



Erste komplett thorakoskopische Lobektomie wegen eines malignen Lungentumors am Thoraxzentrum des HELIOS Klinikum Erfurt

Während die diagnostische Thorakoskopie eine lange Tradition in der Pneumologie und Thoraxchirurgie besitzt, sind thorakoskopische, anatomische Lungenresektionen nach onkologischen Operationskriterien seltene Eingriffe, die bundesweit nur in wenigen Thoraxchirurgischen Kliniken durchgeführt werden.

Bei einer 53-jährigen Patientin wurde ein metachroner maligner Tumor im linken Lungenunterlappen diagnostiziert. Nach einem zuvor durchgeführten, kurativen viszeralchirurgischen Eingriff (Laparotomie mit En bloc-Resektion von Pankreaskorpus und -schwanz mit Splenektomie und Resektion der linken Kolonflexur) war der Patientin wegen einer stattgehabten Polychemotherapie wie auch einer eingeschränkten Lungenfunktion bei respiratorischer Partialinsuffizienz von einer Thorakotomie abgeraten worden.

Durch eine komplett thorakoskopisch durchgeführte untere Lobektomie links mit Lymphadenektomie konnte der Tumor chirurgisch therapiert und die Patientin nach unkompliziertem Verlauf frühzeitig entlassen werden.

Die Entwicklung minimal invasiver thoraxchirurgischer Verfahren in den vergangenen 10 Jahren hat eine Stufe erreicht, dass auch funktionell eingeschränkte Patienten nach modernsten Methoden operiert werden können, ohne dass technische Kompromisse die onkologische Radikalität in Frage stellen.

Zu Historie und Stand der aktuellen Entwicklung lesen Sie bitte ab Seite 6.



Videothorakoskopisch assistierte
Thoraxchirurgie (VATC)



Präoperative Röntgen-Thoraxaufnahme der 53-jährigen Patientin mit Tumor im linken Unterlappen

02/2007

INHALT

Seite 3

- Mitgliederversammlung des Tumorzentrum Erfurt e.V. blickte auf ein erfolgreiches Jahr 2006 zurück

Seite 6

- Von der diagnostischen Thorakoskopie zur videothorakoskopischen Lobektomie

Seite 9

- Ist die Laryngektomie beim älteren Patienten eine probate Therapieoption?

Seite 12

- Darmzentrum Erfurt – Der Weg zur erfolgreichen Zertifizierung

Seite 15

- Steckbrief – Gezahnte Polypen des Kolorektum

Seite 17

- Autonomie, Selbstbestimmung und Würde – Surrogat oder Option in der Palliativmedizin

Einführungsvortrag auf dem Symposium „Autonomie, Selbstbestimmung und Würde – ein multiprofessioneller Diskurs am 30. Juni 2007

Seite 19

- „es weiß seit langer zeit / niemand mehr was ein mensch ist“ (Bertold Brecht)
Philosophisch-theologische Anmerkungen zum Menschenbild

Vortrag auf dem Symposium „Autonomie, Selbstbestimmung und Würde – ein multiprofessioneller Diskurs am 30. Juni 2007

Seite 25

- Oxaliplatin in der Therapie kolorektaler Karzinome

Seite 27

- Gemeinsames Veranstaltungsverzeichnis

Seite 28

- Angebote des Tumorzentrum Erfurt e.V.

*Wir wünschen allen Mitgliedern,
Partnern, Freunden und Förderern
des Tumorzentrums Erfurt e. V.
ein frohes Weihnachtsfest
und ein gesundes neues Jahr.*

*Wir danken Ihnen herzlich
für Ihr Engagement
und hoffen auf eine
weitere gute Zusammenarbeit.*

Prof. Dr. Berthold Ulshöfer

Vorsitzender
des Vorstandes

Dr. Hubert Göbel

Geschäftsführer

Prof. Dr. Hartwig Kosmehl

Vorsitzender
des Wissenschaftlichen Beirates

■ Mitgliederversammlung des Tumorzentrum Erfurt e.V. blickte auf erfolgreiches Jahr 2006 zurück

„Auch im 15. Jahr seines Bestehens konnte das Tumorzentrum Erfurt auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken“, berichtete der Vorstandsvorsitzende Prof. Berthold Ulshöfer auf der Mitgliederversammlung am 9. Mai 2007 im Radisson SAS Hotel Erfurt. Er dankte allen Mitgliedern, Kooperationspartnern und Förderern für ihre Mitarbeit und Unterstützung.

Am Ende der abgelaufenen 3-jährigen Amtszeit galt der besondere Dank den Mitgliedern des Vorstandes und des Wissenschaftlichen Beirates.

Die anstehenden Neuwahlen beider Gremien wurden von Herrn Dr. Elsebach, Frau Dr. Fichte und Frau Dr. Härtwig geleitet.

Der bisherige Vorstand wurden mit großer Mehrheit wieder gewählt:

- **Prof. Dr. med. Dirk Eßer**, Chefarzt der Klinik für HNO-Heilkunde, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Prof. Dr. med. Michael Herold**, Leiter der Abteilung Hämatologie/Onkologie, 2. Medizinische Klinik, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Dr. med. Christina Müller**, Chefarztin der Klinik für Palliativmedizin, Zentralklinik Bad Berka
- **Priv.-Doz. Dr. med. Ulrike Schalldach**, Chefarztin der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Prof. Dr. med. Berthold Ulshöfer**, Chefarzt der Klinik für Urologie, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Dr. med. Jörg Weniger**, Hämatologe und internistischer Onkologe, Erfurt.

Herr Prof. Ulshöfer wurde erneut zum Vorsitzenden des Vorstandes und Herr Prof. Herold zum Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.



Prof. Berthold Ulshöfer
Alter und neuer Vorsitzender des
Tumorzentrum Erfurt e.V.



Prof. Hartwig Kosmehl
Wiedergewählt zum Vorsitzenden
des Wissenschaftlichen Beirates

In den Wissenschaftlichen Beirat wurden gewählt:

- **Adjunct Prof. Dr. med. Rainer Bonnet M.D.**, Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Zentralklinik Bad Berka
- **Dr. med. Alexander Fichte**, Urologe, Erfurt
- **Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Hamm**, Leiter der Abteilung für stereotaktische Neurochirurgie und Radiochirurgie, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Prof. Dr. med. Udo B. Hoyme**, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Prof. Dr. med. H. Kosmehl**, Chefarzt des Instituts für Pathologie, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Prof. Dr. med. Ruthild Linse**, Chefarztin der Klinik für Hautkrankheiten, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Priv.-Doz. Dr. med. Günter Ortmann**, Oberarzt der Klinik für Chirurgie, Hufeland Klinikum Bad Langensalza
- **Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Hans Pistner**, Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Dr. med. Steffen Reinsch**, Oberarzt der Klinik für HNO-Heilkunde, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Prof. Dr. med. Axel Sauerbrey**, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS Klinikum Erfurt

Der Wissenschaftliche Beirat wählte auf seiner konstituierenden Sitzung erneut Herrn Prof. Kosmehl zu seinem Vorsitzenden und kooptierte folgende Personen gemäß § 10 (5) der Vereinsatzung:

- **Dr. med. Joachim Bechler**, Chefarzt der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe, DRK Krankenhaus Sömmerda
- **Michael Domrös**, Leiter der Landesvertretung Thüringen, VdAK/AEV, Erfurt
- **Dipl.-Med. Susanne Köhler**, Oberärztin der Medizinischen Klinik I, HELIOS Kreiskrankenhaus Gotha-Ohrdruf
- **Dr. med. André Nemat**, Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie, Thoraxzentrum, HELIOS Klinikum Erfurt
- **Prof. med. Steffen Rosahl**, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie, HELIOS Klinikum Erfurt.

Auszüge aus dem Jahresbericht 2006:

Krebsregister

Die klinische Tumordokumentation ist ein wesentliches Element der Qualitätssicherung in der Onkologie und eine der Hauptaufgaben des Tumorzentrums. Hierbei konnten im Jahr 2006 erneut Fortschritte verzeichnet werden. Den meldenden Ärzten und vor allem den

Mitarbeitern des Registers (allein Verdreifachung der jährlichen Zahl neuer Fälle bei gleichem Personal seit 1996!) gilt unser Dank. Am 31.12.2006 waren die Krankheitsverläufe von 51.739 Patienten mit insgesamt 56.503 Tumoren im klinischen Register des Tumorzentrums gespeichert. 5.813 Patienten (7.386 Tumoren) wurden im Berichtsjahr neu erfasst.

Das Erfurter TZ bemüht sich mit Unterstützung zahlreicher ärztlicher Kollegen, den Vollzähligkeitsgrad der Erfassung weiter zu erhöhen. Erfreulicherweise steigt die Zahl der regelmäßig meldenden niedergelassenen Ärzte weiter an. Dennoch bleibt die Dokumentation der Tumornachsorge nach wie vor die Schwachstelle des Krebsregisters. Eine entitäts- und stadienbezogene Auswertungen der rezidivfreien Überlebenszeiten als einem der wichtigsten Qualitätsindikatoren ist daher nicht oder nur eingeschränkt möglich. Deshalb ergeht der wiederholte Appell an alle, ihre Nachsorgeergebnisse (insbesondere Datum der Nachsorge und aktueller Tumorstatus) dem Register zu melden. Der Aufwand ist vergleichsweise gering, eine Arztbrief-Kopie an das TZ reicht aus. Die Mitarbeiter des TZ beraten gern. Außerdem gibt es Faltblätter und Informationsbroschüren zur Tumordokumentation.

Die Serviceleistungen des klinischen Registers werden in zunehmenden Umfang von den Ärzten der Region genutzt (täglich Anforderungen von Übersichtsberichten zum Krankheitsverlauf, weiterhin Abteilungs- bzw. Praxisstatistiken einschließlich Überlebenszeitanalysen). Einen wichtigen Beitrag leistete das Register im vergangenen Jahr zur Re-Zertifizierung des Erfurter Brustzentrums.

Im Hinblick auf die Verbesserung der Melderate für das Gemeinsame Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlins (GKR) in Berlin wurden ebenfalls Fortschritte erzielt. Fast alle Meldungen gelangen über die Tumorzentren zum epidemiologischen Register. Notwendig ist die Dokumentation von wenigstens 90 % aller aufgetretenen Krebserkrankungen. Im Einzugsgebiet des Tumorzentrums Erfurt konnte dieses Ziel bisher erst in der Stadt Erfurt und dem Kreis Sömmerda erreicht werden. In den anderen Kreisen des Einzugsgebietes liegt der Vollzähligkeitsgrad derzeit zwischen 69 % (Unstrut-Hainich Kreis) und 84 % (Schmalkalden-Meiningen). Das kann nicht befriedigen, auch wenn wir damit insgesamt über dem Landesdurchschnitt (76 %) liegen und auch 2006 wieder deutlich mehr Fälle als jedes andere TZ in Thüringen an das GKR gemeldet haben. 42,6 % aller im Jahr 2006 erstmals von Thüringen nach Berlin gemeldeten Fälle kamen vom Erfurter Register, in den Jahren 2002-2006 waren es insgesamt 38,5 %. Die Bemühungen zur Erhöhung der Vollzähligkeit der Erfassung müssen dennoch fortgesetzt werden. Die ärztliche Melderate in Thüringen liegt weiterhin unter 80 %.

Konsile

Interdisziplinäre onkologische Konsile (IOK)

Der IOK-Modus ist im Berichtsjahr geändert worden. Die Konsile finden seit Mai 2006 jeden Mittwoch, 7.45 Uhr, statt. Mit der gleichzeitigen Einführung eines neuen Anmelde- und Protokollsystems auf der Grundlage von

MS-Outlook hat sich der organisatorische Aufwand für die Konsile verringert und die beteiligten Fachvertreter sind umfassender und besser informiert. In den 36 durchgeführten Konsilen sind insgesamt 128 Fälle beraten worden.

Das internetbasierte TELEKONSIL wurde zur gleichen Zeit eingestellt. Es war von den Ärzten nicht angenommen worden. Die notwendigen Anpassungsarbeiten für die neuen Vorgaben des Internet-Providers wurden deshalb nicht mehr durchgeführt.

Wissenschaftliche onkologische Konsile (WOK)

Mit großem Engagement des Instituts für Pathologie wurde am 7.12.06 ein WOK durchgeführt. Trotz aktuellen Praxisbezuges der Themen war die Resonanz bei den Ärzten leider gering (47 Teilnehmer). Die Weiterführung des WOK ist zu diskutieren!

Leitlinien

Die Erarbeitung von Diagnose-, Therapie und Nachsorgeleitlinien für einzelne Tumorentitäten war in früheren Jahren eine Hauptaufgabe des Tumorzentrums und insbesondere des Wissenschaftlichen Beirates. Nachdem inzwischen anerkannte Leitlinien von der Deutschen Krebsgesellschaft und den medizinischen Fachgesellschaften für nahezu alle Entitäten vorliegen, wurde die Erarbeitung eigener Leitlinien weitgehend eingestellt. Das TZ sieht seine Aufgabe vorrangig darin, die überregionalen Leitlinien stärker in der Region zu propagieren. Eine Ausnahme blieb die Leitlinie „Mammakarzinom“, die im September 2005 in der 6. Auflage erschienen war. Eine Überarbeitung mit aktueller Datenauswertung des Klinischen Krebsregisters wurde im Berichtsjahr durchgeführt (Auslieferung war Anfang 2007).

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

Das Profil der vom Tumorzentrum veranstalteten Fort- und Weiterbildungen wurde beibehalten. Veranstaltungen mit einem einzigen Referenten sind die Ausnahme. Aus organisatorischen und finanziellen Gründen werden hauptsächlich komplexe Veranstaltungen von ca. 3 Stunden Dauer organisiert.

Hauptveranstaltungen waren das Internationale Symposium „Pädiatrische Onkologie – state of the art“ (13.-14.10.2006 in Erfurt) und die 19. Onkologische Konferenz (3.-4.11.2006 in Eisenach). 12 Fort- und Weiterbildungen mit insgesamt 1131 Teilnehmern fanden statt.

Psychologische Betreuung, Palliativstation, Schmerzzentrum

Für onkologische Patienten des HELIOS Klinikum besteht ein psychologisches Betreuungsangebot, das jedoch auf Grund der Personalkapazität (1,5 Psychologen) nicht befriedigen kann. Die Betreuung wird als psychoonkologischer Liaisondienst im Frau-Mutter-Kind-Zentrum und als Konsiliardienst auf Anforderung in allen Kliniken durchgeführt und rege in Anspruch genommen. Erfreulicherweise konnte das psychoonkologisch-therapeutische Angebot durch die Einrichtung einer halben Psychotherapeutenstelle auf der Palliativstation erweitert

werden. Herr Diplompsychologe Peter Ambrus bietet sowohl Einzelgespräche als auch Gruppenaktivitäten für die Patienten und die Angehörigen an. 2006 wurde dieses Angebot von 29 Patienten und Angehörigen wahrgenommen.

Herr Dipl.-Psych. Lohse hat im Berichtsjahr 147 Tumorpatienten in 568 Patienten- und/oder Angehörigengesprächen begleitet. Die interdisziplinäre Betreuung von Schmerzpatienten in der Schmerzprechstunde der Klinik für Anästhesie hatte mit 56 Betreuungen den größten Anteil im Rahmen der Konsiliartätigkeit. Weiterhin wurde mit 2 Therapiegruppen (jeweils 9-12 Patienten über 10 Wochen) das Entspannungsverfahren nach Jacobson und ein Schmerzbewältigungstraining durchgeführt.

Ein wichtiger Teil der Arbeit ist die psychologische Unterstützung des Ärzte- und Pflegepersonals bei ihrem belastenden Umgang mit traumatisierten Patienten. Im Frau-Mutter-Kind-Zentrum fand eine Weiterbildung zum Bewältigungsverhalten bei schweren Erkrankungen statt. Unter Leitung von Herrn Lohse trifft sich einmal im Monat eine Balintgruppe. Herr Lohse war außerdem in die Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ der Ärztekammer Thüringen mit den Themen Kommunikation, Trauer und Burnout in einem Seminar eingebunden.

Die Einrichtung von Palliativstationen im Einzugsgebiet ist wichtiges Anliegen des Tumorzentrums. Deshalb freuen wir uns besonders, dass im September 2006 im HELIOS Klinikum eine weitere Station die Arbeit aufgenommen hat.

Das TZ unterstützte weiterhin die Bestrebungen der Ökumenischen Hospizgruppe Erfurt zur Einrichtung eines stationären Hospizes in Erfurt.

Patientenberatung, Öffentlichkeitsarbeit, Selbsthilfe

Die Zahl der zumeist telefonisch und per e-Mail eingehenden Anfragen von Patienten und Angehörigen hat im Berichtsjahr weiter zugenommen. Überwiegend können sie von der Geschäftsstelle selbst beantwortet werden. Schwierige medizinischen Anfragen werden an entsprechende Fachvertreter weitergegeben, die die oft zeitaufwendige Beantwortung übernehmen. Dafür an dieser Stelle unser Dank!

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit gab es folgende Aktivitäten (jeweils Info-Stand, Vorträge und/oder Organisation):

22.04.2006	Informationsveranstaltung für Stomaträger	60 Teiln.
03.05.2006	Tagung Landesfrauengruppe der Gewerkschaft der Polizei	25 Teiln.
06.05.2006	Patientenforum Prostatakrebs	85 Teiln.
29.11.2006	Erfurter Aktionstag Kehlkopfkrebs	30 Teiln.

Ständiger Kontakt besteht zum Erfurter Gesundheitsamt (Geschwulstberatungsstelle, Kontakt- und Informations-

stelle für Selbsthilfegruppen) und zur Frauenselbsthilfe nach Krebs

Die Internetseite des TZ wurde mit Unterstützung einer Webdesign-Firma und in enger Kooperation von Dr. Göbel, Dr. Kretzinger und Herrn Lohse völlig neu gestaltet und ist nun mehr an den Bedürfnissen informations-suchender Patienten und Angehöriger ausgerichtet. Die inhaltliche Ausgestaltung ging allerdings langsamer voran als angenommen, so dass die neue Homepage erst jetzt freigeschaltet worden ist.

Größtes Projekt war die Herausgabe des „Journal Tumorzentrum Erfurt“, das auf Anregung von Prof. Eber und dank der Initiative von Prof. Kosmehl nun verwirklicht werden konnte. Zwei Hefte sind im Jahr 2006 erschienen. Die Resonanz auf das erste Heft war sehr positiv, so dass die ursprüngliche Auflagenhöhe von 1.000 Exemplaren bereits mit dem zweiten Heft auf 1.100 gesteigert werden musste.

Serviceleistungen, Ausbildung

Unterstützung bei der statistischen Auswertung und bei der Präsentation der Ergebnisse von verschiedenen Studien und Untersuchungen, die in den Kliniken durchgeführt worden. 3 Dissertationen zu onkologischen Themen wurden mitbetreut.

Durchführung eines Seminars „Tumordokumentation und TNM-System“ für Umschüler zum Medizinischen Dokumentationsassistenten. 2 Auszubildende absolvierten mehrwöchige Praktika im Klinischen Krebsregister.

Zusammenarbeit mit anderen Tumorzentren und Fachgesellschaften

In der Interessengemeinschaft der Thüringischen Tumorzentren spielt das TZ Erfurt eine aktive Rolle. Regelmäßig finden Treffen der Koordinatoren statt. Prof. Ulshöfer ist Vertreter der Interessengemeinschaft im Vorstand der Thüringischen Krebsgesellschaft (ThKG). Prof. Hoyme ist stellvertretender Vorsitzender der Thüringischen Krebsgesellschaft.

Erstmals haben die Klinischen Krebsregister in Thüringen eine umfassende gemeinsame Datenauswertung durchgeführt und als Sachbericht mit dem Titel „Überleben nach Krebs, Maligne solide Organumoren 1996-2005“ veröffentlicht.

In der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) arbeitet das TZ ebenfalls aktiv mit. Wir sind beteiligt an dem im November 2005 in Bremen neu gegründeten Kooperationsverbund klinischer Krebsregister Deutschlands, der sich eine bessere Vernetzung lokaler und regionaler Aktivitäten zum Ziel gesetzt hat sowie gemeinsame Datenauswertungen plant.

Vereinsstatistik

Am 31.12.2006 hatte der Verein 278 Mitglieder. Neun Mitglieder wurden neu aufgenommen; sieben sind ausgeschieden, davon einer verstorben.

■ Von der diagnostischen Thorakoskopie zur videothorakoskopischen Lobektomie

André Nemat
Thoraxzentrum, Klinik für Thoraxchirurgie und
Thorakale Endoskopie, HELIOS Klinikum Erfurt

Die Pioniere

Hans-Christian Jacobaeus (1879-1937), der als Internist in Stockholm tätig war, wird in den meisten Schriften die Durchführung der ersten Thorakoskopie 1910 zugeschrieben (Abb.1). Er veröffentlichte seine Erfahrungen



Abb. 1 Pionier der Thorakoskopie: Hans-Christian Jacobaeus (1879-1937)

in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ unter dem Titel „Ueber die Moeglichkeit, die Zystoskopie bei Untersuchungen seröser Höhlen anzuwenden“ [1]. Neben der Tatsache, dass relevante Publikationen damals noch in deutscher Sprache verfasst wurden, zeigt dieses Beispiel auch den interdisziplinären Charakter, wie wir heutzutage sagen würden, der diese Leistung erst ermöglichte.

