

Mastitis bei nicht stillenden Frauen

- Eine periduktale Mastitis ist die häufigste Form einer Mastitis bei einer nicht stillenden Frau, die Patientin ist typischerweise eine Raucherin.
- Schmerzen und eine purulente periareoläre Absonderung sind die häufigsten Symptome.
- Bei der klinischen Untersuchung finden sich eine Entzündung, ein Abszess, ein Knoten oder eine Fistel an der Areola, oder auch eine Schlußwarze.
- Üblicherweise handelt es sich um eine Mischinfektion, hervorgerufen sowohl von aeroben als auch anaeroben Keimen; wählen Sie ein Antibiotikum, das gegen Staphylokokken wirksam ist.
- Ein Abszess erfordert immer eine Drainage.
- Bei wiederholten oder chronischen Infektionen können auch ausgedehnte chirurgische Interventionen notwendig werden, z.B. eine Mamillenrevision, bei der das erkrankte duktale Areal bis zur Mamillenspitze exzidiert wird. Die Operation kann in Lokalanästhesie ambulant durchgeführt werden.
- Nach der Behandlung muss immer eine Mammografie zum Ausschluss eines möglichen Karzinoms durchgeführt werden.
- Puerperale Mastitis siehe 26.24.

25.23 Brustkrebs

Wichtiges in Kürze

- Brustkrebs ist weltweit der häufigste maligne Tumor bei Frauen.
- Der Untersuchungsansatz für Frauen mit Brustkrebs ist als „Triple Assessment“ bekannt und besteht aus klinischer Untersuchung, Bildgebung und Nadelbiopsie.
- Das Ziel der Brustkrebschirurgie ist die weitestmögliche Erhaltung der Brust und die Entnahme einer Biopsie des Sentinelknotens in der Axilla.
- Nach einer brusterhaltenden Operation folgt normalerweise eine Bestrahlung.
- Adjuvante medikamentöse Behandlung besteht entweder in Chemotherapie oder Hormontherapie oder beidem.
- Die Nachbeobachtung einer Brustkrebspatientin umfasst eine körperliche Untersuchung und eine Mammografie alle 1–2 Jahre **A**.

Epidemiologie

- In den letzten 25 Jahren ist die Inzidenz von Brustkrebs weltweit angestiegen. Die höchsten Raten sind in westlichen Ländern zu beobachten.

- 2012 erkrankten weltweit geschätzte 1,7 Millionen Frauen neu an invasivem Brustkrebs.
- Die erhöhte Brustkrebsinzidenz ist im Wesentlichen auf die erhöhte Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen, möglicherweise aber auch durch Überdiagnostik infolge von Screening.
- Brustkrebs tritt nur sehr selten vor dem 30. Lebensjahr auf (0,2% aller Fälle). Nach dem 45. Lebensjahr steigt die Inzidenz merklich an.
- Brustkrebs kann auch bei Männern auftreten.

Ätiologie und Risikofaktoren

- Die genaue Ursache von Brustkrebs ist ungeklärt. Jedoch ist eine Vielzahl von Risikofaktoren bekannt. Zu diesen zählen
 - frühe Menarche,
 - späte Menopause,
 - Nulliparität oder erste Schwangerschaft nach dem 30. Lebensjahr,
 - Langzeit-Hormonersatztherapie mit kombiniertem Östrogen und Gestagen,
 - Adipositas,
 - ionisierende Strahlung und
 - exzessiver Alkoholkonsum.
- Etwa 5–10 % aller Brustkrebsfälle sind mit einer vererbten Prädisposition für Brustkrebs assoziiert (vor allem BRCA₁- und BRCA₂-Genmutationen).
- Das Brustkrebsrisiko wird gesenkt durch
 - körperliche Bewegung **B**,
 - frühe erste Schwangerschaft,
 - mehrere ausgetragene Schwangerschaften,
 - künstliche Einstellung der ovariellen Hormonproduktion vor der Menopause (Oophorektomie, Therapie mit LHRH-Analoga),
 - Mastektomie (beispielsweise bei BRCA₁- oder BRCA₂-Trägerinnen).

