

Ärzteblatt Sachsen

Inhalt 10/98

| | | |
|----------------------------------|--|-----|
| Die erste Seite | Aus der 40. Vorstandssitzung am 2. September 1998 | 460 |
| Berufspolitik | Öffentliche Einladung an alle Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer zur 19. Kammerversammlung | 461 |
| Mitteilungen der Geschäftsstelle | Neuwahl der Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 1999/2003 | 462 |
| | AG - „Junge Ärzte“, Wer wir sind und was wir wollen | 471 |
| | Konzerte/Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer | 471 |
| | Wichtige Telefonverbindungen zur Sächsischen Landesärztekammer | 472 |
| | Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“ - Winter 1999 | 473 |
| | Verlust von Arztausweisen | 474 |
| Mitteilungen der KV Sachsen | Ausschreibung von Vertragsarztsitzen | 474 |
| Originalien | Behandlung solitärer autonomer Adenome der Schilddrüse mit perkutaner Ethanol-Injektion <small>C. Weber, R. Paschke</small> | 477 |
| | Topische Immuntherapie mit DCP bei Alopecia areata <small>B. Gerlach, M. Meurer, G. Wozel</small> | 480 |
| | Die präoperative sonographische Dignitätsbeurteilung von Ovarialtumoren und deren therapeutische Konsequenzen <small>P. Meyer, M. Schollmeyer</small> | 483 |
| | Impressum | 488 |
| Verschiedenes | Vorsorgeuntersuchung U9 statt Jugendärztlicher Einschulungsuntersuchung? | 489 |
| Leserbriefe | | 490 |
| Personalia | Geburtstage im November | 496 |
| | Nachruf Prof. Dr. med. habil. Heinrich Fritz | 499 |
| Autorenhinweise | | 500 |
| | Fortbildung in Sachsen - Dezember 1998 | |

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

Aus der 40. Vorstandssitzung am 2. September 1998

Wie jede Vorstandssitzung war auch diese ausgefüllt mit der Diskussion und Beschlußfassung über zahlreiche Themen.

So nahm der Vorstand die Vorbereitung der Geschäftsführung für die 11. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 19. September 1998 und für die 19. Kammerversammlung am 14. November 1998 zustimmend zur Kenntnis. In beiden Veranstaltungen soll u. a. über Vorstellungen zur Neustrukturierung der Weiterbildungsordnung diskutiert werden, um diese übersichtlicher zu gestalten. Vor allem aber wird die Umsetzung des „Initiativprogramms Allgemeinmedizin“ im Mittelpunkt stehen, jener kritisch zu bewertenden, in der Grundtendenz - Erhaltung und Förderung der Allgemeinmedizin - zu unterstützenden Auflage der Konferenz der Gesundheitsminister der Länder. Der Vorsitzende des Ausschusses „Ambulante Versorgung“, Herr Prof. Dr. Schröder, Dresden, war zur Berichterstattung zu diesem wichtigen Thema gebeten, leider aber nicht anwesend, so daß Herr Dr. Herzig, Ärztlicher Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, ausführlich informieren mußte:

63 Kliniken in Sachsen wurden angeschrieben, 41 antworteten auf die Frage zustimmend, ob und in welchen Fachabteilungen Weiterbildungsstellen als Rotationsstellen für das Fach Allgemeinmedizin geschaffen werden können. Meist wurde aber auf die Frage nicht eingegangen, ob es gelingen würde, einen Internisten in Weiterbildung zu bewegen, Allgemeinmediziner zu werden. Es gibt zu viele Internisten (und auch Chirurgen), so daß eine solche Umwidmung sinnvoll wäre, zumal dann dem jungen Kollegen eine sichere Zusage gemacht werden könnte, bei Abgang eines alten Kollegen, einer Kollegin im Rentenstand, eine feste Arbeitsstelle zu erhalten - heutzutage ein Lebensglück! - eine Stelle allerdings dort, wo ein Pensionär abtritt und nicht nach Wunsch-Wirkungsort; flexibel muß man schon sein! Ein Vorteil bei dieser Regelung wäre für das Krankenhaus ein monatlicher Gehaltszuschuß von 2.000,- DM für zunächst zwei Jahre, der übrigens ebenso den 190 weiterbildungsbefugten Allgemeinmedizinern in Sachsen zustünde, wenn sie einen Weiterbildungsassistenten einstellen würden. Voraussetzung ist, daß mit dem Assistenten, der Assistentin, ein Weiterbildungsvertrag geschlossen wird.

Das alles hat die Sächsische Landesärztekammer bisher in Gang gesetzt.

Benötigt würden in Sachsen pro Jahr ca. 60 bis 70 Weiterbildungsstellen. Für ein Regelkrankenhaus mit 500 Betten dürfte es kein Problem sein, mindestens eine einzige solche Stelle zu schaffen.

Es wird in Deutschland auch diskutiert, so wurde berichtet, daß der Honorarverteilungsmaßstab der weiterbildungswilligen Niedergelassenen zu deren Gunsten geändert werden sollte, leider jedoch hat die KVS auf die Einladung der Kammer, all diese Fragen zu erörtern, bisher nicht reagiert.

All diese Vorhaben bedürfen einer entsprechenden Änderung der Weiterbildungsordnung und damit der Zustimmung der nächsten Kammerversammlung, um ab 1. I. 1999 wirksam sein zu können. Des weiteren wurde lebhaft das Modellprojekt diskutiert, ein Fortbildungsdiplom der Sächsischen Landesärztekammer einzuführen. Man kann es erwerben - falls die Kammerversammlung am 14. November 1998 zustimmt - und z. B. im Wartezimmer in erlaubter Weise „werbewirksam“ aushängen, wenn man innerhalb

von drei Jahren 100 Punkte beim Besuch von Fortbildungsveranstaltungen gesammelt hat. Es gilt dann drei Jahre. Die „Bepunktung“ erfolgt nach einem festgelegten Schema. Die Nachweise der Punkte werden in einer besonderen Mappe gesammelt und müssen dann bei der Kammer eingereicht werden. Reanimationskurse und „Psycho-Kurse“ für Allgemeinmediziner werden besonders günstig bewertet werden.

Um dieses Projekt umzusetzen, bedarf es ebenfalls einer Änderung oder Ergänzung der Berufsordnung. Diese soll der nächsten Kammerversammlung vorgeschlagen werden.

Ein weiteres, für die Zukunft an Bedeutung gewinnendes Thema waren die Regularien, unter denen ein „elektronischer Schlüssel“ eingeführt werden kann, der es nur Befugten gestattet, an ebenfalls Befugte Patientendaten über digitale Netze weiterzuleiten. Es wurde festgelegt, daß die dafür notwendige technische Stelle entweder von der Kammer selbst betrieben wird oder mit ihr durch einen Kooperationsvertrag verbunden ist, um dem Datenschutz im Interesse sowohl der Patienten als auch der Ärzte Genüge zu tun. Auch dazu wird ein Antrag auf Änderung der Berufsordnung der nächsten Kammerversammlung vorgelegt werden.

Beschlossen wurde auch die Änderung und Präzisierung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst. Dies und die vorgenannten sind Beispiele lebendig geübter demokratischer Selbstverwaltung. Wenn es die Entwicklung der Umstände notwendig macht, können bestehende Satzungen mit Beschluß des Ärzteparlamentes, der Kammerversammlung, geändert, aktuellen Bedürfnissen angepaßt werden. Deshalb ist die tatkräftige und ideenreiche Mitarbeit in den Gremien einer Ärztekammer eine sehr bedeutsame und für jeden, der Veränderung bestehender Verhältnisse wünscht, auch chancenreiche ehrenamtliche Tätigkeit!

Letztlich beschloß der Vorstand, daß dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie auf Anfrage mitgeteilt wird, daß er die Bildung einer Psychologischen Psychotherapeutenkammer empfiehlt, d. h., nicht bereit ist, diese nichtärztliche Berufsgruppe in die Ärztekammer aufzunehmen.

Am Ende berichtete der Präsident über die von Sachsen angeregten neuesten Diskussionen im Vorstand der Bundesärztekammer, den Einfluß der Kammern in der Gesundheitspolitik zu stärken und über den erfolgreichen, durch beharrliche Verhandlungen erreichten Abschluß des dreiseitigen Vertrages über Fallpauschalen und Sonderentgelte in den Krankenhäusern, der zwischen dem Landesverband der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer unter gleichberechtigten Bedingungen geschlossen wurde - auch eine deutsche föderale Rarität!

Eine am Ende der Sitzung von Herrn Prof. Rose, dem Redakteur unseres Ärzteblattes, noch angestoßene Diskussion über Inhalte zukünftiger Kammerarbeit wurde auf eine spätere, allein diesem Thema vorbehaltene Sitzung vertagt.

Die Zusammenkunft schloß 22.00 Uhr, nicht ohne die würdigen Erinnerung des Präsidenten, daß es die 40. Vorstandssitzung in der zweiten Wahlperiode unserer Sächsischen Landesärztekammer war.

Dr. med. Peter Schwenke
Vizepräsident

Öffentliche Einladung an alle Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer

19. Kammerversammlung 14. November 1998

Tagungsort:

Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16-18, 01099 Dresden, Plenarsaal

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagungen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

Tagesordnung

19. Kammerversammlung am Sonnabend, dem 14. November 1998, Beginn 9.00 Uhr, Ende 18.30 Uhr

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Bericht des Präsidenten Prof. Dr. Heinz Dietrich „Zu aktuellen Themen der berufspolitischen Lage“ Ausführliche berufspolitische Diskussion zum Bericht des Präsidenten 2. Vergütungsfragen der Vertragsärzte 2.1. Bericht: Herr Prof. Dr. Hans-Egbert Schröder Vorsitzender des Ausschusses „Ambulante Versorgung“ 2.2. Diskussion 3. Namensgebung „Albert-Fromme-Weg“ im Carolapark durch den Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Dresden, Herrn Dr. Herbert Wagner, in Anwesenheit von Angehörigen des Dresdner Chirurgen Prof. Dr. Albert Fromme 4. Umsetzung des „Initiativprogrammes Allgemeinmedizin“ 4.1. Bericht: Herr Prof. Dr. Hans-Egbert Schröder Vorsitzender des Ausschusses „Ambulante Versorgung“ Herr Dr. Siegfried Herzig Ärztlicher Geschäftsführer, Projektgruppenleiter 4.2. Diskussion 5. Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer 5.1. Vorstellungen zur Neustrukturierung der Weiterbildungsordnung 5.2. Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung Bericht: Herr Prof. Dr. Gunter Gruber Vorsitzender des Ausschusses „Weiterbildung“ 5.3. Diskussion 5.4. Beschlußfassung 6. Satzung zur freiwillig zertifizierten Fortbildung in der Sächsischen Landesärztekammer 6.1. Bericht: Herr Prof. Dr. Otto Bach Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung 6.2. Diskussion 6.3. Beschlußfassung 7. Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer | <ol style="list-style-type: none"> 7.1. Bericht: Herr PD Dr. Wolfgang Saueremann Vorsitzender des Ausschusses „Satzungen“ 7.2. Diskussion 7.3. Beschlußfassung 8. Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst 8.1. Bericht: Herr Dr. Michael Burgkhardt Vorsitzender des Ausschusses „Notfall- und Katastrophenmedizin“ 8.2. Diskussion 8.3. Beschlußfassung 9. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer 9.1. Bericht: Herr Dr. Helmut Schmidt Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses „Finanzen“ 9.2. Diskussion 9.3. Beschlußfassung 10. Darstellungsmöglichkeiten der Ärzte im Internet nach der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer 10.1. Bericht: Herr Dr. Günter Bartsch Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Multimedia“ Herr PD Dr. Wolfgang Saueremann Vorsitzender des Ausschusses „Satzungen“ 10.2. Diskussion 11. Leitlinien zur Qualitätssicherung und deren Internetpräsentation (I) Sächsische Leitlinien zur Qualitätssicherung (II) 11.1. Bericht zu (I): Herr Dr. Thomeczek, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung bei der Bundesärztekammer, Köln Bericht zu (II): Herr Prof. Dr. Hildebrand Kunath, Leiter des Institutes für Informatik und Biometrie im Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden Wissenschaftliche Moderation: Doz. Dr. Roland Goertchen, Vorsitzender des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ 11.2. Diskussion 12. Verschiedenes |
|---|--|

Neuwahl der Mitglieder der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer 1998/1999 für die Wahlperiode 1999/2003

Die zweite Wahlperiode der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer geht im Jahre 1999 zu Ende. Auf der Grundlage der „Wahlordnung für die Wahl zur Sächsischen Landesärztekammer“ (zuletzt veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/1998 - Mittelhefter -) sind Neuwahlen der Mitglieder der Kammerversammlung durchzuführen. Nachfolgend möchten wir dazu einige Hinweise geben:

Wer darf wählen?

Wahlberechtigt und wählbar sind alle Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, soweit das Wahlrecht oder die Wählbarkeit nach § 10 Heilberufekammergesetz (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/94, Seite 457 ff) nicht ausgeschlossen sind und das Kammermitglied in der Wählerliste eingetragen ist. Das Kammermitglied ist wahlberechtigt und wählbar in dem Wahlkreis, in welchem es seinen Beruf ausübt oder, falls es seinen Beruf nicht ausübt, dort seinen Hauptwohnsitz hat.

Die Wählerlisten werden in der Zeit vom **24. November bis 1. Dezember 1998** aufgelegt.

Die Orte für die Auflegung der Wählerlisten werden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/98, bekanntgegeben.

Bitte überzeugen Sie sich davon, daß Sie in der Wählerliste eingetragen sind. Sollte das nicht der Fall sein, müssen Sie dies unverzüglich schriftlich bis zum 1. Dezember 1998, 18.00 Uhr, beim Kreiswahlausschuß beanstanden. Ihre Beanstandung (Berichtigungsantrag) muß bis zu diesem Termin dem Kreiswahlausschuß vorliegen.

Nach Abschluß der Wählerlisten sind keine Änderungen mehr möglich.

Die Anschriften der Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse werden ebenfalls im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/98, bekanntgemacht.

Wie kommen die Wahlvorschläge zustande?

Die Wahlvorschläge sind bis spätestens **17. Februar 1999** beim Kreiswahlleiter einzureichen.

Ein Wahlvorschlag muß mindestens einen Wahlbewerber enthalten. Nach oben ist die Anzahl der Wahlbewerber jedoch unbegrenzt.

