

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 11/2004

Berufspolitik	Der Arzt – nur noch ein Leistungserbringer	500
	Deutsch-polnische Vorstandssitzung	502
	Tag der Fachpolitik	506
	Chancen und Perspektiven im Sächsischen Gesundheitswesen	507
	Impressum	506
Amtliche Bekanntmachungen	Eintragungen in das Partnerschaftsregister	508
Gesundheitspolitik	Hygieneanforderungen beim Tätowieren, Piercing und Ohrstechen	508
Mitteilungen der Ärzteversorgung	Noch mal zum Alterseinkünftegesetz – wichtige Frist 31. 12. 2004	510
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Einsatz von Notärzten auf ausländischem Staatsgebiet	510
	Die neue Beweisnot der Ärzte	511
	Konzerte und Ausstellungen	512
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	512
Leserbrief	Dr. med. Edgar Weller	512
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	513
Tagungsbericht	Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems im vertragsärztlichen Bereich	514
Originalien	B. Weinert Über Trauer und Trauern	516
	A. Dietz, R.-D. Kortmann Kehlkopfkrebs – Wandel der onkologischen Strategie in Richtung Organerhalt	520
Buchbesprechungen	Emigrantenschicksale	519
	Duden – die deutsche Rechtschreibung	526
Verschiedenes	Einladung zu einem Informationsabend in der Familientagesklinik Ärzte helfen Ärzten	525 526
Personalien	Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt zum 70. Geburtstag	527
	Dr. med. Bernhard Ackermann zum 70. Geburtstag	528
	Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick zum 65. Geburtstag	529
	Unsere Jubilare im Dezember	530
Kultur und Kunst	Sächsische Senioren in Torgau Ausstellung: Maria Adler-Krafft Alles ist Leben – Leben ist alles	531 532
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Januar 2005	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: presse@slaek.de,
 „Gesundheitslotse Sachsen“: www.gesundheitslotse-sachsen.de

Der Arzt – nur noch ein Leistungserbringer



Die Entwicklung war schon seit Jahren zu verfolgen. Anfangs tauchte der Begriff nur in medizinischen Fachzeitschriften auf, wurde dann auch bei Fortbildungsveranstaltungen gebraucht – und begegnet uns heute zunehmend im Sprechstundenalltag.

Bei der letzten Quartalsabrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wurde es dann ganz offiziell: Die „Erklärung für das zweite Quartal 2004“ hatte im Signaturteil nicht mehr die Bezeichnung *Unterschrift des Vertragsarztes* – sondern Unterschrift des **Leistungserbringers**.

Ist aus dem einstigen Vertragsarzt ein (nur noch) Leistungserbringer geworden? Welche prägende Kraft hat zu diesem Begriffswandel geführt?

Bei dem Bemühen um eine Antwort kann ein Blick in die jüngste Geschichte des Arztberufes und der Allgemeinmedizin hilfreich sein. Im Bereich der DDR, also in der Zeit des Sozialismus, kannte man den Arzt in eigener Niederlassung (heute Vertragsarzt der KV) kaum. Er befand sich im Angestelltenverhältnis und erhielt in der Regel ein festes – und nicht leistungsbezogenes – Gehalt. Dadurch war sein Verhältnis zum Patienten weitgehend unabhängig von wirtschaftlichen Zwängen. Diesbezüglich war er frei!

Allerdings führte der fehlende finanzielle Anreiz auch zu Missständen: So kam es bei-

spielsweise zur Einrichtung von so genannten Einzugsbereichen (jeder außerhalb des Einzugsbereiches wohnende Patient konnte abgewiesen werden!) oder der Sprechstundendurchführung im „Schnellverfahren“. Ein Ausufer dieser Negativentwicklung wurde in der Regel durch eine positive ethisch-moralische Haltung der Ärzteschaft verhindert. Ihre Hinwendung zum Patienten bewirkte eine ausreichende bis gute medizinische Versorgung der Bevölkerung. Unterstützung in ihrem Bemühen erhielt die Ärzteschaft durch verschiedene staatliche Einrichtungen und Organisationen – ohne dadurch in ein direktes Abhängigkeitsverhältnis zu kommen.

Auch nach der „Wende“ galten Kompetenz, fachliche Qualifikation und Ausbildungsstand der Ärzteschaft in den neuen Bundesländern als ausreichend. Mängel wurden allerdings im Praxismanagement und bei der Unternehmensführung festgestellt, denn der Arzt in eigener Niederlassung war plötzlich zum Verwaltungsleiter und Ökonomen seines (Arztpraxis-)Unternehmens geworden. Aus dem Versorgungssystem des Sozialismus war er in das Wettbewerbssystem einer (freien) Marktwirtschaft gewechselt – mit all ihren ökonomischen Zwängen.

Es galt, Defizite in vorher unbekanntem Bereichen auszugleichen und sich mit Begriffen wie „Berechtigungsschein“, „leistungsbezogener Abrechnung“ oder Gebührenordnung auseinander zu setzen. Alle Sorge, Hilfe und Arbeit am Patienten galt nun als Leistung, wurde nach bestimmten Kriterien bewertet (GOÄ und EBM) und schließlich honoriert. Die Versuchung lag nahe, den Patienten mehr nach der an ihm zu erbringenden Leistung als in der Ganzheit seiner Person zu sehen und das Arzt-Patienten-Verhältnis vordergründig aus ökonomischer Sicht zu betrachten. Deshalb war das Bemühen um das Verstehen und Erlernen einer neuen Ordnung häufig von einer gewissen Skepsis – zuweilen sogar von einem Unbehagen begleitet, das sich bis zur Ablehnung steigern konnte.

So empfand ich anlässlich einer „Westreise“ im Jahre 1987 die Empfehlung des „Westkollegen“ als sehr befremdlich, mir für eine Konsultation bei ihm doch erst einmal einen Berechtigungsschein in der Kreisstadt zu besorgen, da man doch sonst gar nicht „abrechnen“ könne.

Eine Steigerung erfuhr dieses Empfinden bei Fortbildungen, etwa einer „Großveranstaltung“ im Deutschen Hygiene-Museum Dresden im Jahre 1991, bei der zu vernehmen war, dass wir vielleicht gute Ärzte, jedoch keine guten Unternehmer seien. Und heute?

Heute sind wir Teilnehmer eines Geschehens auf dem „Gesundheitsmarkt“. Wir debattieren etwa darüber „... ob es zu verantworten ist, ein System, das immer noch der Daseinsvorsorge verpflichtet ist, der Gier von Shareholder-Value-Vertretern auszuliefern“.

Und wir haben uns daran gewöhnt, die Tätigkeitsmerkmale und Aufgaben eines Arztes etwa in folgender Weise beschrieben zu sehen: *„Das vorgestellte ... hospital bietet dem Schiffsarzt nebenbei die Möglichkeit, sich individuell zu vermarkten. So können Gesundheitsdienstleistungen wie beispielsweise Akupunktur ... aktiv beworben werden. Wellness und Revitalisierung sind ja nicht nur ein allgemeiner Trend, sondern auch ein wachsender Markt.“* Deutlicher geht es nicht!

Der Einsatz des „Leistungserbringers“ Arzt auf dem Gesundheitsmarkt wird nicht von dem Patienten oder seiner Krankheit, sondern von den Markterfordernissen bestimmt. Dabei wird gar zu schnell übersehen, dass der „Gesundheitsmarkt“ nur eine Fiktion ist; denn Gesundheit entzieht sich weitgehend dem Einfluss des Geldes und damit den Gesetzen des Marktes. Sie ist nicht bezahlbar oder zu erkaufen. Sie ist viel eher ein Geschenk.

Fast übersehen wird auch der Hauptbeteiligte des ganzen Geschehens – der Patient selbst! Er befindet sich nur noch am Rande der Szene. Er kann – als eigentlicher Souverän – die Eigendynamik der Abläufe kaum noch registrieren, geschweige denn sie kontrollieren oder gar beherrschen.

Seine personale Größe glaubt man auf dem „Gesundheitsmarkt“ ohnehin vernachlässigen zu können. Das wird besonders deutlich am Beispiel der zahlreichen, von der Pharmaindustrie unterstützten, Studien zur Entwicklung neuer Medikamente: So ist man bei ihrer Durchführung in der Form von randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindversuchen heute auf das Äußerste bemüht,

den subjektiven Faktor (das heißt, die bewusste Einflussnahme des Patienten auf die Medikamentenwirkung) völlig auszuschalten. Stellt sich der subjektive Faktor – in Form von (nunmehr schon unzähligen) placebo-geheilten Fällen – dennoch ein, wird er vergessen, verschwiegen und finanziell nicht gefördert. Denn die Behandlung eines Patienten mit einem Placebo verspricht keinen Gewinn. Diese Anonymität der Versuchspersonen im Entwicklungsbereich großer Studien ist gewollt. Denn Pharmastudien kommen durch das Ausschalten aller subjektiven Einflüsse und Empfindungen der Probanden zum Ziel, ganz im Gegensatz zum Wirken des Arztes. Er wird um so erfolgreicher, je besser er die Person des Patienten, ja sogar ihre Eigenarten kennt. Bei all seinem Tun ist er auf den persönlichen Kontakt mit dem Patienten angewiesen. Er kann in der Regel gar keine Leistung abrechnen, ohne diese Voraussetzung erfüllt zu haben. Durch diese personale Beziehung zum Patienten unterscheidet er sich von allen anderen „Leistungsanbietern“. Damit befindet sich die Arzt-Patienten-Beziehung grundsätzlich auf einem anderen Niveau als das der weiteren „Gesundheitsmarkt-Partner“: Pharmaindustrie, Krankenkassen, Medizintechnik, Apotheker und andere. Was könnte diesen Partnern näher liegen als der Gedanke eines Niveaueausgleichs, einer Nivellierung dieser Beziehungen auf der unteren Ebene – der Ebene der „Leistungserbringer“! Auf der einen Seite erführe dabei die Arzt-Patienten-Beziehung eine Abwertung – bei einer gleichzeitigen Aufwertung der anderen Partner. Wobei am Ende die Position eines jeden nur noch nach dem von ihm vertretenen Finanzvolumen einzuschätzen wäre. Denn Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind sie schließlich alle. Das ist letztlich auch jeder Blindenhund.

So ist es eine logische Konsequenz, und beinahe legitim, dass die beherrschenden Kräfte des „Gesundheitsmarktes“ die Tätigkeit der

anderen Partner speziell aus ihrem ökonomischen Blickwinkel betrachten. Illegitim, ja fast schon sittenwidrig, erscheint es dagegen, wenn in der Honorarabrechnung des Arzt-Patienten-Vertrages (ihn gibt es schon seit Jahrtausenden!) die Berufsbezeichnung des Arztes heute plötzlich ganz in Wegfall kommt (siehe Signaturteil der KV-Abrechnung).

Sollte der Arzt diesen Niveauperlust, diesen Abstieg zum wertneutralen und unpersönlichen „Leistungserbringer“ unwidersprochen hinnehmen, liegt die Gefahr eines Begriffswandels seiner Berufsbezeichnung klar auf der Hand. Denn die prägende Kraft von Begriffen für unser Denken ist groß. Schon sind wir nicht ganz sicher, ob wir noch unserer Arbeit nachgehen, oder bereits „einen Job machen“. Wird man uns auch dann noch als Arzt bezeichnen, wenn wir in vielleicht absehbarer Zeit als „Leistungserbringer“ einen „Job auf dem Arbeitsmarkt der Medizin“ suchen werden?

„Wir alle müssen es lernen, in manchen Situationen ein klares „Nein“ zu sagen“, meinte der Präsident der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) auf der letzten Klausurtagung in Zwetkau.

Die ablehnende Haltung der Ärzteschaft wird jedoch nur dann eine Wirkung erzielen, wenn sie in voller Geschlossenheit geschieht.

Packen wir es an! Streichen wir den Begriff „Leistungserbringer“! Und setzen wir an diese Stelle wieder unsere Berufsbezeichnung: Arzt!

Dr. med. Horst Schyra
FA für Allgemeinmedizin
Markt 8, 01109 Dresden

Deutsch-polnische Vorstandssitzung



Die Teilnehmer der gemeinsamen Vorstandssitzung

Die ersten Erfahrungen nach der EU-Osterweiterung und die Regelungen der ärztlichen Tätigkeit in Sachsen und Polen waren Gegenstand einer erweiterten Vorstandssitzung am 9. Oktober 2004 in Dresden. Die Sächsische Landesärztekammer hatte dazu die befreundeten Kollegen aus Breslau in die sächsische Landeshauptstadt eingeladen. In den Eröffnungsstatements der Präsidenten wurden die aktuellen Entwicklungen in Sachsen und Polen kurz umrissen. Dr. Andrzej Wojnar: „Die großen Veränderungen sind in Polen bisher ausgeblieben. Und auch nach fünf Monaten EU-Osterweiterung können wir keinen Exodus von Medizinern beobachten. Rund 100 Ärzte im Bereich der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer haben zwar seit Mai die Anträge auf eine Auslandstätigkeit bei der Kammer gestellt. Aber nicht alle haben das Land tatsächlich verlassen“. Damit sind die allgemeinen Befürchtungen der Abwanderung nicht eingetreten. Einen neuen Vorschlag

unterbreitete Dr. Wojnar in Bezug auf den Ärztemangel in Sachsen. Danach könnte die Sächsische Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit anderen Körperschaften den befristeten Einsatz polnischer Ärzte im ambulanten Bereich dahingehend prüfen, ob polnische Ärzte eine Urlaubs- oder Fortbildungsververtretung in Sachsen übernehmen könnten.

Auch die befristete Übernahme eines freien Arztsitzes wäre denkbar. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, sieht in dem Vorschlag eine Möglichkeit, dem Ärztemangel in Sachsen zu begegnen und polnischen Ärzten eine Möglichkeit zu geben, Auslandserfahrung zu sammeln.

In den folgenden Referaten wurde die Weiterbildung, die Fortbildung und die Berufsordnung beider Länder gegenübergestellt. Vorab kann festgestellt werden, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte in Polen sehr

stark staatlich dominiert und reglementiert ist. Der angehende Arzt ist bei seiner Fort- und Weiterbildung an strenge Vorgaben gebunden und muss sich zahlreichen Auswahl- und Prüfverfahren unterziehen.

Weiterbildung

Frau Dr. Katarzyna Bojarowska erläuterte die 13-monatige Weiterbildung (ähnlich AiP): In Polen müssen sich Ärzte um eine Weiterbildungsstelle bewerben, welche vom Staat finanziert wird. Nach einem Auswahlverfahren (Note) der Bezirksärztekammer wird der ausgewählte Arzt in die Weiterbildungsstätte delegiert. Nach Abschluss der Weiterbildung muss der angehende Arzt eine Prüfung bei einem staatlichen Prüfungsamt ablegen. Erst dann erhält er bei der Bezirksärztekammer die Approbation und die Möglichkeit der allgemeinen Facharztausbildung (Residentur). Diese dauert in der Regel drei bis sechs Jahre. Daran kann sich eine Spezialisierung zweiten Grades von vier Jahren anschließen.

Die Facharztausbildung wird vom Staat finanziert. Die Delegation zur Facharztausbildung erfolgt ebenfalls nach einem Auswahlverfahren durch eine staatliche Stelle und die Ärztekammer (Testat, Auswahlgespräch, eine Fremdsprache). Durch die begrenzte Anzahl an Weiterbildungsplätzen können derzeit 28 Ärzte im Bereich der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer keine Weiterbildung absolvieren. In Polen sollten insgesamt 1000 Plätze zur Verfügung stehen. Derzeit sind es gerade einmal 300. Zuständig für die Organisationseinheiten der Gesundheitsversorgung ist der Marschall einer Wojewodschaft.



Die Präsidenten Prof. Dr. Jan Schulze und Dr. Andrzej Wojnar



Frau Dr. Katarzyna Bojarowska



Dr. Józef Lula

Berufsordnung

Dr. Józef Lula und Frau Dr. Teresa Bujko stellten die Regelungen der Berufsordnung in Polen vor. Seit 1998 gibt es einen „Kodex der ärztlichen Ethik“, welcher die ethischen Maßstäbe der ärztlichen Berufsausübung regelt. Eine Berufsordnung wie in Sachsen gibt es nicht. Dennoch bestehen gesetzliche Vorschriften zur Erteilung oder dem Entzug der Approbation. Die Zulassung als Arzt wird von der Ärztekammer erteilt. Diese Zulassung ist an die ärztliche Tätigkeit gebunden. Ein Bezirksärzterat kann in begründeten Fällen die Zulassung prüfen oder aussetzen (zweifelhafte Dokumente). Nach einer Berufspause von maximal fünf Jahren muss der Arzt an einer Schulung teilnehmen. Die Befähigung zur Fortführung der ärztlichen Tätigkeit wird danach durch eine Kommission des Bezirksärzterates beurteilt.

Setzt ein Arzt länger als fünf Jahre die Tätigkeit aus oder wechselt zum Beispiel als Angestellter in eine Krankenkasse, so verliert er die Zulassung als Arzt, weil er nach polnischer Auffassung dann nichtärztlich tätig ist. Will ein Arzt eine Niederlassung gründen, so



Frau Dr. Teresa Bujko

muss er die Arztpraxis registrieren lassen. Der Bezirksärzterat erteilt die Genehmigung zur Niederlassung auf gesetzlicher Grundlage und nach Vorlage zahlreicher Dokumente (Approbation, Diplom, Praktikum, Stellungnahme der Sanitätsbehörde etc.). Neu ist eine notwendige zweite Registrierung bei der Ärztekammer. Gleichzeitig müssen die Privatärzte ein Gewerbe anmelden. Dadurch soll ihnen der Zugang zu Fördermitteln eröffnet werden. Die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte in Polen ist schon seit Jahrzehnten privatärztlich tätig. Kassenärzte gibt es dagegen kaum. Durch das Fehlen einer Gebührenordnung können die Privatärzte in Polen die Kosten einer Behandlung in der Praxis selbst festlegen. Das führt zu großen Unterschieden in der finanziellen Belastung der Patienten. Prof. Schulze macht an dieser Stelle die Haltung deutscher Politiker deutlich, die den Arztberuf ebenfalls eher als Gewerbe sehen und dabei die besondere Rolle des Arztes in der Gesellschaft und die Finanzierungsmodalitäten des Gesundheitswesens in Deutschland verkennen. Ganz abgesehen von den Qualitätsmängeln, die durch eine verzerrte Konkurrenzsituation für Patienten entstehen kann.



Gäste: Dr. Mario Marx, Dr. Steffen Handstein und Frau Dr. Birgit Gäbler

Fortbildung

Die Regelungen der Fortbildung in Polen unterscheiden sich im Vergleich zu Deutschland nur unwesentlich. Frau Dr. Katarzyna Bojarska referierte über die seit 2003 bestehenden Regelungen. Für Ärzte in Polen gilt per Gesetz eine ständige Fortbildungspflicht.

Eine Kontrolle der Fortbildung erfolgt durch den Bezirksärzterat. Die Fortbildungspunkte werden bei der Ärztekammer registriert. Die Fortbildung ist durch verschiedene Formen wie Veranstaltungen, Fachvorträge, Seminare und Online-Medien möglich.

Akademisches Lehrkrankenhaus

Gegenstand des Vortrages von Herrn Chefarzt Dr. Steffen Handstein war die praktische grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Sachsen und Polen. Im November 2002 wurde in Görlitz ein Kooperationsvertrag zwischen der Medizinischen Akademie Breslau und dem Städtischen Klinikum Görlitz GmbH mit dem Ziel geschlossen, sich gegenseitig über Erfahrungen und Ergebnisse von Behandlungen zu informieren und Berichte auszutauschen.

Am Städtischen Klinikum Görlitz wurde im Sommer 2004 das zweite Praktikum polnischer Studenten beendet. Gemäß den Vorgaben der Medizinischen Akademie Breslau absolvierten bisher 33 Studenten aller Semester ihre jeweiligen Praktikumsabschnitte mit großem Engagement in Görlitz. Die Praktikanten befanden sich meist nach dem zweiten und nach dem fünften Studienjahr, wodurch erhebliche Unterschiede in dem vorhandenen und anwendungsbereiten medizinischen Wissen bestanden.

Zur Förderung weiterer Aktivitäten wurde vor einem Jahr das Kuratorium Lehrkrankenhaus Görlitz ins Leben gerufen. Dessen Vorsitzender ist Herr Ministerialdirigent Albrecht Einbock vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales. Der Verein hat sich neben der Hilfestellung in praktischen Fragen bei der Studentenausbildung – vor allem auch von Studenten der Medizinischen Akademie Breslau am Klinikum Görlitz – das Ziel gesetzt, zur Förderung des medizinisch-wissenschaftlichen Austauschs zwischen den Regionen beizutragen. Der Verein will keine Einbahnstraße zwischen Breslau und Görlitz errichten, insbesondere ist es nicht beabsichtigt, eine Vielzahl polnischer Kollegen nach Deutschland zu locken, um damit eigene Personalengpässe zu bewältigen. Ebenso sollen sich Görlitzer und andere Beschäftigte des Gesundheitswesens aus Sachsen in Breslau weiter- und fortbilden können. Erste Ansätze entwickeln sich hierbei dadurch, dass beispielsweise akademische Graduierungen an der Medizinischen Akademie Breslau erworben werden können.



Dr. Steffen Handstein

Aus Sicht von Dr. Handstein scheint es im Ansatz wenig sinnvoll, die hierzulande in mühsamem Prozess zu verbessernde Behandlungsqualität mit der Notwendigkeit einer engen interdisziplinären Vernetzung von Diagnostik, Therapie und Nachsorge an einer Grenzlinie enden zu lassen. Vielmehr fordert die räumliche Nähe beispielsweise Überlegungen auch zur grenzübergreifenden Nutzung von Ressourcen geradezu heraus.

Grenzen überwinden

Zum Abschluss der gemeinsamen, zweiten Vorstandssitzung betonten die beiden Präsidenten die Notwendigkeit guter nachbarschaftlicher Beziehungen zwischen den Ärztekammern. Der Austausch von Erfahrungen ist für beide Seiten fruchtbar und kann Resentiments unter Kollegen abbauen. Keinem geht es darum, Leistungen, Patienten oder Personal abzuwerben. Eine weitere Vernetzung von Ärztekammern, Krankenhäusern und einzelnen Ärzten ist ein wichtiger Beitrag im zusammenwachsenden Europa. Die bisherigen Symposien 2001 und 2003 in Kreisau und Meißen sowie die erste gemeinsame Vorstandssitzung 2002 in Legnica bildeten dafür eine gute Plattform. Ein besonderer Schwerpunkt der kommenden Jahre stellt die grenzüberschreitende Telemedizin dar. Mit ihrer Hilfe können Befunde über Grenzen hinweg erstellt und den Patienten, gleich welcher Nationalität, mit hohem Fachwissen schnell geholfen werden.

