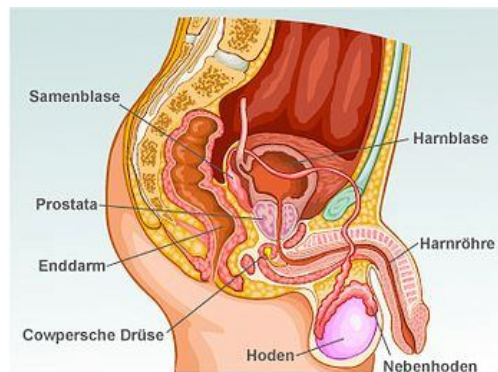




Die Prostata-Früherkennung rettet viele Männerleben [?]

Aus: Udo Pollmer, Susanne Warmuth, Gunter Frank: „Lexikon der Fitness-Irrtümer: Missverständnisse, Fehlinterpretationen und Halbwahrheiten von Aerobic bis Zerrung“ Seite 402 - 407 PIPER 2003



Quelle: <http://docmed.tv.vitanet.de/prostatakrebs/video-krankheitsbild>

Gilt der Busen als Symbol der Weiblichkeit, dient dem Manne das Gemächt [Genitale] als Zeichen seiner Herrlichkeit. Nur folgerichtig werden Erkrankungen an diesen edlen Körperteilen als **Bedrohung der sexuellen Identität** erlebt. Wegen dieser emotionalen Verbindung gehören Brust- und Prostatakrebs zu den absoluten Horrorszenerien. Im Falle der Prostata liegen die Dinge aber etwas anders als bei der Brust.

Denn Prostatakrebs ist zwar weitaus häufiger als Brustkrebs, doch er wächst in den meisten Fällen extrem langsam. Eine gute Voraussetzung für Früherkennungsmaßnahmen, sollte man meinen.

Hoch gesteckt waren deshalb die Erwartungen, als es in den 80iger Jahren gelang, einen Test zu entwickeln, von dem es hieß, er könne Prostatakrebs frühzeitig aufdecken. Beim so genannten PSA-Test wird das „prostataspezifische Antigen“ (PSA) bestimmt. Diese Substanz sorgt dafür, dass die Samenflüssigkeit auch wirklich flüssig ist.

In einer krankhaft oder altersbedingt vergrößerten oder auch nur durch einen Fahrradsattel gereizten Prostata entsteht mehr PSA, das sich auch im blut nachweisen lässt. Ab einem Wert von 4 Nanogramm pro Milliliter Blut [4 ng/ml] wird den Männern zur weiteren Abklärung eine Biopsie empfohlen. Wenn die Gewebeprobe den Verdacht auf Krebs erhärtet, folgt in der Regel eine Operation, bei der die Prostata entfernt wird, oder eine Strahlentherapie. So weit, so gut – oder auch nicht.

Denn die Vorsorge hat ihre Tücken.

Dr. Hildegard Kaulen [6] von der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* hat dies eindrucksvoll dargestellt:

„Prostatakrebs ist bei alten Männern sehr häufig. Man geht davon aus, dass im fortgeschrittenen Alter rund 50 von 100 Männern Prostatakrebs haben. Bei 40 dieser Männer verursacht der Krebs keinerlei Beschwerden und wird auch nicht die Todesursache sein. Diese Männer müssen deshalb nicht behandelt werden. Sie profitieren nicht von einer Früherkennung, sondern werden dadurch eher belastet. Bei 5 der übrigen 10 Männer ist der Tumor so weit fortgeschritten, dass ihnen keine Behandlung mehr helfen wird. Auch sie profitieren nicht von der Früherkennung, sondern werden früher mit ihrem unausweichlichen Schicksal konfrontiert. Von der Früherkennung profitieren nur die restlichen 5 % der Männer, deren Tumor noch behandelt werden kann. Diese Gruppe kann aber durch den Test nicht zweifelsfrei identifiziert werden. Selbst eine Gewebeprobe zeigt nicht eindeutig, wie aggressiv oder wenig aggressiv der Tumor ist.“

Halt, das darf doch nicht wahr sein!

Als Resultat der Früherkennung kämen demnach in erster Linie Gesunde unters Messer?

Da ist leider mehr als nur ein Körnchen Wahrheit dran. Eine Überprüfung des PSA-Tests anhand von 900 Patienten, die eine Radikaloperation über sich ergehen ließen, ergab, dass die Test-Resultate von geringem Wert sind. Das vernichtende Urteil des kalifornischen Forscherteams [11]: Der PSA-Test sei „klinisch nutzlos“. Statt bösartiger Tumore findet man damit zuverlässig nur gutartige Hyperplasien, also vergrößerte Organe ohne Krankheitswert.