Symptome

- Schmerzloser Knoten in der Brust (etwa 80 % der Patientinnen)
- Gerunzelte Haut, eingezogene Brustwarzen
- Ekzematöse Hautveränderungen im Brustwarzen-Bereich (Morbus Paget)
- Schmerz, Kribbeln oder Schweregefühl in der Brust
- Knoten in der Achselhöhle
- Symptome einer Metastasierung
- Sekretion aus der Brustwarze (selten)
- Ein im Rahmen des Mammografiescreenings entdeckter Brustkrebs kann asymptomatisch und nicht tastbar sein.

Diagnostik

- Die Untersuchung bei Veränderungen (entweder ein tastbarer Knoten oder ein entsprechender

Befund in der Bildgebung) besteht im „Triple Assessment“:

- Klinische Untersuchung der Brust
- Bildgebende Verfahren (Mammografie und andere Zusatzuntersuchungen)
- Histologische Untersuchung einer Nadelbiopsie.
- Weisen alle oben genannten Methoden auf eine benigne Veränderung hin, kann der Knoten unter Nachbeobachtung belassen werden. Wenn die Dignität unklar ist, wird die Veränderung chirurgisch entfernt.
- Die Mammografie ist das bildgebende Verfahren der Wahl.
- Ergänzende Verfahren sind Sonografie und Vergrößerungsmammografie, bei speziellen Fragestellungen auch Galaktografie (Untersuchung des Ausflusses) und die Magnetresonanztomografie (MRT) der Brust.
- Die Sensitivität der Mammografie ist in höheren Altersgruppen besser als bei jüngeren Frauen.
- Mammografisch entdeckte Tumoren können oftmals im Ultraschall in Zysten und solide Tumoren differenziert werden.
- Der Neoplasie wird eine Nadelbiopsie entnommen, entweder unter mammografischer (stereotaktische Lokalisation) oder unter sonografischer Kontrolle.
- Ist eine Vakuumbiopsie nicht möglich, wird eine Feinnadelaspiration durchgeführt. Eine Nadelbiopsie sollte auch allen verdächtigen axillären Lymphknoten entnommen werden **D**.
- Differenzialdiagnose benigner fibrozystischer Veränderungen
- Laboruntersuchungen und andere Verfahren (außer der Bildgebung der Brust) bringen in der Primärdiagnostik keinen zusätzlichen Nutzen, es sei denn, es besteht aufgrund einer Ausbreitung in die axillären Lymphknoten oder anderer Symptome Verdacht auf Metastasierung.

Histologie

- Man unterscheidet 2 Haupttypen, das **duktale** und das **lobuläre** Karzinom. Ein inflammatorisches Karzinom ist eine klinische Diagnose, kein eigener histologischer Typus.
 - 75–80 % aller invasiven Mammakarzinome zählen zum duktalem Typ, 10–15 % zum lobulären Typ. Eine In-situ-Form ist bei beiden Typen möglich. Das Duktale Carcinoma In Situ (DCIS) ist eine präkanzeröse Veränderung. Im Gegensatz dazu ist das Lobuläre Carcinoma In Situ (LCIS) keine Präkanzerose im eigentlichen Sinn, es gilt aber als Hinweis für ein erhöhtes Risiko eines invasiven Tumors.

- Zu den selteneren histologischen Subtypen zählen das tubuläre, medulläre und muzinöse Karzinom, ebenso der Morbus Paget der Brustwarze.

Chirurgische Therapie

- Grundsätzlich wird brusterhaltend operiert, wenn eine Resektion im Gesunden möglich ist. **A**.
- Eine Beteiligung der axillären Lymphknoten wird durch die Sentinel-Lymphknotenbiopsie ermittelt. Die axilläre Lymphknotendissektion (Clearance) wird nur bei positivem Sentinel-Lymphknoten durchgeführt.
- Eine Rekonstruktion der Brust kann entweder unmittelbar postoperativ oder mit Verzögerung durchgeführt werden, siehe unten.
- Präoperativ kann neoadjuvant eine Chemotherapie **A** oder Strahlentherapie eingesetzt werden. Ziel ist hier die Schrumpfung des Tumors auf eine Größe, die die Operation möglich macht, auch wenn der Tumor bei Diagnosestellung sehr groß war.

