

Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. – Vorschläge zur Weiterentwicklung und Optimierung des [Frauengesundheitsberichts 2020](#)

Kommentar von Ingrid Mühlhauser zum Thema „Brustkrebs-/Screening/Mortalität“

Stand: 5. Februar 2021

Die Datenpräsentation ist inkonsistent und missverständlich. Diagnosen sind nicht zwangsläufig Erkrankungen. 5-Jahres-Überlebensraten sind irreführend. Die Literatur ist selektiv und nicht aktuell. Diskrepanzen zwischen Erkrankungshäufigkeit und Sterberaten im europäischen Vergleich werden nicht aufgelöst. Der AKF e.V. wünscht sich eine wissenschaftsbasierte, vollständige und verständliche Ergebnisdarstellung ohne moralisierende Bewertung. Zudem wäre eine Auseinandersetzung mit den Forderungen des AKF e.V. nach S4-Leitlinien mit Entscheidungshilfen dringlich.

Zu Kapitel 2.1.4, Krebserkrankungen:

1) **Diagnosen sind keine Erkrankungen** – Differenzierung wäre notwendig.

Beispiel, S. 42: „Nach aktuellen Schätzungen erkranken jede zweite Frau und jeder zweite Mann im Laufe ihres Lebens an Krebs [1]“. Für alle Krebsformen, für die ein Screening angeboten wird, gibt es Überdiagnosen. Gesunde Menschen erhalten eine Krebsdiagnose, obwohl sie möglicherweise ohne Screening nie an dieser Krebsform erkranken würden.

2) **Bei Vergleichen sollten Daten altersspezifisch / altersadjustiert präsentiert werden** und nicht summarisch, wie z.B. auf S. 43: „Die Anzahl der Neuerkrankungen ist im Vergleich zum Jahr 2000 bei Frauen um 14,5 % und bei Männern um 24,0 % angestiegen [10].“ Nicht interpretierbare und missverständliche Datendarstellungen sollten vermieden werden.

3) **Relative Überlebensraten / 5-Jahres-(10-Jahres-)Überlebensarten sind irreführend.**

S. 44: Bei Krebsarten, die durch Screening einen bestimmten Anteil an Überdiagnosen aufweisen, sind 5- und 10-Jahres-Überlebensarten irreführend.

4) **Risikoangaben sollten altersspezifisch präsentiert werden.** Beispielsweise ist die Aussage auf S. 45: „Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken.“ wenig informativ. S. 46: Das **Lebenszeitrisiko ist oft missverständlich**, z.B. „Für Trägerinnen der Gene BRCA1 und BRCA2 beträgt das Lebenszeitrisiko, an Brustkrebs zu erkranken 80 % bis 85 % [25].“

Wenn es benutzt wird, dann sollte es durchgängig genutzt werden, z.B. Lebenszeitrisiko bei einem Alter von 20 Jahren, 60 Jahren oder 70 Jahren. Dann wird deutlich, dass das Lebenszeitrisiko für Brustkrebs mit zunehmendem Alter abnimmt. Siehe dazu Ingrid Mühlhauser: [Unsinn Vorsorgemedizin](#). Kapitel zu Screening auf Brustkrebs.

5) **Die aktuelle wissenschaftliche Literatur sollte berücksichtigt werden.** Das ist nicht der Fall im Kapitel zu Risikofaktoren für Brustkrebs (S. 45). Vgl. dazu <https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/2019/09/14/warum-risikofaktoren-fuer-brustkrebs-revidiert-werden-muessen/>

S. 45, Risikofaktor Übergewicht: Hier sollte auch erwähnt werden, dass Übergewicht bei jüngeren Frauen mit einem niedrigeren Risiko für Brustkrebs assoziiert ist.

Von einer moralisierenden Bewertung unsicherer Daten sollte Abstand genommen werden.

