







Innovationen in der minimal invasiven Chirurgie (Teil 1)

weitere I nemen	
Antikörpertherapie beim Mammakarzinom	23
Zehn Gebote zum deutlichen Schreiben	28
Nierenverlust nach Fumoroperation	32
Im Dialog	36



www.frauenheilkunde-aktuell.ch

in

- "Rescue" Lungenreifung (1× Wiederholung der Lungenreifung unmittelbar vor Frühgeburt) (Am. J. Obstet. Gynecol. 2009; 200:248.e1–9), 217)
- A "tailored" approach on sequencing of chemotherapy and radiotherapy (Cancer Treat Rev. March 19, 2010)
- Hormonersatztherapie von mehr als einem Jahr erhöht das Ovarialkarzinom-Risiko, unabhängig davon, ob mit Östrogen alleine substituiert wurde oder kombiniert und unabhängig vom Applikationsmodus (JAMA 2009; 302:298–305)

out

- Akupunktur zur Schmerzbekämpfung nach der Geburt (BJOG 2010; 907–920)
- Sphinkter-Overlap-Repair bei DR III und IV (Obstet. Gynecol. 2010; 116:16–24), "wussten Sie schon …")
- Aspirin oder Aspirin plus Heparin zur Prophylaxe habitueller Aborte (BJOG 2010; 907–920)

Impressum

Herausgeber

Prof. Dr. med. M. K. Hohl Chefarzt Frauenklinik Kantonsspital Baden CH- 5404 Baden Tel.: +41 56 486 35 02 Fax + 41 56 486 35 09 frauenklinik@ksb.ch www.frauenklinik.ch

Die Realisierung von Frauenheilkunde aktuell wird mit der Unterstützung folgender Firmen ermöglicht: Prof. Dr. med. B. Schüssler Chefarzt Neue Frauenklinik Luzerner Kantonsspital CH- 6004 Luzern Tel.: +41 41 205 35 02 Fax +41 41 205 59 32 bernhard.schuessler@ksl.ch www.ksl.ch Prof. Dr. med. H. P. Scheidel
Operative Therapie und Onkologie
Mammazentrum – Hamburg/Krankenhaus Jerusalem
Moorkamp 2–6
D-20357 Hamburg
Tel. 00 49 40 44 190-550, Fax 00 49 40 44 190-554
scheidel@mammazentrum.eu
Diakonieklinikum Hamburg, Frauenklinik Elim
Gynäkologisches Krebszentrum
Hohe Weide 17, 20259 Hamburg
Tel. 004940 490 66–582







Abonnementspreis

Ein Jahresabonnement (Kalenderjahr) kostet CHF 83,95 incl. MWSt. (7,6 %) und Versandkosten. Die Zeitschrift erscheint 4- jährlich.

Für den Inhalt außerhalb des redaktionellen Teiles (insbesondere Anzeigen, Industrieinformationen, Pressezitate und Kongressinformationen) übernimmt die Schriftleitung keine Gewähr. Eine Markenbezeichnung kann warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung in dieser Zeitschrift das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlen sollte. Für Satzfehler, insbesondere bei Dosierungsangaben, wird keine Gewähr übernommen. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausschliesslich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhalt 19/2/2010

Betrifft	Safety Last Die Herausgeber	3
Thema	Innovationen in der endoskopischen Chirurgie (Teil 1) Prof. Michael K. Hohl Prof. Michael D. Müller	4
Für Sie kommentiert	Mammakarzinom: Erhalt des Mamillen-Areola Komplexes möglich? TVT versus TOT: Gibt es <i>die</i> überlegene Methode?	10
Wussten Sie schon	Ein weiteres Gen des erblichen Brust- und Eierstockkrebs entdeckt; Verzögerung zwischen Brustkrebschirurgie und Strahlentherapie erhöht das Risiko für ein lokales Rezidiv; End-zu-End Versorgung des Sphinkter ani ist dem Overlap-Repair überlegen; Rauchen führt zu Unterbauchschmerzen; Akupunktur ist auch bei Mäusen wirksam; Prophylaktische Mastektomie bei BRCA1 und 2 Mutation hoch effektiv; Mifepriston reduziert Spotting unter Mirena IUD; Outcome nach Abortcurettage; Kleinfeltersyndrom und Brustkrebsrisiko bei Männern; Hautinfektionsrisiko mit Klammernähten höher; Pimecrolimus beim Lichen sclerosus wirksam; Toremifen und Tamoxifen ähnlich wirksam.	17
Senologie Update	Antikörpertherapie beim HER-2-neu positiven Mammakarzinom Dr. Nik Hauser	23
Spezial	Zehn Gebote zum deutlichen Schreiben Hugh Trevor-Roper	28
Forum	Verlust einer Niere nach endoskopisch durchgeführter radikaler Tumoroperation: Ein Haftungsfall <i>Prof. Günther Trams</i>	32
Internet-News	www.ema.europa.eu, www.allaboutherbs.org	35
Im Dialog	Wieso lassen sich immer mehr Ausländer in der Schweiz medizinisch behandeln Herr Sobhani? Prof. Michael K. Hohl	36

19/2/2010 **Betrifft**

Safety Last

in dem großartigen Stummfilm Safety Last (1923) mit Harold Lloyd geht es um einen Mann, der als armer Schlucker seiner Angebeteten vormacht ein erfolgreicher Geschäftsmann zu sein. In seiner Not erklärt er sich bereit für 1000 \$ einen Wolkenkratzer zu besteigen und verliert dabei buchstäblich den Boden unter den Füßen. Lassen wir einmal die alte Frage nach "Haben oder Sein" beiseite, zeigt dieser Film grandios wie ein Mensch zur Zielerreichung das Prinzip des Safety First ignoriert. Der Mensch, der nach Höherem strebt, geht auch höhere Risiken ein. Man mag akzeptieren, dass jeder Mensch das Recht hat für sich selbst autonom über das Eingehen von Risiken zu entscheiden, aber in der modernen Gesellschaft gibt es keine Freiheit in Beziehungslosigkeit und so bedeutet das Eingehen hoher Risken immer auch potentiell die Gefährdung von Anderen.

Wie viel Risiko darf man eingehen wenn es um das Streben nach Gewinn geht? Dieser Frage müssen sich aktuell viele Banken und auch BP (Deepwater Horizon) stellen.

Aber betrachten wir die Situation aus dem Glashaus der Medizin. Zu Beginn der endoskopischen Chirurgie war das Vorgehen deutlich riskanter als die Laparotomie. Es kam zu teilweise tragischen Komplikationen. Die Pioniere haben die Risiken gekannt und die Entwicklung dennoch voran getrieben. *Safety Last?*

Und wie entscheiden wir uns selbst bei neuen Verfahren deren Risikobeurteilung noch nicht abgeschlossen ist? Würden Sie ihren Patientinnen eine Therapie empfehlen, die sie bei sich selbst nicht durchführen lassen würden? Beispiel: ein hervorragender Internist zögert nicht, früh die endoskopische Hernienoperation mit einem Netz zu empfehlen, selbst betroffen lässt er sich konventionell nach Shouldice operieren. *Safety first?*

Tendenziell ist zu vermuten, dass das Individuum eher nach persönlicher Risikominimierung strebt, von der Sozialgemeinschaft jedoch das Eingehen von Risiken erwartet, einerseits in der Hoffnung selbst nicht davon betroffen zu sein, andererseits im Bewusstsein, dass es ohne Risiken keinen allgemeinen Wohlstand und auch keinen medizinischen Fortschritt gibt. Große Klugheit und sorgfältiges Abwägen ist gefordert von denen die über das Eingehen von Risiken entscheiden. So hat die Deutsche Bank einmal mit diesem Slogan geworben: "Vertrauen ist der Anfang von Allem." Dies entsteht aber nur, wenn erkennbar ist, dass Risiken am Anfang einer Entwicklung stehen und alles getan wird um Risiken schrittweise zu minimieren, bzw. zu eliminieren. Daran sollte man sich zur Zeit auch in der Medizin erinnern. Safety most!

Die Herausgeber

Thema 19/2/2010

Prof. Michael K. Hohl Prof. Michael D. Müller Frauenklinik Kantonsspital Baden Universitätsfrauenklinik Bern

Innovationen in der endoskopischen Chirurgie (Teil 1)

Die letzten Jahre waren gekennzeichnet durch eine nicht abreissende Folge von technischen Neuerungen auf dem Gebiet der minimal-invasiven Chirurgie, die alle mit wesentlichen Kosten verbunden sind. Demgegenüber steht ein zunehmend enger werdendes Kostenkorsett in allen Gesundheitssystemen. In diesem Spannungsfeld gilt es immer mehr, den effektiven Nutzen dieser Neuerungen kritisch zu beleuchten.

In der letzten Dekade ist die Überlegenheit der minimalinvasiven, gegenüber der traditionellen Operationstechnik auch nach dem strengen Massstab der evidence based medicine (EBM) nachgewiesen worden. Für die nach wie vor am häufigsten durchgeführte grössere gynäkologische Operation, die Hysterektomie, gilt:

- der minimal-invasive Weg führt zu geringerem Blutverlust, geringeren postoperativen Schmerzen, weniger Infektionen und einer kürzeren Hospitalisation und Rekonvaleszenz (Johnson et al 2006; Cochrane Database Syst Rev CP003677)
- Signifikant weniger schweren Komplikationen und vergleichbare OP Zeiten beim laparoskopischen Vorgehen (Donnez et al, BJOG 2009; 116:492–500, Hohl M.K. und Hauser N. Gynecol Surg 2010; DOI 10.1007/s10397-010-0569-0).

Einige technische Innovationen haben neben einer verbesserten Operationstechnik zu dieser erfreulichen Entwicklung beigetragen, andere hingegen weniger. Die vorliegende Übersicht versucht kritisch, aber ohne Anspruch auf Vollständigkeit den praktischen Wert der wichtigsten Innovationen der letzten Jahre zu beleuchten.

HDTV

Im Consumerbereich hat sich HDTV (1280 Zeilen TV) längst im grossen Massstab durchgesetzt. Das gleiche gilt leider nicht für das Kernstück jeder minimal-invasiven

Chirurgie, der optischen Ausrüstung (Kamerasysteme, Optiken, Bildverarbeitung, Bildschirm). Die Mehrzahl der endoskopischen Eingriffe werden nach wie vor in nicht HDTV Qualität durchgeführt. Dabei ist der Unterschied eklatant. Eine bessere Auflösung, durch 1280 Zeilen bringt nicht nur in der Diagnostik (Erkennung von diskreten Veränderungen bzw. Pathologie) Vorteile, sondern erhöht auch die Sicherheit eines therapeutischen Eingriffes. Eine höhere Detailauflösung und grössere Brillanz eines Bildes kompensiert den inhärenten Nachteil eines 2D Bildes. Beide Autoren haben das Privileg mit einem HDTV System arbeiten zu können (Storz OR1, Olympus Endoalpha System).

Kommentar

Wir sind überzeugt, dass die höhere Qualität eines so zentralen Elementes die Kosten aufwiegt.

Ob die jüngst vorgestellte Technik der konfokalen Mikrolaparoskopie auch einen tatsächlichen praktischen Nutzen hat, wird sich in den nächsten Jahren zeigen (Tambakuchi, A. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2010; 202:90e1–9).

Der integrierte OP

Die zunehmende Technisierung mit immer mehr anspruchsvollen Apparaten und Kabeln hat zu einer ungeordneten Verstopfung der OPs geführt. Dies hat negative Auswirkungen auf die Ergonomie (optimale Platzierung von mehreren Bildschirmen, Platzierung von Gerätschaften), Effizienz (aufwändige Wechselzeiten mit Kabelsalat (Reinigung!)), Wechseln von CO2 Flaschen, fehlerhafte Geräteeinstellung, dunkle OPs (Fehlerpotential). Dazu kommt, dass einer modernen Kommunikation und Dokumentation bisher nicht das nötige Gewicht gegeben wurde.

Im integrierten OP (OR1 Storz, System Endoalpha Olympus) (Abb. 1) wird allen diesen Anforderungen an einen effizienten modernen OP Rechnung getragen.

19/2/2010 Thema



Abb. 1. Vollintegrierter OP, System Endoalpha

Tab. 1. Merkmale des integrierten Operationssaals

- Licht-/Raumkonzept
- Vernetzte Kommunikation
- Elektronische Dokumentation (Vernetzung mit Klinikinformationssystem)

Steuerungskontrolle

Die Steuerungskontrolle der kompletten OP Ausstattung, d.h. medizinischer Geräte und nicht-medizinischer Peripheriesysteme erfolgt durch z.T. sterile und nicht-sterile touchscreens vom sterilen und nicht-sterilen Bereich aus. Voreingestellte und einfach abrufbare Gerätekonfigurationen und Lichteinstellungen verkürzen die Rüst- und Wechselzeiten.

Thema 19/2/2010





Abb. 2. Das da Vinci-Roboter-System

Licht-/Raumkonzept

Zwei unabhängig voneinander steuerbare Beleuchtungskreise (Weiss- und Blaulicht) für das Raumlicht sowie ein LED Farbkonzept erzeugen eine ergonomische angenehme und ruhige Atmosphäre für die Patientin und das OP-Team. Dies und dass der OP nicht abgedunkelt werden muss, erleichtert die Arbeit des OP-Teams und reduziert den Ermüdungseffekt.

Vollverglaste Wände und Deckenversorgungseinheiten ermöglichen eine schnellere OP-Reinigung und vermeiden Stolperfallen durch herumliegende Kabel. Dies alles ist die Basis zur Optimierung der Arbeitsabläufe.

Vernetzte Kommunikation

Die OP Säle sind miteinander vernetzt und an das IT-Netzwerk angebunden. Die digitalisierten Bild- und

Videodaten sind im gesamten Haus verfügbar (z.B. im Chefarztbüro oder Hörsaal). Zweitmeinungen während der OP lassen sich schneller erörtern und Liveübertragungen in andere Zentren oder zu Kongressen sind jederzeit möglich.

Kommentar

Der voll integrierte OP bietet klare Vorteile, allerdings zu einem hohen Preis. Gerade in grösseren Zentren fällt aus unserer Sicht der Vergleich zwischen Kosten und Nutzen jedoch positiv aus (in die Kostenberechungen gehen sicher auch das Sparen von OP-Zeit durch Verkürzung der Wechselzeiten ein, man rechnet heute mit ca. 25 bis 30 Franken Kosten pro Minute OP Zeit).

