

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 4/99

Die erste Seite	Dramatische Entwicklung in den Krankenhäusern Ostdeutschlands	138
Berufspolitik	Aus der Vorstandssitzung am 3. 3. 1999 Kammerwahlen der Sächsischen Landesärztekammer 1998/1999 für die Wahlperiode 1999/2003	139 140
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Berufsrecht: Sie fragen - wir antworten Die Sächsische Ärzteversorgung informiert Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer Einladung zum 6. Dresdner Ärzteball Änderungen der Richtlinie „Strahlenschutz in der Medizin“	143 143 144 145 149
Mitteilungen der KV Sachsen	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	146
Originalien	Die chirurgische Therapie von Frühstadien des Mamma- karzinoms auf der Basis der mammographischen Markierung nonpalpabler Läsionen St. Leinung, C. Preuße, J.-P. Schneider, P. Börner Das Mammakarzinom - Operatives Management und Nachbehandlung unter besonderer Berücksichtigung kosmetischer Aspekte St. Leinung, P. Würl und P. Börner	149 157
Verschiedenes	Herztransplantation - eine Chance für Patienten im Endstadium der Herzinsuffizienz Transplantationsgesetz zeigt erste Wirkung Impressum 4. Erzgebirgische Gastroenterologietagung Aue Kontra Infektionskrankheiten - 3. Sächsischer Impftag in Leipzig	163 164 165 166 166
Leserbriefe		170
Aktuelles in Kürze		175
Hochschulnachrichten	Technische Universität Dresden / Universität Leipzig	175
Personalia	Laudatio zur Emeritierung von Prof. Dr. med. habil Wolfgang Hartig Geburtstage im Mai	177 178
Beilage	Fortbildung in Sachsen - Juni 1999	

Die Sächsische Landesärztekammer ist jetzt auch im Internet unter <http://www.slaek.de> und per e-Mail: dresden@slaek.de zu erreichen.

Dramatische Entwicklung in den Krankenhäusern Ostdeutschlands

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

kaum hat sich die Koalitionsregierung zu den Eckpunkten 2000 in nicht klar zu erkennenden Konturen geäußert, schlagen die Tarifverhandlungen für den Öffentlichen Dienst im Osten Deutschlands hohe Wellen. Wir alle waren der Ansicht, daß das Auseinanderklaffen der Schere zwischen den Einkommensverhältnissen westdeutscher und ostdeutscher Ärzte zu beenden sei. Ganz das Gegenteil wird zelebriert. Die Personalkostenentwicklung (BAT) und die veröffentlichten Veränderungsraten für die Budgets der Krankenhäuser lassen die entstandene Schere deutlicher werden. Die besondere Dramatik ist aber aus der Anbindung der Krankenhausbudgets an die Entwicklung der Grundlohnsumme mit einer Veränderungsrate zu erkennen, die für die neuen Bundesländer mit minus 0,48 % negativ ausfällt. Die jüngsten Tarifabschlüsse führen für den Öffentlichen Dienst mit 3,1 % Steigerung zu einer deutlichen Personalkostenanhebung. Auch die in 1998 angehobenen Personalkosten durch 1,5 % Tarifsteigerung plus 1,5 % Ost-West-Anpassung (86,5 %) werden ganzjährig in 1999 nicht mehr abgedeckt. Der ostdeutsche Krankenhausbereich ist bei der geforderten Leistungsentwicklung damit stark strapaziert, und es ist abzusehen, daß besonders kleine Krankenhäuser dem Druck der geschaffenen Tatsachen nicht länger widerstehen können. Einsparung von Personalkosten, wie es zwangsläufig die Krankenhäuser kompensierend vorhaben werden, bedeuten Kürzung der Planstellen und Entlassungen in allen Krankenhausbereichen. Daß wir Ostdeutschen diese aufgezeigte Entwicklung nicht länger hinnehmen können, soll mit diesem Editorial nochmals unterstrichen werden. Die stark belastete Beschäftigungssituation in Ostdeutschland müßte täglich so manchem Politiker Schamröte ins Gesicht treiben, denn zwangsläufig entstehen durch Entlassungen weitere Einnahmeschwächungen für die GKV. Die Statistiken belegen, daß sich in den vergangenen Jahren bundesweit eine Ausdünnung von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung vollzogen hat. In ländlichen Regionen verlagern sich mehr und mehr Leistungen in entferntere Krankenhäuser mit höherer Versorgungsstufe. Diese aber haben höhere Kostensätze pro Fall, wie es übrigens auch in Ballungszentren bereits üblich ist. In den sächsischen Krankenhäusern sind zur Zeit ca. 48.000 Mitarbeiter tätig. In machen strukturschwachen Territorien stellen sie die einzigen größeren regionalen Arbeitgeber dar.

Die Kammer ist davon überzeugt, daß bei der zunehmenden Intensivierung der Arbeit in den Krankenhäusern bei ständig sich verkürzender Verweildauer der Patienten ohnehin mindestens 20 % zu wenig Personal vorgehalten wird. Mit einer sich abzeichnenden rückläufigen Entwicklung der Finanzierungsbereiche wird der knappe Personalbestand weiterhin zunehmend gefährdet. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer appelliert deshalb an die politischen Entscheidungsträger, die hier aufgezeigten Mängel schrittweise abzubauen.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich
Präsident

Aus der Vorstandssitzung am 3. März 1999

Nach der Protokollbestätigung und der Beschlußkontrolle der letzten Vorstandssitzung wurde zur eigentlichen Tagesordnung übergegangen.

Tätigkeitsbericht der Schlichtungsstelle im Jahr 1998

Herr Dr. Kluge, Vorsitzender der Schlichtungsstelle, führte aus, daß 1998 mehr als 300 Schlichtungsanträge gestellt wurden und im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der eingeleiteten Begutachtungen um 20 % angestiegen ist. Naturgemäß lagen die Fachrichtungen Chirurgie, Orthopädie und Gynäkologie vorn, dicht gefolgt von invasiven Eingriffen im Fachgebiet Innere Medizin. Der 1997 gegründete Sachverständigenrat hat einmal im Quartal getagt und besonders komplizierte bzw. fachübergreifende Fälle bearbeitet.

Finanzen

Der Vorstand befaßte sich mit dem Stand der Haushaltsinanspruchnahme per 31. 1. 1999.

Der Rücklauf der Selbsteinstufungen für den Kammerbeitrag lag bis 28. 2. 1999 bei 42 %. 1457 Kammermitglieder haben bereits bis 31. 1. 1999 ihren Kammerbeitrag entrichtet.

Berufsrecht

Leider mußte sich der Vorstand auch in der 45. Vorstandssitzung wieder mit berufsrechtlichen Angelegenheiten wegen Verstößen gegen die Berufsordnung beschäftigen. Vom Vorsitzenden des Ausschusses Berufsrecht, Herrn Dr. Prokop, wurden neun Anträge zur Erteilung eines Rügeverfahrens vorgetragen, von denen fünf mit der Einleitung eines Rügeverfahrens abgeschlossen werden mußten.

Arzthelferinnenwesen

Der Vorstand hat einer Vorlage des Berufsbildungsausschusses zugestimmt, nach der die Gleichstellung des Berufsabschlusses „Sprechstundenschwester“ mit der Berufsbezeichnung „Arzthelferin“ gegeben ist, wenn ein Nachweis über eine entsprechende zweijährige Tätigkeit gemäß dem Ausbildungsberufsbild der Arzthelferin in einer Arztpraxis ab dem 1. 1. 1991 vorgelegt wird.

Vorbereitung der Kammerwahl 1999

Da der Termin zur Kammerwahl 1999 in greifbare Nähe rückt (Endtermin für die Ausübung des Wahlrechtes 7. 4. 1999), berichtete die Landeswahlleiterin, Frau Dr. Diefenbach, wie in jeder der letzten Vorstandssitzungen, über den Stand der Wahlvorbereitungen, die mit der Entscheidung über die Zulassung der Wahlvorschläge und deren Übersendung an den Landeswahlausschuß termingerecht abgelaufen ist. Aus dem niedergelassenen Bereich haben sich 43 % und aus dem angestellten Bereich 55 % der 155 Kandidaten für die Kammerversammlung aufstellen lassen.

Initiativprogramm Allgemeinmedizin

Wegen seiner Aktualität und Brisanz stand diese Thematik wieder mit auf der Tagesordnung. Nachdem nun die Förderung von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen für zunächst ein Jahr gesichert ist, mußte leider festgestellt werden, daß das Verfahren für die Verteilung der finanziellen Förderung im stationären Bereich leider immer noch nicht geklärt ist und somit eine wichtige Voraussetzung für den Einstieg in das Förderprogramm noch aussteht.

Verschiedenes

– Zur Diskussion stand der Entwurf einer „Patientencharta“, der von einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz erarbeitet wurde. Ziel einer solchen Charta soll die Stärkung der Patientenrechte in der Bundesrepublik Deutschland sein.

Aus Sicht der ärztlichen Organisationen stellt sich die Frage, ob es zur Stärkung der Patientenrechte einer solchen Charta bedarf, da Deutschland über ein die Rechtsprechung über Jahrzehnte entwickeltes differenziertes Arzthaftungsrecht verfügt, das sich als wesentlicher Patientenschutz darstellt.

Außerdem sind Patientenrechte durch das ärztliche Berufsrecht gesichert.

– Eine von der Verbraucherzentrale Sachsen angestrebte Verbraucherberatung im Bereich Gesundheitsdienstleistungen stand ebenfalls zur Diskussion. Hierbei würde es sich um private Informationsdienste handeln.

Der Vorstand ist der Meinung, daß die Patientenberatung an den Selbstverwaltungskörperschaften angesiedelt werden sollte und dabei vorhandene Strukturen, wie zum Beispiel Schlichtungsstellen und Ausschüsse für Berufsrecht zu nutzen sind.

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied

Kammerwahlen der Sächsischen Landesärztekammer 1998/99 für die Wahlperiode 1999/2003

Wahl von Ausschüssen

Die neugewählte Kammerversammlung der Wahlperiode 1999/2003 tritt am Sonnabend, dem 12. Juni 1999, zu ihrer konstituierenden Tagung zusammen.

In Einzelwahlgängen werden der Präsident, der Vizepräsident, der Schriftführer und die übrigen Mitglieder des Vorstandes gewählt. Gemäß § 8 Abs. 4 SächsHKaG und § 12 Abs. 1 Hauptsatzung kann die Kammerversammlung zur Vorbereitung ihrer Sitzungen und zur Beratung des Vorstandes Ausschüsse bilden. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat zu seiner 43. Sitzung den 13. Januar 1999 folgenden Beschluß gefaßt:

Der neugewählten Kammerversammlung wird vorgeschlagen, zu ihrer konstituierenden Tagung die Ausschüsse zu wählen, die aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Erfüllung und Wahrnehmung der laufenden Geschäfte notwendig sind. Dies sind die

Ausschüsse: **Finanzen**
Weiterbildung
Berufsrecht
Satzungen.

Es wird hiermit aufgerufen, Vorschläge und Bewerbungen für eine Kandidatur in diese Ausschüsse bis spätestens 15. Mai 1999 schriftlich bei der Hauptgeschäftsstelle einzureichen.

Die Kammerversammlung kann weitere Kandidaten bis zum Schluß der Kandidatenliste vorschlagen.

Die Kammerversammlung möge ferner beschließen, daß die Amtsdauer der bestehenden Ausschüsse bis zur Neuwahl verlängert wird.

Über die Bildung weiterer Ausschüsse und die Wahl der Ausschußmitglieder wird die nächste Kammerversammlung im November 1999 befinden.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Landeswahlleiterin

Berufsrecht

Sie fragen - wir antworten

Im Rahmen der Sitzung der Kreisärztekammer Niederschlesischer Oberlausitzkreis am 24. 4. 1998 wurde durch Herrn Flämig, Vorsitzender der Kreisärztekammer, die Frage gestellt, ob ein deutscher Arzt in Polen, der Slowakei oder der Tschechischen Republik ärztlich tätig sein darf. Die Nachfragen bei den Vertretungen der drei Länder ergaben zusammenfassend folgendes: Ein Arzt, der im Besitz der deutschen Approbation oder Berufserlaubnis ist, bedarf für die Ausübung ärztlicher Tätigkeit auf dem Territorium dieses Staates einer Zulassung als Arzt in der jeweiligen Republik. Dazu muß er die Voraussetzungen im jeweiligen Land erfüllen. Zuständige Behörden für solche Anträge sind die jeweiligen Ministerien für Gesundheitswesen. Ohne eine solche

Genehmigung darf der ärztliche Beruf in diesen Ländern nicht ausgeübt werden.

Darüber hinaus haben uns die Vertretungen der drei Länder mitgeteilt, daß mit dieser Regelung nicht ausgeschlossen wird, daß durch einen Arzt mit deutscher Approbation oder Berufserlaubnis notwendige erste Hilfe bei einer ernsthaften Gefährdung der Gesundheit und des Lebens anderer Menschen gewährt werden kann und zwar bis zum Eintreffen von ärztlicher Hilfe des jeweiligen Staates.

Ass. Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Die Sächsische Ärzteversorgung informiert:

Im Zusammenhang mit der Veröffentlichung der Beitragswerte der Sächsischen Ärzteversorgung im Heft 1/1999 des „Ärzteblatt Sachsen“ erinnern wir an die Änderung des Beitragssatzes ab dem 1. 4. 1999 auf 19,5 %. Die Beitragsbemessungsgrenze gilt ab dem 1. 1. 1999 unverändert:

Mit der Zustimmung des Bundesrates am 18.12.1998 zur Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 1999 ergeben sich ab 1. Januar 1999 folgende Werte:

I. Rentenversicherung

1. Beitragssatz für alle Bundesländer:	vom 1. 1. 99 - 31. 3. 1999	ab 1. 4. 1999
	20,3 %,	19,5 %
Arbeitgeberanteil	10,15 %	9,75 %
Arbeitnehmeranteil	10,15 %	9,75 %
2. Beitragsbemessungsgrenze gültig ab 1. 1. 1999	neue Bundesländer 7.200,00 DM/Monat 86.400,00 DM/Jahr	alte Bundesländer 8.500,00 DM/Monat 102.000,00 DM/Jahr

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

	1. 1. - 31. 3. 1999	ab 1. 4. 1999	1. 1. - 31. 3. 1999	ab 1. 4. 1999
1) Höchstbeitrag	1.461,60 DM/Monat	1.404,00 DM/Monat	1.725,50 DM/Monat	1.657,50 DM/Monat
2) Mindestbeitrag				
(1/10 vom Höchstbeitrag)	146,16 DM/Monat	140,40 DM/Monat	172,55 DM/Monat	165,75 DM/Monat
3) halber Mindestbeitrag:	73,08 DM/Monat	70,20 DM/Monat	86,28 DM/Monat	82,88 DM/Monat
4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen (gilt nicht für die Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach § 44 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung)	3.654,00 DM/Monat	3.510,00 DM/Monat	4.313,75 DM/Monat	4.143,75 DM/Monat

Der Nachweis über die im Jahr 1998 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wurde Ihnen im März 1999 zugeschickt.

Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

Donnerstag, 22. April 1999, 19.00 Uhr

Sonderkonzert Junge Meister

Ludwig van Beethoven: „Kreutzer-Sonate“; Franz Schubert: Fantasie in C für Violine und Klavier

Jörg Faßmann, Violine - Staatskapelle Dresden

Prof. Gunter Anger, Klavier - Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden

(Eintrittspreis 20,- DM/ermäßigt 10,- DM)

Sonntag, 9. Mai 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Hochschule für Musik Dresden

Ludwig van Beethoven: Sonate für Violoncello und Klavier D-Dur

Dimitri Schostakowitsch: Klaviertrio e-Moll

Robert Schumann: Volkstonstücke Violoncello und Klavier und anderes

(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

Sonntag, 6. Juni 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Hochschule für Musik Dresden

Chika Sato (Klasse Prof. Amadeus Webersinke) spielt ihren Meisterklassenabschluß Klavier

(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

Donnerstag, 17. Juni 1999, 19.00 Uhr

Sonderkonzert Junge Meister

Trios für Flöte, Klarinette und Fagott von: Joseph Haydn, Antonio Vivaldi, Jean Francaix, Charles Koechlin u. a.

Anja Setzkorn - Flöte, Jan Seifert - Klarinette, Steffen Albert - Fagott

- Absolventen der Hochschule für Musik Dresden -

(Eintrittspreis 20,- DM/ermäßigt 10,- DM)

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

Im Anschluß an die Sonntagskonzerte „Junge Matinee“ besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch.
Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. (03 51) 8 26 71 10, Frau Arnold, gern entgegengenommen.

Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Fritz Peter Schulze - Collagen und Skulpturen

vom 1. 3. 1999 bis 23. 4. 1999

Prof. Siegfried Klotz - Malerei und Zeichnungen

(Hochschule für Bildende Künste Dresden)

vom 28. 4. 1999 bis 25. 6. 1999

Vernissage am Donnerstag, dem 20. Mai 1999, 19.00 Uhr

Vortrag: Herr Dr. Dieter Schmidt

Malerei und Zeichnungen „Erlebnis Krankheit“

vom 28. 6. 1999 bis 24. 8. 1999

Vernissage am Donnerstag, dem 8. Juli 1999, 19.00 Uhr

Vortrag: Herr Prof. Dr. med. Albrecht Scholz

Ausstellung im Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

Werner Haselhuhn - Malerei

Die Ausstellung ist bis zum 31.7.1999 zu sehen.

