

**Der aktuelle wissenschaftliche
Kenntnisstand zum PSA-Test**



PSA-Screening

Patienten-Information

VORWORT

Das Thema Früherkennung von Prostatakrebs löst bei Männern sehr unterschiedliche Reaktionen aus: Der eine beschäftigt sich lieber gar nicht damit, der andere möchte jede Chance zur Früherkennung nutzen – etwa weil ein Freund oder Angehöriger erkrankt ist. Manch einer wird von seiner Partnerin oder in der Arztpraxis auf das Thema angesprochen. Welcher Grund auch dahinter steckt: Wer sich mit Früherkennungs-Untersuchungen auseinandersetzt, stößt auf widersprüchliche Informationen und Empfehlungen.

Das liegt daran, dass sich Prostatakrebs sehr unterschiedlich verhalten kann. Es gibt sogar Prostatakrebs, der so langsam wächst, dass er gar nicht behandelt werden muss oder bis ins hohe Lebensalter ohne Symptome für den Betroffenen bleibt.

Hinzu kommt, dass keine Früherkennungsuntersuchung perfekt ist und man immer mit Fehlern und Nachteilen rechnen muss.

Bei der Früherkennung von Prostatakrebs erscheint die Abwägung von Vorteilen und Nachteilen besonders schwierig. Den erhofften Vorteilen stehen ernstzunehmende Nachteile gegenüber. Bevor Sie sich für oder gegen eine Untersuchung entscheiden, lohnt es sich, das Für und Wider abzuwägen.¹

¹ Mit freundlicher Genehmigung gekürzt übernommen aus „Der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs“, IQWiG - www.gesundheitsinformation.de.

Kurz & bündig

Die amerikanische Arbeitsgruppe für Vorsorgemedizin (U.S. Preventive Services Task Force) fasst die Resultate bisheriger wissenschaftlicher Untersuchungen im Mai 2012 so zusammen²:

Möglicher Nutzen

Die Verringerung der Sterblichkeit an Prostatakrebs durch PSA-Testung ist meist sehr gering. Eine große amerikanische Studie zeigte keinen Vorteil durch PSA-Screening. Jene umfangreiche europäische Untersuchung, die den größten Nutzen, fand lässt vermuten:

- **Ca. 1 Mann von 1.000 (rechnerisch exakt: 0,7 von 1.000) wird durch das Screening vor dem Tod durch Prostatakrebs bewahrt.**

Zu erwartender Schaden durch das Screening

Die meisten durch PSA-Screening gefundenen Tumore sind langsam wachsend und bedürfen keiner Behandlung, da sie weder zur Erkrankung, noch zum Tod führen werden. Aber bis heute kann nicht vorausgesagt werden, welche der Tumore wahrscheinlich zur Erkrankung führen werden und welche nicht. Aus diesem Grund entscheiden sich nahe zu alle Männer, bei denen beim PSA-Screening ein Prostatakrebs gefunden wurde, für eine Behandlung. Durch das PSA-Screening wird eine große Zahl von Biopsien erforderlich, als Folge der Krebsbehandlung können schwerwiegende gesundheitliche Schäden auftreten:

Von 1.000 mit PSA-Test gescreenten Männern:

- **werden 30–40 Männer durch die Behandlung impotent oder Harn-inkontinent.**
- **werden 2 Männer durch die Behandlung einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden.**
- **wird 1 Mann durch die Behandlung eine tiefe Beinvenenthrombose oder Lungenembolie bekommen.**

Von 3.000 mit PSA-Test gescreenten Männern:

- **wird 1 Mann an einer Komplikation der Operation versterben.**

Anmerkung: Die genannten Zahlen beschreiben den möglichen Nutzen/Schaden für Männer zwischen 55 und 69 Jahren, die 10 Jahre lang im Abstand von 1–4 Jahren zum PSA-Test gegangen sind.

² USPSTF Prostate Cancer Screening Recommendation: What are the benefits and harms of prostate cancer screening? - Mai 2012

>> Der Begriff „Screening“

Unter Screening (englisch für Durchsieben) versteht man in der Medizin eine Reihenuntersuchung von Bevölkerungsgruppen, um festzustellen, ob sie eine bestimmte Erkrankung – ideal in möglichst frühem Stadium – haben oder ein Risiko, daran zu erkranken. Die dabei verwendeten Tests ermöglichen noch keine Diagnose, sondern veranlassen gegebenenfalls weitere Untersuchungen.

Die Treffgenauigkeit von Screenings variiert stark; das Ideal, 100 % der Erkrankten als krank und 100 % der Gesunden als gesund zu erkennen, wird nie erreicht. In Abhängigkeit von der Testmethode kann eine größere oder kleinere Zahl von Gesunden als krank und von Kranken als gesund „erkannt“ werden.

