

dienverlauf beeinflussen kann. Wir sollten den Autoren dankbar sein, dass Sie uns auf Schwachstellen der Klinischen Großstudien auf diese Art und Weise aufmerksam gemacht haben.

Dr. med. Philipp Conradi, Otto-Dix-Ring 98, 01219 Dresden

Schwangere und Rauchen

Zu einer Pilotstudie, die die Wirkung von finanziellen Anreizen für Tabakabstinenz bei schwangeren Raucherinnen untersucht (DÄ 24/2018: Randnotiz „Geld gegen Zigarette“ von Thorsten Maybaum).

Soziale Dekadenz

In der Randnotiz der Ausgabe 24/2018 habe ich mit Überraschung gelesen, dass die Vivantes Klinik in Berlin-Neukölln nun den schwangeren Raucherinnen die Teilnahme an einem Entwöhnungsprogramm anbietet, in dem neben einer psychologischen Unterstützung auch Geldprämien fürs Nichtrauchen angeboten werden. Ich denke, die Gesundheit des eigenen Kindes ist das Hauptinteresse von jeder normalen Mutter. Das anständige und zivilisierte Benehmen soll doch normal sein und nicht nur das Resultat von einer finanziellen Spritze. Damit wird ein ganz schlechtes Signal an die Gesellschaft gesendet, dass die Moral und das rücksichtsvolle Verhalten eine Frage des Geldes sind.

Dr. med. Michal Chmelik, 75172 Pforzheim

PSA-Screening

Die Debatten um Nutzen und Risiken von Früherkennungsmaßnahmen basieren häufig auf intransparenter Kommunikation und mangelndem Verständnis der medizinischen Evidenz. Ein Autoren-Beitrag über möglichen Nutzen und Schaden des PSA-Screening (DÄ 13/2018: „Möglicher Nutzen und Schaden“ von Niklas Keller et al. sowie zum Beitrag „Diagnose ohne Effekt“ von Rüdiger Meyer).

Widerspruch

Wir begrüßen die Darstellung der Autoren um Dr. Keller (Dtsch Ärztebl 2018, 115 (13), A583–7) zur Risikokommunikation von Früherkennungsmaßnahmen bei Erkrankungen. Angaben zu absoluten anstelle relativer Risiken sowie zur Prävalenz und Gesamt mortalität werden gefordert. Die Autoren betonen, dass widersprüchliche Diskussionen über Nutzen und Scha-

den von Früherkennungsmaßnahmen im Wesentlichen auf einer intransparenten Kommunikation von wissenschaftlicher Evidenz beruhen.

Dafür wird das Beispiel des PSA-Testes herangezogen. Dies kann jedoch in Form der vorliegenden Darstellung nicht unwidersprochen bleiben, denn die Sichtweise zum „PSA-Screening“ und die Anwendung des PSA-Testes hat sich inzwischen gewandelt. Die Autoren lassen neue Erkenntnisse und Leitlinien-Empfehlungen unberücksichtigt (ausführliche Literatur im unten aufgeführten Link). Vielmehr entsteht der Eindruck, dass die Autoren selbst ihrer Forderung nach transparenter Kommunikation von wissenschaftlicher Evidenz nur unzureichend nachkommen. Dies wird auch dadurch unterstützt, dass dem Autorenteam kein Urologe angehört und sich deshalb wahrscheinlich auch die Argumentationskette nicht mit der gängigen klinischen Praxis deckt. Es dürfte auch nicht dadurch zu kompensieren sein, dass der PSA-Entdecker als Seniorautor des Artikels fungiert. Die Publikation des Artikels in der vorliegenden Darstellung mag auch der Tatsache geschuldet sein, dass der Artikel leider nicht dem möglichen Korrektiv eines kontrollierenden Peer-Review-Verfahrens unterzogen wurde. Wir möchten daher auf diesem Wege im Ärzteblatt auf die Ausführungen von Keller et al. eingehen.