Vom 9. bis 10. September 2005 wird das 3. Deutsch-polnische Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer in Breslau stattfinden. Die Eröffnung wird in der berühmten Aula Leopoldina der Universität erfolgen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler
Referent für Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit

Tag der Fachpolitik

Für den 29. September 2004 hatte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, zum „Tag der Fachpolitik“ in die Räume der Kammer eingeladen. Vertreter der sächsischen Fachgesellschaften waren der Einladung gefolgt.

Nachdem der „Tag der Berufspolitik“ am 28. April 2004 erfolgreich verlaufen war, schien es geboten, die derzeit anstehenden Probleme im Gesundheitswesen aus fachpolitischer Sicht mit den Vorsitzenden der sächsischen ärztlichen Fachgesellschaften, den Chefarzten der Kliniken Sachsens, und den Dekanen und Studiendekanen unserer beiden Universitäten zu diskutieren.

In seinem Einführungsreferat „Die Situation im Gesundheitswesen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz“, in dem der Präsident zu den ersten Wirkungen der Gesundheitsreform, zum Beispiel den Auswirkungen der Praxisgebühr und dem Hickhack Kopfpauschale und Bürgerversicherung, sprach. Einen breiten Raum nahmen in seinen Ausführungen auch die neuen Versorgungskonzepte wie Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren ein.

Ein weiterer wichtiger Aspekt waren die Bemerkungen des Präsidenten zur Arbeitszeit im Krankenhaus infolge des EU-Urteils von 2003. Die Mitwirkung der Sächsischen Landesärztekammer beim Abbau der Bürokratie fand ebenfalls großes Interesse bei den Zuhörern.

Die Arztzahlenentwicklung nimmt langsam bedenkliche Formen an und alle bisher von der Kammer angebotenen Lösungsvorschläge wie: Landarztzulagen, Unterversorgungsregelungen, Vergütung nach Westniveau auf finanzieller Seite und die Erhöhung der Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin in Sachsen auf 150 geförderte Stellen, Neureglung der Anstellung und deren Vergütung von Ärzten in Niederlassung auf struktureller Seite sind bisher von der Politik kaum umgesetzt worden.

Auch die anderen Referate waren von großem Interesse. So sprach Prof. Dr. Gunter Gruber über die fachlichen Konsequenzen der neuen Weiterbildungsordnung. Zu den Auswirkungen auf das Fortbildungsverhalten durch die neue Fortbildungsordnung referierte Prof. Dr. Otto Bach. Die Fragestellung „Änderungen in der Berufsordnung – auf dem Weg zur Liberalisierung?“ diskutierte Dr. Andreas Prokop.

Die Referate trugen dazu bei, Unklarheiten zu beseitigen und Missverständnisse aufzuklären. Entsprechend geprägt war dann auch die rege Diskussion, welche bis weit nach dem Ende der Veranstaltung fortgeführt wurde.

Insgesamt war es nach Einschätzung der Teilnehmer und der Veranstalter ein gelungener „Tag der Fachpolitik“.

Dr. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

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 0351 8267-0
Telefax 0351 8267-412
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
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-351
Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy, Melanie Bölsdorff
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 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: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

www.gesundheitslotse-sachsen.de
INFORMATIONEN FÜR ÄRZTE UND PATIENTEN

www.gesundheitslotse-sachsen.de
Informationen für Ärzte und Patienten in Sachsen

Kassenärztliche Vereinigung/
Niedergelassene Ärzte

Sächsische Landesärztekammer

Krankenhausgesellschaft/
Krankenhäuser

Öffentlicher
Gesundheitsdienst

Apotheken

Zahnärzte

Rehabilitationskliniken
in Deutschland

Selbsthilfe

Physiotherapie

Notärzte

Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen

Unter dieser Überschrift hatten am Nachmittag des 1. Oktober 2004 die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Apotheker- und Ärztebank Filialdirektion Dresden und die Krankenhausgesellschaft Sachsen alle junge Ärztinnen und Ärzte in Sachsen, welche ihre Approbation respektive Berufserlaubnis im Verlaufe des letzten Jahres erhalten hatten, zu einer Informationsveranstaltung nach Dresden eingeladen. Ebenso waren dem Arztberuf nahestehende Professionen wie Rechtsberater, Steuerberater und Wirtschaftsfachleute anwesend. Die Einführungsreferate wurden von Herrn Erik Bodendieck, Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer und Herrn Dr. Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, gehalten.

Der Autor des Beitrages schilderte die gesamtärztliche demographische Situation in Sachsen im Kontext mit gesundheitspolitischen Veränderungen. Herr Dr. Helm ging auf den Strukturwandel an Sächsischen Krankenhäusern ein. Im Weiteren folgten dann Fachreferate mit den Erläuterungen der Arbeitsmöglichkeiten in den medizinischen Versorgungsbereichen Sachsens.

Herr Dr. med. Baumann, Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sach-

sen, zeigte Möglichkeiten der Niederlassung und Tätigkeit im ambulanten Gesundheitswesen auf. Insbesondere ging er hier auf die Möglichkeiten der „neuen Versorgungsformen“ nach dem Sozialgesetzbuch V ein.

Als zweiter Fachreferent spezifizierte Herr Dr. Helm die Betätigungsbereiche im Sächsischen Krankenhauswesen. Unterstützt durch Frau Dr. Mühle demonstrierte er insbesondere die Umsetzung von Arbeitszeitmodellen beispielhaft in einer Sächsischen Klinik.

Frau Dr. med. Krause-Döring, Amtsärztin des Muldentalkreises, erläuterte als Vertreterin des öffentlichen Gesundheitsdienstes Chancen und Perspektiven im öffentlichen Gesundheitsdienst. Sie stellte insbesondere die durch die öffentliche Hand geförderten Weiterbildungsmöglichkeiten in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dar.

Zum Abschluss referierte Herr Pecherz, Filialleiter der Apotheker- und Ärztebank Dresden, über wirtschaftliche Aspekte des Praxisbetriebes in Sachsen. Er demonstrierte mittels Fallbeispielen die wirtschaftliche Situation neugegründeter Arztpraxen.

Im Anschluss hatten die 37 Teilnehmer die Möglichkeit mit den Fachreferenten und Mit-

arbeitern in getrennten Gruppen persönlich ins Gespräch zu kommen.

Ebenso bot die Sächsische Landesärztekammer die Möglichkeit, sich über die Weiterbildungsordnung und deren Umsetzung zu informieren. Die Mitarbeiter des Referates Weiterbildung gaben dazu Auskunft.

In Auswertung dieser erstmalig durchgeführten Veranstaltung können wir feststellen, dass nur ein kleiner Teil der eingeladenen jungen Ärztinnen und Ärzte von dieser Möglichkeit der Information Gebrauch gemacht haben. Das rege Interesse während der Gesprächsrunden zeigt jedoch einen deutlichen Informationsbedarf an.

Die Organisatoren sind sich deshalb einig, dass eine solche gemeinsame Veranstaltung weiterhin angeboten werden muss. Gespräche mit den Studiendekanen der Sächsischen Universitäten sollen Möglichkeiten eröffnen, bereits während des Studiums Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen den jungen Kolleginnen und Kollegen darzustellen.

Erik Bodendieck
Mitglied des Vorstandes

Eintragungen in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Eintragungen in das Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Leipzig, Registergericht

PR 81: 23. 12. 2003 **Laboratorium für medizinische Mikrobiologie Bakteriologie, Mykologie, Virologie & Infektionserologie Partnerschaft Dr. rer. nat. Jürgen Herrmann Fachchemiker der Medizin, Diagnostische und experimentelle Mikrobiologie & Priv.-Doz. Dr. med. habil. Pietro Nenoff Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Espenhain OT Mölbis (Straße des Friedens 8, 04579 Espenhain OT Mölbis). Partnerschaft.**

Gegenstand der Partnerschaft: gemeinsame Ausübung der medizinisch-fachärztlichen Berufstätigkeit in einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft als Fachchemiker der Medizin für diagnostische und experimentelle Mikrobiologie sowie als Facharzt

für Laboratoriumsmedizin. Jeder Partner vertritt einzeln. Partner: Dr. rer. nat. Herrmann, Jürgen, Diplomchemiker, Fachchemiker der Medizin, Espenhain OT Mölbis, *19.11.1944; Dr. med. habil. Nenoff, Pietro, Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Espenhain OT Mölbis, *10.12.1961.

PR 82: 03. 02. 2004 **Labor Dr. Reising-Ackermann und Partner Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Fachbiologie der Medizin, Leipzig (Strümpellstraße 40, 04289 Leipzig). Partnerschaft.**

Gegenstand der Partnerschaft: gemeinsame, freiberufliche Ausübung der freien Berufe der in ihr zusammengeschlossenen Partner. Jeweils zwei Partner vertreten gemeinsam.

Partner: Dr. rer. nat. Baumann, Lutz, Fachbiologe der Medizin, Leipzig, *26.02.1954; Dr. med. Hoffmann, Ines, Fachärztin für

Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Espenhain OT Mölbis, *16.05.1964; Dr. med. Voerkel, Wolfgang, Facharzt für Transfusionsmedizin, Markkleeberg, *23.03.1951. Partner: Dr. med. Reising-Ackermann, Gisela, Fachärztin für Laboratoriumsmedizin, Leipzig, *12.06.1952, einzelvertretungsberechtigt; mit der Befugnis im Namen der Partnerschaft mit sich im eigenen Namen oder als Vertreter eines Dritten Rechtsgeschäfte abzuschließen. Partner: Dr. med. Kirchner, Evelyn, Fachärztin für Laboratoriumsmedizin, Leipzig; *07.02.1967; Dr. med. Leupold, Jörg, Facharzt für Transfusionsmedizin, Leipzig, *05.07.1968; Dr. med. Sühnel, Dirk, Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Leipzig, *28.10.1968, jeweils vertretungsberechtigt gemeinsam mit einem der Partner Dr. Gisela Reising-Ackermann, Dr. Lutz Baumann, Dr. Wolfgang Voerkel oder Dr. Ines Hoffmann.

ra

Hygieneanforderungen beim Tätowieren, Piercing und Ohrlochstechen

Hygieneanforderungen beim Tätowieren, Piercing, Ohrlochstechen sowie in den Bereichen des Friseurhandwerks, der Kosmetik, der Maniküre und Pediküre („Sächsische Hygiene-Verordnung-SächsHygVO vom 7. 4. 2004“)

Fast jeder zehnte Deutsche trägt ein Tattoo (tatu bedeutet samoanisch zeichnen), meist als Tätowierung. Hinzukommen Piercing-Schmuck an den verschiedensten Körperstellen, permanente Make-ups, Ohringe und -gehänge sowie nur auf der Haut getragener Schmuck. Den Wunsch, sich ihren Körper dekorieren zu lassen, haben insbesondere Teenager und männliche Jugendliche, die sich Film- und Rockstars, Fotomodelle oder manchen Sportler als Vorbild nehmen. Dabei soll nicht verschwiegen werden, dass kulturhistorisch betrachtet Tätowierungen und die damit verbundenen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen und ethische Bewertungen seit dem Altertum bekannt sind (siehe zum Beispiel 3. Moses 19, 28).

Die dabei möglichen, vielfältigen Gesundheitsgefahren werden nicht gekannt oder ignoriert

und dies sowohl seitens der Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten bzw. -verpflichteten (Eltern) als auch seit der Wiedervereinigung seitens des sächsischen Staates, der die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Prävention von Gesundheitsgefährdungen auch diesbezüglich zu schaffen und zu garantieren hat.

Diese Lücke ist dankenswerterweise mit der „Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Sächsische Hygiene-Verordnung-SächsHygVO vom 7. 4. 2004“, in Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 6/2004, S. 137/138) geschlossen worden. Die medizinischen Experten der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen hatten dazu seit 1992 mehrere Verordnungsentwürfe geliefert, letztmalig am 28. 3. 2003. Ihnen erschien es hygienischerseits dringend erforderlich, für die Berufsgruppen und Gewerbetreibenden, bei deren Tätigkeit eine Durchtrennung der Haut/Schleimhaut und ein Blutkontakt möglich sein könnte (zum Beispiel Friseurhandwerk) oder gar ein Tätigkeitsmerkmal darstellt (zum Beispiel Piercing, Tätowieren), im Rahmen einer Verordnung rechtsverbindliche hygieni-

sche Vorgehensweisen und Normen festzulegen; insbesondere weil Personen dieser nichtmedizinischen Berufe oder Tätigkeiten keine diesbezüglich qualifizierte und geregelte oder gar staatlich anerkannte Ausbildung haben.

In der SächsHygVO sind geregelt worden der Geltungsbereich (§ 1), die Qualifikation (§ 2), die Desinfektion (§ 3), die Sterilisation (§ 5) und die Abfallbeseitigung (§ 6). Leider sind die von der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA) vorgeschlagenen für die Praxisumsetzung wichtigen Kapitel wie Aufklärung, Vorgehen bei Komplikationen, Anzeigepflicht, Überwachung, Beratung und Ordnungswidrigkeiten nicht in die Verordnung aufgenommen worden. Auch sind vorgeschlagene Formulierungen (zum Beispiel zur Qualifikation) verändert und damit für die Praxis unscharf und wenig brauchbar geworden. Eine diesbezügliche Ergänzung und Konkretisierung ist umso wichtiger, als nach Meinung des „Ausschusses Hygiene und Umwelmedizin“ der Sächsischen Landesärztekammer auch die nichtmedizinisch geleiteten „Ästhetikpraxen

oder -kliniken“ in diese Verordnung einbezogen werden sollten, die rechtlich zurzeit in einer absoluten Grauzone betrieben werden. Als Beispiel für die daraus resultierenden Probleme bei der praktischen Durchsetzung sei Folgendes aus einem Bericht einer Hygieneärztin angeführt:

„Am gravierendsten erscheint mir die Formulierung im § 2 Qualifizierung: Wir haben während unserer intensiven praktischen Kontrolltätigkeit der P- und T-Studios in den letzten Jahren feststellen müssen, dass in keinem Fall bei einer in diesem Bereich tätigen Person eine – wie nunmehr gefordert – Qualifikation zur Hygiene, Arbeitssicherheit oder gar Anatomie vorlag. Laut Aussage der Industrie- und Handelskammer genügt lediglich ein Gewerbeschein und der Nachweis „geeigneter“ Räumlichkeiten, um ein P- und T-Studio zu eröffnen. Die Betreibenden verfügen über keinerlei Qualifikation oder Handwerkerabschluss (kein Eintrag in der Handwerkerrolle) und sind in keiner Berufsgenossenschaft erfasst.

Geht man streng nach § 2 SächsHygVO, müssten alle 24 Studios in ... ad hoc geschlossen werden, bis eine entsprechende Qualifikation nachgewiesen werden kann.

Selbst bei Nachweis einer solchen muss seitens des Gesetzgebers ein eindeutiger Maßstab zur Transparenz und Vergleichbarkeit derartiger Abschlüsse vorgeschrieben sein, nach dem die Kontrollierenden vor Ort rechtsicher und eindeutig entscheiden können.

Die im Merkblatt zur Verordnung aufgeführten mehrtägigen Kurse bei immer weniger werdenden Hygieneärzten und anderem medizinischen Personal mit stets größerer Belastung, sollten dann bitte auch vor Erlass einer

derartigen Verordnung geregelt sein. Hier besteht dringend Handlungsbedarf, da ansonsten den Behörden vor Ort Unglaubwürdigkeit und Inkonsequenz unterstellt werden kann. Wie ist gegenwärtig ganz konkret zu verfahren bei der Kontrolle von P- und T-Studios, Faltenunterspritzung und anderen fragwürdigen Bereichen, wo es zu Blutkontakt mit Kunden kommt?“

Eine Übersicht der durch Piercing und Tattoos hervorgerufenen Infektionen haben kürzlich Handrick und andere veröffentlicht (WMW 9/10 2003, S. 194 bis 199). Neben den oft gravierenden lokalen (an Zunge, Ohr, Nabel, Genitalien usw.) bakteriellen Infektionen sind insbesondere die mit Dauer- oder Spätschäden behafteten Virusinfektionen zu benennen: Hepatitis B und C, HIV-, Papillomen-Infektionen.

Hinzu kommt ein weiteres Gefahrenmoment beim Tätowieren, für das die Bundesregierung verantwortlich zeichnet. Dermatologen beobachten schwere allergische Hautreaktionen und Entzündungen als Folgen der Einbringung der Farbstoffe in die Haut. Alle Tätowierfarben unterliegen gegenwärtig keiner gesetzlichen Regelung. Es gibt nach Auskunft des Bundesinstitutes für Risikobewertung (BfR) bis zum heutigen Tag keine gesetzlich festgelegten Vorschriften hinsichtlich der Reinheit, Qualität und der Prüfung der gesundheitlichen Unbedenklichkeit von Tätowierfarben. Im Gegensatz dazu werden Farbstoffe in kosmetischen Mitteln zum Aufbringen auf die Haut (wie zum Beispiel Rouge, Lidschatten) entsprechend der Kosmetikverordnung auf der Grundlage des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes (LMBG) überwacht und geprüft.

Einige Unzulänglichkeiten der SächsHygVO sind inzwischen offiziell erkannt und Schritte zur Beseitigung eingeleitet: So sollen baldigst Lehrgänge zum Erwerb der Qualifikation nach § 2 in Hygiene, Anatomie und Arbeitssicherheit angeboten werden. Darüber hinaus stehen aber eine praxisrelevante Umsetzung und eine wirksame Aufklärung und Erziehung wie zum Beispiel die Aufnahme in die Lehrpläne der allgemein bildenden Schulen noch aus.

Zusammenfassend sei festgestellt, dass der „Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin“ der Sächsischen Landesärztekammer die Verabschiedung der VO durch die sächsische Staatsregierung als einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung einer wirkungsvollen Prävention der gesundheitlichen Gefahren durch Piercing und Tätowieren bewertet, obwohl diese bei Beachtung der Vorschläge der medizinischen Experten qualifizierter hätte ausfallen können. Es wird auf noch bestehende Defizite hingewiesen. Darüber hinaus möchte der Ausschuss hiermit die sächsische Ärzteschaft über den diesbezüglichen Stand und die Probleme im Freistaat Sachsen informieren, um zielgerichtet aufklärend und erzieherisch an den uns anvertrauten insbesondere jugendlichen Menschen zu deren gesundheitlichem Wohl wirken zu können.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vorsitzender des Ausschusses
Hygiene und Umweltmedizin
der Sächsischen Landesärztekammer
Ludwigsburgstraße 21, 09114 Chemnitz,
E-Mail: siegwart@bigl.de

Noch mal zum Alterseinkünftegesetz – wichtige Frist 31. 12. 2004

Ab 01. 01. 2005 erfolgt durch das Alterseinkünftegesetz ein allmählicher Übergang zur nachgelagerten Besteuerung der Versorgungsleistungen verbunden mit einer entsprechenden Steuerfreistellung der Vorsorgeaufwendungen (siehe Artikel „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2004). Für Versorgungsleistungen aus Beiträgen bis zum 31. 12. 2004 ist die Übergangsvorschrift des § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchstabe bb EStG zu beachten. Danach wird auf Antrag ein niedrigerer Ertragsanteil für die Besteuerung von Versorgungsleistungen angesetzt, wenn sie auf Beiträgen beruhen, die bis zum 31. 12. 2004 oberhalb des Höchstbeitrages der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden. Hinzu kommt,

dass der Höchstbeitrag der gesetzlichen Rentenversicherung für mindestens zehn Jahre überschritten sein muss. Bitte überprüfen Sie deshalb, ob Sie den 10-Jahres-Zeitraum bereits erreicht haben oder diesen durch entsprechende Beitragszahlung bis spätestens 31. 12. 2004 noch erreichen können.

Die Sächsische Ärzteversorgung (SÄV) versendete dazu im Oktober 2004 an diejenigen Mitglieder, die auf Grundlage der bei der SÄV eingegangenen Beiträge die Voraussetzungen für die Übergangsvorschrift erfüllen, bzw. durch Nachzahlung in 2004 noch erfüllen können, einen entsprechenden Nachweis.

Es ist uns wichtig, in dem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die Sächsische Ärzteversorgung Ihre persönlichen und steuerlichen Sachverhalte in Bezug auf die Anwendbarkeit der Steuerermäßigungsregelung nicht klären kann. Bitte wenden Sie sich in Ihrem konkreten Fall an Ihren Steuerberater oder Ihr zuständiges Finanzamt.

Den oben genannten Artikel finden Sie auch auf unserer Homepage www.saev.de.

Angela Thalheim
Geschäftsführerin
Sächsische Ärzteversorgung

Einsatz von Notärzten auf ausländischem Staatsgebiet

Bereits in zurückliegenden Tagungen der Vorsitzenden der Kreisärztekammern wurde wiederholt über das Strafverfahren gegen eines unserer Mitglieder wegen des Vorwurfs der unterlassenen Hilfeleistung im Rahmen eines Rettungseinsatzes für einen auf dem Staatsgebiet Polens verunglückten deutschen Staatsangehörigen informiert.

Dieser war unweit des Grenzüberganges Bad Muskau vor einem Einkaufsmarkt in Leknica (Polen) zusammengebrochen. Bundesgrenzschutzbeamte begaben sich zu dem Verunglückten, dessen Puls ausgesetzt habe und der aus Mund und Nase blutete, und stellten die Notwendigkeit fest, Maßnahmen der Ersten Hilfe einzuleiten. Der Rettungsdienst in Weißwasser, den die später beschuldigte Ärztin zu diesem Zeitpunkt als leitende Notärztin versah, wurde daraufhin gebeten, sich zum Verletzten auf polnisches Staatsgebiet zu begeben. Die betroffene Ärztin verwies auf bestehende Dienstvorschriften, die eine Behandlung als Notarzt auf polnischem Territorium untersagen würden. Gleiches gelte für den Einsatz des Rettungsfahrzeuges. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales als Rechtsaufsichtsbehörde des Rettungsdienstes verwies insofern bereits im Jahre 1998 darauf, dass auf Grund fehlender Ermächtigungsgrundlage Einsätze des Rettungsdienstes aus dem Frei-

staat Sachsen im grenznahen polnischen Hoheitsgebiet nicht möglich seien. Es kam nicht zu einer Behandlung des Verletzten. Dieser verstarb am Unfallort. Angezeigt wurde der Sachverhalt von den Angehörigen des Verstorbenen.