Frühe postoperative Komplikationen

- Ein Serom an der Operationsstelle kann in der Grundversorgung mittels steriler Nadelaspiration drainiert werden.
- Austritt von Lymphflüssigkeit in die Achselhöhle führt zu Schwellung, Schmerzen, Schweregefühl, Erythem, Verhärtung und Wärme. Die klinischen Zeichen können mit denen einer Infektion verwechselt werden. Zum Ausschluss von Eiter in der Flüssigkeit ist diese zu aspirieren und entsprechend zu untersuchen. Antibiotika sind nicht indiziert.
- Ein Hämatom kann aspiriert oder drainiert werden oder der Selbstabsorption überlassen werden (je nach Typ des Hämatoms).
- Eine Phlebitis der oberflächlichen Venen der Axillarregion führt bei Anheben des Arms zu Spannungsgefühl, die Venen sind als geradlinige Striemen unter der Haut zu erkennen. Die Behandlung besteht in der Dehnung.
- Schmerzen, Kribbeln und Taubheit in der Achselhöhle und entlang des Oberarms können aufgrund intraoperativer Durchtrennung oder Dehnung eines interkostobrachialen Nervens auftreten. Wenn trotz selbständigen Übens keine Besserung eintritt, wird die Patientin zur Physiotherapie überwiesen.

Postoperative adjuvante Therapie

- Die postoperative Strahlentherapie **A** ist nach brusterhaltender Chirurgie so gut wie immer in-

- diziert. Ob nach der Mastektomie eine Strahlentherapie indiziert ist, hängt von der Größe des Tumors, vom axillären Lymphknotenstatus und von biologischen Faktoren ab, welche die Tumorstadiumsrate beeinflussen.
- Die adjuvante medikamentöse Therapie besteht entweder in Chemotherapie **A** oder Hormontherapie oder beidem **C**. Die Auswahl der adjuvanten medikamentösen Therapie richtet sich nach dem Rezidivrisiko (>10 % Rezidivrisiko während 10 Jahre Follow-up), dem Alter der Patientin und dem molekularen Subtyp des Tumors, der durch die Zahl der Östrogen- und Progesteronrezeptoren und die Expression des HER2 Gens bestimmt ist.
 - Prognostische Faktoren, die mit einem signifikanten Rezidivrisiko einhergehen und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass bereits Mikrometastasen vorliegen: Tumorgroße > 2 cm, axilläre Lymphknotenbeteiligung, histologisch niedrig differenziert, negativer Östrogen- und Progesteronrezeptor-Status, positiver HER2-Status und junges Lebensalter (unter 35 Jahre).
 - Die adjuvante medikamentöse Therapie bei Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs und mittlerem bis hohem Rezidivrisiko besteht in einem Anthrazyklin- und Taxan-haltigen Regime **A** und einer Hormontherapie.
 - Die Chemotherapie wird in 6 Zyklen ungefähr alle 3 Wochen verabreicht (4–5 Monate lang).
 - Bei HER2-positivem Brustkrebs wird gleichzeitig mit der adjuvanten Chemotherapie auch Trastuzumab verabreicht **A**.
 - Die Dauer der Hormontherapie beträgt 5 Jahre. Bei prämenopausalen Patientinnen besteht die Hormontherapie in Tamoxifen **A**. Bei postmenopausalen Patientinnen werden Aromatasehemmer oder Tamoxifen **A** eingesetzt.
 - Bei postmenopausalen Frauen kann nach 2–3-jähriger Behandlung auf Aromatasehemmer gewechselt werden (sequenzielle adjuvante Therapie). Aromatasehemmer sind für prämenopausale Frauen nicht geeignet.
 - Nach 5-jähriger Tamoxifenbehandlung kann bei Hochrisikopatientinnen die Therapie mit Letrozol weitere 2–5 Jahre fortgeführt werden (erweiterte adjuvante Behandlung), damit dauert die Hormontherapie insgesamt 10 Jahre. Wenn Letrozol nicht vertragen wird bzw. bei prämenopausalen Patientinnen kann die Behandlung mit Tamoxifen weitergeführt werden, bis die 10 Jahre erreicht sind.
 - Wenn die Patientin alle adjuvanten Therapien braucht, wird die Behandlung mit der Chemotherapie begonnen, anschließend kommt die Radiotherapie. Die Hormonbehandlung wird zusammen mit der Strahlentherapie begonnen.

