

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 2/2002

Editorial	Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus?	48
Berufspolitik	In eigener Sache	49
	Unser Standpunkt	49
	Fünf nach Zwölf in der Gesundheitspolitik	50
Gesundheitspolitik	Aktuelle Bedeutung der klinischen Autopsie	52
	Impressum	54
Das Redaktionskollegium	Leserbefragung – Auswertung und Ergebnis	56
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Internet-Ecke	60
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	60
	Konzerte und Ausstellungen	60
	Erratum	61
	3. Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten und Richtern	61
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	61
Originalien	Ausblicke der Computer- und Roboter-assistierte Chirurgie – 2. Teil	62
	H. Alexander	
	Medizinische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik	67
	D. Mischke, B. Pfeil, I. Pönitzsch, U.-F. Haustein	
	Klinisch epidemiologische Daten zum malignen Melanom	69
Tagungsbericht	14. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch	73
Amtliche Bekanntmachungen	Untersagungsverfügung Nahtmaterial bovinen Ursprungs	74
Leserbrief	Leserbrief von Dr. med. Jürgen Wenske	76
Personalien	Professor Dr. med. Uwe-Frithjof Haustein zum 65. Geburtstag	77
	Unsere Jubilare im März	78
Kultur und Kunst	Sex – Vom Wissen und Wünschen	79
Feuilleton	Carl Louis Riedel	80
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – April 2002	

Die Sächsische Landesärztekammer und das „Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter <http://www.slaek.de>, per e-mail: dresden@slaek.de, die Redaktion: presse@slaek.de und der „Sächsische Gesundheitslotse“ unter www.gesundheitslotse-sachsen.de zu erreichen/abrufbar.

Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus?

Ja, denn es gibt keine sogenannte Ärzteschwemme, wie das zurückliegend vielerorts behauptet wurde, sondern deutschlandweit zunehmenden Ärztemangel. Wir konstatieren einen aktuellen und perspektivisch sich verschärfenden ostdeutschen Ärztemangel. Der Arbeitsmarkt ist leergefegt, und schnelle Lösungen sind nicht in Sicht. Die deutsche Ärzteschaft ist überaltert und hat zugleich gravierende Nachwuchsprobleme. Besonders betroffen sind von diesem Problem die Haus-/Allgemeinärzte, die Kinderärzte, Chirurgen, Laborärzte und Arbeitsmediziner, wie das die Ärztestatistik in Sachsen erkennen lässt. Zunächst brauchen wir eine grundlegende Analyse, warum der Arztberuf in Klinik und Praxis offensichtlich zunehmend unattraktiv geworden ist. Unmittelbar anschließend und parallel dazu bedarf es einer konzertierten Aktion von Selbstverwaltung, Kassen und Politik, um die fatale Entwicklung zu stoppen und möglichst umzukehren. Zur Detailerläuterung der Problematik einige Ergebnisse einer aktuellen Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Arztzahsentwicklung:

1. Zwischen 1995 und 2000 ist der Anteil der über 59-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten um ca. 45 Prozent angewachsen.
2. Zugleich ist der Anteil der jungen Ärzte unter 35 Jahre um rund ein Drittel gesunken.
3. Der „Verlust“ an Medizinstudenten im Studienverlauf liegt zwischen 30 bis 40 Prozent. In dieser unvertretbar hohen Quote befinden sich Studienabbrecher und Studienwechsler sowie eine etwa gleich große Zahl von Studienabsolventen, die jedoch nicht in die AiP-Phase eintreten und offensichtlich in alternative Berufsfelder gehen.
4. Die Zahl der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte hat im Zeitraum 1995 bis 2000 in den alten Bundesländern um 0,7 % und in den neuen Bundesländern

um 3,2 % abgenommen. Zusätzlich werden in den nächsten 5 bis 10 Jahren voraussichtlich 40 Prozent aus dem Berufsleben ausscheiden.

5. Dringender Handlungsbedarf besteht in den Neuen Bundesländern, da hier durch überproportionales Ausscheiden von Rentnern und Ruheständlern einerseits und fehlendem Nachwuchs andererseits in naher Zukunft die hausärztliche Versorgung zusammenbrechen wird.

6. Gegenwärtig bestehende regionale Versorgungsengpässe werden sich auf dem Hintergrund erhöhter Behandlungserfordernisse infolge Langlebigkeit, Multimorbidität und medizinischen Fortschritts erheblich verschärfen.

7. Einer geringen Zahl arbeitslos gemeldeter Ärzte stehen zunehmende Stellenangebote gegenüber. Im November 2001 gab es 3.600 offene Stellen in Deutschland.

8. Die Abwanderungsbewegung von AiP's und Jungärzten in die alten Bundesländer und das europäischen Ausland wegen günstigeren Arbeits- und Lebensbedingungen (volles Arztgehalt, Wohnung, Sprachkurs, soziales Umfeld etc.) führt zusätzlich zu einem Verlust an Fachkräften.

9. Eine Zuwanderung ausländischer Ärzte hat nur in geringem Maße stattgefunden, wobei in den letzten fünf Jahren verstärkt Ärzte aus der ehemaligen Sowjetunion und dem ehemaligen Jugoslawien nach Deutschland gekommen sind.

10. Vor allem in den ländlichen Regionen wird sich der Ärztemangel auswirken und später auch auf Ballungsgebiete übergreifen.

Welche Maßnahmen sollten ergriffen und welche Wege sollten beschritten werden?

Ganz generell muss der Arztberuf im säkularen Medizinbetrieb von Praxen und Kliniken in materieller und ideeller Hinsicht deutlich attraktiver gestaltet werden. Insbesondere bedarf es besserer

Vergütungen und Arbeitsbedingungen sowie weniger Regularien und Bürokratismus, damit sich junge Leute wieder stärker für den Arztberuf interessieren. Dringlich ist die differenzierte perspektivische Feststellung des Ärztebedarfes in Deutschland. Weitere Vorschläge zur stärkeren Motivation junger Kollegen, in die praktische Medizin zu gehen, lauten:

■ Novellierung der Approbationsordnung für ein praxisnahes verkürztes Medizinstudium

■ Abschaffung des AiP als überfällige Maßnahme

■ Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin durch staatlich geförderte Rotationsstellen, besonders in Kliniken

■ Fortsetzung des Initiativprogrammes nach 2003

■ Gewährung attraktiver Existenzgründerkredite für Allgemeinärzte

■ Schaffung einer klaren Gliederung im Weiterbildungsrecht von „Generalisten“ (Allgemeinärzten und hausärztlich tätiger Internisten) und „Spezialisten“

■ Anerkennung des Bereitschaftsdiens-tes als volle Arbeitszeit entsprechend eines Urteils des Europäischen Gerichtshofes

■ Reduzierung und Bezahlung von Überstunden

■ Aufhebung der Ost-West-Finanzierungslücke: Gleicher Lohn für gleiche Arbeit

■ Schließen von Lücken in der ärztlichen Versorgung durch Förderung einwanderungswilliger Ärzte aus Osteuropa.

Gelingt es nicht, mit diesen und weiteren Maßnahmen die fatale Entwicklung umzudrehen, so wird es zu unübersehbaren Folgewirkungen mit Versorgungsnotstand in Deutschland kommen. Vordergründig wird die Versorgung und Betreuung der Bevölkerung in den Neuen Bundesländern gefährdet sein.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

In eigener Sache

Das neue Jahr ist schon Normalzeit. Mancher hat sich etwas vorgenommen, so auch wir.

Im September 2001 führte das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ eine Leserbefragung durch. Bis Ende November 2001 wurden die Antworten gewertet. Über drei Prozent der Leserschaft haben geantwortet. Die statistische Repräsentanz 100/10000 wurde deutlich erreicht (versandte Auflage: 15690; Rückantworten: 479). Die Redaktion bedankt sich an dieser Stelle bei den Leserinnen und Lesern, die uns bei dieser zweiten Akzeptanzanalyse aktiv unterstützt haben und durch eigene Gedanken Ergänzendes zum Ausdruck brachten. Die Ergebnisse der Auswertung sind in

diesem Heft dargestellt. Ein Fazit der Leserbefragung vorweg:

Die Leserschaft, die sich an der Befragung beteiligt hat, ist offensichtlich mehrheitlich vom Inhalt, dem Konzept und von der Gesamtgestaltung des Kammerorgans überzeugt. Trotzdem werden wir aufgrund der Ergebnisse einiges verändern:

- Die Rubrik „Aus der Vorstandssitzung“ wird nicht fortgeführt, da nur 26% von den Lesern, die uns geantwortet haben, sich für diese Berichte interessieren.
- In der Rubrik „Unser Standpunkt“ werden in Zukunft besondere Schwerpunktthemen informativ und kurz gefasst diskutiert.
- Aufgenommen wird die Rubrik „Kultur und Kunst“ mit Beiträgen aus der Säch-

sischen Kulturgeschichte und zu den Kunstausstellungen im Kammergebäude. Da zunehmend unsere Ärzteschaft die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter www.slaek.de im Internet aufsucht (im Jahr 2001 wurden durchschnittlich pro Monat 35.000 Zugriffe registriert), möchten wir auf die Rubrik „Internet-Ecke“ in den Monatsheften aufmerksam machen, in der hilfreiche Internet-Adressen für Ärzte dokumentiert sind. Diese Adressen ermöglichen ein gezieltes Suchen und Finden sowie eine effektive und zeitsparende Arbeit. Die Kompetenz der Anbieter und der zu erreichende praktische Nutzen sind die spezifischen Auswahlkriterien dieser „Internet-Ecke“.

klug

Unser Standpunkt

Wer kümmert sich um ethische Fragen in der Medizin?

Ob Sterbehilfe oder Präimplantationsdiagnostik: Auch Ärzte vertreten damit in Zusammenhang stehende Werte und ethische Bedenken in der Öffentlichkeit. Selbst die Politik sucht den Rat dort, wo die Probleme entstehen. Nichts liegt daher näher, als dass sich auch die Sächsische Landesärztekammer den drängenden Fragen von Ethik in der Medizin stellt. Die 30. Vorstandssitzung am 9. Januar 2002 hat sich deshalb in einem Schwerpunkt mit möglichen Arbeitspunkten beschäftigt. Dabei wurde von allen Vorstandsmitgliedern diesem Thema eine aktuelle und für die Zukunft der Gesellschaft große Bedeutung beigemessen. Schon auf der letzten Kammerversammlung im November 2001 standen ethische Fragen auf der Tagesordnung. Bereits damals wurde ein Informationsbedarf seitens der Ärzteschaft signalisiert. Neben einer öffentlichen Diskussion geht es den Ärzten auch um Hilfestellungen in der täglichen Praxis beim Umgang mit Sterbenden. Der Vorschlag zur Gründung einer entsprechenden Arbeitsgruppe ist nun in der Vorstands-

sitzung wieder aufgegriffen worden. In einer sachlichen Diskussion kamen die Vorstandsmitglieder zu dem Entschluss, dass sich eine solche Arbeitsgruppe in erster Linie mit ethischen und medizinischen Grenzfragen beschäftigen sollte. Damit es nicht zu einseitigen Betrachtungs- und Argumentationsweisen kommt, soll die Arbeitsgruppe paritätisch mit Vertretern verschiedener gesellschaftlicher Gruppierungen besetzt werden. Neben Ärzten sollen auch Theologen, Philosophen, Juristen, Patientenvertreter und Politiker für die Arbeit in einer solchen Arbeitsgruppe angesprochen werden.

Erst rote, dann grüne Pillen

Ein zweiter wichtiger Diskussionspunkt in der Vorstandssitzung war auch das geplante Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). Einhellig ist der Vorstand in Bezug auf Aut-idem der Ansicht, dass der Angriff auf die Therapiehoheit der Ärzte zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen ein untaugliches Mittel ist, um die gewünschten Einsparungen zu erreichen. Eine Regierung,

die sich mit 400 Mill. DM von der Pharmaindustrie „kaufen“ lässt, macht sich in Bezug auf wirkliche Reformen im Gesundheitswesen zum Wohle des Patienten unglaubwürdig. Das Vertrauen eines Patienten, ob Kind oder Greis, zu seinem behandelnden Arzt wird durch die geplante Regelung nachhaltig beschädigt, denn wenn jemand erst rote und dann grüne Pillen nehmen soll, obwohl die Krankheit die gleiche geblieben ist, dann führt das mit Gewissheit zu erheblichen Irritationen. Ähnlich ablehnend steht der Vorstand dem Vorschlag von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten gegenüber. Nur die Kassenärztliche Vereinigungen können den Sicherstellungsauftrag garantieren. Krankenkassen besitzen schon allein durch ihre Anzahl (ca. 400) nicht die notwendige Regelungskraft. In weiteren Gesprächen mit der Politik soll auf die Bedenken der Ärztekammer aufmerksam gemacht werden. Besondere Bedeutung kommt an dieser Stelle dem „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“ zu.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer

Fünf nach Zwölf in der Gesundheitspolitik



Die SPD-Landtagsabgeordnete Marlies Volkmer und der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer im Gespräch mit dem Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000

Das neue Jahr fing gut an: Gleich zwei Gespräche mit Landes- und Bundespolitikern sind im Januar in der Sächsischen Landesärztekammer von Ärzten und deren Berufsvertretungen zur aktuellen Gesundheitspolitik geführt worden. Im Hinblick auf die bevorstehende Bundestagswahl ein (gutes?) Zeichen.

Das nur noch in Sachsen aktive „Bündnis Gesundheit 2000“ hatte am 16. Januar Frau Dr. Marlies Volkmer als Vertreterin der SPD-Landtagsfraktion zur Diskussion geladen. Eines vorweg: Es ging sehr offen zur Sache. Einige Bündnisvertreter konnten sich schon während des Statements von Frau Volkmer nicht mit ihren kritischen Anmerkungen zurückhalten. Entsprechend war der Einstieg in die Diskussion. Das zweite Gespräch am 23. Januar mit der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt verlief dagegen sehr viel moderater. Der SPD wurde auf Bundes- wie auf Landesebene vorgeworfen, die Probleme des Systems nicht wirksam anzugehen. Flickschusterei ist nicht dazu geeignet, politische Lösungen zu finden. Die Abgeordneten machten die finanziellen Größenordnungen für die Steuerungs- und Regelungsschwierigkeiten im Gesundheitssystem verantwortlich. Frau Schmidt hält das Gesundheitssystem für den Bereich mit den widersprüchlichsten Interessen, weshalb es kaum möglich ist, Einigungen bei Reformen zu erzielen.

Was will die SPD?

In der aktuellen gesundheitspolitischen Lage drängt sich vor allem die Frage auf, wie es denn mit dem Gesundheitssystem in Deutschland weiter gehen soll? Frau Volkmer hatte sich im Wesentlichen auf drei Punkte konzentriert:

- Gesetzliche Krankenversicherung,
- Entwicklung der Arztzahlen und
- Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, machte sehr deutlich, dass er den bevorstehenden Ärztemangel als das größte Problem ansieht. Erst wenn die Politik dieses Problem erkannt und Konzepte zur Sicherstellung des Nachwuchses entwickelt hat, erst dann kann über weitere Fragen diskutiert werden. Die Bundesgesundheitsministerin will in erster Linie Wirtschaftlichkeitsreserven im System erschließen. Diese liegen nach ihrer Meinung vor allem in der Optimierung von Abläufen und Prozessen, wie Doppeluntersuchungen sowie Mehrfach- und Parallelbehandlungen von Patienten. Weitergehende Punkte nach der Bundestagswahl 2002 sind die stärkere Steuerung und Aufbrechung des sektoralen Gesundheitssystems, die Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln in Zusammenarbeit mit den Apotheken, die Chip-Karte für Patienten, die Änderung der Approbationsordnung und die weitere aber langfristige Angleichung von Ost- und Westhonoraren.

Ärztemangel in Sachsen

Frau Dr. Volkmer bestätigte die herrschende Meinung, wonach es seitens des Sächsischen Gesundheitsministeriums keine Anzeichen dafür gebe, dass das Problem des Hausärztemangels eine Rolle spielt, obwohl die Sächsische Landesärztekammer schon vor über einem halben Jahr statistisch unterlegte Nachweise vorgelegt hat. Anfragen sind abschlägig beantwortet worden. Frau Dr. Volkmer selbst sehe deshalb keine Handlungsmöglichkeit. Vertreter von Berufsverbänden haben ihr daraufhin mit vielen Beispielen die jetzt

schon schwierige Lage verdeutlicht, Ärzte für freie Praxen oder Stellen im Krankenhaus zu finden und die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sicher zu stellen. Die Bundesgesundheitsministerin ist dem Sächsischen Sozialministerium einen Schritt voraus. Sie hat erstmals öffentlich vom bestehenden Problem des ärztlichen Nachwuchses und einem Ärztemangel auf der Veranstaltung am 23. Januar gesprochen. Möglichkeiten zur Problembeseitigung sieht sie in einer Änderung der Approbationsordnung, um Studienzeiten zu verkürzen und mehr Praxis in die Ausbildung zu integrieren. Außerdem muss nach ihren Worten der Arztberuf insgesamt wieder attraktiver gemacht werden. Wie das aussehen soll, hat sie allerdings nicht näher erläutert. Eine Green-Card für Ärzte aus Osteuropa ist nur eine Möglichkeit, den anstehenden Ärztemangel kurzfristig in den Griff zu bekommen. Ein Programm zur Förderung der Ausbildung Allgemeinmedizin will sie auf den Weg bringen. Auf Arbeitszeit und Überstunden in Krankenhäusern ging Frau Schmidt nicht ein.

Zukunft der

Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) darf aus Sicht der Landesärztekammern und der Berufsverbände nicht zur Disposition gestellt werden, damit diese als Steuerungsinstrument greifen können. Das sehen die Vertreterinnen der SPD anders: Nach ihrer Auffassung werden die Kassenärztlichen Vereinigungen mittelfristig abgeschafft und der Sicherstellungsauftrag zu den Krankenkassen verlagert. Vorher muss sich die Struktur der Krankenkassen wesentlich verändern, denn fast 400 Krankenkassen sind nicht in der Lage, die flächendeckende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Begründet haben die Politikerinnen diesen Standpunkt mit der teilweise schwierigen Zusammenarbeit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen sowie mit der Berufsfreiheit der Ärzte. Jeder Arzt soll in Zu-

kunft selbst entscheiden, mit welcher Krankenkasse er Verträge schließen will, und umgekehrt. Die Angriffe der Abgeordneten auf die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden von Prof. Schulze zurück gewiesen, denn nach seiner Auffassung müssten bei der derzeitigen gesundheitspolitischen Lage die Kassenärztlichen Vereinigungen erfunden werden, wenn es sie noch nicht gäbe. Und sollten die Pläne umgesetzt werden, dann ist eine Urabstimmung der Ärzte über die Zukunft der KV, wie sie der Präsident der Bundesärztekammer gefordert hat, denkbar und zwingend.

Zukunft der GKV

Die Zukunft für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sieht Frau Dr. Volkmer im Ausgliedern von versicherungsfremden Leistungen wie Sterbegeld, Mutterschaftsgeld oder der In-Vitro-Fertilisation. Rund 0,7 Mrd. Euro könnten ihrer Meinung nach so gespart werden. Gleichzeitig lehnt die SPD solidarisierende Vorschläge im Bereich der GKV ab und will an den Grundprinzipien festhalten: „Es darf keine Erhebung von Eintrittsgeldern in Praxen oder die Differenzierung in Regel- und Wahlleistungen geben“. Eine Beitragsrückerstattung zieht sie, im Gegensatz zu anderen Parteimitgliedern, in Erwägung. Grundanliegen ist die bedarfsgerechte, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung. Herr Prof. Dr. Schulze macht darauf aufmerksam, dass Patienten neben ihren Rechten auch Pflichten haben. Und zu diesen Pflichten zählt auch ein eigenverantwortlicher Umgang mit der persönlichen Gesundheit, dazu gehört präventives Verhalten und Prophylaxe, denn dadurch könnte sehr viel Geld in der medizinischen Versorgung eingespart werden. Auch die Anhebung der Kassenbeiträge zur Absicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist den Patienten zumutbar. Vollkommen abgelehnt wurde von Frau Schmidt und von Frau Volkmer die Trennung in Grund- und Wahlleistungen. Damit würde das Grundprin-



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in der Sächsischen Landesärztekammer am 23. 1. 2002

zip einer allgemein zugänglichen und bezahlbaren Gesundheitsversorgung aufgebrochen und zerstört. Die SPD grenzt sich mit dieser Haltung sehr deutlich von anderen Parteien und auch von Meinungen der Ärzteschaft ab.

