

Antwort des Autors Prof. Dr. med. Michael Stöckle:

1. Das Interview mit Herrn PD. Dr. Dubben wurde mit folgendem Satz eingeleitet: „WELT ONLINE sprach mit dem Medizinstatistiker“. Ich sehe es nicht als meine Aufgabe an, andernorts die Richtigkeit einer solchen Berufsbezeichnung zu überprüfen. Darüber hinaus ist es üblich, die Korrekturabzüge von Publikationen gegenzulesen, bevor sie freigegeben werden. Herr PD. Dr. Dubben muss sich fragen lassen, ob es nicht *seine* Verpflichtung gewesen wäre, diese offenkundige Falschdarstellung zu beseitigen oder später klarzustellen, zumal sich das Interview zu einem sehr sensiblen Thema an Laien richtet, die die Seriosität einer Meinungsäußerung nicht zuletzt entsprechend der Qualifikation des Befragten beurteilen.
2. Herr PD Dr. Dubben hat in der „WELT“ nicht geäußert, dass er mit mehr als 50% Wahrscheinlichkeit ein Prostatakarzinom hat, sondern, dass man mit mehr als 50% Wahrscheinlichkeit ein Prostatakarzinom bei ihm fände, ließe er sich jetzt untersuchen. Ich habe festgestellt, dass er zum Zeitpunkt des Interviews noch keine 54 Jahre alt war. In der Altersgruppe zwischen 50 und 59 haben aber nur 6,8% einen PSA-Wert über 4 (1), unterhalb von 55 wahrscheinlich nur 3 oder 4%. Geht man dann davon aus, dass bei einer bioptischen Abklärung dieser PSA-Werte bei 25% der Betroffenen ein Prostatakarzinom gefunden wird, dann hätte man bei Herrn PD. Dr. Dubben bei einer PSA-gestützten Früherkennungsuntersuchung mit ungefähr 1% statt mit „mehr als 50%“ Wahrscheinlichkeit ein Prostatakarzinom gefunden.
Deshalb befremdet es mich, dass Herr PD Dr. Dubben in seiner Gegendarstellung weiterhin darauf beharrt, mit mehr als 50% Wahrscheinlichkeit ein Prostatakarzinom zu haben. Als Beleg für diese Aussage zitiert er eine Autopsie-Studie, die bei 314 afro-amerikanischen und an 211 „kaukasischen“ (Menschen europäischer Abstammung) Unfallopfern durchgeführt worden war. Dabei wurde den Unfallopfern die Prostata entnommen, in feinste Scheiben von 3mm Durchmesser geschnitten und dann auf die Prävalenz von mikroskopischen Prostatakarzinomfoci untersucht. In der 6. Lebensdekade fanden sich bei 46% der Afroamerikaner und bei 44% der Kaukasier solche Foci. Da sich Herr PD Dr. Dubben altersmäßig noch in der ersten Hälfte der sechsten Lebensdekade befindet, liegt sein Risiko, Träger solcher *latenter Karzinomherde* (So werden sie in der von ihm zitierten Arbeit auch charakterisiert) zu sein, sicher immer noch deutlich unter den von ihm behaupteten >50%. Davon abgesehen ist es aber schlicht unhaltbar und für mein Empfinden mehr als problematisch, wenn er einem Laienpublikum einzureden versucht, dass eine Früherkennungsuntersuchung zu einer Entdeckung und konsekutiv auch zu einer Behandlung dieser nur autoptisch nachweisbaren Tumorfoci führen würde. Herr PD Dr. Dubben verkennt den gravierenden Unterschied zwischen dem klinisch nachweisbaren und dem latenten Prostatakarzinom: Entgegen seiner Behauptung trifft es eben nicht zu, dass die moderne Medizin diese „Tumoren“ behandelt.

3. Die Aussage, „dass man 1.410 Männer untersuchen und 48 behandeln muss, um einen Tumortod zu verhindern“, stammt nicht von mir, sondern wurde von mir lediglich sinngemäß zitiert und kritisiert. Ich teile die Meinung von Herrn PD.Dr.Dubben nicht, dass diese Aussage falsch ist, sie wird aber irreführend wiedergegeben. Da zum Zeitpunkt der Analyse weniger als 15% der in der europäischen Screeningstudie zu erwartenden prostatakarzinombedingten Todesfälle eingetreten waren, macht eine solche Berechnung nach meiner Überzeugung keinen Sinn, weil sie im wesentlichen vom Zeitpunkt der Analyse beeinflusst wird. Die gleiche Auswertung hätte ein Jahr vorher wahrscheinlich zum Ergebnis geführt, dass man 14.000 Männer untersuchen muss, um einen Todesfall zu vermeiden. Die Zahl 1.410 wurde aber in vielen Organen der Laienpresse (z.B. *SPIEGEL*) in einer Form wiedergegeben, die beim Leser den Eindruck hinterlassen muss, es handle sich bei 1:1.410 um die Lebenszeitwahrscheinlichkeit, sich den Tod am Prostatakarzinom ersparen zu können. In Wahrheit zeigt sie nur die Wahrscheinlichkeit innerhalb eines 9-Jahreszeitraums.
4. Aus präliminären Daten, wie sie für die europäische Screeningstudie publiziert sind kann man aus den gleichen Gründen auch keine Schaden-Nutzen-Berechnungen ableiten (80-90% der prostatakarzinombedingten Todesfälle stehen noch aus, der Nutzen kann also noch gar nicht quantifiziert werden), beispielsweise die Überbehandlungsrate pro vermiedenem Todesfall. Da hilft auch kein Dreisatz.
5. Ich kann nicht erkennen, dass ich positivere Langzeitergebnisse prognostiziert habe. Nachfolgend nochmals die entsprechende Passage aus meinem Text: “Man kann aber sicher den Standpunkt vertreten, dass 9-Jahres-Ergebnisse noch instabil sein können, und dass man langfristige Ergebnisse dieser Studie abwarten sollte, bevor man das Screening generell empfiehlt, für das es aber sehr wohl auch jetzt schon gute Argumente gibt.“
6. Der vollständige Satz bzgl. der mathematischen Kompetenz von Ärzten lautete in der Tat „Viele Mediziner können einfach nicht mit Zahlen umgehen“. Ich bedauere, dass ich das Wort „Viele“ nicht mitzitiert habe.
7. Zusammenfassung: Das Thema Krebsfrüherkennung ist hochsensibel: Wer ein Laienpublikum über ein solches Thema informieren will, sollte sich seiner Sachkompetenz sicher sein, insbesondere sollte er in der Lage sein, wissenschaftliche Veröffentlichungen adäquat interpretieren und in den Gesamtzusammenhang des Krankheitsbildes einordnen zu können. Und er sollte vorsichtig mit Zahlen umgehen, die vielleicht nicht belastbar sind.

Literatur:

1. Brawer MK, Chetner MP, Beatie J, Buchner DM, Vessella RL, Lange PH (1992) Screening for prostatic carcinoma with prostate specific antigen. *J.Urol.* 147:841-845

Autor: Prof. Dr. med. Michael Stöckle, DGU- Generalsekretär

Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie Universitätsklinikum des Saarlandes