß der Überdiagnosen nicht richtig quantifizieren – das ist schwierig –; aber es dürfte ein erheblicher Anteil sein. Wir sagen einmal geschätzt: Eine von fünf Brustkrebsdiagnosen, die im Screening gestellt werden, ist eine Überdiagnose. Dies ist eine grobe Orientierung.

Weiterer Schaden entsteht durch die Verdachtsbefunde. Das wurde auch hier bereits angesprochen. Das führt zu erheblicher Beunruhigung der Frauen. Es gibt also Befunde, die weiter abgeklärt werden müssen, und zum Teil müssen dann auch weitere Untersuchungen durchgeführt werden, verbunden mit einer Gewebeentnahme aus der Brust.

Der Schaden ist insgesamt höher als der Nutzen. Es sind mehr Frauen, die Schaden erleiden, als Frauen, die Nutzen ziehen. Insgesamt ist es bisher nicht geglückt nachzuweisen, dass durch diese Screening-Untersuchungen die Sterblichkeit an sich reduziert wird. Sie können zwar eventuell einen Brustkrebstod in einem bestimmten Zeitraum verhindern, aber insgesamt hat sich die Sterblichkeit bisher nicht nachweisbar reduziert.

Das leitet zu der anderen Frage über, die gestellt wurde: Wie ist die Diskrepanz in der Häufigkeit der Diagnosen zu erklären? Das Risiko, das wir haben, eine Brustkrebsdiagnose zu bekommen, kommt dadurch zustande, dass die Protagonisten o-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

der die Ärzte oder wer auch immer, die das Screening propagieren, sich nicht an eine Art und Weise der Kommunikation halten, die die Menschen verstehen können. Wenn sie immer nur sagen, jedes Jahr erkranken 70.000 Frauen in Deutschland, dann kann mit dieser Zahl niemand etwas anfangen. Deshalb habe ich es in meinem Statement in einer Art und Weise aufgelistet, wie wir es verstehen können.

Nach der Wahrscheinlichkeit werden, wenn es kein Screening gibt, ungefähr zwei von 100 Frauen, die 50 Jahre alt sind, in den nächsten zehn Jahren eine Brustkrebsdiagnose bekommen. Gibt es hingegen ein Screening, dann sind dies drei bis vier von 100 Frauen. Es gibt also in Deutschland durch das Screening eine massive Zunahme an Brustkrebsdiagnosen.

Für die Altersgruppen 50 bis 59 Jahre, 60 bis 69 Jahre und 70 bis 79 Jahre ist vor Einführung des Screenings die Diagnoserate ungefähr gleich gewesen. Das heißt, es gibt keine Zunahme an Brustkrebs ab dem 50. Lebensjahr. Im Augenblick ist es so: Durch das Screening haben wir tatsächlich weniger Brustkrebsdiagnosen in den Altersgruppen ab 70 Jahre.

Wichtig zur Beurteilung der Bedeutung von Screening-Untersuchungen ist, woran wir sterben, das in die Todesursachen einzuordnen. Von 100 Frauen, die heute in Deutschland sterben, sterben etwa drei an Brustkrebs und 20 an einer anderen Krebserkrankung. Das heißt, der Brustkrebs ist zwar die häufigste Einzelkrebserkrankung und Todesursache für die Frauen; aber die Wahrscheinlichkeit, dass wir an anderen Krebserkrankungen sterben, ist sehr viel höher.

Es ist auch sehr irreführend, immer die Lebenszeitprognose zu benutzen. Das wird auch oft als Marketingstrategie benutzt, indem man sagt, jede zehnte Frau trifft es. Inzwischen ist ja durch die Überdiagnosen jede achte Frau betroffen. Aber wenn sie jetzt 70 Jahre alt sind, dann sind es nur noch drei von 100 Frauen, die als Lebenszeitrisiko bis zum Lebensende davon betroffen werden. Wir könnten also auch sagen: Mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko für Brustkrebs ab. Das sagt aber niemand.

Außerdem bin ich noch gebeten worden, über die Aufklärungspraxis zu sprechen. Die Aufklärungspraxis ist eine Katastrophe, nicht nur in Deutschland, sondern auch anderswo. Das hat sich über die Jahre zwar geändert und verbessert. Aber wir haben immer noch ein unglaubliches Unverständnis in der Bevölkerung hinsichtlich dessen, was man mit Screening-Untersuchungen erreichen kann und was nicht.

Wir haben jetzt über den Gemeinsamen Bundesausschuss und über das IQWiG ein neues Einladungsschreiben. Es ist sehr gut, dass das auf den Weg gebracht wurde. Dieses Schreiben ist jetzt sehr viel besser formuliert. Es wird auch eine neue Broschüre zur Information der Frauen geben. Das Problem ist nur, dass dies zu keiner Verbesserung des Verständnisses führen wird, wenn die Frauen es nicht lesen und wenn vor allem niemand da ist, der es ihnen erklärt, wenn sie Nachfragen haben.

Es ist jetzt wohl auch vorgesehen, dass in den Brustkrebszentren die Ärzte für die Information zur Verfügung stehen. Ich weiß nicht, ob das eine gute Idee ist; denn die Ärzte in den Screening-Zentren möchten ja gerne, dass die Frauen an dieser Unter-

suchung teilnehmen. Ich sehe also nicht, dass hier tatsächlich eine unabhängige Information der Frauen erfolgen kann.

Aus meiner Sicht müsste der Informationsprozess – sowohl die Tatsache, dass er überhaupt stattfindet, als auch das Kriterium, dass die Frauen verstanden haben, was der mögliche Nutzen und der mögliche Schaden sind – als ein Qualitätskriterium in das Screening-Programm aufgenommen werden. Der Informationsprozess ist in der Beurteilung der Qualität des Screening-Programms nicht berücksichtigt. Nach ethischen und juristischen Leitlinien haben die Frauen einen Anspruch auf eine informierte Entscheidung, und das ist im Augenblick in unserem Screening-Programm nicht umgesetzt.

**Prof. Dr. med. Walter Heindel (Institut für Klinische Radiologie Münster):** Jetzt sind sehr viele Aspekte angesprochen worden. Ich will versuchen, die Fragen konkret zu beantworten.

Punkt 1: Wir haben durch Frau Mühlhauser ebenso wie in der Öffentlichkeit auch hier jetzt in dieser Runde wieder eine Grundsatzdiskussion über Screening. Ich persönlich vertrete, je länger ich mich mit dem Thema beschäftige, eine grundsätzlich andere Meinung. – Sie hatten, glaube ich, initial die Frage nach der Nutzen-Risiko-Bewertung und danach gestellt, ob wir überhaupt die Berechtigung haben, das Screening in Deutschland einzuführen. Man hat es damals eingeführt – das gilt noch heute –, weil es dafür sogenannte prospektiv randomisierte Studien gab. Prospektiv randomisierte Studien stellen die höchste Studienqualität dar, die man fordert.

Ich glaube, heute könnten wir keine prospektiv randomisierte Studie mehr durchführen. Deswegen habe ich Ihnen als Ausschuss auch die ganz aktuelle Bewertung der Weltgesundheitsorganisation WHO geschickt, die jetzt aktuell im Juni im „New England Journal of Medicine“ noch einmal eine internationale Bewertung vorgenommen hat. Diese prospektiv randomisierten Studien haben ganz klar gesagt, dass der Nutzen überwiegt. Es gibt durchaus kritische Punkte – dazu komme ich gleich –, aber der Nutzen überwiegt.

Die Entscheidung, die wir eigentlich in Deutschland nur haben, bedeutete, gar keine Früherkennung mehr durchzuführen, dann aber bitte auch kein „graues Screening“. Wir haben durch das jetzt eingeführte Screening eine Qualität, die wir in Deutschland noch nie hatten. Wir haben eine messbare Qualität, und wir haben vor allem Ergebnisse, die überprüfbar sind, die wir sogar durch unabhängige Stellen, nämlich durch die epidemiologischen Krebsregister, auf der Bevölkerungsebene überprüfen können. Deswegen ist das für mich keine Diskussion mehr. Wir hatten ja eigentlich die Diskussion, ob und für welche Altersgruppe man das Screening zusätzlich anbieten sollte.

