

Forum

**Diagnostischer Overkill –
Die Schweizer Melanom-Guidelines
im internationalen Vergleich**

Die kürzlich publizierte schweizerische Melanom-Guideline [1] enthalte «Empfehlungen, welche weitgehend mit internationalen Standards übereinstimmen». Wer aber diese schweizerische mit ausländischen Guidelines vergleicht, stellt fest, dass die schweizerische Guideline – nach deutschem Muster [2] – einem *diagnostischen Übereifer* huldigt. Dieser diagnostische Overkill steht nicht nur in klarem Widerspruch zu den dürftigen therapeutischen Konsequenzen, sondern auch zu den Empfehlungen des «Australian Cancer Networks» [3] und der «American Academy of Dermatology» [4]. Wir schlagen drei Alternativen zu den Empfehlungen der Schweizer Expertengruppe vor.

Ohne Daten über den Nutzen, nur «gestützt» auf die persönliche Erfahrung der Autoren (Evidenzgrad V), empfiehlt die Schweizer Guideline bei *allen neu diagnostizierten* Melanompatienten apparative Zusatzuntersuchungen – unabhängig(!) vom Risiko. Für Patienten mit einer Tumordicke zwischen 1 und 4 mm werden *jährliche Verlaufskontrollen* mit Röntgenthorax, Sonographie und Tumormarker, bei einer Tumordicke von >4 mm zusätzlich jährliche PET bzw. CT-Kontrollen empfohlen.

Im Gegensatz dazu empfehlen die Australier und Amerikaner, sich auf die sorgfältige klinische Untersuchung zu beschränken und Zusatzuntersuchungen nur bei konkretem Verdacht auf Metastasen einzusetzen:

- «Extensive investigation for systemic metastases in patients with primary melanoma is not recommended. Investigations such as CT, MRI and PET should be utilised only where specific symptoms suggest the presence of metastases». [3].
- «The results of routine interval history and physical examination should direct the need for laboratory tests and imaging studies» und «There is strong evidence that routine imaging studies including chest x-ray and blood work have limited, if any, value in the follow-up of asymptomatic patients» [4].

Die amerikanische Guideline verweist sogar auf eine Studie [5] mit mehr als 800 operierten Melanompatienten. Nur bei einem von 876 Patienten (0,1%) wurden im Thoraxbild Lungenmetastasen gefunden. Hingegen waren bei 130 Patienten (15%) die Thoraxaufnahmen falsch positiv mit vielen

Nachteilen: «The false positive rate was approximately 15% and led to costly and unnecessary investigations that may have contributed to an increase in patient anxiety».

Warum überhaupt diese Kritik?

Ziel der aufwendigen apparativen Untersuchungen ist die Früherkennung von asymptomatischen Metastasen. Leider konnte bis jetzt noch nie nachgewiesen werden, dass ein Frühbehandlung von asymptomatischen Metastasen die Prognose zu verbessern mag: «There is no evidence at present time that detection of systemic recurrences of melanoma prior to the development of symptoms offers any survival benefit to the patient.» [3]. Hingegen dürfte die Früherkennung und Frühbehandlung von systemischen, asymptomatischen Melanommetastasen zu einer erheblichen Beschränkung der Lebensqualität führen, dies aus folgenden Gründen:

- Die Betroffenen werden – meist ungefragt – mit der Tatsache einer unheilbaren Krankheit konfrontiert, und dies zu einem Zeitpunkt, da sie sich sonst noch gesund fühlen würden. Die unausgesprochene Frage lautet: «Sind Sie einverstanden, dass wir nach einer unheilbaren Krankheit suchen, die man leider kaum behandeln kann?»
- Fundierte Studien zeigen, dass viele Patienten Abklärungen und Behandlungen nicht zustimmen, wenn sie wissen, wie wenig sie nützen oder wie belastend sie sind [6].
- Die verfügbaren palliativen(!) Therapien sind zwar fast ausnahmslos mit beträchtlichen Nebenwirkungen verbunden ...
- ... sind aber leider nur ausnahmsweise wirksam mit kaum 25% Remissionen [3]. Selbst die Schweizer Guideline spricht von «sehr bescheidenen Ansprechraten».
- Nur sehr selten werden Solitärmetastasen gefunden, die chirurgisch entfernt werden können, was auch die australische Guideline bei symptomatischen Metastasen empfiehlt. Die Evidenz, dass dies zu einer Verbesserung der Prognose führt, ist sehr schwach oder fehlt ganz.

