

Bewertung „Individueller Gesundheitsleistungen“ (IGeL)

Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung



Eine Information der Gesetzlichen Krankenkassen

Das sollte man wissen:

- Mindestens 2 von 3 Männern, die einen auffälligen PSA-Wert haben, haben in Wirklichkeit keinen Krebs.
- Die meisten Männer, bei denen PSA-Screening einen Prostatakrebs entdeckt, werden durch diesen Krebs weder beeinträchtigt noch gefährdet.
- Für diese Männer ist die nachfolgende, nebenwirkungsreiche Behandlung überflüssig und somit nur mit Nachteilen verbunden.
- Es ist nicht nachgewiesen, dass der Nutzen des PSA-Screenings den Schaden überwiegt.

Seit 1971 gibt es in Deutschland ein gesetzlich verankertes Programm zur Krebsfrüherkennung für Männer ab 45. Dieses umfasst auch die Befragung nach Symptomen und eine Tastuntersuchung der Prostata.

Gesunden Versicherten werden von Ärzten weitere diagnostische Tests zur „Krebsvorsorge“ *außerhalb der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung* angeboten, sogenannte „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL). Es wird behauptet, solche Untersuchungen seien für sie von Nutzen. Diese Broschüre informiert Sie über Hintergründe und Sinn einer dieser Untersuchungen, die Bestimmung des PSA bei gesunden Männern. PSA (Prostata-Spezifisches Antigen) ist ein Eiweiß, das von der Prostata gebildet wird. Es kann in einer Blutprobe gemessen werden.

■ Welche Aufgabe hat die Prostata?

Die Prostata – oder Vorsteherdrüse – ist kastanien groß und von einer Kapsel eingeschlossen. Sie umgibt direkt unterhalb der Blase die Harnröhre des Mannes und liegt am Enddarm an. Von dort kann sie mit dem Finger getastet werden. Ihre Hauptaufgabe ist die Produktion von Samenflüssigkeit. Ab dem Alter von 40 bis 45 Jahren vergrößert sich die Prostata durch Änderung der Hormonproduktion im Körper. Das ist harmlos, kann aber zu Störungen beim Wasserlassen führen.

■ Wie verläuft Prostatakrebs?

Prostatakrebs ist ein sehr häufiger Tumor, der vor allem im hohen Alter vorkommt. Wenn man die Prostata Verstorbener sorgfältig feingeweblich untersucht, stellt man fest, dass ca. 50 % aller Männer in fortgeschrittenem Alter Krebs in ihrer Prostata tragen. Es sterben aber nur ca. 4

von 10.000 Männern pro Jahr an Prostatakrebs. Dieser große Unterschied ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Prostatakrebs meistens sehr, sehr langsam verläuft. Viele Männer wissen daher gar nicht, dass sie Prostatakrebs haben. Sie haben keine Beschwerden und sterben auch nicht daran. Manchmal wird der Krebs zufällig bei einer anderen Untersuchung entdeckt, manchmal erst nach dem Tod aufgrund anderer Erkrankungen. Es ist nicht sinnvoll, Krebs bei Männern zu suchen und ihn zu behandeln, für die er gar keine Beeinträchtigung oder Gefahr ist.

Ein kleiner Teil dieser „latenten“ Karzinome verändert sich jedoch zu einem aggressiven Krebs. Damit steigt das Risiko für Metastasen an. Sie entstehen vor allem im Knochen, was zu starken Schmerzen führen kann. In diesem Stadium ist eine Heilung nicht mehr möglich.

■ Wie wird Prostatakrebs diagnostiziert?

Bei einer Früherkennungsuntersuchung wird vom After (Rektum) her nach einer Prostatavergrößerung oder -verhärtung getastet. Bei einem verdächtigen Befund oder bei anderen Symptomen können erhöhte Werte von Prostata-Spezifischem Antigen (PSA) im Blut unter Umständen einen Hinweis auf Krebs geben. Eine Untersuchung mit der Ultraschallsonde vom Darm her (TRUS) kann der weiteren Abklärung dienen. Eine sichere Unterscheidung zwischen gutartiger oder bösartiger Prostatavergrößerung ist jedoch nur durch eine Biopsie möglich. Dabei werden mit einer Hohlnadel Gewebeproben entnommen (Biopsie) und feingeweblich untersucht.

■ Was müßte die Früherkennung mittels PSA leisten?

Wie beschrieben, tragen 50 von 100 Männern im fortgeschrittenem Alter einen Prostatakrebs. Bei 40 von ihnen (= 80 %) ist der Krebs aber latent – er bedarf eigentlich keiner Behandlung, weil er zu Lebzeiten dem betroffenen Mann kein Problem macht. Von den übrigen 10 Männern ist der Tumor bei 5 Männern bereits fortgeschritten und nicht mehr heilbar. Bei den restlichen 5 Erkrankten wird er zwar vor der OP als heilbar eingestuft. Bei der Operation dieser 5 Männer stellt sich jedoch heraus, dass nur bei 4 eine Heilung wirklich möglich ist.

