



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Streit um den PSA-Test – und Durcheinander rund um das Thema Früherkennung

VON DR. IRIS HINNEBURG IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)

J

Jedes Jahr sterben in Deutschland rund 18.000 Männer an Prostatakrebs (1). Zur Früherkennung des Prostatakarzinoms übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland bei Männern ab 45 Jahren jährlich die Kosten für eine Tastuntersuchung der Prostata. Der Nutzen dieser Untersuchung ist jedoch nicht belegt (2). Viele Arztpraxen bieten zur Früherkennung von Prostatakrebs allerdings auch eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) an: den Test auf das Prostata-spezifische Antigen (PSA).

Um das Für und Wider des PSA-Tests wird seit langem gestritten. Kürzlich ist die Debatte wieder neu entbrannt. Der Anlass: Im Dezember 2024 hat der Medizinische Dienst (Bund) den IGeL-Report 2024 veröffentlicht (3). Auf der Basis repräsentativer Befragungen von gesetzlich Versicherten untersucht der Report regelmäßig die Nutzung von IGeL, den Umgang mit

den Leistungen in den Arztpraxen und die Einstellung von Versicherten. Ein Fazit der begleitenden Pressemitteilung (4): Gesetzlich Versicherte geben viel Geld für Leistungen aus, deren Nutzen oft nicht belegt ist und die manchmal sogar schaden können. Einer der IGeL-Bestseller bei Männern ist der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs.

Prompt reagierte die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) mit einer eigenen Pressemitteilung (5). Sie warf dem IGeL-Report vor, Patienten zu schaden, weil er IGeL pauschal verurteile. Konkret bezieht sich die Kritik auf die Bewertung des PSA-Tests durch den IGeL-Monitor. Dieses Angebot des Medizinischen Dienstes Bund bewertet evidenzbasiert Nutzen und Risiken einzelner Selbstzahlerleistungen. Für die Früherkennung des Prostatakarzinoms lautet das Urteil des IGeL-Monitors zum PSA-Test: „tendenziell negativ“ (6). Die DGU bezeichnet den PSA-Test in ihrer Pressemitteilung dagegen als das „wichtigste Instrument zur Früherkennung der häufigsten Tumorerkrankung des Mannes“.

Woher kommt diese auf den ersten Blick widersprüchliche Bewertung? Und wer hat Recht? Bei einem genauen Blick auf die Fakten wird deutlich: In der Argumentation der DGU gibt es einiges Durcheinander zum Thema Früherkennung.

IST DIE BEWERTUNG DES IGeL-MONITORS VERALTET?

Die DGU übt deutliche Kritik an der Bewertung des IGeL-Monitors. Der Vorwurf der DGU: Die Bewertung

sei bereits von 2017 und beruhe auf veralteten Daten. Heißt das, die Bewertung des IGeL-Monitors ist unbrauchbar? Um diese Frage zu beantworten, lohnt sich einmal genauer hinzuschauen.

Der IGeL-Monitor fasste für die Bewertung Studien zusammen, die Nutzen und Schaden der Früherkennung mit dem PSA-Test untersuchten. Das Ergebnis: In den Studien gibt es Hinweise, dass durch den PSA-Test weniger Männer an Prostatakrebs sterben. Gleichzeitig ist der PSA-Test aber auch überempfindlich und schlägt manchmal falschen Alarm. Ob es ein falscher Alarm ist, klärt sich aber meist erst nach weiteren belastenden Untersuchungen. Oft ist dazu eine Biopsie nötig.

Noch gravierender: Aus Studien gibt es Hinweise darauf, dass Früherkennung mit dem PSA-Test zu Überdiagnosen und Übertherapien führen kann. Der Grund: Der PSA-Test und die nachfolgenden Untersuchungen finden manchmal Formen von Prostatakrebs, die den Betroffenen zu Lebzeiten nie Beschwerden gemacht hätten. In diesen Fällen wächst der Krebs so langsam, dass die Betroffenen an anderen Ursachen sterben. Ob das im Einzelfall zutrifft, lässt sich im Vorhinein aber schlecht abschätzen, so dass oft doch eine Therapie erfolgt. Eingriffe wie Operationen und Bestrahlung gehen für die Betroffenen allerdings nicht selten mit Inkontinenz und Impotenz einher. Diese Folgen bekommen auch Patienten zu spüren, deren Prostatakarzinom für sie nicht lebensbedrohlich gewesen wäre.