Brustrekonstruktion

- Wenn eine Mastektomie nötig ist, wird die Möglichkeit einer Brustrekonstruktion mit der Patientin besprochen.
- Sie kann gleich während der Operation durchgeführt werden (Sofortrekonstruktion), normalerweise findet sie aber 1–2 Jahre nach der Mastektomie statt (verzögerte Rekonstruktion).
- Zum Brustaufbau wird entweder ein abdomineller oder ein dorsaler Lappen verwendet.
- Nach brusterhaltender Operation kann die Form der operierten Brust plastisch chirurgisch korrigiert werden. Wenn nötig, kann die andere Brust verkleinert werden, um Symmetrie und Proportion wieder herzustellen.

Behandlung von Rezidiven und fortgeschrittenem Karzinom

- Ein Rezidiv kann als Metastasierung, Lokalrezidiv an der Stelle des chirurgischen Eingriffs oder als neuer Tumor in der kontralateralen Brust auftreten.
- Lokalrezidive und ein neuer Tumor in der kontralateralen Brust werden chirurgisch und mit wiederholter adjuvanter Therapie behandelt.
- Etwa 80 % der Metastasen treten innerhalb von 5 Jahren postoperativ auf. Rezidive können allerdings auch sehr spät auftreten, sogar nach 20 asymptomatischen Jahren. Wachstum und Ausbreitung von Mammakarzinomen erfolgen meist eher langsam.
- Derzeit kann ein fortgeschrittenes Mammakarzinom nicht geheilt werden. Mit der entsprechenden medikamentösen Behandlung können aber Symptome durch Metastasen gelindert und die Krebsprogression verzögert werden, sodass ein Überleben für mehrere Jahre möglich ist.
- Typische Metastasierungsorte bei Brustkrebs sind Knochen, Lunge, Leber, Haut und Lymphknoten im Oberkörper sowie seröse Membranen und Lymphknoten in Bauchhöhle und Gehirn.
- Knochen- und Gehirnmastasen können strahlentherapeutisch behandelt werden.
- Das metastasierte Mammakarzinom wird mit Chemotherapie und, bei Hormonrezeptor-positivem Befund, auch mit Hormontherapie **B** behandelt. Ist die medikamentöse First-line-Behandlung wirksam, kann bei weiterem Fortschreiten des Tumors eine medikamentöse Zweitlinientherapie eingeleitet werden.
- Taxane **B** und Anthrazykline **B** sind die wirksamsten Chemotherapien.
- In der Hormontherapie werden die folgenden Wirkstoffe eingesetzt: Aromatasehemmer **A** (Anastrozol, Letrozol, Exemestan), Tamoxifen, Fulvestrant und Medroxyprogesteronacetat **B**.

- Bei Patientinnen mit klinisch nachweisbaren Knochenmetastasen vermindern Bisphosphonate Knochenschmerzen, die Inzidenz pathologischer Frakturen und den Bedarf für palliative Strahlentherapie **A**. Sie sind auch gegen die mit Knochenmetastasen assoziierte Hyperkalzämie wirksam.
- Die Symptomlinderung mittels Analgetika und die unterstützende Betreuung der Betroffenen ist ein integraler Teil des ganzheitlichen Ansatzes in der Pflege der Patientinnen.

Rehabilitation

- Postoperativ sollte die Patientin in einer Physiotherapie lernen, ihre Oberarme und Schultergelenke optimal zu dehnen und zu trainieren **B**. Anschließend sollte die Patientin dann die Übungen selbst täglich durchführen. Die Übungen vermindern Ödeme im Arm und wirken auch gegen den Narbenzug, vor allem nach Lymphknotendissektion.
- Ein persistierendes Ödem im betroffenen Arm kann vermindert werden durch:
 - Bewegungsübungen
 - Lymphdrainage
 - Kompressionstherapie **D**.
- Nach einer Mastektomie sollte auch zu Hause eine Brustprothese getragen werden. Damit ist eine symmetrische Gewichtsbelastung der Schultern gewährleistet.
- Bei Haarverlust aufgrund der postoperativen Chemotherapie oder aufgrund der Chemotherapie gegen Metastasen übernehmen die Krankenversicherungen im Normalfall die Kosten für einen Haarersatz (Perücke).
- Rehabilitationseinrichtungen **C** mit Freizeitaktivitäten und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung sind regional unterschiedlich verfügbar.
- Wenn die Patientin sowohl eine Chemo- als auch eine Strahlentherapie und adjuvante Therapien nach der Operation benötigt, kann der Krankenstand insgesamt bis zu einem Jahr dauern. Brustkrebs führt normalerweise nicht zu dauernder Arbeitsunfähigkeit.