Die Kreisärztekammer Dresden lädt ein zum

6. Dresdner Ärzteball

Laßt uns auf Rosen tanzen
in der Nacht des 10. Juli 1999 um 19 Uhr.



SCHLOSS ALBRECHTSBERG

Der Preis der Ballkarte beträgt 120,- DM, für AiP und arbeitslose Kolleginnen und Kollegen 80,- DM (bitte Bescheinigung beifügen)

Kartenreservierungen werden bis zum 20. Juni 1999

bei Frau Riedel, Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, Telefon 8 26 74 26 erbeten.





Ausschreibung von Vertragsarztsitzen in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V auf Antrag des abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

Planungsbereich Chemnitzer Land 1 FA für Innere Medizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum **26.04.1999** an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon (0371) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Landkreis Löbau-Zittau 1 FA für Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.
Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15.05.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Weißeritzkreis 1 FA für Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in

der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15.05.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Dresden-Stadt 1 FA für Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.
Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 30.04.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Dresden-Stadt 1 FA für Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.
Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 30.04.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Torgau-Oschatz 1 FA für Radiologie

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53.

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 05.05.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Leipziger Land 1 FA für Innere Medizin

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.
Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 05.05.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich Leipziger Land 1 FA für Kinderheilkunde

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.
Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 05.05.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Änderungen der Richtlinie „Strahlenschutz in der Medizin“

Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit teilt mit, daß die Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin ergänzt bzw. geändert worden ist.

1. Anlage 6.2. der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin (GMBI 1992, S. 991)

Beschluß des Länderausschusses für Atomkernenergie - Fachausschuß Strahlenschutz - vom 9. / 10. Dezember 1998.

Die Anlage 6.2. der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin wird um folgenden Hinweis ergänzt:

Die erfolgreiche Teilnahme von medizinisch-technischen Radiologieassistenten an Prüfungen nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für technische Assistenten in der Medizin (MTA - APrV) vom 25. April 1994 kann als Nachweis der nach Satz 1 erforderlichen Kenntnisse anerkannt werden.

2. Änderung der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin (GMBI 1992, S. 991)

Anwendung von Sr-89 in der Strahlentherapie - Stellungnahme der Strahlenschutzkommission, verabschiedet in der 136. Sitzung am 22. / 23. Feb. 1996.

Anwendung von Sr-89, Re-186, Y-90 und Sm-153 in der palliativen Strahlentherapie - Stellungnahme der Strahlenschutzkommission, verabschiedet in der 147. Sitzung am 3. / 4. Juli 1997.

Beschlüsse des Länderausschusses Atomkernenergie - Fachausschuß Strahlenschutz vom 5. + 6. / 7. Oktober 1998 und 9. / 10. Dezember 1998.

In beiden Stellungnahmen hat die Strahlenschutzkommission festgestellt, daß - insbesondere aus psychologischen und sozialen Gründen - die dort aufgeführten radioaktiven Stoffe bei der palliativen Therapie von Knochenmetastasen im Gegensatz zu Nummer 6.6. (2) der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin, wonach Patienten, die nach Verabreichung offener radioaktiver Stoffe mindestens 48 Stunden stationär aufzunehmen sind, ambulant angewendet werden können.

Hierzu sind folgende Voraussetzungen erforderlich:

- die Behandlung ist gemäß Nummer 6.3. „Qualitätssicherung bei der Behandlung mit offenen radioaktiven Stoffen“ der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin durchzuführen, wobei eine Bettenstation nicht erforderlich ist,

- der anwendende Arzt muß die entsprechende Fachkunde zur Behandlung gemäß Anlage A 1 der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin nachweisen,

- bei pflegebedürftigen Patienten ist eine schriftliche Aufklärung der Angehörigen über entsprechende Strahlenschutzmaßnahmen erforderlich.

St. Leinung¹, C. Preuß¹, J.-P. Schneider², P. Börner¹

Die chirurgische Therapie von Frühstadien des Mammakarzinoms auf der Basis der mammographischen Markierung nonpalpabler Läsionen

¹Chirurgische Klinik I und
²Klinik und Poliklinik für
Radiologie der
Universität Leipzig

Zusammenfassung

Vorgelegt wird eine retrospektive Studie an 136 Patientinnen, die wegen einer karzinomverdächtigen Mammaläsion innerhalb eines Jahres an unserer Klinik ambulant operiert wurden. In 47 Fällen (34,6 %) lag ein palpabler und in 89 Fällen (65,4 %) ein nonpalpabler Befund vor. Die Indikationsstellung zur Mammographie ergab sich bei 43 Patientinnen (48,3 %) aus der Kontrolle einer Mastopathie, bei 23 Patientinnen (25,8 %) aus einer im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung durchgeführten Erstmammographie und bei 15 Patientinnen (16,8 %) anlässlich einer Kontrolle nach operativer Therapie eines Mammakarzinoms. Alle nonpalpablen Läsionen wurden präoperativ mammographisch 88,8 % (n = 79); sonographisch 6,7 % (n = 6) oder mittels Magnetspinresonanztomographie (MRT) 4,7 % (n = 4) markiert. Es erfolgte in jedem mammographisch markierten Fall eine intraoperative Präparatemammographie. Bei 16,8 % (n = 15 von 89) der nonpalpablen markierten Herde handelte es sich um ein Karzinom. 16,7 % (n = 3) aller markierten Malignome wurden in einem in-situ-Stadium, alle weiteren in einem pT1-, pN0-, M0-Stadium diagnostiziert und therapiert. Hieraus ergibt sich im Interesse einer Prognoseverbesserung, bei gleichzeitiger Senkung der Ablationsrate von Mammakarzinomen bei dennoch kurativer Therapie, die Forderung nach einem regelmäßigen Screening von definierten Risikogruppen. Die chirurgische Behandlung von Patientinnen mit kleinen, nicht sicher palpablen Befunden sollte Einrichtungen mit Markierungs- und Schnellschnittmöglichkeit vorbehalten bleiben.

Einleitung

Die Inzidenz des Mammakarzinoms der Frau wird in Europa zwischen 75,2 und 95,8 pro 100.000 angegeben [15, 18]. Sie ist weltweit steigend, ohne daß sich dabei die Mortalität erhöht [14, 15, 18]. Eine Senkung der Letalität ist unter den aktuellen Bedingungen nur durch eine Verschiebung von Diagnose und Therapie zu deutlich niedrigeren Tumorstadien erreichbar. Aktuell ist die Mammographie die Screeningmethode der Wahl [1, 4, 6, 10, 11, 14, 17, 23, 24].

Internationale Studien führten den Nachweis, daß ein regelmäßiges Mammographiescreening eine Senkung der Mortalität am Mammakarzinom erreichen kann. Zu nennen sind hier als eine der ersten großen Studien die „HIP-Studie“ (Health Insurance Plan) [6] aus den sechziger Jahren, die „Malmöstudie“ [1, 17, 24], die Studie von Tabar et al. [17, 23, 24] und die „Stockholm-Studie“ [11, 17, 24]. In der „Guildfordstudie“ [4, 10] wurde gezeigt, daß 14–19 % der entdeckten Karzinome in-situ-Karzinome waren. Im zweijährigen Abstand wurden in 14 Jahren insgesamt sieben Mammographien angefertigt. In der siebenten Screeningrunde waren 64 % der Mammakarzinome ausschließlich mammographisch erkennbar, verglichen mit 27 % in der ersten Screening Runde, was sehr deutlich den Erfolg eines über lange Zeit durchgeführten Mammographiescreenings aufzeigt. Nach den Angaben der Utrecht-Studie kann durch eine regelmäßige zweijährliche Mammographie bei Frauen zwischen dem 50. und dem 64. Lebensjahr die Mortalität am Mammakarzinom um bis zu 70 % und durchschnittlich um 45 % reduziert werden [9].

Aus dem Streben nach einer Verbesserung der Prognose ergibt sich die Notwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnostik und Therapie. Wir stellen vor diesem Hintergrund unsere Ergebnisse der ambulanten Behandlung suspekter palpabler und nonpalpabler Mammabefunde vor.

Diagnose- und Markierungsverfahren

Die Mammographieindikation ergab sich bei 48,3 % (n = 43) Patientinnen aus der Kontrolle einer Mastopathie oder/und einem Zustand nach Probeexzision im Bereich der Mamma. In 16,8 % (n = 15) der

Fälle erfolgte eine Erstmammographie als Vorsorgeuntersuchung, zum Beispiel bei einer familiären Mammakarzinomhäufung. Zu 16,8 % (n = 15) führte die Kontrolle nach operativer Therapie eines Mammakarzinoms zur Durchführung der Mammographie. In 9,0 % (n = 8) lagen sonstige Indikationen vor.

Suspekte Befunde werden der Mammographie- und Ultraschalluntersuchung zugewiesen. Bei nonpalpablen Befunden wird am Operationstag eine Drahtmarkierung überwiegend mammographisch durchgeführt. Sollte der Herd sonographisch darstellbar sein, wird diese Methode aufgrund der einfacheren Handhabung auch zur Markierung eingesetzt. Bei hochgradigem Malignitätsverdacht erfolgt die Operation stationär in unserer Klinik, um sofort die mögliche definitive Versorgung der Patientin anzuschließen. Bei suspekten, jedoch nicht dringend verdächtigen Befunden führen wir die Operation ambulant durch. Sollte eine Karzinomdiagnose in der Schnellschnittuntersuchung gestellt werden, wird die Patientin stationär eingewiesen.

Operatives Behandlungsregime

Nach der operativen Entfernung erfolgte vor der histologischen Schnellschnittuntersuchung in jedem Falle eine Präparate-mammographie. Soweit es dem Pathologen möglich ist, fordern wir eine Schnellschnittuntersuchung mit den Angaben über Tumorgöße, Tumorart, mögliche Multifokalität und Ausmaß des intraduktalen Anteiles. Die Indikationen zur brusterhaltenden Operation (BET), die in jedem Falle angestrebt wird, sind in unserem Hause wie folgt definiert:

- Tumorgöße bis 2 cm (in Ausnahmefällen, bei entsprechender Tumor-Brustgrößenrelation bis 3 cm)
- keine Multifokalität
- keine weiteren suspekten Mikroverkalkungen
- intraduktaler Anteil unter 25 %
- Eignung der Patientin zu Nachbestrahlung
- Sicherheitsabstand zum Gesunden 1 cm
- Alter über 40 Jahre
- Grenzsituationen nach Absprache mit der Betroffenen (unsere Empfehlung: eher ablativ Operation mit Sofortrekonstruktion)

Sollte eine Brusterhaltung nicht möglich sein, empfehlen wir den Beginn einer plastischen Brustrekonstruktion durch subpektorale Implantation eines Expanders zum Ablationszeitpunkt. Im zweiten Schritt erfolgt nach wöchentlicher Expanderfüllung der Implantataustausch gegen eine Silikonprothese mit texturierter Oberfläche. Die bei Malignität erforderliche definitive Operation führten wir ausschließlich stationär und innerhalb von maximal vier Tagen zweizeitig durch.

Patientengut

1997 wurden an der Chirurgischen Klinik I der Universität Leipzig 136 Patientinnen mit einem Durchschnittsalter von 54 Jahren (minimal 17, maximal 86 Jahren) wegen eines palpatorisch, sonographisch, mammographisch oder im MRT karzinomverdächtigen Befundes ambulant-chirurgisch versorgt. Es handelte sich in 65,4 % (n = 89) der Fälle um nonpalpable Läsionen, von denen 88,8 % (n = 79) präoperativ mammographisch, 6,7 % (n = 6) sonographisch und 4,5 % (n = 4) im MRT markiert wurden. 34,6 % (n = 47) der Patienten stellten sich mit tastbaren abklärungsbedürftigen Befunden vor.

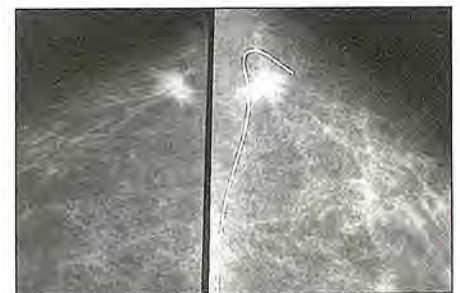


Abbildung 1: mammographisch markierte malignomverdächtige Mammaläsion



Abbildung 2: Präparatemammographie desselben Befundes

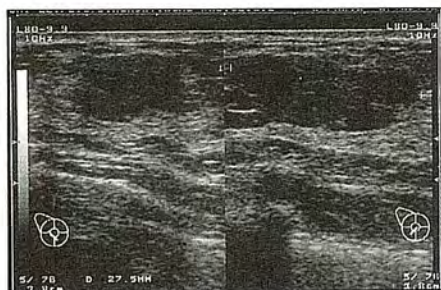


Abbildung 3: Darstellung eines malignomverdächtigen Herdes in der Sonographie



Abbildung 4: Markierung eines malignomverdächtigen Herdes mit Hilfe der MRT

Ergebnisse

Die Treffsicherheit bei der Exstirpation markierter Befunde lag bei 96,6 % (n = 86 von 89). Dreimal mußte bei unvollständiger Primärexstirpation des suspekten Herdes in gleicher Sitzung eine Nachexzision erfolgen.

Bei den unmarkierten Befunden fanden wir in 6,4 % (n = 3) und bei den markierten Läsionen in 16,8 % (n = 15) histologisch Karzinome. Die ausführlichen histologischen Diagnosen sind in Tabelle 2 aufgeführt. Aus ihr geht auch hervor, daß durch die markierte Probeexzision zu 11,2 % (n = 10), im Vergleich zu 6,4 % (n = 3) bei der Exstirpation palpabler Tumoren, ein deutlich höherer Anteil der atypischen duktaalen Hyperplasie entfernt wurde.

16,7 % (n = 3) aller markierten Malignome wurden in einem in-situ-Stadium, alle weiteren (83,3 %, n = 12) in einem pT1-, pN0-, M0-Stadium diagnostiziert. Von den palpablen Herden diagnostizierten wir nur 5,5 % (n = 1) in-situ-Karzinome. Nur 16,7 % (n = 3) der Malignome lagen im pN0-Stadium vor. Die exakte Stadieneinteilung enthält Tabelle 3.

Die durchschnittliche Tumorgöße betrug 12,13 mm (Minimum 4 mm, Maximum 28 mm). Die durchschnittliche Anzahl unter-

suchter Lymphknoten lag im Level 1 - 2 bei 14,5 (3 bis 28) pro Patientin.

Tabelle 1: Verteilung der diagnostizierten Karzinome auf unmarkierte und markierte Befunde

Methode	Patientinnen		Malignität im Exzissat	
	n	%	n	%
gesamt	136	100	18	13,2
unmarkierter Befund	47	34,6	3	6,4
markierter Befund	89	65,4	15	16,8

Tabelle 2: Histopathologische Befunde

Histologie	gesamt		markiert		unmarkiert	
	n	%	n	%	n	%
	136	100	89	65,4	47	34,6
benigne:						
Fibrose	18	13,2	12	13,5	6	12,8
atypische duktaale Hyperplasie (ADH)	13	9,5	10	11,2	3	6,4
Mastopathie	58	42,6	37	41,6	21	44,7
Fibroadenom	23	16,9	12	13,5	11	23,4
Papillom duktaal	1	0,7	1	1,1	0	0
Zyste	2	1,5	0	0	2	4,2
Entzündung	2	1,5	2	2,2	0	0
Sklerose	1	0,7	0	0	1	2,1
maligne:						
invasiv-duktaales Karzinom	14	10,3	12	13,5	2	4,2
Duktales Karzinom in situ (DCIS)	4	2,9	3	3,4	1	2,1

Tabelle 3: TNM-Klassifikation der Karzinome [keine Axilladisektion bei DCIS (n = 4)]

Stadium			markierte Malignome		palpable Malignome	
	n	%	n	%	n	%
pTis(DCIS)	4	22,2	3	16,7	1	5,5
pT1a	4	22,2	4	22,2	-	-
pT1b	4	22,2	4	22,2	-	-
pT1c	5	27,7	4	22,2	1	5,5
pT2	1	5,5	-	-	1	5,5
pN0	12	1,5	15	83,3	3	16,7
pN1	2	0,7	-	-	2	11,1
M0	18	10,3	-	-	-	-

Bei den markierten Karzinomen konnte eine deutlich höhere Rate brusterhaltender Operationen erreicht werden. So mußte bei den palpablen Tumoren in 7,3 % (n = 10), bei den markierten Tumoren dagegen nur in 2,9 % (n = 4) der Fälle eine Mastektomie erfolgen.