Vorschläge

Zu den in sich selbst und zu internationalen Standards widersprüchlichen Empfehlungen der Schweizerischen Expertengruppen sehen wir folgende Alternativen:

- *Auf Überdiagnostik verzichten*, analog den australischen und amerikanischen Empfehlungen.
- *Den Wert der Metastasenfrühbehandlung im Rahmen einer prospektiv randomisierten Studie überprüfen*. In Anlehnung an Studien bei Mammakarzinom-Patientinnen [7–9] wird die Interventions-

gruppe regelmässig mit bildgebenden Verfahren und Tumormarkern, die Kontrollgruppe hingegen im selben Intervall «nur» klinisch untersucht. (Die Metastasen-Früherkennung bei den Mammakarzinom-Patientinnen hatte keinen Einfluss auf die Überlebenszeit.) Apparative Zusatzuntersuchungen finden in der Kontrollgruppe erst beim Auftreten von metastasenverdächtigen Beschwerden statt. Patienten, welche sich nicht an der Studie beteiligen wollen, werden rein klinisch nachkontrolliert.

- *Shared decision making* [9]: Patienten werden mit der nötigen Empathie über die bescheidenen und teilweise belastenden therapeutischen Konsequenzen informiert, bevor gemeinsam mit ihnen ein individuelles Nachsorgekonzept vereinbart wird.

Diese Guideline ist revisionsbedürftig – je rascher, desto besser. Wollen Sie mit Ihren Feedbacks dazu beitragen?

*Dr. med. C. Marti, MediX-Ärzteverbund,
Zürich*

- 1 Dummer R, Bösch U, Panizzon R, Bloch PH, Burg G. Guideline zur Therapie und Nachsorge des kutanen Melanoms. Schweiz Ärztezeitung 2001;81:1080-6.
- 2 Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Malignes Melanom der Haut. Interdisziplinäre kurzgefasste Leitlinie. www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/derm-o05.htm
- 3 Australian Cancer Network. Guidelines for the Management of Cutaneous Melanoma. www.cancer.org.au/acnpublic.htm
- 4 American Academy of Dermatology. Guidelines of Care for Primary Cutaneous Melanoma. www.aad.org/Guidelines/malignantmelanoma.htm
- 5 Terhune MH, Swanson N, Johnson TM. Use of chest radiography in the initial evaluation of patients with localized melanoma. Arch Dermatol 1998;134:569-72.
- 6 Volk JR, Cass AR, Spann SJ. A randomized controlled trial of shared decision making for prostate cancer screening. Arch Fam Med 1999;8:333-40.
- 7 The GIVIO Investigators. Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients: a multicenter randomized controlled trial. JAMA 1994; 271(20):1587-92.
- 8 Rosselli Del Turco M, Palli D, Cariddi A, Ciatto S, Pacini P, Distanti V. Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer: a randomized trial. JAMA 1994;271(20):1593-7.
- 9 Büchi M, Bachmann LM, Fischer JE, Peltenburg M, Steurer J. Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. Schweiz Ärztezeitung 2000;81:2776-80.

Tumordickenmessung nach Breslow

Zum Artikel von Dummer et al. [1] möchte ich folgendes hinzufügen:

Bemerkungen

Die Beschreibung der Tumordickenmessung nach Breslow ist m.E. unverständlich (S. 1081, 1.1). Die Messung erfolgt vom Stratum granulosum – gemäss Autoren Obergrenze (?) der Epidermis – bis zur tiefsten Stelle des Melanoms. Breslow und Macht beschreiben die Tumordickenmessung wie folgt: «Maximal thickness is measured with an ocular micrometer, and is the distance from the deepest point of invasion to the top of the granular cell layer of the overlying epidermis. If the lesion is ulcerated, the ulcer base serves as the point of reference.» [2] In Tabelle 4 (S. 1086) scheinen in der letzten Spalte in den letzten drei Zeilen die Blutuntersuchungen (23, 13 und 13 jährlich) zu häufig stattzufinden. Es ist anzunehmen, dass 2–3 und 1–2 Untersuchungen pro Jahr gemeint sind.

Fragen bzw. fehlende Empfehlungen

- Wie viele Stellen nach dem Komma sollen bei der Angabe der Tumordicke nach Breslow erwähnt werden? Meines Erachtens genügt eine.
- Wie ist die Empfehlung des therapeutischen Vorgehens bei invasiv wachsenden Melanomen der ALM an Fingern/Zehen, insbesondere am Daumen/Zehen? Soll amputiert werden oder eine Nachexzision erfolgen?