19/2/2010 **Thema**

Tab. 2. Potentielle Vorteile der Roboter-assistierten Chirurgie

- dreidimensionale Visualisation mit verbesserter Schärfentiefe
- 3 Freiheitsgrade der Instrumente ermöglichen optimales Handling auch in kleinen Räumen (z.B. cavum retzii bei der radikalen Prostatektomie)
- Elimination eines möglichen Tremors des Chirugen
- Wenig ermüdende, sitzende Position des Chirurgen

Roboter assistierte Chirurgie

Derzeit gibt es lediglich das von der Firma Intuitive Surgery, TM, 1999 eingeführte da Vinci-System (Abbildung 2). Es besteht aus vier Komponenten:

- Einer Konsole, an welcher der Chirurg sitzend einen
 Bildschirm betrachtet und die operativen Arme (Instrumente,
- 2. Einem Roboterständer mit drei oder vier interaktiven Armen, die die Instrumente über Trokare im Patienten in Bewegung setzen,
- 3. Einem Kamerasystem, das mit Hilfe von Bildsynchronisation und Illumination ein dreidimensionales Bild erzeugt.
- 4. Instrumenten mit Gelenken mit einer Computer-Interface, die die Handbewegungen des Chirurgen über Algorithmen und in Instrumentenbewegungen umsetzen.

Der Chirurg sitzt an der Konsole von der Patientin entfernt. Ein oder mehrere Assistenzen sowie eine Operationsassistentin wechseln gegebenenfalls die Instrumente in den Trokaren aus, manipulieren (z.B. den Uterus), saugen, spülen, führen Nadel- und Fadenmaterial ein und aus.

Die potentiellen Vor- und Nachteile des da Vinci-Roboter-Systems gehen aus Tabelle 1 und 2 hervor (Robot assisted surgery, ACOG technology assessment) Obstet. Gynecol. 2009; 114:1153–54, Whiteside, J.L.: Robotic

Tab. 3. Nachteile der Roboter-assistierten Chirurgie

- Hohe Kosten (Anschaffungspreis: \$ 1,65 Mio., Jahresunterhaltskosten: \$ 149 000. Pro Operation Einmalverbrauchsmaterial CHF 1500–2000!)
- Wesentlich längere OP-Zeiten (Einrichtung des Roboters etc.)
- Fehlender taktiler Feedback für den Chirurgen
- Keine Lageänderung der Patientin mehr möglich, sobald Roboterarme fixiert sind
- Grosser Platzbedarf (Abbildung 1)

Gynecologic Surgery. A brave new world? Obstet. Gynecol. 2008; 112:1198–1200).

Die Kostenfrage spielt in der nahen Zukunft (DRG!) vermutlich eine entscheidende Rolle. In den USA, dem Land der fast unbeschränkten Mittel im Medizinalwesen, hat man ausgerechnet, dass mindestens 80 Roboter-assistierte radikale Prostektomien nötig sind pro Jahr während drei Jahren, um in die schwarzen Zahlen zu kommen (85 % der US-Urologen machen weniger als 30 radikale Prostektomien pro Jahr). In der Gynäkologie mit einer schlechteren finanziellen Bewertung der Operationen und mit den zahlreichen grundversicherten Patienten ist eine Kostendeckung praktisch ausgeschlossen.

Sachlich entscheidend ist jedoch die Frage, welchen Zusatznutzen die Roboter-assistierte Chirurgie für die Patientin hat. In der Urologie hat die Roboter-assistierte Chirurgie dazu geführt, dass dadurch erst vermehrt radikale Prostatektomien minimal-invasiv durchgeführt werden. Bisher waren die sehr engen Platzverhältnisse im cavum retzii, insbesondere für die Naht der Urethra, sehr schwierig und erst durch die Roboterassistenz für die meisten Urologen überhaupt möglich geworden. Ein aggressives Marketing hat dazu geführt, dass die Benützung des da Vinci-Systems zur radikalen Prostatektomie ein must geworden ist, um überhaupt weiter Patienten zugewiesen zu erhalten. Aus onkologischer Sicht haben sich durch die

19/2/2010 **Thema**

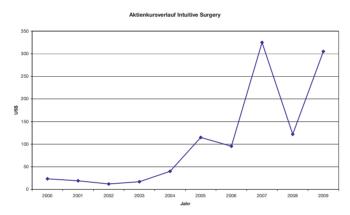


Abb. 3. Kursverlauf von Intuitive Surgery Aktien

neue Technik bisher keine Vorteile zeigen können: Kein besseres survival, ev. sogar mehr R1-Resektionen (Resektion nicht im Gesunden). Kein Unterschied besteht hinsichtlich postoperativer erektiler Dysfunktion und Inkontinenz.

Hauptvorteil ist, dass die Urologen dank dem da Vinci-System vermehrt minimal-invasiv operieren mit all den dafür bekannten Vorteilen (weniger postoperative Schmerzen, geringerer Blutverlust, kürzere Hospitalisation und Rekonvaleszenz).

Das offensive Marketing des heutigen Alleinanbieters auf dem Gebiet der chirurgischen Robotics widerspiegelt sich in einem ausserordentlichen wirtschaftlichen Erfolg der Firma. Dies geht aus dem Aktienkurs der Firma Intuitive Surgery (Abb. 3) in den letzten Jahren hervor.

Zweifellos hätte es sich in den letzten Jahren gelohnt in Aktien von intuitive surgery zu investieren. Heute zweifeln wir, dass die Entwicklung in diesem Stil weiter geht.

Kommentar

Im Gegensatz zur Urologie (radikale Prostatektomien) hat sich die Roboter-assistierte Chirurgie sowohl in der Viszeralchirurgie wie auch in der operativen Gynäkologie bis heute nicht durchgesetzt aus folgenden einleuchtenden Gründen:

- 1. Aus unserer Sicht gibt es **keine** gynäkologische Operation, die nicht mindestens so gut mit der herkömmlichen laparoskopischen Chirurgie gemacht werden kann. Dies gilt insbesondere auch für die oft als gute Roboter-Indikation genannte Sakropexie der Vagina!
- 2. Mit Optimierung der Ergonomie und der Möglichkeit einer aktiven Assistenz ist ein minimal-invasiver, standardlaparoskopischer Eingriff ohne Roboter einfacher und vor allem wesentlich schneller durchzuführen. Eine Verlängerung der OP-Zeit ist immer auch ein wesentlicher Kostenfaktor (1 Minute OP kostet ca. 25–30 CHF).
- 3. Die Anschaffungs- und Unterhaltskosten sowie die zwingende Verwendung von Wegwerfmaterial im Wert von ca. CFH 2000.– pro Operation sind in unserem Gesundheitssystem nicht kostendeckend.
- 4. Die jetzige Generation der OP-Roboter-Assistenzsysteme bietet in der Gynäkologie keinerlei Vorteile für die Patientin.
- 5. Der genannte Vorteil, den Tremor des Chirurgen zu eliminieren, scheint uns fragwürdig. Ist ein Tremor so wesentlich, dass er die Operation behindert, sollten die Betroffenen sich eventuell überlegen, ob sie wirklich eine chirurgische Karriere anstreben wollen!
- 6. Das Gesagte gilt für die derzeitige angebotene Robotergeneration. Die Idee der Roboterassistenz ist zweifellos genial und hat für die Zukunft ein grosses Potential. Wir beobachten mit Spannung die weitere Entwicklung und können uns vorstellen, dass in der Zukunft, auch in der operativen Gynäkologie, durch Robotersysteme, sich neue Möglichkeiten eröffnen werden.

Für Sie kommentiert

Mammakarzinom: Wird nach der hautsparenden Mastektomie jetzt auch der Erhalt des Mamillen-Areola Komplexes möglich?

Nachdem die Erhaltung des Mamillen-Areola Komplexes bei malignen Tumoren der Brust Gegenstand einiger Studien zur onkologischen Sicherheit war, wurde aktuell in einer follow-up Studie in Cleveland die Patientinnenzufriedenheit untersucht (Djohann R. et al. Plast Reconst Surg 2010; 125:818–29). 141 Patientinnen wurden von 2001 bis 2008 operiert, die mittlere Nachbeobachtungszeit lag bei 50.4 Monaten. Ingesamt gaben 75 Patientinnen (73.1 %) an sich erneut für eine Erhaltung der Brustwarze zu entscheiden, obwohl 69 Patientinnen einen deutlichen Verlust der Sensibilität angaben. Die Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis (Aussehen, Position, Symmetrie) lag bei über 60 % und korreliert negativ mit der Brustgröße, höherem BMI, dem Gewicht der entfernten Brustdrüse und den postoperativen Komplikationen. Die Komplikationsrate betrug 10.8 %, darunter zwei Fälle mit partieller Brustwarzennekrose. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Zufriedenheit der Patientinnen auch nach längerer Zeit hoch ist, auch wenn bei fast allen eine Störung der Sensibilität und Stimulierbarkeit der Brustwarze vorliegt.

Kommentar

Beim DCIS mit hohem (invasiven) Rezidivrisiko bleibt die operative Entfernung der Brustdrüse die Therapie der Wahl. Insbesondere bei jüngeren Patientinnen ist die hautsparende (skin-sparing) Mastektomie mit simultaner Rekonstruktion eine Option. Problematisch bleibt die meist später durchgeführte Rekonstruktion des Mamillen-Areola Komplexes. Bei der Verwendung von Haut (kontralaterale Areola, Labie retroaurikulär oder Oberlid) zur Areolarekonstruktion kommt es im Laufe der Zeit zur kosmetisch unbefriedigenden Depigmentierung (Abb. 1und 2).

Alternativ gibt es die Möglichkeit der Bildung eines Hautnippels und die Tätowierung der Areola. Vorteilhaft dabei ist, dass bei Abschwächung der Farbintensität die Tätowierung wiederholt werden kann. Eine neue Option ist die von speziellen kieferorthopädischen Labors angebotene Mamillenepithese, die nach einem Abdruck der kontralateralen Seite angefertigt und mit einem hautverträglichen Klebstoff fixiert wird (Abb. 3 und 4).

In letzter Zeit hat sich die Erhaltung der Brustwarze (nipple-sparing mastectomy) bei entsprechenden Indikationen etabliert. Aber: der histologische Befall des Mamillen Areola Komplexes (MAK) beim invasivduktalen Mammakarzinom liegt bei über 20 %, die Rate falsch negativer intraoperativer Schnellschitte beträgt





Abb. 1 und 2. Brustwarzenrekonstruktion nach Transplantation der kontralateralen Areola, Ergebnis nach 12 Jahren. (Brustrekonstruktion mit Eigengewebe TRAM).



Abb. 3. Epithese zum Ersatz des Mammilen-Areolakomplexes, gefertigt nach einem Abdruck der kontralateralen Seite.

ca. 5 %. Dies gilt es bei der Planung des Vorgehens und der Aufklärung zu berücksichtigen. Deshalb gilt als mögliche Indikation für die brustwarzenerhaltende Mastektomie beim invasiven Karzinom bislang nur ein Tumor < = 2.5 cm, Tumorabstand zur Brustwarze >4 cm, negative axilläre Lymphknoten und keine Lymphangioinvasion (Vlajcic, Z. Ann. Plast. Surg. 2005; 55(4): 240–44). Als absolute Kontraindikationen gelten weiterhin der Tumorbefall der Haut, das inflammatorische

Kernaussagen

- Die "nipple-sparing Mastektomie" mit simultanem Brustaufbau stellt eine Alternative, bzw. Weiterentwicklung der "skin-sparing Mastektomie" dar.
- Nach bisherigen Studie kann unter bestimmten Bedingungen ein Erhalt des Mamillen-Areola Komplexes bei der Mastektomie erfolgen.
- Ausreichende Langzeitstudien zur onkologischen Sicherheit des Vorgehens liegen noch nicht vor. Die Indikation sollte zur Zeit nur individuell in Absprache mit der Patientin getroffen werden.



Abb. 4. Flexible Mamillenepithese aus Silikon.

Karzinom und der Morbus Paget. Umstritten bleibt ob beim DCIS der Typ und die Ausdehnung eine Kontraindikation darstellt.

Nach Erfahrungen am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York (Garcia-Etienne, C.A. et al. Breast 2009;14:440–49) scheint bei peripheren Tumoren bis 2,5 cm das Risiko eines Befalls des MAK gering. Interessanterweise zeigte sich dort auch bei "prophylaktischen" Mastektomien ein unerwartetes retroareoläres DCIS. Dies ist wichtig für die Aufklärung, da hier die bildgebende Verfahren der Mammadiagnostik nicht ausreichend sensitiv sind. In dieser Serie zeigen sich ebenfalls partielle Nekrosen als Hauptkomplikation des Vorgehens.

Unter Studienbedingungen ist der Erhalt des MAK auch bei größeren Tumoren möglich (Paepke S. et al., Annals of Surgery 2009; 250:288–92). Voraussetzung ist die sorgfältige histologische Aufarbeitung der retraoareolären Milchgänge und des Unterhautgewebes. Bei 13 von 109 Mastektomien (12 %) war sekundär die Entfernung des MAK erforderlich. Eine komplette Nekrose des MAK wurde einmal (1/96), partielle Nekrosen mit Depigmentierung häufiger beobachtet. Bei einem Follw-Up von 20 to 54 Monaten (Median: 34 Monate), wurde bislang kein Rezidiv im MAK gefunden, es kam zu je einem Rezi-

Für Sie kommentiert

div im Bereich der Brustwand und der Axilla. Die kosmetischen Ergebnisse werden in den meisten Fällen als gut bezeichnet.

Nach vorliegenden Erkenntnissen kann bei der Indikation zur Mastektomie- nach ausführlicher Risikoaufklärung der Patientin- der MAK erhalten werden, vorausgesetzt die retroareoläre Region ist (sorgfältig aufgearbeitet) histopathologisch und immunhistochemisch tumorfrei. In Zukunft kann die Aussage über eine Tumorfreiheit durch neue Verfahren der DNA Analytik wahrscheinlich noch zuverlässiger getroffen werden. Diese Verfahren werden derzeit in Studien geprüft.

H. Peter Scheidel

TVT versus TOT: Gibt es die überlegene Methode?