Diesen Schaden durch die Früherkennung bewertete der IGeL-Monitor als gut belegt. Weil die Daten für den Nutzen weniger aussagekräftig seien als der mögliche Schaden, resultierte die Bewertung „tendenziell negativ“.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam im Jahr 2020 übrigens auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das die Studienlage im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

(G-BA) ausgewertet hatte (7). Die Zahlen in Kürze: Regelmäßige Früherkennung mit dem PSA-Test verhindert über einen Zeitraum von 16 Jahren bei 1.000 getesteten Männern bei etwa 3 von ihnen, dass sie an Prostatakrebs sterben. Bei etwa 250 schlägt der PSA-Test falschen Alarm. Gleichzeitig müssen bis zu 60 Männer mit einer Überdiagnose rechnen (8).

Der G-BA, der die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung festlegt, diskutierte zu diesem Zeitpunkt, ob der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs für gesetzlich versicherte Männer auf Kassenkosten möglich sein soll. Auf der Grundlage des IQWiG-Gutachtens entschied sich der G-BA allerdings dagegen.

WENIGER SCHADEN MÖGLICH?

In der damaligen Diskussion wurde auch thematisiert, ob sich der mögliche Schaden der PSA-Früherkennung nicht durch weitere Maßnahmen verringern ließe. Dazu gehört etwa, bei auffälligen PSA-Werten nicht gleich eine Biopsie zu veranlassen, sondern mit Hilfe von Risikokalkulatoren und/oder weiteren Untersuchungen mittels Magnetresonanztomografie (MRT) Männer mit erhöhtem Risiko zu identifizieren, also bei denen vermutlich eine aggressive Form von Prostatakrebs vorliegt. Nur in diesem Fall würde dann tatsächlich eine Gewebeentnahme erfolgen.

Tatsächlich gibt es Hinweise darauf, dass eine MRT-Abklärung unnötige Biopsien verhindern könnte (10). So empfiehlt es auch die europäische Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Prostatakrebs (11). Derzeit ist das in Deutschland allerdings noch kein Standard. Außerdem laufen derzeit erst noch große Studien in Finnland (12) und Schweden (13), die die langfristige Gesamtbilanz dieses Vorgehens untersuchen und so etwa feststellen können, ob bei Verzicht auf die Biopsie möglicherweise doch manche aggressiven Formen



von Prostatakrebs übersehen werden und in welchem Umfang dieses Vorgehen Überdiagnosen und Übertherapien senkt. Diese Frage soll auch eine große Studie im Vereinigten Königreich klären (14).

Eine weitere Möglichkeit zur Schadensreduktion: Wenn die Biopsie den Verdacht auf Prostatakrebs bestätigt, wäre es bei sehr langsam wachsenden Formen eine Option, auf die sofortige Behandlung zu verzichten und stattdessen die Betroffenen engmaschig zu überwachen („active surveillance“). Eine Behandlung würde nur erfolgen, wenn es Hinweise auf ein Fortschreiten der Erkrankung gibt.

Active surveillance hat Vorteile, aber auch Nachteile gegenüber einer sofortigen Behandlung (15). Ein Blick in die Dokumentation der Tumorzentren (16) zeigt: In der Praxis wählen Ärzt:innen und Patienten dieses Vorgehen jedoch nur in gut einem Drittel der Fälle, in denen es möglich wäre.

Fazit: Männer, die sich aktuell für einen PSA-Test als IGeL entscheiden, können nicht automatisch davon ausgehen, dass sie bei einem auffälligen Befund schadensreduzierende Maßnahmen angeboten bekommen. Ohne diese Maßnahmen ist die Bewertung des IGeL-Monitor aber nach wie vor aktuell.

Richtig ist, dass eine Ergänzung des PSA-Tests beispielsweise durch eine MRT-Untersuchung womöglich Schäden verringert. Das ist allerdings eine andere Untersuchungsmethode zur Früherkennung als der PSA-Test allein. Wie sich schadensreduzierende Maßnahmen auf die Gesamt-Bewertung der Früherkennung mittels PSA-Test auswirken, wird aktuell noch in Studien untersucht.

STEHT DIE BEWERTUNG DES IGeL-MONITORS IM WIDERSPRUCH ZUR LEITLINIEN-EMPFEHLUNG?