Viele Fragen, wenig Antworten

Große Einsparpotentiale im Gesundheitswesen sieht Frau Dr. Volkmer, wie auch die Bundesgesundheitsministerin, im Bereich der Arzneimittelausgaben. Neben Aut-idem befürworten sie die Absenkung des Mehrwertsteuersatzes bei Medikamenten. Die aufgeworfene Frage, ob es überhaupt Verfassungskonform ist, Medikamente zu besteuern und dadurch den Patienten faktisch doppelt zu belasten, blieb unbeantwortet. Die Bundesgesundheitsministerin will mehr Transparenz in der Abrechnung von Arzneien erreichen und verlangt von den Krankenkassen eine zeitnahe Offenlegung der Verordnungszahlen für die Arztpraxen. Dies wird schon seit längerer Zeit vom Sächsischen Berufsverband der niedergelassenen Ärzte eingefordert, um Belege für den Anstieg der Arzneimittelausgaben im Gesundheitswesen in der Hand zu haben. Die Einführung des Fallpauschalensystems in den Krankenhäusern mit den erwartenden Einsparungen wird von Seiten der Krankenhausesgesellschaft Sachsen als untaugliches

Mittel bezeichnet, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Die finanziellen Aufwendungen werden letztlich nur vom stationären in den ambulanten Sektor verschoben, die Gesamtkosten des Gesundheitssystems werden nicht gesenkt. Hinzu kommt eine noch größere Belastung der Ärzte mit Berichtspflichten, die jetzt schon 20 - 30 % der Arbeitszeit ausmachen. Auch hier gab es keine Einschätzung durch die SPD-Abgeordneten. Frau Ulla Schmidt hält weiterhin an der Einführung der DRG fest und sieht sich durch das reibungslose Gesetzgebungsverfahren im Bundesrat bestärkt.

Fazit: Viele Absichtserklärungen

Die Vertreterinnen der SPD haben sich und ihre bisherige Arbeit erwartungsgemäß positiv dargestellt. Trotzdem hat diese Partei so kurz vor den Bundestagswahlen kein wirkliches Konzept zur Reform des deutschen Gesundheitswesens vorgetragen. Selbst mehrfache Nachfragen zum Stand der Planungen ließen erkennen, dass es sich weiterhin nur um Einzelmaßnahmen statt um wirkliche Reformen handeln wird, wenn die SPD den Bundestagswahlkampf gewinnen sollte. Viele Absichtserklärungen, zwölf mal „ich glaube“ und teilweise neue Standpunkte sollen darüber hinweg täuschen, dass finanzielle Löcher aufgerissen werden, um andere zu stopfen. Damit tritt die Partei letztlich in die Fußstapfen der CDU, die es während ihrer 16jährigen Regierungszeit nicht geschafft hat, Reformen im Gesundheitswesen auf den Weg zu bringen. Und wer bleibt bei allen Diskussionen zur finanziellen Situation des deutschen Gesundheitswesens auf der Strecke: Der Patient mit seiner Krankheit.

Hinweis: Das „Sächsische Bündnis Gesundheit 2000“ wird im Februar Vertreter der CDU zum Gespräch einladen. Frau Reichard (MdB) und Frau Nicolaus (MdL) haben bereits zugesagt.

kö

Aktuelle Bedeutung der klinischen Autopsie

Einführung

Herrn Prof. Dr. med. habil. Peter Stosiek, Institut für Pathologie am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, stellt fest, dass die Obduktionspathologie in unserem Lande aufgehört hat, als nennenswerte Größe zu existieren. Die Obduktionsquote ist in Brandenburg seit der Wende auf 5 % aller Todesfälle gesunken und verdient damit nicht mehr das Prädikat einer Qualitätskontrolle. Leidtragende sind nicht die Pathologen, die haben genügend biopsische Arbeit, sondern die Kliniker, denen die Qualitätskontrolle und der Lerneffekt aus dem Vergleich von klinischem und morphologischem Befund entgehen, die Angehörigen, die in 30 - 40 % der Fälle nicht mehr die sichere Todesursache erfahren und schließlich die Gesundheitspolitiker, die aus falschen Statistiken richtige Analysen und Konsequenzen ziehen sollen.

Einer der Gründe für diesen Missstand der deutschen Medizin ist die mangelnde Sensibilisierung vieler Ärzte gegenüber dem Thema.

Aus diesem Grund hatte die Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer zu ihrem Kongress in Kleinmachnow am 12. Oktober 2001 ein Symposium aufgelegt, in dem kompetente Vertreter aus Politik, Gesellschaft und Medizin zu diesem wichtigen Thema ärztlicher Qualitätssicherung Stellung genommen haben. Im Folgenden sollen daher wichtige Stimmen zu Worte kommen.

Obduktionen in

Brandenburgischen Krankenhäusern

Herr U. Hoffmann, MASGF Land Brandenburg, Potsdam, berichtete, dass eine Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen folgendes ergab:

1. Die Umfrage zur Anzahl der in Krankenhäusern des Landes durchgeführten oder von ihnen veranlassten Obduktionen hatte bis zum einen zufriedenstellenden Rücklauf von bis heute 50 Antworten (= N). Das sind bezogen auf die

Gesamtzahl der angeschriebenen Krankenhäuser gut 94 %.

2. 29 Krankenhäuser (= 58 %) verfügen über eigene Räumlichkeiten, in denen Obduktionen vorgenommen werden können, 21 Krankenhäuser (=42 %) haben keine solchen Räume und müssen Obduktionen an anderer Stelle veranlassen.

3. In den 29 Krankenhäusern mit eigener Obduktionsmöglichkeit wurden im Jahr 1999 1.130 Obduktionen durchgeführt. Von den 21 Krankenhäusern ohne eigene Obduktionsmöglichkeit wurden im Jahr 1999 121 Obduktionen veranlasst.

4. Die Gesamtzahl der Obduktionen im Jahr 1999 lässt sich auf Grund des „Designs“ unserer Schnell-Umfrage leider nicht exakt ermitteln, da ein Teil der „außer Haus“ veranlassten Fälle in den im Hause durchgeführten Fällen anderer Krankenhäuser enthalten sein kann. Das betrifft allerdings nicht alle, da auch an niedergelassene Pathologen Obduktionsaufträge erteilt wurden. Man hat mit insgesamt rund 1.150 bis 1.200 Obduktionsfällen aus Krankenhäusern im Jahr 1999 gerechnet.

5. Ein auffälliges Ergebnis ist die extrem unterschiedliche Obduktionshäufigkeit bezogen auf die einzelnen Krankenhäuser; ein klarer Trend oder ein aussagekräftiger Mittelwert kann nicht genannt werden: die Zahl schwankt zwischen 0 und 296. Tendenziell werden in großen Häusern absolut und relativ mehr Obduktionen durchgeführt als in kleinen. Wiederum lässt das „Umfragedesign“ keine weitergehenden Interpretationen zu.

6. Vier Häuser (= 8 %) decken mit zusammen 759 Obduktionen knapp zwei Drittel des gemeldeten Aufkommens ab, die übrigen 46 Häuser (= 92 %) ein Drittel. Im Durchschnitt wären das bei diesen 46 Häusern rund 9 Fälle pro Haus, doch liegt die Schwankungsbreite auch hier immer noch zwischen 0 und 43 Fällen – und dies ungeachtet des Unterschiedes zwischen selbst durchgeführten und nur veranlassten Obduktionen.

7. Bezogen auf die Sterbefälle in Krankenhäusern (11.427, Zahl aus 1997)

Auszüge aus dem Symposium der 5. Fortbildungstagung der Landesärztekammer Brandenburg 12. 10. 2001 in Kleinmachnow

würden damit rund 10 % der Verstorbenen obduziert; bezogen auf alle Gestorbenen im Land (26.327, Zahl aus 1998) betrüge die Obduktionsrate rund 5 %.

Hat die Klinische Obduktion ihre Bedeutung verloren

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, Chirurgische Klinik des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt:

Als Kliniker schließe ich mich der Auffassung von Koslowski an, ein Plädoyer für die Obduktion halten zu müssen.

Nicht nur, weil ich vor meiner universitären chirurgischen Ausbildung einige Jahre selbst in der Pathologie tätig war, sondern auch als Chirurg die Bedeutung dieses Fachgebietes Pathologie unterstreichen möchte und auf den unerträglichen Zustand hinweisen will, die Obduktion als zu vernachlässigende Größe in unserem Lande behandelt zu wissen.

Ich habe eine Zeit erlebt, in der in einem Teil Deutschlands nach der „Anordnung über die ärztliche Leichenschau“ vom 4. 12. 1978 eine Autopsie bei Verstorbenen ohne ersichtliche Todesursache, bei Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen, bei denen der Tod innerhalb von 6 Wochen nach der Entbindung eingetreten war, bei Totgeborenen, bei unbekanntem Toten und auf Wunsch der Angehörigen durchgeführt wurden.

Eine Obduktion sollte bei nichtnatürlichen Todesfällen, unaufgeklärten Todesfällen, übertragbaren Krankheiten, meldepflichtigen Geschwulstkrankheiten, bei Todesfällen nach Schutzimpfungen und Organtransplantationen und bei begründetem wissenschaftlichem Interesse erfolgen.

Ganz ohne Zweifel könnte man mit einer solch gesetzesähnlichen Anordnung landesweit bis zu 40%ige Sektionsquoten erzielen, die letztlich für eine solide Todesursachenstatistik als verlässliche Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen und wissenschaftlicher Analysen von Bedeutung ist.

Es ist im Zeitalter der von den Politikern vehement geforderten Qualitätssicherung in der Medizin umso unverständlicher,

dass in Deutschland solche gesetzlichen Grundlagen fehlen.

Ich habe mir als ehemaliger Kammerpräsident die Mühe gemacht, die zahlreichen Qualitätssicherungsgremien aufzulisten, die in Summa ein nicht zu unterschätzendes Finanzbudget verschlingen, aber meine Damen und Herren, die wichtige interne Qualitätssicherung, die Obduktion, wird eklatant vernachlässigt.

Auswahl einiger „Qualitätssicherungs-Gremien“ auf Bundesebene:

- Bundeskuratorium Qualitätssicherung (externe QS nach §137 SGB V)
- AQS – Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
- ÄZQ – Ärztliche Zentralsteile Qualitätssicherung
- Ständige Konferenz Qualitätssicherung der BÄK
- Ausschuss Qualitätssicherung der BÄK (ähnliche Gremien haben auch die KBV, die DKG und die Spitzenverbände der Krankenkassen)
- nahezu alle medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände haben auch eine Arbeitsgruppe oder einen Ausschuss Qualitätssicherung...

Wenn man bedenkt, dass am Pathologischen Institut der Technischen Universität in Dresden im Jahre 2000

121 Erwachsene

20 Kinder und

16 fetale Sektionen

obduziert wurden, muss uns das, die wir berufspolitisch und wissenschaftlich verantwortlich sind, sehr nachdenklich stimmen.

Wenn ich aus Zeitgründen nicht auf alle Negativwirkungen, wie Aus- und Weiterbildungsdefizite, eingehen kann, gestatten sie mir zwei wesentliche Negativwirkungen kurz zu erwähnen.

Wir Kliniker werden immer wieder durch Staatsanwaltsgutachten und Gutachten der Schlichtungsstellen mit der Fragestellung „woran ist der Patient verstorben und hätte der Tod des Patienten verhindert werden können“ konfrontiert.

In den meisten Fällen gelingt uns eine wissenschaftlich vertretbare Aussage an Hand der Aktenlage, bei einem Teil dieser Fälle gelingt dies verständlicher Weise nicht, wenn eben kein Sektionsbefund vorliegt.

Der leider zu früh verstorbene Ordinarius Vock der Leipziger Universität hat mir bestätigt, dass die Zahl der zunehmenden Exhumierungen Folge dieser ungeklärten Todesfälle ist. Das aber verschlingt finanzielle Ressourcen, die über das Maß einer normalen Obduktion hinausgehen. Ein weiteres Beispiel für die partielle Ineffizienz der Aussagen ohne Obduktion sind die Studien. Trotz sorgfältiger Erhebung, und daran zweifle ich nicht, wird zum Beispiel die Rubrik „Rezidivhäufigkeit“ und „Todesursache“ mit Prozentzahlen versehen, die nicht zuverlässig sein können, da eben durch höchstens 5 % der Verstorbenen mit Obduktion die von mir genannten Fragen nicht zuverlässig beantwortet werden.

Fazit:

Die derzeitigen Obduktionszahlen bedürfen dringend der deutlichen Steigerung. Das allein ist nur durch die Politiker mit einer entsprechenden Gesetzgebung zu regulieren. Die neuen Bundesländer sollten ihre Erfahrungen mit einer solchen Verordnung permanent in Erinnerung rufen und ich verwende ein Zitat von Prof. Stosiek:

„Was beim Krebsregister recht war, kann bei einem Obduktionsgesetz nur billig sein.“

Ermutigen wir also immer wieder unsere Fachgesellschaften, die Landesorganisationen und unsere Politiker zur Veränderung und Beseitigung dieser fatalen Situation. Wenn diese, Ihre Tagung, dazu einen kleinen Beitrag geleistet hätte, wäre dies ein lobenswerter Beginn!

(Literatur: Koslowski, L., Die Klinische Obduktion. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2/1999; Seite 108 - 110)

Die Obduktion als Element und Ausdruck von Qualitätssicherung an den sächsischen Krankenhäusern – Ergebnisse einer Umfrage des Ausschusses Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer

Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen, Institut für Pathologie des Städtischen Klinikums Görlitz:

Die Sektionsfrequenz von Krankenhaus zu Krankenhaus zeigt sehr große Unterschiede und bewegt sich von fast 0 % bis zu max. 39 %, so dass der daraus resultierende Durchschnittswert von 6,7 % für Sachsen nur wenig aussagt, aber dennoch als Vergleichszahl herangezogen werden kann. Allein 20 stationäre Einrichtungen erreichen diesen Durchschnitt von 6,7 % nicht. Von 9 Krankenhäusern wird eine Obduktionsfrequenz von über 10 - zu 20 % angegeben. Nur 2 große stationäre Einrichtungen in Sachsen erreichen 30 % und mehr.

Befragt wurden alle 90 stationären Einrichtungen des Freistaates Sachsen. Von 66 liegen schriftliche Antworten vor. Die endgültige Auswertung ist noch nicht abgeschlossen.

Es versteht sich von selbst, dass die Krankenhausstrukturen untereinander sehr unterschiedlich sind und dieses sich auch auf die Sektionsfrequenz auswirken muss, so dass in gewisser Weise die Autopsie nicht nur Ausdruck der Ergebnisqualität, sondern auch der Strukturqualität darstellt. Bemerkenswert ist es in diesem Zusammenhang, dass fast 50 % der Krankenhäuser, d. h. jedes 2. Krankenhaus nicht mal über einen Sektionssaal verfügt.

So unterschiedlich die Obduktionshäufigkeit von Haus zu Haus ist, so unterschiedlich ist sie auch innerhalb der einzelnen Fachdisziplinen. Erwartungsgemäß hat die innere Medizin mit durchschnittlich 39 % die höchste Sektionsfrequenz: In der Chirurgie werden durchschnittlich 15 % und in der Radiologie/Strahlentherapie wie auch in der Urologie nur zwischen 3 und 4 % obduziert. Noch seltener ist die Frequenz der Autopsien im Bereich

der Geriatrie, Orthopädie und unverständlicherweise in der Notfallaufnahme bzw. Notfallambulanz der Krankenhäuser mit 1,4 - 2,6 %. Die Unfallchirurgie ist durch den relativ hohen Anteil gerichtsmmedizinischer Obduktionen nicht genau einzuschätzen, da diese nicht gesondert abgefragt worden sind.

Eine Letalitäts- und Sektionsstatistik, für jedes größere Krankenhaus eine Selbstverständlichkeit, wird aber nur an 45 % der stationären Einrichtungen geführt. Allein 20 %, das heißt jedes 5. Krankenhaus, konnten keine genauen Angaben über die Mortalität und Sektionshäufigkeit vermitteln. Ein Drittel der Krankenhäuser Sachsens führen keine Letalitätsstatistik.

Die Frage, ob die Autopsie in der Weiterbildung eine Rolle spielt, wurde von nur 61 bejaht, obwohl sie grundsätzlich Teil der Ermächtigung zur Weiterbildung ist. Überraschend ist – ähnlich wie die starken Unterschiede in der Autopsiehäufigkeit – auch die Häufigkeit der durch Angehörige abgelehnte Sektionen. Exakte Angaben darüber wurden kaum gemacht, da die meisten Häuser erwartungsgemäß dieses nicht gesondert erfassen. Dennoch gibt es Krankenhäuser, die nur über 10 % abgelehnte Autopsieanträge berichten und andere wiederum mit einem Anteil von 90 %. Der Durchschnitt abgelehnter Autopsieanträge bewegt sich um 60 - 75 %, so dass man alleine daraus entnehmen könnte, dass so gesehen eigentlich die restlichen 25 % obduziert hätten werden. Dass dies aber nicht der Fall ist, geht aus den eingangs ausgeführten Ergebnissen hervor. Das heißt, dass die gesetzliche Situation in Sachsen und der BRD und die stets im Vordergrund angeführte ablehnende Haltung der Angehörigen auf keinen Fall die einzige schwerwiegende Barriere darstellt, die der klinischen Obduktion im Wege steht.

Der andere, nicht wesentlich geringere Teil geht zu Lasten der Krankenhausleitungen und Ärzteschaft. Wir konnten durch interne Erhebungen feststellen, dass zu

etwa 30 % bei im Krankenhaus Verstorbenen ärztlicherseits primär gar keine Sektion angestrebt worden ist und nicht selten den jüngsten und unerfahrenen Ärzten das Gespräch mit den Angehörigen übertragen wird. Es ist darüber hinaus kaum vorstellbar, dass eine negative Einstellung von Angehörigen von Ort zu Ort in Sachsen um 20 oder 30 % voneinander abweicht und Angehörige von Verstorbenen einer inneren Klinik sich wesentlich anders verhalten, als die von Verstorbenen beispielsweise der benachbarten Urologischen Klinik. All das spricht dafür, dass die Einstellung sowie die Bemühungen der Krankenhausleitungen und Ärzte wesentlich mitentscheidend ist für eine Obduktionsfrequenz um 20 %, die immerhin von 10 Krankenhäusern Sachsens angegeben wird.

Hin und wieder wird von leitenden Ärzten das Kostenproblem als Grund nicht durchgeführter Obduktionen hervorgehoben. Hierzu ist zu sagen, dass dieses Problem ganz sicherlich steht, aber nur dann, wenn die Krankenhausleitungen und Vertreter der Kassen die gesetzlichen Gegebenheiten entweder nicht kennen oder nicht berücksichtigen. Zwar besteht keine grundsätzliche Pflegesatzfähigkeit von Obduktionen, wohl aber sind Obduktionskosten pflegesatzfähig, wenn die betroffene Obduktion zur notwendigen Klärung der Todesursache erforderlich ist oder der Fort- und Weiterbildung dient (§7, Abs. 1, Satz 2, Nr. 5 BpflV). Unter der Voraussetzung, dass die zuständigen Vertragspartner die Obduktion als Mittel der Qualitätssicherung anerkennen, können darüber hinaus nach § 137 SGB V i. V. mit § 11, Abs. 4 BpflV die Mehraufwendungen für Obduktionen durch Zuschläge bei Sonderentgelten und Fallpauschalen geltend gemacht werden. Natürlich wird man einer Krankenhausleitung nicht ohne weiteres diese Kosten zugestehen. Dennoch dürfte es wohl nicht schwer fallen mit Hinweis auf zahlreiche Studien und Analysen zu beweisen, dass die Obduktion im Grunde genommen immer sowohl der Fort- und Weiterbildung dient,

Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0
Telefax (03 51) 82 67 - 4 12
Internet: <http://www.slaek.de>
e-mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51
Telefax (03 51) 82 67 - 3 52

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Verlagsgesellschaft mbH
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 67 87 70, Telefax: (03 41) 6 78 77 12
Internet: www.leipziger-messeverlag.de
e-mail: info@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenleitung: Maja Schneider
Anzeigenverkauf: Kritin Böttger
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Abonnementservice: Heike Schmidt
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2002 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 7,40 € zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.



Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

als auch ein Mittel der Qualitätssicherung darstellt. Bedenkt man die nach wie vor relativ hohe mangelnde Übereinstimmung zwischen der klinischen Diagnose und dem Obduktionsbefund, die trotz moderner diagnostischer Methoden sich in den letzten 10 Jahren nicht wesentlich verändert hat, so dürfte es keine Zweifel geben, dass nach wie vor die Autopsie eine der wesentlichsten Maßnahmen zur Qualitätssicherung darstellt.

Schlussbemerkung

In der Zwischenzeit ist mit dem Brandenburgischen Bestattungsgesetz ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung getan. Erstmals wird in einem Flächenland der Bundesrepublik Deutschland die Sektion als „letzte ärztliche Handlung zugunsten der Patienten und der Allgemeinheit“ definiert, die Bedeutung als ärztliche Qualitätskontrolle erfasst und die Zulässigkeit festgelegt. Um wenigstens andeutungs-

weise an alte DDR-Verhältnisse oder auch die österreichische Praxis heranzukommen, ist aber eine gesetzlich verbindliche und bezahlbare „Indikationsliste“ von Todesursachen (unklar, kindlich/jugendlich, mütterlich, AIDS, Prionenkrankheit) vonnöten. Brandenburg könnte auch hier wieder Vorreiter sein.