Seit Jahren nun schon versucht man in kleineren, mittleren und auch grösseren Studien und mit den unterschiedlichsten Designs herauszufinden, welches denn von den derzeit auf dem Markt befindlichen spannungsfreien «Mid-Urethra-Slings» die überlegene Methode sein könnte. Gelungen ist dies bisher nicht. In dieser Ausgangslage haben 3 verschiedene Arbeitsgruppen ihre ganze Energie nochmals gebündelt, um eine ultimative Antwort zu finden: Ein randomisiert kontrollierter Vergleich von TVT versus TOT/TVT-O mit 12 Monatsergebnissen bei insgesamt 597 Patientinnen (N. Engl. J. Med. 2010; 362:2066–2076), ein systematischer Review/ Metaanalyse von insgesamt 39 randomisiert kontrollierten Studien (Eur. Urol. 2010/Apr. 23 [epub ahead of print]) und, last but not least, das norwegische nationale Inkontinenzregister, in dem insgesamt 5942 Frauen in 27 von 47 gynäkologischen Operationszentren in Norwegen mit einem follow-up von 6-12 Monaten und 36 Monaten prospektiv erfasst wurden. (Int. Urogynecol. J. [published online: 18.06.2010]).

Die Metaanalyse zeigt eine etwas höhere objektive Heilungsrate für TVT als für TOT, subjektiv sind allerdings

beide gleich. Die amerikanische randomisiert kontrollierte Studie vom «Urinary Incontinence Treatment Network», angelegt in einem Equivalenzdesign, zeigt mit 80.8 % versus 77 % (TVT versus TOT) im objektiven Ergebnis und 62.2 % versus 55.8 % im subjektiven Setting keinen signifikanten Unterschied. Etwas anders sieht es im norwegischen Register aus. TVT ist hier den beiden TOT-Varianten signifikant überlegen. Allerdings scheint TOT bzw. TVT-O dort eine wenig verbreitete Methode zu sein. Lediglich 731 bzw. 373 Frauen wurden über einen Zeitraum zwischen 2004 und 2008 mit diesen beiden Methoden operiert, gegenüber 4281 Frauen, die zur gleichen Zeit ein TVT erhielten.

Wie sieht es mit Subgruppenanalysen aus? In der amerikanischen Studie wurden Frauen mit einer intrinsischen Sphinkterinsuffizienz (Valsalva leak point pressure $\leq 60~\text{cm}~\text{H}_2\text{O}$; Urethraverschlussdruck $\leq 20~\text{cm}~\text{H}_2\text{O}$) getrennt untersucht. Auch in diesem Kollektiv liess sich kein Unterschied zwischen TVT und TOT/TVT-O feststellen, wenn auch die Power in dieser Subgruppenanalyse nicht ausreichend war. Gleichzeitig war das Ergebnis bei dieser Entität auch grundsätzlich nicht schlechter als im Gesamtkollektiv.

Schaut man sich die Komplikationen an, so ist eines eigentlich seit langem bereits klar: Blasenverletzungen (die aber in der Regel keine Konsequenz haben) sind signifikant häufiger beim TVT. Darin sind sich alle drei Studien einig.

Anders sieht es aus, wenn es um sonstige Komplikationen geht. Blasenentleerungsstörungen sind signifikant häufiger in der TVT-Gruppe. Das gilt für die amerikanische Studie genau so, wie für die Metaanalyse. Das TOT wiederum schnitt signifikant schlechter ab, wenn es um neurologische Symptome wie Taubheit und Schwäche im Bein ging. Hingegen bestätigte sich die in der Metaanalyse gefundene erhöhte Rate von relevanten Hämatomen beim TVT gegenüber TOT in der norwegischen Analyse und in der amerikanischen Studie nicht: Kein signifikanter Unterschied. Ebenfalls kein Unterschied gab es bei den Erosionen.

Für Sie kommentiert

Gibt es Unterschiede zwischen TOT und TVT-O? Entsprechend einer Subanalyse (allerdings nicht mit ausreichender Power) in der amerikanischen Studie offensichtlich doch: Wenn auch die Effizienz bei beiden Methoden gleich war, zeigte sich eine höhere Rate von vaginalen Perforationen bei der TVT-O-Methode.

Kommentar

Was geben uns nun diese Studien an Erkenntniszugewinn für die Praxis an die Hand? Für Rebekka Rogers, Verfasserin des Editorials zum Artikel im New England Journal (N. Engl. J. Med 362; 22:2124–2125) ist jetzt eines klar: Eine Präferenz für irgendeine der drei benutzten Metho-

Kernaussagen: Wie wir es machen und Weshalb

- Drei verschiedene Methoden: 1. TOT; 2. TVT; 3. TVT-A
- TOT: Standardmethode und zwar in Outside-In-Technik.
- TVT: Setzen wir ein bei ISD und Rezidivinkontinenz. Wir vertrauen dabei auf die Resultate der Arbeitsgruppe von Peter Dwyer aus Australien (Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunction 2010; J. Urol. 2010; 183:241-246) gleichzeitig sehen wir auch beim Asthma bronchiale bzw. der chronischen Bronchitis eine Indikation für TVT. Zugang: Abdomino-vaginal (insbesondere bei adipösen Patientinnen besser kontrollierbar).
- TVT-A: Immer dann, wenn es eine Notwendigkeit gibt, die Schlinge postoperativ nach zu justieren.
- Aufklärung über Komplikationen:
 Bei allen drei Operationsmethoden gleich.
 Beinhaltet sämtliche bekannten Probleme, auch
 wenn sie bei der einen Methode seltener sein mögen
 (z.B. Blasenverletzung beim TOT).

den (TVT, TOT, TVT-O) gibt es nicht, da kein Unterschied bezogen auf Heilungschance und Gesamtkomplikationsrate vorhanden ist. Allerdings macht es die qualitativ unterschiedliche Gewichtung der Komplikationen bei TVT bzw. TOT / TVT-O aus ihrer Sicht notwendig, Vor- und Nachteile mit den Patientinnen ausführlich zu diskutieren, damit sich die Patientin dann entsprechend ihren Zielen und Vorstellungen entscheiden kann. Mit dieser Aussage wiederholt sie im Prinzip nochmals den Schlusssatz aus der Diskussion der amerikanischen Studie. Aber ist das wirklich so? Sollen wir wirklich intensivst über Für und Wider von TVT-immanenten Blasenperforationen mit den Patienten reden, obwohl – jedem bekannt – diese Komplikation meistens bestens beherrschbar ist? Sollen wir wiederum bei den TOT/TVT-O-Methoden als Nachteil Taubheitsgefühl und Schwäche im Bein aufführen, obwohl ein anderer RCT aus der finnischen Arbeitsgruppe um C. Nilsson mit immerhin 136 gegenüber 131 Patienten (TVT versus TVT-O) Hinweise aufzeigt, dass Beschwerden in der Leiste signifikant häufiger ein offensichtliches Problem des TVT-O-Systems sind? *Und ist es wirklich so und damit nach Meinung von R.* Rogers für das TVT gesondert, dass Blasenentleerungsstörungen beim TVT signifikant häufiger vorkommen, wenn es in der finnischen Studie, wenn auch nur statistisch aber nicht klinisch, genau umgekehrt ist: Die Restharnwerte unterschieden sich bei der Zweimonatskontrolle mit 28 ml +/- 49 ml beim TVT gegenüber 43 ml +/-78 ml beim TVT-O zu Ungunsten des TVT-O (Obstet. Gynecol. 2007; 109:4–11). Man sieht also: Mehr Fragen als Antworten. Und auch: Wer erwartet, dass randomisiert kontrollierte Studien, insbesondere bei operativen Verfahren endgültige und eindeutige Antworten geben, der wird wieder einmal enttäuscht. Für mich hat sich jedenfalls durch diese Studien in unserer Vorgehensweise nichts geändert. Wer denn gerne wissen möchte, wie wir in Luzern mit diesem Thema umgehen, der sei auf die Box im Text verwiesen.

Bernhard Schüssler

..., dass 15 Jahre nach der Entdeckung der Risikogene BRCA1 und BRCA2 ein weiteres Gen gefunden wurde, das erblichen Brust- und Eierstockkrebs auslöst?

Die Ergebnisse dieser Arbeiten wurden jetzt in der aktuellen Ausgabe von Nature Genetics (2010; 42: 410-14) veröffentlicht. Das neue Risikogen heißt RAD51C, seine Funktion ist es, die Erbsubstanz einer Zelle fehlerfrei zu halten. Bei 1 100 Familien, in denen gehäuft Erkrankungsfälle auftraten (zuvor wurden Veränderungen von BRCA1 und BRCA2 - BReast-CAncer-Gene - ausgeschlossen) waren in sechs dieser Familien Defekte im RAD51C-Gen nachweisbar. Die Patientinnen gehörten ausschließlich zu den Familien, bei denen Brustund Eierstockkrebs gemeinsam auftraten. Das Risiko für Brustkrebs liegt bei den Trägerinnen einer Mutation im RAD51C-Gen bei ungefähr 60 bis 80 Prozent, für Eierstockkrebs bei 20 bis 40 Prozent. Die Patientinnen erkranken außerdem deutlich früher als Patientinnen mit sporadischem Brust- oder Eierstockkrebs. Deshalb bezeichnen Experten das neu identifizierte Gen auch als BRCA3 (Dtsch Arztebl 2010; 107: A-788)

Kommentar

Mit derartigen Analysen kommen wir dem Ziel näher künftig für jede Frau das individuelle Brustkrebsrisiko zu bestimmen, um ein individualisiertes Konzept der risikoangepassten Brustkrebsprävention zu entwickeln. Dann könnte diesen Trägerinnen eine maßgeschneiderte Prävention und eine engmaschigere Krebsfrüherkennung angeboten werden.

h.p.s.

..., dass ein zunehmender zeitlicher Abstand zwischen Organ-erhaltender Brustkrebschirurgie und Strahlentherapie das Risiko für eine lokales Rezidiv erhöht?

In einer retrospektiven Studie wurden insgesamt 18 000 Frauen im Alter von mehr als 65 Jahren und einem Brustkrebs Primärstadium zwischen 0 und 2 ohne nachfolgende Chemotherapie auf eine eventuelle Abhängigkeit eines Lokalrezidivs und dem Intervall zwischen Operation und Bestrahlungsbeginn untersucht.

734 Frauen entsprechend 4 % entwickelten innerhalb eines mittleren follow-up von 5.4 Jahren ein lokales Rezidiv. In einer Multivarianzanalyse konnte gezeigt werden, dass ein Abstand von mehr als 6 Wochen zwischen Chirurgie und Bestrahlungsbeginn zu einem signifikanten Risikozuwachs für ein lokales Rezidiv führte. (RR: 1.2). Gleichzeitig zeigte sich eine kontinuierliche Relation: Je länger das Intervall, umso grösser das Rezidivrisiko (Br. med. J. 2010; 340:C845).

Kommentar

So frühzeitig wie möglich mit der lokalen Bestrahlung zu beginnen, ist das Fazit dieser Untersuchung. Oder ist es vielleicht doch nur ein Sekundäreffekt, bedingt dadurch, dass in der Vergangenheit in den meisten Zentren die antioestrogene adjuvante Therapie bei postmenopausalen Frauen erst nach Abschluss der Bestrahlungstherapie gestartet wurde?

b.s.

..., dass die End-zu-End Versorgung des Sphinkter ani bei einem DR III oder IV im Primärsetting bezogen auf das Symptom anale Inkontinenz dem Overlap-Repair überlegen ist?

In einer RCT wurden 75 gegenüber 74 Frauen mit einem kompletten DR III bzw. IV entweder End-zu-End oder in Overlap-Technik korrigiert. Bei der 6-Monats Kontrolle lag die Rate der Windinkontinenz beim Overlap-Repair mit 61 % im Vergleich zu 39 % bei der End-zu-End Versorgung statistisch signifikant höher. Auch die Rate der Stuhlinkontinenz lag höher (15 % gegenüber 8 %). Diese Ergebnisse erreichten aber keine statistische Signifikanz. (Obstet. Gynecol. 2010; 116:16–24).

Wussten Sie schon ... 19/2/2010

Kommentar

Eigentlich schien bis zu dieser Studie alles für die Integration des Sphinkter-Overlap-Repair als Standardoperation für die Primärversorgung des kompletten DR III und IV zu sprechen: Zunächst konnte Sultan in einer retrospektiven Studie zu diesem Thema den Vorteil für den Overlap-Repair belegen (Br. J. Obstet. Gynecol. 1999; 106:318-323). Diese Ergebnisse wurden unterstützt durch eine randomisiert kontrollierte Studie der gleichen Gruppe, welche einen Vorteil für den Overlap-Repair bezogen auf eine statistisch höhere Rate an Stuhldrangepisoden bei der End-zu End Methode zeigte (Obstet. Gynecol. 2006; 107:1261-2168). Zusammen mit zwei weiteren kleinen randomisiert kontrollierten Studien ergab sich daraus ein Cochrane Report aus dem Jahre 2006, in welchem gewisse Vorteile für den Overlap-repair konstatiert wurden.

Das gegenteilige Ergebnis steht damit scheinbar etwas alleine da, ist aber bei genauer Analyse der Ergebnisse äusserst plausibel. Weder fand sich nämlich postoperativ ein Unterschied sonographisch nachweisbarer Sphinkterdefekte in den beiden Gruppen, noch waren die analmanometrischen Ergebnisse unterschiedlich. Man muss also stark vermuten, dass man mit dem Overlap-Repair ein durch die Präparation bedingtes relevantes Denervationsrisiko ein-

geht, ohne einen erkennbaren Vorteil zu holen. Die End-zu-End Technik ist also weiterhin mit guten Argumenten im Rennen, vorausgesetzt man führt sie sorgfältig durch. b.s.

..., dass Rauchen in der Schwangerschaft zu Unterbauchschmerzen führt?

In einer Studie aus Dänemark wurden 12302 Schwangere mit Unterbauchschmerzen mit 2692 Schwangeren ohne Schmerzereignisse verglichen. Eine Regressionsanalyse zeigte, dass Raucherinnen im Vergleich zu Nichtraucherinnen ein höheres Schmerzrisiko hatten. Das relative Risiko für einen starken Schmerz war 1.2 für Raucherinnen und 1.5 für solche, die das Rauchen in der Schwangerschaft eingestellt haben. Die Autoren fanden einen qualitativen Zusammenhang zwischen dem Ausmass des Rauchens und der Intensität der Schmerzen. (BJOG 2010; doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02591.x)

Kommentar

Auch bei nicht Schwangeren besteht ein Zusammenhang zwischen Rauchen und Rückenschmerzen (ev. bedingt durch eine Nikotin induzierte Vasokonstriktion und Ischämie). Die obige Assoziation reiht sich ein in die lange Liste von negativen Auswirkungen des Rauchens in der Schwangerschaft.

m.k.h.