Die Pressemitteilung des Medizinischen Dienstes zum

IGeL-Report verweist darauf, dass die Bewertungen des IGeL-Monitors im Einklang mit internationalen Leitlinien-Empfehlungen stehen. Diese Aussage bezieht sich auf eine Analyse, die der IGeL-Monitor 2023 veröffentlicht hatte (17).

Dagegen wirft die DGU dem IGeL-Monitor vor, die aktuelle deutsche Leitlinie (18) zu ignorieren. Nach DGU-Darstellung empfehle die Leitlinie, dass „Männern ab dem 45. Lebensjahr, die nach ergebnisoffener Aufklärung über die Vor- und Nachteile der Früherkennung von Prostatakrebs eine Früherkennungsuntersuchung wünschen, die Bestimmung des PSA-Wertes als Untersuchungsmethode angeboten werden soll“.

Ein Blick in die Leitlinie zeigt: Die Empfehlung ist wesentlich differenzierter, als es die DGU-Pressemitteilung vermuten lässt. In der Leitlinie heißt es zunächst: „Besteht ein Anlass, über Früherkennung zum Prostatakarzinom zu informieren, sollen Männer ergebnisoffen über die Vor- und Nachteile beraten werden, insbesondere über die Aussagekraft von positiven und negativen Testergebnissen, Überdiagnosen sowie über gegebenenfalls erforderliche weitere Maßnahmen.“ Weiter heißt es dann, wie in der DGU-Pressemitteilung zitiert: „Männern, die nach der Aufklärung eine Früherkennungsuntersuchung wünschen, soll das Bestimmen des PSA-Wertes als Untersuchungsmethode angeboten werden.“

Es gibt in der Leitlinie also keine unbedingte Empfehlung zur Früherkennung mittels PSA-Test. Sie empfiehlt lediglich, wenn nach umfassender Aufklärung der Wunsch nach Früherkennung besteht, primär den PSA-Test als Methode zu nutzen.

In der Analyse des IGeL-Monitors zur Leitlinien-Konformität der Bewertungen flossen außer der deutschen Leitlinie weitere internationale Leitlinien ein. Wie die deutsche Leitlinie empfehlen viele, dass über Nutzen

und Schaden der Untersuchung aufgeklärt werden soll, einige raten auch von einem generellen Screening mittels PSA-Test ab. Der IGeL-Monitor kam deshalb zu dem Schluss, dass seine Bewertung und die Leitlinien-Empfehlungen nahezu übereinstimmen.

Fazit: Dass die Bewertung des IGeL-Monitors die deutsche Leitlinien-Empfehlung ignoriert, trifft also nicht zu.

Richtig ist allerdings, dass derzeit viele Leitlinien und Bewertungen zur Früherkennung von Prostatakrebs überarbeitet werden, etwa in den USA, Kanada, Belgien oder Großbritannien. Auch soll 2025 eine neue Version der deutschen Leitlinie zu Prostatakrebs erscheinen. Wie die genauen Leitlinien-Empfehlungen aussehen werden, wie dort die neueren Erkenntnisse zur Schadensbegrenzung abgebildet werden und wie sich das in der Versorgungsrealität niederschlägt, bleibt noch abzuwarten.

EINE IGeL IST KEIN FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM

Der „tendenziell negativ“-Bewertung des IGeL-Monitors für die individuelle Gesundheitsleistung PSA-Test stellt die DGU die Forderung nach einem PSA-basierten organisierten Früherkennungsprogramm als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland gegenüber.

Dazu hatte die Fachgesellschaft bereits im Sommer 2024 das Positionspapier „Risikoadaptierte Prostatakarzinomfrüherkennung 2.0“ (19) veröffentlicht. Danach solle ein solches Programm Maßnahmen zur Schadensbegrenzung wie etwa MRT-Abklärung vor einer Biopsie beinhalten. Die DGU beruft sich dabei auf eine Empfehlung der Europäischen Kommission (20).

Was die Pressemitteilung der DGU nicht erklärt: Ob der PSA-Test als IGeL oder als organisiertes Früherkennungsprogramm angeboten wird, kann für Nutzen und

Risiken einen deutlichen Unterschied machen. Ein organisiertes Früherkennungsprogramm, wie es in Deutschland etwa für die Früherkennung auf Brustkrebs mit Mammografie besteht, wird nur eingeführt, wenn es nach einer Bewertung mit ausreichender Sicherheit feststeht, dass der Nutzen die Risiken übersteigt (21). Für die Früherkennung mit PSA-Test allein hatte der G-BA das verneint (siehe oben).

