

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 3/2003

Berufspolitik	Außerordentlicher Deutscher Ärztetag	80
	Auch Sachsen nimmt Einladung nach Berlin an	84
	Bereitschaftszeit ist (noch) keine Arbeitszeit	84
	Ihre Meinung zum Ärztemangel	85
	Ethik in der Medizin	88
	Auswertung der Spendenaktion	
	„Ärzte in Not“	92
	Dankschreiben für Hochwasserspenden	93
Gesundheitspolitik	Anforderungen an die Hygiene der Abfallentsorgung im Gesundheitswesen	94
	Jahresbericht des Gemeinsamen Krebsregisters	96
Kultur und Kunst	Ausstellung: Karola und Wolfgang Smy	96
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Einladung zum 2. Deutsch-polnischen Symposium	97
	Konzerte und Ausstellungen	97
	Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf	
	„Arzthelferin/Arzthelfer“	98
	10. Dresdner Ärzteball	98
	Impressum	98
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	99
Originalie	D. Schyra, G. Ehninger, M. Breidert Diagnostik und Therapie neuroendokriner Tumoren	100
Reisebericht	Hilfe für das Waisenhaus-Internat in Wladimir-Wolinski/Ukraine	104
Buchbesprechung	Praktische Orthopädie	104
Personalien	Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Reuter zum 65. Geburtstag	105
	Unsere Jubilare im April	105
	Erinnerung an Ernst Heller zum 125. Geburtstag	107
Beilagen	Mittelhefter Wahlveröffentlichung Fortbildung in Sachsen – Mai 2003	

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.

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag

Berlin
18. 2. 2003

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte für den 18. Februar 2003 einen außerordentlichen Ärztetag einberufen, weil die anstehende Neuausrichtung des Sozialstaates die größte innenpolitische Herausforderung seit der Deutschen Einheit bedeutet. Es ist die Verantwortung aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, ein deutliches Signal gegen die gesundheitspolitischen Pläne der rot-grünen Bundesregierung zu setzen. Mit dem jüngsten Spardiktat hat die Bundesregierung den Ärzten nicht nur eine Nullrunde auferlegt, sondern in Wirklichkeit eine Minusrunde. Eine weitere Destabilisierung des Gesundheitswesens, Demotivation und die Deprofessionalisierung der Beschäftigten im Gesundheitswesen sind die Folgen dieser Politik. Die bislang vorliegenden Pläne der Bundesregierung, sollten sie im Frühjahr 2003 verwirklicht werden, gefährden unser freiheitliches und selbstverwaltetes Gesundheitswesen substanziell und ebnen den Weg in den Krankenkasenstaat. Die geplante Gesundheitsreform konzentriert sich ausnahmslos auf die Ausgabenseite. Wirkliche Reformen auf der Einnahmenseite, die der demographischen Entwicklung, den Fortschritten der Medizin und der höheren gesellschaftlichen Wertschätzung von Gesundheit Rechnung tragen, werden durch die rot-grüne Regierung nicht angegangen. Nur wenn es jetzt gelingt, die richtigen Entscheidungen in allen elementaren Fragen der Gesundheitsversorgung und der sozialen Gerechtigkeit zu treffen, kann der soziale Frieden in Deutschland auf Dauer gesichert werden.

Die 250 Delegierten aus allen 17 Landesärztekammern bekundeten eindeutig und geschlossen, dass die Ärzteschaft bereit ist, gemeinsam mit der Politik eine moderne Krankenversorgung in Deutschland weiter zu entwickeln. Die parlamentarische Vertretung der gesamten deutschen Ärzteschaft setzt sich für eine Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ein, die auch in Zukunft eine individuelle Gesundheitsversorgung für alle ermöglicht. Die Ärzteschaft ist zu konstruktiver Mitarbeit umfassend vorbereitet. Wir Ärzte wollen uns aktiv am Reformprozess beteiligen. Es muss wieder um Patientenbehandlung und nicht um Krankheitsverwaltung gehen. Die Ärzte brauchen endlich vernünftige Arbeitsbedingungen, unter denen eine qualitativ hoch stehende Medizin möglich ist. Deutschland benötigt eine Gesundheitsreform, die den Weg in eine neue, sozial verantwortete Krankenversicherung weist. Der Bundesärztekammerpräsident, Professor



Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer

Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, betonte in seiner Rede vor den Delegierten und Gästen des 4. Außerordentlichen Deutschen Ärztetages seit 1946: „Wir brauchen eine neue Definition von Solidarität und wir brauchen Strukturen, die Generationengerechtigkeit herstellen. Wir können bei derart begrenzten Ressourcen nicht länger für die unbegrenzten Leistungsversprechen der Politiker eintreten“. Eine zutreffende und umfassende **Resolution** mit den Forderungen und Vorschlägen der deutschen Ärzteschaft für die Gesundheitsreform 2003 wurde **von dem Ärzteparlament** zum außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 18. Februar 2003 **verabschiedet**. Eine der Kernaussage dieser überzeugenden Resolution ist:

Eine neue soziale Krankenversicherung, die auch in Zukunft gute Medizin für alle verspre-



Franz Müntefering,
Fraktionsvorsitzender der SPD



CDU-Fraktionsvorsitzende Dr. Angela Merkel mit
Gesundheitsexperte Horst Seehofer (CDU) und
der Fraktionsvorsitzende, Dr. Wolfgang Gerhardt
(FDP)

chen kann, wird nur dann entstehen, wenn wir ehrlich miteinander umgehen und uns tatsächlich um Generationengerechtigkeit bemühen! Die Delegierten haben sich die Konzepte der Parteien zur geplanten Gesundheitsreform referieren lassen. Dazu hatten als Gastredner die Bundestags-Fraktionsvorsitzenden Franz Müntefering (SPD), Dr. Angela Merkel (CDU/CSU), Krista Sager (Bündnis 90/Die Grünen) und Dr. Wolfgang Gerhardt (FDP) teilgenommen. Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sagte hingegen eine Teilnahme ab, weil sie bei den Ärzten keine Bereitschaft zur Aussprache über ihr Reformkonzept sah.

Mehrfach betonte der Fraktionsvorsitzende, Franz Müntefering, die Dialogbereitschaft der politischen Entscheidungsträger. Noch im März soll ein erstes Treffen mit der SPD-Bundestagfraktion stattfinden. Die Ärzteschaft sei für das Gesundheitswesen „ganz wichtig – aber es gibt auch noch andere Dinge“. Die Einsicht von Herrn Müntefering lautete: „Gesundheit ist ein kompliziertes Produkt. Darum müssen wir besonders sensibel damit umgehen“.

Frau Dr. Angela Merkel rief die Ärzte in ihrer Ansprache zum geschlossenen Protest gegen die rot-grüne Gesundheitspolitik auf. Die deutsche Ärzteschaft dürfe sich „nicht auseinander dividieren“ lassen und müsse sich sputen, ihre eigenen Vorstellungen durchzusetzen. Außerdem sollten die Mediziner eine gerechte Bezahlung für ihre Leistungen einfordern.

klug

Resolution:**Für eine neue soziale Krankenversicherung – Individuelle Gesundheitsversorgung für alle**

Patient und Arzt brauchen Vertrauen und stabile Rahmenbedingungen für eine gute Medizin. Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle Behandlung entsprechend dem medizinischen Fortschritt. Für eine solche Krankenversicherung zahlen die Versicherten bisher ihre Beiträge.

Allerdings braucht der Arzt auch die notwendige Zeit, um auf den einzelnen Patienten eingehen zu können. Schematisierung und Standardisierung der Medizin führen mehr und mehr in die Entfremdung der Patienten-Arzt-Beziehung. Staatlich vorgegebener Dokumentationswahn bindet Zeit, die für die Patientenbehandlung verloren geht.

Entmündigung des Patienten und Bevormundung des Arztes, das sind die offensichtlichen Konsequenzen der Gesundheitspolitik dieser Regierung. Die bisherigen Leistungen werden schlecht geredet, um eine staatlich verordnete Wartelisten-Medizin aufzubauen. Denn was jetzt als Effizienzsteigerung versprochen wird, ist in Wahrheit der direkte Weg in die Zuteilungsmedizin. Der Patient hat dann keine Aussicht mehr auf eine individuelle Behandlung. Die Ärzte werden nicht mehr das tun können, was nach dem medizinischen Fortschritt geboten ist. Der kranke Mensch wird so zur Norm- und Kostengröße, der Arzt zum Erfüllungsgehilfen der Krankenkassen. Gesundheitspolitik heute plant unverkennbar den Wechsel von der Patientenversorgung in die Krankheitsverwaltung.

Notwendig sind vernünftige Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis, unter denen gute Medizin wieder möglich wird. Erforderlich sind außerdem Konzepte gegen den zunehmenden Ärztemangel.

Notwendigkeiten für eine gute Medizin

Die Entwicklung hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens, die enormen Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts und die gestiegene Bedeutung der Gesundheit im Leben des einzelnen Menschen bedeuten eine gewaltige Herausforderung für die Finanzierung unseres Gesundheitswesens. Eine Neugestaltung der sozialen Krankenversicherung ist unausweichlich, soll auch in Zukunft noch

eine Gesundheitsversorgung für alle möglich sein. Die jetzt geplante Weichenstellung ist deshalb der wichtigste Einschnitt im Gesundheitswesen seit der Deutschen Einheit.

Eine Neugestaltung der sozialen Krankenversicherung muss gewährleisten,

- dass Patientinnen und Patienten die Gesundheitsversorgung bekommen, die sie individuell benötigen,
- dass Patientinnen und Patienten selbst entscheiden können, wem sie vertrauen und welche Behandlung sie akzeptieren, Patienten wollen in eigener Souveränität und mit dem Arzt als Partner die Behandlung selbst steuern,

- dass die Mittel für die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gerecht zur Verfügung gestellt werden.

Die Ärzteschaft fordert deshalb die Politik auf, dem Arztberuf die Freiheit zu sichern, damit

- sich die Behandlung des Patienten nach medizinischen Notwendigkeiten richten kann und nicht nach ökonomischen Vorgaben
- die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen gefördert wird und nicht der Konflikt um finanzielle Ressourcen
- der Arzt nach höchstmöglicher Qualität der Patientenversorgung streben kann, statt an das Mittelmaß einer staatlich verordneten Programm-Medizin gebunden zu sein.



Die sächsischen Delegierten

Eckpunkte des BMGS oder: Rezepte von gestern für die Probleme von morgen

Der Ausblick der Bundesregierung ist ein Blick in den Rückspiegel. Mit Rezepten von gestern sollen die vor uns liegenden Probleme der modernen Medizin und der Gesundheitsversorgung von morgen gelöst werden. Eine rigide Kontrolle der Leistungserbringer, staatlicher Dirigismus und Zuteilung von medizinischen Leistungen lassen nicht erkennen, dass die Regierung die Probleme des Gesundheitswesens bisher wirklich verstanden hat.

Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Wenn die Regierung mit dem deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin eine Art „Stiftung Warentest im Gesundheitswesen“ eröffnen will, dann zeigt das einmal mehr, dass diese Regierung das Gesundheitswesen zu einem Marktsegment degradieren will, indem es lediglich um Waren und Dienstleistungen geht, nicht aber um Menschen und deren Bedürfnisse. Die Qualität in der Medizin reduziert sich für die Regierung auf Kontrolle und staatlichen Dirigismus, der die Bedürfnisse des kranken Menschen in den Hintergrund drängt. Die Schematisierung von Diagnose und Therapie durch ein nichtärztliches, durch die Regierung installiertes Gre-

mium ist keine Garantie für Qualität, sondern eine Rechtfertigung der Rationierung und der Zuteilungsmedizin.

Behandlungs-TÜV

Der Medizin liegt kein mechanistisches Weltbild zugrunde, und sie ist auch nicht nur Naturwissenschaft. Medizin ist vor allem auch Erfahrungswissenschaft, der ärztliche Beruf den Grundsätzen einer humanen Patientenversorgung verpflichtet. Deshalb auch bedarf ärztliche Fortbildung der Vielfalt, deshalb auch ist Fortbildung Berufspflicht. Sinnvoll ist die Weiterentwicklung des von den Ärztekammern geschaffenen praxisbezogenen Fortbildungszertifikats und der Maßnahmen des Continuous Professional Development (CPD), d.h. der kontinuierlichen Kompetenzentwicklung unter Einschluss der entsprechenden Dokumentation. Zwangsmaßnahmen und staatliche Kontrollen hingegen, mit denen überwacht werden soll, ob Seminare und Kurse besucht worden sind, suggerieren nur eine trügerische Sicherheit für den Patienten. In der internationalen Literatur gibt es nicht den geringsten Beleg dafür, dass eine Rezertifizierung – und um die handelt es sich hier – eine positive Wirkung auf die Behandlung der Patienten hat. Anstatt die Bemühungen um Qualität zu fördern, wird hier im Gegenteil ein System von Repressionen aufgebaut werden.

Zerschlagung der fachärztlichen Struktur

Die Reformvorschläge der Regierung zielen darauf ab, die fachärztliche Versorgung radikal auszudünnen. Nach den Plänen der Regierung sollen sich die Patienten in Zukunft im Krankenhaus anstellen, um eine fachärztliche Behandlung zu erlangen. Wenn allerdings die Zahl der niedergelassenen Ärzte reduziert wird, ist eine wohnortnahe, fachärztliche Behandlung auf hohem Niveau nicht mehr möglich. Wie in dem staatlichen Gesundheitswesen werden die Patienten dann längere Wege und lange Wartezeiten für die fachärztliche Behandlung in Kauf nehmen müssen. Kurzfristig mag damit Geld gespart werden können, langfristig aber wird der Schaden für die Gesundheit der Menschen dramatisch sein, und bezahlen werden in erster Linie kranke Menschen. Auch dieser Vorschlag ist ein weiterer Schritt in die Rationierung und die Zuteilungsmedizin.

Reformvorschläge der Ärzteschaft

Der Patient hat Anspruch auf eine Krankenversicherung, die diesen Namen auch verdient. Aber allein in den letzten acht Jahren sind der Patientenversorgung 30 Milliarden Euro zur Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige entzogen worden. Es gäbe kein milliardenschweres Defizit, wenn die Versichertengelder nur für die Patientenversorgung verwendet würden.

Neben einer sauberen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch eine Weiterentwicklung der Strukturen notwendig. Die Ärzteschaft ist zu konstruktiver Mitarbeit bereit:

Hausärztliche Versorgung ausbauen. Die Gesellschaft eines langen Lebens – im Jahre 2030 ist mehr als ein Drittel der Bevölkerung älter als 60 Jahre –, die Entwicklung hin zu einer Single-Gesellschaft, vor allem aber die zunehmende Differenzierung in der Medizin sprechen für eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch eine qualifizierte hausärztliche Versorgung. Die modellhafte Erprobung freiwilliger Hausarzttarife erscheint gerade vor diesem Hintergrund sinnvoll.

Fachärztliche Versorgung stärken. Die ambulante fachärztliche Versorgung ist eine der bedeutendsten Strukturelemente der GKV. Sie garantiert eine wohnortnahe, den Patientenerfordernissen entsprechende Versorgung.

Tendenzen, die eine generelle Ausdünnung der fachärztlichen ambulanten Versorgung favorisieren, ist entgegenzutreten.

Durchgängige medizinische Betreuung. Die bisherigen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und die getrennten Budgets müssen zugunsten einer durchgängigen Betreuung des Patienten überwunden werden. Die Leistung sollte dort erbracht werden, wo sie patientengerecht und effizient durchgeführt werden kann. Krankenhausärzte sollten, über das heutige Maß hinaus, personenbezogen in hoch spezialisierte ambulante Versorgung einbezogen werden; Vertragsärzte sollen verstärkt auch am Krankenhaus tätig werden können.

Wirtschaftliche Stabilität der Krankenkassen gewährleisten. Durch Verschiebebahnhöfe und versicherungsfremde Leistungen werden der GKV seit Jahren Milliardensummen (6 Milliarden Euro pro Jahr) entzogen. Zudem ist die Finanzierungsbasis darüber hinaus durch ihre alleinige Ankoppelung an die Löhne und Gehälter konjunkturellen Schwankungen und Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt schutzlos ausgesetzt. Diese Konstruktion der Einnahmeseite ist insbesondere im Hinblick auf die demographischen Veränderungen weder verteilungsgerecht noch zukunfts-fest.

Mehr Transparenz schaffen. Jeder Patient sollte das Recht haben, sich über Art, Menge, Umfang und auch Kosten der für ihn erbrachten Leistungen informieren zu können. Transparenz bedeutet aber auch, dass Patienten in der Krankenversicherung die Möglichkeit erhalten, an den Entscheidungsprozessen mitzuwirken.

Prävention stärkt Lebensqualität. Steigende Lebenserwartungen bei schwindenden Finanzressourcen machen Prävention und Eigenvorsorge zunehmend wichtiger. Dabei sollten die Menschen verstehen lernen, dass sich gesundheitsbewusstes Verhalten für sie persönlich lohnt wie auch für die Versichertengemeinschaft insgesamt. Die Ärzteschaft unter-

stützt deshalb nachhaltig nationale Präventionskampagnen wie auch das vom Bundesgesundheitsministerium geplante und ausreichend zu finanzierende „Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“.

Ja zu einer Positivliste. Angesichts der Vielzahl der Arzneimittel und die Vielfalt der Informationen zur Arzneimittel-Therapie kann eine Positivliste ein wirkungsvolles Instrument zur rationellen Arzneitherapie sein. Voraussetzung allerdings ist, dass eine solche Liste verordnungsfähiger Arzneimittel am jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft ausgerichtet ist und keine medizinisch fragwürdigen Arzneien enthält. Das Buch „Arzneiverordnungen“ der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist bereits eine tragfähige Grundlage für die Erstellung einer Positivliste.

Nationales Leitlinien-Programm. Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ärztlicher Arbeit gehören zum Selbstverständnis des Arztberufes und zu den originären Aufgaben ärztlicher Selbstverwaltung. Die Ärzteschaft selbst hat deshalb medizinisch-wissenschaftliche Leitlinien als Entscheidungshilfe für eine wirksame Behandlung entwickelt. Die individuelle Entscheidung im konkreten Behandlungsfall aber ist und bleibt ärztliche Kunst. Eine staatlich eingesetzte Zentralbehörde für Qualität aber, wie derzeit geplant, kann hingegen nur zu Normenmedizin und Schematisierung der Patientenbehandlung führen. Sinnvoll sind also nationale Leitlinien, die als Entscheidungshilfen dienen, den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechen und zugleich ständig den rasant wachsenden Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts angepasst werden. Das Nationale Leitlinien-Programm unter der Schirmherrschaft der Bundesärztekammer und mit Beteiligung von Patientenvertretern ist die konsequente Weiterentwicklung einer solchen Leitlinienarbeit.

Patientenrechte verteidigen. Das wichtigste Patientenrecht ist der einklagbare Anspruch auf eine qualitativ hoch stehende, dem wis-

senschaftlichen Stand der Erkenntnisse entsprechende medizinische Versorgung. Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Das setzt die Therapiefreiheit des Arztes ebenso voraus wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel. Der Patient hat auch Anspruch auf die freie Arztwahl. Patientenrechte und Patientenautonomie bleiben hohle Phrasen, wenn dieses Recht auf freie Wahl und damit auf die individuelle Vertrauensbeziehung zum Patienten aufgehoben wird.

Menschliche Arbeitsbedingungen schaffen. Überbürokratisierung abbauen. Arbeitsüberlastung von Ärzten und Pflegekräften mit Millionen unbezahlter Überstunden gefährden die Sicherheit der Patientenversorgung. Eine unsinnige Bürokratisierung wirkt demotivierend und entzieht der Patientenversorgung zusätzlich notwendige Zeit.

Versorgungsforschung fördern. Das deutsche Gesundheitswesen wird zurzeit mit den Negativattributen Über-, Unter- und Fehlversorgung schlecht geredet. Die Begründungen dafür bleiben vage und halten einer wissenschaftlichen Prüfung nicht stand. Zwingend geboten ist eine solide Beschreibung der Versorgungssituation im deutschen Gesundheitswesen, die auch den internationalen Vergleich mit einschließt. Die Ärzteschaft ist bereit, sich am Aufbau einer Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen.

Die Ärzteschaft steht für eine soziale Krankenversicherung. Doch dazu ist eine Neudefinition von Subsidiarität und Solidarität und Eigenverantwortung notwendig. Die vor uns liegenden Probleme lassen sich durch Engagement der Gesundheitsberufe allein nicht mehr kompensieren.

Eine neue soziale Krankenversicherung, die auch in Zukunft gute Medizin für alle versprechen kann, wird nur dann entstehen, wenn wir ehrlich miteinander umgehen und uns tatsächlich um Generationengerechtigkeit bemühen!