..., dass Akupunktur auch bei Mäusen wirksam Schmerzen verminderte?

Die Forscher applizierten Mini-Akupunkturnadeln an die traditionellen Akupunkturpunkte in der Nähe des Knies bei Mäusen mit entzündeten Pfoten. Die Nadeln wurden rotiert. was zu einer stark erhöhten lokalen Gewebskonzentration des Neurotransmitters Adenosin und in der Folge zu einer Schmerzreduktion führte. Wurden die Nadeln nicht rotiert, stieg das Adenosin nicht an und es kam auch nicht zu einer Schmerzverminderung. Die Antischmerzwirkung wurde verlängert durch die Gabe eines Medikamentes, das die Halbwertszeit des Adenosins im Gewebe verlangsamte (Nature Neuroscience 2010; doi:10.1038/nn.2562)

Kommentar

Diese Resultate haben, da an Tieren gewonnen, gerade deshalb einen besonderen Wert. Dies wird untermauert durch die Akupunktur-induzierten biochemischen Veränderungen.

m.k.h.

..., dass die prophylaktische Mastektomie bei Trägerinnen der Brustkrebsgene BRCA1 and BRCA2 Mutation hoch effektiv ist?

245 Frauen mit der Genmutation erhielten eine vorbeugende Brust-

entfernung. In den OP Präparaten wurde 1 okkult invasives Karzinom und 11 DCIS Fälle gefunden. In der Beobachtungszeit trat in der operierten Gruppe nur ein invasives Karzinom auf. Kalkulatorisch konnten damit 15 invasive Karzinome (erwartete Inzidenz in der Hochrisikogruppe) verhindert werden. (Kaas R. et al., Ann Surg. 2010; 251:488–92)

Kommentar

Diese Ergebnisse bestätigen ähnliche Erfahrungen an anderen Institutionen. Auch unter Kosten- Nutzen Aspekten ist die prophylaktische Mastektomie für betroffene Frauen eine Alternative zu den sonst erforderlichen intensiven Kontrollen und der emotionalen Belastung bei eventuellen falsch-positiven Befunden der bildgebenden Diagnostik. Für die Aufklärung ("informed consent") ist es hilfreich Patientinnen, die sich früher für diesen Weg entschieden haben als Ansprechpartnerin ein zu beziehen.

h.p.s.

..., dass Mifepriston (Mifegyne®) erfolgreich das Spotting unter Mirena IUD reduziert?

In einer prospektiven case-control Studie erhielten Mirenaanwenderinnen 100mg Mifepriston alle 30 Tage während 3 Monaten. Sie wurden mit 50 nach Alter gematchten Mirenaanwenderinnen ohne Intervention verglichen. Nach drei Monaten war die Zahl der Blutungsepisoden und deren Dauer (Tage) in der Mifepriston Gruppe signifikant seltener und kürzer (6 vs 12,5 Tage p <0,01) (2,5 vs 3 Episoden p <0,05). Die Patientenzufriedenheit in der Mifepriston Gruppe war signifikant höher (75 % vs 44 %). Die Wirkung hielt auch noch drei Monate nach Stopp des Mifepriston an (6 vs 15 Tage p = 0,008 nach 6 Monaten). (Lal, S. et al. Int J. Gynecol. Obstet. 2010; 109:128–130).

Kommentar

Die Aussagekraft dieser Studie ist durch das Fehlen eines prospektiv randomisierten Vergleichs eingeschränkt. Trotzdem macht es für mich Sinn, aufgrund dieser Studie bei der nächsten Patientin mit diesem Problem einmal Mifepriston einzusetzen.

m.k.h.

..., dass die Chance auf eine erfolgreich ausgetragene Schwangerschaft nach einer Fehlgeburt unabhängig davon ist, ob die Fehlgeburt über eine Abortcurettage, eine medikamentöse Behandlung oder über Zuwarten behandelt wurde?

Die Studie wurde in England bei 1200 Frauen durchgeführt, welche eine Fehlgeburt vor der 13. SSW erlitten hatten. Fünf Jahre nach diesem

Ereignis hatten in den einzelnen Gruppen zwischen 79 und 83.8 % eine Schwangerschaft ausgetragen. Der Abstand zwischen der Fehlgeburt und dem nachfolgenden Geburtsereignis war erwartungsgemäss abhängig vom mütterlichen Alter und von vorausgegangen Fehlgeburten. Ebenfalls erwartungsgemäss ergab sich eine negative Korrelation zwischen nachfolgender, erfolgreicher Schwangerschaft und der Anzahl der vorausgegangen Fehlgeburten: 73.5 % bei einer Fehlgeburt 67.3 % nach zwei Fehlgeburten, aber immerhin noch 58.3 % nach drei und mehr vorausgegangen Fehlgeburten.

Ebenfalls nicht überraschend: Medikamentöse Behandlung oder Zuwarten war signifikant korreliert mit vermehrtem Blutverlust. (BMJ 2009; 339:910).

Kommentar

Wer sich also vor einem Blutungsrisiko bzw. einer ungeplanten notfallmässigen und längeren klinischen Behandlung schützen will, für
den ist die geplante Abortcurettage
offensichtlich immer noch die beste
Strategie. Entsprechende Aufklärung
ist angebracht.

b.s.

Wussten Sie schon ... 19/2/2010

..., dass das Klinefelter Syndrome der größte bekannte Risikofaktor für Brustkrebs bei Männern ist?

Brustkrebs bei Männern ist in den letzten 25 Jahren häufiger geworden, dennoch beträgt die Häufigkeit immer noch weniger als 1 % aller Mammakarzinome. Aufgrund der Seltenheit des Ereignisses gibt es praktisch keine Studien zur Behandlung. Die Diagnose wird meist spät gestellt (40 % im Stadium III oder IV). Stadienbezogen ist die Überlebensrate jedoch bei Frauen und Männern vergleichbar. Interessanterweise sind 90 % der Tumoren beim Mann Östrogenrezeptor positiv und die Behandlung (Operation, Bestrahlung, adjuvante systemische Therapie) erfolgt gleich wie bei Frauen, wenn auch selten als "brusterhaltende" Therapie. (Gòmez-Raposo C. et al., Cancer Treat Rev 27 Feb 2010; Epub ahaed of print)

Kommentar

In den letzten 5 Jahren wurden im Mammazentrum Hamburg 6 Männer behandelt. Das sind nur ca. 0.2 % der behandelten Karzinome. In allen Fällen war der Befund zunächst nicht richtig eingeschätzt worden. Teilweise wurde er auch von den Patienten bagatellisiert und verschleppt. Ein tastbarer Knoten sollte auch beim Mann immer mammadiagnostisch und ggf. stanzbioptisch abgeklärt werden.

h.p.s.

..., dass das Risiko von Hautinfektionen mit Klammern anstatt Nähten dreimal höher war?

Eine Metaanalyse prospektiv randomisierter und nicht randomisierter, aber qualitativ guter orthopädischer Studien hatte zum Ziel die Inzidenz oberflächlicher Hautinfektionen nach Nylonnähten oder Klammern zu vergleichen. 6 Arbeiten mit total 683 Wunden wurden analysiert. Das relative Infektionsrisiko mit Klammern war 3,83 (CI 1.38-10.6, p <0,01). Bei hüftchirurgischen Eingriffen war das Risiko sogar vierfach erhöht. Kritikpunkt an der Analyse waren die relativ niedrigen Zahlen und z.T. ungenügende Verblindung der Patienten und Ärzte (Br med J. 2010; 340:747 und 719-720).

Kommentar

Weitere Studien aus der Herz- und Thoraxchirurgie kommen zum gleichen Schluss. Eine Cochrane Metaanalyse nach elektivem Kaiserschnitt zeigte hingegen, dass Klammernähte zwar etwas weniger Zeit beanspru-

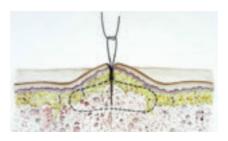


Abb. Evertierende Subkorialnaht

chen, Nähte aber mit weniger postoperativen Schmerzen verbunden sind. Ein kosmetischer Unterschied nach 6 Wochen bestand nicht (Cochrane Database Syst.rev 2003; (2):CD003577). Nach Laparotomien führten Klammern zu mehr Schmerzen und schlechterem kosmetischem Resultat. Kein Unterschied bestand hinsichtlich Infektionsrisiko (Br J. Surg 1992; 79:1172-3). Wenn man bedenkt, dass der Zeitgewinn von zwei bis drei Minuten bei Staplernaht nur gering ist und durch die Zeit beim Entfernen mehr als kompensiert wird, und dass Klammern teurer sind, spricht aus meiner Sicht nichts für die Verwendung von Klammern. Wir verwenden bei der Sectio caesarea neben der Naht der Scarpafaszie zur optimalen Eversion der Wundränder (wegen Spannungsarmut sehr gutes kosmetisches Ergebnis im Gegensatz zu relativ häufig zu beobachtenden eingezogenen Sectionarben) eine evertierende Einzelknopfnaht (s. Abb. 1 und Frauenheilkunde aktuell 2/06: Hautverschluss so oder so; im Internet zugänglich). Diese subkoriale evertierende Naht ist auch für Längsschnitte und Mammanähte, auch plastische Chirurgie, sehr

geeignet.

m.k.h.

Wussten Sie schon ...

..., dass topisches Pimecrolimus (Elidel®) Crème wirksam war beim vulvären Lichen sclerosus (LS)?

Bei 29 Frauen mit histologisch gesichertem aktivem LS, die erfolglos mit der traditionellen Therapie (lokale Corticosteroide) vorbehandelt waren, wurde die Wirksamkeit des Immunsuppressivums Pimecrolimus getestet. Nach zwei Monaten hatten 20 von 25, welche die Crème anwendeten eine partielle oder vollständige klinische Remission. Histologische Biopsien zeigten eine Reduktion der inflammatorischen lymphoiden Infiltrate und eine Downregulation der CD3+T und CD8+T Zellen und CD57+ natural killer cells und auch eine Reduktion des Makrophagenmarkers CD68 (Kauppila S. et al. Am J. Obstet. Gynecol. 2010; 202:181.e1-4).

Kommentar

LS Patientinnen sind nicht in jedem Fall einfach und erfolgreich zu behandeln. Als first line Therapie gelten heute topische Corticosteroide ev. im Wechsel mit fettenden Salben. Der topische Immunmodulator und Calcineurinhemmer Pimecrolimus (Elidel®) wurde zur Behandlung entzündlicher Hautveränderungen (u.a. auch Autoimmundermatitis) entwickelt. Da beim LS T-Lymphozyten involviert sind, ist die theoretische Grundlage für die Anwendung dieser neuen Therapie vorhanden. Die klinische Remission ging einher

mit einer Reduktion der CD3+T – und CD8+ zytotoxischen T-Lymphozyten. Die Therapie wurde von den Patienten sehr gut toleriert. Wir selbst haben mit dem neuen Wirkprinzip bei LS bisher vereinzelt ein gutes Resultat erzielt. Auf jeden Fall eine wichtige und möglicherweise Erfolg versprechende Erweiterung unseres therapeutischen Armamentariums für diese, nicht immer einfach zu behandelnde, Krankheit.

..., dass Toremifen und Tamoxifen in einer Studie (North American Fareston versus Tamoxifen Adjuvant trial) in der adjuvanten Therapie des ER positiven Mammakarzinoms vergleichbar wirksam sind?

Weder beim krankeitsfreien Überleben noch beim Gesamtüberleben gab es bei 1813 peri- und postmenopausalen Frauen statistisch signifikante Unterschiede. Damit könnte Toremifen eine Alternative zur adjuvanten Behandlung bieten. (Lewis J.L. et al., Cancer 2010; 116:2307–15)

Kommentar

"Toremifen ist ein neu entwickeltes Antiöstrogen und erst seit kurzem im Handel. Die östrogenähnlichen Wirkungen sind bei Toremifen deutlich geringer als bei Tamoxifen. Deshalb treten bei diesem Mittel weniger und seltener unerwünschte Wirkungen

auf." Steht im Handbuch Medikamente der Stiftung Warentest. Dies hat zu einer Verunsicherung vieler Patientinnen geführt. Bislang ist Toremifen (Fareston®) nur zur Behandlung von postmenopausalen Frauen mit metastasiertem Brustkrebs zugelassen. Toremifen ist ebenfalls ein Wirkstoff der Gruppe der selektiven Oestrogenrezeptor Modulatoren und hat je nach Gewebe oestrogen agonistische oder oestrogenantagonistische Effekte. Ein möglicher Vorteil des Toremifens ist seine positiverer Einfluss auf das Lipidprofil im Vergleich zu Tamoxifen (Tominaga T., Jpn J. Clin. Oncol. 2010). Aber unter der Behandlung mit dem Antiöstrogen Toremifen kann es zu

einer Verlängerung des OTc-Intervalls im Elektrokardiogramm (EKG) kommen, was ein Risikofaktor für den plötzlichen Herztod ist. Diese Veränderungen betreffen Patientinnen mit bekannter Verlängerung des OTc-Intervalls sowie die Einnahme von Medikamenten, die das OTc-Intervall verlängern können (Kontraindikationen). Zur Vorsicht wird geraten bei Patientinnen mit "andauernden proarrythmischen Beschwerden", etwa nach Herzinfarkt. Falls Zeichen oder Symptome einer Herzrhytmusstörung beobachtet werden, sollte die Therapie abgebrochen und ein EKG durchgeführt werden, fordern die Fachinformationen.

h.p.s.

Dr. Nik Hauser Interdisziplinäres Brustzentrum Frauenklinik Kantonsspital Baden

Antikörpertherapie beim HER-2-neu positiven Mammakarzinom

Das Potential monoklonaler Antikörper in der Behandlung HER-2-neu positiver, metastasierter Mammakarzinome ist noch nicht ausgeschöpft. Die Kombination von Trastuzumab mit Lapatinib oder dem ersten HER-2-neu Dimerisierungshemmer Pertuzumab liefert vielversprechende Resultate. In der neoadjuvanten Situation wird Trastuzumab plus Pertuzumab aktuell auch an Schweizer Zentren untersucht.

