



Guidelines

In der Nummer 38 der Schweizerischen Ärztezeitung präsentieren sich, eingeläutet von Eduard Eichers gut fundiertem Editorial, eine Reihe von «Guidelines» zum Thema Brustkrebs [1].

Die Autoren verdienen Anerkennung für ihre enorme Arbeit, die gute und geschickt formulierte Struktur der Texte und vor allem für die klare Feststellung, dass heute kein dogmatisches Programm Gültigkeit beanspruchen darf.

Die Lektüre der Guidelines deckt weitreichende Probleme auf, wobei ich mir die Frage stelle, wie weit dies absichtlich geschah und wieviel Raum dem Leser zum Implizieren angeboten wird. Wie dem auch sei, zwei Feststellungen zum Vorgehen mit axillären Lymphknoten sind von Bedeutung: Die eine sagt, dass Dissektion befallener Lymphknoten das Auftreten lokaler Rezidive vermindert, die andere teilt mit, dass dadurch die Überlebenszeit nur kaum messbar beeinflusst wird. Im Klartext heisst das doch wohl, dass Patientinnen nach Dissektion axillärer Lymphknoten gleich häufig, aber eben an anderswo lokalisierten Metastasen oder Rezidiven sterben. Das Abwägen axillärer Extension der Chirurgie gegen deren sehr erhebliche und subjektiv folgenschwere Morbidität scheint deshalb eine grundsätzliche Neubeurteilung zu erfordern, mit Ausnahme der Resektion des «Sentinel»-Lymphknotens. Nach den Guidelines scheint diese noch nicht Allgemeingut zu sein, aber das dürfte sich rasch ändern. Wo es heute schon möglich ist, könnte die Histologie des Sentinel-Knotens unter neuen Gesichtspunkten gewichtet werden: Der positive Befall erübrigt weiteres Staging

in der Tiefe der Axilla, und die adjuvante Therapie folgt den anderweitig erhobenen Kriterien. Bezüglich adjuvanter Therapie gehen die Guidelines auch auf die neuen Aromatasehemmer ein, allerdings in vorsichtiger Formulierung. Die Überlegenheit gegenüber Tamoxifen wird anerkannt, jedoch auf die noch kurze Beobachtungszeit hingewiesen. Dazu ist allerdings zu sagen, dass verwandte Wirkstoffgruppen schon seit zwei Jahrzehnten in der Behandlung fortgeschrittener Mammakarzinome verwendet wurden, ohne in der Folge Probleme zu bieten. Dass Alter und Rezeptorstatus nicht absolute Ein- oder Ausschlusskriterien sind, wird anerkannt.

Am Rande ist noch eine Bemerkung zur chirurgischen Indikation beim Morbus Paget angebracht. Dieser Befund erlaubt nicht a priori eine konservative Resektion. M. Paget ist oft von einem inaperzepten «echten» Karzinom in der Tiefe der Brustdrüse begleitet, was in jedem Fall abzuklären ist.

Ein weiteres Kapitel, auf welches die Guidelines zu Recht nicht näher eingehen wollten, ist die aufkommende Tendenz, auf Chirurgie zu verzichten und bei allen histologisch positiven Biopsiefunden ohne weiteres Staging die komplette Radiochemotherapie anzuwenden. Die ersten Ergebnisse sind schwierig zu interpretieren, da man im Grunde nicht weiss, was womit verglichen wird.

Die hier geschilderten Gedanken sind einem «alten Hasen» zugute zu halten, der im Laufe seiner Aktivität manche ephemere Lehre zum Thema Brustkrebs mitbekommen hat.

Leo Eckmann, Genf

- 1 Guidelines zum Mammakarzinom. Sondernummer. Schweiz Ärztezeitung 2003;84 (38):1943-97.