Prof. Dr. med. habil. Peter Stosiek
Institut für Pathologie
am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

„Ärzteblatt Sachsen“ Auswertung und Ergebnis

Leserbefragung

Was wir wissen wollten

Das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ hat im Herbst 2001 eine Leserbefragung durchgeführt. Dem Heft 9/2001 lag ein strukturierter Fragebogen mit acht Einzelfragen bei. Durch diese Befragung wollten wir erfahren, wie unsere Leserschaft nach über elfjähriger Erscheinungszeit das Ärzteblatt und seinen Informationsgehalt beurteilt. Bis Ende November 2001 erhielt die Redaktion insgesamt 479 Rückantworten.

3,05 % aller Leser haben den Fragebogen beantwortet. Die statistische Repräsentanz [N = 100/10000] der Leserbefragung wurde damit deutlich erreicht. 82,7 Prozent (n = 396) der zurückgesandten gelben Bögen enthielten den Namen des Kammermitgliedes. Davon

waren 61,4 Prozent Ärzte und 38,4 Prozent Ärztinnen.

Die Redaktion erhielt 83 Fragebogen ohne Nennung des Absenders (n = 7,3 Prozent) zugesandt.

Ihre Antworten

■ 92 Prozent der Ärztinnen und Ärzte lesen das „Ärzteblatt Sachsen“ regelmäßig, 5,3 Prozent gelegentlich, 1,9 Prozent selten und 0,8 Prozent nie.

■ Ein Drittel der Befragten liest unsere Standeszeitschrift ausführlich, 59,7 Prozent ausgewählte Artikel und 6 Prozent nur flüchtig.

■ Die redaktionelle, verlegerische und drucktechnische Qualität entspricht den Erwartungen von 90,6 Prozent der Leserschaft. 9,4 % waren kritische Stimmen.

■ 94,9 Prozent aller Leserinnen und Leser, die an der Leserbefragung aktiv teilnahmen, sind mit der Gesamtgestaltung (Umschlagsseite, Seitengestaltung, Schrifttypen, Bildangebot) unseres Ärzteblattes zufrieden.

■ Die Rubrizierung im „Ärzteblatt Sachsen“ entspricht den Vorstellungen von 90,5 Prozent der Leser, 9,5 Prozent halten die bisherige Rubrizierung nicht für optimal.

Neben diesen formalen Angaben ist es für uns sehr wichtig gewesen, zu erfahren, welche Rubriken des Kammerorgans Sie besonders lesen.

Etwa zwei Drittel der Leser interessieren sich besonders für die Rubriken Berufspolitik (65,9%), Gesundheitspolitik (65,9%) und Amtliche Bekanntmachun-

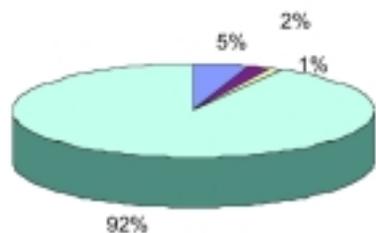


Abbildung 1: Sie lesen das „ÄBS“

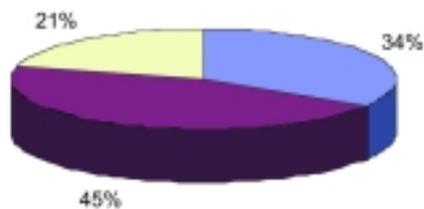


Abbildung 2: Was machen Sie nach dem Lesen mit dem „ÄBS“?



gen (60,5%). Die Rubriken Personalien (51,8%), Originalien (50,5 %), Mitteilungen der Geschäftsstelle (48,8%), Medizingeschichte (48 %), Mitteilungen der KVS (43,7%) erreichen gute Werte. Jeder dritte Arzt, der an der Leserbefragung teilnahm, hat Interesse an den Rubriken Leserbriefe (35,8%), Tagungsberichte (32,4%) und Feuilleton (30,7%). Nur jeder vierte Arzt liest die Berichte aus der Vorstandssitzung (26,6%). [Abb. 3] Erstaunt hat uns das Ergebnis bezüglich der Berichterstattung über die Vorstandssitzungen, obwohl gerade in jeder Vorstandssitzung aktuelle und für die Ärzteschaft wichtige Probleme beraten und umfassend diskutiert werden.

■ Nach dem Lesen des Kammerorgans archivieren 33,5 Prozent der Leser das gesamte Monatsheft; 45 Prozent heben interessante Artikel auf; 20,9 Prozent werfen das Heft nach dem Lesen weg und 3 Leser reichen das „Ärzteblatt Sachsen“ an nicht ärztliche Mitarbeiter weiter.

■ 10,5 Prozent der Leser suchen im Internet unter www.slaek.de die Sächsische Landesärztekammern und das „Ärzteblatt Sachsen“ auf, um zu recherchieren.

Wir hatten Sie aufgefordert, Schulnoten zu präzisierten Merkmalen des Kammerorgans zu vergeben:

Tabelle 1: Mittelwerte der Noten

Merkmal	Note
Praxisrelevanz:	2,8
Fachkompetenz	1,9
Verständlichkeit	1,8
Sprachstil	2,1

Ihre Kritik – unsere Antworten

Von den erwünschten kritischen Äußerungen drucken wir die Hauptinhalte ab. 68 Leserinnen und Leser kritisierten einzelne Fakten:

- „endlose, im Rechenschaftsbericht wiedergegebene Meinungsäußerungen aus Sitzungen der verschiedenen Gremien, Fachgruppen, Kommissionen machen kein Interesse; Tagungsberichte könnten entfallen“;
- „zu viele überflüssige Berichte über Gremien; Berichte über Kammerversammlungen zu weitschweifig; Berichte aus Vorstandssitzungen und Berufspolitik sind sehr langweilig“;
- „Bilder von Vorstandssitzungen, Kammerversammlungen und ähnlichen sind überflüssig; dankenswerterweise wurde in den Heften dieses Jahres schon weitgehend darauf verzichtet“;

- „weniger Selbstlob der Sächsischen Landesärztekammer, ihres Vorstandes und der Ärzteversorgung“;
- „mehr fachliche Themen und weniger Berufspolitik“.

Redaktionskollegium: Wir werden die berufspolitischen Berichte aus den Vorstandssitzungen, Kammerversammlungen und Tagungen der Vorsitzenden der Kreisärztekammern informativer und mit den wichtigsten Ergebnissen und Beschlüssen kurz gefasst darstellen, die standespolitisch aktuellen Artikel noch stärker komprimieren und Fotoaufnahmen themenorientierter einfügen.

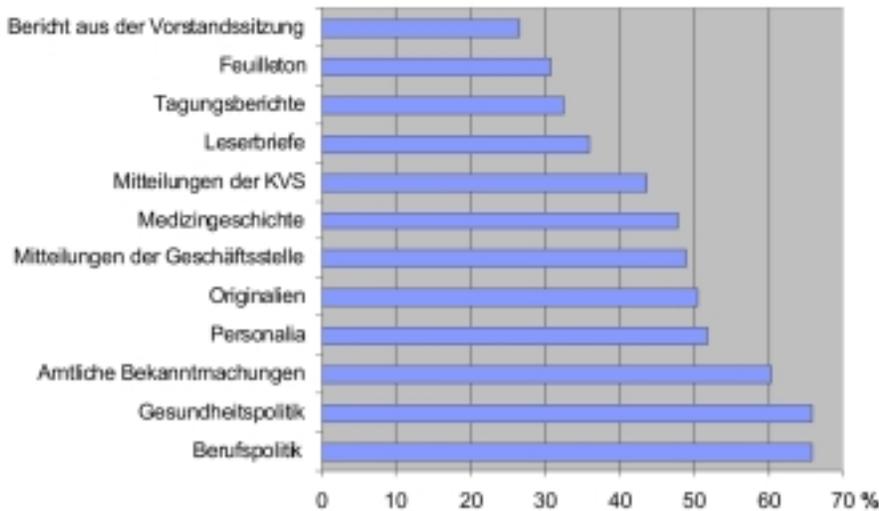


Abbildung 3: Interesse der Leser an Rubriken

• „Werbung zum Teil überproportional; keine medizinische Werbung; Werbung auf der Titelseite obsolet; Die pharmazeutische Reklame auf der Titelseite ist nicht zu akzeptieren! Hört unsere Unabhängigkeit bei finanziellen Fragen auf? Schade um das Geld für diese Zeitschrift“.

Redaktionskollegium: Ohne Zweifel beeinträchtigt die Werbung häufig die Kontinuität des Lesens und stört zum Teil das Erscheinungsbild unserer Zeitschrift. Durch

reduzierte Werbeetats haben jedoch Anzahl und Größenumfang der Akquisitionen in den letzten zwei Jahren bereits deutlich abgenommen. Aber die Werbung im „Ärzteblatt Sachsen“ ermöglicht derzeit, ein kostenfreies Ärzteblatt versenden zu lassen. Unser Standesorgan kann bis Ende 2002 ohne finanzielle Belastung unserer Ärztekammer weiter hergestellt werden. Die Werbung der Pharmafirmen und der Medizintechnik wird von den sächsischen Ärztinnen und Ärzten keineswegs nur abgelehnt, sondern auch zur Kenntnis ge-

nommen. Die Annahme berufsfremder Annoncen muss das Redaktionskollektiv aus Gründen der kostenfreien Herstellung und des finanzneutralen Versandes tolerieren. Die Fotoaufnahmen für die berufspolitischen Artikel werden durch die Redaktionsassistentin, Frau Hüfner, und Herrn Köhler, Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, aufgenommen.

• „Der schwarze Grund des Deckblattes wirkt etwas betrüblich; der schwarze Einband ist ungeeignet für Anmerkungen; die Umschlagseite ist zu düster, schwarzer Umschlag ist nicht sehr ansprechend; Outfit der Titelseite verbessern“.

Redaktionskollegium: In dem eleganten Tiefschwarz mit gelber und sachsengrüner Farbuntersetzung wirkt das Titelblatt visuell dezent. Das ansprechende äußere Erscheinungsbild unseres Standesorgans ist unverwechselbar und sofort identifizierbar. Dieses typische Outfit ist seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammern unser corporate identity.

• „Weniger Aufwand, Recyclingpapier; eine andere Papierqualität wäre billiger und umweltfreundlicher; unnötige Verwendung von Luxuspapier“.

Redaktionskollegium: Der Einsatz von Recyclingpapier ist teurer als Neupapier und beeinflusst entscheidend die Druckqualität. Grenzen setzt die Opazität - das Durchscheinen, die Undurchsichtigkeit einer Papierseite -, die wesentlich von der Papierdicke und der Papierdichte beeinflusst wird. Für Sie, lieber Leser, wäre die Lektüre bei schlechter Papierqualität und beiderseits bedruckten Seiten nicht zumutbar. Die Papierqualität des „Ärzteblatt Sachsen“ ist das überprüfte optimale Resultat aus allen drucktechnischen Einflussgrößen und kostengünstigen Preis.

• „Warum erfolgt die Umfrage nicht mit einem frankierten Umschlag für die Rückantwort?“

Redaktionskollegium: Das Beifügen eines frankierten Umschlages für die Empfänger der Gesamtauflage würden Kosten in Höhe von ca. 8.500 Euro bedeuten, die bei statistisch zu erwartender Rücklaufquote zum großen Teil umsonst aufgewendet wären.

- „Was kostet uns diese Auswertung wieder?“

Redaktionskollegium: Die Druck- und Papierkosten für den gelben Fragebogen betragen 1500 Euro.

Was wünschen Sie in Zukunft im Ärzteblatt zu lesen?

Wir haben Sie gefragt, welche Themen Sie in unserem Ärzteblatt lesen möchten:

- **Berufspolitik:** klare Statements zu Fragen der Berufspolitik mit Diskussionen; Anzahl und Weiterbildung von jungen Ärzten nach dem Studium und deren Berufschancen in Sachsen.
- **Gesundheitspolitik:** demographische Entwicklung der Ärzteschaft in Sachsen; Zukunftsaussichten einzelner Facharztweiterbildungsbereiche; Teilzeitmodelle; Arbeitszeitgesetz; prognostische Schwerpunkte der Gesundheitspolitik im Land Sachsen; Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Sozialarbeitern, Pädagogen); Krankenhauspolitik in Sachsen; Probleme der Gesundheitspolitik in anderen Europäischen Staaten.
- **Neues in der Medizin:** medizinische Fortschritte und neue Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie (Prionenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Infektiologie etc.).
- **Praxisrelevante aktuelle Pharmatherapie** einschließlich Therapierichtlinien (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie); aktuelle Diagnostik- und Therapiestandards; Arzneimittelnebenwirkungen; spar-

same Medikamentenverordnung; kritische Wertung neuer Arzneimittel.

- **Präventivmedizin:** Strategien und Maßnahmen im Bereich Herzkreislauf-erkrankungen, pulmonaler Erkrankungen, Erkrankungen des Stoffwechselsystems.
- **Impfwesen:** Infektionsstatistik, Grippe-schutzimpfung, Impfprophylaxe vor Auslandsreise.
- **Notfälle:** kardiologische Notfälle, Notfälle in der Psychiatrie, Gastroenterologie, Orthopädie.
- **Evaluierung** physiotherapeutischer Maßnahmen.
- **Relevante Rechtsfragen:** Haftungsrecht, Schweigepflicht, Dokumentation, Patiententestament, Vormundschaft; Rechtsprechung: forensische Psychiatrie; regelmäßiger Abdruck von Verläufen der Arzthaftungsprozesse in Sachsen.
- **Medizingeschichte:** medizinische Lokalgeschichte; Biografien berühmter Musiker unter Einbeziehung ihrer Krankengeschichte.

Wir nehmen Ihre Anregungen gern auf und werden uns bemühen, Ihre Wünsche in den nächsten Ausgaben zu berücksichtigen. Das Redaktionskollegium bittet die Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen um Einreichung von praxisrelevanten Beiträgen zu den oben genannten Themen. Sie sollen fachübergreifend und verständlich geschrieben sein. Alle Formalitäten zum Einreichen von Artikeln und „Hinweise für Autoren“ finden Sie im Internet unter www.slaek.de. Das Redaktionskollegium erwartet Ihre Beiträge.

Etwas Lob zum Schluss

Neben kritischen Hinweisen gab es aber auch erfreuliche Äußerungen:

- „Das Ärzteblatt gibt mir noch ein Gefühl der Zugehörigkeit; Amtliche

Bekanntmachungen sind wichtig; bitte weiter so; qualitativ sehr hochwertig; die verlegerische und drucktechnische Qualität ist einwandfrei; ich meine, unser Heft ist ausgezeichnet; bin zufrieden; o.k.“

Fazit:

Aus der Leserbefragung ist zu schließen, dass das „Ärzteblatt Sachsen“ überwiegend anerkennend akzeptiert wird. Die Leserinnen und Leser, die sich aktiv an der Umfrage beteiligt haben, sind mehrheitlich vom Inhalt und Konzept unseres Landesorgans überzeugt. Das Redaktionskollegium bedankt sich für Ihre Kritik, für Vorschläge und Anregungen zu Inhalt und Gestaltung des „Ärzteblatt Sachsen“. Wir schätzen ein, dass unser „Ärzteblatt Sachsen“ den Vergleich mit den Kammerorganen der anderen 16 deutschen Ärztekammern sehr gut bestehen kann. Dem Redaktionskollegium geht es besonders darum, nochmals darauf hinzuweisen, dass es sich beim „Ärzteblatt Sachsen“ in erster Linie um ein berufspolitisches Organ der Kammer handelt, in dem Fachbeiträge einen gewissen Stellenwert bekommen.

Anliegen unseres Landesorgans wird es weiter sein, die sächsischen Ärzte über die aktuelle Berufspolitik zu informieren, ärztliche Gemeinsamkeiten herzustellen, auf bedeutsame gesetzliche Vorschriften hinzuweisen, originale medizinische Beiträge zu publizieren, ein Feuilleton zu pflegen, die Korrespondenzadresse ärztlicher Gedanken zu sein und an die berufliche Einheit zu appellieren.

Im Namen des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Professor Dr. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums

Internet-Ecke

Am 14. Dezember hat der Bundestag das „Gesetz über rechtliche Rahmenbedingungen für den elektronischen Geschäftsverkehr (Elektronischer Geschäftsverkehr-Gesetz-EGG)“ beschlossen. Das Gesetz ist für den kommerziellen Internet-Auftritt – zum Beispiel Internet-Praxisschilder, die Beratungsleistungen per Internet anbieten etc. – relevant und betrifft unter anderem das Herkunftslandprinzip, Haftungsregelungen sowie Streitbeteiligungen auf elektronischem Weg. Es enthält weitreichende Änderungen im Tele-

dienstschutzgesetz und die Pflicht für Informationen (§6). Verstöße gegen das Gesetz werden mit Bußgeldern bis zu 50.000 Euro bedroht.

Quelle: Bundesgesetzblatt 2001 Teil 1 Nr. 70, <http://bgbl1f/b1index.htm>

Prof. Dr. Hildebrandt Kunath
Medizinische Fakultät der TU Dresden
Institut für Medizinische Informatik
und Biometrie
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: (03 51) 3 17 71 33, Fax: (03 51) 3 17 72 25
E-Mail: kunath@imib.med.tu-dresden.de
www.imib.med.tu-dresden.de

Kurze Information zur Jobbörse

www.aerzteohnkittel.de

Leider hatten wir zum Jahreswechsel technische Probleme, da der Provider des Webspeicherplatzes ohne Vorwarnung vom Netz gegangen ist. Wir mussten mit der Jobbörse deshalb umziehen. Seit dem 15. Januar 2002 ist die Jobbörse mit leicht verändertem Aussehen wieder online.

Ausschuss „Junge Ärzte“

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Zum ersten Seniorentreffen im neuen Jahr möchten wir Sie herzlich einladen.
Wir treffen uns

**am 6. März 2002, 15.00 Uhr,
im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer.**

Nach vielen historisch orientierten Nachmittagen wird diese Veranstaltung einem alten Handwerk gewidmet sein. Die Kunst der Gerberei steht im Mittelpunkt. Interessantes zur Geschichte und früheren Herstellungsmethoden wird zu erfahren sein. Ein Vortrag zum Anfassen – Lassen Sie sich überraschen! Seien Sie und Ihre Partner herzlich willkommen.

Gleichzeitig können Sie sich am 6. März für die jährliche Ausfahrt 2002 anmelden. Diese führt uns in diesem Jahr an zwei Terminen mit unterschiedlichen Schwerpunkten in die Bergstadt Freiberg. Entscheiden Sie sich für einen Nachmittag mit Besuch des Domes und Orgelspiel oder für einen Abend mit Führung durch das Bergtheater und nachfolgendem Theaterbesuch.

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Konzerte

**Sonntag, 3. März 2002,
11.00 Uhr
Junge Matinee
Kammermusik**

Sächsische Spezialschule für Musik Dresden

Programmänderungen bleiben vorbehalten.
Alle Kammermitglieder sind
mit ihren Angehörigen und Freunden
sehr herzlich eingeladen.

Im Anschluss an die Sonntagskonzerte besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. 03 51/ 8 26 71 10 (Frau Arnold) entgegengenommen.

Ausstellung

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer
Eva-Maria Korsmeier
Malerei und Grafik
bis 18. März 2002**

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

**Dyrck Bondzin
„Still-Leben, Portraits,
Landschaft“
bis 28. Februar 2002**



**Kleine Galerie im neuen Kobalthaus
Universitätsklinikum
„Carl Gustav Carus“**

Klinik für Strahlentherapie
Schubertstr. 44

**Prof. em. Dr. med. habil.
Herbert Edel
Landschaften
Aquarelle
2.3.2002 – 2.5.2002**



Erratum

Bedauerlicherweise enthält der Beitrag „Chargenrückruf von Fertigspritzen VAQTA und VAQTA K pro infantibus“, veröffentlicht in der Januar Ausgabe 2002 des „Ärztblatt Sachsen“ auf Seite 4, einen Fehler. Der 3. Satz im 2. Absatz muss richtig heißen: „Die Firma hat für die kostenlose Antikörperbestimmung das Max-von-Pettenkofer-Institut für Virologie der Universität München ausgewählt und gibt auch eine Telefon- und Faxnummer einer Apotheke für die kostenlose Lieferung von Hepatitis A-Impfstoffen für die evtl. notwendigen Nachimpfungen an.“ Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vizepräsident der Landesuntersuchungsanstalt
für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Zschopauer Straße 87, 09111 Chemnitz

3. Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten und Richtern zum Thema Erwerbsfähigkeit

Sächsische Landesärztekammer, Landessozialgericht Sachsen und Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden unter Mitwirkung der Rentenversicherungsträger in Sachsen führen am **20. April 2002**, 10.00 bis 16.00 Uhr, den 3. Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten und Richtern zum Thema Erwerbsfähigkeit durch.