Die zielgerichtete Antikörpertherapie mit Trastuzumab ist für Patientinnen mit HER-2-neu positivem, metastasiertem Mammakarzinom ein wichtiger Bestanteil des therapeutischen Spektrums. Dies auch dann noch, wenn es unter einer Trastuzumab-haltigen Vortherapie zu einer Progression kommt. So hat die mit progredienten Patientinnen durchgeführte Studie EGF104900 gezeigt, dass die Kombination von Trastuzumab mit Lapatinib im Vergleich zu Lapatinib allein zu einer signifikanten Verbesserung des progressionsfreien Überlebens (PFS, HR = 0.73; p = 0.008) und zu einem Trend für ein verbessertes Gesamtüberleben (OS, HR = 0.75; p = 0.106) führte. Die Patientinnen dieser Studie waren stark vorbehandelt, im Median mit drei Trastuzumab-haltigen Vortherapien. Ein Grund für das bessere Abschneiden der Kombination könnte in einer synergistischen Wirkung der beiden Substanzen aufgrund ihrer unterschiedlichen Angriffspunkte am HER-2-neu Rezeptor liegen. Damit könnte aber auch die Kombination von Trastuzumab mit weiteren, neu entwickelten Substanzen den Patientinnen zusätzliche Vorteile bringen.

Trastuzumab plus Pertuzumab nach Progression

Eine dieser neuen Substanzen ist Pertuzumab. Während Trastuzumab die Ligand-unabhängige Signalübertragung hemmt, inhibiert der monoklonale Antikörper Pertuzumab die Hetero-Dimerisierung von HER-2-neu. In präklinischen Modellen konnte eine synergistische Wirkung zwischen den beiden Substanzen festgestellt werden.²

Eine Phase-II-Studie hat die Kombination bei Patientinnen mit Progression unter einer Trastuzumab-basierten Therapie getestet.³ Dabei konnte eine Gesamtansprechrate (ORR) von 24.2 % erreicht werden. Die Rate des klinischen Nutzens (CBR, CR + PC + SD > 6 Monate) betrug 50 %. Nach einer Protokollanpassung konnte auch noch eine weitere Kohorte von Patientinnen rekrutiert werden, die lediglich Pertuzumab erhielt. Hier wurde eine ORR von 3 % und eine CBR von 10 % erreicht.⁴ Insgesamt war die Behandlung mit der Kombination bzw. Pertuzumab allein gut verträglich. Nebenwirkungen erwiesen sich in den meisten Fällen als mild, kardiale Dysfunktionen waren minimal und führten bei keiner Patientin zum Studienabbruch.

Trastuzumab plus Pertuzumab als neoadjuvante Therapie

Die 4-armige-Studie NEOSPHERE verglich Trastuzumab plus Pertuzumab mit Trastuzumab plus Docetaxel, Pertuzumab plus Docetaxel und Trastuzumab plus Pertuzumab plus Docetaxel in der neoadjuvanten Situation (Abb. 1).⁵

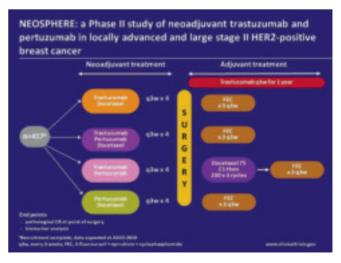


Abb. 1. Design der NEOSPHERE Studie

Die Studie ist bereits geschlossen. Resultate werden erstmals am diesjährigen SABCS Meeting in San Antonio präsentiert. Das zertifizierte Brustzentrum Baden hat an dieser internationalen Studie teilgenommen. Somit liegen auch in der Schweiz Erfahrungen mit dieser neuen Therapieoption vor. Aktuell wurde die Nachfolgestudie TRYPHAENA eröffnet. Diese beinhaltet eine neoadjuvante Therapie mit der Kombination von Trastuzumab mit Pertuzumab. Neben zwei weiteren Schweizer Zentren nimmt auch das Brustzentrum Baden an dieser Studie teil. Dadurch kann auch Schweizer Patientinnen ab sofort diese Therapieoption angeboten werden.

Neuer Ansatz: Antikörper-Zytostatikum-Konjugat

Für Patientinnen, bei denen es unter einer Trastuzumabhaltigen Therapie zur Progredienz kommt, sind noch weitere neue Ansätze unter Evaluation. So der Einsatz von T-DM1, einem Konjugat aus Trastuzumab (T) und einem hochpotenten Chemotherapeutikum (DM1, ein Anti-Mikrotubulus-Derivat). T-DM1 bindet an HER-2neu und wird in die Zelle aufgenommen. Dort wird das Anti-Mikrotubulus-Chemotherapeutikum freigesetzt. Am letztjährigen San Antonio Breast Cancer Symposium wurden die Resultate einer Phase-II-Studie zum Einsatz von T-DM1 bei Patientinnen mit progredientem, HER-2neu positivem, metastasiertem Mammakarzinom vorgestellt.⁶ Alle Patientinnen waren bereits mit Anthrazyklinen, Taxanen, Capecitabine, Lapatinib und Trastuzumab, sowie in der metastasieren Situation mit zwei Anti-HER-2-neu Therapien vorbehandelt. T-DM1 wurde in einer Dosis von 3.6 mg/kg KG i.v. alle 3 Wochen eingesetzt. Der mediane follow-up betrug 8.3 Monate. Bei Patientinnen mit einer retrospektiv bestätigten HER-2-neu Positivität (n = 76) betrug die ORR 39.5 % und die CBR 52.6 %. Im Gesamtkollektiv (n = 110) lag die ORR bei 32.7 % und die CBR bei 44.5 %. Das mediane PFS betrug 7.3 Monate. Die Behandlung erwies sich als gut verträglich, insbesondere traten keine dosislimitierenden Kardiotoxizitäten auf.

Eine Nachfolgestudie mit T-DM1 ist ebenfalls bereits geplant und wird den Patientinnen des zertifizierten Brustzentrums Baden voraussichtlich als neue Therapieoption zur Verfügung stehen.

5-Jahres-follow-up für Trastuzumab in der adjuvanten Therapiesituation

Aus der Studie BCIRG-006 liegen mittlerweile 5-Jahres-Daten vor, die den Langzeitnutzen einer adjuvanten Trastuzumab-Therapie bestätigen. Im Kontrollarm dieser Studie wurde eine Standard-Chemotherapie mit 4 Zyklen Doxorubicin/Cyclosphosphamid (AC) gefolgt von Docetaxel (AC-T) verabreicht. Im ersten der beiden experimentellen Arme erhielten die Teilnehmerinnen gleichzeitig mit der Docetaxeltherapie auch Trastuzumab über ein Jahr (AC-TH). Im zweiten experimentellen Arm wurde ein anthrazyklinfreies Regime mit 6 Zyklen Docetaxel/Carboplatin plus Trastuzumab ab dem ersten Zyklus (TCH) untersucht. Wie die dritte, geplante Interims-Analyse zeigt, führen beide Trastuzumab-Therapien im Vergleich zu AC-T

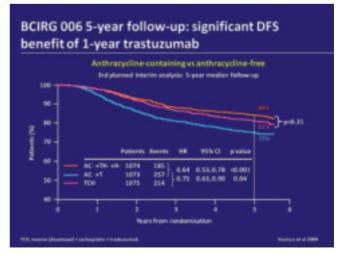


Abb. 2. Signifikant verbessertes krankheitsfreies Überleben durch eine einjährige Trastuzumab-Therapie, auch ohne Anthrazykline

- 8. Gray R et al. Independent review of E2100: a phase III trial of bevacizumab plus paclitaxel versus paclitaxel in women with metastatic breast cancer. J. Clin. Oncol. 2009;27:4966–72.
- Miles DW et al. Final Overall Survival (OS) Results from the Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled, Phase III AVADO Study of Bevacizumab (BV) Plus Docetaxel (D) Compared with Placebo (PL) Plus D for the First-Line Treatment of Locally Recurrent (LR) or Metastatic Breast Cancer (mBC). SABCS 2009, Abstract 41.
- Robert NJ et al. RIBBON-1: Randomized, double-blind, placebocontrolled, phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab (B) for first-line treatment of HER2-negative locally recurrent or metastatic breast cancer (MBC). J. Clin. Oncol. 2009;27(15s): Abstract 1005.

Spezial 19/2/2010

Hugh Trevor-Roper

Zehn Gebote zum deutlichen Schreiben

I

Du sollst Dein Argument kennen und fest auf ihm beharren, und du sollst nicht davon abweichen oder abschweifen ohne Wissen und Zustimmung deines Lesers, den du allzeit auf einem Weg führen sollst, dem er folgen kann und der ihm, während er geht, klar wird.

П

Du sollst die Selbständigkeit jedes Absatzes achten, wie es durch Autorität und Beispiel des Propheten Edward Gibbon (1) befohlen ist; denn er ist in der Kette der Argumente die wesentliche Einheit. Deswegen sollst du das Argument rein und in sich geschlossen halten; jeder Absatz sollte einen zentralen Punkt haben, dem sich alle anderen Beobachtungen präzise unterordnen durch richtigen Gebrauch der Partikel und Flexionsformen, die uns zu diesem Zweck gegeben sind.

III

Du sollst immer nach Klarheit der Gliederung streben, der alle anderen literarischen Ziele untergeordnet sind, eingedenk der Worte des Propheten Kommandant Black: "clarté prime, longeur secondaire". Zu diesem Ende sollst du danach streben, dass kein Satz syntaktisch eine unbeabsichtigte Bedeutung annehmen kann und dass kein Leser verpflichtet ist, auch nur einen einzigen Satz zweimal zu lesen, um seine wahre Bedeutung zu verstehen. Zu diesem Ende sollst du dich weder vor Wiederholungen fürchten, wenn die Klarheit es verlangt, noch sollst du dich scheuen, Tatsachen anzuführen, von denen du meinst, dass sie anderen ebenso vertraut sind wie dir selbst. Denn es ist besser, die Gebildeten an etwas zu erinnern, als die Ungebildeten im Dunkeln zu lassen.

IV

Du sollst den Bau deiner Sätze klar halten, kurze Sätze langen Sätzen vorziehen, damit der Leser sich nicht in

einem Labyrinth von Nebensätzen verliert; und vor allem sollst du nie einen Relativsatz in einen anderen einbauen, denn dies verrät Unbeholfenheit im Ausdruck und ist ausserdem eine fruchtbare Quelle von Zweideutigkeit.

\mathbf{V}

Du sollst die Einheit von Zeit und Ort wahren, wie es der Hohepriester Nicolas Boileau gebot, indem du dich in deiner Phantasie in eine Zeit und an einen Ort versetzt und alles übrige, worauf du dich beziehen magst, davon unterscheidest durch einen passenden Gebrauch der Zeiten und anderer Redeformen, die für diesen Zweck bestimmt sind; denn wenn wir die Unterscheidung zwischen den Zeiten von Vergangenheit und Plusquamperfekt und zwischen Imperfekt und Futur nicht nutzen, können wir eine vollkommene Durchsichtigkeit des Stils und der Argumentation nicht erlangen.

VI

Du sollst den Konjunktiv, einen nützlichen, subtilen und anmutigen Modus, nicht verachten, der von Erasmus den Segen erhalten hat und von George Moore verherrlicht wurde, dagegen von der Heiligen Inquisition, der "Prawda" und dem verstorbenen Lord Beaverbrook verflucht und mit Bann belegt wurde.

VII

Du sollst stets in geordneter Manier vorgehen, nach der Regel des guten Verstandesgebrauchs: also vom Allgemeinen zum Besonderen, wenn ein Allgemeines illustriert, dagegen vom Besonderen zum Allgemeinen, wenn etwas Allgemeines bewiesen werden soll.

VIII

Du sollst sehen was du schreibst; und deswegen sollst du die Metaphern nicht mischen. Denn eine gemischte Meta19/2/2010 Spezial

pher beweist, dass das in ihr enthaltene Bild nicht mit dem inneren Auge gesehen wurde, und eine solche Metapher ist keine echte Metapher, die vielmehr vom tätigen Auge der Einbildungskraft geschaffen wird, sondern abgedroschener Jargon, gedankenlos aus dem Sumpf der Gemeinplätze gefischt.

IX

Du sollst auch hören, was du schreibst, mit deinem inneren Ohr, so dass kein äusseres Ohr durch grelle Silben oder unmelodische Rhythmen beleidigt wird; und hier sollst du mit Demut, doch ohne sie nachahmen zu wollen, an das Wohlgerundete bei Sir Thomas Browne und an Ciceros "clausulae" denken.

X

Du sollst aus deinem Schreiben alle absichtsvoll verfassten hochtrabenden Passagen sorgfältig tilgen, auf dass sie sich nicht erheben, um dich im Alter zu beschämen.

Zum Autor der 10 Gebote zum klaren Schreiben.

Trevor-Roper war Sohn eines Mediziners und studierte an der University of Oxford Klassische Altertumswissenschaft und Neue Geschichte. Trevor-Ropers zweites Spezialgebiet entwickelte sich, als er 1945 als Nachrichtenoffizier für den britischen Militärnachrichtendienst zum Verbleib Hitlers recherchierte und bald darauf sein erfolgreichstes Buch veröffentlichte – Hitlers letzte Tage http://de.wikipedia.org/wiki/Hugh_Trevor-roper-cite_note-1- das bis ins 21. Jahrhundert in zahlreichen Auflagen erschienen ist und rasch in mehrere Sprachen übersetzt wurde. Obwohl die sowjetischen Informationen um Hitlers Tod geheim gehalten wurden, gilt Trevor-Ropers Darstellung bis heute nicht als überholt, wenn auch in Einzelaspekten neue Erkenntnisse vorliegen.

Zu den genannten Personen.

- 1. Edward Gibbon (* 1737 Putney bei London) war einer der bedeutendsten britischen Historiker. Im Byzantinischen Reich (diese Bezeichnung wurde von ihm erst geprägt) sah er eine Fortsetzung und Steigerung von Dekadenz, weshalb es seiner Ansicht nach eine orientalische Despotie war, die den Namen "Römisches Reich" nicht verdiente. Heute sind die Grundgedanken seiner Analyse zwar in der westlichen Öffentlichkeit weiterhin weit verbreitet, allerdings werden sie von Historikern in dieser Form nicht mehr ernsthaft vertreten. Mit den von Gibbon kaum berücksichtigten sozial- und wirtschafsgeschichtlichen Faktoren der Spätantike wird heute ein sehr viel differenzierteres Bild gezeichnet.
- Kommandant Black war im Krieg für das "Freie Frankreich" in London tätig. Mit seinem Spruch wollte er der Forderung nach Knappheit in den verschlüsselten Mitteilungen von damals entgegnen.
- 3. Nicolas Boileau alias: Despréaux oder Boileau-Despréaux (* 1636 in Paris) war ein französischer Autor, der lange uneingeschränkt zu den grossen französischen Klassikern gerechnet wurde, heute aber nur noch als wichtige Figur der Literaturgeschichte gilt. Seine kritische Beschäftigung mit vielen Autoren der Zeit hatte ihn immer wieder auch zu grundsätzlicheren Überlegungen geführt, bei denen die Poetik des klassischlateinischen Dichters Horaz einen wichtigen Bezugspunkt für ihn bildete. Aus seinen literartheoretischen Interessen ging ab 1669 "L'apoétique" hervor. Hierin definierte Boileaux die Rolle und Aufgabe des Autors, fordert die Einhaltung allgemeiner Vorgaben wie "vraisemblance" (Realitätsadäquatheit) oder "bienséance" (moralische Akzeptierbarkeit) und kodifiziert die diversen lyrischen und dramatischen Genera sowie das Epos.