>> Der PSA-Test

Das PSA (= Prostata-spezifisches Antigen) ist ein Eiweißstoff, der in der Prostata gebildet wird. Der PSA-Test misst die Menge des PSA im Blut, wobei zu beachten ist, dass das PSA ein organ-spezifischer und kein tumorspezifischer Wert ist. Anders formuliert: Ein erhöhter PSA-Spiegel bedeutet nicht in jedem Fall Prostata-Krebs.

Erhöhte Werte können unterschiedliche Ursachen haben:

- Harnwegsinfekte
- Sportliche Betätigung vor dem Test, insbesondere Fahrradfahren
- Geschlechtsverkehr vor der Blutabnahme
- Tast- oder transrektale³ Ultraschall-Untersuchung der Prostata vor der Blutabnahme
- Prostatentzündung
- Gutartige Prostatavergrößerung
- Prostatakrebs

>> Prostatakrebs

Prostatakrebs entsteht, wenn Körperzellen in der Prostata entarten und sich unkontrolliert vermehren. Dabei wachsen einige Prostatakrebsarten langsam, der Patient hat kaum Probleme. Die meisten merken davon gar nichts. Bei neun von zehn Männern über 90 Jahren finden sich nach dem Tod in einer mikroskopischen Untersuchung Prostatakrebszellen⁴. Andere Prostatakrebsarten wachsen aggressiv und streuen auch in andere Organe – das Problem ist, dass es selbst in der mikroskopischen Diagnostik einen Graubereich gibt, bei dem man aggressive und langsam wachsende nicht auseinander halten kann.

³ Ultraschall-Untersuchung der Prostata durch Einführen einer Sonde in den Mastdarm

⁴ <http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Broschueren-diverse/Prostatakrebsleitlinie.pdf>

Wie viele von 1.000 Männern erkranken/sterben in den nächsten 10 Jahren an Prostatakrebs?

Alter	Erkrankungen	Todesfälle
50 Jahre	12	1
60 Jahre	46	4
70 Jahre	66	13

Bei diesen Zahlen handelt es sich um Durchschnittswerte von Männern mit und ohne PSA-Screening. Das individuelle Risiko hängt von persönlichen Faktoren, zum Beispiel der familiären Veranlagung, ab.

Erhöht der PSA-Test die Zahl der Prostatakrebs-Diagnosen?

Insgesamt ergab die europäische Prostatakrebs-Studie (ERSPC⁵), dass der PSA-Test die Zahl der Prostatakrebs-Diagnosen erhöhte. Im Lauf der elf Jahre wurde insgesamt bei 96 von 1.000 Männern, die einen PSA-Test machten, Prostatakrebs diagnostiziert. Dabei zeigte sich ein deutlicher Unterschied zu den Männern, denen die Früherkennung nicht angeboten wurde. Hier wurde bei 60 von 1.000 Männern, die nicht an der Früherkennung teilnahmen, Prostatakrebs diagnostiziert⁶. Diese 36 zusätzlichen Diagnosen entsprechen einer Zunahme von 60 %.

Der Anstieg der zusätzlichen Diagnosen ist von der Intensität des Screenings abhängig. In der BRD etwa stieg die Neuerkrankungsrate zwischen 1999 und 2008 von 42.000 auf maximal 64.000 (+52 %).

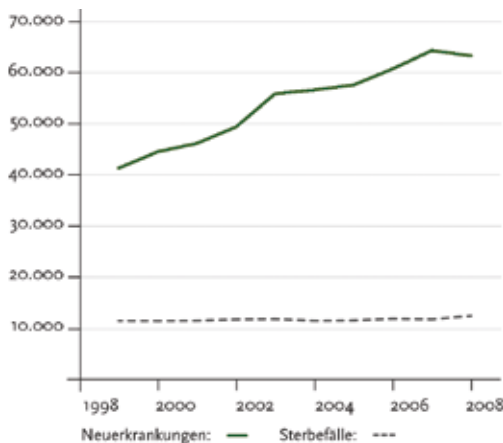


Abb. 1: Zahl der Prostatakrebs-Neuerkrankungen/Todesfälle in Deutschland 1999–2008.

Quelle: Krebs in Deutschland 2007/2008 - 8. Ausgabe 2012; Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.

⁵ „European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer“

⁶ Überblick: Prostatakrebs, IQWiG-Gesundheitsinformation, Entwurf - Stand 09. 10. 2012, S. 5

➤➤ Patienten-Info PSA-Screening

In Tirol, einem Bundesland mit besonders intensivem PSA-Screening, wurden rd. 80 % der Männer zumindest einmal PSA-getestet. In einem Zeitraum von 10 Jahren nach Einführung des PSA-Screenings Anfang der 1990er-Jahre stieg die Neuerkrankungsrate von ca. 200 auf maximal 600 jährlich (+200 %). In Österreich stieg die Zahl im selben Zeitraum von 2.300 auf 5.900 (+150 %).