Die Anzahl der in den einzelnen Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung wird vom Landeswahlausschuß ermittelt und im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/1999, veröffentlicht.

In den Wahlvorschlägen müssen die Bewerber unter Angabe des Familiennamens, Vornamens und ihrer Anschrift sowie der Berufsbezeichnung und Art und Ort der Berufsausübung genannt sein.

Ein Wahlvorschlag darf nur Bewerber enthalten, die in den betreffenden Wahlkreisen wählbar sind. Ein Wahlbewerber darf nur in einem Wahlkreis benannt werden. Dem Wahlvorschlag müssen schriftlich Erklärungen der Wahlbewerber beigefügt sein, daß sie der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmen und daß die Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung angenommen wird. Die Zustimmung ist unwiderruflich.

Die Wahlbewerber müssen auch eine schriftliche Erklärung beifügen, daß sie nicht für das frühere Ministerium für Staatssicherheit / Amt für Nationale Verteidigung tätig waren.

Die Wahlvorschläge müssen von mindestens fünf Wahlberechtigten des Wahlkreises unterschrieben sein. Der Wahlbewerber darf selbst auch unterzeichnen. Die Unterschriften sind auf dem Wahlvorschlag selbst zu leisten. Ein Wahlberechtigter darf nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen. Hat jemand mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig. Unter den Unterzeichnern gilt der Erste als Vertrauensperson für den Wahlvorschlag, der Zweite als Stellvertreter. Die Vertrauensperson ist zur Abgabe von

Erklärungen gegenüber dem Kreiswahlleiter und dem Kreiswahlausschuß berechtigt.

Der Kreiswahlleiter stellt nach Prüfung (Zulassung) der Wahlvorschläge die Wahlbewerber nach alphabetischer Reihenfolge des Familiennamens für den Stimmzettel zusammen.

Wie wird gewählt?

Die Wahl der Mitglieder der Kammerversammlung erfolgt ausschließlich als Briefwahl. Die Wahlunterlagen werden Ihnen vom Landeswahlleiter übersandt. Der Endzeitpunkt zur Ausübung der Wahl ist der **7. April 1999**. Die Wahlfrist ist gewahrt, wenn bis zu diesem Tage der Stimmbrief beim Kreiswahlleiter eingegangen ist oder der Brief den Poststempel vom 7. April 1999 trägt. Sollten Sie bis 7 Tage vor dem Endzeitpunkt zur Ausübung des Wahlrechts noch keine Unterlagen erhalten haben, rufen Sie bitte bei der **Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer, Telefon (0351) 8 26 74 11 oder 8 26 73 90, an**.

Für die in Ihrem Wahlkreis eingereichten Wahlvorschläge erhalten Sie einen Stimmzettel. Auf diesem Stimmzettel kennzeichnen Sie die Namen der Wahlbewerber, denen Sie Ihre Stimme geben wollen.

Mit den Wahlunterlagen werden Ihnen weitere detaillierte Hinweise zur Ausübung des Wahlrechts übergeben.

Feststellung des Wahlergebnisses

Der Kreiswahlausschuß stellt das Wahlergebnis für die Wahl der im Wahlkreis zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung fest.

Die gewählten Mitglieder der Kammerversammlung und die „nachrückenden Mitglieder“ der Kammerversammlung werden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/1999, veröffentlicht.

Die konstituierende Kammerversammlung wird für den 12. Juni 1999 einberufen.

Zeitplan

Der Landeswahlausschuß der Landesärztekammer hat nach § 4 der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer folgenden Zeitplan beschlossen, der durch die 18. Kammerversammlung am 13. Juni 1998 bestätigt wurde:

- Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten **31. Oktober 1998**

- Auflegung der Wählerlisten **24. November 1998 bis 1. Dezember 1998**

Jeder Wahlberechtigte, der Wählerlisten für ungültig oder unvollständig hält, kann gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 der Wahlordnung ihre Berichtigung während der Auflegung verlangen.

- Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter bis spätestens **17. Februar 1999**

- Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechtes bis spätestens **7. April 1999**

Der Landeswahlausschuß und die Kreiswahlausschüsse wurden vom Kammervorstand gemäß § 3 Abs. 1 der Wahlordnung berufen.

Die Kreiswahlausschüsse werden gemäß § 4 Abs. 2 der Wahlordnung gebeten, nach dem obigen Zeitplan zu verfahren.

Kreiswahlleiter und Auflegungsort der Wählerlisten

Nachstehend werden die Namen der Kreiswahlleiter und die Orte der Auflegung der Wählerlisten in den Wahlkreisen veröffentlicht:

Regierungsbezirk Chemnitz

| Kreis | Kreiswahlleiter/in | Auflegungsort(e) |
|----------|---|---|
| Chemnitz | Herr Dr. med. Gerrit Wollen Otto-Thörner-Str. 75 b 09127 Chemnitz | (1) Sächsische Landesärztekammer Bezirksstelle Chemnitz Carl-Hamel-Straße 3 a 09116 Chemnitz |
| Plauen | Herr Dr. med. Tobias Kaminke Vogtlandklinikum Röntgenstraße 2 08529 Plauen | (1) Sekretariat der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik des Vogtlandklinikums Röntgenstraße 2 08529 Plauen |
| Annaberg | Herr Dr. med. Karl Fritz Buchholzer Straße 14 09456 Annaberg-Buchholz | (1) Erzgebirgsklinikum Annaberg, Chefsekretariat Radiologie Chemnitzer Straße 15 09456 Annaberg-Buchholz |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Zwickau | Herr Dr. med. Gerhard Schröcke Städt. Klinikum Zwickau Klinik für Innere Medizin B 08009 Zwickau | (1) Städtisches Klinikum „Heinrich Braun“, Sekretariat der Verwaltungsdirektion Karl-Keil-Straße 35 08009 Zwickau |
| Chemnitzer Land | Herr Dr. med. Klaus Schiller Am Höhenweg 42 08371 Glauchau | (1) Kreiskrankenhaus Glauchau, Sekretariat der Augenabteilung Virchowstraße 18 08371 Glauchau |
| Aue-Schwarzenberg | Herr Dr. med. Gerd Flemming Rosa-Luxemburg-Straße 12 08280 Aue | (1) Kliniken Erlabrunn, Sekretariat der Chirurgischen Klinik Am Märzberg 1 08349 Erlabrunn (2) Helios Klinikum Aue Schreibzimmer der Klinik für Urologie (Station 13) Gartenstraße 6, 08280 Aue |
| Freiberg | Herr Dr. med. Helmut Lutter Hermann-Mulert-Straße 20 09627 Niederbobritzsch | (1) Kreiskrankenhaus Freiberg, Chefsekretariat der Chirurgischen Klinik Unterhofstraße 2 09599 Freiberg |
| Mittlerer Erzgebirgskreis | Herr Dr. med. Ulrich Thumser Lessingstraße 17 09405 Zschopau | (1) Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge Sekretariat der Chirurgischen Abteilung Alte Marienberger Straße 52 09405 Zschopau |
| Mittweida | Herr Dr. med. Ulrich Wustmann Birkenweg 29 09648 Mittweida | (1) Krankenhaus Mittweida Sekretariat des Chefarztes der Pädiatrischen Abteilung Hainichener Straße 4 - 6 09648 Mittweida Ansprechpartner: Herr Dr. med. Dörfel OA der Pädiatrischen Abteilung des Krankenhauses Mittweida |
| Stollberg | Herr Dipl.-Med. Rainer Scheithauer Bahnhofstraße 6 09390 Meinersdorf | (1) Kreiskrankenhaus Stollberg, Haus 1, Sekretariat der Chirurgie, Frau Vogler Jahnsdorfer Straße 2 09366 Stollberg |
| Vogtlandkreis | Herr Dr. med. Andreas Labitzke Zwickauer Straße 38 08468 Reichenbach | (1) Waldkrankenhaus Adorf Sekretariat Chefarzt Dr. med. Leitner Sorgor Straße 51 08626 Adorf (2) Kreiskrankenhaus Reichenbach, Sekretariat Chefarzt Dr. med. Seeliger Plauensche Straße 37 08468 Reichenbach (3) Kreiskrankenhaus Rodewisch/Obergöltzsch |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|--|--|
| | | Sekretariat Chefarzt Dr. med. Steiniger Stiftstraße 10 08228 Rodewisch | Nieder- schlesischer Oberlausitzkreis | Herr Dr. med. Lutz Diedtemann Bergstraße 9 02923 Kodersdorf | (1) Kreiskrankenhaus Weißwasser Sekretariat Chefarzt Dr. med. Zerna, Hegelpromenade 21 02943 Weißwasser (2) Diakonissenanstalt Emaus Niesky Pforte, Bautzner Straße 21 02906 Niesky (3) Städtisches Klinikum Görlitz, Bibliothek Girbigsdorfer Str. 1-3 02828 Görlitz |
| Zwickauer Land | Herr Frank Stelzner Kreiskrankenhaus Werdau Königswalder Straße 18 08412 Werdau | (1) Kreiskrankenhaus Kirchberg, Chefsekretariat der Abt. Innere Medizin Schneeberger Straße 36 08107 Kirchberg | Bautzen | Frau Dipl.-Med. Jutta Kamper Sonnenweg 1 02627 Salzenforst | (1) Klinikum Bautzen- Bischofswerda, Chirurgische Klinik Bautzen Chefsekretariat Flinzstraße 1, 02625 Bautzen (2) Klinikum Bautzen- Bischofswerda, Chirurgische Klinik Bischofswerda Chefsekretariat Kamenzer Straße 55 01877 Bischofswerda |
| Regierungsbezirk Dresden | | | | | |
| Kreis | Kreiswahlleiter/in | Auflegungsort(e) | | | |
| Dresden | Herr Dr. med. Hermann Queißer Am Sonnenhang 13 01109 Dresden c/o Sächsische Landes- ärztekammer Schützenhöhe 16-18 01099 Dresden | (1) Sächsische Landes- ärztekammer Schützenhöhe 16-18 01099 Dresden | Riesa- Großenhain | Herr Dipl.-Med. Frank Rentsch Kreiskrankenhaus Riesa Abt. Chirurgie Weinbergstraße 8 01589 Riesa | (1) Kreiskrankenhaus Riesa Sekretariat des Leitenden Chefarztes Weinbergstraße 8 01589 Riesa (2) Kreiskrankenhaus Großenhain, Sekretariat des Leitenden Chefarztes Weinbrunnenstraße 15 01558 Großenhain |
| Görlitz | Herr Dr. med. Matthias Karutz Klinik für Allg.-Chirurgie Städt. Klinikum Görlitz Girbigsdorfer Straße 1-3 02828 Görlitz | (1) Städtisches Klinikum Görlitz, Bibliothek Girbigsdorfer Straße 1-3 02828 Görlitz | Sächsische Schweiz | Herr Dr. med. Joachim Schaffrath Fabrikstraße 8 01847 Lohmen | (1) Kreiskrankenhaus Pirna Chefsekretariat HNO-Klinik Schandauer Straße 12 01796 Pirna |
| Hoyerswerda | Herr Dr. med. Joachim von der Linde Haydnstraße 28 02991 Lauta | (1) Klinikum Hoyerswerda Sekretariat der Kinderklinik Maria-Grollmuß-Straße 10 02977 Hoyerswerda | Weißeritzkreis | Frau Dr. med. Jacqueline Wagner Medizinische Klinik Kreiskrankenhaus Freital Bürgerstraße 7 01705 Freital | (1) Kreiskrankenhaus Freital Sekretariat der Kinderklinik Bürgerstraße 7 01705 Freital |
| Meißen | Herr Dr. med. Klaus Jahr Gabelsberger Straße 8 01662 Meißen | (1) Kreiskrankenhaus Meißen, Rezeption Nassauweg 7 01662 Meißen | Kamenz | Herr Dr. med. Ulrich Rumpelt Feigstraße 15 d 01917 Kamenz | (1) Kreiskrankenhaus Radeberg Sekretariat der Chirurgischen Abteilung Chefarzt Dr. med. Haufe Pulsnitzer Straße 60 01454 Radeberg (2) Malteser-Krankenhaus Kamenz, Sekretariat der Chi- rurgischen Abteilung, Chef- arzt Dr. med. Speckmann Am Damm 7, 01917 Kamenz |
| Löbau-Zittau | Frau Else Jurisch Schliebenstraße 17c 02763 Zittau | (1) Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie u. Neurologie Ernst-Thälmann-Str. 41 02708 Großschweidnitz (2) Krankenhaus Löbau Klinik Ebersbach Röntgenstraße 23 02730 Ebersbach (3) Kreiskrankenhaus Zittau Görlitzer Straße 10 02763 Zittau | | | |

Regierungsbezirk Leipzig

| Kreis | Kreiswahlleiter/in | Auflegungsort(e) |
|-----------|--|---|
| Leipzig | Herr Hans-Jochen Ebert F.-Freiligrath-Straße 10 04448 Wiederitzsch | (1) Sächsische Landes- ärztekammer Bezirksstelle Leipzig Menckestraße 15 04155 Leipzig (2) Universität Leipzig Medizinische Klinik und Poliklinik 1, Sekretariat des Ärztlichen Direktors Johannisallee 32 04103 Leipzig (3) Städtisches Klinikum Leipzig-West Robert-Koch-Klinik Sekretariat des Ärztlichen Direktors Nikolai-Rumjanzew-Str. 100 04207 Leipzig (4) Städtisches Klinikum St. Georg, Sekretariat des Krankenhausdirektors Delitzscher Straße 141 04129 Leipzig |
| Döbeln | Herr Dr. med. Christian Wolf Gartenweg 13 04720 Gärtitz | (1) Helios Krankenhaus Leisnig, Chefsekretariat des Ärztlichen Leiters ChA Dr. med. P. Knorr Sekretärin Frau Wespapat Colditzer Straße 48 04703 Leisnig (2) Krankenhaus Döbeln / Dr. Drogula GmbH Chefsekretariat der Chirurgie ChA Dr. med. V. Schliebe Sekretärin Frau Scholz Sörmitzer Straße 10 04720 Döbeln |
| Delitzsch | Herr Dr. med. Erwin Zocher Loberaue 4 04509 Delitzsch | (1) Kreiskrankenhaus Delitzsch, Chefsekretariat Dübener Straße 04509 Delitzsch (2) Krankenhaus Eilenburg, Chefsekretariat Wilhelm-Grüne-Straße 5-8 |

| | | |
|----------------|--|--|
| Leipziger Land | Herr Dr. med. Gerhard Hiltner Leipziger Straße 15 04416 Markkleeberg | 04838 Eilenburg (3) Waldkrankenhaus Bad Dübén, Chefsekretariat Gustav-Adolf-Straße 15 a 04849 Bad Dübén (1) Helios Klinik Borna Chefsekretariat Chirurgische Abteilung Dr. med. Walter Schmidt Virchowstraße 2 04552 Borna (2) Helios Klinik Zwenkau Sekretariat des Leitenden Chefarztes Dr. med. Gert Rothenberg Pestallozzistraße 9 04442 Zwenkau (3) Praxis Frau Dr. med. H. Bührdel Porditzer Straße 2 04425 Taucha (4) Praxis Frau Dipl.-Med. K. Jungrichter Dammühlenweg 3 04643 Geithain |
| Muldentalkreis | Frau Dr. med. Renate Escher Am Wespengrund 5 04668 Grimma | (1) Kliniken des Muldentalkreises, Krankenhaus Wurzen Zentralanmeldung Kutusowstraße 70 04808 Wurzen (2) Kliniken des Muldentalkreises, Krankenhaus Grimma, Zentralanmeldung Kleiststraße 5 04668 Grimma |
| Torgau-Oschatz | Herr Dr. med. Jörg Mehlhorn Rudolf-Breitscheid-Straße 31 04860 Torgau | (1) Gesundheitsamt Torgau-Oschatz Sekretariat der Amtsärztin Frau Dr. med. Zirm Puschkinstraße 2 04860 Torgau (2) Landratsamt Oschatz Sekretariat der Amtsärztin Frau Dr. med. Zirm Friedrich-Naumann- Promenade 9, 04758 Oschatz |

Dresden, im Oktober 1998
Dr. jur. Verena Diefenbach
Landeswahlleiterin

An der Sächsischen Landesärztekammer ist die Stelle

Ärztin/Arzt für Qualitätssicherung

zu besetzen.

