

S. Briest^{1,2}, M. K. Pawelka^{1,3}, St. Leinung^{1,4}, L.-Chr. Horn^{1,5}

Die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie beim Mammakarzinom

Konzept und Management

Universität Leipzig
Universitätsklinikum

Zusammenfassung

Der Nodalstatus ist der wichtigste Prognosefaktor des Mammakarzinoms. Die Wahrscheinlichkeit axillärer Lymphknotenmetastasen hängt von der Tumorgöße ab. Rund 70 Prozent aller T1-Tumoren sind nodalnegativ.

Nach einer radikalen axillären Lymphonodektomie zeigen rund 30 Prozent aller Frauen eine Morbidität im Schulter-Arm-Bereich. Das Prinzip der Sentinel-Lymphknoten-

Biopsie beruht auf der Annahme, dass solide Tumoren einen gerichteten Lymphabfluss über einen oder mehrere erstdrainierende Lymphknoten aufweisen; die Sentinel- (SLN) oder Wächterlymphknoten. Der Status des SLN (Metastase ja/nein) erlaubt eine Aussage über den Befall nachgeschalteter Lymphknoten. Die SLN-Detektion erfolgt mit verschiedenen Verfahren, wobei als Standard heute die Markierung des Tumors mit Radionuklid ist.

Die SLN-Biopsie ist derzeit noch keine Standardtherapie. Dennoch darf der Patientin nach ausführlicher Aufklärung diese Behandlungsoption nicht verweigert werden, sofern der Eingriff nach den von nationalen Fachgesellschaften vorgegebenen Rahmenbedingungen erfolgt.

Schlüsselwörter: Mammakarzinom – Sentinel-Lymphknoten – axilläre Lymphknoten – Onkologie

Einleitung

Die operative Therapie des Mammakarzinoms unterlag in den letzten Jahrzehnten einem dramatischen Wandel, der von einer zunehmenden Einschränkung der Radikalität gekennzeichnet war. Die brusterhaltenden Operationsverfahren in Kombination mit der adjuvanten Radiotherapie der Mamma sind heute als Standardverfahren etabliert. Während der letzten ca. 10 Jahre wurde ein neues Konzept in die operative Behandlung von malignen Erkrankungen implementiert – die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie.

Prinzip der

Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Das Prinzip der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLN-Biopsie) beruht auf der Annahme, dass solide Tumoren einen gerichteten bzw. geordneten Lymphabfluss über einen erstdrainierenden Lymphknoten (LK) aufweisen. Der oder die ersten Lymphknoten im Abstromgebiet eines Tumors werden als Sentinel- oder Wächterlymphknoten bezeichnet. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass der Status des SLN (Metastase ja/nein), eine Aussage über den Befall der nachgeschalteten regionären Lymphknoten (LK) zulässt.

Der Begriff „sentinel node“ wurde erstmals von Gould 1960 im Zusammenhang mit der Darstellung eines Referenzlymphknotens beim Parotiskarzinom erwähnt. Wiederbelebt wurde das Prinzip der SLN-Biopsie 1977 durch Cabanas beim Peniskarzinoms. 15 Jahre später zeigten Morton et al. (1992), dass das Lymphabflussgebiet von Melanomen nach peritumorale Injektion eines Farbstoffes intraoperativ erfaßt werden kann. 1993 wur-

de die Lokalisierung des SLN beim Mammakarzinom mittels einer Radionuklid-Markierung beschrieben (Krag et al. 1993). Giuliano et al. (1994) sowie Morton et al. (1992) stellen das lymphatische Mapping und die Sentinellymphonodektomie für das Mammakarzinom detailliert dar.

Onkologische Rationale der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie beim Mammakarzinom

Der Nodalstatus ist nach wie vor der wichtigste Prognosefaktor des Mammakarzinoms (Strobl et al. 2002). Weisen die axillären LK Metastasen, auf, werden diese als Ausgangspunkt für die systemische Disseminierung betrachtet. Ihre Entfernung dient in diesem Fall der lokalen Tumorkontrolle. Unter den Aspekten der Qualitätssicherung und der lokalen Tumorkontrolle in der Axilla ist eine Entfernung von mindestens 10 LK aus dem Level I und II erforderlich (DKG S3-Leitlinie; www.mammakarzinom.de).