Gesundheitskarte: eine Drehscheibe für Gesundheitsnetze

Mit Interesse habe ich Ihren eHealthCare-Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung gelesen [1]. Zwei Statements Ihrerseits kann ich allerdings so nicht akzeptieren.

Sie schreiben, die moderne Informationstechnologie sei bezüglich Machtverhältnisses im Gesundheitswesen neutral. Tönt gut, stimmt aber überhaupt nicht, leider! Längst sind Interessenten in Startpositionen, um sich den grössten Teil des Kuchens zu sichern (Beispiel Galenica mit ihren vielen Firmen), ferner wird derjenige die Macht haben, der gewissermassen einen Quasi-standard auf oktroyieren kann.

Auch wenn man die Informationstechnologie ausserhalb oder unabhängig vom Gesundheitswesen ansieht, merkt man schnell, dass diese alles andere als machtneutral ist (Microsoft lässt grüssen!).

Dies für das Gesundheitswesen zu postulieren oder zu hoffen ist nach meiner Beurteilung etwas blauäugig.

Der zweite Satz, der mir noch mehr Bauchweh macht: «Der Patient kann beispielsweise Notfalldaten, Allergien, Impfungen, Medikamente und so weiter eingeben.» – Sehr geehrter Herr Kollege, stellen Sie sich wirklich vor, dass der Patient zu Hause an seinem Computer diese Patientenkarte bearbeitet? Schlussendlich wird dies am Hausarzt oder an einer Medizinalperson «hängenbleiben» mit entsprechendem enormem Zeitaufwand und dadurch bedingter Kostenfolge. Ich möchte jedenfalls nicht dazu verknurrt werden, für sämtliche meiner Patienten diese Karte à jour zu halten. Eintrag an einem Tag X ist etwas, die regelmässige Aktualisierung ist etwas anderes. Nur wenn eine seriöse «Wartung» dieser Karte erfolgt, wird sie das bringen, was postuliert wird. Dieser Aufwand ist enorm!

Trotzdem sind wir natürlich gespannt auf die Ergebnisse des Pilotversuches im Kanton Tessin, und ich bin überzeugt, dass die erwähnten Schwachstellen nach kurzer Zeit zum Vorschein kommen werden. In diesem Sinne bitte ich Sie, diese Zeilen als konstruktives Feedback anzusehen.

Dr. med. Heinz Bhend, Aarburg

1 Cassis I, Della Santa M. Gesundheitskarte: eine Drehscheibe für Gesundheitsnetze. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(37):1899-1900.

Replik

Vielen Dank für Ihre Äusserungen zu unserem Pilotprojekt im Tessin. Ich möchte Ihnen kurz unsere Gedanken zu Ihrem Feedback darlegen.

Neutralität der Gesundheitskarte

Was wichtig zu verstehen ist, ist die Tatsache, dass im Moment der Einführung der Gesundheitskarte die verschiedenen Partner dieselben Chancen haben. Es war uns ein wichtiges Anliegen, weder die Ärzte noch die Versicherer oder andere Gruppierungen zu bevorzugen. Da es sich um eine Neuheit im Tessin handelt, waren zu Beginn alle in gleicher Weise «inkompetent». Diese Chancengleichheit heisst selbstverständlich nicht, dass im Verlauf des Pilotversuchs gewisse Akteure die Leadership nicht übernehmen werden – oder zumindest zu übernehmen versuchen werden. Dies erscheint uns aber normal und ist ein Phänomen, das in allen Bereichen der Gesellschaft beobachtet wird. Auch Bill Gates mit seiner Firma Microsoft hatte zu Beginn der achtziger Jahre dieselben Vorbedingungen wie alle anderen, d. h. dasselbe Startpotential. Er konnte einfach besser (effizienter, intelligenter oder ...) durch die kompetitive Entwicklung der Informatik durchdringen und erreichte so seine heutige Machtposition. Das lässt sich in einer kapitalistisch orientierten Welt nicht vermeiden.

