

Internist 2013 · 54:669–670
 DOI 10.1007/s00108-012-3167-6
 Online publiziert: 15. Mai 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

J. Mössner

Medizinische Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie, Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie, Universitätsklinikum Leipzig, AöR

Präkanzerosen

Malignome stellen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache dar. Häufig gehen sie auf Präkanzerosen zurück, die vor dem Übergang in ein Malignom Jahre bis Jahrzehnte existieren können. Ich denke hier in der Gastroenterologie an die Kolon-Adenom-Karzinom-Sequenz oder das erhöhte Karzinomrisiko bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen wie der:

- Barrett-Metaplasie des Ösophagus,
- chronischen *Helicobacter-pylori*-Gastritis,
- chronischen Hepatitis,
- chronischen Pankreatitis,
- Cholezystitis und
- Colitis ulcerosa.

Lässt sich die Präkanzerose einfach beseitigen, wie im Falle der Ektomie eines Kolonadenoms, scheint das Problem gelöst.

Es gibt aber auch Konstellationen, in denen sich das Problem durch die Beseitigung der potenziellen Präkanzerose nicht sicher lösen lässt. So kennen wir bis heute nicht den „point of no return“, wenn wir eine *H.-pylori*-Eradikation erreichen. Ist der 50-Jährige, dessen chronische Gastritis soeben durch *H.-pylori*-Eradikation behandelt wurde, wirklich vor einem Magenkarzinom geschützt? Leider gelingt es uns in vielen Fällen auch noch nicht, z. B. über die Bestimmung molekularer Marker, vorherzusagen, welche Präkanzerose wirklich maligne entartet. Solange wir durch Vorsorgemaßnahmen, wie die Inspektion der Haut oder die Koloskopie, eine Präkanzerose entdecken und beseitigen können, scheint das Problem beherrschbar. Es gibt aber auch Präkanzerosen, die nicht einfach zu diagnostizieren sind oder die bei einer Diagnose erhebliche therapeutische Konsequenzen nach sich ziehen würden. Ich denke hier an das Konzept der duktaalen pankreatischen in-

traepithelialen Neoplasie (PanIN). Die Vorstufe eines Pankreaskarzinoms wird in der Regel nicht diagnostiziert. Und falls doch, würde man dann bei PanIN 1 eine Pankreatektomie empfehlen? Die Analyse der Kosten, Risiken und Nutzen von Vorsorgemaßnahmen könnte einen eigenen Schwerpunkt füllen.

» Die Diagnose mancher Präkanzerosen hat erhebliche therapeutische Konsequenzen

Die Arbeit „Präkanzerosen und Carcinomata in situ der Haut“ von D. Krüger-Corcoran, S. Vandersee u. E. Stockfleth aus Berlin zeigt das breite Spektrum dieser Hautläsionen. Es umfasst die aktinische Keratose, die Cheilitis actinica, das Cornu cutaneum, die Arsen-, Teer- und Röntgenkeratosen, den Morbus Bowen, die Erythroplasie Queyrat, die bowenoiden Papulose sowie die vulväre, penile und anale intraepitheliale Neoplasie. Viele dieser Präkanzerosen lassen sich nichtinvasiv behandeln.

In der Übersicht der Autoren A. Behrens, A. May, H. Manner, J. Pohl u. C. Ell aus Wiesbaden zu den Präkanzerosen im Ösophagus wird die deutlich verbesserte endoskopische Diagnostik nach Einführung der High-definition(HD)-Videoendoskopie hervorgehoben. Aber auch weitere endoskopische Verfahren wie die Chromoendoskopie haben ihren Stellenwert. Am aussagekräftigsten ist die endoskopische Entfernung der Läsion mittels Mukosektomie und anschließender histologischer Sicherung. In der Regel werden Ösophaguskarzinome aber leider erst nach klinischer Manifestation einer Dysphagie und damit zu spät diagnostiziert. Eine vorsorgliche Ösophagogastrodu-