Nur diese letzten 4 Patienten sind Ziel der Früherkennung. Sie müßten durch den PSA-Test herausgefunden werden, denn ihnen könnte durch Früherkennung besser geholfen werden als ohne. Bei den übrigen war der Tumor nicht mehr heilbar oder – bei der Mehrzahl der Männer –

Wer entscheidet, was zum Krebsfrüherkennungsprogramm der Krankenkassen gehört und was nicht?

Art und Umfang der von den Krankenkassen übernommenen Früherkennungsuntersuchungen werden vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegt. In diesem Gremium entscheiden Vertreter der Kranken-

kassen und Vertreter der niedergelassenen Ärzte zusammen und gleichberechtigt darüber, welche Untersuchungen sinnvoll, d. h. mit mehr Nutzen als Schaden verbunden sind und deshalb von den Kassen bezahlt werden.

Das PSA-Screening wurde vom Bundesausschuss nach eingehender Prüfung nicht in das Krebsfrüherkennungsprogramm aufgenommen.

das Entdecken des Tumors sogar schädlich. Sie haben keinen Nutzen von einer Therapie, sondern erfahren nur Belästigungen und die teilweise gravierenden Risiken und Begleiterscheinungen der Behandlung (s. u.).

Welche Probleme bringen die diagnostischen Methoden mit sich?

- Die Messmethoden für das PSA sind störanfällig und nicht ausreichend standardisiert. Die Werte können auch ohne Krebserkrankung erhöht sein, z. B. nach einer längeren Fahrradfahrt. Daher ist der Wert sehr häufig auch dann erhöht ($> 4\text{ng/ml}$), wenn kein Krebs besteht.
- Auch bei der Kombination von Tastuntersuchung und PSA-Test bestätigt sich ein Krebsverdacht nur bei jedem zweiten Teilnehmer.
- Die Ultraschalluntersuchung (TRUS) ist mit Fehlern behaftet und weder der Tastuntersuchung noch dem PSA-Test überlegen.
- Die Biopsie ist belastend und birgt die Gefahr von Komplikationen, wie z. B. Blutungen oder Infektionen.

Alle diese Tests sind für die breite Anwendung bei gesunden Männern (Früherkennung) nicht geeignet.

Wie wird Prostatakrebs behandelt, welche Risiken sind damit verbunden?

Die üblichen Therapiearten sind seit langem: Operation, Strahlentherapie oder kontrolliertes Zuwarten.

- Bei der Operation wird die Prostata und das umgebende Gewebe vollkommen entfernt. Abhängig vom Stadium des Tumors und ihrer allgemeinen Konstitution überleben 80-90 % der Operierten zehn Jahre und mehr. Komplikationen der Operation sind sehr häufig: Impotenz, Inkontinenz (nicht kontrollierbarer Urinfluß), Harnleiterverengung.
- Eine Strahlentherapie hat ebenfalls häufig Impotenz und Inkontinenz, aber auch Durchfälle zur Folge. Überlebens- und Rückfallrate

hängen vor allem vom Stadium und Differenzierungsgrad des Tumors ab.

- Bei betagten, kranken Männern und einem fortgeschrittenen Tumor ist kontrolliertes Zuwarten (also keine eingreifende Behandlung in Verbindung mit regelmäßigen Kontrollen) eine anerkannte Alternative, auch, weil im hohen Alter die operative Sterblichkeit recht hoch ist. Auch hormonell wirkende Behandlungen kommen hier u. U. zum Einsatz.

Steht für die Patienten mit Frühstadien eine erfolgversprechende Therapie zur Verfügung?

Die Früherkennung zielt auf diejenigen Männer, bei denen ein behandlungsbedürftiges und heilbares Stadium gefunden werden kann.

Es ist unklar, welche Therapiewahl das krankheitsbedingte Leiden oder die Sterblichkeit beeinflussen kann, und es fehlt bislang der eindeutige Nachweis, dass eine Behandlung dem Zuwarten überlegen ist. Das große Problem liegt darin, dass jeder diagnostizierte Prostatakrebs so behandelt werden müßte, als ob es sich um einen aggressiven Krebs handelt, obwohl die große Mehrzahl der Männer durch ihren Krebs gar nicht bedroht wird. Ob in dieser Situation mehr Männer einen Nutzen als einen Schaden davon tragen, ist ungeklärt.

Ohne sicher nutzbringende Therapiemöglichkeit ist aber eine vermehrte Diagnostik früher Stadien sinnlos und sogar gefährlich.

Welche Folgen hätte eine Früherkennung mit PSA-Bestimmung?

