

S. Nestoris
L. Rafi-Reichrath
E. Dippel

Dermatologische Klinik Lippe-Lemgo: Entstehung und Entwicklung

Department of Dermatology Lippe-Lemgo: Founding and Development

Zusammenfassung

Die dermatologische Klinik in Lemgo kann auf eine 60-jährige Geschichte zurückblicken. Die stationäre dermatologische Behandlung der Bevölkerung in Ostwestfalen-Lippe war Ende des 2. Weltkrieges noch durch den chirurgischen Chefarzt der Klinik gewährleistet. Schon Anfang der 70er-Jahre wurde eine eigenständige Belegabteilung unter dermatologischer Leitung von Dr. Herfeld gegründet und seit 1974 wurde die Dermatologische Klinik mit zunächst 32 Betten modernisiert und chefärztlich durch Prof. Dr. Hans Günter Meiers und später 1975 durch Prof. Dr. Hans-Joachim Heitmann besetzt. Nach neuer klinischer Ausrichtung mit operativem Schwerpunkt unter Prof. Dr. Roland Müller wurde 1987 die Bettenzahl auf 40 erhöht. Dieser Schwerpunkt wurde nach der Neubesetzung 2004 durch PD Dr. Edgar Dippel mit einem umfassenden onkologischen Konzept weiter ausgebaut und ergänzt durch eine moderne Lasermedizin, Phlebochirurgie und Spezialsprechstunden.

Abstract

The clinic of dermatology was founded 60 years ago under the leadership of a pluripotent surgeon at the end of the second world war. In the early 70's the dermatology clinic became independent under the leadership of the dermatologist Dr. Herfeld and in 1974 the clinic was modernized by Prof. Dr. Hans Günter Meiers and later by Prof. Dr. Hans-Joachim Heitmann. In 1987 Prof. Dr. Roland Müller succeeded in giving the department a dermatosurgical direction which lead to increased capacity for 40 indoor patients. In continuation to this process under the current leadership by PD Dr. Edgar Dippel the clinic of dermatology has broadened the oncological and phlebological therapeutic spectrum and is equipped with up-date laser instruments.

Die Geschichte der Dermatologischen Klinik in Lemgo beginnt gegen Ende des 2. Weltkrieges. Dank einer großzügigen Stiftung des Konsuls August Louis Wolff aus Verbundenheit zu seiner Heimatstadt konnte das Lemgoer Krankenhaus 1900 erbaut werden (Abb. 1).

Aus den anfänglich 80 wurden bis 1930 220 Betten. Die Kriegsjahre 1939/40 brachten große Umwälzungen für die Klinik mit sich. Die innere Abteilung wurde geräumt und als Lazarettabteilung eingerichtet und die nahe liegende Anstalt Lindenhaus in Brake wurde dem Krankenhaus Wolff'sche Stiftung in Lemgo an-

geschlossen [1]. Die Anstalt Lindenhaus gehört zu den ersten Pflegeanstalten zur Behandlung psychisch Kranker in Deutschland. Fürstin Pauline aus dem Hause Lippe-Detmold setzte sich seit 1801 mit aller Kraft für diese Einrichtung ein. Anfang des 20. Jahrhunderts wurden hier in einigen Gebäuden auch Infektionskranke, meist Tbc- und Scharlachfälle, und Hautkranke aufgenommen (Abb. 2). Dazu kamen Bombengeschädigte und Evakuierte von 1943, die die Einwohnerzahl in Lippe schnell anwachsen ließen. Unter den Evakuierten waren auch Hautkranke aus der Hautklinik Münster, die in der Anstalt Lindenhaus versorgt wurden.

Institutsangaben

Dermatologische Klinik des Klinikum Lippe (Chefarzt: PD Dr. E. Dippel)

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Edgar Dippel · Dermatologische Klinik, Klinikum Lippe-Lemgo · Rintelner Straße 85 · 32657 Lemgo · E-mail: edgar.dippel@klinikum-lippe.de

Bibliografie

Akt Dermatol 2005; 31: 491–494 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-870550 · ISSN 0340-2541



Abb. 1 Klinik der Wolff'schen Stiftung um 1900.



Abb. 2 Anstalt Lindenhaus um 1948 mit Belegabteilung für Hautpatienten.

1950 entstand in der Anstalt Lindenhaus eine eigenständige Abteilung für 68 Hautkranke, die von dem damaligen Chefarzt Dr. Kleßmann des Gesamtkrankenhauses geleitet wurde. Nach dessen Ausscheiden wurde ab 1964 eine eigenständige Belegabteilung für Dermatologie mit 32 Betten eingerichtet, die von dem Dermatologen Dr. Herfeld geleitet wurde.

