

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The version of the following full text has not yet been defined or was untraceable and may differ from the publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/49292>

Please be advised that this information was generated on 2019-11-13 and may be subject to change.

Frage, ob der Nutzen der Anthrazyklin-Therapie für die Patientin noch besteht, wenn Dexrazoxan komediziert wird. Die Autoren erwähnen zu Recht „die extrem hohen Kosten“ von liposomalen Anthrazyklinen. In der Folge stellen sie allerdings den protektiven Wirkstoff Dexrazoxan sehr positiv dar, ohne die unverhältnismäßig hohen Kosten zu nennen. Die Applikation von Dexrazoxan zusammen mit Doxorubicin verteuert die Therapiekosten pro Kurs von rund 25 Euro auf über 300 Euro.

LITERATUR

1. Tan-Chiu E, Yothers G et al.: Assessment of cardiac dysfunction in a randomized trial comparing doxorubicin and cyclophosphamide followed by paclitaxel, with or without trastuzumab as adjuvant therapy in node-positive, human-epidermal growth factor receptor 2 overexpressing breast cancer. NSABBP B-31. *Journal Clinical Oncology* 2005 23: 7811–9.
2. Fachinformation Herceptin, Firma Roche, Stand Juni 2006
3. Fachinformation Zinecard, Firma Pfizer, Stand Dezember 2005

Thomas Müller
 Zentralapotheke des Universitätsklinikums Rostock
 Ernst-Heydemann-Straße 7, 18057 Rostock
 E-Mail: zentralapotheke@med.uni-rostock.de

Schlusswort

Die Trastuzumab-Kardiotoxizität scheint im Gegenteil zur chronischen Anthrazyklin-Kardiotoxizität reversibel zu sein (1) – das ist durch die bekannten pathophysiologische Unterschiede durchaus erklärbar. Angesichts der signifikanten und eigenständigen Antitumoreffekte von Anthrazyklinen und Trastuzumab in der Brustkrebsbehandlung muss daher die Kardiotoxizität nach ihrer gleichzeitigen beziehungsweise sequenziellen Gabe noch in weiteren Studien untersucht werden. Der Ausschluss von kardial vorbelasteten Patientinnen von der Trastuzumab-Therapie wird allerdings gegenwärtig als gerechtfertigt angesehen (1). Die zitierte Untersuchung (Swain 1997a in Van Dalen et al. 2005 [2]) bleibt die einzige, in

der eine statistisch signifikante Verschlechterung eines klinisch relevanten Endpunktes (der Tumortherapieantwort) nach Dexrazoxan berichtet wurde. In keiner einzigen Studie wurden jedoch negative Dexrazoxan-Effekte auf die klinisch relevanteren Parameter progressionsfreies Überleben und Gesamtüberleben festgestellt. Das gleiche Ergebnis lieferte eine erste Cochrane-Analyse (2). Es muss auch erwähnt werden, dass Messungen der Tumortherapieantwort beim fortgeschrittenen Brustkrebs (wie in der Studie von Swain 1997) sehr schwierig und als weniger objektiv als progressionsfreies Überleben und Gesamtüberleben betrachtet werden können (2). Es bleibt zu hoffen, dass die verbreiteten, wenn auch nicht eindeutig begründeten Zweifel an Dexrazoxan durch eine der laufenden klinischen Studien endgültig entkräftet werden.

Die zusätzlichen Therapiekosten durch Dexrazoxan müssen im Kontext der Gesamtbehandlung und Nachsorge der herzinsuffizienten Patienten betrachtet werden. Eine Kosteneffektivität von Dexrazoxan wurde bereits in einer pharmakoökonomischen Analyse (3) demonstriert.

LITERATUR

1. Hayes DF: Heart of darkness: The downside of Trastuzumab. *J Clin Oncol* 2006; 24: 4056–8.
2. Van Dalen EC et al.: Cardioprotective interventions for cancer patients receiving anthracyclines. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; CD003917.
3. Bates M et al.: A pharmacoeconomic evaluation of the use of dexrazoxane in preventing anthracycline-induced cardiotoxicity in patients with stage IIIB or IV metastatic breast cancer. *Clin Ther* 1997; 19: 167–84.