Abbildung 5: Operatives Ergebnis nach brusterhaltender Operation eines pT1pN0M0-Mammakarzinoms

16,6 % (n = 3 von 18 Patientinnen) waren durch die Tumorexstirpation onkologisch sicher versorgt. In dieser Gruppe finden sich die Patientinnen mit einem duktalem Karzinom in situ (DCIS) mit 3 - 4 Scorepunkten des Van Nuys Prognose Index von Silverstein [13]. In einem Fall wurde ausschließlich eine Nachresektion der Tumorexstirpationshöhle durchgeführt. Es handelte sich um eine Patientin mit einem DCIS von 5 - 7 Scorepunkten nach dem Van Nuys Index. Durch eine entsprechende Nachresektion wurde die Prognose im Sinne eines Downscoring verbessert. Bei vier Patientinnen mit dem Tumorstadium pT1pN0-M0 erfolgte eine brusterhaltende Nachresektion der Tumorexstirpationshöhle mit Axilladisektion. In 55,5 % (n = 10) der Fälle mußte eine modifizierte radikale Mastektomie mit Axilladisektion als definitive Versorgung vorgenommen werden. In dieser Gruppe befanden sich Pa-

tientinnen mit einem Tumorstadium pT1-2pN0-1M0.

Die Indikation zur ablativen Therapie ergab sich in einem Falle aus der Tumor-Brustgrößenrelation, in fünf Fällen aus einem intraduktalen Anteil größer als 25 %, in einem Fall aus einem multifokalen Karzinom, in einem Fall aus einem Alter unter 40 Jahren und in zwei Fällen aus einem Alter über 70 Jahren mit kardiopulmonaler

Begleiterkrankung, die eine Kontraindikation zur postoperativen Strahlentherapie darstellte (Tabelle 4).

Wundheilungsstörungen traten bei 6,6 % (n = 9) auf. Die unmarkierten Mammæ wiesen mit 2,1 % (n = 1) eine niedrigere Wundheilungsstörrungsrate auf, als die mit präoperativer Markierung. Deren Häufigkeit an Wundheilungsstörungen lag bei 9 % (n = 8) (Tabelle 5).

Tabelle 4: Indikationen zu den verschiedenen Therapieformen

Therapieform	n	Prozent	Indikation
Tumorexstirpation	3	16,6 %	DCIS mit 3 - 4 Scorepunkten Van Nuys Prognose Index nach Silverstein
Nachexzision	1	5,5 %	DCIS von 5 - 7 Scorepunkten Van Nuys Index
brusterhaltende Operation mit Axilladisektion	4	22,4 %	Tumorstadium pT1pN0M0
modifizierte radikale Mastektomie mit Axilladisektion	10	55,5 %	Tumorstadium pT1pN0M0 1 Fall ungeeignete Tumor - Brustgrößenrelation 5 Fälle exzessiv hoher intraduktaler Anteile 1 Fall multifokales Karzinom 1 Fall Alter unter 40 Jahren 2 Fällen Alter über 70 Jahren mit kardiopulmonaler Begleiterkrankung

Tabelle 5: Wundheilungsstörungen in Abhängigkeit von einer präoperativen Markierung

	n	Wundheilungsstörungen	
		n	%
gesamt	136	9	6,6
unmarkiert	47	1	2,1
markiert	89	8	9

Diskussion

Trotz aller neuen Prognosefaktoren, wie zum Beispiel dem Nachweis von p53-Mutationen und disseminierten Tumorzellen im Knochenmark, bleibt das Stadium das prognostisch bedeutsamste Prognosekriterium [7, 20]. Daraus resultiert, daß eine Verbesserung der Prognose nur durch eine Verlagerung der Therapie in Frühstadien möglich ist. Internationale Studien wiesen nach, daß ein Mammographiescreening die

Mortalität altersabhängig von 20 - 70 % senkt [1, 4, 10, 11, 17, 23, 24]. Außerdem erhöht sich durch die Entdeckung kleiner Mammakarzinome die Rate brusterhaltender Operationsverfahren [14]. In der Guldordstudie waren bei der siebenten Screeningrunde 64 % der Mammakarzinome so klein, daß sie ausschließlich mammographisch erkannt werden konnten [4, 10]. Dies zeigt den Wert der Mammographie, die dann auch als Markierungsmög-

lichkeit dieser nonpalpablen Befunde zur Verfügung steht.

Unterstrichen wird die hervorragende Rolle der Mammographie als Früherkennungsmethode dadurch, daß bei den markierten Karzinomen eine deutlich höhere Rate brusterhaltender Operationen erreicht werden konnte. So mußte bei den palpablen Tumoren in 7,3 % ($n = 10$), bei den markierten Tumoren jedoch nur in 2,9 % ($n = 4$) der Fälle eine Mastektomie durchgeführt werden. Ebenfalls wurde durch Probeexzision markierter Befunde zu 11,2 % ($n = 10$) ein deutlich höherer Anteil der atypischen duktaalen Hyperplasie entfernt. Im Vergleich wurden bei der Exstirpation palpabler Tumore nur zu 6,4 % ($n = 3$) eine atypische duktaale Hyperplasie histologisch diagnostiziert. Alle markierten Befunde waren pT1pN0 M0-Karzinome.

Auf diesen Fakten basiert eine aktuelle Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, nach der ab 1999 nun auch in Deutschland in einer Modellregion ein Mammographie-screening erprobt werden soll. Während der dreijährigen Laufzeit des Projekts sollen 80.000 Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren untersucht werden. Man hofft, so in der Gruppe der Anspruchsberechtigten die Mammakarzinommortalität gemäß internationaler Erfahrungen um etwa 30 % zu senken [13]. Trotz der zunächst entstehenden Kosten ist auch in Deutschland ein Mammographiescreening zu fordern. Die Folgekosten durch Arbeitsunfähigkeit, Chemo- und Strahlentherapie sowie weiterer Krankenhausaufenthalte würden sich verringern. Eine entsprechende Qualitätskontrolle mit Schaffung von Referenzzentren wäre erforderlich. Frauen der Altersgruppe von 55 bis 65 Jahren bieten nach den oben genannten Studien die günstigsten Voraussetzungen für ein Mammographiescreening [10].

Die Kontrolle des exstirpierten Präparates mit der Präparatemammographie wird für unbedingt erforderlich gehalten und auch von uns konsequent durchgeführt [14, 20]. Die Treffsicherheit bei der Exstirpation markierter Befunde lag bei 96,6 % ($n = 86$ von 89). Gallagher et al. [12] plazierten den Markierungsdraht in 96 % der Fälle näher als 2 mm an den mammographisch

suspekten Herd. Auf diese Weise konnten 96 % der Läsionen bei der ersten Gewebeentnahme entfernt werden. Unsere Ergebnisse entsprechen diesen Befunden. Der Erfolg des Eingriffs hängt im wesentlichen davon ab, wie nah der Draht an den mammographisch auffälligen Herd gebracht werden kann. Bei einer nichtoptimalen Markierung muß der Chirurg zuerst auf eine Verbesserung der Markierung dringen. Sollte dies nicht möglich sein, muß die Probeexzision entsprechend größer erfolgen. Gerade bei Karzinomen beeinträchtigt eine unvollständige Tumorexstirpation die Durchführung einer brusterhaltenden Operation.

Die Bedeutung mammographischer Zufallsbefunde zeigt sich im Vergleich der Zahl von 16,8 % ($n = 15$) Karzinome bei den markierten Exstirpationen im Gegensatz zu 6,4 % ($n = 3$) Karzinome bei Tastbefunden. Es ergibt sich daraus auch eine untergeordnete Rolle der Selbstuntersuchung gegenüber dem Mammographiescreening. Trotzdem bleibt der Wert der Selbstuntersuchung unumstritten, denn ca. 80 % der tastbaren Mammakarzinome wurden zuerst durch die Patientin entdeckt [10, 15]. Die Nachweisrate von Karzinomen liegt gering unter den Angaben der Literatur. So fanden Wallace et al. [25] 33 %, Devia et al. [7] 26,2 % und Sutton et al. [19] 24,9 % Karzinome bei markierten Probeentnahmen. Caruso et al. [5] sehen einen deutlichen Anstieg des Nachweises von Karzinomen bei der gezielten Probeentnahme bei Patientinnen über 50 Jahren. Sie geben diesen mit 37 - 39 % an. Zur geringen Zahl von diagnostizierten Karzinomen bei den Tastbefunden ist zu bemerken, daß Tastbefunde im mammographischen Bild oft eindeutig benigne interpretiert wurden. Nur auf Drängen der Patientinnen nach absoluter Sicherheit erfolgte eine Entfernung. Außerdem ist zu betonen, daß bei unserer Vorgehensweise präoperativ schon eine Selektion getroffen wurde. Eindeutig maligne Befunde wurden sofort stationär und einzeitig therapiert, so daß die vorgelegten Zahlen nur Läsionen beinhalten, bei denen ein Malignitätsverdacht bildgebend nicht sicher genug entkräftet werden konnte. In Gegenüberstellung zu den 1997 136 ambulant operierten Patientinnen, wurden im gleichen Zeitraum 116 Mammatumore

stationär exstirpiert, wovon 77,6 % ($n = 90$) maligne und 22,4 % ($n = 26$) benigne waren.

Wir konnten in-situ-Karzinome durch Tumorexstirpation markierter Befunde deutlich häufiger als bei palpablen Tumoren nachweisen. 83,3 % der Karzinome waren im Gegensatz zu nur 16,7 % der palpablen Karzinome frei von Lymphknotenmetastasen. Die Tendenz zum Nachweis von Frühstadien deckt sich mit den Literaturangaben und verdeutlicht die Forderung nach einem Mammographiescreening. So zeigte Anderson et al. [1, 17, 24] in der Kontrollgruppe ohne Mammographiescreening deutlich höhere Tumorstadien. 52 % (231 von 443 Frauen) hatten ein Karzinom im Stadium II - IV, im Gegensatz zu 33 % (190 von 443 Frauen) der Screeninggruppe. In der Guildfordstudie wurde gezeigt, daß 14 - 19 % in-situ-Karzinome waren [4, 10].

Wundheilungsstörungen traten bei den markierten Befunden [9 % ($n = 8$)] deutlich häufiger, im Gegensatz zu den unmarkierten tastbaren Befunden [2,1 % ($n = 1$)], auf. Die Markierung stellt somit eine Gefahr für die Kontamination des Gewebes dar. Sie unterstreicht die strikte Notwendigkeit einer aseptischen Arbeitsweise beim Markieren und auf dem Transportweg.

Außerdem wäre eine periinterventionelle Antibiotikaphylaxe mit einem Cephalosporin der 3. Generation am Operationstag aufgrund der langen Wirkungsdauer zu diskutieren. Zu fordern ist weiterhin ein kurzes Markierungs-Operations-Intervall. Es konnte somit gezeigt werden, daß nonpalpable Karzinome im sehr hohen Maße durch Mammographie mit präoperativer mammographischer Markierung zu erfassen sind. Die Früherkennung drückt sich darin aus, daß 100 % M0-Stadien und fast 90 % pN0-Stadien waren. Die Bedeutung der präoperativen Markierung einschließlich des sterilen Arbeitens sollte besonders Berücksichtigung finden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse

Dr. med. Steffen Leinung

Chirurgische Klinik I, Universität Leipzig

Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig

Tel. (03 41) 9 71 70 84

Fax: (03 41) 9 71 70 89

e-mail: leinungs@medizin.uni-leipzig.de

Artikel eingegangen: 2. 11. 1998

Artikel angenommen: 3. 12. 1998

Das Mammakarzinom - Operatives Management und Nachbehandlung unter besonderer Berücksichtigung kosmetischer Aspekte

Chirurgische Klinik I der
Universität Leipzig

Zusammenfassung

Ohne an Sicherheit für die Patientin zu verlieren, ist die operative Behandlung des Mammakarzinoms in den letzten Jahren wesentlich schonender und differenzierter geworden (7, 14). Der Jahrzehnte unangefochtene Standard der radikalen Mastektomie nach Rotter und Halsted bleibt nur noch besonderen lokalen Situationen vorbehalten. Zu den häufigsten Operationen zählen modifizierte Radikalooperationen mit Entfernung der axillären Nodi I und II (ca. 16 - 20 Lymphknoten), die subkutane Mastektomie und verschiedene Arten der brusterhaltenden Operation (14). So sind neben den onkologisch und tumorbiologisch determinierten Standards die Wünsche der Patientinnen bei der Auswahl des Resektions- und des plastisch-rekonstruktiven Verfahrens in zunehmenden Maße einbeziehbar. Die Patientin kann in einem bestimmten Rahmen den für sie günstigsten Eingriff mit auswählen. Der Chirurg wird dabei nach bestem Wissen und Gewissen beratend tätig. Allgemein wird bei den Rekonstruktionsverfahren zwischen der primären (Sofortrekonstruktion) und der sekundären Rekonstruktion (Tage bis Jahre nach der Amputation) unterschieden (12). Weiterhin differenziert man zwischen Brustaufbau mit körpereigenem Material (Latissimus- oder Rektuslappen) und einem Aufbau mit Prothesenimplantaten (6, 12, 15). Nach brusterhaltender Operation muß immer eine Nachbestrahlung erfolgen. Eine Zusatztherapie empfehlen wir bei Patientinnen mit einem erhöhten Risiko für eine Dissemination der Erkrankung (Lymphknotenbefall, großer Primärtumor pT3 und Entdifferenzierung G 3). Die folgende Darstellung behandelt ausführlich das chirurgische Management, es wird aufgezeigt, wie ein spezieller Therapieplan entsteht und welchen individuellen Entscheidungsspielraum die betroffenen Frauen dabei besitzen. Auf die Formen der Nachbehandlung und Nachsorge wird stichpunktartig hingewiesen.

1. Inzidenz und Prognose

Das Mammakarzinom ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung der Frau. Die Inzidenz nimmt seit Jahren zu; etwa jede 7. - 9. Frau erkrankt am Mammakarzinom (12). Überschaubar man die letzten 10 Jahre, so wurden in unserer Klinik jährlich ca. 100 - 130 Patientinnen mit einem primären Mammakarzinom operativ behandelt. Die 10-Jahresüberlebensrate wird nach radikaler Mastektomie in Abhängigkeit des Lymphknotenbefalls von VLA-GUSSA und anderen (18) bei nodalnegativen Patienten mit 72 %, bei nodalpositiven Patienten mit 25 % angegeben. Das Mammakarzinom gilt deshalb als klassisches Beispiel der Systemerkrankung durch einen soliden Tumor (18). Das Risiko eines Lokalrezidivs nach brusterhaltender Operation ist abhängig von der Tumorgroße. In der von SAUER (13) zitierten GBSG-I-Studie traten bei Tumordurchmessern von < 10 mm in 7 % Lokalrezidive, verglichen mit 19 % bei einem Tumordurchmesser von 11 - 20 mm nach postoperativer Nachbestrahlung auf, wobei ein zeitig erkanntes Lokalrezidiv die Gesamtprognose nicht negativ beeinflusst (13, 18).

2. Klinik und Diagnostik

Klinische Standardzeichen des Mammakarzinoms sind ein palpabler Knoten mit Einziehung der Haut oder Brustwarze, ein Plateauphänomen über dem Tumor, eine sogenannte Orangenhaut, Absonderung

aus der Mamille und eine ekzematös veränderte Mamille. Abklärungsbedürftig sind eine umschriebene zyklusunabhängige Mastodynie oder unklare Tastbefunde. Nach der klinischen Untersuchung ist die Kombination von Mammographie und Mammasonographie als Untersuchungsstandard anzusehen. In unklaren Situationen, vor allem nach Voroperationen, kommt die kontrastmittelverstärkte Kernspintomographie hinzu (5, 9). Durch die Mammographie gelingt es, ein Mammakarzinom im Frühstadium zu diagnostizieren, ohne daß klinische Zeichen erkennbar sind (9). Es ist bekannt, daß durch eine regelmäßige zweijährige Mammographie bei Frauen zwischen dem 50. und dem 64. Lebensjahr die Mortalität am Mammakarzinom um bis zu 70 % reduziert werden kann (9). Ergänzt wird dies durch die Möglichkeit, im Ultraschall mammographisch stumme Befunde darzustellen (9). Hieraus ergibt sich unserer Meinung nach die Rechtfertigung der Vorsorgeuntersuchung für Risikogruppen wie familienanamnestisch mit einem Mammakarzinomen belastete Frauen, Frauen mit gutartigen Brusterkrankungen, besonders Frauen mit früheren Biopsien, Frauen mit fibrozytischer „Degeneration“, Nulliparae oder Frauen mit später Erstschwangerschaft ab dem 50. Lebensjahr und natürlich Frauen mit früheren Krebserkrankungen in einer Brust.

3. Pathologie

Die WHO hat im Jahre 1981 die zweite Auflage einer noch allgemein akzeptierten histologischen Klassifikation der Mammatumoren herausgegeben (Tab. 1, Seite 158).

Derzeit existieren mehr als 60 Prognosefaktoren unterschiedlicher Bedeutung (1). Aus diesen ergeben sich bestimmte Anforderungen an die diagnostische Aussage des Pathologen, die wesentlich die Therapieplanung beeinflussen (1).

Der Pathologe erhält das erforderliche Untersuchungsmaterial aus der als erstes durchzuführenden Tumorektomie mit Umgebungsgewebe. Besonders wichtig ist hierbei eine Fadenmarkierung der Resektionsränder zur räumlichen Orientierung des Pathologen. Im folgenden ist eine optimale Zusammenarbeit zwischen Pathologen und Chirurgen außerordentlich wichtig, denn eine informationsreiche Schnellschnittuntersuchung ist Voraussetzung für eine moderne Mammachirurgie. Wir erhalten Auskunft über Tumorart, Tumorgroße, Sicherheitsabstand und die Höhe eines eventuellen intraduktalen Anteils. Für den Chirurgen ist die Angabe zur Höhe eines intraduktalen Anteils für die Einschätzung der Durchführbarkeit einer brusterhaltenden Operation Voraussetzung (1, 14).