denoskopie wäre noch nicht „kosteneffizient“, da Ösophaguskarzinome deutlich seltener als Kolonkarzinome vorkommen und keine über Jahre bis Jahrzehnte vorliegende Adenom-Karzinom-Sequenz besteht. Auch für den Fall, dass im Rahmen einer sog. Indexendoskopie bei Reflux-ösophagitis ein Barrett-Ösophagus festgestellt wird, konnte noch nicht belegt werden, dass Nachfolgeendoskopien die Sterblichkeit senken. Der Wiesbadener Arbeitsgruppe ist aufgrund der Erarbeitung des Stellenwerts der Mukosektomie zu verdanken, dass vielen Patienten bei Nachweis eines Frühkarzinoms eine Ösophagusresektion erspart werden kann. Obgleich auch das Barrett-Epithel ohne Dysplasie oder Neoplasie eine Präkanzerose darstellt, liegen noch keine überzeugenden Studien vor, die für eine prophylaktische endoskopische Beseitigung dieses Epithels sprechen.

» Ösophaguskarzinome werden meist zu spät diagnostiziert

Auch das Spektrum der Präkanzerosen im Kolon ist groß. Wie I. Tischoff u. A. Tannapfel aus Bochum in ihrem Beitrag zeigen, umfasst es nicht nur die jedem bekannten tubulären und tubulovillösen Adenome. Die Arbeit gibt neben interessanten Einblicken in die molekulare Pathogenese auch praktische Hinweise zur zeitlichen Planung von Kontrollkoloskopien.

Myelodysplastische Syndrome gehen, wie A. Giagounidis aus Düsseldorf darstellt, in 30–40% der Fälle in eine akute myeloische Leukämie über. Es bleibt zu hoffen, mit einer „targeted therapy“, wie bei der chronischen myeloischen Leukämie bereits gelungen, diese Vorläuferzellen so in Schach zu halten, dass einerseits

die normale Knochenmarkausreifung erhalten bleibt, andererseits aber der Übergang in eine akute Leukämie verhindert wird.

Eine monoklonale Gammopathie wird nicht allzu selten als Zufallsbefund in einer Laboruntersuchung gefunden. Ihr wird eine „unklare Signifikanz“ (MGUS) zugeordnet, da, ähnlich wie beim Kolonadenom, nicht vorauszusagen ist, ob die Gammopathie in ein Malignom, in diesem Fall ein Plasmozytom, sprich multiples Myelom, übergeht. Auch die monoklonale B-Lymphozytose (MBL) gilt als Vorläufererkrankung. Sie kann in eine chronische lymphatische Leukämie übergehen. K. Hübel u. M. Hallek aus Köln beschreiben den aktuellen Kenntnisstand. Dabei gehen sie auch auf die Risikostratifizierung ein. Sie dient beispielsweise der Erkennung von Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ein multiples Myelom entwickeln.

Im vorliegenden Schwerpunkt stellen Experten eine Vielzahl an Präkanzerosen vor. Ich hoffe, eine für Sie interessante Auswahl getroffen zu haben. Die unterschiedlichen Gesichtspunkte, unter denen Präkanzerosen betrachtet werden können, sind meiner Ansicht nach äußerst spannend: erkennen, Dignität einschätzen, verhindern, beobachten, therapieren.



J. Mössner

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. J. Mössner
Medizinische Klinik und
Poliklinik für
Gastroenterologie und
Rheumatologie, Department
für Innere Medizin, Neurologie
und Dermatologie,
Universitätsklinikum
Leipzig, AöR
Liebigstr. 20, 04103 Leipzig
joachim.moessner@
medizin.uni-leipzig.de

Jens Hollmann, Angela Geissler Leistungsbalance für leitende Ärzte

Heidelberg: Springer Verlag 2013, 103 S.,
21 Abb., (ISBN 978-3-642-29333-7), 44.95 EUR



In ihrem Buch
„Leistungsbalance
für leitende Ärzte“
analysieren Jens
Hollmann, Berater
im Gesundheitswe-
sen, und Professor
Angela Geissler,
Chefärztin für Radio-
logie und Nuklear-

medizin, persönliche Aspekte der beruflichen
Situation leitender Krankenhausärzte.