Jacobaeus weist in seinem Artikel auf Arbeiten des Berliner Urologen Max Nitze (1848-1906) hin, der 1877 in Dresden die ersten Zystoskope mit teleskopischer Linse und Beleuchtung entwickelt hatte [2]. Dem wiederum waren die Werke des französischen Chirurgen Antonin J. Desormeaux (1815–1894) bekannt, der 20 Jahre zuvor mit dem Einsatz einer Gasbogenflamme endoskopische Instrumente in einer größeren Stückzahl gebaut hatte (Abb.2).

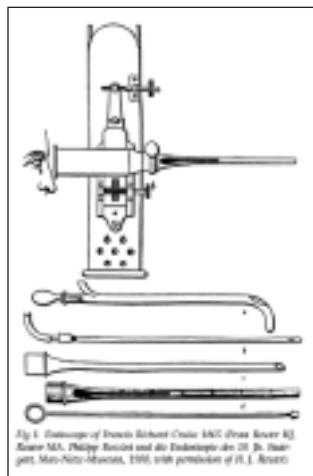


Fig. 6. Endoscopes of Francis Richard (Paris, 1815-1894) from Max Nitze (1848-1906) and the Endoscopes of Dr. Dr. Desormeaux, Paris-Nitze-Museum, 1996, with permission of Dr. J. R. R. R.

Abb. 2 Früheres Thorakoskop

Der Verdienst, den ersten Lichtleiter und somit das erste eigenständige Endoskop konstruiert zu haben, muss jedoch dem Mainzer Arzt Phillip Bozzini (1773-1809) zugeschrieben werden (Abb.3). In Jena, wo Bozzini als Schüler von Gottfried Gruner (1744-1805) sein Studium der Medizin fortsetzte, entwickelte er einen Lichtleiter, über den er ausführlich im „Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst Berlin“ berichtete [3]. Bozzini verstarb früh ohne die ihm gebührende Anerkennung für diese Arbeiten zu erhalten.

Auch die Tatsache der Durchführung der ersten Thorakoskopie durch Jacobaeus hält einer historischen Prüfung nicht stand. Im Grand Dictionnaire Universel



Abb. 3 Phillip Bozzini (1773-1809)

(Vol.15) wird bereits 1876 die Thorakoskopie als Terminus Technicus „exploration de la cavité thoracique“ beschrieben. Es überrascht somit nicht, dass sich auch vor dem Jahre 1910 Publikationen zu dem Thema finden lassen. Samuel Gordon veröffentlichte 1866 einen Artikel im „Dublin Quarterly Journal of Medical

Science“ [4], in dem er die Therapie eines mutmaßlich postpneumonischen Pleuraempyems bei einer 11-jährigen Patientin mit Hilfe der Thorakoskopie beschreibt.

Somit schließt sich der Kreis zur thoraxchirurgischen Therapie, in der minimal invasive, thorakoskopische Verfahren heutzutage einen festen Platz haben. Während zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts die Methode einen rein diagnostischen Wert hatte, wurde in der Ära der Tuberkulosebehandlung, Mitte des 20. Jahrhunderts, die Thorakoskopie vorwiegend zur Erzeugung eines iatrogenen Pneumothorax nach vorheriger Adhäsionsektomie eingesetzt [5]. Nachdem die Antituberkulotika eine gezielte Therapie dieser Infektionserkrankung ermöglichten und eine lokale chirurgische Therapie ab den 60er Jahren nicht mehr indiziert schien [6], kam die Thorakoskopie zunehmend in der Diagnostik einer breiten Palette pleuropulmonaler Erkrankungen zur Anwendung (Abb.4).

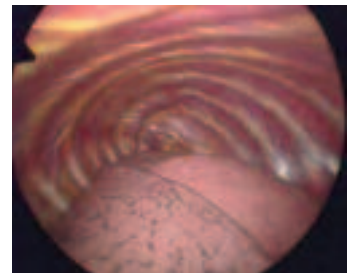


Abb. 4 Thorakoskopischer Situs

Videoassistierte Thoraxchirurgie (VATC)

Im Zuge der Entwicklung moderner optischer Endoskope sowie spezieller thoraxchirurgischer Instrumente in den 1970er und 1980er Jahren wurden auch die Indikationen minimal invasiver Eingriffe erweitert. Unter der Überschrift „Practice Guidelines“ veröffentlichte die Society of Thoracic Surgeons in den USA 1994 die Technik und Indikationen der VATS (Videothoracoscopic Assisted Thoracic Surgery) [7] (Abb. Titelseite).

Neben den diagnostischen Möglichkeiten mittels VATS gelten mittlerweile folgende therapeutische Indikationen als unstrittig:

- Pneumothorax
- Hyperhidrosis
- Trichterbrust (Op-Methode nach NUSS)
- Empyem (Feindekortikation)
- Pleuraschwarte (Pleurektomie)
- Benigne Lungentumore
- Bullae

Kontrovers diskutiert werden thorakoskopische Operationen bei Krankheiten wie:

- Lungenemphysem (Lungenvolumenreduktion)
- Thymustumore
- Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) in Frühstadien

Unter der Bedingung, dass die Prinzipien der onkologischen Chirurgie auch bei der minimal invasiven Thoraxchirurgie Anwendung finden, wurden in den 1990er Jahren Techniken entwickelt, die eine anatomische Lungenresektion per VATS ermöglichen. Die Rationale ergibt sich aus den Erfahrungen mit den konventionellen, offenen Thorakotomien wie auch der Tatsache, dass in Folge der demographischen Entwicklungen, immer ältere Patienten mit entsprechenden Komorbiditäten zur chirurgischen Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms vorstellig werden.

Operative Zugänge und Entwicklung der thorakoskopischen Lobektomie

Der operative Standard-Zugang in die Brusthöhle bei der konventionellen Thoraxchirurgie ist die anterolaterale (anteroaxilläre) und die posterolaterale Thorakotomie sowie in seltenen Fällen die anteriore, longitudinale Sternotomie. Zum Spreizen der Rippen kommt dafür ein Retraktor zur Anwendung, der grob mechanisch den Situs offen hält und dem Chirurgen eine vollständige Übersicht bietet. Zu den häufigen Komplikationen gehören jedoch Rippenfrakturen, Luxationen der Rippen-Wirbelkörpergelenke und Quetschungen des intercostalen Weichteilgewebes. Die Folgen für die Patienten, die unter Umständen erheblich sein können, werden unter dem Begriff des „chronischen Postthorakotomiesyndroms“ zusammengefasst. Therapieresistente Schmerzen, bronchopulmonale Infekte, Einschränkungen der Lungenfunktion sowie Dysästhesien gestalten bei ungefähr jedem vierten Patienten den postoperativen Verlauf kompliziert und machen weitere Behandlungen notwendig. Vielen älteren Patienten wird aus diesem Grund eine belastende Operation oft nicht zugemutet.

Unter diesen Gesichtspunkten stellt die thorakoskopische Segmentresektion wie auch die Lobektomie bei der Operation des NSCLC im Stadium I ein erstrebenswertes, wenn auch kontrovers diskutiertes, chirurgisches Vorgehen dar.

Unter den Stichworten „thoracoscopic lobectomy + lung cancer“ finden sich im November 2007 aktuell 199 Publikationsverweise. Die meisten Arbeiten hierzu stammen aus den USA und Japan. In den Vereinigten Staaten wurden im Jahre 2005 ca. 18% der Lobektomien minimal invasiv durchgeführt [8]. Alle Autoren scheinen sich einig, dass die Methode noch weit davon entfernt ist, als Routineverfahren zu gelten.

Zunächst einmal ist es wichtig, die unterschiedlichen Techniken und die Entwicklung nachzuvollziehen, da sich unter dem Begriff „Thorakoskopische Lobektomie“ durchaus verschiedene Vorgehensweisen verbergen. Eine „komplette endoskopische Operation“, wie sie im japanischen Schrifttum bezeichnet wird, setzt eine vollständige Präparation des Lungenlappens mit endoskopischen Instrumenten unter Einsatz eines Videoendoskops voraus [9]. Erst zum Ende der Operation wird über die Verlängerung einer der Inzisionen auf 5 bis max. 8 cm, eine so genannte „utility incision“, der Lappen ohne Retraktion der Rippen geborgen. Allerdings variieren auch bei dieser Methode die Anzahl der verwendeten Trokare, die Trokargröße wie auch die Länge der Inzision. Im Vergleich dazu steht die „videoassisted lobectomy“,

die bereits zu Beginn der Operation eine kleine Inzision zusätzlich zu den eingebrachten Trokaren verwendet, um auch Manipulationen mit größeren Instrumenten zuzulassen. Wird hierbei nun auch ein kleines Spreizinstrument eingesetzt so spricht man von einem „Hybridverfahren“, welches eine Sicht in den Thorax auch mit dem bloßen Auge zusätzlich zu dem Videoendoskop ermöglicht [9]. Transxyphoidale „Handports“ oder auch muskelschonende Minithorakotomien unter dem parallelen Einsatz einer Videooptik werden an dieser Stelle nur erwähnt, jedoch nicht unter den thorakoskopischen Lobektomieverfahren zusammengefasst (Abb.5).

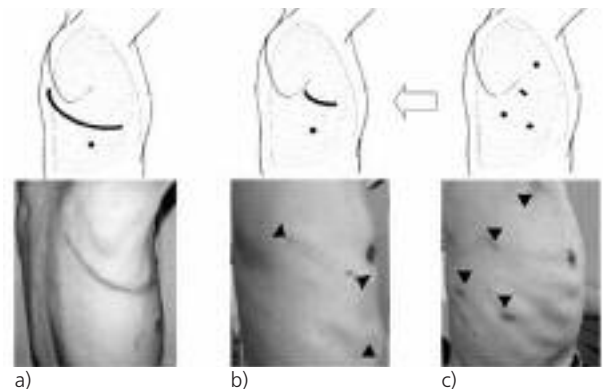


Abb. 5 Narbenverhältnisse nach Lobektomien mittels
a) Posterolateraler Thorakotomie,
b) Muskelschonender, anterolateraler Thorakotomie,
c) VATC

Alle genannten Verfahren existieren parallel nebeneinander und spiegeln die jeweiligen Präferenzen der chirurgischen Institutionen wieder. Dies führt allerdings dazu, dass die Vergleichbarkeit der publizierten Daten darunter leidet. In den Publikationen werden insbesondere objektive wie auch subjektive Skalen zur Beurteilung des postoperativen Schmerzes angeführt. Der intraoperative Blutverlust gilt ebenso als Messparameter für die technische Überlegenheit einer Methode wie die Dauer der Drainagetherapie und die Dauer der stationären Behandlung [10].

Ein weiterer Aspekt der oftmals Anlass zur Kritik an der minimal invasiven Methode darstellt, bezieht sich auf die thorakoskopisch durchgeführte Lymphadenektomie. Obwohl einige Studien die qualitative Vergleichbarkeit der Ergebnisse demonstrieren, gilt der Hinweis auf eine lymphonoduläre Metastasierung in vielen Zentren noch als Kontraindikation der thorakoskopischen Methode [11].

Der Gefahr einer Tumorzellverschleppung im Bereich der Trokare sowie bei der Bergung des Lappens wird durch den Einsatz von sogenannten Bergebeuteln begegnet. Über dieses seltene Ereignis ist allerdings auch bei der Bergung großer Tumore trotz Verstaung in einem Bergebeutel berichtet worden [12].

Der intraoperative Aspekt entscheidet letztendlich über die technische Machbarkeit. Tumorfunktion der parietalen Pleura oder lappenübergreifende Tumore können die thorakoskopische Methode limitieren. Somit hat sich in den meisten Kliniken, in denen diese Operation durchgeführt wird, die Indikation für die UICC-Stadien IA und IB des NSCLC herauskristallisiert.

Schlussendlich wird sich diese Operationsmethode im Hinblick auf die Langzeitergebnisse und Überlebensraten mit der herkömmlichen Operationstechnik messen lassen müssen. Entsprechende Veröffentlichungen berichten über 5-Jahres-Überlebensraten bei Patienten im UICC-Stadium IA von 70% bis 91%, was die Vermutung nährt, dass hier die Patientenselektion einen erheblichen Prognosefaktor darstellt [13]. Ob des Weiteren unterschiedliche immunologische Mechanismen auf Grund geringerer Inflammationsreaktionen einen zusätzlichen Vorteil der thorakoskopischen Lobektomie darstellen, ist Gegenstand aktueller Untersuchungen [14].

Fazit

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass eine komplette, onkologisch radikale Resektion des Tumors inklusive einer Lymphadenektomie der Goldstandard bei der Therapie des operablen NSCLC ist. Minimal invasive Verfahren stellen in geeigneten Fällen eine schonende Alternative bei limitierten Patienten dar. Ein sauberer akademischer Vergleich von chirurgischen Methoden kann jedoch nur durch randomisierte multizentrische Studien erzielt werden, bei denen eine klar definierte Operationstechnik sowohl thorakoskopisch wie auch konventionell gegeneinander untersucht wird.

An der Klinik für Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie des HELIOS Klinikum Erfurt haben wir im Oktober dieses Jahres die thorakoskopische Lobektomie eingeführt und werden die Methode unseren Patienten in geeigneten Fällen anbieten (Abb. Titelseite, Abb.6, Abb.7).



Abb. 6 Präoperative Thorax-CT der 53-jährigen Patientin mit Tumor im linken Unterlappen



Abb. 7 Postoperative Röntgen-Thoraxaufnahme nach videothorakoskopischer Resektion des linken Unterlappens

3. Bozzini P. Lichtleiter. J Pract Arzneykunde Wundarzneykunst 1806; 24: 107
4. Gordon S. Clinical reports of rare cases, occurring in the Withworth and Hardwicke Hospitals: most extensive pleuritic effusion rapidly becoming purulent, paracentesis, introduction of a tube, recovery, examination of interior of pleura by endoscope. Dublin Quarterly Journal of Medical Science 1866; 41: 83-90
5. Piquet A, Giraud A. La pleuroscopie et la section des adherences intrapleurales au cours du pneumothorax therapeutique. La presse medical 1923; 23
6. Hillejan L., Nemat A. Indication, Type of Resection and Results of Surgery in cases of Lung Tuberculosis: A historical and regional Overview. Pneumologie 2002; 56: 345-348
7. The Society of Thoracic Surgeons. Practice guidelines – video assisted thoracic surgery. Ann Thorac Surg 1994; 58: 596-602
8. McKenna R. VATS lobectomy – How and when? Jpn J Lung Cancer 2006; 46: 423
9. Shigemura N, Akashi A. Complete versus assisted thoracoscopic approach: a prospective randomized trial comparing a variety of video-assisted thoracoscopic lobectomy techniques. Surg Endosc 2004; 18: 1499-7
10. Nomori H, Horio H. What is the advantage of a thoracoscopic lobectomy procedure for lung cancer surgery? Ann Thorac Surg 2001; 72: 879-84
11. Sagawa M, Sato M. A prospective trial of systematic nodal dissection for lung cancer by video-assisted thoracic surgery. Ann Thorac Surg 2002; 73: 900-4
12. Downey R. Complications after video-assisted thoracic surgery (VATS). Chest Surg Clin N Am 1998; 8: 907-17
13. Roviario G, Varoli F. Long-term survival after videothoracoscopic lobectomy for stage I lung cancer. Chest 2004; 126: 725-32
14. Walker WS, Leaver HA. Immunologic and stress responses following video-assisted thoracic surgery and open pulmonary lobectomy in early stage lung cancer. Thorac Surg Clin 2007; 17(2): 241-9

Literatur

1. Jacobaeus HC. Ueber die Möglichkeit, die Zystoskopie bei Untersuchung seröser Höhlungen anzuwenden. Münch Med Wschr 1919; 57: 2090-2092
2. Nitze M. Eine neue Beleuchtungs- und Untersuchungsmethode für Harnröhre, Harnblase und Rektum. Wien Med Wschr 1879; 29: 713-716

Korrespondenzadresse:

Dr. med. André Nemat
 Thoraxzentrum, Klinik für Thoraxchirurgie und Thorakale Endoskopie
 HELIOS Klinikum Erfurt
 Nordhäuser Str. 74, 99089 Erfurt
 Telefon: 03 61 / 78 1-25 91
 e-Mail: andre.nemat@helios-kliniken.de

■ Ist die Laryngektomie beim älteren Patienten eine probate Therapieoption?

Kai Fritzsche, Dirk Eßer
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
HELIOS Klinikum Erfurt

Der ältere Patient ist eine Herausforderung für den Kliniker. Seine Bedeutung nimmt zu, weil sich die Bevölkerungsstruktur entsprechend der demografischen Entwicklung zugunsten der älteren Menschen verschieben wird.

Als ältere Menschen wird von der WHO per definitionem die Bevölkerungsschicht zwischen 60 und 75 Jahren bezeichnet. Ein Mensch zwischen 50 und 60 Jahren gilt als alternd. Im Alter von 75 bis 90 Jahren ist ein Mensch alt, bis 100 Jahre sehr alt und bei einem Alter zwischen 100 bis 115 Jahren langlebig.

Bei der Betrachtung des älteren Menschen steht die Komorbidität durch eine mögliche Beeinflussung der OP-Fähigkeit im Vordergrund. Veränderungen physiologischer Prozesse im Körper (z.B. die prolongierte Wundheilung), das Nachlassen der geistigen Flexibilität und die damit verbundene, mögliche eingeschränkte Krankheitseinsicht, die evtl. verlängerte Mobilisations- und Rehabilitationszeit, das soziale Umfeld mit Blick auf die Versorgung und Betreuung der Patienten nach einem stationären Aufenthalt und die erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Behinderungen stellen weitere Faktoren dar.

Eine Therapieempfehlung erfordert die Berücksichtigung dieser Faktoren in ihrer Gesamtheit und Ausprägung.

In einer retrospektiven Auswertung unserer Klinik von 1996 bis 2006 explorierten wir 168 Patienten mit einem Larynx- und Hypopharynxkarzinom im Alter von 60 bis 92 Jahren.

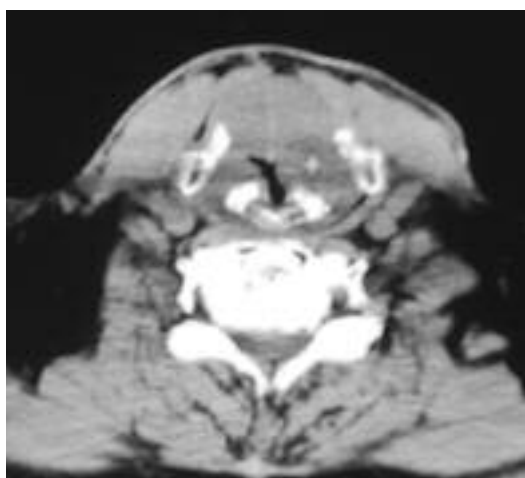


Abb.1 Larynxkarzinom im Schnittbild

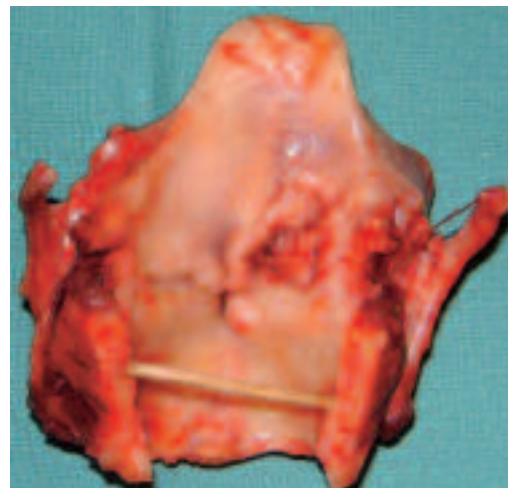


Abb. 2 OP-Resektat nach Laryngektomie

Bei 127 Patienten wurde eine Laryngektomie (Kehlkopfentfernung) durchgeführt, bei 41 Patienten primär eine kombinierte Radio-Chemotherapie. Die größte Gruppe der operierten Patienten war zwischen 60 und 65 Jahren alt, gefolgt von der Patientengruppe zwischen 65 und 70 Jahren (Abb. 3). Das Höchstalter betrug 86 Jahre. Bei den nicht operierten Patienten (Abb. 4) lag der Altersgipfel in der Gruppe von 60 bis 65 Jahren. Es folgten die Gruppe der 65- bis 70-jährigen und die Altersgruppe von 70 bis 75 Jahren. Der älteste nicht operierte Patient war 92 Jahre alt.