Beim Thema Aufklärung und informierte Entscheidung bin ich bei Frau Mühlhauser. Jede Frau muss sich entscheiden, ob sie teilnimmt, und sie muss sich auch informieren. Es gibt Frauen, die sich nicht informieren, die auch keine Broschüre lesen. Ein Buch, wie Sie es vorschlagen, Frau Mühlhauser, lesen die Frauen sowieso nicht. Sie wollen in kurzer, komprimierter Form eine Information, und leider lesen manche

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Frauen es auch gar nicht. Es ist eine persönliche Entscheidung, ob ich mich entscheide, dass ich etwas über mich wissen will, für mich selbst eine gewisse Fürsorge wahrnehme und damit auch an einem Früherkennungsprogramm teilnehme, bei Männern vielleicht für eine andere Erkrankung, beispielsweise Darmkrebs, bei Frauen für Brustkrebs. Aber das ist eine persönliche Entscheidung. Dafür muss ich Informationen bekommen. – Die Broschüre wird noch einmal verändert; da haben Sie recht.

Das Problem, das wir aber bei dem Screening haben, besteht darin, dass wir leider relativ lange warten müssen, um die Effekte auf der Bevölkerungsebene zu erfassen. Hier in Nordrhein-Westfalen werden wir das tun, und ein erstes Ergebnis habe ich Ihnen hier heute auch vorgestellt. Das wird jetzt noch einmal für das gesamte Bundesland nachfolgen. Gemeinsam mit dem Krebsregister werden wir zeigen, dass durch die wiederholte Früherkennung auf der Bevölkerungsebene die fortgeschrittenen und damit – das war auch eine der Fragen – die metastasierten Stadien abnehmen. Das führt wiederum auf der therapeutischen Seite bei unseren Frauenärzten zu einer noch besseren Behandelbarkeit. Sie haben ein besseres Armamentarium, aber sie treffen auf prinzipiell erst einmal günstigere Stadien, und die einzelne Frau hat davon individuell einen Vorteil. Die einzelne Frau kann vielleicht gar nicht ermessen, was auf der Bevölkerungsebene passiert. Vielmehr will die Ehefrau wissen: Was passiert mit mir, und welche Chance des Überlebens habe ich? Das ist das, was sie eigentlich wissen will.

Ich persönlich glaube, dass schon heute unsere Frauenärztinnen und Frauenärzte sehr gut informieren und auch aufklären. Aber, wie gesagt, es gibt natürlich Frauen, die das trotzdem noch falsch verstehen. In Zukunft, im nächsten Jahr wird der Screening-Prozess unter Bezug auf das Patientenrechtegesetz noch um ein solches Aufklärungsangebot erweitert werden. Ich bin gespannt; ich kann noch nicht absehen, wie das in der Praxis angenommen werden wird, ob Frauen dann wirklich dieses Gespräch suchen oder ob sie vielleicht durch ihren Hausarzt, durch ihren Frauenarzt durchaus auch heute schon gut informiert sind; denn ich glaube, dass unsere Kollegen inzwischen das Programm gut kennen und auch über Vor- und Nachteile sehr differenziert informieren können.

Die Frage danach, ob dies infrastrukturell leistbar sei, kann ich sehr schnell und kurz beantworten: Das kann geleistet werden. Ich würde aber noch einmal heftig widersprechen wollen. Wir haben keine Zunahme von Brustkrebsdiagnosen im Screening, sondern wir hatten nur in der jetzigen Einführungsphase dieses Früherkennungsprogramms eine Vorverlegung. Deswegen hatten wir eine relative Zunahme. Inzwischen ist das Niveau wieder auf dem gleichen Level, und zwar in ganz Deutschland. Das können wir auch in Nordrhein-Westfalen beweisen.

Leider müssen wir auch beim Thema Überdiagnose lange warten. Daten zu dieser Sterblichkeitssenkung in Nordrhein-Westfalen werden wir nämlich erst im Jahre 2020 erheben können. Aber wir werden es dank des hier von Ihrer Seite wirklich gut initiierten Epidemiologischen Krebsregisters mit digitaler Datenerfassung messen können, und jeder Brustkrebsfall in unserem Land wird erfasst, egal, ob über Screening oder sonst wo detektiert.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Genauso gilt das für das Thema der Überdiagnosen. Das ist auch ein epidemiologischer Effekt, ein Effekt, der nur mit großer Zahl und leider nur mit langer Wartezeit messbar ist. Wir werden diese Zahlen erheben. Leider müssen wir uns dafür gedulden. Wir führen heute ein Früherkennungsprogramm durch, dessen Effekt wir erst in etwa zehn Jahren in seiner vollen Breite werden beurteilen können.

Ich bin auch kein Prophet; aber wir haben bisher alle Parameter beisammen. Dafür gibt es klare Schritte, Surrogatparameter, Ersatzparameter. Jeder dieser Ersatzparameter im Screening in Nordrhein-Westfalen erfüllt die Vorgaben der europäischen Leitlinien. Ich hatte es Ihnen gezeigt: Der vorletzte, der stärkste Parameter ist die Abnahme der großen Tumoren, und wir können das jetzt gerade aktuell belegen. Dafür muss man jetzt auch zehn Jahre warten; aber das können wir jetzt zeigen, das passiert in unserem Land. Das führt für die einzelne Frau zu einer besseren Prognose, und es führt auch dazu – davon bin ich inzwischen zunehmend überzeugt –, dass wir werden zeigen können, dass trotz der Verbesserungen an den Brustzentren, trotz der Verbesserungen in der Therapie durch das Screening eine zusätzliche Mortalitätssenkung passieren wird. Dafür müssen wir aber leider noch bis zum Jahr 2020 warten.

Frau Paul, Sie haben erbeten, das Thema der falsch positiven Diagnosen noch einmal zu erläutern. Damit ist Folgendes gemeint: Eine Frau wird über einen auffälligen Befund in der Mammographie informiert. Das bedeutet, wenigstens einer der Befunder hat etwas gesehen, was noch nicht eindeutig als gutartig zu differenzieren ist und von dem er noch nicht weiß, was es ist: Es könnte ein gutartiger, könnte aber auch ein bösartiger Prozess sein. Das führt wirklich dazu, dass diese Frau zunächst – ich glaube, Sie haben das noch einmal angesprochen – beunruhigt ist, vielleicht zehn Tage lang darüber nachdenkt, sobald sie diese Information hat. Das Ziel ist eigentlich, sie sehr schnell von dieser Sorge zu befreien.

Dieses Geschehen ist auch wissenschaftlich gut untersucht. Sie haben recht, da tritt eine psychologische Belastung der Frauen ein. Das ist aber in der Breite weltweit ebenfalls gut untersucht worden. Wenn man die Frau gut führt und die anschließende Abklärung qualifiziert durchführt, dann verbleibt kein langdauernder Schaden für die Frau, im Gegenteil: Diese Frauen nehmen umso sorgfältiger, umso qualifizierter auch in Zukunft an diesem Programm teil. Das ist sehr gut untersucht; es gibt dazu zwei sehr große Studien internationaler Autoren, die genau dieses Thema adressiert haben. Deswegen ist das zwar ein Nachteil – er ist leider nicht vermeidbar –; aber er führt zu keinem dauerhaften psychischen Schaden für die Frau.

Es war noch ein Thema angesprochen; ich glaube, es war die Frage nach alternativen Verfahren, die an mich gerichtet war. Auch das ist eine Diskussion, die wir in der Radiologie, in den bildgebenden Verfahren wirklich intensiv führen.