Das Mammakarzinom wird zunehmend in früheren Tumorstadien diagnostiziert. Entsprechend den Angaben des gemeinsamen Krebsregisters der neuen Bundesländer werden 38,4 Prozent der 46.300 – 50.500 pro Jahr in Deutschland neu entdeckten Mammakarzinome im Stadium T1 diagnostiziert (Strobl et al. 2002). Die Wahrscheinlichkeit der Metastasierung in die regionären, axillären LK hängt von der Tumorgöße ab. Rund 70 Prozent aller T1-Tumoren sind nodalnegativ (Carter et al. 1989).

Nach einer radikalen axillären Lymphonodektomie (LNE) weisen bis zu 30 Prozent aller Frauen eine langandauernde oder bleibende Morbidität im Schulter-Arm-Bereich auf

(Kühn et al. 2000), die von Bewegungseinschränkungen über Sensibilitätsstörungen bis hin zum Lymphödem reicht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass

1. die Erfassung des Nodalstatus zur Prognoseeinschätzung und Festlegung der adjuvanten Therapie derzeit noch notwendig ist,
2. die radikale axilläre LNE zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität bei einem beträchtlichen Teil der Patientinnen führt,
3. dass bei nodalnegativen Patientinnen die axilläre LNE rein diagnostischer Art ist und somit unter dem Aspekt einer möglichen Übertherapie zu diskutieren ist.

Einen möglichen Ausweg stellt das Konzept der SLN-Biopsie dar. Das Ziel der SLN-Biopsie besteht darin, den Nodalstatus sicher zu evaluieren und die Morbidität der axillären LNE einzuschränken, ohne die onkologische Sicherheit zu beeinträchtigen. Das bedeutet, dass die nodalnegativen Patientinnen mit dieser Methode identifiziert werden sollen, um ihnen die radikale LNE zu ersparen, wohingegen alle nodalpositiven Patientinnen nach wie vor eine radikale LNE erhalten müssen.

Indikationen und Technik der SLN-Biopsie

Prinzipiell eignen sich für die SLN-Biopsie nur Patientinnen mit kleinen Tumoren, die eine geringe Metastasierungswahrscheinlichkeit in die regionären LK aufweisen.

Die Voraussetzung für die gezielte Entnahme des SLN ist seine Auffindbarkeit, das heißt der SLN muss in geeigneter Weise markiert werden. Dazu gibt es grundsätzlich zwei

¹ Mammaboard an der Universität Leipzig,

² Universitätsfrauenklinik Leipzig,

³ Klinik für Nuklearmedizin,

⁴ Klinik und Poliklinik für Chirurgie,

⁵ Institut für Pathologie (Gynäkopathologie) der Universität Leipzig

Möglichkeiten; einerseits die Markierung mit einem Farbstoff, andererseits die mit einem Radionuklid.

In beiden Fällen reichert sich der peritumoral- bzw. subdermal injizierte Tracer im SLN an. Mit dem Farbstoff, in der Regel Patentblau, wird der Operateur aufgrund der Blaufärbung des SLN und seiner zugehörigen Lymphbahn optisch zum SLN geführt, während bei Verwendung des Radionuklids der SLN intraoperativ mittels einer Gammasonde akustisch bzw. über eine Impulsanzeige an der Gammasonde detektiert wird. Bei Markierung mit einem Radionuklid wird zusätzlich präoperativ eine Lymphabflusszintigraphie angefertigt, um ggf. alternative Abflusswege zu erfassen. Dabei gelten nach Morton et al. (1992) als Kriterien für den SLN eine eigene Lymphbahn, eine frühe Erscheinungszeit, eine starke, persistierende Anreicherung des Radionuklids im Lymphknoten sowie die Nähe des anreichernden Lymphknotens zum Primärtumor. Im Idealfall ist der SLN „hot and blue“.