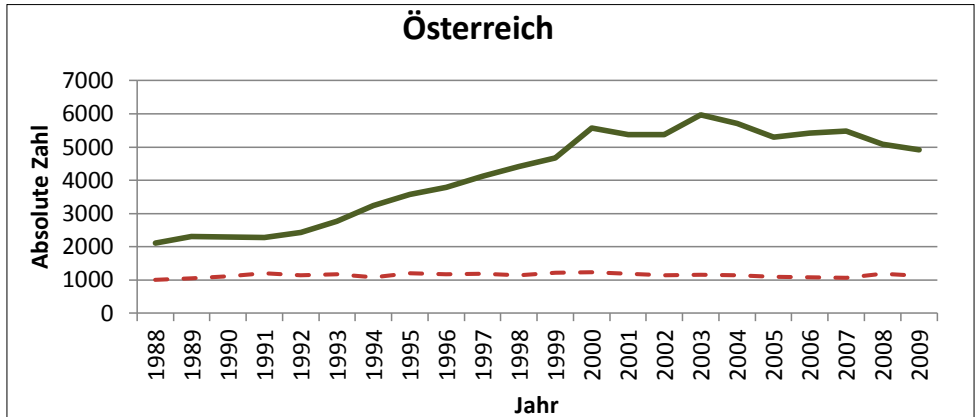


Abb. 2: Zahl der Prostatakrebs-Neuerkrankungen/Todesfälle in Österreich 1988–2009.

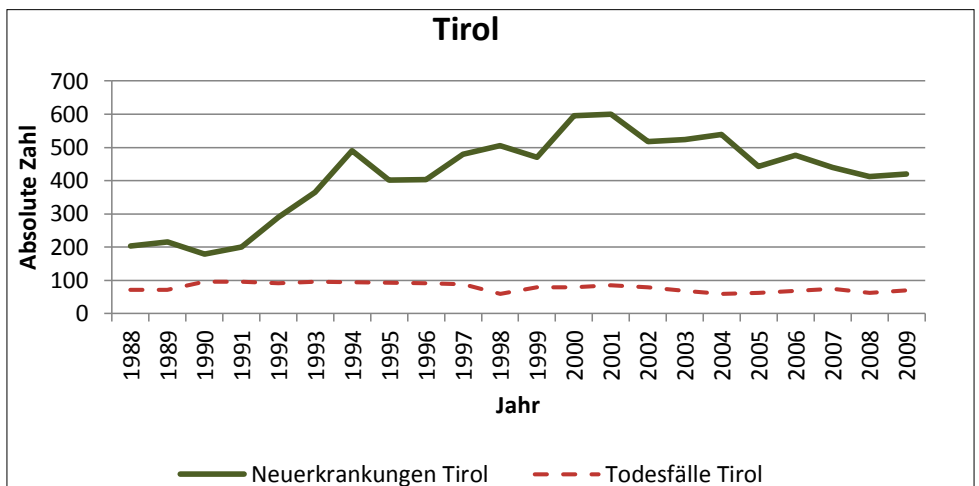


Abb. 3: Zahl der Prostatakrebs-Neuerkrankungen/Todesfälle in Tirol 1988–2009.

Der Vergleich der Abbildungen 1–3 zeigt deutlich, dass mit der Zahl der PSA-Untersuchungen zwar die Zahl der neu gestellten Krebsdiagnosen steigt, die Sterblichkeit aber etwa gleich bleibt.

In Tirol zeigen sich starke Unterschiede der Neuerkrankungsraten in den einzelnen Regionen. In Bezirken mit besonders intensivem Screening, etwa in Innsbruck, ist die Neuerkrankungsrate bis zu dreimal höher als in anderen Bezirken. Die Sterberate sinkt in diesen Bezirken allerdings nicht. Die nachstehenden Abbildungen 4 und 5 verdeutlichen dies.

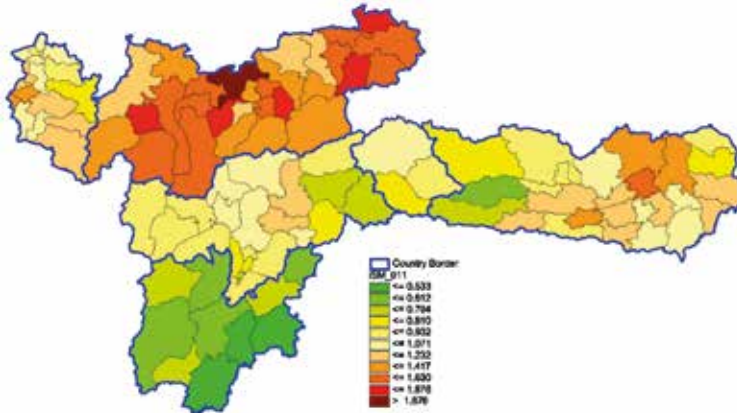
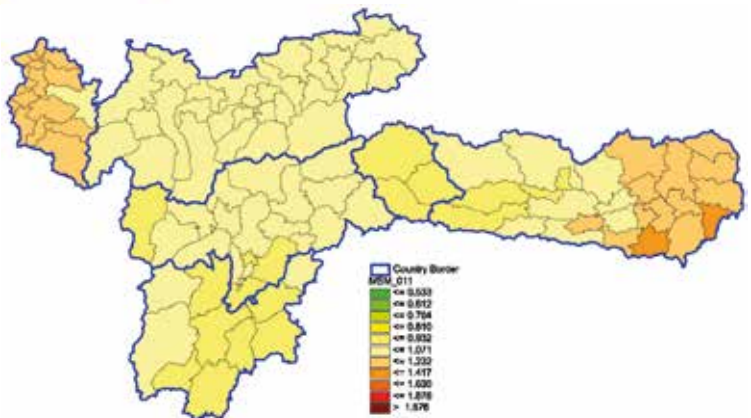