Bevor 1975 Prof. Dr. Hans-Joachim Heitmann die Dermatologische Klinik als eigenständige Abteilung im Haupthaus des Krankenhauses in Lemgo übernahm wurde die Klinik kurze Zeit von Prof. Dr. Hans Günter Meiers geführt, der jedoch plötzlich und unerwartet verstarb. Hans Joachim Heitmann habilitierte am Universitätsklinikum in Essen und war dort als Oberarzt tätig, bevor er die Leitung der Dermatologischen Klinik in Lemgo übernahm. Klinischer Schwerpunkt war die klassische konservative Dermatologie und der wissenschaftliche Schwerpunkt war im Bereich der Venerologie und der Mykologie angesiedelt. Intensiv beschäftigte sich Heitmann in den 80er-Jahren mit der Wirkung der Strahlentherapie auf Typ I allergische Reaktionen.

Ab 1987 übernahm Prof. Dr. Roland Müller die Abteilung und strukturierte die Dermatologische Klinik zur operativen Klinik um. Schwerpunkte waren plastisch-rekonstruktive Eingriffe bei Tumorerkrankungen und die Venenchirurgie. Die Anzahl der operativen stationären Eingriffe steigerte sich von 111 im Jahre 1986 auf über 1100 Eingriffe im Jahre 2002 (Abb. 3).

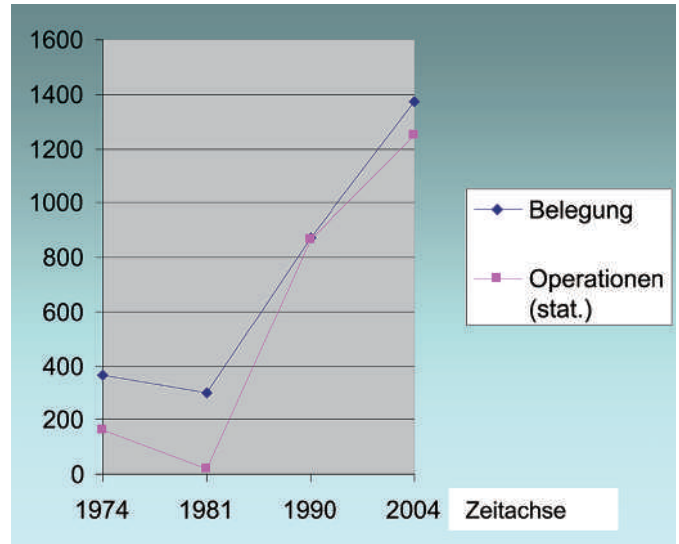


Abb. 3 Entwicklung der stationär durchgeführten Operationen und Belegung.



Abb. 4 Klinikum Lippe-Lemgo 2005.

Die positive Wachstumstendenz der Klinik ermöglichte die Modernisierung zum 100. Jubiläumsjahr des Klinikums im Jahre 2000. Moderne Ambulanzräume für die Funktionsbereiche Allergologie, Phlebologie, Proktologie und Phototherapie wurden neu erbaut und zusätzliche Eingriffsräume für ambulante Eingriffe ermöglichten eine moderne Dermatologie auf universitärem Standard auszuüben (Abb. 4).

Die Dermatologische Klinik wurde akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster und beteiligte sich insbesondere bei der Ausbildung der Studenten im praktischen Jahr an der Lehre und bot darüber hinaus Übungen an, die grundlegenden dermatochirurgischen Fähigkeiten zu erlernen.

Die Dermatologische Klinik in Lemgo war lange Sitz der Vereinigung operativer Dermatologen (VOD), deren Vorsitz Roland Müller innehatte. Im Jahre 2002 wurde die Jahrestagung der VOD in Lemgo mit großem Erfolg ausgetragen und dort wurden neue Akzente gesetzt, die operative Dermatologie voranzutreiben. Sein langjähriger Oberarzt Dr. Katsch konnte die Chefarztstelle der Dermatologischen Klinik in Quedlinburg übernehmen.

Nach dem tragischen unerwarteten Tod von Prof. Dr. Müller 2003 wurde die Klinik für acht Monate kommissarisch von den beiden Oberärzten Frau Dr. Brand und Herrn Dr. Mailänder geleitet.