Für spezielle Situationen wie zum Beispiel beim dukalen Carzinoma in situ (DCIS) wird eine sehr komplexe Einschätzung in Form des von Silverstein (16) publizierten

Tabelle 1: Histologische Klassifikation des Mammakarzinoms (1)

1.	Nichtinvasive Karzinome
1.1.	Intraduktale Karzinome (DCIS)
1.2.	Morbus Paget
1.3.	Lobuläres Carzinoma in situ (LCIS)
2.	Invasive Karzinome
2.1.	Invasives duktales Karzinom
2.2.	Invasives duktales Karzinom mit prädominierender intraduktaler Komponente
2.3.	Invasives lobuläres Karzinom
2.4.	Invasives papilläres Karzinom
2.5.	Invasives kribriiformes Karzinom
2.6.	Medulläres Karzinom
2.7.	Muzinöses Karzinom
2.8.	Tubuläres Karzinom
2.9.	Adenoid-zystisches Karzinom
2.10.	Sekretorisches Karzinom
2.11.	Zystisch-hypersekretorisches Karzinom
2.12.	Apokrines Karzinom
2.13.	Plattenepithelkarzinom
2.14.	Metaplastisches Karzinom
2.15.	Karzinom
2.16.	Adenosquamoses Karzinom
2.17.	Mukoepidermoides Karzinom
2.18.	Siegelringzellkarzinom
2.19.	Karzinom mit osteoklastenartigen Riesenzellen
2.20.	Karzinom mit endokriner Differenzierung
2.21.	Glykogenreiches Klarzellenkarzinom
2.22.	Lipidreiches (-bildendes) Karzinom

Tabelle 2: Anforderungskriterien an den histopathologischen Befund (1)

1.	Histopathologische Klassifikation des Tumors mit Größe, Form, Wachstumsverhalten, Stromreaktion
2.	Tumorigradung als dreistufiges modifiziertes Grading unter Angabe einer Score-Summe aus einzelnen Kriterien
3.	Lymphknotenstatus nach Untersuchung von mindestens 10 axillären Lymphknoten
4.	Hormonrezeptorstatus durch immunhistochemischen Score oder fmol-Angabe nach biochemischer Analyse
5.	pTNM-Klassifikation

Tabelle 3: Van Nuys Prognose-Index für DCIS (2, 16)

Prognosefaktor	Score 1	Score 2	Score 3
DCIS-Größe	< 4 mm	5 - 40 mm	> 40 mm
Resektionsrand	> 9 mm	1 - 9 mm	0 - 1 mm
Histoklassifikation	non-high grade	non-high grade und Nekrosen	high grade

Van Nuys Prognose Index zur Therapieplanung erwartet (2). Diese sind nicht in einer Schnellschnittuntersuchung zu erbringen, so daß hier ein zweizeitiges operatives Vorgehen erforderlich wird.

Aus diesem Index kann man drei bis neun prognostisch relevante Score-Punkte errechnen, die die biologische Potenz eines DCIS bestimmen und erhält eine Orientierung für eine brusterhaltende oder ablative Therapieart und die Nachbehandlung (2, 16). So wird bei 3 - 4 Scorepunkten die alleinige Tumorexzision und bei einem Score von acht bis neun die Mastektomie empfohlen. Patientinnen mit einem DCIS mit Score fünf bis sieben profitieren von einer Nachbestrahlung nach der Tumorexzision, wobei durch eine entsprechende Nachresektion jedoch die Prognose im Sinne eines Downscoring ohne Radiatio verbessert werden kann (1, 2, 16).

4. Operatives Management

Suspekte Befunde wie zum Beispiel palpatorisch, mammographisch und sonographisch nicht sicher einschätzbare Tumoren oder mammographischer Mikrokalk werden ambulant-chirurgisch abgeklärt. Bei nichtpalpablen Befunden erfolgt eine stereotaktische Drahtmarkierung durch Sonographie, Mammographie oder, wenn er sich mit diesen Methoden nicht darstellt, mit dem MRT. Wir operieren nur ambulant, wenn die Wahrscheinlichkeit einer weiterführenden Operation relativ gering ist. Sollte sich in der histopathologischen Untersuchung ein maligner Befund zeigen, werden die Patientinnen stationär aufgenommen und schnellstmöglich definitiv operiert.

Patientinnen mit hochgradigem Verdacht auf ein Mammakarzinom, welcher sich aus der klinischen Untersuchung ergibt (derber Tumor mit Hauteinziehung, Asymmetrie, Plateauphänomen, palpable Lymphknoten) oder beziehungsweise und aus der mammographischen Untersuchung mit dem Nachweis von Mikrokalk und Ausläufern in das normale Mammagewebe, werden in einer Operationssitzung behandelt. Präoperativ muß so eine Fülle an Fakten mit der Patientin besprochen werden. So erhält die Patientin eine Information über den allgemeinen operativen Ablauf, über eine mögliche Nachbehandlung, über Komplikationsmöglichkeiten des

operativen Eingriffs, über das Verhalten in Grenzsituationen der brusterhaltenden Operation. Wir bieten im Falle einer Ablatio mammae die Möglichkeit des Sofortaufbaus oder auch einer späteren Rekonstruktion an und informieren in diesem Zusammenhang über die Möglichkeit der Rekonstruktion mit Prothese oder körpereigenem Gewebe. Hier wird es sehr auf die Meinung der Patientin ankommen, denn spezielle Risiken in Grenzsituationen müssen gemeinsam getragen werden. Zudem erfordert die rekonstruktive Mammachirurgie eine besondere Compliance der Patientin, deren Basis ein vertrauensvolles Verhältnis der Patientin zum Behandler ist.

Brusterhaltende Operationen



Abbildung 1: 63-jährige Patientin mit brusterhaltender Therapie (BET) wegen pT2-Karzinom mit Axilladisektion über einen Schnitt, Ansicht von vorn



Abbildung 2: 63-jährige Patientin mit brusterhaltender Therapie wegen pT2-Karzinom mit Axilladisektion über einen Schnitt, Ansicht seitlich



Abbildung 3: 45-jährige Patientin mit brusterhaltender Therapie wegen pT1-Karzinom im unteren äußeren Quadranten rechts mit separater axillärer Schnittführung, Asymmetrie zugunsten rechts vorbestehend, Ansicht von vorn



Abbildung 4: 45-jährige Patientin mit brusterhaltender Therapie wegen pT1-Karzinom im unteren äußeren Quadranten rechts mit separater axillärer Schnittführung, Seitenansicht

Nach der Entfernung des verdächtigen Tumors ist auf der Basis des Schnellschnittbefundes über die weitere operative Therapie zu entscheiden. Für die Durchführbarkeit einer brusterhaltenden Operation ist die Tumorgöße eines der wichtigsten Kriterien. Eine Tumorgöße bis zwei Zentimeter ist dabei nicht absolut bindend, sondern es kommt auf die Relation Tumorgöße zu Brustgröße und das nach Einhaltung des erforderlichen Sicherheitsabstandes zu erwartende kosmetische Ergebnis an (7, 11, 14). Zugrunde liegt die Erkenntnis, daß mit zunehmender Tumorgöße die Wahrscheinlichkeit einer Multifokalität des Karzinoms steigt und damit das Risiko für das Ergebnis einer brusterhaltenden Operation. Außerdem ist zu bedenken, daß eine sehr große Brust für eine Nachbestrahlung ungeeignet ist (1, 14). Für die Sicherheit der Patientin halten wir einen allseitigen Sicherheitsabstand von einem Zentimeter zum Gesunden für erforderlich, der in der Literatur oft geringer angegeben und derzeit kontrovers diskutiert wird (3, 13, 14). In diesem Zusammenhang zeigt die Mailänder Studie (13), daß bei Tumorexzisionen mit einem Sicherheitsabstand < 1 cm Breite im Vergleich zur Quadrantektomie die Rate der In-Brust-Rezidive um fast das Dreifache steigt.

Im Vorgespräch ist zu bedenken, daß eine brusterhaltende Behandlung eine Nachbestrahlung wegen möglicher Multifokalität erfordert. Sauer (13) empfiehlt eine Gesamtdosis von 45 bis 50 Gy in 25 bis 28 Fraktionen in einem Zeitraum von fünf bis sechs Wochen über zwei opponierende „Zangenfelder“ mit Keilfiltertechnik. Deshalb wird man älteren multimorbiden Patientinnen mit schweren kardiopulmonalen Begleiterkrankungen wohl eher eine Entfernung der Brust empfehlen. Dem gegenwärtigen Erkenntnisstand entsprechend empfehlen wir bei einem intraduktalen Anteil von über 25 Prozent in der Regel keine brusterhaltende Operation, sondern orientieren auf einen plastischen Aufbau der Brust (1, 11, 14). Im Grenzbereich sind die individuellen Einstellungen der einzelnen Patientin besonders wichtig. In jedem Falle ist bei der brusterhaltenden Operation eine Entfernung der Lymphknoten unterhalb der V. axillaris meist über einen separaten in der Achsel-

höhle versteckt liegenden Schnitt nötig (11). Die brusterhaltende und rekonstruktive Operation ist im Sitzen durchzuführen. Eine individuelle, zum Teil versteckte Schnittführung, die Mobilisation des Drüsenkörpers mit Einschwenkung in den Defektbereich zum plastischen Defektverschluß nach Segmentresektion beziehungsweise Tumorektomie und eine schichtweise Rekonstruktion des Drüsenkörpers und der Narbe mit sehr dünnen fortlaufenden Koriumnähten sind für ein ansprechendes Operationsergebnis unverzichtbar (11, 12).

Modifizierte radikale Mastektomie mit Axilladisektion



Abbildung 5: 68-jährige Patientin mit Zustand nach modifizierter radikaler Mastektomie wegen multifokalem Karzinom

Sollte eine brusterhaltende Operation aus den oben genannten Gründen nicht zu empfehlen sein, so kann diese Operation mit relativ kleiner individueller - dem Tumorsitz angepaßter - Schnittführung und nach Aufbau der Narbe mit fortlaufenden Koriumnähten erfolgen.

Plastischer Brustaufbau

Nach Entfernung der Brustdrüse empfehlen wir bei biologisch jungen Patientinnen den plastischen Brustaufbau in gleicher Sitzung, da das Gewebe zu diesem Zeitpunkt noch unvernarrt elastisch ist und der Frau das Trauma der Brustlosigkeit erspart bleibt (6).

Der jeweiligen Ausgangssituation entsprechend bieten sich rekonstruktive Verfahren aus autologem Material wie den TRAM-Lappen aus der Bauchdecke (15) und gemischte Verfahren mit Prothese und Latissimus dorsi-Lappen beziehungsweise

Tabelle 4: Indikationen zur brusterhaltenden Operation

Tumorgöße bis 2 cm (in Ausnahmefällen, bei entsprechender Tumor-Brustgrößenrelation bis 3 cm)
keine Multifokalität
keine weiteren suspekten Mikroverkalkungen
intraduktaler Anteil unter 25 %
Eignung der Patientin zur Nachbestrahlung
Grenzsituationen nach Absprache mit der Betroffenen
(unsere Empfehlung: eher ablative Operation mit Sofortrekonstruktion)
Sicherheitsabstand zum Gesunden 1 cm
Alter über 40 Jahre

Tabelle 5: Chirurgische Therapiemöglichkeiten (14)

Methode	Resektionsausmaß
Tumorektomie	Tumor mit einem Saum gesunden Gewebes
Segmentresektion	Brustdrüsensegment
Subkutane Mastektomie	Brustdrüsenkörper (90 - 95 %) unter Erhalt des Haut-Subkutismantels
modifizierte radikale Mastektomie mit Axilladisektion	Brustdrüse, Pectoralisfaszie, axilläre Lymphknoten, Level I und II
Operation nach PATEY	Brustdrüse, M. pectoralis minor, axilläre Lymphknoten
Radikale Mastektomie (Rotter-Halsted)	Brustdrüse, Mm. pectoralis major et minor, axilläre Lymphknoten
erweiterte radikale Mastektomie	Brustdrüse, Mm. pectoralis major et minor, axilläre Lymphknoten, Mammaria-Lymphknoten, supra- und infraklavikuläre Lymphknoten

Turn over Verfahren an. Ersteres und bedingt auch letztere Varianten sind hochspezialisierte plastisch-chirurgische Verfahren, die Operationszeiten von 6 - 12 Stunden benötigen. Sollten Komplikationen auftreten, können diese sehr einschneidend für die betroffene Frau sein (4). Wir bevorzugen das schneller, einfacher und sicherer durchführbare Verfahren der subpektoralen Doppelkammerexpandereinlage, die die Operationszeit um ein bis zwei Stunden verlängert und in ca. einem Vierteljahr auf die eineinhalbfache Größe der gewünschten Brustgröße mit Kochsalzlösung aufgefüllt wird (12). So kann die Patientin Brustgröße, Brustform und Operationszeitpunkt für den Austausch in eine definitive Silikonprothese mitbestimmen. Unserer Meinung nach gibt es derzeit keinen akzeptablen Ersatz für Silikonprothesen. Es liegen viele wissenschaftliche Arbeiten vor, die keine Be-

denklichkeit dieser Implantate nachweisen (6).

Die Mindesterwartungen bei dieser Rekonstruktionsvariante sind eine Symmetrie beider Brüste im Büstenhalter und ein Dekolleté, das erlaubt, ausgeschnittene Kleidung zu tragen. Eine Mamille kann mit verschiedenen Techniken rekonstruiert oder tätowiert werden (6).

Wir haben feststellen können, daß sich Frauen, die sich für diesen Weg des Brustaufbaus entschließen, sich in der postoperativen Behandlung ganz anders verhalten als Frauen, die nur brustamputiert sind. Sie sind viel aktiver und gehen mit der Erkrankung couragierter um. Für wichtig halten wir, daß die betroffene Frau zu keiner Art der Rekonstruktion überredet wird. Wir möchten umfassend aufklären. Die Patientin soll danach das Verfahren wählen, das onkologisch vertretbar ist und ihr am meisten zusagt.



Abbildung 6: 53-jährige Patientin mit duktalem Carzinoma in situ (DCIS) mit Van Nuys Index-Score 3, subpektorale Silikonprothesenimplantation (RHP, 135) zum Ablatiozeitpunkt mit Büstenhalter

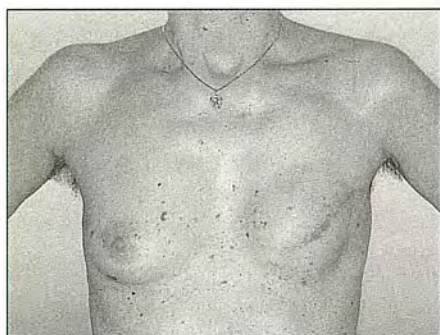


Abbildung 7: 53-jährige Patientin mit duktalem Carzinoma in situ (DCIS) mit Van Nuys Index-Score 3, subpektorale Silikonprothesenimplantation (RHP, 135) zum Ablationszeitpunkt ohne Büstenhalter



Abbildung 10: 49-jährige Patientin nach Austausch des subpektoralen Doppelkammerexpanders gegen ein texturiertes Silikonimplantat



Abbildung 8: 49-jährige Patientin mit multizentrischem Karzinom, Implantation eines subpektoralen Doppelkammerexpanders (400/450), überexpandierter Zustand vom Prothesenimplantat mit Büstenhalter

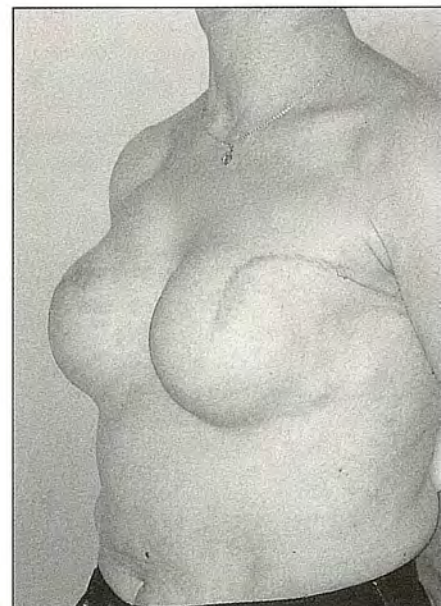


Abbildung 9: 49-jährige Patientin mit multizentrischem Karzinom, Implantation eines subpektoralen Doppelkammerexpanders (400/450), ohne Büstenhalter, nach Prothesenimplantation wird Mammaptosis geschaffen

Tabelle 6: Vor- und Nachteile der rekonstruktiven Verfahren

Verfahren	Vorteil	Nachteil
Expander/Prothese	einfach, geringe Patientenbelastung, Komplikationen einfach zu beherrschen, keine zusätzlichen Narben, keine Hebedefekte, Sensibilität erhalten, durch zweizeitiges Vorgehen größerer gestalterischer Spielraum	oft zweizeitiges Verfahren, Fremdkörperimplantation, mögliche Kapselfibrose, bei Nachbestrahlung für Sofortrekonstruktion ungeeignet
TRAM-Lappen	kein Fremdmaterial, langfristig gute Ergebnisse	höhere Komplikationsrate, schwerwiegende Komplikationsmöglichkeiten (Ischaemien, Infektionen, Bauchwandbrüche), sehr lange Operationszeit, gefühlloser Lappen
Latissimus-Lappen	Sensibilität weitestgehend erhalten, dem TRAM-Lappen gegenüber geringere Komplikationen und kürzere Operationszeit	oft mit Prothese kombiniert, Hebedefekt

5. Nachbehandlung

Hormon- und Chemotherapie werden präoperativ zum Down-Staging beim inflammatorischen und bei großen Primärtumoren eingesetzt (10). Eine Zusatztherapie empfehlen wir adjuvant zur Operation bei Patientinnen mit erhöhtem Risiko für eine Dissemination der Erkrankung. So empfehlen wir bei Grading 3-Karzinomen prämenopausal eine Chemotherapie, nodal positiven prämenopausalen Patientinnen neben der Chemotherapie eine Menolyse und Axillaradiatio. Bei postmenopausalen Patientinnen empfehlen wir bei positivem Nodalstatus, ab Tumorgroße T3 und bei Grading 3 eine Antioestrogenbehandlung, Chemo- und Strahlentherapie in Abhängigkeit zum Alter und Allgemeinzustand (10, 13).