Auch Sachsen nimmt Einladung nach Berlin an



Apothekerpräsident Hans Knoll; Lieselotte Hundt vom Sächsischen Pflegerat, der Sprecher des Bündnisses, Prof. Dr. Jan Schulze und Dr. Diethard Sturm von den Hausärzten (v. l.)

Einen Tag nach dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag in Berlin hat das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 auf einer Pressekonferenz in Dresden seine Bereitschaft deutlich gemacht, die vielfachen Gesprächsangebote der Bundestagsparteien ernst zu nehmen und den Kontakt zu suchen. „Wir denken, dass die politische Eiszeit zwischen Regierung und Ärzten nun endlich ein Ende hat“, so der Sprecher des Bündnisses, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Die bestehenden guten Kontakte zu Herrn Horst Seehofer (CDU/CSU) wären auch zur SPD denkbar. Prof. Schulze: „Damit würde den Ärzten die Möglichkeit eröffnet, ihr medizinisches Fachwissen in politische Entscheidungen stärker als bisher einzubringen. Vorschläge für eine Gesundheitsreform gab es von uns schon seit Jahren. Anders als die Regierung sehen wir die Hauptprobleme auf der Einnahmenseite und nicht

auf der Ausgabenseite des Gesundheitswesens. Die wachsende Arbeitslosigkeit und die schlechte wirtschaftliche Lage haben zum Finanzdesaster der Gesetzlichen Krankenversicherung beigetragen und nicht das Verordnungsverhalten der Ärzte“. Bestätigt wird dieser Standpunkt von einer unabhängigen Untersuchung eines renommierten Wirtschaftsforschungsinstitutes. Dieses hat ebenfalls festgestellt, dass vor allem die fehlenden Einnahmen im Gesundheitswesen zur einer Reform zwingen. Die bisherigen gesundheitspolitischen Vorstellungen der SPD würden in Sachsen zudem den Arztberuf weiter unattraktiv machen, weil das wirtschaftliche Risiko für eine Niederlassung zu groß ist. Auch eine verstärkte Abwanderung von jungen Ärzten wäre die Folge. Politische Diffamierungen des Berufsstandes haben dazu schon einige Vorarbeit geleistet. „Es ist jetzt an der Zeit, dass die

Bundesregierung den Patienten und den Arzt wieder in den Mittelpunkt der politischen Betrachtungen stellt und nicht nur ökonomisches Kalkül durch externe Berater den Reformprozess bestimmt. Gleichzeitig lehnen wir das geplante Zentrum für Qualität in der Medizin kategorisch ab. Es ist unsinnig und erzeugt zusätzlichen bürokratischen Aufwand in der Arztpraxis. Wir Ärzte haben schon seit Jahrzehnten eigene Einrichtungen für die Qualitätssicherung“. Die Bezeichnung ÄrzTÜV oder Stiftung-Warentest stößt zusätzlich auf Befremden. Damit macht die Bundesgesundheitsministerin ihre Unkenntnis über den Arztberuf besonders deutlich. Ein Patient ist keine Waschmaschine und kann nicht nach Normen behandelt werden.

In der Pressekonferenz haben auch Frau Oberin Lieselotte Hundt vom Sächsischen Pflegerat, Herr Dr. Diethard Sturm vom sächsischen Hausärzterverband und Herr Hans Knoll, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer, ihre beruflichen Positionen deutlich gemacht. Im Pflegebereich droht ebenfalls ein Fachkräftemangel, weil die enormen Arbeitsbelastungen zu einer Abwanderung von Pflegekräften führt. Der Einsatz von Aushilfskräften wird zur Regel und senkt das Niveau der Pflege ab. „Mit der Einführung von Diagnoseorientierten Fallpauschalen und der damit verbundenen Verlagerung von stationären Leistungen auf den ambulanten Bereich, könnte diese Situation kritisch werden“, so Frau Hundt. Viele Probleme im Gesundheitswesen und vor allem die teilweise konfuse Reformvorschläge der Bundesregierung sind dem Patienten unverständlich. Aus diesem Grund wird das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 Informationsmaterial erstellen, welches dann in Praxen und Apotheken ausgelegt werden kann.

kö

Bereitschaftszeit ist (noch) keine Arbeitszeit

Nach einem Urteil des Bundesarbeitsgerichtes vom 18. Februar 2003 ist in Deutschland die Bereitschaftszeit an Kliniken auch weiterhin keine Arbeitszeit. Damit hat der Kläger in höchster Instanz erst einmal verloren. Trotzdem wird im Urteil der deutsche Gesetzgeber

unmissverständlich aufgefordert, die bestehende Rechtslage an das Europäische Recht anzupassen. Es ist also nur eine Frage der Zeit, bis auch in Deutschland die Bereitschaftszeit als Arbeitszeit gilt. Was für den einen Arzt dann eine deutliche Entlastung und damit

Freizeit für die Familie bringt, bedeutet für gering vergütete Ärzte eine finanzielle Einbuße. Die sächsischen Mediziner werden die Entscheidung mit einem lachenden und einem weinenden Auge erwarten.

kö

Ihre Meinung zum Ärztemangel

Nicht erst seit dem Jahr 2002 zeichnet sich immer stärker ein Ärztemangel in Deutschland ab. Die Zahl der Medizinstudenten hat sich in den letzten neun Jahren um 13,6 Prozent verringert, von 90.600 auf 78.300. Immer weniger Studenten schließen das Medizinstudium ab, immer seltener wollen sie in der Patientenversorgung tätig werden. Über ein Fünftel der Absolventen beginnt nach der Ausbildung nicht mit dem ärztlichen Praktikum. Medizinische Unterversorgung ist keine ferne Vision. So werden bis zum Jahr 2011 mit Wahrscheinlichkeit 23.000 Hausärzte in Deutschland aus dem Berufsleben ausscheiden. Besonders dramatisch ist der Ärztemangel in den neuen Bundesländern. In diesen fünf Ländern werden in den nächsten 10 Jahren etwa 35 bis 40 Prozent der zur Zeit tätigen Hausärzte in den Ruhestand gehen. In den Krankenhäusern Sachsens sind über 300 Arztstellen schon heute nicht mehr besetzt.

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ hat in den Heften September bis November 2002 an die sächsische Ärzteschaft drei Fragen gestellt:

1. Wie sehen die sächsischen Ärzte diese Situation?
2. Gibt es einen spürbaren Ärztemangel in ihrem Facharztbereich, in Ihrer Klinik?
3. Wie könnte dem Ärztemangel abgeholfen werden?

Leider erhielten wir nur 11 Antwortschreiben, die wir in diesem und in dem nächsten Heft veröffentlichen. Wir hoffen dadurch, die öffentliche Diskussion zu diesem brennenden Thema Ärztemangel zu aktivieren.

Mascha Lentz
Ärztin im Praktikum, Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren,
in der Ausgabe Nr. 11 des „Ärzteblatt Sachsen“ bitten Sie um unsere Meinung zum Thema Ärztemangel, hier ein paar Gedankenansätze einer Ärztin im Praktikum, die erst seit kurzem in Amt und Würden ist. Sicher habe ich meine Meinung etwas humorvoll dargestellt, was aber nicht von der Ernsthaftigkeit dieses Thema ablenken soll:
Nach meiner Ansicht gibt es nicht nur einen Grund für den Ärztemangel, es sind die vielen Puzzlesteine, die das gesamte Bild ausmachen. Beginnen tut es schon im Studium. Das Studium verdonnert den Medizinstudent zum praxisfernen Lernen mit viel Theorie, davon viel Sachinformationen, die einem im Klinikalltag kaum helfen, den Alltag eines AiP zu bestehen. Man ist nach 5 Jahren allenfalls ein Theoretiker und selbst die gelernte Theorie ist kaum im medizinischen Alltag zu verwenden. Die Prüfungsmethoden mit Multiple Choice vom IMPP in Mainz sind immer wieder ein Faschingsspaß. Die Prüfungen sind darauf ausgerichtet, auszusortieren; die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Köpfchen. Ob die guten Kreuzer auch gute Mediziner sind, will ich gar nicht andiskutieren. Fakt ist: Früher gab es eine Ärzteschwemme und da waren die Methoden aus Mainz „effektiv“. Ein Methode dazu noch, bei der es einfach ist, viele Arbeiten in kurzer Zeit sehr schnell zu korrigieren. Jetzt kostet es vielleicht ein paar gute Ärzte für die vielen freien Stellen. Mainz wie es singt und lacht. Mehr und mehr Studenten stößt dieses „Auswendig pauken“ ab. Nach dem 2. Staatsexamen, wenn man endlich das Multiple Choice Verfahren hinter sich hat, darf man im PJ endlich mal der Praxis etwas näher kommen. Man ist in vielen der Handlanger für überarbeitete Assistenten und das Teaching kommt vielfach zu

kurz. Doch nach den vielen praxisfernen Jahren, da arbeitet doch jeder gerne ein Jahr für kein Geld. Ein Jahr ohne Einkommen, dafür gibt es ja das gekürzte Bafög. Ich schweife ab..., aber mal ehrlich: Wer kann und will sich das noch leisten?

Ist nun auch diese Hürde inklusive des dritten Staatsexamens überwunden, dann wird man als AiP (zumindest ich) täglich mit der Frage konfrontiert: Warum ist das so und warum mache ich das hier alles: Warum für wenig Geld viel arbeiten, dabei mangelhaft eingearbeitet sein, um patientenferne Medizin zu betreiben? Die vielen Überstunden werden dazu meistens mit bürokratischen Aufgaben gefüllt, wie dem Verfassen von Kurzarztbriefen für den Folgetag oder Diktieren von Briefen für Patienten, die schon seit mehreren Tagen weg sind (nebenbei: dann voller Stolz die Kassetten ins Schreibzimmer geben, wo nach etwa 4 bis 6 Wochen der Brief dann wieder herkommt (auch dort Überarbeitung), um die Briefe nach weiteren ca. 6 bis 8 Tagen (man erinnert sich an den Patienten genau) Korrektur zu lesen.

Neben Briefen sind ein immer beliebtes Gesellschaftsspiel bei Ärzten: DRG-Nr. für Krankheiten in Büchern zu suchen, die behandelt wurden, aber nicht gelistet sind (hier muss man dann flexibel die „richtige“ Nummer rausuchen, bzw. die, die für Krankheiten stehen, welche artverwandt sind), dann mit Krankenkassen wegen Liegetagen verhandeln (Formulare über Formulare), Kuranträge ausfüllen und immer wieder telefonieren, ob mit Angehörigen, Ärzten, Krankenkassen, Sozialdiensten etc. Man redet viel über die Patienten, aber nicht wirklich mit den Patienten.

Zwischen dem Telefonieren und der Bürokratie schaut man sich Laborwerte an und schreibt schnell ein paar Anordnungen, denn da fällt einem dieses oder jenes auf, manchmal nimmt man sich die Zeit und geht zu diesem oder jenem Patienten, da hier die Laborwerte besonders schlecht sind. Insgesamt hat man die Patienten (außer kurz bei Visite) nicht mehr gesehen; war während des Rundgangs ein Patient nicht da oder ist noch nicht da, dann ist das „Pech“.

Wir machen Medizin ohne Patienten. Ich bin keine Ärztin im Praktikum, sondern Managerin im Praktikum. Im Grunde haben wir keinen Ärztemangel, sondern einen Managermangel. Patienten erfahren über OP-pflichtige Befunde nicht durch einen Arzt, sondern über eine Schwester, die ihm z.B. die Haare abrasieren

muss oder die OP-Haube bringt. Patienten werden entlassen, ohne je wirklich erklärt bekommen haben, was sie nun genau haben oder was nicht und wie sie sich in Zukunft verhalten sollen. Patienten bekommen manchmal (außer bei Visite) keinen Arzt oder Schwester mehr zu sehen, weil sie kein Notfall sind.

Gleichzeitig werden die Erwartungen der Patienten aber immer größer, wir leben in einer schnelllebigen Gesellschaft, alles geht heutzutage schnell.

Wann ist Visite, wann kommt der Doktor? Viele Probleme lösen sich doch in der heutigen Zeit mit Knopfdruck oder einem Telefonanruf, also muss es so auch in der Medizin gehen. Die erste Frage eines Patienten ist nach der Schilderung der Symptomatik: Wann bin ich geheilt und wann kann ich gehen? Und die Untersuchungen sollen alle gleich sofort laufen. Für die Angehörigen soll man auch immer Zeit haben. Wartezeiten gibt es vielleicht manchmal in einer vollen Praxis, aber in Krankenhäusern muss 24 Stunden pro Tag die Behandlung durch einen erfahrenen Arzt gewährleistet sein. Dass der Arzt dabei mehrmals die Woche Nachtdienst mit 24 bis 30 Std. Aufenthalt im Krankenhaus hat, zählt nur sekundär. Und während das stationären Aufenthaltes muss alles stimmen: den Fernseher bitte mit Fernbedienung, das Essen hat immer pünktlich zu kommen und zwar immer genau das, was man bestellt hat und zum Kaffee sollte doch bitte nicht nur der Patient ein Stück Kuchen bekommen, sondern der Besuch auch. Das sind oft Themen der kostbaren Zeit bei Visite (na ja, und der Stuhlgang).

Die Erwartungen der Patienten steigen, vielleicht auch zu Recht, da sie ja viel an die Krankenkassen zahlen; aber diese Erwartungen sind einfach nicht zu erfüllen. Der Unmut der Patienten steigt, sicher auch zum großen Teil berechtigt, den Unmut jedoch bekommen erst mal nicht direkt die Ärzte ab, sondern die Pflegekräfte. Die können ja meistens für das falsche Essen, die überarbeiteten Ärzte und die Wartezeiten auch nichts, dadurch sind diese durch solche Situationen gereizt und lassen die Ärzteschaft ihre Überbelastung spüren, was zu Spannungen zwischen Ärzten und Pflegekräften führt (die meistens durch beide Seiten getriggert wird). Die „gute und harmonische“ Zusammenarbeit ist vorprogrammiert. Und als Bonus zu Überstunden, Nachtdiensten, Bürokratie, schlechte Einarbeitung, den Ansprüchen der Patienten und Stimmungsproblematik mit den Pflegekräften kommt

die deutsche Hierarchie. Das „Ja und Amen“ des Krankenhauses. Widersprechen gibt es nicht, produktiv diskutieren nur in den seltensten Fällen, Verbesserungsvorschläge sind dort zu machen, wo es Probleme gibt und die gibt es in „unserem“ Krankenhaus ja nicht. Als AiP ist man nichts, kann man nichts, verdient man nichts, aber man arbeitet viel und hat viel Ärger. Warum wir einen Ärztemangel haben? Ich persönlich muss sagen, dass Schlimmste an der Sache ist nicht wirklich das, was ich eben geschildert habe. Es ist die Zerstörung einer Vorstellung; der Vorstellung, dass man als Arzt für den Patienten da ist und helfen kann. Dieser Gedanke des „Heilen und Helfen“ ist in vielerlei Hinsicht eine Illusion. Wenn überhaupt, dann macht man Organe „gesund“, doch der ganze Mensch, der zu dem Organ gehört, ist oftmals genauso hilflos, krank und unwissend wie vor dem Krankenhausaufenthalt. Ganzheitsmedizin gibt es hier nicht. Wenn ich dann nach dem Arbeitstag das Krankenhaus verlasse, dann denke ich oft: Egal, was man versucht und wie man sich bemüht, man verlässt das Krankenhaus und merkt, dass man nicht wirklich mit Patienten zu tun hatte und nicht wirklich für die Patienten arbeitet. Der Patient ist unzufrieden, die Pflegekräfte, der Oberarzt und der Chefarzt auch – und man selber so oder so. Da stelle ich mir die Frage, werde ich wirklich nach meiner AiP-Zeit so leben wollen, vielleicht etwas mehr Geld, in der Hierarchie vielleicht etwas höher eingestuft, aber die Illusion bleibt zerstört? Will ich damit leben und es akzeptieren oder will ich wechseln und beende meine praktische Arztlaufbahn wegen den oben genannten vielen kleinen Puzzelteilen und vor allen wegen der zerstörten Illusionen? Ein Kollege hat mal zu mir gesagt, wenn man als Arzt „überleben“ will, wechselt man entweder zu einer Pharmafirma, wird Zyniker, ein gebrochener Mensch oder ist ein hoffnungsloser bzw. hoffnungsvoller Optimist. Ich für mich sehe nur in 1 und 4 einen Lösungsweg. Es besteht also eine 50% Chance, dass ich praktisch arbeitende Ärztin bleibe. Und weil diese Aussicht so motiviert, schaffe ich es fast immer, meine Müdigkeit abends zu besiegen und lese dann abends die Dinge nach (das ist nun natürlich maßlos übertrieben), die im Krankenhaus nicht nachgeschaut werden können: Weil keine Zeit war, weil das Krankenhaus kein Geld für Lehrbücher hat oder weil der Computer kaputt ist. ABER, last but not least: Ich mache meinen Job trotzdem gerne ... noch. Noch Fragen?

Ethik in der Medizin

Ressourcenethik: ein notwendiger Spagat zwischen moderner Medizin und Ökonomie



Allgemeine gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Ressourcenethik ist ein neuer Begriff in der Medizin. Er steht für die grundlegenden ethischen Voraussetzungen, unter denen die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitssystem den Versicherten zugeführt werden sollen. Auf Grund gesetzlicher Vorgaben ist der Arzt zu wirtschaftlicher Handlungsweise verpflichtet. Er darf im Interesse der Gemeinschaft nicht unter der Maxime einer optimalen Versorgung handeln, vielmehr muss, wie z.B. in §40 SGB V festgelegt ist, „die Versorgung ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“. Medizin spielt sich eben nicht, wie von manchen realitätsfern vertreten wird, ausschließlich in einer isolierten Arzt-Patientenbeziehung ab, sondern unter politisch, strukturell, kulturell und ökonomisch charakterisierten Rahmenbedingungen. Die Schonung von Ressourcen durch wirtschaftlichen Umgang mit diesen im Interesse der Gemeinschaft ist in hohem Maße ein ethisches Gebot. Prinzipiell sind somit Ethik und Ökonomie keine unvermittelbaren Gegensätze. Wie sieht es aber aus, wenn die Ressourcen so verknapp sind, dass eine angemessene

Behandlung nicht mehr bedarfsgerecht finanzierbar erscheint?

In den meisten hochindustrialisierten Ländern stiegen in den letzten Jahrzehnten die Gesundheitskosten gegenüber den Lohnkosten überproportional an. Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen das zweit teuerste. Diesen Platz teilt es sich mit dem schweizerischen. Bei genauer Analyse ist jedoch festzustellen, dass sich die auf das Brutto sozialprodukt (BSP) bezogenen Aufwendungen für unser Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten kaum verändert haben. Die Lohnentwicklung ist im gleichen Zeitraum gegenüber dem BSP auf Grund einer Abnahme der Beschäftigungs- und Lohnquote (diese entspricht dem Anteil der Lohnkosten an den Produktionskosten) zurückgeblieben. Es besteht eine signifikante, reziproke Korrelation zwischen der Lohnquote und dem Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Maschinen, die in der Produktion eingesetzt werden, zahlen keine Beiträge in die GKV! Der in den letzten Jahren immer stärker werdende Kostendruck ist also weniger eine Folge überproportional steigender Ausgaben, sondern zurückgehender Einnahmen auf Seiten der Kostenträger. Zugleich ist die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsdienstleistungen stetig gestiegen. Dieser Leistungsanstieg wurde in den letzten Jahren überwiegend durch einen kontinuierlichen Rationalisierungsprozess bei den Gesundheitsanbietern selbst und nicht über Mehrerlöse finanziert. Kaum ein Produkt hat eine derartige Wertsteigerung bei gleichzeitig gegenüber den Lebenshaltungskosten unterproportionaler Preisentwicklung erlebt wie Gesundheitsleistungen. Im Kaufkraftvergleich mit dem Konsumgut Auto erhält der Kunde heute für das gleiche Geld statt eines VW-Käfers in den 50er Jahren Leistungen, die einem Luxuswagen entsprechen.