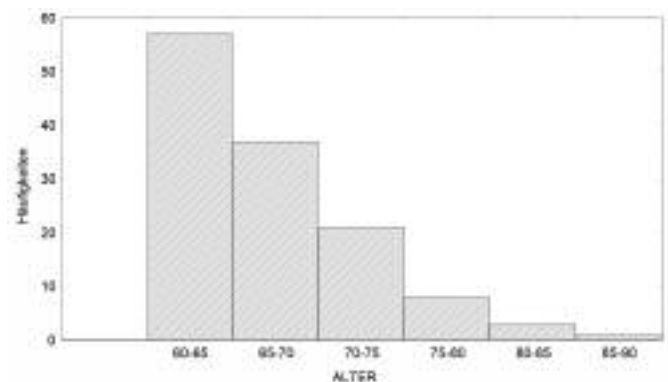


Abb. 3 Altersverteilung der operierten Patienten

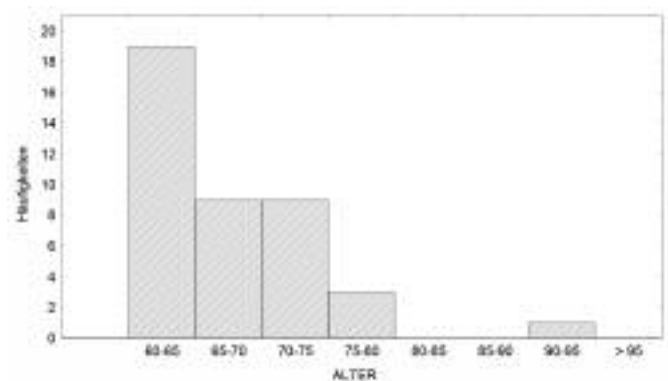


Abb. 3 Altersverteilung der nicht operierten Patienten

Die häufigsten Tumorlokalisationen bei den operierten Patienten waren Larynx (75%) und Hypopharynx (24%). Bei einem Patienten lag ein Chondrosarkom des Larynx und bei einem weiteren Patienten die Metastase eines Nierenzellkarzinoms vor. Im Gegensatz dazu hatten die nicht operierten Patienten zu 54% ein Hypopharynxkarzinom und zu 46% ein Larynxkarzinom.

Bei den Tumorstadien zeigte sich eine Dominanz der T3-Tumoren in der Gruppe der laryngektomierten Patienten mit 54%. 34% der Patienten wiesen eine Kategorie T4 auf (Abb. 4). Die ausgewerteten 13% der operierten Patienten mit T2 setzen sich vorwiegend aus den Patienten mit einem Rezidiv oder mit Schluckinsuffizienz nach laserchirurgischer Resektion zusammen. Bei den nicht operierten Patienten (Abb. 5) lag eine ausgeprägtere Varianz vor. In dieser Gruppe hatten 41% der Patienten eine T-Kategorie 3, 32% ein T4 und 22% ein T2. Die übrigen Patienten wiesen einen T1-Tumor auf.

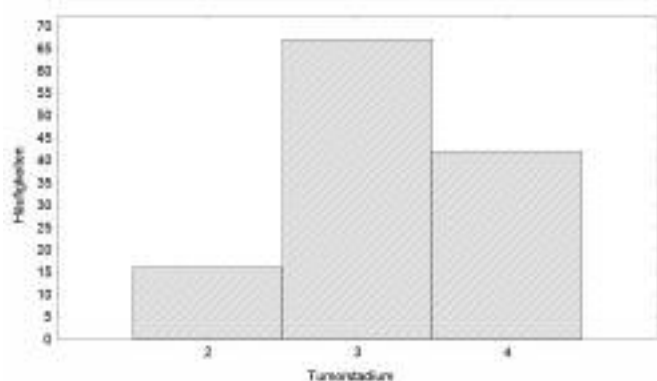


Abb. 4 Verteilung der pT-Kategorien (operierte Patienten)

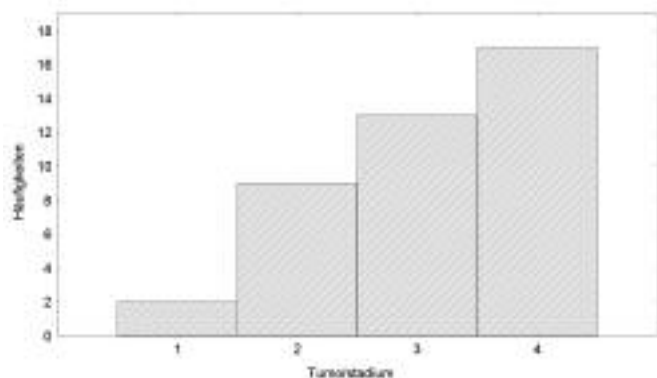


Abb. 5 Verteilung der cT-Kategorien (nicht operierte Patienten)

Im Falle einer malignen Erkrankung können folgende Therapieoptionen unabhängig vom Alter in Betracht gezogen werden:

- bei ausgedehntem und sehr fortgeschrittenem Tumorwachstum keine oder eine palliative Therapie mit einer adäquater Analgesie und einer möglichen palliativen Bestrahlung zur Verringerung der Wachstumsgeschwindigkeit und zur Schmerzreduktion,

- bei ausgedehntem Tumorwachstum und fehlender Operabilität oder bei Wunsch des Patienten eine kombinierte Radio-Chemotherapie,
- bei ausgedehntem Tumorwachstum mit vorliegender Operabilität eine Operation mit anschließender Radiotherapie oder kombinierter Radio-Chemotherapie,
- bei kleineren umschriebenen Tumoren kann laserchirurgisch vorgegangen bzw. über eine alleinige Bestrahlung nachgedacht werden.

Die Therapieempfehlung für einen älteren Patienten mit einem Malignom erfordert die Berücksichtigung der folgenden Überlegungen:

- Primär sollten Lokalisation und Ausbreitung der Neoplasie sowie die Histologie und das Vorhandensein von Lokoregionären oder Fernmetastasen betrachtet werden, damit eine Aussage zur Prognose möglich wird und die Entscheidung zur operativen oder konservativen Therapie getroffen werden kann.
- Zweitens ist es wichtig, den Gesundheitszustand des Patienten mit seinen möglicherweise vorhandenen Nebenerkrankungen zu kennen. Somit lässt sich die Frage klären, ob die OP-Fähigkeit gegeben und die Operation dem Patienten zumutbar ist.
- Weiterhin sind die Patienten und die Angehörigen besonders intensiv mit in die Therapiefindung einzubeziehen, denn der Umgang mit der Krankheit und die Selbstreflexion sowie die Wünsche und Ansprüche an die Therapie und den Therapeuten sind in gleicher Weise wichtig.

Ganz entscheidend wirkt sich die soziale Situation des Patienten aus. Eine adäquate und effiziente Versorgung des Patienten zu Hause ist erforderlich. Leistungen wie Kanülenwechsel, Absaugen von Trachealsekret und Tracheostomapflege müssen gewährleistet sein. Weiterhin muss der Patient auf erhebliche Veränderungen seiner Lebensgewohnheiten vor allem psychisch intensiv vorbereitet werden. Gerade bei Patienten mit Trachealkanüle ist die Gefahr der Stigmatisierung und gesellschaftlichen Meidung sehr groß, was zu einer enormen psychischen Belastung bis hin zu suizidalen Absichten führen kann.

Die Überlegungen zu den Therapieoptionen sollen anhand des folgenden Patientenbeispiels dargestellt werden:

Der Patient ist 75 Jahre alt, lebt mit seiner Ehefrau zusammen und sie versorgen sich selbst. Seit einiger Zeit kann er nicht mehr richtig schlucken, spricht sehr heiser, hat ca. 10 kg abgenommen und ist nicht mehr so leistungsfähig wie bisher. Luftnot oder weitere Beschwerden werden von ihm nicht angegeben. Nebenerkrankungen bestehen nicht.

Nach ausführlicher Diagnostik ergibt sich die Diagnose eines Larynxkarzinoms im Tumorstadium T3 ohne Lymphknotenbefall (cN0) und ohne Fernmetastasen (cM0).

Die erste Überlegung sollte in Richtung der funktionser-

haltenden bzw. funktionsschonenden laserchirurgischen Resektion gehen, um die Einschnitte in das Leben des Patienten gering zu halten (bezüglich Stimme, Geruchsvermögen, Stigmatisierung durch eine Kanüle, Schluckinsuffizienzen). Diese Methode ist im Gegensatz zu einer ausgedehnten Tumoroperation, wie der Laryngektomie, kürzer und schonender. Allerdings entwickeln sich gerade bei älteren Patienten im Verlauf Schluckinsuffizienzen, Aspirationspneumonien und postoperative Larynx- oder Pharynxödeme, die eine Tracheotomie notwendig werden lassen.

Die nächste Überlegung könnte in Richtung der ausgedehnten Tumoroperation, der Laryngektomie gehen. Diese Methode erreicht die komplette Tumorfreiheit in den entsprechenden Grenzen unter Erhaltung der natürlichen Schluckfunktion. Eine entsprechende Stimmfunktion wäre über eine Stimmprothese oder das Erlernen der Ruktussprache oder eine Versorgung mit einem Stimmmodulator möglich. Mit dieser Methode kommt es zu größeren Beeinträchtigungen bei dem Patienten. Zum einen bezieht sich dies auf den Verlust der Nasenatmung und damit verbunden des Geruchs- und teilweise Geschmackssinns. Er kann auf Grund der Unmöglichkeit des Pressen gewisse Lasten nicht mehr tragen und könnte bei Obstipation Probleme bekommen.

Eine andere Überlegung wäre, eine kombinierte Radio-Chemotherapie durchzuführen. Dies ist eine nichtinvasive Methode der Tumorbeseitigung, die im Vergleich zur Operation eine ähnliche Prognose aufweist. Die Stimm- und Sprachfunktion kann weiterhin bestehen bleiben. Die Einschränkungen bei dieser Therapieoption bestehen vor allem in der langen Behandlungsdauer (6-7 Wochen), der entstehenden und viel beklagten Mundtrockenheit, dem Geschmacksverlust, einer unter der Therapie möglicherweise entstehenden Entzündung der Mundschleimhaut (Mukositis) und der Haut des Bestrahlungsgebietes (Radiodermatitis) sowie der sich ggf. entwickelnden Schwellung und Unmöglichkeit des Schluckens, was wiederum eine Tracheotomie und ggf. PEG-Anlage notwendig werden lässt.

Anhand dieser Überlegungen wird deutlich, wie diffizil die Therapieentscheidung ist. Bei dem vorliegenden T3-Tumor wäre die Laryngektomie indiziert und sollte den Vorrang bekommen. Bei einer Laserresektion, die primär immer angestrebt werden sollte, ist bei diesem Befund und der Ausdehnung zum einen die vollständige Tumorresektion als fraglich anzusehen und postoperativ mit Schluckinsuffizienzen und Aspirationen zu rechnen. Eine Tracheotomie würde damit nötig oder im Verlauf müsste eine Laryngektomie zur Erhaltung einer normalen Schluckfunktion durchgeführt werden. Die kombinierte Radio-Chemotherapie bringt wie oben beschrieben mehrere Komplikationen mit sich (v. a. Mundtrockenheit und Verlust des Geschmacksempfindens), unter denen die Patienten wesentlich mehr leiden als unter einer Trachealkanüle. Zum anderen wäre sie indiziert, wenn man die Versorgung des Patienten in seinem normalen Leben, z. B. bezüglich der regelmäßigen Tracheostomapflege, nicht mehr gewährleisten könnte.

Die Wahrscheinlichkeit unter dieser Therapie eine Tracheotomie durchführen zu müssen, ist als gering einzustufen.

Die entstehenden Belastungen durch die Laryngektomie sind aber nach unseren Erfahrungen tolerabel. Man erreicht eine vollständige Tumorfreiheit und könnte auf eine postoperative Bestrahlung oder additive Radio-Chemotherapie verzichten. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient mit der Tumorerkrankung ein normales Leben verbunden mit einer adäquaten Lebensqualität führen kann, ist als sehr gut einzustufen.

Weiterhin liegen in diesem Beispiel weder Nebenerkrankungen vor, die die OP-Fähigkeit einschränken könnten, noch gibt es Probleme im sozialen Bereich. Der Patient kann durch seine Ehefrau suffizient versorgt werden und Kanülenwechseln bzw. -pflege wären beispielsweise gesichert. Insgesamt würden keine Kontraindikationen für die Durchführung der Operation bestehen.

Zusammenfassend ging es in dieser Auswertung nicht darum, unsere Ergebnisse zu präsentieren, sondern eine Darstellung der diffizilen Therapiefindung bei einem älteren Patienten mit einer malignen Grunderkrankung aufzuzeigen.

Insgesamt ist das Hauptziel einer Tumorthherapie die Tumorfreiheit oder die Verlängerung der Überlebenszeit mit einer adäquaten Lebensqualität. Das kalendarische Alter des Patienten ist keine Kontraindikation für eine Maximaltherapie. Die medizinische und vor allem die soziale Situation des Patienten müssen Eingang in die Therapieentscheidung finden. Der Wunsch des Patienten hat Priorität auch bei Differenz zur ärztlichen Therapieempfehlung.

Die Laryngektomie bleibt für ausgedehnte Larynx- und Hypopharynxmalignome ein empfehlenswerter Behandlungsweg auch beim älteren Patienten. Die optimale Therapie ergibt sich aus einer Vielzahl von Faktoren und bleibt eine Einzelfallentscheidung.

Korrespondenzadresse:

Kai Fritzsche
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HELIOS Klinikum Erfurt
Nordhäuser Str. 74, 99089 Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-63 37
e-Mail: kai.fritzsche@helios-kliniken.de

■ Darmzentrum Erfurt – Der Weg zur erfolgreichen Zertifizierung

Martin Krajci, Hans-Joachim Bronisch, Jörg Pertschy
Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“
Erfurt

Für eine optimale Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachsorge des Darmkrebses ist eine breite fachübergreifende, qualitätsorientierte Zusammenarbeit vieler verschiedener medizinischer Einzeldisziplinen notwendig. Die Deutsche Krebsgesellschaft stellt deshalb seit Frühjahr 2006 bundesweit Zertifikate für Darmzentren aus, in denen ein überprüfbarer fachlicher Mindeststandard bei der Behandlung des Darmkrebses gewährleistet ist. Am 15.03.2006 wurde mit dem „Darmzentrum Ruhr“ das erste Darmzentrum von OnkoZert im Namen der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Nach einer erfolgreichen Pilotphase ist das Verfahren seit April 2007 frei zugänglich. Das erste Zentrum dieser Art in Thüringen wurde im Juni 2007 im Katholischen Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt erfolgreich zertifiziert.

Ausgangspunkt

Die Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie und die Klinik für Innere Medizin-Gastroenterologie betreuen seit 2004 auf einer gemeinsamen „Bauchstation“ Patienten mit Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes im Katholischen Krankenhaus Erfurt. Darüber hinaus ist die Diagnostik und Therapie von malignen Dick- und Enddarmkrankungen ein langjähriger fester Bestandteil des Leistungsangebotes beider Kliniken. Patienten mit malignen Erkrankungen werden regelhaft in einem fest installierten interdisziplinär besetzten Tumorkonsil besprochen. Über eine vertragliche Anbindung niedergelassener Onkologen und Strahlentherapeuten ist die Übernahme von Patienten zur ambulanten Chemotherapie sowie zur Strahlentherapie geregelt. Beide Fachkliniken nehmen zusammen mit Vertretern des Pathologischen Instituts des Helios Klinikums Erfurt sowie ambulanten Strahlentherapeuten und Onkologen aktiv am Tumorkonsil teil. Die Dokumentation von Patienten mit Tumorerkrankungen erfolgt seit Jahren über die Mitgliedschaft im Tumorzentrum Erfurt e.V. Es existiert ein internes Qualitätsmanagement. Das Katholische Krankenhaus Erfurt wurde im März 2006 nach den Vorgaben der proCum Cert zertifiziert. Zusätzlich beteiligt sich die Chirurgische Klinik an einer externen Qualitätssicherungsstudie des An-Institutes für Qualitätssicherung in der Medizin an der Universität Magdeburg.

Das Zertifizierungsverfahren

Um erfolgreich zertifiziert werden zu können, müssen die allgemeinen Voraussetzungen (Abb.1) und die Strukturvoraussetzungen hinsichtlich eines Entscheidungsgremiums (Abb.2) sowie der Hauptbehandlungspartner (Abb.3) erfüllt werden. Weiterer Bestandteil der Zertifikatsvoraussetzungen sind die fachlichen Anforderungen an ein Darmzentrum, welche ebenfalls im Erhebungsbogen (Fachliche Anforderungen an ein Darmzentrum-FAD) mit den 13 Qualitätsindikatoren enthalten sind und deren Grundlage die S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ ist. Die Ist-Zahlen des Katholischen Krankenhauses Erfurt zeigen, dass sämtliche Vorgaben erfüllt werden (Abb.4).

ungen an ein Darmzentrum, welche ebenfalls im Erhebungsbogen (Fachliche Anforderungen an ein Darmzentrum-FAD) mit den 13 Qualitätsindikatoren enthalten sind und deren Grundlage die S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ ist. Die Ist-Zahlen des Katholischen Krankenhauses Erfurt zeigen, dass sämtliche Vorgaben erfüllt werden (Abb.4).

Voraussetzungen für eine Zertifizierung als Darmzentrum – das Verfahren der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

- Erhebungsbogen - 13 Qualitätsindikatoren mit fixen **Struktur- und Sollvorgaben**
 - ein mindestens 3 Monate etabliertes **Tumor-Dokumentationssystem**
 - Forderung nach Externer Qualitätssicherung
 - Funktionierendes QM-System etabliert (ISO, KTQ)
 - Studienteilnahme in 10%
- Vorgaben aus der S3 Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ v. 2004
- Zertifizierungsstelle: OnkoZert der DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)

Abb. 1

Strukturvoraussetzung OnkoZert – 1. Entscheidungsgremium

- **Leiter: CA Chirurgie u. CA Gastroenterologie**
– Repräsentation, Kontakte mit Zuweisern, Leitung der Konferenz
Medizinische Leitung
- **Ärztlicher Koordinator – Ltr. QM und Med. Controlling**
– Koordination zwischen den Fachgebieten, Kommunikation mit OnkoZert,
Organisatorische Leitung
- **Qualitätsbeauftragter – Mitarbeiter QM**
– Umsetzung und Schulung der QM – Aspekte, Betreuung der QM –
bezogenen Prozesse, Weisungsbefugnis in QM-Fragen
- **Lenkungsteam (Mitarbeiter aus verschiedenen Bereichen)**
– Abstimmung zwischen den Gruppen u.a. Vorbereitung auf das Audit,
Entscheidungsgremium für Veränderungen, Umsetzung des Leitbildes
und Erreichung der operativen Ziele des Darmzentrums

Abb. 2

Strukturvoraussetzung OnkoZert – 2a. Anbindung Hauptbehandlungspartner (Ärzte u. Pflege)

1. Hauptbehandlungspartner (Ärzte und Pflege):

- Viszeralchirurgie
- Gastroenterologie
- Onkologie
- Pathologie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Tumorzentrum

Leitung

Koop.-
Vertrag

Gemeinsame Beratung der
Behandlungsfälle durch die
Hauptbehandlungspartner in der
interdisziplinären Tumorkonferenz

Qualitätssicherungsvereinbarung:

- Einbindung in die Tumorkonferenz (Benennung Fachärzte für das Darmzentrum)
- Sicherstellung der Verfügbarkeit (u.a. Vertretungsregelung)
- Prozesse bei den Hauptbehandlungspartnern für das Darmzentrum
- Verpflichtung der Anwendung der Leitlinien beim Hauptbehandlungspartner
- **Qualifikations-/Weiterbildungsanforderungen beim Hauptbehandlungspartner - Curriculum**
- Rückinformation an das Darmzentrum

Abb. 3

Als weitere Behandlungspartner sind niedergelassene Kollegen mit präventiven Maßnahmen (z.B. Gastroenterologen) und andere Zuweiser über Kooperationsvereinbarungen eingebunden. So wird in diesen Vereinbarungen unter anderem die Information über einen standardisierten Arztbrief mit Nachsorgeempfehlungen bei zügiger Arztbriefschreibung geregelt. Die Teilnahme am wöchentlichen Tumorkonsil wird angeboten, ist aber nicht verpflichtend. In einem gemeinsamen zweimal pro Jahr stattfindenden Qualitätszirkel des Darmzentrums besteht die Möglichkeit zur aktiven Mitwirkung der Behandlungspartner und der Niedergelassenen. Im Katholischen Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ sind so neben den Kliniken für Allgemein, Visceral- und Gefäßchirurgie und Gastroenterologie die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie mit ihrer Physiotherapie, die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, die Seelsorge, der Sozialdienst und die Diätküche in das interdisziplinäre Darmzentrum eingebunden. Weitere externe Partner sind das Hospiz sowie andere Einrichtungen der Palliativversorgung, Reha-Einrichtungen, Stomaberatung und -versorgung, Selbsthilfegruppen, eine ambulante genetisch beratende Praxis und ein ambulanter Schmerztherapeut.

Tumorkonferenz

Essentieller Bestandteil des Darmzentrums ist die interdisziplinäre Tumorkonferenz. Sie findet seit dem Jahr 2004 einmal wöchentlich statt, wobei die Teilnahme für die Hauptbehandlungspartner verpflichtend ist. Die Patienten werden mit Anamnese und Bilddokumentation vorgestellt. Im fallbezogenem Protokoll werden u.a. Anamnese, Therapie bzw. Behandlungsplan festgeschrieben, wobei das Protokoll von allen beteiligten Hauptbehandlungspartnern unterzeichnet und durch den Leiter des Tumorkonsils autorisiert wird. Zu beachten ist hierbei, dass Patienten mit Kolonkarzinom zu 100% postoperativ und Patienten mit Rektumkarzinom zu 100% prä- und postoperativ vorgestellt werden müssen.