Abb. 4: Krebsatlas Alpenraum (Trentino, Südtirol, Kärnten, Tirol, Vorarlberg) – Anzahl der Prostatakrebs-Neuerkrankungen 1996–2000

Abb. 5: Krebsatlas Alpenraum (Trentino, Südtirol, Kärnten, Tirol, Vorarlberg) – Anzahl der Prostatakrebs-Todesfälle 1996–2000



Der größte Teil der Männer mit diagnostiziertem Prostatakrebs stirbt nicht an der Krebserkrankung, sondern an einer anderen Ursache. Zu den häufigsten Todesursachen bei Männern gehören Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Lungenkrebs.⁷ Bei etwa 10 % der regelmäßig gescreenten Männer wird ein Prostatakrebs diagnostiziert; das Lebenszeitrisiko, an Prostatakrebs zu sterben, beträgt 3 % – anders formuliert: Die Wahrscheinlichkeit, an Prostatakrebs zu sterben, besteht für 3 von 100 Männern.

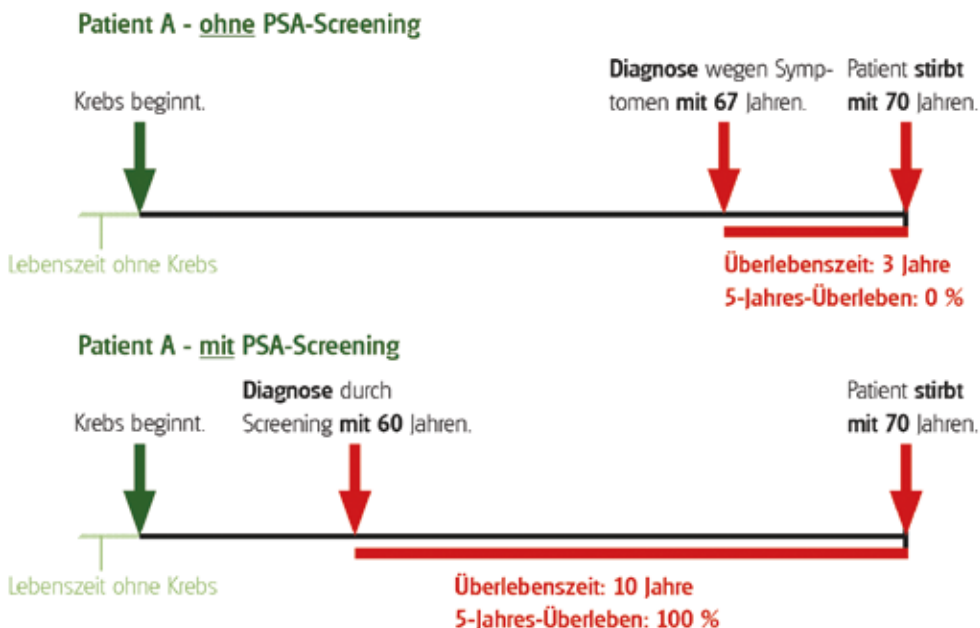
7 Früherkennung von Prostatakrebs. Eine Information für Männer. S. 13. www.krebshilfe.de/patientenleitlinien

>> Patienten-Info PSA-Screening

Um Prostatakrebs zu entdecken, gibt es verschiedene Methoden: Tastuntersuchung, PSA-Test, Ultraschall und die Untersuchung von Gewebeprobe(n) (Biopsie). Bislang sind sich die Experten nicht einig, welchen Nutzen ein früher Behandlungsbeginn bringt. Aggressive Tumore sollten früher behandelt werden, als langsam wachsende, bei denen manche Mediziner gar keine Behandlung empfehlen. Allerdings erlaubt die Diagnostik mit den derzeit möglichen Methoden keine absolut sichere Voraussage über den weiteren Verlauf.

Was ist eine vorgezogene Diagnose?