Leider hilft dies den Akteuren nicht weiter: Die hälftige Finanzierung des Gesundheitssystems durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber belastet durch die Lohnnebenkosten unsere internationale wirtschaftliche Konkurrenzfähigkeit. Wirtschaftliches Wachstum und Vollbeschäftigung, beides seit Jahren nicht mehr gegeben, sind die eigentlichen Motoren für das Funktionieren unseres solidarischen Sozialsystems. Der immer teurere medizinische Fortschritt belastet das System nicht nur durch die damit verbundenen höheren Kosten, der

Prof. Dr. med. Jekabs Leititis
Georg-August-Universität
Göttingen
Bereich Humanmedizin

medizinische Erfolg produziert selbst Nachfolgekosten, sei es durch die Behandlung chronischer Folgezustände oder durch das Auftreten von kostspieligen Folgeerkrankungen, die früher auf Grund der Nichtbehandelbarkeit der Ersterkrankung nicht mehr erlebt worden wären. W. KRÄMER spricht von der Fortschrittsfalle: die Medizin werde zum Opfer ihres eigenen Erfolges! Medizinischer Fortschritt bedeute zwar bessere Leistungen, führe aber, statistisch gesehen, zu einer Verschlechterung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes der Bevölkerung, verursacht durch die o.g. Folgeerkrankungen. Zusätzliche Belastungen entstehen für Krankenhäuser durch die zunehmende Finanzschwäche der Öffentlichen Hand: die Leistungsfähigkeit sichernde Investitionen oder auch Rationalisierungsinvestitionen sind häufig nicht mehr ausreichend finanziert. Zusätzlich tragen chronische Strukturdefizite unseres Gesundheitswesens, wie die scheinbar unüberwindbare Abschottung finanziell getrennter Sektoren (ambulante, stationäre und rehabilitative Bereiche), zu unproduktiven Kostenstrukturen bei. Keiner der Reformansätze in den vergangenen Jahrzehnten hat eine auch nur annähernde Verbesserung erreicht, da sich die Maßnahmen meist nur auf einen Sektor beschränkten. Zusätzlich hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren den Bund zulasten der GKV wiederholt finanziell entlastet, indem er letzterer versicherungsfremde Leistungen nicht unerheblichen Ausmaßes aufbürdete.

Alte Menschen als Kostentreiber des Gesundheitswesens?

Ein redundant vorgetragenes Argument für die zukünftige Zahlungsunfähigkeit der GKV ist die ungünstige Bevölkerungsentwicklung mit einem immer größer werdenden Anteil älterer Menschen. Tatsächlich nimmt der Anteil der in das System einzahlenden Altersgruppen gegenüber den leistungsempfangenden älteren Menschen stetig ab und führt damit zu einer immer größer werdenden Bürde der arbeitenden Bevölkerung. Verursachen ältere Menschen aber tatsächlich mehr Kosten? Gibt es gesicherte Daten zu den „teuren Alten“? In der Schweiz konnte gezeigt werden, dass Menschen im Alter von 65 Jahren das Gesundheitssystem im Mittel mit 2.700 SFr jährlich belasten, im Alter von 90 Jahren mit 5.400 SFr. Genauere Analysen ergaben jedoch, dass höhere Gesundheitsausgaben vor allem in den letzten zwei Lebensjahren auftreten. Werden

die medizinischen Kosten der letzten zwei Lebensjahre mit dem Alter korreliert, findet sich keine signifikante Altersabhängigkeit. Die o.g. unterschiedlichen Kosten ergeben sich vor allem dadurch, dass sich im Alter von 90 Jahren prozentual mehr Menschen in ihren letzten zwei Lebensjahren befinden als im Alter von 65 Jahren. Menschen werden nicht nur älter, sie leben anscheinend länger in gesundem Zustand. Ähnliche Ergebnisse wurden in den USA im 1998er Medicare Survey des Medicare-System (Krankenversicherung der Rentner und Behinderten) bei Versicherten über 65 Jahren festgestellt: In den letzten 36 Lebensmonaten gibt es keine Abhängigkeit der medizinischen Kosten vom Lebensalter. Daten aus 1996/1997 der Krankenkassen in Westfalen-Lippe zeigen, dass die Behandlungskosten nicht überlebender Patienten im Krankenhaus mit zunehmendem Alter sinken. Ursache könnte sein, dass im hohen Alter nicht mehr alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Tatsächlich ist aber mit einer Zunahme der Pflegekosten zu rechnen. Die unsachliche Debatte über die höheren Behandlungskosten bei älteren Menschen ist ethisch problematisch; sie belastet den Generationenvertrag und lenkt von den wahren Gründen der Kostensteigerung ab.

Maßnahmen zur Kontrolle der Gesundheitsausgaben

Auf die volkswirtschaftlich problematische Kostenentwicklung der nationalen Gesundheitswesen wird mit unterschiedlichen Maßnahmen reagiert. In den USA wurden prospektive Finanzierungssysteme, Managed Care und Kapitationsmodelle eingeführt. Managed Care zeichnet sich durch eine kontinuierliche externe Überprüfung und ein Mikromanagement des Arzt-Patienten-Verhältnisses aus mit dem Ziel, den Versicherten angemessene Behandlungen zu niedrigst möglichen Kosten für die Versichertengemeinschaft zu sichern. Ein Merkmal dieses Systems ist das Einkaufsmodell mit der Möglichkeit der Vertragskündigung durch die Versicherer. In das Gesundheitssystem wurden marktwirtschaftliche Merkmale eingeführt. Die Vergütung der Leistungen berechnen sich u.a. mittels DRGs (Diagnosis Related Groups), wobei die Preise prospektiv festgelegt und leistungsorientiert an die Leistungserbringer ausgezahlt werden. Eine Kostenkontrolle findet über Zugangskontrollen zur stationären Behandlung statt. Anders als in Deutschland, in dem die Angemessen-

heit einer Behandlung durch den Medizinischen Dienst ex post beurteilt wird, wird dort die Notwendigkeit der Behandlung von Vertretern der Kostenträger vor Ort im Krankenhaus ex ante festgestellt. Ferner kommen zunehmend Kapitationsmodelle zum Einsatz. Hierbei zahlen die Versicherer an die Leistungserbringer für die Vollversorgung Kopfpauschalen. Dies unabhängig, ob Leistungen in Anspruch genommen werden oder nicht. Dieses Modell verlagert die Kostenrisiken einseitig auf die Seite der Leistungserbringer.

Anders als in den USA, in denen sich das Angebot unter marktwirtschaftlichen Aspekten regelt, wird in vielen europäischen Ländern eine Kostenkontrolle durch eine Verknappung des Angebotes angestrebt mit der Folge von Wartelisten für dringend erforderliche medizinische Behandlungen. Eine Rationierungsdebatte ist bei unseren europäischen Nachbarn tägliche Realität. Ähnlich wie in England und Norwegen gibt es neuerdings auch in den Niederlanden ein Minderangebot auf Grund einer seit Anfang der 90er Jahre strikten Ausgabenbeschränkung. Zunehmend suchen Patienten trotz des hohen medizinischen Niveaus im eigenen Land Versorgungsangebote im Ausland. Die seit 1983 durchgeführte strikte Budgetierung hat zu einem Mangel an Krankenhausbetten, aber auch an Ärzten und Pflegekräften geführt. Diese strukturellen Versorgungsdefiziten, können auch durch kurzfristige Finanzspritzen nicht behoben werden. Durch Einführung der DRGs konnte in den USA für einige Jahre der Kostenanstieg im Gesundheitswesen unter Kontrolle gebracht werden, wenn auch aktuell wieder eine überproportionale Kostenzunahme vor allem im Bereich des Medicare-Systems droht. Diese hat die Einführung einer kostenfreien bzw. – reduzierten ambulanten Medikamentenversorgung im Jahr 2002 verhindert. Die amerikanischen Erfahrungen wurden von zahlreichen Ländern aufgegriffen. DRGs oder DRG-ähnliche Systeme sind in vielen Ländern eingeführt bzw. in Erprobung. In der Bundesrepublik wird zur Zeit eine Adaptation des australischen AR-DRG-Systems vorgenommen. Nach der Optionsphase 2003 soll das System 2004 zunächst budgetneutral, später zur hundertprozentigen Vergütung von Krankenhausleistungen eingeführt werden. Eine Kostenkontrolle soll in Deutschland über eine weiterhin strikte Budgetierung mit komplizierten Ausgleichsregeln erreicht werden. Ein Preissystem mit

Budgetdeckelung ist aber ein Widerspruch in sich und verhindert einen Wettbewerb um Qualität und Patientenorientierung.

Obwohl jedermann bewusst sein sollte, dass die Ressourcen zunehmend begrenzt, das Innovationen noch der Bedarf auf Dauer finanzierbar sein werden, wird von der Politik eine Rationierungsdebatte strikt umgangen. Der Bevölkerung wird eine medizinische Leistung auf noch höherem Qualitätsniveau versprochen. Zusätzlich hat die Politik die Qualitätssicherung entdeckt und verunsichert die Bürger mit einer durch Daten nicht belegten Infragestellung der Qualität medizinischer Leistungen in Deutschland.

Rationierung – wenn ja, wie?

Auf Grund der zunehmenden Ressourcenknappheit ist im deutschen Gesundheitswesen das Prinzip, dass jedem jederzeit eine adäquate Behandlung angeboten werden kann, auf Dauer nicht mehr aufrechtzuerhalten. Es wird, wenn keine radikale Änderung unseres Solidarsystems erfolgt, zwangsläufig zu einer Rationierung der Leistungen kommen müssen, wenn das System weiterhin bezahlbar bleiben soll. Rationierung ist das Nichtanbieten oder das Verweigern einer anerkanntermaßen wirksamen, erwünschten Leistung. Die in manchen Ländern geübte Praxis der Angebotsverkappung ist eine Form der Rationierung. Eine Rationierung von Gesundheitsleistungen wird in Deutschland stets als unvorstellbar bezeichnet. Längst wird aber nicht mehr über das OB, sondern über das WIE diskutiert. Tatsächlich findet Rationierung in nicht unerheblichen Maß bereits verdeckt statt, wie:

- vorzeitige Entlassungen, um Behandlungskosten zu senken,
- Verlegungen in noch nicht rehabilitativem Zustand in Reha-Einrichtungen,
- Einbestellung von Patienten nicht nach Dringlichkeit, sondern nach Vergütungshöhe,
- Abschieben von Notfällen, wenn diese das Budget des Krankenhauses gefährden,
- Verschiebung von Behandlungen in die nächste Abrechnungsperiode, da das Jahresbudget bereits ausgeschöpft sei, wie zum Jahresende 2002 sogar in einem Universitätsklinikum geschehen,
- Angebot teurer, aber wirksamer innovativer Therapien nur an Privatversicherte, da gesetzliche Krankenkassen die Zusatzkosten nicht vergüten.

Sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich gibt es in einigen Fächern bereits, von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommene, überlange Wartezeiten vor Untersuchungen und Eingriffen. Kennzeichnend für diese Form der versteckten Rationierung ist, dass ihr Willkür innewohnt. In dieser Form ist sie deshalb nicht akzeptier- und tolerierbar! Entscheidend, auch für den sozialen Frieden einer Gesellschaft, ist aber, wie die Verteilung von limitierten Leistungen auf die Bedürftigen erfolgt. Die Politik muss ethische Grundsatzentscheidungen einfordern, die Gleichbehandlung, Verteilungsgerechtigkeit und wirtschaftliche Effizienz sichern, jeglichen Anschein von Willkür jedoch ausschließen.

Diese Grundprinzipien sind auch in Deutschland nicht neu. Im Bereich der Organtransplantation findet auf Grund des unzureichenden Organangebotes seit Jahrzehnten eine Rationierung statt. Das neue Transplantationsgesetz versucht, bei der Organverteilung den o.g. ethischen Grundprinzipien gerecht zu werden. Ganz bewusst wird der behandelnde Arzt in die Organallokation nicht mit eingebunden. Für die Organtransplantation gilt bereits, was für andere Leistungsbereiche noch nicht festgelegt, ja, noch nicht diskutiert ist: der behandelnde Arzt kann nicht als gatekeeper in einem System der Rationierung fungieren. Dies erscheint sinnvoll, da der Arzt andernfalls in unlösbare Entscheidungskonflikte kommen muss. Der Arzt soll als Anwalt seines Patienten agieren. Letzterer muss sich darauf verlassen können, dass seine individuellen Interessen berücksichtigt werden und die für ihn geeignetste Therapie gewählt wird. Andererseits muss der Arzt bei seinen Entscheidungen auch die Restriktionen, die im Gesundheitssystem bestehen, berücksichtigen. Ist er überhaupt in der Lage, sachlich zwischen den Interessen des einzelnen Patienten und der Versicherungsgemeinschaft abzuwägen? Kann ein Arzt sachlich zwischen den Bedürfnissen des ihm bekannten Menschen und der Masse der für ihn gesichtslosen sonstigen Mitglieder der Gesellschaft abwägen, die Vorteile hätten, wenn er zu deren Gunsten Ressourcen bei dem ihm anvertrauten Patienten einspart? Dies könnte er nur, wenn ihm die Rolle des Anwaltes der Versicherungsgemeinschaft zugesprochen würde. Dann müsste er seine Entscheidungen aber vorwiegend unter Kosteneffizienzaspekten fällen. Einem vertrauensvollen Verhältnis zum einzelnen Patienten wäre damit jede Grundlage entzogen. Da ärztliches Handeln

auch von persönlichem Aspekten beeinflusst werden kann wie finanziellen Vorteilen, beruflicher Befriedigung, Ansehen in der medizinischen Gemeinschaft, sprechen auch andere Argumente gegen Rationierungsentscheidungen durch den Arzt im konkreten Einzelfall. Im Zusammenhang mit der Rationierung treten ökonomische Aspekte in den Vordergrund. Eine Behandlung, die klinisch effektiv ist, muss nicht effizient sein. Umgekehrt ist jede effiziente Behandlung klinisch effektiv. Unter ökonomischen Aspekten ist die Evidenz der Wirksamkeit allein kein Grund für die Durchführung einer Behandlung. Außerhalb Deutschlands wird die Rationierungsdebatte offener geführt. Interessant ist, welche Wege im einzelnen hierbei beschritten werden, wie versucht wird, Priorisierungen der Leistungen zu erreichen:

In den **USA** ist das Gesundheitswesen nicht von den Prinzipien Gleichbehandlung und Solidarität bestimmt. Notwendige Leistungen werden entweder indirekt (Zugangerschweren über hohe Versicherungsprämien oder Zahlungen) oder auch direkt vorenthalten. Hierbei spielt der sozio-ökonomische Status des Einzelnen eine Rolle. Dieser Rationierungsmechanismus wird von der Bevölkerung weitgehend akzeptiert, als Element des Marktes angesehen. Im Bundesstaat Oregon wurde in den 90er Jahren versucht, im Medicaid-System, der Versicherung der Armen und Sozialhilfeempfänger, Finanzierungsprobleme im Konsens mit der Gesellschaft über Prioritätenlisten (condition-treatment-pairs) zu lösen. Diese Listen, mit denen Leistungen rigide begrenzt werden, wurden mittels aufwändiger Bevölkerungsbefragungen und Expertenhearings abgesichert. Sie konnten zunächst wegen der von den Bundesbehörden festgestellten Diskriminierung von chronisch und mental Kranken nicht eingeführt werden. Mittlerweile ist die dritte Revision seit 1997 in Kraft und wird alle zwei Jahre überarbeitet. Dieses Verfahren sichert unterprivilegierten Schichten zumindest den Zugang zu wesentlichen Gesundheitsleistungen. In **Neuseeland** wurde für elektive Eingriffe, für die lange Wartezeiten bestanden, 1992 ein Scoresystem eingeführt, welches festlegt, in welcher Reihenfolge die Wartenden behandelt werden. Diese landesweit gültigen Scores werden von medizinischen Experten, Gesundheitspolitikern und Mitgliedern des National Health Committee auch unter Berücksichtigung finanzieller Erwägungen

festgelegt. Neben Regelungen der Behandlungsreihenfolge wird so auch eine für jedermann nachvollziehbare Transparenz geschaffen. In **Schweden** wurde 1992 eine parlamentarische Kommission eingesetzt, die in einem öffentlich ausgetragenen Meinungsbildungsprozess die Grundlage für eine Begrenzung des Leistungsgeschehens geschaffen hat. Listen wie in Oregon wurden abgelehnt, da diese eine individuelle Abwägung des Einzelfalls behindern. Es wurde insbesondere dafür Sorge getragen, dass Bevölkerungsgruppen, die nicht für sich selbst eintreten können, keine Benachteiligung erfahren. Die in **Frankreich** auf nationaler und regionaler Ebene gegründeten Gesundheitskonferenzen (priorités de santé) aus Vertretern der Gebietskörperschaften, Gesundheitsanbieter, Sozialeinrichtungen und Patientenvereinigungen haben sich bislang nicht, wie von ihnen erwartet, der Aufgabe gestellt, finanzielle Aspekte der zukünftigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu bearbeiten. Sie tragen gleichwohl zu einer Entwicklung sektorenübergreifender, kooperativer Gesundheitsversorgung und einer Public-Health-Kultur über Verteilungskämpfe hinweg bei. In **England** wurde das National Institute for Clinical Excellence (NICE) gegründet, um u.a. wirtschaftliche Aspekte von Technologien im Zusammenhang mit der Entwicklung von Behandlungspfaden (Clinical Pathways) zu bewerten oder Fragen der Verteilungsgerechtigkeit zu beantworten. In diesem Zusammenhang ergaben sich u. a. folgende Fragestellungen:

- Wie gehen Gesundheitsökonomien bei dieser Aufgabe mit ethischen Fragestellungen um?
- Wie wird der zunehmenden Forderung nach Beteiligung von Laien an gesundheitspolitischen Fragestellungen Rechnung getragen?
- Wie werden Experten in die Entscheidungen eingebunden?

Erstaunlicher Weise hat die britische Bevölkerung die Rationierung gesundheitlicher Leistungen lange Zeit akzeptiert. Erst kürzlich hat der Widerstand gegen lange Wartezeiten so zugenommen, dass die nationale Gesundheitsbehörde sich entschlossen hat, Behandlungsleistungen im Ausland teuer einzukaufen. Wie in den Niederlanden lassen die strukturellen Folgen der anhaltenden Angebotsverknappung im eigenen Land trotz finanziellem Anreiz zeitgerecht keine bedarfsgerechten Leistungssteigerungen zu.

QALY – Versuch der Priorisierung unter Kosten-Effektivitäts-Aspekten

Die Rationierung von Gesundheitsleistungen ist mit wenigen Ausnahmen (z. B. Transplantationsmedizin) ökonomisch bestimmt. Wie können unter volkswirtschaftlichen Aspekten bei limitierten Ressourcen Gesundheitsleistungen so zur Verfügung gestellt werden, dass ein maximaler Nutzen für die Gesellschaft eintritt? Menschen wünschen sich Langlebigkeit mit hoher Lebensqualität, d. h. ohne Funktionseinschränkungen, Schmerzen oder sonstige Beeinträchtigungen. Mittels unterschiedlicher Methoden ist versucht worden, die Lebensqualität zu quantifizieren. Ein derartiges Verfahren ist QALY (quality of life years). Hierbei wird jedes verbleibende oder gewonnene Lebensjahr mit einem Faktor multipliziert und aufsummiert. Der Faktor wird bei völliger Gesundheit auf 1, bei Tod auf 0 gesetzt. Bei Zuständen, die schlimmer als der Tod angesehen werden, kann der Faktor auch negative Werte bis -1 annehmen. Da so alle positiven und negativen Konsequenzen einer Behandlung erfasst werden, kann QALY als ein Maß für den Nettogewinn an Gesundheit verwendet werden. Dieses Maß kann mit den Behandlungskosten verknüpft werden und erlaubt so Aussagen über die Kosteneffektivität. Der Quotient Kosten/QALY gibt an, wie viel eine medizinische Behandlung pro gewonnenem qualitätsadaptiertem Lebensjahr kostet. Je niedriger der Wert, um so höher ist eine Behandlung innerhalb einer Rangfolge von vorzuhaltenden Leistungen einzuordnen. Manche Behandlungen können bei Erfolg auf Dauer sogar mehr Geld sparen als sie kosten, somit zu keinem Netto-Verbrauch an Ressourcen im Gesundheitswesen führen. Auch derartige Behandlungen würden in einer entsprechenden Rangliste ganz oben eingeordnet.

Tabelle 1 vergleicht in einem fiktiven Beispiel zwei Behandlungen X und Y. Unter Beachtung limitierter Ressourcen würden mit der

Tabelle 1: Fiktiver Vergleich zweier Behandlungen unter dem Aspekt von Lebensqualität (QALY = quality adjusted life years) und Kosten.

Behandlung	X	Y
erreichbare QALY	5	10
Kosten/Fall	100 €	1000 €
Preis/QALY	20 €	100 €
Bilanz		5 zusätzliche QALYs für 900 € gegenüber Therapie X
erreichte QALYs bei einem Budget von 500.000 €	25.000	5.000

Behandlung X fünf mal so viele QALYs erreicht werden wie mit der Behandlung Y. Hierbei ist zu beachten, dass beide Behandlungen aus völlig unterschiedlichen medizinischen Bereichen für unterschiedliche Erkrankungen stehen. Es geht also nicht um den Vergleich zweier Therapien bei ein und derselben Erkrankung!