Tumordokumentation

Besonderen Wert legt die DKG auf die Tumordokumentation. Diese erfolgt primär klinikintern, wobei hier auch auf einem Komplikationsbogen Angaben zu Wundheilungsstörungen, Anastomoseninsuffizienzen oder postoperative Mortalität sowie Befinden des Patienten ab 40. postoperativen Tag gemacht werden. Diese Daten werden zusammen mit in der Epikrise befindlichen Angaben zu Erkrankung, Therapie, TNM-Stadium und Weiterbehandlung durch das Tumorzentrum Erfurt in einer Datenbank gesammelt, um hier zeitgerecht vergleichende Auswertungen durchführen zu können. Das Tumorzentrum selbst bezieht dann Informationen zur Weiterbehandlung auch von den niedergelassenen Hauptbehandlungspartnern, um so später auch Aussagen zu 5-Jahres-Überlebensraten, Rezidivraten u.a.m. treffen zu können.

Abschließend sei nicht unerwähnt, dass auch Anforderungen an die ärztliche fachliche Qualifikation gestellt

werden (Nachweis von mindestens 2 Gastroenterologen und zwei Viszeralchirurgen). Aus all diesen Fakten wird klar, dass solch ein System nicht aus dem Nichts heraus gegründet werden kann, sondern dass es vielmehr darum geht, bestehende Strukturen zu zertifizieren.

Kennzahl, Abfrage	Sollvorgaben DKG	IST Darmzentrum Erfurt
1 Wie hoch soll der Anteil der in Studien behandelten Patienten sein?	> 10%	> 10%
2 Erfahrung Rektum-Diagnostik starre Rektoskopie	Keine Zahlen	Bestandteil der Ausbildung zum Viszeralchirurgen
3 Erfahrung Koloskopie/Zentrum	400 Koloskopien p.a. Σ 2.000 / 5 Jahre	Anzahl 2006: 2.030 Anzahl seit 2002: 9.203
4 Erfahrung Polypektomie/ Mukosektomie/ Zentrum	100 jährlich Σ 500 / 5 Jahre	Anzahl 2006: 412 Anzahl seit 2002: 2.799
5 Radikalchirurgische Therapie des Kolonkarzinoms (Primärfälle)	30 jährlich Σ 150 / 5 Jahre	Anzahl 2006: 47 Anzahl seit 2002: 221
6 Radikalchirurgische Therapie des Rektumkarzinoms (Primärfälle)	20 jährlich Σ 100 / 5 Jahre	Anzahl 2006: 26 Anzahl seit 2002: 127
7 Betrachtungszeitraum für die Erfassung postoperativer Mortalität/ Morbidität	nach Eingriff 30 Tage	nach Eingriff 30 Tage
8 Revisionsoperationen < xx % bei intra- bzw. postoperativen Komplikationen	< 10%	< 5%
9 Postoperative Wundinfektionen von max. xx %	Keine Zahlen	< 5%
10 Zeit bis zum histologischen Ergebnis bei OP-Präparaten	≤ 3 Werktage	≤ 3 Werktage
11 Anzahl entfernt u. histologisch untersuchter Lymphknoten	In 95% der Fälle ≥ 12 LK	In 95% der Fälle ≥ 12 LK
12 Anteil adj. Chemotherapie beim Kolon-Ca. Stad. UICC III, (2 Onkologen)	> 90% der Fälle	> 95% der Fälle
13 Anteil neo-/adj. Chemotherapie beim Rektum-Ca. Stad. UICC II und III	> 90% der Fälle	> 95% der Fälle

Abb. 4 Auszug aus dem Erhebungsbogen (FAD)

Audit

Nach Bearbeitung und Bewertung der Erhebungsbögen wurde im Juni 2007 ein 1,5-tägiges „Zertifizierungsaudit nach FAD“ durch die OnkoZert® GmbH, der Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft durchgeführt. Durch die ärztlichen Kollegen wurde vor Ort eine Überprüfung des im Erhebungsbogen (FAD) beschriebenen Ist-Zustandes auf Basis von kollegialen Gesprächen, Begehungen und Einsichtnahme von Patientenakten vorgenommen. Auch die Hauptbehandlungspartner vom Pathologen bis zum Strahlentherapeuten wurden auditiert.

Das Ergebnis zeigte, dass die Entscheidung zur Bildung des Darmzentrums richtig war und kann als Bestätigung

für alle im Zentrum aktiv Beteiligten angesehen werden. Insgesamt gab es eine Abweichung, welche im Nachgang kurzfristig geklärt werden konnte. Für vier Kapitel des Berichtes gab es Hinweise auf Verbesserungspotentiale. 13 Kapitel des Erhebungsbogens wurden mit „in Ordnung“ eingestuft. Die Auditoren kamen zu folgendem Gesamteindruck:

„Während der vielen Besuche vor Ort wurde klar, dass die zugrunde liegende Infra-Struktur des Katholischen Krankenhauses in Erfurt hervorragend für eine lebendige Ausgestaltung der interdisziplinären Idee der Betreuung von onkologischen Patienten aus dem Bereich des Dickdarms geeignet ist. Die hierfür notwendigen Strukturen sind seit Jahren gelebte Realität und wurden nicht erst zur Erlangung des Darmzentrum-Zertifikates frisch implementiert. Alle Beteiligten des Darmzentrums wirkten hoch motiviert, im Rahmen der vorgegebenen Strukturen eine in allen Bereich hervorragende Patientenversorgung zu erreichen.“
(Auszug aus dem Ergebnisbericht)

Aufwand

Der Aufwand zur Zertifizierung des Darmzentrums ist bei bereits vorhandenen Strukturen, bei bestehendem diagnostisch/operativem Leistungsspektrum und einem vorhandenen und zertifizierten QM-System überschaubar. Insgesamt entstand ein Zeitaufwand von ca. 10 Beratungstagen mit der Beraterfirma vor Ort. An diesen Tagen erfolgten Interviews, Begehungen, ein Probelauf sowie die teilweise Erstellung der Systemdokumente (QM-Handbuch, Kooperationsvereinbarungen, Erhebungsbogen). So ergab sich bis zur Zertifizierung ein Zeitkorridor von ca. 6 Monaten (Januar-Juni), in welchem aktiv an der Zertifizierung des Darmzentrums gearbeitet wurde. Dabei erscheint das Vorhandensein einer eigenen QM-Abteilung unerlässlich, da ein QM-Beauftragter ca. 2 Monate voll beschäftigt war, um die administrativen Arbeiten einschließlich Organisation, Dokumentation bzw. Erarbeitung Handbuch und Erhebungsbogen zu realisieren. Sehr zugute kamen den Beteiligten die Erfahrungen durch die Zertifizierung nach proCum Cert. So konnte man in vielen Bereichen ein sehr zielstrebiges und bewusstes Vorgehen bei der Bearbeitung der Themen beobachten.

Fazit

Warum haben wir uns als Krankenhaus für solch einen Weg entschieden?

Es ging nicht darum, etwas von Grund auf Neues unter dem Namen QM zu erschaffen, sondern vielmehr darum, vorhandene Strukturen bewusst in Orientierung auf die Ergebnisqualität zu überprüfen, zu beschreiben und bei Bedarf anzupassen. Deshalb ist es besonders wichtig, die unterschiedlichen Fachgebiete effektiv und qualitätsorientiert zu vernetzen, um so den Behandlungsprozesses des tumorkranken Patienten in jeder Behandlungsphase optimal gestalten zu können. Genau das ist die zentrale Aufgabe des neuen Darmzentrums. Die hohe Ergebnisqualität im Darmzentrum ist durch das

Zertifizierungsverfahren bestätigt worden; und letztlich führt eine nachweisliche Ergebnisqualität zu Zufriedenheit bei Patienten, Behandlungspartnern aber auch Kostenträgern.

Vielen Dank unseren Partnern für die aktive Unterstützung:

Caritas Pflegedienst Erfurt, Dr. Bonacker (Proktologie),
Frau Dr. Demuth (Genetische Beratung),
Dr. Göbel (Tumorzentrum Erfurt),
Gastroenterologische Schwerpunktpraxis Dr. Treutler,
Gastroenterologische Schwerpunktpraxis Dr. Weisflog,
Gemeinschaftspraxis Dres. Weniger/Bittrich (Onkologie),
Gemeinschaftspraxis DM Julich/Hubrich/Dr. Herold (Radioonkologie),
Inselsbergklinik Tabarz (Rehabilitation),
Prof. Dr. Kosmehl (Institut für Pathologie des HELIOS Klinikum Erfurt),
Limed GmbH (Stomaversorgung),
Median Klinik I Bad Berka (Rehabilitation),
Ökumenische Hospizgruppe Erfurt,
Frau Gitta Schuster (ILCO)
sowie allen beteiligten Kliniken/Abteilungen des Katholischen Krankenhauses „St. J. Nepomuk“ Erfurt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jörg Pertschy,
Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie
Dr. med. Hans-Joachim Bronisch,
Klinik für Innere Medizin I / Gastroenterologie
Dr. med. Martin Krajci,
Medizinisches Management
Katholisches Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“
Erfurt
Haarbergstraße 72, 99097 Erfurt
Telefon 03 61 / 65 4-12 01 / -11 01 / -10 35
e-Mail: darmzentrum@khh-erfurt.de
www.darmzentrum-erfurt.de

■ Steckbrief – Gezahnte Polypen des Kolorektum

Carola Müller¹, Hartwig Kosmehl²

¹Praxis für Chirurgie/Proktologie, Gotha; ²Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Institut für Pathologie am HELIOS Klinikum Erfurt

Die molekularpathologischen Ergebnisse der letzten 5 Jahre haben neue Formen von Polypen des Kolorektum aufgedeckt. Bezüglich der histologischen Definition und Terminologie besteht eine anhaltende Diskussion. Dennoch ist für einzelne gezahnte Polypen eine morphologische und klinische Beschreibung verfügbar, die von vielen Autoren geteilt wird, so dass eine Einführung in die diagnostische Praxis möglich ist.

Der Terminus gezahnter Polyp oder Synonym serratierter Polyp wird für diejenigen Polypen benutzt, deren Drüsenstrukturen eine gezahnte, serratierte Oberfläche aufweisen. Die sägezahnartige Oberfläche ist eine Konsequenz einer gesteigerten Proliferation bzw. einer Verhinderung des programmierten Zelltodes mit Exfoliation von Drüsenepithelien an der Oberfläche der Mukosa.

Die vermeintliche Vorläuferläsion aller serratierter Polypen ist der hyperplastische Polyp, der bereits seit Jahrzehnten bekannt ist. Verwirrung schaffte der Fakt, dass eine gezahnte Oberfläche nicht nur in den typischen gezahnten Polypen möglich ist, sondern auch gelegentlich in den bekannten tubulären, tubulo-villösen und villösen Adenomen des Kolorektum auftreten kann.

Hyperplastische Polypen

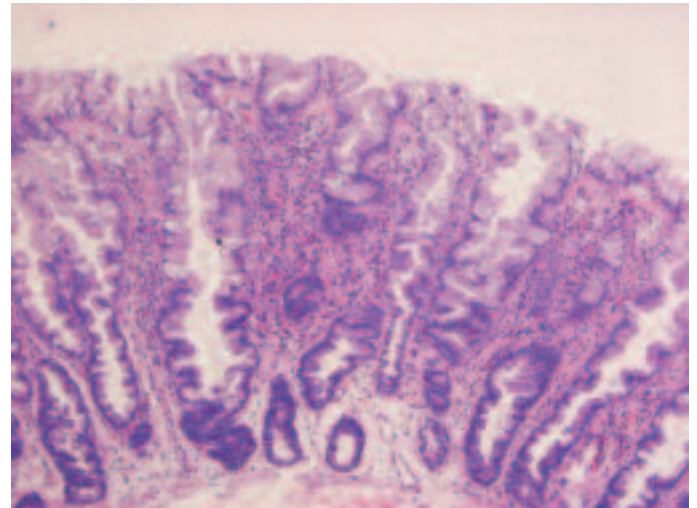
Der seit langem bekannte Prototyp des gezahnten Polypen ist der hyperplastische Polyp. Traditionell wird der hyperplastische Polyp des Kolorektum als nicht-neoplastische Läsion angesehen, welche typischerweise klein (kleiner als 5 mm im größten Durchmesser) ist. Es sind makroskopisch sessile oder nur minimal aufgefaltete Läsionen der Mukosa. Sie sind am häufigsten im distalen Kolon und Rektum nachweisbar. Die langjährigen Beobachtungen der hyperplastischen Polypen haben allerdings dazu geführt, dass multiple hyperplastische Polypen (mehr als 5) und große hyperplastische Polypen mit einem Durchmesser größer als 1 cm als Indikatoren des Hyperplastischen Polyposis-Syndrom angesehen werden. Patienten mit dem Hyperplastischen Polyposis-Syndrom haben ein 50fach erhöhtes Risiko, ein kolorektales Karzinom an irgendeiner Stelle des Kolorektum zu entwickeln.

Um die hyperplastischen Polypen von den weiteren neuen gezahnten Polypen abzugrenzen, werden 4 histologische Charakteristika hervorgehoben:

Die hyperplastischen Polypen besitzen eine gezahnte Drüsenoberfläche bei einer einfachen verlängerten Kryptenarchitektur, ähnlich der normalen Mukosa. Die hyperplastischen Polypen weisen eine Reifung des Kryptenepithels hin zur Oberfläche auf. Die proliferative

Aktivität ist in dem basalen Drittel der Krypten konzentriert, vergleichbar der normalen Mukosa. Die epitheliale Zahnung betrifft das oberflächliche Drittel der Kryptenstrukturen.

In hyperplastischen Polypen wird oft eine verdickte Basalmembran unter der Oberfläche des Deckepithels gefunden, ein Phänomen, das in Sessilen Serratierten Adenomen niemals beobachtet wird.



Hyperplastischer Polyp (HE). Die gezahnte Oberfläche der Drüsen ordnet die Hyperplastischen Polypen den Serrativen Polypen zu. Die Zellkerne weisen lediglich eine proliferationsassoziierte Kernschwellung auf.

Die Sessilen Serratierten Adenome

Die Sessilen gezahnten bzw. Serratierten Adenome stellen den neuesten Typ der gezahnten Polypen dar. Das Konzept der Sessilen Serratierten Adenome als Entität wurde erst im Jahre 2003 eingeführt. Die morphologischen Muster erinnern an die hyperplastischen Polypen. Die hohe Ähnlichkeit der Sessilen Serratierten Adenome zu den hyperplastischen Polypen stellt auch die wesentliche diagnostische Schwierigkeit dar. Zu der gesteigerten Proliferation und der verminderten Apoptoserate treten verzweigte Krypten hinzu. Das außerordentliche Merkmal der Sessilen Serratierten Adenome ist eine Dilatation der Krypten an der Basis, oft mit schuhförmiger, horizontal orientierter Elongation der Krypten mit nachweisbarer Zahnung der epithelialen Oberfläche. Gelegentlich ist die Menge des produzierten intrazellulären und luminalen Muzins gesteigert. Unreife Becherzellen sind ein regelmäßiges zytologisches Phänomen in Sessilen Serratierten Adenomen.

Bezüglich der Abgrenzung der Sessilen Serratierten Adenome im Schrifttum wird hervorgehoben, dass in der originären Definition des Serratierten Adenoms der Begriff sehr breit gefasst wurde und jegliche Form der Serratierten Adenomatösen Dysplasie eingeschlossen wurde. Deshalb wird nochmals betont, dass die horizontale Störung der Kryptenarchitektur mit mikrozystischer bzw. schuhförmiger Erweiterung der basalen Krypten das histologische Leitsymptom bildet.

Die Sessilen Serratierten Adenome haben eine Vorzugslokalisation im proximalen Kolon, können aber auch an jeder weiteren Stelle des Kolorektum auftreten. Die Sessilen Serratierten Adenome sollen 8 bis 20% der

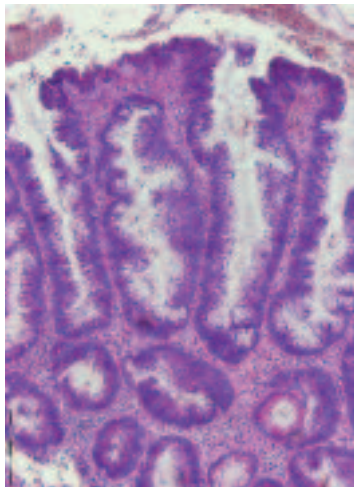
Serratierten Polypen darstellen. Die Sessilen Serratierten Adenome sind mit metachronen kolorektalen Karzinomen assoziiert.

Das Traditionelle Serratierte Adenom

Das Traditionelle Serratierte Adenom wurde originär aus der Arbeitsgruppe von Fenoglio Preiser beschrieben und als ein Subtyp der adenomatösen Polypen aufgefasst. 2 bis 3,5% der Adenome sollen von Traditionellen Serratierten Adenomen gebildet werden. Die Traditionellen Serratierten Adenome haben eine Vorzugslokalisation im distalen Kolon und im Rektum und stellen oft eine gestielte polypoide Neubildung dar. Bezüglich ihres histologischen Aufbaus zeigen sie das Baumuster der Hyperplastischen Serratierten Polypen gepaart mit der Dysplasie (intraepitheliale Neoplasie), die wir von den üblichen Adenomen kennen.

Die Traditionellen Serratierten Adenome können auch flach bzw. sessil in Erscheinung treten. Die Kryptendifferenzierungsstörung der Sessilen Serratierten Adenome wird in den Traditionellen Serratierten Adenomen nicht gefunden, ebenso findet sich keine verdickte Basalmembran unter dem mukosalen Deckepithel.

Das Traditionelle Serratierte Adenom ist bereits als Entität von der WHO-Klassifikation aus dem Jahre 2000 definiert und besitzt im Gegensatz zu den anderen serratierten Adenomen bereits einen eigenständigen histologischen Klassifikationsschlüssel: ICD-O-Code 8213/0.



Traditionelles Serratiertes Adenom (HE). Wie beim Hyperplastischen Polypen ist die Oberfläche der verlängerten Drüsenschläuche gezahnt. Im Kontrast zum Hyperplastischen Polypen besteht eine pathologische Kern-Plasma-Relation und eine Hyperchromasie der Zellkerne (Korrelat der intraepithelialen Neoplasie bzw. Dysplasie). Eine Erweiterung der tiefen Krypten wie bei dem Sessilen Serratierten Adenom besteht nicht.

Die gemischte Polypen

Die gemischten Tumoren sind bezüglich ihrer histologischen Erscheinung am schlechtesten definiert und folglich in ihrer biologischen Signifikanz auch am schlechtesten bestimmt.

Sie zeigen einerseits das Muster Hyperplastischer Polypen mit gezahnter Oberfläche und enthalten andererseits Abschnitte mit adenomatöser Dysplasie (intraepitheliale Neoplasie) der klassischen kolorektalen Adenome. Einige Autoren fassen die gemischten Polypen auch als Kollision Hyperplastischer Polypen mit üblichen kolorektalen Adenomen auf.

Die Untersuchung der gezahnten Adenome ist auch für das Verständnis der Karzinogenese der kolorekta-

len Karzinome wegweisend. Offensichtlich gibt es mindestens 2 grundsätzlich verschiedene Wege zum kolorektalen Karzinom: Langjährig bekannt ist die Hyperplasie-Adenom-Karzinom-Sequenz, die Mutationen im APC-Gen betrifft und zu einer grundsätzlichen Dysregulation im Wnt-Signalweg führt. Anders verläuft die Karzinogenese in den serratierten Adenomen. Fehler im DNA-Reparatursystem führen zu Mutationen im BRAF- bzw. KRAF-Onkogen bzw. alternativ in der Methylierung von Promotoren.

Fazit:

Die Serratierten Adenome sind offensichtlich Ausdruck eines weiteren Karzinogeneseweges der kolorektalen Karzinome. Das Hyperplastische Polyposis-Syndrom, die Sessilen Serratierten Adenome, die Traditionellen Serratierten Adenome und die gemischten Polypen müssen wie die altbekannten tubulären, tubulovillösen und villösen Adenome des Kolorektum als Vorläuferläsionen bzw. Risikoindikatoren einer kolorektalen Karzinogenese aufgefasst werden. Möglicherweise ist die Assoziation der Serratierten Adenome zur Karzinomentstehung sogar enger als bei den lang bekannten Adenomformen.

Korrespondenzadressen:

Dr. med. Carola Müller
Praxis für Chirurgie/Proktologie
18.-März-Str. 23, 99867 Gotha
Tel.: 03621-406093
Fax: 03621-512339

Univ.-Prof. Dr. Hartwig Kosmehl
Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Institut für Pathologie
am HELIOS Klinikum Erfurt
Nordhäuser Str. 74, 99089 Erfurt
Tel.: 0361-7812750
Fax: 0361-782276

■ Autonomie, Selbstbestimmung und Würde – Surrogat oder Option in der Palliativmedizin

Einführungsvortrag auf dem Symposium „Autonomie, Selbstbestimmung und Würde – ein multiprofessioneller Diskurs“ am 30. Juni 2007 in Bad Berka

Christina Müller
Klinik für Palliativmedizin, Zentralklinik Bad Berka

In Vorbereitung des Symposiums wurden auf der Grundlage des Wegweisers „Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2006/2007“ 107 Palliativstationen und 136 stationäre Hospize angeschrieben, mit der Bitte um Zusendung ihrer Flyer. Es antworteten 51% der angeschriebenen Palliativstationen und 35% der angeschriebenen stationären Hospize.