Wir erwarten eine(n) qualifizierte(n) Ärztin/Arzt, nach Möglichkeit mit Facharztabschluß sowie mit Kenntnissen und Erfahrungen im medizinischen Qualitätsmanagement und in der Informatik.

Die Vergütung erfolgt nach den Tarifbestimmungen des BAT-O.

Ihre vollständige Bewerbung richten Sie bitte an die Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16 - 18, 01099 Dresden.

AG - „Junge Ärzte“

Wer wir sind und was wir wollen

Eine neue Arbeitsgemeinschaft in der Sächsischen Landesärztekammer engagiert sich für die Interessen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung!

Auf Initiative des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer haben wir im März dieses Jahres eine Arbeitsgemeinschaft „Junge Ärzte“ gegründet. Die Arbeitsgemeinschaft besteht aus Ärztinnen und Ärzten im Praktikum, arbeitslosen Kolleginnen und Kollegen und Assistenzärztinnen und -ärzten in der Weiterbildung. Unsere Mitglieder kommen aus verschiedenen Regionen Sachsens und wir treffen uns regelmäßig in Döbeln zur Koordinierung unserer Aktivitäten.

Wir konnten unsere Arbeitsgruppe bisher auf dem 8. Sächsischen Ärztetag in Dres-

den (Ärzteblatt Sachsen 8/1998), bei der Tagung der Kreisärztekammervorsitzenden und im Weiterbildungsausschuß der Sächsischen Landesärztekammer vorstellen. Die Arbeitsgemeinschaft möchte sich mittelfristig auf Fragen der Ausbildung, Weiterbildung und Arbeitslosigkeit konzentrieren. Hierzu ist die Einrichtung einer Anlaufstelle in der Sächsischen Landesärztekammer geplant, die Probleme und Sorgen „junger“ Ärzte aufnimmt und in die Ärztekammer einbringt. Daneben wollen einzelne Mitglieder der Gruppe für die Kammerwahlen im Frühjahr 1999 kandidieren, um über die Mitwirkung an der Ausschubarbeit der Landesärztekammer unsere Interessen zu vertreten.

Ein erstes Ziel haben wir erreicht - mit der Gründung unserer Arbeitsgemeinschaft

konnte der erste Schritt zum Aufbau einer Lobby für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung innerhalb der Sächsischen Landesärztekammer vollzogen werden. Mit der Unterstützung möglichst vieler Kolleginnen und Kollegen läßt sich sicher einiges in unserem Sinne erreichen. Deshalb an dieser Stelle unsere vorläufige Adresse:

AG „Junge Ärzte“
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16 - 18
01099 Dresden
Telefon. (03 51) 8 26 74 01
Fax: (03 51) 8 26 74 12
e-mail: dresden@slaek.de

Für die Arbeitsgruppe „Junge Ärzte“
Kornelia Kuhn,
Johannes Lampe, Klaus Lorenzen

Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

Sonntag, 1. November 1998, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Heinrich-Schütz-Konservatorium

Das Saxophonquartett, Klarinettenensemble und Querflötenensemble gestalten ein Kammerkonzert für Holzbläser
(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

Donnerstag, 19. November 1998, 19.00 Uhr

Junge Meister

Es spielt das Allegria-Ensemble Musik für Glasharmonika

„Virtuose Klassik in Glas“

u. a. G. F. Händel, J. S. Bach, W. A. Mozart, G. P. Telemann

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

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

Im Anschluß an die Sonntagskonzerte besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefonnummer (03 51) 8 26 71 10 gern entgegengenommen.

Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Michael Horwath - Malerei

vom 25. 8. 1998 bis 15. 10. 1998

Christoph Wetzel - Malerei

vom 19. 10. 1998 bis 5. 1. 1999

Dienstag, 10. November 1998, 19.30 Uhr

Vernissage (Vortrag von Herrn Prof. Dr. Harald Marx)

Wichtige Telefonverbindungen zur Sächsischen Landesärztekammer

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon: (03 51) 82 67 - 0
e-mail: dresden@slaek.de

Wir sind zu erreichen:

Montag 9.00-12.00 Uhr, 13.00-16.00 Uhr
Dienstag 9.00-12.00 Uhr, 13.00-16.00 Uhr
Mittwoch 9.00-12.00 Uhr, 13.00-18.00 Uhr
Donnerstag 9.00-12.00 Uhr, 13.00-16.00 Uhr
Freitag 9.00-14.00 Uhr (und nach Vereinbarung)

Zentrale: 82 67 - 0

| | | Tel. | Fax |
|--|--------------------------|-----------|-----|
| | | (82 67 -) | (-) |
| Präsident | Herr Prof. Dr. Diettrich | | |
| Vizepräsident | Herr Dr. Schwenke | | |
| Sekretariat | Frau Heinrich | 401 | |
| Hauptgeschäftsführerin | Frau Dr. Diefenbach | | |
| Sekretariat | Frau Rehmann | 411 | 412 |
| Referat Redaktion Ärztblatt | Herr Prof. Dr. Rose | 350 | |
| | Frau Hüfner | 351 | 352 |
| Referat | Frau Krebs | 340 | |
| Arzthelferinnenwesen | Frau Jähne | 341 | |
| | Frau Hartmann | 342 | |
| | Frau Kulcsár | 343 | |
| Referat Informatik/EDV | Herr Kögler | 370 | |
| | Herr Eckert | 371 | |
| Ärztlicher Geschäftsführer | Herr Dr. Herzig | | |
| Sekretariat | Frau Preißler | 311 | 312 |
| Referat | | | |
| Weiterbildung/Prüfungswesen | Frau Gäbler | 313 | |
| | Frau Dittrich | 323 | |
| Gebiete, Schwerpunkte fakultative Weiterbildung | Frau Ziegler | 315 | |
| Weiterbildungsbefugnis/ Zusatzbezeichnung | Frau Eichhorn | 316 | |
| Fachkundenachweis | | | |
| Notarzt/Ultraschall | Frau Fischer | 321 | |
| Fachkundenachweis RöV | Frau Knobloch | 322 | |
| Referat | | | |
| Medizinische Sachfragen | Frau Dr. Gamaleja | 314 | |
| Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung | Herr Prof. Dr. Bach | 320 | |
| Referat Fortbildung/ | Frau Rose | 317 | |
| Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung | Frau Marx | 319 | |
| | Frau Dobriwolski | 318 | |
| | Frau Heilfurth | 324 | |

Referat Ärztliche Stelle

gem. RöV Herr Dr. Wicke 380
Sekretariat Frau Rändler 381
Herr Böhme 382

**Referat Projektgeschäfts-
stelle Qualitätssicherung**

Herr Dietrich 308
Frau Lampadius 385

Juristische Geschäftsführerin

Sekretariat/Ethikkommission Frau Glowik 421 422
Frau Bärwald 421 422

Referat Berufsrecht Frau Rätz 424

Frau Martin 425

Referat Berufsregister Frau Fohrmann 360

Frau Nitzsche 362

Frau Wagner 363

Frau Fritz 364

Referat Schlichtungsstelle Frau Riedel 426

Herr Dr. Kluge 427

Kaufmännischer Leiter

Sekretariat Herr Neumann

Frau Wunderlich 431

Referat Finanzwesen/
Beitragswesen Frau Kaupisch 433

Frau Ertel 434

Frau Grünberg 447

Referat Hausverwaltung Herr Ackermann 390

Frau Gorzel 391 395

Bezirksstelle Leipzig (03 41) 5 64 40 56 5 64 40 58

Bezirksstelle Chemnitz (03 71) 21 65 14 21 65 43

Ärzteversorgung

Sekretariat 250

Weitere Anschlüsse:

Landestierärztekammer Sekretariat 200

Marburger Bund Sekretariat 206

Leipziger Messe Verlag 230

Deutsche Apotheke-
und Ärztebank e. G. Sekretariat 8 00 01 00

Inter Ärzte Service Sekretariat 81 26 60

Universität Leipzig - Pressestelle

Lehrstelleninitiative 1998

Wie schon im vergangenen Jahr beteiligt sich die Medizinische Berufsfachschule am Universitätsklinikum an der Lehrstelleninitiative. In sechs verschiedenen Gesundheitsfachberufen werden zusätzliche Ausbildungsplätze angeboten. Es werden insgesamt 38 Plätze in den staatlich anerkannten Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Physiotherapie, Medizinisch-technische Laborassistenten, Medizinisch-technische Radiologieassistenten und Diätassistenten bereitgestellt.

Schulabgänger, die bis zum heutigen Tag noch keine Lehrstelle gefunden haben, können ihre Bewerbungen über das Arbeitsamt an die Medizinische Berufsfachschule, Richterstraße 9 - 11, 04105 Leipzig, richten.
Dr. Bärbel Adams

Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“ - Winter 1999

Gemäß § 7 der „Prüfungsordnung für die Durchführung von Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ bestimmt die Sächsische Landesärztekammer im Jahr zwei maßgebliche Termine für Abschlußprüfungen. Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlußprüfung an folgendem Termin durch:

**Freitag, den 29. Januar 1999
von 8.00 Uhr bis 14.15 Uhr**

in der Sächsischen Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16 - 18, 01099 Dresden.
Die Termine für die praktischen Prüfungen werden im Zeitraum vom
22. 2. - 5. 3. 1999 liegen.

**Zur Abschlußprüfung mit Beginn
29. 1. 1999 können zugelassen werden:**

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. 2. 1999 endet.
2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Zulassung in besonderen Fällen gemäß § 40 Berufsbildungsgesetz

3. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 - 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 28. 2. 1999 endet, können

den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlußprüfung stellen (§ 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), wenn die Leistungen das rechtfertigen. Maximal ist eine Verkürzung von insgesamt sechs Monaten möglich.

Dabei sind gemäß Beschluß des Berufsbildungsausschusses vom 4. 12. 1993 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 1/1994, Seite 10) nachweislich folgende Bedingungen zu erfüllen:

- sehr gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 1,8 in der Berufsschule,
- die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterrichtes vermittelten Lehrstoffes - soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist - müssen dabei vollständig anwendungs bereit sein.

4. Bewerberinnen/Bewerber ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, daß sie mindestens das Zweifache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen sind (§ 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Über die Zulassung zur Abschlußprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuß (§ 39 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhal-

ten die ausbildenden Ärzte oder bei Punkt 2 und 4 die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer. **Die Anmeldung zur Abschlußprüfung** hat mit vollständigen Unterlagen - entsprechend § 10 der „Prüfungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Hefte 5/1993 und 2/1994) - **bis spätestens zum 13. 11. 1998 zu erfolgen**. Bei Antrag auf **vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis** sind zusätzlich die o. g. Nachweise **zum selben Termin** einzureichen.

Wir möchten darauf aufmerksam machen, daß bei **unvollständig und/oder verspätet** eingereichten Unterlagen eine fristgemäße Bearbeitung durch die Sächsische Landesärztekammer nicht möglich und somit **eine Zulassung** zum Prüfungstermin am 29. 1. 1999 in Frage gestellt ist.

Veronika Krebs
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt:

Arztausweis-Nr.: 120 050,
ausgestellt am 24. 6. 1997
Frau Anne Rehnitz, geb. 30. 11. 1970,
Löbnigerstraße 22, 04275 Leipzig

Arztausweis-Nr.: 108 201,
ausgestellt am 9. 6. 1992
Frau Dr. med. Helga Büchner, geb. 10. 5. 1934
Gersterstraße 8, 04279 Leipzig

Arztausweis-Nr.: 117 321,
ausgestellt am 30. 7. 1997
Frau Dr. med. Ina Reibiger, geb. 9. 8. 1963
Zweinaundorfer Straße 129, 04457 Mölkau

Arztausweis-Nr. 106 753,
ausgestellt am 1. 2. 1995
Frau Friederike Beier, geb. 3. 2. 1944
Böhmische Straße 29, 01099 Dresden

Arztausweis-Nr. 104 450
ausgestellt am 4. 3. 1993
Frau Marianne Kaltenbach, geb. 10. 7. 1946
Dresdner Straße 23 h, 01809 Heidenau

Arztausweis-Nr. 111 269,
ausgestellt am 23. 7. 1997
Frau Dr.-medic./IMF Cluj-Napoca Dorela Erk,
geb. 4. 12. 1963
Tauscherstraße 28, 01277 Dresden

Arztausweis-Nr. 119 789
ausgestellt am 17. 4. 1997
Frau Kaleria Loror, geb. 13. 3. 1951,
Karlstraße 32, 08523 Plauen

Arztausweis-Nr. 103 429
ausgestellt am 18. 5. 1992
Frau Dipl.-Med. Gudrun Kuhnt, geb. 27. 6. 1960
Katzenturmgebäuschen 1, 02708 Löbau

Arztausweis-Nr. 120 724
ausgestellt am 15. 4. 1998,
Herrn Stefan Schmidt, geb. 4. 4. 1970
Leopoldstraße 29, 04277 Leipzig

Arztausweis-Nr. 113 420
ausgestellt am 7. 1. 1993,
Herrn Dozent Dr. med. habil. Dietrich Wirth,
geb. 21. 6. 1937
Böhmerstraße 7, 01099 Dresden

Arztausweis-Nr. 105 060
ausgestellt am 15. 5. 1992,
Herrn Dr. med. Eckart Buhl, geb. 16. 5. 1951
Hauptstraße 48, 02779 Großschönau

Arztausweis-Nr. 120 500
ausgestellt am 11. 2. 1998,
Herrn Detlef Tutschku, geb. 14. 5. 1968
Otto-Heinze-Straße 14, 04357 Leipzig

Arztausweis-Nr. 110 679
ausgestellt am 16. 6. 1993,
Frau Dr. med. Roswitha Berger, geb. 25. 12. 1940
Simon-Bolivar-Straße 90, 04357 Leipzig

Arztausweis-Nr. 118 572
ausgestellt am 14. 5. 1997,
Frau Kristina Meyer, geb. 23. 11. 1969
Dr.-Wilhelm-Kütz-Straße 28, 09217 Burgstädt

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 abgehenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

Planungsbereich Zwickau-Stadt
1 FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.11.1998 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 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.