Dieses Verfahren zur Bestimmung der Kosteneffektivität kann natürlich nicht im Einzelfall bei Therapieentscheidungen angewendet werden. Es kann aber die grundsätzliche Diskussion über Priorisierung von Gesundheitsleistungen im ressourcenlimitierten Umfeld unterstützen. Der Ansatz, den summarischen Gewinn an QALYs in einer Gemeinschaft als Richtschnur für einen gesellschaftlichen Priorisierungskonsens zu nutzen, geht von der Grundannahme aus, dass ein QALY ein QALY ist, egal, wer in den Genuss eines solchen kommt – somit die Reinform eines solidarischen Systems. Die ethische Debatte, ob bei diesem Ansatz lediglich die Anzahl erreichbarer QALYs zählt oder auch die jeweilige Ausgangssituation eines Patienten berücksichtigt werden muss, ist nicht abgeschlossen.

Wer kann in einem derartigen System für die Ressourcenallokation verantwortlich zeichnen?

Ist es der Patient, der selbstlos und freiwillig im Interesse der Gemeinschaft auf Gesundheitsleistungen verzichtet? Soll der Arzt, wie oben beschrieben, als gatekeeper bei jedem Patientenkontakt zwischen dem Wohl des Einzelnen und der Gemeinschaft abwägen? Oder ist ein gesellschaftlicher Konsens herbeizuführen, auf Grund dessen die Bürger von ihren Ärzten verlangen, eine Medizin zu betreiben, die auf limitierte Ressourcen Rücksicht nimmt? Wahrscheinlich kommt eine Mischung aus allen drei Ansätzen zum Tragen. Hierüber hat aber die Diskussion bei uns noch nicht einmal begonnen!

Schlussfolgerungen

Glücklicherweise geht es in Deutschland noch nicht um spürbare Rationierungen. Wir sind noch nicht bei Verhältnissen angelangt, wie sie andernorts schon an der Tagesordnung sind. Es geht nicht um das Vorenthalten von wichtigen Behandlungsmaßnahmen. Wohl ist im Hinblick auf die ökonomische und demographische Entwicklung längst eine ernsthafte Diskussion darüber fällig, ob auf Dauer ein Komplettangebot für die Versicherten aufrechterhalten bleiben kann oder die GKV ausschließlich eine Grundversorgung garantieren kann. Zusätzliche Leistungen müssten dann über eine Eigenvorsorge, die sozial gerecht gestaltet werden müsste, gesichert werden. Leistungserbringer werden heute in ihren Entscheidungen, wie sie den restriktiven gesundheitspolitischen Vorgaben gerecht werden sollen, allein gelassen. Die Folge sind verdeckte Rationierungen, die allein schon wegen der damit verbundenen Willkür der Entscheidungen abzulehnen sind. Einfache Appelle, mit den Ressourcen sparsam umzugehen, sind nicht mehr ausreichend, da Orientierungshilfen über das WIE und BEI WEM nicht gegeben werden. Immer häufiger stellen sich Fragen wie: Wie soll ein Arzt, wie das Krankenhausmanagement reagieren, wenn z. B. ein neues Zytostatikum auf den Markt kommt, dass

eine höhere Heilungschance als die bisherige Therapie verspricht, dessen Mehrkosten aber nicht pflegesatzrelevant verhandelbar sind und das Abteilungsbudget einer onkologischen Abteilung sprengt? Ein Hinweis auf Rationalisierungspotentiale greift zu kurz. Dies insbesondere, wenn die aktuell erfolgende Ressourcenverteilung im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur DRG-Einführung in den Krankenhäusern von der Patientenversorgung weg zu administrativen Strukturen oder Budgetsteigerungen, die nicht einmal die Lohnsteigerungen der Mitarbeiter oder Preiserhöhungen auf dem Markt decken, berücksichtigt werden.

Begriffe wie „Ressourcenethik“ oder „Public-Health-Ethik“ im Interesse der Gemeinschaft sind in unserer Gesellschaft noch nicht ausreichend mit Leben erfüllt. Hierfür ist eine ehrliche und offene gesellschaftsweite Diskussion über die Beziehung von ethischen und ökonomischen Wertvorstellungen erforderlich mit dem Mut, der Bevölkerung ehrliche Informationen auf der Basis valider Zukunftsanalysen über die Entwicklung des Gesundheitswesens offenzulegen. Solange dies nicht erfolgt, kann ausschließlich ein vorbildliches ärztliches Berufsethos der Garant dafür sein, in wirtschaftlich enger werdenden Zeiten die

Gleichbehandlung, Verteilungsgerechtigkeit, Qualität und Effizienz medizinischer Leistungen zu sichern. Reicht dies aber aus?

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers
Prof. Dr. med. Jekabs Uldis Leititis
Vorstand Ressort Krankenversorgung
Bereich Humanmedizin
(Klinikum und Medizinische Fakultät)
Georg-August-Universität Göttingen
Robert-Koch-Str. 42, 37075 Göttingen
humed.v2@med.uni-goettingen.de
0551-398600

Hochwasser in Sachsen Auswertung der Spendenaktion »Ärzte in Not«

Die Sächsische Landesärztekammer reagierte unverzüglich auf die dramatischen Auswirkungen des Hochwassers auf die Ärzte und eröffnete am 15. August 2002 ein Spendenkonto „Ärzte in Not“. Zeitgleich wurde ein Spendenaufruf an alle Kammermitglieder versandt und über das Ärzteblatt Sachsen, das Deutsche Ärzteblatt und weitere Ärzteblätter in der Bundesrepublik Deutschland sowie über Verbände veröffentlicht.

Bis zum 10. Dezember 2002 waren auf dem Spendenkonto 2.007.455,92 EUR von 2.700 Spendern aus Sachsen und ganz Deutschland eingegangen. Dabei wurden von Privatpersonen, insbesondere Ärzten ca. 600.000 EUR, von Firmen ca. 1.024.000 EUR und von Körperschaften, Institutionen und Krankenhäusern ca. 424.000 EUR gespendet. Benefizveranstaltungen, darunter auch ein von der Sächsischen Landesärztekammer organisiertes Benefizkonzert, trugen zu diesem Ergebnis bei.

Dazu kamen noch 8.748,07 EUR Zinsen durch die vorübergehende festverzinsliche Anlage der Spendengelder. Damit standen insgesamt 2.016.203,99 EUR zur Verteilung an die vom Hochwasser betroffenen Ärzte zur Verfügung. Dem Spendenfonds wurden keine Beitragsmittel zugeführt. Es erfolgten keine Abzüge für die Verwaltungskosten; das heißt, die eingegangenen Spenden wurden vollständig den vom Hochwasser betroffenen Ärzten zugewiesen. Alle der Sächsischen Landesärztekammer bekannt gewordenen, durch das Hochwasser

betroffenen Ärzte wurden unter Beifügung eines Antragsformulars für die Soforthilfe angeschrieben. 248 Ärzte, davon 180 Ärzte, deren Praxis und 68 Ärzte, deren eigengenutzte Immobilie geschädigt wurde erhielten die Soforthilfe in Höhe von insgesamt 248.000 EUR. Auf Wunsch einzelner Spender wurden 97.113,47 EUR Spendengelder an die jeweils benannten Empfänger direkt weitergeleitet. Alle Spender, deren Namen und Anschrift ermittelt werden konnten, erhielten Zuwendungsbestätigungen. Damit standen am 10. Dezember 2002 1.671.090,52 EUR zur weiteren Spendenverteilung zur Verfügung.

In Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen wurde ein Verteilungsalgorithmus entwickelt. Als Grundlage für die Verteilung der Spendenmittel wurde die Nettoschadenssumme ermittelt, das heißt, die Schadenssumme, die vom Bruttoschaden nach Abzug von Versicherungsleistungen, Spenden, staatlichen Zuwendungen und sonstigen Hilfen noch übrig blieb.

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen ermittelte die Nettoschadenssummen der praxisgeschädigten Ärzte und die Sächsische Landesärztekammer die Nettoschadenssummen der an ihrer privat genutzten Wohnung oder Immobilie geschädigten Ärzte auf der Basis eines Antrages und entsprechender Nachweise. Von der Nettoschadenssumme wurde ein Selbstbehalt in Höhe von 5.000 EUR in Ansatz gebracht.

Auf dieser Basis wurde die Verteilungsquote der Spendenmittel errechnet. Diese wurde auf 20,95 % der verbliebenen Nettoschadenssummen festgestellt, wobei durchgeleitete Spenden in Abzug gebracht wurden.

Am 13. Dezember 2002 wurden 1.243.060 EUR an 79 praxisgeschädigte Ärzte und 417.250 EUR an 54 privat geschädigte Ärzte überwiesen. Bei den praxisgeschädigten Ärzten betragen die Spendensummen ohne die gezahlte Soforthilfe zwischen 200 EUR und 111.000 EUR und bei den privat geschädigten Ärzten zwischen 420 EUR und 35.190 EUR. Das Spendenkonto hat durch immer noch eingehende Spenden einen Bestand per 21. Februar 2003 von 65.700 EUR erreicht. Es ist beabsichtigt, den Spendenfonds auf dem Konto 0 006 000 444, Bankleitzahl 100 906 03 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank zunächst weiterzuführen und zum gegebenen Zeitpunkt im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen an Ärzte mit hohen Restschadenssummen zu verteilen. Aus dem Fonds Sächsische Ärztehilfe wurden an 38 durch das Hochwasser betroffene Ärzte zinslose Darlehen in Höhe von jeweils 2.500 EUR gewährt, insgesamt also 95.000 EUR. Diese Darlehen wurden mit einer Laufzeit von zwei bis drei Jahren ausgereicht.

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Dankschreiben für Hochwasserspender

Dr. Dirk Hauswald
Siegfried-Rädel-Straße 11
01796 Pirna

12. 1. 2003

Prof. Dr. J. Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte mich auf diesem Wege auf das Herzlichste bei Ihnen für Ihre Hilfe und Unterstützung beim Wiederaufbau meiner durch das Hochwasser zerstörten Chirurgischen Praxis bedanken. Am 8. 1. 2003 wurden die ersten Patienten in den renovierten Praxisräumen behandelt. Einiges konnte durch die ungewollte Grundrenovierung sogar verbessert und optimiert werden, so dass die Arbeit mit neuem Elan angegangen werden kann. An all dem haben Sie entscheidenden Anteil. Für Ihre Aufgaben in der gesundheits- und standespolitisch kritischen Phase wünsche ich Ihnen (und uns) viel Erfolg, ein „breites Kreuz und ein dickes Fell“. Nochmals vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Dirk Hauswald

Teresa Klingner
Fährstraße 8, 01594 Althirschstein 4. 9. 2002

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Liebe Landesärztekammer,

seit einigen Tagen hat uns das Schicksal ereilt, welches man bisher nur aus den Geschichtsbüchern kannte. Die Elbe hat auch uns fast alles genommen, was uns lieb und wichtig erschien. Zum Glück konnten wir unsere Tiere (Schafe, Ziege, Hunde und Katzen) retten. In einer abenteuerlichen nächtlichen Aktion gelang meinem Mann Andreas bei einem Wasserstand von 9,20 m die Bergung meiner in Abschluss befindlichen Promotionsarbeit und medizinisch historischer Dokumente. Andreas war täglich mehr als 16 Stunden im Wasser. Er hat seit dem 11. 8. 2002 nicht mehr als 12 Stunden geschlafen und sein Gesundheitszustand ist schwer angeschlagen, dennoch gibt er die Hoffnung nicht auf und ist regelrecht besessen, den „Altzustand“, welcher erst im Mai 2002 seine Blüte erlebte, wieder bis Weihnachten aufzubauen?!?! Trotz aller persönlichen Erlebnisse, den Verlust unse-

res Fährgutes und des großen seelischen Schmerzes, habe ich mich dazu durchgerungen, meine Praxis ohne Unterbrechung (auch am Wochenende) für unsere Patienten geöffnet zu lassen. Meine Familie und ich sehen es als Berufung an, diese kriegsähnlichen Zeiten mit Würde zu überstehen. Die Kraft hierzu geben uns unsere Mitmenschen, Freunde, Verwandte und das spürbare Mitgefühl einer ganzen Nation. Wir alle müssen lernen, uns der Natur zu beugen, sehen wir in der Strömung der Elbe und ihrer Nebenflüsse ein positives Signal und einen würdigen Partner. Wie sie, sollten auch wir neue Wege finden, welche die Last auf unseren Schultern leichter ertragen lässt. Möge ihre unerschöpfliche Kraft auch unsere Sinne beflügeln und Anlass zu neuen Taten geben. Wir hatten noch Glück im Unglück, unsere Mauern des Hauses stehen noch, ... nur wenige km von hier entfernt, werden ganze Gemeinden dem Erdboden gleichgemacht.

Alles Liebe und tausend Dank für Hilfe,
Teresa Klingner

Dr. med. Barbara Puchta,
Augenärztin
Dresdner Straße 156, 8210 Freital 9. 1. 2003

Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Sächsische Landesärztekammer

Sehr geehrter Herr Professor Schulze, für Ihren in so herzlichen Worten gehaltenen Brief vom 13. Dezember vergangenen Jahres, den Sie an mich richteten, möchte ich mich bei Ihnen und der Sächsischen Landesärztekammer heute vielmals bedanken. Durch Wohnungswechsel und den damit verbundenen Aktivitäten ist es mir erst heute möglich, mich für die reichliche Geldspende zu bedanken. Ich werde mich dieser Hilfe noch lange erinnern. Ich richte diesen Dank gleichermaßen an die vielen mir nicht namentlich bekannten Kollegen und Kolleginnen und an die anderen unbekannteren Spender, die sich mit den Betroffenen der Hochwasserkatastrophe, zu denen ich mich leider auch zählen muss, solidarisierten. Ich bitte Sie, meinen Dank an alle weiterzureichen.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen
Barbara Puchta

Dr. Holzweißig & Dr. Brandt GbR
Radiologische Praxis
Holzhofgasse 29
01099 Dresden

30. Dezember 2002

Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Spendenaktion „Ärzte in Not“, Ihr Schreiben vom 13. 12. 2002

Hochverehrter Herr Professor Schulze,

Ihr oben genanntes Schreiben an Herrn Dr. Brandt und mich haben wir erhalten, gleichermaßen sind die angekündigten Überweisungen eingetroffen.

Wir möchten uns ganz herzlich für die überaus große Unterstützung für unsere Hochwasserschäden bedanken und sind beeindruckt, in welcher groß angelegten Art und Weise uns von den Mitkollegen eine Hilfe in dieser Situation zuteil werden konnte!

Unsere Praxis war zwar nach wenigen Tagen notfallmäßig wieder betriebsbereit, durch die enormen Schäden an der Klimatechnik, Elektroversorgung sowie der gesamten Technik der MR-Anlage sind wir zu einem Ausfall an den übrigen Modalitäten von drei Monaten gekommen. Dies hat für unsere junge Praxis einen deutlichen, insbesondere finanziellen Einbruch ergeben. Nach Abzug bisheriger Zuwendungen und Versicherungsleistungen verblieb uns noch ein Schaden von ca. 350 T €. Nicht zuletzt durch Ihre hohe Spendenbereitschaft konnte dieser Schaden jetzt schon deutlich gemindert werden. Dafür sind wir Ihnen von Herzen dankbar und möchten Sie bitten, den Dank an die unterstützenden Ärzte weiterzugeben. Wir sind insbesondere davon berührt, wie in einer solchen Situation eine so groß angelegte Hilfsaktion zustande kommen konnte.

Anbei senden wir Ihnen noch ein Blatt mit Aufnahmen aus der Hochwasserzeit.

Für das kommende Jahr möchten wir Ihnen und für Ihre Arbeit alles Gute wünschen und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Holzweißig
Dr. med. M. Brandt

Hygiene aktuell

Anforderungen an die Hygiene der Abfallentsorgung im Gesundheitswesen

Der Ausschuss für Hygiene und Umweltmedizin der Sächsischen Landesärztekammer hat gemäß der „Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“, herausgegeben von der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) am 13. November 2002 (1), nachstehendes Merkblatt zusammengestellt, in dem die alte und neue Verfahrensweise der Abfallentsorgung im Gesundheitswesen gegenübergestellt wird. Diese Zusammenstellung soll eine rasche Einarbeitung gewährleisten und den verantwortlichen Ärzten einen kurz gefassten Überblick vermitteln. Die „Betriebsbeauftragten für Abfall“ werden zu speziellen Fragen Antworten in den Originaldokumenten (Lit. 1-3) suchen müssen.

Merkblatt zur Abfallentsorgung im Gesundheitswesen

Die Richtlinie gilt im Bereich der Humanmedizin im Wesentlichen für folgende Einrichtungen:

- Krankenhäuser, Dialysestationen und -zentren,
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,
- Pflegeheime bzw. -stationen,
- Einrichtungen für ambulantes Operieren,
- Arzt- und Zahnarztpraxen,
- Praxen der Heilpraktiker und der physikalischen Therapie,
- Gesundheitsämter, Medizinaluntersuchungsämter, Hygieneinstitute,
- Medizinische Institute und Forschungseinrichtungen,
- Betriebsärzte und arbeitsmedizinische Dienste,
- Blutspendedienste und Blutbanken,
- Medizinische Laborpraxen,
- Zahntechnische Laboratorien,
- Institute für Pathologie,
- Apotheken,
- Sozialstationen, Haus- und Familienpflegestationen.

Abfälle aus der medizinischen oder tierärztlichen Untersuchung, Versorgung und Forschung müssen so behandelt werden, dass Krankheitserreger nicht übertragen werden sowie toxische Stoffe nicht in die Umwelt gelangen können. Rückstände sind zu vermeiden oder zumindest in ihrer Menge gering zu halten. Verwertbare Abfälle sollen stofflich oder energetisch genutzt werden. Vor deren nachteiligen Wirkungen muss die Umwelt geschützt wer-

den. Abfälle aus dem Gesundheitsdienst müssen nach dem europäischen Abfallkatalog (EAK) erfasst und beseitigt werden. Verantwortlich ist der jeweilige ärztliche Leiter. In seinem Auftrag werden der Betriebsbeauftragte für Abfall, der Krankenhaushygieniker, der hygienebeauftragte Arzt, die Hygienefachkraft und der Desinfektor wirksam.

Die nachstehende Zuordnung der Abfälle zu einem Abfallschlüssel (AS) bezieht sich auf das Abfallverzeichnis der Abfallverzeichnisverordnung (AVV) (2).

Anlage 1 enthält eine Gegenüberstellung der bisher gebräuchlichen Gruppeneinteilung der Abfälle (3) und der neuen Abfallschlüssel.

Entsorgungsvorschriften:

Abfälle ohne besondere Anforderungen aus infektionspräventiver Sicht (AS 18 01 04):

bisherige Klassifikation der Abfallart: B 1
Abfälle, für die außerhalb der Gesundheitseinrichtung kein erhöhtes Infektionsrisiko besteht (Wund- und Gipsverbände, Einwegartikel, Stuhlwindeln), sind in gesonderten reißfesten, flüssigkeitsbeständigen und geruchsdichten Behältnissen zu sammeln, zu transportieren und in einer Müllverbrennungsanlage zu beseitigen oder auf einer Deponie der Klasse II abzulagern.

Spitze oder scharfe Gegenstände (AS 18 01 01):

bisherige Klassifikation der Abfallart: B 2
Kanülen, Skalpelle o.ä. sind in stich- und bruchfesten Einwegbehältern zu lagern und zu transportieren. Die Einwegbehälter sind fest verschlossen und sicher vor unbefugtem Zugriff aufzubewahren.

Eine gemeinsame Entsorgung mit Abfällen nach AS 18 01 04 ist unter seuchenhygienischen Gesichtspunkten möglich. Eine Verdichtung darf nur ohne Verletzung der Anforderungen des Arbeitsschutzes erfolgen.

Eine stoffliche Verwertung ist auch nach einer Desinfektion nicht zulässig.

Für infektiöse spitze und scharfe Gegenstände sind zusätzlich die Maßgaben nach AS 18 01 03 zu beachten!

Infektiöse Abfälle (AS 18 01 03):

bisherige Klassifikation der Abfallart: C 1
Mit Erregern übertragbarer Krankheiten kontaminierte Abfälle sind in reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und geruchsdichten Behäl-

tern zu sammeln und zu transportieren. Sie sind ohne vorheriges Verdichten oder Zerkleinern in einer zugelassenen Müllverbrennungsanlage zu entsorgen oder mit einem vom Robert Koch-Institut zugelassenen Verfahren (Wirkungsbereich ABC) zu desinfizieren. Desinfizierte Abfälle können zusammen mit dem Abfall nach AS 18 01 04 entsorgt werden.