Prof. Dr. med. Leszek Wojnowski
 Department of Pharmacology
 Johannes Gutenberg University
 Obere Zahlbacher Str. 67, 55101 Mainz
 E-Mail: wojnowski@uni-mainz.de

Interessenkonflikt

Die Autoren aller Diskussionsbeiträge erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

DISKUSSION

zu dem Beitrag

Überweisungen vom Hausarzt zum Facharzt: Naht- oder Bruchstelle?

Ergebnisse einer Überweisungsstudie im Raum Marbach/Ludwigsburg (Baden-Württemberg)

von Dr. med. Thomas Rosemann, Dr. med. Gernot Rueter, Dr. Michel Wensing PhD, Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi, in Heft 37/2006

Leere Überweisungsscheine

Rosemann et al. behandeln ein in der alltäglichen Facharztpraxis wichtiges Thema, was leider bislang kaum analysiert worden zu sein scheint: Mit dem Überweisungsschein kommt der Patient in die nächste Versor-

gungsebene und zeigt sich damit als von einem Kollegen überwiesen, somit nicht als Selbstvorsteller aus. Der Überweisungsschein hat eine zweite Funktion, die durch das Gesundheitsmodernisierungs-Gesetz wichtiger geworden ist: Er ist die Quittung für die gezahlte Praxisgebühr gegenüber dem Weiterbehandler. Folge ist, dass in den ersten Quartalstagen Patienten sich bei ihren Hausärzten Berge von Überweisungsscheinen holen für all die Ärzte, die sie im neuen Quartal aufzusuchen gedenken. Diese Scheine werden nach unseren Erfahrungen größtenteils von den Helferinnen am Empfang ausgestellt und sind mit Pauschalunterschriften der Praxisinhaber versehen, entsprechend schwach sind die darauf formulierten Anforderungen, Fragestellungen, Mitteilungen oder der Schein wird gar nicht ausgefüllt, sodass

der Überweisungsschein vom innerärztlichen Kommunikationsmedium zur reinen Quittung degeneriert und seine Funktion als Steuerungsinstrument verloren hat. Diese würde die verantwortungsbewusste Indikationsstellung durch den Hausarzt voraussetzen. Damit kann auch die so oft zitierte und politisch gewollte hausärztliche Lotsenfunktion somit nicht mehr (konnte sie es überhaupt jemals?) wahrgenommen werden. In unserer fachinternistischen Praxis legen wir seit dem Bestehen der Leistungsbudgetierung Wert auf eine vorliegende Überweisung, um nicht indizierten Selbstüberweisungen entgegenzuwirken und damit die begrenzten Ressourcen effizienter nutzen zu können. Schön wäre nur, wenn diese enorme wirtschaftliche Verantwortung auch hausärztlicherseits verstanden wird und das unkontrollierte Produzieren von Überweisungsscheinen zu Quartalsbeginn ein Ende hätte.

Dr. med. Jens Papke
Rosa-Luxemburg-Straße 6, 01844 Neustadt

Gebühr pro Arztbesuch

Nach Einführung der 10-Euro-Notdienstgebühr ist die Anzahl der „Notfälle“ im hausärztlichen Notdienst am Wochenende um circa 60 bis 70 Prozent gesunken. Es liegt doch die Vermutung nahe, dass es vor allem vonseiten der Patienten nur solange als sinnvoll und angemessen bewertet wird, solange es nichts kostet. Das zurzeit einzig greifende Regulative – nämlich der Weg des Geldes – wird nach Einführung einer Gebühr pro Arztbesuch zeigen, wie weit es mit der Notwendigkeit solcher Konsultationen bestellt ist.