Im Juni 2004 übernahm PD Dr. Edgar Dippel die chefärztliche Leitung der Dermatologischen Klinik. Edgar Dippel, 1963 in Marburg geboren, kam von der Dermatologischen Klinik des Universitätsklinikums in Mannheim, wo er unter Prof. Dr. Sergij Goerdts als Oberarzt arbeitete und zum Thema „das kutane T-Zell-Lymphom“ 2001 habilitierte. Seine Facharztausbildung absolvierte er an der Klinik für Dermatologie des Universitätsklinikums Virchow in Berlin bei Frau Prof. Dr. B. Carnetzki und später an der Dermatologischen Klinik des Universitätsklinikums Benjamin Franklin bei Prof. Dr. Prof. h.c. C. E. Orfanos. Entsprechend seinem wissenschaftlichen Schwerpunkt baut Edgar Dippel ein molekularbiologisches Labor auf und etablierte eine Lymphomsprechstunde an der Mannheimer Hautklinik. Darüber hinaus übernahm er dort als Oberarzt im Jahre 2002 die Leitung der operativen Dermatologie. 2003 rief er zusammen mit Frau PD Dr. Gellrich aus der Charité in Berlin die ADF Arbeitsgruppe „Kutane Lymphome“ ins Leben [2].

Bei seinem Amtsantritt 2004 in Lemgo verfügte die Dermatologische Klinik am Klinikum Lippe über 41 stationäre Betten. Schwerpunkte sind die operative und konservative Dermatookologie, kutane Lymphome [3], Phototherapie und die Phlebologie. Nach Aufkündigung des Lehrvertrages mit den akademischen Lehrkrankenhäusern durch die Universität Münster wurde die Dermatologische Klinik in Lemgo 2004 Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover.

Entwicklung der operativen und onkologischen Dermatologie

Seit 4 Jahren ist das Klinikum Lippe als gGmbH eigenverantwortlich an den beiden Standorten Detmold und Lemgo. Ein modernes Management mit medizinischem Controlling und Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit nehmen einen festen Platz neben dem ärztlichen Handeln ein. Die stetige Weiterentwicklung der operativen Dermatologie seit 1987 hat die Leistungsfähigkeit der Abteilung schon weit vor Einführung der DRGs wesentlich aufgewertet.

Roland Müller musste zu Beginn seiner Lemgoer Zeit noch mit geringen OP-Zeiten im zentralen OP auskommen. Erst nach Ende der täglichen Augen-Operationen wurde der Dermatologie zweimal pro Woche am Nachmittag die Möglichkeit gegeben größere Eingriffe in Intubationsnarkose durchzuführen. Doch Jahr für Jahr stieg der Zustrom operativer Patienten, so dass seit 1999 nunmehr im Zentralen OP des Klinikums für Eingriffe in Intubationsnarkose 4 Tage die Woche ein OP-Team ganztägig zur Verfügung steht. Daneben werden zurzeit noch zwei weitere Eingriffsräume für ambulante OPs genutzt. Die operative Dermatologie durchlief in den 70er- und 80er-Jahren eine rasante Entwicklung im Bereich der plastisch-rekonstruktiven Operationstechniken. Das Repertoire der Lappenplastiken wurde ergänzt durch z.B. Treppenplastiken bei ausgedehnten Lippendefekten, subkutane gestielte Gleitlappen und fasziokutane Lappen. Ab 1990 wurde die klassische rekonstruktive Dermatochirurgie mit

den Methoden der Hauttransplantationen und die konventionellen Lappenplastiken mithilfe von Hautexpandern ergänzt. Neue Nahttechniken wie die vollständig versenkbaren Nähte oder die subkutan-koriale Naht verbesserten die Voraussetzungen zu ästhetisch optimierten Wundnarben [4]. Hinzu kam der vermehrte Einsatz der Dermabrasion bei großen kongenitalen Nävuszellnävus, Tätowierungen, Hyperpigmentierungen, Hyperkeratosen, beim Rhinophym sowie ausgedehnte radikale Operationen bei Acne inversa.