Durch Früherkennungsprogramme kann die Diagnosestellung von Krankheiten vorverlegt werden. Beim PSA-Screening bedeutet das: Der Patient erhält die Diagnose Prostatakrebs schon zu einem Zeitpunkt, zu dem er noch keinerlei Symptome der Krankheit entwickelt hat. In Studien kann aus der frühzeitig gestellten Diagnose eine scheinbare Verlängerung der Überlebenszeit resultieren, obwohl die gesamte Lebenszeit des Patienten unverändert ist, selbst die Krankheitsdauer an sich ist in diesem Fall gleich – lediglich die Zeit, in der er als Krebskranker in Behandlung ist, ist länger. Mediziner sprechen hier von der Life Time Bias oder dem Vorlaufzeiteffekt (siehe Abb. 6⁸, unten).



8 nach Wegwarth et al., 2012. Do physicians understand cancer screening statistics? Ann. Int. Medicine 156:340-349

Wird die Diagnose Prostatakrebs gestellt, sind bei der Entscheidung, ob und wie behandelt werden soll, alle Vor- und Nachteile der Therapie, aber auch persönliche Faktoren, wie die mögliche Belastung durch Unsicherheiten, abzuwägen. Abhängig von Größe und Gewebefund kommt auch Zuwarten & Beobachten in Betracht, die Medizin nennt dies „watchful waiting“.

>> Empfehlungen zur Früherkennung von Prostata-Krebs

- Internationale Leitlinien raten vom PSA-Screening ab⁹. Der PSA-Test ist in der BRD wegen seiner Nachteile zur Früherkennung keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen¹⁰.
- Für die österreichische Vorsorgeuntersuchung wird auf Basis des Stands des internationalen medizinischen Wissens das systematische Routinescreening zur Früherkennung von Prostatakrebs mittels Tastuntersuchung, Ultraschall¹¹ und/oder PSA-Tests derzeit nicht empfohlen.
- Männer über 50, die trotz Aufklärung und Beratung den PSA-Test wünschen, sollen davon keinesfalls abgehalten werden!¹²

>> Informierte Patientenentscheidung

Um die für ihn passende Entscheidung treffen zu können, muss jeder Mann das Für & Wider der Prostatakrebs-Früherkennung kennen. Entscheidet er sich für eine solche Untersuchung, kann der PSA-Test Bestandteil der Vorsorgeuntersuchung werden. Die Kosten dafür übernehmen die österreichischen Krankenkassen.

9 European Association of Urology: Guidelines on Prostate Cancer. <http://www.uroweb.org/gls/pdf/Prostate%20Cancer%202010.pdf> | U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Prostate Cancer. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening.htm> | Vorsorgeuntersuchung neu: Wiss. Grundlagen. Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB, Mai 2005. S. 156, 157

10 Überblick: Prostatakrebs, IQWiG-Gesundheitsinformation, Entwurf - Stand 09. 10. 2012, S. 8

11 Interdisziplinäre S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“, Version 1.03 – März 2011. Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU), S. 22 - Pkt. 3,5

12 Vorsorgeuntersuchung neu Wissenschaftliche Grundlagen, S. 148

>> Screening kann sowohl nutzen, als auch schaden

Es ist derzeit nicht eindeutig belegt, dass die Durchführung eines PSA-gestützten Screenings und damit verbundene Risiken diagnostischer und therapeutischer Konsequenzen durch den Vorteil einer Lebensverlängerung aufgewogen werden.¹³

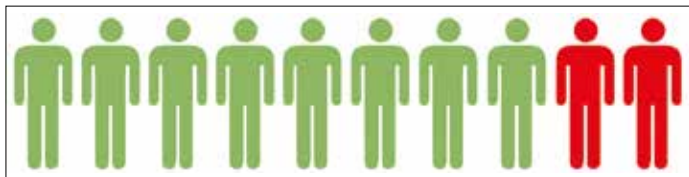
Bei jedem Screening ist zu bedenken, dass die Tests neben richtig positiven/negativen Ergebnissen auch falsch positive/negative liefern.

Was bedeutet „falsch positiv“ bzw. „falsch negativ“ bei einem Testergebnis?

„Falsch positiv“ ist ein Fehlalarm – der Patient ist trotz eines positiven Testergebnisses nicht erkrankt. **Etwas sieben von 10 Männern mit erhöhtem PSA haben keinen Krebs** (Abb. 7)¹⁴.



„Falsch negativ“ wiederum bedeutet, dass der Patient negativ getestet wurde, also dem Test nach gesund ist, obwohl er krank ist. **Bei etwa zwei von zehn Fällen von tödlich verlaufendem Prostatakrebs war der PSA-Wert normal** (Abb. 8)¹⁵.



Dramatisch in den Auswirkungen ist aber die Überbehandlung: Laut ERSPC-Studie müssen 48 Männer operiert werden, damit 1 Sterbefall an Prostatakrebs verhindert werden kann. In anderen Worten: Nur 2 von 100 Männern, die sich einer radikalen Prostatektomie nach positivem Screeningbefund unterziehen, haben dadurch einen gesundheitlichen Nutzen (Lebensverlängerung).