Der Untertitel „Selbstmanagement, Stress-
Kontrolle, Resilienz im Krankenhaus“ er-
läutert die relevanten Themen des Buches.
Ausgehend von der Beobachtung, dass sich
der engagierte leistungsbereite Arzt in Lei-
tungsfunktion häufig mit dem Erhalt der eige-
nen Kraftressourcen wenig oder nicht aus-
einandersetzt, werden Faktoren, die zu einer
„gesunden“ Arbeitssituation im Krankenhaus
beitragen, analysiert und Strategien vorge-
stellt, wie sich die eigene Leistungsfähigkeit
und die Freude am Beruf erhalten lassen.
Zunächst raten die Autoren zu einer Be-
standsaufnahme der individuellen Positionie-
rung. Wie wichtig sind Sie als Arzt für Ihren
Arbeitgeber? Welche Strukturen zur Gesund-
heitsprävention sind heute bereits in Kliniken
etabliert? Welche Stressfaktoren gibt es an
Ihrem Arbeitsplatz? Glaubt man, ständig noch
mehr Leistung bringen zu müssen und stän-
dig (vermeintlich) präsent sein zu müssen?
Zur Vertiefung dieser Fragen werden eine
Überprüfung der eigenen Denk- und Hand-
lungsmuster angeboten und eine Reflektion
der eigenen Rolle als Arzt angeregt. Schließ-
lich werden Alternativen dargestellt, wie wirk-
sames Selbstmanagement in Belastungs- und
Überlastungssituationen gelingen kann. Das
abschließende Kapitel des Buches enthält
Checklisten zur Selbstüberprüfung. Alle Kapi-
tel werden durch Interviews mit wissenschaft-
lichen Experten zu den jeweiligen Themen
abgerundet.

Die Autoren zeigen auf, warum die Themen
der beruflichen Erschöpfung und des „burn-
out“ in den letzten Jahren so präsent sind,
obwohl die Belastung im ärztlichen Beruf

früher auch sehr hoch war. Mögliche gesund-
heitsgefährdende Faktoren im Krankenhaus
umfassen beispielsweise die zunehmend ge-
ringere klinische Tätigkeit am Patienten und
der Anstieg administrativer Tätigkeiten, das
Treffen strategischer Entscheidungen durch
die Krankenhausleitung ohne Einbezug ärzt-
licher Leistungserbringer, die Verantwortung
für Leistungserbringung und medizinische
und ökonomische Leistungsoptimierung oh-
ne umfassende Kompetenz zur Bestimmung
der hierfür erforderlichen Prozesse und be-
lastende Teamstrukturen in der Krankenhaus-
abteilung aufgeführt.

Welche Faktoren tragen zu einer positiven
persönlichen Leistungsbalance als leitender
Kliniker bei? Den Autoren zufolge sollte die
Klinikleitung vermehrt Themen wie Mitarbei-
terzufriedenheit, bzw. Arbeitszufriedenheit
leitender Ärzte und ärztlicher Mitarbeiter auf-
greifen und einen gezielten Dialog mit Mit-
arbeitern und Führungskräften zu Einstellun-
gen und Verhaltensweisen sowie zu Arbeits-
und Lebensbedingungen führen. Individuelle
Faktoren des Arztes, die zu einer positiven
persönlichen Leistungsbalance beitragen
können, umfassen Introspektionsfähigkeit
und Ausprägungsgrad der intrapersonellen
Intelligenz (d.h. des Wissens über sich selbst),
Fähigkeit zum Zeitmanagement, planvolle
Verarbeitung belastender Situationen (co-
ping), psychisch-mentale Widerstandsfähig-
keit (Resilienz). Die Autoren zeigen mögliche
Wege auf, wie diese Faktoren individuell ent-
wickelt werden können, und sie stellen neuro-
physiologische Grundlagen zur Steigerung
der Resilienz durch körperliches Ausdauertrai-
ning und Meditationstechniken dar.
J. Hollmann und A. Geissler greifen in ihrem
sehr empfehlenswerten neuen Buch das
hochaktuelle Thema der Gesundheitsprä-
vention für leitende Klinikärzte auf. Das Buch
lässt sich auch neben dem zeitintensiven
beruflichen Alltag gut durchlesen und kann
jedem Angehörigen der Zielgruppe empfoh-
len werden.

H. Reichel (Villingen-Schwenningen)