Chemikalienrückstände (AS 18 01 06):

bisherige Klassifikation der Abfallart: D
Labor- und Chemikalienabfälle wie Säuren, Laugen, Lösemittel, Diagnostikreste, Fixier- und Entwicklungsbäder sind getrennt zu sammeln und einem zugelassenen Entsorger zu übergeben.

Arzneimittel (AS 18 01 09):

bisherige Klassifikation der Abfallart: D
Altarzneimittel, Infusionslösungen, unverbrauchte Röntgenkontrastmittel sind getrennt zu sammeln und einem zugelassenen Entsorger (z.B. über die Apotheke) zu übergeben. Bei kleineren Mengen ist eine Entsorgung mit nichtinfektiösen Abfällen (AS 18 01 04) möglich. Entscheidend sind die Vermeidung eines missbräuchlichen Zugriffes durch Dritte und der Ausschluss einer Gefährdung.

Amalgamabfälle (AS 18 01 10):

bisherige Klassifikation der Abfallart: D
Amalgamreste aus der Zahnheilkunde einschließlich extrahierter Zähne mit Amalgam sind gesondert zu sammeln und in regelmäßigen Abständen als besonders überwachungsbedürftiger Abfall zu entsorgen.

Der postalische Versand dieser Behälter ist zulässig. Die einschlägigen Transportbedingungen sind zu beachten.

Zytotoxische und zytostatische Arzneimittel (AS 18 01 08):

bisherige Klassifikation Sondermüll:
Nach Zubereitung oder Anwendung von Zytostatika und Virustatika sind erbgutschädigende oder krebserregende Rückstände zu erwarten. Solche Abfälle müssen über ein zugelassenes Entsorgungsunternehmen gesondert beseitigt werden. Die Sammelbehälter sollen feuchtigkeitsdicht und durchstoßsicher sein.

Körperteile und Organreste (AS 18 01 02):

bisherige Klassifikation der Abfallart: E
Körperteile und Organreste einschließlich Blut und Blutprodukte sind in verschlossenen Behältnissen zu sammeln und einer gesonderten

Beseitigung (Verbrennungsanlage) zuzuführen. Ein Umfüllen oder Sortieren ist nicht zulässig. Einzelne mit Blut oder flüssigen Blutprodukten gefüllte Behältnisse können in dafür vorgesehenen Ausgüssen unter Einhaltung der entsprechenden Arbeitsschutzmaßnahmen entleert und unter Beachtung wasserwirtschaftlicher Vorgaben dem Abwasser zugeführt werden. Die Lagertemperatur darf 15° C nicht überschreiten, die Lagerdauer nicht eine Woche.

Rückstände von Versuchstieren und sonstigen Abfällen aus der humanmedizinischen Forschung und Diagnostik, deren Beseitigung nicht durch das Tierkörperbeseitigungsgesetz geregelt ist (AS 18 02 02):

bisherige Klassifikation der Abfallart: C 2
Diese Abfälle sind in einer zugelassenen Müllverbrennungsanlage zu entsorgen.

Weitere Abfälle:

bisherige Klassifikation der Abfallart: A
Abfallgemische, die dem Müll aus Haushalten ähneln, sind wie Siedlungsabfälle (AS 20 03 01) durch Müllverbrennung oder -deponie zu entsorgen (gemeinsame Entsorgung mit AS 18 01 04 bei Einhaltung der dort genannten Bedingungen möglich).
Hierzu gehören auch Küchen- und Kantinenabfälle (AS 20 01 08).

Gegen eine Verwertung von Glas, Papier oder Metall (AS 15 01 01 - AS 15 01 07) bestehen keine hygienischen Bedenken, wenn diese Rückstände nicht bei der unmittelbaren medizinischen Tätigkeit anfallen und nicht mit Blut, Sekreten, Exkreten oder Arzneimitteln verunreinigt sind.

Anforderungen an die Entsorgung:

Für den Umgang mit medizinrelevanten Abfällen gelten gemäß der Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes differenzierte Vorschriften.

Besonders überwachungsbedürftige Abfälle (wie infektiöse Abfälle nach AS 18 01 03 oder Rückstände nach AS 18 02 02) sind einem Nachweisverfahren unterworfen (Entsorgungsnachweis und Begleitschein).

Für die anderen Abfälle ist ein vereinfachter Entsorgungsnachweis zulässig,

Zu beachten sind folgende grundsätzliche Anforderungen:

- lückenlose Erfassung aller anfallenden Abfälle
- getrennte Abfallefassung und -entsorgung
- Einsatz transportfester, feuchtigkeitsbeständiger, fest verschließbarer und entsprechend gekennzeichnete Sammelbehältnisse
- Reinigung und Desinfektion der Rücklaufbehälter
- Beachtung des Personalschutzes (Abfallbehälter nicht öffnen, nicht umfüllen, Abfall nicht sortieren)

Eigenkontrolle

Krankenhäuser und Kliniken haben einen Betriebsbeauftragten für Abfall zu bestellen. Dessen Funktion beinhaltet die Informations- und Berichtspflicht, die Kontrolle sowie Beratung. Aus umwelthygienischen und infektionspräventiven Gesichtspunkten sind betriebsinterne Eigenkontrollen vorzunehmen.

Literatur:

1. Mitteilungen der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA), Band 18, 2., neu bearbeitete Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag 2002
2. Verordnung über das Europäische Abfallverzeichnis (Abfallverzeichnis-Verordnung – AVV) vom 10.12.2001, BGBl. I, S. 3379
3. Anforderungen der Hygiene an die Abfallentsorgung.
Anlage zu Ziffer 6.8 der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Bundesgesundhbl. 10/1994, 437-439

Zusammengestellt vom Ausschuss für Hygiene und Umweltmedizin der Sächsischen Landesärztekammer und den Fachgebieten Krankenhaushygiene der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vizepräsident und Abteilungsdirektor
Humanmedizin
Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Zschopauer Straße 87, 09111 Chemnitz
Tel.: 0371 6009 100, Fax: 0371 6009 109
E-Mail: siegwart.bigl@lua.sms.sachsen.de

Anlage 1

Übersicht der Abfallschlüssel (alt → neu) im Gesundheitswesen

- Bisher: Abfälle der Gruppe A
 - A1 → gemischte Siedlungsabfälle (AS 20 03 01)
 - A2 → Verpackungsabfall (AS 15 01 XX)
 - A3 → desinfizierte Abfälle nach AS 18 01 03
 - A4 → Küchen- und Kantinenabfälle (AS 20 01 08)
- Bisher: Abfälle der Gruppe B
 - B1 → Abfälle, für die außerhalb der Einrichtung keine besonderen Anforderungen aus infektionspräventiver Sicht bestehen (AS 18 01 04)
 - B2 → spitze oder scharfe Gegenstände (AS 18 01 01)
- Bisher: Abfälle der Gruppe C
 - C1 → infektiöse Abfälle (AS 18 01 03)
 - C2 → Rückstände von Versuchstieren und sonstige Abfälle aus der humanmedizinischen Forschung und Diagnostik, deren Beseitigung nicht durch das Tierkörperbeseitigungsgesetz geregelt ist (AS 18 02 02)
- Bisher: Abfälle der Gruppe D
 - gefährliche Chemikalienrückstände (AS 18 0 06)
 - sonstige Arzneimittel (AS 18 01 09)
 - Amalgamabfälle (AS 18 01 10)
- Bisher: Abfälle der Gruppe E
 - Körperteile und Organreste (AS 18 01 02)
- Bisher: Sondermüll
 - zytotoxische und zytostatische Arzneimittel (AS 18 01 08)
 - radioaktive Abfälle (Sonderregelungen)

Jahresbericht des Gemeinsamen Krebsregisters

Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR)

Das Gemeinsame Krebsregister (GKR) hat im Rahmen seiner 2001 eröffneten Schriftenreihe den ersten umfassenden Jahresbericht erarbeitet. Basis sind die gemeldeten Krebsneuerkrankungen des Diagnosejahres 1999 aus den neuen Bundesländern und Berlin.

Einige Eckdaten aus dem Jahresbericht:

Im Erfassungsgebiet des GKR wurden im Diagnosejahr 1999 jeweils etwa 37.000 Krebsneuerkrankungen (Sachsen 10.700) bei Männern und Frauen registriert. Diese Zahl beinhaltet auch die Fälle, die dem Krebsregister nur vom Leichenschauchein bekannt geworden sind (sog. DCO-Fälle – death certificate only), d.h. für die keine ärztliche Meldung vorliegt. Der Anteil dieser Fälle beträgt etwa 27% (Sachsen 17%). Die Zahl der Sterbefälle an Krebs betrug im gleichen Jahr 23.000 (Sachsen 5.900) bei Männern und 21.000 (Sachsen 5.800) bei Frauen. Häufigste Krebsneuerkrankung bei Männern ist mit 23% (Sachsen 17%) der Lungenkrebs und bei Frauen der Brustkrebs mit einem Anteil von 30% (Sachsen 25%). Während bei Männern

mit 28% (Sachsen 26%) der Lungenkrebs auch die häufigste Krebstodesursache darstellt, ist es bei Frauen mit 16% (Sachsen 17%) der Darmkrebs.

Beginnend mit der Veröffentlichung der Daten des Jahres 1999 wird es in der Folge jährlich einen im Aufbau und Inhalt im Wesentlichen gleichartigen Jahresbericht geben. Dabei stehen Vollständigkeit und Aktualität der Daten im Vordergrund, was einerseits von der Entwicklung des Meldeaufkommens in den einzelnen Ländern, besonders aber auch von einer zeitnahen Meldung der Krebsneuerkrankungen an das GKR abhängt.

Dem Bericht ist ein einleitendes Kapitel vorangestellt, in dem Material und Methoden erläutert, ein Überblick über Gebiet und Bevölkerung gegeben sowie die Rechtsgrundlage, die Art der Datenerhebung und die Meldewege in den beteiligten Bundesländern beschrieben werden.

Den inhaltlichen Hauptteil bilden, wie in Jahresberichten bevölkerungsbezogener Krebsregister üblich, tabellarische Übersichten zu den Krebsneuerkrankungen nach Geschlecht, Lokalisation und Altersgruppen, in denen auch verschiedene epidemiologische Basiszahlen zur Inzidenz abgebildet sind. Diese Tabel-

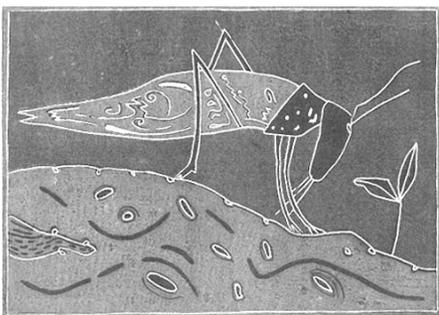
len sowie weitere Informationen zur Art der Diagnosesicherung und zu den häufigsten malignen Tumorerkrankungen werden sowohl für jedes am GKR beteiligte Bundesland als auch für das Erfassungsgebiet insgesamt dargestellt.

Für ausgewählte Lokalisationen wird in grafischer Form die Entwicklung der Inzidenz von 1961 bis 1999 gezeigt. In einem abschließenden Kapitel sind ausgewählte Lokalisationen detaillierter beschrieben. In tabellarischer und grafischer Form werden neben weiteren epidemiologischen Zahlen u.a. auch Daten zur Stadienverteilung und zur Primärtherapie präsentiert.

Der Jahresbericht kann kostenlos über das Gemeinsame Krebsregister, Brodauerstr. 16-22, 12621 Berlin (Fax: 030 56581333 oder E-Mail: vertrauensstelle@gkr.verwalt-berlin.de) angefordert werden und ist unter www.krebsregister-berlin.de verfügbar.

Dr. med. Bettina Eisinger
Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin,
Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern,
Sachsen-Anhalt und der
Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR)
Brodauer Str. 16/22
12621 Berlin
E-Mail: bettina.eisinger@gkr.verwalt-berlin.de

Der Wald hat Ohren, das Feld hat Augen



Gryllus, Karola Smy

In den letzten Jahren haben Karola und Wolfgang Smy eine Vielzahl von Steinzeichnungen

im Leinpfad, dem alten Treidlerweg der für den stromaufwärtsgehenden Elbhandel bedeutend war, entdeckt und eine Sammlung der Bilder angelegt. Doch natürlich arbeitet das Künstlerehepaar sonst in eher getrennten Genres. Während Karola Smy, Jahrgang 1955, als Künstlerin lieber plastische Formen aus gebranntem Ton mit farbigen Glasuren bemalt oder Linolschnitte anfertigt, wendet sich Wolfgang Smy, Jahrgang 1952, dagegen stärker der Malerei zu. Er sagt über seine Arbeiten: „Leinwandgevierte und Konstrukte aus Holz kleide ich neu ein und erneue sie zum Bildobjekt. Ich steuere Pinsel und Druckstöcke zu Bildfindungen und durch die skan-

dierende Wiederholung von Bildelementen entstehen Werke, in denen sich der Geist unserer Tage spiegelt.“

Linolschnitte und Gemälde von Karola und Wolfgang Smy sind jetzt in der Sächsischen Landesärztekammer zu sehen.

18. März bis 12. Mai 2003

Vernissage: 20. März 2003, 19.30 Uhr
Einführung: Frau Dr. phil. Ingrid Koch
Musik: Hochschule für Musik
Carl-Maria-von-Weber
Dresden

Ausstellung

Einladung zum 2. Deutsch-polnischen Symposium



Die Sächsische Landesärztekammer und die polnische Niederschlesische Ärztekammer führen in diesem Jahr vom 12. bis 14. September 2003 ein zweites Deutsch-polnisches Symposium durch. Die wissenschaftliche Veranstaltung in der weltbekannten Stadt Meissen steht wieder unter dem Motto „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ und wird durch zahlreiche Beiträge von Ärzten beider Länder unterstützt.

Die Veranstaltung soll einen Anschluss an das erste Symposium dieser Art, welches 2001 in Kreisau/Krzyzowa unter dem gleichen Motto stattfand, darstellen. Neben mehr als 200 Ärzten, wurde das Geschehen vor zwei Jahren auch von Politikern deutscher und polnischer Seite reger verfolgt.

Themen des diesjährigen Symposiums, welches von den Präsidenten der beiden Partnerkammern Prof. Dr. Schulze und Dr. Wojnar eröffnet wird, werden vor allem die gemeinsame Geschichte, die aktuelle Politik sowie die Fort- und Weiterbildung in einem zusammenwachsenden Europa sein. Durch die einzelnen Vorträge und Diskussionen sollen neue Ideen und Ansätze für die weitere Kooperation geschaffen werden.

So wird unter anderem Prof. Dr. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, zum Gegenstand „Polen und die Europäische Union“ referieren. Weitere Vorträge zur „Gegenseitigen Anerkennung von Abschlüssen“ oder zur „Ärztlichen Weiterbildung in Deutschland“

werden die Veranstaltung fortführen. Einge-laden wurde auch der Kommissar für die Erweiterung der Europäischen Union, Herr Günther Verheugen.

Zum Abschluss des Symposiums ist eine Fahrt zur katholischen Hofkirche in Dresden geplant.

Die Anmeldung kann unter der Anschrift Sächsische Landesärztekammer, Ärztlicher Geschäftsbereich, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden oder unter der Telefonnummer (0351) 8 26 73 11 erfolgen. Wir möchten darauf hinweisen, dass eine gewünschte Teilnahme an dem Symposium nur nach dem Eingangsdatum der Meldung berücksichtigt werden kann, da für dieses Symposium nur eine begrenzte Kapazität vorhanden ist. kö

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 6. April 2003, 11.00 Uhr
Junge Matinee

Holzbläser-Kammermusik

Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Sonntag, 4. Mai 2003, 11.00 Uhr
Junge Matinee

Von Solo bis Quartett

Kammermusik in unterschiedlichen Besetzungen

Mozart: Flötenquartett u. a.

Studenten der Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden

Ausstellungen

Foyer der Sächsischen Landesärztekammer

Carola Smy & Wolfgang Smy

Der Wald hat Ohren, das Feld hat Augen –

Linolschnitte und Gemälde

18. März bis 12. Mai 2003

Vernissage

Donnerstag, 20. März 2003, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. phil. Ingrid Koch, Kunstjournalistin und Autorin

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

Susanne Kiesewetter

Malerei und Grafik „Augen-Blicke“

Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf »Arzthelferin/Arzthelfer«

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“ am Montag, dem **7. Juli 2003, 8.00 - 10.00 Uhr**, durch.

Folgende Prüfungsorte für die Zwischenprüfung wurden festgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz
Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen, Außenstelle
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für
Wirtschaft und Gesundheit
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum für
Wirtschaft und Soziales
Carl-v.-Ossietzky-Straße 13 - 16,
02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig
Berufliches Schulzentrum 9
Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig

Berufliches Schulzentrum Torgau
Replitzer Weg 10, 04860 Torgau

TeilnehmerInnen an der Zwischenprüfung sind
Auszubildende des zweiten Ausbildungsjah-

res und Umschülerinnen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle auszubildenden Ärzte von der Sächsischen Landesärztekammer.

Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum **31. Mai 2003** zu erfolgen.

Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 7 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und Umschülerinnen gehen anschließend wieder in die Arztpraxis oder zum Unterricht.

Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch nicht vollendet war, sind verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist.

Anderenfalls ist die Eintragung der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Auszubildenden nach § 32 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung über die Berufsausbildung zum **Arzthelfer/zur Arzthelferin** eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

10 Jahre Dresdner Ärzteball

»Musenkuss und Medicus«

von Mitternachtsrosen, Hutprachten, Schlösserglanz und Mondscheintanz

Nach Sturmnächten, Sommerfluten und Winterhochwasser,
die unseren 9. Ball davongeweht und -gespült haben, lässt sich die Kreisärztekammer
Dresden nun nicht mehr davon abhalten, Sie einzuladen zum

10. Dresdner Ärzteball

in der Nacht des 26. April um 19.00 Uhr auf Schloß Albrechtsberg.

Um Kartenreservierung wird höflich gebeten bis zum 28. Februar 2003
bei Frau Riedel, Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden,
Telefon: (03 51) 8 26 74 26.

Der Preis der Ballkarte beträgt 65 Euro, für A&ÄiP und
arbeitslose Kolleginnen und Kollegen 40 Euro.

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 Dietrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: 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 Vertriebsgesellschaft mbH
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 22555-0, Telefax: (03 41) 22555-15
Internet: www.leipziger-messeverlag.de
E-Mail: info@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenverkauf: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Abonnementservice: Steffen Lochmann
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 1.1.2003 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.

LA-MED

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



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.

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C010

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 3. 2003 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.

Mittweida

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 03/C011

Freiberg

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 03/C012
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C013

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C014
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 03/C015
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 03/C016

Chemnitzer Land

Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 03/C017

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 4. 2003 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 Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/D012
Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 03/D013
Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 03/D014

Görlitz-Stadt/

Niederschlesischer Oberlausitzkreis
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/D015
Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 03/D016
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 03/D017

Meißen

Facharzt für Innere Medizin
(Fachärztlicher Versorgungsbereich)
Vertragsarztsitz in einer
Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 03/D018

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/D019

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 4. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 03/L005

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 4. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Döbeln

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 03/L006

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 18. 3. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.-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 in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
geplante Praxisabgabe:
im Laufe bis Ende 2003

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe:
Dezember 2003
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis)
geplante Praxisabgabe: 2004

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Geplante Praxisabgabe: 2003

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

KVS Landesgeschäftsstelle

D. Schyra, G. Ehninger, M. Breidert

Diagnostik und Therapie neuroendokriner Tumoren

TU Dresden
Medizinische Fakultät
Medizinische Klinik und Poliklinik I

Untersuchungsergebnisse von Patienten aus dem Raum Dresden 1993-1999

Zusammenfassung:

Neuroendokrine Tumoren des Gastrointestinaltraktes stellen aufgrund ihrer Seltenheit, ihrer biologischen Vielfalt und der unterschiedlichen Wachstumskinetik eine große Herausforderung für Diagnostik und Therapie dar. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden Krankenakten von über 60 Patienten aus dem Raum Dresden ausgewertet. Anhand dieser Daten werden die Besonderheiten neuroendokriner Tumoren bezüglich Symptomatik, Krankheitsverlauf, Erkrankungsdauer, Zweiterkrankungen und Prognose dargestellt und die angewandten diagnostischen Mittel und Therapien mit dem aktuellen Wissensstand verglichen. So werden z.B. die Tumormarker Chromogranin und Neuronenspezifische Enolase (NSE) in ihrem diagnostischen Wert beurteilt.