13 Quelle = Fußnote 9: S. 22 - Pkt. 3.1. Vgl. zusätzlich auch S3-Leitlinie Prostatakarzinom | Version 2.0, 1. Aktualisierung 2011. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, S. 29 - Pkt. 3.1.

14 Mäkinen T, et al. (2004) Second round results of the Finnish population-based prostate cancer screening trial. Clin Cancer Res. 2004 Apr 1; 10(7):2231-6

15 Catalona W, et al. (1993) Detection of organ-confined prostate cancer is increased through prostate-specific antigen-based screening. JAMA 1993; 270:948-954

Nutzen des PSA-Screenings

- Wenn sich 1.000 Männer regelmäßig einem Screening unterziehen, wird etwas weniger als ein Mann (rechnerisch 0,7) einen Nutzen daraus ziehen, da er möglicherweise¹⁶ vermeidet, an Prostatakrebs zu sterben.

Schaden des PSA-Screenings

- Das PSA-Screening bewirkt keine Senkung der Gesamtsterblichkeit¹⁷.
- Die Zahl positiver PSA-Testungen wird in der Literatur verschieden hoch beziffert. In der Europäischen Prostata-Karzinomstudie (ERSPC) wurde in neun Jahren Beobachtungszeit, in der jeder Teilnehmer durchschnittlich an zwei PSA-Testungen teilnahm, bei jedem Vierten ein auffälliger Wert gefunden¹⁸. In der Praxis werden Männer vom 40. bis oft über das 80. Lebensjahr hinaus nicht selten sogar zweimal im Jahr getestet. Deshalb scheint die Berechnung der Arbeitsgruppe von Frankel, dass bei 420 von 1.000 Männern durch wiederholtes PSA-Screening auf Lebenszeit ein Prostatakrebs gefunden und eventuell behandelt wird, nicht unrealistisch¹⁹. Die meisten dieser 420 Männer haben durch das Screening nur Nachteile, aber keinen Vorteil:
 - 24 von ihnen sterben trotz des PSA-Screenings an Prostatakrebs, etwa 390 wären nie an Prostatakrebs erkrankt²⁰.
 - Gleichzeitig werden 34 von 1.000 Männern²¹ durch das Screening unnötigerweise auf Prostatakrebs behandelt (Übertherapie) – die damit verbundene psychische Belastung inklusive. Diesen Männern wird man entweder die ganze Prostata entfernen oder sie werden bestrahlt, manchmal auch einer Hormon- oder Chemotherapie unterzogen. Etwa 50 % der operierten Männer werden impotent und etwa 20 % leiden nach der Operation an Blasenschwäche (Inkontinenz)²².

16 Das Resultat ist statistisch nicht signifikant, d. h. dieser kleine Effekt könnte auch zufällig in den Studien aufgetreten sein.

17 Weiterhin - PSA-Screening auf Prostatakarzinom ohne nachgewiesenen Nutzen a-t 2010; 41: 129

18 Früherkennung von Prostatakrebs. Eine Information für Männer. S. 40–45. <http://www.krebshilfe.de/patientenleitlinien.html>

19 Frankel, S.: Screening for prostate cancer, Lancet 2003

20 A. Raffle, J.A. Muir Gray, F. Piribauer, G. Gartlehner, P. Mad, F. Waechter: Screening - Durchführung und Nutzen. HG: Zentrum für angewandte Epidemiologie und Gesundheitspolitik Wien, Internationales Screening-Komitee für Österreich © Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 2009, S. 214