Häufigkeit der Begriffe Autonomie, Selbstbestimmung und Würde:

Flyer Palliativstationen:	Autonomie 5 %, Selbstbestimmung 3,7 %, Würde 20 %
Flyer Hospize:	Autonomie 10 %, Selbstbestimmung 17 %, Würde 65 % .

Dabei wurden die drei zu diskutierenden Begriffe auf beiden Flyern im Kontext von "ermöglichen", "schützen", "erhalten", "bewahren", "bieten", "erreichen", "beitragen", "sich einsetzen für" oder "helfen, dass" benutzt.

Ausschließlich auf den Hospizflyern waren folgende Sätze zu finden: "ein stationäres Hospiz steht für....", "gibt Raum für....", "gibt Platz für..." oder "gibt würdevolle Obhut für...".

Der Begriff "Würde" wurde auf Palliativstationsflyern in folgendem Zusammenhang benutzt: Auf 3 Flyern erschienen die Formulierung "Würdevolles Leben bis zuletzt"; auf 5 Flyern kamen die Formulierungen: "Würde im Sterben", "würdevolles Sterben", "in Würde sterben" und "Würde bis zuletzt" vor.

Auf den Hospizflyern war allein 16-mal die Formulierung: "würdevolles Leben bis zuletzt" zu finden. "Leben und Sterben in Würde" war einmal zu lesen, und 11-mal wurden die Formulierungen "Würde im Sterben", "würdevolles Sterben", "in Würde sterben" und "Würde bis zuletzt" verwendet.

Wir wollten die Frage klären, wie häufig die drei Begriffe in medizinischen Fachzeitschriften auftauchen. Dazu haben wir die "Zeitschrift für Palliativmedizin" und die

Zeitschrift "Der Onkologe" miteinander verglichen. Es wurden 4 Hefte des Jahrganges 2006 der "Zeitschrift für Palliativmedizin" analysiert. Dabei erschien auf insgesamt 142 Seiten 21-mal der Begriff "Autonomie", 44-mal der Begriff "Selbstbestimmung" und 13-mal der Begriff "Würde". Einmal war von "autonomiebasierter Selbstbestimmung" die Rede. Hingegen kamen diese Begriffe in der Zeitschrift "Der Onkologe", ebenfalls 4 Hefte des Jahrgangs 2006, auf 1274 Seiten nicht ein einziges Mal vor.

Um zu eruieren, was sich Krankenschwestern und -pfleger unter Patientenautonomie und Selbstbestimmung der Patienten vorstellen, wurden die Mitarbeiter einer Palliativstation, eines stationären Hospizes, eines ambulanten Palliativdienstes und einer thoraxchirurgischen Station mittels einfacher Fragebögen folgenden Inhalts befragt:

1. Autonomie – Wie sehen Sie Patientenautonomie in Ihrem Pflegebereich verwirklicht und wie äußert sich diese im normalen Stationsalltag aus Ihrer Sicht?
2. Selbstbestimmung – Welche Möglichkeiten der Selbstbestimmung haben die Patienten in Ihrem Pflegebereich?

Es antworteten 38,4% der Pflegenden der Palliativstation, 65% der Pflegemitarbeiter des stationären Hospizes, 100% der Mitarbeiter des ambulanten Palliativdienstes und kein Mitarbeiter der thoraxchirurgischen Station. Dazu ein Antwortbeispiel einer Palliative-Care-Schwester der Palliativstation: "Die Patientenautonomie ist im normalen Stationsalltag gut verwirklicht durch Selbstbestimmung von Weckzeit, Umfang der Hilfestellung bei der Körperpflege (Wann, Was). Der Patient bestimmt selbst darüber, wer als Begleitperson mit aufgenommen wird und über Art und Umfang der Therapie". Ein weiteres Beispiel aus dem stationären Hospiz: "Die Bewohner können eigenständig den Tagesablauf gestalten, der Bewohner wird als Individuum gesehen und Wünsche werden überwiegend erfüllt (jegliche Form). Die Bewohnerbiographie wird berücksichtigt. Haustiere oder Lebenspartner können im Haus wohnen. Das Personal hält sich im Hintergrund. Die Bewohner haben Entscheidungsfreiheit, den Friseur, die Fußpflege, die Ergo- oder Physiotherapie, die Pastorin und andere Gespräche in Anspruch zu nehmen oder abzulehnen".

Zusammenfassung

In unserem klinischen Alltag – ich spreche hier von dem auf Palliativstationen – erleben wir immer wieder (aber nicht ausnahmslos !) das Phänomen des „würdevollen Lebens bis zuletzt“ oder des „Sterbens in Würde“ - ohne jedoch definieren zu können, was die Essenz, was das Eigentliche dieses Phänomens ist.

Wir erleben bisweilen, aber nicht regelhaft, wie Menschen am Ende ihres Lebens „das Heft in die Hand nehmen“, aufrecht und unerschütterlich ihren Weg gehen und in „Würde sterben“.

Worin aber besteht diese Würde?

Was gibt uns das Gefühl, dass da ein Mensch seine letzte Lebenszeit in Würde lebt und seinen Tod in Würde stirbt?

Wie definiert sich ein „Sterben in Würde“ und wer definiert es?

Was ist das für ein nicht verfügbares Gut, die Menschenwürde, deren Unantastbarkeit uns allen vom deutschen Grundgesetz zugesichert wird?

Wie passiert Entwürdigung oder Herabwürdigung oder die Beschädigung von Würde?

Kann ein Mensch durch einen anderen Menschen seiner Würde beraubt werden oder entwürdigt sich dieser andere nicht vielleicht selbst durch würdeloses Verhalten.

Ist „Würde an sich“ vielleicht nicht wirklich zu beschädigen?

Gibt es überhaupt „Würde an sich“?

Auf vielen Flyern deutscher Palliativstationen – auch auf dem meiner eigenen Klinik aus dem Jahr 2004 – vor allem aber auf den Flyern stationärer Hospize in Deutschland wird ein „Sterben in Würde“ oder ein „würdiges Leben bis zuletzt“, gewissermaßen als zum Konzept gehörend, angeboten.

Interessanterweise findet sich das Angebot eines „würdigen Lebens bis zuletzt“ am häufigsten auf den Flyern stationärer Hospize, also im Angebot der Einrichtungen, in denen es eigentlich ausschließlich um das „gute Sterben“ geht! Von 48 Hospizflyern enthielten 17 dieses Angebot!

Wie ist dieses Phänomen zu deuten? Geht es um Ersatz für ein Angebot, welches man nicht mehr hat – nämlich das der Lebensverlängerung? Haben wir es mit einem Euphemismus zu tun und damit mit einer neuen oder anderen Form der Verdrängung?

Beeindruckend schön ist in den meisten Fällen - so ist es auf den Flyern zu sehen – die architektonische Gestaltung der Räumlichkeiten, in denen sich ein Leben und Sterben in Würde vollziehen soll. Liebevoll und nicht selten mit erlesenem Geschmack gestaltet, soll die Palliativstation oder soll das stationäre Hospiz Wohnungersatz sein - mit Sicherheit oft auf höherem ästhetischen Niveau als der Betroffene und seine Familie es ein Leben lang kannten. Der „Raum der Stille“ ist mancherorts eine perfekt designte Rauminstallation, die zu benutzen schwer fällt. Kann das Würde im Sterben garantieren? Ist das der erforderliche Rahmen, mit dessen Hilfe sich Würde herstellen lässt?

Was ist mit dem würdevollen Sterben von Patienten auf unseren Palliativstationen und in unseren Hospizen, die vom exklusiven Ambiente nichts mehr wahrnehmen können, wie verwirrte, bewusstseinsgestörte oder einfach zu schwache Patienten? Was ist mit ihrer Würde im Leben bis zuletzt?

Neben der Raumstruktur, so ist den Flyern zu entnehmen, sichert das qualifizierte multiprofessionelle Team die Autonomie des Patienten, sein selbstbestimmtes Leben bis zuletzt und den Tod in Würde „exzellent symptomkontrolliert“. Auch hier stellt sich für mich die Frage, ob ein noch so empathisches, noch so qualifiziertes, noch so engagiertes Palliativteam mit noch so „viel Zeit für die Patienten“ Garant für Autonomie, Selbstbestimmung und Würde am Lebensende sein kann?

Hinsichtlich der Begriffe „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“ fällt beim Lesen der Flyer auf, dass beide Begriffe signifikant häufiger auf den Hospizflyern zu finden sind:

Autonomie:	10% der Hospizflyer, 5% der Palliativstationsflyer,
Selbstbestimmung:	17% der Hospizflyer, 3,7% der Palliativstationsflyer.

Im Kontext mit Antworten des Pflegepersonals einer Palliativstation, eines ambulanten Palliativdienstes und eines stationären Hospizes macht sich Autonomie, macht sich Selbstbestimmung zum einen an Entscheidungen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen, zu denen auch die palliative Sedierung gehört, überwiegend jedoch an einfachen Alltagsentscheidungen, die der Patient trifft, fest:

Schlafen, so lange der Patient will; fernsehen, was und wann er es will; Körperpflege wann und in welchem Umfang er sie will; Fenster auf oder Fenster zu, Friseur, Fußpflege....

Kein Mensch außerhalb der „Todeszone“ käme auf die Idee, solche Entscheidungen mit den Prädikaten autonom oder selbstbestimmt zu versehen!

Selbst gravierendere Entscheidungen wie „Fahrrad oder Auto?“, „Urlaub auf dem Balkon oder in Mexiko?“, „Eigentumswohnung oder Mietwohnung?“ „Kinder - ja oder nein?“ usw. werden nicht als autonom oder selbstbestimmt wahrgenommen, sondern als selbstverständliche Entscheidungen mündiger Bürger im normalen Leben. Und hier ist vielleicht der Knackpunkt zu sehen - denn beim Auftreten von Krankheiten, bei Verlust von „normalem Leben“ also, wenn andere Entscheidungen als die des „normalen Lebens“ anstehen - z.B. für oder gegen einschneidende medizinische Maßnahmen - ändert sich die Lage.

In diesen Krisen oder Grenzsituationen begegnen uns diese beiden Begriffe schon deutlich öfter, wobei der Vergleich zwischen den beiden Journalen „Der Onkologe“ und „Zeitschrift für Palliativmedizin“ diese Aussage nicht belegt, sondern zeigt, dass die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung in der Phase der kurativ oder palliativ behandelbaren Tumorerkrankung und in Zeiten von „Partizipativer Entscheidungsfindung“, „Informed consent“ und zunehmender Patientenkompetenz in der onkologischen Fachzeitschrift – zumindest in dem von uns untersuchten Segment - nicht thematisiert werden.

Hingegen ist am häufigsten von Autonomie die Rede, wenn es ans Sterben geht! Das höchste Maß an Selbstbestimmung bietet sich für Patienten - so hat man den Eindruck - in stationären Hospizen.

Ist es die Angst vor dem Verlust von Autonomie, von Selbstbestimmung im Zusammenhang mit Krankheit, Hilfsbedürftigkeit und Sterben, die uns an dieser Stelle solche Zusicherungen machen lässt?

Wird dem Menschen erst dann, wenn er nicht mehr kann, das Wertvolle selbstbestimmter Entscheidungen bewusst und ergibt sich daraus möglicherweise die Chance, am Lebensende wirklich autonom zu werden?

Ich hoffe zum einen, dass ich verdeutlichen konnte, dass die zum palliativmedizinisch-hospizlichen Vokabular wie zum "Amen in der Kirche" gehörenden Worte „Autonomie“, „Selbstbestimmung“ und „Würde“ inhaltlich klärungsbedürftig sind.

Ich hoffe sehr, dass unser Symposium dazu beiträgt, Fragen, die für diesen und jenen bisher keine waren, zu solchen werden zu lassen und dass andererseits diese oder jene Frage mit Hilfe dieses Symposiums beantwortet werden kann.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christina Müller
Klinik für Palliativmedizin
Zentralklinik Bad Berka
Robert-Koch-Allee 9, 99437 Bad Berka
Telefon 03 64 58 / 5 19 01
E-Mail: pal@zentralklinik-bad-berka.de

■ „es weiß seit langer zeit / niemand mehr was ein mensch ist“ (Bertold Brecht).

Philosophisch-theologische Anmerkungen zum Menschenbild

Vortrag auf dem Symposium „Autonomie, Selbstbestimmung und Würde – ein multi-professioneller Diskurs“ am 30. Juni 2007 in Bad Berka

Eberhard Tiefensee
Lehrstuhl für Philosophie, Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Erfurt

© Alle Rechte beim Autor – Abdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung!

1. Die Frage nach dem Menschen als die fundamentale Frage der Philosophie

Die Philosophie stellt vor allem Fragen, genauer: sie hinterfragt. Das ist nicht ungefährlich, wie Sokrates erfahren musste, der dafür hingerichtet wurde. Oft sind die Fragen wichtiger als die Antworten. Doch philosophische Fragen gibt es viele. Da aber Philosophie zugleich Wissenschaft ist, was immer eine Fähigkeit zur Systematik beinhaltet, finden sich glücklicherweise Köpfe, die mit der nötigen Kraft zur Übersicht ausgestattet sind, um Ordnung in das Chaos zu bringen. Immanuel Kant (1724-1804) hat vor reichlich 200 Jahren das Ganze so zusammengefasst: Was an der Philosophie interessiert, sind eigentlich folgende drei Fragen: Was kann ich wissen? – Was soll ich tun? – Was darf ich hoffen? Die letzte Frage beantwortet die Religion, die zweite Frage die Moral (oder Ethik), die erste Frage die Metaphysik (oder Erkenntnistheorie). All diese drei Fragen, so fährt er fort, lassen sich noch einmal in einer einzigen konzentrieren: Was ist der Mensch? Das also ist die Frage aller Fragen in der Philosophie. Wir sind demnach mit der Frage nach dem Wesen und der Würde des Menschen im Zentrum der Philosophie.

Der Obertitel stammt aus dem „Badener Lehrstück“ von 1929 (deshalb hat er so eine seltsame Rechtschreibung). Es ist anlässlich des 50. Todestages Brechts (1898-1956) noch einmal im Rundfunk aufgeführt worden. Wie ein Echo auf die Frage Kants klingt diese Zeile: „es weiß seit langer zeit / niemand mehr was ein mensch ist“. Eine merkwürdige Reaktion: Wir wissen doch inzwischen eine Menge über ihn. Er ist homo sapiens. Wir können ihn in die Evolution einordnen. Die menschlichen Gensequenzen sind inzwischen entschlüsselt – das konnte Brecht natürlich noch nicht ahnen. Wir kennen im Wesentlichen den Werdegang des Menschen von der Befruchtung bis zum Tod. Wir haben eine Fülle von Humanwissenschaften: Medizin, Psychologie, Erziehungswissenschaft, Soziologie, Sprachwissenschaft, Kulturanthropologie etc.

Die Philosophie wird allerdings entgegen: Vielleicht wissen wir eine Menge mehr über den Menschen als früher, was aber nicht heißt, wir wüssten besser, was ein Mensch ist. Könnten wir zum Beispiel auf Antrieb sagen, was den Menschen von allem anderen unterscheidet? Ich lade Sie zu einem einfachen Test ein. Wahrscheinlich besteht kein Zweifel, wenn man in diesen Raum sieht, was Menschen sind und was nicht, sondern Stühle, Wände und Fenster, Insekten und Grippeviren. Wie sieht es aber mit bestimmten höheren Säugetieren – zum Beispiel Menschenaffen – aus, die sich in der genetischen Ausstattung nur um wenige Prozente von uns unterscheiden: Gibt es da einen entscheidenden Unterschied oder sind das nur graduelle Verschiedenheiten? Wie sieht es aus, wenn wir in der Entwicklung eines Menschen rückwärts gehen: Sind Embryonen Menschen? Noch weiter zurück: Sind befruchtete menschliche Eizellen, die nur unter dem Mikroskop zu sehen sind, Menschen? Oder: „Sind das noch Menschen“ – so fragen wir zuweilen bei Sexualtätern oder bei Massenmördern; ähnlich fragen wir bei von Geburt an schwer Geschädigten.

Auch die Geschichte gibt uns Rätsel auf: Wann beginnt das Menschsein in der Evolution und wie werden aus Prähominiden Menschen – immer ein wenig mehr oder im Sprung? Oder die Sprachgeschichte: Das deutsche Wort „Mensch“, so kann man in „Wörterbuch der deutschen Sprache“ der Gebrüder Grimm erfahren, kommt von „männisch“, also „männlich“, und noch heute heißt es im Englischen „man“, was dasselbe Wort für „Mann“ ist. Was war, als dieses Wort entstand, mit den Frauen? Oder in antiker Zeit mit Kindern und Sklaven? Als neue Kontinente entdeckt wurden, fragten sich die Europäer, ob die Eingeborenen dort eigentlich Menschen sind, denn es war durchaus strittig, ob man sie missionieren müsse oder wie Tiere behandeln dürfe. Auch heute noch gibt es Ethnien, die nur die eigenen Stammesangehörigen als Menschen bezeichnen. Wenigstens diese Frage scheint heute geklärt, obwohl vor kurzem viele in dieser Gegend noch meinten, Juden seien keine Menschen, sondern wie Ungeziefer zu behandeln.

Welche Eigenschaften kennzeichnen einen Menschen, so dass wir ihn klar von allem Nichtmenschlichen unterscheiden können? Macht Vernunft den Menschen – was ist dann mit unheilbar geistig Behinderten? Kennzeichnet ihn das Selbstbewusstsein – was folgt daraus für Neugeborene: Müssen die erst Menschen werden? Oder: Sind Komapatienten noch Menschen? – Stellen Freiheit, Autonomie oder Selbstbestimmung das entscheidende Merkmal dar – wie ordnet man dann psychisch Geschädigte ein, die nicht selbstbestimmt leben können, oder Suchtkranke, die wie völlig fremdgesteuert wirken?

Fragen wir grundsätzlicher, tut sich ein neuer Abgrund der Ratlosigkeit auf: Wer legt eigentlich fest, welche Eigenschaften einen Menschen kennzeichnen und welche nicht: die Wissenschaften? Wenn ja, welche: Die Naturwissenschaften und Medizin? Oder die Philosophie und die Ethik? Die Theologie? Legt es vielleicht die Bevölkerungsmehrheit fest, die in einer bestimmten Kultur lebt: Wer diese oder jene Eigenschaften hat, ist ein Mensch? Was ist dann aber, wenn andere Kulturen

das anders sehen? Deutschland zum Beispiel diskutiert diese Frage intensiv und ist beispielsweise sehr zurückhaltend in der Forschung mit Stammzellen, andere Länder tun das nicht. Man kann also den Inhalt einer Petrischale von Deutschland, wo er wie ein Mensch behandelt wird, in das Nachbarland tragen, und dort ist er keiner mehr – und zurück. Ähnlich ist es mit den Toten? Im England wird für tot erklärt, bei dem bestimmte Hirnregionen nicht mehr arbeiten, in Deutschland muss das Gesamthirn ausgefallen sein. Wieder das gleiche Paradoxon: Wenn ein in England Toter schnell genug nach Deutschland transportieren würde, lebte er plötzlich wieder. Sind Tote aber überhaupt noch Menschen oder sind sie etwas Nichtmenschliches? Kann man dann mit ihnen so gut wie alles machen wie in Guben, wo sie ausgestellt werden und die Landesregierung sogar per Dekret verhindern muss, dass nicht auch noch komplette Schulklassen dorthin gehen; oder ist das Störung der Totenruhe und müsste eigentlich strafrechtlich verfolgt werden?

Es ist immer die gleiche Frage: Was macht den Menschen zum Menschen? Die Antwort ist nicht bloße Theorie, sondern von unmittelbar praktischer Bedeutung. Es geht offensichtlich um nichts weniger als um die Menschenwürde; und an diesem Begriff hängen wiederum die Menschenrechte. Neue Fragen drängen sich auf: Wieviel Euro im Monat kann in Deutschland ein Mensch beanspruchen, um menschenwürdig zu leben: Was gehört dazu, was muss er sich leisten können, worauf kann er verzichten, ohne seine Menschenwürde zu verlieren? Oder: Was ist, wenn Persönlichkeitsrechte und Pressefreiheit kollidieren, sind doch beide Grundrechte: Darf eine Zeitung ihre Leser dazu anstiften, andere in jeder Lage zu fotografieren, um die Fotos gegen Geld dann einzusammeln und abzdrukken? Ist das menschenwürdig? Und – so fragen Sie sich wahrscheinlich täglich – was heißt: menschenwürdig sterben? Apparate ab- oder anschalten? Das Leben verlängern oder verkürzen? Das Gift bereitstellen, damit Patienten sich selbst das Leben nehmen können – Selbstbestimmung bis zuletzt, wie es Schweizer Organisationen betreiben? Die Spritze setzen, um das unerträgliche Leiden zu beenden, wie in den Niederlanden und in Belgien? Und für wen ist das Leiden unerträglich – für den Kranken oder eher für diejenigen, die es nicht mehr mit ansehen können, wie jemand leidet?