In einem Leserbrief mit 2 500 Zeichen lässt sich die Problematik jedoch nur unzureichend behandeln. Wir haben uns daher entschlossen, einen ausführlichen Beitrag dem interessierten Leser über die Zeitschrift „Der Urologe“ unter folgendem Link zugänglich zu machen <http://daebl.de/NE75>.

Prof. Dr. med. Carsten Stephan, Prof. Dr. med. Thorsten Schlomm, Prof. Dr. med. Klaus Jung, 10098 Berlin

Gefährdung richtig abschätzen

In ihrem Beitrag zum PSA-Screening weisen die Autoren dringlich und mehrfach begründet darauf hin: „Unabhängig von der Effektstärke sollten deshalb ausschließlich absolute, nicht relative Risiken kommuniziert werden“. Das ist deshalb so relevant, da „relative Risiken steigern zusätzlich die wahrgenommenen Unterschiede zwischen Studienergebnissen, was Meinungsverschiedenheiten weiter verstärkt“.

Aber nur eine Seite später (C 513) referiert Rüdiger Meyer in „Studien im Fo-

kus“ ein „5-fach erhöhtes Risiko“ für tiefe Venenthrombosen bei Varikosis-Patienten im Vergleich zu Kontrollpatienten. Aus den zitierten Werten von HR = 5.30 (Chang et al. 2018) und OR = 7.33 (Müller-Bühl et al. 2012) kann der Leser natürlich nicht erkennen, wie hoch die tatsächlichen Risiken sind.

Liest man in den Originalarbeiten nach, dann beträgt die absolute Risikoerhöhung für tiefe Venenthrombosen bei Chang et al. 4 % (Kontrolle 0,9 %, Varikosis-Patienten 4,9 %) und bei Müller-Bühl et al. 4,7 % (Kontrolle 0,9 %, Varikosis-Patienten 5,6 %). Diese absoluten Differenzen sind natürlich immer noch erklärungs- und vielleicht auch behandlungsbedürftig, aber der Leser wäre nun in der Lage, die Größenordnung der Gefährdung abzuschätzen: Nur etwa jeder 20. Varikosis-Patient hat mit einer tiefen Venenthrombose zu rechnen, 19 Patienten sind nicht von dieser Komplikation betroffen.

Prof. Dr. med. Frank P. Meyer, 39164 Wanzleben-Börde

Effektive Diagnose

Eine einmalige Bestimmung reicht sicher nicht. Aber das andere Extrem, dass die PSA von einer renommierten Uniklinik Patienten-Stress-Amplicator sei, kann ich aus persönlicher Erfahrung schwer nachvollziehen. Ich machte regelmäßig meine Krebsvorsorge mit PSA-Bestimmung. 2016 war die PSA noch bei 0,4 ng/ml, stieg 2017 auf 4,1 ng/ml. Dieser Anstieg hat dem urologischen Kollegen „nicht gefallen“, obwohl die Prostata auch sonografisch absolut unauffällig war. Auf seinen Vorschlag hin ließ ich mir eine Zystoskopie und Prostatabiopsien durchführen. Das Ergebnis war für mich zuerst niederschmetternd: Prostata-Ca! Ich entschloss mich innerhalb einer Woche zu einer totalen Prostatektomie. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab, dass die Lymphknoten nicht befallen waren, auch hatte das Karzinom die Organgrenze noch nicht überschritten, war gewissermaßen noch ein „Carcinoma in situ“. Die OP verlief sehr gut, der Operateur meinte, ich könne nun das Prostata-Ca vergessen. Soweit zur Wertigkeit der PSA.

Dr. med. Peter Pohl, 74336 Brackenheim

Leserbriefe per E-Mail richten Sie bitte an leserbriefe@aerzteblatt.de, Briefe an das Deutsche Ärzteblatt, Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin. Die Redaktion wählt Briefe zur Veröffentlichung aus und behält sich Kürzungen vor.