

# Rheinische Ärzte diskutieren Nutzen und Risiken der Früherkennung

„Krebsfrüherkennung: Chancen – Risiken – Grenzen“ lautete der Titel eines Symposiums der Ärztekammer Nordrhein im Dezember im Haus der Ärzteschaft. Auf der mit 200 Teilnehmern gut besuchten Veranstaltung stellten ärztliche Experten aktuelle Erkenntnisse aus verschiedenen Früherkennungs-Programmen wie dem Mammographie-, dem Kolon-, dem Prostata- und dem Hautkrebs-Screening vor.

von **Bülent Erdogan**

„**K**rebs ist nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland“, sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, zum Auftakt des Symposiums. „Aufgrund der demographischen Entwicklung steigt die Zahl der Krebserkrankungen an, die Mortalität an Krebserkrankungen sinkt jedoch erfreulicherweise.“ Es stelle sich also die Frage, ob der Grund hierfür ausschließlich in der Verbesserung der Therapiemöglichkeiten liege oder ob dies möglicherweise auch auf einen Erfolg der eingeführten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zurückzuführen sei. Die Untersuchungen hätten sich in vielen Bereichen etabliert. Seit einigen Jahren werde indes vermehrt die Frage nach der Nutzen-Risiken-Relation mancher Untersuchung gestellt, führte Henke weiter aus.

## Ärzte entdecken Tumoren früher

Aktuell werde besonders beim Mammographie-Screening das Verhältnis von Risiken und Nutzen sowie die Aufklärungssituation der Patientinnen diskutiert. Ebenso thematisiere die Öffentlichkeit das Prostata-Screening im Hinblick auf eine mögliche Überdiagnostik und Übertherapie. Dem Arzt komme jedenfalls eine Schlüsselrolle zu, den Patienten über Nutzen und Risiken der Krebsfrüherkennung zu informieren und ihn in seiner

Entscheidungsfindung zu unterstützen, leitete Henke zu den Vorträgen der geladenen Referenten über.

Ein positives Zwischenfazit des seit Ende 2005 bundesweit ausgerollten Mammographie-Screening-Programms zogen Dr. Stefanie Weigel und Professor Dr. Walter Heindel vom Institut für Klinische Radiologie und dem Referenzzentrum Mammographie am Universitätsklinikum Münster. So entdeckte man im Einladungsverfahren deutlich mehr Vorläuferläsionen sowie kleinere Tumoren, womit eine brusterhaltende Therapie und der Verzicht auf Chemotherapien häufiger möglich sei, als dies in der Konsequenz beim „grauen Screening“ der Fall sei, sagte Heindel. Auch gehe die Brustkrebssterblichkeit zurück. Das Screening mache zum ersten Mal eine Qualitätssicherung und eine Evaluation bei der Mammographie möglich, sagte Heindel. „Wir haben Daten, die wir vorher nicht hatten.“ Nach den Worten Heindels werden erste belastbare statistische Aussagen zur Entwicklung der Sterberate bei Patientinnen mit Brustkrebs, die das Programm in Anspruch nehmen, ab 2019 für NRW möglich sein.

Der Nutzen additiver Ultraschalluntersuchungen ist derweil begrenzt, wie Dr. Weigel ausführte. Studien zufolge ließen sich dadurch noch einmal 0,2 bis 0,4 Prozent mehr Tumoren finden. Dieser Nutzen werde aber mit einer höheren Zahl falsch-positiver Befunde erkauft. Hinzu komme, dass die Spezifität des Ultraschalls dann geringer ist, wenn nicht vorher ein auffälliger Befund durch die radiologische Bildgebung bekannt ist.