Ort: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Chemnitz, An der Markthalle 3 - 5, Informationsraum im Erdgeschoss. Teilnahmemeldungen sind zu richten an: Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, Fax: (03 51) 3 17 74 59. e-Mail: scheuch@imib.med.tu-dresden.de Teilnahmegebühren werden keine erhoben. Für das Fortbildungsdiplom der Sächsischen Landesärztekammer werden 8 FD angerechnet.

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

Wir weisen darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

■ Bezirksstelle Chemnitz

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Chirurgie

Chemnitzer Land

Facharzt für Radiologie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 2. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Chirurgie

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Innere Medizin*)

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 3. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Diagnostische Radiologie

(Vertragsarztsitz in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 3. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Anästhesiologie (zurzeit Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Facharzt für Augenheilkunde

Landkreis Bautzen

Facharzt für Innere Medizin*)

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Landkreis Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Landkreis Sächsische Schweiz

Facharzt für Chirurgie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 3. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.-Nr. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/

Fachärztlicher Versorgungsbereich

3 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Augenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 3. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme veröffentlicht:

■ Bezirksstelle Leipzig

Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Abgabe: 2002

Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Abgabe: 2003

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53.

Ausblicke der Computer- und Roboter-assistierten Chirurgie

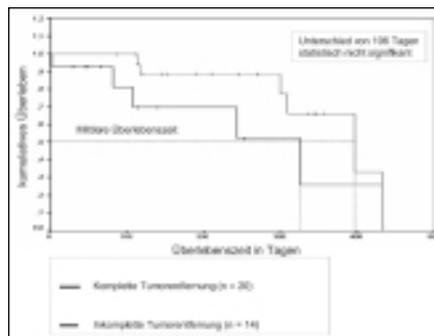
Medizinische Fakultät
Universität Leipzig
Teil 2

Intraoperative Bildgebung in der computer-assistierten Neurochirurgie

Trantakis Chr., Winkler D., Moche M., Strauss G., Kahn T., Meixensberger J.

Fortsetzung des Artikels „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2002, Seite 31.

In der Behandlung von Gliomen wird der Stellenwert einer möglichst radikalen Resektion kontrovers diskutiert. Neuere Arbeiten weisen allerdings darauf hin, daß eine möglichst vollständige Exstirpation maligner Gliome zu einer Verbesserung der Prognose beiträgt. Die Untersuchungen der kumulativen Überlebenszeit im eigenen Patientengut zeigen einen statistisch bisher nicht gesicherten positiven Effekt in der Gruppe der bildmorphologisch vollständig resezierten malignen Gliome im Vergleich zur subtotalen Resektion.



Vergleich der kumulativen Überlebenszeit komplett versus inkomplett operierter maligner Gliome

Eine wesentliche Erweiterung der interventionellen MRT stellt die Integration eines PC-gestützten System für Datenfusion und Navigation dar (Localite Navigator(r), GMD, Localite, Germany). Dieses System ermöglicht die Einbindung funktioneller Informationen, insbesondere

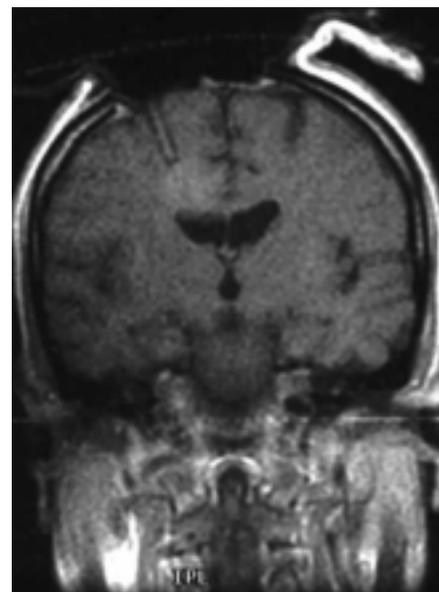


Abbildung 2: Transsulcaler Zugang zu einem frontalen Glioblastom. Nach intraoperativer Identifikation wurde der zum Tumor führende Sulcus präpariert. Der kontrastmittelgefüllte Pointer im eröffneten Sulcus (weißer Pfeil) zeigt den atraumatischen Zugang zum Tumor.

Tab. 3: Totale und subtotale Resektion bei 72 im interventionellen MRT resezierten Gliomen

Histologie	WHO Grad	Anzahl	Totalresektion	Subtotalresektion
Subependymom	I	2	2	0
Dysembryoblastom	I	1	1	0
Pilozytisches Astrozytom	I	1	1	0
Astrozytom	II	15	11	4
Astrozytom	III	9	6	3
Oligodendrogliom	II	5	2	3
Oligodendrogliom	III	3	3	0
Ependymom	III	1	0	1
Glioblastoma multiforme	IV	35	20	15
Σ		72	46	26

Tab. 4: Frühes postoperatives Outcome bei 59 Tumoren mit Beziehung zum Motor- (51) oder Sprachkortex (8).

Histologie	WHO Grad	Anzahl	besser	gleich	schlechter	verstorben
Meningiom	I	3	0	3	0	0
Meningiom	II	2	0	2	0	0
Meningiom	III	1	0	1	0	0
Astrozytom	II	9	0	8	1	0
Astrozytom	III	8	0	7	1	0
Oligodendrogliom	II	3	0	2	1	0
Oligodendrogliom	III	3	1	2	0	0
GBM	IV	22	2	17	2	1
Metastase		6	0	5	1	0
Kavernom		2	0	2	0	0
Σ		59	3	49	6	1

funktioneller Kernspindaten, und damit die Visualisierung funktioneller eloquenter Hirnareale während der Operation (Abbildung 3 und 3a). Die Identifikation des Motorkortex anhand anatomischer

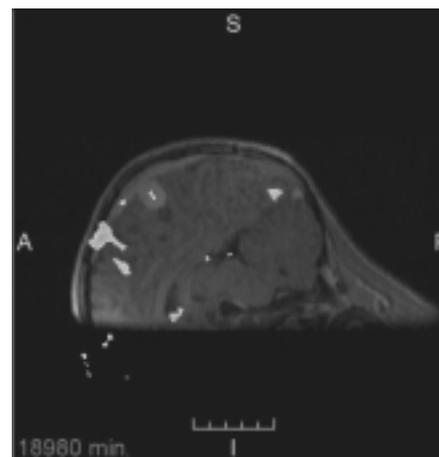


Abbildung 3: Fusion eines funktionellen MRT mit Aktivierung des Motorkortex und eines intraoperativen T1w MRT mit Kontrastmittel. Sowohl der Tumor als auch das aktivierte motorische Rindenareal können mit der integrierten Navigation präzise lokalisiert werden.

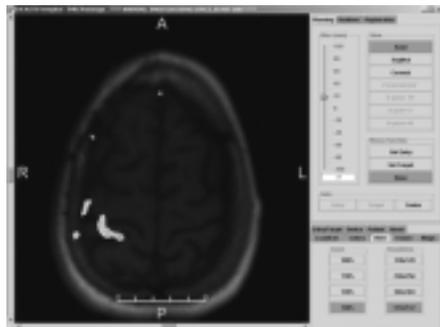


Abbildung 3a: Fusion eines funktionellen MRT und eines intraoperativen T1w MRT

Landmarken und koregistrierter funktioneller MR-Bilder (BOLD-Effekt) erhöht wesentlich die Sicherheit des operativen Eingriffes und trägt zu einer weiteren Verringerung der operativen Morbidität wesentlich bei.

Hals-, Nasen-, Ohren-Chirurgie

Bootz F., Strauss G., Stumpf R., Trantakis C.

Die ersten Anwendungen der konventionellen CAS-Intervention fanden im Bereich der Nasennebenhöhlen-Chirurgie statt. Eine endonasale NNH-OP wird häufig bei chronisch polypöser Sinusitis indiziert. Diese Region einschließlich der vorderen Schädelbasis ist durch enge anatomische Verhältnisse funktionell wichtiger Strukturen gekennzeichnet, welche in einem knöchernen Gerüst fixiert sind. Seit der Einführung des Mikroskops und Endoskops ist die Komplikationsrate wie z.B. Verletzung der Orbita mit nachfolgender Erblindung, Perforation der Schädelbasis mit Rhinoliquirrhoe und Meningitis, Verletzung der A.carotis interna oder des N.opticus gesunken. Rezidiv-Operationen oder eine atypische Anatomie stellen aber auch erfahrene Operateure immer wieder vor operative Herausforderungen. Damit erklärt sich die Indikation zum Einsatz einer Navigationshilfe. Das Nasennebenhöhlensystem bietet gute Voraussetzungen für eine konventionelle CAS-Intervention: rigides knöchernes Gerüst, gute Darstellbarkeit im CT, eine Vielzahl anatomischer Landmarken zur Registrierung.



Abbildung 4: Operationsszene einer endonasalen Nasennebenhöhlen-OP mit vti InstaTrak

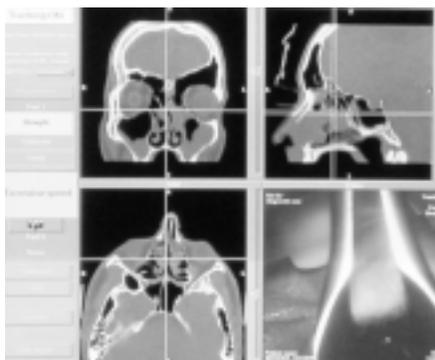


Abbildung 5: Bildschirmausschnitt während der computer-assistierten Nasennebenhöhlen-OP

Die Abbildungen 4 und 5 zeigen eine Operationsszene und den dazugehörigen Bildschirmausschnitt und das Prinzip der CAS. Die Spitze des ausgewählten Instruments wird exakt auf den präoperativen CT-Daten des jeweiligen Patienten angezeigt. Der Operateur kann sich im NNH-System orientieren. Er kann besser einschätzen, ob er beispielsweise eine große Siebbeinzelle oder die Schädelbasisbegrenzung vor sich hat, wie weit entfernt er sich vom Orbitatrichter befindet.

Allerdings verliert die OP-Region mit fortschreitender Resektion von polypöser Schleimhaut und Knochen die Aktualität der Daten. Der dynamische OP-Ablauf ist nicht visualisierbar.

Während einige Systeme als reine Zeigeelemente eine Orientierungshilfe bieten (VTI InstaTrack), wird in anderen Konfigurationen eine Integration der

präoperativen Planung als Einblendung der Zielkoordinaten in Mikroskop oder Endoskop angeboten (Zeiss SMN/ MKM; ARTMA virtual patient). Es gab bereits mehrfach Bestrebungen, die Computerassistenten auf andere Bereiche der HNO-Chirurgie zu übertragen. Sowohl an der Laterobasis, der Frontbasis als auch in der Halschirurgie stoßen die bisherigen Systeme durch das Auftreten von tissue shift, das Fehlen anatomischer Landmarken, die Dominanz von Weichteilen, Problemen mit der Instrumentenregistrierung an ihre bereits skizzierten Grenzen. Für die Nasennebenhöhlenchirurgie gilt, dass die CAS-Intervention das Stadium der klinischen Erprobung seit etwa 2 Jahren verlassen hat und inzwischen auch in vielen Kliniken angewandt wird. Die Praktikabilität der heute angebotenen Geräte und Softwarelösungen ist zuverlässig. Ein großes Hindernis ist der derzeit noch sehr hohe Preis der Geräte zwischen 200 und 500 TDM.

An der Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde/Plastische Operationen konnten seit 1997 Erfahrungen mit chirurgischen Interventionen unter intraoperativer MR-Bildgebung im offenen MRT GE Signa SP 0.5T gesammelt werden. Regelmäßig werden Biopsien von Tumoren im Bereich der vorderen und lateralen Schädelbasis über einen transnasalen, transphenoidalen Zugang biopsiert. Damit sind Zugangswege, die bisher durch die intraoperativ schwer darstellbare Anatomie (Verlauf A.carotis interna, N.opticus, Tumorlage) kaum durchführbar waren, möglich geworden. Weltweit erste Ergebnisse der sogenannten erweiterten CAS (eCAS) in diesem Bereich werden unter den Projekten der Arbeitsgruppe vorgestellt (Abbildung 6 und 7).

Zusammenfassend gelten aus unserer Sicht für die HNO-Chirurgie derzeit folgende sinnvollen Anwendungsmöglichkeiten der CASi:

- Biopsien zur histologischen Sicherung von Tumoren der vorderen und lateralen Schädelbasis



Abbildung 6: iMRT GE Signa SP/i 0.5T während eines operativen Eingriffes. Der Zugang zum Patienten zwischen den Spulen beträgt 56 cm.

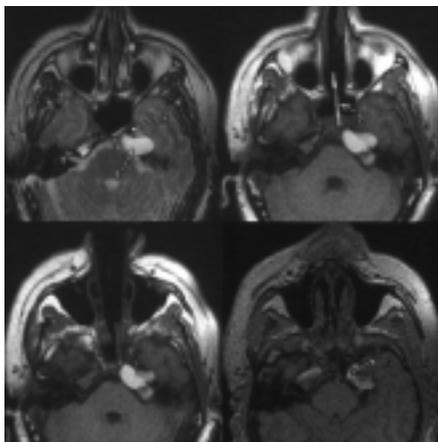


Abbildung 7: intraoperative Bilder während eine Biopsie eines Felsenbeinspitzen tumors über einen transphenoidalen Zugang im iMRT

- Nasennebenhöhlenchirurgie, besonders Wiederholungseingriffe
- Platzierung von afterloading-Sonden zur Strahlentherapie.

Interventionelle Radiologie

Schulz T., Schneider JP., Dannenberg C., Schmidt F., Kahn T.

Die Magnetresonanztomographie konkurriert als bildgebendes Verfahren zur Überwachung und Steuerung minimal invasi-

ver diagnostischer und therapeutischer Methoden mit anderen bildgebenden Modalitäten wie zum Beispiel dem Ultraschall und der Computertomographie. Die MRT ist vor allem dann sinnvoll und zwingend einzusetzen, wenn eine pathologische Läsion nur mittels MRT dargestellt werden kann. Dies ist zum Beispiel oft im Bereich der Mamma der Fall. Ferner weist die MRT Vorteile bei Punktionen und Drainageanlagen in schwer zugänglichen Regionen (zum Beispiel subphrenisch) und bei der Steuerung interstitieller thermischer Therapie auf. Der Einsatz der MRT zur Überwachung vasculärer Interventionen (zum Beispiel B. PTA, Stentapplikationen) steht noch ganz am Anfang der Entwicklung. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in der Zukunft die MRT zunehmend auch in diesem Gebiet eingesetzt wird.

Die Durchführung neurochirurgischer Eingriffe unter MR-Kontrolle sind ein eigenes Indikationsfeld neben der Erstellung und Optimierung von dreidimensionalen CT- und MRT Datensätzen für die oben genannten neuro- oder HNO-chirurgischen Interventionen.

Perkutane Biopsien und Markierungen

Die Magnetresonanztomographie (MRT) ermöglicht eine exzellente morphologische und funktionelle Darstellung und ist mit ihrer hohen Weichteilkontrastauflösung in der Lage, Läsionen darzustellen, die teilweise mit anderen Verfahren nicht abgebildet werden können. Mammaläsionen, Leberprozesse und Knochenmark- oder Weichteilläsionen können mit der MRT in beliebiger Schichtebene dargestellt und MRT-gestützt biopsiert werden. Über derartige Interventionen liegen in Leipzig Erfahrungen aus vier Jahren Anwendung vor.

Seit 1996 wurden allein 85 Mammainterventionen (60 präoperative Drahtmarkierungen und 25 perkutane Stanzbiopsien) im offenen MRT erfolgreich durchgeführt. Im Falle eines schwierigen Zugangsweges oder fehlender Darstellbarkeit mit anderen

Methoden kann die MR-Überwachung mit ihren multiplanaren Schichten das Instrument im gesamten Verlauf online während der Biopsie darstellen. So wurden in enger Kooperation mit den Kliniken für Orthopädie und Kinderchirurgie über 50 Knochen- oder Weichteilbiopsien durchgeführt.

Überwachung interstitieller Therapien

Die Überwachung von Temperaturveränderungen während kernspintomographisch gesteuerter Therapien ist ein weiteres Betätigungsfeld der interventionellen Radiologie. Neben der Platzierung der Applikationssonden für eine Laser- oder Kryotherapie mittels interaktiver Steuerung kann auch die Thermo- oder cryoabladierten Gewebes während der Therapie ist derzeit Gegenstand intensiver Forschung.

Die Indikationen für diese Thermo- oder kryotherapeutischen Verfahren sind aber insgesamt vielfältig. Die Laserinduzierte Thermo- oder kryotherapie (LITT) von Leberläsionen ist ein Schwerpunkt unserer Arbeitsgruppe in Leipzig. Einerseits ist die LITT als Alternative zur chirurgischen Therapie zum Beispiel beim Vorliegen von Lebermetastasen in beiden Leberlappen oder bei Kontraindikationen für eine Operation einsetzbar. Andererseits kann sie als zusätzliche Modalität bei palliativen Interventionen beispielsweise zur Schmerzlinderung oder Volumenreduktion bei raumfordernden tumorösen Prozessen angewandt werden (zum Beispiel Rektumkarzinomrezidive). Weiterhin gibt es seit Jahren eine Kooperation mit der Klinik für Neurochirurgie bei der palliativen LITT von Hirntumoren. Die fehlende Strahlenbelastung für Arzt und Patient und die beliebige Schichtführung des MRT sind die Vorteile, die jedem als erste auffallen. Weiterhin sind es vor allem die Möglichkeiten der Steuerung und Überwachung von Interventionen. Daraus ergeben sich die oben genannten Indikationen, die aus Sicht der

Interventionellen Radiologie sinnvoll und schon jetzt praktikabel sind.

Für die bildgebende Diagnostik ist die MRT das dominierende Verfahren der Zukunft. Auch die Wertigkeit für die künftige Durchführung von Interventionen wird sich zugunsten der MRT verschieben. Einen Ausblick auf die potentiellen Integrationsmöglichkeiten der bildgebenden Verfahren in den Operationsaal geben die in dieser Arbeit genannten Projekte.

Teleconsulting, Teleteaching und Teleroboting: Anwendungen der Telemedizin für die Klinik und in der Facharztpraxis

Fuchs M., Strauß G., Klarmann A.,
Novatius E., Bootz F.
* Firma zwo.null, Leipzig

Durch die zunehmende Menge an digitalisierten, patientenbezogenen Daten in der Medizin stellt die Überbrückung von Distanzen zwischen Datenquellen und Beurteilungskapazitäten sowie zwischen Patient und Arzt eine Herausforderung an die moderne Kommunikationstechnik dar. Dabei spielt die Bereitstellung von aktuellen, therapierelevanten Informationen zum Zeitpunkt und am Ort der Behandlung für die Planung und Durchführung der Diagnostik und Therapie eine ebenso große Rolle wie der Austausch großer Datenmengen aus verschiedenen Signalquellen zum Zweck der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals.

Anwendungsmöglichkeiten für eine bi- oder multidirektionale Datenübertragung bestehen in der Telekonsultation (Beurteilung durch einen entfernten lokalisierten Spezialisten), dem Teleteaching (Nutzung verschiedener Datenressourcen für die Ausbildung) und dem Teleroboting (Fernsteuerung medizintechnischer Geräte durch einen Spezialisten). Als Datenquellen kommen Tonsignale, Standbilder (bildgebende Diagnostik, Befunde in Tabellen- oder Diagrammform), bewegte Bilder

(Operationssitus, Therapiesituationen) und schriftliche Informationen (Computerpräsentationen) in jeder beliebigen Kombination in Betracht. Die Übertragung und Weiterverarbeitung kann synchron oder asynchron erfolgen, also zeitgleich zur ihrer Entstehung oder unabhängig davon.

Eigene Erfahrungen zeigen, dass der Einsatz der einzelnen Verfahren in Abhängigkeit von der erforderlichen Übertragungsqualität, der Verfügbarkeit der Technologien sowie der Kosten und unter Berücksichtigung der medico-legalen Aspekte erfolgen sollte. Für viele Anwendungen in Klinik und Facharztpraxis eignen sich relativ preiswerte, flächendeckend verfügbare Technologien, wie zum Beispiel Übertragungen über ISDN-Telefonleitungen, die hohen Anschaffungskosten lassen sich oft durch gemeinsame Nutzung durch verschiedenen Einrichtungen relativieren. Kostenintensive Verfahren mit hervorragender Übertragungsqualität sind zurzeit auf spezielle Anwendungen beschränkt. In zunehmendem Maße ist es beispielsweise möglich, die Vorträge von Kongressen und Fachtagungen in Bild und Ton live in das Internet zu übertragen und es so Kollegen, die nicht vor Ort anwesend sein können, zu ermöglichen, die wissenschaftliche Veranstaltung am PC zu verfolgen. Zusätzlich erfolgt in Leipzig zurzeit der Aufbau eines wissenschaftlichen Vortragsservers, von dem die aufgezeichneten Vorträge oder Rundtischgespräche jederzeit im Internet abgerufen werden können. Die Effizienz und Attraktivität von Kursen oder Workshops kann durch bi- oder multidirektionale Live-Übertragungen aus anderen Kliniken mittels Videokonferenzschaltungen erhöht werden, da dadurch einerseits die Anzahl und Vielfalt der demonstrierten Befunde steigt und andererseits Methoden demonstriert werden können, die nur an bestimmten Einrichtungen durchgeführt werden.