Bei einer großen Anzahl therapeutischer Möglichkeiten wurde die Metajodbenzylguanidintherapie (MIBG) bei diesem Patientengut sehr häufig und mit guten Erfolgen angewandt.

Entscheidend für die erfolgreiche Therapie ist eine zeitige Tumordiagnose. Oft sind Symptome neuroendokriner Tumoren jedoch sehr unspezifisch. Deshalb ist bei geringstem Tumorverdacht eine richtige Diagnostik, unter anderem bestehend aus bildgebenden Verfahren, Tumormarker- (Chromogranin) und Hormondiagnostik (Serotonin, 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)), sehr wichtig. Eine zeitige Diagnose erhöht die Chancen einer kurativen chirurgischen Therapie.

Schlüsselwörter: Neuroendokrine Tumoren, Diagnostik, kurative und palliative Therapie, Zweittumoren

Einleitung

Die heutigen Erkenntnisse über die Entstehung neuroendokriner Tumoren sind noch sehr jung. Zum besseren Verständnis ihres klinischen Erscheinungsbildes, aber auch der Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie soll deshalb kurz auf die Pathogenese eingegangen werden. Embryologisch gesehen lassen sich die verschiedenen neuroendokrinen Zellen des Gastrointestinaltraktes einem System mit gemeinsamem Ursprung in der Neuralleiste zuordnen (Pearse et al, 1996). Diese wiederum geht aus dem Ektoderm hervor. Im Laufe der Embryonalentwicklung wandern Neuralleistenzellen aus und verteilen sich im gesamten Körper (zum Beispiel Herz, Lunge Gastrointestinaltrakt). Neuroendokrine Zellen des Gastrointestinaltraktes entstammen damit alle dem gleichen Keimblatt und bilden den peripheren endokrinen Anteil des Nervensystems. Dementsprechend sind sie in der Lage, eine Vielzahl von biogenen Aminen (Stoffklassen, welche durch Decarboxylierung von Aminosäuren entstehen, z.B. Tryptamin zu Serotonin, Tyrosin zu Dopamin, Adrenalin oder Noradrenalin) und Peptidhormonen (z.B. Calcitonin, Insulin) zu synthetisieren und über Axone in den Blutstrom zu sezernieren. Entartete Zellen des von Pearse beschriebenen endokrinen Systems leiten sich also von spezialisierten epithelialen Zellen ab. Tumoren dieses Systems können sich – ebenso wie gesunde neuroendokrine Zellen – hinsichtlich ihres Entstehungsortes, ihrer Sekretionsprodukte und ihrem biologischen Verhalten unterscheiden. Nach diesen Gesichtspunkten erstellten Capella et al. 1994 eine Systematik neuroendokriner Tumoren (welche in die WHO-Klassifikation

aus dem Jahre 2000 eingegangen ist) unter der Verwendung folgender Kriterien:

- Tumorlokalisation
- Tumorgröße
- Gefäßinvasion
- Proliferationsaktivität
- funktionale Aktivität
- histologische Differenzierung.

Das klinische Erscheinungsbild neuroendokriner Neoplasien kann einmal durch die Lokalisation der Tumoren und ihrer Metastasen, zum anderen aber durch die erhöhte Konzentration biogener Amine im Blut geprägt werden. Die klassische Form dieses Erscheinungsbildes stellt das Karzinoidsyndrom mit seiner Symptomtrias Diarrhoe, Flush und Rechtsherzendokardfibrose dar. Es tritt insgesamt nur bei etwa 5% aller Patienten auf (Burke et al, 1997). Die überwiegende Mehrzahl der Patienten leidet unter weniger spezifischen Beschwerden wie z.B. Schmerzen, Obstipation, Gewichtsverlust, aber auch an der zum Karzinoidsyndrom zählenden Diarrhoe. Aus diesem Grund ist die Diagnostik neuroendokriner Tumoren, auch bei ausgeprägter klinischer Symptomatik, oft sehr schwierig. So ist das weitere therapeutische Vorgehen häufig vom Zeitpunkt der Diagnose des neuroendokrinen Tumors abhängig. Die zentrale Stellung in der Behandlung neuroendokriner Tumoren nimmt das operative Vorgehen ein. Bei lokal begrenzten Tumoren sind kurative, radikale Resektionen möglich, während Patienten mit metastasierten Neoplasien aufgrund des langsamen Tumorwachstums noch von „Debulking“-Operationen (Tumormassenreduktion) profitieren können (Martin et al, 1983).

Neben der chirurgischen Therapie spielt die palliative Behandlung eine große Rolle. Hier stehen mehrere Therapeutika wie z.B. Somatostatinanaloga, Metajodbenzylguanidin (MIBG), Interferon und Chemotherapeutika zur Verfügung. Allerdings setzt der optimale Einsatz aller diagnostischen und therapeutischen Mittel bei einem so heterogenen Krankheitsbild ein hohes Maß an interdisziplinärer Zusammenarbeit voraus. Es bedarf der Kooperation der Endokrinologen mit den Gastroenterologen und Onkologen, aber auch mit dem Chirurgen, Pathologen und Nuklearmediziner – und nicht zuletzt – mit dem Hausarzt der Patienten. In dieser Arbeit werden die Besonderheiten neuroendokriner Tumoren bezüglich Symptomatik, Krankheitsverlauf, Erkrankungsdauer, Zweiterkrankungen und Prognose dargestellt und die angewandten diagnostischen Mittel und Therapien mit dem aktuellen Wissensstand verglichen. Neuroendokrine Tumoren des gastroenteropankreatischen Systems stellen mit einer Inzidenz von 1/100.000 Einwohner/Jahr eine sehr seltene Tumorerkrankung dar. Dennoch konnten im Raum Dresden 75 Patienten mit neuroendokrinen Tumoren erfasst werden (1993/6-1999). Angaben über Hormonaktivität, Symptome, Therapien und Überlebenszeit waren bei 60 dieser Patienten verfügbar. Die Patientendaten wurden Krankenakten medizinischer Einrichtungen aus dem Raum Dresden entnommen.

Ergebnisse

Geschlecht und Erkrankungsalter

Neuroendokrine Tumoren sind oft lange Zeit indolent. Dadurch wird die Diagnostik sowie die Bestimmung der Inzidenz und des Erkan-

Tabelle 1: Diagnostischer Weg bis zum endgültigen Befund eines neuroendokrinen Tumors

Ausgangssituation/ Fallzahl	Diagnose eines NET durch Histologie/ Immunhistochemie einer Tumorbiopsie
Tumorerkennung durch Ultraschall 13	13
Tumorerkennung durch Gastroskopie 6	6
Tumorerkennung durch Koloskopie 6	6
Tumorerkennung durch Pelviskopie 1	1
Tumorerkennung durch Rektalpalpation 1	1 bei nachfolgender Koloskopie
kein Tumorverdacht bei OP- Präparat 8	8 (Routinebiopsie Appendix, Rektumpolyp)
Operation bekannter Tumoren unklaren zytologischen Ursprungs 21	21
Operation bekannter Tumoren bekannten zytologischen Ursprungs 2	2 (zusätzlicher NET)
unbekannte Ausgangssituation 2	2

kungsalters erschwert (Bajetta et al, 2000). Aus diesem Grund wurde das Alter der Patienten (Männer n = 31, Frauen n = 29) bei

endgültiger Diagnosesicherung als Erkrankungsalter definiert. Statistisch konnte bei einem p-Wert von $p = 0,25$ ein signifikanter Unterschied bezüglich des Erkrankungsalters zwischen Männern und Frauen nicht festgestellt werden ($p > 0,05$).

Diagnostik

Der diagnostische Weg bis zur histologisch sicheren Krankheitserkennung war bei 52 Patienten nachvollziehbar (Tabelle 1):

– Eine internistische Diagnostik wurde bei 21 Patienten beschritten. Sie erfolgte nicht in jedem Falle primär aus einem Tumorverdacht heraus. Häufigste diagnostische Mittel waren der Ultraschall (13 Anwendungen) sowie die Gastroskopie und Koloskopie (je 6 Anwendungen). Kuwada et al. (2000) bemerken dazu: „Wenn die Indikationen zur gastrointestinalen Endoskopie zunehmen würden, so könnten mehr neuroendokrine Tumoren des Gastrointestinaltraktes entdeckt werden. Die Diagnostik und das anfängliche „Krankheitsmanagement“ lägen damit in den Händen der Gastroenterologen“.

– Bei weiteren 31 Patienten wurde die Erkrankung postoperativ anhand eines Operationspräparates erstmalig diagnostiziert. In 8 Fällen war die Diagnose des neuroendokrinen Tumors wiederum zufällig. Eine endgültige, sichere Diagnose stellte bei allen 60 Patienten der Pathologe anhand von Gewebeproben. Die histologischen bzw. immunhistochemischen Untersuchungen wurden 21x vom Internisten und 31x vom Chirurgen angefordert.

Lokalisation des Primärtumors

Neuroendokrine Tumoren des Gastrointestinaltraktes werden in Abhängigkeit von der Lokalisation des primär befallenen Organs, als Fore-, Mid- oder Hindguttumoren bezeichnet. Zum Zeitraum der Datenerhebung standen uns von 75 Patienten Informationen über die Tumorprimärlokalisation zur Verfügung (Tabelle 2).

Tumormetastasen

Neuroendokrine Tumoren metastasieren bevorzugt in Leber und Lymphknoten; jedoch können Tochtergeschwülste fast überall im Körper vorkommen (Maton et al, 1995). In der vorliegenden Studie waren bei mehr als 50% der Patienten (n = 33) Metastasen bekannt. Bei 23 Patienten konnten Lebermetastasen und bei 18 Patienten Lymphknotenmetastasen nachgewiesen werden. Fünf Patienten litten an Lungen- und 2 Patienten an Knochenmetastasen.

Therapie

Patienten mit neuroendokrinen Karzinomen haben eine hohe 5-Jahres-Überlebensrate. Ursache dafür ist nicht nur die langsame Ausbreitungstendenz maligner neuroendokriner Zellen, sondern auch die große Anzahl therapeutischer Möglichkeiten. So erhielten 54 Patienten (90%) eine Therapie (Tabelle 3). Aus nachfolgenden Gründen (Tabelle 4) sind die einzelnen Therapiemöglichkeiten nur beschränkt einsetzbar.

Neuroendokrine Tumoren und maligne Zweittumoren

Bei 8 Patienten mit neuroendokrinen Tumoren konnten zusätzliche maligne Zweiterkran-

Tabelle 2: Primärlokalisation und Häufigkeit neuroendokriner Tumoren (n = 75)

Darmabschnitt und Anzahl der Primärlokalisationen	Organ des jeweiligen Darmabschnittes	Anzahl der Primärlokalisationen pro Organ	Prozentualer Anteil der Tumoren pro Organ bzgl. aller 75 Primärtumoren
Foregut (n = 15) (20%)	Duodenum	0	0
	Magen	12 (80%)	16%
	Lunge	3 (20%)	4%
Midgut (n = 41) (54,7%)	Pankreas	9 (22%)	12%
	Jejunum	1 (2,4%)	1,3%
	Ileozökal	21 (51,2%)	28%
	Appendix	9 (21,5%)	12%
	Kolon ascendenz	1 (2,4%)	1,3%
Hindgut (n = 11) (14,7%)	Kolon descendenz	0	0
	Rektum	11 (100%)	14,7%
CUP (n = 8) (10,6%)	CUP	8 (100%)	10,6%

Tabelle 3: Therapie neuroendokriner Tumoren bei 54 Patienten

Therapieart	Anzahl Frauen	Durchschnittsalter bei Therapiebeginn	Anzahl Männer	Durchschnittsalter bei Therapiebeginn
Operation	24	51,8	20	57
Octreotid	4	66	8	62
Interferon	2	57	4	65,5
Chemotherapie	3	51,5	4	58
MIBG	6	60,5	12	59,5
Chemoembolisation	1	58	0	0
Mistelpräparate	0	0	2	60,5
keine Therapie	2	65	4	65,5

Tabelle 4: Ursachen für Therapieabbrüche bzw. Therapieunterlassungen (n = 25)

Therapieart	Ursachen für Therapieabbruch bzw. Therapieunterlassung	Anzahl der Patienten
Sandostatin/ Octreotid	keine Octreotidrezeptoren	4
	Unverträglichkeit	1
Operation	Inoperabilität	8
MIBG	keine Speicherung	5
	Unverträglichkeit	3
Chemo	kein Ansprechen	1
	Unverträglichkeit	1
Interferon	kein Ansprechen	0
	Unverträglichkeit	2

Tabelle 5: Lokalisation neuroendokriner Tumoren und maligner Zweitumoren (n = 8)

Lokalisation des neuroendokrinen Tumors	Lokalisation des zusätzlichen malignen Tumors
Lunge	Lunge (Adeno-Ca)
Lunge	Lunge (Adeno-Ca)
Magen	Gallenblase
Magen	Magen (Adeno Ca)
Coeccum	Ovar
distales Ileum	Rektum
distales Ileum	Kolon-Flexur
Appendix	Lunge (Adeno Ca)

kungen festgestellt werden (Tabelle 5). In 6 Fällen wurde der neuroendokrine Tumor zufällig bei der Diagnostik oder Therapie eines anderen malignen Prozesses entdeckt.

Diskussion

Zwischen dem Auftreten erster Symptome und der Feststellung der Diagnose „Neuroendokriner Tumor“ vergehen im Durchschnitt 4,5 Jahre (Kaplan et al. 1995). Diese Diagnoseverzögerung ist neben der Spätsymptomatik ein weiterer Grund für die geringen Chancen einer kurativen Therapie symptomatischer neuroendokriner Tumoren.

Wesentliche Diagnoseverzögerungen wurden in der vorliegenden Arbeit in 12 Fällen beob-

achtet (von einem Monat bis hin zu 5 Jahren). Dafür gibt es folgende Gründe:

1. Der neuroendokrine Tumor ist eine kleine Neubildung und entzieht sich damit einer raschen Diagnostik.
2. Infolge langsamen Tumorwachstums kommt es erst spät zu einer entsprechenden Symptomatik und dem damit verbundenen Leidensdruck des Patienten.
3. Die Symptomatik neuroendokriner Tumoren kann sehr unspezifisch sein (Diarrhoe, Bauchschmerzen, Obstipation). Der Patient vermutet für gewöhnlich nur harmlose Krankheiten etwa im Sinne einer Gastroenteritis. Die Vorstellung bei einem Arzt wird dadurch verzögert.
4. Neuroendokrine Tumoren sind selten (1-2/100000). Für ihre Diagnostik kann daher die Sensibilisierung des Arztes für dieses Krankheitsbild fehlen.

Die endgültig sichere Diagnose wurde bei allen Patienten vom Pathologen gestellt.

Bei dem Verdacht auf das Vorliegen eines neuroendokrinen Tumors ist die Labordiagnostik von Hormonen und Tumormarkern sehr hilfreich. Hier sind sowohl die vom Tumor in gesteigertem Maße produzierten Hormone (z.B. Serotonin, Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, 5-HIES), als auch die Tumormarker (z.B. NSE, Chromogranin) von Bedeutung. Aussagekraft und Spezifität der genannten Parameter hinsichtlich Diagnostik, Prognose und Verlauf neuroendokriner Tumoren sind jedoch sehr unterschiedlich. Bei pathologischen Werten der Hormone Noradrenalin, Adrenalin und/oder Dopamin erfolgte immer eine zusätzliche Bestimmungen des Serotoninwertes bzw. der 5-HIES. Therapeutische und oder diagnostische Konsequenzen (z.B. Rezidiv- oder Metastasensuche, Neueinstellung einer Sandostatintherapie) erfolgten jedoch immer in Anlehnung an die Werte von Serotonin und der 5-HIES i.U.. Es kann also geschlussfolgert werden, dass die Diagnostik von Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin durch die Bestimmung der Parameter Serotonin und/oder 5-HIES häufig ersetzt werden könnte.

Bezüglich der Tumormarker konnte sich Chromogranin A als universeller Marker für die verschiedensten neuroendokrinen Tumoren bisher nicht durchsetzen. Dagegen wurde NSE als Marker fast doppelt so häufig verwendet (n=18). In 10 von 18 Fällen war NSE

deutlich erhöht. Chromogranin A wurde bei 10 Patienten bestimmt und war in 8 Fällen stark erhöht. Als Verlaufsparemeter wurde Chromogranin A bei 6 Patienten wiederholt bestimmt. In allen Fällen zeigten diese Werte deutliche therapiebedingte Änderungen. Damit hat Chromogranin A als Marker für neuroendokrine Tumoren einen großen Wert. Die NSE-Bestimmung ist nicht sinnvoll und sollte daher unterlassen werden.

Trotz Metastasierung haben neuroendokrine Tumoren einen relativ günstigen Verlauf mit hoher 5-Jahresüberlebensrate. Viele Patienten leben lange Zeit mit ihrer Erkrankung, ohne in ihrer Lebensqualität eingeschränkt zu sein. C.G. Moertel prägte deshalb den Satz: "For many patients-for most of them early on-no treatment is the best treatment". (Für viele Patienten ist keine Therapie die beste Therapie)(Moertel et al, 1992).

Solange jedoch die Möglichkeit einer gänzlichen Tumorresektion besteht, ist die chirurgische Therapie das Mittel der Wahl. Die Operation stellt die einzige kurative Therapiemöglichkeit neuroendokriner Tumoren dar (Adams et al, 2000). Sie hat zudem einen hohen Stellenwert bei der Vorbeugung bzw. Linderung von Symptomen (z.B. Debulkingoperation). In der vorliegenden Studie war die Operation die häufigste genutzte Therapie. Bei 49 Patienten (81,6%) wurde ein chirurgischer Eingriff vorgenommen. In 5 Fällen musste die Operation bei inoperablem Tumor abgebrochen werden. Somit konnte bei 44 Patienten (73,3%) der chirurgische Eingriff als Therapie angesehen werden. Bei 31 von Ihnen blieb der chirurgische Eingriff die einzige therapeutische Maßnahme. Bei Sechzehn operierten Patienten konnte man bis zum Abschluss der Datenerhebung von einer Krankheitsheilung ausgehen. Eine Inoperabilität wurde bei 8 Patienten beschrieben – 5x intraoperativ und 3x präoperativ.

Für alle nicht kurativ behandelbaren Patienten standen weitere therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung. Dabei hatten die Beherrschung der Tumorsymptomatik und die Beeinflussung des Tumorwachstums Priorität. Im einzelnen wurden folgende palliative Behandlungsmethoden in abnehmender Häufigkeit angewandt:

- MIBG (Metajodbenzylguanidin)
- Somatostatinanaloge (Sandostatin/Octreotid)

- Chemotherapie
- Interferon
- Chemoembolisation
- Mistelpräparate

Von ursprünglich 21 Patienten boten nur 13 die Voraussetzung für wiederholbare und damit suffiziente MIBG Therapien. In allen 13 Fällen konnte eine Besserung der Tumorsymptomatik erreicht werden. Bei 7 Patienten wurde zusätzlich eine Tumorregression bzw. ein Aufhalten der Tumorprogression beschrieben. Mit Somatostatin wurden zwölf Patienten behandelt. Somatostatin (auch Somatotropin release-inhibiting factor (SRIF) genannt) inhibiert die Synthese und Freisetzung biogener Amine und regulatorischer Peptide via sst-2 Rezeptor (Benali et al, 2000). Außerdem fungiert es als Neurotransmitter/Neuromodulator und kann antiproliferative Wirkungen erzielen (Bystander Effekt)(Rault et al, 1994, Ducreux et al, 2000). Die hemmende Wirkung synthetischer Somatostatinanaloga auf die Hormonenfreisetzung übertrifft die des natürlichen Somatostatins (Afargan et al, 2001). Damit sind Somatostatinanaloga besonders gut zur Therapie hormonbedingter Tumorsymptome geeignet. Dabei geht eine Dosiserhöhung mit verbesserter Kontrolle von Flush, Diarrhoe und den 5-HIES Spiegeln einher (Harris et al, 1995). Obwohl eine große Anzahl von Nebenwirkungen auftreten kann, wird die Therapie meist gut vertragen und stellt damit ein sehr erfolgreiches Behandlungsprinzip dar (Gregor et al, 2000). So konnten 11 Patienten dieser Studie erfolgreich mit Somatostatinanaloga behandelt werden. Bei allen wurde eine Besserung der Tumorsymptomatik dokumentiert. Eine Tumorregression wurde nicht beschrieben. Sieben Patienten wurden chemotherapeutisch behandelt. Fünf verschiedene Chemotherapeutika kamen zur Anwendung – allein und in Kombination. In keinem Fall wurden Therapieerfolge dokumentiert. Vier Patienten sind bereits verstorben. Diese Aussagen verdeutlichen, dass der Einsatz einer Chemotherapie häufig als letzte Therapiemöglichkeit angesehen wird. Um den Patienten in einem späten Stadium seiner Erkrankung nicht zusätzlich – oder gar unnötig – mit unerwünschten Nebenwirkungen zu belasten, sollte der Einsatz von Chemotherapeutika sorgfältig überprüft werden.