Dr. med. B. E. Paredes, Bern

- 1 Dummer R, Bösch U, Panizzon R, Bloch PH, Burg G. Guideline zur Therapie und Nachsorge des kutanen Melanoms. Schweiz Ärztezeitung 2001;81:1080-6.
- 2 Breslow A, Macht SD. Evaluation of prognosis in stage I cutaneous melanoma. Plastic Reconstr Surg 1978;61:342-6.

Repliken

Stellungnahme zum Leserbrief von Dr. C. Marti

Der Leserbrief von C. Marti zeigt deutlich, dass die Besonderheiten des malignen Melanoms vielen Kollegen nicht genügend bekannt sind. Herr Marti schreibt, dass die aktuellen Schweizer Melanom-Guidelines apparative Zusatzuntersuchungen unabhängig vom Risiko empfehlen. Einmalig werden Ultraschalluntersuchungen der Lymphknoten, des Abdomens und ein Röntgenthorax empfohlen, wenn der betreuende Arzt es für nötig hält. Hier geht es vor allem darum, Läsionen, wie z.B. Hämangiome in der Leber, frühzeitig zu erkennen, damit in folgenden Jahren aufwendige Abklärungen vermieden werden.

Die Organisation der Nachsorgeuntersuchungen wird in unserer Spezialsprechstunde den Patienten sehr sorgfältig erläutert. Es wird Herrn Marti verwundert, dass fast ausnahmslos alle Patienten die klar strukturierten Richtlinien begrüßen und sich durch die konsequente Betreuung wesentlich sicherer fühlen. Wir gehen davon aus, dass eine gute Nachsorge die Lebensqualität unserer Patienten erhöht.

Wer die Nachfolge-Guidelines realistisch durchdenkt, stellt fest, dass bei mehr als $\frac{3}{4}$ aller Melanopatienten keine bildgebenden Verfahren im Follow-up vorgesehen sind. Die bildgebenden Verfahren beschränken sich risikoadaptiert auf Patienten mit höherem Risiko mit einer Begrenzung von 5 Jahren. Diese Empfehlungen decken sich weitgehend mit denen des «American Joint Committee on Cancer Stages I–III» [1]. Aufwendige Untersuchungen werden erst ab einer Tumordicke von >4 mm bzw. bei Zustand nach Metastasierung in die Lymphknoten empfohlen. Für diese Patientenkollektive sind teure adjuvante Therapien mit Roferon (Tumordicke >1,5mm) und Hochdosis Intron-A (Alpha-Interferone) zugelassen. Damit liegt es auf der Hand, dass, falls eine solche Behandlung eingesetzt wird, der Therapieerfolg regelmässig kontrolliert werden muss, und, falls sie nicht eingesetzt wird, dokumentiert werden muss, dass die Erkrankung wirklich nicht aktiv ist. Es erscheint fraglich, ob die Zulassung dieser Medikamente für die Indikation adjuvante Therapie des Melanoms bei Herrn Martis Argumentation berücksichtigt wurde.

Sicherlich ist richtig, dass der Wert der Früherkennung der Metastasen noch aussteht. Für Lymphknotenmetastasen wissen wir jedoch, dass die Überlebenszeit vom Ausmass des Befalls und von der Zahl der befallenen Lymphknoten abhängt [2]. Insofern erscheint es offensichtlich, dass eine Frühentfernung eines befallenen Lymphknotens im Rahmen einer entsprechenden Lymphadenektomie die Prognose verbessert. Röntgenthoraxuntersuchungen erlauben eine Beurteilung des am häufigsten von Fernmetastasen befallenen Organs [1]. Operative Massnahmen bei isoliertem Lungenbefall verlängern die Überlebenszeiten [3]. Die PET-Untersuchung hat sich in einer Zürcher Studie als kostenneutral herausgestellt, da wegen der hohen Spezifität Zusatzuntersuchungen vermieden werden können. Randomisierte Studien zum Wert der Nachsorge wurden bereits initiiert.

Ein Wissensdefizit besteht offensichtlich auch bei den heutigen palliativ-therapeutischen Möglichkeiten. Sicherlich sind sie heute in der Regel mit geringen oder kaum Nebenwirkungen verbunden. Unter anderem kommen milde chemoimmuntherapeutische Verfahren, Gentherapieansätze und Vakzinierungskonzepte [5, 6] zur Anwendung.

