



VON PROF. DR. CHRISTIAN WÜLFING

Falsche Fragestellung

Der Bericht des IQWiG zur PSA-Testung ist irreführend. Die Nutzen-Schaden-Bilanz bezieht sich auf Einführung eines Massenscreenings – nicht auf ein risikoadaptiertes Vorgehen, wie es im Rahmen der individuellen Früherkennung praktiziert wird.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat seinen Abschlussbericht zum Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Test vorgelegt. Schlagzeile der Pressemitteilung: „Nutzen wiegt den Schaden nicht auf.“ Die Berichterstattung über dieses Ergebnis hat für uns Urologen konkrete und im Alltag spürbare Auswirkungen: Die Patienten sind völlig verunsichert und fragen: „Ich habe gelesen, der PSA-Test sei schlecht. Was ist da dran?“

Der IQWiG-Bericht wird in den Medien auf zwei Aspekte verkürzt. Erstens: Das Prostatakrebs-Screening mittels PSA-Test nutze 3 von 1000 Männern. Und zweitens: Es schade mindestens 35 von 1000 Männern. Als Nutzen wird gewertet, wenn ein Patient vor dem Tod bewahrt wird. Ein Schaden tritt auf, wenn ein Patient eine nicht erforderliche Prostatakarzinom-Diagnose erhält, die zu unnötigen Untersuchungen und Therapien mit schwerwiegenden Komplikationen (zum Beispiel Impotenz oder Inkontinenz) führen kann.

Das Problem ist: Das IQWiG hat die Nutzen-Schaden-Bilanz bei einem Massenscreening untersucht. In diesem Szenario würden alle Männer der Altersgruppe beispielsweise von 50 bis 70 Jahren unterschiedslos zu einem PSA-Test aufgefordert werden. Den Urologen geht es aber gar nicht darum, ein Massenscreening zu implementieren. Niemand will das. Das IQWiG hat sich also an der falschen Fragestellung abgearbeitet.

Die vom IQWiG vorgelegte Nutzen-Schaden-Bilanz (3 von 1000 versus 35 von 1000) ist für die Beratung nur aussagekräftig, wenn der betreffende Patient dem Durchschnittspatienten aus einem Massenscreening ähnelt. Doch zu den Früherkennungsuntersuchungen beim Urologen kommt eine ganz spezielle Auswahl gesundheitsbewusster Männer. Der einzelne Patient wird hier als Individuum behandelt: Er bekommt nicht unbesehen einen PSA-Test, sondern wird fachlich fundiert und ergebnisoffen beraten. Durch das risikoadaptierte Vorgehen ändert sich natürlich auch die Nutzen-Schaden-Bilanz.

Wenn es der Urologe mit einem gesunden 50-Jährigen zu tun hat, der sich im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung durchchecken lassen will, gehört der PSA-Wert selbstverständlich dazu. Wenn ein Patient schwer an einem Magenkrebs erkrankt ist oder bereits sehr alt ist, würde der Urologe wahrscheinlich von einem PSA-Test abraten. Denn selbst wenn der Patient einen Prostatakrebs hätte, wäre das wohl nicht sein gesundheitliches Hauptproblem. Die Gefahr, dass er übertherapiert wird, wäre zu groß. Risikoadaptiertes Vorgehen heißt: Der Urologe berücksichtigt das Alter des Patienten, seine Vorerkrankungen, eventuelle familiäre Vorbelastungen. Er kennt die Prostatagröße des Patienten und weiß, ob dieser Schwierigkeiten beim Wasserlassen hat. Er kann abschätzen, wie der Patient mit Unsicherheiten umgeht und ob ihn eine Diagnose psychisch aus der Bahn werfen würde. Und er kann sich einen Eindruck vom souveränen Patientenwunsch verschaffen – also davon, wie wichtig es dem Patienten ist zu erfahren, ob er einen Prostatakrebs hat oder nicht. Mit diesem Hintergrundwissen schätzt der Urologe im Einzelfall ab, ob ein PSA-Test seinem Patienten voraussichtlich eher nützen oder eher schaden wird. Mit der formalisierten Nutzen-Schaden-Bilanz des IQWiG hat das nicht viel zu tun.