Follow-up

- Zweck des Follow-ups ist die Identifizierung und Behandlung von Nebenwirkungen, die auf die Behandlung zurückzuführen sind. Weiters dient die Nachbeobachtung dazu, einen möglichen neu aufgetretenen kontralateralen Brustkrebs oder ein Lokalrezidiv des behandelten Tumors zu entdecken. Die Rekonvaleszenz der Patientin ist durch Organisation der Rehabilitation und Anbieten einer psychosozialen Unterstützung zu fördern.

- Zunehmend erhalten auch Patientinnen mit immer geringerem Rezidivrisiko adjuvante Therapien, andererseits werden auch fortlaufend neue medikamentöse Therapien eingeführt. Es ist daher wichtiger denn je, dass sich die Aufmerksamkeit während des Follow-ups vor allem auf die möglichen langfristigen Auswirkungen der Behandlung richtet.
- Patientinnen nach Brustkrebs haben ein erhöhtes Risiko für Zweitkarzinome, z.B. des Uterus.
- Nach abgeschlossener Behandlung kann der Hausarzt die Nachbeobachtung der Patientin übernehmen, entsprechend der Schemata des behandelnden Zentrums.
 - Während eines Follow-up-Termins wird nach eventuellen Symptomen gefragt.
 - Bei einer asymptomatischen Patientin ist es nicht sinnvoll, extensive bildgebende Verfahren zum Nachweis möglicher Metastasen durchzuführen **A**. Schmerzen und eine generelle Verschlechterung des Allgemeinzustands können auf eine Metastasierung hinweisen.
 - Bei der körperlichen Untersuchung werden die Mammae, die operierte Region und die Lymphknoten im Bereich des Oberkörpers abgetastet. Der Bewegungsumfang des Schultergelenks der betroffenen Seite ist ebenfalls zu prüfen.
 - Die Mammografie ist in 1–2-jährigen Abständen indiziert. Bei Bedarf kann ergänzend eine Sonografie der Brüste und der operierten Region durchgeführt werden.
 - Für Patientinnen < 50 Jahren wird eine Bildgebung der Brust alle 12 Monate empfohlen. Bei hochbetagten Patientinnen ist das Abtasten der Brust im Rahmen der Nachsorgetermine ausreichend.
 - Liegt ein Verdacht auf Metastasierung vor oder wird dieser bestätigt, ist die Patientin an eine onkologische Abteilung zu überweisen.

Schwangerschaft und Brustkrebs

- Die Operation ist in allen Stadien einer Schwangerschaft möglich.
- Die Strahlentherapie ist im Verlauf der gesamten Schwangerschaft kontraindiziert. Eine Chemotherapie wird während des ersten Trimesters nicht empfohlen. Einige der zytotoxischen Wirkstoffe können den Fötus auch in späteren Stadien schädigen.
- Eine Hormontherapie ist während einer Schwangerschaft nicht möglich.
- Eine Schwangerschaft sollte frühestens 2 Jahre nach der Brustkrebsbehandlung angestrebt werden. Eine Schwangerschaft nach abgeschlossener Behandlung stellt nach derzeitigem Wissensstand keinen Risikofaktor für ein Brustkrebsrezidiv dar. Bislang konnte zudem kein er-

höhtes Risiko für Missbildungen aufgrund von Chemotherapie oder Strahlentherapie festgestellt werden, vorausgesetzt, die Schwangerschaft tritt erst nach Abschluss der Behandlung ein.

- Nach einem brusterhaltenden chirurgischen Eingriff ist es meist nicht möglich, mit der operierten Brust zu stillen. Der Milchfluss der nicht operierten Brust wird durch die Behandlung nicht beeinträchtigt.