Im Medizinerdeutsch lautet das Ergebnis wörtlich: „PSA-Werte zwischen 2 und 9 Nanogramm pro Milliliter weisen eine schwache und nicht zuverlässige Beziehung zum Prostatakrebs auf. Stark ist die Beziehung dagegen zum Prostatagewicht und damit zur benignen (gutartigen) Prostatahyperplasie.“

Wer unter den zum Grenzwert erhobenen 4 ng/ml liegt, kann trotzdem unheilbar an Prostatakrebs erkrankt sein, und wer deutlich höhere Werte aufweist, hat trotzdem wahrscheinlich nur eine ungefährliche Hyperplasie.

Das heißt, ob Sie mit „harmlosen“ 2 ng/ml oder „bedrohlichen“ 9 ng/ml nach Hause geschickt werden, Ihr Krebsrisiko ist fast das gleiche.

Aber dafür nimmt man doch zur Sicherheit noch eigens eine Gewebeprobe? Richtig. Allerdings ist diese ebenfalls unzuverlässig. Auch hier stimmen die Befunde der Vorsorge nicht mit der tatsächlichen Entwicklung des Gewebes überein, so das Resultat einer Gruppe von Pathologen, Urologen und Onkologen [12] aus Baltimore [Bundesstaat Maryland](USA).

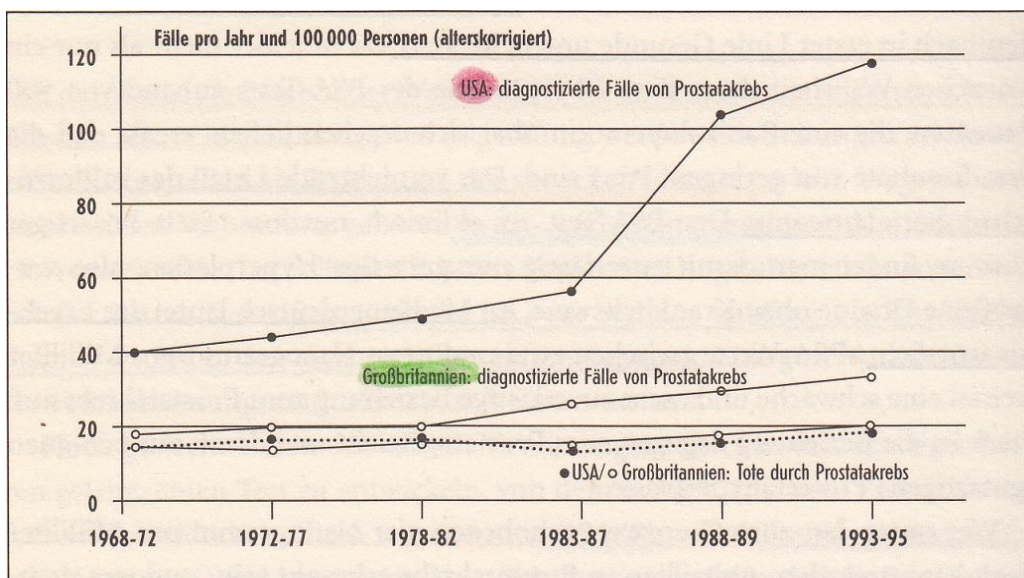
Wenn Ihnen das Gerangel um die Aussagekraft von Blutwerten und Gewebeproben zu verwirrend oder zu theoretisch ist, gehen wir in die Praxis.

Angenommen, die Vorsorgeuntersuchung mittels PSA-Bestimmung brächte etwas, dann müsste in Ländern oder Regionen, in denen viele Männer PSA-Tests machen, die Sterblichkeit aufgrund von Prostatakrebs niedriger sein als andernorts, wo man das nicht tut.

Solche Beispiele gibt es, etwa die Vereinigten Staaten und Großbritannien [1]: Seit Mitte der 80iger Jahre hat das PSA-Screening in den USA weite Verbreitung gefunden. Die Zahl der entdeckten Prostatakrebsfälle verdoppelte sich dadurch innerhalb von zehn Jahren.

Im Vereinigten Königreich dagegen wurde weit weniger gescreent. Logisch, dass die Zahl der Neuerkrankungen weniger stark anstieg. Wer nicht sucht, der findet auch nicht.

Nur eins war merkwürdig: Die Sterblichkeit aufgrund von Prostatakrebs hatte sich nach der Einführung des PSA-Tests in beiden Ländern so gut wie nicht geändert (siehe Abbildung).