Wartung der Gesundheitskarte

Sie sehen es schon richtig: Der Patient wird nicht selber seine Daten in die Karte eingeben. In der Pilotphase ist dies Aufgabe des Hausarztes (oder seiner Gehilfin), und dies wird natürlich mit einem Zeitaufwand einhergehen. Zeitaufwand heisst Geld. Wichtig ist deshalb, dass der Arzt entsprechend entschädigt wird und auch die Vorteile sehen und spüren wird. Wir sind davon überzeugt, dass die ganze Sache so einfach und praxisnah gehalten werden kann, dass der Mehraufwand des Arztes durchaus durch eine Zeiteinsparung bei anderen administrativen Aufgaben wettgemacht werden kann. Denken Sie beispielsweise an die Zeit, die Sie verlieren, um die nötige Information bzgl. einer im Spital neudefinierten medikamentösen Therapie von Ihrem Patienten zu erhalten.

Ihre Überlegungen sind durchaus sinnvoll und widerspiegeln die Überlegungen, die bei uns bereits verschiedene Ärzte angestellt haben. Wenn man allerdings innovativ sein wird, muss man auch den Mut aufbringen, neue Wege zu beschreiten mit Instrumenten, deren Wirkung und Effizienz noch nicht garantiert sind. Sonst wäre es ja keine Innovation. Wir werden selbstverständlich über die Resultate dieser Studie berichten.

Dr. med. I. Cassis, Bellinzona



Entscheidungen am Lebensende

Gemäss dem Projekt «Medical End-of-Life Decisions» [1] wurde in der Schweiz bei 0,3 % der Todesfälle aktive Sterbehilfe auf Wunsch des Patienten und bei 0,4 % aktive Sterbehilfe ohne expliziten Wunsch des Patienten durchgeführt. Auf deutsch gesagt heisst das, dass 0,3 % der Sterbenden von einem Arzt auf ihren Wunsch getötet wurden, was in der Schweiz strafbar ist. Noch viel schlimmer finde ich, dass bei 0,4 % der Todesfälle der Arzt ohne klaren Auftrag des Patienten diesen getötet hat! Wie kommt ein Arzt dazu, sich anzumassen, dass er ohne erklärten Willen des Patienten entscheiden kann, dass es für diesen besser ist, getötet zu werden? Wenn ich diese Zahlen lese, fürchte ich, dass es bei uns bald soweit sein wird wie in den Niederlanden, wo es Patienten gibt, die einen Ausweis auf sich tragen, dass sie nicht getötet werden möchten!

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

- 1 Faisst K, Fischer S, Bosshard G, Zellweger U, Bär W, Gutzwiller F. Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. EU-Projekt «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(33):1676-8.



Liebe SÄZ

Fast hätte ich Dich heute ungesehen zum Altpapier geworfen, hätte nicht hinter vier schrägen Vögeln einer Pharmawerbung noch ein Teil Deines wohlbekannten Titelseitengelbs aufgeblinkt! ... und da fällt mir von neuem etwas ein; warum verteilen wir nicht den gesamten Leserstoff der SÄZ an die Pharmaindustrie, damit er frisch gehäckselt innert Wochenfrist mit der Pharmawerbung über die Woche hinweg erscheint? Dies brächte verschiedene Vorteile: Für die Pharmaindustrie würde das bedeuten, dass die Werbung von uns Ärzten etwas kritischer gelesen würde, und für uns Mitglieder könnte das bedeuten, dass Standespolitik tagtäglich sanft eingeträufelt würde – nicht so alles auf einmal! – und dass der Verkauf der Standespolitik an die Pharmedia unsere FMH-Mitgliederbeiträge vielleicht auf Null senken könnte. Wagen wir doch den Schritt, sind wir doch einmal «flexibel», wie es die vier schrägen Vögel von der gelben Fahne krächzen!

Dr. med. Bernhard Weidmann, Büren an der Aare