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

Planungsbereich
Mittlerer Erzgebirgskreis
1 FA für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.11.1998 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chem-

nitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 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.

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

Planungsbereich Mittweida
1 FA für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.11.1998 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 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 eines Partners einer Gemeinschaftspraxis folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich

Landkreis Löbau-Zittau

1 FA für Diagnostische Radiologie

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 15.11.1998 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 15.11.1998 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

Landkreis Riesa-Großenhain

1 FA für Chirurgie

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 15.11.1998 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 Leipzig-Stadt

1 FA für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt

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 06.11.1998 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 Leipzig-Stadt

1 FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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 06.11.1998 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 Leipzig-Stadt

1 FA für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt

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 16.11.1998 an die o. g. Bezirksstelle.

Behandlung solitärer autonomer Adenome der Schilddrüse mit perkutaner Ethanol-Injektion

Aus der Medizinischen Klinik
und Poliklinik III
der Universität Leipzig

Autonome Adenome der Schilddrüse sind in Jodmangelgebieten wie Deutschland in bis zu 60 % die Ursache einer latenten oder manifesten Hyperthyreose. Bereits die latente Hyperthyreose kann besonders bei älteren und multimorbiden Patienten zu Herzrhythmusstörungen, der Verschlechterung einer vorbestehenden Herzinsuffizienz oder eines Diabetes mellitus sowie einer bereits bestehenden Osteoporose führen. Die thyreostatische Therapie stellt nur eine Übergangslösung dar, weshalb eine definitive ablativ Therapie bei szintigraphisch nachgewiesenem autonomem Adenom in jedem Fall angestrebt werden sollte. Die traditionellen Verfahren für die Behandlung autonomer Schilddrüsenadenome sind die Operation und die Radiojodtherapie. Seit 1990 wurde die sonographisch gesteuerte perkutane Alkoholinjektion in autonome Adenome von LIVRAGHI und MONZANI eingeführt (LIVRAGHI et al., 1990; MONZANI et al. 1992).

Die zugrunde liegende Idee ist einfach: Hochprozentiger Alkohol verursacht im Gewebe eine zelluläre Dehydratation und Eiweißdenaturierung. Nachfolgend kommt es zu einer Koagulationsnekrose und Thrombosierung des betroffenen umschriebenen Gewebebezirkes. Die Folge ist schließlich eine reaktive Fibrose und somit Verlust der ursprünglichen Funktion dieses Gewebes. Erfahrungen mit der Alkoholinjektion liegen bereits aus anderen Indikationsbereichen seit Jahren vor, so z. B. der palliativen Therapie hepatozellulärer Karzinome und solitärer Lebermetastasen (LIVRAGHI et al., 1986; VILANA et al., 1992) sowie von hyperplastischen Nebenschilddrüsenkörperchen bei sekundärem Hyperparathyreoidismus (SOLBIATI et al., 1985).

Im Rahmen einer italienischen Multicenter Studie wurden insgesamt 429 Patienten mit solitärem autonomem Adenom mit diesem Therapieverfahren behandelt. Die Nachbeobachtung betrug 6 Monate bis 4 Jahre, so daß bereits mittelfristige Erfahrungen vorliegen (MAZZEO et al., 1993; LIVRAGHI et al., 1994; LIPPI et al., 1996; FERRARI et al., 1996).

Alternative zu den traditionellen Therapieverfahren

Operation

Die Operation ist bei sehr großen Strumen und mechanischen Komplikationen die Methode der Wahl. Es bleibt das allgemeine OP- und Anästhesie-Risiko. Komplikationen stellen die irreversible Schädigung des N. laryngeus recurrens sowie ein Hypoparathyreoidismus bei Entfernung der Nebenschilddrüsenkörperchen dar. Postoperativ muß in Abhängigkeit vom Ausmaß der Resektion meist eine hypothyreote Stoffwechsellage substituiert werden.

Radiojodtherapie

Infolge der Zerstörung gesunden Schilddrüsengewebes kommt es auch nach Radiojodtherapie in den nachfolgenden 4 Jahren in ca. 30 % zu einer substitutionspflichtigen Hypothyreose (HEINZE et al., 1987). Aufgrund der in Deutschland geltenden strengen Strahlenschutzbestimmungen erfolgt diese Therapie stationär in speziell dafür eingerichteten Zentren. Dies - und die geringe Bettenkapazität in Sachsen - führen hier zu längeren Wartezeiten.

Perkutane Alkoholinjektion

Die Vorteile der perkutanen Alkoholinjektion liegen insbesondere in ihrer Anwendbarkeit auch und gerade bei älteren und multimorbiden Patienten mit erhöhtem OP-Risiko, die mit der perkutanen Alkoholinjektion einer definitiven Therapie zugeführt werden können. Von entscheidender Bedeutung ist die Schonung des umgebenden gesunden Gewebes und somit die Vermeidung einer Hypothyreose. Außerdem kommt es zu einer Volumenreduktion des Adenoms. Die Nebenschilddrüse wird in jedem Fall geschont. Ebenso kommt es zu keiner irreversiblen Schädigung des Nervus laryngeus recurrens. Das Verfahren bietet auch ökonomische Vorzüge: Es ist billig, ambulant und ohne großen Zeitaufwand (eine Viertelstunde) durchführbar. Diese Vorteile haben bereits auch andere Arbeitsgruppen nach den positiven italienischen Erfahrungen zu nutzen begonnen (z. B. BRAUN und BLANK, 1994; ÖZDEMİR, 1994).

Die **Indikation** zur perkutanen Alkoholinjektion ist bei unifokaler Autonomie mit manifester oder symptomatischer latenter Hyperthyreose gegeben. Somit ist im Vorfeld eine Diagnostik der Stoffwechsellage (TSH, T₃, T₄, FT₃, FT₄), die sonographische Lokalisation und Volumenbestimmung des Knotens sowie eine szintigraphische Zuordnung und Aktivitätsbestimmung des Knotens unbedingt notwendig. Die Alkoholinjektion selbst sollte durch einen in der Punktions-technik Erfahrenen und nur bei Vorhandensein des entsprechenden stationären Hinterlandes wegen der evtl. auftretenden Komplikationen durchgeführt werden.

Zur Methode der perkutanen Alkoholinjektion

Nach sonographischer Darstellung des zu punktierenden Knotens und erfolgter Hautdesinfektion wird unter fortlaufender sonographischer Sicht eine Spinalnadel (21/22 Gauge Durchmesser) im Knoten plaziert. Die Nadelspitze kann als hochamplitudiger Reflex geortet werden, wobei sich vorsichtige Vor- und Rückwärtsbewegungen als hilfreich erweisen. Danach erfolgt eine Probeinjektion von 0,1 ml 95 % Alkohol, der sich als echoreicher Reflex im Knoten markiert und damit der Kontrolle einer korrekten Positionierung dient.

Es erfolgt dann die Injektion der geplanten Alkoholmenge, die von der Knotengröße abhängig ist und zwischen 2 - 5 ml betragen kann (LIVRAGHI et al., 1990; BRAUN und BLANK 1994). Der injizierte Alkohol markiert sich im Knoten als heller echoreicher Reflex, der wegen seines Erscheinungsbildes als „Schneegeböber“ bezeichnet wird.

Anschließend kann in der Regel die Diffusion des Alkohols bis an die Grenzen des Knotens beobachtet werden, auf die sie auch begrenzt bleibt. Es können ein bis zwei Behandlungen pro Woche durchgeführt werden, wobei für einen Therapieerfolg vier bis sechs Injektionen erforderlich sind. Diese führen meist nach ca. 3 Monaten zu einem Anstieg des supprimierten TSH.

Nebenwirkungen und Komplikationen

Die Behandlung wird von den meisten Patienten gut toleriert. Meist geben sie unter der Injektion ein Druckgefühl an, was durch die Volumenzunahme bedingt ist. (siehe Tabelle 1) Es können in den Kieferwinkel oder Nacken ausstrahlende Schmerzen sowie lokale Hämatome oder Fieber um 38 Grad Celsius auftreten. Bei weit nach dorsal und kaudal gelegenen Knoten besteht die Gefahr der chemischen Irritation des Nervus laryngeus recurrens, wenn der Alkohol im Injektionskanal bis an den Nerven gespült wird. Dies kann jedoch durch die Verwendung von Spinalnadeln mit seitlicher Öffnung verhindert werden. In den Fällen passagerer Heiserkeit (Ital. Multicenter Studie: 3,9 %) war diese nach spätestens 3 Monaten reversibel.

Tabelle 1: Nebenwirkungen und Komplikationen (LIPPI et al., 1996)

| | |
|---------------------------------------|-------|
| - Lokale oder ausstrahlende Schmerzen | 90 % |
| - Passageres Fieber | 8 % |
| - Passagere Heiserkeit | 3,9 % |
| - Nackenhämatom | 3,9 % |
| - Thrombosierung der V. jugularis | 0,2 % |
| - Aggravierung der Hyperthyreose | 1,1 % |

Bisherige Ergebnisse

Kriterien für den Erfolg der perkutanen Alkoholinjektion sind die Normalisierung der Schilddrüsenhormone (insbesondere ein wieder meßbares TSH) sowie ein normaler Technetium-Uptake im extranodulären Schilddrüsenngewebe bei der Szintigraphie.

In der italienischen Multicenter Studie betrug die obligate Nachbeobachtungszeit mindestens 12 Monate (bis zu 4 Jahren). Von den insgesamt 429 Patienten waren 73,9 % nach 12 Monaten nach den oben genannten Kriterien erfolgreich behandelt. Dabei konnten 66,5 % der manifesten und 83,4 % der latenten Hyperthyreosen mit Erfolg behandelt werden. Nach 5jähriger Nachbeobachtung traten bei 181 Patienten keine Rezidive auf (MONZANI et al., 1996; MONZANI et al., 1997). Sonographisch konnte in allen Fällen eine Reduktion des Knotenvolumens beobachtet werden. In diesem Zusammenhang fiel auf,



Abb. 1: Autonomes Adenom nach Alkoholinstillation: Alkohol als echoreicher Reflex im Knoten sichtbar

Abb. 2 und Abb. 3 auf der Seite 480.

daß 90 - 100 % der Knoten mit einem Ausgangsvolumen unter 15 ml in die Euthyreose kamen (LIPPI et al., 1996). Offensichtlich spielt das Knotenvolumen für den Erfolg der Therapie eine entscheidende Rolle.

Tabelle 2: Indikation zur perkutanen Ethanol-Injektion

- Unifokale Autonomie (Sono- und szintigraphisch gesichert)
- Manifeste oder latente Hyperthyreose
- Multimorbide und ältere Patienten mit erhöhtem OP-Risiko, z. B. Diabetes mellitus, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz
- Knotenvolumen des autonomen Adenoms unter 30 ml
- Lange Wartezeit auf Radiojodtherapie in Sachsen

Die Behandlung solitärer autonomer Adenome mit manifester oder latenter Hyperthyreose bei Patienten, welche wegen anderer schwerer Grundleiden ein erhöhtes OP-Risiko haben und für die eine längere Wartezeit auf die Radiojodtherapie nicht

vertretbar ist, sollte alternativ mit der perkutanen Alkoholinjektion erfolgen. Seit 1996 wird diese Methode in der Medizinischen Klinik III (Endokrinologie) der Universität Leipzig mit gutem Erfolg durchgeführt.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenz:
 Prof. Dr. med. Ralf Paschke
 Stellv. Direktor der
 Medizinischen Klinik und Poliklinik III
 Universität Leipzig
 Philipp-Rosenthal-Straße 27
 04103 Leipzig

Artikel eingegangen: 23. 5. 1997
 Artikel nach Revision angenommen: 26. 7. 1997

Abbildungen 2 und 3 des Artikels: „Behandlung solitärer autonomer Adenome der Schilddrüse mit perkutaner Ethanolinjektion“ von Seite 477 bis Seite 478.