Struktur der IGSN, Kooperationen, Veranstaltungen

Die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Bildgestützte Chirurgische Navigation (IGSN) wurde 1998 gegründet. Das Ziel der Arbeitsgruppe liegt in der Evaluierung, Etablierung und Weiterentwicklung der CAS-Teilbereiche: präoperative Planung und Simulation, computer-assistierte chirurgische Intervention und medizinische Robotik. Es sind sowohl klinische Routineanwendungen als auch wissenschaftliche Projekte in die Zusammenarbeit mit einbezogen. Eine günstige Voraussetzung am Universitätsklinikum Leipzig stellen die Erfahrungen am interventionellen (offenen) Kernspintomographen GE Signa SP 0.5 T dar, der seit 1997 interdisziplinär in der klinischen Routine der bildgestützten Chirurgie und interventionellen Radiologie betrieben wird. Einen besonderen Schwerpunkt bildet die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Eine wesentliche Forderung an die IGSN ist die Kooperation mit informationstechnischen und ingenieurwissenschaftlichen Instituten, mit Entwicklungspartner aus der Industrie. Es bestehen intensive Kontakte mit der Gesellschaft für mathematische Datenverarbeitung (GMD) Forschungszentrum für Informationstechnologien (Bonn); dem Forschungszentrum Karlsruhe (Inst. für Angewandte Informatik); der TU Dresden (Inst. f.Künstl. Intelligenz); der FH Mittweida (Inst.f. angewandte Informatik); der HTWK Leipzig (Fachbereich Elektrotechnik und Informationstechnik). Mit der Firma Localite, Bonn konnten Vorhaben aus den nachfolgenden Projekten zur Marktreife entwickelt werden.

Im 4-monatlichen Abstand wird ein IGSN-Workshop zur Vorstellung der aktuellen Projekte, zur Weiterbildung von interessierten ärztlichen Kollegen und Studenten und dem Erfahrungsaustausch mit Kliniken, Instituten und Firmen organisiert. Informationen dazu sind über die Homepage der Arbeitsgruppe abrufbar. Interessierte Gäste sind jederzeit herzlich willkommen.

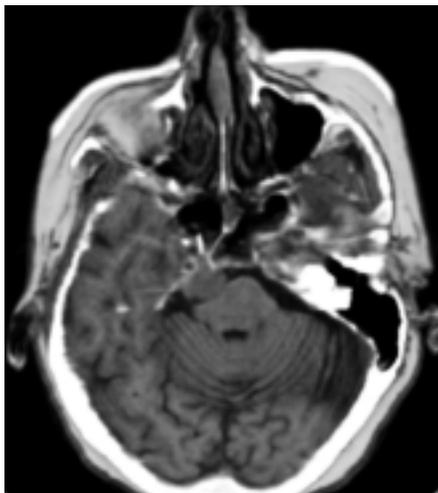


Abbildung 8: Fusion präoperativer CT-Daten mit intraoperativen Daten des iMRT der Schädelbasis (Tumor der petroclivalen Region rechts)

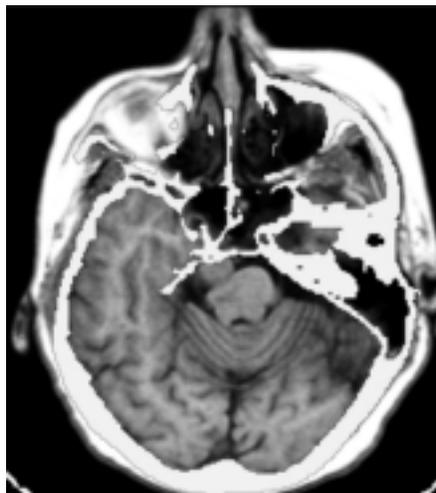


Abbildung 8a: Fusion präoperativer CT-Daten mit intraoperativen Daten des iMRT der Schädelbasis

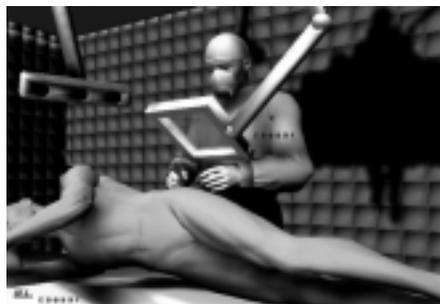


Abbildung 9: Konzeption einer Einblendung makroskopischer Strukturen mit einer semitransparenten Folie zur makroskopischen Navigation und OP-Planung (mit freundl.Gen. caesar-Institut Bonn)



Abbildung 9a (mit freundl.Gen. caesar-Institut Bonn)

Aktuelle Wissenschaftliche Projekte der IGSN

- enhanced computer-assisted-surgery: Integration intra-, inter- und präoperativer Datensätze in die chirurgische Navigation am Beispiel des iMRI GE Signa SP 0,5 T; Abbildungen 8 und 8a
- virtuelle Realität; Simulation chirurgischer Eingriffe
- iMRI-Endoskopie mit Arbeitskanal
- medizinische Robotik
- Evaluation der Sonographie als CAS-Datensatzgrundlage
- rapid prototyping: virtuelle Schädelrekonstruktion und Planung plastischer Versorgungen
- Visualisierung: Projektion anatomisch-

pathologischer Strukturen auf OP-Situs, Visualisierung intraoperativer dynamischer Veränderungen (Gewebeschift); Abbildung 9 und 9a

Perspektiven

Die CAS kann nur eine Hilfestellung beim operativen Vorgehen sein. Sie ersetzt in keiner Weise die Notwendigkeit anatomischer Kenntnisse. Sie fordert eine intensive Auseinandersetzung mit der individuellen Anatomie und Pathologie und bedarf einer subtilen Operationsplanung. Der Arzt wird gerade wegen der zunehmenden Technisierung der Operationsumgebung die wichtigste Rolle und die volle Verantwortung in der Diagnos-

tik und Therapie des sich ihm anvertrauenden Patienten behalten.

Allerdings muss sich der Arzt auf neue, zusätzliche Herausforderungen einstellen: die Entscheidung über bildgebende Verfahren, zusätzliche funktionelle Informationsquellen (PET, Elektrophysiologie), die Operationsplanung und die technischen Anforderungen der jeweiligen OP werden eine bedeutende Rolle in vielen Fächern einnehmen. Vergleicht man den Aufwand jedoch mit den Aussichten, durch diese Verfahren einen Zuzugewinn der therapeutischen Sicherheit und damit eine bessere postoperative Lebensqualität der Patienten zu realisieren, so steht die Sinnhaftigkeit der Weiterentwicklung der CAS nach unserem Ermessen außer Zweifel.

Erscheint ein Verwischen der konventionellen Grenzen zwischen Radiologie und Chirurgie auch noch spekulativ, so wird doch der Radiologe der Zukunft den Schwerpunkt seiner Arbeit mehr in Richtung OP-Saal, der Chirurg mehr in Richtung informationsgebende Verfahren richten. Interdisziplinarität wird noch mehr als heute das notwendige Kriterium sein, dem sich auch bisher bestehende Fachgrenzen unterordnen werden.

Wie viele neue Technologien sind auch manche Projekte der CAS derzeit und sicher auch mittelfristig mit dem Missverhältnis eines erheblichen finanziellen und personellen Aufwandes und oftmals geringer zusätzlicher Informationen und Problemen in technischen Details belastet. Eventuelle ethische und juristische Fragestellungen, ob als Vorurteil oder berechtigter Einwand, können nur unter Federführung der medizinischen Fächer diskutiert werden.

Die computer-assistierte chirurgische Intervention wird die chirurgischen Fächer ähnlich wie die Einführung des OP-Mikroskops oder des Lasers verändern. Die Gesamtheit der CAS (Informations-Geführte-Therapie, IGT) wird eine neue Qualität vieler Eingriffe am menschlichen

Körper ermöglichen, eventuell sogar die Medizin revolutionieren. Sie wird eine neue Zusammenarbeit zwischen allen medizinischen Fächern, Informatikern, Ingenieurwissenschaftlern etc. hervorbringen. Es gilt, diese Herausforderung als Chance zu erkennen und die weitere Entwicklung voranzutreiben.

Kontaktadressen

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe
Bildgestützte Chirurgische Navigation
c/o Liebigstrasse 18a, 04103 Leipzig, Germany
Telefon: +49 (0341) 9721700
Fax: +49 (0341) 9721709
e-mail: navigate@medizin.uni-leipzig.de
Homepage:
<http://www.uni-leipzig.de/~hno/navigate>

Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
Direktor: Univ.-Prof. Jürgen Meixensberger
Dr.med. Christos Trantakis
Telefon: +49 (0341) 9712020
tranc@medizin.uni-leipzig.de

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-,
Ohrenheilkunde / Plastische Operationen
Dir.: Univ.-Prof. Dr. Friedrich Bootz
Dr.med. Gero Strauss
Telefon: +49 (0341) 9721721
strg@medizin.uni-leipzig.de

Klinik und Poliklinik für MKG-,
Plastische Gesichtschirurgie
Dir.: Univ.-Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich
PD Dr. Dr. Bernhard Frerich
Telefon: +49 (0341) 9721100
frerich@medizin.uni-leipzig.de

Klinik für Herzchirurgie
Dir.: Univ.-Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Mohr
PD Dr. Volkmar Falk
Telefon: +49 (0341) 865 1420
falv@medizin.uni-leipzig.de

Chirurgische Klinik und Poliklinik III
Dir.: Univ.-Prof. Dr. Christoph Josten
Telefon: +49 (0341) 9717000
trauma@medizin.uni-leipzig.de

Klinik und Poliklinik für
Diagnostische Radiologie
Dir.: Univ.-Prof. Dr. Thomas Kahn

Dr.med. Michael Moche
Telefon: +49 (0341) 9718100
moche@medizin.uni-leipzig.de

Institut für Anatomie
Dir.: Univ.-Prof. Dr. K. Spanehl-Borowski
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schmidt
Telefon: +49 (0341) 9722074
schmidtw@medizin.uni-leipzig.de

Abkürzungen:

CAS – computer assisted surgery
(computer-asiistierte Chirurgie)
cCAS – conventional computer assisted surgery
(konventionelle computer-asiistierte
Chirurgie)
eCAS – enhanced computer assisted surgery
(erweiterte computer-asiistierte
Chirurgie)
IGS – image-guided-surgery
(bildgestützte Chirurgie)
IGT – information-guided-therapy
IGSN – Interdisziplinäre Arbeitsgruppe
Bildgestützte Chirurgische Navigation

Literatur beim Verfasser

H. Alexander

Medizinische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik

Medizinische Fakultät der
Universität Leipzig
Universitätsfrauenklinik

Mit der ersten Geburt eines Kindes nach In-vitro-Fertilisation im Jahre 1978 war gleichzeitig die Voraussetzung für eine Präimplantationsdiagnostik geschaffen worden. Wir verstehen darunter die Untersuchungen an einem Embryo („Embryobiopsie“) in vitro vor dem intrauterinen Transfer und damit vor der Implantation in die Gebärmutter-schleimhaut mit dem Ziel, anhand von Veränderungen des Erbmaterials eine mögliche schwere Erkrankung frühzeitig zu erkennen. Erstmals wurde sie 1990 von Handyside und Mitarbeiter in Zusammenhang mit der Geschlechtsbestimmung durchgeführt. Durch die Weiterentwicklung genetischer Untersuchungstechniken können heute im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik differenzierte Aussagen über Veränderungen des Erbgutes gegeben werden. Eine weitere Voraussetzung für die Opti-

mierung der Methode war die erfolgreiche Durchführung der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI-Therapie) im Rahmen der IVF-Behandlung durch Palermo 1992. Durch dieses Verfahren konnte die Störanfälligkeit der Präimplantationsdiagnostik durch Kontaminationen (ad-

härente Spermien) beseitigt werden. Die Präimplantationsdiagnostik ist in 10 europäischen Ländern (Belgien, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Italien, Niederlande, Norwegen, Schweden, Spanien) zugelassen, des Weiteren in den Vereinigten Staaten und Australien.

Tabelle 1

Das **Embryonenschutzgesetz** (1.1.1991) verbietet die Präimplantationsdiagnostik,

- da Zellen (Blastomere) eines frühen Embryos totipotent sind (und somit wieder einen potentiellen Embryo darstellen). Die Untersuchung würde somit einen Embryo "töten" (§ 8 Abs. 1).
- da durch die Entnahme einer totipotenten Eizelle de facto der erste Schritt einer künstlichen Mehrlingsbildung ("Klonen") bewirkt wurde (§ 6).
- da mehr Eizellen befruchtet werden, als innerhalb eines Zykluses übertragen werden können (§ 1 Abs. 1, Ziffer 5).
- da ein Embryo gezeugt wird, der nicht zu seinem Erhalt dienendem Zwecke verwendet wird (§ 2, Abs. 1).

Verboten ist sie in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Portugal. Weltweit sind derzeit ca. 250 Kinder geboren, bei denen eine Präimplantationsdiagnostik durchgeführt wurde.

In Deutschland verbietet das Embryonenschutzgesetz die Präimplantationsdiagnostik. Ein Embryo ist nach diesem Gesetz wie folgt definiert: „Ein Embryo ist die bereits befruchtete Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an. Eine jede dem Embryonen entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag.“

Die verschiedenen, in Tabelle 1 vermerkten Punkte verbieten nach dem deutschen Embryonenschutzgesetz die Anwendung der Präimplantationsdiagnostik.

Die Vorgehensweise und Methodik sind in Tabelle 2 festgehalten (Tabelle 2).

Tabelle 2

Präimplantationsdiagnostik – Embryobiopsie –

Methodik

- IVF+ICSI, um Fehldiagnostik durch adhärenzte Spermien zu verhindern
- am 3. Tag Eröffnung der Zona pellucida (mechanisch, chemisch, lasertechnisch)
- Entnahme von 2 Blastomeren eines 6 - 8 Zellembryos (Dauer: 10 Min.)
- genetische Untersuchung (Dauer: 3 - 10 h)
- Transfer bzw. Verwerfung des Embryo

Nach einer In vitro Fertilisation mit einer intracytoplasmatischen Spermieninjektion wird am dritten Tag die den Embryo (6-8 Zellen) umgebende Zona pellucida eröffnet. Es werden zwei Zellen (Blastomeren) entnommen und diese einer genetischen Untersuchung unterzogen. Dabei kommt hauptsächlich die FISH- und

PCR-Technik zur Diagnostik von Chromosomen- bzw. Genveränderungen zur Anwendung. Mit Abschluss der Diagnostik kann in einem Prozentsatz von ca. 97 bis 99 % eine Erkrankung exakt diagnostiziert und entschieden werden, ob der Embryo der Frau transferiert werden kann. Absolute Indikationen für die Anwendung der Präimplantationsdiagnostik wäre bei schwerwiegenden erblichen Erkrankungen im Rahmen von monogenen Erbkrankheiten (zum Beispiel Mukoviszidose) und unbalancierten oder balancierten Chromosomentranslokationen gegeben. Darüber hinaus eröffnet die Methodik das Feld auch für weitere Untersuchungen, zum Beispiel B. für die prädiktive Diagnostik von Erbkrankheiten, die erst im späteren Lebensalter auftreten oder für die IVF-Behandlung von älteren Frauen.

Es wird davon ausgegangen, dass deutschlandweit pro Jahr ca. 600 bis 1800 Paare diese Behandlung wünschen könnten. Neben der zur Zeit üblichen Pränataldiagnostik (Chorionzottenbiopsie oder Amniocentese), bei der gewonnenes Material einer genetischen Untersuchung unterzogen wird, erfolgt bei ausgeprägten genetischen Erkrankungen zumeist erst in der 16. bis 18. Woche eine Schwangerschaftsbeendigung. Diese „Schwangerschaft auf Probe“ ist eine enorme psychische und physische Belastung für die Frau. Um den Frauen dieses Leid zu ersparen, wurde das Verfahren der Präimplantationsdiagnostik entwickelt. Dieses ist jedoch auch mit Risiken verbunden, die durch die notwendig werdende IVF-Behandlung bedingt sind (Hormonstimulation, Follikelpunktion, Überstimulation, Mehrlinge). Die Erfolgsrate („baby take home-Rate“) eines Zyklus nach Präimplantationsdiagnostik beträgt ca. 15 %.

Da die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland verboten ist, ergibt sich die Frage, ob mit anderen Methoden ein vergleichbares Ergebnis erzielt werden kann. Hierbei wäre erstens die Präimplantationsdiagnostik durch eine Blastozystenbiopsie zu nennen. Bei diesem Vorgehen werden zu einem späteren Zeitpunkt (nach

dem dritten Tag) mit der gleichen Methodik die Untersuchungen durchgeführt. Nach Embryonenschutzgesetz wäre dies erlaubt, weil die embryonalen Zellen in dieser Phase nicht mehr totipotent sind. Allerdings ist die Entnahme von Blastomeren ohne Kontamination von anderen Erbmaterial durch die Kompaktifizierung der Zellen in diesem Stadium erschwert, was die Fehlerquote erhöht. Außerdem sind mit dieser Methode bisher noch keine Schwangerschaften erzielt worden.

Eine andere Alternative wäre die Polkörperdiagnostik, die erstmals von Verlinsky und Mitarbeiter 1990 durchgeführt wurde. Diese Methode hat jedoch den Nachteil, dass nur genetische Störungen der Frauen erkannt werden können. Aus oben genannten Gründen besteht also derzeit keine Alternative zur Präimplantationsdiagnostik. Nur durch eine Gesetzesänderung wäre eine Präimplantationsdiagnostik möglich. Eine Zulassung der Präimplantationsdiagnostik würde eine Reihe von ethischen, sozialen, rechtlichen Fragen aufwerfen, wie zum Beispiel: Wo soll die Indikation für den Einsatz des Verfahrens liegen? Wer soll die Entscheidung zur Durchführung des Verfahrens

Tabelle 3

Ist eine Routine-Präimplantationsdiagnostik zu befürchten ?

Ein PID-Screening ist nicht sinnvoll, da

- jeder Mensch ca. 6 autosomal-rezessive erbliche Erkrankungen hat.
- die überwiegende Mehrzahl aller genetischen Erkrankungen multifaktorell vererbt werden.
- eine biologische Unsicherheit der Diagnostik (Mosaikbildung) besteht.
- die "baby take home rate" einer IVF/ICSI nur bei ca. 15 % liegt.
- der Gesamtaufwand (IVF/ICSI+PID) nicht bezahlbar wäre.

treffen? Wer entscheidet über die Auswahl der Embryonen? usw. Ängste, durch eine Präimplantationsdiagnostik das Kind nach Maß zu zeugen, sind nicht begründet, da die meisten Erkrankungen und Eigenschaften polygenetisch determiniert werden. Aus diesem Grunde besteht auch keine Gefahr, dass die Präimplantationsdiagnostik ein Screeningverfahren wird (Tabelle 3). Auch wird sie die Pränataldiagnostik nicht gänzlich verdrängen. Mit der Einführung der Präimplantationsdiagnostik würde das Methodenspektrum

zur frühzeitigen Erkennung von Erbkrankheiten erweitert werden und das aufgeklärte Paar könnte selbst nach umfangreicher Aufklärung die Vorgehensweise mitbestimmen.

Zusammenfassung anlässlich des Vortrages zur 25. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 9. 11. 2001 in Dresden

Literatur beim Verfasser
Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Henry Alexander
Universitätsklinikum Leipzig,
Universitätsfrauenklinik
Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2001, Seite 544, hat Herr Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt die ethischen Aspekte der Präimplantationsdiagnostik auf der Grundlage der Meinungsbildung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer unseren Lesern bereits vermittelt.