In erster Instanz wurde die beschuldigte Ärztin zunächst wegen unterlassener Hilfeleistung verurteilt. Auch das Gericht erster Instanz berücksichtigte das Fehlen eines zwischenstaatlichen Abkommens für den Einsatz im Rettungsdienst auf dem Territorium Polens. Hieraus leitete es einen Konflikt der betroffenen Ärztin zwischen der erkannten dringenden medizinischen Behandlungsbedürftigkeit des Verunglückten und der Einhaltung der dem Arzt im Rettungseinsatz obliegenden Dienstvorschriften ab. Nach Auffassung des Gerichts war es jedoch der Ärztin zumutbar, sich insoweit für den Erhalt und den Schutz eines Menschenlebens einzusetzen und zum Nachteil der Beachtung der Dienstvorschriften zu handeln.

Die beschuldigte Ärztin erhob jedoch gegen die Entscheidung des Gerichts erster Instanz rechtzeitig Rechtsmittel. Diese wurde daher nicht rechtskräftig. In zweiter Instanz wurde der Sachverhalt erneut geprüft und die betroffene Ärztin wurde nunmehr aus tatsächlichen

Gründen freigesprochen. Ein Handeln der Ärztin war objektiv nicht erforderlich. Der Tod des Verunglückten war zum Zeitpunkt des Eintreffens des Rettungsfahrzeuges am Grenzübergang bereits eingetreten. In seinen Erwägungen bezog sich das Gericht aber auch darauf, dass seiner Auffassung nach eine tatsächliche Hilfeleistung für das beschuldigte Mitglied nicht zumutbar war. Danach bedurfte die Wahrnehmung der geforderten hoheitlichen Tätigkeit des angeforderten Rettungseinsatzes im Ausland einer völkerrechtlichen Regelung. Da eine solche zum Zeitpunkt des Geschehens nicht getroffen worden war, war es nicht zumutbar, derartige hoheitliche Tätigkeit auf ausländischem Staatsgebiet ohne jeglichen Schutz des Völkerrechts wahrzunehmen.

Dies entspricht auch der stets von der Sächsischen Landesärztekammer in allen Gesprächen vertretenen Auffassung. Das Mitglied war danach bei Anforderung zu dem Rettungseinsatz einer Pflichtenkollision unterworfen. Diese Pflichten, die sich gegenseitig überlagerten, mussten zu einem unausweichlichen Entscheidungskonflikt führen.

Die Sächsische Landesärztekammer hat bereits seit 1998 mit zahlreichen Institutionen einen umfangreichen Schriftverkehr wegen

der Grenzen der Verpflichtung zur ärztlichen Hilfeleistung auf dem Territorium außerhalb der Bundesrepublik Deutschland geführt, wie die Tschechische und Polnische Botschaft, das Sächsische Staatsministerium des Innern, der betroffene Landeskreis und Rettungszweckverband als auch die Grenzschutzbehörden. Die diplomatischen Vertretungen Polens und der Tschechischen Republik verwiesen im Jahre 1998 darauf, dass ein Arzt, der im Besitz der deutschen Approbation oder Berufsausübung ist, für die Ausübung ärztlicher Tätigkeit auf dem Territorium dieser Staaten einer Zulassung als Arzt im jeweiligen Land

bedürfe. Ohne eine solche Genehmigung dürfe der ärztliche Beruf nicht ausgeübt werden. Allerdings wurde nicht ausgeschlossen, dass ein deutscher Arzt notwendige erste Hilfe bei einer ernsthaften Gefährdung der Gesundheit und des Lebens eines Menschen gewähren könne, bis ärztliche Hilfe des jeweiligen Staates eintreffe.

Das Sächsische Staatsministerium des Innern teilte auf Nachfrage mit, dass sich auch im Zuge der EU-Osterweiterung am 1. 5. 2004 keine andere Rechtslage ergebe. Zwar gelte auch in den neuen EU-Mitgliedsstaaten die

Dienstleistungsfreiheit. Diese betreffe allerdings die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Die Zuständigkeit des Rettungsdienstes endet an der Grenze Polens. Sein Einsatz auf ausländischem Staatsgebiet bedarf daher nach wie vor völkerrechtlicher Regelungen. Hierfür wären auf Bundesebene Rahmenvereinbarungen notwendig, die auf Länderebene umgesetzt werden müssten.

Assessor Michael Kratz
Rechtsreferent

Die neue Beweisnot der Ärzte

BGH-Urteil: Schadensersatzklagen von Patienten werden erleichtert

KARLSRUHE – Durch ein neues Urteil des Bundesgerichtshof werden Ärzte in Zukunft bei Kunstfehlern vermehrt zur Kasse gebeten. Grund: Fast immer liegt künftig die Beweislast beim Arzt.

Das Einklagen von Schadensersatzansprüchen gegenüber Ärzten wird für Patienten in der Zukunft einfacher sein. Denn der Bundesgerichtshof hat in seinem Urteil (Az.: VI ZR 34/03) manifestiert, dass die Beweislastumkehr patientenfreundlich zu handhaben ist. Für den Patienten bedeutet dies, dass nicht er selbst, sondern der behandelnde Arzt die Ursachenzusammenhänge bei Behandlungsfehlern darlegen muss. Dieses Prinzip der sogenannten Beweislastumkehr ist nicht neu, war aber bisher eher die Ausnahme, etwa in Fällen von unterlassener Aufklärung durch den Arzt.

Grund für das Urteil war die Klage einer Frau gegen drei Krankenhausärzte, die bei der Behandlung nach einem Motorradunfall die Beckenringfraktur der Klägerin nicht erkannt hätten. Als Folge dieses Behandlungsfehlers leide die Klägerin unter ständigen Schmerzen und einer nachgewiesenen Pseudarthrose. Das Landesgericht hatte die Klage auf Schmerzensgeld abgewiesen, ebenso wies das Oberlandesgericht die Berufung ab.

Beweislast liegt künftig meist beim Arzt

Der Bundesgerichtshof jedoch ließ die Klage zu und gab der Klägerin recht: Wenn das Nichterkennen eines „gravierenden Befundes“ oder das „Nichtreagieren auf ihn“ geeignet ist, „den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen“ und der Ursachenzusammenhang zwischen dem Schaden und dem „ärztlichen Fehler“ nicht „äußerst unwahrscheinlich“ ist, tritt eine Beweislastumkehr ein.

Befund hätte erhoben werden müssen

Laut dem Gerichtsurteil führt bereits ein „nicht grob fehlerhaftes Unterlassen“ der erforderlichen und möglichen Befunderhebung zu „erheblichen Aufklärungsschwierigkeiten hinsichtlich des Kausalverlaufs“ und damit zu einer Beweislastumkehr, da im dargestellten Fall davon ausgegangen werden könne, dass der Befund eine entsprechende Behandlung ermöglicht und den weiteren Krankheitsverlauf erleichtert hätte. Zumindest hätte man erkennen können, ob auch nach erfolgter Behandlung der Beckenringfraktur eine Pseudarthrose und anhaltende Schmerzen bei der Klägerin aufgetreten wären.

Für Ärzte heißt dieses Urteil nichts Gutes: Sie sind nur dann von der Beweislast losgesprochen, wenn der Zusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden „äußerst unwahrscheinlich“ ist. Solange nicht geklärt ist, ob der Behandlungsfehler den Gesundheitsschaden verursacht hat oder nicht, ver-

bleibt die Beweislast beim Arzt. Dabei reicht es aus, dass der Behandlungsfehler geeignet ist, den Gesundheitsschaden herbeizuführen. Die Beweislast verbleibt nur dann beim Patienten, „wenn jeder haftungsbegründende Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist“. Somit müsste der Arzt künftig wohl in den meisten Fällen Beweise dafür liefern, dass entweder kein Behandlungsfehler vorliegt, oder der Kläger durch einen solchen nicht geschädigt wurde.

Was ist Beweislastumkehr?

In einem Behandlungsfehlerprozess muss der Kläger dem Arzt nicht nur nachweisen, dass er mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit falsch gehandelt, sondern auch, dass der Fehler kausal für einen Schaden verantwortlich ist. Gerade letzteres ist oft schwer. Bei der Beweislastumkehr muss der Arzt beweisen, dass die gegen ihn erhobenen Vorwürfe falsch sind. Nun formulierte der BGH folgenden Leitsatz: Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden; nahe legen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden hingegen nicht.

Artikel aus: „Medical Tribune 2004; (24)“

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte	Ausstellungen	Vernissage
Sonntag, 5. Dezember 2004, 11.00 Uhr Junge Matinee Musik zur Weihnachtszeit Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.	Foyer der Sächsischen Landesärztekammer und 4. Etage Katharina Kretschmer Menschenbilder Malerei, Grafik, Collagen bis 14. November 2004 Maria Adler-Krafft Alles ist Leben – Leben ist alles Malerei 17. November 2004 bis 16. Januar 2005	Donnerstag, 18. November 2004, 19.30 Uhr Einführung: Dr. phil. Ingrid Koch, Dresden, Kulturjournalistin Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung 2. Etage Barbara Großpietsch „Augen-Blicke“ Malerei bis 31. 12. 2004

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Der Seniorenausschuss der Kreisärztekammer Dresden lädt zur letzten Veranstaltung in diesem Jahr ein. Nach großer Resonanz im vergangenen Jahr möchten wir den „klinischen Rückblick“ in das Berufsleben fortsetzen und bieten Ihnen am

1. Dezember 2004, 15.00 Uhr
im Hörsaal Chirurgie (Haus 19) des
Universitätsklinikums, Fetscherstraße 74,

eine interessante Einführung zur Entwicklung des Fachgebietes „Chirurgie“ in der letzten Dekade. Referent ist der Dekan der Medizinischen Fakultät und Direktor der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Herr Prof. Dr. med. habil. H.-D. Saeger. Nachfolgend laden wir zu einer Begehung ausgewählter Teile der neu errichteten Kliniken für Chirurgie. Treffpunkt für den fachlichen Abstecher ist der Eingangsbereich zum Hörsaal Chirurgie,

Haus 19 (Eingang Stirnseite zum Kinder- und Frauenzentrum).

Mit der Hoffnung auf zahlreiche interessierte Teilnehmer sowie den besten Wünschen für die Vorweihnachtszeit, ein angenehmes Weihnachtsfest sowie einen gesunden und schönes Jahr 2005 verbleibt

der Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

Leserbrief

Dr. med. Edgar Weller
Wurzener Str. 4, 01127 Dresden 12. 8. 2004

Herrn Prof. Dr. Roesner
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Sehr geehrter Herr Professor,
in Heft 8/2004 des „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlichen Sie das Dipol-Reform-Curriculum der TU Dresden.

Zunächst fällt auf, dass der momentan tobende Verteilungskampf zwischen Unfallchirurgie und Orthopädie keinen Niederschlag in den Curricula findet.

Zum anderen ist das Fach der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin im neunten Semester zwar als Leistungsnachweis ausgewie-

sen, aber es ist gar kein Mitarbeiter des Fachgebietes Physiotherapie für die Durchführung verantwortlich genannt. Ebenso weist das Lernziel gar nicht die Spezifität des Faches Physikalische Therapie aus, was ohnehin in drei Wochen natürlich auch nicht neben den anderen Teilen zu vermitteln ist.

Betreffs der Schmerztherapie erfolgt zwar eine Erwähnung im 10. Semester, aber der Schmerz wird hier regelrecht, wie jetzt vielfach geübt, der Anaesthesiologie zugeordnet, aber die Schmerzdiagnostik im Bewegungsapparat und bei internistischen Erkrankungen sowie in der Onkologie werden nicht erwähnt. Ganz sicher ist es so, dass auch wir jetzt fast zu berentenden Schmerztherapeuten uns in vielen Jahren die Brosamen der Diagnostik und vor allem der Therapie mühselig erarbei-

ten mussten, aber ein gewisser Anhalt wäre schon bei Neuerstellung eines Programms ganz günstig, insbesondere in Kenntnis, dass Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin über mehrere Wochen am Anfang des Studiums gelehrt werden und eigentlich so recht für die Praxis bedeutungslos sind. Aber immerhin müssen nach 15 Wochen zwei Leistungsnachweise mit Benotung erbracht werden. Ist dies praxisrelevant? Oder war die Lobby unausgewogen? Der Praxis sollte bei einer Neuerung der Vorzug gegeben werden. Es ist sicher die achte Studienreform seit meinem Examen 1965, aber gebessert haben sich Aus- und Weiterbildung keinesfalls!

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Edgar Weller



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

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Chirurgie
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 04/C063

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 11. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 04/C064
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/C065

Mittweida

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/C066

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 12. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 04/D060

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D061

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D063

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 22. 11. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 04/D062

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 12. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Diagnostische Radiologie
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 04/L044
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 04/L045
Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 04/L046
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 04/L047
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Reg.-Nr. 04/L048

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 12. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432-153 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

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: nach Absprache
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: nach Absprache

Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Stadt Freital
geplante Praxisabgabe: 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (0351) 8828-330.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2005

Leipziger Land

Facharzt für Innere Medizin*)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
geplante Praxisabgabe: 2005

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432153.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems im vertragsärztlichen Bereich

„Qualitätsmanagement eröffnet neue Horizonte im Gesundheitswesen“, so tönt es spätestens seit der Gesundheitsstrukturreform 2000 und nicht zuletzt durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Der gesetzliche Auftrag lässt nicht an Deutlichkeit zu wünschen übrig und wird durch die aktuellen Entwicklungen sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich noch verschärft. Die Forderungen reichen von der Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems, über die Dokumentation externer Qualitätssicherungsmaßnahmen bis hin zur Einhaltung von Mindestmengen und der transparenten Darlegung von Leistung im Rahmen des Qualitätsberichtes 2005. Die stationären Einrichtungen haben diesen Auftrag unterschiedlich, allerdings in der Vergangenheit unter dem verschärften gesetzgeberischen Druck auch mit verstärktem Engagement wahrgenommen. Und nun ist auch der niedergelassene Bereich explizit aufgefordert, ein internes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen und weiter zu entwickeln. Während diesbezüglich Beratungsunternehmen eine sehr genaue Vorstellung darüber haben, wie dieses Qualitätsmanagementsystem in der niedergelassenen Praxis aussehen soll und ihre Dienste feilbieten, hat der Gesetzgeber keine konkreten Vorgaben getroffen, erst recht nicht im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Zertifizierung.

Es waren die Mitglieder des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie, die im Rahmen ihrer Ausschussarbeit zu verschiedenen qualitätsrelevanten Themen die dringende Notwendigkeit einer unabhängigen, professionellen und verständlichen Information für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Freistaat Sachsen erkannt haben. Damit war die Informationsveranstaltung am 17. September 2004 zum Thema „Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems im vertragsärztlichen Bereich – zwischen Anforderung und Umsetzung“ die erste dieser Art in der Sächsischen Landesärztekammer, um speziell dieser Zielgruppe Grundlagen für eine fundierte Entscheidung für die eigene Praxis zu vermitteln. Zusammenfassend wurden folgende wesentlichen Inhalte vermittelt und zur Diskussion gestellt:

■ Ein treibender Faktor für die Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement ist die Forderung des

Gesetzgebers, der in § 135a SGB V des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes nun auch die Vertragsärzte zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems verpflichtet. Auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss bereits eine Vereinbarung über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Krankenhäuser verabschiedet hat, ist auch dieser nicht zu entnehmen, dass dieses an eine Zertifizierung gekoppelt sein muss. Es besteht damit ausdrücklich auch für den niedergelassenen Bereich kein Zwang, sich einem Zertifizierungsverfahren zu unterwerfen! „Wohlgemeinte“ diesbezügliche Empfehlungen sind in Zeiten, in denen mit dem Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement leider auch ein Markt mit den damit verbundenen finanziellen Interessen entsteht oder bereits besteht, einfach ausgedrückt unseriös. Damit ist die Entscheidung eines Praxisinhabers für eine Zertifizierung eine freiwillige!

■ Bleibt die wesentliche Frage zu klären, warum Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgefordert sind, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und weiter zu entwickeln. Würde etwa bisher keine Qualität geleistet? Solche Vermutungen können dann leicht entstehen, wenn aktuell von einer „Qualitäts-offensive im Gesundheitswesen“ gesprochen wird mit dem Ziel, offenbar diesbezügliche Versäumnisse nun mit einer gewissen Kraftanstrengung nachzuholen und per Gesetz einzufordern. Dies hat nun aber gar nichts mit dem tatsächlichen Bemühen um Qualität zu tun, es gefährdet vielmehr die Anstrengungen derjenigen Kolleginnen und Kollegen, die aus innerer Überzeugung letztlich im Dienst und zum Wohl des Patienten erbracht werden mit Blick auf die Zufriedenheit der eigenen Mitarbeiter.

■ Damit bietet die Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement die Chance, durch eine systematische Analyse der eigenen Prozesse diese kritisch zu reflektieren oder anders ausgedrückt, die eigene Sollvorgabe anhand des Ist-Zustandes auf den Prüfstand zu stellen. Dabei sollte sich das Bemühen um Struktur- und Prozessqualität stets an der Verbesserung der Ergebnisqualität orientieren. Qualitätsmanagement und die damit verbundenen Instrumente und Methoden sind damit keine neue Erfindung

des Gesetzgebers oder gar der Selbstverwaltungspartner und sie werden auch nicht um deren Willen betrieben. Der Anreiz sollte vielmehr ein ganz persönlicher sein, in dem durch die Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems der Praxisinhaber mit seinen Patienten und Mitarbeitern davon profitieren. Im zunehmenden Wettbewerb der Gesundheitseinrichtungen bietet ein Zertifikat zusätzlich ein nützliches Marketinginstrument – mehr aber auch nicht!

■ Es existieren verschiedene Wege, ein Qualitätsmanagementsystem in einer Praxis einzuführen und weiter zu entwickeln. Hilfreiche Instrumente zur Strukturierung und konkreten Durchführung sind folgende, in Deutschland etablierte Verfahren:

- EFQM – European Foundation for Quality Management www.efqm.com
- DIN EN ISO 9001:2000
- KTQ – Kooperation und Qualität im Gesundheitswesen www.ktq.de
- QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen www.kbv.de (Suchwort „QEP“)

Die beiden letztgenannten Verfahren sind speziell für den niedergelassenen Bereich, das heißt spezifisch auf die Bedürfnisse und Abläufe in Praxen entwickelt worden und wurden im Rahmen der Informationsveranstaltung am 17. September 2004 vorgestellt; die Präsentationen können auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie) eingesehen werden. Wesentliche Kerninhalte sind:

- KTQ wurde als ein Verfahren aus der Praxis für die Praxis entwickelt. Es lebt vom Dialog mit den niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten, wie mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Visitoren. Letztere überprüfen das Qualitätsmanagementsystem der jeweiligen Praxis durch eine Begehung vor Ort, bei der die Patientenorientierung im Mittelpunkt steht. Grundlage der Bewertung bildet ein Katalog von Fragen, der von den Mitarbeitern der Praxis im Rahmen einer Selbstbewertung abgearbeitet wird. Das Verfahren hat schon eine Pretest- und Pilotphase durchlaufen und gezeigt, dass die größten Verbesserungspotentiale in den Bereichen

Sicherheit und Qualitätsmanagement liegen. Das Grundkonzept von KTQ verzichtet bewusst auf die Erstellung eines Handbuches, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxen nach individuellen, den Besonderheiten der jeweiligen Praxis entsprechenden Lösungen suchen sollen. Auf vorgefertigte Standards oder Vorlagen wurde bewusst verzichtet. Fest steht bereits jetzt, dass eine Visitation, abhängig von der Praxisgröße, zwischen vier und acht Stunden in Anspruch nimmt und dass Praxen mit bis zu fünf Ärzten von einem Visitor, Arzt/Ärztin oder Arzthelferin, begangen werden. Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und ambulante Einrichtungen werden von einem Visitorteam, Arzt/Ärztin und einer Arzthelferin besucht. Eine Praxis erhält das Zertifikat, wenn in der Kategorie 1 Patientenorientierung mindestens 55% der möglichen Gesamtpunktzahl dieser Kategorie erreicht wird. Zusätzlich müssen 55% der möglichen Gesamtpunktzahl aller Kategorien erreicht werden. Eine weitere Voraussetzung für eine Zertifikatsvergabe ist die Erstellung und Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes für die Öffentlichkeit. Dieser soll ein individuelles Praxisprofil beschreiben, das für Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten und ganz allgemein für eine interessierte Öffentlichkeit relevant ist und möglicherweise Entscheidungsgrundlagen liefert. Damit wird der Qualitätsbericht zu einem Marketinginstrument für die Praxis. Die Gültigkeit des Zertifikates beträgt 3 Jahre, danach ist eine Rezertifizierung fällig. Das Verfahren startet mit dem 4. Quartal 2004 in die Routinephase, eine erste Informationsveranstaltung hat bereits stattgefunden, weitere – geplant auch in Dresden – werden folgen.

- QEP ist das gemeinsame Qualitätsmanagementsystem von Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Es ist spezifisch auf die Bedürfnisse und Abläufe in Praxen ausgerichtet und befindet sich derzeit noch in der Pilotphase. So erproben 60 Praxen nahezu aller Fachrichtungen und Größen in ganz Deutschland das System hinsichtlich Verständlichkeit, Umsetzbarkeit, Qualitätsrelevanz und insbesondere hinsichtlich des Nutzens für Praxen. Begleitend

erfolgt eine wissenschaftliche Evaluation durch das Institut von Herrn Prof. Dr. Selbmann in Tübingen. Das System ist indikatorenbasiert und im Gegensatz zu KTQ handbuchgestützt. Kernstück bildet ein Qualitätszielkatalog, der in erster Linie der Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement in Praxen dient und erst in weiteren Schritten – und dies auch nur optional – für eine Selbst- oder Fremdbewertung (Zertifizierung) genutzt werden kann. Das Konzept von QEP setzt sich aus folgenden Bausteinen zusammen:

- Qualitätszielkatalog
- Musterhandbuch (Mustervorlagen, Leitfäden, Hotline)
- Bewertungskatalog
- Schulungscurricula

Nach Bewertung der Pilotphase soll QEP ab Januar 2005 flächendeckend angeboten und ab Mitte 2005 externe Fremdbewertungen zum Zweck der Zertifizierung durchgeführt werden.