21 Früherkennung von Prostatakrebs. Eine Information für Männer. S. 43. www.krebshilfe.de/patientenleitlinien

22 Gemittelte Werte aus Leitlinienprogramm Onkologie/S3-Leitlinie Prostata-Karzinom 2011, S. 240-241

>> Patienten-Info PSA-Screening

1.000 Männer mit wiederholtem PSA-Screening

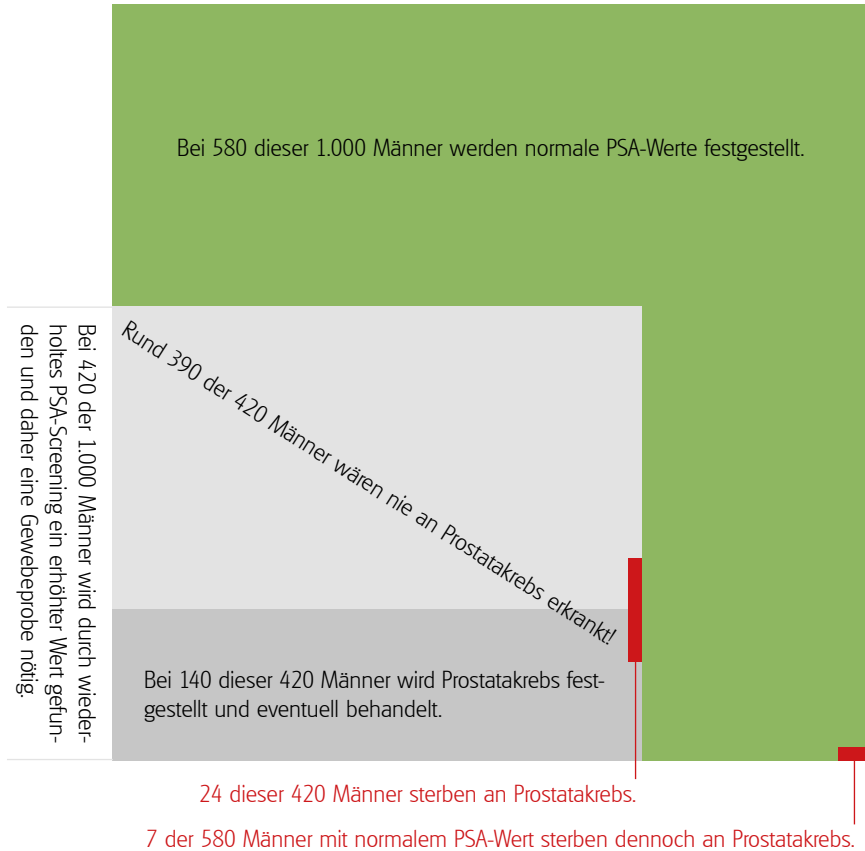


Abb. 9: Nachteile des PSA-Screenings, Darstellung nach Frankel et al.

Bei 420 von 1.000 Männern wird durch wiederholtes PSA-Screening ein erhöhter Wert gefunden und daher eine Gewebeprobe nötig. 24 dieser 420 Männer sterben an Prostatakrebs; rund 390 der 420 Männer wären nie an Prostatakrebs erkrankt. Bei 140 der 420 Männer wiederum wird Prostatakrebs festgestellt und eventuell behandelt, wobei dann ca. 50 % der operierten Männer impotent werden und etwa 20 % nach einer Operation an Blasenschwäche leiden. Bei 580 von 1.000 Männern mit wiederholter PSA-Messung werden normale PSA-Werte festgestellt – 7 der 580 Männer mit normalem PSA-Wert sterben dennoch an Prostatakrebs.

Welche Nachteile entstehen durch Nicht-Teilnahme am PSA-Screening?

Männer, die auf die PSA-Untersuchung verzichtet haben und an Prostatakarzinom erkranken, machen sich möglicherweise Vorwürfe, selbst schuld zu sein. Die derzeit verfügbaren Daten belegen dies aber nicht: Eine groß angelegte Übersichtsarbeit fand fünf aussagekräftige Studien zu dieser Frage: Nach 7, 9 und 10 Jahren war die Zahl der festgestellten Tumore in der Screening-Gruppe größer, auf die Gesamtsterblichkeit hatte das PSA-Screening in vier von fünf Studien keinen Einfluss. Die fünfte Arbeit aus Schweden fand nur in der Untergruppe der 55- bis 69-Jährigen eine geringe Senkung der Gesamtsterblichkeit (- 0,07 %) ²³. Dies würde einem verhinderten Todesfall auf 15.000 gescreente Männer entsprechen. Das PSA-Screening bleibt daher wahrscheinlich ohne Auswirkung auf die Lebenserwartung.

Das angesehene Züricher Hortenzentrum ²⁴ folgert daraus: „... häufigere Diagnosestellung durch PSA-Screening bei wahrscheinlich gleichbleibender Mortalität und einer Vielzahl an Überdiagnosen mit in der Folge überflüssigen Interventionen und möglichen Folgekomplikationen.“ ²⁵

²³ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21984740>: Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.

²⁴ Das Horten-Zentrum ist eine gemeinnützige Stiftung; es hat die Fachkompetenz zur Bewertung klinisch-medizinischer Informationen aus wissenschaftlichen Studien. Auf dieser Basis bietet es aufbereitete, praxisorientierte Informationen an und sorgt damit für einen Wissenstransfer in die Praxis. www.evimed.ch/

²⁵ Geringere Mortalität nach Prostatektomie beim frühdiagnostizierten Prostatakarzinom, PSA-Screening wahrscheinlich ohne Auswirkung auf die Mortalität. http://www.evimed.ch/AGORA/HTZ000/downloads/review_psa.pdf

>> Zusammenfassung

Manche Männer werden sich nach der Aufklärung für die Teilnahme am PSA-Screening entscheiden. Es kann aber ebenso vernünftig sein, sich nicht daran zu beteiligen, da das Screening sowohl nutzen, als auch schaden kann. Um die richtige Wahl treffen zu können, muss jeder Mann das Für und Wider des Prostatakrebs-Screenings kennen. Wenn sich 1.000 Männer regelmäßig einem Screening unterziehen, wird etwas weniger als ein Mann (rechnerisch 0,7) einen Nutzen daraus ziehen, da er vermeidet, an Prostatakrebs zu versterben. Gleichzeitig werden 36 gesunde Männer durch das Screening unnötigerweise zu Prostatakrebs-Patienten und deshalb behandelt. Ferner wird bei 420 Männern ein falscher Alarm ausgelöst und eine Stanzbiopsie durchgeführt, bei ca. 140 wird der Krebsverdacht bestätigt. Einem Großteil dieser Männer wird die Prostata radikal entfernt, häufig werden sie nachbestrahlt, manchmal auch einer Chemotherapie unterzogen. Die psychische Belastung bis zur endgültigen Abklärung, ob tatsächlich ein Krebs vorliegt, kann gravierend sein.

