

„Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL)

Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung



Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung

Seit 1971 gibt es in Deutschland ein gesetzlich verankertes Programm zur Krebsfrüherkennung für Männer ab 45. Dieses umfasst auch die Früherkennung des Prostatakrebses mittels einer Tastuntersuchung.

Aber auch Versicherten, bei denen kein Verdacht besteht, bieten Ärzte weitere Tests zur „Krebsvorsorge“ außerhalb der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung an. Sie werden oft als „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) bezeichnet. Hierbei handelt es sich um medizinische Leistungen, die der Patient selbst bezahlen muss. Es wird behauptet, solche Untersuchungen seien für ihn von Nutzen. Diese Broschüre informiert über eine dieser Untersuchungen, die Bestimmung des PSA-Wertes bei Männern ohne Verdacht auf Prostatakrebs.

Was ist das Ziel der PSA-Krebsfrüherkennung?

Viele Männer wünschen sich einen PSA-Test zur Bestätigung ihrer Gesundheit. Das Ziel jeder Krebsfrüherkennung ist es aber Krebs zu finden. Durch eine frühere Diagnose sollen die Heilungschancen verbessert, also ein Tod durch einen Krebs vermieden werden. Ohne den Nachweis, dass die Rate der Krebstoten verringert ist, ist der Nutzen einer Früherkennungsuntersuchung fraglich.

Das sollte man wissen:

- Mindestens 2 von 3 Männern mit einem auffälligen PSA-Wert haben in Wirklichkeit keinen Krebs.
- Die Mehrzahl der Männer, bei denen das 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.

Was ist PSA?

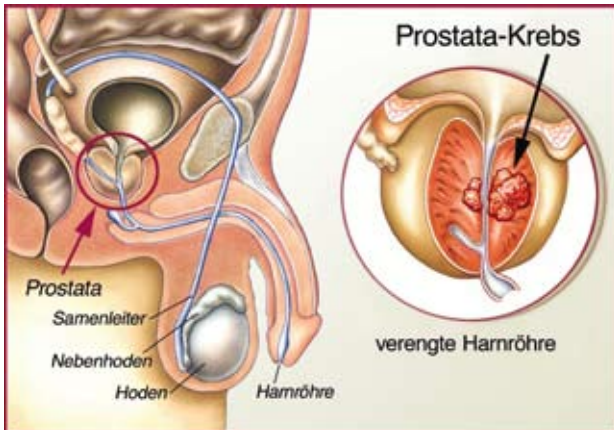
Das PSA – kurz für Prostataspezifisches Antigen – ist ein Eiweiß, das von der Vorsteherdrüse des Mannes (Prostata) gebildet wird. Erhöhte PSA-Werte (> 4ng/ml) können unter Umständen einen Hinweis auf Krebs geben. Gemessen wird die PSA-Konzentration durch eine einmalige Blutentnahme beim Patienten. Neuere Varianten der PSA-Bestimmung (wie z.B. die Bestimmung der PSA-Anstiegsgeschwindigkeit aus mehreren Proben) befinden sich derzeit noch in der Erforschung.

Wie verläuft Prostatakrebs?

Prostatakrebs ist ein sehr häufiger Tumor, der vor allem im hohen Alter vorkommt und meist unerkannt bleibt. Wenn man die Prostata Verstorbener sorgfältig feingeweblich untersucht, stellt man fest, dass etwa 50 Prozent aller Männer in fortgeschrittenem Alter Krebs in ihrer Prostata tragen. Es sterben aber „nur“ 3 von 100 Männern an Prostatakrebs. Dieser große Unterschied ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Prostatakrebs meistens so langsam verläuft, dass er keine gesundheitliche Bedeutung hat. Viele Männer wissen daher gar nicht, dass sie Prostatakrebs haben. Sie haben keine Beschwerden und sterben auch nicht daran. Manchmal wird der Krebs erst zufällig bei einer anderen Untersuchung entdeckt. 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?

Ergibt sich aus der Tastuntersuchung oder aus den Symptomen des Patienten ein Verdacht auf Prostatakrebs, kann der Arzt zur weiteren Abklärung eine Bestimmung des PSA-Wertes vornehmen. Eine Untersuchung mit der Ultraschallsonde vom Darm her kann dem Arzt bei seiner Diagnosestellung noch zusätzlich unterstützen. Eine sichere Unterscheidung zwischen gutartigen oder bösartigen Veränderungen ist jedoch nur durch eine Biopsie möglich. Dabei werden mit einer Hohlnadel Gewebeproben entnommen und feingeweblich untersucht.



