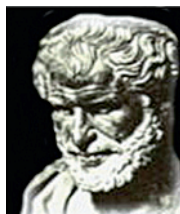


KONGRESSBERICHT

Nichts ist so beständig wie der Wandel¹

Das Tagungsmotto wurde vom griechischen Philosophen Heraklit (520–460 v. Chr. im kleinasiatischen Ephesus) übernommen. Ihn hatten Werden und Wandel in der Weltordnung beschäftigt, was später zum unverbindlichen «panta rhei» abgeschliffen wurde.



Heraklit, griechischer Philosoph, 520–460 v. Chr.

Eine wohlthuende Wahl, wo sich doch unsere Standesorganisationen vorwiegend auf die Erhaltung des Bestehenden kaprizieren, als ob dieses jemals besonders gut gewesen wäre. In unserem Umfeld geht es darum, den Wandel im Spannungsfeld verschiedenster Interessen zu gestalten, und nicht einfach passiv zu erleben.

Als «special guest» sprach Frank Rinderknecht von der Firma Rinspeed, aber nicht über Kolben, Kurbelwellen und Zylinder, sondern über Emotionen und Visionen. Sie, nicht Konsens, tragen weit und führen zu Innovationen. Um etwas Bestehendes an einen anderen Platz zu verrücken, muss man mitunter etwas verrückt sein, wie der Referent bemerkte.

Aspekte der Labororganisation

Ein erster Themenblock galt der Labororganisation. Jean Bayard vom In-

stitut Central des Hôpitaux Valaisans in Sion berichtete über das Netzwerk der Walliser Spitäler und die Reorganisation des zentralen Laboratoriums in Sion. In einem ersten Schritt wurde die Analytik konsolidiert. Als entscheidende Erfolgsfaktoren bezeichnete der Referent dabei die Kommunikation und das «Mitnehmen der Mitarbeitenden». Léonard Allegroz, ebenfalls aus Sion, gab einen Ausblick auf den nächsten Schritt, nämlich die Installation eines präanalytischen Moduls im Oktober dieses Jahres. Der Mehrwert besteht in einem kontinuierlichen Fluss der Analytik. Gleichzeitig ist dieser Schritt Voraussetzung für weitere Elemente der Mechanisierung. Gérard Desch vom Centre Hospitalier d'Avignon steuert kluge Überlegungen allgemeiner Art zu den Schritten der Mechanisierung bei: Wenn immer noch mehrere einzelne Laboratorien persistieren, muss die Reorganisation hier ansetzen. In ungeeigneten Lokalitäten nützen auch gute technische Lösungen nichts. Eine Konsolidierung der Analytik bringt nichts, so lange das Auftragsverhalten der Ärzte chaotisch ist. Und eine Rohrpost kann unter Umständen mehr bewirken als ein Präanalytikmodul. Vor dessen Implementierung

steht eine überlegte Logik der Probenverteilung. Und schliesslich ist vor weiteren Schritten der Mechanisierung, deren sinkender Grenznutzen in Beziehung zu setzen mit den zunehmenden Kosten.

Aktuelle Messgrössen

Im zweiten Themenblock wurden aus der Sicht des Arztes Indikationen für aktuelle Messgrössen diskutiert. Christophe Wyss vom Universitäts-Spital Zürich ging von der aktuellen Definition stabiler bzw. akuter koronarer Herzkrankheit aus und beleuchtete den klinischen Nutzen des hs-Troponin. Allein schon die Festlegung des Referenzwerts als 99. Perzentile führt zu Interpretationsschwierigkeiten: Sie ist firmen- sowie alters- und geschlechtsabhängig und die Beurteilung eines akuten Koronarsyndroms nach einem Marathonlauf ist eine Crux. Ausserdem gibt es eine zunehmende Anzahl weiterer Ursachen für einen Troponinanstieg (kardialer und nicht-kardialer Natur) sowie einige wenige falsch-positive Resultate. Der Mehrwert des hs-Troponins liegt im **Ausschluss** eines Myokardinfarkts und damit in der Entlastung der Notfallstationen. Für die Diagnostik sind möglicherweise

¹ Tagungsbericht von der Fortbildung Diagnostik in Zürich-Oerlikon vom 25.–26. August 2010; Weiterbildungssymposium von Roche Diagnostics (Schweiz) AG.

andere Referenzwerte erforderlich, und der Referent wünschte sich eine Verbesserung der Vortest-Wahrscheinlichkeit, um den positiv-prädiktiven Wert zu verbessern. Fazit: für den erfolgreichen Einsatz dieses an sich wertvollen Tests ist eine intellektuelle Mehrleistung erforderlich.

Beat Müllhaupt vom UniversitätsSpital Zürich skizzierte zunächst epidemiologische Aspekte von HCV vor dem Hintergrund der Naturgeschichte dieser Krankheit. Von den akuten Infektionen heilen ca. 20%, 60–80% werden chronisch, und davon entwickeln binnen 20 Jahren 5–20% eine Zirrhose, die in 2–4% zu einem hepatozellulären Karzinom führt. Auch wenn die Infektionsrate seit einiger Zeit rückläufig ist und die Heilungsrate chronischer Infektionen binnen 20 Jahren von Null auf nahezu zwei Drittel angestiegen ist [sic], wird die Belastung medizinischer Einrichtungen bis über 2020 hinaus zunehmen. Der Referent zeigte, wie mit Hilfe weniger, spezifischer Labormethoden das Stadium erkannt und eine adäquate Behandlung individuell gesteuert werden kann. Ausserdem stehen eine Reihe viel versprechender neuer Substanzen vor der Einführung, die zum Teil oral verabreicht werden können.

René Rizzoli vom Hôpital Universitaire de Genève hielt eingangs fest, dass im Alter von 50 Jahren die Wahrscheinlichkeit, im Rest des Lebens eine Fraktur zu erleiden, für Frauen bei 50% und für Männer bei 20% liegt. Klinisch geht es zunächst darum, das individuelle Risiko eines Pa-

tienten zu erkennen. Die Diagnose einer Osteoporose wird mittels Knochendichtemessung (DXA) gestellt. Das Labor ist wesentlich für Differenzialdiagnose, Sicherstellung des Behandlungserfolgs sowie Beurteilung der Compliance. Die benötigten Methoden sind in erster Linie das mittels Albumin korrigierte P-Calcium, Parathyrintakt, 25-Hydroxycholecalciferol (Calcidiol, «Vitamin D»), S-CTX (Crosslaps), S-P1NP (Prokollagen-Typ-1-Propeptid), ausserdem in manchen Fällen ionisiertes Calcium – wobei der Referent etwas spitz betonte, die Messgrösse sei zu messen und nicht etwa zu berechnen, und auch nicht auf pH 7,4 zu «standardisieren».

Bekanntlich treten in der elektiven Chirurgie trotz Gerinnungsabklärung in ca. 5–20% der Fälle intraoperativ unerwartete Blutungen auf. Wolfgang Korte vom Kantonsspital St. Gallen berichtete über eigene Forschungsarbeiten zur Aufdeckung der zugrunde liegenden Koagulopathie. In mehrjähriger Arbeit konnte er nachweisen, dass es ein Mangel an Faktor XIII ist, der dazu führt, dass Fibrinmonomere nicht zu einem stabilen Gerinnsel verarbeitet werden. In einem Pilotversuch konnte gezeigt werden, dass eine einmalige therapeutische Gabe von Faktor XIII 15 Minuten vor Beginn der Operation den mittleren Blutverlust um 29% senkte. Ein praktisches Problem bleibt vorläufig, Faktor XIII unmittelbar vor der Operation zu messen.

Nota bene: Wäre es nicht schön, wenn alle unsere Befunde von unseren ärztlichen Partnern in dieser Intensität

und Fachkompetenz beurteilt würden?

Gesundheitsökonomie

In einem brillanten Referat skizzierte Fred Harms vom European Health Care Foundation in Zug schliesslich Aspekte eines zukünftigen Gesundheitsmanagements: Die wahre Herausforderung ist nicht die Akutversorgung, sondern es sind die chronischen Krankheiten wie etwa Krebs oder Diabetes, die bei steigender Lebenserwartung das ganze Gesundheitsbudget bald einmal «aufzufressen» drohen. Dem Referenten schwebt mehr Selbstmanagement vor, und er meinte, dass 90% des Behandlungserfolgs in der Hand des Patienten lägen (z.B. Compliance). Gemäss einer Umfrage wären Patienten auch bereit, bis zu 300.– Euro jährlich selbst zu bezahlen. Ausserdem könnte durch geeignete Aufklärung ein namhafter Betrag aus dem so genannten Tigerkrallenmarkt abgezweigt werden, der nach Aussage des Referenten mittlerweile ebenso gross ist wie derjenige der Schulmedizin. Mit diesen Mitteln könnte dann für jeden Patienten auf der Basis einer individuellen Diagnose ein «Trainingsplan» aufgestellt werden, der durch Ärzte, Apotheker, MPA und andere Coaches mit Unterstützung durch geeignete Lehrfilme an den Mann und an die Frau zu bringen wäre.

Korrespondenz:
Dr. phil. Peter Hagemann
Binzmühlestrasse 76a
CH-8050 Zürich
peter.hagemann@bluewin.ch