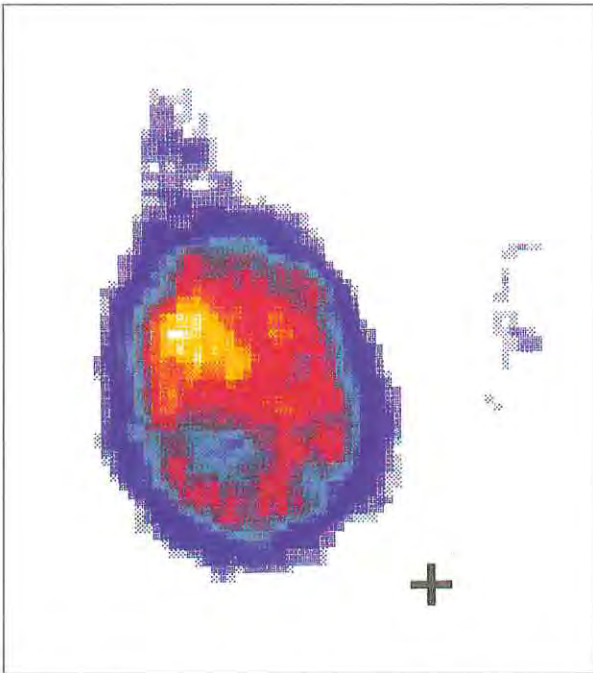


Abb. 2: Schilddrüsen-Szintigraphie vor Alkoholinstillation

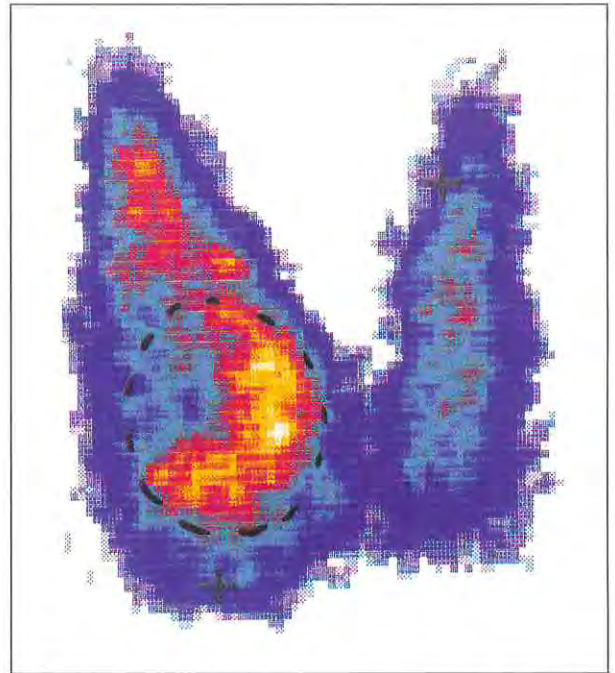


Abb. 3: Schilddrüsen-Szintigraphie nach Alkoholinstillation

Gerlach, B.; Meurer, M.; Wozel, G.

Topische Immuntherapie mit DCP (Diphenylcyclopropenon) bei Alopecia areata

Klinik der Alopecia Areata

Die Alopecia areata (kreisrunder Haarausfall) gehört nach der androgenetischen Alopezie zu den häufigsten Haarkrankheiten und befällt im Gegensatz zu dieser bereits Kinder und beide Geschlechter in gleicher Inzidenz (kumulative Inzidenz bis zum 20. Lebensjahr ca. 0,3 % (12)). In der Mehrzahl der Fälle läßt sich die Diagnose klinisch stellen. Am behaarten Kopf entstehen meistens eine oder mehrere kreisrunde haarlose Areale (kleinfleckiger Typ), seltener tritt ein isolierter Haaraus-

fall im Randgebiet des Kapillitium (Ophiasis) oder diffus auf. Diese Formen haben eine schlechte Prognose. Häufig bildet sich der kleinfleckige Typ der Alopecia areata spontan zurück, mitunter kann er sich aber auch bis zum kompletten Ausfall der Kopfbehaarung ausdehnen (Alopecia totalis) oder alle Körperhaare erfassen (Alopecia universalis). Auch ein isolierter Haarverlust an anderen Körperbereichen, z. B. Bartregion, Augenbrauen, Wimpern, Körperbehaarung ist möglich. Meist zeigen die haarlosen Bezirke keine Vernarbung, Atrophie oder Entzündung,

während sog. „Ausrufezeichen-Haare“ (kurze abgebrochene Haare, die nach proximal dünner werden) am Rand der Kahlstellen sowie deutlich sichtbare Follikelöffnungen charakteristisch sind.

Etwa ein Viertel der Patienten mit Alopecia areata zeigen Nagelveränderungen in Form von kleinen Grübchen (Tüpfelnägeln), Querrillen, einer fleckigen Rötung der Lunula, einer Aufrauung der Nagelplatte (Sandpapiernägeln) oder dem vollständigen Verlust der Nagelplatte (Onychomadesis).

Ätiologie und Pathogenese der Alopecia areata

Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung sind derzeit noch unbekannt. Familiäres Vorkommen wird mit 10 - 24 % angegeben (4, 6, 11). Das Erkrankungsrisiko für Kinder von Patienten beträgt ca. 2 % (14). Wahrscheinlich handelt es sich um einen polygenen Vererbungsmodus; als möglicher genetischer Teilfaktor wurde ein Polymorphismus im kodierenden Gen für den Interleukin-1-Rezeptor-Antagonisten identifiziert (15). Einige aktuelle Forschungsergebnisse rechtfertigen die Vermutung, daß der Alopecia areata eine Autoimmunpathogenese zugrunde liegt (häufig ist die Alopecia areata mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert). Bei etwa 30 % der Alopecia-areata-Patienten findet sich ein atopisches Ekzem, bei 1 - 4 % eine Vitiligo (5). Die Tatsache, daß häufiger pigmentierte Haare ausfallen, während unpigmentierte Haare relativ verschont bleiben, läßt vermuten, daß Melanozyten eine Rolle in der Pathogenese spielen könnten. Hierfür spricht zum einen die frühzeitige Blockierung der Melanogenese im Haarbulbus (10), zum anderen der Nachweis von Antikörpern gegen follikuläre Melanozyten bei Patienten mit Alopecia areata (16). Histologisch findet sich ein dichtes, vorwiegend aus T-Lymphozyten bestehendes peribulbäres Infiltrat, wobei auch die Haarmatrix infiltriert wird. Die Haarfollikel werden jedoch nicht zerstört, sondern in einer frühen anagenen Haarwachstumsphase gestoppt. Ein Erklärungsmodell hierfür wäre eine Präsentation eines bisher unbekanntes Antigen in einer frühen anagenen Wachstumsphase, wodurch T-Lymphozyten angelockt werden, die wiederum proinflammatorische Zytokine und Wachstumsfaktoren freisetzen. Während der aktiven Entzündungsphase könnte es über sezernierte Zytokine unspezifisch zu einer Proliferationshemmung der Matrixkeratinozyten kommen. So lange die Entzündungsphase besteht, wird das Haarwachstum gestoppt (1, 2, 8, 9).

Therapie der Alopecia areata

Die Therapie der Alopecia areata ist meist

kompliziert, da es bis jetzt noch keine sicher wirksame Behandlung gibt und alle Therapieformen rein symptomatisch sind. Darüber hinaus können Spontanremissionen nie ausgeschlossen werden, so daß Angaben über Therapieerfolge nur nach kontrollierten Studien größerer Patientenzahlen möglich sind. Vor einer topischen Immuntherapie sollten zunächst herkömmliche Behandlungsmethoden wie topische Glukokortikosteroide und durchblutungsfördernde Maßnahmen (z. B. Dithranol, Propylnicotinat) sowie UV-Therapie oder PUVA-Therapie angewandt werden. Darüber hinaus wird immer wieder über Therapieerfolge mit Zink oral oder Minoxidil topisch berichtet. Auch „exotische“ Behandlungsmethoden (z. B. Akupunktur, Bioresonanz, Massage, Hypnose) klingen für die Patienten oft vielversprechender als die erreichbaren therapeutischen Ergebnisse.

Topische Immuntherapie der Alopecia areata

Die topische Immuntherapie mit Kontaktallergenen ist derzeit als erfolgreichste und wirkungsvollste Therapie unter allen Behandlungsmethoden bei ausgedehnten Formen der Alopecia areata anzusehen. Als Prinzip liegt ihr die intermittierende Erzeugung einer allergischen Kontaktdermatitis an der Kopfhaut zugrunde. Der exakte Wirkungsmechanismus dieser Therapie ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht bekannt. Bei der histologischen Untersuchung von Kopfhautbiopsien nach erfolgreicher topischer Immuntherapie fanden sich veränderte Zytokinmuster (Erhöhung von IL-10, TNF- α , TGF- β 1 (9)). Es konnte gezeigt werden, daß bei erfolgreich behandelten Patienten die Marker für eine Zytokinfreisetzung in Form von ICAM-1 und MHC-Molekülen auf den Zellen der Haarfollikel herunterreguliert sind (3), während sich keine Veränderung bei „Therapieversagern“ fand (13). Dies läßt die Schlußfolgerung zu, daß die allergische Kontaktdermatitis zu einer lokalen Immunsuppression im Haarfollikelbereich führt (8). Als potente Kontaktallergene eignen sich Stoffe, die in der natürlichen und technischen Umwelt des Menschen nicht vorkommen. Wir verwenden derzeit Diphenylcyclopropenon (Di-

phenylprone, DCP), während andere Zentren zusätzlich auch Quadratsäurebutylester (SADBE) zur topischen Immuntherapie anwenden. Von mehr als 1000 Patienten liegen heute weltweit Berichte über die Therapie mit DCP vor (8), die vor 16 Jahren erstmals zum Einsatz kam (7). Da es kein zugelassenes Arzneimittel ist, beschränkt sich die Anwendung auf einzelne Zentren nach Einholung des Votums der Ethikkommission. Zunächst erfolgt die Sensibilisierung mit 2 % DCP in Aceton auf einem ca. 6 x 6 cm großes Areal einer Kopfhauthälfte. Danach wird das Kontaktallergen in steigender Konzentration einmal wöchentlich auf eine Kopfhauthälfte aufgetragen, bis die Konzentration erreicht wird, bei der es nachfolgend für 2 - 3 Tage zur Auslösung einer leichten Dermatitis der Kopfhaut mit Rötung, geringem Pruritus und leichter Schuppung kommt. Die Behandlung von zunächst nur einer Kopfhauthälfte erfolgt zur Objektivierung des Therapieerfolges und zum Ausschluß von Spontanremissionen. Nach Auftreten eines Halbseiteneffektes (Haarwachstum auf der behandelten Seite) wird die gesamte Kopfhaut bis zur Erzielung eines kosmetisch akzeptablen Resultats behandelt, und nachfolgend erfolgt das „Ausschleichen“ aus der Therapie durch längere Behandlungsintervalle.

Da die topische Immuntherapie eine symptomatische Behandlungsmethode darstellt, ist das Auftreten von Rezidiven nach Absetzen der Therapie möglich, so daß eine erneute Therapie begonnen werden muß. Sollte nach einem halben Jahr der Behandlung kein Halbseiteneffekt auftreten, wird die Therapie abgebrochen.

Als Indikation für die DCP-Therapie ist in der Regel ein Haarverlust von mehr als 30 % anzusehen, ferner ein hoher psychischer Leidensdruck der Patienten und ein Fehlen des Ansprechens auf herkömmliche Behandlungsverfahren und keinerlei Spontanremissionstendenz. Nicht durchgeführt wird die Therapie bei Patienten unter 15 Jahren sowie bei Patienten mit konsumierenden oder immunsupprimierenden Erkrankungen.

Im Ames-Test ist DCP nicht mutagen (17). Obwohl sich in Tierversuchen keine Hinweise auf eine Teratogenität ergeben, wird die Therapie nicht bei Kinderwunsch,

Schwangeren und stillenden Frauen durchgeführt, da vollständige toxikologische Daten fehlen, die langfristige Risiken sicher ausschließen. Hinsichtlich der auftretenden Nebenwirkungen wird zwischen erwünschten und unerwünschten Begleiterscheinungen unterschieden. Zur ersten Gruppe zählen Pruritus, Erythem mit nachfolgender leichter Schuppung und Schwellung der regionären Lymphknoten. Als unerwünschte Nebenwirkungen sind eine überschießende Ekzemreaktion, Pigmentverschiebung sowie eine Urtikaria aufzuführen.

Studien der letzten Jahre weisen Ansprechraten der topischen Immuntherapie mit DCP von 30 - 80 % auf (8). Als prognostisch ungünstig gilt eine jahrelange Bestandsdauer vor Behandlungsbeginn, ein frühes Erstmanifestationsalter der Erkrankung, eine atopische Diathese und gleichzeitige Nagelveränderungen.

Insgesamt ist die topische Immuntherapie mit DCP derzeit die wirkungsvollste Behandlungsmethode, die spezielle Kenntnisse und Fingerspitzengefühl erfordert.



Abb. 1: vor Behandlung



Abb. 2: nach 6 Monaten



Abb. 3: nach 13 Monaten



Abb. 4: nach 21 Monaten

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Hautarztpraxis

Dr. med. Beatrice Gerlach

Rothenburger Straße 10

01099 Dresden

Tel. (03 51) 8 01 39 05

Artikel eingegangen: 21. 7. 1997

Artikel angenommen: 5. 8. 1997

Legenden

Abbildung 1 - 4: Topische Immuntherapie bei Alopecia areata totalis

Die präoperative sonographische Dignitätsbeurteilung von Ovarialtumoren und deren therapeutische Konsequenzen

Eine retrospektive Analyse der sonographischen und histologischen Untersuchungsbefunde von 62 Patientinnen des KKH Oschatz

Aus der gynäkologisch/ geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses Oschatz

Zusammenfassung

Zur Auswertung kamen 62 Patientinnen aus dem Kreiskrankenhaus Oschatz, die im Zeitraum 01.01.1993 - 31.12.1993 unter der Diagnose „Ovarialtumor“ stationär eingewiesen, sonographiert und operiert wurden. Dabei wurde der präoperative sonomorphologische Untersuchungsbefund dem histologischen Korrelat gegenübergestellt und dessen Wertigkeit zur Dignitätseinschätzung untersucht.

Die Abgrenzung der malignen Ovarialtumoren war durch die transvaginale Ultraschall-Untersuchung mit hoher Zuverlässigkeit möglich. Das Vorhandensein papillärer Randstrukturen erwies sich dabei als deutlichster Malignitätshinweis. Die sonographische Selektion funktioneller Prozesse war dagegen schwierig. Sie stellten sich häufig nicht als typische einfache Ovarialzyste dar, sondern imponierten mit sonographischen Merkmalen benigner, selten auch maligner Ovarialtumoren, also falsch-positiv. Die gutartigen Adnextumoren boten sonographisch oft ein buntes Bild mit Auftreten unterschiedlichster Dignitätskriterien, weshalb deren Darstellung im Ultraschall mit einer relativ hohen Falsch-positiv- und Falsch-negativ-Rate belastet war.

Schwerpunkte der präoperativen Ultraschalldiagnostik von Ovarialtumoren sollten vor allem auch im Hinblick auf eine angepaßte Therapie die sichere Erkennung von Malignomen und die noch bessere Abgrenzung einfacher funktioneller Zysten sein.