Außerdem gelten in einem organisierten Früherkennungsprogramm besondere Anforderungen an die Qualitätssicherung und Dokumentation: So dürfen je nach Screening nur Ärzt:innen mit besonderer Qualifikation die Untersuchungen durchführen. Zudem gelten bestimmte Regeln, wie verdächtige Befunde weiter abgeklärt werden sollen und die Ergebnisse des Programms werden regelmäßig evaluiert.

Den PSA-Test als IGeL dürfen dagegen grundsätzlich alle Arztpraxen anbieten, es gibt keine Vorgaben, wie und wann genau weitere Abklärung erfolgen soll. Ob das im Einklang mit Leitlinien-Empfehlungen erfolgt, etwa den PSA-Test zum Schutz vor Überdiagnosen nur bis zum Alter von 70 Jahren anzubieten, lässt sich mangels Dokumentation nicht kontrollieren. Ein solches Vorgehen wird auch als „graues“ oder „opportunistisches“ Screening bezeichnet.

Die DGU weist in ihrem Positionspapier selbst auf das Problem von Überdiagnosen und Übertherapien mit dem PSA-Test als opportunistisches Screening hin. Andere Urologen werden in einem Beitrag im Bundesgesundheitsblatt noch deutlicher: „Aber seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich der selbstinitiierte PSA-Test als „opportunistisches Screening“ nicht nur in Deutschland verbreitet und für diese Art des Screenings trifft die ungünstige Schaden-Nutzen-Relation in noch höherem Maße zu.“ (22) Das bestätigt also die Einschätzung des IGeL-Monitors. Auch die wissenschaftliche Bewertung (23), auf



der die zitierte EU-Empfehlung beruht, spricht sich dafür aus, die PSA-Tests als individuelle Gesundheitsleistungen bzw. opportunistisches Screening zu stoppen.

Fazit: Dass die Pressemitteilung der DGU nicht ausreichend darauf hinweist, dass der PSA-Test als IGeL eine andere Beurteilung erfordert als in einem organisierten Früherkennungsprogramm, ist unseriös.

Richtig ist, dass es Vorschläge gibt, wie sich in einem organisierten Früherkennungsprogramm mögliche Schäden reduzieren lassen könnten. Eine umfassende evidenzbasierte Bewertung von Nutzen und Risiken steht jedoch noch aus.

BESSERE AUFKLÄRUNG ZU IGeL

Derzeit sind zur Früherkennung von Prostatakrebs mit dem PSA-Test noch etliche Fragen offen, besonders wenn es um die weitere Abklärung von auffälligen Testergebnissen geht. Vermutlich werden sich in den nächsten Jahren Datenlage und Empfehlungen dazu ändern.

Unter den an der deutschen Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften und Gruppen gibt es unterschiedliche Ansichten dazu, ob Ärztinnen und Ärzten Patienten proaktiv über den PSA-Test informieren sollten oder nur auf Nachfrage. In jedem Fall müssen Arztpraxen, die den PSA-Test als IGeL anbieten, Patienten ausreichend zu Nutzen und Schaden aufklären. Die Ergebnisse des IGeL-Reports deuten darauf hin, dass das zu oft nicht der Fall ist.

Der Medizinische Dienst Bund und die Verbraucherzentrale fordern deshalb eine Pflicht für Arztpraxen, Patienten neutrale schriftliche Informationen zu IGeL-Angeboten anzubieten (24). Verlässliche Gesundheitsinformationen zum PSA-Test für Patienten finden sich außer beim IGeL-Monitor auch beim IQWiG (8) oder beim Krebsinformationsdienst (25). Für Ärztinnen und Ärzte bietet die Software arriba (26) Unterstützung bei der Beratung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung. ■



DR. IRIS HINNEBURG

ist Medizinjournalistin (u. a. für "Medizin Transparent", ein Gesundheitsportal von Cochrane Österreich), Autorin des Buches „Klinische Studien kritisch lesen“ und Sprecherin des Fachbereichs evidenzbasierte Pharmazie des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin

Referenzen

Alle angegebenen Websites wurden zuletzt am 10.02.2025 abgerufen.