Wir empfehlen, dass die Versorgung von Hochrisiko-Melanompatienten in Zentren stattfindet, die sich schwerpunktmässig mit diesen Krankheitsbildern auseinandersetzen. Niedrigrisiko-Patienten sollen in der dermatologischen Praxis nachkontrolliert werden. Bei diesen Patienten geht es in erster Linie um eine sichere Beurteilung von neuen pigmentierten Hautveränderungen [4]. Der Leserbrief von Herrn Marti zeigt doch, dass in vielen Kreisen das Melanom undifferenziert und mit ungenügender Berücksichtigung der neuen therapeutischen Entwicklungen [5, 6] betrachtet wird. Wir empfehlen allen Kollegen in der Praxis, einen Dermatologen für diese Fragestellungen hinzuziehen und bei Hochrisikosituationen Melanopatienten einem qualifizierten Zentrum zuzuweisen.

Stellungnahme zum Leserbrief von Dr. B. E. Paredes

Wir danken Herrn Paredes für seine Anmerkung und Präzisierung. Wie der Titel der Guidelines sagt, geht es hier um eine Guideline zur Therapie und Nachsorge. Empfehlungen zur histologischen Untersuchung und deren Berichterstattungen liegen in der Literatur vor.

Prof. Dr. med. R. Dummer, Zürich;
Prof. Dr. med. R. Panizzon, Lausanne;
Dr. P. H. Bloch, Solothurn;
Prof. Dr. med. G. Burg, Zürich

- 1 Poo-Hwu WJ, Ariyan S, Lamb L, Papac R, Zelterman D, Hu GL, et al. Follow-up recommendations for patients with American Joint Committee on cancer stages I–III malignant melanoma. Cancer 1999;86:2252-8.
- 2 Voit C, Mayer T, Kron M, Schoengen A, Sterry W, Weber L, et al. Efficacy of ultrasound B-scan compared with physical examination in follow-up of melanoma patients. Cancer 2001;91:2409-16.
- 3 Jaklitsch MT, Mery CM, Lukanich JM, Richards WG, Bueno R, Swanson SJ, et al. Sequential thoracic metastasectomy prolongs survival by re-establishing local control within the chest. J Thorac Cardiovasc Surg 2001;121:657-67.
- 4 DiFronzo LA, Wanek LA, Morton DL. Earlier diagnosis of second primary melanoma confirms the benefits of patient education and routine postoperative follow-up. Cancer 2001;91:1520-4.
- 5 Nestle FO, Aljagic S, Gilliet M, Sun Y, Grabbe S, Dummer R, et al. Vaccination of melanoma patients with peptide- or tumor lysate-pulsed dendritic cells. Nat Med 1998;4:328-32.
- 6 Dummer R, Nestle FO, Burg G. Immuntherapie des Melanoms. Dtsch Med Wochenschr 2000;125:1240-2.

Forum

**SUVARISK «Le rire est bon pour la santé»**

Vous avez probablement tous reçu la dernière nouveauté de la CNA (SUVA), à savoir une bande dessinée intitulée «Le rire est bon pour la santé». Régulièrement, nous recevons des fascicules sur papier glace à propos des élucubrations des collègues et des «gratte-papier» de la CNA avec publicité à l'appui pour des lunettes, des casques et des études sur la distorsion de telle ou telle articulation; bref, une montage d'informations inutiles pour l'immense majorité des médecins installés. Est-ce bien le rôle d'une assurance de faire ce genre de publication? En tous cas, ce dernier petit livre est «la goutte d'eau qui fait déborder le vase» et je trouve incroyable, même irrespectueux pour les cotisants, de vilipender cet argent pour publier et distribuer ce genre d'inepties d'un goût plus que douteux ...!

Combien coûte une pareille publication? Et surtout avec cette qualité de papier (l'Office fédéral de la santé publique utilise au moins du papier recyclé ...)? Il n'est pas étonnant de savoir que les frais administratifs de la CNA sont plus hauts que toutes les autres assurances.

En tant qu'employeur, je suis heureux de ne pas devoir cotiser à la CNA quand je vois où part une partie des contributions même si cela n'en représente qu'une infime partie. La CNA est la première à vouloir nous montrer comment soigner nos patients et comment les remettre au travail au plus vite pour faire des économies. Elle s'attache même à faire des moyennes de coûts par cas pour les médecins sans tenir compte des énormes différences de prise en charge d'un cabinet à un autre.

Mesdames, Messieurs de la CNA, j'ai de la peine à garder le sourire après avoir feuilleté votre «œuvre» et j'aimerais qu'on dépense l'argent des contribuables à des choses moins ridicules.

Les médecins font un effort depuis dix ans en acceptant de travailler avec le même point à Fr. 4.95 alors qu'aucune autre corporation n'a vu son salaire bloqué (surtout pas les fonctionnaires des assurances). Soyez courtois et ne vous moquez pas de nous en faisant des dépenses incongrues et nous, chers confrères, accepterons-nous encore longtemps de travailler sans être reconnus pour ce que nous faisons sans aucune adaptation de notre revenu. Et cessez de nous dire que nous attendons le TARMED ... entre temps, l'inflation a tout de même couru sans nous.