In den USA werden seit Mitte der achtziger Jahre PSA-Screenings durchgeführt. Dadurch stieg die Zahl der entdeckten Fälle von Prostatakrebs stark an. In Großbritannien werden weniger PSA-Tests durchgeführt, daher gibt es auch weniger entdeckte Prostatakrebsfälle. Doch obwohl in den USA wesentlich mehr Krebsfälle entdeckt und behandelt werden, sterben nicht weniger Männer an Prostatakrebs als in Großbritannien (nach Tannock 2002).

Die gleiche Beobachtung machten amerikanische Forscher, die eine Studiengruppe [2] aus dem Raum Seattle [Bundesstaat Washington/USA] mit einer anderen Gruppe im Staat Connecticut verglichen, insgesamt über

200.000 Männer. Zwischen 1987 und 1990 wurden in Seattle fünfmal mehr PSA-Tests und doppelt so viele Biopsien durchgeführt wie in Connecticut.

Folge war natürlich, dass man in Seattle doppelt so viele Prostata-Neuerkrankungen zu vermeiden hatte wie in Connecticut. Weitere Folgen waren sechsmal mehr Prostataentfernungen und mehr als doppelt so viele Strahlentherapien in Seattle!

Und doch nützte alles nichts: In Seattle starben nicht weniger Männer an Prostatakrebs als in Connecticut.

Der Fachinformationsdienst *arznei-telegramm* [8] beklagt, dass es vielen Menschen, auch Fachleuten, einfach nicht einleuchten will, dass die Prostata-Früherkennung weder den Krankenstand noch das Leben verlängert „und somit keine anderen Konsequenzen haben könnte als die Risiken der Verängstigung und gefährlicher diagnostischer und therapeutischer Folgeeingriffe“.

Dazu zählen „insbesondere Impotenz und Inkontinenz (...) oder Störungen der Sexual- und Darmfunktion als Folge einer Strahlentherapie. Hinzu kommt die psychische Belastung durch eine Krebsdiagnose, besonders bei denen, die sich für kontrolliertes Abwarten entscheiden“.

Kontrolliertes Abwarten ist für diejenigen eine Alternative, die sich aus den genannten Gründen völlig rational gegen eine vorschnelle Operation entscheiden. Dies schützt sie aber nicht davor, jeden Morgen mit dem Bewusstsein aufzuwachen, Krebs zu haben.

Gavin Yamey [13], einer der Herausgeber des *Western Journal of Medicine*, hielt seinen Kollegen vor:

„Sie machen einen Mann, der niemals erfahren hätte, dass er Krebs hat, inkontinent und impotent und versetzen ihn in Angst und Schrecken. Die Risiken, die damit verbunden sind, sind größer als die Wahrscheinlichkeit, ein Leben zu retten.“

Yameys kritische Äußerungen riefen massive Proteste hervor, bei denen er sogar mit dem KZ-Arzt [Josef] Mengele verglichen wurde. Der Protest kam nicht nur von seinen ärztlichen Kollegen und Testherstellern, sondern auch von Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen.

In der Öffentlichkeit wirken zumindest deren Stellungnahmen glaubwürdig, gelten sie doch frei von „kommerziellen Interessen“. Aber die Geschäftsleute aus der Medizinbranche wissen dies natürlich und lassen sich auch die „Information“ von Selbsthilfegruppen etwas kosten.

„Ich weiß, dass einige Gruppen Geld von Firmen erhalten, die kommerziell Tests oder Behandlungen anbieten“, sagt Yamey.

Fazit: Die derzeitigen propagierte Form der Früherkennung des Prostatakrebses ist eine Kapitalvernichtung auf Kosten von Wohlbefinden und Lebensqualität der Patienten.

Die amerikanischen Präventivexperten von der U.S Preventive Services Task Force [4] geben daher die Empfehlung, nicht an Screenings zur Prostata-Früherkennung teilzunehmen. Zum gleichen Ergebnis kam das National Screening Committee in Großbritannien, das ebenfalls diese Art der Vorsorge mangels Nutzens ablehnt. Auch das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin [5] spricht sich gegen die Einführung von flächendeckenden Vorsorgeuntersuchungen.

Natürlich kann man verstehen, dass ein junger Mediziner, der zum ersten Mal machtlos zusehen musste, wie ein Patient mit einem metastasierten Prostatakrebs leidvoll starb, alles daran setzen möchte, anderen dieses Schicksal zu ersparen. Dass er – ähnlich wie der besorgte Mann vor ihm im Sprechzimmer – an die Aussagekraft des [PSA-] Tests glauben möchte.

Aber von Fachgesellschaften und ihren Exponenten darf man eine abgewogene Einschätzung verlangen, die der Komplexität der Problematik gerecht wird. Sonst müssen sie sich den Vorwurf gefallen lassen, es ginge ihnen mehr um ihren Geldbeutel als um die Gesundheit der Patienten. Mit unnötigen Operationen und Nachbehandlungen lassen sich Praxen und Krankenhäuser schließlich auch füllen.