Die abschließende Diskussion der insgesamt 50 Teilnehmer der gelungenen ersten Informationsveranstaltung für niedergelassene Ärzte am 17. September 2004 in der Sächsi-

schen Landesärztekammer zeigte eine breite Palette unterschiedlicher Meinungen, angefangen von der Erkenntnis des Nutzens eines Qualitätsmanagementsystems in der eigenen Praxis bis hin zur kritischen Frage nach dem Aufwand und den damit verbundenen Kosten. Auf jeden Fall wurde das Interesse an weiterführenden Veranstaltungen ausgesprochen, die es den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen erleichtert, eine fundierte Entscheidung zu treffen und ggf. in einen Erfahrungsaustausch miteinander zu treten. Damit haben die Mitglieder des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie ihr Ziel der verständlichen und professionellen Information erreicht mit der Möglichkeit des Dialogs miteinander. Deshalb wurde im Nachgang der Veranstaltung entschieden, im Jahresplan 2005 des Ausschusses derartige Podien der Information und des Erfahrungsaustausches mit einzuplanen und dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer als wichtige Dienstleistung zur Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen vorzuschlagen.

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende des „Ausschusses
Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“
maria.eberlein-gonska@uniklinikum-dresden.de

B. Weinert

Über Trauer und Trauern

St. Elisabeth-Krankenhaus
Leipzig

Zusammenfassung

Unter Trauer versteht man die Antwort der Seele auf einen Verlust. Ohne eigenem Zutun widerfährt sie einem Betroffenen und er wird in für ihn nicht fassbare Vorgänge eingebunden. Eine neue Gefühlslandschaft verändert ihn und hat Auswirkungen auf

sein Leben und seine sozialen Bezüge. Sein Lebensgebäude ist infolge von Isolation, Lebensüberdruß und Ruhelosigkeit erschüttert. In der Trauerarbeit, die er ohne bewussten Vorsatz verrichtet und die sich mit den Worten *Erinnern – Wiederholen –*

Durcharbeiten beschreiben lässt, bekommt er wieder Anschluss an das äußere Leben. Trauerphasen stellen Momentaufnahmen der Trauerarbeit dar. Auch nach gelungener Trauer bleibt der Betroffene zeit seines Lebens ein besonders verwundbarer Mensch.

Keiner ist davor sicher, das Liebste zu verlieren. Trotz dieses banal klingenden und bekannten Satzes trifft ein Verlust wie eine harte Faust und aus einem lebensfrohen und zukunftsgerichteten Menschen kann in Sekundenschnelle ein Zerrbild seiner selbst entstehen. Eine neue Gefühlslandschaft verändert seine Wege. Benommen und hilflos ist er einem Geschehen, das ihm widerfährt, sich ohne bewusstes Zutun in ihm abspielt und auf seine Umgebung rückwirkt, ausgesetzt. Er erlebt tiefe Einsamkeit und wird in für ihn nicht fassbare Vorgänge eingebunden. Seiner Freiheit beraubt, glaubt er nun, an all dem, was ihm vorher selbstverständlich erschien, irre werden zu müssen oder gar sich schuldig gemacht zu haben.

Hier soll der Versuch unternommen werden, die Strukturen des Trauerns zu beleuchten und ihre Sinnhaftigkeit zu bedenken. Eine Schilderung kann aber nur auf der äußeren Ebene der Beschreibung, Systematik und Logik stattfinden. Man kann sich noch so sehr mit diesen emotionalen Prozessen beschäftigen und Einsicht in die tiefsten und verborgensten Vorgänge des Trauerprozesses bekommen – das Trauern wird dadurch nicht abgeschafft. Freiheit ist nicht immer die Einsicht in die Notwendigkeit (versus Hegel). Trauer entzieht sich jeder Darstellung durch Worte. Der Trauernde wird auf sich selbst in radikaler Weise zurückgeworfen. Trauern ist nur erlebbar, nicht beschreibbar, es ist ein affektives Geschehen, das gewaltige Auswirkungen auf das tägliche Leben hat, ja, es sogar völlig zu verändern vermag. Unter Trauer versteht man nach Freud den normalen Affekt auf den Tod einer geliebten Person.

Auch andere Verluste wie Trennung und Scheidung, Verlust von Heimat, Vaterland, Elternhaus, Beruf, Idealen, Gesundheit, Jugendlichkeit, Sachgegenständen... werden so beantwortet und die Intensität der Antwort hängt vor allem von den Persönlichkeitsmerkmalen der betroffenen Person, nicht so sehr von der Art des Verlustes ab. Wenn ein kleines Kind

sein Lieblingsspielzeug verliert, ein jugendlicher seine erste Freundin, ein Familienvater den Beruf oder wenn der Partner verstirbt – immer sind die Tränen Ausdruck der Trauer. Sie hat etwas mit Liebe zu tun: Nur das, was man liebt, kann man betrauern, wenn es verloren geht. An der Art, wie geliebt wurde, wie selbstüchtig oder wie selbstlos, entscheidet sich die Heftigkeit und die Nachhaltigkeit der Reaktion, die bis in die Tiefe der Melancholie und Selbsterstörung hinabreichen kann. Das Haupterlebnis des Trauerns ist die *Einsamkeit* des Trauernden, auch dann, wenn mehrere Personen gemeinsam trauern. Jeder ist für sich allein, jeder trägt seinen Schmerz. Daran wird auch ersichtlich, dass es keinen „normalen“ Verlauf der Trauerzeit gibt, auch kein objektives Kriterium für ihr Ende.

So fordert das Trauern, obwohl eine normale seelische Reaktion auf einen Verlust, doch Unterstützung und Verständnis von der Umgebung des Betroffenen, ja, ruft zur Hilfe geradezu heraus. Das klingt paradox: ein normaler Vorgang fordert sachkundige Begleitung. Es lassen sich einige analoge Beispiele aus dem täglichen Leben finden, zum Beispiel die Hilfe, die einer Kreißenden während des normalen Vorganges der Geburt gegeben werden muss. Der Vergleich mit der Geburt macht noch etwas Anderes deutlich: Eine gelungene Trauer endet mit einer neuen Einstellung zum Leben, quasi mit einem neuen Leben und führt zu einer Wiedergeburt.

Die neue Gefühlslandschaft

Trauern ist kein Zeichen von Schwäche, sondern eine Emotion, eine innere Bewegung, die dem Leben neue Ordnung und ein neues Selbst- und Werterleben schaffen kann durch das Zulassen der verschiedenen und widerstrebenden Gefühle von Sinnlosigkeit, Wut, Resignation und Angst mit dem Ziel, die definitiven Veränderungen der Realität zu akzeptieren. Die Wirklichkeit verlangt, alle Liebesenergien vom Verstorbenen abzuziehen. Eine einmal eingenommene Position verlässt aber der Mensch nicht sofort, er will die geliebte

Person festhalten. Das ist etwas wesentlich Menschliches. Nur unter großem Aufwand an Zeit und Kraft kann die Forderung der Realität, weiterhin dem Diesseits zu dienen, erfüllt werden. Diesen Vorgang nennt man Trauerarbeit. Sie besteht darin, an die Position zum Verstorbenen immer und immer wieder, auf fast stereotype Weise, zu erinnern, die Beziehungen gedanklich zu wiederholen und letztlich nicht nur die Frage zu klären, wen man, sondern was man an ihm verloren hat. *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten* sind ihre Elemente, die nun den größten Teil der Lebensenergien verbrauchen. Noch mehr Energie wird aber benötigt, wenn Trauerarbeit nicht geleistet, sondern die Trauer abgewehrt oder verschoben wird. Diese Arbeit findet in der Tiefe der menschlichen Seele statt, an ihr hat niemand als nur der Trauernde Anteil. Seine Einsamkeit ist daher von außen nur bedingt beeinflussbar, ja, es wäre sogar hinderlich, ihn darin zu stören, denn *einen Trostlosen zu trösten, heißt, ihn zu verspotten*. Das Todeserlebnis widerfährt auch dem Trauernden, er stirbt partiell mit. Es ist daher einleuchtend, dass die Lebensenergien für ein reibungsloses Erfüllen der äußeren Aufgaben im Beruf, in Familie und Gesellschaft nicht mehr ausreichen. Dennoch denkt niemand daran, diese Abweichungen als krank zu bezeichnen, denn sie werden überwunden. Doch bis dahin ist der Weg lang, heißt es doch, die Katastrophe auszuhalten, wobei man selbst am Rand der Katastrophe steht. Es stellen sich Fragen nach dem Schicksal und nach dem Sinn des Lebens ein, doch schnelle Antworten von außen klingen wie Hohn. *Trauer, das ist Abwesenheit von Sinn und es besteht nur die Hoffnung, dass der Sinn wiederkehrt, weil es ihn einmal gegeben hat.*

Der Trauernde gerät rasch in die *Isolation*. Einerseits ist es ihm nur schwer möglich, andere um etwas zu bitten, weil er Ängste gegen liebevolle Nähe entwickelt: sie erinnern zu stark an den Verstorbenen. Sein Rückzug aus der Welt ist auch durch die Trauerarbeit bedingt, die ihn auf sich selbst zurückwirft,

Energie kostet und ihm dadurch Spontanität, Unbefangenheit und Liebenswürdigkeit nimmt. Durch den unverblühten Rückzug aus der öffentlichen Sphäre in das Private und dem nonverbalen Hilferuf, den ein Trauernder immer ausstößt, entsteht kein einheitliches Persönlichkeitsbild, an dem die Umgebung ablesen könnte, was der Betreffende wünscht. Der Trauernde provoziert selbst Unsicherheit und Unbehagen für die Umgebung. Andererseits können die meisten Menschen mit einem Trauernden nicht umgehen. Das riecht zu stark nach Vergänglichkeit, eigenem Tod, Friedhof, Verwesung. Der Verleugnungsakt gegenüber Trauer ist in der Gesellschaft unverkennbar, ein Tabu hat sich ausgebreitet.

Etwas tabuisieren heißt, ein Denk- und Rede- verbot und damit auch ein Leidensverbot auszusprechen. *Eine verhinderte Klage ist aber verhindertes Leben.* Die Menschen möchten am liebsten handeln, als sei nichts geschehen. Weil das aber nicht geht, entstehen linksches und täppisches Verhalten, von denen uns Trauerreden, Nachrufe und eine oft unfreiwillige Komik in Traueranzeigen Zeugnis geben. – Der Trauernde wird von der Umgebung also oft nicht mehr spontan behandelt.

Wenn sich die/der Trauernde von der Umgebung zurückziehen, ist dies vom Gefühl des *Lebensüberdrusses*, der Hinterfragung des Lebenssinnes, des eigenen Weges und des augenblicklichen Standes begleitet. Das kann von der Vernachlässigung der persönlichen Hygiene, der Reinlichkeit der Wohnung bis zur Gleichgültigkeit gegenüber lebens- und gesundheitsschützenden Bestimmungen und Verhaltensweisen gehen. Man stellt sich den eigenen Tod ohne Erschrecken vor, denn so wäre man ja mit der geliebten Person vereinigt. Manchmal, besonders bei alten Menschen, kommt es zum Nachsterben des hinterbliebenen Ehepartners in Jahresfrist. Auch Suizidhandlungen können auftreten, doch sie sind seltener, als man vermuten kann, denn zum Lebensüberdruß tritt gleichzeitig ein wunderbarer polarer Vorgang: der Trauernde erlebt Todesangst viel stärker und heftiger als früher. Gegenüber einem Depressiven ist er wesentlich ich-stärker, er hat eine bessere Stimmungslage und keine pathologische Antriebsschwäche, so dass er sich bei Kritik an seiner Person oder dem Verstorbenen wie ein Gesunder wehren kann.

In Lebensgefahr benimmt er sich adäquat, ja, er provoziert gefährliche Situationen nicht oder nur in geringem Umfang. Das Drama spielt

sich vorwiegend in der Phantasie ab. Durch die Balance zwischen Lebensüberdruß und Todesangst schafft sich das Leben sein Recht.

Ruhelosigkeit kann für den Trauernden zur Qual werden. Er muss sich dauernd bewegen, kann trotz starker Müdigkeit nicht mehr ein- und durchschlafen und fühlt sich von innen heraus irgendwohin getrieben. Wohin? Er sucht den geliebten Menschen.

Isolation, Lebensüberdruß und Ruhelosigkeit lassen sich im Begriff der *Erschütterung* zusammenfassen: das Lebensgebäude kann beim nächsten Stoß zusammenbrechen. Alles bisher Vertraute bekommt einen Hauch von Fremdheit, Unheimlichkeit und Qual. Gretchen, das in Goethes „Faust“ auf den Geliebten wartet, drückt es so aus:

*Wo ich ihn nicht hab', ist mir das Grab,
die ganze Welt ist mir vergällt.*

Trauerphasen

Von der Nachricht des Trauerfalles bis zur Beendigung der Trauerarbeit vergeht eine Zeit mit einer eigenen Dynamik. Obwohl eine systematische Einteilung Tücken bietet, soll doch nicht auf ihre Darstellung und Erläuterung verzichtet werden. Dabei ist der Begriff der „Phase“ weniger korrekt als medizinischer Terminus zu verstehen, sondern eher als Beschreibung eines Moments, wobei ein Zurückschwingen in eine vorherige Phase jederzeit und noch nach vielen Jahren möglich ist. Auch wenn der Tod eines geliebten Menschen zu erwarten war, schlägt die Todesnachricht als *Schock* tief ein. Ähnlich wie bei einem Unfall, bei dem die Amputation einer Gliedmaße ohne Schmerz erlebt wird, erstarrt der Hinterbliebene „zu Eis“. Kommt der Tod unerwartet, trifft er gar ein Kind, wird die Realität manchmal tagelang überhaupt nicht zur Kenntnis genommen. „Das kann nicht wahr sein!“ Die emotionale Distanzierung vermag so groß zu werden, dass ein Unbefangener Zweifel an der echten und liebenden Beziehung bekommen kann. Dem Gefühl des Erwürgt-, Gehenkt-werdens begegnet man mit Stumpfsinn oder dessen Gegenteil, dem gellenden Aufschrei: „Nein“. Die Welt fällt zusammen, lautlos oder mit Getöse, der Schlag trifft, aber man spürt ihn nicht, weil man erstarrt ist oder ihn mit einem noch lauterem Schlag abwehrt. Eine andere Reaktionsform ist die komplette Verleugnung: Das ist nicht wahr! So grotesk es klingen mag, sprechen die Hinterbliebenen doch manchmal von Verwechslung und Entführung. Erst wenn sie

die Leiche sehen, lassen sie sich überzeugen. Manche verharren in stiller Teilnahmslosigkeit, die meisten brechen in lautes Klagen aus, andere versuchen, sich festzuklammern, indem sie den Verstorbenen streicheln, ihn küssen, sich auf ihn werfen. Blitzartig treten auch unbewältigte Konflikte auf, die schnell nach außen projiziert werden, ein Schuldiger ist stets zu finden. Nein, nach innen darf nichts dringen, noch nichts dringen! Der Schock ist ein Schutzmechanismus der Seele vor Überlastung, eine Art automatischer Sicherung vor einer möglichen größeren Katastrophe.

Ein Trauernder darf starr und empfindungslos sein, er darf auch laut sein Nein in den Himmel schreien, er darf sich auch grotesk äußern, zum Beispiel durch Lachen oder Euphorie. Es soll ihm erlaubt sein, zuerst an sich zu denken: „Was wird nun aus mir?“, statt den Verstorbenen zu beweinen: „Der Arme, er hätte doch auch noch leben können!“

Hilfen bieten sich an: Beistand ohne Entmündigung, keine Widerrede, Schweigen in stiller Anteilnahme. Dadurch wird es dem Trauernden möglich, in den ersten Tagen eine Balance zwischen Realitätsanspruch und Abwehr zu gewinnen.

Das Aufbahren des Toten ist wichtig, soll aber nicht erzwungen werden. Sein Aussehen wird nie vergessen und die Realität des Todes gräbt sich unwiderruflich in die Erinnerung ein und erleichtert die Trauerarbeit. Auch der Anblick verunstalteter und stark verletzter Leichen bietet langfristig mehr Vor- als Nachteile. Selbst Kinder soll man nicht fernhalten, wenn man versteht, dass sie ebenfalls Trauerarbeit zu leisten haben, manchmal eine viel schwerere. Die unmittelbare Trauergesellschaft erlebt sich als eine tiefe Gemeinschaft mit gleichem Verlust und Empfinden, was besonders für die Kinder sehr wichtig ist. Trotz allem sind sie geborgen, in ihrem Leid nicht allein.

Die Schockphase dauert nicht lange, denn die Wirklichkeit fordert ihr Recht und erzeugt die *kontrollierte Phase*. Alle Emotionen werden in dieser Zwischenphase kanalisiert. Es ist geradezu gesellschaftliche Pflicht zu weinen. Wer es nicht kann, wird trotzdem gelobt: Er hat tapfer durchgehalten! Der Trauernde bekommt Hilfe von außen, sie wird ihm immer wieder angeboten und er darf sie auch annehmen, denn alles kann er nicht allein organisieren. So erfährt er Bestätigung von vielen Seiten. Der Bestattungsritus ist ein Geländer und bedenkenlos kann sich der

Trauernde daran festhalten. Seine einzige Pflicht ist es, der gesellschaftlichen Norm zu folgen. Die Gefühle des Trauernden kommen meistens noch nicht eindeutig zum Vorschein. Die Beerdigung wird wie ein Schauspiel, wie eine vage, unwirkliche, verschwommene Szene erlebt, wie ein Traum, gleich bin ich wieder wach. Die Realität kann auch jetzt noch nicht verstanden werden („Das geht vorüber.“) Trotzdem werden die Angehörigen an den eigenen Tod erinnert, eine Erinnerung in die Zukunft hinein.

Eine Bestattung macht auch klar: Die Hinterbliebenen sind von den Toten nicht getrennt. So wird im Mittelpunkt einer Beerdigung auch der Trauernde einmal selbst stehen! Der katholische Beerdigungsritus macht das spätestens dann klar, wenn am Grab für denjenigen gebetet wird, der aus der Trauergesellschaft als nächster sterben wird. Eine Beerdigung soll Trost geben. Es ist gleichgültig, wie geschmackvoll sie inszeniert wurde, wenn nur dieses Ziel bei den nächsten Angehörigen erreicht wird. Sie reduziert eindeutige Ängste, indem sie den neuen Status der Hinterbliebenen durch das Ritual veröffentlicht. In unserer Zeit, in der Emotionen oft nicht gezeigt werden dürfen, ist der Friedhof einer der wenigen öffentlichen Stellen, wo ihre unangenehm getönten Formen erlaubt sind und eingebunden werden.

Wenn die letzten Danksagungen verschickt sind, begibt sich der Trauernde auf eine weite und unangenehme Reise in seine eigene Seele hinein. Die Hauptarbeit beginnt mit der *Regression*. Der Trauernde unterliegt in den nächsten Wochen und Monaten einem stereotypen und unbarmherzigen Wiederholungszwang. Der Abschied von der geliebten Person wird immer und immer wieder erlebt. **Suchen** und **Finden**: Der Trauernde möchte zunächst an alten Gewohnheiten und Sitten retten, was zu retten ist. Er will sein Leben nicht verändern, es soll alles so bleiben, wie es ist. Der Verstorbene ist noch real, wenn auch nicht anwesend. Manche behaupten auch, mit ihm in Kommunikation zu stehen. In dem Maß, wie man nichts verändert wissen möchte, trifft man jederzeit auf die geliebte Person. Durch Erinnerung wird der Tote wieder lebendig und alle Trauerreaktionen, die bisher erlebt wurden, beginnen neu. Ruhelosigkeit, Hin-und-her-laufen und Schlaflosigkeit stellen ebenso Suchreaktionen dar, wie das Beobachten von Zeichen, die der Verstorbene

früher von sich gab: Hüsteln, Geräusche, Gangart, Tätigkeiten, Meinungen und Ansichten. Im Extrem wird der Lebensstil des Verstorbenen kritiklos übernommen und eine Symbiose gelebt: Dinner for One!

Das Suchen ist ein inneres Zwiegespräch, in dem man den Partner als Partner-Ersatz wiederfindet. Doch dieser Ersatz ändert sich im Laufe der Zeit, indem er im Wiederholungszwang von verschiedenen Seiten beleuchtet und behandelt wird. So muss sich auch der Trauernde ändern, um Partner bleiben zu können.

Wird anfangs noch die reale Person gesucht, geht es später um ein Finden von Werten, die für den Trauernden tatsächlich unsterblich sind. Trauerarbeit ist ein Weg von außen nach innen und später von innen heraus in die reale Welt. Sie ist ein Sterben in das Leben hinein. Der Trauernde stirbt auch, muss aber im Diesseits wieder auferstehen. Dazu hat er die Frage nach dem Sinn dieses Geschehens ganz für sich allein zu beantworten.

Trennen: Wenn die geliebte Person durch diese vielen Möglichkeiten gefunden wurde, dann leben die glücklichen Zeiten mit ihm kometenhaft wieder auf. Aber die Trennung ist logische Konsequenz des Suchens und Findens. Neuer Schmerz bricht in zahlreichen und feinen Nuancen auf. Der Trauernde lernt, Wesentliches vom Unwesentlichen zu unterscheiden. Scheibchenweise nur trennt er den Verstorbenen von sich ab, gibt langsam Stück für Stück heraus, bis er an das Zentrum gelangt. Das allein darf er behalten. Vieles, was in der Beziehung früher Außenseite war, kann nun Möglichkeit für ihn werden, wird zum Innen. Es wird verfestigt, was tatsächlich verbunden hat und er trennt sich von dem, was die Beziehung belastete.

Emotional ist die Phase der Regression von einem Gefühlschaos begleitet. Wut, Trauer, Freude, Zorn, Angst, Niedergeschlagenheit wechseln einander ab. Es können sich auch körperliche Zeichen einstellen wie Frieren, Zittern, Schwitzen, Tachykardie. Die Morbidität ist erhöht. Erschrocken sind viele Trauernde, wenn sie sich bei Zorn und Hass gegen den Verstorbenen ertappen. Sie sind aber Teil eines Ablösungsvorganges oder stellen manchmal eine Reaktion auf die Ohnmacht dar, der man ausgesetzt ist und zu entfliehen sucht.