19/2/2010 **Spezial**

- 4. George Augustus Moore (* 1852 in Ballyglass, Irland) war ein irischer Schriftsteller und Kunstkritiker. Mit seinem 1885 erschienenen Roman "A mummer's wife" schuf Moore den ersten Roman im realistischen Stil in England. In den folgenden Romanen thematisierte Moore Themen wie Prostitution, ausserehelichen Sex und lesbische Liebe und provoziert damit die Öffentlichkeit. Ab 1901 lebte Moore in Dublin. Seine Kurzgeschichten inspirierten auch den jungen James Joyce. Durch Moores Einsatz für die irische Sprache gilt er als ein Mitbegründer der modernen irischen Literatur.
- 5. William Maxwell ("Max") Aitken, 1. Baron Beaverbrook, PC, (* 1879 in Maple Ontario, Kanada), war ein kanadisch-britischer Verleger und konservativer Politiker. Er war seit 1910 Mitglied des House of Commons, nachdem er zuvor in Kanada ein erfolgreicher Unternehmer gewesen war. Im folgenden Jahr wurde er geadelt und begann, sich einen Pressekonzern zusammen zu kaufen, zu dem der Evening Standard und der Daily Express gehörten. In der Zwischenkriegszeit hatte Aitken aufgrund seines Presseimperiums grossen Einfluss. Dies zeigte sich insbesondere in der Krise des Jahres 1936, als die Zeitungen Aitkens jede Einzelheit der Affäre des Königs Eduard VIII. mit der geschiedenen US Amerikanerin Wallis Simpson und seiner Kontakte zu NS-Deutschland publizierten.
- 6. Sir Thomas Browne (* 1605 in London) war ein englischer Philosoph und Dichter. Browne studierte an der University of Oxford und an der Universität Leiden und liess sich 1636 als praktischer Arzt in Norwich nieder, wo er 1671 von Karl II. zum Ritter geschlagen wurde. Wichtige Werke waren "Religio-Medici" (London 1643), eine Art philosophischen Glaubensbekenntnisses, ausgezeichnet durch Originalität und Gelehrsamkeit, welches ihm den Vorwurf des Atheismus eintrug und "Pseudodoxiaepidemica" or "Treatise on vulgarerrors" (London 1646), worin er die zu seiner Zeit verbreitetsten Irrtümer wiederlegte
- 7. Marcus Tullius Cicero (* 106 v.Chr. in Arpinum) römischer Politiker, Anwalt, Schriftsteller und Philosoph, der berühmteste Redner Roms und Konsul im Jahr 63 v. Chr. Cicero gilt als der bedeutendste Vertreter des philosophischen Eklektizismus in der Antike. Sein Denken enthält sowohl Elemente der Stoa wie auch solche Epikurs und andere Denker, insbesondere Platons. "Clausularebus sic stantibus" (Den Gesetzen gehorchen wir nur deswegen, um frei sein zu können) Cicero, pro Cluentio 53, 146 "Clausularebus sic stantibus (Unter dem Vorbehalt, dass die Dinge so bleiben), "Clausulaensolitaenducunt suspicionem" (Ungewöhnliche Klauseln erregen Verdacht).

Forum 19/2/2010

Prof. Günther Trams

Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern Hannover

Verlust einer Niere nach endoskopisch durchgeführter radikaler Tumoroperation: Ein Haftungsfall

In jüngster Zeit setzen Viszeralchirurgen, Urologen und Gynäkologen die Laparoskopie zunehmend bei Tumoroperationen ein. Trotzdem gilt diese Methode bislang bei den meisten infrage kommenden Tumorentitäten noch nicht als Standard unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und des Tumorstadiums aber vielfach als gleichwertiges Alternativverfahren. In der Gynäkologie gewinnt die diagnostische Laparoskopie darüber hinaus beim Staging, zum Beispiel beim Zervix- oder Endometriumkarzinom zunehmend an Bedeutung.

Kasuistik

Eine 43-jährige Frau wurde wegen eines Adnextumors rechts zur weiteren Klärung in die Frauenklinik vor Ort eingewiesen. Bei der prästationären Vorstellung wurden der Befund bestätigt und mit der Patientin das weitere Vorgehen besprochen. Es erfolgte zunächst eine diagnostische Laparoskopie, bei der der etwa gänseeigroße Ovarialtumor rechts mit einem Bergesack (Endobag) entfernt wurde. Die Schnellschnittuntersuchung (mündliche Mitteilung) ergab ein invasives Zystadenom des Ovars, das als maligne eingestuft wurde (Grading 3).

Wie mit der Patientin vereinbart wurde die Radikaloperation entsprechend dem Tumorstadium FIGO I durchgeführt (pelvine und paraaortale Lymphonodektomie, Appendektomie, infrakolische Omentektomie, Entfernung des Uterus mit Adnexen durch laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie). Am Ende des Eingriffes ergaben sich keine Hinweise auf eine Komplikation.

In dem einige Tage später schriftlich übermittelten Befund der Schnellschnittuntersuchung ist vermerkt, dass es sich offenbar um einen malignen epithelialen Tumor handelt, die endgültige Beurteilung sei nur am paraffineingebetteten Material möglich. Am vierten postoperativen Tag traten erstmals erhöhte Temperaturen auf (38,2 Grad Celsius), aufgrund derer mit einer intravenösen Antibiotikabehandlung begonnen wurde. Wegen persistierender Temperaturerhöhung erfolgte eine weitergehende Diagnostik inklusive Sonographie und Computertomographie des Bauchraums. Letztere ergab schließlich den Verschluss der linksseitigen Nierenarterie. Der urologische Konsilarius sah weitere Maßnahmen nicht als notwendig an. Die endgültige histologische Beurteilung des Operationspräparates ergab einen adulten Granulosazelltumor mit niedrigem Malignitätsgrad. Die exstirpierten Lymphknoten waren alle tumorfrei.

Die Patientin bemängelte, dass der Funktionsverlust der linken Niere infolge der Koagulation beziehungsweise Unterbindung der linken Nierenarterie erfolgt und damit auf ein fehlerhaftes operatives Vorgehen in der Klinik zurückzuführen sei.

In ihrer Stellungnahme zu diesen Vorwürfen führte die betroffene Klinik den Verschluss der Nierenarterie auf eine Gefäßanomalie zurück. Aufgrund eines atypischen Verlaufes und eines zarten Kalibers des Gefäßes sei es nicht als fehlerhaft zu werten, wenn die A. renalis versehentlich verschlossen worden sei.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte gynäkologische Gutachter führte aus, dass der Operateur aufgrund des Schnellschnittergebnisses von einem bösartigen Ovarialtumor ausgegangen sei und daher die Radikaloperation für indiziert hielt. Deren obligate Schritte wären als richtig zu werten, wozu auch die Entfernung der iliacalen und paraaortalen Lymphknoten gehöre. Dass der Eingriff mit Ausnahme der vaginalen Extraktion des Uterus endoskopisch durchgeführt wurde, sei nicht zu beanstanden. Diese Methode werde auch für Krebsoperationen zuneh-

19/2/2010 **Forum**

mend eingesetzt, insbesondere dann, wenn die Klinik – wie im vorliegenden Fall – über große Erfahrungen im endoskopischen Operieren verfügt. Der ausführliche Operationsbericht weise übersichtliche intraoperative Verhältnisse aus. Es würden auch keine speziellen Komplikationen beschrieben, die den Operateur hätten veranlassen müssen, den Eingriff per Laparotomie fortzusetzen.

Aufgrund der beschriebenen "normalen" Bedingungen während der Operation sieht es der Gutachter allerdings als fehlerhaft an, dass bei der paraaortalen Lymphonodektomie die A. renalis links koaguliert beziehungsweise ligiert wurde. Die postoperativen Untersuchungen hätten gezeigt, dass hinsichtlich Lage und Größe der Niere keine atypische Situation vorlag. Die Nachbefundung der postoperativen Computertomographieaufnahmen habe keine Hinweise auf eine Normvariante ergeben. Der Nierenarterienabgang hätte orthotop und streng nach links ausgerichtet gelegen. Die A. renalis zeige nur eine minimale Kontrastierung im unmittelbaren proximalen Abgangsbereich. Eine angeborene kleinkalibrige Nierenarterie hätte auch eine atypisch kleine Niere zur Folge gehabt. Grundsätzlich sei daher der Verlust der linken Niere der Patientin als fehlerbedingter Schaden zu attestieren. Bevor ein Blutgefäß dieser Größe verschlossen wird, hätte es der Operateur genau identifizieren müssen.

Bei Auftreten der Temperaturerhöhung am vierten postoperativen Tag wäre nach Ausschluss der häufigsten postoperativen Komplikationen (Hämatom, Abszess, Abflussbehinderung, Lungen-affektion) ein Computertomogramm durchgeführt worden, das zur richtigen Diagnose führte . Allerdings hätte man auch bei früherer Diagnostik den Funktionsausfall der Niere nicht mehr verhindern können. Es sei davon auszugehen, dass nach vier Tagen fehlender arterieller Durchblutung der Niere das Organ in seiner Funktion irreversibel geschädigt wurde.

Die Schlichtungsstelle schloss sich in Würdigung der medizinischen Dokumentation der Beurteilung der Gutachter weitgehend an. Es wäre allerdings korrekt gewesen, den endoskopischen Eingriff aufgrund der Schnellschnittdiagnose abzubrechen und erst nach Erhalt der endgültigen Histologie über die definitive kurative Therapie zu entscheiden, weil anhand der Schnellschnittuntersuchung eine differenzierte morphologische Charakterisierung des Tumors nicht möglich war.

Selbst wenn sich der Operateur trotz einschränkender Aussagekraft der Schnellschnittuntersuchung für ein einzeitiges operatives Vorgehen entschieden hatte, ergab sich allein daraus für die Patientin keine zusätzliche Gesundheitsbeeinträchtigung. Nach aktueller wissenschaftlicher Literatur wird für Patientinnen mit adultem Granulosazelltumor trotz des geringen Malignitätsrisikos ein radikales operatives Vorgehen inklusive der pelvinen und paraaortalen Lymphonodektomie empfohlen. Dies hätte im konkreten Fall bedeutet, dass auch bei zweizeitigem Vorgehen der Eingriff nicht wesentlich anders verlaufen wäre.

Bei der radikalen paraaortalen Lymphonodektomie wird gefordert, dass die Präparation nach kranial bis zum Abgang der Nierengefäße aus der Aorta beziehungsweise der V. cava erfolgt. Wenn dabei unter Missachtung der topographischen Anatomie die A. renalis links koaguliert beziehungsweise ligiert wurde, so ist dieses als fehlerhaft zu bewerten. Auch beim endoskopischen Operieren gilt der Grundsatz, dass vor Durchtrennung oder Unterbindung einer Struktur diese in jedem Fall identifiziert werden muss. Ein Abweichen von diesem Grundsatz ist lediglich in Notfallsituationen (zum Beispiel bei starker Blutung) entschuldbar. Derartige Komplikationen lagen aber im hier geschilderten Fall nicht vor. Aufgrund fehlender typischer Symptomatik ließ sich der Funktionsverlust der linken Niere intraoperativ nicht diagnostizieren. Aber nur bei unmittelbarer Diagnose des Verschlusses der Nierenarterie wäre durch sofortiges Eingreifen die Nierenfunktion gegebenenfalls zu erhalten gewesen.

Als Folge des als fehlerhaft zu bezeichnenden Verschlusses der linken Nierenarterie ist es bei der Patientin zu einem Teilverlust eines lebenswichtigen Organs gekommen, der durch die gesunde kontralaterale Niere im wesentlichen kompensiert wird. Die internistische Abklärung hat eine geringgradige Einschränkung der Nierenfunktion und die Ausbildung eines mäßigen Hypertonus ergeben.

Die Schlichtungsstelle hielt Schadenersatzansprüche für begründet und empfahl eine außergerichtliche Regulierung.

19/2/2010 Internet-News



Hier können Sie die Informationen der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency) abrufen. Für die tägliche Praxis besonders hilfreich sind die European Public Assessment Reports (EPAR), in denen jedes zugelassene Medikament für die Öffentlichkeit verständlich dargestellt wird. Unter der Rubrik Human Medicines kommen Sie zu den EPARs und geben dort den Namen des gesuchten Medikamentes ein. Danach können Sie für Patientinnen gut zusammengestellte Informationen über Einsatz und Dosierung des Medikamentes in allen europäischen Sprachen einsehen und auch ausdrucken. Dies erleichtert und verkürzt sehr viele Informationsgespräche insbesondere bei Chemotherapiepatientinnen. Wir händigen diese Informationen unseren Patientinnen häufig zusammen mit der Einverständniserklärung aus, damit Sie sich entsprechend informieren und ggf. Rückfragen stellen können. Mein Tipp: Nutzen Sie diese Möglichkeiten.



Viele onkologische Patientinnen suchen Möglichkeiten einer naturheilkundlichen Behandlung, die parallel oder im Anschluss an die konventionelle Therapie erfolgt. Nicht immer ist dies unbedenklich, besonders bei Kräutern welche die Enzymaktivitäten der Leber steigern und damit den Medikamentenabbau beschleunigen können. Wie groß das Interesse ist zeigt sich daran, dass die wissenschaftlich abgesicherte Webpage www.allaboutherbs. org des Sloan Kettering Hospitals als eine der meistgelesenen Gesundheitsseiten der USA prämiiert wurde. In den USA haben bereits über 40 medizinische Zentren, darunter so renommierte wie das Sloan Kettering Memorial Hospital in New York oder die Harvard Medical School, Abteilungen für "integrative" Onkologie aufgebaut, wo das gezielte Zusammenspiel klassischer onkologischer Therapien und naturheilkundlicher Verfahren erforscht und in der Praxis erprobt wird.

h.p.s.