S. 50, zum Risikofaktor „Stillen“ im Fazit: „Für Frauen und Mädchen sind darüber hinaus die

primärpräventive Wirkung des Stillens für Brustkrebs ... hervorzuheben.“ Solch isolierte, nicht einzuordnende Interpretationen von Assoziationsdaten vermitteln den Eindruck, als sollte Druck ausgeübt bzw. Schuldgefühle erzeugt werden. Es gibt [aktuelle Studien](#), die eine Assoziation zwischen Brustkrebs und Stillen nicht belegen.

Zum Risikofaktor „Anzahl Geburten“ gibt es ebenfalls aktuelle Analysen, die eine Assoziation widerlegen bzw. differenzierter darstellen. Siehe dazu die o.g. [Publikation von I. Mühlhauser](#), dort heißt es:

„Geburten scheinen keineswegs vor Brustkrebs zu schützen. Die neuen Daten einer zusammenfassenden Analyse von 15 großen Kohortenstudien bestätigen, was bereits vereinzelt in früheren Publikationen berichtet wurde: Nach einer Geburt ist das Risiko für Brustkrebs erhöht, nach 5 Jahren ist es am höchsten, und je mehr Geburten, umso ausgeprägter die Risikoerhöhung. Zudem bleibt die Risikozunahme für mehr als 20 Jahre bestehen. Für den prämenopausal vergleichsweise bedeutsameren und prognostisch ungünstigeren Östrogenrezeptor-negativen Brustkrebs ist das erhöhte Risiko sogar anhaltend bis in die Postmenopause. Lediglich für den Östrogenrezeptor-positiven Brustkrebs nimmt das Risiko nach 20 bis 30 Jahren wieder ab. Nur wenn ältere Frauen untersucht werden, zeigt sich ein niedrigeres Brustkrebsrisiko für die Gruppe, die Kinder geboren hat. Stillen hatte in dieser aktuellen Studie keinen Einfluss auf das Assoziationsmuster. Könnte auch für den Risikofaktor Parität – wie Übergewicht – gelten, dass Geburten das Brustkrebsrisiko nicht reduzieren, sondern die Manifestation in ein jüngeres Alter vorverlegen?“

Literatur: Nichols HB et al. Breast cancer risk after recent childbirth. A pooled analysis of 15 prospective studies. *Ann Intern Med* 2019; 170: 22-30.

6) Unterschiede in der Häufigkeit von Brustkrebs in **Bezug auf den sozialen Gradienten** (S. 45): Hierbei sind die Unterschiede in der Häufigkeit von Screeninguntersuchungen unbedingt zu berücksichtigen. Z.B. findet sich in der zitierten Publikation (Referenz 18) folgendes Ergebnis (abstract): *„Reverse gradients with higher rates in less deprived districts were found for malignant melanoma and thyroid cancer in both sexes, and in women additionally for female breast and ovarian cancer.“* Für alle vier Krebsarten ist bekannt, dass es einen bedeutsamen Anteil an Überdiagnosen durch Screening gibt, was besonders relevant für Frauen aus höheren sozialen Schichten ist (IGEL-Untersuchungen, die selbst bezahlt werden müssen, werden von wohlhabenden Frauen häufiger in Anspruch genommen).

Dazu auch S. 89: *„... Zusammenhang mit Merkmalen der sozialen Lage nachweisen oder – wie bei Brust- und Hautkrebs – sogar ein umgekehrter Zusammenhang beobachten, wonach sozial bessergestellte Frauen ein höheres Erkrankungsrisiko haben.“* Es sind vermutlich zu einem großen Teil Überdiagnosen bei sozial besserer Lage.

7) **Die (fehlende) Evidenz für empfohlene Screeninguntersuchungen sollte erwähnt werden:** z.B. S. 46: *„... Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung“* (vgl. Cochrane Review dazu). Ein Nutzen ist demnach nicht nachgewiesen, hingegen gibt es einen Schaden durch Überdiagnosen und medizinische Eingriffe zur Abklärung von Verdachtsbefunden.

8) **Die Berichterstattung zu den Auswertungen des Mammographie-Screening-Programms ist einseitig, unvollständig und irreführend.** S. 46: *„Etwa sechs bis acht Jahre nach Einführung des Screenings (je nach Region) ist die Erkrankungsrate an fortgeschrittenen Tumoren der Brust inzwischen unter das Ausgangsniveau gefallen, gleichzeitig sank die Zahl operativer Entfernungen der Brust (Mastektomien) in der Screening-Altersgruppe von 2005 bis 2017 um 16 % [29]. Dies deutet darauf hin, dass ein wesentliches Ziel des Screenings erreicht wurde: Die Rate fortgeschrittener Brusttumoren konnte reduziert und damit die Zahl belastender Therapien zugunsten schonenderer Verfahren (brusterhaltende Operationen) gesenkt werden [1].“*

Eine kritische Analyse der Ergebnisse fehlt. Vgl. z.B. Vorträge von Ingrid Mühlhauser und Gudrun Kemper (als Vertreterinnen des AKF e.V.) auf der Jahrestagung der Deutschen Krebsgesellschaft 2018 und [Sammlung von Dokumenten des AKF e.V.](#)

9) S3-Leitlinien / Patientenleitlinien

S. 50: Es fehlt eine Auseinandersetzung mit den seit Jahren [vom AKF e.V. geforderten Weiterentwicklungen](#) von S3-Leitlinien zu sog. **S4-Leitlinien mit Entscheidungshilfen**. Der Diskussionsstand im Frauengesundheitsbericht spiegelt nicht die aktuellen Entwicklungen zu modernem Wissensmanagement wider.

Zu Kapitel 2.3, Prävention und Gesundheitsversorgung:

2.3.1 Krebsfrüherkennung

S. 125: Einordnung von „Krebsfrüherkennung“ unter dem Titel „Prävention“ ist problematisch, da Krebsfrüherkennung nicht zwangsläufig Prävention ist.

Formulierungen implizieren Kausalität und erwecken den Eindruck von **moralisierender Schuldzuweisung**, z.B. S. 125:

„Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Verbreitung der durch den Lebensstil bedingten Risikofaktoren, wie Tabakkonsum, Ernährung mit geringem Obst- und Gemüseanteil und hohem Anteil von rotem Fleisch und Wurst, Übergewicht, Bewegungsmangel und Alkoholkonsum, gehören Krebserkrankungen in Deutschland zu den häufigsten Erkrankungen.“ Es entsteht der Eindruck, als ließen sich Krebserkrankungen in hohem Maße verhindern, dazu fehlt der wissenschaftliche Beleg. Assoziationsstudien reichen – von Ausnahmen abgesehen, z.B. Rauchen – für eine solche kausale Ableitung nicht aus.

10. Frauengesundheit im europäischen Vergleich

S. 355, Abbildung 10.2.3.2: Altersstandardisierte Neuerkrankungsraten (Schätzungen für 2018) und Sterberaten (2016) an **Brustkrebs in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28)** (neue Europastandardbevölkerung):

Die Erklärungen (frühere Diagnosen, bessere Behandlung) für die erheblichen Unterschiede zwischen den Staaten in den Neuerkrankungsraten (es sind Diagnosen, nicht zwangsläufig Erkrankungen) bei relativ geringen Unterschieden in den Sterberaten scheinen nicht überzeugend. Für Länder mit vergleichbar entwickelten Gesundheitssystemen scheint es hier unerklärliche Diskrepanzen zwischen Erkrankungsraten und Todesraten zu geben. Warum soll beispielsweise die Behandlung von Brustkrebs in Belgien, Frankreich, den Niederlanden oder dem Vereinigten Königreich so viel besser sein als in Österreich oder Dänemark, um diese Diskrepanzen zu erklären? Die Qualität der Berichterstattung wird als eine Ursache genannt. Wenn die Schätzungen so unsicher sind, dann bleibt die Frage nach der Interpretierbarkeit der Daten.

Aus Perspektive der Frauengesundheit / des AKF e.V. sollten diese Diskrepanzen geklärt werden.

Der AKF e.V. wünscht sich eine wissenschaftsbasierte und verständliche Ergebnisdarstellung ohne moralisierende Bewertung.

Kontakt: Ingrid Mühlhauser, Ingrid.Muehlhauser@uni-hamburg.de