- Es wird häufig ein Krebs gefunden, der aber zu Lebzeiten des Mannes keine Bedeutung hat (latenter Krebs). Diese **Überdiagnostik** ist für die Betroffenen nur mit Nachteilen verbunden.
- Da eine zuverlässige Unterscheidung zwischen latentem und aggressivem Krebs sehr schwierig ist, werden alle Betroffenen so behandelt, als wenn sie einen aggressiven Tumor hätten. Für die meisten ist dies eine überflüssige und belastende **Übertherapie**.

- Es werden Tumore gefunden, die bereits so fortgeschritten sind, dass sie durch einen Eingriff nicht mehr geheilt werden können. Solche Fälle sind nicht Erfolge einer Früherkennung, sondern würden auch ohne diese Maßnahme entdeckt.
- Von 3 Männern, bei denen wegen eines erhöhten PSA-Wertes der Verdacht auf Prostatakrebs besteht, haben in Wirklichkeit 2 keinen Krebs. Betroffene sind unnötig massiven Ängsten und den Strapazen der Folgediagnostik ausgesetzt.
- Durch diesen Früherkennungs-Test wird immer noch etwa jeder zweite Krebs übersehen.

Fazit: Prostata-Screening mittels PSA-Bestimmung beim gesunden Mann ist nicht sinnvoll

Ein Nutzen der Früherkennung mit PSA ist nicht belegt: Dabei ist insbesondere die Frage ungeklärt, ob ein möglicher Vorteil für diejenigen mit

In folgenden Situationen ist die PSA-Bestimmung eine Leistung der GKV:

- bei Verdacht auf Prostatakarzinom
- zur Verlaufskontrolle eines Prostatakarzinoms

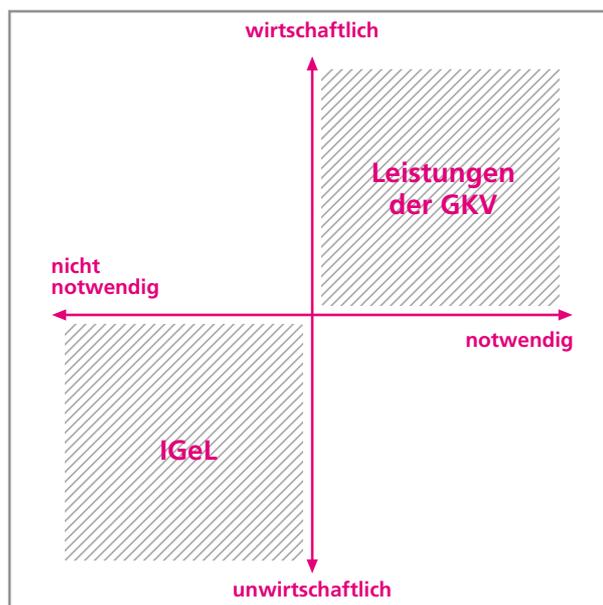
heilbaren, behandlungsbedürftigen Frühstadien in einem vernünftigen Verhältnis steht zu dem Nachteil für diejenigen mit nicht behandlungsbedürftigen Frühstadien. Aus der Übersicht aller internationalen Studien (Evidenzlage) ergibt sich derzeit kein Vorteil aus dem PSA-Screening. Im Gegenteil könnte der Schaden größer sein als der Nutzen. Dies liegt vor allem an einer erheblichen und risikoreichen Überdiagnostik und -therapie sowie an unzuverlässigen Tests. Die von Ärzten angebotene sogenannte „Vorsorge“ ist weder notwendig noch zweckmäßig noch wirtschaftlich. Sie ist daher nicht Bestandteil des GKV-Leistungsumfangs.

Quellennachweis:

Folgende Datenbanken wurden nach Studien zum Prostata-Screening durchsucht: Cochrane Library, Medline, Oldmedline, Canverlit, Aidslines, Bioethicsline, Cancerlit, Euroethics, Gerolit, Healthstar, Medikat, Russmed Articles, Toxline, ZEBET, HTA, DARE und NHS EED, sowie die Internetangaben zu Leitlinien. Eine große Zahl von Publikationen zum Thema wurde gefunden. Evidenzgrundlage: Pientka et al 1997; ergänzt durch: HTA-Reporte: The Norwegian Centre for Health Technology Assessment; Anderson D 1997; Schersten 1999; Leitlinien: U.S.

Preventive Services 1999, Leitlinien zur Diagnostik von Prostatakarzinom, American College of Preventive Medicine, American Urological Association; sowie alle randomisierten Studien zum Thema ab 1997 in der Cochrane Datenbank bis Ende 2000. Zwei großangelegte, internationale, randomisierte Studien über den Einfluss von Screenings auf die Sterblichkeit, in die jeweils über 74.000 Männer einbezogen sind, laufen derzeit noch (ERSPC-Studie und PLCO-Studie).

Stand 4/01



Herausgeber: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 45116 Essen

Telefon: 0201/8327-0
 Telefax: 0201/8327-100
 E-Mail: office@mds-ev.de
 Internet: www.mdk.de