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 häufig auch dann erhöht, wenn kein Krebs besteht.
 - Auch bei der Kombination von Tastuntersuchung und PSA-Test bestätigt sich ein Krebsverdacht nur bei jedem zweiten Teilnehmer.
 - Es liegen derzeit keine ausreichenden Erkenntnisse dafür vor, dass Varianten der einmaligen PSA-Bestimmung (wie z. B. die Messung der Anstiegsgeschwindigkeit) die Genauigkeit verbessern.
 - 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, und 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 Prozent der Operierten zehn Jahre und mehr. Komplikationen der Operation sind häufig: Impotenz, Inkontinenz (nicht kontrollierbarer Urinfluss), Harnröhrenverengung.
- 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 Männern, die außer einem Prostata-tumor noch andere ernsthafte Krankheiten haben, ist kontrolliertes Zuwarten (also keine eingreifende Behandlung in Verbindung mit regelmäßigen Kontrollen) eine anerkannte Alternative, auch, weil im hohen Alter die Sterblichkeit durch eine Operation recht hoch ist. Auch spezielle Bestrahlungsverfahren (Brachytherapie) und/oder 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. Ergebnisse aus klinischen Studien deuten darauf hin, dass eine Operation bei bestimmten Patienten dem kontrollierten Zuwarten überlegen ist und das Überleben dieser Männer verlängert. Das große Problem der Früherkennung liegt jedoch darin, dass bisher keine Verfahren zur Verfügung stehen, die eine zuverlässige Unterscheidung zwischen latenten und aggressiven Tumoren ermöglichen. Jeder diagnostizierte Prostatakrebs müsste daher im Zweifelsfall so behandelt werden, als ob es sich um einen aggressiven Krebs handelt. Bei vielen Männern würde so eine Operation durchgeführt, obwohl die große Mehrzahl dieser Männer durch ihren Krebs gar nicht bedroht wird. Ob in dieser Situation mehr Männer einen Nutzen als einen Schaden davon tragen, ist ungeklärt.

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

Art und Umfang der von den Krankenkassen übernommenen Früherkennungsuntersuchungen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. In diesem Gremium entscheiden Vertreter der Krankenkassen und Vertreter der niedergelassenen Ärzte unter Beteiligung von Patientenvertretern 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 nicht in das Krebsfrüherkennungsprogramm aufgenommen.

Welche Folgen hätte eine PSA-Bestimmung zur Früherkennung des Prostatakrebses?

- 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 schwierig ist, werden Betroffene im Zweifel so behandelt, als wenn sie einen aggressiven Tumor hätten. Für die meisten ist dies eine unnötige und belastende Übertherapie.
- Von drei Männern, bei denen wegen eines erhöhten PSA-Wertes der Verdacht auf Prostatakrebs besteht, haben in Wirklichkeit zwei keinen Krebs. Betroffene sind unnötig Ängsten und den Strapazen der Folge-diagnostik ausgesetzt.
- Durch diesen Früherkennungs-Test wird immer noch etwa jeder zweite Krebs übersehen. Möglicherweise auch solche, die später gefährlich werden.

Fazit

Es gibt keine Belege dafür, dass die Früherkennung mittels PSA-Bestimmung bei Männern ohne konkreten Verdacht auf Prostatakrebs einen Nutzen hat. Insbesondere ist die Frage ungeklärt, ob ein möglicher Vorteil für diejenigen mit heilbaren, behandlungsbedürftigen Frühstadien in einem vernünftigen Verhältnis steht zu dem Nachteil für diejenigen mit nicht behandlungsbedürftigen Frühstadien. Aus der Übersicht aller internationalen Studien 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 Überdiagnostik und risikoreichen Übertherapie.

Bildnachweis

Titelbild: plainpicture/Reuther, T.
S. 3: Grafik-Atelier Riediger

Herausgeber



MDS
Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände der
Krankenkassen e.V.

45116 Essen
Telefon: 02 01 83 27-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

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

- bei Verdacht auf Prostatakarzinom
- zur Verlaufskontrolle eines Prostatakarzinoms

Quellennachweis:

Folgende Datenbanken wurden nach Studien zum Prostatascreening durchsucht: Cochrane Library, Medline, Cancerlit, HTA, DARE und NHS EED, sowie die Internetangaben zu Leitlinien. Eine große Zahl von Publikationen zum Thema wurde gefunden. Evidenzgrundlage: Ilic 2006 (Cochrane-Review); Institute for Clinical Evaluative Sciences 2002; Harris 2002; Leitlinien: U.S. Preventive Services 2002; American College of Preventive Medicine 1998; American Urological Association 2002; sowie alle randomisierten Studien zum Thema in der Cochrane Datenbank bis Mitte 2007. Evidenzgrundlage zur Therapie des Prostatakrebses: Holmberg 2002 sowie Bill-Axelsson 2005.

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). Erste Ergebnisse werden frühestens für 2008 erwartet.