Die Detektionsrate wird in der Literatur mit 68 – 98 Prozent angegeben, wobei die starke Variation durch die Patientenselektion und die Auswahl des Markierungsverfahrens bedingt ist (Kühn et al. 2000). Von 1997 – 2000 wurde in Deutschland eine prospektive Multicenterstudie durchgeführt, an der 21 Zentren mit 80 Operateuren beteiligt waren und 814 Patientinnen eingeschlossen wurden (Kühn et al. 2001). Bei einer Markierung mit Patentblau betrug die Detektionsrate 71,6 Prozent, mit Technetium 78,8 Prozent und in der Kombination beider Verfahren 89,6 Prozent. Bei der Interpretation dieser Detektionsraten muss berücksichtigt werden, dass es sich bei dieser Untersuchung um eine Validierungsstudie gehandelt hat. Alle Fälle wurden ohne Berücksichtigung der Lernphase der Operateure dokumentiert. Alleiniges Einschlusskriterium war unabhängig vom Tumorstadium das einseitige primäre Mammakarzinom, für das eine operative Therapie einschließlich der axillären LNE geplant war.

Neben der Notwendigkeit der Optimierung der Applikation des Tracers hinsichtlich des Volumens und des Applikationsortes wird aus diesen Zahlen klar, dass die Kombination beider Techniken die höchste Reproduzierbarkeit für eine hohe Detektionsrate aufweist, so dass von der alleinigen Verwendung

der Farbstoffmethode abgeraten werden muss. Wird der SLN detektiert und korrekt entfernt, so ist die Sensitivität der Methode sehr hoch. Ausdruck der Sensitivität ist die Falsch-Negativ-Rate (FN-Rate). Sie beschreibt die Rate an Patientinnen, bei denen der histologische Status des SLN nicht mit dem der übrigen axillären LK übereinstimmt. Die Falsch-Negativ-Rate ist Ausdruck der onkologischen Sicherheit und errechnet sich aus den falsch-negativen Fällen bezogen auf die Anzahl nodalpositiver Fälle eines Patientenkollektivs (Kühn et al. 2002).

Wichtig ist, dass das Risiko eines übersehenen positiven LK-Status entscheidend von der Wahrscheinlichkeit einer Lymphknotenbeteiligung bei der zu operierenden Patientin abhängt. Der häufigste Grund für einen falsch-negativen SLN ist die nicht korrekte Auswahl von Patientinnen für die Methode. In jedem Fall hängt der Erfolg der Methode von der Lernkurve des Operateurs ab. Es wird heute gefordert, dass jeder Operateur bei 20 bis 50 Patientinnen sowohl eine SLN-Biopsie als auch eine komplette axilläre LNE durchgeführt haben muss, bevor die alleinige SLN-Biopsie verantwortbar ist (Kühn et al. 2001). Der Erfolg und die Validität der SLN-Biopsie hängen von einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit ab. Wird der SLN nicht optimal durch den Nuklearmediziner markiert, resultiert eine schlechte Detektionsrate. Damit ist der Operateur nicht in der Lage, den SLN zu entfernen. Der Pathologe, dem die intraoperative Entscheidung über die Beendigung oder Fortführung der Operation anhand des SLN-Status obliegt, ist seinerseits auf die korrekte SLN-Biopsie angewiesen.

SLN-Biopsie als Standardtherapie?

Studien haben gezeigt, dass die SLN-Biopsie bezüglich ihrer onkologischen Sicherheit und im Hinblick auf die Reduktion der Morbidität nach dem operativen Eingriff in der Axilla klare Vorteile bietet (Schrenk et al. 2000, Veronesi et al. 2003). Dennoch ist die SLN-Biopsie derzeit noch nicht überall eine Standardmethode. Bezüglich des Einflusses der SLN-Biopsie auf das rezidivfreie und Gesamtüberleben liegen derzeit noch keine Daten vor und sind mittelfristig auch nicht zu erwarten, da die Ergebnisse der derzeit laufenden Studien erst in ca. 10 Jahren ausgewertet werden können.