- (1) RKI (2023) Krebs in Deutschland. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2023/kid_2023_c61_prostata.pdf
- (2) IQWiG (2022) Örtlich begrenzter Prostatakrebs <https://www.gesundheitsinformation.de/oertlich-begrenzter-prostatakrebs.html>
- (3) Medizinischer Dienst (Bund) IGeL-Monitor 2024
https://www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2024_12_03_PK_IGeL_Report_2024/IGeL-Report_2024.pdf
- (4) Medizinischer Dienst (Bund) Pressemitteilung vom 3. Dezember 2024.
<https://www.igel-monitor.de/presse/pressemitteilungen/2024-12-03-igel-report-2024-24-milliarden-euro-setzen-arztpraxen-pro-jahr-mit-fragwuerdigen-igel-um.html>
- (5) Deutsche Gesellschaft für Urologie. Pressemitteilung vom 5. Dezember 2024 <https://idw-online.de/de/news844338>
- (6) IGeL-Monitor (2017) PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs
<https://www.igel-monitor.de/igel-a-z/igel/show/psa-test-zur-frueherkennung-von-prostatakrebs.html>
- (7) IQWiG (2020) [S19-01] Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Test. <https://www.iqwig.de/projekte/s19-01.html>
- (8) IQWiG (2022) Der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs.
<https://www.gesundheitsinformation.de/der-psa-test-zur-frueherkennung-von-prostatakrebs.html>
- (9) G-BA (2021) Methodenbewertung Prostatakrebs-Screening mittels Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA).
<https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/210/>
- (10) Fazekas T et al. Magnetic Resonance Imaging in Prostate Cancer Screening. A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Oncol 2024, 10:745–754. doi:10.1001/jamaoncol.2024.0734
- (11) European Urology Association (2024) Guideline Prostate Cancer. <https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer>
- (12) A Randomized Trial of Early Detection of Clinically Significant Prostate Cancer (ProScreen). NCT03423303
<https://clinicaltrials.gov/study/NCT03423303>
- (13) The GÖTEBORG prostate cancer screening 2 trial. ISRCTN94604465 <https://www.isrctn.com/ISRCTN94604465>
- (14) Prostate Cancer UK (2024) TRANSFORM trial. <https://prostatecanceruk.org/research/transform-trial>
- (15) IQWiG (2022) Niedrig-Risiko-Prostatakrebs: Aktiv überwachen oder behandeln?
<https://www.gesundheitsinformation.de/niedrig-risiko-prostatakrebs-aktiv-ueberwachen-oder-behandeln.html>
- (16) Deutsche Krebsgesellschaft. Jahresbericht der Prostatakrebszentren 2024
- (17) Becker M et al. Stehen die Bewertungen von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) des IGeL-Monitors im Einklang mit Leitlinien? Gesundheitswesen 2023, 85: 1192–1199
- (18) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 7.0, 2024, AWMF-Registernummer: 043-022OL <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/>
- (19) Michel M et al. Risikoadaptierte Prostatakarzinomfrüherkennung 2.0 – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2024. Die Urologie 2024, 63, 893–898.
- (20) European Commission (2022). Annex to the Proposal for a Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC.
https://health.ec.europa.eu/document/download/196f0be6-e518-410c-9fa6-a79925ee820c_en?filename=com_2022-474_annex_en.pdf
- (21) WHO (2020) Vorsorgeuntersuchung und Screening: ein kurzer Leitfaden. <https://www.who.int/europe/de/publications/i/item/9789289054782>
- (22) Albers P et al. Prostatakarzinom-Screening? Nur evidenzbasiert, risikoadaptiert und organisiert! Bundesgesundheitsbl 2024, 67: 1047–1053
- (23) SAPEA, Science Advice for Policy by European Academies. (2022). Improving cancer screening in the European Union. Berlin: SAPEA.
<https://doi.org/10.26356/cancerscreening>
- (24) Verbraucherzentrale Bundesverband. Pressemitteilung vom 03.12.2024
<https://www.vzbv.de/pressemitteilungen/individuelle-gesundheitsleistungen-fragwuerdiges-geschaeftsmodell>
- (25) Krebsinformationsdienst (2025) Prostatakrebs: Vorsorge und Früherkennung <https://www.krebsinformationsdienst.de/prostatakrebs/frueherkennung>
- (26) arriba (2020) PSA-Screening <https://arriba-hausarzt.de/module/psa-screening>