Aber nicht nur Operationstechniken, sondern auch die histologische Aufarbeitung der Tumorpräparate hat die Qualitätsstandards der heutigen Dermatochirurgie geprägt. Die mikroskopisch-kontrollierte Chirurgie und später die histologische Randkontrolle als „Tübinger Torte“ gehören heute zum festen Bestandteil der dermatochirurgischen Vorgehensweise. 1998 führte Roland Müller auch die „sentinel node biopsie“ in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung für Strahlentherapie und Nuklearmedizin an der Lemgoer Klinik ein. In Ergänzung zu dieser invasiven Diagnostik beim malignen Melanom gehört auch die inguinale und axilläre Lymphknotendissektion zum dermatochirurgischen Spektrum. Jüngste Studien belegen den Vorteil dieser Vorgehensweise. Die WHO (WHO Melanoma Programm) erklärte im Jahre 2000 die Sentinel Node Biopsie zur neuen diagnostischen Standardmethode bei malignen Melanomen ab einer Tumordicke von 1,0 mm, da der metastatische Befall der Wächterlymphknoten zu den wichtigsten Prognosefaktoren gehöre. Des Weiteren zeigte die MSLT-1-Studie Daten zum Gesamtüberleben aus den USA an 2001 Patienten, bei der die weite lokale Exzision mit und ohne zusätzlich durchgeführte Sentinel Node Biopsie (SNB) verglichen wurde [5]. Das Gesamtüberleben war mit 78 % zu 55 % ($p = 0,0033$) besser in der Gruppe der Patienten mit Sentinel Node Biopsie. Inwieweit sich ein weiterer Überlebensvorteil für die Patienten ergibt, die nach positiven Sentinel Node eine Lymphadenektomie erhalten, wird derzeit von der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO), an der sich auch die Lemgoer Hautklinik beteiligt, und der „Multicentre Selective Lymphadenectomy Trial“ (MSLT II) überprüft.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil eines umfassenden onkologischen Therapiekonzeptes ist die adjuvante Immuntherapie mit Interferon alpha, bei Patienten mit Melanomen ab einer Tumordicke von 1,5 mm und bei regionären Metastasen. Auch hier beteiligt sich derzeit die Lemgoer Hautklinik an der Studie der ADO bei Patienten im Stadium IIa–IIb zur adjuvanten Immuntherapie im Vergleich zwischen Interferon-alpha und pegyliertem Interferon-alpha.

Eine weitere Säule der Therapiemöglichkeiten neben operativer und Strahlentherapie in der Dermatookologie ist die Chemotherapie. Hier stehen die aktuellen Therapiemöglichkeiten im Vergleich zu denen der letzten 10 Jahre Kopf. Aus einer Fülle von verschiedenen Mono- und Polychemotherapien und wenigen experimentellen Therapien des letzten Jahrzehntes haben sich in Hinblick auf „Überleben mit erhaltener Lebensqualität“ nur die Monotherapeutika Dacarbazin, Temozolamid und Fotemustin fest etabliert, aber das zunehmende pathogenetische Verständnis um molekularbiologische und immunologische Vorgänge hat zu einer starken Zunahme von experimentellen Therapiemöglichkeiten geführt, die zurzeit in Multizenterstudien

überprüft werden. Um auch dieses erweiterte Therapieangebot den Patienten in Ostwestfalen zugänglich zu machen, ist an dieser Stelle nicht nur die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Onkologen wichtig, sondern auch die aktive Teilnahme an neuen Therapiestudien.

Die stetig wachsende Kompetenz im Bereich der Dermatoonkologie verlangt nicht nur ein wachsendes Maß an Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, sondern auch ein koordinierendes interdisziplinäres Netzwerk mit anderen Kliniken und Einrichtungen. Das Ziel Hauttumor-Patienten umfassend und mit hoher Qualität zu versorgen kann nur erreicht werden, wenn die Bereiche „Aufklärung und Prophylaxe“, „Diagnostik und Therapie“, „Klinische Forschung“ und „Weiterbildung und Lehre“ aufeinander abgestimmt und ständig weiterentwickelt werden. Die Dermatologische Klinik Lippe-Lemgo hat die Bestrebung diesen Zentrumsgedanken zwischen Patienten, den niedergelassenen Hautärzten und anderen Versorgungseinrichtungen zu leben. Vorbildcharakter hat hier das Haut Tumor Centrum Charité für die regionale und überregionale Versorgung von Hauttumorpatienten.

Eine weitere Bereicherung für die operative Dermatologie ist die moderne Lasermedizin und die ästhetische Dermatologie (Tab. 1). Edgar Dippel ergänzte 2004 die Behandlungsmöglichkeiten neben dem bereits vorhandenen Argon-Laser mit dem Einsatz eines leistungsfähigen CO₂-Lasers und eines Dioden-Lasers.