D. Mischke¹, B. Pfeil², I. Pönitzsch², U.-F. Haustein²

Klinisch epidemiologische Daten zum malignen Melanom

Medizinische Fakultät
Universität Leipzig
Klinik für Hautkrankheiten

¹ Vogtland-Klinikum Plauen, Klinik für Hautkrankheiten und Allergologie

² Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten

Zusammenfassung

Das biologische Verhalten des malignen Melanoms wurde anhand von 741 Patienten, die im Zeitraum von 1987 bis 1996 an der Universitäts-Hautklinik Leipzig behandelt worden sind, untersucht. Dabei wurden entscheidende klinische Faktoren herausgearbeitet. Im untersuchten Zeitraum war ein deutlicher Anstieg der Zahl der Melanompatienten erkennbar. Frauen waren etwas häufiger betroffen als Männer. Das Maximum der Erkrankungshäufigkeit lag zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Sowohl Frauen als auch Männer waren durchschnittlich 57 Jahre alt. Im Gegensatz zu den alten Bundesländern waren in unserem Patientengut die nodulären Melanome dominierend. Als möglicher Erfolg von Früherkennungs- und Aufklärungsarbeit ging die mediane Tumordicke im Untersuchungszeitraum zurück.

Der Anteil der prognostisch günstigen pT1-Tumore ($T_d \leq 0,75\text{mm}$) lag in unserem Patientengut mit 34,3% sehr hoch. 93% der Patienten kamen mit alleinigem Primärtumor zur Diagnose. Unter Berücksichtigung aller Patienten lag die 5-Jahres-Rezidivfreiheit bei 87% und die 5-Jahres-Überlebenszeit bei 93%. Als Prognosefaktoren, sowohl bezüglich der Rezidivfreiheit als auch der Überlebenszeit mit statistischer Signifikanz, konnten in unserem Patientengut die Tumordicke, die Tumorausbreitung bei Diagnosestellung, der Invasionslevel nach Clark, der Tumortyp und der histologische Nachweis von Ulzerationszeichen ermittelt werden.

Schlüsselwörter: Malignes Melanom, Epidemiologie

Zum 65. Geburtstag von Herrrn Prof. Dr. med. habil. Uwe-Frithjof Haustein

Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten ist weltweit ein besorgniserregender Anstieg für das Auftreten eines malignen Melanoms zu beobachten [Balch Soon Milton et al. 1983, Garbe Büttner Ellwanger et al. 1995, Kopf Rigel Friedman 1982]. So stieg in den letzten 20 Jahren die Inzidenz dieses Tumors jährlich um 3 bis 7 % [Rompel Denk Petres 1998].

Auch in den neuen Bundesländern ist trotz unterschiedlicher Freizeitgewohnheiten und Präventionsmaßnahmen ein analoger Trend nachweisbar. Das maligne Melanom gehört wegen seiner zeitigen Metastasierungspotenz auf lymphogenem und hämatogenem Weg zu den bösartigsten Tumoren der Haut [Braun-Falco Landthaler Hölzel et al. 1986]. Obwohl es nur 3% der Hauttumoren

ausmacht, sind fast alle Todesfälle durch das maligne Melanom bedingt [Niebauer Becerano Kokoschka 1984, Wacławiczek Gebhart Manfreda et al. 1991]. Melanom stammt aus dem griechischen Melás oder Melanoz, das soviel wie schwarz und dunkel bedeutet. Dieser Tumor geht von den melaninbildenden Melanozyten aus, deren Pigment die Epidermis vor UV-Schäden schützt. Durch

noch nicht geklärte Mechanismen kommt es zur malignen Transformation dieser Melanozyten und somit zur Melanomentstehung.

In zahlreichen Studien konnten Risikofaktoren, die die Entstehung maligner Melanome begünstigen, gefunden werden. Ethnische Unterschiede sind seit langem bekannt. So liegt die Melanominzidenz bei dunkelhäutigen Menschen deutlich unter denen der weißen Bevölkerung. Vor allem die UV-Strahlung spielt in der Pathogenese eine entscheidende Rolle [Jung 1992, McDonald 1993]; so konnte an Tiermodellen ein Zusammenhang zwischen UV-Bestrahlung und Melanomentstehung nachgewiesen werden [Robinson Hubbard Colon et al. 1998]. Man findet in geographischen Regionen, die eine sehr hohe UV-Belastung aufweisen, eine sehr viel höhere Melanominzidenz als an Orten mit geringer UV-Belastung. In Mitteleuropa liegt die Inzidenz bei 10/100000 Einwohner [Hölzle Kind Plewig et al. 1993]. Etwa 5 bis 8/100.000 Einwohner entwickeln in der Bundesrepublik Deutschland ein malignes Melanom [Hauschild und Sterry 1992].

Häufige Sonnenbrände vor allem in der Kindheit und Adoleszenz erhöhen das Risiko, später an einem Melanom zu erkranken [Autier Dore' Lejeune et al. 1994, Brandberg Ullen Sjöberg et al. 1998, Garbe 1992, Holman und Armstrong 1984]. Prädispositionsfaktoren für die Entwicklung von Melanomen sind kongenitale Riesenzellnaevi im Kindes- und Jugendalter, Dysplastisches Naevuszellnaevus-Syndrom [Garbe Krüger Stadler et al. 1989], Xeroderma pigmentosum oder andere Grundkrankheiten mit Immunsuppression [Christophers und Hauschild 1995]. Ein erhöhtes Risiko, an einem malignen Melanom zu erkranken, besteht auch bei Patienten mit positiver Eigenanamnese sowie bei positiver Familienanamnese [Brobeil Rappaport Wells et al. 1997, Stolz und Landthaler 1994].

Von entscheidender prognostischer und therapeutischer Bedeutung ist die Tumordicke nach Breslow, das Tumorstadium

bei Diagnosestellung sowie der Invasionslevel nach Clark [Maize 1983, Temple Huchcroft Hurlbut et al. 1998, Titus-Ernstoff Ernststoff Duray et al. 1989].

Ergebnisse der Untersuchung

Grundlage dieser retrospektiven Untersuchung stellten Krankengeschichten von 741 Patienten mit malignem Melanom dar, die im Zeitraum von 1987 bis 1996 an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Leipzig behandelt worden sind. Das Ziel war es, den Krankheitsverlauf und die Tumoreigenschaften im Untersuchungszeitraum zu verfolgen. Zwischen 1987 und 1996 war ein deutlicher Anstieg der Zahl der Melanompatienten erkennbar. Die Anzahl der Neuer-

krankungen erhöhte sich von n=57 (1987) auf n=92 (1996) (Abb. 1).

Dies entsprach, legt man die Einwohnerzahl des Regierungsbezirkes Leipzig zugrunde, einer Inzidenzsteigerung von 4,6/100.000 Einwohner (1987) auf 8,3/100.000 Einwohner (1996). Frauen waren mit 56,1% häufiger betroffen als Männer mit 43,9%.

Gleichzeitig fand sich im Untersuchungszeitraum ein abfallender Trend der Inzidenzraten der Frauen bei ansteigendem Anteil der Männer (Abb. 2).

Das Maximum der Erkrankungshäufigkeit lag zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern fand sich ein Durchschnittsalter von 57 Jahren.

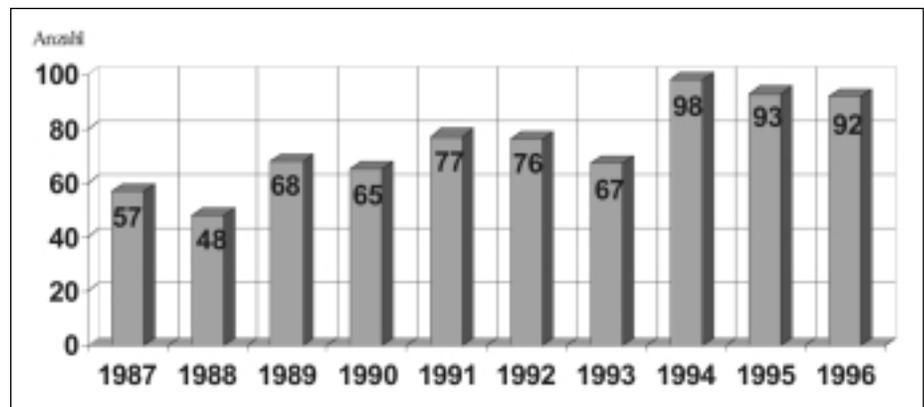


Abbildung 1: Melanome nach Jahr der Diagnosestellung

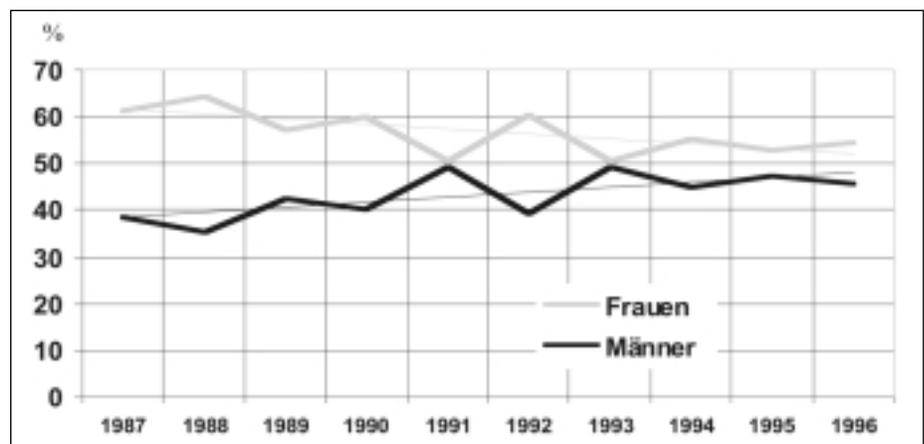


Abbildung 2: Geschlechtsverteilung nach Diagnosejahr

Am Leipziger Patientengut fiel im Vergleich zu den alten Bundesländern der hohe Anteil von nodulären Melanomen (NM) mit 37,7% auf, während 34,4% superfiziell spreitende Melanome (SSM), 14,4% Lentigo-maligna-Melanome (LMM), 1,6% akrolentiginöse Melanome (ALM) und 11,8% „sonstige“ waren (Abb. 3). Unterschiede in der Verteilung der einzelnen Melanomtypen zwischen den Geschlechtern ließen sich statistisch nicht feststellen.

Der Anteil der SSM nahm im untersuch-

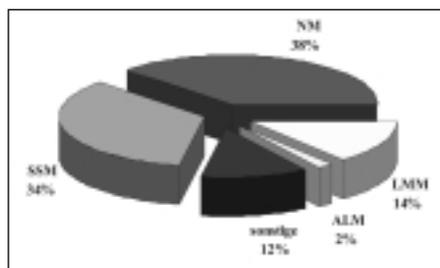


Abbildung 3: Histologische Klassifikation

ten Zeitraum signifikant zu ($p=0,009$). Patienten mit LMM (63,1 Jahre) und ALM (70,4 Jahre) waren im Durchschnitt deutlich älter als Patienten mit SSM (54,1 Jahre) und NM (58,9 Jahre).

Nach Altersgruppen getrennt erkrankten die meisten Patienten mit SSM und NM im Alter von 50 bis 59 Jahren, während das Erkrankungsmaximum der LMM bei den 60 bis 69-Jährigen und der ALM bei 70 bis 79-Jährigen lag.

Die Tumordicke nach Breslow, die einen wesentlichen prognostischen Faktor und Indikator der Früherkennung darstellt, lag im Untersuchungszeitraum bei durchschnittlich 2,25 mm, der Median bei 1,3 mm. Die mediane Tumordicke reduzierte sich von 1,5 mm im Jahr 1987 auf 1,0 mm im Jahr 1996. Bei einem Korrelationskoeffizienten von $r = -0,823$ lag eine hohe Korrelation zwischen medianer Tumordicke und Diagnosejahr vor. Der Korrelationskoeffizient war mit $p = 0,003$ statistisch signifikant. Die Daten der durchschnittlichen Tumordicke (Mean) korrelierten dagegen nur sehr gering mit der dargestellten Trendlinie (Abb. 4).

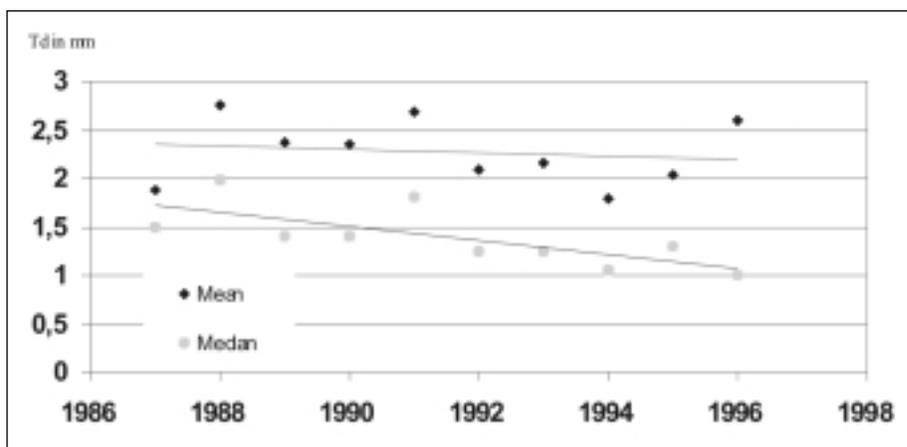


Abbildung 4: Tumordicke im Untersuchungszeitraum

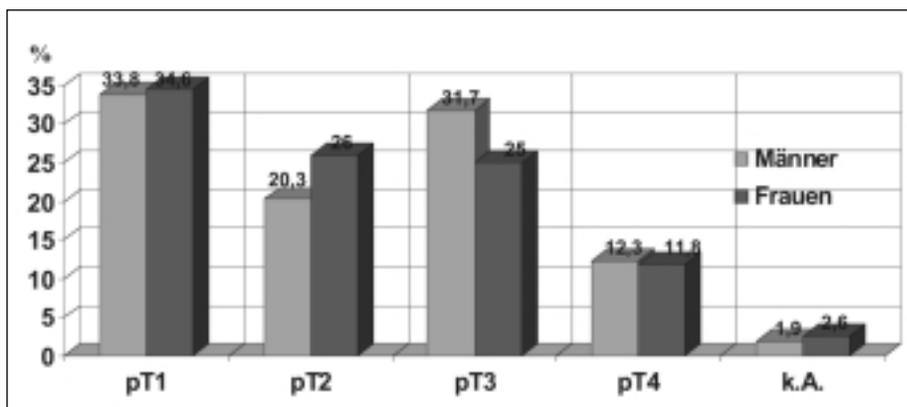


Abbildung 5: Breslow-Index nach Geschlecht

Bei Aufteilung der Tumordicken nach dem Breslow-Index (pT1-pT4) lag der größte Anteil in der Gruppe der pT1-Tumoren ($Td \leq 0,75$ mm) mit 34,3%, gefolgt von pT3-Tumoren ($Td 1,6-4,0$ mm) mit 27,9%, pT2-Tumoren ($0,76-1,5$ mm) mit 23,5% und pT4-Tumoren ($Td > 4,0$ mm) mit 12,0% (Abb. 5). Die gefundenen Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren statistisch nicht signifikant.

Einen weiteren wichtigen prognostischen Faktor stellt der Invasionslevel nach Clark dar. Die meisten Patienten kamen im Clark Level III (29,7%) und Clark Level IV (27,5%) zur Diagnose. Die prognostisch günstigeren Clark II-Melanome traten mit einer Häufigkeit von 17,4%, in-situ Melanome Clark I mit 10,0% auf. Bei 7% der Patienten hatte

der Tumor bereits das subkutane Fettgewebe infiltriert (Clark Level V) (Abb. 6). Bezüglich der Tumorausbreitung bei Diagnosestellung kamen 93,0% aller Patienten mit alleinigem Primärtumor zur Diagnose, 4,9% wiesen bereits regionäre Lymphknotenmetastasen und 1,5% Satelliten- oder in-transit-Metastasen auf. Auch hier fanden sich zwischen den Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede. Im Untersuchungszeitraum nahm der prozentuale Anteil von primär auswärts operierten Melanomen kontinuierlich zu. Entsprechend den Richtlinien der Arbeitsgruppe Malignes Melanom der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) nahm die Anzahl der Lymphknoten-dissektionen von 1987 (57,9%) bis 1996 (13%) deutlich ab.

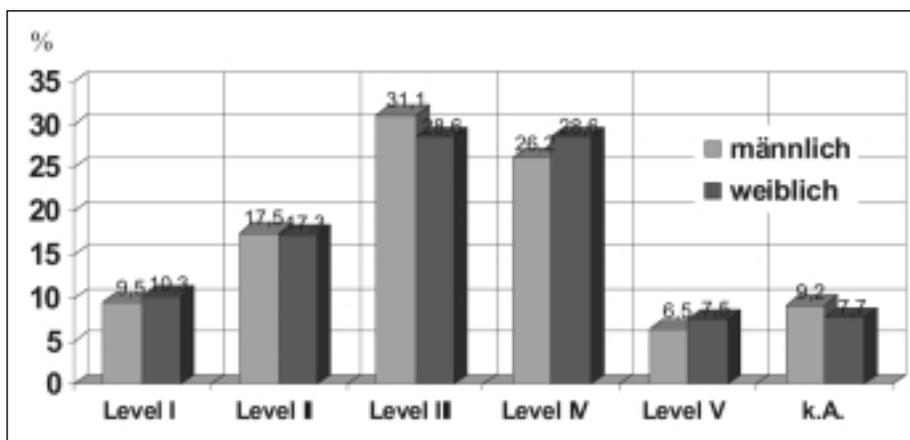


Abbildung 6: Invasionslevel nach Clark getrennt nach Geschlecht

Bei 14,6% der Patienten, die mit alleinigem Primärtumor diagnostiziert worden waren, kam es zu einer Tumorprogression. Dabei waren die häufigsten Erstmanifestationsorte die regionären Lymphknoten (38,6%), viszerale Metastasen (28,7%) und die präregionären Progressionen (25,7%). Besonders häufig war das Melanom am Rücken (28,1%) und an den Unterschenkeln (17%) lokalisiert. Dabei fand sich eine signifikante Geschlechtsabhängigkeit ($p < 0,001$) mit einem überwiegenden Auftreten von Melanomen bei Männern am Rücken und bei Frauen an den Unterschenkeln. Melanome des Kopf- und Halsbereiches traten bei unserem Patientengut ca. 10 Jahre später auf als an anderen Lokalisationen. Im Beobachtungszeitraum bis Januar 1999, unter Benutzung der Berechnungsmethode von Kaplan und Meier, waren 87% nach 5 Jahren und 84% nach 10 Jahren rezidivfrei, die 5-Jahres-Überlebenszeit für alle Patienten lag bei ca. 93%, die 10-Jahres-Überlebenszeit bei 89%. Da die meisten Rezidive in unserem Patientengut innerhalb der ersten fünf Jahre auftraten, scheint gerade in dieser Zeit eine engmaschige Tumornachsorge, wie sie auch an Universitäts-Hautklinik Leipzig durchgeführt wird, sinnvoll zu sein. Als wichtigster prognostischer Faktor mit hoher statistischer Signifikanz konnte in unserem Patientengut die Tumordicke nach Breslow ermittelt werden. Mit zunehmender Tumordicke erhöhten sich die

Rezidivraten ($p < 0,0001$) und verkürzten sich die Überlebenszeiten ($p < 0,0001$). Auch die Tumorausbreitung bei Diagnosestellung hatte signifikanten Einfluss auf die Überlebenszeit ($p < 0,0001$). Nach 5 Jahren waren noch über 94% der Patienten, die mit alleinigem Primärtumor zur Diagnose kamen, am Leben. Die 5-Jahres-Überlebenszeit der Patienten mit primären Satelliten- oder in-transit Metastasen lag bei 20%, d.h. 80% waren nach 5 Jahren am malignen Melanom verstorben. Damit sind sie als high-risk Tumoren einzustufen. Bei Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen konnten Überlebenszeiten von 70% nach 5 Jahren gefunden werden, somit hatten sie im Leipziger Patientengut gegenüber Patienten mit Satelliten- oder in-transit Metastasen eine deutlich bessere Prognose. Der Invasionslevel nach Clark erwies sich ebenfalls analog zur Tumordicke als signifikanter Prognosefaktor ($p < 0,0001$, $p = 0,0004$). Hochsignifikante Ergebnisse konnten auch bezüglich des Einflusses des Tumortypes auf die Rezidivfreiheit ($p = 0,0001$) und Überlebenszeit ($p = 0,0031$) gefunden werden. Die schlechteste Prognose hatten noduläre Melanome mit einer 5-Jahres-Überlebenszeit von 86%, im Vergleich die SSM von 97%. Der histologische Nachweis von Ulzationszeichen am Tumor erhöhte signifikant die Rezidivrate ($p = 0,0001$) und verkürzte die Überlebenszeit ($p = 0,0128$) der Patienten.

Die Lokalisation des Melanoms nahm keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Rezidivrate und Überlebenszeit, trotzdem waren Unterschiede erkennbar. Die schlechteste Prognose sowohl bezüglich der Rezidivfreiheit als auch der Überlebenszeit hatten am Rumpf lokalisierte Melanome, die beste Prognose Melanome an den oberen Extremitäten.