6. Nachsorge

Die Nachsorge wird symptomorientiert durchgeführt, es entfallen somit früher regelmäßig schematisch durchgeführte apparative Untersuchungen.

Durch regelmäßige apparative Untersuchungen wurde früher eher eine Verunsicherung bei erhöhter Belastung und Kosten als Sicherheit für die betroffenen Frauen erreicht. So versuchen wir die Betonung auf die Anamnese, klinische Untersuchung und ärztliche Zuwendung bei der psychoonkologischen Beratung zu legen (8). Ungeachtet dessen empfehlen wir die Mammographie jährlich für die kontralaterale Brust und im 1. - 3. postoperativen Jahr halbjährlich für eine brusterhaltende Mammaoperation, da die zeitige Erkennung eines Lokalrezidivs oder eines Zweitkarzinoms prognostische Bedeutung hat (8).

Tabelle 7: Standard der Nachbehandlung

Chemotherapie	Hormontherapie	Bestrahlung
inflammatorisches Ca (Down Staging)		
G3 Karzinome	G3 Karzinome	G3 Karzinome
nodal positive Karzinome	nodal positive Karzinome (prämenopausal Menolyse, postmenopausal Antioestrogen)	nodal positive Karzinome
ab pT3-Karzinom	ab pT3-Karzinom	ab pT3-Karzinom medialer Tumorsitz

Tabelle 8: Nachsorgeempfehlungen

- sorgfältige Anamnese
- eingehende, über das übliche Maß hinausgehende körperliche Untersuchung
- Beratung bei der psychischen, sozialen, familiären, körperlichen und beruflichen Rehabilitation
- Beratung über rekonstruktive Möglichkeiten
- Berücksichtigung hormonaler Probleme

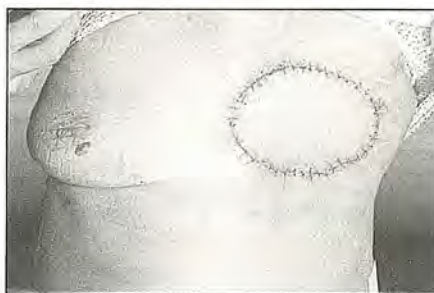


Abbildung 11: 63-jährige Patientin mit Zustand nach Brustwandteilresektion mit Rekonstruktion durch Goretex-Implantat und Latissimus-dorsi-Plastik

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Universität Leipzig
Chirurgische Klinik I
Dr. med. Steffen Leinung
Liebigstraße 20 A, 04103 Leipzig

Artikel eingegangen: 2. 7. 1998
Artikel nach Revison angenommen: 3. 12. 1998

Herztransplantation - eine Chance für Patienten im Endstadium der Herzinsuffizienz

In den letzten 20 Jahren hat sich der Anteil der Patienten mit einer schweren chronischen Pumpfunktionsstörung des Herzens in der Welt um das Dreifache erhöht. Das entspricht einer Zahl von 800.000 Patienten. Diese werden zur Zeit mit einer medikamentösen Therapie bestehend aus ACE-Hemmern, Diuretika, Digitalis, Vasodilatoren und nicht zuletzt β -Blockern behandelt.

Trotz dieser modernen Therapie gibt es immer wieder Patienten, deren Lebensqualität dabei deutlich eingeschränkt ist und deren Lebenserwartung nur noch einige Monate beträgt. Für diese Patienten gab es bis vor 15 Jahren keine weitere Behandlungsmöglichkeit. Es konnte ihnen nicht weiter geholfen werden.

Auf Grund dieser Tatsache wird schon seit vielen Jahren an der Möglichkeit des Ersatzes der erkrankten Organe durch die Verpflanzung eines gesunden Organs gearbeitet. Nach vielen Versuchen gelang 1967 Christian Barnard in Südafrika die erste erfolgreiche Herztransplantation. Zu Beginn dieser Ära war das Ergebnis für den Patienten auf Grund der unzureichenden Unterdrückung der Immunabwehr nach der Transplantation noch bescheiden. Erst mit der Einführung der Immunsuppression mit Cyclosporin A konnten schlagartig bessere Langzeitergebnisse erzielt werden. Seit dieser Zeit hat die Transplantation einen festen Stellenwert bei der Behandlung von terminal herzinsuffizienten Patienten. Bisher wurden weltweit mehr als 46.000 Herzen transplantiert, davon 1997 in Deutschland 531. Seit der Eröffnung des Dresdner Herz- und Kreislaufzentrums wurden allein hier über 70 Herzen transplantiert.

Die Überlebensrate nach einer Herztransplantation liegt gegenwärtig nach einem Jahr bei 80 %, nach fünf Jahren bei 70 % und nach zehn Jahren bei 50 %. Wenn eine Transplantation erfolgreich durchgeführt wurde, kann der Patient wieder aktiv am Leben teilnehmen, seinen Beruf wieder ausüben und Sport treiben. Insgesamt ist seine Lebensqualität deutlich verbessert. Die häufigsten Grunderkrankungen, die zu einer Herztransplantation führen, sind die verschiedenen Formen der Kardiomyopathien (44 %), die koronare Herzkrankheit

(42 %), nicht korrigierbare kongenitale Herzfehler, unbeeinflussbare ventrikuläre Herzrhythmusstörungen und Herztumoren.

Die **Indikation zur Herztransplantation** besteht bei einer terminalen therapierefraktären Herzinsuffizienz mit einer voraussichtlichen Lebenserwartung unter 6 - 12 Monaten. Diese ist zu erwarten, wenn die Leistungsfähigkeit des Herzens hochgradig eingeschränkt ist und durch medikamentöse Therapie nicht mehr verbessert werden kann. Die Entscheidung zur Transplantation muß bei jedem Patienten im einzelnen sorgfältig abgewogen werden und resultiert aus einer Summe von klinischen Kriterien und diagnostischen Untersuchungen.

Kriterien für die Indikationsstellung zur Transplantation:

- NYHA-Stadium III-IV
- Rezidivierende Links- oder Rechtsherzdekompensationen
- Komplexe ventrikuläre Arrhythmien
- Hochgradig eingeschränkte LV(kard)-Funktion
- Linksventrikulärer enddiastolischer Durchmesser > 75 mm
- Linksventrikulärer endsystolischer Durchmesser > 65 mm
- Maximale Sauerstoffaufnahme (Spiroergometrie) < 12 ml/kg KG/min
- Herzindex < 2 l/min

Da die Ergebnisse der Herztransplantation auch bei über 60-jährigen nicht deutlich schlechter ausfallen, hat sich die Altersgrenze in den letzten Jahren nach oben verschoben. Auch jene konnten mit akzeptablem Erfolg transplantiert werden. Wenn bei einem Patienten die Entscheidung zur Herztransplantation gefallen ist, wird er bei Eurotransplant angemeldet und auf die Warteliste gesetzt. Diese entsteht durch die Knappheit an Spenderorganen und begrenzt damit den Einsatz der Transplantation, so daß gegenwärtig ca. 25 % der Patienten während des Wartens auf die Transplantation versterben.

Aus diesem Grunde, wie auch aus der Tatsache heraus, daß die Patienten langsam an das Thema Herztransplantation herangeführt, und auch psychologisch gut vorbereitet werden müssen, ist es notwendig,

daß solche Patienten rechtzeitig in einer Transplantations-/Herzinsuffizienz-Spezialambulanz vorgestellt werden.

P.D. White postulierte

Not only add years to life, but add life to years.

Mit der Herztransplantation haben terminal herzinsuffiziente Patienten eine reale Chance, ihr Leben um inhaltsreiche Jahre zu verlängern.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Wilma Aron
Spezialambulanz für Herzinsuffizienz
und Transplantation im
Herz- und Kreislaufzentrum Dresden
Fetscherstraße 76
01307 Dresden
Tel. (0351) 45 00, 4 50 18 20
Fax: (03 51) 4 50 15 12

Transplantationsgesetz zeigt erste Wirkung

Die Zahl der Spendermeldungen aus den Krankenhäusern ist 1998 um 13 Prozent gestiegen. Vor allem Krankenhäuser, die nicht selbst transplantieren, engagierten sich 1998 deutlich mehr für die Organspende.

Nicht jede Spendermeldung führt jedoch zu einer Organentnahme. Aus medizinischen Gründen kommen nur 80 Prozent der Gemeldeten tatsächlich als Organspender in Frage. Ihre Zahl reduziert sich um weitere 34 Prozent, bei denen keine Einwilligung zur Organentnahme vorliegt. Die Zahl der Organübertragungen ist daher lediglich um 2,1 Prozent auf 3.918 (1997: 3.839) angestiegen.

Insgesamt wurden 1998 in Deutschland 2.340 Nieren (1997: 2.249) verpflanzt. Auch die Zahl der Lungentransplantationen nahm zu (1997: 120; 1998: 131). Einen deutlichen Anstieg um 25 Prozent auf 183 (1997: 146) verzeichneten die Übertragungen von Bauchspeicheldrüsen.

Rückläufig waren die Verpflanzungen von Herz mit 542 Transplantationen (1997: 562) und Leber mit 722 Übertragungen (1997: 762).

Wie im Vorjahr hat auch 1998 die Lebendspende von Nieren deutlich zugenommen. Insgesamt wurden 343 Nieren (1997: 279) von lebenden Spendern verpflanzt. Das entspricht einem Anteil von 15 Prozent an der Gesamtzahl der Nierentransplantationen. Das Transplantationsgesetz läßt diese Form der Organspende ausschließlich zwischen Familienangehörigen und sich besonders nahestehenden Personen zu.

„Organspende und Transplantation bedeuten für viele Menschen Lebensrettung“, sagt Professor Bertram Schulz, Vorstandsvorsitzender der DSO. „Es sollte daher jeder zu Lebzeiten überlegen, ob er nach seinem Tode Organe spenden möchte.“

Ansprechpartner:
Dr. Annette Tuffs

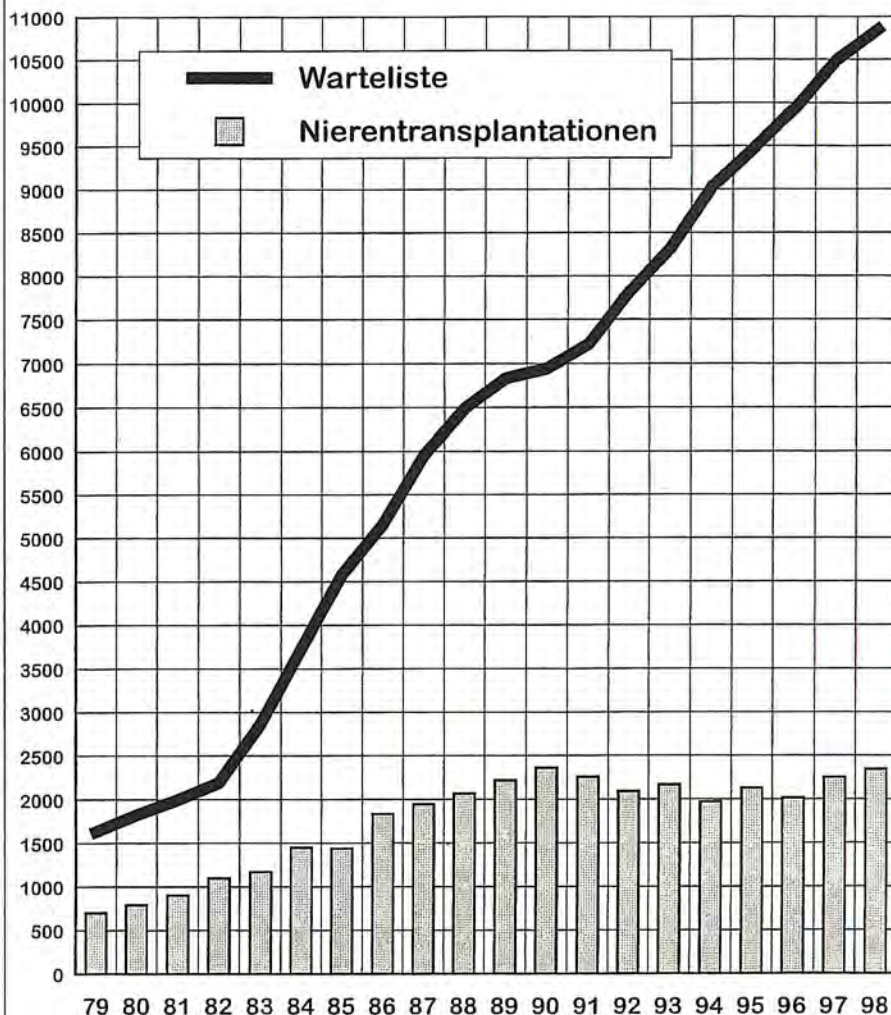
Deutsche Stiftung Organtransplantation
Tel. (0 61 02) 3 00 82 80
Fax: (0 61 02) 3 00 81 88
e-mail: Presse@dso-online.de

Quelle:

Deutsche Stiftung für Organtransplantation

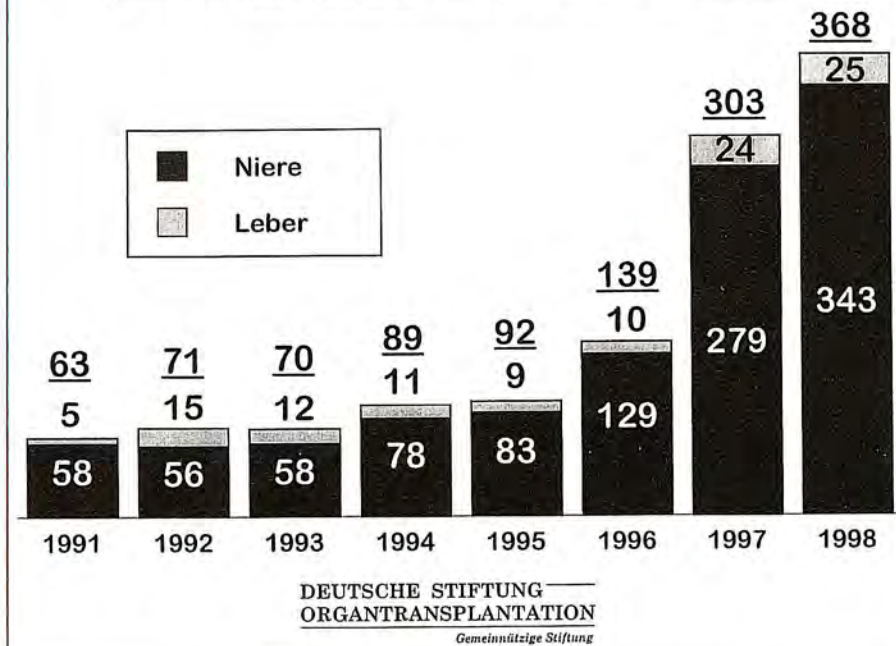
Abdruck mit Genehmigung der
Deutschen Stiftung Organtransplantation

Warteliste und Nierentransplantation in Deutschland

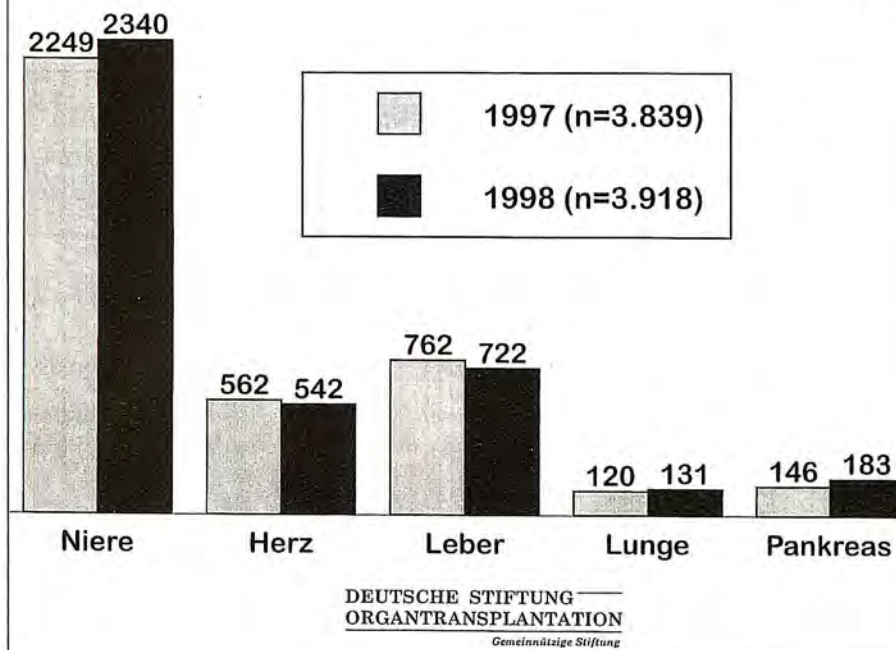


DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION
Gemeinnützige Stiftung

Lebendspenden in Deutschland



Organtransplantation in Deutschland



Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Heinz Dietrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. Hermann Queißer
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Stefan Will

Annahme von Kleinanzeigen für das Land Sachsen:
Andrea Winkler, Leipziger Messe Verlag,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 8 26 72 28, Fax (03 51) 8 26 72 29
z. Z. ist Anzeigenpreisliste Nr. 2 vom 1. 1. 1999 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 05 10, 01075 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.

Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 138,00 DM zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 142,80 DM zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 14,50 DM zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 31.12. eines Kalenderjahres möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

4. Erzgebirgische Gastroenterologietagung Aue

Am 1. Adventwochenende 1998 wurde nunmehr bereits zum vierten Mal zur „Erzgebirgischen Gastroenterologietagung Aue“ in das benachbarte Schneeberg eingeladen. 130 interessierte Teilnehmer aus vier Bundesländern nahmen an der wissenschaftlichen Veranstaltung teil. Hauptthema war „Diagnostik und Therapie maligner Krankheiten des oberen Gastrointestinaltraktes“. Prof. Dr. Rath (Halle) ging auf die pathologische Klassifikation der Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes ein. Prof. Dr. Högemann (Osnabrück) referierte über die heutigen

Möglichkeiten der endoskopischen Therapie maligner Tumoren des Oesophagus. Das Schwergewicht im Vortrag von Prof. Dr. Döbrönte (Szombathely, Ungarn) über Diagnostik und Therapie maligner Magentumoren lag auf der Darstellung der Frühkarzinome. Prof. Dr. Mössner (Leipzig) referierte zu Diagnostik und Therapie des Pankreaskarzinoms. Prof. Dr. Saeger (Dresden) machte in klarer chirurgischer Diktion deutlich, wann bei Tumoren im oberen Gastrointestinaltrakt operiert werden soll oder muß. Trotz der thematischen Fülle und lebhafter Diskussion gelang es, den

Zeitraumen einzuhalten. Eine besondere Freude auch für den Veranstalter war die Würdigung der Veranstaltung durch den Bürgermeister der Stadt Schneeberg, Herrn Frieder Stimpel, welcher im weiteren Verlauf zu einem Empfang im historischen Festsaal des Rathauses eingeladen hatte.

Dr. med. Steffen Liebscher
Zwönitzer Straße 19
08294 Löbnitz

Kontra Infektionskrankheiten - 3. Sächsischer Impftag in Leipzig

Als „ernste Situation“ beschreibt Prof. Dr. med. Wolfgang Raue, ehemals an der Universitätskinderklinik Leipzig tätig, das Impfverhalten der deutschen Bevölkerung. Bei vielen Menschen - Kinder wie Erwachsenen - bestünden erhebliche Impflücken. Die Gründe dafür lägen nicht bei einer Abwehr der Bürger gegen Impfungen an sich, sondern basierten meist nur auf Unkenntnis. Schließlich habe die jetzige Generation den Schrecken vieler Infektionskrankheiten nicht mehr selbst erlebt, leide nicht mehr an den Folgeerkrankungen und empfinde den Stich bei der Impfung schlimmer als die imaginäre Krankheit. Dennoch sind die Infektionskrankheiten längst nicht ausgerottet, und die Krankheit stellt ein ungleich höheres Risiko dar als die Impfung. Aufklärung ist notwendig. „Die wichtigste Funktion besitzt dabei der behandelnde Arzt“, so Prof. Dr. med. Wolfgang Raue. „Er sollte bei jedem Termin - und nicht nur vor geplanten Reisen - den Patienten nach seinem Impfstatus befragen und auf Impflücken hinweisen.“ Um die sächsischen Ärzte nach der Verabschiedung der neuen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission

(STIKO) über den aktuellen Stand der Schutzimpfungen zu informieren, organisierte er als wissenschaftlicher Leiter in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Sachsen, dem Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschland e.V., der Kassenärztlichen Vereinigung, der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinderheilkunde sowie Pasteur Mérieux MSD den Sächsischen Impftag, der im März dieses Jahres zum dritten Mal in Leipzig stattfand. Der Zuspruch war überwältigend: Etwa 600 Ärzte nahmen an dem wissenschaftlichen Programm des Impftages teil. Dies mag ebenfalls ein Zeichen für den hohen Informationsbedarf der Ärzteschaft zum Thema Impfungen sein.

Ziel der WHO war es, die **Poliomyelitis** bis zum Jahr 2000 auszurotten. Obwohl es seit 1990 in Deutschland keinen endemischen Fall von Poliomyelitis mehr gibt, wird dies nicht zu erfüllen sein. Denn seitdem treten immer wieder vereinzelt aus Ländern, in denen die Kinderlähmung noch vorkommt, eingeschleppte Infektionen auf. Verzichten kann man auf die Polio-Impfung also noch nicht. Da es sich

bei den registrierten Polio-Erkrankungen in Deutschland jedoch auch zu einem großen Teil um direkt oder indirekt durch die Schluckimpfung verursachte Fälle handelt, empfiehlt die STIKO seit Januar 1998 die inaktivierte Poliovakzine (IPV). „Die Umstellung von der Schluckimpfung zur IPV ist problemlos gelungen“, resümierte Frau Dr. med. Sigrid Ley, Mitarbeiterin des Deutschen Grünen Kreuzes, ein Jahr nach der Einführung des Impfstoffes beim Sächsischen Impftag. Die neue Impfstrategie werde im allgemeinen gut akzeptiert. Bedenken aus der Anfangszeit der IPV seien heute nicht mehr angebracht. Handele es sich doch um einen sogenannten enhanced Impfstoff, der einen hohen Antigen-Gehalt hat und virenfrei ist. Wie bisher sollen alle Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat die Grundimmunisierung und Jugendliche eine Auffrischimpfung erhalten. Routinemäßige Auffrischimpfungen im Erwachsenenalter empfiehlt Frau Dr. Ley dagegen nicht mehr. Nur bei einem erhöhten Ansteckungsrisiko, wie vor Reisen nach Afrika oder Asien, sollte eine Auffrischimpfung mit IPV durchgeführt werden. „Bei un-

vollständig Geimpften kann die Grundimmunisierung jederzeit mit IPV vervollständigt werden", so Ley weiter. „Neu begonnen werden muß eine unvollständige Grundimmunisierung allerdings nicht - jede Impfung zählt!"

Die Masern treten dagegen in Deutschland noch endemisch auf. Sie sollen als dritte Infektionskrankheit nach den Pocken und der Poliomyelitis weltweit ausgerottet werden, so das Ziel der WHO. Die Masern seien in Deutschland zwar keine Kinderkrankheit mehr, dennoch erkrankten aufgrund der unzureichenden Impfraten zunehmend Jugendliche und Erwachsene, warnte Frau Dr. med. Edith Gerike vom Robert Koch-Institut in Berlin. Bei der fast 100prozentigen Kontagiosität der Masernvirusinfektion sei das Erreichen und Halten von Impfraten von mindestens 95 Prozent das Kernstück aller Bekämpfungsprogramme. Zum vollständigen Impfschutz gehören zwei Impfdosen, die zweite Impfung sollte dabei noch vor dem Schuleintritt erfolgen. Als den Impfstoff der Wahl bezeichnete Frau Dr. Gerike den kombinierten Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff. So könne man auch die Mumps-Inzidenz entscheidend reduzieren und die konnatalen Röteln eliminieren.

Eine immer noch beachtliche Rolle spielt in Deutschland der **Keuchhusten**, der in allen Altersgruppen auftritt. Neben der raschen diagnostischen Klärung eines jeden Verdachtsfalls sei die systematische Impfprävention im frühen Kindesalter und zusätzlich zur Einschulung sowie die Indikationsimpfung im Erwachsenenalter für die konsequente Bekämpfung der Pertussis unerlässlich, mahnte Prof. Dr. med. Burkhard Schneeweiß, ehemaliger Chefarzt der Kinderklinik des Krankenhauses im Friedrichshain. „Vorrangig sollten durch die Pertussisimpfung Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie, Mukoviszidose, einem Asthma bronchiale oder einer anderen chronischen Lungenerkrankung und Epilepsie-Patienten ohne Zeichen einer Progredienz geschützt werden", bekräftigte Schneeweiß. Sie seien durch die Komplikationen der Pertussiserkrankung an Lunge und ZNS besonders gefährdet. Insgesamt bedeuteten Infektionskrankheiten für chronisch Kranke immer eine ernste Gefährdung, gab Prof. Dr. med. Raue noch einmal zu bedenken.

Die aufgelesene Infektion verlief bei ihnen wesentlich komplizierter als bei Gesunden, außerdem verschlechterte sich häufig die Basiserkrankung. „Bisher liegen keine gesicherten Kenntnisse vor", so Raue, „daß nach einer Impfung auftretende Krankheitsschübe ursächlich durch die Schutzimpfung bedingt sind. Für einige Erkrankungen sind Impfungen sogar nachdrücklich zu fordern." So könne man zum Beispiel bei Mukoviszidose nicht nur gegen Pertussis oder Grippe impfen, sondern man müsse es tun. Auch für Patienten mit chronischen zentralnervösen Erkrankungen und Krampfleiden bedeute die MMR-Impfung und die azelluläre Pertussisimpfung ein ungleich geringeres Risiko als die mögliche Krankheit. Bei angeborenen oder erworbenen Immuninsuffizienzen seien Totimpfstoffe ebenfalls erlaubt. Neu ist die **Empfehlung der Pneumokokkenschutzimpfung** für alle Personen ab dem 60. Lebensjahr durch die STIKO. Da Pneumokokken für eine ganze Bandbreite von Erkrankungen mit einer teilweise hohen Sterblichkeitsrate bei älteren Menschen verantwortlich sind und vermehrt Antibiotikaresistenzen auftreten, sollen seit einem Jahr nicht nur chronisch Kranke und Immunsupprimierte geimpft werden. Die Impfung ist gut verträglich, der Impfschutz beginnt drei Wochen nach der Injektion und hält etwa sechs Jahre an. Nicht mehr empfohlen wird von der STIKO die BCG-Impfung. So könne in Gebieten mit einer niedrigen Tuberkulose-Inzidenz kein Schutzeffekt nachgewiesen werden, erklärte Prof. Dr. med. Burghard Stück, Präsident des Deutschen Grünen Kreuzes. Außerdem gehe durch die Impfung die Aussagekraft der Tuberkulintestung verloren; sie wirke somit einer frühzeitigen Diagnosestellung und Therapie entgegen.

Patienten fragen oft nach einer Schutzimpfung gegen die durch Zecken übertragene **Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)**. Für eine Beratung ist die Kenntnis der FSME-Gebiete entscheidend, die sich in Hochrisiko-, Risiko- und Kontrollgebiete gliedern.

In Sachsen traten in den letzten fünf Jahren 12 FSME-Erkrankungsfälle auf, von denen jedoch lediglich fünf auf eine Infektion in Sachsen selbst zurückzuführen sind. Sachsen gehöre somit nur zu den

Kontrollgebieten, sagte Prof. Dr. med. Sigwart Bigl, Vizepräsident der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen und Leiter der Sächsischen Impfkommision auf dem Impftag in Leipzig. Deshalb werde im sächsischen Raum zur Zeit allgemein keine Impfnötwendigkeit gesehen. Dennoch sei die kontinuierliche Überwachung der Naturherde durch periodische Untersuchung von Zecken auf FSME mittels PCR und die Meldung jeder Erkrankung sowie die Ermittlung der Infektionsquelle erforderlich. Zu den FSME-Hochrisiko- und Risikogebieten zählen derzeit nur 65 Landkreise in Baden-Württemberg, Bayern und Hessen. Bei den Bewohnern sowie bei Reisenden mit längeren Freiluftaufenthalten in diesen Gebieten ist eine Impfung indiziert. Die Grundimmunisierung besteht aus drei Injektionen, eine Boosterung ist nach drei bis fünf Jahren angezeigt. Entsprechend der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision und der STIKO übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten. „Zunehmend an Bedeutung gewinnt in Sachsen die Lyme-Borreliose", so Prof. Dr. Bigl. Die Zeckendurchseuchung mit *Borrelia burgdorferi* sei wesentlich höher als bei FSME. Etwa 10 bis 35 Prozent der Zecken seien mit den Erregern der Erkrankung, den Borrelien, infiziert. Doch habe man es in Sachsen nicht nur mit *Borrelia burgdorferi* zu tun, sondern auch noch mit anderen Borrelienarten; ein Umstand, der eine Prophylaxe erschwert. Ein Impfstoff gegen die Lyme-Borreliose wird in den USA erprobt, dieser erfaßt allerdings nur *Borrelia burgdorferi*.

Impfen wird für die Ärzte weiterhin ein wichtiges Thema bleiben. Bei der Prävention von Erkrankungen sind Impfungen die effektivste Methode der modernen Humanmedizin. Dies soll auch der Bevölkerung vermittelt werden. So beschäftigt sich auch die diesjährige **Sächsische Gesundheitswoche vom 1. Mai bis 8. Mai 1999** mit dem Impfschutz der Bevölkerung.

Eva Hofmann, Leipzig

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Thomas Lipp
Dr. med. Martina Amm
Dr. med. Ina Lipp
Alfred-Kästner-Straße 43
04275 Leipzig

Sächsische Landesärztekammer
Vorstandsreferat
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Leipzig, am 17. 1. 1999

Betrifft: Gestaltung Kammerblatt

Gestatten Sie mir, daß ich mich wegen einer scheinbaren Nebensächlichkeit an Sie wende, mit Bitte um Unterstützung des Vorstandes. Ich wähle diesen Weg, da ein telefonisches Intervenieren in der Redaktion des „Ärzteblattes Sachsen“ keinen Erfolg aufweisen konnte.

Das Kammerblatt zählt zu Recht zur Pflichtlektüre eines jeden Arztes. Tatsächlich finden sich relevante Beiträge, die gelesen und beherzigt werden sollten. Darunter zählen auch Vorstands-, Vertreterversammlungs- und Rechenschaftsberichte. Leider ist die Aufmachung vom monotonen Textbild eher dazu angetan, jeglichen Leser von der Lektüre abzuschrecken.

Ich bitte deshalb darum, daß die Texte verstärkt mit einer Kenntlichmachung von inhaltlichen Schwerpunkten (diese kann man verstärkt hervorheben) und einer Gliederung bei Rechenschaftsberichten nach den angesprochenen Aspekten lesbarer zu machen. Dies ist eigentlich Grundrüstzeug redaktioneller Arbeit und sollte es möglich machen, auch beim „Überfliegen“ eines Textes wesentliche Aussagen herausfiltern zu können.

Verstehen Sie mich bitte richtig, ich möchte nicht am Blatt herumkritisieren, sondern hoffe, daß damit die Akzeptanz des Blattes allgemein erhöht werden kann. Mit Bitte um Antwort meiner Anfrage und mit freundlichen Grüßen.

Dr. Lipp

An
Gemeinschaftspraxis Dr. Lipp, Dr. Amm, Dr. Lipp
Alfred Kästner-Straße 43
04275 Leipzig

Dresden, am 8. 2. 1999

Vielen Dank für Ihr Schreiben vom 17. 1. 1999 zur Gestaltung des Kammerblattes. Wir haben im Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ am 4. 2. 1999 über Ihren eingereichten Vorschlag zur stilistischen Veränderung des Ärzteblatt Sachsen diskutiert und sind zu der Meinung gekommen, Ihrem Rat zu folgen.

Sie wollen bitte etwas Geduld haben, bis sich die in Ihrem Schreiben angesagten Änderungen eingestellt haben.

Mit freundlichen Grüßen
Redaktionskollegium
„Ärzteblatt Sachsen“

Arzneimittelwerk Dresden GmbH
Postfach 10 01 57
01435 Radebeul

Ärzteblatt Sachsen
Redaktion
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Radebeul, am 15. 2. 1999

Bioverfügbarkeit von Maninil® 5 Bioäquivalenz. Was sollte ein Arzt bei der Umstellung vom Originalpräparat auf ein Generikum beachten?

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ergänzung zur Antwort von Frau Dr. Schwarz im ÄBS 10/98, Seite 494, zur Frage der Bioverfügbarkeit von Maninil® 5 in der Dosierung 1 mg und 5 mg kann ich Ihnen mitteilen, daß im Zuge der damaligen galenischen Optimierungsarbeiten von Maninil®, durch eine feinere Vermahlung des Wirkstoffes Glibenclamid die Bioverfügbarkeit erhöht werden konnte.