Einleitung

Jede 70. Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an einem Ovarialkarzinom, welches mit 10 - 25 % das dritthäufigste weibliche Genitalmalignom darstellt. Das Hauptmanifestationsalter ist das 5. und 6. Lebensjahrzehnt. Nur 1,1 % aller Ovarialkarzinome werden bei Patientinnen unter 25 Jahren gefunden. Es hat die geringste Überlebensrate aller gynäkologischen Malignome. Als Ursachen sind die Symptomlosigkeit in Frühstadien und die hohe Letalität in Spätstadien zu sehen. Zum Zeitpunkt der Erstdiagnose befinden sich bereits 70 - 75 % aller Ovarialkarzinome im Stadium III und IV. Die 5-Jahresüberlebensrate beträgt < 10 %, wobei sie von 80 - 90 % bei der Erkennung im Stadium I

auf 4 - 14 % im Stadium III und IV sinkt. Bis heute gibt es weder effektive Screeningverfahren zur frühzeitigen Erfassung des Ovarialkarzinoms noch diagnostische Methoden, die präoperativ zu 100 % ein Malignom voraussagen können.

Als typische Risikofaktoren zählen: Frauen im fortgeschrittenen Alter, Fehlen einer Schwangerschaft („unaufhörliche Ovulation“), die Zugehörigkeit zur weißen Rasse, die Heimat in den Ländern Nordwesteuropas, die hereditäre Häufung (Verwandtschaft ersten Grades mit epithelalem Ovarialkarzinom), die persönliche Vorgeschichte eines Endometriums-, Colon- bzw. Mammakarzinoms und Zustand nach Sterilitätsbehandlung. Seltenes Auftreten ist bei Frauen nach langjähriger Einnahme oraler Kontrazeptiva, Multiparität, langem Stillen und nach Tubenligatur zu verzeichnen. Das Risiko, am Ovarialkarzinom zu erkranken, schwankt je nach vorhandenem Risikofaktor zwischen 0,6 und fast 10 %. Die vaginale Palpation erfaßt max. nur ein Karzinom auf 10 000 Untersuchungen. Zytologische Verfahren zum Nachweis von Tumorzellen erweisen sich allesamt als unbefriedigend. Weder die Zervix-, Douglas- noch die Zystenpunktzytologie ermöglichen eine sichere Erkennung von Malignomen und sind mit einer hohen Falsch-negativ-Rate belastet. Auch die Tumormarker konnten die bisherigen Erwartungen zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms nicht erfüllen. „Ihre Bestimmung stiftet mehr Verwirrung als Klärung“ - so meint Bischofsberger 1994. Es gibt viele Krankheitsbilder, die mit der Erhöhung der Tumormarker (insbes. CA 125) einhergehen. Zum Beispiel jeder entzündliche Adnexprozeß, Reizzustände des Peritoneums, alle Fälle von Endometriose, Leiomyom des Uterus, Dermoid (CEA-Wert steigt) und bei bestehender Schwangerschaft. Kleine Tumoren und Fälle im Stadium I zeigen oft überhaupt keine erkennbaren Anstiege im Serum. Die Tumormarker eignen sich aber gut zur Verlaufskontrolle und zur Früherkennung von Rezidiven.

Gegenwärtig konzentrieren sich die Hoffnungen der Früherkennung auf die modernen bildgebenden Verfahren. Da CT und MRT auf Grund der hohen Strahlenbelastung bzw. des hohen Zeit- und Kosten-

aufwandes als Screeningmethode ungeeignet sind, steht die Sonographie im Mittelpunkt. Unbestritten ist der erste Platz der transvaginalen Sonomorphologie in der Diagnostik der Ovarialtumoren. Die Dopplersonographie kann als Zusatzkriterium mit herangezogen werden, obwohl weltweit keine besseren Ergebnisse als sonomorphologisch erzielt wurden. Prämenopausal sind die flow-Ergebnisse aufgrund der bereits physiologisch bestehenden Spannweite der Blutflußwerte nur bedingt zur Dignitätsbeurteilung verwertbar, während postmenopausal wesentlich exaktere Aussagen getroffen werden können. Ziel der sonographischen Beurteilung sollte die Erstellung einer zuverlässigen „vorläufigen Dignitätsprognose“ sein, die nach Literaturangaben bei suffizienter Ultraschall-Untersuchung in 88 - 95 % aller Fälle möglich sei. In der Strukturvielfalt der Ovarialtumoren liegt jedoch die Schwierigkeit, diese präoperativ zu klassifizieren. Als oberster Grundsatz gilt: Sonographie ist nicht gleichbedeutend mit histologischer Diagnose. Die sonomorphologische Beurteilung der Ovarialtumoren als Hauptsäule der Diagnostik fließt ein in den klinischen Gesamteindruck der Patientin, das Alter, die Anamnese mit Erhebung vorhandener Risikofaktoren und paraklinische Befunde.

Ziel der Arbeit ist es, durch die Auswertung der transvaginalen Ultraschall-Untersuchungen und der histologischen Ergebnisse von Patientinnen mit Ovarialtumoren folgende Fragen zu beantworten:

1. Ist durch die Ultraschall-Untersuchung eine sichere Unterscheidung in benigne und maligne Ovarialtumoren möglich?
2. Welchen Stellenwert nimmt die Sonographie bei der Differenzierung zwischen funktionellen und anderen benignen Adnexprozessen ein?
3. Wie aussagekräftig sind einzelne Ultraschall-Kriterien?
4. Können aus dem sonographischen Befund Richtlinien für das therapeutische Vorgehen abgeleitet werden?

Material und Methoden

Zur Auswertung kamen 62 Patientinnen, die im Zeitraum 01.01.1993 - 31.12.1993 von den niedergelassenen Gynäkologen des Stadt- und Landkreises Oschatz unter der Diagnose „Ovarialtumor“ stationär

eingewiesen wurden. Die Altersspanne lag zwischen 15 und 81 Jahren, wobei es sich um 81 % prämenopausale und 19 % postmenopausale Patientinnen handelte. Alle Frauen wurden präoperativ einer abdominalen und transvaginalen Ultraschall-Untersuchung mit dem Gerät Sonoline SL 2 der Firma SIEMENS unterzogen. Anhand einfacher sonographischer Merkmale wie der Tumorgöße, der Tumorphomogenität und -echogenität, der Anzahl der Tumorkompartimente und dem Vorhandensein papillärer Strukturen (Einteilung der Sonographiekriterien nach Bernaschek) erfolgte retrospektiv die Erstellung einer vorläufigen sonographischen Dignitätsprognose. Dabei kam es nicht darauf an, histologische Prognosen zu erstellen, sondern sich auf die Wahrscheinlichkeit einer einfachen Ovarialzyste, eines benignen oder malignen Adnextumors zu beschränken. Diese sonographische Dignitätsprognose wurde anschließend durch das histologische Ergebnis überprüft. Die Wertigkeit einzelner sonographischer Merkmale in bezug auf die Dignität des Ovarialtumors wurde untersucht. Zum Schluß erfolgte die Darstellung des operativen Vorgehens in Abhängigkeit vom sonomorphologischen Befund des Tumors und vom klinischen Gesamteindruck der Patientin. Es wurde der Anteil an Operationen bei rein funktionellen Zysten ermittelt und sonographische Ausschlußkriterien für ein pelviskopisches Vorgehen herausgearbeitet.

Sonographische Charakteristika:

- „Einfache Ovarialzyste“
 - rein zystischer Inhalt, d. h. sie sind komplett echoleer
 - scharfe, glattwandige Begrenzung
 - Einkammerigkeit
 - Fehlen jeglicher papillärer Strukturen
 - max. Größe bis 10 cm als Zusatzkriterium
- „Benigner Adnextumor“
 - rein zystischer Inhalt mit dünnwandigen Septen ohne papilläre Auflagerungen oder
 - echoarmer, aber homogener Inhalt
 - scharfe, glattwandige Begrenzung
 - max. Größe bis 10 cm als Zusatzkriterium

- „Maligner Adnextumor“
 - große, echoreiche, inhomogene Tumorteile
 - papilläre Auflagerungen an der Zysten- bzw. Septenwand
 - Mehrkammerigkeit
 - unscharfe Randbegrenzung
 - Kombination mit Ascites, Douglasflüssigkeit, Lebermetastasen oder Ureterstauung
 - Größe über 10 cm als Zusatzkriterium

Die Tumorbildungen im Ovar kann man nach ihrer Pathogenese, ihrem Verlauf und ihrer klinischen Bedeutung einschließlich therapeutischer Konsequenzen in vier Gruppen einteilen (Pfleiderer 1992):

I. „Funktionelle Zysten“

Dazu gehören histologisch: Follikelzysten, atretische Follikel, Corpus luteum-Zysten, das polyzystische Ovar, Luteinzysten, die Stromahyperplasie und das Schwangerschaftsluteom. Heute werden derartige Veränderungen durch die Sonographie erfaßt, die früher der Tastuntersuchung entgingen. Charakteristisch für alle diese Befunde ist eine spontane Rückbildung, so daß eine Therapie meist nicht erforderlich ist.

II. „Retentionszysten“

Dazu zählen alle Zysten, deren Inhalt in vorgebildeten Räumen retiniert wird: epithellose Einschlußzysten im Ovar, Endometriosezysten, Zysten durch Peritonealverklebungen (Mucocelen), Parovarialzysten und die Sactosalpinx. Retentionszysten bilden sich nicht allein zurück und vergrößern sich aber auch nur selten. Nur im Falle einer Stieldrehung einer frei beweglichen Zyste oder durch die Wandspannung der umgebenden Kapsel erlan-

gen sie klinische Bedeutung. Dies erfordert letztendlich doch eine operative Intervention.

III. „Benigne Neoplasien“

Darunter versteht man alle gutartigen Tumorbildungen, die von den verschiedenen Gewebearten des Ovars ausgehen: Papillome, Kystome, Adenofibrome, Fibrome, Thekome, Teratome. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung sollten diese Tumoren unverzüglich operativ entfernt werden. Sie wachsen, können maligne entarten und bilden sich nicht allein zurück.

IV. „Maligne Neoplasien“

Dazu zählen maligne epitheliale Tumoren, maligne Keimstrang-Stroma-Tumoren und maligne Tumoren der Keimzellen. Die sofortige, radikale, primäre Operation und die aggressive Kombinations-Chemotherapie stellen die beiden Säulen im modernen Behandlungskonzept des Ovarialkarzinoms dar (37).

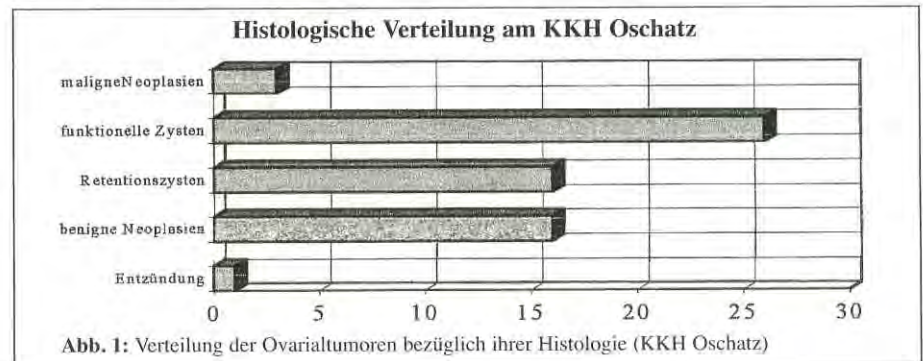
Ergebnisse

Die präoperative Ultraschall-Diagnostik: Nach retrospektiver Zuordnung der Sonographiekriterien zu einer der o. g. Dignitätsprognose wurde sonographisch 21 x der Verdacht auf eine einfache Ovarialzyste (33,9 %), 31 x auf einen benignen Adnextumor (50,0 %) und 10 x auf einen malignen Adnextumor (16,1 %) geäußert.

Vorhandene Histologien:

Bei allen 62 Patientinnen mit sonographisch diagnostiziertem Ovarialtumor konnte ein histologisches Korrelat bestätigt werden, 3 x maligner und 59 x benigner Natur.

Auf Grund der Vielfalt der histologischen Befunde wurden diese wie folgt zusammengefaßt:



Vergleich zwischen sonographischer und histologischer Diagnose:

Tab. 1: Gegenüberstellung von sonographischer und histologischer Diagnose der Ovarialtumoren (KKH Oschatz)

| Sonographische Diagnose | Histologische Diagnose |
|-----------------------------------|-------------------------|
| • einfache Ovarialzyste n = 21 | 11 x funktionelle Zyste |
| | 6 x Retentionszyste |
| | 4 x benigner Tumor |
| | |
| • benigner Adnextumor n = 31 | 13 x funktionelle Zyste |
| | 9 x Retentionszyste |
| | 9 x benigner Tumor |
| • maligner Adnextumor n = 10 | 3 x maligner Tumor |
| | 3 x benigner Tumor |
| | 2 x funktionelle Zyste |
| | 1 x Retentionszyste |
| | 1 x Entzündung |

Daraus ergeben sich in 52 % (32 Fälle) eine Bestätigung der sonographischen Diagnose durch die Histologie, eine sonographisch Falsch-positiv-Rate von 32 % (20 Fälle) und eine sonographisch Falsch-negativ-Rate von 16 % (10 Fälle).

Vergleich einzelner Ultraschall-Kriterien mit der histologischen Diagnose:

- Vergleich Tumorgröße - histologische Diagnose
Die Verteilung war so vielfältig, daß keine typische Größenordnung zu einer bestimmten Tumorart erkennbar war.
- Vergleich Tumorechogenität und Tumorphomogenität - histologische Diagnose
Der Tumorphalt wurde untergliedert in rein zystische und rein solide Prozesse, in Tumoren mit feinen homogenen Binnenechos sowie in inhomogenen Adnextumoren. Dabei stellten sich 18 von 26 Funktionszysten rein zystisch dar, weitere 6 wiesen feine homogenen Binnenechos auf. Nur jeweils ein funktioneller Prozeß zeigte solide bzw. inhomogene Echos. Die benignen Tumoren zeigten ganz verschiedene sonographische Bilder. Typisch für Dermoiden waren teils feine, teils inhomogene Binnenechos. Seröse Kystome imponierten rein zystisch, mucinöse Kystome mit feinen Binnenechos. Alle Endometriosezysten wiesen feine homogene Binnenechos auf. Mucocelen dagegen erschienen meist rein zystisch. Die 3 malignen Be-



Abb. 2: Übereinstimmungshäufigkeiten der sonographischen und histologischen Diagnosen der Ovarialtumoren (KKH Oschatz)

funde stellten sich im Ultraschall unterschiedlich dar, sowohl rein zystisch, mit feinen homogenen Binnenechos als auch mit inhomogenen Schallmustern.