J.-P. Morattel, Chexbres

Lachen ist gesund

Für die Suva stellt sich immer wieder die Frage, wie weit sie sich in der Öffentlichkeit darstellen darf und welche Zurückhaltung sie sich dabei auferlegen soll. Die Suva steht dabei vor dem Problem, dass sie mit ihren drei Standbeinen, Prävention, Versicherungsschutz und Rehabilitation, zwar eine anerkannte und wichtige Leistung erbringt, dass jedoch die Nutzniesser dieser Leistungen – die Patientinnen und Patienten – nur sehr wenig über die Suva wissen, da sie in der Regel erst dann mit der Suva in Kontakt kommen, wenn sich ein Unfall bereits ereignet hat.

Um auf ihre Anliegen aufmerksam zu machen – am besten, noch bevor etwas passiert ist – muss die Suva deshalb auf «Sensibilisierungsmassnahmen» zurückgreifen. Seit Jahren versucht die Suva, dieses Ziel mit einem Mix von mehr oder weniger direkten Ansprachen zu erreichen, und sie tut dies im Rahmen eines Budgets, welches nicht annähernd das Marketingbudget eines privaten Unfalls oder Krankenversicherers ausmacht.

Eine dieser Massnahmen ist das Büchlein «Lachen ist gesund» mit Zeichnungen von Karikaturisten. Im Rahmen der Absenzenmanagementkampagne von SuvaRisk ist es nun bereits zum vierten Mal erschienen und als ein Mittel gedacht, welches die Zeit im Wartezimmer durch leichte Unterhaltung etwas überbrücken soll und vielleicht einen Moment die Beschwerden über einem Lächeln vergessen lässt.

Insgesamt ist die Reihe denn auch auf eine gute Resonanz bei den Ärztinnen und Ärzten gestossen. Viele haben es in ihren Wartezimmern aufgelegt. Daneben gab und gibt es aber auch kritische Stimmen, vor allem zur jüngsten Ausgabe.

Eines der wichtigen Anliegen der Suva ist es, die Ärzte mit geeigneten Mitteln zu unterstützen. Selbstverständlich nehmen wir deshalb diese Einwände ernst und überprüfen laufend die aktuellen und die geplanten Informationsmassnahmen. Die Reaktionen und das Echo der Ärzte helfen der Suva, ihr Kommunikationsanliegen zu optimieren und bisherige Massnahmen unter die Lupe zu nehmen. Lachen ist gesund – davon sind wir überzeugt. Ob das jüngste Karikaturenbüchlein ein sinnvolles Mittel zur Erreichung dieses Ziels ist, werden wir aufgrund der Reaktionen von Ärztinnen und Ärzten sicher nochmals kritisch überdenken.

Dr. Willi Morger, SUVA, Luzern

Le rire est bon pour la santé

La Suva se demande souvent dans quelle mesure elle peut se faire connaître du grand public et quelles limites elle doit alors s'imposer. Le problème qui se pose à elle est en effet le suivant: avec ses trois domaines d'intervention (la prévention, l'assurance et la réhabilitation) elle fournit, certes, une prestation reconnue et d'une importance qui est loin d'être négligeable, mais les personnes qui en bénéficient – à savoir les patientes et les patients – ne la connaissent guère puisqu'ils n'entrent en contact avec elle, en règle générale, que lorsqu'un accident s'est produit.

Pour attirer l'attention du grand public sur ses préoccupations – et de préférence avant qu'un événement grave se produise, la Suva doit donc recourir à ce que l'on appelle des «mesures de sensibilisation». Depuis des années, elle essaie d'y parvenir en mêlant les interpellations tantôt directes et tantôt indirectes, ces tentatives s'inscrivant dans un budget qui n'est nullement comparable à celui d'un assureur privé ou d'un assureur-maladie.

L'une de ces «mesures» est un petit livre intitulé «Le rire est bon pour la santé», c'est un recueil de caricatures. Il a été réédité pour la quatrième fois dans le cadre de la campagne de gestion des absences de SuvaRisk. Conçu pour être feuilleté, il entend avant tout faire paraître plus court le temps passé dans les salles d'attente des médecins et peut-être aussi permettre aux patients, le temps d'un sourire, d'oublier maux et douleurs.

Dans l'ensemble, toute la série a été bien accueillie par le corps médical. Nombre de médecins l'ont placée dans leur salle d'attente, çà et là cependant, des voix critiques se sont élevées, et surtout à propos de l'édition la plus récente.