Hormonersatztherapie

- Eine menopausale Hormonersatztherapie nach Brustkrebs sollte nur nach äußerst sorgfältiger Abwägung eingeleitet werden, da Östrogen den wichtigsten Faktor für das Wachstum von Mammatumoren **C** darstellt.
 - Rechtfertigen die Beschwerden eine Einleitung der systemischen Hormonersatztherapie, muss die Patientin ausführlich über Vorteile und Risiken aufgeklärt werden; jährliche Mammografien sind indiziert. Die zur Symptombinderung nötige Dosierung sollte so niedrig wie möglich gewählt werden.
 - Bei Brustkrebspatientinnen sollten nicht hormonaktive Behandlungsformen **B** bevorzugt werden.
 - Urogenitalsymptome aufgrund trockener Schleimhäute können mit gering dosierten topischen Östrogen-Arzneimitteln gelindert werden **A**. Topisches Östrogen ist während einer Behandlung mit Aromatasehemmern nicht indiziert (Anastrozol, Letrozol, Exemestan).

25.30 Vulvovaginitis

Wichtiges in Kürze

- Unter normalen Bedingungen kommt es immer zu etwas Ausfluss (Leukorrhö, Fluor) aus der Vagina. Dieser besteht aus Zervikalschleim, Laktobacillus-Ansammlungen und regenerierenden Epithelzellen. Die Ausflussmenge variiert in Abhängigkeit vom Menstruationszyklus.
- Die Behandlung richtet sich bei einer Infektion nach der vermuteten Ursache.
- Üblicherweise reichen eine gynäkologische Untersuchung und einfache Labortests aus, um eine eindeutige Diagnose stellen zu können.
- Bei einer Vulvovaginitis ist die Vaginitis meist die dominierende Komponente und die Scheide der primäre Infektionsort, jedoch sind oft ebenfalls Symptome im Bereich der Vulva und äußeren Genitalien vorhanden.

Symptome

- Vermehrter Vaginalausfluss ohne Beckenschmerzen und Allgemeinsymptome
- Jucken und Brennen, vor allem am äußeren Genitale
- Rötung und Ulzeration des äußeren Genitales
- Charakteristischer fischartiger Geruch
- Dysurie, spürbar am Orificium urethrae
- Änderung des pH-Wertes.

Ursachen

- Candida-Arten (*Candida albicans*, *C. glabrata*)
- Anaerobe Bakterien (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides species* etc.)
- *Trichomonas vaginalis*
- Aerobe Bakterien (z.B. *Beta-häm. Streptokokken*, *E. coli*)
- *Actinomyces* (ALO, actinomyces-like organisms) werden manchmal bei Patientinnen mit liegendem IUD gefunden (> 3 Jahre).

Diagnostik

Klinische Untersuchungen

- Intensives Jucken und Brennen am äußeren Genitale lassen üblicherweise auf eine Vaginalmykose (Candidiasis) schließen. Der Ausfluss ist bröckelig, weißlich und haftet an der Scheidenwand. Es können kleine Ulzera und Rötung der äußeren Genitalschleimhaut auftreten.
- Ein übel riechender, zäher grauweißer Ausfluss, der an der Scheidenwand haftet, ist typisch für eine bakterielle Vaginose. Zu den Symptomen zählen auch oft ein mildes Brennen und leichtes Jucken. Der pH-Wert des Ausflusses ist von 3,8–4,0 auf über 4,5 erhöht.
- Ein schaumiger, grünlicher Ausfluss ist ein Anzeichen für Trichomoniasis, brennender Schmerz ist häufig. Die Vaginalschleimhaut kann gerötet sein und der pH-Wert ist erhöht. Die Trichomoniasis ist heute eher selten.
- Reichlich gelblicher geruchloser Ausfluss legt eine Infektion mit Aerobiern nahe.
- In der Postmenopause wird das Epithel der Vagina, des äußeren Genitales und der Urethra dünner und leichter reizbar. Aufgrund des Östrogenmangels kommt es zu einer Blutungsneigung (atrophische Vaginitis). Es ist zu bedenken, dass ein leicht bräunlicher Ausfluss ein erstes Symptom eines Uteruskarzinoms sein kann (Endometriumbiopsie).
- Uterus und Adnexe sind bei einer Vulvovaginitis nicht schmerzempfindlich. Ein eitriger Ausfluss aus dem Gebärmutterhals sollte auf Gonokokken und Chlamydien untersucht werden (vgl. Beckenentzündung (PID) (25.41)).