Ivo Seuser
Im Bruch 14, 56567 Neuwied

eCard nutzt nur den Krankenkassen

Die Autoren zeigen auf, dass mit der geplanten elektronischen Patientenkarte (eCard) wohl keine Verbesserung der ambulanten ärztlichen Kommunikation zu erzielen ist.

Von der elektronischen Patientenkarte profitieren somit nur die Krankenkassen. Diese sollten dann aber auch ausschließlich die finanziellen Folgen tragen. Die vorliegende Untersuchung hätte von den Initiatoren der elektronischen Patientenkarte durchgeführt werden müssen.

Dass dies nicht geschah, zeigt erneut, mit welcher Fahrlässigkeit weitreichende gesundheitspolitische Entscheidungen gefällt werden.

Dr. Michael Spiel
Dorfplatz 6, 71711 Murr

Schlusswort

Die Autoren stimmen mit Herrn Dr. Seuser darin überein, dass eine Gebühr pro Besuch möglicherweise auch eine zusätzliche Steuerfunktion bewirken könnte. Sie könnte aber auch zu Fehlsteuerungen zum Beispiel im Sinne einer Unterversorgung von sozial schwachen Patienten oder allgemein zu einer stärkeren Erwartungshal-

tung führen. Auch der Perspektive des Facharztes von Herrn Dr. Papke können wir uns anschließen: Die Praxisgebühr allein setzt den Hausarzt noch nicht in eine Lotsenfunktion. Oft muss er gerade zu dem mit Abwanderung drohenden Patienten – oftmals zähneknirschend – „Wunschüberweisungen“ oder Überweisungen aufgrund von Wiedereinbestellung ausstellen. Haus- und Fachärzte sitzen hier im selben Boot: der Hausarzt kann seine vorselektierende, lotsende Funktion gar nicht adäquat wahrnehmen und der Facharzt sieht sich oftmals mit fraglich indizierten Überweisungen konfrontiert.

Wir möchten aber abschließend nochmals deutlich machen, dass sich unsere Studie nur auf sogenannte „direkte“ Überweisungen bezog, bei denen ein Hausarzt-Patient-Kontakt mit einer Konsultation stattgefunden hat. Das Phänomen der „indirekten“ Überweisungen bedarf einer weiteren und genaueren Untersuchung.

Anschrift für die Verfasser
Dr. med. Thomas Rosemann
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universität Heidelberg, Voßstraße 2
69115 Heidelberg

Interessenkonflikt
Die Autoren aller Diskussionsbeiträge erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

REFERIERT

CT-Screening auf Lungenkrebs

Jährliche Screening-Untersuchungen auf ein Bronchialkarzinom im Stadium I mittels Spiral-CT scheinen Erfolg versprechend zu sein, wie eine internationale Arbeitsgruppe berichtete. In den Jahren von 1993 bis 2005 ließen sich 31 567 asymptomatische Risikopatienten mit dem CT untersuchen, um möglicherweise ein Bronchialkarzinom zu entdecken. 27 456 Untersuchungen wurden nach einem Intervall von 7 bis 18 Monaten wiederholt. Bei 484 Studienteilnehmern wurde ein Bronchialkarzinom diagnostiziert, das sich bei 412 (85 Prozent) im Stadium I befand. Die geschätzte 10-Jahres-Überlebensrate betrug in diesem Kollektiv 88 Prozent. Von den 302 Teilnehmern, bei denen innerhalb eines Monats nach Diagnosestellung ein Stadium-I-Tumor reseziert wurde, überlebten 82 Prozent. Acht Teilnehmer, die eine Operation ablehnten, verstarben innerhalb von fünf Jahren. W

The International Early Lung Cancer Action Program Investigators: Survival of Patients with Stage I Lung Cancer Detected on CT Screening. *N Engl J Med* 2006; 355: 1763–71.
Henschke CT, New York Presbyterian Hospital-Weill Medical College of Cornell University, 525 E. 168th St, New York, N. Y. 10021.
E-Mail: chensch@med.cornell.edu