Es wird immer wieder die MRT-Diagnostik gebracht. Sie ist eine sehr sensitive Diagnostik, eine sehr gute Diagnostik. Ich selber komme aus der MR-Forschung. Man muss nur bedenken: Das ist ein sehr aufwendiges Verfahren, eine Großgeräteuntersuchung. Wenn man die Brust damit untersuchen will, müsste man jeder Frau Kontrastmittel geben, und zwar ganz regelmäßig. Es käme zu einer Kostensteigerung. Das Problem ist: All die Parameter, die wir heute diskutieren, sind für das MRT bis-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

her in keiner Weise belegt. Wir denken trotzdem darüber nach, das Screening weiterzuentwickeln, und gerade ich als Leiter eines Referenzzentrums sehe eine meiner Aufgaben darin, das mithilfe des Krebsregisters wissenschaftlich begleitet fortzuentwickeln.

Wir haben einen großen Antrag bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft gestellt, über den ich inhaltlich jetzt hier nichts sagen möchte. Wir wollen das Programm im Sinne der Frauen weiterentwickeln; darin sehe ich auch meine Verpflichtung. Im Moment aber ist wissenschaftlich fundiert noch nichts Besseres vorhanden, in der Breite fundiert, sodass wir es meines Erachtens noch nicht sinnvoll unter Berücksichtigung von Kosten, Nutzen und Risiken vernünftig einsetzen können.

Jetzt müssen Sie mir noch einmal helfen, ob ich noch einen Punkt vergessen habe; es waren wirklich sehr viele Punkte.

(Susanne Schneider [FDP]: Das Alter! Haben Sie gesagt, es macht Sinn, die Altersgruppe auf 74 anzuheben?)

– Dazu noch einmal ganz klar die Stellungnahme: Ja, ich bin der Meinung, man sollte es erweitern, und zwar natürlich nicht nach unten, weil es keine Erkrankung der Frauen unter 50 ist; das habe ich initial gesagt. Aber die Frauen werden wie die Bevölkerung insgesamt älter. Deswegen glaube ich auch, dass die einzelne Frau im Sinne eines Nicht-an-Brustkrebs-Sterbens davon profitieren wird. Deswegen würde ich dafür plädieren – aber wir sollten das wissenschaftlich begleiten, wir sollten sehr genau gucken, und wir haben aus meiner Sicht die Messinstrumente dazu hier im Lande ideal etabliert –, das Screening unter kontrollierten Bedingungen bis in das 74. Jahr zu verlängern und damit den Frauen, die immer älter werden, auch weiter die Chance auf diese qualifizierte Brustkrebsfrüherkennung zu geben.

(Michael Scheffler [SPD]: Ich hatte das Thema Gewebsdichte angesprochen!)

– Vielen Dank. Gewebsdichte ist ein Thema, das ebenfalls sehr kontrovers diskutiert wird. Das Problem mit der Gewebsdichte ist folgendes: Erstens bedeutet hohe Dichte in der Brust, dass diese Frau unabhängig von der Größe der Brust mehr oder weniger Brustdrüsenparenchym hat. Mehr oder weniger Brustdrüsenparenchym heißt auch, individuell ein höheres oder ein geringeres Brustkrebsrisiko zu haben. Wenn die Brust überwiegend aus Fettgewebe besteht, haben Sie grundsätzlich ein niedrigeres Risiko. Gleichzeitig ist es diagnostisch leichter, wenn die Brust aus möglichst viel Fett und wenig Brustdrüsengewebe besteht. Bei älteren Frauen nimmt die Dichte automatisch bei jeder Frau ab. Das Problem ist, was man mit dieser Information macht, wenn man das mitteilt.

Ich persönlich würde aus wissenschaftlicher Sicht vertreten, dass sozusagen viele diese Forderung stellen, weil sie dann weitergehende Untersuchungen daransetzen wollen, von denen wir noch weniger wissen, ob sie im Sinne der Frauen positiv sind. Wir haben keinerlei Belege, dass zum Beispiel eine ergänzende Ultraschalluntersuchung – dazu gibt es nämlich diese prospektiv randomisierten Studien, die ich eben ansprach, nicht – wirklich dazu beiträgt, dass wir deswegen noch mehr Gutes für die Frauen tun. Wir würden zwar vielleicht einzelne Karzinome zusätzlich finden; wir

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

würden aber noch mehr Überdiagnosen im Sinne von Frau Mühlhauser stellen – das ist ganz sicher –, weil wir dann zudem Veränderungen fänden, die kein Karzinom sind, sondern die im Ultraschall entdeckt würden und anschließend auch biopsiert werden müssten, die aber gutartig sind.

Weil wir das nicht valide tun könnten, bin ich skeptisch und habe ich in der Öffentlichkeit immer eine sehr zurückhaltende Meinung zur Dichtemitteilung geäußert, weil wir noch keine gute Lösung dafür haben. Wir teilen es mit, aber ermöglichen damit unter Umständen irgendwelche verrückten Untersuchungen durch Leute, die damit vielleicht auch Geld verdienen wollen. Deswegen halte ich das für keinen seriösen Weg.

**Prof. Dr. Kubilay Ertan (Leverkusen) (Stellungnahme 16/3113):** Wenn ich gleich mit der ersten Frage anfangen darf: Bezüglich der Effizienz des Screenings muss ich mich natürlich auf die Datenlage verlassen. Herr Prof. Heindel hat gerade erwähnt, dass im Juni die von der WHO initiierte Studie inzwischen hochkarätig im „New England Journal of Medicine“ publiziert wurde. IARC ist ein unabhängiges Expertengremium, International Agency for Research on Cancer; es wurde von der WHO einberufen. Dort haben 29 unabhängige Experten aus 16 Ländern 20 Kohortenstudien sowie 20 Fallkontrollstudien aus Europa, Australien und Nordamerika überprüft, und sie kommen unisono zu der einhelligen Meinung, dass die Brustkrebssterblichkeit um etwa 40 % gesenkt wird. Das ist eine Zahl, die jetzt so publiziert ist.

Damit es dann auch verständlich ist, wie Frau Prof. Mühlhauser vorhin gesagt hat: Grundsätzlich rechnet man bei durchschnittlich 67 Neuerkrankungen zwischen 50 und 69 Jahren bei 1.000 Frauen, dass statt 19 Todesfällen nur noch elf auftreten. Das sind also acht gerettete Frauen pro 1.000 Frauen. Wenn wir also über die Effizienz und Effektivität reden, dann muss man diese Zahlen ernst nehmen.

Bezüglich der Sinnhaftigkeit will ich mich als Nichtdiagnostiker jetzt nicht zu sehr damit auseinandersetzen. Aber als ein Therapeut, als ein Operateur weiß ich, dass bei der Gesamtheit der Patientinnen die Prognosen desto besser sind, je kleiner das jeweilige Karzinom ist und je weniger die Lymphknoten befallen sind. Wenn ich die Zahlen von 2012 vergleiche, zeigt sich zum Beispiel, dass der Anteil der Karzinome mit einer Größe von weniger als 1 cm in der Ära vor dem Screening – das war 2008 gewesen – bei 14 % lag, während er im Zeitraum des Screenings 37 % ausmachte. Das ist eine Verdoppelung der kleineren Karzinome.

Genauso ist es beim Kriterium „Lymphknotenstatus negativ“, das heißt also, kein Lymphknotenbefall: Vor dem Screening traf das bei 57 % der Patientinnen zu, während es jetzt in der Ära mit Screening bei 80 % von ihnen der Fall ist. Bei den prognostisch ungünstigen Karzinomen – das sind dann Karzinome, die größer als 2 cm sind, sowie alle Konstellationen mit Lymphknotenbefall – ist es genauso: Vor dem Screening waren dies 56 % der Fälle, jetzt im Zeitraum des Screenings sind es 22 %. Das heißt, auch diese Hochrisikopatientinnen sind eher seltener gefunden worden. Das sind meines Erachtens Daten, anhand derer ich mir die Meinung zu äußern erlaube: Es ist eine effiziente Methode, die auch bezüglich der Sterblichkeit – darauf kommt es ja in der Tat an – einen Sinn macht.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Bezüglich des Aufklärungsbedarfs lautete die Frage, welche Rolle die Gynäkologen spielen. Für jede Untersuchungsmethode ist der primäre Schritt die adäquate Aufklärung. Das heißt, wenn die Patientinnen nicht genau wissen, worum es geht, und zwar wirklich wertneutral, indem man sagt, das sind die Pros, das sind die Kontras, und dies sind die Aussagen, die man dann erwarten kann, kann man auch keine Methode anbieten. Deswegen ist der erste Schritt definitiv die adäquate Aufklärung.