Vergleichende Bioverfügbarkeitsuntersuchungen von Maninil® 5 mit der neuen Zubereitung (dem jetzigen Maninil® 3,5 bzw. 1,75) ergaben, daß bezogen auf die resorbierte Glibenclamid-Menge Maninil® 1,75 und Maninil® 5 in der Größenordnung vergleichbare Werte ergaben (1).
Naturgemäß mußten derartige Unterschiede

in der Bioverfügbarkeit bei der Umstellung der Präparate durch entsprechende klinische Untersuchungen und entsprechende Informationen an die Ärzteschaft begleitet werden.

Mit freundlichen Grüßen
Doz. Dr. Terhaag
Medizinische Forschung
AWD GmbH, Dresden-Radebeul

(1) Gramatte, Th., B. Terhaag, G. le Petit, K. Richter und K. Feller: In-vivo-Bioverfügbarkeit und in-vitro-Liberation von Glibenclamid aus drei Maninil-Zubereitungen: Z. Klin. Med. 44 (1989) 183-186

Soteriaklinik Leipzig GmbH
Ärztlicher Direktor
Morawitzstraße 4
04289 Leipzig

Ärzteblatt Sachsen
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Leipzig, am 04.02.1999

Beilage ÄBS 1/99, Fortbildung „Arzt und Recht“ Alkoholismus zwischen Diagnose und Therapie

Der Beitrag von Frau Kollegin Murad „Alkoholismus zwischen Diagnose und Therapie“ enthält viele wichtige Beschreibungen und wichtige Hinweise. Zuzustimmen ist, wenn sie beschreibt: „Zu den Basisaufgaben jedes Hausarztes muß ein Mindeststandard eines suchtmmedizinischen Angebotes gehören, da er Anlaufpartner in allen Situationen ist und die Weichen sofort stellen kann.“ Untersuchungen haben aufgezeigt, daß 70 % der Abhängigkeitskranken keinen Kontakt zu professionellen Suchtbehandlungseinrichtungen (Beratungsstellen, Fachkliniken) haben, aber in regelmäßiger Betreuung beim Hausarzt sind. Dies bestätigt die Notwendigkeit eines suchtmmedizinischen Angebotes durch den Hausarzt.

Aus der Sicht eines mit der Behandlung von Abhängigkeitskranken jahrelang beschäftigten Arztes sind einige Aspekte zu ergänzen, einige deutlich zu kritisieren, da sie objektiv falsch sind.

Wichtig scheint mir, darauf zu verweisen, daß die Beschreibung des Alkoholikers, die hier vorgelegt wird, das Spätbild eines

Abhängigkranken charakterisiert, das kaum diagnostische Probleme bereitet. Schwieriger und für den Patienten von größter Bedeutung ist, möglichst früh die Alkoholabhängigkeit zu erkennen und zu benennen; und hier darf man sich eben nicht durch sozialen Status oder fehlende Facies alkoholika täuschen lassen.

- Ergänzenswert scheint mir der Hinweis, daß Gamma-GT, MCV und CDT nicht zur Diagnostik kurzfristiger **Rückfälle** geeignet sind, da sie sich laborchemisch eben nicht abbilden.
- Der Hinweis, daß die Deutschen eine Spitzenposition im Gebrauch von Alkohol einnehmen, ist nicht richtig. 1994 lagen Luxemburg, Frankreich, Portugal und Ungarn vor Deutschland, betreffend Liter Alkohol pro Kopf der Bevölkerung.
- Der Epsilon-Trinker ist kein abstinenter Gamma-Trinker. Sofern er abstinenter lebt, ist er definitionsgemäß nicht rückfällig; und eher umgekehrt: viele Gamma-Trinker haben in ihrer Vorphase ein Epsilon - Quartalstrinkmuster.
- Keinesfalls zugestimmt werden kann der Kollegin, „Ko-Abhängigkeitsprobleme“ überhaupt mit Beruhigungsmitteln zu behandeln. Nicht selten sehen wir in stationären Einrichtungen diese mißglückten Behandlungsversuche mit dem Ergebnis, daß der Ehemann alkoholkrank ist, die Ehefrau medikamentenabhängig geworden ist. Deshalb ist die medikamentöse Behandlung mit Anxiolytika kontraindiziert.
- Der ambulanten Verwendung von Clo-

methiazol kann nicht zugestimmt werden („deshalb ist es nur im Ausnahmefall ambulant zu verordnen“). Es besteht eine klare **Kontraindikation** für die ambulante Vergabe von Clomethiazol. Die Notwendigkeit der Behandlung mit diesem Medikament ist eine Indikation zur stationären Behandlung. Begründungen: Definitionsgemäß ist die Compliance des Patienten bezüglich Suchtstoffen außerordentlich problematisch, das Suchtpotential dieser Stoffe ist erheblich! Die meisten Distraneurinabhängigkeiten sind anamnestisch dem Versuch der „ambulanten Entgiftung mit Clomethiazol“ geschuldet!

- Carbamazepin kann **nicht** als Anti-Craving-Substanz eingesetzt werden, da es eine solche Wirkung nicht besitzt.
- Die Sterblichkeitsrate des Alkoholdelirs wird von der Kollegin zwischen 1 und 8 % benannt. Die Entgiftungsstation der Soteria Klinik hat bei fast 2000 Entgiftungsbehandlungen, darunter zahlreichen Delirbehandlungen, bisher keinen einzigen Todesfall in diesem Zusammenhang zu beklagen. Ein weiterer Grund, möglichst frühzeitig eine stationäre Entgiftungsbehandlung einzuleiten, um die Mortalitätsrate so gering wie möglich zu halten.

Insgesamt ist nach unserer Erfahrung von ambulanten Entgiftungsversuchen abzuraten. Sie zu begleiten, weil der Patient stationäre Behandlung ablehnt, ist tragisches Geschick des behandelnden Arztes, kann aber nicht „zur Indikation“ stilisiert wer-

den. Zu überprüfen ist immer wieder, wie sinnvoll auf der Grundlage von akuter Selbst-/Fremdgefährdung im Einzelfall auch eine Maßnahme gemäß PsychKG sein kann. Wenn wir davon ausgehen müssen, daß bei Abhängigen die Steuerung bezüglich des Suchtmittels eingeschränkt, gegebenenfalls auch aufgehoben ist, kann der Gedanke, im Falle akuter Selbst- oder Fremdgefährdung diese selbstzerstörerische Entwicklung gegebenenfalls mit Zwangsmaßnahmen zu unterbrechen, **nicht gegen** das Interesse des Patienten sein.

Zur medikamentösen Behandlungsdimension gibt es Kritisches zu sagen: Über die Wirksamkeit von Acamprosat sind die Akten nicht geschlossen, wir sehen immer wieder die Vergabe dieses Medikamentes unter dem Gesichtspunkt „ut aliquid fiat“. Eine psychotherapeutische Begleitung, die diesen Namen verdient, findet selten statt und ist oft bei der mangelnden Compliance der Patienten auch nicht möglich. Dann auf den Anti-Craving-Effekt allein zu setzen, gibt nicht einmal der Beipackzettel des Medikamentes her.

Ganz und gar zu widersprechen ist dem Einsatz von Diazepam (!) bei Abhängigkranken in Kombination mit Acamprosat. Ob mit oder ohne Kombination: Diazepam-Einsatz bei Alkoholabhängigen ist der Einstieg zur Abhängigkeit von Pille zu Pille; im stationären Bereich sehen wir dann eine polyvalente Abhängigkeit (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit). Grundsätzlich ist bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen an eine neu-

ro-physiologische Analyse zu denken: besser ein überschwelliger Reiz, der zu einem Effekt führt, (also zum Beispiel stationäre Rehabilitation) als zu viele unterschwellige Reize (hier: Therapieversuche), die nur zur Habituation, genauer gesagt: zur Verlängerung des Krankheitsbildes führen.

Hier hat der Hausarzt in der Tat eine wichtige und wegweisende Aufgabe und Funktion.

Soteriaklinik Leipzig GmbH
Dr. med. M. Wernado
Arzt für Psychiatrie
Psychotherapie
Sozialmedizin
Ärztlicher Direktor

Dr. Irmgard Murad
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Bergmannstraße 1
08280 Aue

Herrn Prof. Dr. med. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Sächsische Landesärztekammer
PF 10 04 65
01074 Dresden

Aue, am 23.02.1999

Sehr geehrter Herr Professor,

anbei meine Erwiderung auf die Stellungnahme von Herrn Dr. M. Wernado, Leipzig, zu meinem Referat in der Fortbildungsreihe Arzt und Recht „Alkoholismus zwischen Diagnostik und Therapie“.

Sicher sieht manches beim Hausarzt anders als in der Klinik aus. Jedenfalls geht die Forderung „alles stationär“ an einigen Realitäten vorbei, als da sind: eng begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen und soziale Gründe des Patienten (Arbeitsplatzverlust). Außerdem ist die stationäre Therapie auch nicht für jeden Patienten nötig, die gelungenen ambulanten Behandlungen beweisen es. Aber diese bemerkt der Kliniker überhaupt nicht.

Mit meinen Ausführungen sollen die Ärzte, vor allem die Hausärzte für das Thema Alkoholismus sensibilisiert werden. Wie Sie selbst bemerken, haben 70 % der Abhängigen keinen Kontakt zu professionellen Suchtbehandlungseinrichtungen, aber der Hausarzt wird fast täglich mit Alkoholkranken konfrontiert. Nur wenn die

Diagnostik und Therapie bereits auf der Ebene Hausarzt beginnt, wird das Problem Alkohol wie auch in naher Zukunft Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit einigermaßen überschaubar werden.

Zur Richtigstellung der einzelnen Punkte:
1. Abstinenzkontrolle durch Laborparameter:

Die Gamma-GT normalisiert sich relativ rasch, wenn der Patient mit dem Trinken aufhört. MCV dokumentiert die Trinkgewohnheiten der letzten Wochen. CDT ist der Marker für Alkoholkonsum in den letzten Tagen. (Hepatolog. Kolloquium „Alkohol und Leber“, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, München 1998)

2. Bei einem internationalen Vergleich von 50 Ländern der Welt hatte das vereinigte Deutschland 1991 die „Weltspitzenposition“ mit 12,0 l Reinalkohol pro Kopf inne. (Junge, B.: Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '94. Neuland-Verlag, Geesthacht 1993, S. 81-99)

3. Der Epsilon-Typ wird als eine Form des Gamma-Alkoholikers diskutiert. Lange Abstinenzphasen sind durch starke Selbstkontrolle möglich, mit gewisser Regelmäßigkeit wird in den Gamma-Trinkstil zurückgefallen. (F. Daturi: periodisch-exzessiver Alkoholabus. Kassenarzt 5, 1998, S. 47-48)

4. Zur Ko-Abhängigkeit: In meinem Artikel habe ich klar erwähnt, daß die Betreffenden eben nicht nur mit Beruhigungsmitteln behandelt werden dürfen, so daß eine entsprechende Therapie eingeleitet werden muß. Die Gefahr der Medikamentenabhängigkeit ist jedem Hausarzt bewußt, meist nehmen die Angehörigen aber diese Mittel in Selbstmedikation ein.

5. Es wird in der hausärztlichen Arbeit immer Grenzfälle geben, bei denen wegen der besonderen Situation des Patienten der Hausarzt in der Pflicht ist, über die gewohnten Risiken hinaus zu behandeln.

Zur ambulanten Entgiftung: Clomethiazol ist zur ambulanten Entgiftung kontraindiziert, es wird aber in **Ausnahmefällen** von erfahrenen Ärzten ambulant eingesetzt. (D. Färber, R. Tölle: Warnende Hinweise zur Verschreibung von Clomethiazol (Distranerlin), Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 5, S. A-237 - A-243).

6. Carbamazepin ist keine Anti-Craving-

Substanz. Es eignet sich sehr gut für den Entzug sowie für eine längerfristige Behandlung nach der akuten Phase. Patienten berichten, daß sie unter Carbamazepin-Therapie kein Alkohol-Craving verspüren. Außerdem unterdrückt es die Krampfbereitschaft beim Alkoholentzugssyndrom. (Bericht von Dr. Albrecht Ulmer (Stuttgart) auf dem 6. Suchtmedizinischen Kongreß der DGDS, Hamburg)

7. In der Literatur wird eine Sterblichkeitsrate des Alkoholdelirs von 1 bis 8 % angegeben. Es spricht für die gute Behandlung von Herrn Dr. Wernado, wenn in seinem Krankengut bisher kein Todesfall eingetreten ist.

8. Als Hausärzte haben wir leider sehr oft das tragische Geschick, die Alkoholkranken zu begleiten, eben weil diese Patienten nicht hochmotiviert sind und nicht freiwillig in eine Entgiftung oder Entwöhnungsbehandlung einwilligen. Wieso entlassen stationäre Einrichtungen die Gefährdeten auf deren Wunsch unmittelbar nach der Ausnüchterung? In jeder Praxis sind sogenannte „Drehtürpatienten“ bekannt. Wo bleibt da die Kompetenz und Konsequenz in der Anwendung des PsychKG? Gerade diese Patienten bleiben letztendlich am Hausarzt hängen.

Maßnahmen gemäß PsychKG sind nur in äußersten Notfällen erforderlich. Wird eine Therapie unter Zwang, ohne die freiwillige Entscheidung des Patienten durchgeführt, hat sie kaum dauerhaften Erfolg.

9. Acamprosat - Therapie: Zur Anwendung (Rote Liste 1999): Zur Unterstützung der Aufrechterhaltung der Abstinenz beim alkoholabhängigen Patienten mit dem Hinweis - die Behandlung mit „Campral“TM ist nur angezeigt im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes, das auch begleitende psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen einschließt. Diese Maßnahmen kann durchaus auch ein ausgebildeter Hausarzt erbringen.

Acamprosat kann mit Diazepam kombiniert werden, es besteht also keine Kontraindikation. Diazepam wird bei Suchtkranken nur im Notfall, zum Beispiel im nächtlichen Hausbesuch, injiziert, von einer Dauertherapie ist nicht die Rede. Eine Sucht darf nicht eine andere ablösen.

10. Auch der „überschwellige“ Reiz einer stationären Rehabilitation bewahrt nicht vor Rückfällen. In der Literatur wird

beschrieben, daß die Hälfte bis zwei Drittel der Patienten rückfällig werden. Deshalb ist jeder neue Therapieversuch es wert, einer zu sein und kann mit einem Therapieerfolg enden.

Mein Vorschlag an die Redaktion Ärzteblatt Sachsen:

Herr Dr. Wernado möchte gebeten werden, uns eine hausärztliche Arbeitsmethodik vorzuschlagen, zum Beispiel Kriterien der Früherkennung des Alkoholismus, Einweisungskriterien und die hausärztlichen Maßnahmen nach einer stationären Behandlung.

Außerdem möchte er über seine Ergebnisse in der Langzeitbehandlung, über die Abbruch- und Rückfallquoten nach stationärer Behandlung und die 5-Jahres-Heilungsrate berichten.

Der Zweck meines Referates und Artikels - die Diskussion über das Alkoholproblem zu entfachen - ist voll erfüllt worden. Ich würde mir wünschen, daß Ärzte, die Erfahrung bei der Behandlung Alkoholkranker gesammelt haben, voll in die Diskussion einsteigen würden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Irmgard Murad

Einladung zum Seniorentagesausflug 1999

der Kreisärztekammer Dresden zur Dampferfahrt nach Meißen

Wir legen am Sonnabend, dem 19.06.1999 um 9.30 Uhr vom Terrassenufer Dresden ab.

Die Fahrtkosten übernimmt die Kreisärztekammer Dresden, für Verpflegung und Eintrittsgelder muß ein Obolus entrichtet werden.

Zwecks Planung (begrenzte Teilnehmerzahl) bitten wir um baldmöglichste **Anmeldung bei Frau Riedel**, Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, **Tel. (03 51) 8 26 74 26**.

Ausführliche Informationen ergehen nach Anmeldung an die Teilnehmer persönlich.

IX. INTERDISZIPLINÄRER SEMINAR- UND PRAKTIKUM-KONGRESS IN MERAN

vom 4. bis 11. September 1999

In Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

Veranstalter: Deutsche Akademie für Medizinische Fortbildung und Umweltmedizin e.V.

Auskunft: Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Telefon: (0 6032) 22 14, Fax: (0 60 32) 22 16.

6. Tschechisch-deutsch-polnisches Symposium „Aktuelle Aspekte der Hochdruck- und Nierenkrankheiten/Grenzgebiete“

Liberec 22. bis 24. April 1999

Hauptthemen: Hypertonie im Alter, Nieren im Alter, Herz im Alter

Kongreßsprache: deutsch, englisch (Simultanübersetzung deutsch/polnisch, deutsch/tschechisch).

Auskunft, Programm und Anmeldung:

Dr. med. Jan Nedvídek, Chefarzt der Inneren Abteilung Nemocnice Liberec, Husova 10, 46001 Liberec 1, Telefon: +420 48 531 27 36, Fax: +420 48 531 20 21.

Berufungen und Verleihungen Technische Universität Dresden

Medizinische Fakultät

Herrn Privatdozenten Dr. med. habil. Dipl.-Phys. Heinz-Joachim Kropp

wurde der Titel Außerplanmäßiger Professor verliehen.

Herr Privatdozent Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Kugler

(zuvor am Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen tätig)

hat am 1. April 1999 eine C3-Professur für Gesundheitswissenschaften/Public Health übernommen.