Sechs Patienten wurden palliativ mit Interferon behandelt. Drei erhielten zusätzlich eine Chemotherapie. In 2 Fällen musste die Inter-

ferontherapie wegen Unverträglichkeit abgebrochen werden. Ein Therapieerfolg wurde nur bei einer Patientin beschrieben. Ähnlich wie Chemotherapeutika wurde auch Interferon nur in wenigen Fällen eingesetzt. Die Ergebnisse lassen infolge zu geringer Behandlungszahlen keine verallgemeinernden Schlüsse hinsichtlich Therapieerfolg und Nebenwirkungen zu.

Benigne neuroendokrine Tumoren wurden bei 13 Patienten (22%) diagnostiziert. Dabei wurden die Kriterien der Benignität nur von sehr kleinen Tumoren, die noch keine Tochtergeschwülste hervorgebracht haben, erfüllt. Da diese Neoplasien nur lokale Symptome verursachen können, entsteht der Verdacht auf das Vorliegen eines neuroendokrinen Tumors zumeist sehr spät. Die Diagnostik benigner neuroendokriner Tumoren ist daher sehr schwierig. Sie werden meist zufällig entdeckt etwa bei Untersuchungen (z.B. Gastroskopie, Koloskopie, Rektoskopie) aus verschiedenen Indikationen heraus. Bei 17 Patienten war die Diagnostik eines neuroendokrinen Tumors ein Zufallsbefund. In 12 Fällen konnten die Tumoren als benigne klassifiziert werden. Die endgültig sichere Klassifizierung gelang jedoch erst durch eine spätere histologische Diagnostik.

Benigne Tumoren sind sicher kurativ behandelbar. Die Wahrscheinlichkeit der malignen

Entartung bei Ausbleiben einer Therapie ist nicht vorherzusagen. So können z.B. nicht entdeckte neuroendokrine Tumoren der Appendix mit zunehmendem Alter kalzifizieren – sie weisen dann nur noch wenige Tumorzellen auf (Wiedenmann et al, 1999).

Neuroendokrine Tumoren des gastroenteropankreatischen Systems sind aufgrund ihrer Seltenheit, ihrer biologischen Vielfalt und der unterschiedlichen Wachstumskinetik weiterhin eine große Herausforderung für Diagnostik und Therapie. Entscheidend für die erfolgreiche Behandlung sind individuelle Therapieansätze, orientiert am Spontanverlauf der Erkrankung und unter Berücksichtigung der Tumorproliferation. Um den diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen gerecht zu werden, sind eine enge Zusammenarbeit aller betroffenen medizinischen Fachbereiche und eine fundierte Kenntnis dieses seltenen Krankheitsbildes von großer Bedeutung.

Literatur beim Verfasser:

Korrespondenzadresse:
 Privatdozent Dr. med. habil. M. Breidert
 Medizinische Klinik und Poliklinik I
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
 Tel.: 0351 4584194, Fax: 4584394

Hilfe für das Waisenhaus-Internat in Wladimir-Wolinski/Ukraine

Nach meinem achten Hilfstransport in das Waisenhaus-Internat von Wladimir-Wolinski, welcher wieder durch die Diakonie Annaberg unter der Leitung von Marc Schwan vom 25. Oktober 2002 bis 1. November 2002 durchgeführt wurde, kann ich nun von eindrucksvollen Ergebnissen berichten.

Uns Beteiligten war rasch klar geworden, dass in der riesigen Ukraine nur punktuell wirksame Hilfe einen sichtbaren Erfolg bringen kann. Deshalb konzentrierte sich die Diakonie Annaberg vornehmlich auf dieses Internat, wenngleich wir die Augen nicht vor der Bedürftigkeit anderer Einrichtungen verschlossen und auch das Krankenhaus in Roshischtsche, ca. 100 km nordöstlich liegend, mit einem Transport im Juli dieses Jahres bedachten.

Das von Valentin Petrovicz geleitete Internat hat in den letzten vier Jahren Dank eines realistischen Konzeptes seines „Vaters“, so nennen ihn die Waisenkinder, eine beglückende Entwicklung genommen.

Petrovicz hatte erkannt, dass lediglich mit eigener Initiative und Abkoppelung von staatlicher Hilfe und Übergang zu einer wirtschaftlichen Selbstständigkeit, das Zukunftskonzept sein müssen.

So ergaben sich für uns klare Ziele:



So sah die alte Wäscherei aus. Man erkennt die ungedichteten Türen und den enormen Wasser- und Seifenverlust.

- Errichtung einer eigenen Bäckerei für die 360 Waisen.
- Ausbau der jämmerlichen Küche mit neuer Technik
- Erneuerung der vollkommen desolaten Wäscherei
- Sanierung der verrotteten Heizungsanlage (u. a. liefen die Warmwasserrohre unisoliert durch wasserführende Kanäle)
- Lieferung von Betten, Schränken und allen nur denkbaren Hilfsmitteln für die Waisen
- Ausrüstung der Schulzimmer
- Aufbau der von Valentin Petrovicz inzwischen mit fast einem Dutzend trächtiger



Die neue Wäscherei mit gelieferten Waschmaschinen und neuen Fliesen

Kühe betrieben Viehwirtschaft und – Bereitstellung von Logistik.
Alle diese Projekte sind nun zu einem glücklichen Ende gebracht worden. Das Heim versorgt sich inzwischen selbst. Der Dank richtet sich an die vielen Spender, die der Diakonie Annaberg und uns ehrenamtlichen Helfern großzügig halfen und an Marc Schwan, der unermüdlich organisierte und plante, das Werk zu vollbringen.

Spendenkonto: Diakonie Annaberg, Sparkasse,
Kto-Nr.: 3318000638, BLZ: 87057000

Dr. Clemens Weiss, Vorstandsmitglied
der Sächsischen Landesärztekammer

Buchbesprechung

Peter Matzen

Praktische Orthopädie

3. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage

J.A.Barth im Georg Thieme Verlag
Stuttgart – Neu York

571 Seiten, 1123 Abbildungen
gebunden, ISBN 3131313536
EUR 99,00

In diesem Buch findet der Leser einen konzentrierten Überblick über das gesamte Gebiet der Orthopädie. Inhaltliche Schwerpunkte sind die praxisnahe Darstellung dieses Fachgebietes und die Entwicklung der Orthopädie in den letzten 12 Jahren. Der Autor aus einem Kompetenzzentrum der Orthopädie in Deutschland hat sein Werk in fünf große Bereiche eingeteilt.

– Allgemeine Orthopädie: Diagnostik, Grundsätze der konservativen und operativen Therapie, orthopädische Begutachtung.

– Spezielle Orthopädie: Allgemeinerkrankungen des Skeletts, aseptische Osteonekrosen, Infektionen des Knochens, Tumoren des Skeletts, entzündliche und degenerative Erkrankungen der Gelenke, Erkrankungen und Verletzungen der Muskulatur, der Sehnen und des Sehngleitgewebes, Fußdeformitäten.

– Orthopädische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Wachstumsstörungen, angeborene Anomalien, Stellungs- und Formfehler des Rumpfs, Achsenfehler der unteren Extremitäten, Fußdeformitäten.

– Neurologische Erkrankungen mit orthopädischer Bedeutung: traumatische Nervenschädigungen, Verletzungen des Rückenmarks, Radikulopathien, frühkindliche Hirnschäden, Polyneuropathien und Myopathien.

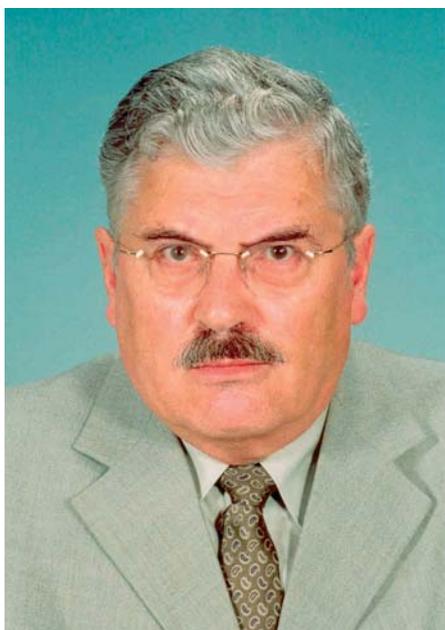
– Traumatologie: Frakturen und Luxationen im Erwachsenen-, im Kindes- und Jugendalter, Haut- und Weichteilschädigungen.

Die dritte Auflage präsentiert praxisgerecht und übersichtlich aktuelles Basiswissen inklusiv

Pathogenese, pathologische Anatomie und Pathophysiologie, integriert interdisziplinäre Konsequenzen, visuell eindrucksvolle Abbildungen, Fotos und Grafiken und beinhaltet auch seltene für die Praxis wichtige Krankheitsbilder. Diesmal vorausblickend auf die berufspolitischen Bestrebungen die Orthopädie mit der Unfallchirurgie in der Weiterbildung zu vereinigen, hat der Autor erneut die Traumatologie konzentriert auf 120 Seiten dargestellt. Das Buch eignet sich wegen der Praxisrelevanz und des aktuellen Wissensstandes besonders für Studierende zur intensiven Vorbereitung auf das medizinische Staatsexamen, für den Assistenzarzt zur umfassenden Vorbereitung auf die Fachgebietsprüfung, für den Facharzt für Orthopädie, Kinderheilkunde, Allgemeinmedizin und für die Fachärzte in den benachbarten chirurgischen Fächern zur Aktualisierung ihres Wissensstandes.

Prof. Dr. med. Winfried Klug, Grünberg

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Reuter zum 65. Geburtstag



Prof. Dr. Wolfgang Reuter feierte am 19. Februar 2003 seinen 65. Geburtstag. Der bekannte Leipziger Internist hat sich vor allem auf dem Gebiet der Gerontologie und des Fettstoffwechsels einen Namen gemacht. Bei den

Studenten war er aber auch als Hochschullehrer und Studiendekan sehr beliebt, trotz oder gerade wegen seiner Durchsetzungsfähigkeit auch bei unpopulären Entscheidungen. Wolfgang Reuter wurde am 19. Februar in Leipzig geboren, wo er 1956 bis 1962 Medizin studierte. Nach seiner Facharztweiterbildung und Habilitation 1978 wurde er 1979 Oberarzt an der Klinik für Innere Medizin der Universität Leipzig, an welcher er seit 1964 tätig war. Erst 1992 erfolgte die Berufung zum C3-Professor für Innere Medizin/Gerontologie. 1989 übernahm er die Leitung der Abteilung Stoffwechsel/Ernährung, die 1998 in den Fachbereich Gerontologie/Lipidstoffwechsel an der Medizinischen Klinik IV übergang. Prof. Reuter übernahm in den Jahren 1997 bis 2002 zusätzlich die Funktion des Personaloberarztes des Zentrums für Innere Medizin. Prof. Dr. Holm Häntzschel, Geschäftsführender Direktor in dieser Zeit, schätzte an ihm besonders seine hohe fachliche Qualifikation, sein Bemühen um die Einheit von Krankenversorgung, Lehre und Forschung sowie seine organisatorischen Fähigkeiten.

Prof. Reuter hat die Gerontologie in Leipzig mit großer nationaler und internationaler Ausstrahlungskraft geprägt. In diesem Sinne setzte

er die Tradition der Leipziger Internisten und Gerontologen Max Bürger und Werner Ries fort. Vielbeachtet wurde auch die Forschung Wolfgang Reuters auf den Gebieten des Fettstoffwechsels, der Atherosklerose sowie Adipositas. Neben zahlreichen wissenschaftlichen Veranstaltungen richtete er die 13. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft 1997 in Leipzig aus.

Mit ganzem Herzen war Prof. Reuter auch Hochschullehrer. Seine Vorlesungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin und Propädeutik der Inneren Medizin wurden von den Studenten sehr geschätzt. Besonders in seiner Zeit als Studiendekan bewältigte Prof. Reuter ein fast übergroßes Arbeitspensum. Prof. Dr. med. Joachim Mössner, der als Dekan der Medizinischen Fakultät in den letzten 5 Jahren den Studiendekan Prof. Reuter begleitete, schätzte an ihm besonders sein unermüdliches Bestreben, allen Hochschullehrern ins Bewusstsein zu rufen, dass die Ausbildung der Medizinstudenten nicht hinter der klinischen Tätigkeit und Forschung zurückstehen darf sowie sein Bekenntnis zur Einheit der Inneren Medizin.

Prof. Dr. med. Holm Häntzschel

Unsere Jubilare im April

Wir gratulieren

60 Jahre					
02. 04.	Prof. Dr. med. habil. Geyer, Michael 99094 Erfurt	12. 04.	Gürtler, Inka 04680 Colditz	21. 04.	Dr. med. Richter, Monika 01587 Riesa
02. 04.	Jensen, Ute 01217 Dresden	12. 04.	Doz. Dr. med. habil. Lenk, Harald 04229 Leipzig	23. 04.	Dr. med.habil. Modelmog, Dieter 02894 Vierkirchen
04. 04.	Dr. med. Forberger, Sabine 01662 Meißen	12. 04.	Dr. med. Mildner, Elisabeth 02979 Elsterheide	23. 04.	Winkler, Bodo 01762 Oberecarsdorf
04. 04.	Dr. med. Friedrich, Isolde 08371 Glauchau	13. 04.	Dr. med. Bachmann, Dieter 08527 Plauen	24. 04.	Dr. med. Herbig, Heidemarie 01277 Dresden
04. 04.	Seitz, Gisela 04249 Leipzig	14. 04.	Dr. med. Hänel, Bernd 08340 Beierfeld	24. 04.	Dr. med. Pollack, Hans-Jürgen 02797 Kurort Oybin
05. 04.	Dr. med. Kästner, Roswitha 08258 Markneukirchen	14. 04.	Dr. med. Schneider, Peter 01623 Lommatzsch	26. 04.	Dr. med. Klinghammer, Albrecht 09131 Chemnitz
05. 04.	Dr. med. Richter, Dietlinde 08547 Jöbnitz	16. 04.	Stadtkus, Ria 09117 Chemnitz	26. 04.	Prof. Dr. med. habil. Reichel, Gerhard 08060 Zwickau
06. 04.	Dr. med. Auerbach, Hans-Jörg 09353 Oberlungwitz	16. 04.	Dr. med. Zocher, Birgit 09669 Frankenberg	27. 04.	MUDr./Univ.Prag. Amlung, Monika 09128 Euba
08. 04.	Rauthmann, Sabine 04746 Hartha	18. 04.	Dr. med. Albrecht, Christa 02827 Görlitz	27. 04.	Dr. med. Gruner, Jörg 09116 Chemnitz
08. 04.	Dr. med. Wetzel, Egbert 01445 Radebeul	20. 04.	Dr. med. Remane, Sieglinde 04179 Leipzig	28. 04.	Dr. med. Schnorfeil, Günther 02763 Zittau
11. 04.	Dr. med. Hildesheim, Otto 02708 Löbau	20. 04.	Dr. med. Wolff, Reinhard 01097 Dresden	28. 04.	Zuber, Ekkehart 01326 Dresden

29. 04.	Dr. med. Bludau, Ingrid 04209 Leipzig	27. 04.	Dr. med. Leidert, Jürgen 01589 Riesa	81 Jahre	
29. 04.	Dr. med. Geyer, Sabine 08064 Rottmannsdorf	27. 04.	Dr. med. Lenk, Christa 08064 Zwickau	18. 04.	Koitschew, Koitscho 01309 Dresden
29. 04.	Leubner, Roland 02708 Dürrhennersdorf	27. 04.	Dr. med. Liebschner, Klaus 09123 Chemnitz	82 Jahre	
29. 04.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Sinkwitz, Klaus-Dieter 01259 Dresden	27. 04.	Dipl.-Med. Reichelt, Inge 09526 Olbernhau	03. 04.	Dr. med. Weiser, Hans-Guido 04425 Taucha
30. 04.	Dr. med. Pfeiffer, Brunhilde 01219 Dresden	28. 04.	Dr. med. Küsel, Walter 08228 Rodewisch	04. 04.	Büchs, Johannes 09127 Chemnitz
	65 Jahre	30. 04.	Dr. med. Hahn, Werner 01662 Meißen	06. 04.	Prof. Dr. sc. med. Otto, Werner 04299 Leipzig
01. 04.	Dr. med. Gottschling, Christine 04416 Markkleeberg	30. 04.	Dr. med. Matthäi, Christel 01705 Freital	20. 04.	Dr. med. Huss, Joachim 02953 Bad Muskau
01. 04.	Neubert, Christiane 01217 Dresden	30. 04.	Dr. med. Reinsch, Wolfgang 01069 Dresden	83 Jahre	
02. 04.	Gräbner, Siegfried 02699 Neschwitz		70 Jahre	11. 04.	Dr. med. Janke, Elfriede 08062 Zwickau
03. 04.	Dr. Georgiev, Jordan 01855 Sebnitz	07. 04.	Dr. med. Schmidt, Wolfgang 09130 Chemnitz	15. 04.	Dr. med. Fischer, Wolfgang 04425 Taucha
03. 04.	Dr. med. Herzog, Ursula 02708 Kittlitz	08. 04.	Haack, Helga 09355 Gersdorf	28. 04.	Dr. med. Kolbe, Christel 01326 Dresden
03. 04.	Schabinski, Erika 09661 Niederrossau	10. 04.	Dr. med. Haidar, Ruth 01662 Meißen	29. 04.	Dr. med. Schubardt, Ingeborg 08645 Bad Elster
06. 04.	Dr. med. Beichler, Heide 01816 Bad Gottleuba	11. 04.	Dr. med. Kieß, Egon 01462 Cossebaude	84 Jahre	
07. 04.	Dr. med. Zöllner, Klaus 01744 Dippoldiswalde	12. 04.	Dr. med. Theile, Inge 04319 Leipzig	05. 04.	Dr. med. Altekrüger, Hildegard 09648 Mittweida
09. 04.	Dederer, Jaroslav 01069 Dresden	14. 04.	Dr. med. Mühlner, Isolde 04808 Thallwitz	28. 04.	Dr. med. Ludwig, Ilse 01844 Neustadt
10. 04.	Dr. med. Römer, Gert 04155 Leipzig	26. 04.	Brockelt, Waldtraut 01277 Dresden	85 Jahre	
10. 04.	Dr. med. Rummel, Ursula 01734 Obernaundorf	26. 04.	Dr. med. Lange, Christian 08396 Waldenburg	23. 04.	Dr. med. Bohlmann, Arnold 08060 Zwickau
11. 04.	Franz, Renate 08606 Oelsnitz	26. 04.	Dr. med. Schultze, Hans-Ulrich 04357 Leipzig	27. 04.	Dr. med. Pültz, Karl 01558 Großenhain
12. 04.	Tomczyk, Danuta-Regina 71334 Waiblingen		75 Jahre	86 Jahre	
13. 04.	Dr. med. Hergenhan, Ursel 04277 Leipzig	01. 04.	Dr. med. Standar, Horst 04277 Leipzig	18. 04.	Dr. med. Zschache, Helmut 01067 Dresden
13. 04.	Neumann, Heike 01594 Stauchitz	03. 04.	Dr. med. Wagner, Sieghard 01326 Dresden	89 Jahre	
17. 04.	Dr. med. Rohrmaier, Rudolf 08468 Reichenbach	16. 04.	Dr. med. Böttcher, Lotte 09127 Chemnitz	07. 04.	Dr. Schumann, Hellmut 04808 Wurzen
19. 04.	Dr. med. Sachse, Ursula 04779 Wermsdorf	23. 04.	Dr. med. Langer, Christoph 08121 Wiesenburg	14. 04.	Dr. med. Mittenzwey, Walther 01309 Dresden
20. 04.	Dr. med. Gneipel, Sigrid 09619 Mulda	26. 04.	Dr. med. Dix, Christa 09232 Hartmannsdorf	21. 04.	Dr. med. Uhlmann, Werner 09496 Marienberg
21. 04.	Wehner, Klaus-Ulrich 09573 Augustusburg	26. 04.	Dr. med. Trautwein, Hans 01920 Haselbachtal	27. 04.	Dr. med. Fischer, Heinz 08261 Schöneck
25. 04.	Dr. med. Schwäblein-Sprafke, Ulrike 09337 Hohenstein-Ernstthal		80 Jahre	93 Jahre	
26. 04.	Wrobel, Margott 01069 Dresden	07. 04.	Dr. med. Boye, Erich 01307 Dresden	05. 04.	Dr. med. Ermisch, Klaus 04680 Colditz
27. 04.	Dr. med. Hunger, Helga 09228 Wittgensdorf	09. 04.	Dr. med. Liebert, Otto 04451 Panitzsch	96 Jahre	
				12. 04.	Dr. med. Weißergerber, Gerhard 04758 Oschatz

Erinnerung an Ernst Heller – zum 125. Geburtstag eines Heroen der Chirurgie

* 6. 11. 1877
† 2. 11. 1964



Prof. Dr. Dr. h. c. Dr. h. c. Ernst Heller

„Heller ist ein äußerst gewandter und vielerfahrener, mit kunstbegabter Hand ausgestatteter, dabei gewissenhafter und kritisch abwägender Operateur, den größten und schwierigsten Aufgaben unseres Faches voll und ganz gewachsen. Ungewöhnlich hoch entwickeltes Organisationstalent. Neben seiner hohen praktischen Begabung hat Heller stets die wissenschaftlichen Interessen mit größtem Fleiß gepflegt. Prof. Heller gehört neben den Professoren Frangenheim und Kirschner zu den Zierden meiner jungen Schule“.