Aber, so kann man die Fragerichtung nun umkehren: Wird nicht bei all dem das Menschsein total überbewertet? „Welche Chimäre ist der Mensch“, so ruft der Mathematiker und Philosoph Blaise Pascal (1623-1662) in seinen „Pensees“ aus: „Welche Neuheit, welches Monstrum, welches Chaos, welches Gefäß des Widerspruchs, welches Wunder! Richter aller Dinge, armseliger Erdenwurm; Verwalter der Wahrheit, Kloake der Unsicherheit und des Irrtums; Herrlichkeit und Auswurf des Weltenalls.“ Inzwischen wissen wir präziser, wie uns das Universum in die unendlichen Weiten des Raumes „ausgeworfen“ hat – vom „Big Bang“ angefangen bis heute. Wir kennen leider seit 1945 das Monströse im Menschen eindrücklicher als jemals zuvor. „Seid ich den Menschen kenne, lieb ich die Tiere“ – ist dieser Spruch so falsch? Aber wir wissen auch detaillier-

ter, was es heißt, „Herrlichkeit des Weltenalls“ zu sein, kennen die wunderbare Komplexität des Physischen, Psychischen und Sozialen, das den Menschen ausmacht und ihn aus dem Tierreich heraushebt. Sind wir aber bei all dem wirklich weiter in unserem Wissen, als Pascal im 17. Jahrhundert oder als Kant zur Zeit der Französischen Revolution? Ich behaupte, nein; Brecht hat recht: „es weiß seit langer Zeit / niemand mehr was ein Mensch ist“.

Aus diesen Fragedschungel ist nicht leicht herauszufinden. Aber vielleicht können wir eine Schneise schlagen, die uns wenigstens zu einer Lichtung bringt, auf der wir etwas Luft holen und etwas Licht sehen können.

2. Kants Definition: Menschsein heißt Personsein

Immanuel Kant hat uns nicht nur die Frage aller Fragen der Philosophie beschert: „Was ist der Mensch?“, sondern auch eine Antwort versucht: Der Mensch ist Person. Deshalb sei zwischen Sachen und Personen zu unterscheiden. Der Unterschied besteht darin, dass Personen – anders als Sachen – nie bloß als Mittel zum Zweck verwendet werden dürfen. Sie sind, so sagt er, immer auch „Zweck an sich“, d.h. sie haben in sich einen Wert. Ein Hammer ist beispielsweise ein Schlagwerkzeug – nur Mittel zum Zweck, eine Sache also. Freilich kann ich auch Menschen instrumentalisieren, und wir tun es öfters. „Hol mal die Zeitung aus dem Briefkasten!“ – Der andere dient als Mittel, an sie heranzukommen. „Hier muss der Handwerker ran – ich bekomme es allein nicht hin!“ – Der andere dient dazu, die Reparatur zu erledigen. Aber er ist eben nicht ausschließlich Mittel zum Zweck, sondern hat einen Wert in sich: Irgendwie muss bei der ganzen Verwendung etwas auch für ihn herauspringen, er selbst muss – auch – ein Ziel sein. Das heißt konkret: Er verdient meine Achtung, meine Anerkennung. Deswegen bitte ich den, der mir die Zeitung aus dem Briefkasten holt, und bedanke mich beim Handwerker. Bei einem Roboter fiele mir das wahrscheinlich nicht ein, es sei denn, ich behandelte ihn wie einen Menschen.

Natürlich kann der Einsatz eines Menschen soweit gehen, dass er geopfert wird wie die Feuerwehrleute, die am 11. September 2001 in die brennenden Türme eindringen. Sie standen unter Befehl und waren das Mittel, den Brand zu löschen und andere zu retten. Dabei kamen sie um – was also blieb für sie selbst? Auch sie waren nicht nur Mittel zum Zweck, wie der Schaum aus ihren Feuerlöschern – der wurde sozusagen restlos für die Aktion verbraucht und diente ausschließlich als Mittel. Ihr Wert in sich, ihre Würde bestand dagegen darin, dass sie ihr Leben bewusst riskierten und ihr Opfer auch aus freiem Willen, d.h. wenigstens in Maßen selbstbestimmt, bringen konnten und dass sie dafür – so hoffen wir wenigstens – von den Überlebenden anerkannt und geehrt werden: Vielleicht nicht namentlich – das ist nicht in jedem Fall möglich –, dann aber wenigstens als Teil einer Gruppe von Menschen. Das sind zwar Extremfälle, aber man muss sie in der Anthropologie immer mitbedenken.

Der Unterschied zwischen Sachen und Personen besteht also darin, dass ich Sachen nötigenfalls restlos instrumentalisieren, sie sozusagen verbrauchen darf, um ein

Ziel zu erreichen; Personen aber nicht. Kants Maxime lautet: „Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ Sollte ich also eine Person vor mir haben (und das kann ich selbst sein), steht gleichsam ein Stoppschild im Raum: „Achtung! Kein reines Mittel zum Zweck!“ Um sofort wieder einen Extremfall aufzurufen: Wenn also in einer Petrischale eine befruchtete Eizelle liegt und falls das menschliche Leben, ein Mensch ist, dann können meine Ziele noch so großartig und menschenrettend sein und durch meine Forschung die fürchterlichsten Krankheiten heilbar werden, ich darf den Inhalt nicht einfach für meine Forschung verbrauchen als Mittel zum Zweck. Es sei denn, es läge nur eine Sache vor, dann kann ich sie letztlich wie jedes andere Untersuchungsobjekt behandeln. Genau an diesem Punkt entzündet sich der Streit: Ist es nur ein Zellhaufen, also eine Sache, oder im Gegenteil schon eine Person, dann aber gilt das Stoppschild.

3. Der Begriff der Person in historischer Perspektive

Wir sind offenbar nicht sehr viel weitergekommen: Denn statt zu fragen, was ein Mensch ist, müssen wir jetzt untersuchen, was denn eine Person definiert. Sind zum Beispiel Tiere Personen? Tierschützer würden sagen, dass zumindest höhere Säugetiere nicht verbraucht werden dürfen. So gesehen wären sie wie Personen und nicht wie Sachen zu behandeln. Deshalb geben wir solchen Tieren häufig auch Namen, was uns bei Regenwürmern zum Angeln wohl eher selten einfällt. Hier ist nun allerdings etwas merkwürdig: keine verbrauchende Tierforschung, aber verbrauchende Embryonenforschung? Sind Tiere inzwischen in unserer Kultur zuweilen schützenswürdiger als befruchtete menschliche Eizellen? Weil Tiere größer oder weiter entwickelt sind als befruchtete Eizellen? Hängt also das Personsein von bestimmten Eigenschaften ab? Ist dann der Säugling, der weit weniger Fähigkeiten hat als ein entwickelter Affe, keine Person? Der australische Ethiker Peter Singer ist dieser Meinung.

3.1. Antike: Person als Rolle

Der aus dem Lateinischen kommende Begriff Person bezeichnet die Maske, durch welche die Stimme hindurchtönt (per-sonare), oder die Rolle, die jemand spielt. Aus Theaterprogrammen kennen wir noch heute die Überschrift „Personen und ihre Darsteller“. XY tritt also an diesem Abend in der Rolle, d.h. in der Person, des Faust auf. Wenn Menschen Personen sind, hieße das, wir spielten ständig Theater voreinander und vor der Welt. Unsere Welt wäre dann ein einziges Theater. Das klingt hart, trotzdem ist daran etwas Wahres, denn – so bringt es der Bonner Philosoph Theo Kobusch auf den Punkt – wir Menschen sind „Als-Wesen“: Wir sind immer als etwas gegenwärtig. Ich trete momentan als Referent auf, vorher aber als Teilnehmer am Straßenverkehr. Sie sitzen als Zuhörerinnen und Zuhörer vor mir. Es scheint ein Charakteristikum des Menschen zu sein, dass er immer „als etwas“ erscheint. Tiere sind da unmittelbarer: Eine Katze tritt als Katze auf und als nichts anderes, zumindest für sich selbst gesehen. Den erheblichen

Unterschied zu uns kann ein kurzer Tagesrückblick zeigen: Sie werden ein Menge Rollen finden, in die Sie geschlüpft sind und in denen Sie sich wie selbstverständlich bewegen: Konsument oder Kundin, Fachfrau oder Ratsuchender, Radiohörer oder Fernsehzuschauerin, Gesprächspartner, Mutter oder Vater etc.

Welche dieser Rollen bin eigentlich „ich“? Wann trete ich endlich mal – selbstbestimmt – als „ich“ auf und nicht in Rollen? Wann tritt überhaupt ein Mensch eigentlich als Mensch auf und nicht in irgendwelchen gesellschaftlich- oder situationsbedingten Funktionen? Bin ich als „Person“ der Schnittpunkt all dieser wechselnden „Personen“? Und wer bestimmt diese: Legen die Verhältnisse oder das soziale Umfeld, z.B. ein Klinik-Betrieb, fest, was eine Person konkret ist und was nicht? Macht das jeweilige Umfeld mich erst zum Menschen: „Wir sehen dich als Menschen an, wir akzeptieren dich als Menschen“ – außerhalb dieser Anerkennung aber bin ich nichts? Oder sind es meine speziellen Eigenschaften, die mich zu dieser oder jener Person oder überhaupt zur Person machen? Ist es meine Geschichte, sind es meine Leistungen – oder gibt es etwas, was davon unabhängig ist?

Es lässt sich ahnen, dass Menschsein abhängig von der Anerkennung durch die anderen ist und sicher auch die wechselseitige Anpassung an die jeweils anderen erfordert. Aber wie weit darf das gehen, ohne dass sich der Mensch in diesen Erwartungen und Funktionen verliert und damit die Basis all dieser möglichen Rollen ausfällt?

Vielleicht sind wir mit dem Unterschied Person – Sache auf eine falsche Fährte geraten, weil das Wort Person so etwas wie Maske, Rolle suggeriert und es handelt sich eigentlich um etwas davon Unabhängiges? In der Antike bezeichnete „Person“ tatsächlich eine Rolle, d.h. etwas gesellschaftlich vorgegebenes, zum sozialen Spiel Erforderliches. Zur Person wurde man gemacht und war es nicht einfach; umgekehrt ausgedrückt: Ich bin nicht Mensch, ich werde es erst. Kinder waren damals (noch) keine Menschen; sie wurden es erst, wenn sie ein bestimmtes Alter, also bestimmte Eigenschaften und damit einen bestimmten gesellschaftlichen Status erreicht hatten. Sie konnten dann z.B. vor Gericht auftreten, sie waren „mündig“ – hatten also einen eigenen Mund. Noch heute sprechen wir von einer Firma als einer juristischen Person.

3.2. Mittelalterliche Trinitätsspekulation: Person als Herkunftsbeziehung

Im Mittelalter änderte sich das Verständnis von Person-Sein. Hier muss jetzt vom Christentum gesprochen werden und seiner Wissenschaft, der Theologie. Sie mischte sich ein in diese Diskussion über den Menschen und seine Stellung im Kosmos und forderte, dass über den Personbegriff noch einmal gründlicher nachgedacht wurde. Ansatzpunkt war die Trinitätsspekulation, d.h. die Auseinandersetzung über die Lehre von der Dreifaltigkeit bzw. Dreieinigkeit Gottes. Thomas von Aquin (ca. 1224-1274), der große Theologe des Mittelalters, war sich bewusst, dass wir in dieses Geheimnis Gottes nur eindringen können, weil Gott selbst sich für uns in dieser Weise geoffenbart hat, denn auch die

kühnsten philosophischen Spekulationen kämen nicht auf die Idee eines dreifaltigen Gottes. Doch die Taufe, das Beten und das Segnen geschah schon immer „im Namen des Vaters und des Sohnes und des Heiligen Geistes“, also mit einer Formel, die bereits in den Evangelien steht (vgl. Mt 28,19). Jahrhunderte haben die großen Geister darum gerungen und gestritten, wie sie diese Unbegreiflichkeit auf den Punkt bringen und von Missverständnissen, z.B. dem Polytheismus, abgrenzen können. Das Abendland hatte sich entschieden, dafür den aus der Philosophie stammenden Personbegriff einzusetzen: „Ein Gott in drei Personen“. Aber, so fragt sich nun Thomas von Aquin, worin unterscheiden sich die drei göttlichen Personen? Verschiedene Eigenschaften können sie wohl nicht haben, wie er mit scharfer Logik erkennt, denn dann hätte eine der göttlichen Personen mindestens eine Eigenschaft, die der anderen fehlt und umgekehrt. Göttlichkeit ist jedoch die Fülle von allem, weshalb keiner göttlichen Person etwas fehlen kann, was die andere hat.

Das scheinen typisch scholastische Spitzfindigkeiten zu sein, von denen wir uns zum Glück inzwischen verabschiedet haben, weil wir wichtigere Probleme zu klären haben. Viele fragen sich ja, ob es überhaupt Gott gibt, und denen dürfte es absurd erscheinen, den Unterschied der göttlichen Personen zu diskutieren. Andere verweisen hier auf die Auseinandersetzungen mit Juden und Muslimen über die Dreifaltigkeit Gottes und schlagen vor, besser über alternative Gesprächsansätze für den interreligiösen Dialog nachzudenken. Jedoch: Im Unterschied zu manchem Naturwissenschaftler, der schon die Fachzeitschrift vom vorletzten Jahr für radikal überholt hält, eliminiert ein Philosoph nichts aus der Tradition, bevor er es nicht gründlich auf Weiterverwendung geprüft hat.



Bleiben wir also bei der Problemstellung des Thomas von Aquin: In den Eigenschaften können sich die göttlichen Personen nicht unterscheiden, wenn sie göttlich bleiben wollen. Aber – so Thomas – die Beziehungen zueinander sind verschieden: Vater und Sohn können sozusagen nicht die Plätze tauschen. Das also kennzeichnet sie: die Herkunftsbeziehung. Ähnliches gilt von der dritten Person, den wir den Heiligen Geist nennen, der „vom Vater und vom Sohne ausgeht“, wie die westliche Fassung des Glaubensbekenntnisses sagt. Diese Art von Unverwechselbarkeit wollte wohl Andrej Rubljev (ca. 1370-1430) in seiner berühmten Dreifaltigkeitsikone zeigen, die inzwischen in der Moskauer Tretjakow-Galerie hängt. Dort sitzen drei Engel um einen Tisch, und sie sehen sich so ähnlich, dass selbst Fachleute rätseln, welche der Engelgestalten jeweils welche göttliche Person darstellen soll. Diese unterscheiden sich nämlich nur in den Handbewegungen und in den Blicken, die ein geheimnisvolles Spiel der Beziehungen bilden, das zum Betrachter hin offen ist und ihn einladen will, in dieses Spiel mit einzutreten.

Wenn wir die ungewöhnlichen Überlegungen des Thomas ausnutzen, kommt tatsächlich etwas für unsere Frage nach der Person heraus. Personsein ist vor allem eine Angelegenheit der Beziehungen, mit anderen Worten: Eine Person ist keine Person, auch wenn jede für sich etwas Selbständiges darstellt, oder, wie die Alten sagten, etwas Substantielles ist. Dieser relationale Personbegriff dämpft allerdings erheblich unsere Tendenz, Menschsein vor allem an Autonomie (Selbstgesetzlichkeit), ja vielleicht sogar an Autarkie (Unabhängigkeit) festzumachen. Die wichtigste Beziehung für das Personsein ist dabei die Herkunft. Welche Eigenschaften etwas hat oder nicht hat, ist dagegen für das Personsein nicht entscheidend. Selbstverständlich wusste auch Thomas, dass sich Personsein beim Menschen anderes darstellt als beim dreifaltigen Gott. Wir unterscheiden uns zwar auch durch unsere Herkunftsbeziehung: Falls hier keine Geschwister im Raum sind, hat jeder und jede jeweils einen anderen Vater und eine andere Mutter. Meine Herkunft von diesem Vater und dieser Mutter macht mich zu einer einmaligen Person. Das reicht aber nicht in jedem Fall: Geschwister haben schließlich dieselbe Herkunft, so dass sich menschliche Personen nicht nur durch die Herkunftsbeziehung definieren (wie die göttlichen) müssen, sondern auch durch ihre unterschiedlichen Eigenschaften, beginnend beim unterschiedlichen Geburtszeitpunkt etc.

Trotzdem bleibt es dabei: Die Eigenschaften sind für das Personsein zweitrangig. Menschen sind Personen aufgrund ihrer je verschiedenen Herkunft und aufgrund der Art der Beziehungen, in denen sie zueinander stehen. Bei diesen zwischenmenschlichen Relationen spielt offenbar wieder hinein, dass wir untereinander immer Rollenspiele aufführen, aber auch das ist nicht der springende Punkt: Die Herkunftsrelation ist entscheidend und nicht die jeweilige soziale Stelle oder die derzeitige Funktion.

4. Drei mögliche Begründungen der Menschenwürde im Kontext des Speziesismus

Man mag die Trinitätsspekulation des Thomas durchaus für müßig halten, doch hat das Ergebnis unsere Kultur tiefer geprägt, als uns bewusst ist. Wir haben tatsächlich etwas gewonnen für unsere Frage, wann etwas eine Person ist und wann nicht – und damit einen Schlüssel für die Definition von Menschsein in die Hand bekommen. Person ist jede und jeder, der von einer anderen Person herkommt. Oder anders ausgedrückt: Mensch ist jedes Etwas, das von einem Menschen geboren wurde. So bringt es der Philosoph Robert Spaemann auf den Punkt: „Würden wir aufgrund bestimmter tatsächlicher Eigenschaften als Mitglieder der menschlichen Gesellschaft erst durch andere kooptiert, so läge es im Belieben einer Mehrheit dieser anderen, diejenigen Eigenschaften zu definieren, aufgrund deren jemand Menschenwürde besitzt und Menschenrechte beanspruchen darf. Das aber würde den Gedanken der Menschenrechte überhaupt aufheben. Dieser setzt nämlich voraus, dass jeder Mensch als geborenes Mitglied der Menschheit kraft eigenen Rechts den anderen gegenübertritt, und dies wiederum bedeutet, dass die biologische Zugehörigkeit zur Spezies *homo sapiens* allein es sein darf, die jene Minimalwürde begründet, welche wir

Menschenwürde nennen.“ In Zeiten der Eizellenbefruchtung im Labor müssen wir wahrscheinlich präzisieren: Alles, was von Menschen abstammt, ist Mensch. Das, so Spaemann, sei allerdings nur eine Minimaldefinition von Menschenwürde, aber sie trägt zunächst sehr gut: Was zur Spezies *homo sapiens* gehört, ist Mensch und hat ein Recht, als Mensch angesehen zu werden – noch einmal sei es betont: unabhängig von sonstigen konkreten Eigenschaften. Personsein wird durch Herkunft definiert. Weil hier die Art (Spezies) entscheidend ist, handelt es sich um eine Variante des sogenannten „Speziesismus“.

Es gehört zur speziesistischen Diskussion, nun zu fragen, warum ausgerechnet dieser *homo sapiens* eine besondere Würde beansprucht, also als Person angesehen werden soll. In der Philosophiegeschichte haben sich im Wesentlichen dafür drei Begründungen durchgesetzt.

Die transzendente Begründung Kants haben wir schon kennengelernt: Wir sind gezwungen, den Unterschied zwischen Sachen und Personen zu machen, damit eine Ethik überhaupt möglich ist (transzendent meint hier: notwendige Bedingung für die Möglichkeit von ...). Wer Personen dagegen wie Sachen behandeln und ihnen die Anerkennung als Personen entziehen würde, machte jede Art von Ethik unmöglich, was schnell deutlich wird, wenn eine weitere dieser notwendigen Bedingungen in Betracht gezogen wird: die Freiheit des Menschen, d.h. also seine Autonomie. Ohne diese wäre auch keine Ethik möglich, da dann niemand für seine Taten verantwortlich zu machen wäre. In einer Welt nur aus Maschinen und Werkzeugen gibt es keine Ethik; kein Computer wird zur Verantwortung bezogen, sondern repariert oder abgeschaltet.

Die bekannteste Begründung für die besondere Würde des Menschen ist allerdings die theologische: „Gott schuf also den Menschen als sein Abbild; als Abbild Gottes schuf er ihn. Als Mann und Frau schuf er sie.“ (Genesis 1,27) Ebenbild Gottes zu sein, bei aller Problematik, diese Bezeichnung richtig zu verstehen, ist eine Auszeichnung der Spezies, die wir *homo sapiens* nennen. Ergänzend und besonders für die Medizin in der letzten Lebensphase entscheidend ist die christliche Präzisierung: Das Bild des wahren Menschen, das auch das Bild Gottes ist, stellt der Gekreuzigte dar.

Diese Art der Begründung (die sich z.B. in der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung mit ihrem Bezug auf den Schöpfergott findet) trägt freilich nur so weit, wie eine religiöse oder sogar biblische Basis anerkannt wird. Die UNO konnte das nicht voraussetzen und ist bei ihrer Menschenrechtsdeklaration 1946 einen anderen Weg gegangen: Sie begründete die Menschenwürde teleologisch (telos = Ziel) – ohne theologischen Rückgriff – zunächst durch den Verweis auf die Erfahrungen des Zweiten Weltkrieges („da Verkenning und Missachtung der Menschenrechte zu Akten der Barbarei führten, die das Gewissen der Menschheit tief verletzt haben“) und im Blick auf die Zielstellung: „... damit der Mensch nicht zum Aufstand gegen Tyrannei und Unterdrückung als letztem Mittel gezwungen wird, ... [um] den sozialen Fortschritt und bessere Lebensbedingungen bei größerer Freiheit zu fördern, ... da die gemeinsame Auffassung

über diese Rechte von größter Wichtigkeit für die volle Erfüllung dieser Verpflichtung ist, verkündet die Generalversammlung die vorliegende Allgemeine Erklärung der Menschenrechte als das von allen Völkern und Nationen zu erreichende gemeinsame Ideal ...“.

