

# Der feine Unterschied zwischen Theorie und Praxis ...



Die DEGAM-Praxisempfehlung „Hausärztliche Beratung zum PSA-Screening“ macht deutlich, dass auf der Bevölkerungsebene die Krebsfrüherkennungsuntersuchung des Prostatakarzinoms mittels PSA-Screening wenig bis keinen Nutzen bringt und durch Überdiagnostik und Übertherapie eine Menge Schaden anrichtet. Infolgedessen erscheint es richtig, der United States Preventive Services Taskforce (USPSTF) zu folgen und

vom PSA-Screening dezidiert abzuraten ([www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening)). Nun heißt es aber in der deutschen S3-Leitlinie, dass „Männer ab dem 45. Lebensjahr prinzipiell über die Möglichkeit der Prostatakrebs-Früherkennung informiert werden sollen, also über eine Möglichkeit, welche die USPSTF generell gar nicht sieht.“

Nachdem die DEGAM sich bei der Verfassung der Leitlinie nicht durchsetzen konnte, blieb keine andere Wahl als das Minderheitenvotum, das aber – wohl aus verständlichen Gründen – auch keine prinzipielle Empfehlung gegen das Screening enthält, sondern lediglich dazu rät, die Möglichkeit erst gar nicht anzusprechen. Dieses – mit Verlaub – halbherzige Minderheitenvotum lässt den praktisch tätigen Hausarzt nun aber in einem Dilemma: Zum einen wird die Untersuchung von den Urologen nach wie vor propagiert, und der am Prostatakarzinom Erkrankte – der dann in der Urologie vermeintlich zu spät erfährt, dass man da doch eine Früherkennungsuntersuchung hätte machen sollen, wird nicht ganz zu Unrecht denken: Warum hat mein Hausarzt mich eigentlich nie darauf angesprochen? Zum zweiten ist zwar nicht das PSA, aber die ebenfalls nicht durch belastbare Studienevidenz belegte digitale rektale Untersuchung nach wie vor im Kanon der Früherkennungsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Soll ich als praktizierender Hausarzt nun diese kombinierte Krebsfrüherkennungsuntersuchung, die zumindest auch den von uns empfohlenen Test auf okkultes Blut im Stuhl (FOBT) enthält, ebenfalls nicht mehr anspre-

chen? Oder wie stelle ich es an, den FOBT zu machen, die digitale rektale Untersuchung zur Erkennung des Rektumkarzinoms durchzuführen und die Prostata leise unter den Tisch fallen zu lassen? Da wird man doch – ehrlich gesagt – gar nicht umhinkommen, das anzusprechen. Nun komme ich aber vollends in Erklärungsnot: Ich sage dem Patienten, dass man den FOBT machen und auch rektal untersuchen sollte. Im Stillen denke ich mir: Zwar nützen diese Tests aufgrund ihrer schlechten Sensitivität wenig, aber zumindest richten sie dann aufgrund ihrer einigermaßen akzeptablen Spezifität auch keinen großen Schaden an (und als EbM-erfahrener Praktiker weiß ich, dass es eigentlich gar keine Studien gibt, die Nutzen und Schaden der digital rektalen Untersuchung bewerten – jedenfalls haben die Cochrane-Autoren nichts dazu gefunden). Aber trotzdem wird eben genau dieser Test von der Kasse bezahlt. Ein aktives Ansprechen der Möglichkeit, dass es hier auch noch einen Bluttest gibt, sollte ich nach DEGAM-Empfehlung vermeiden. Wenn der Patient von sich aus den PSA-Test anspricht, was allerdings wahrscheinlich ist, wenn das Thema Krebsfrüherkennung schon auf dem Tisch ist, dann mache ich die nicht unkomplizierte Rechnung auf, die in der DEGAM-Praxisempfehlung dargestellt ist. Hier wanke ich nun mit vollem Wartezimmer in das nächste Dilemma der hausärztlichen Wirklichkeit: Das Gespräch wird mich – wenn ich es ernst nehme – nicht nur ein paar Minuten in Anspruch nehmen. Diese Zeit wende ich auf, um den Patienten dann letztendlich selbst informiert entscheiden zu lassen, ob er den Test machen möchte oder nicht. Mal ganz abgesehen davon, dass dieser Zeiteinsatz wenn es hochkommt mit der Ziffer 03230 abrechenbar ist (90 Punkte, ca. 9 Euro), bleibe ich mit meinen Aussagen auf der statistischen Ebene hängen. Ob der Patient zu den wenigen gehören wird, die vielleicht von einer Früherkennung profitieren, oder zu den vielen, die Schaden nehmen, vermag ich nicht vorherzusagen. So endet das Gespräch – vor allem bei Patienten mit geringerem Bildungsniveau – dann häufig mit der Patientenfrage: Herr Doktor, was würden Sie denn machen? Und – mal ehrlich – wie viele Kollegen im entsprechenden Alter kennen Sie, die noch keinen PSA-Test haben machen lassen?

Ja, alles nicht so einfach. Wir muten unseren KollegInnen und Patienten einiges zu!

Herzlichst

Ihr

Andreas Sönnichsen