- Vergleich Kammerigkeit - histologische Diagnose

In 77,4 % aller Fälle bestand der Ovarialtumor aus einem Kompartiment. Darunter befanden sich 19 von 26 Funktionszysten, 14 von 16 benignen Tumoren, aber auch 2 maligne Tumoren.

- Vergleich des Merkmals papillärer Strukturen - histologische Diagnose

Dieses sonographische Merkmal ließ sich lediglich bei 14,5 % aller Ovarialtumoren des Patientenkollektives nachweisen. Darunter befanden sich alle 3 malignen Befunde. Nur bei einem der 26 funktionellen Prozesse waren derartige Randstrukturen vorhanden. Ansonsten erschien die innere Wandstruktur bei einem funktionellen Befund immer glatt. Lediglich 3 der 16 benignen Tumoren zeigten papilläre Randstrukturen.

Operatives Vorgehen:

In Abhängigkeit des sonographischen Befundes und der Klinik der Patientin erfolgte die operative Intervention und konnte in primäre und sekundäre Laparotomien, sowie in operative Pelviskopien untergliedert werden.

- Primäre Laparotomien - 11 Fälle (17,7 %)
 - 7 x wegen suspekter Sonographie
 - 2 x wegen multipler Voroperationen
 - 2 x wegen der Tumorgöße
 Histologisch handelte es sich um 6 benignen Tumoren, 2 funktionelle Zysten, aber auch 2 maligne Tumoren und eine entzündliche Veränderung.

- Sekundäre Laparotomien - 7 Fälle (11,3 %)
 - Der Eingriff wurde als Pelviskopie begonnen und danach aus verschiedenen Gründen als Laparotomie fortgesetzt.
 - 6 x wegen ausgedehnten Adhäsionen
 - 1 x wegen einer akuten Blutung aus dem Adnexstumpf
 Histologisch ergaben sich 4 funktionelle Zysten, 2 benignen Tumoren und eine Mucocoele.

- Operative Pelviskopien - 44 Fälle (71 %)
 - Dabei fanden sich 20 funktionelle Zysten, 15 Retentionszysten, 8 benignen Tumoren und ein Ovarialkystom vom Borderline-Typ.

Insgesamt wurde wegen eines funktionellen Prozesses (n = 26) in 16 Fällen eine Adnexektomie durchgeführt, in 7 Fällen die Zyste herausgeschält und 3 x die Zyste abpunktiert. Beim Vorhandensein eines benignen Adnextumors (n = 16) konnte nur in 3 Fällen organerhaltend operiert werden. Bei den malignen Tumoren (n = 3) erfolgte 1 x eine Adnexektomie per Laparotomie, 1 x nach zunächst per Laparotomie durchgeführter Adnexektomie anschließend die abdominale TE des Uterus mit der Adnexe der Gegenseite und im Falle des Borderline-Tumors nach primärer pelviskopischer Zystenektomie sofort nach Bekanntwerden der Histologie die komplette Adnexektomie per Laparotomie.

Diskussion

Seit Beginn der sonographischen Diagnostik von Ovarialtumoren steht die Differenzierung zwischen gut- und bösartigen Neubildungen im Mittelpunkt des Interesses. Hinzu kommt die Abgrenzung funktioneller Prozesse und Retentionen als eine Besonderheit des Ovars. Die American Society of Obstetrics and Gynecology hat 1989 den Anteil funktioneller Zysten zum Qualitätsindikator der Ovarialchirurgie erhoben und fordert eine Frequenz von unter 3 %. Das ist im Vergleich zu vielen anderen Studien sehr niedrig. So fanden Mohr und Sonntag in 44,7 % Follikel- und Corpus luteum-Zysten, Osmer et al. in 35,4 % sowie Dreßler in 53,8 %. Im eigenen untersuchten Gesamtpatientengut betrug der Anteil funktioneller Prozesse 41,9 %. Nach Koester sollte die Indikationsstellung zum entsprechenden operativen Verfahren dem histologischen Ergebnis gegenübergestellt werden. Es gilt, die Indikationsstellung durch optimale präoperative Diagnostik zu sichern.

Oft erfolgt die Einweisung zur Operation zu schnell, teils auch auf Drängen der Patientin. Der Aufwand und Nutzen derartiger Eingriffe muß aber in Frage gestellt werden. Wenn ambulant ein Adnextumor

festgestellt wird, hängt das weitere Vorgehen von zahlreichen Faktoren ab. Hierzu gehört das Alter, die Anamnese, der Menopausenstatus, die Tumorgöße, der sonographische Befund, das Vorliegen von Symptomen sowie die Frage der Bilateralität. Wird bei einer asymptomatischen, prämenopausalen, unter 40 Jahre alten Frau eine sonographisch einkammerige, glattwandige, nicht suspekte Ovarialzyste diagnostiziert, empfiehlt es sich, zwischen 6 Wochen und 3 Monaten, in Einzelfällen bis zu 5 Monaten abzuwarten. Denn oft stellt allein der Ultraschall-Befund „einfache Ovarialzyste“ die einzige Operationsindikation dar. Derartige Befunde bilden sich in 70 bis 88 % zurück. Zusätzlich kann eine Behandlung mit Ovulationshemmern erfolgen. Zysten, die sich auch unter derartiger zusätzlicher Therapie nach 3 bis 5 Monaten nicht zurückbilden, bedürfen einer histologischen Abklärung. Dies gilt auch für Zysten, die größer werden oder bei denen das sonographische Bild Zweifel an der Dignität aufkommen läßt. Jenseits des 40. Lebensjahres steigt die Häufigkeit der Malignome signifikant an. In der Postmenopause ergibt die histologische Untersuchung bei ca. 30 % aller Adnextumoren ein Malignom. Deshalb sollte jeder dieser Ovarialtumoren ohne Beobachtungsintervall sofort abgeklärt werden.

In den letzten Jahren werden bei der präoperativen sonographischen Beurteilung von Ovarialtumoren im Hinblick auf die angepaßte Therapie vor allem zwei Schwerpunkte diskutiert:

1. Die Differenzierung zwischen benignen und malignen Prozessen, verbunden mit der Gefahr des pelviskopischen Anoperierens eines Malignoms und damit der Verschlechterung des Tumorstadiums und der Überlebenschance der Patientin. Diese Unterscheidung ist bei der Anwendung sonographisch eindeutig beschriebener Malignitätskriterien mit hoher Zuverlässigkeit möglich. Die Wahrscheinlichkeit, präoperativ sonographisch sicher ein Malignom zu erkennen, wird in der Literatur mit 86 bis 100 % angegeben. Im eigenen untersuchten Patientenkollektiv gelang dies in allen 3 Fällen eines Ovarialkarzinoms. Dabei erwies sich das Vorhandensein papillärer Strukturen als deutlichster

Malignitätshinweis. Die Anzahl der einzelnen Tumorkompartimente und die Tumorgroße stellten sich dagegen als weniger spezifisch dar. Obwohl die Tumorphomogenität in der Literatur als stark malignitätsverdächtig gilt, konnte dies bei der vorliegenden kleinen Patientenzahl nicht eindeutig bestätigt werden.

Aber auch bei Fehlen jeglicher sonographischer Malignitätskriterien ist ein maligner Prozeß nicht 100 %ig ausgeschlossen. In der Literatur wird die Häufigkeit maligner Prozesse, die sich sonographisch derartig unauffällig darstellen, mit 2 % angegeben.

2. Den anderen Schwerpunkt bildet die Abgrenzung einfacher funktioneller Zysten (Follikelzysten, Corpus luteum-Zysten), die nicht operiert werden müssen, von anderen benignen Adnexprozessen, die eine Operationsindikation darstellen. Das bereitet allgemein wesentlich mehr Schwierigkeiten. Da es in der Postmenopause keine funktionellen Veränderungen gibt und jeder zystische Ovarialtumor als pathologisch gilt, betrifft dies ausschließlich prämenopausale Patientinnen. Die Schwierigkeit besteht darin, daß die funktionellen Zysten durch sehr unterschiedliche sonographische Bilder imponieren können. Sie zeigen nicht immer die typische einkammerige, glattwandige, rein zystische Struktur ohne jegliche Binnenechos, sondern beinhalten auch oft Septen oder feine Binnenechos (z. B. bei Einblutungen), also Kriterien benigner Tumoren, von denen sie dann sonographisch nicht sicher zu differenzieren sind. Dementsprechend hoch sind die sonographisch Falsch-positiv-Ergebnisse bei der Differenzierung funktioneller Prozesse. Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen zeigen, daß sich die 26 Funktionszysten sonographisch nur in 42,3 % der Fälle (11 x) als typische einfache Ovarialzyste darstellten. In 50 % der Fälle (13 x) lagen auch sonographische Merkmale eines benignen Tumors vor. Sonographische Malignitätskriterien, wie papilläre Strukturen, große solide Areale oder auch eine Tumorgroße über 10 cm sind jedoch bei funktionellen Prozessen äußerst selten (in 7,7 % der Fälle - 2 x), wodurch die Abgrenzung zu malignen Tumoren eindeutig erscheint.

Die gutartigen Tumoren stellten sich morphologisch so vielfältig dar, so daß sonographisch einzelne Merkmale aus allen drei Dignitätsgruppen vorhanden waren und dadurch die Einstufung häufig falsch-positiv bzw. falsch-negativ erfolgte. (56,2 % - Bestätigung, 25 % - falsch-negativ, 18,8 % - falsch-positiv). Die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen funktionellen Prozessen und benignen Tumoren liegt in der morphologischen Vielfalt beider begründet, die sich sonographisch in gleichen Bildern äußern kann und deshalb eine Differenzierung zwischen beiden nicht eindeutig zuläßt.

Die Untersuchungen zeigen, daß eine exakte zuverlässige sonographische Dignitätsprognose nicht möglich war und unterstreichen die Notwendigkeit, neben der transvaginalen Sonomorphologie auch klinische Aspekte wie das Alter, die Zyklusanamnese, den Menopausenstatus und die jeweiligen Beschwerden in die Diagnostik einfließen zu lassen.

Die operative Sanierung von Ovarialzysten steht gegenwärtig an dritter Stelle der Häufigkeit laparoskopischer Eingriffe überhaupt. Das operative Management hängt dabei vom Ergebnis der präoperativen Diagnostik ab, welches eine maximale Sicherheit bei der Unterscheidung in benigne und maligne Prozesse erbringen sollte. Beginnt man den operativen Eingriff pelviskopisch, so ist auch der stets zu Beginn durchzuführend diagnostische Teil mit genauer Befunderhebung und lupenoptischer Inspektion des Ovarialtumors ausschlaggebend über das weitere operative Vorgehen.

Als Ausschlußkriterien für die endoskopische Therapie haben sich besonders vaginalsonographische und intraoperativ endoskopisch erhobene Befunde auf Malignität erwiesen, wobei letztere noch schwerwiegender sind. Das bezieht sich auf das Vorhandensein papillärer Strukturen sowohl an der Zystenoberfläche als auch im Inneren, unregelmäßig dicke Septen, Mehrkammerigkeit (mehr als zwei), echodichte Strukturen und auch auf das Vorhandensein von Ascites.

Die adäquate operative Therapie der Ovarialtumoren wird als eine nicht endende Kontroverse beurteilt. „Standen jahrzehntlang eher die Fragen der Operationstechnik und ihrer Verbesserung im Vorder-

grund, so rücken seit einigen Jahren zunehmend Fragen der richtigen Indikation und der Sicherheit der Patientin in den Vordergrund“ (Kindermann, 1995). Das trifft insbesondere auf das endoskopische „Anoperieren“ von Ovarialkarzinomen, welches in der Literatur mit einer Häufigkeit zwischen 0,4 und 3 % angegeben wird, sowie auf den Anteil vermeidbarer Operationen bei funktionellen Prozessen zu. Einer von Kindermann 1995 veröffentlichten Umfrage an 127 deutschen Frauenkliniken zu Folge, ist das laparoskopische Anoperieren von malignen Adnextumoren hinsichtlich der Häufigkeit ein oft unterschätztes und keinesfalls harmloses Ereignis. Das sollte unter allen Umständen vermieden werden. Oberster onkologischer Grundsatz sollte die unversehrte Entfernung und Bergung von Tumoren aus dem Bauchraum und die damit verbundene Vermeidung der Kontamination sein. Vor allem die „offene“ laparoskopische Tumorentfernung mit Kapseleröffnung, Morcellements und Absaugung des Tumors und Entfernung über die Operationskanäle - dem verbreitetsten Verfahren - steht im Mittelpunkt der Kritik.

Mögliche Tumorimplantation in den Operationskanälen, Metastasierung und damit Verschlechterung des Tumorstadiums und der Prognose der Patientin werden beschrieben.

Von entscheidender Bedeutung sei, daß die nachfolgende Radikaloperation innerhalb der ersten 8 Tage nach der Primäroperation erfolgen soll.

Eine Alternative zur offenen Laparotomie stellt die sogen. „Endobag-Methode“ dar, die intraabdominelle Bergung des Ovarialtumors im Lap-Sac. Wenngleich das Risiko der Tumorzellaussaat deutlich reduziert wird, kann auch damit keine 100 %ige Wahrung des onkologischen Grundsatzes garantiert werden. Deshalb sollte der endoskopische Zugangsweg nur bei optimaler Selektion des Krankengutes gewählt werden.

Bei jedem Malignomverdacht (sonographisch oder klinisch) ist im Sinne der Sicherheit der Patientin der primären Laparotomie der Vorzug zu geben.

Die alleinige Funktion und Fensterung sonographisch einfacher Ovarialzysten wurde in der Literatur viele Jahre kontrovers diskutiert. Sie wird jedoch in der letzten

Zeit von den meisten Autoren abgelehnt und gilt als obsolet. Die alleinige Dignitätsbeurteilung anhand der Zytologie muß in Frage gestellt werden. Das Fehlen maligner Zellen gibt keine Garantie für einen benignen Prozeß. Zusätzlich sind diese Methoden mit einer hohen Rezidivrate belastet. Diese werden in der Literatur von 8 bis 30 % (max. 80 %) beschrieben. Da weder sonographisch, zytologisch, noch intraoperativ eine exakte Differenzierung zwischen funktionellen, benignen oder malignen Ovarialtumoren möglich erscheint, ist bei persistierenden Ovarialzysten stets eine komplette Tumorentfernung angezeigt.