Diese Zahlen wurden wissenschaftlichen Studien zum Prostatakrebs-Screening entnommen. Durch das Screening werden gesunde Männer, die nie irgendwelche Zeichen von Prostatakrebs entwickelt hätten, zu Krebs-Patienten gemacht. Es scheint daher nicht sinnvoll zu sein, sich an diesem Screening-Programm zu beteiligen: Wenn ein Mann nicht am Screening teilnimmt, reduziert er sein Risiko, eine Prostatakrebs-Diagnose zu erhalten. Dessen ungeachtet, werden manche Männer weiterhin am Screening teilnehmen wollen.²⁶

²⁶ Wir haben diese Zusammenfassung wegen ihrer Übersichtlichkeit nach dem Vorbild der „Patienteninformation für Brustkrebs-Screening“ der nordischen Cochrane-Gesellschaft gestaltet.

>> Über diese Patienteninformation

Diese Information wird HausärztInnen kostenlos zur Verfügung gestellt. Sie soll Männern, die eine Aufklärung über das PSA-Screening wünschen, schon bei der Anmeldung zur Vorsorgeuntersuchung ausgehändigt werden. Sie ist als Ergänzung zum ärztlichen Gespräch gedacht und soll den Betroffenen eine informierte Patientenentscheidung ermöglichen. Der PSA-Test nach Diagnose oder Behandlung von Prostatakrebs ist nicht Inhalt dieser Patienteninformation. Herausgeber dieser Patienteninformation ist die Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (TGAM – www.tgam.at), von dieser wurden die Druckkosten getragen. Die TGAM ist eine unabhängige, gemeinnützige wissenschaftliche Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin. Sie finanziert sich über Mitgliedsbeiträge sowie durch finanzielle Unterstützung des Landes Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse; diese Institutionen haben keinen Einfluss auf den Inhalt dieser Broschüre genommen. Die TGAM nimmt keine Zuwendungen von pharmazeutischen Herstellern oder Interessensvertretungen an.

An der Entstehung dieser Patienteninformation mitgewirkt haben (i.a.R.):

Herbert Bachler - TGAM, Christoph Fischer - TGAM, Gerald Gartlehner²⁷, Klaus Koch²⁸, Irmgard Schiller-Frühwirth²⁹, Andrea Siebenhofer-Kroitzsch³⁰, Michaela Strobelberger³¹

Interessenskonflikte: keine

Die Patienteninformation wurde 2013 erarbeitet.

27 Leiter des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems

28 Leiter des Ressorts Gesundheitsinformation, IQWiG, Köln. www.gesundheitsinformation.de.

29 Abteilung Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung - Team Evidence Based Medicine/Health Technology Assessment beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

30 http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/team/mit_siebenhofer.html

31 Wiss. Mitarbeiterin des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems

>> Patienten-Info PSA-Screening

Die Entscheidung für oder gegen den PSA-Test als Maßnahme zur Krebsvorsorge ist keine einfache – lediglich mit umfassender Information ist es möglich, die jeweils individuell passende Lösung zu finden. Begleitend zum ärztlichen Gespräch bietet Ihnen diese Broschüre einen Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu diesem Thema.

Der Inhalt

- Der Begriff „Screening“
- Der PSA-Test
- Prostatakrebs
 - Erhöht der PSA-Test die Zahl der Prostatakrebs-Diagnosen?
 - Was ist eine vorgezogene Diagnose?
- Empfehlungen zur Früherkennung von Prostata-Krebs
- Informierte Patientenentscheidung
- Screening kann sowohl nutzen, als auch schaden
 - Was bedeutet „falsch positiv“ bzw. „falsch negativ“ bei einem Testergebnis?
 - Nutzen des PSA-Screenings
 - Schaden des PSA-Screenings
 - Welche Nachteile entstehen durch Nicht-Teilnahme am PSA-Screening?

Die TGAM

Die Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (TGAM) wurde 1997 als wissenschaftliche Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin in Tirol gegründet. Ihre vorrangigen Ziele sind die Qualitätssicherung im Interesse der Patienten durch die Organisation von Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie von Kongressen, die Etablierung der AM an der Universität, die Förderung wissenschaftlicher Arbeit und die Imagepflege der AM auf nationaler wie internationaler Ebene.

Auf www.tgam.at finden Sie unter dem Punkt „Patienteninfo“ eine Zusammenstellung von Wissenswertem.