L'une des principales préoccupations de la Suva est de soutenir les médecins par le biais de moyens appropriés. Il est donc évident que nous prenons au sérieux les critiques qu'ils nous adressent et analysons constamment dans cette optique les informations que nous diffusons actuellement ou qui sont en projet. Ces réactions et l'écho émanant des médecins aident la Suva à optimiser sa manière de communiquer et à relire avec le plus grand soin ses anciennes publications. Il est bon de rire, nous en demeurons convaincus. Et en fonction des réactions du corps médical, nous ne manquerons pas, assurément, de nous interroger à nouveau, de nous demander si notre tout nouveau livre de caricatures est véritablement un moyen de parvenir à cette fin.

Dr. Willi Morger, Suva, Lucerne

Forum

**Der Kontrahierungszwang,
unsere nächste Patentlösung**

Haben wir tatsächlich zuviele Ärzte? Oder bilden einfach Teilzeitbeschäftigte und Spitalärzte aufgrund der Arbeitszeitverkürzungen die höhere Ärztedichte? Wer die Schweizerische Ärztezeitung regelmässig durchblättert hat's gemerkt. In den letzten Jahren haben die Praxisgesuche merklich abgenommen, die Praxisangebote umfassen aber bereits knappe zwei Seiten. In unserer Standortgemeinde wurden in den letzten zwei Jahren 4 Grundversorgerpraxen geschlossen, nur eine einzige davon nach einem Jahr Pause wiedereröffnet. Dies ist sicher ein extremes Beispiel, wofür auch lokale Gründe wie eher schlechter Tarif und faktisches Verbot der Medikamentenabgabe sprechen. Wichtiger scheint mir aber, dass für neue Kollegen die Hürden immer höher werden. Daran haben alle gebaut. Der Bund mit neuen, wenig praxisgerechten Vorschriften. Allein für den Betrieb einer Röntgenanlage stehen zwei zusätzliche Kurswochen bevor, fürs Praxislabor eine weitere Woche. Zusätzliche neue «Qualitätsvorschriften» lassen den Unkostenanteil unkontrolliert und bis jetzt völlig ohne Kompensation anwachsen. Hinzu kommen die wenig vertrauensfördernden, wirtschaftlich gesehen naiven Einkommensvorstellungen des Preisüberwachers. Aber auch unsere Ständesorganisation hat kräftig mitgeholfen: Facharztprüfungen, Fortbildungsordnung sowie eine wachsende Flut von Fähigkeitsausweisen und Zertifikaten erhöhen die Praxisunkosten und kürzen die produktive Zeit für den Patienten, wenn sie nicht schlicht den Praxisstart erschweren. Der vielgepriesene Generalist als Grundversorger hat wenig Perspektiven, zumal der neue Tarif (wenn auch aus anderen Gründen) einen Ausgleich mit besser gestellten Fachgruppen nicht schaffen wird.

Die Ärztelethora ist zumindest für die nächsten Jahre kein gutes Argument für die Abschaffung des Kontrahierungszwanges. Bleibt noch die Elimination der unrechtmässigen Grossverdiener, der «schwarzen Schafe» (der Vergleich mit Schafen ist zufällig gewählt). Dafür hat das KVG bereits vorgesorgt (Art. 32), es müsste nur angewandt werden, einfach so, ohne Revision! Und schliesslich die für uns noch etwas unbekannteren EU-Verträge über den freien Personenverkehr. Wenn unsere Landesvertreter hier ihre Hausaufgaben nicht gemacht haben, wird es tatsächlich schwierig, aber nicht nur für den Arztberuf! Deshalb sind hier allgemeine Massnahmen und nicht der auf einige wenige Berufe zugeschnittene Kontrahierungszwang gefragt.

Mit der Weitsicht staatlicher Steuerungsinstrumente ist das so eine Sache. Die Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium sind ein gutes Beispiel. Kaum eingeführt und für Studienabgänger sicher noch nicht wirksam, werden wir Praktiker bereits von Chefärzten darauf aufmerksam gemacht, dass wegen völlig ausgetrocknetem Stellenmarkt viele Assistentenstellen mit Ausländern besetzt werden müssen. Gegenwärtig hat man den Eindruck, diese Zulassungsbeschränkungen hätten den einzigen Zweck, unseren einheimischen Nachwuchs gegenüber den späteren Berufskollegen aus dem EU-Raum möglichst früh zu benachteiligen.