„Nicht aus jedem Adenom wird ein Karzinom“, sagte Dr. Christian Pox von der Medizinischen Universitätsklinik Bochum. Gleichwohl lassen sich durch die Polypektomie nach derzeitiger Forschungslage offenbar viele Karzinome verhindern. Pox stellte eine Reihe von Studien vor, die sich mit den verschiedenen Methoden der Früherkennung des Kolorektalkarzinoms und der Therapie von Patienten mit Dickdarmkrebs befassen. Für die Allgemeinbevölkerung sei ein Screening ab 50 Jahren sinnvoll. Die höchste Effektivität

habe dabei die Endoskopie, wenn sie hochqualifiziert erfolge, sagte Pox. „Die Koloskopie ist nicht perfekt. Die Rate an Intervallkarzinomen liegt bei drei Prozent. Das sage ich meinen Patienten auch.“ Gleichwohl stelle die Koloskopie die beste Methode für einen sicheren Ausschluss auffälliger Veränderungen im Dickdarm dar.

## Alternativen für Koloskopie-Verweigerer

Ein Problem sieht der Oberarzt in der geringen Teilnehmerate der Bevölkerung. Sie liegt bei circa 20 Prozent der Anspruchsberechtigten. Auch wenn es bald zu einem Einladungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung und zu einem Informationsgespräch kommen könnte, sieht Pox Handlungsbedarf: „Wir müssen Alternativmethoden anbieten für die Menschen, die die Koloskopie ablehnen.“ So könnten bestimmte immunologische Tests wie der fäkal-immunochemische Test (FIT) eine Alternative zum Guajak-Test darstellen. Pox: „Wenn Sie nur Karzinome detektieren wollen, ist der FIT wahrscheinlich eine gute Alternative. Wenn Sie Primärprävention betreiben wollen, brauchen Sie ein endoskopisches Verfahren.“ Keine Alternativen sind für den Mediziner derzeit genetische Stuhltests, die CT-Kolonographie, die Kapselendoskopie oder Bluttests. So müsse beim genetischen Stuhltest, der in den USA mit 600 US-Dollar zu Buche schlage, der komplette Stuhl ans Labor geschickt werden.

## Langer Weg zum organisierten Screening

Das Hautkrebs-Screening ist seit 1971 Bestandteil der vom Gesetzgeber geförderten Krebsfrüherkennung nach § 25 SGB V. Doch der Weg zu strukturierten Screening-Programmen erwies sich in der Folge als steinig. Mit dem Screen-Modellprojekt gelang es im Jahr 2003 und 2004 immerhin in Schleswig-Holstein, ein Früherkennungsverfahren auf seine Machbarkeit wissenschaftlich zu beleuchten, wie

Professor Dr. Alexander Katalinic, Leiter des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universitätsklinik in Lübeck, in seinem Vortrag ausführte.

Von allen anspruchsberechtigten Bürgern des nördlichsten Bundeslandes ab 20 Jahren nahmen damals rund 360.000 (19,2 Prozent) das Angebot einer Ganzkörperuntersuchung an. Knapp 16.000 Menschen wurde Gewebe entnommen (1 Exzision auf 23 Teilnehmer), bei 2.911 dieser Personen wurde ein Hautkrebs festgestellt (1 Befund auf 124 Teilnehmer). „Das Screen-Modellprojekt liefert Evidenz für die Machbarkeit eines Hautkrebs-Screenings“, konstatierte Katalinic. Auch die notwendige Zahl der Teilnehmer im Screening, um einen Menschen mit Hautkrebs zu entdecken, wie im Modellprojekt gezeigt, erachtet Katalinic für vertretbar. Positiv sei auch, dass mit dem Screening viele Tumoren in einem prognostisch günstigen Stadium entdeckt würden.

## Relative und absolute Risikoreduktion

Der beobachtete Rückgang der Mortalität an Hautkrebs in Schleswig-Holstein sei höchstwahrscheinlich auf das Hautkrebs-Screening zurückzuführen. Allerdings sei nicht klar, welches Element der Intervention, die Katalinic als komplex bezeichnet, für die beobachteten Effekte verantwortlich ist: Die Screeninguntersuchung selbst, die Schulung der Hausärzte oder die intensive öffentliche Aufklärungskampagne. Für das laufende Hautkrebs-Screening in Deutschland mahnt Katalinic daher an, die eigentlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits für Ende 2013 vorgesehene Evaluation schnellstens vorzulegen.