Doch die Interessengruppen tun sich schwer. So stellte die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften fest: „Die Effektivität der Früherkennung beim männlichen Prostatakarzinom ist zur Zeit unbewiesen.“ Dennoch empfiehlt sie in der entsprechenden Leitlinie das PSA-Screening.

Und in den USA wirbt eine medizinische Fachgesellschaft mit dem Slogan: „Das schönste Geschenk zum Vatertag: ein PSA-Test für Zuhause!“

Wenn das Saarland mit seiner Bundesinitiative Erfolg hat, wird das PSA-Screening vielleicht demnächst als Früherkennungsmaßnahme von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Wenn das nicht der Fall ist, wird der Test als freiwillige Leistung (Kostenpunkt ca. 25 Euro) angeboten.

Hauptergebnis wird in vielen Fällen der Einstieg in einen lebenslangen Kapitaltransfer sein, denn auf den Test folgen teure Operationen und langwierige Therapien. Danach müssen die Nebenwirkungen behandelt werden. Gar nicht zu reden vom Verlust an Lebensqualität für die Betroffenen und ihre Familien.

Fragt sich, wo hier eigentlich Geld gespart und Kosten gesenkt werden.

Text und Tabelle:

Udo Pollmer, Susanne Warmuth, Gunter Frank: „Lexikon der Fitness-Irrtümer: Missverständnisse, Fehlinterpretationen und Halbwahrheiten von Aerobic bis Zerrung“ Seite 402 - 404 - 407 PIPER 2003

Quellen:

- [1] Ian F. Tannock: „Eradication of a disease: how we cured symptomless prostate cancer“ Lancet 2002/ 359/S. 1341 f.
- [2] Grace Lu-Yao et al.: „Natural experiment examining impact of aggressive screening and treatment on prostate cancer mortality in two fixed cohorts from Seattle area and Connecticut“ BMJ 2002;325:740
- [3] Gerd Gigerenzer: „Das Einmaleins der Skepsis - Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken“ (Calculated Risks: How to Know When Numbers Deceive You. Simon & Schuster 2002) BTV 2002
- [4] Russell Harris, Kathleen N. Lohr: „Screening for Prostate Cancer: An Update of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force“ Annuals of Internal Medicine 2002;137(11):917-929
- [5] J. Windeler, M. Perleth: „Stellungnahme des Deutschen Netzwerks. Evidenzbasierte Medizin (DNEbM e.V.) zu Forderungen nach Einführung eines PSA-screenings“ 11.3.2002 In: www.ebm-netzwerk.de/psa_screening.pdf
- Windeler J, Perleth M, Antes G: „Die Zeit ist nicht reif. Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. zur Prostatakarzinom-Früherkennung“ Deutsches Ärzteblatt, 2003; 100 (39): A2488 - A2490
- [6] Dr. Hildegard Kaulen: „Ein schlüpfriger Test“ Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23.4.03, S. N1
- [7] Deutsche Gesellschaft für Urologie et al.: „PSA-Bestimmung in der Prostatakarzinomdiagnostik (Früherkennung des Prostatakarzinoms), AWMF-Leitlinien-Register Nr. 043/036, Stand 09/2002. In: www.uni-duesseldorf.de/www/awmf/ll/uro-36.htm
- [8] Anon.: „PSA-Screening zur Früherkennung des Prostatakarzinoms“ arznei-telegramm 2003/34/ S. 33f.
- [9] K. Koch: „Nicht die ganze Wahrheit. Kampagnen zur Früherkennung von Prostatakrebs zeichnen ein Bild, das nicht dem Stand des Wissens entspricht“ Süddeutsche Zeitung 17.12.2002, S. 18
- [10] G. Watts: „Safe or sorry“ New Scientist, 22.6.2002, S. 34ff.
- [11] T. A. Stamey et al.: „Preoperative serum prostate specific antigen levels between 2 and 22 ng./ml. correlate poorly with post-radical prostatectomy cancer morphology: prostate specific antigen cure rates appear constant between 2 and 9 ng./ml“ The Journal of Urology Volume 167, Issue 1 , Pages 103-111, January 2002
- [12] Angelo M. DeMarzo et al.: „Pathological and molecular aspects of prostate cancer“ Lancet 2003 Volume 361, Issue 9361, Pages 955-964
- [13] <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/about-us/who-we-are/gavin-yamey>
- [Meine Ergänzungen] Dr.med. Alois Dengg, Hollenzen 100, A-6290 Mayrhofen, www.dr.aloisdengg.at