-IDIX

Im Dialog 19/2/2010

Ein Interview von Prof. Michael K. Hohl mit Jan Sobhani

Wieso lassen sich immer mehr Ausländer in der Schweiz medizinisch behandeln, Herr Sobhani?



Jan Sobhani
Unternehmer, MSc in Business
Administration,
Dipl. Anästhesiepflegfachmann HF
Mitgründer und
Geschäftsleitungsmitglied der
SWIXMED AG.

Nach seiner Ausbildung zu Anästhesiepflegfachmann studierte Herr Sobhani BWL in Los Angeles und Zürich. Seit der Gründung der SWIXMED AG leitet er den Bereich Geschäftsentwicklung.

Frauenheilkunde aktuell: Was sind die Gründe, weshalb Patientinnen und Patienten immer häufiger gerade in die Schweiz zur Behandlung kommen?

Jan Sobhani: Ich bin mir sicher, in der Schweiz wird das beste "total package delivered" offeriert: Die Qualität der medizinischen Leistungen – von den Ärzten durchgehend bis zur Pflege, der paramedizinischen Gebiete, wie auch der Infrastrukturen; das alles ist in Dichte und Interdisziplinarität einmalig.

Unsere Gäste erfahren Professionalität durchgehend auf allen Stufen. Sie erleben neben hervorragenden Ärzten auch wirklich sehr gut ausgebildete Pflegefachleute, die auf den Patienten eingehen können und sehen Putzcrews, die ihren Job perfekt erledigen.

Natürlich tragen die ganz allgemeinen Vorzüge der Schweiz, insbesondere in den Bereichen der Hotellerie und des Tourismus, die gute Verkehrsanbindung, unsere politische Stabilität, die persönliche Sicherheit und vieles mehr, ihren grossen Anteil dazu bei.

So können sich unsere Gäste ohne Probleme erst beispielsweise in Zürich an einem Universitätsklinikum behandeln lassen um dann zu einer Rehabilitation nach Valens zu fahren – dazwischen liegt nur eine Stunde Fahrweg – und haben damit Spitzenmedizin an zwei Standorten konsumiert. Die meisten ausländischen Patienten empfinden das wie Fortbewegung in einer grossen Stadt; die Wege werden als sehr kurz bis kurz erlebt.

Frauenheilkunde aktuell: Ihre Firma spielt dabei eine wichtige Rolle. Wer ist SWIXMED?

Jan Sobhani: Gemeinsam mit zwei Partnern habe ich die SWIXMED AG – mit Sitz in Zürich – vor 7 Jahren gegründet. SWIXMED organisiert und koordiniert medizinische Behandlungen für internationale Patienten in der Schweiz.

Heute sind wir ein Team von 12 Festangestellten und bei Bedarf nochmals ungefähr ebenso vielen Freelancern. Wir betreuen jährlich Patienten aus mindestens 30 verschiedenen Nationen in eigentlich allen Bereichen der evidenzbasierten Medizin. Die SWIXMED arbeitet gleichermassen mit öffentlichen, wie auch privaten Anbietern.

Frauenheilkunde aktuell: Man hört, dass SWIXMED eng mit Swiss Tourismus zusammenarbeitet?

Jan Sobhani: Richtig ist, dass praktisch jeder medizinische Aufenthalt zum Konsum von touristischen Dienstleistungen führt. Unsere Gäste buchen mindestens einen Flug und ein Hotel. Die meisten kommen nicht alleine, sie werden häufig vom Ehepartner oder von Freunden begleitet. Auch diese Menschen brauchen irgendwo eine Unterkunft und entsprechend wissen wir heute, dass ein einzelner medizinischer Aufenthalt im Durchschnitt rund 11 Hotelübernachtungen generiert.

Dies führt zwangsläufig täglich zu einer engen Zusammenarbeit mit Protagonisten des Schweizer Tourismus. Eine Verbindung zur Dachorganisation Schweiz Tourismus gibt es über den neu gegründeten Verein SWISS 19/2/2010 Im Dialog

HEALTH, dessen Geschäftsführung die SWIXMED interimistisch inne hat. Gemeinsam mit der Schweizer Exportförderungsplattform OSEC hat Schweiz Tourismus den Verein SWISS HEALTH Ende 2009 gegründet, mit dem Ziel, eine Dachmarke aufzubauen, um das Schweizer Gesundheitswesen endlich international da zu positionieren, wo es hingehört, nämlich an die internationale Spitze.

Vorreiter, wie Singapur, Deutschland, aber auch Thailand und Indien, haben bewiesen, dass das Vorhaben funktioniert und wir sehen eigentlich keinen Grund, warum die Schweiz ihren Weg nicht auch gehen sollte.

Frauenheilkunde aktuell: Was sind Ihre Aktivitäten in diesem Forum?

Jan Sobhani: Unsere Hauptaufgabe besteht darin, die Grundlagen des Vereins aufzubauen, vor allem aber in einem ersten Schritt eine Allianz der Willigen zu finden, sprich Schweizer Gesundheitsdienstleister vor allem öffentliche und private Spitäler zu überzeugen, dem Verein beizutreten. Wir sind dabei auf einem guten Weg. Die Gründe für einen Beitritt sind, so denke ich, nachvollziehbar:

Wir haben, das behaupte ich jetzt einfach mal so, das beste Gesundheitswesen der Welt und es gibt keinen Grund, dass das nicht international so dargestellt wird. SWISS HEALTH baut – getragen auch von seinem offiziellen Charakter – Brücken zu Märkten und Netzwerken, Sponsoren und Partnern auf, die dem Einzelnen verschlossen bleiben; ein erster Schritt, das Schweizer Gesundheitswesen im Ausland besser zu positionieren.

Frauenheilkunde aktuell: Haben Sie dort Präferenzen?

Jan Sobhani: Ja, in einem ersten Schritt – und natürlich auch um Kosten zu sparen – konzentrieren wir unseren Fokus mehrheitlich auf zwei geografische Regionen, die russischsprachige Welt und den mittleren Osten.

Frauenheilkunde aktuell: Weshalb?

Jan Sobhani: Da gibt es zwei Gründe: Allein historisch gesehen zeigt sich in diesen beiden Herkunftsgebieten die höchste Reisebereitschaft für medizinische Behandlungen. Unsere Erfahrungen decken sich hier mit zwei Studien, welche die OSEC erhoben hat. Es ist so, dass die Affinität von russischsprachigen Personen, sich im Ausland behandeln zu lassen, sehr sehr hoch ist und natürlich von vielen inzwischen auch die Mittel dazu aufgebracht werden können.

Gleiches gilt natürlich immer noch für den mittleren Osten; man ist vor 9/11 vor allem in die USA gereist und hat sich inzwischen – aus verschiedenen Gründen – nach Alternativen umgesehen.

Die Schweiz hat beste Grundvoraussetzungen, sich in beiden Märkten an der Spitze zu etablieren.

Frauenheilkunde aktuell: Wie hat sich in diesen 7 Jahren Ihr Geschäft entwickelt?

Jan Sobhani: Erfreulich. Wir haben den Schritt vom Startup zum diversifizierten Unternehmen mit Büros im Ausland geschafft und dabei die verschiedensten Hürden – wie beispielsweise kulturelle Barrieren – erfolgreich gemeistert.

So behandeln wir in der Tat nun jährlich Anfragen aus über 30 verschiedenen Nationen; es sind also bei Weitem nicht nur Russen und Araber, wir sehen heute auch viele Deutsche, Italiener, Franzosen, aber auch Gäste aus den USA oder etwa Australien.

Das hat sicher auch damit zu tun, dass viele Banken ihre diesbezüglichen Anfragen aus den Kontakten des internationalen Private Banking an uns zur Bearbeitung weiter leiten.

Dann ist da auch die Fokussierung auf die eher komplexe interdisziplinäre Spitzenmedizin, die nachgefragt wird, weil man sie im eigenen Land so schlicht nicht erhält. Wir sehen – im Gegensatz zu dem was viele annehmen – weniger Operationen aus dem Bereich der plastisch-

19/2/2010 Im Dialog

ästhetischen Chirurgie, es geht meistens wirklich darum, Leben zu erhalten, beziehungsweise die Lebensqualität zu verbessern.

Natürlich haben wir auch täglich die Anfragen von Leuten, die sagen, ich bin sowieso schon in der Schweiz, zu geschäftlichen Zwecken oder verbringe meinen Urlaub hier und möchte mich auch noch schnell zwischendurch beispielsweise von einem Hals-Nasen-Ohrenarzt untersuchen lassen.

Frauenheilkunde aktuell: Darf man fragen von welchen Zahlen wir reden? Von wie viel Patienten ca. pro Jahr?

Jan Sobhani: Es sind annähernd tausend Patienten.

Frauenheilkunde aktuell: Wie viele Mitbewerber gibt es auf dem Schweizer Markt?

Jan Sobhani: Der Markt ist gross genug; wir sehen daher aktuell keine Konkurrenten in der Schweiz, sondern nur Leute, die dasselbe wie wir eben auch machen. Eine grössere Gruppe bilden dabei die Hotel-Concierges. Häufig fragen Hotelgäste dort an, wo sie sich mit ihrem medizinischen Anliegen hinwenden sollen. Auf dem Level, auf dem wir das Angebot organisieren,

haben wir aber eigentlich keine Mitbewerber.

Frauenheilkunde aktuell: Also Konkurrenten und nicht Mitbewerber?

Jan Sobhani: Die grosse Konkurrenz – und das darf man so hervorheben – ist Deutschland, insbesondere das Bundesland Bayern. Hier haben wir es mit einer wirklich sehr ernst zu nehmenden Konkurrenz zu tun und die Euroschwäche hat dies nochmals akzentuiert. Man muss anerkennen, dass die Deutschen die Zeit nicht verschlafen haben. Bayern alleine investiert jährlich gegen 20 Mio. Euro, um seine Gesundheitsdienstleistungen international herauszustreichen.

Frauenheilkunde aktuell: Wie viel wird die Schweiz über den Schweizer Tourismus investieren?

Jan Sobhani: Schweiz Tourismus investiert – obschon Gründungsmitglied von SWISS HEALTH – nichts in die Vermarktung des Gesundheitswesens, wenngleich Synergien offensichtlich sind.

Der Verein SWISS HEALTH hat bis jetzt 1 Mio. Schweizer Franken als Anschubfinanzierung erhalten. Dieses Geld kommt aus dem Stabilisierungsfond der OSEC und wie gesagt nicht von Schweiz Tourismus. Weitere Investitionen werden sehr von der Entwicklung des Vorhabens abhängig sein und dürften unter anderem politische Hürden zu meistern haben.

Frauenheilkunde aktuell: Ich nehme an, dass ein Teil Ihrer Kosten dadurch entstehen, dass Sie PR im Ausland betreiben?

Jan Sobhani: Ja, wir haben zwei grosse Kostenpositionen: Personalkosten und Kommunikation.

Frauenheilkunde aktuell: Wiegt dabei das Label "Swiss Quality" etwas?

Jan Sobhani: Ja, auf jeden Fall. "Swiss Quality" zieht sehr im Ausland. Wer viel reist – vor allem auch in Ländern unterwegs ist wie beispielsweise Saudi Arabien oder Russland, spürt nachhaltig, was "Swiss Quality" wirklich bedeutet. "Swiss Quality" ist nicht nur eine Metapher sondern ein Versprechen an einen Standard, zu dem wir Schweizer Sorge tragen müssen.

Frauenheilkunde aktuell: Welches sind die häufigsten medizinischen Probleme, die Sie managen?

Jan Sobhani: Die meisten Anfragen kommen aus den Bereichen Onkologie, Kardiologie, Gynäkologie und Orthopädie; dann haben wir aber auch die Pädiatrie als grosses Thema.

Im Dialog 19/2/2010

Frauenheilkunde aktuell: Pädiatrie – das ist überraschend, wieso ist das so?

Jan Sobhani: Wenn irgendwo ein Gesundheitswesen aufgebaut wird, sehen wir, dass Disziplinen wie die Pädiatrie - oder auch die Rehabilitation - aus welchem Grund auch immer – bei der Entwicklung von Spitzenmedizin – hinten anzustehen hat. Sprich die hoch spezialisierte Pädiatrie fehlt häufig in unseren Zielmärkten. Dann ist da sicher eine emotionale Komponente: Wenn es ihrem Kind schlecht geht, steht ihm die ganze Familie sehr nahe und es wird alles Machbare unternommen, damit die bestmögliche Behandlung erreicht werden kann. Spitzenpädiatrie ermöglicht auch die Behandlung von sehr seltenen Krankheiten. In Saudi Arabien beispielsweise wo familiennahe Eheschliessungen nicht selten sind, ist die erbliche Belastung grösser, entsprechende Krankheiten manifestieren sich schon im Kindesalter. In der Schweiz finden sie auch hier die entsprechenden Spezialsten.

Frauenheilkunde aktuell: Die Pädiatrie hat etwa wie viel Prozent von allem?

Jan Sobhani: Ich würde sagen, bei uns sind ungefähr 15% der Anfragen der Pädiatrie zuzuordnen.

Frauenheilkunde aktuell: Wo steht die Gynäkologie?

Jan Sobhani: Die Gynäkologie ist insbesondere im Bereich der Onkologischen Gynäkologie sehr gefragt. Daneben sehen wir fast täglich Anfragen für ganz normale Routineuntersuchungen, Kundinnen gehen ganz selbstverständlich zu Ihrem Gynäkologen und machen die normale Jahreskontrolle; das geschieht sehr häufig. Häufig sind wir auch mit den Fragestellungen zum Thema Kinderwunsch und Gebären in der Schweiz konfrontiert.

Frauenheilkunde aktuell: Wieso ist die Onkologie so wichtig?

Jan Sobhani: Ich glaube, dass die Onkologie mit ihren interdisziplinären Thematiken in einem medizinischen Schwellenland sehr schwer auf unserem Niveau aufzubauen ist. Weil somit dort nicht vorhanden, wird sie auch häufig bei uns nachgefragt.

In der Regel sehen wir Tumore in einem späten Stadium und leider häufig auch falsch behandelt.

Frauenheilkunde aktuell: Also eigentlich das ganze breite Spektrum?