Neben der Vorstellung der einzelnen Screenings bildete die „informierte Entscheidung“ der Patienten den zweiten Schwerpunkt des Symposiums. Dr. Odette Wegwarth vom Harding-Zentrum für Risikokompetenz in Berlin kritisierte, dass praktizierenden Ärzten und Patienten oft transparente Informationen zur umfassenden Beurteilung des Nutzens und Schadens der Früherkennungen fehlten. So werde bei der Darstellung des Nutzens in erster Linie auf relative statt auf absolute Risiken abgestellt. Relative Risiken würden jedoch von der Mehrzahl der Mediziner und Laien missinterpretiert und führten zu deutlichen Überschätzun-

gen des Nutzens. Bei der Veröffentlichung der ersten Daten der Europäischen randomisiert-kontrollierten Studie zum Nutzen der Prostatakrebsfrüherkennung sei zum Beispiel folgende, relative Risikoreduktion kommuniziert worden: „Die regelmäßige Teilnahme am Prostata-Screening senkt das Risiko, an Prostatakrebs zu sterben, um 20 Prozent.“ Der Blick auf das absolute Risikoreduktion zeige dann aber: „Die regelmäßige Teilnahme am Screening senkt das Risiko, an Prostatakrebs zu sterben, von fünf auf vier Männer pro Tausend, also um 0,1 Prozent.“ Da Experten wie Laien absolute Risiken sehr wohl und gut verstünden, sollte dieses Format in der Kommunikation des Nutzens und Schadens den relativen Risiken stets vorgezogen werden, so Wegwarth.

Die Wissenschaftlerin warnte zudem davor, dass die oft ins Feld geführte Fünf-Jahres-Überlebensrate im Kontext von Früherkennungs-Bewertungen eine ungeeignete und verzerrende Statistik darstellt. Die oft gemachte Annahme, dass ein Anstieg in der Fünf-Jahres-Überlebensrate mit einer entsprechenden Senkung der Mortalität einhergehe, stimme, wie Studien zeigen, für die 20 häufigsten soliden Tumoren nicht. Grund dafür seien zwei systematische Verzerrungen: der Vorlauf-Bias („Lead-time“-Bias) und der Überdiagnose-Bias. Der Überdiagnose-Bias entstehe durch den Einschluss von Personen mit nicht progressiven oder langsam wachsenden Tumoren im Nenner der Statistik der Fünf-Jahres-Überlebensrate.

Ein Beispiel verdeutlicht den Effekt dieses Einschlusses: Man nehme an, dass in einer Population von 100.000 Menschen 1.000 tatsächlich an progressivem Krebs erkrankt sind, und niemand in dieser Population an der entsprechenden Früherkennung teilnimmt. Zu einem bestimmten Zeitpunkt wird bei diesen 1.000 erkrankten Personen anhand von Symptomen Krebs diagnostiziert. Fünf Jahre nach Diagnosestellung leben noch 680 der Betroffenen. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate beträgt damit 68 Prozent.

Nimmt nun dieselbe Population mit derselben Krebsinzidenz regelmäßig an der Früherkennung teil, so werden neben den progressiven Tumoren auch nichtprogressive Tumoren entdeckt. Wenn etwa neben den 1.000 progressiven Tumoren 1.000 zusätzliche nicht- oder langsam progressive Tumoren durch die Früherkennung entdeckt würden, die per definitio-

nem eine gute Überlebensprognose für die nächsten fünf Jahre haben, würden diese 1.000 in der Überlebensstatistik zu den 680 Überlebenden des progressiven Tumors hinzuaddiert. Dies führt dann dazu, dass sich die Überlebensrate künstlich erhöht – von 68 Prozent auf nun 84 Prozent –, ohne dass jedoch ein Menschenleben gerettet wurde.