Als Erwin Payr, sein hochgeschätzter Lehrer und langjähriger Freund, in den zwanziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts dieses wundervolle Zeugnis hoher fachlicher Wertschätzung gab, war Ernst Heller in der Tat bereits aufgrund der enormen Reichhaltigkeit seiner Geistesarbeit, der Fülle von Ideen und bahnbrechenden Leistungen an verschiedenen deutschen Universitätskliniken ein weit über die Grenzen des Vaterlandes bekannter und angesehener Chirurg.

Am 6. November 1877 wurde Ernst Heller in Eichenwalde, Kreis Naugard in Pommern als Sohn eines Gutsbesitzers geboren.

„Damals, in den ungebundenen Knaben- und Jünglingsjahren auf dem Gutshofe, in Wald und Feld erwachte wohl das Interesse an der Natur, ihren Geschöpfen, Geheimnissen und Gesetzen“ (F. Mörl).

Später verzogen seine Eltern nach Pyritz/Pommern, wo Heller das humanistische Gymnasium besuchte und 1896 erfolgreich mit dem Abitur beendete. Im gleichen Jahr begann er mit dem Medizinstudium in Berlin und setzte es in München fort, wo er 1898 das Physikum bestand. Er verließ nun München und wandte sich dem klinischen Teil des Studiums in Leipzig zu, wo nicht nur zwischen ihm und seinem Studienkollegen Ferdinand Sauerbruch der Beginn einer lebenslangen Freundschaft erwuchs, sondern wo sie von akademischen Lehrern mit außerordentlicher Ausstrahlung gefordert wurden. Viel später hat Sauerbruch in diesem Zusammenhang besonders des „verehrten Meister Trendelenburg“ gedacht, der „mit Wissen, Können und seiner menschlichen Haltung Vorbild für uns“ gewesen ist. Am 14. März 1901 erhielt Heller in Leipzig die Approbation und promovierte hier am 6. Juni 1902 mit dem Thema seiner Inauguraldissertation „Zur Kenntnis der Fibrome an Hand und Fingern“.

Vom 13. März 1901 bis zum 30. März 1903 war Heller Volontär- und Assistenzarzt am Chirurgisch-Poliklinischen Institut der Universität Leipzig unter Professor Paul Leopold Friedrich.

Als Schüler Friedrichs konnte Heller an den grundlegenden Arbeiten seines Chefs zu Fragen der Krankheiten der Wunde und der aseptischen Versorgung frischer Wunden teilhaben, und war deshalb wie kaum ein anderer dazu berufen später selbst zu Missinterpretationen der Friedrich'schen Methode Stellung zu nehmen. Als Friedrich 1903 dem Rufe als Nachfolger August Biers auf das Ordinariat nach Greifswald folgte, ging Heller mit ihm und wurde hier Assistenzarzt.

Nach dem Tode von Mikulicz trat auch Ferdinand Sauerbruch in die Friedrich'sche Schule, so dass sich eine glückliche Fügung zur Fortsetzung der alten Freundschaft mit Ernst Heller ergab.

Während Sauerbruch 1907 seinem nach Marburg berufenen Chef Friedrich folgte, blieb Heller unter Erwin Payr in Greifswald und wurde hier 1908 Oberarzt.

Zwischen beiden sollte nun eine außerordentlich gedeihliche fachliche Zusammenarbeit und eine lebenslange enge Freundschaft entstehen. Am 28. Juli 1908 habilitierte Heller mit der Arbeit: „Experimentelle Untersuchungen über die Rolle des Bakterium coli commune bei der entzündlichen Venenthrombose“ und wurde zum Privatdozenten ernannt.

Schon 1910 wurde Payr Nachfolger Erich Lexer's in Königsberg, wo das große Krankenhaus mit seinem erheblichen Anteil aus den benachbarten Ostgebieten eine gewaltige Anziehungskraft auf ihn ausübte.

Ernst Heller, der inzwischen ein außerordentlich geschickter Operateur mit großartigem Organisationstalent und absoluter Zuverlässigkeit war, folgte seinem Chef und wurde Erster Oberarzt der Königsberger Klinik.

Die dortige Universität übernahm ihn als Privatdozent für Chirurgie mit der Antrittsvorlesung: „Die Gefäßnaht und ihre Bedeutung für praktische Chirurgie und die Organtransplantationen“.

Als Erwin Payr 1911 den Ruf als Nachfolger Trendelenburgs auf das Ordinariat der damals größten Chirurgischen Klinik Deutschlands in Leipzig bekam, ging Heller erneut mit ihm dorthin, wo bereits vor Jahren seine erfolgreiche ärztliche und wissenschaftliche Tätigkeit begonnen hatte, und wurde hier Erster Oberarzt.

1912 verlieh ihm die Universität Leipzig mit der Antrittsvorlesung „Die moderne Thoraxchirurgie“ die Venia legendi.

Auf Antrag Payrs erhielt Ernst Heller 1914 die ersehnte Ernennung zum außerordentlichen Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

Schon bald musste er die Klinik für längere Zeit verlassen, um von 1914 bis 1918 den Dienst als Sanitätsoffizier im Felde zu verrichten.

Für 1 Jahr kehrte Heller an seine Arbeitsstätte in der Chirurgischen Universitätsklinik Leipzig zurück, um am 1. Januar 1920, nach fast 20jähriger überaus erfolgreicher Tätigkeit an mehreren Universitätskliniken die Leitung der Chirurgischen Klinik des Städtischen Krankenhauses St. Georg in Leipzig zu übernehmen. Der Weggang von der Universität war aber keinesfalls ein Abschied vom akademischen Leben oder der Wissenschaft, schon gar nicht eine Trennung von seinem geschätzten Lehrer und Freund Erwin Payr.

Payr blieb für ihn stets der Inbegriff eines „unermüdlichen Forschers, erfolgreichen Chirurgen und ein fast unerreichbarer Lehrer... und vor allem ein großer und guter Arzt“.

Der Universität blieb Heller über die vielen Jahre seiner Tätigkeit als Chefarzt verbunden, in dem er mit vorzüglicher Lehrfähigkeit Vorlesungen aus den verschiedensten Gebieten der Chirurgie in einem stets gefüllten Hörsaal hielt, und so seine reichen klinischen Erfahrungen weitergab.

Am 27. August 1928 heiratete Heller Carmen Scheuch, die Ehe blieb kinderlos.

Nach der Emeritierung Payrs wurde Professor Wilhelm Rieder 1937 auf das Ordinariat der Leipziger Chirurgischen Universitätsklinik berufen, das er bis 1946 inne hatte.

Nach der kurzzeitigen kommissarischen Leitung dieses Direktorates durch Professor Benedikt Hummel von 1946 bis 1947 wurde der außerplanmäßige Professor Dr. Heller nach ministerieller Zustimmung vom Rektor der Universität Leipzig Professor H. G. Gadamer zum 18. März 1947 mit der kommissarischen Leitung der Chirurgischen Universitätsklinik betraut, und hatte nunmehr immense Verantwortlichkeiten für zwei große Kliniken zu tragen.

Bei unermüdlicher Arbeit und treuester Pflichterfüllung weist Heller Anfang 1948 auf seine Doppelbelastung und widrige Umstände hin, die befürchten lassen, dass der Vorwurf entstehen könne, seine Tätigkeit „nicht mehr so ausgefüllt zu haben, wie es sein müsste“.

Aus dieser Sorge eines unermüdlich schaffenden Arztes und Wissenschaftlers spricht auch das Pflichtbewusstsein eines verantwortungsvollen, mitfühlenden und opferbereiten Menschen von unglaublicher Ausstrahlung, die ihresgleichen sucht.

In Anerkennung seiner ungewöhnlich großen Verdienste wird Ernst Heller als 72-Jähriger am 27. Mai 1949 zum Ordinarius für Chirurgie und Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Leipzig berufen.

Seinem langjährigen Oberarzt im Städtischen Krankenhaus St. Georg Franz Mörl wurde die Leitung der dortigen Chirurgischen Abteilung übertragen.

Am 31. Juli 1950 wurde Ernst Heller nach fast 4 Jahrzehnten hochverdienter akademischer, klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit für die Leipziger Universität emeritiert. Keinesfalls darf man nun davon ausgehen, dass sich dieser rastlos tätige Mensch nach einer unvorstellbar erfolgreichen Schaffensperiode nun dem Ruhestand hingegeben hat. Für weitere zwei Jahre hielt er Vorlesungen und Seminare zu ausgesuchten Problemen der Chirurgie, und wurde bis 1958 wissenschaftlicher Leiter des Krankenhauses Erlabrunn und beratender Chirurg beim dortigen Gesundheitswesen.

Aus Aufzeichnungen und persönlichen Mitteilungen ist mir bekannt, dass Professor Heller in jenem Krankenhaus auch klinische Visiten und Operationen durchführte und in maßgeb-

licher Weise die Entwicklung der Thoraxchirurgie initiierte.

Mittlerweile hatte Heller das 80. Lebensjahr überschritten und der einst so ruhelose und dynamische Chirurg musste nun auch seinem gesegneten Alter den Tribut zollen. Er merkte, dass sein Körper den lebenslänglich aufgelegten höchsten Belastungen nicht mehr voll gewachsen schien, zumal eine Verschlechterung seines Sehvermögens zusätzliche Einschränkungen brachte, was aber niemals zur Resignation führte.

Hellers wissenschaftliches Werk umgreift, ähnlich dem seines Lehrers Payr, fast alle Bereiche der Chirurgie, und doch hatte er auf einigen Gebieten bleibende schöpferische Leistungen erbracht, die noch heute den Chirurgen in aller Welt geläufig sind und genutzt werden. Neben seiner fachlichen Arbeit befasste sich Heller sein ganzes Leben sehr intensiv mit der „allgemeinen Naturwissenschaft, insbesondere mit Botanik und Zoologie“, aber auch mit Themen der Physik und Geologie in tiefeschürfender Gründlichkeit. Auf zahlreichen Reisen in viele Länder studierte er interessiert die Vielfalt der Pflanzenwelt sowie die Verhaltensweisen verschiedener Tierarten.

Schon seit der Jugendzeit bestand eine besondere Zuneigung zu Tieren, und einige kleinere umgaben ihn auch stets im eigenen Hause. Die scharfsinnigen und einfallsreichen Gedanken, die zu peinlich genau ausgearbeiteten Operationsverfahren führten, kamen genauso wie seine bahnbrecherischen Arbeiten zur Gestaltung der Lichtverhältnisse und Farbgebung im Operationsaal in aller Welt zum raschen Durchbruch.

Schon immer waren Chirurgen mit dem ungünstigen, zum Teil blendenden und reflektierenden Licht im Operationssaal unzufrieden, weil meist das eigentliche Aktionsfeld einer schattengebenden Minderbeleuchtung unterlag.

Niemand war jedoch willens oder in der Lage diesen beklagenswerten Missstand zu beseitigen. Die Farbe Weiß war vorherrschend bei der Wand- und Deckengestaltung, aber auch bei der Operationskleidung und -abdeckung; sie galt als rein und symbolisierte gleichsam die Asepsis.

Die seit Hellers Kindheit herrührende Verbundenheit mit der Natur und seine ungewöhnlich hohe technische Begabung waren wohl die wesentlichsten Voraussetzungen meisterhafte und bleibende Werte zur Gestaltung der

Raum-, Licht- und Farbverhältnisse im Operationsaal zu begründen.

In aller Welt haben sich seitdem Farbgebungen durch Grün, Blau oder Grau genauso durchgesetzt wie die Voraussetzungen zum Eindringen des Tageslichtes in den Operationsaal sowie die Verwendung schattenfreier Leuchten. Die praktische Chirurgie stand Ernst Heller stets näher als eine einseitige theoretische Betrachtungsweise von Problemen.

Den Beweis seiner Vielseitigkeit und ausgeprägten operativ-technischen Begabung konnte Heller nicht wirkungsvoller und überzeugender erbringen, als durch das 1914 veröffentlichte Operationsverfahren der extramukösen Kardioplastik zur Behandlung des Kardiospasmus, welches heute weltweit als Heller'sche Kardiomyotomie bekannt ist und angewandt wird.

Noch im hohen Alter hat Heller in Erlabrunn diese segensreiche Methode durchgeführt.

Eine besondere Förderung Hellers galt der Lungenchirurgie, die er in außerordentlicher Weise durch klug durchdachte und geschickt ausgeführte Operationsverfahren bereicherte. Die von ihm 1934 angegebene Operationsmethode der Jalousieplastik zur „Verhütung und Behandlung der Emyemresthöhlen“ hat ebenfalls weltweite Verbreitung gefunden und ist gleichsam mit seinem Namen verbunden. Die Behandlung vieler unglücklicher und leidvoller an der seinerzeit sehr verbreiteten Lungentuberkulose erkrankten Patienten, gelang ihm durch die 1936 inaugurierte sogenannte Oberfeld-Thorakoplastik bei kaverner Oberlappentuberkulose.

Es gibt nur wenige Arbeitsgebiete der Chirurgie, denen sich Heller nicht in besonderer Weise widmete. Aber all diejenigen Bereiche, denen er sich mit einem umfassenden Wissen, unglaublicher Dynamik und rastlosem Eifer zugewandt hatte, erfuhren eine segensreiche Förderung und Vervollkommnung.

Die wissenschaftliche und schöpferische Vielfalt Hellers umfassend zu würdigen ist mit einer Mitteilung wie dieser kaum angemessen möglich, sie kann nur ein Abriss seines großen Lebenswerkes sein.

Aber es sollen noch einige weitere Arbeitsgebiete Hellers Erwähnung finden, die entweder im allgemeinen Interesse standen oder durch Heller ihre Bedeutung erlangten.

In den ersten Jahren seiner Leipziger Tätigkeit standen zweifelsohne experimentelle Untersuchungen zur Transplantation von Knorpel und Knorpelfugen im Vordergrund, die be-

reits damals Respekt und Anerkennung aus Fachkreisen erhielten.

Um die Arbeit von ärztlichen Mitarbeitern und Pflegepersonal zu erleichtern, entwickelte Heller außerdem spezielle Bettrahmen und Extensionsgestelle.

Ferner widmete er sich der Behandlung des Rektumkarzinoms und Untersuchungen zur Ätiologie der Thrombose u.a.m.

Es wäre sicher unvollständig, wollte man nur auf die etwa 100 wissenschaftlichen Publikationen Hellers verweisen, von denen einige weltweit bekannt wurden und als Meilenstein in der Entwicklung der Chirurgie überragende Bedeutung erlangten.

Hellers vorzügliche Monographie im Handbuch der Chirurgie von Kirschner/Nordmann über „Die Chirurgie der Leber und des Gallensystems“, sein Werk über „Die bösartigen Neubildungen der Leber, der Gallenblase, der Gallengänge, des Pankreas und der Milz“ in „Die Klinik der bösartigen Geschwülste“ von Zweifel und Payr, sowie seine Abhandlung „Zwerchfell, innere Hernien, Darmkanal“ in dem Buch von J. Schwalbe „Diagnostische und Therapeutische Irrtümer und ihre Vermeidung“ wurden über Deutschlands Grenzen hinaus bekannt.

1948 erschien Hellers umfassendes Werk „Das Handwerk des Chirurgischen Stationsdienstes“ in erster Auflage, in welchem seine jahrzehntelangen chirurgischen Erfahrungen an verschiedenen Wirkungsstätten ihre Darstellung finden.

Ernst Heller war ein außergewöhnlicher Mensch, er war reich an soliden Kenntnissen und immenser klinischer Erfahrung, und er war reich an Lebenserfahrung.

Als dynamischer Chirurg und geschätzter akademischer Lehrer war er außerordentlich begehrt und beliebt. Er war aber auch ein hilfsbereiter und einführender Arzt von beispielgebendem Verantwortungsgefühl und Opferbereitschaft; ein Mensch von unglaublicher Sympathie und Ausstrahlung.

Sein tiefreichendes und umfassendes Wissen, sein ausnehmend menschliches und gütiges Wesen, sein unermüdlicher Arbeitseifer und ausgeprägtes Pflichtgefühl, aber auch seine Treue und Zuverlässigkeit, wie sie von seinen Lehrern so hoch geschätzt wurden, machten ihn zu einer einzigartigen Persönlichkeit.

Das Schicksal meinte es gut mit Ernst Heller, der im hohen Alter zusätzlich zu den Pflichten an der eigenen Wirkungsstätte auch noch die Aufgaben des Direktorates der Chirurgi-

schen Universitätsklinik Leipzig mit größter Pflichterfüllung wahrnehmen konnte.

„Der Begriff des Alters scheidet an Deiner körperlichen Gesundheit und an Deinem geistigen Aufbau, der unverändert jung geblieben ist“ schreibt sein Freund Ferdinand Sauerbruch.

Ernst Heller hat ein umfassendes und bedeutendes Lebenswerk hinterlassen, das seinem Namen in aller Welt Ehre und Hochachtung entgegenbrachte.

Daher blieb es nicht aus, dass ihn viele hohe Ehrungen erreichten, nach denen er als bescheidener Mensch nie strebte. So erhielt er 1953 den Nationalpreis und wurde 1956 aus Anlass des 500jährigen Jubiläums der Universität Greifswald mit der Ernennung zum Doctor honoris causa geehrt.

Die gleiche Würde erhielt er 1957 durch die Universität Leipzig zu seinem 80. Geburtstag. Und die höchste Ehre, die einem Chirurgen zuteil werden kann, ist die Ernennung zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die ihn 1957 erreichte.

1964 wurde Ernst Heller in Würdigung seiner hervorragenden persönlichen und wissenschaftlichen Verdienste um die Deutsche Chirurgie zum Ehrenmitglied der Sektion Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin ernannt.

Ernst Heller hatte ein gesegnetes langes Leben, das sich am 2. November 1964, nur wenige Tage vor seinem 87. Geburtstag in Leipzig vollendete.

Er war eher ein zurückhaltender und bescheidener Mensch, aber voller Güte und Warmherzigkeit und unglaublicher Ausstrahlung,

der aufgrund seiner herausragenden persönlichen Leistungen und seines wissenschaftlichen Lebenswerkes in erster Reihe deutscher Chirurgen steht.

Fachkollegen des In- und Auslandes, Mitarbeiter und Schüler sowie Studenten und Freunde bewunderten und verehrten diese in Bescheidenheit und Vornehmheit so ungewöhnlich verdienstvolle Persönlichkeit.

Und für unzählige Kranke, welche seine wohlwollende Güte und Wärme, aber auch den Segen seiner entwickelten meisterhaften Operationsverfahren oftmals selbst erfahren haben, war er ein weithin gesuchter Arzt.

Über lange Jahre haben verschiedene Schüler Hellers sein Andenken und wissenschaftliches Erbe bewahrt und weitergegeben und in seinem Geiste gelebt.

Diese Zahl ist immer geringer geworden und meines Wissens ist heute nur noch der hochgeschätzte und verdienstvolle emeritierte Direktor der Kinderchirurgischen Universitätsklinik Leipzig, Professor Dr. Dr. h. c. Fritz Meißner als Schüler Hellers unter uns.

Für die jetzige Chirurgengeneration und ganz besonders für uns heutige an seiner alten Wirkungsstätte muss es überzeugende Verpflichtung sein, in Verehrung und dankbarer Erinnerung des 125. Geburtstages Ernst Hellers zu gedenken.

Literatur beim Verfasser

Univ.-Prof. Dr. med. C. F. Schwokowski
Chirurgische Universitätsklinik Leipzig
Liebigstraße 20 a, 04103 Leipzig