Die beiden letztgenannten Begründungsstrategien haben den Vorteil, dass sie von jeglichem Bezug auf bestimmte Eigenschaften des Menschen absehen. Die theologische Formel greift allein auf die Herkunft zurück, die Formel der UNO benennt die Konsequenzen, die bei einer Missachtung der Menschenwürde zwangsläufig eintreten. Bei Kant dagegen spielt offenbar eine bestimmte Eigenschaft der Spezies homo sapiens, nämlich seine Fähigkeit zur Selbstbestimmung und damit seine Vernunftbegabung eine entscheidende Rolle, um Menschen als „spezifisch“ ethikfähig und achtungswürdig erscheinen zu lassen. Was aber ist, wenn diese Eigenschaften konkret ausfallen? Dieses Problem ist nur durch eine typologische Definition des Menschen zu lösen, wie sie David Wiggins vorgeschlagen hat: „Person ist jedes Lebewesen, das einer Spezies angehört, deren typische Mitglieder intelligente Wesen sind, ausgestattet mit Vernunft und Reflexion, und die durch ihre physische Ausstattung typischerweise befähigt sind, sich selbst zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten als dieselben denkenden Individuen zu betrachten.“ Folglich muss das konkrete Mitglied diese Eigenschaft nicht haben, es reicht die Zugehörigkeit zu einer Spezies, deren „normale“ Mitglieder diese Eigenschaft besitzen – ein zweifellos genialer Ausgleich zwischen der speziesistischen Minimaldefinition der Menschenwürde, die allein die Herkunftsbeziehung erfordert, und unserer Intuition, dass der Mensch ein vernunftbegabtes und zur Selbstbestimmung fähiges Lebewesen (animal rationale) sein muss.

5. Praktische Konsequenzen: Kein Mensch ist nur ein Fall von ...

Die praktischen Konsequenzen dieser Überlegungen sind enorm: Alles, was von Menschen abstammt, hat von vornherein die Rechte einer Person. Es darf folglich nicht als Sache betrachtet werden, die immer ein „Fall von ...“ ist, und darf nicht ausschließlich als Instrument zur Erreichung eines Zieles behandelt werden, sondern dieses Etwas hat einen Wert in sich. Darin besteht die Konsequenz aus den schwierigen Überlegungen des Thomas und aus einem Jahrhunderte langen Nachdenken über das Menschsein als Personsein. Hier wird uns klar, welche Bedeutung es hat, dass wir das fremde Wesen – und jeder Mensch ist dem anderen zunächst ein großes Geheimnis – in unser Beziehungsgeflecht integrieren: Wir begrüßen es und müssen es nicht nur tolerieren, sondern akzeptieren. Duldung reicht nicht, es geht um Annahme. Dies geschieht, erneut sei es betont, nicht aufgrund seiner Eigenschaften, Entwicklungsmöglichkeiten und Verhaltensweisen, also nicht, weil wir z.B. Kinder für „niedlich“ halten, Jugendliche für „cool“ und „kreativ“, Patienten für „kooperativ“ oder Ärzte für „genial“, sondern weil sie zu uns gehören allein aufgrund ihrer Herkunft: „Wir sind Menschen, ihr auch.“

Es gilt dann nicht nur das Recht auf Respekt, sondern auch die Pflicht dazu – wechselseitig. Der Arzt muss den Patienten, aber auch der Patient den Arzt respektieren. Niemand darf den anderen einfach instrumentalisieren, um seine Ziele zu erreichen, sondern beide verkehren „auf Augenhöhe“. Der Patient darf nicht zum „Fall“ und somit zur Sache werden („die Galle in Zimmer 3“), sondern ist immer eine unauswechselbare Person mit einer eigenen Geschichte – ein großes Geheimnis, das es verdient, mit einem Namen angesprochen zu werden. Der Arzt darf nicht für Patientenwünsche „benutzt“ werden, die seiner Kompetenz und seinem Gewissen widersprechen (z.B. für den Vollzug der Todessehnsucht), weil auch das eine unzulässige Instrumentalisierung wäre. Respekt ist für mich das Äquivalent für Liebe, gilt sie doch nach christlichen Maßstäben auch dem Feind gegenüber. Respekt verdienen sogar noch die Toten. In Leipzig (und inzwischen auch in anderen Städten) ist es üblich geworden, dass sich die Studierenden nach dem Anatomiekurs in einer Gedenkveranstaltung von denen verabschieden, die ihren Körper zur Verfügung gestellt hatten und an denen sie das Sezieren gelernt haben. Dabei werden in Anwesenheit der eingeladenen Hinterbliebenen die Namen dieser Menschen vorgelesen: So erscheinen sie wieder als Personen und sind keine Sachen.

Was also ist der Mensch? Wir bleiben ein schwer zu fassendes Rätsel. Wenn ich um eine kurze Antwort gebeten würde nach all diesen Überlegungen, dann würde ich sie mir bei einer der Chassidischen Erzählungen von Martin Buber (1878-1965) holen: „Rabbi Schlomo fragte: ‘Was ist die schlimmste Tat des bösen Triebes?’ Und er antwortete: ‘Wenn der Mensch vergisst, dass er ein Königssohn ist.’“ Und das, so würde ich hinzufügen, gilt unabhängig von unseren Eigenschaften, Fähigkeiten und Taten. Gleichwohl wäre es angemessen, wir verhielten uns geziemend gegeneinander, wenigstens wäre das einer Bemühung wert, denn: „Adel verpflichtet!“ Aber dass wir in dieser Herkunftsbeziehung stehen, als Ebenbild und damit Söhne und Töchter Gottes – einfach so, wie wir nun einmal sind, das ist die Basis unserer Kultur. Wir sollten sie verteidigen, ganz gleich, wie unterschiedlich wir diesen unseren hart erkämpften Humanismus letztlich begründen.

Bildnachweis: <http://www.klosterkirche.de/zeiten/pfingsten/img/rublev-dreifaltigkeit.jpg> (3.7.07)

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Eberhard Tiefensee
Lehrstuhl für Philosophie
Katholisch-Theologische Fakultät der Universität Erfurt
Nordhäuser Str. 63, 99089 Erfurt
Telefon 03 61 / 7 37-25 11
<http://www.uni-erfurt.de/tiefensee>

■ Oxaliplatin in der Therapie kolorektaler Karzinome

medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH
Wedel

Oxaliplatin ist ein innovatives Zytostatikum aus der Gruppe der Platinverbindungen. Sein therapeutischer Wert in der Behandlung von metastasierenden kolorektalen Karzinomen und in der adjuvanten Therapie ist eindeutig nachgewiesen.

Die gute Wirkung von Oxaliplatin in der Erstlinien-Therapie wurde erstmals eindrucksvoll in einer großen von de Gramont geleiteten Phase III-Studie mit 420 Patienten bewiesen. In einem Studienarm wurden die Patienten allein mit hochdosierter Folinsäure/5-Fluorouracil behandelt, während im anderen Arm zusätzlich 85 mg/m² Oxaliplatin infundiert wurde. Die Remissionsraten stiegen hochsignifikant unter der zusätzlichen Gabe von Oxaliplatin von 22,3 % auf 50,7 % und das progressionsfreie Überleben von 6,2 auf 9,0 Monate an. In einer Nachbeobachtungsperiode von median 27,7 Monaten lag das Gesamtüberleben im Oxaliplatinarm bei 16,2 und im alleinigen Infusionsarm bei 14,7 Monaten (p=0,12), die 1-Jahresüberlebensrate lag bei 69 % gegenüber 61 % (de Gramont et al. 2000).

In einer deutschen multizentrischen Phase III-Studie der Arbeitsgruppe der Universität Halle wurde die Kombination von Oxaliplatin und dem bekannten AIO-Schema (FUFOX) mit dem 5-FU-Bolus-Regime der Mayo-Klinik verglichen. Die FUFOX-Therapie erwies sich gegenüber dem Mayo-Schema in mehrfacher Hinsicht überle-

gen: das Gesamtansprechen war mit 48,3 % mehr als doppelt so hoch wie im Mayo-Arm mit 22,6 %. Während unter dem Mayo-Schema 24,2 % der Patienten progressiert wurden, waren es im FUFOX-Arm nur 14,0 %. Diese Ergebnisse belegen die deutlich bessere Tumorkontrolle des Oxaliplatin-haltigen Schemas. Das progressionsfreie Überleben, der primäre Studienendpunkt, war ebenfalls signifikant länger im FUFOX-Arm als im Mayo-Arm (7,9 versus 5,3 Monate). Die FUFOX-Therapie wurde insgesamt sehr gut vertragen. Der Zusatz von Oxaliplatin zum AIO-Infusionsregime führte zu keiner signifikanten Zunahme von Grad III/IV Toxizitäten. Die hämatologische Toxizität war unter dem Mayo-Schema sehr viel ausgeprägter, während das FUFOX-Regime kaum noch zu Knochenmarkssuppression führte. Mukositiden wurden häufiger beim Mayo-Schema, Diarrhoe häufiger beim FUFOX-Regime mit der Dauerinfusion beobachtet. Die in anderen Studien häufiger beschriebene periphere Neuropathie trat unter dem FUFOX-Schema in sehr viel geringerem Maße auf. Selbst bei kumulativen Dosen von 1000 mg/m² waren nur 15 % der Patienten von einer Grad III/IV Neuropathie betroffen. Diese war nach Absetzen der Therapie meist vollständig reversibel. Insgesamt stellte sich das FUFOX-Schema als hocheffektive und gut verträgliche Kombination in der Erstlinien-Therapie von Patienten mit fortgeschrittenen kolorektalen Karzinomen dar (Grothey et al. 2002).

Mittlerweile liegen weitere Ergebnisse aus verschiedenen randomisierten Phase III-Studien vor, die in der unten stehenden Tabelle zusammengefasst sind, in denen Oxaliplatin in Kombination mit Folinsäure und 5-Fluorouracil als Infusion mit oxaliplatinfreien Protokollen verglichen wird. Es wurden hierbei Remissionsraten von mindestens 40 % bis maximal 56 % erzielt, die Zeit bis zu einem erneuten Progress stieg auf 8-9 Monate und die mediane Überlebenszeit von 16,2 auf bis zu 20,6 Monate an.

	Pat.	RR	RRP	med. Überleben
de Gramont et al. 2000	210	51 %	9,0 Mo	16,2 Mo
Grothey et al. 2002	114	48 %	7,9 Mo	20,4 Mo
Goldberg et al. 2004	267	45 %	8,7 Mo	19,5 Mo
Tournigand et al. 2004	111	54 %	8,0 Mo	20,6 Mo

Auswahl vom Kombinationstherapien, die im Rahmen der Studien untersucht wurden:

	Substanzen	Dosierung (mg/m ²)	Applikationsdauer und -art	Therapie- tag(e)	Therapieintervall
FUFOX (Grothey et al. 2002)	Oxaliplatin Folinsäure 5-Fluorouracil	50 500 2000	2h-Infusion 2h-Infusion 24h-Infusion	1, 8, 15, 22	Wiederholung an Tag 36, ab dem 5 Zyklus Oxaliplatin alle 2 Wochen
FOLFOX4 (de Gramont et al. 2000)	Oxaliplatin Folinsäure 5-Fluorouracil 5-Fluorouracil	85 200 400 600	2h-Infusion 2h-Infusion Bolus 22h-Infusion	1 1, 2 1, 2 1, 2	alle 2 Wochen
FOLFOX6 (Maindrault-Goebel et al. 1999; Tournigand et al. 2004)	Oxaliplatin Folinsäure 5-Fluorouracil 5-Fluorouracil	100 400 400 2400-3000	2h-Infusion 2h-Infusion Bolus 46h-Infusion	1 1 1 1	alle 2 Wochen
FOLFOX7 (Maindrault-Goebel et al. 2001; Tournigand et al. 2006)	Oxaliplatin Folinsäure 5-Fluorouracil	130 400 2400	2h-Infusion 2h-Infusion 46h-Infusion	1 1 1	alle 2 Wochen

Neben dem Einsatz in der palliativen Therapie ist die Gabe von Oxaliplatin nach dem FOLFOX4-Schema eine hoch effektive adjuvante Therapieoption. Nach den Ergebnissen der MOSAIC-Studie an insgesamt 2246 Patienten erwies sich die adjuvante Therapie mit FOLFOX4 der Therapie ohne Oxaliplatin nach dem LV5FU2-Schema bezüglich des krankheitsfreien Überlebens signifikant überlegen. Nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 37,9 Monaten lag bei Patienten im Stadium III der Erkrankung das krankheitsfreie 3-Jahres-Überleben bei 72,7 % im FOLFOX-Arm, verglichen mit 65,3 % im Arm ohne Oxaliplatin (Andre et al. 2004). Im Zuge einer Aktualisierung wurden die 4-Jahres-Daten veröffentlicht, die bei den Stadium III- Patienten im FOLFOX4-Arm 69,7 % im Vergleich zu 61,0 % im LV5FU2-Arm betragen. Dies führt nach den Angaben der Autoren zu einer relativen Risikoreduktion von 25 % bei dieser Patientenklientel (de Gramont et al. 2005).

Literatur

Andre T, Boni C, Mounedji-Boudiaf L, et al. Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer. N Engl J Med 350: 2343-2351, 2004

de Gramont A, Boni C, Navarro M et al. Oxaliplatin/5-FU/LV in the adjuvant treatment of stage II and stage III colon cancer: efficacy results with a median follow-up of 4 years. J Clin Oncol, ASCO Annual Meeting Proceedings 23, No. 16S: 3501, 2005

de Gramont A, Figer A, Seymour M et al. Leucovorin and fluorouracil with or without oxaliplatin as first-line treatment in advanced colorectal cancer. J Clin Oncol 18: 2938-2947, 2000

Goldberg RM, Sargent R, Morton RF et al. A Randomized Controlled Trial of Fluorouracil Plus Leucovorin, Irinotecan and Oxaliplatin Combinations in Patients With Previously Untreated Metastatic Colorectal Cancer. J Clin Oncol 22: 23-30, 2004

Grothey A, Deschler B. Kroening H et al. Phase III study of bolus 5-fluorouracil (5-FU) / folinic acid (FA) (Mayo) vs weekly high-dose 24h 5-FU infusion/FA + oxaliplatin (OXA) (FUFOX) in advanced colorectal cancer (ACRC). Proc Am Soc Clin Oncol 21: 512, 2002

Maindrault-Goebel F, de Gramont A, Louvet C et al. High-dose intensity oxaliplatin added to the simplified bi-monthly leucovorin and 5-fluorouracil regime as second-line therapy for metastatic colorectal cancer (FOLFOX 7). Eur J Cancer 37: 1000-1005, 2001

Maindrault-Goebel F, Louvet C, André T et al. Oxaliplatin added to the simplified bi-monthly leucovorin and 5-fluorouracil regime as second-line therapy for metastatic colorectal cancer (FOLFOX6). GERCOR. Eur J Cancer 35: 1338-1342, 1999

Tournigand C, André T, Achille E et al. FOLFIRI Followed by FOLFOX6 or the Reverse Sequence in Advanced Colorectal Cancer: A Randomized GERCOR Study. J Clin Oncol 22: 229-237, 2004

Tournigand C, Cervantes A, Figer A et al. OPTIMOX1: a randomized study of FOLFOX4 or FOLFOX7 with oxaliplatin in a stop-and-go fashion in advanced colorectal cancer - a GERCOR study. J Clin Oncol 24: 394-400, 2006

Korrespondenzadresse:

Medac
Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH
Theaterstraße 6
D-22880 Wedel
Tel.: 04103-8006-0, Fax: 04103-8006-100
www.medac.de

Hinweis auf Interessenkonflikt:

Das Medikament Medoxa® der Firma Medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH enthält den Wirkstoff Oxaliplatin.

■ Gemeinsames Veranstungsverzeichnis

von Medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaft Erfurt e.V.
HELIOS Klinikum Erfurt GmbH und Tumorzentrum Erfurt e.V.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Ihre gezielten und konzentrierten Fortbildungsaktivitäten mit einem gemeinsamen Veranstaltungsverzeichnis unterstützen und Ihnen ein breites Spektrum zertifizierter und hoffentlich für Sie interessanter Fort- und Weiterbildungen anbieten.

Die nachstehende Kurzfassung kann weder vollständig sein, noch umfassend informieren. Sie soll als Orientierungshilfe dienen und Sie animieren, alle weiteren Informationen und die laufenden Aktualisierungen auf der Internetseite www.mwg-erfurt.de nachzulesen und / oder direkt bei den Organisatoren zu erfragen.

Über eine zahlreiche Teilnahme an den Veranstaltungen, rege Diskussionen sowie die Vertiefung und Ausweitung persönlicher Kontakte freuen wir uns besonders.

PD Dr. med. K. Hamm Vorsitzender MWG e.V.	Prof. Dr. med. B. Ulshöfer Vorsitzender Tumorzentrum Erfurt e.V.	Prof. Dr. med. D. Eßer Ärztlicher Direktor HELIOS Klinikum Erfurt
---	--	---

Januar 2008

09.01.2008, 16.00 Uhr

HELIOS Klinikum Erfurt, Seminarraum der Klinik für Neurologie
Diagnostik und Therapie der zerebralen Vaskulitis
Prof. Dr. A. Bitsch, Klinik für Neurologie, Klinikum Neuruppin

10.01.2008, 16.00 Uhr

Hotel „Linderhof“, Azmannsdorfer Str. 27, Erfurt-Linderbach
Praxis-Update ASN
Colloquium nephrologicum Thüringen e.V.
Leitung: Dr. med. C.C. Haufe, HELIOS Klinikum Erfurt, 2. Med. Klinik, Bereich Nephrologie
Kontakt: christoph.haufe@helios-kliniken.de

11. – 12.01.2008

HELIOS Klinikum Erfurt, Besprechungsraum der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Hauptgebäude Raum B 1.400
Ultraschalldiagnostik im Kopf-Hals-Bereich (A- und B-Bild-Verfahren) – Grundkurs
LÄK Thüringen Zertifizierung beantragt (2007: 22 Punkte Kat. C)
HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für HNO-Heilkunde, Plastische Operationen

12. – 13.01.2008

Hilton Hotel Weimar, Belvederer Allee 25, Weimar
18. Gemeinsame Arbeitstagung „Angiologie interdisziplinär“
HELIOS Klinikum Erfurt, Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie, Gefäßzentrum

23.01.2008, 16.00 bis 18.00 Uhr

HELIOS Klinikum Erfurt, Auditorium
Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms in den Frühstadien
Tumorzentrum Erfurt e.V. in Kooperation mit der Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft Erfurt e.V. und dem Thoraxzentrum des HELIOS Klinikums Erfurt

30.01.2008, 16.00 Uhr

HELIOS Klinikum Erfurt, Seminarraum der Klinik für Neurologie
Therapieoptionen bei Amyotropher Lateralsklerose
PD Dr. med. T. Meyer, Charité Berlin, Klinik für Neurologie

Februar 2008

02.02.2008, 9.00 bis 13.00 Uhr

HELIOS Klinikum Erfurt, Auditorium

Diagnostische und therapeutische Endoskopie und Endosonographie in der Gastroenterologie und Viszeralchirurgie des HELIOS Klinikum Erfurt

Prof. Dr. med. U. Schmidt, HELIOS Klinikum Erfurt, 2. Med. Klinik, Bereich Gastroenterologie / Dr. med. T. Engelhardt, HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

13.02.2008, 16.00 Uhr

HELIOS Klinikum Erfurt, Seminarraum der Klinik für Neurologie

Schlaf und Schlaganfall

Dr. med. B.W. Walther, HELIOS Klinikum Erfurt, Klinik für Neurologie

13.02.2008, 17.00 bis 20.00 Uhr

Augustinerkloster Erfurt, Luthersaal

Symposium „Glioblastom – Gibt es etwas Neues“

Tumorzentrum Erfurt e.V. in Zusammenarbeit mit der Klinik für Neurochirurgie, HELIOS Klinikum Erfurt

23.02.2008

HELIOS Klinikum Erfurt

14. Erfurter Workshop „Nephrologische Duplexsonografie“

Colloquium nephrologicum Thüringen e.V.

Leitung: Dr. med. C.C. Haufe, HELIOS Klinikum Erfurt, 2. Med. Klinik, Bereich Nephrologie

Kontakt: christoph.haufe@helios-kliniken.de

24.02.2008, ganztags

HELIOS Klinikum Erfurt

15. Erfurter Workshop „Nephrologische Duplexsonografie“

Colloquium nephrologicum Thüringen e.V.