Wer das machen soll, ist natürlich die andere Frage. Gerade Gynäkologen sind wahrscheinlich prädestiniert, wenn man sagt, das sind die Frauenärzte, die Ärzte der Frauen sozusagen, um auf eine solche Methode aufmerksam zu machen. Dabei ist es in der Tat so – das ist die Aufgabe der Gynäkologen –, dass die Methode von ihnen mitgetragen werden sollte, vorausgesetzt, dass sie von ihr überzeugt sind. Deswegen muss man meines Erachtens die Aufklärung erst einmal bei den Gynäkologen beginnen. Man muss sie fragen: Sind Sie davon überzeugt, dass es eine sinnvolle Methode ist? Würden Sie das dementsprechend an die Patientinnen weiterempfehlen? Ich glaube durchaus, dass wir da jede Menge Arbeit vor uns haben und wir auch die Gynäkologen erst einmal aufklären müssen; denn nur dann, wenn sie wirklich überzeugt sind, werden sie die Methode auch adäquat an die Patientinnen bringen.

Bezüglich der Falschpositivrate gibt es in der Tat in der Literatur ein wenig Durcheinander. Da wird Überdiagnose mit Falschpositivbefund durcheinandergebracht. Auch Überdiagnosen werden nicht so klar definiert, sodass in der Literatur Zahlen zwischen null und 20, 30 % kursieren. Man muss genau wissen, wovon man redet.

Einerseits kann Überdiagnose darin bestehen, dass man sagt, ich erkenne einen Tumor, und wenn ich das nicht erkannt hätte, würde die Patientin niemals ein Karzinom entwickeln und daran auch nicht sterben. Das gilt dann hauptsächlich für die Vorstufen. Außerdem gibt es natürlich auch Überdiagnosen, wenn man sagt, ich erkenne ein invasives Karzinom. Auch dann, wenn ich das nicht feststellen würde, würde die Patientin nicht daran sterben, weil sie andere Komorbiditäten, andere Erkrankungen hat, einen Unfall erlebt, wie auch immer, sodass sie aus einem anderen Grund als wegen dieses Mammakarzinoms verstirbt.

Aber um diese Frage beantworten zu können, braucht man, wie Herr Prof. Heindel vorhin gesagt hat, in der Tat prospektiv randomisierte, vernünftig designte Studien. Aber wer ist weltweit in der Lage, eine solche Studie aufzulegen? Dazu müssten Sie wirklich gleiche Risikokollektive gegenüberstellen. Sie müssten eine Kohorte von so undso vielen tausend Patienten – ein Kollektiv mit Screening, ein anderes Kollektiv ohne Screening – gegenüberstellen und dann nach zehn, 20 Jahren gucken, wie viele davon daran sterben. Ich glaube, das ist unter ethischen Aspekten gar nicht durchführbar, das ist gar nicht realisierbar. Nur aufgrund der Ergebnisse einer solchen prospektiv randomisierten Studie könnte man dann sagen: Es ist in der Tat so, wenn wir Screening machen, schaden wir den Patienten mehr.

Es ist in der Tat ein Schaden, wenn wir psychologisch mit diesen Falschpositivraten Verunsicherung erzeugen, indem wir sagen, da ist etwas, wir wissen aber nicht, was dahintersteckt. Allein diese Tage, bis dann wirklich die definitive Diagnose vorliegt, sind für die Patientinnen die Hölle.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Ich habe mir die Zahlen dann angeguckt. Bei diesen 2,8 Millionen Untersuchungen gab es 131.000 Wiedereinbestellungen. Das entspricht etwa 4,6 %. Von diesen 131.000 Frauen würden 26 %, also etwa 35.000 Patientinnen, Indikation zur Gewebentnahme bekommen. Von diesen 35.000 Patientinnen hatte jede zweite Frau ein Karzinom.

Wenn Sie so vorgehen, dann können Sie natürlich sagen: 75 % der Patientinnen, die wiedereinbestellt wurden, wurden dadurch verunsichert, dass gesagt wurde, da ist eventuell etwas. Lediglich bei einem Viertel wurde gesagt, da muss weitere Abklärung sein. Deswegen muss man diese Falschpositivrate hinterfragen: Worüber reden wir? Falschpositiv ist es nur dann, wenn es kein Karzinom ist? Oder ist es auch dann falschpositiv, wenn die Patientin wiedereinbestellt wird, weil ich die Patientin verunsichere und sage, da ist wahrscheinlich etwas?

Deswegen muss man mit diesen Zahlen so suffizient umgehen und die Zahlen der Patientin bei dieser Aufklärung adäquat erklären. Deswegen komme ich noch einmal auf die Aufklärungsmöglichkeit und -notwendigkeit zu sprechen: Man sollte die Patientin in die Lage versetzen, dass sie selber die Entscheidung treffen kann, ja, ich lasse es mit mir machen oder nicht.

Hierzu gehören natürlich auch Schäden. Wenn man sagt, das ist eine Strahlenbelastung, muss man natürlich die Zahlen dazu liefern und folgende Frage beantworten: Wie hoch ist der Strahlenschaden wirklich, wenn die Patientin in den nächsten 20 Jahren regelmäßig zehnmal zur Untersuchung geht? Dazu können, glaube ich, die Experten Stellung nehmen.

Das Thema Infrastruktur ist etwas, wozu ich keine Stellung nehmen kann. Das ist etwas, was die Radiologen liefern müssen.

Ich habe mir noch notiert, Frau Prof. Mühlhauser, dass wir kontroverse Aussagen bezüglich Lebensalter und Inzidenzen haben. Ich glaube schon, es ist allgemein bekannt, dass, je älter eine Patientin ist, die Wahrscheinlichkeit umso höher ist, dass sie ein Karzinom entwickelt. Wenn Sie sich alle Karzinome anschauen und dann eine Abhängigkeit zwischen dem Lebensalter und dem Anteil der Karzinome überprüfen, dann werden Sie bei den älteren Patientinnen immer häufiger Mammakarzinome finden.

Das findet sich auch bei den Zahlen, wenn Sie dann diese Kollektive in allen Fünfjahresaltersgruppen vergleichen. Dabei war es in Bezug auf die 50- bis 54-jährigen Patientinnen im Jahr 2012 so, dass sechs von 1.000 Frauen mit Brustkrebs entdeckt wurden. Wenn Sie sich 65- bis 69-jährige Patientinnen anschauen, also die letzte Fünfjahresgruppe, so sind es anstatt sechs bereits 15 von 1.000 – wenn Sie so wollen, dreimal so viel –, sodass ich meine Zahlen daher nehme und sage, dass ältere Patientinnen auch häufiger Mammakarzinomdiagnosen haben.

Das wären die Punkte, die ich mir notiert hatte. Falls es weitere Fragen gibt, bin ich gerne bereit, sie zu beantworten.

**Vorsitzende Daniela Jansen:** Ich sehe im Moment niemanden heftig winken. Wir haben jetzt die zweite Fragerunde. Dann würde ich es da mit aufnehmen.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

(Susanne Schneider [FDP]: Sie hatten auch gesagt, 74? – Prof. Dr. Kubilay Ertan: Genau! – Weiterer Zuruf von Torsten Sommer [PIRATEN])

– Einen Moment. Dann fassen wir das jetzt mit der zweiten Fragerunde zusammen, weil wir das natürlich immer auch per Mikrofon aufnehmen müssen, um es für die Stenografen zu erleichtern. Wenn jetzt jeder seine Nachfrage in den Raum hineinruft, ist es relativ schwierig zu erfassen.