Plötzlicher Tod, jugendliche Verstorbene und Suizid fördern die aggressive Entladung des Hinterbliebenen. Teilweise gelingt es, einen „Schuldigen“ zu finden, was psychisch zwar

entlastend ist, objektiv aber nicht stimmen muss und neue Schwierigkeiten bringen kann. Im Trauervorgang wird ja ganz stark die Beziehung hinterfragt. War sie gut, wurden die Probleme, die auftauchten, besprochen, war die Liebe auf den Satz zu bringen: „Ich brauche dich, weil ich dich liebe“ (Erich Fromm) – dann werden in der Trauer nur wenig Schuldgefühle aufkommen und diese nicht unbedingt auf Unschuldige projiziert werden, auch Zorn und Hass werden schwächer erlebt. Aufgestaute Aggressionen in der Beziehung, Unausgesprochenes, unreife Liebe („Ich liebe dich, weil ich dich brauche“) werden die Trauerarbeit stark belasten. Die Schuldgefühle können so stark werden, dass der Trauernde nie wieder aus der Trauer herauskommt.

Wie begegnet man Trauernden in dieser Zeit? Jeder Ablenkungsversuch ist sinnlos, der Trauernde ist nicht ablenkbar. Jeder gute Rat klingt wie Hohn und geht am tatsächlichen Betroffensein vorbei. Ja, *einen Trostlosen zu trösten, heißt, ihn zu verspotten*. Versuche, durch Argumente den Schmerz zu lindern, stellen ein Leidensverbot dar (Du brauchst nicht zu weinen ... Er ist jetzt von seinem Schmerz erlöst ... Es ist besser so für ihn gewesen ... Christen glauben an die Auferstehung...). *Jede verhinderte Klage ist aber verhindertes Leben*.

Der Helfer soll wissen, dass jede Emotion, auch gerade die unangenehme, wünschenswert ist und er soll einen Raum schaffen, wo sie vorgebracht werden kann. Er muss darauf vorbereitet sein, dass Zorn und Hass nun auch ihn treffen können. Seine Motivation zur Hilfe muss ihm daher bekannt sein. Hilft er vielleicht, weil er damit eigene Trauer- und Schuldgefühle aufarbeiten will? Dann braucht der Helfer den Trauernden, das wird schnell durchschaut. Ist die Trauersituation für den Helfer da, um missionarisch seine eigenen Theorien und Meinungen absetzen zu können? Das wäre Manipulation!

Der Helfende soll die Situation, die sich ihm anbietet, annehmen, so grotesk und absurd ihm das auch erscheint und das Gefühlschaos aushalten. Er kann auf das Kreative hinweisen, das der Trauernde jetzt übersieht und einen Teil der Beziehung ausmachte. Die Freude über den gemeinsam gegangenen Weg kann nicht genommen werden. Bei starken Schuldgefühlen wäre zwischen der Schuld und dem Gefühl zu trennen. Das Gefühl soll nicht bagatellisiert oder aufgebauscht oder wegargu-

mentiert werden. Die tatsächliche Schuld wäre auch beschreibbar als das, was man dem Anderen schuldig bleibt. Irgend etwas bleibt immer auf der Strecke des Lebens unaufgearbeitet liegen und in einer Beziehung kann nie einer für den anderen Alles sein. Der Helfer soll wissen, dass Neues nur aus dem Chaos kommen kann und darum müsste er es verstehend aushalten. Dieses Neue kommt gewiss, keimt auf und wird Realität, wenn keine Barrieren auftauchen. Die Seele verfügt über eine Möglichkeit der Selbstregulierung, und das Unbewusste in ihr gibt ihr neue Impulse, die notwendig sind, damit das Leben weitergeht. Der Anspruch der Realität behält meistens den Sieg. *Auch angesichts des Todes hat das Leben einen Sinn.* Martin Luther habe gesagt, dass er auch dann noch ein Apfelbäumchen pflanze, wenn er wüsste, dass morgen die Welt untergehe. Zu dieser Erkenntnis kann der Trauernde kommen, wenn ihm nicht verwehrt wird, über den Toten nach seiner Manier zu sprechen. Am Ende der Regressionsphase weiß der Trauende, was er am Verstorbenen verloren

hat, aber auch, was ihm geblieben ist. Vorsichtig tapsend geht er wieder in die äußere Welt hinein. Vieles ist jetzt in der *Adaptationsphase* anders geworden. Der Verstorbene wird nicht mehr gesucht und gefunden – bei gleichzeitiger Trennung –, er ist eine innere Figur geworden, zu einem Teil der Seele, wandelbar wie diese selbst. Selbstvertrauen und Selbstachtung kehren wieder. Ein Helfer ist nur noch auf Sachebenen nötig, neue Beziehungen werden geknüpft.

Was heißt, innere Figur geworden zu sein? Der Verstorbene wird mit seinen Vorzügen und Nachteilen real gesehen im Sinne einer subjektiven Realität und in die neue Lebensstruktur eingebaut. Man kann manches so erledigen wie der Verstorbene, man kann sich aber auch das Gegenteil ohne Schuldgefühle leisten. Getrennt von der alten Bindung ergeben sich neue Wahlmöglichkeiten: die neue Freiheit kann genutzt werden. Bei all dem tritt kein Vergessen auf. Es bleibt eine Narbe, sie wird sehr oft Schmerzen verursachen, aber der Hinterbliebene kann damit umgehen. Auch wenn viele Lebensmuster neu gelernt werden

müssen, kann sich der Trauernde frei entfalten. Ein neuer Trauerfall aber, besonders wenn neu geknüpfte Beziehungen nicht gelingen, lässt das Erlebte noch einmal und intensiver ins Bewusstsein treten und auch der alte Verlust muss neu bearbeitet werden.

Wer einmal heftig trauern musste, bleibt für die übrige Zeit seines Lebens ein besonders verwundbarer Mensch. Gleichzeitig ist er aber auch reifer und einfühlsamer geworden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
OA Dipl.-Med. Bernd Weinert
Anästhesie- und Intensivtherapieabteilung
des St. Elisabeth-Krankenhauses Leipzig
Biedermannstr. 84
04277 Leipzig
Tel. 0341/39590

Diese Vortrag wurde auf der 3. Jahrestagung für Transplantationsbeauftragte der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Region Ost, am 6. Mai 2004 in der Sächsischen Landesärztekammer unter dem Leitthema „Sterbekultur im Krankenhaus“ gehalten.

Buchbesprechung

Albrecht Scholz,
Caris-Petra Heidel (Hrsg.):
Emigrantenschicksale.

Einfluss der jüdischen Emigranten auf Sozialpolitik und Wissenschaft in den Aufnahmeländern.

Frankfurt a. M.: Mabuse, 2004
(Medizin und Judentum 7).

Unter der bewährten Herausgeberschaft der beiden Dresdener Medizinhistoriker Scholz und Heidel liegt nunmehr schon der 7. Band aus der Reihe ‚Medizin und Judentum‘ vor, der in 29 Beiträgen von Fachleuten aus aller Welt teils exemplarisch, teils im Überblick das Schicksal vertriebener jüdischer Ärzte, Zahnärzte und Forscher in verschiedenen Aufnahmeländern beschreibt. Nur wenigen gelangen Integration oder gar wissenschaftliche Erfolge (R. Schäfer und T. Sauerbruch, H.-G. Hofer, M. und S. Lindner), die meisten sahen sich mit sozialem Abstieg konfrontiert. Diesen ständig vor Augen, wandten sich viele Ärzte sozialmedizinischen Fragen zu (A. Wittbrodt, S. Hahn, P. Schneck). Großbritannien

beispielsweise erwies sich für die meisten Emigranten vor allem wegen der restriktiven Anerkennungspraxis externer Qualifikationen eher als Durchgangsland (P. Weindling) und auch in den USA war die Arbeitsmöglichkeit im erlernten Beruf nicht garantiert (C.-P. Heidel). Besonders in armen Ländern wie Lateinamerika war die Versorgung der Familien nicht gewährleistet (F. Brahm). Selbst Palästina erwies sich nicht als problemloses Einwanderungsziel (und das nicht nur wegen des anderen Krankheitsspektrums), sondern zeichnete sich durch ein inkompatibles Gesundheitssystem und Bevorzugung der amerikanischen Medizin aus, so dass es – bis auf wenige Ausnahmen (D. Niederland, E. Seidler, S. Eppinger und A. Scholz) – die Vertreter von theoretischen Fächern waren, die an der Hebräischen Universität von Jerusalem Einfluss erlangten (G. Baader, S. Kottek, T. Müller); für den Sexualwissenschaftler und Endokrinologen Bernhard Schapiro war Palästina das Traumziel einer Lebensreise (G. Borgwardt), für den Mikrobiologen und Medizinthoretiker Ludwig Fleck eine bitte-

re Enttäuschung (B. Plonka-Syroka). Auch in der Türkei, die eine konsequente Berufungspolitik europäischer Wissenschaftler und Ärzte zur Modernisierung des Landes betrieb, gab es mitunter kulturelle Konflikte und Restriktionen in den persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten (R. Erichsen, A. Namal, G. Kreft, W. Kirchhoff, I. Kästner). Auch die zunächst liberalen Aufnahmebedingungen in China erwiesen sich mittelfristig als trügerisch (F. Kreissler). In Australien waren Juden wenig willkommen und die vertriebenen jüdischen Ärzte hatten noch dazu mit antideutscher Stimmung zu kämpfen, so dass sie große persönliche Stärke brauchten, um sich durchzusetzen (A. Uhlmann). Die Kenntnisse über die Sowjetunion als Exilland beschränken sich auf wenige Einzelschicksale, die relativ gute Startbedingungen und antifaschistisches Engagement gemeinsam haben, jedoch bisweilen auch tragisch endeten (N. Decker, F. Töpfer und D. Boltres-Astner).

O. Riha, Leipzig

A. Dietz, R.-D. Kortmann

Kehlkopfkrebs

Wandel der onkologischen Strategie in Richtung Organerhalt

Universitätsklinikum
Klinik und Poliklinik
für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Zusammenfassung:

Fortgeschrittener Kehlkopfkrebs bzw. Krebs des Schlundrachens (Hypopharynx) wurde bislang als Indikation für eine Kehlkopfkomplettentfernung angesehen (Laryngektomie). Alternativen zu diesem zwar onkologisch sehr sauberen aber mit Verlust des Kehlkopfes und dauerhaftem Tracheostoma einhergehenden Eingriff bestanden kaum. In den vergangenen 20 Jahren haben sich verschiedene Techniken des chirurgischen Organerhalts (mit CO₂-Laser oder konventionell) etabliert, die den Anteil der laryngektomiepflichtigen Befunde reduziert haben. Eine weitere Option des Organerhaltes stel-

len die aktuellen multimodalen Therapieansätze dar. Hierbei wird durch die Kombination aus Strahlen- und Chemotherapie versucht, einen möglichst hohen Anteil der Tumore kehlkopferhaltend zu behandeln. Gelingt dies nicht, würde die operative Behandlung nachgeschaltet werden. Eigene Ergebnisse und große amerikanische und französische Studie konnten zeigen, dass durch multimodale Therapieansätze eine dauerhafte Kehlkopferhaltung in über 50 Prozent der Fälle möglich ist. Um dieser Frage hierzulande nachzugehen und die Therapie evident zu optimieren, wurde die

Deutsche Larynxorganerhalt Studiengruppe (DeLOS) gegründet, einem Zusammenschluss der HNO- und Strahlenkliniken der Universitäten Leipzig, Hamburg und Würzburg. Die erste DeLOS-Studie, die ein Protokoll mit Induktionschemotherapie (Paclitaxel/Cisplatin) und anschließender Strahlentherapie untersuchte, ist mittlerweile abgeschlossen. Weitere multizentrische Studien werden derzeit auf den Weg gebracht.

Schlüsselwörter: Larynxorganerhalt, Radiochemotherapie, Kehlkopfkrebs, Hypopharynxkarzinom, Larynxkarzinom

Mit einer Inzidenz von ca. 10 bis 15 jährlichen Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnern stellen Kopf-Hals-Karzinome eine nicht mehr ganz so seltene Krebserkrankung in Deutschland dar, wobei eine stetige Zunahme insgesamt und insbesondere bei Frauen zu beobachten ist. Prinzipiell ist festzustellen, dass trotz radikaler Therapieansätze die Prognose fortgeschrittener Kopf-Hals-Karzinome, vor allem bei Kehlkopf und Hypopharynx, in den vergangenen 30 Jahren nur unwesentlich verbessert werden konnte. Durch teilweise sehr einschneidende operative Eingriffe mit einhergehendem Verlust des Kehlkopfes, der eines der zentralen Organe für Sprechen und Schlucken ist, stellen in zunehmendem Maße Patienten und Kollegen die Frage, ob es nicht Alternativen zu dieser oft mutilierenden Chirurgie gibt.

Die Entwicklung und Einführung neuer organerhaltender Verfahren bei fortgeschrittenen

Larynx- und Hypopharynxkarzinomen ohne Einbußen für das onkologisch-prognostische Ergebnis stellt daher gegenwärtig eines der aktuellsten klinisch onkologischen Forschungsgebiete bei den Kopf-Halskarzinomen dar. Der aktuelle Brennpunkt liegt hierbei auf der Entwicklung organerhaltender chirurgischer und multimodaler Therapiekonzepte zum funktionellen Kehlkopferhalt, wo in kurativer Intention bislang chirurgisch mit einer totalen Kehlkopfernung (Laryngektomie) behandelt wurde.

Ausgangssituation

Die Motivation zur Entwicklung organerhaltender Alternativen zur Laryngektomie besteht in der Vermeidung der mit dem Verlust der Larynxfunktion einhergehenden Verschlechterung der Lebensqualität. Die wesentlichen Larynxfunktionen sind: Schlucken, Öffnen und Schließen der Atemwege sowie die Stimm-

generation. Den größten Einfluss auf die Lebensqualität nach Laryngektomie hat nicht nur, wie oft vermutet, der Verlust der Stimme, sondern das Vorhandensein eines permanenten Tracheostomas (DeSanto et al. 1995). Tracheostoma bezogene, die Lebensqualität beeinträchtigende Faktoren sind Riech- und Geschmacksverlust durch Umleitung des Luftstroms, Schluckprobleme durch post-operative anatomische Veränderungen, psychologische und kosmetische Probleme durch den Organverlust oder die Stigmatisierung durch das Tracheostoma selbst (Weinstein 2001). Nach einer Laryngektomie kann die Stimmgeneration durch verschiedene Maßnahmen oft befriedigend ersetzt werden. Falls die sog. Ruktussprache nicht erlernt wird, kann eine heute gängige Methode, wie zum Beispiel der Einsatz einer Stimmprothese in Verbindung mit einer tracheoösophagealen Fistel (zum Beispiel Provox-Prothese) angewandt werden.

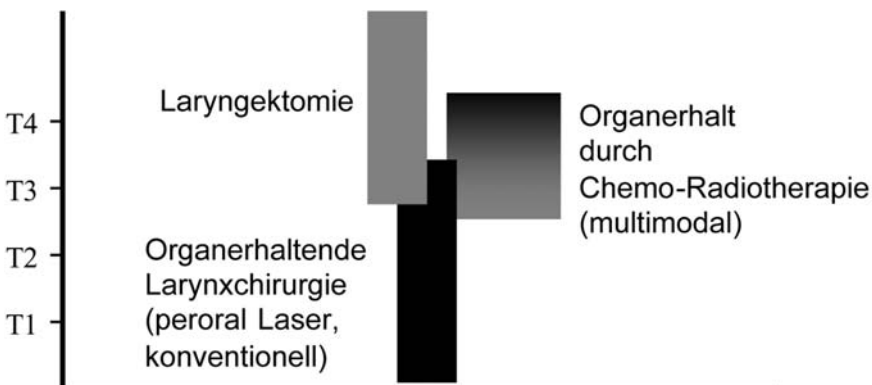


Abb 1: Spannungsfeld Laryngektomie, organerhaltende Chirurgie und organerhaltende Radiochemotherapie. Die Blöcke überlappen teilweise als Ausdruck sich ändernder Standards der Therapie des Larynxkarzinoms (T1-4: T-Klassifikation, TNM UICC)

Stand der therapeutischen Forschung

Die Standardtherapie der operablen fortgeschrittenen Larynx- und Hypopharynxkarzinome in Deutschland stellt die Laryngektomie, in der Regel in Kombination mit einer Neck dissection und einer post-operativen Strahlentherapie im Falle von cervikalen Lymphknotenmetastasen dar. Bei den fortgeschrittenen Tumoren werden mit dieser Therapie in vielen Berichten 2-Jahres-Heilungsraten von 60 Prozent bis 70 Prozent bei Larynxkarzinomen und 40 Prozent bis 50 Prozent bei Hypopharynxkarzinomen im Falle fortgeschrittener, jedoch chirurgisch gut beherrschbarer Tumore beschrieben.

Die Einführung der neoadjuvanten Chemotherapie in multimodale Therapiekonzepte in den

späten 70er Jahren führte zu der Beobachtung, dass allein durch die Chemotherapie häufig komplette Remissionen und bei Patienten mit gutem Ansprechen auf die Chemotherapie mit einer anschließenden Strahlentherapie auch Heilungen erreichbar waren (Hong et al. 1985; Ensley et al. 1984; Kish et al. 1984).

Diese Beobachtung veranlasste Mitte der 80er und Anfang der 90er Jahre die Konzeption und Durchführung zweier großer randomisierter Studien, die eine Induktionschemotherapie mit anschließender Strahlentherapie von Respondern auf die Chemotherapie in Verbindung mit einer Salvage-Laryngektomie bei Therapieversagern in dem experimentellen Arm mit einer primären Laryngektomie mit post-operativer Strahlentherapie im Standardarm verglichen. Die Studien wurden von der Veterans Affairs Laryngeal Study Group (VALSG) (The Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group 1991) und der European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (Lefebvre et al. 1996) durchgeführt. Beide Studien zeigten, dass die organerhaltende Therapie zu identischen Überlebensraten im Vergleich zur primären Lagektomie führt und bei 40 Prozent bis 65 Prozent der Patienten keine Salvage-Laryngektomie notwendig war.

Sich abzeichnende Erkenntnisse, dass eine Induktionschemotherapie im Gegensatz zur simultanen Radiochemotherapie zu keinem Überlebensvorteil führt, trugen Anfang der 90er Jahre zu der Konzeption und Durchführung einer dritten großen randomisierten Studie bei, deren erste Ergebnisse gegenwärtig publiziert wurden. Es handelt sich um die dreiar-mige Studie 91-11 der Radiation Therapy Oncology Group (RTOG), in der im Standardarm eine Induktionschemotherapie entsprechend der VALSG-Studie mit einer simultanen Radiochemotherapie und einer alleinigen Strahlentherapie verglichen werden (Forastiere et al. 2003).

Optionen organerhaltender Therapiekonzepte

Für Patienten mit fortgeschrittenen Larynx/Hypopharynxkarzinomen stehen prinzipiell vier verschiedene organerhaltende Therapieoptionen zur Verfügung: Organerhaltende Chirurgie, alleinige Strahlentherapie, Induktionschemotherapie mit anschließender Strahlentherapie und simultane Radiochemotherapie,

wobei, wenn irgend möglich, der organerhaltenden Chirurgie der Vorzug gegeben werden sollte.

Organerhaltende Chirurgie

Prinzipiell ist festzustellen, dass in den vergangenen Jahren der Anteil an kompletten Laryngektomien zugunsten organerhaltender Operationstechniken abgenommen hat. Vorteile einer organerhaltenden Chirurgie mit oder ohne chirurgische Rekonstruktion in ihren vielfältigen Möglichkeiten bestehen in der exakten histopathologischen Aufarbeitung, Kenntnis der Resektionsgrenzen, des lokoregionären Lymphknotenstatus und dessen optimale Behandlung mittels Neck dissection und ggf. post-operativer Strahlentherapie sowie adäquater Erhalt der Schluck- und Atemwegsfunktion.

Vor allem die endoskopische Laserchirurgie hat für den chirurgischen Larynxorganerhalt weltweit enorme Fortschritte gebracht, wie zahlreiche Publikationen der Arbeitsgruppe um W. Steiner und Kollegen/innen (Steiner et al. 2003, Olthoff A. et al. 2003, Ambrosch P. et al. 2001, Iro H. et al. 1998, Ambrosch P. et al. 1998, Steiner W. 1994 a-d, Ambrosch P. et al. 1994) und andere Autoren belegen konnten (Werner JA 2003, Werner JA et al. 2002, Rudert H. et al. 1999). Auch die diversifizierten von aussen angewandten larynxerhaltenden chirurgischen Techniken haben sich einen festen Platz im Therapiespektrum des chirurgischen Larynxorganerhalts gesichert (Glanz 1999, Pameijer et al. 1997; Wang et al. 1991; Isaacs, Jr. et al. 1988; Fletcher et al. 1970). Die lokale Tumorkontrolle wird als sehr gut beschrieben (Tufano 2002; Teknos et al. 2001; Koch 2000).

Das primär chirurgische Vorgehen erfordert eine sorgfältige Patientenselektion und hohe technische Expertise der behandelnden HNO-Klinik. Eine postoperative Sprech- und Schluckrehabilitation ist bei diesen Patienten in der Regel notwendig, stellt aber kein nennenswertes Problem in der mittelfristigen Beobachtung der Therapieverläufe dar. Auch hier spielt die phoniatrische Betreuung in der jeweiligen behandelnden Einrichtung eine erhebliche Rolle.

Alleinige Strahlentherapie

Während sich kleine Larynxkarzinome (T1N0, T2 N0) sehr gut kurativ mit einer alleinigen Strahlentherapie behandeln lassen (in Deutsch-

land aber überwiegend organerhaltend chirurgisch behandelt werden), ist die Prognose der fortgeschrittenen Larynx- und Hypopharynxkarzinome nach alleiniger Strahlentherapie wesentlich schlechter. Als Standard für diese Tumoren in Deutschland gilt daher die Operation in der Regel mit post-operativer Strahlentherapie. Ein randomisierter Vergleich zwischen dem primär operativen Vorgehen und einer alleinigen Strahlentherapie bei fortgeschrittenen Larynx- und Hypopharynxkarzinomen steht allerdings noch aus. Die bisherigen Kenntnisse beziehen sich auf nicht-randomisierte prospektive oder retrospektive Analysen, deren Vergleichbarkeit und Aussagekraft durch die Heterogenität der Patientenkollektive äußerst eingeschränkt ist.