Schlussfolgerungen

Da sich die weltweite Zunahme der Inzidenzraten maligner Melanome auch im Patientengut der Universitäts-Hautklinik Leipzig findet und sich mit zunehmender Tumordicke die Prognose des Patienten deutlich verschlechtert, müssen frühzeitige Erkennung und Behandlung eines der Hauptziele der ärztlichen Tätigkeit sein. Dazu zählt auch die Behandlung von Vorläufern und Frühformen des Melanoms [Braun-Falco Landthaler Hölzel et al. 1986]. Aufklärung und Aufforderung zum Schutz der Haut vor UV-Schäden muss Verpflichtung für jeden verantwortungsbewussten Arzt sein. Es gilt, die Patienten zu sensibilisieren, bei suspekten Hautveränderungen frühzeitig den Arzt aufzusuchen [Petzoldt und Tilgen 1988, Wolff und Pehamberger 1985], da in frühen Stadien die Heilungschancen sehr hoch sind. Ebenso muss der Inhalt einer entsprechenden Gesundheitserziehung, der zurückhaltende Umgang mit Sonnenlicht sowie aktiver Lichtschutz durch Kleidung und Lichtschutzmittel sein [Wille Gefeller Köhnel 1998]. Gerade Eltern sind angehalten, bei ihren Kindern für einen vernünftigen Lichtschutz zu sorgen.

Erste Erfolge von Aufklärungskampagnen und Screeningprogrammen konnten sich in der Abnahme der medianen Tumordicke im Untersuchungszeitraum widerspiegeln.

Literatur beim Verfasser
 Korrespondenzanschrift:
 Dr. med. Daniel Mischke
 Vogtland-Klinikum Plauen GmbH
 Klinik für Hautkrankheiten und Allergologie
 Maximilian-Kolbe-Weg 1a
 08505 Plauen

Individuelles Patientenwohl und stabiles Gesundheitssystem – Widerspruch oder realistisches Ziel?

14. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch
November 2001

Am 23. und 24. November 2001 fand im Dr.-Mildred-Scheel-Haus das 14. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch statt, zu dem sich auf Einladung der Medizinischen Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus erneut neben Ärzten auch Vertreter anderer Wissenschaften wie Juristen, Psychologen und andere, Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Patienten und Angehörige sowie interessierte Laien zusammenfanden. Nach der Begrüßung durch *G. Ehninger* als Klinikdirektor sprach *Ministerialdirigent A. Einbock* vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie ein Grußwort, in dem er thematisch besonders auf die demographische Entwicklung im Freistaat Sachsen einging. Die niedrige Geburtenrate und der Wegzug jüngerer Bürger aus Gründen des Arbeitsmarktes, der Zerfall familiärer Bindungen usw. drohten die medizinische Versorgung der Kranken schon in naher Zukunft in einem Ausmaß zu beeinflussen, das heute noch erheblich unterschätzt werde. Deshalb bestünden derzeit auch keine kompetenten Konzepte für adäquate Anpassungen der Versorgungsstrukturen an die absehbar kommende Situation. Dies müsse daher als dringliche Aufgabe verstanden und Lösungsansätzen zugeführt werden.

R. Gronemeyer (Gießen) stellte in seinem Vortrag „Heilung und Gesellschaft – Krankheitsverständnis in der modernen Industriegesellschaft“ das derzeitige Gesundheitssystem und die Gesellschaft Deutschlands in den historischen und weltpolitischen Zusammenhang. An der Änderung wirtschaftlicher Erfolgsrezepte von Rockefeller am Anfang bis zu Bill Gates am Ende des vergangenen Jahrhunderts könne symbolhaft erkannt werden, dass traditionell als Tugenden verstandene Eigenschaften wie Zielstrebigkeit, Ausdauer, Treue oder Zuverlässigkeit von den Erfolgen einer Beliebigkeit und ausufernden Flexibilität verdrängt werden. Die resultierenden tiefgreifenden Veränderungen der Arbeitswelt seien mit erheblichen Auswirkungen auf Fragen von Gesund-

heit und Krankheit der Menschen verbunden. Besonders kritisch sah der Referent die zunehmende Marktorientierung im Gesundheitswesen, die eine Ablösung von moralischen und sozialen Grundwerten mit sich bringe. Eindrucksvoll stellte er dies anhand seiner Erlebnisse auf dem afrikanischen Kontinent dar, wo traditionelle Werte wie hohe moralische Kompetenz und soziale Bindung mit den Erfolgen naturwissenschaftlicher Medizin und wirtschaftlichen Abhängigkeiten aufeinanderprallen.

H. Günther leitete mit dem Vortrag „Konsequenzen des naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnisses für den klinisch-onkologischen Alltag“ auf die folgenden Vorträge über. Nachdem er zunächst auf die historische Entwicklung und das sich gewandelte Verständnis von Begriffen wie Befund, Krankheit, Heilung usw. einging, stellte er die Nutzen-Risiko-Relation von Therapien und ihre kritische Wertung als verantwortungsvolle ärztliche Aufgabe dar, die auch bei Alternativen im Arzt-Patient-Gespräch thematisiert werden müsse. Weithin unreflektiert bliebe hingegen die Aufwand-Nutzen-Relation, da aufgrund irrationaler Erwartungshaltungen von Patienten und der Öffentlichkeit oftmals selbst dann eine wesentlich kosten- und personalaufwendigere Therapie gewählt werde, wenn kein Zuwachs an patientenbezogenem Nutzen erwiesen oder absehbar ist. Dadurch bestehe die wachsende Gefahr, dass die für fraglich oder nicht vorteilhafte Therapien gebundenen Ressourcen nicht mehr für bewährte Grundlagen der individuellen patientenbezogenen Behandlung und nicht zur Erhaltung intakter psychosozialer Bedingungen zur Verfügung stehen.

Im gesellschaftlichen Umfang sei – anknüpfend an die Informationen im Grußwort – die Ressourcenverteilung zugunsten der nachwachsenden Generationen und zum Nachteil hocheffektiver, zuzuwendungsintensiver – aber eben betriebswirtschaftlich irrelevanter – Familienarbeit eine Bedrohung für das intakte Gesundheitssystem und damit auch für den kli-

nischen und ambulanten onkologischen Alltag. Es bedürfe dringend einer konsequenten Orientierung am zyklischen Lebenswissen, an den grundlegenden Gesetzmäßigkeiten des Lebens wie Tod und Geburt. Eine intakte Gesellschaft, eine intakte Kultur und Wirtschaft seien sonst langfristig nicht möglich.

M. Bornhäuser sprach am Beispiel der chronischen myeloischen Leukämie über die vielfältigen Therapiealternativen bei einem hämato-onkologischen Krankheitsbild. Anhand der Extreme eines schwerst komplizierten, schließlich letalen Behandlungsverlaufs einerseits und eines kurativ-komplikationslosen Verlaufes andererseits ging er anschaulich auf die Probleme ein, die sich – von der Aufklärung beginnend – aus der Ungewissheit des weiteren Verlaufes, aus therapieassoziiert Morbidität und Mortalität bei Stammzelltransplantationen für den Patienten, seine Angehörigen, den Arzt und das Pflegeteam ergeben. *S. Dornfeld* und *H. Alheit* referierten über „Risiken und Nutzen der Hochpräzisionsstrahlentherapie in Palliativsituationen“. Dies war ein weiteres Beispiel für die zunehmenden Therapiealternativen – hier von Metastasen – und für die Schwierigkeit, standardisierte Behandlungsempfehlungen zwischen operativer, chemotherapeutischer und strahlentherapeutischer Metastasenbehandlung zu geben. Nach dem Vortrag von *J. Papke* (Neustadt/Sa) „Zur Entwicklung der ambulanten onkologischen Versorgung in der kleinstädtisch-ländlichen Region“ sprach *M. Schulze* (Zittau) zum Thema „Moderne Entwicklungen in der Onkologie im Brennpunkt von Ressourcen und Fortschritt“ und stellte anhand von Beispielen die Kosten pro gewonnenes Lebensjahr als eine Möglichkeit dar, das wachsende Problem der Ressourcenallokation zumindest anhand eines standardisierten Parameters zu berücksichtigen.

F. Oehmichen hielt einen konstruktiv-kritischen Vortrag zum Thema „Bluttransfusion – ethische und rechtliche Situation bei religiös motivierter Ablehnung“.

Es schlossen sich die Vorträge von *U. Schuler* über die Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen aus klinisch-onkologischer, und von *D. Sternberg-Lieben* aus juristischer Sicht an. Beide Referenten machten sehr deutlich, dass der sinnvolle Umgang mit Patientenverfügungen bei onkologischen Patienten ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und – meist schwierige – Gespräche über prognostische Konsequenzen voraussetzt. Beide Referenten bekräftigten ihre Position, dass auch für eine Reanimation und lebensverlängernde Maßnahmen eine Indikation vorliegen müsse bzw. vorauszusetzen ist. Demzufolge bestehe bei Patienten mit weit fortgeschrittenem Tumorleiden und hochgradig reduziertem Allgemeinzustand keine generelle Reanimationspflicht. In einem Kontext, der das Sterben als Teil des Lebens begreift, kann ein Sterben auf einer Intensivstation unter maximalem Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen nicht den impliziten Standard definieren.

B. Schubert sprach eindrucksvoll zum Thema „Was Sterbende brauchen – Erfahrungen aus der Palliativbetreuung“. Den Tag beschloss *H. Rüdel* (Schleswig) mit dem Vortrag „Der Holm in Schleswig – Kulturgeschichte einer Fischer-siedlung im Umgang mit Sterben und Tod“. Er schilderte das bis heute lebendige Brauchtum der Beliebung so, dass die Symposiumsteilnehmer sich als Gäste einbezogen fühlten und die Stimmung ahnen konnten, die von dem strengen Ritual ausgeht und die den Bewohnern hilft, sich mit der unabänderlichen Tatsache von Sterben und Tod zu versöhnen.

Am zweiten Tag gab *I. Reinisch* (Altenberg) als Patientin den Teilnehmern einen Einblick in ihre psychische Befindlichkeit während der verschiedenen Behandlungsphasen einer akuten Leukämie bis zur schließlich stabilen Reintegration in Familie und Beruf. Besonders betonte sie dabei die Bedeutung einer konstanten ärztlichen Bezugsperson für den Patienten.

In dem anschließenden Vortrag von *V. Köllner* „Die Salutogenese des Arztes und des Pflorgeteams in der Onkologie“ wurden viele Möglichkeiten – insbesondere hinsichtlich des Arbeitsklimas im Team – genannt, um posttraumatische Reaktionen und Störungen bei Mitarbeitern in Gesundheitsberufen zu vermeiden. Leider zeigen Resultate von Untersuchungen, wonach zum Beispiel 41 % des Pflegepersonals auf Intensivstationen an solchen Störungen leiden, dass auch hier die reale Situation nicht befriedigen kann; denn durch ungünstige Arbeitsbedingungen werden das langfristige Engagement für die Patienten ebenso wie die Lebensperspektiven der oft jungen Mitarbeiter gleichermaßen erheblich beeinträchtigt. Es schloss sich ein Erfahrungsbericht von *K. Treutler* über Ergo- und Kunsttherapie auf der Transplantationsstation der Klinik an; der Vortrag zeigte aus praktischem Erleben, wie befundorientiert begrenzt das etablierte medizinische Paradigma ist und welche geradezu unerwartet positiven Orientierungen und Erlebnisse durch Umsetzung längst bekannter ganzheitlicher Therapieformen erzielbar sind. Weitere Vorträge hatten den Einfluss von Religiosität auf die Bewältigung von Tu-

morenkrankungen, die Schwerpunkte bei neuroonkologischer Rehabilitation, die Möglichkeiten von Home Care mittels parenteraler Ernährung und Schmerztherapie sowie einen Rückblick auf 10 Jahre Christlicher Hospizdienst Dresden e.V. zum Inhalt.

Am Nachmittag hatte das Krankenhaus St-Joseph-Stift wiederum eingeladen, auf der Palliativstation die Möglichkeiten von Symptomkontrolle und ganzheitlicher Begleitung in der letzten Lebensphase kennenzulernen.

Insgesamt zeigte das Symposium erneut das Interesse an solchen interdisziplinären Veranstaltungen; gleichzeitig war es ein wichtiges Resümee des Treffens, dass sich die Inhalte und Probleme auch der Onkologie in Zukunft stark durch veränderte gesellschaftliche – zum Beispiel demographische – Bedingungen verändern werden und die kommenden Aufgaben neben dem befundorientiert-naturwissenschaftlichen Herangehen einer verstärkten ethischen Orientierung, veränderter Versorgungsstrukturen und der Einbeziehung geisteswissenschaftlicher, insbesondere juristischer Dimensionen bedarf. Gedankt sei besonders den Referenten und der Unterstützung durch die pharmazeutische Industrie.

Das 15. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch ist für den 22. und 23. November 2002 vorgesehen.

Korrespondenzanschrift:
Dr. med. Heinrich Günther und
Prof. Dr. med. habil. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I des
Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Untersagungsverfügung zu chirurgischem Nahtmaterial bovinen Ursprungs

Ergänzend zu der im Ärzteblatt Sachsen 3/2001, Seite 87, veröffentlichten „Untersagungsverfügung zu chirurgischem Nahtmaterial bovinen Ursprungs (Catgut)“ teilt uns das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie mit, dass auch **Plugs**

aus Catgut zum Verschluss der ableitenden Tränenwege unter diese Untersagungsverfügung fallen.

Gleichzeitig macht das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie auf die **Abwehr von Risiken bei Medizinprodukten – Brust-**

implantate aufmerksam. Hier kann im Internet die Homepage der EU-Kommission unter http://europa.eu.int/comm/enterprise/medical_devices/index.htm eingesehen werden.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Leserbrief

Dr. med. Jürgen Wenske Görlitz, 13. Januar 2002
 Biesnitzer Straße 32, 02826 Görlitz
 Tel. & Fax 0 35 81/40 21 90

Ärzteblatt Sachsen
 Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit großem Interesse lese ich die Beiträge im Sächsischen Ärzteblatt über die Zusammenarbeit zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Ärztekammer Niederschlesiens (Dolni Slask). Es kennzeichnet, dass die Sächsische Landesärztekammer im Zeitalter der europäischen Vereinigung und im Vorfeld der Osterweiterung die Zeichen der Zeit erkannt hat. Immerhin befindet sich im Freistaat Sachsen jener Teil des Gebietes Niederschlesien, dass westlich der Neiße gelegen ist, festgeschrieben in Präambel und im Artikel 2, 4 der Sächsischen Verfassung. Es nimmt im Freistaat Sachsen das Gebiet von Wittichenau, Bernsdorf bis Bad Muskau und Görlitz ein. So kartographisch ausgewiesen durch das Bundesamt für Kartographie und Geodäsie und das Institut für Landeskunde. Diese Zusammenarbeit zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Ärztekammer Niederschlesiens unterstützt die Verständigung und Zusammenarbeit zwischen Niederschlesien beiderseits der Neiße. Dafür ist der Sächsischen Landesärztekammer zu danken. Interessant der Abdruck des hervorragenden Vortrages von Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2002. Man kann sich seitens der Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ noch weitere Beiträge über die Medizin- und Wissenschaftsgeschichte Schlesiens wünschen, die über viele Jahrzehnte bewusst tabuisiert wurde, begründet durch das Selbstverständnis jener Gesellschaftsformationen, die das politi-

sche, ideologische und gesellschaftliche Leben von 1945 bis 1990 in der DDR bestimmten. Für die Sächsischen Landesärztekammer bietet sich bei der Aufarbeitung Medizin- und Wissenschaftsgeschichte Schlesiens durchaus eine Zusammenarbeit mit dem Schlesischen Museum zu Görlitz an. Man denke nur an die Vielzahl der Nobelpreisträger Schlesiens, auf die die Vergabe des Nobelpreises für Medizin 1999 an Prof. **Günter Blobel** und seine Nobelpreisträger aufmerksam macht. Günter Blobel aus Waltersdorf, Kreis Sprottau/Schlesien, stammend reiht sich in die nunmehr insgesamt **14 Nobelpreisträger Schlesiens** ein. Sieben dieser Nobelpreisträger sind jüdischer Herkunft. Es kennzeichnet, welche große Bedeutung Juden für das Ansehen Schlesiens haben.

Den Nobelpreis für Medizin erhielten neben Günter Blobel, **Paul Ehrlich** (1908) für die Entwicklung der Grundlagen für die moderne Chemotherapie und **Konrad Bloch** (1964) für seine großen Verdienste in der Biochemie um die Erkenntnisse über den Cholesterin- und Fettstoffwechsel und die Bedeutung des Enzyms Coenzym A.

Zu den Nobelpreisträger für Physik aus Schlesien gehören: **Max Born**, der ihn 1954 für seine Grundlagenarbeiten zur Relativitätstheorie erhielt. Weiterhin **Otto Stern** (1943), der die Molekularstrahlmethode entwickelte und damit die Richtungsquantelung des Kernspins beim Silberatom ermöglichte. Zu nennen ist die Physikerin **Goepfert-Mayer** (1963). Sie entwickelte das Schalenmodell des Atomkerns und beteiligte sich dadurch maßgeblich an der Erklärung stabiler und abgeschlossener Schalen. **Georg Bednorz**

wurde mit diesem Nobelpreis 1987 für die Herstellung einer Substanz geehrt, die die Weiterleitung von Strom ohne Widerstandsverlust ermöglicht. **Hans Georg Dehmelt**, aus Görlitz stammend, erhielt den Nobelpreis für Physik 1989 für die Entwicklung der sogenannten „Ionenfalle“ als Grundlage für die Atomuhr. Diesen Nobelpreis erhielt Dehmelt gemeinsam mit dem sächsischen Nobelpreisträger **Wolfgang Paul**, der aus Lorenzkirch bei Riesa stammt.

Den Nobelpreis für Chemie erhielten folgende Wissenschaftler aus Schlesien: **Fritz Haber** (1918) für Entwicklung des Kunstdüngers, **Kurt Adler** (1950), der die Dien-synthese entwickelte, **Friedrich Bergius** (1931) für die Verflüssigung von Kohlenwasserstoff und die synthetische Gewinnung kristallinen Traubenzucker und des Benzin. **Walther Nernst** (1920), in Zibelle bei Bad Muskau wohnend, wurde der Nobelpreis für die Definition des 3. Wärmethorems zuteil. Hinzu kommt als Nobelpreisträger für Literatur **Gerhart Hauptmann**. Er erhielt den Nobelpreis 1912 für seine sozialkritischen Bühnenwerke insbesondere für sein Hauptwerk „Die Weber“. Hinzuweisen ist weiterhin auf **Reinhard Selten**, der den Nobelpreis für Ökonomie 1996 für die sogenannte „Spieltheorie“. Nicht wenige von diesen Nobelpreisträgern waren Studenten der Universität Breslau. Für den einen oder anderen Arzt im Freistaat Sachsen dürfte Schlesien, reich gesegnet mit Nobelpreisträgern, nicht nur mit seiner Medizin-, Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte ein interessantes Land sein.

Mit freundlichen Grüßen
 Jürgen Wenske

Professor Dr. med. Uwe-Frithjof Hausteин zum 65. Geburtstag

Geboren am 20. Februar 1937 in Dresden, studierte Uwe-Frithjof Hausteин in Leipzig und Dresden bis 1959 Medizin, um im gleichen Jahr zu promovieren. Nach der Assistentenzeit an der Dresdner Hautklinik holte ihn Professor Niels Sönnichsen 1967 als Oberarzt an die Jenenser Universitätshautklinik. In der dortigen innovativen Atmosphäre habilitierte sich Uwe-Frithjof Hausteин im „jugendlichen“ Alter von 32 Jahren mit dem Thema „Physiologie und Pathologie der lokalen Fibrinolyse in gesunder und kranker Haut“. Es war nur folgerichtig, dass er Sönnichsen an die Charité in Berlin folgte, ab 1970 als stellvertretender Klinikdirektor. Der Kreis schließt sich 1975 in Leipzig mit der Berufung zum Direktor der Universitätshautklinik. Ein Jahr später kam der Ruf als ordentlicher Professor auf den Lehrstuhl für Dermatologie und Venerologie.

Unter U.-F. Hausteин entwickelte sich die Leipziger Hautklinik – auch im Rahmen seiner parallelen wissenschaftlichen Tätigkeit in der Sächsischen Akademie der Wissenschaften, seit 1994 als deren Sekretär – zu einem Zentrum der Immundefizienz mit Akzentuierung auf Sklerodermie und Wundheilung. National und international ausstrahlend ist Professor Hausteин Autor und Koautor von kaum glaublichen 669 Publikationen. Dieser unermüdlichen Produktivität entsprechen fast 1000 Vorträge und Abstracts, nicht zu sprechen von Buchbeiträgen und fünf Monographien. Wer den Jubilar kennt, wundert sich nicht über dieses mehr als stattliche Œuvre. Die Fähigkeit, konzentriert und schnell zu arbeiten verblüfft immer wieder seine Mitarbeiter, die durch diese Vorbildwirkung zu Höchstleistungen motiviert werden, sichtbar an vier-



zehn (voraussichtlich 17) Habilitanden. Letztlich besteht eine Synthese aus analytisch-wissenschaftlicher Herangehensweise und nahezu enzyklopädischem Wissen in der Dermatologie – zum Nutzen unzähliger Patienten.