Jan Sobhani: Ja. Nur kommen die Patienten eben häufig sehr spät. Die Krankheitsbilder werden oft erst spät erkannt und sind dann schon ausgedehnter und fortgeschrittener als man sie im Vergleich dazu in der Schweiz antrifft.

Frauenheilkunde aktuell: Wie macht sich SWIXMED bekannt? Gehen Sie direkt in die bearbeiteten Länder?

Jan Sobhani: Wir haben zwei Möglichkeiten, wie wir uns bekannt machen. Wir sind einerseits vor Ort, das ist insofern wichtig, als unsere Partner und Kunden uns auch sehen und hören wollen.

So haben wir ein Büro in Saudi Arabien und eins in Moskau. Wir sind aber auch vor Ort in der Schweiz präsent, da wo die Leute eh schon sind, die eine positive Assoziation zur Schweiz haben. Sprich, wir sind im Gespräch mit Vertretern der Banken, die kennen uns sehr gut. Auch in der 4- und 5-Sterne Hotellerie kennt man uns und überweist auch viel an uns.

Wir sind hier in der Schweiz präsent, weil wir uns sicher sind, dass die Menschen, die eh schon aus irgendeinem Grunde auf die Schweiz fokussiert sind auch gut und gerne noch in Erfahrung bringen dürfen, dass es neben Business und Freizeit noch einen guten weiteren Grund gibt, in die Schweiz zu reisen.

Mund zu Mund Propaganda ist inzwischen aber zu unserem wichtigsten Bekanntheitstreiber geworden.

19/2/2010 Im Dialog

Frauenheilkunde aktuell: Was erwarten Ihre Kundinnen und Kunden von Ihnen und von den medizinischen Institutionen?

Jan Sobhani: Wir verkaufen mit wenigen Ausnahmen 5-Sterne Medizin mit 3-Sterne Unterkunft und das ist auch das, was wir den Leuten versprechen. Wir erklären und vermitteln die Behandlung eines medizinischen Problems auf einem absoluten Top-Weltstandard. Unsere Kunden erwarten von der SWIXMED ein Prozesswissen, dass wir also verstehen, die Menschen in ihrer Sprache in einer schwierigen Situation abzuholen und Schritt für Schritt erläutern, wie wir Probleme gemeinsam angehen können.

Wir begleiten den ausländischen Patienten wirklich umfassend von A bis Z.

Die Leute vertrauen uns, weil sie wissen, dass wir die medizinischen Prozesse kennen und sie mit ihnen erfolgreich durchlaufen können.

Frauenheilkunde aktuell: Ich hätte eigentlich gedacht, dass 5-Stern-Hotellerie wichtig ist, wenn man auch diese Berichte liest z.B. von der Klinik Genolier am Genfersee und so weiter.

Jan Sobhani: Ich bin überzeugt, dass die Unterkunft nicht derart wichtig ist. Sehen Sie, eine Suite in einer saudischen Klinik der oberen Klasse ist gut und gerne 300 m² gross, hat eigene Zimmer für die Bediensteten, eine eigene Küche, viel Marmor und vergoldeten Schnickschnack. In der Konsequenz werden die Leute, wenn sie in die Schweiz kommen, selbst wenn sie bei Genolier untergebracht sind, enttäuscht sein vom direkten Vergleich mit dem, was sie zuhause vorgefunden haben.

Es ist daher wirklich viel wichtiger, dass die medizinische Qualität ankommt. Klar ist, dass sie, wenn sie ein onkologisches Problem haben, dann von diesem befreit werden möchten; alles andere ist dann eben nur sekundär. Der Rest ist Standard in den Schweizer Spitälern, auch in den Öffentlichen. Es hat jeder eine Dusche, ein Einzel-

zimmer und sie können mit einer speziellen Teesorte und vielleicht mit Fernsehprogrammen aus dem Heimatland, was ja heute wirklich kein Problem mehr darstellt, schon sehr viel Positives bewirken.

Frauenheilkunde aktuell: Erwarten diese Leute aber nicht doch ein VIP-Treatment?

Jan Sobhani: Es ist nicht ein VIP-Treatment, sondern es ist der Standard, den wir heute in praktisch jeder Privatabteilung bieten können, welcher erwartet und von uns verspochen wird. Der Kunde erwartet die Betreuung durch den Chefarzt, er will den Topspezialisten sehen. Zusammengefasst meine ich, dass es übertrieben ist, von einer VIP-Behandlung zu sprechen. Es handelt sich schlicht um die Behandlung, welche ein Schweizer Privatversicherer auch erhält, ergänzt durch den Support der SWIXMED.

Frauenheilkunde aktuell: Nach welchen Kriterien wählen Sie ihre medizinischen Partner aus? Sind es in erster Linie Kliniken oder auch direkt Ärzte?

Jan Sobhani: In aller erster Linie – wir sind eine prozessorientierte Unternehmung-, suchen wir nicht Kliniken sondern Teams. Wenn nun das Team A aus der Klinik B weggeht, verliert diese natürlich auch teilweise deren Kompetenz.

Wir bringen daher in Erfahrung, wo die Kompetenzen wie verteilt sind um dann mit diesen Topspezialisten ins Gespräch zu kommen.

Logischerweise laufen die Verträge und all das letztendlich mit der Institution, sprich der Klinik selbst.

Frauenheilkunde aktuell: Wie stark hat die Wirtschaftskrise ihr Geschäft beeinflusst?

Jan Sobhani: Die grösste globale Krise seit 60 Jahren hat meines Erachtens die Schweiz bisher nur wenig, unsere Zielmärkten aber schwer getroffen. Dies hat auch bei

Im Dialog 19/2/2010

uns zu einer Abflachung der Nachfragekurve geführt. Es sind nicht mehr die "double digit numbers" an Wachstum der vergangenen Jahre erreicht worden, die sind zurück gegangen in den einstelligen Prozentbereich.

Unsere Fokussierung auf die spezialisierte "nötige" Medizin hilft uns auch in der Krise sehr. Viele Behandlungen können oder wollen unsere Kunden nicht aufschieben bis die Ökonomie sich wieder erholt hat. Und dann kommt etwas Weiteres dazu. Eine medizinische Behandlung kostet in der Schweiz im Durchschnitt über alle Fälle ca. 24 000 Schweizer Franken. Das können sich Nachsuchende auch in einer Wirtschaftskrise häufig noch leisten. Natürlich werden die ganz teuren Behandlungen manchmal in Frage gestellt, aber im Allgemeinen macht der Kunde keine Abstriche.

Frauenheilkunde aktuell: Bis anhin kommen die meisten Patienten wohl aus Russland und dem Mittleren Osten. Wie schätzen Sie das Potential für Länder des europäischen Raums, insbesondere solche, mit einem stark verstaatlichten System (z.B. England, Italien, etc.).

Jan Sobhani: Wir sehen jetzt schon Patienten aus diesen Ländern und das Potential ist dementsprechend auch sehr gross, weil überall, wo sie eine lokale oder überregionale Unterversorgung haben – quantitativ zum Beispiel in England, aber auch qualitativ wie zu Beispiel in Italien, werden sich die Leute nach Alternativen umsehen und sollten sie sich sich diese Alternativen leisten können, werden sie diese auch beziehen. Die Schweiz, mit ihrem einfachen Zugang zu eingangs erklärten Qualitäten aber auch ihrer Sprachvielfalt hat einen grossen Standortvorteil. Wir sprechen ja schon die Sprache der Menschen, die hierher kommen, das dürfen wir nicht vergessen, gerade wenn sie Italien aber auch Frankreich ansprechen. Von da her gesehen glaube ich, dass wir ein grosses Potential haben, es aber ganz einfach noch nicht wirklich aktiv abschöpfen.

Frauenheilkunde aktuell: Gibt es spezielle Erwartungen dieser ausländischen Kunden wenn sie in die Schweiz kommen?

Jan Sobhani: Für sie ist speziell, was für uns selbstverständlich ist. Ganz häufig hören wir "wie sauber es hier überall ist". Das habe ich übrigens auch von einem New Yorker Chirurgen gehört, der sich hier mit einer Patientin aus Saudi Arabien einfand und kaum glauben konnte, wie sauber er das öffentliche WC in einer Klinik in der Schweiz vorfand. Es sind die Dinge, die für uns eigentlich ganz selbstverständlich sind.

Daneben erwarten sie aber vor allem Professionalität von allen beteiligten Parteien und eine klare transparente Kommunikation, auch, wenn mal nicht alles so rund läuft.

Frauenheilkunde aktuell: Geht es auch in eine andere Richtung, mit anderen Worten: Gibt es auch Schweizer Patientinnen und Patienten, die Sie ins Ausland vermitteln?

Jan Sobhani: Ja, das machen wir. Neuerdings organisieren wir, mit unserem Partner Dr. Jon Aizpurua, Eizellund Embryonenspenden für Schweizer Patientinnen in Spanien.

Frauenheilkunde aktuell: Die Eizell- und Embryonenspende sind in der Schweiz verboten. Wie sichern Sie sich Ihre Vermittlertätigkeit juristisch ab?

Jan Sobhani: Als wir von Dr. Aizpurua angefragt wurden, ob wir seine deutschsprachigen Patienten betreuen könnten, haben wir das natürlich erst juristisch abklären lassen. Uns liegt ein Gutachten von Prof. Poledna vor, welches bestätigt, dass wir juristisch gesehen sicher sein können, d.h. für beide Seiten, für überweisende Ärzte aber auch für uns, die SWIXMED, so kein Risiko besteht.

Frauenheilkunde aktuell: Was sind Ihre Kriterien für die Auswahl der entsprechenden Zentren?

19/2/2010 Im Dialog

Jan Sobhani: Für uns war das ja auch Neuland und so haben wir uns zuerst einmal umgehört, wie funktioniert das in der Schweiz, wer hat schon wirklich viele Kunden aus der Schweiz, sprich, wer hat das Vertrauen der Schweizer IVF Zentren. Dabei fanden wir Dr. Aizpurua sehr gut positioniert. Zum anderen ist da die Erfahrung, sprich die Fallzahlen. Und vor allem – und das liegt uns wirklich am Herzen – ist es uns wichtig, dass die medizinische Versorgung wirklich für alle auf Schweizer Niveau stattfindet, die Spenderinnen also die gleiche Qualität der Behandlung erfahren, wie die bezahlende Klientel aus der Schweiz selbst.

Frauenheilkunde aktuell: Da sind auch immer mehr sog. "Billigangebote", vor allem aus Ost-Europa. Haben Sie das auch schon recherchiert?

Jan Sobhani: Wir haben so viele Kunden aus diesen Ländern, die hierher kommen, weil sie ihr Gesundheitswesen zur Verzweiflung bringt. Wir sind selber häufig vor Ort, wir kennen das lokale Gesundheitswesen der Oststaaten – denke ich – sehr gut. Ich glaube, es ist fast schon kriminell, wenn man Leute irgendwohin in die Ukraine oder in sonst ein osteuropäisches Land schickt, nur weil die Eizellspende günstiger ist. Läuft alles rund, ist's kein Problem, für den Falle einer Komplikation haben sie ihre Patienten in einem Land mit einer sehr eingeschränkten medizinischen Grundversorgung. Hinzu kommt eine nicht zu kontrollierende Qualität der medizinische Versorgung von Spenderinnen. Da können wir nicht dahinter stehen.

Frauenheilkunde aktuell: Für den/die eine(n) oder andere(n) Kollegin(en), könnte ich mir vorstellen, ist der administrative Aufwand so eine Patientin irgendwo anzumelden, relativ gross. Wie läuft das bei Ihnen?

Jan Sobhani: Mit uns funktioniert das folgendermassen: Sie geben der Patientin unsere Adresse und wir übernehmen alles Weitere. Wir haben eine Mitarbeiterin, die

jahrelange Erfahrung auf diesem Gebiet hat, die sich bei SWIXMED ausschliesslich um die Eizellspende kümmert. Es ist uns ein grosses Anliegen, dass wir die zuweisenden Ärzte so gut und eng dokumentieren, wie dies gewünscht wird. Standard ist, dass die Zuweiser wissen, was wie passiert ist, bevor die Patientin wieder zurück in die Praxis kommt, Sie haben dann den Behandlungsplan vorgängig schon erhalten und sie erhalten natürlich auch einen Bericht, was gemacht wurde.

Frauenheilkunde aktuell: Wie sehen Sie das Potential für die Zukunft?

Jan Sobhani: Sehr gut. Wenn eine Eizell- oder Embryonenspende die einzige Möglichkeit ist, die noch verbleibt, um Kinder zu bekommen, dann wird diese auch wahrgenommen werden. Ich habe ja selber auch Kinder, und glaube heute zu verstehen, was es heisst, keine Kinder bekommen zu können...

Ich denke auch, dass immer mehr Menschen das Thema wahr nehmen, weil es öffentlich diskutiert und enttabuisiert wird.

Frauenheilkunde aktuell: Wie sind Sie zum Konzept SWIXMED gekommen?

Jan Sobhani: Die Idee dazu kam von Barbara Zumbühl; sie ist Pflegenotfallfachfrau mit hoher Sprachkompetenz und hat in verschiedenen Kliniken gearbeitet. Immer häufiger wurde sie in der Konsequenz herangezogen, wenn es galt, ausländische Patienten zu betreuen. Deren Feedback und Begeisterung über die umfassend erhaltene Dienstleistung und Betreuung war Auslöser dafür, die Geschäftsidee mit Remy Schleiniger – er ist Ingenieur und Betriebswirtschafter – und mir – Anaesthesiepfleger und Betriebswirtschafter – anzudiskutieren und zu realisieren.

Frauenheilkunde aktuell: Was finden Sie das Faszinierendste an Ihrer Aufgabe?

Im Dialog 19/2/2010

Jan Sobhani: Die Menschen, deren Fragestellungen und die persönlichen Kontakte. Weil ich täglich in spannenden Kontakt komme mit Leuten aus allen Winkeln dieser Welt, in die man nicht einfach ganz alltäglich hinreist. Ich bin daher jeden Tag ein bisschen auf Reisen, ohne die Schweiz dabei wirklich immer verlassen zu müssen. Dann sind da die Menschen – Politiker, Intellektuelle, Entscheidungsträger – aus Ihren fremden Ländern, die

wir in einem speziellen Rahmen treffen dürfen; es entstehen Beziehungen zu Persönlichkeiten, die wir sonst vermutlich nie treffen würden. Ich denke, das ist der grosse Reiz dieser Aufgabe.

Frauenheilkunde aktuell: Herr Sobhani herzlichen Dank für dieses Gespräch.