In einer aktuellen Übersichtsarbeit wurden für glottische und supraglottische Larynxkarzinome empirische Faktoren beschrieben, welche eine Einteilung in für eine alleinige Strahlentherapie günstige oder ungünstige Gruppen erlaubt (Mendenhall 1998). Als Faktoren für eine ungünstige lokale Tumorkontrolle mit hohem Risiko einer Salvage-Laryngektomie wurden in den verschiedenen Arbeiten identifiziert eine Weichteilinfiltation, Schildknorpelinfiltation, Notwendigkeit eines Tracheostomas, Infiltration des präepiglottischen Raumes, Hypopharynx oder Oropharynx und infiltratives im Gegensatz zu exophythischem Wachstum (Parsons et al. 1998; Mendenhall et al. 1997; Frankenthaler et al. 1993; Bataini et al. 1982; Harwood et al. 1981; Fletcher et al. 1974; Vermund 1970).

Bis auf die Schildknorpelinfiltation handelt es sich um Faktoren, die mehr oder weniger das Tumolvolumen reflektieren. Der dominante Einfluss des Tumolvolumens auf den Therapieerfolg wurde durch Arbeiten untermauert, die speziell das auf CT-Basis quantitativ ermittelte prätherapeutische Tumolvolumen als prognostischen Faktor untersuchten (Mancuso et al. 1999; Rudat et al. 1999; Johnson et al. 1995). Bei selektierten Patienten mit günstigen Prognosefaktoren wurden nach alleiniger Strahlentherapie lokale Tumorkontrollraten bei T4 Tumoren der Glottis von 62 Prozent und der Supraglottis von 48 Prozent nach 5 Jahren ermittelt. Diese Zahlen sind vergleichbar mit chirurgischen Ergebnissen, zum Beispiel des primär chirurgischen Armes der oben genannten VALSG und EORTC-Studien zum Larynxorganerhalt.

Bei fortgeschrittenen Hypopharynxtumoren scheinen nach nicht-randomisierten und retrospektiven Untersuchungen die lokalen Kontrollraten nach alleiniger Strahlentherapie im Vergleich zu operativen Serien ungünstiger zu sein. Auch hier sind erhebliche methodische Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten.

Zwei große randomisierte Studien der EORTC und RTOG zeigten, dass durch bestimmte alternative Fraktionierungsschemata im Vergleich zur Standardfraktionierung (Einzel-dosis 1,8 Gy oder 2 Gy, 1 Fraktion pro Tag, 5 Fraktionen pro Woche) bei fortgeschrittenen Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Halsbereichs eine verbesserte lokale Tumorkontrolle erreicht werden kann.

Die EORTC-Studie 22851 verglich eine hyperfraktionierte mit einer standardfraktionierten Strahlentherapie bei 356 Patienten mit moderat fortgeschrittenen (T2-3, N0-1) Oropharynxkarzinomen. Patienten mit T3 N0 und T3 N1 Tumoren zeigten im hyperfraktionierten Arm eine signifikant verbesserte lokale Tumorkontrolle von 13% nach 5 Jahren, das Überleben war nicht signifikant verbessert (Horiot et al. 1997).

Die vierarmige RTOG-Studie 90-03 verglich eine hyperfraktionierte (Arm 1), concomitant boost (Arm 2) und akzelerierte split-course Fraktionierung (Arm 3) mit einer Standardfraktionierung (Arm 4) bei 1073 Patienten mit Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Halsbereichs des klinischen Stadiums III und IV. Die concomitant boost und hyperfraktionierte Strahlentherapie ergab im Vergleich zur Standardfraktionierung eine signifikant verbesserte lokale Tumorkontrolle von acht Prozent, nach zwei Jahren, das Überleben war nicht signifikant verbessert. Die Akutreaktionen waren im Vergleich zum Standardarm erwartungsgemäß erhöht, die Spätreaktionen, soweit nach der kurzen Nachbeobachtung von zwei Jahren in dem ersten Bericht dieser Studie beurteilbar, nicht (Fu et al. 2000).

Die Patientenzahl beider Studien erlaubte keine Subgruppenanalyse, sodass zuverlässige Rückschlüsse auf Larynx- oder Hypopharynxkarzinome hinsichtlich der Fraktionierungsschemata nicht möglich sind. Erst eine randomisierte Studie wird die Wertigkeit einer alleinigen Strahlentherapie im Vergleich zum primär operativen Vorgehen bei operablen, moderat fortgeschrittenen bzw. selektierten Larynx- und Hypopharynxkarzinomen darle-

gen können. Zu berücksichtigen wären bei der Beurteilung beider Therapiemodalitäten neben der Tumorkontrolle vor allem auch die langfristigen Nebenwirkungen und die Lebensqualität.

Induktionschemotherapie und Strahlentherapie

Basierend auf den Ergebnissen der Studien zur Induktionschemotherapie in den späten 70er und 80er Jahren wurden Mitte der 80er Jahren zwei große randomisierte Studien initiiert, welche eine Induktionschemotherapie in Kombination mit einer Strahlentherapie zum Organerhalt direkt mit einer Laryngektomie verglichen.

In der VALSG-Studie wurden 332 Patienten mit unvorbehandelten, operablen Plattenepithelkarzinomen der Glottis und der Supraglottis des klinischen Stadiums III und IV untersucht. Patienten wurden randomisiert in einen experimentellen Arm mit bis zu drei Zyklen Chemotherapie mit Cisplatin/5-FU gefolgt von einer standardfraktionierten Strahlentherapie mit einer Gesamtdosis von 66 Gy – 76 Gy und einem Standardarm mit einer LE und post-operativer Strahlentherapie (The Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group 1991). Patienten im experimentellen Arm, welche nach zwei Zyklen Induktionschemotherapie eine komplette Remission aufwiesen, erhielten einen dritten Zyklus Chemotherapie gefolgt von der Strahlentherapie. Patienten die keine komplette Remission nach zwei Zyklen Chemotherapie aufwiesen, wurden einer LE zugeführt. Von 166 Patienten, die in den experimentellen Arm mit Induktionschemotherapie randomisiert wurden, erhielten 78 Prozent die anschließende Strahlentherapie, 16 Prozent eine LE wegen eines schlechten Ansprechens auf die Induktionschemotherapie, sechs Prozent der Patienten verstarben oder verweigerten jede weitere Therapie. Die Gesamtansprechrate auf die Chemotherapie betrug 85 Prozent. Nach einer Nachbeobachtungszeit von zwei Jahren bestand kein signifikanter Unterschied im Überleben zwischen den beiden Studienarmen. Dieses Ergebnis blieb konstant auch nach mehr als zehn Jahren Nachbeobachtungszeit mit einer Gesamtüberlebensrate jeweils etwa 35 Prozent. 36 Prozent der Patienten in dem Induktionschemotherapiearm erhielten eine Salvage-LE, die Larynxerhaltungsrate betrug dementsprechend 64 Prozent. Im Rezidiv-

muster unterschieden sich die beiden Studienarme: Im Induktionschemotherapiearm wurden signifikant mehr Lokalrezidive (12 Prozent versus zwei Prozent) und signifikant weniger Fernmetastasen (11 Prozent versus 17 Prozent) beobachtet. Patienten mit T4 Tumoren hatten ein signifikant höheres Risiko, eine Salvage-LE zu erhalten, als T3 Tumoren (56 Prozent versus 29 Prozent).

Begleitende Langzeituntersuchungen zur Lebensqualität zeigten 6, 12 und 24 Monate nach Randomisierung bei den organerhaltend erfolgreich behandelten Patienten bessere Sprech- und Kommunikationswerte im Vergleich zu den mit LE behandelten (Hillman et al. 1998). Bei der Erhebung zur Schluckfunktion bestanden keine signifikanten Unterschiede. Eine Untersuchung nach einer Nachbeobachtungszeit von etwa 10 Jahren zeigte keine Unterschiede in Bezug auf die Sprechfunktion zwischen den organerhaltend und mit einer LE behandelten Patienten. Beide Gruppen zeigten schlechtere Kommunikationswerte im Vergleich zu Patienten mit Tumoren im Kopf-Halsbereich anderer Lokalisationen, bei denen das Sprechvermögen nicht betroffen war. Organerhaltend erfolgreich behandelte Patienten zeigten signifikant bessere Werte in den Bereichen mentale Gesundheit, Schmerzen, Emotionen und Selbsteinschätzung des Therapieerfolgs als die mit einer LE behandelten. Insgesamt deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass für die Patienten scheinbar die körperlichen Folgen der LE bzw. deren Auswirkungen auf die soziale Interaktion größeren Einfluss auf die Lebensqualität haben als Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit (Terrell et al. 1998; Mohide et al. 1992).

Die zweite große randomisierte Studie wurde von der EORTC initiiert und rekrutierte 202 Patienten mit unvorbehandelten, operablen Plattenepithelkarzinomen des Hypopharynx (78% der Patienten) und des Larynx (22 Prozent der Patienten) (Lefebvre et al. 1996). Patienten wurden randomisiert in einen experimentellen Studienarm mit bis zu drei Zyklen Induktionschemotherapie mit Cisplatin/5-FU und nachfolgender standardfraktionierter Strahlentherapie bis zu einer Gesamtdosis von 70 Gy und in einen Standardarm mit partieller Pharyngolaryngektomie und post-operativer Strahlentherapie. Patienten im experimentellen Arm, die eine partielle Response nach

dem ersten Zyklus Induktionschemotherapie entwickelten, erhielten einen zweiten und dritten Zyklus. Patienten, die zu einem beliebigen Zeitpunkt der Induktionschemotherapie eine komplette Remission entwickelten, wurden der Strahlentherapie zugeführt. Patienten, die weniger als eine partielle Response in Zyklus eins und zwei oder weniger als eine komplette Response nach dem dritten Zyklus entwickelten, wurden der Pharyngolaryngektomie zugeführt. Eine komplette Remission nach Induktionschemotherapie entwickelten 54 Prozent der Patienten im Bereich des Primärtumors und 43 Prozent im Bereich des Primärtumors und der lokoregionären Lymphabflusswege. Nach einer Nachbeobachtung von fünf Jahren bestand kein signifikanter Unterschied im Überleben zwischen beiden Studienarmen (30 Prozent versus 35 Prozent im chirurgischen Arm). Die 3 und 5-Jahresüberlebensraten mit funktionellem Larynx betragen 42 Prozent und 35 Prozent. Das Risiko einer Fernmetastasierung war in dem Induktionschemotherapiearm signifikant geringer (25 Prozent versus 36 Prozent). Die Überlebensrate mit funktionellem Larynx betrug 42 Prozent nach drei und 35 Prozent nach fünf Jahren.

Neben den unterschiedlichen Tumorlokalisationen unterschieden sich die VALSG und EORTC-Studie hinsichtlich der Selektion zur Strahlentherapie. Bei der VALSG war eine partielle Remission erforderlich, bei der EORTC-Studie eine komplette Remission. Dies mag zur Erklärung der in den beiden Studien beobachteten unterschiedlichen Überlebensraten mit funktionellem Larynx beitragen.

Eine dritte, kleinere randomisierte Studie (68 Patienten) mit identischem Studiendesign zur VALSG-Studie und EORT-Studie zeigte schlechtere Überlebensraten im Studienarm mit Induktionschemotherapie im Vergleich zum Studienarm mit Laryngektomie (Richard et al. 1998). Diese von der Groupe d'Etudes des Tumeurs de la Tête et du Cou (GETTEC) durchgeführte Studie wurde wegen technischer Unzulänglichkeiten kritisiert. Die Ergebnisse werden allgemein mit Zurückhaltung gewertet.

Der Sinn einer Induktionschemotherapie bei organerhaltenden Therapiekonzepten kann in einer Erhöhung der Therapieeffizienz durch Volumenverkleinerung des Tumors vor Strah-

lentherapie und durch eine Selektion strahlensensibler Tumoren bestehen. Eine Verbesserung der Überlebensrate durch eine Induktionschemotherapie ist bislang nicht gezeigt worden. Letztendlich ist der Wert der Induktionschemotherapie bei organerhaltenden Therapiekonzepten bislang unklar.

Simultane Radiochemotherapie

Eine bemerkenswerte Metaanalyse mit individuellen Daten von über 10.000 Patienten mit Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Halsbereichs aus 70 Studien ergab, dass eine simultane Radiochemotherapie zu einer signifikanten Verbesserung des Überlebens von ca. 8 Prozent führt, eine Induktionschemotherapie oder adjuvante Chemotherapie dagegen keinen signifikanten Einfluss auf das Überleben hat (Pignon et al. 2000). Die Überlegenheit einer simultanen Radiochemotherapie im Vergleich zur alleinigen Strahlentherapie im Hinblick auf die lokale Kontrolle und das Überleben bei fortgeschrittenen (nicht-operablen) Kopf-Halstumoren wurde durch neuere randomisierte Studien im Wesentlichen weiter bestätigt (Adelstein et al. 2003; Staar et al. 2001; Jeremic et al. 2000; Dobrowsky et al. 2000; Calais et al. 1999; Wendt et al. 1998; Brizel et al. 1998). Weitere aktuelle randomisierte Studien deuten darauf hin, dass auch bei einer post-operativen Strahlentherapie von Hochrisikopatienten eine simultane Radiochemotherapie der alleinigen post-operativen Strahlentherapie überlegen sein könnte (Bernier et al. 2001; Cooper et al. 1998; Al Sarraf et al. 1997).

Die Rolle der simultanen Radiochemotherapie bei der organerhaltenden Therapie wurde durch die dreiarmlige RTOG-Studie 91-11 untersucht, deren erste Ergebnisse vor Kurzem publiziert wurden (Forastiere et al. 2003). Es wurden 547 Patienten mit lokal fortgeschrittenen, operablen Plattenepithelkarzinomen der Glottis und der Supraglottis (79 Prozent T3, 72 Prozent N0-1) randomisiert in einen Standardarm mit Induktionschemotherapie entsprechend der VALSG-Studie (Arm 1), einen experimentellen Arm mit simultaner Radiochemotherapie mit einer standardfraktionierten Strahlentherapie mit einer Gesamtdosis von 70 Gy und simultanen Chemotherapie mit 100 mg/m² KO Cisplatin am Tag 1, 22 und 43 (Arm 2) und in einen weiteren experimentellen Arm mit alleiniger standardfraktionierten Strahlentherapie mit einer Ge-

samtdosis von 70 Gy (Arm 3). In allen drei Armen war eine Salvage-LE für Therapieversager vorgesehen, bei Patienten mit einem N2 oder N3-Status erfolgte eine geplante Neck dissection acht Wochen nach Abschluss der Therapie des jeweiligen Studienarmes.

Die Ergebnisse nach einer medianen Beobachtungszeit von 3,8 Jahren waren wie folgt: Die Larynxerhaltungsrate war statistisch signifikant besser im Studienarm mit simultaner Radiochemotherapie im Vergleich zu den Studienarmen mit Induktionschemotherapie und alleiniger Strahlentherapie (145/172 (84 Prozent), 125/173 (72 Prozent), 116/173 (67 Prozent)). Das krankheitsfreie Überleben nach 2 und 5 Jahren war signifikant besser in den Studienarmen mit Chemotherapie (simultane Radiochemotherapie 61 Prozent und 36 Prozent, Induktionschemotherapie 52 Prozent und 38 Prozent) im Vergleich zur alleinigen Strahlentherapie (44 Prozent und 27 Prozent). Das aktuarische Gesamtüberleben war mit etwa 75 Prozent nach zwei Jahren und 56 Prozent nach fünf Jahren in allen drei Studienarmen nicht signifikant unterschiedlich.

Die Fernmetastasierungsrate nach fünf Jahren betrug 12 Prozent bei den Patienten, die eine simultane Radiochemotherapie erhielten, 15 Prozent bei den Patienten, die eine Induktionschemotherapie erhielten und 22 Prozent bei den Patienten, die eine alleinige Strahlentherapie erhielten. Der Unterschied zwischen den Studienarmen, die eine Chemotherapie enthielten und dem Studienarm mit alleiniger Strahlentherapie war statistisch signifikant.

Der Studienarm mit simultaner Radiochemotherapie zeigte die größte Akuttoxizität (Akuttoxizität Grad 3 und 4: 77 Prozent versus 51 Prozent und 47 Prozent). Die Inzidenz von Spätreaktionen Grad 3 und 4 betrug 24 Prozent bei Patienten nach Induktionschemotherapie, 30 Prozent bei Patienten nach simultaner Radiochemotherapie und 36 Prozent bei Patienten nach alleiniger Strahlentherapie. Die Ergebnisse zeigten, dass die simultane Radiochemotherapie in Bezug auf die Larynxerhaltungs- und lokale Kontrollrate der Induktionschemotherapie und der alleinigen Strahlentherapie überlegen war. Der Vorteil in der lokalen Kontrolle bei der simultanen Radiochemotherapie übertrug sich nicht auf das Überleben.

Eine Analyse der Ergebnisse nach Salvage-Laryngektomie in dieser Studie ergab überraschend, da die klinische Beobachtung im eigenen Patientengut andere Hinweise gibt, dass die Inzidenz leichter und schwerer LE-assoziierten Nebenwirkungen in den Studienarmen 1-3 nicht signifikant unterschiedlich war (58 Prozent, 59 Prozent, und 52 Prozent; darunter Inzidenz pharyngokutaner Fisteln: 12 Prozent, 30 Prozent und 15 Prozent). Die Inzidenz der LE-assoziierten Nebenwirkungen war interessanterweise unabhängig von dem Zeitintervall zwischen Beendigung der Therapie und Durchführung der Salvage-LE. Die Patienten hatten eine gute Prognose nach Salvage-LE (lokale Kontrollraten zwischen 74 Prozent und 90 Prozent, Überlebensraten nach 2 Jahren zwischen 69 Prozent und 76 Prozent), wobei die Überlebensrate der Patienten mit Salvage-LE einer multivariaten Analyse nach signifikant schlechter als die der Patienten ohne Salvage-LE war.

Organerhaltende nicht-chirurgische Therapiestudien in Deutschland

In Deutschland wurden bislang vier prospektive Pilotstudien zum Organerhalt bei fortgeschrittenen Larynx- und Hypopharynxkarzinomen durchgeführt.

Bei der ersten Pilotstudie handelte es sich um eine multizentrische, prospektive und nicht-randomisierte Pilotstudie der HNO- und Strahlentherapie Universitäts Heidelberg, Köln, städtische Kliniken Kassel und Oldenburg. Patienten mit fortgeschrittenen Larynx- und Hypopharynxkarzinomen wurde als Alternative zur Standardtherapie einer Laryngektomie die Teilnahme an der organerhaltenden Studie angeboten. Zur Anwendung kam eine simultane akzelerierte (concomitant boost) Radiochemotherapie mit 60 mg/m² KO Carboplatin in Woche 1 und 5 (Dietz et al. 2002). Insgesamt wurden 41 Patienten in dem Zeitraum von 3/98 bis 10/2000 rekrutiert. Eine aktualisierte Analyse ergab eine Gesamtüberlebensrate nach 2 Jahren von 81 Prozent (95 Prozent CI: 68 Prozent - 94 Prozent) und eine Überlebensrate mit funktionellem Larynx von 73 Prozent (95 Prozent CI: 59 Prozent bis 86 Prozent). Die Therapie war gut durchführbar. Die Toxizität war akzeptabel und befand sich in dem für diese Therapie erwarteten Bereich. Soweit bei den geringen Fallzahlen vergleichbar, liegen die Ergebnisse genau in dem Bereich des Studienarms mit simultaner Radiochemotherapie der RTOG 91-11 Studie.



Abb.2: Ohne Studien wird man im Prozess der Therapieverbesserung der Kopf-Hals-Karzinome nicht weiter kommen.

Bei der zweiten Pilotstudie handelt es sich um eine von der HNO und Strahlentherapie der Universität Würzburg durchgeführte unizentrische, prospektive Studie. Unterschieden wurde in einen Standardarm mit Laryngektomie und post-operativer Strahlentherapie und einen experimentellen Arm mit zwei Zyklen Induktionschemotherapie mit Cisplatin/Paclitaxel und anschließender hyperfraktioniert-akzelerierter Strahlentherapie mit concomitant boost Technik (Pfreundner et al. 2003). Patienten mit mindestens einer partiellen Remission nach Induktionschemotherapie wurden der Strahlentherapie, non-Responder einer Laryngektomie zugeführt. Da im Verlauf der Studie viele Patienten verständlicherweise eine Randomisierung verweigerten und im organerhaltenden Studienarm behandelt werden wollten, wurde auf eine weitere Randomisierung verzichtet und die Studie als einarmige Studie weitergeführt. Insgesamt wurden 62 Patienten mit fortgeschrittenen Larynx- und Hypopharynxkarzinomen in dem Zeitraum von 12/96 und 5/2001 im Rahmen dieser Studie behandelt. Nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von zwei Jahren betrug die Gesamtüberlebensrate der organerhaltend behandelten Patienten 73 Prozent und die lokoregionäre Kontrollrate 91 Prozent. Die Überlebensrate mit funktionellem Larynx nach drei Jahren betrug 60 Prozent. Die Therapie war gut durchführbar und die Toxizität akzeptabel.

In dem Bestreben, ein einheitliches Therapiekonzept zum funktionellen Larynxerhalt bei bislang nur durch Laryngektomie kurativ behandelbaren Patienten bundesweit zu überprüfen und zu etablieren, haben sich beide oben genannten Studiengruppen zusammengeschlossen und ein gemeinsames Therapiekonzept entwickelt („Deutsche Larynx-Organerhalt Studiengruppe (DeLOS)“ Homepage

www.DeLOS.de.vu). Im Rahmen einer prospektiven, multizentrischen und nicht randomisierten Therapieoptimierungs-Studie sollte überprüft werden, ob die sehr guten, in Würzburg beobachteten Ergebnisse zur lokoregionären Kontrolle durch Induktionschemotherapie mit Cisplatin/Paclitaxel und anschließender akzelerierten-hyperfraktionierten Strahlentherapie bei Respondern auf die Chemotherapie in einem multizentrischen Ansatz reproduziert werden können. Insgesamt nahmen an dieser Studie die Abteilungen HNO und Strahlentherapie von 19 Zentren teil. Die Rekrutierungsphase wurde im September 2003 nach Erreichen der geplanten Patientenzahl beendet, gegenwärtig befindet sich die Studie in der Nachbeobachtungsphase. Die ersten vorläufigen Ergebnisse bestätigen die in Würzburg gemachten Beobachtungen.