Der Mensch Uwe-Frithjof Hausteин ist nicht denkbar ohne seine Ehefrau – die extrem liebenswürdige Dr. med. Brunhilde Hausteин, kommissarische Leiterin der Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Leipzig. Trotz Emeritierung bleiben noch genug berufliche und private Betätigungsfelder, denen sich Uwe-Frithjof Hausteин in hoffentlich noch vielen Jahren bei bester Gesundheit, die ihm der Autor der Laudatio im Namen der Mitarbeiter von Herzen wünscht, widmen können.

Priv.-Doz. Dr. med. Pietro Nenoff, Leipzig

Unsere Jubilare im März

Wir gratulieren

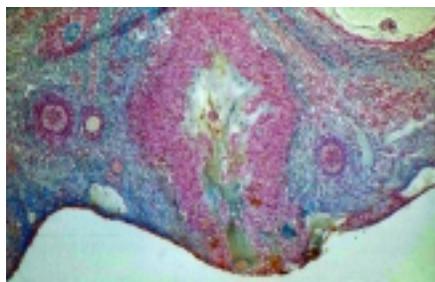
01. 03.	60 Jahre Dr. med. Beyer, Monika 01738 Klingenberg	20. 03.	Dr. med. Schulze, Hans-Joachim 02829 Ebersbach / OT Schöpstal	18. 03.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Altus, Ralf-Erhard 01689 Weinböhl
01. 03.	Dr. med. Döge, Dagmar 01279 Dresden	21. 03.	Dr. med. Strömer, Hermann 04808 Falkenhain	18. 03.	Dr. med. Reichel, Albrecht 02708 Löbau
01. 03.	Dr. med. Gruber, Dieter 08606 Oelsnitz	21. 03.	Dr. med. Tischer, Uwe 04103 Leipzig	20. 03.	Dr. med. Weller, Josef 04889 Langenreichenbach
02. 03.	Dr. med. Barthel, Eberhard 01827 Graupa	22. 03.	Borufka, Günter 04849 Bad Dübén	22. 03.	Dr. med. Hübner, Ingrid 08056 Zwickau
02. 03.	Dr. med. Bauer, Klaus 08451 Crimmitschau	22. 03.	Dr. med. Winkler, Eberhard 08280 Aue	24. 03.	Dr. med. Kindermann, Siegfried 01587 Riesa
02. 03.	Görler, Helga 08328 Stützengrün	23. 03.	Dr. med. Nicht, Veronika 02977 Hoyerswerda	25. 03.	Dr. med. Lehmann, Manfred 04356 Leipzig
02. 03.	Dr. med. Hertting, Frank 01825 Liebstadt	24. 03.	Tzscheutschler, Bärbel 09247 Röhrsdorf	28. 03.	Dr. med. Simon, Johanne 01445 Radebeul
02. 03.	Dr. med. Lehmann, Volkmar 01662 Meißen	25. 03.	Dr. med. Fleischer, Claudia 04316 Leipzig	29. 03.	Dr. med. Fritzsche, Hans 01259 Dresden
03. 03.	Prof. Dr. med. habil. Kästner, Ingrid 04103 Leipzig	26. 03.	Barzantny, Ursula 04886 Beirode	29. 03.	Dr. med. Siegmund, Gisela 01776 Kurort Bärenfels
03. 03.	Dr. med. Kipka, Anna 04668 Grimma/OT Dorna	26. 03.	Dr. med. Oelschlegel, Joachim 09395 Hormersdorf	03. 03.	70 Jahre Dr. med. Arbeiter, Michael 04736 Waldheim
04. 03.	Dr. med. Höhne, Ingrid 01217 Dresden	29. 03.	Dr. med. Schulze, Rosemarie 02829 Schöpstal	05. 03.	Dr. med. dent. Dr. med. Dyrna, Joachim 04316 Leipzig
06. 03.	Dr. med. Heidrich, Sigrid 04463 Großpösna	29. 03.	Dr. med. Zechel, Iris 01728 Rippien	10. 03.	Dr. med. Stölzer, Herbert 02827 Görlitz
06. 03.	Dr. med. Pastrnek, Dietmar 04509 Delitzsch	30. 03.	Dr. med. Mutschke, Ingeburg 04347 Leipzig	14. 03.	Wabra, Reiner 04207 Leipzig
06. 03.	Dr. med. Schramm, Dietmar 02977 Hoyerswerda	01. 03.	65 Jahre Dr. med. Dette, Joachim 04828 Altenbach	17. 03.	Dr. med. Bresan, Johann 01917 Kamenz
07. 03.	Dr. med. Fiedler, Helga 04347 Leipzig	01. 03.	Dr. med. Köcher, Karl 02730 Ebersbach	18. 03.	Dr. med. Brandt, Ursula 04435 Schkeuditz
07. 03.	Dr. med. Häusler, Ulrike 01705 Freital	01. 03.	Dr. med. Löffler, Ingeborg 02826 Görlitz	18. 03.	Dr. med. Creutziger, Wolfgang 08280 Aue
08. 03.	Dr. med. Teichgräber, Gudrun 01705 Freital	02. 03.	Dr. med. Hohmann, Otmar 04838 Eilenburg	19. 03.	Selle, Wolfgang 01468 Moritzburg
09. 03.	Kühn, Werner 04155 Leipzig	03. 03.	Dr. med. Scholz-Seifferdt, Hanna 02827 Görlitz	28. 03.	Dr. med. Vogel, Wolfgang 09456 Annaberg-Buchholz
09. 03.	Pyschik, Birgit 09117 Chemnitz	04. 03.	Eckhardt, Horst 02827 Görlitz	29. 03.	Dr. med. Heyder, Horst 01217 Dresden
10. 03.	Dipl.-Med. Neumann, Winfried 01219 Dresden	04. 03.	Dr. med. Krosse, Christine 04328 Leipzig	29. 03.	Dr. med. Schurig, Wolfram 01796 Pirna
11. 03.	Weller, Helga 01728 Bannewitz	05. 03.	Dr. med. Krätzschar, Siegfried 04838 Mockrehna	05. 03.	75 Jahre Prof. Dr. med. habil. Graupner, Klaus 01157 Dresden
13. 03.	Dr. med. Gürtler, Peter 04680 Colditz	06. 03.	Dr. med. Bonitz, Georg 01307 Dresden	10. 03.	Dr. med. Sander, Rolf 02689 Sohland
13. 03.	Dr. med. Neumann, Horst 01809 Heidenau	06. 03.	Dr. med. Stüber, Roland 08539 Leubnitz	13. 03.	Dr. med. Wildemann, Lucie 04158 Leipzig
14. 03.	Dr. med. Lindau, Heidi 08645 Bad Elster	07. 03.	Lunina, Nina 01877 Bischofswerda	18. 03.	Dr. med. Patzelt, Friedrich 04318 Leipzig
16. 03.	Dr. med. Mueller, Erik 01662 Meißen	08. 03.	Dr. med. Kazmirowski, Marianne 01445 Radebeul	18. 03.	Dr. med. Philippson, Ursula 04299 Leipzig
16. 03.	Dr. med. Sandner, Hans-Jochen 08144 Stenn	08. 03.	Dr. med. Lelke, Arno 01157 Dresden	25. 03.	Dr. med. Steglich, Barbara 02625 Bautzen
16. 03.	Dr. med. Thoß, Ursula 08523 Plauen	09. 03.	Dr. med. Kosel, Dietmar 01259 Dresden	29. 03.	Dr. med. Braun, Günter 08359 Breitenbrunn
17. 03.	Dr. med. Desselberger-Schulze, Ingrid 01796 Pirna	09. 03.	Dr. med. Petzel, Wanda 04178 Leipzig	03. 03.	80 Jahre Dr. med. Eichfeld, Werner 04420 Rehbach
17. 03.	Dr. med. Wachtarz, Bernhard 02894 Reichenbach	09. 03.	Dr. med. Splith, Gunter 04299 Leipzig	10. 03.	Prof. Dr. med. habil. Rösner, Klaus 08058 Zwickau
18. 03.	Augenstein, Dieter 04523 Pegau	11. 03.	Dr. med. Jählig, Eike 09212 Limbach-Oberfrohna	18. 03.	Dr. med. Kluppach, Harry 04229 Leipzig
19. 03.	Dr. med. Gornig, Elisabeth 04279 Leipzig	11. 03.	Dr. med. Kretzschmar, Eberhard 09236 Claußnitz	24. 03.	Dr. med. Stephan, Marianne 04703 Leisnig
19. 03.	Scheffel, Monika 02977 Hoyerswerda	13. 03.	Dr. med. Appenfelder, Renate 04779 Wernsdorf		
19. 03.	Dr. med. Schellenberger, Julia 04105 Leipzig	15. 03.	Dr. med. Dölling-Jochem, Irmela 01734 Rabenau/Karsdorf		
		15. 03.	Dr. med. Stahl, Christa 09130 Chemnitz		

- | | | |
|---|---|--|
| <p>02. 03. 81 Jahre
Prof. Dr. med. habil. Aresin, Lykke
04299 Leipzig</p> <p>06. 03. Dr. med. Janke, Günther
08062 Zwickau</p> <p>08. 03. Prof. Dr. med. habil. Bittersohl, Gerhard
08239 Oberlauterbach</p> <p>11. 03. Dr. med. Hansch, Ursula
04275 Leipzig</p> <p>11. 03. Dr. med. Nartschik, Clemens
04157 Leipzig</p> <p>18. 03. Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz
02742 Neusalza-Spremberg</p> <p>19. 03. Steinmann, Erna
04205 Leipzig</p> <p>20. 03. Prof. Dr. med. habil. Ries, Werner
04279 Leipzig</p> <p>82 Jahre</p> <p>15. 03. Dr. med. Heil, Gerhard
08056 Zwickau</p> | <p>31. 03. 83 Jahre
Dr. med. Will, Joachim
08606 Oelsnitz</p> <p>10. 03. 84 Jahre
Dr. med. Peißker, Elisabeth
04277 Leipzig</p> <p>15. 03. Prof. em. Dr. med. habil.
Holtorff, Joachim
01326 Dresden</p> <p>31. 03. Dr. sc. med. Cordes, Christoph
04651 Bad Lausick</p> <p>85 Jahre</p> <p>01. 03. Dr. med. Staufenbiel, Alfons
04357 Leipzig</p> <p>24. 03. Dr. med. Nenoff, Jontscho
04277 Leipzig</p> <p>86 Jahre</p> <p>16. 03. Dr. med. Knöfel, Reinhard
09627 Bobritzsch</p> <p>27. 03. Dr. med. Topalow, Stefan
04105 Leipzig</p> | <p>88 Jahre</p> <p>02. 03. Dr. med. Kummer, Johannes
01662 Meißen</p> <p>18. 03. Dr. med. Danner, Else
02827 Görlitz</p> <p>89 Jahre</p> <p>23. 03. Dr. med. Fischer, Erwin
08280 Aue</p> <p>90 Jahre</p> <p>23. 03. Dr. med. Ermisch, Ursula
04680 Colditz</p> <p>91 Jahre</p> <p>15. 03. Dr. med. Ranft, Wolfgang
08209 Auerbach</p> <p>92 Jahre</p> <p>20. 03. Dr. med. Geuder, Hans
01259 Dresden</p> <p>93 Jahre</p> <p>12. 03. Dr. med. Himmel, Josef
08233 Treuen</p> |
|---|---|--|

SEX – Vom Wissen und Wünschen

Ausstellung

Ein leidenschaftlich küssendes Paar des Künstlers Andy Warhol begrüßt den Besucher, der sich nach wenigen weiteren Schritten in einer Bibliothek wäht. Wissen um und über Liebe, Erotik, Partnerschaft und Sex ist hier zusammengetragen. Anatomische Wachsmodelle der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane einer Florenz'er Werkstatt aus dem 18. Jahrhundert stehen direkt neben Keuschheitsgürteln und Aufklärungsbüchern zum Thema „Sex“. Carl-Gustav Carus glaubte an der Physiognomie eines Menschen erkennen zu können, ob dieser ein Eroto- mane, Onanist oder Idiot war. Für Probleme der Jugend gab es im 20. Jh. Jutta Resch-Treuwerth in der „Jungen Welt“ und Dr. Sommer in der „Bravo“. Das gesammelte Wissen ist in einer sehr sachlichen und weniger sinnlichen Form präsentiert, wie die gesamte Ausstellung überhaupt.



Lichtmikroskopische Aufnahme eines Follikels im Eisprung

Foto: Katharina Spanel-Borowski

Zu sehen ist die Technik für eine In-Vitro-Fertilisation (IVF). Von der Gewinnung über Befruchtung und Kultivierung der befruchteten Eizelle kann der Betrachter den Weg verfolgen. Auf der rechten Wand sind 26 Fälle von Reproduktionsmedizin mit Tabellen Grafiken und Risikobeschreibungen dokumentiert, während zwei Künstler auf der linken Wand den Wandel der Begriffe Familie, Schwangerschaft und Umgang mit Sexualität in Paragraphen darstellen. Kinder ohne Sex scheint der Weg für die kommenden Jahrzehnte zu sein. Hoffnung verspricht den 30 000 Kinderlosen Paaren in Deutschland ein kleines Gerät aus den USA zur Automatisierung der IVF. Dieses liegt unschein-

bar inmitten einer Glasvitrine. Es soll die Erfolgsaussichten der Reproduktionstechnologie wesentlich verbessern. Bewusst oder unbewusst vermeidet die Ausstellung eine Darstellung und Diskussion ethischer Gesichtspunkte oder eine Auseinandersetzung mit Werten der Gesellschaft.

Kunst und Sex

Einen Kontrapunkt zum Labor setzen die Filme der Künstler Yoko Ono, Peter Land, Birgit Hein u.a. im dritten und letzten Raum. Sie zeigen in Teils sehr offenen und provokanten Filmen eine ganz eigene, intime Sichtweise von Körper und Sex. Ein Mann als Striptease-Tänzer, ein sich liebendes Paar. Von der Theorie zur Praxis, von der Geschichte zur Zukunft, von der Intimität in die Medienwelt führt der wissenschaftliche aber auch künstlerische Weg der Ausstellung. Trotz oder gerade wegen des gewählten Themas keine leichte Kost. Und das ist gut so, weil dadurch persönliche Erwartungshaltungen nicht bedient werden.

Die Ausstellung „SEX – Vom Wissen und Wünschen“ ist noch bis zum 11. August 2002, täglich von 10.00 bis 18.00 Uhr im Deutschen Hygienemuseum Dresden, zu sehen. kö

Carl Louis Riedel

(1847 bis 1919)

Der vogtländische Mundartdichter Carl Louis Riedel bekannte einst

„Bie iech aa mit Zwanzing
Erscht Vugtlänner wurn,
Doch bie ichs su gut, als
Wär iech do geburn.“

Er wurde am 29. April 1847 im erzgebirgischen Gelenau als Sohn eines Textilfabrikarbeiters geboren und lernte die Armut seiner Umgebung recht schnell am eigenen Leibe kennen. Mit vier Jahren konnte er klöppeln und ab seinem 10. Lebensjahr arbeitete er als Andreher in der Baumwollspinnerei Gelenau. Mit ihm besuchten viele Schulkinder des Ortes die sogenannte Fabriksschule, dass heißt nachmittags zwei Stunden Unterricht in der lärm-erfüllten Fabrik.

Sein Lehrer erkannte die Begabung und empfahl dem Vater, Louis noch ein Jahr in die Dorfschule zu schicken. Während dieser Zeit erteilte er ihm unentgeltlich Klavierunterricht, um ihm die Aufnahme ins Lehrerseminar Annaberg zu ermöglichen. Dieses absolvierte Riedel von 1861 bis 1865 und bereits als Seminarist entpuppte sich sein dichterisches Talent in Form von Gelegenheitsgedichten.

Nach einjähriger Tätigkeit in Gottesberg wurde Louis Riedel 1867 in Meßbach bei Plauen als Lehrer angestellt. Hier war er 40 Jahre lang als Erzieher tätig und verwurzelte fest mit diesem Boden. 1871 nahm er sich eine Meßbacher Bauers- tochter zur Frau und wurde eins mit den Sitten und Gebräuchen im Vogtland. Es heißt, dass er den Leuten aufs Maul schaute und wenn er im Wirtshaus Begebenheiten hörte, verschwand er kurz und machte sich im Dunklen Notizen. So wurde das Gehörte zum Fundus für sein literarisches Schaffen. Als Mitglied des Landwirtschaftlichen Vereins Elstertal hatte er stets die Tafellieder zu den Stiftungsfesten zu liefern und da geschah es, dass er ein solches Lied in Dialektform anbot und damit Erfolg hatte. Erfolg derart, dass künftig seine Lieder und Gedichte in der vogtländischen Mundart im Vogtländischen Anzeiger abgedruckt wurden.



Das Alltagsleben und das menschliche Miteinander aller Bevölkerungsschichten wurde mit Humor dargeboten. Weihnachten 1863 erschien der erste Band von Gedichten in vogtländischer Mundart mit dem Titel „Derham is derham“. Zu seinen Vorbildern zählte zum Beispiel Fritz Reuter. Insgesamt umfasst Riedels künstlerisches Schaffen 37 Werke. Naturverbundenheit und Heimatliebe sind feste Bestandteile seiner Arbeit. Er war es, der die vogtländische Mundart literaturfähig gemacht hat.

Anfangs gab es auch Empörung darüber, dass ein Lehrer dazu beitrug, die schöne deutsche Sprache zu „verhunzen“ und einige waren beleidigt, weil sie sich in den Geschichten selbst erkannten.

Dennoch, „In der Hutzenstum“, „Der Holzspitzbu“, „Af der Ufenbank“, „A Pfännel Eigenschnittene“, „Bambes und Pflaumebrüh“ ... wurden im Dorf und in der Stadt gelesen und mit Zustimmung aufgenommen.

Louis Riedel stand mit beiden Beinen im gesellschaftlichen Leben. Er huldigte dem sächsischen König und dem Hause Wettin aus gegebenem Anlass und er verfasste 1911 ein Büchlein im Auftrage der Schulverwaltung der Stadt Plauen mit dem Titel „Der Wald und seine Bedeutung“, welches den Konfirmanden der Stadt bei der Schulentlassung ausgereicht wurde und unter anderem zum Schutze des deutschen Waldes aufrief. Auch für lokale Ereignisse griff der Meister zur Feder. Als der Leiter des Plauener Stadtkranken-

hauses Reichenbacher Straße (Inbetriebnahme Dezember 1889), Dr. Wernicke, Silberhochzeit feierte, fertigte Louis Riedel einen speziellen Gruß, ein Gedicht mit 15 Versen. Hier eine „Kostprobe“.

„... Wos ist denn dös fer stolz Gebei,
Af Reise zu, benah noch nei?
Ach, s neie Krankenhaus; jo, jo,
Dös hot gebaut der Doktor do.

Dös hot ne Arwet viel gemacht
Und neembei oft Verdruß gebracht;
Doch wie ersch ner ersch fertigt hot,
Fraat siech mit ihm de ganze Stoodt.

A Wuhlthot is's fer Gruß und Klaa
Und net fer Plaue ner allaa,
A Vurbild is's fer gräß're Steedt,
's wär manche glücklich, wenn se's heet.

Und Alle, den' er g'stanne bei,
Vun ganzen Herzen dankbar sei,
Und wünschen Glück zen heit'gen Tog,
Aß Gott ihn af ne Händen trog.

Und wos su Vieln, er Guts getha,
Derkennt ganz Plaue fraadig ah,
Der König hot ihn huhchgeehrt,
Ne „Saneteetsroth“ ihn bescheert ...“

Das pädagogische und literarische Schaffen von Carl Louis Riedel wurde mit den Titeln „Oberlehrer“ und „Hofrat“ gewürdigt.

Sein Grab, Riedel starb am 21. März 1919 in Plauen, markiert ein Findling aus dem Vogtland, der mit einem Kopfre- lief des Dichters versehen ist.

Die vogtländische Mundart ist noch nicht ausgestorben und auch Louis Riedel ist nicht vergessen. Anlässlich seines 150. Geburtstages ehrte die Stadt Plauen ihren Heimatdichter am 29. April 1997 mit einer Kranzniederlegung auf dem Friedhof II in Plauen.

Vor 1990 waren und nach 1990 sind ausgewählte Werke von Carl Louis Riedel als Druckerzeugnis zu haben; Ausdruck für die Pflege unseres regionalen Kulturerbes.

Dr. med. Heinz Zehmisch
Facharzt HNO/Phoniatrie und Pädaudiologie
Mitglied im Verein für vogtländische Geschichte,
Volks- und Landeskunde e.V.