Die NSABP-B32-Studie in den USA hat der-

zeit die Rekrutierung ihrer Patientinnen abgeschlossen. Die deutsche KiSS-Studie (www.sentinel-online.org/KISS) ist noch in der Phase der Rekrutierung. Andererseits wird die SLN-Technik in einzelnen Ländern bereits heute zum neuen Standard erklärt (Schwartz et al. 2002, Veronesi et al. 2003). Daher ist zu erwarten, dass die Mammaoperateure zunehmend mit dem Wunsch der Patientin nach einer SLN-Biopsie konfrontiert werden und sich diese Methode als Standard etabliert.

Um diesem Problem Rechnung zu tragen, hat die Deutsche Gesellschaft für Senologie in Auswertung internationaler Empfehlungen und Erfahrungen wie dem Konsensusmeeting in Philadelphia 2001 (Schwartz et al. 2002) und im Ergebnis einer sehr konzentriert geführten Diskussion aller an der Behandlung des Mammakarzinoms Beteiligten Empfehlungen für die Durchführung der SLN-Biopsie in Deutschland formuliert (Kühn et al. 2003). Darin werden die personellen, strukturellen und fachlichen Anforderungen an eine Klinik, die die SLN-Biopsie durchführen möchte, klar definiert (Strukturqualität). Darüber hinaus werden Fragen der Indikation, der Ausbildung des Operateurs, der standardisierten technischen Durchführung, der Dokumentation, der Aufklärung der Patientin und der Nachsorge festgelegt (Prozessqualität). Weiterhin werden Qualitätsindikatoren festgelegt, über deren Erfassung eine Ergebnisqualität belegt werden kann.

Institutionelle Voraussetzungen

- enge Kooperation zwischen Operateur, Nuklearmediziner und Pathologen,
- Möglichkeit der Applikation radioaktiv markierter Tracer und Durchführbarkeit einer Lymphabflusszintigraphie,
- Vorhandensein einer Gammasonde,
- protokollgerechte histopathologische Aufarbeitung des SLN mit der Möglichkeit der intraoperativen Schnellschnittuntersuchung,
- Dokumentationsmöglichkeit.

Anforderung an den Operateur

- Beherrschung der konventionellen Axilladissektion,
- mindestens 50 Mammakarzinomoperationen pro Jahr,
- Absolvierung einer Einarbeitungs- und Implementierungsphase entsprechend der

vom Konsensuspanel ausgearbeiteten Empfehlungen,

- alternativ: 20 Assistenzen bei einem erfahrenen SLN-Operateur, 20 eigene SLN-Biopsien unter Assistenz eines erfahrenen Operateurs,
- mindestens 20 SLN-Biopsien/Jahr.

Indikationen

- unifokales Mammakarzinom bis 2 cm Größe (T1-Karzinome) mit klinisch negativem Nodalstatus,
- primäre Operation,
- sekundäre Operation bei Zustand nach Lumpektomie möglich.

standardisierte Markierung

1. Radionuklid:

- Tc-99m markierte Kolloide mit einer Teilchengröße von 20 – 100 nm in 0,2 – 1,0 ml Volumen,
- Aktivität in Abhängigkeit des verwendeten Protokolls zwischen 10 – 250 MBq,
- peritumorale, intra- oder subdermale oder subareoläre Injektion des Tracers,
- präoperative Lymphoszintigraphie empfohlen:
obligat: statische Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen (gegebenenfalls zusätzliche Aufnahmen aus 45°-Sicht bis zur Darstellung des SLN)
fakultativ: dynamische Lymphoszintigraphie
- intraoperative Detektion mittels Gamma-sonde vor bzw. nach Exstirpation des Primärtumors.

2. Farbstoff

Patentblau V (Fa. Geurbet) additiv.

Histopathologische

Aufarbeitung der SLN

Bezüglich der Aufarbeitung sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Studien publiziert worden (Übersicht bei Yared et al. 2002), ohne dass eine bestimmte Aufarbeitungstechnik klare Vorteile erkennen ließ. Anhand der Literaturanalyse und unter Berücksichtigung von Consensus-Treffen erscheint derzeit folgendes Vorgehen empfehlenswert (Yared et al. 2002, Schwartz et al. 2002, Silverberg 2002): Die Aufarbeitung des SLN sollte von einem erfahrenen Pathologen vorgenommen werden. Die Sentinel-Lymphknoten sollten entlang ihrer größten Ausdehnung in 0,2 bis 0,4 cm starke Scheiben geschnitten werden (Schwartz et al. 2002, Silverberg 2002).

Im Falle eines Schnellschnittes wird die vollständige Untersuchung der SLN mit der Anfertigung von drei Schnittstufen empfohlen (Schwartz et al. 2002). Die zusätzliche bzw. alleinige Untersuchung der SLN mittels Imprint-Zytologien i.S. einer intraoperativen Schnellszytologie (Ratanawichitransin et al. 1999), hat sich nicht durchsetzen können.

In Analogie zur radikalen Lymphonodektomie müssen die SLN vollständig aufgearbeitet werden. Die Art der Aufarbeitung des Paraffinmaterials wird kontrovers diskutiert. Gute, mit einem vertretbaren Aufwand erzielte Ergebnisse hat die Anfertigung von drei HE-gefärbten Stufenschnitten (ca. alle 500 µm) ergeben. Lassen sich in diesen Schnitten keine Metastasen nachweisen oder ist das Ergebnis zweifelhaft, wird die immunhistochemische Untersuchung mit einem Pan-Zytokeratin-Antikörper empfohlen (Yared et al. 2002, Schwartz et al. 2002). Der Einsatz molekularer Techniken ist derzeit nur unter Studienbedingungen sinnvoll (Fitzgibbons et al. 2000).

Management der SLN-Biopsie am Universitätsklinikum Leipzig

An der Universität Leipzig hat sich vor 2 Jahren ein interdisziplinäres Mammazentrum etabliert, welches die Kollegen aller Fachdisziplinen vereinigt, die an der Behandlung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom beteiligt sind. Im Einzelnen sind dies Vertreter der Radiologie, Nuklearmedizin, Gynäkologie, Chirurgie, Pathologie, Onkologischen Nachsorge (Tumorambulanz), Genetik, Psychosomatik sowie des Tumorzentrum an der Universität Leipzig e.V. In wöchentlich durchgeführten Tumorkonferenzen (siehe grüne Seiten des „Ärztblatt Sachsen“), an denen ein Vertreter jeder im Mammazentrum vertretenen Fachdisziplin teilnimmt, werden alle Patientinnen mit einem Mammakarzinom vorgestellt. Im Ergebnis des Treffens wird für jede Patientin ein Tumorprotokoll erstellt, in dem die wichtigsten Fakten zur Erkrankung dokumentiert werden. Dies gilt auch für Patientinnen, die eine SLN-Biopsie erhalten sollen.

Praktische Durchführung der SLN-Biopsie:

1. Auswahl der Patientin entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Senologie (Kühn et al. 2003).

2. Interdisziplinäre Vorstellung im Mammazentrum mit Festlegung des OP-Termins.

3. Am Vortag der Operation Markierung des SLN mit einem Radionuklid in der Klinik für Nuklearmedizin und Anfertigung eines Lymphabflussszintigramms.

4. Am OP-Tag sonografisch/stereotaktisch gesteuerte Markierung des Tumors, intraoperativ Umspritzen des Tumors mit 2 ml Farbstofflösung (Patentblau), Detektion des/der SLN mittels Gammasonde sowie Entfernung und Übersendung zur intraoperativen Schnellschnittuntersuchung.

5. Resektion des Tumors (brusterhaltende Therapie, falls möglich) mit standardisierter Fadenmarkierung des Präparates, Präparatmammographie.

6. Übersendung des Resektates zur Beurteilung des Abstandes zwischen Tumor und Resektionsrand im Rahmen eines weiteren intraoperativen Schnellschnittes.

7. Gegebenenfalls Nachresektion, wenn im Schnellschnitt der Abstand des invasiven Karzinoms oder der intraduktalen Tumorausbreitung weniger als 1cm vom Schnitttrand beträgt.

8. Durchführung der radikalen axillären Lymphonodektomie mit Separierung in Level I und II (Formalinfixierung und Paraffineinbettung) in Abhängigkeit des Ergebnisses der intraoperativen Schnellschnittuntersuchung des SLN.

Postoperatives Management von Mammakarzinompatientinnen

1. Bestimmung etablierter histomorphologischer Parameter am Resektat und am axillären Lymphonodektomiepräparat (unter anderem Einordnung in das TNM-System mit Angabe der genauen Tumorgöße und der Zahl metastatisch befallener sowie insgesamt resezierter Lymphknoten (z.B. pN1a (2/17)), Nachweis von Lymph- bzw. Blutgefäßeinbrüchen (Aufarbeitung der SLN-Biopsie wie oben beschrieben.)

2. Immunhistochemische Bestimmung des Steroidhormonrezeptorstatus mit Angabe des immunreaktiven Scores (IRS) nach Remmele und Stegner sowie des c-erbB-2 (HER-neu) Status (semiquantitative Auswertung mit Angabe des Score-Wertes)

3. Interdisziplinäres Tumorkoncil mit Festlegung der adjuvanten Therapie.

4. Angebot einer humangenetischen Beratung

5. Angebot einer psychoonkologischen Betreuung

Fazit

Wir halten die Implementierung der SLN-Biopsie entsprechend den Kriterien der von der Deutschen Gesellschaft für Senologie ausgesprochenen Empfehlungen in die Behandlung der Patientin mit einem Mammakarzinom für einen entscheidenden Schritt in der Verbesserung der operativen Therapie der betroffenen Frauen. Auch wenn die SLN-Biopsie

sie noch nicht als Standardtherapie angesehen werden darf, sollte man einer Patientin diese Behandlungsoption nicht mehr verweigern, sofern die Patientin nach ausführlicher Aufklärung, auch über die Risiken der Therapie, der SLN-Biopsie zustimmt und die Behandlung entsprechend der von der Fachgesellschaft vorgegebenen Rahmenbedingungen stattfindet.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:
Oberärztin Dr. med. Susanne Briest
Leiterin der Abteilung Senologie
Universitäts-Frauenklinik Leipzig
(Triersches Institut)
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
Tel.: 0341 9723423
E-Mail: susanne.briest@medizin.uni-leipzig.de

14. Sächsische Balint-Tagung

Dresden
26. – 28. 3. 2004

Kulturell und historisch attraktiv vermochte Dresden am 26. 3. 2004 über 40 Kollegen aus alten und neuen Bundesländern anzuziehen zur gemeinsamen Balint-Arbeit am Tage und einem spannenden Abendprogramm unter der Leitung von Frau Dr. med. Heike Langer und der Referentin.

In drei Großgruppen- und fünf Kleingruppen-Sitzungen von einhalbstündiger Dauer stand im Mittelpunkt die von einem Teilnehmer geschilderte und problematisierte Arzt-Patienten-Beziehung. Der vorstellende Kollege lässt als Zuhörer die spontanen Einfälle der Runde auf sich wirken. Der Gruppenprozess wird begleitet von einer kommentierenden, zum Teil deutenden Gruppenleitung. Abschließend wird der Referent aufgefordert, sein Erleben während der Sitzung mitzuteilen und sich die Fortsetzung der Beziehung durch eine weitere Begegnung vorzustellen.

In typischer Weise fand das erste Kennenlernen der gut altersgemischten – von der Studentin bis zum Pensionär – Kollegen aus alten und neuen Bundesländern in der Großgruppe statt. Neu-Einsteiger konnten hier hautnah spüren, wie die Distanz des Außenstehenden einen anderen Blick ermöglicht, wie aber auch nur der etwas los wird, der sich in den Kreis wagt. Die wohlwollende und gewährende erfahrene Leitung ermutigte dazu, sich in den folgenden Kleingruppen, aber auch in der täglichen Großgruppe, aktiv einzubringen.

Fast die Hälfte der Teilnehmer erwiesen sich als alte Balint-Hasen, die in der Leitergruppe

supervidiert von Frau Dr. med. Heide Otten, Wienhausen, und Herrn Prof. Dr. med. Werner König, Berlin, das Leiten übten. Hier wimmelte es von gestandenen Psychotherapeuten, denen es nicht mehr ganz leicht fällt, losgelöst von Fachjargon und psychodynamischen Überlegungen im Balintschen Sinn ungehemmt eigenen Gefühlen und Phantasien freien Lauf zu lassen. Ganz anders gelingt das den jungen Kollegen in den unterschiedlichsten Facharztbildungen, die sich in den Kleingruppen beherzt den schwierigsten Problemen stellten, die uns allen in der Beziehung zu unseren Patienten begegnen: – uneingestander Ärger auf die Patienten, die sich von uns nicht helfen lassen wollen und unter unseren Augen immer kränker werden, sogar dem Tod geweiht sind, – Ablehnung gegenüber denen, die sich verschließen oder die über die fadenscheinigsten Dinge jammern, während wir uns von einem Dienst in den nächsten schleppen, – das Meiden von Kontakt zu denen, die wiederkommen, nachdem wir schon einmal mit ihnen Schlimmstes durchgemacht haben, – uneingestander Neid auf die, die es sich einfach machen oder – Wut auf die, die uns dazu bringen, trotz bekundeter Skepsis und Zurückhaltung in Bezug auf die Prognose, immer weiter Diagnostik zu betreiben oder immer eingreifender und verletzender mit Therapieverfahren zu werden. All diese Gefühle wollen wir nicht haben und verstecken sie immer mehr hinter vermeintlichem Einsatz am Patienten, dessen unausgesprochene Erwartungen wir zu erfüllen versuchen. Begleitet uns ein solcher Patient nach Feierabend oder nach Abschluss der Therapie

gefühlshaft mit nach Hause oder zu einer Balint-Tagung, so ist hier der rechte Ort, dem Hintergrund mit Hilfe der Kollegen in der Runde aus sicherer Distanz des symbolhaft zurückgeschobenen Stuhles auf die Spur zu kommen. Am Ende der Kleingruppenarbeit fühlen sich alle Kollegen, die schon lange ihren Patienten mit sich herumgetragen hatten, befreit und erleichtert. Beschenkt mit einem Blumenstrauß von kollegialen Einfällen und Phantasien, die immer wieder so erstaunlich ins Schwarze treffen oder Dunkles erhellen, ist die nächste Begegnung mit dem unliebsamen Patienten oder dem nächsten erwartungsvollen Patienten kein gefürchteter Augenblick, sondern eine kreative Begegnung.

Durch diese Tagung zog sich von Anfang an, erst mit der Zeit sichtbar, ein roter Faden: Der Wunsch und gleichzeitig die Schwierigkeit, ob aus Ost oder West, offen füreinander zu bleiben, auch wenn uns unterschiedliche politische Systeme, Lebensstile, Überzeugungen und Erwartungen geprägt haben, zog sich durch alle Gruppen. Das Thema eskalierte in der letzten Großgruppe, in der der Ärger aufeinander Thema sein durfte. Es hat jeden einzelnen Anstrengung gekostet, wirklich zu verstehen und sich verständlich zu machen: Belohnt wurde das gemeinsame Bemühen spätestens am Ende der Tagung mit dem Gefühl gut genährt, bereichert und versöhnt in den beruflichen Alltag zurück zu kehren.

Dr. med. Cordula Barthe
01665 Klipphausen, Peganaauer Straße 24 B