Dr. med. E. Binkert, Bremgarten

**Coûts de la santé**

Le serpent de mer des coûts de la santé semble plonger nos parlementaires fédéraux dans un délire croissant à mesure que les échéances électorales approchent. C'est à qui émettra le plus d'idées farfelues en un minimum de temps. Ainsi la dernière trouvaille du groupe socialiste aux Chambres Fédérales serait de continuer à obliger les caisses-maladie à rembourser les médecins-généralistes mais plus les spécialistes! Comme d'autre part pour rassurer le peuple il a été dit et répété que les critères de sélection des médecins ne seraient pas des critères économiques mais des critères de qualité, j'en déduis que les généralistes sont donc forcément tous bons puisque tous remboursables et que les médecins aux compétences douteuses ne peuvent être que ces vilains spécialistes! L'intention d'une telle manœuvre est claire: diviser est le meilleur moyen de régner. Chers Confrères, ne vous laissez pas abuser. Un jour ce sont les praticiens de plus de 65 ans qui sont attaqués, un autre les jeunes médecins en passe d'ouvrir leur cabinet, un troisième les spécialistes etc. Si nous réagissons en ordre dispersé, espérant être momentanément épargné, nous nous trompons lourdement. A ce fatras de mesures aussi diverses qu'incohérentes la Fédération des Médecins Suisses n'a qu'une réponse à apporter: un référendum en cas d'adoption. Car la population ne doit jamais oublier une chose: ces parlementaires qui vous concoctent toutes sortes de restrictions à l'accès aux soins disposent tous d'une sympathique assurance complémentaire qui les met personnellement bien à l'abri de tout désagrément et de tout rationnement médical.

Dr Gilbert Guignard, Payerne

**Kunstfehler – Fehler – Begutachtung –
Qualitätskontrolle!**

Zu Ihrem wertvollen Beitrag in der Kunstfehlerdiskussion [1] möchte ich Ihnen, Professor Gloor, herzlich gratulieren.

Speziell neu und mutig finde ich Ihren Abschnitt über mögliche Fehlerhäufigkeit bei einzelnen Operateuren, etwas, das offenbar nur schwer gemessen werden kann und auch kaum öffentlich zugänglich sein wird. Erschwerend sind dabei Abhängigkeitsverhältnisse, die einer offenen Fehlerdiskussion im Wege stehen. Und die bisherigen hierarchischen Strukturen an den Kliniken haben ja nicht gerade die «Erziehung zur Mündigkeit» (Adorno) gefördert.

Kürzlich war ich an einer Fortbildung über «incidents» im Hirslanden. Ähnlich wie in der Fliegerei passieren die meisten «Fehler» durch menschliches Versagen, oftmals eine Reihe von einzelnen Ereignissen, die durch entsprechende Korrekturen nichts zwangsläufig zu einem Schaden führen müssten. Oftmals liegen die Fehler auf der kommunikativen Ebene. Es ist deshalb ausserordentlich wichtig, diese «incidents» zu studieren, so wie es die Anästhesisten in der Gruppe um Prof. Scheidegger seit einiger Zeit tun. Völlig kontraproduktiv ist jedoch, was das BSV getan hat: einen grossen Medienwirbel auslösen mit einer halbwegs verstandenen amerikanischen Studie. Eilfertig hat daraufhin die FMH inzwischen 2 oder 3 Fortbildungen gemacht, die im wesentlichen darauf abzielen, vermehrte Kontrollen des Staates einzuführen. Durch vertikale Hierarchiestrukturen wird die Kommunikation behindert, ja sie führen geradezu zu fatalen Fehlern, wie der Pilot anhand des Alitalia-Absturzes am Stadlerberg und anderen Beispielen gut zeigen konnte.

Eine Verringerung von Fehlern kann nur durch verbesserte Kommunikation, Abbau von starren vertikalen Hierarchien und durch ein aktives Bemühen i.S. von «critical incidents reports», die auch in der Ausbildung einen wesentlichen Bestandteil einnehmen sollten, erreicht werden. Kontrolle oder Druck von oben bewirkt das Gegenteil. Ist es tatsächlich zu einem fatalen Fehler für den Patienten gekommen, verhindert die Schmach juristischer Konsequenzen zusätzlich eine nüchterne Betrachtung und Aufarbeitung von Fehlern. Einerseits ist es unwürdig, dass Haftpflichtversicherungen nur dann bezahlen, wenn ein schuldhaftes Verhalten = Kunstfehler nachgewiesen ist. Dies sollte primär einer Haftpflicht weichen, die unabhängig von der Schuldfrage für Komplikationen aufkommt.