Ich hatte mich selbst auf die Rednerinnenliste gesetzt; dann habe ich Herrn Kern, Herrn Sommer, dann Frau Paul mit einer Nachfrage und noch einmal Frau Schneider. Gibt es noch weitere Nachfragen? – Dann würden wir diese Fragerunde erst einmal so abhandeln.

Ich habe mich selbst auf die Liste gesetzt, weil ich noch einmal eine Frage an Herrn Prof. Heindel habe. Sie hatten ausgeführt, wenn ich die Zahl richtig notiert habe, dass 35 % der an Brustkrebs erkrankten Frauen über 70 Jahre sind, bei denen das durch eine Mammographie entdeckt wurde.

**Prof. Dr. med. Walter Heindel (Institut für Klinische Radiologie Münster):** Alle, egal, wie alt. 35 % aller hier im Lande entdeckten Mammakarzinome – egal, mit welchem Verfahren – wurden bei Frauen festgestellt, die älter als 70 Jahre sind.

**Vorsitzende Daniela Jansen:** Okay, das relativiert die Frage schon etwas, weil ich nämlich genau danach fragen wollte. Es gibt ja seit geraumer Zeit die Diskussion darum, ob man nicht einerseits das Verfahren Mammographie und andererseits die Kombination aus besserer Aufklärung, Familienanamnese und Tastuntersuchung gegeneinanderstellen kann, um dann sozusagen herauszufinden, was die bessere Art der Diagnostik ist. Dazu hätte ich gerne Ihre Einschätzung, ob auch bei älteren Frauen die beste Art der Diagnose diejenige durch Mammographie ist oder eben durch diese kombinierte andere Untersuchungsmöglichkeit.

An Herrn Prof. Ertan geht eine weitere Nachfrage. Ich habe in einer anderen Studie gelesen, dass ungefähr jedes vierte Mammakarzinom auch durch die Mammographie nicht entdeckt wird. Zu Text und Ziel des Antrags zurückkommend, nämlich Ausweitung des Mammographie-Screenings auf ältere Frauen, ist meine Frage: Nimmt die Wahrscheinlichkeit, dass Mammakarzinome generell durch eine Mammographie erkannt werden, bei älteren Frauen eher zu oder ab?

**Nicolaus Kern (PIRATEN):** Als ich in Vorbereitung der Sitzung die Unterlagen gelesen habe, war ich sehr verunsichert, weil meine Schwägerin an Brustkrebs verstorben ist und meine Frau, ihre Schwester, als Verwandte regelmäßig an den Vorsorgeuntersuchungen teilnimmt. Gestern im Zug habe ich mir überlegt, ob ich es am Abend anspreche, und mir dann gesagt, nein, du wartest erst einmal die Anhörung ab, um dann einmal zu sehen.

(Zuruf: Verunsicherung!)

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

– Ja, totale Verunsicherung; das will ich ganz offen sagen, wenn ich auch nur indirekt betroffen bin.

Ich habe zunächst eine Frage an Frau Prof. Mühlhauser und, weil wir nicht so viele sind, vielleicht auch an alle drei. Wir hatten seinerzeit einmal das Zentrum für Frauengesundheit in Bad Salzuflen; Günter Garbrecht wird sich daran erinnern. Da gab es die These der zweiten Meinung, Second Opinion. Bringen wir nicht durch eine generelle Vorgabe, dass wir generell die zweite Meinung einholen, wenn ein solcher Befund da ist, auch eine größere Sicherheit ins System? Müssen wir, die wir politisch Verantwortung tragen, uns damit noch einmal auseinandersetzen?

Ich habe empfunden, Frau Dr. Mühlhauser, dass Sie gegen Screening sind. Sie müssen mir noch einmal deutlich sagen, ob Sie das sind oder nicht. Sie beziehen sich da auf die Schweiz. Meine Oma sagt dann immer: Es können nicht alle in den Rhein springen, wenn irgendwie etwas ist. Wenn wir in Nordrhein-Westfalen führend sind, dann sind wir ja vielleicht besser als die Schweiz. Nicht alles, wofür hier mit Hinweisen auf Vorgehensweisen im Ausland argumentiert wird, muss dann ja auch besser sein als bei uns. Deswegen möchte ich da einfach noch einmal eine Aussage haben.

Dann hätte ich, weil ich ja Mann bin, die Frage, wie es um die Problematik von Brustkrebs bei Männern bestellt ist. Wir unterhalten uns hier nur über Frauen. Auch wenn es nicht Gegenstand des Antrags ist, sollten Sie uns als zuständigem Gesundheitsausschuss vielleicht noch einmal einen Hinweis geben, ob wir da auch noch etwas tun müssen. Das würde ich so als Abfallprodukte noch mit einklagen.

Was die Studie angeht: Wenn wir eine langfristige Studie haben müssen und Sie in vorausseilendem Gehorsam wegen des Geldes sagen, das ist nicht realisierbar, dann sagen Sie uns als Verantwortliche doch einmal, was wir denn tun müssen, um da in eine Sicherheit hineinzukommen, wo denn die Probleme liegen. Das ist mir eben nicht ganz klar geworden, Herr Dr. Ertan, als Sie das mit der Studie gesagt haben, weil Sie darauf hingewiesen haben, dass wir da eine wissenschaftlich abgesicherte Position brauchen.

**Torsten Sommer (PIRATEN):** Es ging nur noch einmal um die Nachfrage. Herr Prof. Ertan ist auf meine Frage bezüglich der Infrastruktur ja schon eingegangen. Von Herrn Prof. Heindel hatte ich dazu eben noch keine Rückmeldung erhalten. Ich rege einfach noch einmal an, dass ich da eine Antwort bekomme.

**Josefine Paul (GRÜNE):** Herr Prof. Ertan hat angedeutet, welche Risiken auch jenseits der psychischen Schäden bestehen, die die Frauen da erleiden. Gibt es, Herr Prof. Heindel, Frau Prof. Mühlhauser, denn Erkenntnisse darüber, ob es auch gesundheitliche Risiken durch die Bestrahlung oder aber auch die möglicherweise zu entnehmenden Gewebeproben gibt? Das wäre meine Nachfrage dazu.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

**Susanne Schneider (FDP):** Ich habe noch einmal eine Nachfrage an die beiden Professoren: Wie könnte aus Ihrer Sicht die Teilnahmequote am Screening-Programm gesteigert werden?

Eine Frage geht speziell an Prof. Ertan. In Punkt 3 dieses Antrages steht, dass wir natürlich möchten, dass die Frauen auch bei ihren Gynäkologen regelmäßig die Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Wir sind uns alle durchaus darüber im Klaren, dass dieses Screening um Gottes willen kein Ersatz dafür sein kann. Aber wie könnte man dann auch das etwas verstärken? Wenn ich mich mit Gynäkologen unterhalte, dann höre ich meistens: Ja, die Frauen kommen nicht, und ich kann sie nicht zwingen. Hätten Sie da eine Idee, wie man das steigern könnte, vonseiten der Politik, vonseiten der Krankenkassen?

**Vorsitzende Daniela Jansen:** Vielen Dank, meine Damen und Herren. – Wir gehen wieder nach der bewährten Methode vor und gehen einmal die Sachverständigen mit den jeweiligen Antworten auf die Nachfragen durch. Falls es anschließend keine weiteren Fragen mehr gibt, falls Sie dies nicht durch Handzeichen signalisieren, dann haben wir die zweite Runde damit zur endgültigen und letzten gemacht.

**Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser (Universität Hamburg, Institut für Pharmazie, Gesundheitswissenschaften) (Stellungnahme 16/3069):** Ich wollte noch einmal auf die Zahlen und auf das Verständnis eingehen, das Ärzte zum Screening bzw. Nicht-Screening haben, weil das eigentlich das Hauptproblem und die Ursache dafür ist, dass wir hierzu Entscheidungen treffen, die nicht informiert sind.

Herr Ertan hat hier gesagt, es gebe keine randomisiert kontrollierten Studien, und es wäre unethisch, sie durchzuführen. Ich möchte darauf hinweisen, dass es acht große randomisiert kontrollierte Studien mit etwa 600.000 Frauen gibt, die über zehn Jahre untersucht worden sind, aus den USA, aus Schweden und aus anderen Ländern.

Zweiter Punkt von Herrn Ertan: Das, was Sie hier als Argumente für das Screening gebracht haben, nämlich, dass es mehr Frühstadien gibt, mehr Diagnosen von Brustkrebs auch ohne Lymphknotenbefall, ist etwas, was Herr Prof. Gigerenzer vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung immer wieder untersucht und was er in die Öffentlichkeit zu bringen versucht hat. Das ist sehr irreführend, und es zeigt, dass es hier weiterhin unter der Ärzteschaft, wie das bekannt ist, ein völliges Unverständnis hinsichtlich der Vorverlegung von Diagnosen gibt, ebenso bezüglich der Auswirkungen auf die Ergebnisdarstellung, wenn man die relative Stadienverteilung benutzt. – Nur so weit erst einmal zur Wissenschaftsbasierung der Inhalte, die hier verhandelt werden.

Ich komme jetzt zu dem Punkt von Herrn Kern. Es sind wichtige Fragen, die Sie hier aufgeworfen haben, so danach, ob es sinnvoll ist, sich eine zweite Meinung einzuholen, falls bei einer solchen Mammographie-Untersuchung tatsächlich ein Befund festgestellt wird. Das ist ein sehr kontroverses Thema. Ich meine, es ist ja inzwischen beschlossen worden, dass man eine zweite Meinung einholen kann. Aus unserer Sicht – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin – muss die Erstmeinung evidenzbasiert sein. Es kann sein, dass Sie nach der zweiten Meinung immer noch

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

nicht die Wahrheit kennen. Das Problem lässt sich also alleine mit einer Zweitmeinung nicht lösen. Aber es stimmt natürlich: Manche Befunde sind unsicher, und dann ist es gut, dass man zumindest die Befundlage noch einmal mit einem anderen Experten bespricht.

Zu der anderen, sehr berechtigten Frage, die Sie gestellt haben, ob ich gegen Screening sei, wie Sie herausgehört hätten: Ich empfinde es als gut, dass ich mich verständlich machen kann. Aber es geht eigentlich nicht so sehr um meine persönliche Meinung. Es geht um die Beurteilung der wissenschaftlichen Daten, die wir haben: Was wissen wir, was wissen wir nicht? Wo sind die Unsicherheiten, wenn es um Screening geht?

Eigentlich sind es zwei unterschiedliche Bereiche, in denen Entscheidungen getroffen werden. Das eine ist ein gesundheitspolitischer Bereich, so wie wir hier jetzt sind, und es ist auch sehr richtig, dass Sie sich hier informieren. Letztendlich kommen Sie dann auch zu einer Entscheidung, ob Sie solche Screening-Untersuchungen jetzt machen oder nicht machen oder sie ausweiten. Das andere ist aber: Diese Screening-Untersuchungen richten sich an gesunde, beschwerdefreie Menschen, und durch diese Untersuchungen werden gesunde Menschen krank gemacht, definitiv krank gemacht. Sie bekommen eine Diagnose, die sie eventuell nicht bekommen hätten, oder Verdachtsbefunde usw.

Insofern gilt – das hat der Nationale Krebsplan, den wir hier in Deutschland haben und der vom Gesundheitsministerium initiiert ist, auch über die Zeit definiert, und das das gilt auch für andere Screening-Untersuchungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen –, dass die Frauen das Recht haben, eine informierte Entscheidung zu treffen. Das heißt, die sanktionsfreie Ablehnung dieser Früherkennungsuntersuchung muss möglich sein. Das ist in der Praxis nicht unproblematisch, denn den Frauen wird durchaus dann, wenn sie ihren Brustkrebs bekommen – wir können unseren Brustkrebs nämlich nicht verhindern – und nicht am Screening teilgenommen haben, vorgeworfen, warum sie denn nicht daran teilgenommen hätten, als hätte man den Brustkrebs dadurch verhindern können.

Die Entscheidung ist eine schwierige. Ich persönlich sehe die Datenlage so, dass der Schaden den Nutzen überwiegt, und ich persönlich würde sagen: Es ist eine gute Entscheidung, zu sagen, man macht kein Screening. Aber es ist richtig: Wir haben das graue Screening gehabt, und es gibt das graue Screening weiterhin. Wenn man das Screening jetzt stoppt, dann wird es wieder graues Screening geben. Die Frauen werden weiterhin zum Mammographie-Screening gehen, und der AKF, der Arbeitskreis Frauengesundheit, hat sich auch in diesem Sinne für die Beibehaltung des Screening-Programms ausgesprochen, damit nicht das graue Screening wieder überhandnimmt.

Frau Schneider fragte: Was können wir tun, um die Teilnahmequote zu steigern? – Ich würde sagen: Wir leben hier in einem aufgeklärten Land, und es ist einer aufgeklärten Gesellschaft nicht würdig, mit Kampagnen dafür zu versuchen, die Frauen irrezuführen und zu einer Teilnahme zu überreden. Wir haben sehr gute Daten für Deutschland, dass die Frauen nicht verstehen, was der mögliche Nutzen und was der mögliche Schaden des Screenings ist. Ich setze mich dafür ein – das ist unser

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

wissenschaftliches Bestreben, auch vonseiten der evidenzbasierten Medizin –, dass die Menschen die Chance haben zu verstehen, welchen möglichen Nutzen und Schaden sie haben. Wie notwendig es ist, dass auch die Ärzte einmal verstehen, worüber sie hierbei eigentlich sprechen, haben wir gerade hier gehört.

**Vorsitzende Daniela Jansen:** Vielleicht erlauben Sie mir einen kurzen Hinweis. Wir sind hier im Sachverständigengespräch. Das heißt, die Abgeordneten haben die Möglichkeit, Fragen an Sie zu richten, die Sie dann dementsprechend beantworten. Ich möchte Sie allgemein bitten, davon abzusehen, sich untereinander noch in wissenschaftliche Diskurse zu verstricken. Das können Sie gerne nach der Sitzung tun und uns Ihre Erkenntnisse dann weiterhin mitteilen.

**Prof. Dr. med. Walter Heindel (Institut für Klinische Radiologie Münster):** Zunächst noch einmal zu den wissenschaftlichen Studien: Vielleicht ist ein Missverständnis aufgetreten. Es gibt evidenzbasierte prospektiv randomisierte Studien. Sie liegen lange zurück. Aufgrund dieser Studien ist einerseits noch einmal diese aktuelle Stellungnahme der Weltgesundheitsorganisation, jetzt im Juni 2015 publiziert, erstellt worden, und auf der Grundlage dieser Studien ist auch im Jahr 2002 im Bundestag quer durch alle Parteien überhaupt die Entscheidung gefallen. Dem ging auch eine lange Diskussion darum voraus, Mammographie-Screening als qualitätsgesichertes und als der Bevölkerung in der Fläche in gleicher Weise anzubietendes Früherkennungsprogramm einzuführen oder nicht. Man hat sich entschieden, jawohl, das machen wir. Auf der Basis dessen ist das gemacht worden.

Die Aussage, die wir beide getroffen haben, war, heute, mit unserem heutigen Wissen könne man eine solche prospektiv randomisierte Studie nicht mehr ethisch gut vertreten. Das ist gemeint gewesen, und da ist es möglicherweise zu einem Missverständnis gekommen.

Dann noch einmal die Aussage: Grundsätzlich geht es bei Früherkennung um ein durchschnittliches Risiko. Das ist eine ganz andere Situation, und wir sollten das noch einmal von der Situation trennen, wenn eine Frau ein Symptom hat, wenn sie einen Tastbefund oder eine Sekretion aus der Brust hat. Da würde man sozusagen unter Umständen eine Kette von verschiedenen Verfahren einsetzen. – Sie hatten ein bisschen in diese Richtung gefragt, wenn ich Sie richtig verstanden habe.

Screening bedeutet, dass wir sozusagen eine Suchmethode einsetzen. Wir werfen ein Netz aus. Ich vergleiche es immer mit einem Teich in einem Dorf. Wir nehmen ein Netz, das möglichst eng geknüpft sein sollte, und ziehen es in regelmäßigen Abständen durch diesen Teich hindurch, um möglichst die großen Fische, in diesem Fall die großen Karzinome, frühzeitig und früher zu entdecken. Beim ersten Mal Durchziehen finden wir mehr. Das haben wir auch im Screening beobachtet; denn da waren einige große Fische. Jetzt finden wir immer kleinere. Das beobachten wir, jetzt auch epidemiologisch bestätigt. Wir sehen jetzt vor allem, dass es immer weniger große gibt, sei es, dass sie im Screening selbst entdeckt werden, oder sei es, dass dies in den zwei Jahren danach geschieht. Selbst wenn sie im Screening übersehen worden sind, haben diejenigen Frauen, die teilgenommen haben, wenn sie denn er-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

kranken, die bessere Chance. Das ist die neue Erkenntnis, das ist ganz neu. Das haben wir aber in NRW jetzt zeigen können, erstmals in Deutschland. Aufgrund dieser Aussage bin ich davon überzeugt – wir müssen leider noch ein bisschen warten – , dass wir irgendwann werden messen können, dass dadurch auch in Deutschland, so wie es die alten Studien gezeigt haben, die Sterblichkeit an Brustkrebs sinkt.

Das Thema jüngere Frauen hatten Sie, Frau Vorsitzende, ein wenig angesprochen. Ich will es nur kurz noch einmal erläutern. Es gibt ein anderes Früherkennungsprogramm; es nennt sich „Intensivierte Früherkennung bei BRCA 1 und 2 Mutationsträgerinnen“ und bezieht sich auf Frauen, die persönlich aufgrund ihrer Familien- bzw. genetischen Situation ein höheres Risiko haben. Sie haben ein Lebenszeitrisiko von 80 %. Das ist der Fall Angelina Jolie; Sie erinnern sich vielleicht, das ging alles durch die Presse. Diese Frauen tragen in sich ein für Brustkrebs prädestinierendes Gen. Für diese Frauen wird MRT in jungen Jahren als primäre Methode angeboten, danach der Ultraschall und nur in Einzelfällen die Mammographie. Das haben auch die Kassen durch Forschung erkannt und bezahlen es heute als Regelleistung. Das ist auch konzentriert an wenigen Zentren, an Universitätskliniken, 15 Zentren in Deutschland. Das ist ein anderes Früherkennungsprogramm, eine andere Modalität, es bezieht sich auf eine spezielle Risikogruppe, nicht auf jede Frau. Wir müssen aber unterscheiden, dass wir jetzt sozusagen über das normale Risiko sprechen.

Eine weitere Frage an mich betraf das Thema Second Opinion. Meines Erachtens müssen wir zwei Dinge unterscheiden. Wir haben im Screening konsequent das sogenannte Vieraugenprinzip, zwei Doctores, und wir wissen – ich habe das in meiner eigenen Einheit überprüft –: Zwei Doctores, die darauf gucken, sehen mehr als einer; sie sehen nämlich etwa 15 % mehr. Das braucht man in einem solchen Programm, damit der Nutzen garantiert, damit eine möglichst hohe Sicherheit gewährleistet ist. Auch das ist wissenschaftlich untersucht worden, im Ausland, aber auch bei uns. Wir brauchen zwei Doctores; zwei qualifizierte Ärzte sehen mehr als einer.

Drei Ärzte einzusetzen, bringt dann vielleicht auch noch ein bisschen, aber deutlich weniger; das wissen wir. Irgendwo können wir das nicht mehr leisten und auch nicht mehr bezahlen. Aber daher ist das Vieraugenprinzip als solches erst einmal ganz wichtig, und Second Opinion kann man bei einem Brustkrebs oder bei jeder anderen Erkrankung immer einholen. Ein anderer Arzt guckt noch einmal anders darauf.

Das ist jetzt wohl auch politisch durchaus so entschieden worden, und in unserer aufgeklärten Gesellschaft sollte jede Frau, jeder Patient das Recht haben, eine solche zweite Meinung einzuholen. In gewissem Maße würde ich Ihnen da recht geben: Man muss aufpassen, dass man nicht mit Informationen überfüttert wird. Manchmal ist das mein Eindruck bei Juristen: Wenn man viele fragt, kriegt man dann noch mehr Einschätzungen. Aber bei den Ärzten hoffe ich, dass wir aufgrund der evidenzbasierten Medizin jetzt doch zunehmend dahin kommen, dass wir wirklich seriöse Informationen an die Patienten weitergeben.

Ich dachte, ich hätte die Fragen zur Infrastruktur beantwortet. Noch einmal ganz klar die Aussage: Dazu muss nichts Neues eingerichtet werden, sondern es würden nur die Einladungen auch an ältere Frauen als bisher versandt werden. Sie erfolgen ja nicht von den Ärzten, die die Untersuchung durchführen, sondern über die Meldeäm-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

ter. In dem Moment, da eine Frau 50 Jahre alt wird, wird sie eingeladen; das endet derzeit mit 69 Jahren. Sie würde entsprechend dann bis zum Alter von 74 Jahren eingeladen werden. Das funktioniert hier in unserem Land sehr effektiv. Ich habe es bei meiner eigenen Frau erlebt, die kürzlich 50 Jahre wurde.

Das Strahlenrisiko war Gegenstand einer weiteren Frage. Auch das ist sehr genau betrachtet worden. Durch das Screening wurde verstärkt moderne, Patienten weniger belastende Röntgentechnik angeschafft und eingesetzt; dabei waren wir hier in NRW Vorreiter. Das hiesige Ministerium hat sehr dafür plädiert, dass mit der Einführung des Screenings als neues Früherkennungsprogramm hier in NRW primär die sogenannte digitale Röntgentechnik eingesetzt wurde – das war damals sehr umstritten; ich kann mich gut erinnern –, weil diese Technik nämlich den Vorteil hat, dass die Dosis heruntergeht. Wir waren in Deutschland führend auf diesem Gebiet. Inzwischen gibt es in ganz Deutschland im Screening kein analoges Mammographiegerät mehr; das klassische Röntgenbild gibt es da nicht mehr. Alle sind inzwischen umgestiegen, auch Bayern hat nachgezogen. Es gibt keine analoge Mammographie mehr; vielmehr hat das Screening die Technologie eher nach vorne gebracht.

Es gibt dieses Risiko, es gibt auch diesen kleinen Schaden; die Abschätzung lautet 50 zu eins. Der Nutzen durch die Früherkennung und auch durch eine regelmäßige Teilnahme alle zwei Jahre wird von den Experten als 50-fach höher eingeschätzt als das Risiko, durch eine solche wiederholte Untersuchung an Brustkrebs zu erkranken.

Ihre Frage war außerdem, welche Risiken es bei der Entnahme von Gewebeproben gibt. Da gibt es jetzt auch wieder eine völlig verrückte Publikation, die wirklich nicht stimmt. Die Gewebeproben stellen nach allem, was ich aus der Medizin und von den Pathologen weiß, keinerlei Risiko dar. Wir machen das sehr schonend. Das kann ambulant durchgeführt werden, minimalinvasiv, wie beim Zahnarzt, es tut nicht weh, und wir haben innerhalb von drei Tagen eine Klärung. Der Prozess der Abklärung – nicht nur der Diagnosestellung, sondern bis zum Operateur – ist durch das Screening in einer Weise beschleunigt worden, dass Frauen heute hier in Nordrhein-Westfalen innerhalb von zwei, drei Wochen versorgt sind, und zwar schon vom Operateur optimal versorgt sind, also bei Kollegen wie hier links neben mir. Ich sehe da kein Risiko.

Die Teilnahmequote zu steigern wäre gesundheitspolitisch wichtig. Werbung sehe ich da auch in keiner Weise. Vielmehr muss eine informierte Aufklärung der Frauen erfolgen. Sie müssen die Vor- und Nachteile kennen, und sie müssen persönlich entscheiden. Das ähnelt der Entscheidung: Gehe ich vielleicht einmal zu einem Internisten, weil ich in der Familie ein Herzinfarktisiko habe? Achte ich auf mich, oder lehne ich es ab, etwas über mich zu wissen? Das ist eine ganz persönliche Entscheidung, und sie sollte, darf und muss auch in Zukunft jede Frau persönlich treffen. Nur müssen wir die Frauen informieren. Das haben wir leider noch nicht in der Breite.

Meiner Meinung nach ist es eine große Aufgabe für Hausärzte, für Frauenärzte, eigentlich für alle Ärzte, über diese Aspekte zu informieren, aber abgewogen zu informieren. Was wir nicht erreichen dürfen, ist, dass es zu einer Verunsicherung der Frauen kommt. Das halte ich für nachteilig, das führt zu einer rückläufigen Teilnahmequote.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Ich hoffe, dass ich damit alle Punkte adressiert habe. Sehen Sie es mir nach oder fragen Sie bitte nach, wenn ich etwas nicht angesprochen habe.

**Vorsitzende Daniela Jansen:** Ich sehe kein hektisches Winken; insofern hat Herr Prof. Dr. Ertan das Wort.

**Prof. Dr. Kubilay Ertan (Leverkusen) (Stellungnahme 16/3113):** Liebe Frau Jansen, zunächst möchte ich mich ganz herzlich bei Ihnen für den Hinweis bedanken, dass wir hier unsere Meinungen kundtun sollten, nicht aber Querverweise. Wenn Frau Mühlhauser behauptet, dass Ärzte von den Zahlen nichts verstehen, könnte ich genauso sagen, dass Epidemiologen vielleicht von allen therapeutischen Optionen nicht so viel Ahnung haben. Aber das ist jetzt nicht die Grundlage, worüber wir diskutieren sollten.

Frau Jansen hat die Frage gestellt, die sich darauf bezog, dass jede vierte Patientin nicht entdeckt wird. Das hat in der Tat mit der Sensitivität einer Methode zu tun. Wir haben jetzt nicht die beste Methode als Mammographie-Screeningmethode; aber das ist die am besten evaluierte. Bevor man darüber redet, eine inzwischen so erfolgreiche, etablierte und auch mühsam etablierte Methode komplett abzuschaffen oder zum Teufel zu jagen, sollte man überlegen: Wie kann ich denn die Erkennungsrate verbessern?

Es ist nämlich so, dass 2008 eine Sensitivität von 78 % vorhanden war. Das bedeutet, dass 22 % der Patienten nicht entdeckt werden. Das ist etwa die Zahl, die Sie vorhin genannt haben. Das heißt also, wir haben jetzt nicht die beste Methode, und deswegen sollte die Diskussion in folgende Richtung gehen: Wie können wir wirklich die Erkennbarkeit erhöhen, mit welcher Methode, die wiederum sowohl die Akzeptanz der Patienten findet als auch bezahlbar bleibt? Ich glaube, das sind die allgemeingültigen Aussagen.

Ich würde absolut dafür plädieren, dass man eine Second Opinion anbietet. Meines Erachtens macht es wenig Sinn, einer aufgeklärten, informierten Patientin aufzuzwingen, dass sie unbedingt eine zweite Meinung einholen muss. Aber man muss grundsätzlich die Möglichkeit anbieten, indem man sagt, ich würde das so und so sehen, aber wenn Sie möchten, können Sie gerne eine zweite Meinung einholen. Das würde ich jedem Patienten offen darlegen; das ist inzwischen auch vom Gesetzgeber entschieden.

Es ist richtig, auch an die Möglichkeit zu denken, dass Männer an Mammakarzinom erkranken können. Es stimmt, dass wir jedes Jahr als Einzelfälle Mammakarzinompatienten behandeln. Gott sei Dank ist das sehr selten. Weil es eben die Inzidenz nicht hergibt, macht es auch keinen Sinn, über Screening-Methoden nachzudenken. Meines Erachtens ist es wichtig, dass das Bewusstsein geschaffen wird, dass Männer wissen sollten, dass auch bei ihnen jegliche Veränderungen an der Brust eventuell etwas anderes sein könnten, und dass sie deswegen die interdisziplinären Brustzentren, die auch darauf spezialisiert sind, aufsuchen und entsprechende Abklärung schaffen sollten. Heute ist zum Beispiel ein Mann bei uns operiert worden.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Hinsichtlich der Studie ist wohl ein komplettes Missverständnis entstanden. Ich habe nicht behauptet, dass es keine Studien gibt. Ich habe nur behauptet: Wenn wir gerade bei dieser ganz spezifischen Fragestellung der Überdiagnosen eine adäquate Aussage treffen wollen, dann müsste man dafür Studien anlegen, die heutzutage nicht mehr ethisch vertretbar sind. Es geht nämlich darum, welche von den Patientinnen, die eine Vorstufe haben, DCIS niedrigen Grades, überleben würden, wenn wir sie nicht entdeckt hätten oder nicht behandelten, und welche dann eventuell doch nicht überleben. Diese Frage können Sie nur mit prospektiv randomisierten Studien beantworten; dafür gibt es keine Studie. Ansonsten gibt es bezüglich der Aussagekraft des Screenings Tausende Patienten, die untersucht wurden, und auch sehr gute Studien.

Frau Schneider hat eine Frage bezüglich der Teilnahmequote gestellt. Wir haben in NRW zwischen 50 und 56 % Teilnahmerate. Natürlich ist ein Ziel, am besten alle Frauen zu erreichen – nicht Patientinnen, sondern Menschen; denn das sind ja gesunde Frauen –; das ist aber nicht realisierbar. Von einem Erfolg redet man, wenn etwa 70 % der Menschen erreicht werden. Davon sind wir noch etwas entfernt. Aber mit 56 % hat man meines Erachtens vernünftige Zahlen erreicht.

Das kennen wir als Gynäkologen auch von anderen Screening-Methoden, zum Beispiel Krebsvorsorgeuntersuchungen mit Abstrich. Auch das hat über viele Jahre in Deutschland sehr erfolgreich dazu geführt, dass wir immer weniger invasive Karzinome des Gebärmutterhalses finden, viel mehr Patientinnen durch diese Vorsorgeuntersuchungen in einem frühen Stadium entdeckt werden und dadurch auch durch kleinere Maßnahmen geheilt werden können. Das sind Dinge, bei denen ich sage: Wenn man von einer Methode überzeugt ist, dass sie eine richtige ist, dann macht es Sinn, dass man auch versucht, die Teilnahmequote zu erhöhen.

Ich bin auch nicht dafür, dass man solche Kampagnen macht und wie bei einer Werbemaßnahme überall darauf hinweist. Aber man muss die Patienten aufklären, und die Aufklärung muss geregelt sein. Ich glaube schon, dass die Gynäkologen eine wichtige Rolle dabei spielen, wenn sie selber überzeugt sind. Die Frage, welche Rolle Politik oder Krankenkassen übernehmen können, kann ich nicht beantworten. Aber es wäre wünschenswert, dass die Gynäkologen sich ihrer Rolle bewusst sind und dieses Bewusstsein entwickeln.

**Vorsitzende Daniela Jansen:** Ich sehe nun keine weiteren Wortmeldungen und auch keine Nachfragen mehr. – Wenn dies zutrifft, dann danke ich Ihnen noch einmal, insbesondere den Damen und Herren Sachverständigen natürlich ganz herzlich für ihr Kommen und auch für die Beantwortung der Fragen, die an sie gestellt worden sind.

Ich wünsche Ihnen eine sichere Heimfahrt und einen schönen Nachmittag.

(Beifall)

---

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (82.)

21.10.2015

Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation (34.)

Pa

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Meine Damen und Herren, für den größten Teil von uns darf ich noch darauf hinweisen, dass die nächste Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales um 15.30 Uhr beginnt. Also sehen wir uns gleich wieder. – Vielen Dank. Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Daniela Jansen  
Vorsitzende

17.11.2015/19.11.2015

197