Leitung: Dr. med. C.C. Haufe, HELIOS Klinikum Erfurt, 2. Med. Klinik, Bereich Nephrologie

Kontakt: christoph.haufe@helios-kliniken.de

März 2008

12.03.2008, 15.00 bis 19.00 Uhr

Dorint Hotel Weimar, Beethovenplatz 1-2, Weimar

Wissenschaftliches Symposium und Informationsnachmittag für Patienten

Mittelthüringen aktiv gegen Darmkrebs – Von der Prävention und Diagnose bis zur Therapie

Zentralklinik Bad Berka in Kooperation mit HELIOS Klinikum Blankenhain, Sophien- und Hufeland Klinikum Weimar, LebensBlicke Stiftung Früherkennung Darmkrebs, Thüringer Apothekenverband, Tumorzentrum Jena und Tumorzentrum Erfurt e.V. Zertifizierung LÄK Thüringen: 5 Punkte, Kategorie A

April 2008

16.04.2008, 17.00 bis 20.00 Uhr

Augustinerkloster Erfurt

Symposium „Weißer Hautkrebs“

Tumorzentrum Erfurt e.V. und Klinik für Hautkrankheiten, HELIOS Klinikum Erfurt

Juni 2008

18.06.2008, 16.30 bis 20.00 Uhr

Victor's Residenz-Hotel Erfurt

18. Erfurter Fortbildung Hämatologie und Onkologie

Tumorzentrum Erfurt e.V. in Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und der 2. Medizinischen Klinik, Abteilung Hämatologie und Onkologie, HELIOS Klinikum Erfurt

28.06.2008, 9.00 bis 14.00 Uhr

Zentralklinik Bad Berka, Station 33

Symposium Palliativmedizin „Das Palliativteam im Spannungsfeld von Macht und Ohnmacht“

Klinik für Palliativmedizin der Zentralklinik Bad Berka und Tumorzentrum Erfurt e.V.

November 2008

07. – 08.11.2008

Haus Hainstein Eisenach

21. Onkologische Konferenz

Tumorzentrum Erfurt e.V.

KONTAKTADRESSEN:

Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft Erfurt e.V.

Vorsitzender Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Hamm

Nordhäuser Straße 74 · 99089 Erfurt

Telefon: 03 61 / 7 81-67 18

Telefax: 03 61 / 7 81-67 19

www.mwg-erfurt.de

HELIOS Klinikum Erfurt

Pressesprecherin Brigitte Kohlberg

Nordhäuser Straße 74 · 99089 Erfurt

Telefon: 03 61 / 7 81-10 31

Telefax: 03 61 / 7 81-10 32

www.helios-kliniken/erfurt

Tumorzentrum Erfurt e.V.

Geschäftsführer Dr. Hubert Göbel

Nordhäuser Straße 74 · 99089 Erfurt

Telefon: 03 61 / 7 81-48 06

Telefax: 03 61 / 7 81-48 03

www.tumorzentrum-erfurt.de

■ ANGEBOTE DES TUMORZENTRUM ERFURT e.V.

KONSILDIENSTE

• Interdisziplinäres onkologisches Konsil

Jeden Mittwoch, 7.45 Uhr, Beratungsraum im Gebäude Innere Medizin / Hautklinik, HELIOS Klinikum Erfurt, Nordhäuser Straße 74, 2. OG.

Anmeldungen über Telefon 03 61 / 7 81-48 02

Leitung: Prof. Dr. Herold / Prof. Ulshöfer

Jeder Arzt kann seine onkologischen Fälle persönlich einem Gremium von Experten aller Fachdisziplinen vorstellen. Am Ende der (kostenfreien) Beratung erhält er eine konkrete Therapieempfehlung. Zu jeder Fallbesprechung wird ein Protokoll angefertigt, das dem vorstellenden Arzt und eventuellen mitbehandelnden Ärzten zugeht.

• **Telefonischer Konsildienst**

Unkompliziertes Vermitteln von Kontakten zu den speziellen onkologischen Ansprechpartnern aller Fachgebiete

→ www.tumorzentrum.de

ONKOLOGISCHE LEITLINIEN

Hilfestellung bei der Umsetzung der aktuellen Diagnose-, Therapie- und Nachsorgeleitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft und der medizinischen Fachgesellschaften.

In Ergänzung und zur praktischen Durchführung werden diese wo nötig für die speziellen regionalen Bedingungen adaptiert.

KONTAKTE ZU SELBSTHILFEGRUPPEN UND HOSPIZDIENSTEN IN DER REGION

PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG

Betreuungsangebote für stationäre Patienten des HELIOS Klinikum Erfurt sowie für Ärzte und Pflegepersonal.

FORT- UND WEITERBILDUNG

- Ärzte
- Krankenschwestern und -pfleger
- Sozialdienste

DOKUMENTATION

• **Klinische Tumordokumentation**

In Erfüllung des Qualitätssicherungsauftrages des Sozialgesetzbuches (SGB V) wird für jeden Patienten der gesamte Krankheitsverlauf nach anerkannten Regeln (Tumorbasisdokumentation) dokumentiert. Die Unterlagen stehen dem Patienten und ihren behandelnden Ärzten zur Verfügung. Im Einzelfall (bei Umzug, Arztwechsel, Verlust von Originalunterlagen) sind sie für den Arzt eine unschätzbare Hilfe.

• **Gemeinsames Krebsregister der neuen Bundesländer**

Epidemiologisch relevante Daten werden entsprechend geltender Gesetze an das Gemeinsame Krebsregister der neuen Bundesländer weitergegeben.

Mehr als 95 % der Meldungen des Einzugsgebietes kommen vom Tumorzentrum. Diese Daten werden regelmäßig mit den amtlichen Sterbedaten abgeglichen und stehen dem meldenden Einrichtungen zur Verfügung.

SERVICE

• **Unterstützung der Nachbetreuung, Erinnerungsfunktion**

Auf persönlichen Wunsch werden Patienten (und ihre betreuenden Ärzte) an vereinbarte bzw. vergessene Nachsorgetermine erinnert.

• **Statistiken für Krankenhäuser und Praxen**

Erstellung von Übersichten, Leistungsstatistiken und Überlebenszeitanalysen für die von der jeweiligen Einrichtung betreuten Patienten.

• **Informationen**

Kostenlose Bereitstellung von Tumor-Nachsorgepässen und Informationsmaterialien für Patienten, Ärzte, Pflegepersonal und Sozialdienste

■ HIER ERREICHEN SIE UNS

HELIOS Klinikum Erfurt GmbH
Haus 8, Nordhäuser Straße 74, 99089 Erfurt

Telefon: 03 61 / 7 81-48 02
Telefax: 03 61 / 7 81-48 03
E-Mail: info@tumorzentrum-erfurt.de
Homepage: <http://www.tumorzentrum-erfurt.de>
Geschäftsführer: **Dr. rer. nat. Hubert Göbel**

■ WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT

Prof. Dr. med. Hartwig Kosmehl (Vorsitzender)
Chefarzt, Institut für Pathologie, HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-27 50

Dr. med. Joachim Bechler
Chefarzt, Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe,
HELIOS Kreiskrankenhaus Gotha / Ohrdruf
Telefon: 0 36 21 / 2 20-2 49

Adjunct Professor Dr. med. Rainer Bonnet M.D.
Dpt. of Medicine, Loma Linda Univ., California
Chefarzt, Klinik für Pneumologie, Zentralklinik Bad Berka
Telefon: 03 64 58 / 5 15 00

Michael Domrös
Leiter der Landesvertretung Thüringen, VdAK / AEK,
Lucas-Cranach-Platz 2, 99099 Erfurt
Telefon: 03 61 / 4 42 52 11

Dr. med. Alexander Fichte

Urologe, Geschwister-Scholl-Straße 6, 99085 Erfurt
Telefon: 03 61 / 6 43 73 03

Dipl.-Med. Susanne Köhler

Oberärztin, Abteilung Innere I, HELIOS Kreiskrankenhaus
Gotha / Ohrdruf
Telefon: 0 36 21 / 2 20-1 30

Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Hamm

Leiter der Abteilung Stereotaktische Neurochirurgie und
Radiochirurgie, HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-67 18

Prof. Dr. med. Udo B. Hoyme

Direktor, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-40 00

Prof. Dr. med. Ruthild Linse

Chefärztin, Klinik für Hautkrankheiten,
HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-43 00

Dr. med. André Nemat

Chefarzt, Klinik für Thoraxchirurgie und Thorakale
Endoskopie, Thoraxzentrum, HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-25 90

Priv.-Doz. Dr. med. Günter Ortmann

Oberarzt, Klinik für Chirurgie, Hufeland Klinikum,
Standort Bad Langensalza
Telefon: 0 36 03 / 8 55-0

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Hans Pistner

Chefarzt, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-22 30

Dr. med. Stefan Reinsch

Oberarzt, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-63 39

Prof. Dr. med. Steffen Rosahl

Chefarzt, Klinik für Neurochirurgie, HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-22 60

Prof. Dr. med. Axel Sauerbrey

Chefarzt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-45 00

■ VORSTAND

Prof. Dr. med. Berthold Ulshöfer (Vorsitzender)

Chefarzt, Klinik für Urologie, HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-22 00

Prof. Dr. med. Michel Herold (Stellvertr. Vorsitzender)

Leiter der Abteilung Hämatologie / Onkologie,
2. Medizinische Klinik, HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-25 66

Prof. Dr. med. Dirk Eßer

Chefarzt, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-21 00

Prof. Dr. med. Hartwig Kosmehl

Chefarzt, Institut für Pathologie, HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-27 50

Dr. med. Christina Müller

Chefärztin, Klinik für Palliativmedizin, Zentralklinik Bad Berka
Telefon: 03 64 58 / 5 19 00

Priv.-Doz. Dr. med. Ulrike Schalldach

Chefärztin, Klinik für Strahlentherapie und
Radioonkologie, HELIOS Klinikum Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-24 00

Dr. med. Jörg Weniger

Hämatologe und internistischer Onkologe,
Geschwister-Scholl-Straße 6, 99085 Erfurt
Telefon: 03 61 / 5 66 78 19

IMPRESSUM

■ **Herausgeber:**

Tumorzentrum Erfurt e.V.

■ **Redaktion:**

Prof. Dr. med. Hartwig Kosmehl · Dr. rer. nat. Hubert Göbel

■ **Redaktionsbüro und Versand:**

Tumorzentrum Erfurt e.V.
Nordhäuser Straße 74 · 99089 Erfurt
Telefon: 03 61 / 7 81-48 02 · Telefax: 03 61 / 7 81-48 03
E-Mail: info@tumorzentrum-erfurt.de

■ **Layout, Satz und Druck:**

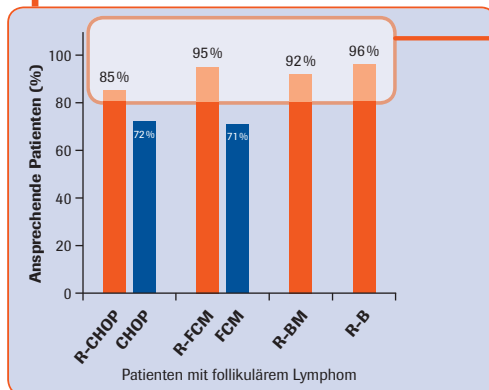
Handmann Werbung GmbH Erfurt

■ **Hinweis:**

Das Tumorzentrum Erfurt erstellt die Artikel nach bestem Wissen und Gewissen. Die Verantwortung für den Inhalt der medizinischen und wissenschaftlichen Beiträge obliegt den Autoren. Sie stellen keine Handlungsempfehlungen für den individuellen Fall dar.

Remission erreichen – Remission erhalten – Überleben verlängern

Gesamtansprechen (nach der 1. Randomisierung)



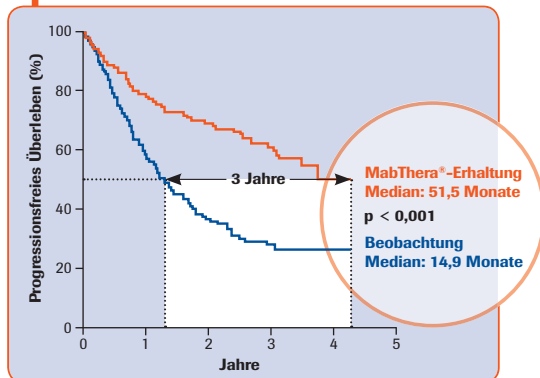
Remission erreichen:

Höchste Remissionsraten
durch MabThera® + Chemotherapie

MabThera®-Induktionstherapie

Van Oers et al., *Blood* 2006; Forstpointner et al., *Blood* 2006;
Weide et al., *Leukemia & Lymphoma* 2007; Rummel et al.,
Journal of Clinical Oncology 2005

Progressionsfreies Überleben (PFS nach der 2. Randomisierung)



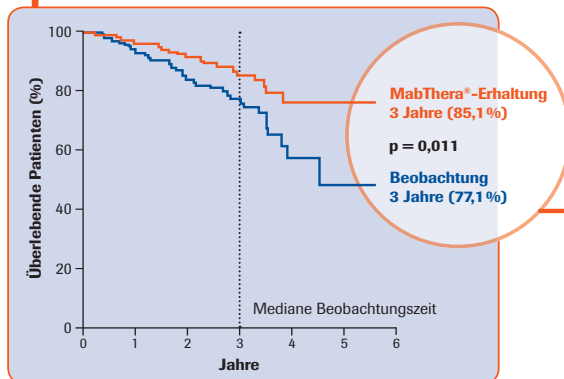
Remission erhalten:

3 Jahre länger progressionsfrei
durch die MabThera®-Erhaltungstherapie

MabThera®-Erhaltungstherapie nach erfolgreicher (PR o. CR) Induktion

Van Oers et al., *Blood* 2006

Gesamtüberleben (OS nach der 2. Randomisierung)



Überleben verlängern:

Durch die MabThera®-Erhaltungstherapie
wird das Gesamtüberleben verlängert

MabThera®-Erhaltungstherapie nach erfolgreicher (PR o. CR) Induktion

Van Oers et al., *Blood* 2006

Referenzen

Van Oers M. H. et al.: Rituximab maintenance improves clinical outcome of relapsed/resistant follicular non-Hodgkin lymphoma in patients both with and without rituximab during induction: results of a prospective randomized phase 3 intergroup trial. *Blood*, 15 November 2006, Vol. 108, No. 10, pp. 3295-3301.
Forstpointner R. et al.: Maintenance therapy with rituximab leads to a significant prolongation of response duration after salvage therapy with a combination of rituximab, fludarabine, cyclophosphamide and mitoxantrone (R-FCM) in patients with relapsed and refractory follicular and mantle cell lymphomas – results of a prospective randomized study of the German low grade lymphoma study group (GLSG). *Blood*, 15 December 2006, Vol. 108, No. 13, pp. 4003-4008.
Weide R. et al.: High anti-lymphoma activity of bendamustine/mitoxantrone/rituximab in rituximab pretreated relapsed or refractory indolent lymphomas and mantle cell lymphomas. A multicenter phase II study of the German Low Grade Lymphoma Study Group (GLSG). *Leukemia & Lymphoma*, July 2007, Vol. 48, No. 7, pp. 1299-1306.
Rummel M. J. et al.: Bendamustine plus Rituximab is effective and has a favorable toxicity profile in the treatment of mantle cell and low-grade non-Hodgkin's lymphoma. *Journal of Clinical Oncology*, 20 May 2005, Vol. 23, No. 15, pp. 3383-3389.



MABTHERA®
R I T U X I M A B
REBUILDING LIVES

Rezidiertes folliculäres Lymphom



Induktionstherapie

Erhaltungstherapie

Maximaler Erfolg



MABTHERA[®]
RITUXIMAB
REBUILDING LIVES

Rezidiertes follikuläres Lymphom:
*Remission erhalten –
Überleben verlängern.*

Bez. des Arzneimittels: MabThera[®] 100 mg bzw. 500 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Wirkstoff:** Rituximab, ein gentechn. hergest. monoklon. chimärer Antikörper der Klasse IgG, verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Jeweils eine Durchstechflasche MabThera[®] enthält: 100 mg/10 ml bzw. 500 mg/50 ml Rituximab. Sonst. Bestandteile: Natriumcitrat, Polysorbat 80, Natriumchlorid, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injekt.-Zwecke. **Anwendungsgebiete:** MabThera[®] ist für die Behandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom im Stadium III-IV angezeigt, die gegen eine Chemotherapie resistent sind oder nach einer solchen einen zweiten oder neuerlichen Rückfall haben. MabThera[®] ist in Verbindung mit einer CVP-Chemotherapie für die Erstbehandlung von Patienten mit follikulärem Lymphom im Stadium III-IV angezeigt. MabThera[®] ist für die Erhaltungstherapie bei Patienten mit rezidivierendem/refraktärem follikulärem Lymphom angezeigt, die auf eine Induktionstherapie, bestehend aus einer Chemotherapie mit oder ohne MabThera[®], angesprochen haben. MabThera[®] ist für die Behandlung von Patienten mit CD20-positivem, diffusem großzelligem B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom in Verbindung mit einer CHOP-Chemotherapie angezeigt. **Gegenanzeigen:** Überempfindl. gegen den Wirkstoff oder einen der sonst. Bestandteile des Arzneimittels oder gegen Mausproteine. Bei Indikation Rheuma zusätzl.: Aktive, schwere Infektionen. Schwere Herzinsuffizienz (NYHA Klasse IV) oder schwere, unkontrollierte Herzerkrankungen. **Nebenwirkungen:** Infusionsbed. Nebenw.: Fieber, Kältegefühl und Schüttelfrost, aber auch Bläschen, Juckreiz, Übelkeit, Müdigkeit, Kopfschmerz, Atembeschwerden, Zungen- oder Halsschwellung, juckende, laufende Nase, Erbrechen, Hitzegefühl, beschleunigte Herzfrequenz. Eine bestehende Herzerkrankung oder Angina pectoris können sich verschlechtern. Infektionen wie z. B. Fieber, Husten, Halsschmerzen, brennende Schmerzen beim Wasserlassen, Harnwegsinfektionen, Schwächegefühl oder allgemeines Unwohlsein sowie Erkältungen oder Lungenentzündungen. Schmerzen im Bauch, Rücken, Brustbereich, in Muskeln und/oder Gelenken, an der Infusionsstelle, Unwohlsein, Bauchvergrößerung, Blutdruckveränderungen, Veränderungen der Herzfrequenz, Durchfall, Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, Probleme mit der Blutgerinnung, Krämpfe, Schwindel, Kribbeln oder Taubheitsgefühl, Angstgefühl, Schlafstörungen (Schlaflosigkeit), Nervosität, Husten, tränende oder juckende Augen, Schwitzen, Nebenhöhlenentzündung, Bronchitis, Veränderungen der Geschmacksempfindung, Abweichungen des Blutbildes, Beeinflussung der Leberfunktion, vorübergeh. Blutverdickung bei Morbus Waldenström aufgr. IgM-Überproduktion. Einige schwere blasenbildende Hautreaktionen sind tödlich verlaufen. Veränderungen des Sehvermögens, des Hörvermögens oder anderer Sinne. Sehr selten trat eine schwerwiegende Gehirnentzündung (progressive multifokale Leukoenzephalopathie) auf, die tödlich verlief. Bei Indikation Rheuma zusätzl.: Schmerzen im Bauch, Rücken, Brustbereich, in Muskeln und/oder Gelenken, an der Infusionsstelle, Unwohlsein, Blutdruckveränderungen, Veränderungen der Herzfrequenz, Durchfall, Verdauungsstörungen, Krämpfe, Schwindel, Kribbeln oder Taubheitsgefühl, Angstgefühl oder Nervosität, Husten, tränende oder juckende Augen, Schwitzen, Nebenhöhlenentzündung, Veränderungen der Blutwerte, einschließlich eines Abfalls der Zahl roter Blutkörperchen, weißer Blutkörperchen oder beider. **Dosierung: Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom, Erwachsene: Primäre Therapie des follikulären Non-Hodgkin-Lymphoms:** MabThera[®] in Kombination mit einer CVP-Chemotherapie beträgt: 375 mg/m² Körperoberfläche (KOF) über acht Zyklen (21 Tage/Zyklus), verabreicht am Tag 1 eines jeden Chemotherapiezyklus nach der intravenösen Gabe der Glukokortikoid-Komponente der CVP-Therapie. **Rezidive Therapie:** 375 mg/m² KOF, einmal wöchentl. über vier Wochen als intravenöse Infusion. Wiederaufnahme der Behandlung nach Auftreten eines Rezidivs bei Non-Hodgkin-Lymphom: Patienten, die ursprünglich auf MabThera[®] angesprochen hatten, erhielten bei Wiederaufnahme der Behandlung MabThera[®] einmal wöchentl. in einer Dosierung von 375 mg/m² KOF als intravenöse Infusion über einen Zeitraum von vier Wochen. **Diffuses großzelliges B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom:** MabThera[®] sollte in Kombination mit einer CHOP-Chemotherapie angewendet werden. Die empfohlene Dosierung beträgt 375 mg/m² KOF, verabreicht am Tag 1 eines jeden Chemotherapiezyklus, über acht Zyklen, nach der intravenösen Gabe der Glukokortikoid-Komponente der CHOP-Therapie. **Erhaltungstherapie:** 375 mg/m² KOF, einmal alle drei Monate bis zum Fortschreiten der Krankheit oder über einen maximalen Zeitraum von zwei Jahren. **Prämedikation:** Analgetikum und Antihistaminikum obligat; Glukokortikoide empfohlen. Besondere Vorsicht bei Pat. mit hohen Zellzahlen oder hoher Tumormasse. **Hinweise der Fachinformation beachten.** Stand: September 2007. Weitere Informationen auf Anfrage erhältlich. Roche Registration Limited, UK-Wellwyn Garden City. Vertreter in Deutschland: Roche Pharma AG, 79630 Grenzach-Wyhlen.