Früherkennung kann laut Wegwarth aber noch zu einem weiteren Effekt führen, der die Fünf-Jahres-Überlebensstatistik verzerrt, nämlich jenem Effekt, lediglich den Zeitpunkt der Diagnose vorzulegen, ohne etwas am tatsächlichen Todeszeitpunkt zu verändern (Vorlauf-Bias). Wegwarth verdeutlichte diese Verzerrung an einem weiteren Beispiel: Wenn bei 100 Patienten, die nicht an einem Screening teilnehmen, anhand von Symptomen im Alter von 67 Jahren Krebs diagnostiziert wird und diese Patienten im Alter von 70 Jahren an der Erkrankung versterben, beträgt die Fünf-Jahres-Überlebensrate in dieser Gruppe null Prozent. Nimmt dieselbe Gruppe nun aber an einer Früherkennung teil und wird der Krebs bereits mit 60 diagnostiziert, würde die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei unverändertem Todeszeitpunkt von 70 Jahren bei 100 Prozent liegen.

Die Wissenschaftlerin präsentierte Studienergebnisse, wonach der Mehrzahl der Ärzte diese Verzerrungen nicht bekannt sind. Die einzig valide Statistik zur Beurteilung des Nutzens von Früherkennung ist für Wegwarth die krankheitsspezifische Mortalität.

## Kein Einfluss auf Gesamtsterblichkeit

In die gleiche Kerbe schlug auch Professor Dr. Ingrid Mühlhauser von der Universität Hamburg. Von 100 Frauen versterben laut Mühlhauser drei oder vier an Brustkrebs, 20 indes an anderen Krebserkrankungen. Das Risiko für eine Frau ab 60 Jahren, in den nächsten zehn Jahren an Brustkrebs zu erkranken, betrage zwischen zwei und drei Prozent. Eine Frau im Alter von 20 Jahren habe ein zehnpromotiges Risiko, bis zum 80. Lebensjahr an Brustkrebs zu erkranken. Mit steigendem Alter sinke dieses Brustkrebsrisiko aber sukzessive, stellte Mühlhauser Erkrankungswahrscheinlichkeiten vor, die verdeutlichen sollen, dass das in der Öffentlichkeit vermutete Erkrankungsrisiko höher ist, als es die konkreten Zahlen letztlich hergeben.

Würde man Screening-Programme darstellen, ob sich mit ihnen die Gesamtmortalität signifikant beeinflussen lässt, „dann müssten wir uns über Screening nicht weiter unterhalten“, sagte Professor Dr. Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG, mit Sitz in Köln. Nach den vorliegenden Zahlen sei das nämlich nicht der Fall. Gleichzeitig äußerten weder Betroffene oder Beteiligte Kritik. „Alle sind zufrieden“, sagte der Mediziner.

Problematisch sind für Windeler nicht die falschen Diagnosen, sondern die richtigen Diagnosen, die für den weiteren

Windeler nicht: „Wir sind weit davon entfernt – und das nicht nur praktisch, sondern auch theoretisch.“

## Tipps für das Patientengespräch

André Karger, Psychoonkologe am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Düsseldorf, stellte Strategien vor, Chancen und Risiken von Früherkennungsprogrammen für den Patienten so zu kommunizieren, dass dieser eine „informierte Entscheidung“ treffen kann. So plädiert er dafür, statt des absoluten das persönliche Risiko eines Patienten zu er-

Bei der Vermittlung von Informationen sollten sich Ärzte bewusst darüber sein, dass Patienten bis zu 80 Prozent der mitgeteilten Informationen nicht mehr erinnern oder nicht korrekt wiedergeben können. Karger stellte einige Tipps für die Informationsvermittlung vor:

- Der Arzt hält sich kurz und formuliert laienverständlich.
- Der Arzt bricht die Information auf die konkrete Situation des Patienten herunter.
- Der Arzt teilt dem Patienten zu Gesprächsbeginn mit, über welche Punkte er mit ihm reden möchte.
- Nach zwei oder drei Informationen legt der Arzt eine auch als solche wahrnehmbare Pause ein, um dem Patienten Zeit für Fragen zu geben.
- Durch eigene Fragen ermittelt der Arzt, ob der Patient die vermittelten Informationen auch aufgenommen und ob er diese verstanden hat.

## Perspektive des Hausarztes

Über seine Erfahrungen als Hausarzt in einer Düsseldorfer Gemeinschaftspraxis berichtete Dr. Ralf Raßmann. Er erlebt täglich, was Patienten über Früherkennungsuntersuchungen wissen, was sie erwarten und wie sie mit den diagnostischen Möglichkeiten umgehen. So habe ihm eine Patientin, bei der Raßmann per Koloskopie eine Krebserkrankung diagnostiziert hatte, gefragt: „Herr Doktor, warum habe ich nicht schon früher auf Ihren Rat gehört, eine Vorsorgekoloskopie machen zu lassen?“ Eine andere Patientin, bei der eine Check-up-Untersuchung acht Monate zuvor ohne Befund geblieben war und bei der danach ein Pankreaskarzinom diagnostiziert wurde, fragte ihn: „Konnte man den Krebs nicht vor acht Monaten schon erkennen?“

„Unsere Patienten wünschen sich, dass bei ihnen Krebs gar nicht erst entsteht“, sagt Raßmann. „Ist er doch da, soll er so früh erkannt werden, dass er gut behandelbar ist. Und der Patient will durch Früherkennung ein gutes Gefühl bekommen.“ Für Raßmann ist der hausärztliche Check-up derweil eine gute Gelegenheit, über Themen wie einen Rauchstopp, mehr Bewegung im Alltag und eine ausgewogene Ernährung zu sprechen. „Gemeinsam mit unseren Patienten können wir so im besten Fall das Risiko senken, an Krebs zu erkranken“, sagt Raßmann.



Foto: Henry Schmitt – Fotolia.com

Lebensverlauf indes irrelevant geblieben wären. Denn diese Überdiagnosen seien mit einer invasiven und aggressiven Übertherapie verbunden. Windeler: „Beides zusammen ist der wesentliche Schaden von Früherkennung.“ Der positive Befund einer Krebsdiagnose stelle immer einen – möglicherweise „irreversiblen“ – Schaden dar, während der gesundheitliche Nutzen für den Patienten zwar möglich, aber nicht sicher sei. Zwar entdecke man mit der Früherkennung auch mehr frühe Krebsstadien, sagte Windeler, aber er fügte an: „Dieser Befund schließt aber nicht einmal aus, dass sich die Prognose durch das Screening insgesamt verschlechtert.“

Dass die Früherkennung in den kommenden Jahren zum schärfsten Schwert im Kampf gegen den Krebs wird, sieht

örterten und dem Patienten darzulegen, wie oft es zu „richtig-positiven“, „falsch-negativen“ sowie „falsch-positiven“ Früherkennungsergebnissen kommt. Darüber hinaus empfiehlt er darzulegen, ob die Heilungschance bei früher Erkennung besser ist, als wenn der Krebs später erkannt wird, und wie viele Menschen durch Untersuchungen Schäden davontragen. Nach den Worten Kargers werden individuelle Risikoinformationen dabei nicht nur kognitiv, sondern auch emotional bewertet und verarbeitet. Dies kann zu völlig unterschiedlichen Reaktionen (zum Beispiel eine Über- oder Unterschätzung des Risikos) und Entscheidungen führen. Karger zufolge sollte das Arzt-Patienten-Verhältnis daher partizipativ ausgelegt werden.