Im Einzelfall ist es sinnvoll, einen PSA-Wert über Jahre hinweg zu beobachten, ohne einzugreifen. Wenn eine Biopsie durchgeführt wird und eine Diagnose auf dem Tisch liegt, erfolgt eine weitere Risikostratifizierung: Aus dem PSA-Wert und aus Parametern der Biopsie lässt sich schließen, ob es sich bei einem Prostatakarzinom um eine Low-Risk-, Medium-Risk- oder High-Risk-Variante handelt. Ein Low-Risk-Karzinom muss man nicht immer behandeln, meist reicht eine aktive Überwachung (*active surveillance*). Das ist eine von unserer Fachgesellschaft empfohlene Strategie. Man sagt: Wir wissen, dass der Patient in 80 bis 90 Prozent dieser Fälle in den nächsten zehn Jahren keine Probleme mit dem Krebs bekommen wird. Doch wir führen beispielsweise in einem Jahr nochmal einen gründlichen Check durch, wiederholen die Biopsie und bleiben im Überwachungs-Modus.

In diesen Fällen könnte man sagen, schon die Erhebung des PSA-Werts oder die Biopsie sei überflüssig gewesen und habe eventuell zu unnötiger Beunruhigung geführt. Doch es hätte auch ein High-Risk-Karzinom sein können oder es hätte sich ein High-Risk-Karzinom entwickeln können – dies abzuklären gehört zu unserer Verantwortung.

Es ist ja gut, dass darüber diskutiert wird, ob dem Patienten ein Schaden zugefügt wird. Natürlich ist es ein

Schaden, wenn ein Mensch wegen einem Laborwert völlig verrückt gemacht wird. Wenn er eine Biopsie bekommt, die er vielleicht gar nicht bräuchte. Wenn er operiert oder bestrahlt wird, obwohl ihm der Krebs niemals Schwierigkeiten bereitet hätte oder er ohnehin an einer anderen Krankheit gestorben wäre.

Doch man sollte auch die positiven Entwicklungen zur Kenntnis nehmen: Aufgrund von *active surveillance* ist die radikale Prostatektomie in Deutschland wie auch weltweit um 20 Prozent zurückgegangen. Und man sollte nicht so tun, als würde jede Operation eine Inkontinenz des Patienten nach sich ziehen. Diese Quote liegt in modernen, guten OP-Zentren heutzutage bei unter fünf Prozent. Am Schwierigsten ist die Abwägung von Schaden und Nutzen beim Thema Impotenz. Wenn ein gesunder, sexuell aktiver Mann operiert wird und danach impotent ist, muss das natürlich als Schaden gewertet werden. Dennoch wurde er möglicherweise vor einem lebensbedrohlichen Karzinom bewahrt. Es gibt Männer, die sagen: „Rette mich vor dem Krebs, die Potenz ist mir ganz egal.“

Prostatakrebs ist eine ernste Bedrohung. Wir haben in Deutschland 12.000 Prostatakrebs-Todesfälle pro Jahr. Uns geht es vor allem darum, jene Karzinome zu verhindern, die dem Patienten schlimme Probleme bereiten oder ihn tö-

ten. Im Idealfall ist die OP ein Erfolg, das Karzinom ist entfernt, und der Patient ist weder inkontinent noch impotent.

Wir sehen in den Praxen auch Männer, die zu spät kommen, um noch gerettet zu werden. Da hat der Stammtisch gesagt: „Früherkennung ist Mist, der Urologe will nur Geld verdienen.“ In diese Gemengelage stößt nun die Debatte um die Nutzen-Schaden-Bilanz des PSA-Massenscreenings. Das kann nicht im Sinne der Männer sein.

Der G-BA wird voraussichtlich bis Ende dieses Jahres entscheiden, ob ein Prostatakrebs-Screening mittels PSA-Test eingeführt und von der Kasse bezahlt wird. Um es nochmals klar zu sagen: Wir Urologen fordern nicht, dass alle Männer in Deutschland einem Prostatakarzinom-Massenscreening mittels PSA-Test unterzogen werden. Die Diskussion um das Massenscreening ist irreführend, denn fachgerecht und risikoadaptiert eingesetzt überwiegt der Nutzen eines PSA-Tests den Schaden bei weitem. Der PSA-Test hilft, Leben zu retten. Das ist die Position, die wir als Fachgesellschaft vertreten. Es ist eine patientenorientierte Position. ■



PROF. DR. CHRISTIAN WÜLFING, Chefarzt der urologischen Abteilung der Asklepios-Klinik Altona und Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)