Auf der strafrechtlichen Seite sehe ich im Gegensatz zu Frau Kessler und Ihnen gar keinen Handlungsbedarf. Einerseits würde fahrlässige Tötung als Antragsdelikt kaum dazu führen, dass ärztliche Fehler eher eingestanden würden. Die Sache bleibt in jeder Hinsicht unangenehm und ehrenrührig. Ausserdem würde es unsere angeschlagene Stellung in der Bevölkerung zusätzlich untergraben, wenn für unsere Tätigkeit ein Sondergesetz in Kraft träte oder auch nur entsprechende Anträge von Ärzteseite gestellt würden. Zudem halte ich unsere Rechtsorgane durchaus für fähig, verschiedenen schwere Fälle von fahrlässiger Tötung strafmässig gerecht zu differenzieren. Im Sinne der Rechtsgleichheit wäre eine solche Forderung auch verheerend. Da käme dann wohl die Lastwagenlobby und würde daselbe für ihre übermüdeten Lastwagenfahrer fordern!

Dr. med. F. Tapernoux, Rüti/ZH

- 1 Gloor BP. Kunstfehler – Fehler – Begutachtung – Qualitätskontrolle! Anmerkungen und Ergänzungen zum Bericht der Gutachterstelle der FMH. Schweiz Ärztezeitung 2001;81(43):2295-7.



Folgeschwere Irrungen und Wirrungen im ICD-10 F7: «Intelligenzminderungen» – eine Replik

In einer Mitteilung auf Seite 1873 dieses Journals weisen Dres. Zöllner und Gmür [1] auf behauptete Fehleinschätzungen der Grade von Intelligenzminderung hin und halten eine Aufklärung von Betroffenen, Kollegen und Behörden für geboten. Die derzeitige Klassifikation sei klinisch nicht nachvollziehbar; es wird sodann die «richtige» und «semantisch vernünftige» Lösung im Sinne der früheren ICD-Einteilung der 70er Jahre präsentiert.

Inwieweit die psychiatrische Diagnostik sich tatsächlich immer weiter von der klinischen Realität entfernt, kann in diesem engen thematischen Zusammenhang nicht bestätigt oder widerlegt werden. Als Exempel scheint uns die kritisierte ICD-Einteilung der Intelligenzminderungen gerade nicht geeignet. Es bleibt festzustellen:

- Die Einteilung entspricht der auch im «Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen» (DSM-IV) vorgesehenen. Die Kritik der Autoren richtet sich mithin gegen die beiden derzeit verwendeten diagnostischen Referenzsysteme. Es ist keine «ICD-Eigenart» Gegenstand der vorgetragenen Kritik.
- Gegenstand psychiatrischer Diagnosenmanuale sind Störungen, nicht oder jedenfalls nicht im wesentlichen Varianzen der Norm. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die IQ-Werte nur in einem gewissen Verhältnis zu praktischen Lebensbewältigungskompetenzen stehen, worauf – durchaus «klinisch realistisch» – im ICD-10 deutlich hingewiesen wird («umfassende Einschätzung der Fähigkeiten ...»).
- «Einzig richtige» Klassifikationen kann es – jedenfalls vom gemessenen IQ her kommend – nicht geben. Die Zuordnung einzelner Messbereiche zu bestimmten «verbalen Ankern» ist kein empirisches Problem (Amelang und Bartussek), so dass auch in der psychologischen Literatur gewisse Differenzen der Nomenklatur erkennbar sind. Auch folgt die empirische Verteilung des IQ gerade in seinen unteren Extremvarianten nicht der theoretischen «Normalverteilung».

Unseres Erachtens wird eine Richtig/Falsch-Kontrastierung der Komplexität des Problems nicht gerecht. Der Test-IQ kann im Sinne der eigentlich klinisch und gutachterlich interessierenden «Intelligenzpotenz» nur als indikativ für bestimmte Leistungsbereiche gelten, die durch Belege praktischer Problembewältigung in Schule, Beruf usw. zu ergänzen sind. Gerade das ICD-10 weist auf die Notwendigkeit einer solchen integrativen, nicht «IQ-reduktionistischen» Sichtweise hin. Allgemein stimmt bedenklich, wenn Kollegen eine von Diagnosemanualen bewusst abweichende Diagnostik empfohlen wird. Vor allem gutachterlich tätige Psychiater sollten sich darüber im klaren sein, dass eine geltende Klassifikation nicht ohne weiteres ignoriert werden kann.

PD Dr. Arnulf Möller, Zürich

- 1 Zöllner HM, Gmür M. Folgeschwere Irrungen und Wirrungen im ICD-10 F 7 «Intelligenzminderung». Schweiz Ärztezeitung 2001;81(35):1873.