Eine weitere Pilotstudie zum Larynx-Organerhalt wurde durch eine weitere Studiengruppe durchgeführt („Laryngo-Protekt-Studie“, HNO-Univ.-Klinik Frankfurt). Achtundvierzig Patienten mit operablen Oro- und Hypopharynxkarzinomen erhielten drei Zyklen einer Induktionschemotherapie mit Docetaxel, Cisplatin und 5-FU (Knecht et al. 2003). Der Induktionschemotherapie folgte eine simultane Radiochemotherapie (70 Gy in 7 Wochen) mit 100 mg/m² KO Cisplatin an den Strahlentherapie-Tagen 1, 22 und 43. Achtundsiebzig Prozent der so behandelten Patienten entwickelten eine komplette Remission, 12 Prozent eine partielle Remission und zehn Prozent eine Tumorprogression. Eine reversible

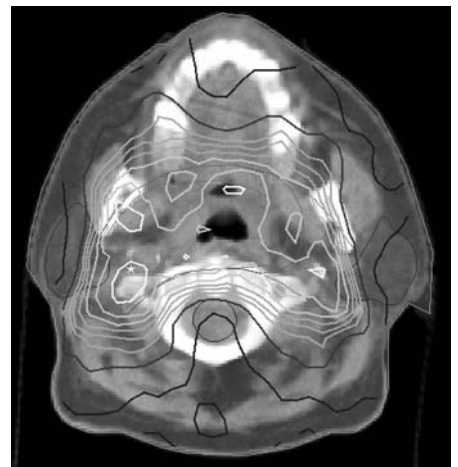


Abb.3: Computergestützter, intensitätsmodulierter Bestrahlungsplan zur Radiotherapie eines Hypopharynxcarcinomes. Schonung von Glandula Parotis und Rückenmark.

Neutropenie bis zu Grad vier war die häufigste Nebenwirkung.

Zukünftige technische Entwicklungen der Strahlentherapie

Neue technische Entwicklungen, vor allem die sogenannte intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT), erlauben eine bessere Erfassung des Zielgebietes und eine optimierte Schonung von gesundem Gewebe, um das Risiko für mögliche Nebenwirkungen zu senken (Abb 3). Die Integrierung funktioneller bildgebender Verfahren wie der Positronenemissionstomographie eröffnet zudem die Möglichkeit einer nach Risikogebieten adaptierten, gezielteren Radiotherapie. Von den zukünftigen Entwicklungen wird eine weitere Verbesserung der Behandlungsergebnisse erwartet.

Perspektiven

Aufbauend auf den ermutigenden Erfahrungen der ersten DeLOS-Studie hat die Studien-

gruppe auf einer Konsensveranstaltung mit Vertretern aller teilnehmenden Kliniken, sowie der Arbeitsgemeinschaft Radioonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (ARO) und AG-Ongologie der Deutschen HNO-Gesellschaft beschlossen, das DeLOS-Induktionskonzept in einer randomisierten Phase-III Äquivalenzstudie einer simultanen Radiochemotherapie mit Cisplatin (bester Arm der RTOG 91-11, Forastiere A. et al. 2003) gegenüber zu stellen. Hierbei sollen Aspekte des funktionellen Organerhalts, der Toxizität, Operabilität im Rahmen der Salvage-Operation und Lebensqualität im Vordergrund stehen.

Die Studie wird innerhalb des Tumorzentrums der Universitätsklinik Leipzig angeboten. Diese interdisziplinäre onkologische Einrichtung bietet im Rahmen des Kopf-Hals-Tumorboards und der weitreichenden Dokumentation eine sehr gute Basis zur sorgfältigen Therapieentscheidung bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren im Rahmen von klinischen Studien und

damit Steigerung der Evidenz. Für weitergehende Fragen stehen die Autoren gerne zur Verfügung.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Andreas Dietz
Direktor
Klinik und Poliklinik für
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde/
Plastische Operationen der
Universität Leipzig
Liebigstr. 18a, 04103 Leipzig
Tel.: 0341 97-21700, Fax.: 0341 97-21709
e-mail: andreas.dietz@medizin.uni-leipzig.de
www.uni-leipzig.de/~hno

Prof. Dr. med. Rolf-Dieter Kortmann
Direktor
Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
Universität Leipzig
Stephanstrasse 9a, 04103 Leipzig,
Tel: 0341 9718400, Fax: 0341 9718409
Email: strahl@medizin.uni-leipzig.de
www.uni-leipzig.de/~onko

Familientagesklinik Einladung zu einem Informationsabend

Hiermit möchten wir Sie und Ihre Mitarbeiter ganz herzlich zu unserem diesjährigen Informationsabend am **1. 12. 2004** in die Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einladen und Ihnen die Gelegenheit geben, sich vor Ort über unsere Arbeit mit psychisch kranken oder beeinträchtigten Kindern und deren Familien zu informieren. Ab 17.30 Uhr bis 20.00 Uhr stehen Ihnen unsere Türen offen, so dass Sie sich selbst einen Eindruck von den Räumlichkeiten der Familientagesklinik verschaffen und sich anhand von Videos und Postern oder im persönlichen Gespräch mit einzelnen Mitarbeitern über unsere Arbeit informieren können. Ab 18.00 Uhr werden wir in einem Vortrag unser Behandlungskonzept und unsere Erfahrungen vorstellen.

Die Ressourcen der Familie für die Therapie nutzen: Das Konzept der Familientagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus.

Wann und wo?:

**1. 12. 2004, 18.00 bis 19.00 Uhr,
Goetheallee 12, 1. Stock, Gelber Salon.**

Tagesklinische Behandlung von Kindern unter so intensivem Einbezug und mit Aufnahme ihrer Bezugspersonen ist in Sachsen einmalig. Die Familientagesklinik hat sich in den letzten Jahren als wichtiges Standbein des Angebots unserer Klinik erwiesen.

Ziel der Behandlung ist es, die Ressourcen der Familie für die Therapie des Kindes zu nutzen, die Eltern in einem angemessenen Umgang mit dem belasteten Kind zu stärken und den Veränderungsprozess in den familiären Alltag hineinzutragen.

Wir würden uns freuen, Sie zu unserer Informationsveranstaltung begrüßen zu können.

Prof. Dr. med. Michael Scholz
Klinikdirektor
Dr. phil. Heike Schemmel
Stationspsychologin

Ärzteblatt Sachsen, Heft 9/2004 – Ergänzung

Drogenkonsum – eine zur Sucht führende psychische Verhaltensstörung

Artikel im „**Ärzteblatt Sachsen**“,
Heft 9/2004, Seite 423 bis 428

Ergänzung zu Punkt 4 – Seite 428:
Nachfolgende Klinik hat ihre Bereitschaft erklärt, den ambulanten Ärzten ihres regionalen Versorgungsbereiches beratend zur Seite zu stehen:

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Neurologie
Humaine-Vogtland-Klinikum Plauen

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Ärzte helfen Ärzten

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

wir stehen kurz vor dem Anfang eines neuen Jahres, das für uns alle und die von der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ betreuten Ärztinnen, Ärzte und Arztkinder mit vielen Unabwägbarkeiten verbunden ist, mit vielen neuen Aufgaben, Chancen, aber auch Problemen. Für die Stiftung bedeutet dies, denen, die sich in ihrer Not an sie wenden, zur Seite zu stehen. Hierfür gibt es eine wunderbar kurze Formel. Sie lautet: „Hilfe“ und ist Basis der Stiftungsarbeit.

Das Wort „Hilfe“ beginnt mit „H“ und steht für Haus und Heim. Das heißt, dass wir eine Gemeinschaft bilden mit denen, die unserer Unterstützung bedürfen. Solidarität ist keine Phrase, sondern wird von der Stiftung, dem großen Gemeinschaftswerk aller Ärzte, Zahn- und Tierärzte, gelebt.

Das „i“ von „Hilfe“ steht für Initiative. Das umfangreiche Hilfeprogramm der Stiftung existiert nur, weil die Ärzteschaft die Initiative ergriffen hat, da tätig zu werden, wo der Staat seine Fürsorgepflicht nicht in ausreichendem Maße erfüllt und daher Eigeninitiative angesagt ist. Das „i“ steht in diesem Sinn auch für Integrationshilfe, einer der Schwerpunkte der Stiftungsarbeit für übergesiedelte deutschstämmige Kolleginnen und Kollegen. Das „l“ von „Hilfe“ steht für Liebe. Sie ist die größte positive Kraft. Wer seine Mitmenschen liebt und in diesem Geiste arbeitet, kann anderen bei der Bewältigung ihrer Probleme helfen, kann Brücken bauen und selbst Brücke

sein. Die Stiftung ist eine solche Brücke von Kollegin und Kollege zu Kollegin und Kollege.

Das „f“ von Hilfe steht für Freunde. Ziel der Stiftung ist es, denjenigen, die Hilfe suchen, zu vermitteln, dass sie nicht allein sind, sondern ein ganzer Berufsstand hinter ihnen steht. Dieses Wissen gibt die Kraft für den Erfolg in der Zukunft bei der Erfüllung der Aufgaben, der Wahrnehmung der Chancen und der Bewältigung der Probleme.

Das „e“ schließlich steht für Engagement. Die Stiftung hat in der zurückliegenden Zeit ihr Programm stets um Aufgaben zur Lösung sichtbar werdender Probleme engagiert erweitert. Auch zukünftig versteht sich die Stiftung als ein Instrument der Ärzteschaft, auf aktuelle Problemlagen schnell und unbürokratisch zu reagieren.

„Hilfe“ ist die Erfolgsformel der Stiftung. Hierzu benötigen wir jedoch dringend Ihre Hilfe. Mit Ihrer persönlichen Spende helfen Sie uns, dass wir den Kolleginnen und Kollegen und Kollegenkindern zur Seite stehen können..

Mit unserer dringenden Bitte um Hilfe verbinden wir nochmals unseren aufrichtigen Dank an alle Einzelspender und Organisationen, die der Stiftung in den letzten 49 Jahren durch ihre Unterstützung geholfen und Mut gemacht haben.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages

Dr. Richter-Reichhelm
1. Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Thomas
Vorsitzender des Hartmannbundes –
Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

Dr. Montgomery
1. Vorsitzender des Marburger Bundes –
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen
und Ärzte Deutschlands e.V., Bundesverband

Dr. Zollner
Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes –
Verband der niedergelassenen Ärzte
Deutschlands e.V.

Frau Dr. Bühnen
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

Prof. Dr. Weiser
Präsident des Verbandes der leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Dr. Walter
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Dr. Dr. Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V.

Dr. Beckmann
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes
Deutscher Zahnärzte e.V.

Dr. Breitling
Präsident der Bundestierärztekammer e.V.

Die Stiftung hat folgende Konten:
„Ärzte helfen Ärzten“,
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Stuttgart Nr. 0001486942
(BLZ 60090609), Postbank Stuttgart Nr.
41533-701
(BLZ 60010070) oder
Sparkasse Bonn Nr. 24000705
(BLZ 38050000).

INFORMATIONEN IM INTERNET

www.slaek.de

www.gesundheitslotse-sachsen.de

Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt zum 70. Geburtstag



Am 1. 11. 2004 beging Herr Prof. Dr. Wolfram Behrendt seinen 70. Geburtstag. Seit über 40 Jahren ist er der Universität Leipzig und ihrer Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde verbunden – als empathischer Arzt, als engagierter Hochschullehrer und als international anerkannter Wissenschaftler. Er verkörpert wie kaum ein anderer die organische Verbindung zwischen HNO-Heilkunde und Phoniatrie und trat schon früh – fast visionär – für die enge Verbindung funktioneller und onkologischer Kehlkopfbetrachtung ein.

Dabei führte seine berufliche Laufbahn erst auf Umwegen zur HNO-Heilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie: Während seines Medizinstudiums an der Alma mater Lipsiensis von 1952 bis 1957 absolvierte er parallel ein privates Gesangsstudium bei bekannten Sängern wie Paul Reinecke und Fritz Polster, so dass ihm am Ende seiner Studienzeit die Wahl zwischen einer Karriere als Arzt oder als lyrischer Bariton stand. Prof. Behrendt entschied sich für die Medizin und begann unter seinem ersten Lehrer Prof. Dr. Gottfried Holle eine Ausbildung zum Facharzt für Pathologie.

Bereits im Jahr seines Staatsexamens, 1957, promovierte er über das Thema „Das Spätchicksal des Bronchialkarzinoms“. Danach arbeitete er zwei Jahre als praktischer Arzt in Colditz. Nach seiner Ausbildung zum Pathologen begann er unter seinem zweiten Lehrer Prof. Dr. Fritz Moser seine Tätigkeit in der Leipziger Universitäts-HNO-Klinik, erhielt

im Jahre 1966 die Ernennung zum Facharzt für HNO-Heilkunde und habilitierte sich 1967 über „Immunhistochemische und planimetrische Untersuchungen zur Antikörperbildung der Tonsille“. Im Jahre 1976 wurde ihm die Leitung der Abteilung für Stimm-, Sprach- und Hörstörungen übertragen. Er formte die Abteilung zu einer international anerkannten Institution, wobei die Kinder- und Jugendstimme, die Sing- und Sängerstimme und die Rehabilitation nach Laryngektomie im Zentrum des klinischen und wissenschaftlichen Interesses standen. Unter seiner Leitung wurden in den Jahren 1979 bis 1999 acht internationale Phoniatriesymposien organisiert. Prof. Behrendt betreute phoniatisch nahezu 30 Jahre lang Sänger und Schauspieler und hatte einen Lehrauftrag für Stimmphysiologie an der Hochschule für Musik und Theater Leipzig inne.

Geprägt durch seine Ausbildung als Pathologe führte er noch bis in die 90er Jahre sämtliche pathologische Befundungen der HNO-Klinik durch, arbeitete wissenschaftlich auf dem Gebiet der chronischen Laryngitis als Präneoplasie des Kehlkopfes und leitete zytologische und histologische Studien zur Erforschung der Vorstadien der Larynxkarzinome. Über 100 Vorträge, ca. 70 Veröffentlichungen, ein Buch über die chronische Laryngitis sowie die Betreuung von 3 Habilitanden, über 30 Promovenden und zahlreichen Diplomanten unterstreichen seine Tätigkeit als ausgewiesener Wissenschaftler der Leipziger Universität. Seine Ernennung zum Universitätsprofessor neuen Rechts erfolgte 1992. Nach der Wiedervereinigung gehörte Prof. Behrendt der Initiativgruppe zur demokratischen Erneuerung der Universität an, war Mitglied des Fakultätsrates und Sprecher der Direktorenkonferenz.

Von 1992 bis 1995 übernahm er das Amt des kommissarischen Klinikdirektors. In diesen Jahren erfolgte auch die Rekonstruktion und der Umbau der Leipziger Universitäts-HNO-Klinik, die sein Nachfolger, Prof. Dr. Friedrich Bootz, im November 1995 als moderne Klinik mit einem anerkannten Team und einem breiten klinischen und operativen Spektrum übernehmen konnte.

Sein besonderes Engagement galt und gilt seit vielen Jahrzehnten den kehlkopfflosen Patienten. Während seiner gesamten Tätigkeit verband ihn eine vertrauens- und verständnisvolle Zusammenarbeit mit dem Kehlkopfflosenverband. Auch nach seiner Emeritierung ist er als Fachberater des Bundesverbandes und der Landesverbände Sachsen und Thüringen tätig.

Außerdem ist Prof. Behrendt Landesarzt für Hör- und Sprachbehinderte.

Prof. Behrendt ist Ehrenmitglied der österreichischen, tschechischen, polnischen, ungarischen und russischen phoniatischen Fachgesellschaft und pflegt auch nach seiner Emeritierung im März 2000 enge freundschaftliche Kontakte zu vielen europäischen Kollegen. Von 1999 bis 2001 war er Präsident der Union der Europäischen Phoniater. Stellvertretend für seine zahlreichen Auszeichnungen seien der Preis für Medizin der Stadt Leipzig (1988), die Gutzmann-Medaille (1989) sowie die Purkinje-Medaille genannt.

Die zahlreichen Ämter, die Prof. Behrendt bekleidete und die nationalen und internationalen Ehrungen sind jedoch nur die eine Seite seiner Person. Seine Kollegen, Schüler und Freunde schätzen ihn als aufrichtigen, ehrlichen und humorvollen Menschen mit couragierter, charismatischer Ausstrahlung, dessen tiefe Verwurzelung in humanistischen und christlichen Idealen Vorbildwirkung hat. Er ist ein Mensch, der insbesondere in seinen Leitungsfunktionen – auch während politisch schwierigen Zeiten – in beeindruckender Weise hinter seinen Mitarbeitern stand und sich für sie und die Geschichte der Leipziger Universität engagierte.

Zudem engagiert er sich nach wie vor für die hals-nasen-ohrenärztliche Versorgung von Kindern in Äthiopien durch eine aktive materielle und ideelle Unterstützung der afrikanischen Kollegen, die zum Teil unter seiner Leitung in Leipzig ausgebildet wurden. Mittlerweile widmet er einen großen Teil seiner Zeit seiner Enkeltochter und begleitet nun als liebevoller Großvater nicht nur deren Sprachentwicklung, ein Thema, das ihn als Phoniater und Pädaudiologen ein Berufsleben lang beschäftigt hat. Herr Prof. Behrendt ist bei der Sächsischen Landesärztekammer seit 1991 Mandatsträger, 1991 bis 1994 Vorsitzender des Ausschusses Medizinische Assistenzberufe, 1991 bis 1994 Mitglied im Ausschuss Arbeitsmedizin, 1997 bis 2003 Mitglied der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, 1991 bis 2003 Vorsitzender der Prüfungskommission Phoniatrie und Pädaudiologie sowie Facharzt-Prüfer für HNO-Heilkunde und seit 1991 Mitglied im Aufsichtsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung.

Die Leipziger Universitätsklinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde würdigte Prof. Behrendt am 13. 11. 2004 mit einem internationalen wissenschaftlichen Symposium.

Prof. Dr. Andreas Dietz, Dr. Michael Fuchs

Dr. med. Bernhard Ackermann zum 70. Geburtstag

Herr Bernhard Ackermann wurde am 5. 11. 1934 in Zwickau geboren. Als Sohn eines Arztes wuchs er in einem christlichen Elternhaus, was ihn nachhaltig prägte, auf.

Nach dem Abitur 1953 begann er sein Medizinstudium an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Nach dem Physikum mussten alle Medizinstudenten, die keine militärische Laufbahn einschlugen, Greifswald verlassen und Herr Ackermann wurde zwangsweise in die Medizinische Akademie Dresden „ummatrikuliert“.

Herr Ackermann erinnert sich noch heute sehr gern an seine Studienzeit in Dresden und das fast familiäre Verhältnis zwischen akademischen Lehrern und Studenten verbunden mit einer effektiven Ausbildung.

Nach abgelegtem Staatsexamen 1958 promovierte er zum Thema „Über die Häufigkeit maligner Doppeltumoren“ zum „Dr. med.“. Es folgte 1959 ein Pflichtassistentenjahr im Krankenhaus Kirchberg/Sachsen und 1960 ein „praktisches Jahr“ im Landambulatorium Mosel (Landkreis Zwickau). Von 1961 bis 1965 absolvierte er seine chirurgische Facharztausbildung am Heinrich-Braun-Krankenhaus in Zwickau.

Herr Ackermann hatte durch seinen Vater schon in seiner Kindheit und früher Jugend die Aufgaben und Pflichten eines praktischen Arztes kennen gelernt. Da ihm staatlicherseits die Übernahme der väterlichen Praxis in Zwickau in Aussicht gestellt wurde, bildete er sich zusätzlich in den Fächern Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie und HNO-Heilkunde weiter.

Am 1. 4. 1966 übernahm er schließlich die Praxis des Vaters und erfüllte sich damit seinen eigentlichen Berufswunsch eines praktischen Arztes in eigener Niederlassung. Seine Patienten konsultierten ihn in den Jahren des DDR-Regimes nicht nur wegen körperlichen Beschwerden, sondern die Praxis war auch Anlaufpunkt vieler Bedrängter in seelischer Not.



Nachdem der klägliche Rest der niedergelassenen Ärzte immer weiter an Bedeutung verlor, brachte die Wende 1989 und damit der Umbau des ambulanten Gesundheitswesens in die Freiberuflichkeit der Ärzte und vor allem der Aufbau von Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung mit der Bildung von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen Möglichkeiten, sich in diesen neuen demokratischen Strukturen berufspolitisch einzubringen.

Herr Dr. Ackermann gehörte mit zu den ersten Ärzten in Sachsen, die solche berufspolitischen Aufgaben übernahmen und auch weiterhin ausübten.

So war er bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, von 1990 bis 1993 Vorsitzender des Zulassungsausschusses und von 1992 bis 2003 Vorsitzender des Beschwerdeausschusses der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Herr Dr. Ackermann ist bei der Sächsischen Landesärztekammer schon seit 1991 Mandatsträger, seit 1995 Mitglied des Ambulanten Ausschusses und seit 1999 dessen Vorsitzender, seit 1997 Mitglied des Vorstandes der

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, seit 1992 Mitglied des Berufsbildungsausschusses und seit 1996 dessen Vorsitzender. Von 1996 bis 2003 war Herr Dr. Ackermann Mitglied der Tarifkommission für die Arzthelferinnen bei der Bundesärztekammer. Außerdem übt Herr Dr. Ackermann seit 1998 die Funktion eines ehrenamtlichen Richters am Sozialgericht Dresden aus.

Neben diesen umfangreichen standespolitischen Aufgaben darf man nicht vergessen, dass Herr Dr. Ackermann mit seiner Ehefrau (Frau Dr. Gerhild Ackermann) seit 1991 eine Gemeinschaftspraxis führt und er 1994 den Facharzt für Allgemeinmedizin als 2. Facharzt erwarb.

Sein berufliches und außerberufliches überdurchschnittliches Engagement, sein Fleiß, seine Beharrlichkeit und seine christliche Nächstenliebe sind beispielhaft.

Herr Dr. Ackermann empfand sein Handeln nie als Belastung sondern immer als Verpflichtung und Auszeichnung.

An dieser Stelle sei jedoch auch darauf hingewiesen, dass ohne die Unterstützung seiner Ehefrau und Kollegin die Bewältigung dieses Arbeitspensums nicht möglich gewesen wäre. Herr Dr. Ackermann beendete am 30. 9. 2004 seine 38-jährige Praxistätigkeit und übergab am 1. 10. 2004 die Praxis in die Hände eines polnischen Kollegen aus Breslau.

Seine Reiselust, sein Geschichtsinteresse und nicht zuletzt seine starken familiären Bindungen werden auch im Ruhestand keine Längeweile aufkommen lassen. Sicher wird er sich auch weiterhin standespolitisch in der Sächsischen Landesärztekammer, deren Alterspräsident er ist, und als ehrenamtlicher Richter, einbringen.