Universität Leipzig

Medizinische Fakultät

Herr Privatdozent Dr.-Ing. Dr. med. Sebastian Wolf (RWTH Aachen)

hat am 18. Januar 1999 die C3-Professur für Augenheilkunde übernommen.

Herr Privatdozent Dr. med. habil. Uwe Eichfeld (Universität Leipzig)

hat am 1. März 1999 die C3-Professur für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie übernommen.

Universität Leipzig

Medizinische Fakultät

Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Fakultätsratssitzung vom 24. 11. 1998 (Nachmeldung)

Name	Thema	Promotionsgebiet
Frau Annegret Ruff aus Döbeln	Der narkotisierte Patient als Modell für die Narkosegasexposition des Operationspersonals	Arbeits- und Sozialmedizin
Frau Cornelia Schindler aus Leipzig	Genotypisierung des Apolipoprotein E bei Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ und Kontrollpersonen anhand von Restriktionsfragmentlängen-Polymorphismen	Biochemie
Frau Jacqueline Schumann aus Domsen	Reifungsstörungen der Plazenta und Fehlbildungen des Feten	Pathologie
Frau Katrin Süß aus Dresden	Stammspezifische Typisierung von Sproßpilzen mittels Lektin-induzierter Agglutinationskinetik	Dermatologie
Herr Holm Uhlig aus Leipzig	Untersuchungen zur Bindung von Gliadinen an retikuläre Gewebestrukturen	Laboratoriumsmedizin
Herr Gernot W. Wolkersdörfer aus Leipzig	Apoptose in der menschlichen Nebenniere	Innere Medizin

Fakultätsratssitzung vom 19. 1. 1999

Name	Thema	Promotionsgebiet
Frau Kathrin Angelow aus Schweinitz	Das Milchglasphänomen der Lunge in der Computertomographie	Diagnostische Radiologie
Herr Alexander Böhme aus Schneidenbach	Die Schlaganfallsituation in Chemnitz (Karl-Marx-Stadt) von 1984 bis 1990 - Untersuchungen im Rahmen des MONICA-Projekts der WHO	Innere Medizin
Herr Sven Fehrmann aus Aue	Therapieergebnisse bei Patienten mit malignen Hodentumoren. Eine retrospektive Analyse des Patientengutes der Urologischen Klinik des Klinikums Aue der Jahre 1971 - 1995	Urologie
Frau Elisabeth Guntermann aus Leipzig	Sonoanatomische Untersuchungen zur Anwendung der 3D-Sonographie in der pränatalen Diagnostik	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Frau Petra Jogschies aus Eilenburg	Einfluß der dopplersonographischen Diagnostik auf die perinatalen Ergebnisse bei Geminischwangerschaften	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Frau Claudia Kage aus Oschatz	Das rupturierte Bauchaortenaneurysma - Prüfung prä-, intra- und post-operativer Kriterien hinsichtlich ihrer prognostischen Aussagefähigkeit	Chirurgie
Frau Bärbel Knot aus Leutersbach	Das Ernährungsverhalten der 25- bis 64-jährigen Bevölkerung Zwickaus - Ergebnisse der 3. Stichprobenuntersuchung 1993/94 im Rahmen der ostdeutschen Teilstudie des WHO-MONICA-Projektes	Innere Medizin
Herr Jan-Jakob Meyer aus Leipzig	Quantitative Untersuchungen von Lymphozytensubpopulationen im Vergleich zweier Narkoseverfahren	Anästhesie
Frau Silke Pippig aus Reichenbach	Die Bedeutung von tumorassoziierten Proteasen und Steroidhormonrezeptoren für die Prognose des Zervixkarzinoms	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Frau Maud Protze aus Leipzig	Die Wirkung von Megakaryocyte Growth and Development Factor (MGDF) auf humane Progenitorzellen in vitro	Innere Medizin
Frau Elke Schumann aus Jahnishausen	Signifikante Einflußfaktoren auf die Restenoserate nach intrakoronarer Stentimplantation unter Berücksichtigung der bevorzugt implantierten Stentmodelle AVE-Micro-Stent und Palmaz-Schatz-Stent am Herzenzentrum der Universität Leipzig im Zeitraum von August 1995 - Juli 1996	Innere Medizin

Laudatio zur Emeritierung von Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Hartig

Am 31.12.1998 verließ Prof. Hartig die Kommandobrücke der Klinik für Allgemein-, Abdominal- und Gefäßchirurgie des Städtischen Klinikums St. Georg, das als Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig zugeordnet ist.

22 Jahre hat er die Klinik durch die Klippen wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Auf- und Umbrüche hindurchgesteuert.

1976 wurde er als Nachfolger von Prof. Rothe an die renommierte Klinik des ältesten Leipziger Krankenhauses berufen.

Am 11.03.1933 in Chemnitz geboren, erfuhr er seine medizinische Ausbildung hauptsächlich in Leipzig. Hier nahm er 1951 das Medizinstudium auf, approbierte 1956 und promovierte ein Jahr später zum Dr. med.

Nach einer einjährigen Pflichtassistentenzeit in Limbach-Oberfrohna und Chemnitz und einem allgemeinpraktischen Jahr nahm er 1959 die Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie zunächst in Limbach-Oberfrohna auf, um sie in Borna bei Leipzig 1964 abzuschließen.

Im selben Jahr ging er nach Leipzig zurück und begann als Assistenzarzt seinen Dienst an der Chirurgischen Universitätsklinik bei Prof. Dr. Uebermuth.

1966 erfolgte seine Ernennung zum Oberarzt der Klinik und 1967 habilitierte er sich mit dem Thema „Untersuchungen über den Eiweißstoffwechsel in der frühen postoperativen Phase“.

Im folgenden Jahr erhielt er dann die Dozentur für das Fachgebiet Chirurgie und die Berufung zum Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie - später Klinik für Allgemein-, Abdominal- und Gefäßchirurgie des Städtischen Klinikums St. Georg Leipzig.

1977 erfolgte seine Ernennung zum Professor.

Die Amtszeit von Prof. Hartig fiel in eine Entwicklungsphase der Chirurgie, in der neue Arbeitsrichtungen und Methoden zunehmend Eingang in den klinischen Alltag fanden. Diesen neuen Wegen in der Klinik Chancen und Raum zu geben, war das beständige Ziel unseres Chefs. Unter Leitung kompetenter Oberärzte stärkte er die Entwicklung der Unfallchirurgie sowie die Entwicklung der Thoraxchirurgie - noch ein ausgewiesenes Erbe von Prof. Dr. Heller! - zu starken eigenständigen Abteilungen der Chirurgie am Klinikum St. Georg.

Gemäß seinen eigenen wissenschaftlichen



Ambitionen modernisierte er die chirurgische Wachstation und die postoperative Intensivpflege.

Von Anfang an förderte er die minimalchirurgischen Arbeitsmethoden.

Mit dem Aufbau einer Gefäßchirurgie beauftragte er Mitarbeiter und gab durch seine tatkräftige Unterstützung der Gefäßchirurgie an unserem Klinikum einen besonderen Entwicklungsschub hin zu einer eigenständigen Abteilung.

Schließlich entließ er sie gemeinsam mit der Thoraxchirurgie zur weiteren Profilierung in eine Klinik für Thorax- und Gefäßchirurgie. Auch die Unfallchirurgie formierte sich zwischenzeitlich zu einer eigenen Klinik mit einer großen Fachbreite.

Neben seiner klinischen Tätigkeit widmete sich Prof. Hartig einer intensiven wissenschaftlichen Arbeit, wobei das zentrale Thema

- der postoperative Stoffwechsel (Postaggressionsstoffwechsel),
- sowie der Wasser- und Elektrolythaushalt und ihre Beeinflussung durch künstliche Ernährung und Infusionstherapie unter den Bedingungen der verschiedenen abdominalen Erkrankungen und operativen Eingriffe

kontinuierlich und konsequent verfolgt wurde.

Zu dieser Thematik wurden nicht nur klinische Studien durchgeführt, sondern auch zahlreiche experimentelle Untersuchungsreihen.

Der Niederschlag einer solchen zielstrebig wissenschaftlichen Arbeit findet sich in sechs Monographien, von denen allein die „Moderne Infusionstherapie - künstliche Ernährung“ acht Auflagen und Übersetzungen ins Russische und Bulgarische erzielte.

Darüber hinaus sind acht Handbuchbeiträge, 232 wissenschaftliche Arbeiten und 620 wissenschaftliche Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen erwähnenswert.

Dem X. Europäischen Kongress für Parenterale und Enterale Ernährung 1988 (ESPEN) stand Prof. Hartig als Präsident vor.

16 „Leipziger Foren für Ernährungsmedizin“, die ein großes nationales und internationales Echo fanden, organisierte und leitete Prof. Hartig.

Die Anerkennung seiner wissenschaftlichen Verdienste fanden ihren Ausdruck in der Berufung zum Präsidenten (1987/88), Vize-Präsidenten (1986/87; 1988/89) und Mitglied des Exekutiv-Komitees der European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, in der Berufung zum Mitglied des Vorstands der International Society of Parenteral and Enteral Nutrition 1975/76 und in der Wahl zum Vorsitzenden der Sektion Experimentelle Chirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR.

Außerdem ist Prof. Hartig Mitglied des International Editorial Boards des Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, Mitglied des Editorial Advisory Boards der Zeitschrift „Clinical Nutrition“ sowie Mitglied des Wissenschaftlichen Komitees des Journal of Clinical and Gastroenterology.

Im deutschsprachigen Raum ist er Mitherausgeber der Monographiereihe „Klinische Ernährung“, Mitglied des Herausgeberkollegiums der „Zeitschrift für experimentelle Chirurgie“, Mitglied des Redaktionskollegiums „Zentralblatt für Chirurgie“ und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Zeitschrift „Infusionstherapie und klinische Ernährung - Forschung und Praxis“.

An akademischen Ehrungen erfuhr Prof. Hartig die Professur honoris causa der Universität von Ho-Chi-Minh-City (Saigon) 1986, die Ernennung zum „Korrespondierenden Mitglied“ der Tschechoslowakischen Medizinischen Gesellschaft J. E. Purkyne (Chirurgische Gesellschaft) 1977, die Ernennung zum Ehrenmitglied der Ungarischen Gesellschaft für Chirurgie 1987.

Am 25.01.1999 wurde Prof. Hartig von seinen Mitarbeitern und der Krankenhausleitung anlässlich eines Symposiums in einem feierlichen Rahmen aus dem aktiven Klinikdienst verabschiedet.

Seine Mitarbeiter, Kollegen, Schüler und Freunde wünschen dem alten Chef Gesundheit und einen erfüllten Ruhestand - ad multos annos!

J. Wilde, Leipzig

Unsere Jubilare im Mai

Wir gratulieren

60 Jahre

1. 5. Dr. med. Schüller, Margrit
08648 Bad Brambach
2. 5. Dr. med. Holm, Werner
09130 Chemnitz
3. 5. Dipl.-Med. Schönstein, Hans-Jochen
08523 Plauen
4. 5. Dr. med. Ilius, Dieter
01129 Dresden
5. 5. Bade, Gunter
01814 Bad Schandau
5. 5. Dr. med. Große, Heinrich
04668 Grimma
5. 5. Prof. Dr. med. habil. Melzer, Bernd
01326 Dresden
5. 5. Mint, Heinz
09569 Oederan
5. 5. Rieder, Peter
04357 Leipzig
5. 5. Dr. med. Schmidt, Klaus
04651 Bad Lausick
7. 5. Walther, Rosita
01705 Freital
8. 5. Dr. med. Hinz, Käthe
08543 Jocketa
8. 5. Seeger, Brigitte
01454 Radeberg
8. 5. Dr. med. Wolf, Helmut
09114 Chemnitz
9. 5. Dr. med. Gerber, Lutz
09358 Wüstenbrand
9. 5. Dr. med. Himmel, Dieter
04157 Leipzig
9. 5. Prof. Dr. med. habil. Stiehl, Peter
04157 Leipzig
11. 5. Löscher, Barbara
01809 Heidenau
12. 5. Dr. med. Vetterlein, Klaus
09126 Chemnitz
12. 5. Dr. med. Wolf, Rosemarie
01069 Dresden
13. 5. Dr. med. Müller, Peter
01773 Altenberg
14. 5. Dr. med. Rühling, Klaus
08393 Meerane
14. 5. Dr. med. Telschaft, Dieter
10249 Berlin
14. 5. Dr. med. Treuhoff, Ingrid
09130 Chemnitz
14. 5. Dr. med. Walther, Siegfried
09387 Leukersdorf
15. 5. Dr. med. Wolf, Erika
09114 Chemnitz
16. 5. Hoffmann, Barbara
02827 Görlitz
16. 5. Dr. med. Müller, Uta
01662 Meißen
16. 5. Dr. med. Vagt, Gerhard
01279 Dresden
19. 5. Dr. med. Kolbe, Brunhilde
04318 Leipzig
19. 5. Dr. med. Rosch, Christine
09116 Chemnitz
20. 5. Dr. med. Engel, Elke
04279 Leipzig

20. 5. Dr. med. Schmiedt, Rosemarie
09599 Freiberg
22. 5. Dr. med. Beckert, Wolfgang
04758 Oschatz
22. 5. Dr. med. Stichel, Wolfgang
01796 Pirna
24. 5. Dr. med. Böhm, Irmgard
08523 Plauen
24. 5. Jungbluth, Klaus
01844 Neustadt
24. 5. Dr. med. Kauth, Erika
04103 Leipzig
25. 5. Dr. med. habil. Müller, Konrad
09123 Chemnitz
26. 5. Herrmann, Sigrid
01705 Freital
31. 5. Dr. med. Rothenberg, Gert
04229 Leipzig

65 Jahre

1. 5. Dr. med. Ludwig, Martha
04105 Leipzig
2. 5. Krah, Gitta
04349 Leipzig
3. 5. Däumer, Doris
01326 Dresden
4. 5. Dr. med. Kunze, Peter
01309 Dresden
5. 5. Dr. med. Herold, Klaus
01705 Freital
6. 5. Prof. Dr. med. habil.
Haake, Karl-Wilhelm
04229 Leipzig
6. 5. Dr. med. Pascher, Gisela
02906 Niesky
7. 5. Dr. med. Gobrau, Gerhard
01239 Dresden
7. 5. Dr. sc. med. Kollande, Gerold
04159 Leipzig
10. 5. Dr. med. Büchner, Helga
04279 Leipzig
12. 5. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Matz, Martin
01309 Dresden
13. 5. Dr. med. Wolz-Unterdörfer, Ursula
01259 Dresden
14. 5. Dr. med. Martsch, Maria
09241 Mühlau
17. 5. Dr. med. Trülsch, Arnold
01558 Großenhain
20. 5. Dr. med. Rotermundt, Fredo
04107 Leipzig
20. 5. Dr. med. Schüler, Hans
04347 Leipzig
23. 5. Henkel, Renate
01217 Dresden
26. 5. Dr. med. Frach, Gudrun
01324 Dresden
31. 5. Dr. med. Oertel, Günter
08527 Plauen

70 Jahre

8. 5. Dr. med. Lehmann, Lienhard
01468 Boxdorf
8. 5. Dr. med. Müller, Peter
01309 Dresden

8. 5. Dr. med. Spreer, Ferdinand
04668 Großbothen
12. 5. Dr. med. Kemter, Dieter
09599 Freiberg
14. 5. Dr. med. Dieckmann, Barbara
04103 Leipzig
15. 5. Dr. med. Sonnenkalb, Edda
01067 Dresden
16. 5. Dr. med. Schröter, Klaus
09131 Chemnitz
25. 5. Dr. med. Geikler, Marianne
04129 Leipzig
28. 5. Dr. med. Rudau, Dietlind
04357 Leipzig

75 Jahre

7. 5. Dr. med. Arendt, Maja
04109 Leipzig
19. 5. Dr. med. Tischer, Hans-Christian
02943 Weißwasser
30. 5. Dr. med. Halaris, Hildegard
02826 Görlitz

80 Jahre

4. 5. Dr. med. Viererbl, Adda
01326 Dresden
9. 5. Dr. med. Schumann, Adelheid
04808 Dornreichenbach
18. 5. Dr. med. Thomas, Karl
01259 Dresden
20. 5. Dr. med. Hartmann, Gottfried
01326 Dresden
23. 5. Dr. med. Mährlein, Wolfgang
09366 Stollberg

81 Jahre

30. 5. Dr. med. von Gebhardi, Eberhard
08523 Plauen

83 Jahre

13. 5. Dr. med. Steps, Werner
04159 Leipzig

85 Jahre

1. 5. Dr. med. Kretschmar, Ursula
01326 Dresden

87 Jahre

10. 5. Dr. med. Nauer, Dorothea
02826 Görlitz
15. 5. Dr. med. Lorenz, Hannchen
08529 Plauen

88 Jahre

1. 5. Dr. med. Barthel, Franz
09112 Chemnitz
15. 5. Prof. Dr. med. habil.
Straube, Karl-Heinz
08058 Zwickau
19. 5. Dr. med. Kissner, Fritz
02943 Weißwasser
27. 5. Prof. Dr. med. habil.
Schumann, Hans-Dietrich
01474 Weißig
31. 5. Dr. med. Günther, Wilhelm
01809 Dohna