Tab. 1 Spezialsprechstunden der Dermatologischen Klinik Lippe-Lemgo 2005

allergologische Sprechstunde
phlebologische Sprechstunde
onkologische Sprechstunde
Photodermatologie
Wundsprechstunde
Neurodermitis-Sprechstunde
proktologische Sprechstunde
Lymphomsprechstunde
kosmetische Sprechstunde

Der therapeutische Einsatz verschiedener Lasersysteme an Haut und Schleimhäuten betrifft die bevorzugten Gebiete vaskuläre Läsionen, pigmentierte Hautveränderungen, Abtragung von Hautschichten und dauerhafte Haarentfernung. Neu hinzugekommen sind die Behandlung von Akne, Psoriasis und die ästhetische Hautstraffung mit Blitzlampentechniken. Abhängig von den Zielstrukturen DNS, Hämoglobin, Pigmente, Melanin oder Wasser und der Eindringtiefe der Laser können Lasersysteme im UV-Bereich, sichtbaren Bereich oder Infrarotbereich zur Anwendung kommen. Die Anschaffung von Lasersystemen muss strategisch in Hinblick auf das therapeutische Profil und in Hinblick auf ökonomische Aspekte ausgewählt werden. Alle diese Laser und Blitzlampen gestützten Techniken ergänzen das bisherige therapeutische Spektrum und gehören in die Hände eines erfah-

renen Dermatologen. Für die Dermatologische Klinik in Lemgo haben wir uns für den Argon- und den Dioden-Laser zur Behandlung von vaskulären Läsionen entschieden. Der Argon-Laser (488 nm, 514 nm) gehört zu den Systemen mit dem längsten Erfahrungszeitraum. Therapieziel ist die oberflächliche Photokoagulation von Teleangiektasien und N. flammeii. Der Dioden-Laser (940 nm, 980 nm) eignet sich für Besenreiser oder für die endoluminale Varizenkoagulation. Beide Systeme ergänzen gut den phlebologischen Schwerpunkt der Klinik. Der CO₂-Laser (10600 nm) ist vielseitig sowohl zur Vaporisation als auch für Ablation von Hautgewebe einsetzbar. Die Vaporisationswirkung macht eine mühelose Entfernung von Condylomen und Warzen oder die exakte Abtragung von Hautschichten z.B. beim Rhinophym möglich. Aber auch die flächenhafte ablativ Behandlung im Gesicht („Full skin resurfacing“) bei Aknenarben oder im ästhetischen Bereich bei Faltenbildung ist sehr erfolgreich durchführbar.

Die zunehmende Lebensdauer der Bevölkerung bei steigender Vitalität fordert immer mehr auch Dermatologen den ästhetischen Wünschen von Patienten nachzukommen. Interesse besteht insbesondere für Faltenglättung, Entfernung von Schlupfliedern, Altersflecken, Fibromen und seborrhoischen Warzen oder dauerhafte Haarentfernung. Hier hat nicht nur die Entwicklung von neuen Lasersystemen einen enormen Fortschritt gebracht, sondern auch die Entwicklung von Füllmaterialien, „chemical peels“ und die Behandlung mit Botulinum Toxin. Auch dieses kosmetisch-korrektive Angebot ist fest in dem Therapieangebot der Lemgoer Klinik implementiert.

Die letzten 3 Jahre zeigen einen steigenden „Case Mix Index“ der Dermatologischen Klinik in Lemgo von zuletzt 0,98. Dies bedeutet, dass stationäre Patienten im zunehmenden Maße komplexe Krankheitsbilder aufweisen bzw. zu aufwändigen und komplexen Operationen kommen. D. h., die Zukunft der stationären Dermatologie hängt davon ab, insbesondere die Kompetenz bei schweren onkologischen Erkrankungen und komplizierten plastischen Operationen zu erhalten und auszubauen. Auf diesem Weg können die Dermatologen im interdisziplinären Patienten/Krankheitsmanagement die führende Position für dermatoonkologische Patienten behalten.

Literatur

- 1 Meier B, Salomon F. Von der Wolffschen Stiftung zum Klinikum Lemgo. Lemgo, Rehberg, Detmold: Topp und Möller, 2000
- 2 Dippel E, Gellrich S, Klemke CD, Goerd S, Sterry W. Kutane T-Zell-Lymphome. JDDG 2003; 12: 965–981
- 3 Dippel E, Klemke CD, Goerd S. Current status of cutaneous T-cell lymphoma: molecular diagnosis, pathogenesis, therapy and future directions. Onkologie 2003; 26: 477–483
- 4 Sebastian G. 30 Jahre operative Tätigkeit des Dermatologen – Rückblick, Umblick und Ausblick. 68–75. In: Jung E. 30 Jahre Aktuelle Dermatologie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2005
- 5 Reintgen D, Pendas S, Jakub J, Swor G, Giuliano R, Bauer J, Cassall R, Duhaime L, Alsarrai M, Shivers S. National trials involving lymphatic mapping for melanoma: the Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial, the Sunbelt Melanoma Trial, and the Florida Melanoma Trial. Semin Oncol 2004; 31: 363–373