Für das neue Lebensjahr wünschen wir Herrn Dr. Ackermann vor allem eine stabile Gesundheit und Wohlergehen, Freude an seinen außerberuflichen Verpflichtungen und mehr Zeit für seine breitgefächerten Hobbys und für seine Familie.

Prof. Dr. med. Burkhard Knopf, Zwickau

Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick zum 65. Geburtstag



Werner Handrick wurde am 13. November 1939 geboren. Er studierte von 1958 bis 1964 Humanmedizin an der Universität Leipzig. Nach Staatsexamen und Promotion arbeitete er als Pflichtassistent bzw. Assistent am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Epidemiologie der Universität Leipzig. Seine wichtigsten Lehrer waren hier Georg Wildführ und Günter Naumann. Als Facharzt für Mikrobiologie wechselte er 1970 in die Universitätskinderklinik in Leipzig. Zusätzlich zu seiner Ausbildung zum Kinderarzt, die er 1975 erfolgreich abschloss, betreute er das Bakteriologische Labor der Klinik, bis dieses 1979 durch einen mikrobiologischen Kollegen (F.-B. Spencker) hauptamtlich übernommen wurde. Es gelang ihm trotz Doppelbelastung, die mikrobiologischen Arbeitsmethoden auf die zeitgemäßen Standards umzustellen. Seine wichtigsten pädiatrischen Lehrer waren Siegfried Liebe, Wolfgang Braun und vor allem Karl Bock, die ihn auch beim Aufbau seines Arbeitsgebietes, der pädiatrischen Infektiologie, unterstützten. Diese Aufbauarbeit beinhaltete die fruchtbare Kooperation zwischen klinisch tätigen Kollegen, dem bakteriologischen Labor und bei Notwendigkeit anderen Arbeitsgebieten der Kinderklinik (Klinische Chemie, bildgebende Diagnostik und vieles anderes), aber auch externen Institutionen weit über Leipzig hinaus. Speziell auf dem Teilgebiet der neonatalen Infektionen wurden schon bald deutliche Fortschritte in Diagnostik und

Therapie sichtbar, die dazu beitrugen, dass die Leipziger Arbeitsgruppe überregional und international bekannt wurde.

Die nächsten „Schritte“ waren Habilitation (1982), Ernennung zum Oberarzt, Berufung zum Hochschuldozenten für Pädiatrie (Schwerpunkt Infektiologie und Infektionsimmunologie) und apl. Professur 1994/95.

W. Handrick war über viele Jahre hygienebeauftragter Arzt der Klinik und Mitglied der Arzneimittel-Kommission des Klinikums (Arbeitsgruppe Antibiotika).

Seine Aufgaben in Aus-, Weiter- und Fortbildung nahm W. Handrick stets sehr ernst. So betreute er erfolgreich zahlreiche Promotionen und verstand es, viele Kollegen und Kolleginnen zu motivieren, sich mit infektiologischen Fragen auseinander zu setzen. Er ist immer bereit, sich mit Rat und Tat bei infektiologischen Problemfällen zur Verfügung zu stellen. Hierbei imponiert seine hohe fachliche Kompetenz ebenso wie seine umfassende und präzise Kenntnis der aktuellen Literatur. So ist es nicht verwunderlich, dass er rasch ein gefragter Referent bei Veranstaltungen der Weiter- und Fortbildung wurde. Vielleicht mag mancher Herrn Handrick in der Alltagsarbeit nicht immer als „bequem“ empfunden haben. Seine kritischen Äußerungen waren und sind jedoch immer fair, konstruktiv und sachbezogen.

Er war aktives Mitglied der infektiologisch-mikrobiologischen Arbeitsgruppe im damaligen Bezirk Leipzig (Chr. Tauchnitz, F.-B. Spencker, R. Winter, R. Ezold, M. Wallasch u.a.). Freundschaftliche fachliche Zusammenarbeit kennzeichnete das Verhältnis zu H. W. Ocklitz, B. Schneeweiß, H. Scholz (Berlin), H. Köditz (Magdeburg) und zur Münchener pädiatrisch-infektiologischen Schule (W. Marget, D. Adam, R. Roos, H. B. Belohradsky).

Zu (allerdings nur kurzzeitigen) Studienaufenthalten weilte er in Lyon (mehrfach), Helsinki/Tampere, Kiel und unmittelbar nach der Wende in München.

1983 wurde W. Handrick zur Gründungsveranstaltung der European Society for Pediatric Infectious Disease (ESPID) nach München eingeladen, durfte aber nicht ausreisen. Einige Jahre später durfte er ESPID-Mitglied werden, später gehörte er für sechs Jahre dem Vorstand an.

W. Handrick war Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI), später Mitglied des Beirats, 2. Vorsitzender bzw. für 2 Jahre Vorsitzender. Gemeinsam mit F.-B. Spencker richtete er 1993 den 2. DGPI-Kongress in Leipzig aus.

Auf seine Initiative wurde 1999 der erste „Infektiologische Intensivkurs der DGPI“ in Eisenach durchgeführt. Dieser Kurs findet seitdem mit wachsendem Erfolg jährlich in einer anderen deutschen Stadt statt.

W. Handrick war des weiteren Mitglied der „Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen“ der Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Mitglied der Kommission für fachliche Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und viele Jahre Mitglied der Prüfungskommission Mikrobiologie der Sächsischen Landesärztekammer.

Seine wissenschaftlichen Bemühungen sowie die Aktivitäten auf dem Gebiet der Weiterbildung führten zu etwa 460 Publikationen in Zeitschriften und Büchern. Von den 39 Buchbeiträgen sind vor allem diejenigen in folgenden Büchern zu nennen: „Rationelle antimikrobielle Chemotherapie“ (mit Ch. Tauchnitz), „Fetale und neonatale Infektionen“ (mit R. Roos und W. Braun), „Handbuch Infektionen bei Kindern und Jugendlichen“ (DGPI) und „Duale Reihe Pädiatrie“ (F. C. Sitzmann).

Da eine Fortführung der Arbeit an der Klinik in der bisherigen Art und Weise nicht möglich war (unter anderem Schließung des seit den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts bestehenden Bakteriologischen Labors) verließ er die Kinderklinik 2001. Aus demselben Grund kandidierte er auch nicht erneut für die Funktion des DGPI-Vorsitzenden. Er arbeitet seit 2001 im Institut für Medizinische Diagnostik in Frankfurt (Oder).

Im Namen aller, die Herrn Handrick als verantwortungsvollen Arzt kennen und schätzen gelernt haben, wünschen wir ihm weiterhin erfolgreiches Wirken, Freude bei der Arbeit auf seinem Spezialgebiet und gute Gesundheit.

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Raue, Leipzig und Prof. Dr. med. habil. Friedrich-Bernhard Spencker

Unsere Jubilare im Dezember

Wir gratulieren

60 Jahre		
03.12.	Dr. med. Burger, Lutz 04159 Leipzig	20.12. Dr. med. Schilling, Dieter 01705 Freital
05.12.	Dipl.-Med. Rustler, Dorothea 09456 Annaberg-Buchholz	20.12. Dr. med. Voß, Johannes 01217 Dresden
06.12.	Dr. med. Strohbach, Wolfgang 04860 Torgau	21.12. Dr. med. Huck, Ursula 01909 Großharthau
07.12.	Dr. med. Muchamedjarow, Felix 01237 Dresden	22.12. Dr. med. Preuß, Rainer 08289 Schneeberg
09.12.	Dr. med. Heinzl, Volkhart 02745 Herrnhut	23.12. Dittrich, Klaus 08352 Raschau
11.12.	Dr. med. Bodendieck, Peter 04808 Wurzen	23.12. Dr. med. Müller, Roland 01809 Dohna
11.12.	Dr. med. Kießling, Hartmut 01189 Dresden	25.12. Dr. med. Dämmrich, Klaus 02829 Markersdorf
11.12.	Dr. med. Steinert, Gerd 01454 Wachau / Feldschlößchen	26.12. Dr. med. Reichel, Helmut 02796 Jonsdorf
14.12.	Dr. med. habil. Bergert, Klaus-Dietmar 08132 Stangendorf	27.12. MUDr. / Palacky -Univ. Olomouc Hasek, Ursula 09116 Chemnitz
17.12.	Dr. med. Schmidt, Hans-Thomas 04828 Altenbach	27.12. Dr. med. Knebel-Schubert, Bärbel 02633 Göda
18.12.	Rosemann, Elke 02827 Görlitz	29.12. Dr. med. Weidenbach, Horst 04107 Leipzig
18.12.	Dipl.-Med. Ulber, Frank 01744 Dippoldiswalde	31.12. Prof. Dr. med. habil. Daniel, Peter 09243 Niederfrohna
22.12.	Schubert, Ulrike 04741 Roßwein	
24.12.	Lang, Jürgen 08355 Rittersgrün	70 Jahre
25.12.	Dr. med. Hackert, Ingrid 01187 Dresden	04.12. Dr. med. Wessig, Heinrich 02827 Görlitz
26.12.	Dipl.-Med. Wischer, Maria 04229 Leipzig	06.12. Dr. med. Thiel, Ute 04155 Leipzig
29.12.	Dr. med. Hentschel, Elke 04316 Leipzig	07.12. Prof. Dr. med. habil. Wildführ, Wolfgang 04288 Leipzig
		08.12. Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Langanke, Barbara 04416 Markkleeberg
		09.12. Dr. med. Deunert, Wolfgang 08468 Reichenbach
65 Jahre		10.12. Dr. med. Rudolph, Siegfried 01307 Dresden
01.12.	Prof. Dr. med. habil. Gruber, Gunter 04425 Taucha	11.12. Dr. med. Gansel, Erika 02894 Reichenbach
01.12.	Dr. med. Kloß, Peter 01279 Dresden	13.12. Dr. med. Rank, Ruth 08547 Jößnitz
01.12.	Dr. med. Piehler, Christine 08428 Langenbernsdorf/Trünzig	14.12. Dr. med. Mierisch, Klaus 01662 Meißen
02.12.	Dr. med. Kreßner, Eberhard 08058 Zwickau	15.12. Schmidt-Brücken, Irmtraud 09212 Limbach-Oberfrohna
03.12.	Dr. med. Zeug, Karin 09217 Burgstädt	16.12. Dr. med. Beck, Ingrid 01324 Dresden
04.12.	Krug, Rolf 04420 Markranstädt	19.12. Dr. med. Gläsel, Gottfried 08645 Bad Elster
05.12.	Dr. med. Sommer, Gerlinde 04157 Leipzig	20.12. Prof. Dr. med. habil. Lommatzsch, Peter 04299 Leipzig
09.12.	Dr. med. Haag, Elfriede 04416 Markkleeberg	20.12. Dr. med. Otto, Hedda-Maria 04288 Leipzig
10.12.	Dr. med. Schulze, Christel 08060 Zwickau	21.12. Dr. med. Pietzsch, Ursula 04177 Leipzig
12.12.	Dr. med. Lohse, Hannelore 01239 Dresden	23.12. Köhler, Gerhard 02736 Beiersdorf
12.12.	Dr. med. Schnaack, Sabine 01796 Pirna	24.12. Dr. med. Büttner, Werner 09439 Amtsberg/Dittersdorf
15.12.	Dr. med. Koinzer, Antje 08141 Reinsdorf	24.12. Dr. med. habil. Dohrn, Klaus 09117 Chemnitz
17.12.	Dr. med. Peschel, Lothar 01855 Sebnitz	24.12. Dr. med. Schnick, Helgard 08529 Plauen
18.12.	Dr. med. Halm, Manfred 01328 Dresden	25.12. Dr. med. Müller, Jürgen 01109 Dresden
18.12.	Dr. med. Jacob, Inge 04463 Großpösna	28.12. Dr. med. Hesse, Volkmar 01662 Meißen
18.12.	Dr. med. Johannsen, Christa 04229 Leipzig	28.12. Dr. med. Richter, Götz-Michael 01471 Radeburg
18.12.	Dr. med. Teubner, Joachim 08209 Auerbach	
19.12.	Dr. med. Caffier, Paul 04129 Leipzig	
		30.12. Dr. med. Voigt, Annegret 08209 Auerbach/V.
		75 Jahre
		15.12. Dr. med. Hennebach, Manfred 08262 Tannenbergesthal
		80 Jahre
		13.12. Prof. Dr. med. habil. Cossel, Lothar 04277 Leipzig
		27.12. Dr. med. Staude, Sigrid 04177 Leipzig
		31.12. Dr. sc. med. Kretzschmar, Wolfgang 02625 Bautzen
		82 Jahre
		01.12. Dr. med. Ermisch, Herbert 02763 Zittau
		29.12. Dr. med. Günther, Waltraute 04177 Leipzig
		83 Jahre
		10.12. Dr. med. Peege, Oskar 04109 Leipzig
		84 Jahre
		01.12. Dr. med. Wehnert, Hans 01454 Radeberg
		15.12. Dr. med. Gebhardi, Rosemarie 08523 Plauen
		17.12. Prof. Dr. med. habil. Haller, Hans 01069 Dresden
		29.12. Prof. em. Dr. med. habil. Pickenhain, Lothar 04299 Leipzig
		85 Jahre
		06.12. Dr. med. Steffan, Otto 08645 Bad Elster
		26.12. Dr. med. Neumann, Edith 04299 Leipzig
		86 Jahre
		21.12. Dr. med. Hellfritzs, Fritz 01587 Riesa
		26.12. Dr. med. habil. Brandt, Heinz 04860 Torgau / Elbe
		87 Jahre
		11.12. Dr. med. Schenkel, Hans-Joachim 08412 Werdau
		89 Jahre
		15.12. Dr. med. Weisbach, Hans-Georg 08056 Zwickau
		90 Jahre
		31.12. Dr. med. Born, Helmut 01326 Dresden
		91 Jahre
		10.12. Dr. med. Rudolph, Peter 01445 Radebeul
		18.12. Dr. med. Emmrich, Kurt 09127 Chemnitz
		23.12. Dr. med. Steuer, Margarethe 08371 Glauchau
		93 Jahre
		13.12. Dr. med. Kasperek, Bernhard 08645 Bad Elster

Sächsische Senioren in Torgau 2004



Hauptpfarrkirche St. Marien

Es war ein wundervoller Tag, begünstigt vom Wetter und guter Stimmung der 160 Teilnehmer: der 14. September 2004, das 9. Sächsische Seniorentreffen der Sächsischen Landesärztekammer mit Besuch der 2. Sächsischen Landesausstellung „Glaube und Macht“ in Torgau. Im April wurde bei einem Besuch der Vertreter aus Dresden zum Ärztetag Thüringen der Gedanke geboren, uns Thüringer zu dieser Veranstaltung einzuladen. Zusammen mit meinem Mann habe ich zugesagt und möchte von meinen Eindrücken berichten. Meine Dankbarkeit für das Erlebnis und die ausgezeichnete Organisation gilt zuerst Frau Dr. Gisela Unger, der Vorsitzenden des Ausschusses der Senioren, und ihren Mitarbeitern in den Kammerbereichen Dresden, Leipzig und Chemnitz, den Damen Riedel, Rast und Thierfelder, sowie Herrn Dr. Hilpert aus Torgau.

Bereits 10.15 Uhr trafen wir auf dem schönen Marktplatz von Torgau die ersten Teilnehmer der Veranstaltung, gekennzeichnet mit farbigen Aufklebern, die später die einzelnen Gruppen bei der einstündigen Stadtführung auswiesen. Schnell kamen wir ins Gespräch. Schon bald strömten aus verschiedenen Richtungen weitere Ankömmlinge. In Gruppen zu 32 Personen folgten wir den Stadtführern durch den historischen Kern der Renaissancestadt, sahen dabei die spätromanisch-frühgotische Nikolaikirche, die Franziskanerkirche in der Schlossstraße und kehrten schließlich zu einem Orgelkonzert in der Marienkirche ein.

Dort fand Luthers Frau Katharina ihre Grablege. Kantor Ekkehard Saretz spielte uns ein halbstündiges Konzert mit Orgelwerken von Bruns, César Franck und Johann Sebastian Bach.

Zum Mittagessen im Festsaal des Rathauses gab es neben einer guten Mahlzeit Gelegenheiten zu persönlichen Gesprächen. Die vielbeschäftigte Frau Dr. Unger fand auch hier Zeit, uns mit dem Programm der Seniorenvertretung für die nächsten Jahre vertraut zu machen, uns den Kollegen vorzustellen und uns freundlich zu umsorgen. Für die Torgauer Kollege Dr. Hilpert hatte die Karten für die Ausstellung in Schloss Hartenfels bereits besorgt und gab detaillierte Empfehlungen. Unter kundiger Führung konnten wir in Gruppen von 20 Personen die Ausstellung mit kostbarsten Exponaten sehen und dabei Kenntnisse gewinnen und vertiefen. Für die meisten Teilnehmer hatte Dr. med. habil. Heinz Brandt mit seinem Aufsatz zur Stadtgeschichte von Torgau im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 6/2004, schon wertvolle Informationen gegeben. Es wurde deutlich, wie unter dem Schutz der Sächsischen Kurfürsten die Reformation erstarken konnte. Einzigartige Dokumente und Kunstwerke sind in der Ausstellung zusammengetragen worden. So waren unter anderem die Abkommen des Schmalkaldischen Bundes und des Augsburger Religionsfriedens im Original zu sehen, die politisch und religionsgeschichtlich für Deutschland und Europa weitreichende Bedeutung erlangen sollten. Im Schloss Hartenfels befindet sich



Großer Wendelstein, Schloss Hartenfels

auch der erste protestantische Kirchenneubau, dessen Weihe Luther 1544 persönlich vorgenommen hat.

Nach dem Ausstellungsbesuch vereinte uns alle eine lockere Kaffeerunde im Rathaus. Den weiteren Besuchern der Sächsischen Landesausstellung im Rahmen der Seniorentreffen wünsche ich einen ebenso glücklichen Verlauf.

SR Elke Steiger
Seniorenvertretung
Landesärztekammer Thüringen
Hauptstraße 4, 06577 Hemleben
Fotos: Dr. Lothar Hilpert (Torgau)



Schlosshof

Maria Adler-Krafft Alles ist Leben – Leben ist alles

Ausstellung



Flüchtender Hirsch, 2002

Die Künstlerin war unter den ersten, die 1947 in der wiedereröffneten Dresdner Kunstakademie ihr Studium aufnahmen. Zu ihren Lehrern gehörten Wilhelm Rudolph und Hans Grundig. Aber nicht nur Dresdnerisches findet sich in ihren Bildern. Denn zum „Fundus“ ihres Schaffens gehört auch ihr Geburtsland Rumänien, wo sie 1924 in Brasov (Kronstadt)

zur Welt kam und aus dem die Familie 1944 nach Deutschland flüchtete. Die Landschaften aus Rumänien, Tiere – ihr Vater war Tierarzt –, Bäume haben sie ein Leben lang inspiriert. Später natürlich Dresden. Und in letzter Zeit kamen ferne Landstriche und ihre Legenden oder auch moderne Utopien wie die von Erich Däniken als Inspirationsquellen für ihre Malerei hinzu. Maria Adler-Krafft interessiert beim Malen ihrer farbkraftigen, poetischen Bilder mit pastosem Farbauftrag heute kaum eine „realistische“ Abbildung des Vorgefundenen. In ihren neueren Bildern paaren sich das Interesse am Wesen der Dinge mit einer gehörigen Portion Phantasie. Hinter allem Phantastischen steht aber immer auch die reale Welt mit ihren Menschen, ihren Geschichten, ihrer Natur. Zu den Landschaften, Stillleben, Akten oder Porträts sind in jüngerer Zeit viele Sinnbilder und malerische Phantasmagorien gekommen.

Dr. Ingrid Koch, Dresden



Mexikanische Eindrücke, 2004

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer, 17. November 2004 bis 16. Januar 2005
Montag bis Freitag, 9.00 bis 18.00 Uhr
Vernissage: Donnerstag, 18. November 2004, 19.30 Uhr

Buchbesprechung

Neue Ausgabe: Duden – Die deutsche Rechtschreibung
 23. Auflage.

1156 Seiten. Gebunden.
 ISBN 3-411-04013-0
 Ladenpreis 20,00 €
 Dudenverlag Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich 2004
 Buch plus CD-ROM (PC-Bibliothek Express)
 für Windows und Apple Macintosh
 ISBN 3-411-70923-5
 Ladenpreis 25,50 €

Das seit fast 125 Jahren wichtigste deutsche Nachschlagewerk zur Klärung orthografischer Zweifelsfälle, „Duden – Die deutsche Rechtschreibung“, erscheint in 23., völlig neu bearbeiteter und erweiterter Auflage. Mit erstmals 125 000 Stichwörtern ist die 23. Auflage des Rechtschreibdudens der umfangreichste Duden, den es je gab. 5 000 neue Wör-



ter sind zusätzlich in die Neuauflage aufgenommen worden. Zu den Neu-lingen gehören beispielsweise Billigflieger, Dosenpfand, Fotohandy, googeln, Ich-AG, Minijob und Sars. Der Stichwortbestand der Vorgängerauflage wurde sorgfältig überarbeitet und aktualisiert. So dokumentiert der „gelbe Klassiker“ nicht nur den aktuellen Wortschatz, sondern auch ein gutes Stück Zeitgeschichte.

Die 23. Auflage des Dudens vermittelt die neue Rechtschreibung, die laut Beschluss der Kultusministerkonferenz vom Juni 2004 ab August 2005 für Schulen und Behörden allein verbindlich sein wird. Alle neuen

Schreibungen, Worttrennungen und Regeln sind – weiterhin – rot hervorgehoben und so auf den ersten Blick erkennbar. Über die wichtigsten Regelergänzungen, die im Wesentlichen zu mehr Wahlmöglichkeiten bei der Groß- und Kleinschreibung sowie bei der Getrennt- und Zusammenschreibung führen, informiert der Duden auf einer Sonderseite. Mit Erscheinen der Neuauflage weitet der renommierte Wörterbuchverlag die Verfügbarkeit seiner wichtigsten digitalen Wörterbuchsubstanzen auf etablierte und zukunftsweisende technische Plattformen aus. So erscheint der digitale Duden 2004 in der Softwarereihe „PC-Bibliothek 3.0“ für Windows und Mac OS 9 sowie in der Reihe „Office-Bibliothek 3.0“ für Linux und Mac OS X.

Knut Köhler
 Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit