



## Krebs-Screening

# Vorsorgen ist nicht immer besser als Heilen

**GRAZ – Der Vorteil von Krebs-Screening scheint auf der Hand zu liegen: Je früher man Krebserkrankungen erkennt, desto besser sind die Behandlungsmöglichkeiten und die Prognose. Dabei lässt man allerdings gerne unter den Tisch fallen, dass Screening auch eine Kehrseite hat und Schaden anrichten kann. Bei nüchterner Betrachtungsweise gibt es nur wenige Screening-Untersuchungen, die wirklich evidenzbasiert sind.**

Wenn es um die Früherkennung von Krebserkrankungen geht, gehören Allgemeinmediziner zu den wichtigsten Informationsquellen ihrer Patienten. Der Hausarzt sollte einerseits motivieren, Tests durchführen zu lassen, von denen bekannt ist, dass sie einen gesundheitlichen Benefit bringen, andererseits aber auch vor Unter-

demiologie an der Donau-Universität Krems. „Was bedeutet ein erhöhter PSA-Wert? Was besagt ein positives Mammogramm?“

### Gefahr: Fehlinterpretation

Leider fehlt auch vielen Ärzten das notwendige Hintergrundwissen. Wie hoch ist bei einer 50-jährigen Patientin mit positivem Mammographie-Befund die Wahrscheinlichkeit, dass tatsächlich ein Brustkrebs vorliegt? In einer deutschen Studie überschätzten 80 Prozent der befragten Gynäkologen die Krebswahrscheinlichkeit, zum Teil sogar um ein Vielfaches. Die richtige Antwort wäre zehn Prozent gewesen: Nur eine von zehn Frauen mit positivem Befund hat tatsächlich auch ein Mammakarzinom.

Im Zusammenhang mit Krebs-Screening gibt es eine Reihe von Fehleinschätzungen. Falsch ist zum Beispiel, dass mit regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen bestimmte Krebserkrankungen verhindert werden können. „Wir kön-

nen nur das Risiko reduzieren. Und auch das nicht sehr viel“, so der Experte. Ebenso ein Trugschluss ist, dass Krebserkrankungen im Frühstadium immer besser behandelt werden können und die Früherkennung daher die Prognose verbessert. Für viele Krebsarten gibt es leider nach wie vor keine gute Therapie. Ein trauriges Beispiel dafür ist das Pankreaskarzinom: Es kann zwar durch bildgebende Verfahren bereits im Frühstadium entdeckt werden, die Prognose wird dadurch aber nicht verbessert. „Mit einem Pankreaskarzinom-Screening erreicht man nur, dass der Patient länger mit dem Bewusstsein leben muss, eine terminale Krebserkrankung zu haben.“

### Beträchtliches Schadenspotenzial

„Wenn Früherkennungsuntersuchungen schon nicht helfen, so schaden sie zumindest auch nicht.“ Auch diesem häufig gehörten Argument widerspricht Prof. Gartlehner: „Krebs-Screening hat ein sehr beträchtliches Schadenspotenzial.“

### Explizit

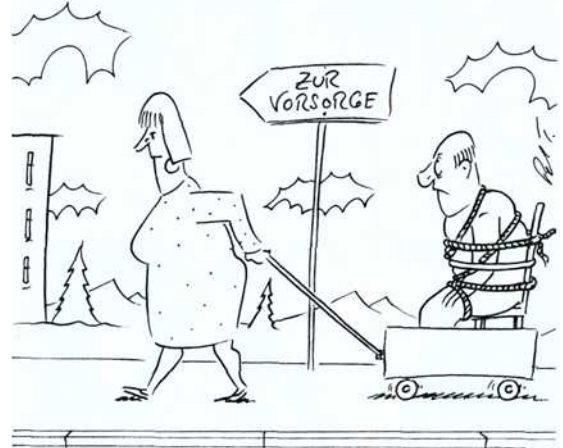
**„Ich würde bei mir keinen PSA-Test machen lassen.“**

Prof. Gerald Gartlehner

Der wesentliche Unterschied zu diagnostischen Tests ist, dass Screening an gesunden Personen durchgeführt wird, die noch keine Symptome haben. Primäres Ziel des Screenings ist nicht das Entdecken von Erkrankungen, sondern die Verlängerung oder Verbesserung des Lebens. Wenn es zu keiner nachweislichen Reduktion von Morbidität und Mortalität kommt, sollte ein Krebs-Screening auch nicht durchgeführt werden, da sonst nur die Nebenwirkungen der Untersuchung übrig bleiben.

### Häufig falsch positive Befunde

Die Screening-Untersuchung selbst ist dabei meist das geringste Problem. Strahlenbelastungen oder die mögliche Perforationsgefahr bei der Koloskopie (Risiko ~ 1:10.000) sollten aber zumindest nicht ganz außer Acht gelassen werden. Viel entscheidender sind jedoch die Folgen der Untersuchung:



Bei jedem Test gibt es falsch positive und falsch negative Ergebnisse. Bei einem falsch negativen Screening-Test wiegt sich der eigentlich kranke Patient in Sicherheit, ignoriert auftretende Symptome und verschleppt die Erkrankung. Weitaus häufiger sind falsch positive Ergebnisse, die klinische Konsequenzen nach sich ziehen. Es werden also gesunde Personen unnötigerweise medizinischen Behandlungen unterzogen. Ein gutes Beispiel für einen schlech-

führen. Viele der operierten, bestrahlten und chemotherapeutisch behandelten Karzinome hätten ihren Trägern nie Probleme bereitet. Problematisch können hingegen die Folgen der Behandlung sein: Die Operationsmortalität liegt bei 0,5 %, 15 bis 50 % der Patienten leiden nach der Operation an Inkontinenz, 20 bis 70 % an Impotenz. Nach wie vor ist nicht wirklich klar, ob sich all der Aufwand auch lohnt: Eine jüngst erschienene europäische Studie zeigte zwar, dass das PSA-Screening zu einer geringen Reduktion der Mortalität führte, eine amerikanische Studie mit ähnlicher Fragestellung fand hingegen keinen Benefit.

### Explizit

**„Ganzkörper-CTs sind sicher keine geeignete Methode für ein Krebs-Screening.“**

Prof. Gerald Gartlehner

ten Screening-Test ist der PSA-Test: Einer von 15 Männern mit unauffälligem PSA hat trotzdem ein höhergradiges Karzinom. Auf der anderen Seite liegt in zwei von drei Fällen bei einem erhöhten PSA-Wert kein Karzinom vor.

„Eines der größten Probleme beim Screening sind Pseudoerkrankungen“, fährt Prof. Gartlehner fort. „Nicht jeder Krankheitsbefund führt auch zu einer klinischen Erkrankung.“ Von Obduktionen weiß man, dass 80 Prozent aller Männer über dem 70. Lebensjahr irgendeine Form des Prostatakarzinoms haben. Das Lebenszeitrisko, an Prostatakrebs zu versterben, beträgt jedoch nur 3 %. Ein flächendeckendes PSA-Screening würde daher zu sehr vielen Fällen von Überbehandlung

### Viele unterschiedliche Meinungen

Auch der Nutzen der Mammographie wird von Patienten und Ärzten vielfach überschätzt. Tatsächlich kann nach zehn Jahren regelmäßiger Früherkennungsuntersuchung nur einer von 1000 Frauen durch das Mammographie-Screening das Leben gerettet werden. Mittlerweile hat auch die amerikanische Preventive Services Task Force ihre Empfehlung, regelmäßige Mammographie bereits ab 40 durchzuführen, zurückgenommen und auf 50 geändert.

Prof. Gartlehner räumt ein, dass Radiologen, Präventionsmediziner und andere Fachärzte in vielen Fragen des Krebs-Screenings unterschiedlicher Meinung sind. „Nur in einer Sache sind sich fast alle einig: Ganzkörper-CTs, wie sie auch schon von österreichischen Firmen angeboten werden, sind sicher keine geeignete Methode für ein Krebs-Screening. Sie führen zu so vielen falsch positiven Befunden, die eine Abklärung nach sich ziehen, dass der Schaden den möglichen Nutzen bei weitem übersteigt.“ HO

### Welche Screening-Untersuchungen sind evidenzbasiert?

- ▶ Mammographie ab 50 (zweijährlich) bis 70
- ▶ Koloskopie ab 50 (fünfjährlich) bis 75
- ▶ Zervix-Zellabstrich ab 21 (dreijährlich) bis 65



Univ.-Prof.  
Dr. Gerald  
Gartlehner

suchungen warnen, deren Nutzen nicht belegt ist. „Nicht zuletzt sollte er auch helfen, die Ergebnisse zu interpretieren“, ergänzt Univ.-Prof. Dr. GERALD GARTLEHNER, Leiter des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epi-