Als Verfahren sind die Zystenausschälung unter Erhaltung des Ovars, als auch die komplette Adnexektomie möglich. Die Entscheidung über den Organerhalt muß stets individuell getroffen werden. Neben anamnestischen Faktoren, klinischem Befund, transvaginalsonographischem Ergebnis und intraoperativem Situs hängt dies in bedeutendem Maße auch von dem Menopausenstatus ab.

Liegen absolut unverdächtige Befunde vor, so **darf** nach einer Studie von Rath et al. bei Frauen im geschlechtsreifen Alter das Ovar möglichst nur bei unzureichendem ovariellen Reststroma nach Zystenektomie unter Berücksichtigung des kontralateralen Ovars entfernt werden. Es sollte Wert auf die Organerhaltung gelegt werden. Vor dem Hintergrund des erhöhten Karzinomrisikos nach dem 55. Lebensjahr, welches von 4 % im Alter von 20 - 29 Jahren auf 49 % im Alter von 60 - 69 Jahren steigt, sollte die Indikation zur Organentfernung auch bei unauffälligen Befunden bei Frauen in der Postmenopause großzügig gestellt werden. Bei jedem klinisch, sonographisch und/oder pelviskopisch zweifelhaftem oder suspektem Befund **sollte** das Ovar entfernt werden.

In der Prämenopause stellt die operative Pelviskopie die Methode der Wahl zur Therapie benigner Adnextumoren dar. Die Laparotomie sollte vermieden werden, da der operative Aufwand sowie die Beeinträchtigung der Patientin oft in keinem Verhältnis zur Erkrankung stehen und nachfolgende Verwachsungen zu einer Beeinträchtigung der tubo-ovariellen Einheit führen können.

Über das Vorgehen in der Postmenopause

existieren sehr gegensätzliche Meinungen. Von den Vorteilen der operativen Pelviskopie - Verkürzung der Operationszeit und des stationären Aufenthaltes, frühere Re-sozialisierung, Verringerung postoperativer Komplikationen durch frühere Mobilisierung - profitieren gerade ältere Patientinnen. Trotzdem bleibt das Risiko der Malignität bestehen. Durch eine sorgfältige, umfassende, präoperative Diagnostik kann das Malignitätsrisiko jedoch auf ein Minimum reduziert werden. Deshalb ist das operativ pelviskopische Vorgehen bei vermutlich benignen Adnextumoren in jedem Alter gerechtfertigt.

Im untersuchten Patientengut des KKH Oschatz des Jahres 1993 erfolgte die Behandlung der Ovarialtumoren in 29 % der Fälle per Laparotomie (17,7 % primäre Laparotomien und 11,3 % sekundäre Laparotomien) und in 71 % der Fälle ausschließlich pelviskopisch.

Obwohl sonographisch in 10 Fällen der Verdacht auf ein Malignom geäußert wurde, erfolgte nur bei 7 Patienten deshalb eine primäre Laparotomie. Bei zwei primär laparotomierten Patientinnen bestätigte sich ein Karzinom. Einmal wurde ein Borderline-Tumor pelviskopisch anoperiert. Dies hätte bei sorgfältiger Beachtung des sonographischen Befundes verhindert werden müssen.

Bei der Auswahl des operativen Verfahrens ist jedoch der Aufwand und Nutzen der Pelviskopie gegen die Gefährdung durch eine einfache Laparotomie abzuwägen. „Die Endoskopie sollte keine Verführung durch das Machbare darstellen, sondern kontrollierte Studien müssen aufzeigen, was sinnvoll ist vom technisch Machbaren“ (Wallwiener; 1995).

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med Petra Meyer
Kreiskrankenhaus Oschatz
Parkstraße 1
04758 Oschatz

Artikel eingegangen: 13. 6. 1997

Artikel nach Revision angenommen: 22. 10. 1997

Ärztblatt 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 - 18, 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. Wolfgang Rose (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 - 18, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51, Fax (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, Fax: (03 41) 6 78 77 12

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellingleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Antje Vorsatz

Anzeigenverwaltung: Silke El Gendy

Annahme von Kleinanzeigen für das Land Sachsen:
Andrea Winkler, Leipziger Messe Verlag, Schützenhöhe
16 - 18, 01099 Dresden, Telefon (03 51) 8 26 72 28,
Fax (03 51) 8 26 72 29
z. Z. ist Anzeigenpreisliste Nr. 1 vom 1. 1. 1998 gültig.

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenbütter, 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.

Vorsorgeuntersuchung U9 statt Jugendärztlicher Einschulungsuntersuchung?

Auszug aus einem Vortrag auf der 48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin in Lübeck

Angesichts vielfältiger Diskussionen um das Nebeneinander von Vorsorgeuntersuchung U9 und Einschulungsuntersuchung EU -, um vermutete Überversorgung und beabsichtigte komplementäre Handhabungsweise, sind wir der Frage nachgegangen:

Wie aussagefähig ist die U9 für die Frage der entwicklungsgerechten Einschulung eines Kindes?

Wir sind uns dabei bewußt, daß bei der Konzipierung der U9 die genannte Fragestellung nicht Pate gestanden hat und ihr erst im nachhinein - nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen - eine mögliche Relevanz für die Schulfähigkeitsfrage zugeordnet wird.

970 Kinder des Einschulungsjahrganges 1996 (495 aus der Großstadt Dresden, 475 aus dem sächsischen Landkreis Mittweida) wurden jugendärztlich untersucht. Der Untersuchungszeitraum lag von Oktober 1995 bis Mai 1996; der Abstand zur U9 betrug 14 Tage bis maximal 1 Jahr. Die Eltern wurden schriftlich um die Vorlage des Vorsorgeheftes gebeten.

Die jugendärztlichen Untersuchungen basierten auf folgenden fachlichen Grundlagen:

1. Befunderhebung gemäß den „Jugendärztlichen Definitionen“ des Institutes für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und Öffentlichem Gesundheitswesen, Bielefeld
2. Kurzverfahren zur Schulfähigkeitsdiagnostik für Jugendärzte von Meyer-Probst und Christa Hauk (Ärztliche Jugendkunde 74 (1983), J. A. Barth, Leipzig) und/oder
3. Screening zur Einschulungsdiagnostik für die Hand der Jugendärzte Sachsens (Dr. Friedrich, Institut für angewandte Psychologie der Universität Leipzig, 1995).

Während der Untersuchungen wurden erfaßt:

Geburtsdatum und Geschlecht des Kindes, die Angabe über Haus- oder Kindergartenkind, die U9 mit Datum, Ergebnis und Maßnahmen - und die EU mit Datum, Ergebnis und Maßnahmen.

Wir kamen zu folgenden Ergebnissen:

1. Von den 970 untersuchten Einschulkindern hatten
 - 282 Kinder = 29,1 % an der U9 teilgenommen, das Vorsorgeheft wurde vorgelegt,
 - 281 Kinder = 28,9 % hatten angeblich an der U9 teilgenommen, das Vorsorgeheft wurde nicht vorgelegt,
 - 407 Kinder = 42 % hatten an der U9 nicht teilgenommen.

→ Nimmt man die „nachgewiesenen“ und „angeblichen“ U9 - Teilnehmer zusammen, ergibt dies eine Teilnahmequote von 58,0 % (der Sachsendurchschnitt lag 1994 bei 68,1 %).

2. Von den 282 Kindern, die nachweislich die U9 erhalten hatten, wurde
 - für 90 Kinder = 31,9 % sowohl bei der U9 als auch bei der EU kein krankhafter Befund erhoben,
 - bei 92 Kindern = 32,6 % wurde bei der U9 kein Befund erhoben, sie wiesen jedoch bei der EU einen bis mehrere Befund(e) auf,
 - bei 50 Kindern = 17,7 % wurden nicht identische U9/EU Befunde erhoben,
 - bei 25 Kindern = 8,9 % lag Identität der Befunde vor,
 - bei 25 Kindern = 8,9 % war ein bei der U9 dokumentierter Befund nicht mehr nachweisbar.

→ Die U9 erbrachte also für 128 Kinder = 64,5 % einen unauffälligen Befund, die EU nur für 115 Kinder = 40,7 %.

3. Die erhobenen Befunde lagen bei der U9 zum überwiegenden Teil im somatischen Bereich (Visus- und Hörminderungen, Haltungsschwäche, Fußanomalien), während bei der EU vordergründig Defizite in der geistig-sprachlich-motorischen - sowie psychosozialen Entwicklung diagnostiziert wurden. Es ergab sich ein Verhältnis von 29 (10,3 %) schulfähigkeitsrelevanten Befunden bei der U9 im Verhältnis zu 163 (57,9 %) diesbezüglichen Auffälligkeiten bei der EU.

4. Von den 970 untersuchten Einschulern wurden - entsprechend den jugendärztlichen Empfehlungen - 162 Kinder = 16,7 % vom Schulbesuch zurückgestellt.

Die Rückstellungsgründe waren

- geminderte Leistungsvorbedingungen, Verhaltensauffälligkeiten 30 %
- geistig-sprachlicher Entwicklungsrückstand 30 %
- komplexer Entwicklungsrückstand 23 %
- körperlicher Entwicklungsrückstand 12 %
- Wunsch der Eltern 5 %

Von den 282 nachgewiesenen U9-Teilnehmern mußten 49 = 17 % vom Schulbesuch zurückgestellt werden; von den Nichtteilnehmern an der U9 wurden 76 = 18,7 % zurückgestellt.

Von den 49 zurückgestellten U9-Teilnahme-Kindern hatten 31 = 63 % (!) bei der U9 ein o. B. bekommen, 6 davon mit dem ausdrücklichen Vermerk „altersgerechte Entwicklung“. Die Rückstellungsgründe in dieser Gruppe ähneln weitgehend denen der Gesamtuntersuchungspopulation.

Zusammenfassung:

1. Das in unserer Untersuchung ermittelte Inanspruchnahmeverhalten von 58,1 % U9-Teilnehmern weist eine unversorgte Einschulungsklientel von 41,9 % aus.
2. Die nachweislich durchgeführte U9 erbrachte für 64,5 % der Kinder „o. B.“, für die anderen Untersuchten vordergründig Befunde im somatischen Bereich.
3. Einschulungsrelevante Störungen, als da sind: Rückstände in der geistig-sprachlich-psychosozialen Entwicklung wurden von der U9 in Gegenüberstellung zur EU nur in einem Verhältnis von 1 : 6 erfaßt, damit nur ein minimaler Beitrag zur frühzeitigen Entwicklungsförderung geleistet.
4. Aus den „U9: o. B.“ konnte kein Rückschluß auf Schulfähigkeit gezogen werden, 49 zurückgestellten Kindern der betreffenden Gruppe stehen 31 unauffällige U9 - Befunde gegenüber!

Wir meinen:

Die Vorsorgeuntersuchung U9 bringt in ihrer derzeitigen Konstellation den teilnehmenden Kindern Vorteile bezüglich

der frühzeitigen Erfassung somatischer Befunde; für die Einschulungsentscheidung besitzt sie keine Relevanz und sollte dafür nicht genutzt werden.

Den Jugendärztinnen Dr. med. Heilmann und Dr. med. Scheidig vom Gesundheitsamt Dresden-Stadt, den Jugendärztinnen Dr. Jordan und Dr. Kunath und der Sozial-

arbeiterin Frau Löbner vom Gesundheitsamt Mittweida danke ich herzlich für ihre engagierte Mitarbeit.

Darüber hinaus gilt ein herzliches Dankeschön auch Frau Schaff vom Sächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Familie sowie meiner Mitarbeiterin Frau Jannaschk.

Anschrift des Verfassers:

Gesundheitsamt Dresden
Abt. Jugendärztlicher Dienst
Dr. med. Regina Petzold
Prellerstraße 5
01309 Dresden
Tel. (03 51) 3 10 07 10

Med.-Rat. Dr. med. E. Kretschmer
Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin
Haasenweg 03
09618 Brand-Erbisdorf

Brand-Erbisdorf, dem 18. April 1998

Ärzteblatt Sachsen
Redaktion
Schützenhöhe 16-18
01099 Dresden

Leserantwort zu:

E. Füssel, B. Pfeil: Empfehlungen zum Vorgehen nach Inokulation von HIV-kontaminiertem Material (Postexpositionsprophylaxe)

Sehr geehrte Damen und Herren,
in der Nürnberger Erklärung der deutschen Ärzteschaft (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 47, vom 22.11.1996) wird unter Punkt 2 ausgeführt: „Das gesundheitliche Wohl des Individuums ist für uns ... ein unbedingt zu schützendes Gut. ... Wir unterstützen den Patienten in seiner eigenverantwortlichen Sorge für sein gesundheitliches Wohlergehen.“ Und mir ist nicht bekannt, daß auch nur ein einziger deutscher Arzt gegen diese Erklärung Einspruch erhoben hätte - auch nicht die oben bezeichneten Autoren. Es ist deshalb verwunderlich, daß die Veröffentlichung zur HIV-Prophylaxe grundlegende Wahrheiten unterschlägt. Also Entscheidungshilfen (Pflichten) zum Wohle des Patienten (nach Punkt 2 der Nürnberger Erklärung).

Bis heute sind nach Gerberding - veröffentlicht in Ann Intern Med 118, Seite 979 - 980 (1993) etwa 50.000 Ereignisse bekanntgeworden, bei denen sich Mitarbei-

ter medizinischer Einrichtungen invasiv Blut AIDS-Kranker Patienten ausgesetzt haben. Die bekanntgegebenen Serokonversionsraten für HIV liegen oberhalb von 1:250 - also weniger als vier von 1000 betroffener Personen, und bisher ist aus diesen Serokonversionen keine Erkrankung hervorgegangen. Und die in den Erfassungslisten des AIDS-Zentrums am Robert-Koch-Institut aufgeführten „beruflichen Expositionen“ begründen sich „vor allem durch Prostitution“, bzw. das für 13 Patienten bei der AIDS-Fallmeldung angenommene Berufsrisiko konnte in keinem Falle zweifelsfrei gesichert werden (siehe 9. Quartalsbericht IV/97 des AIDS-Zentrums am Robert-Koch-Institut, Anmerkungen zu Punkt 7 und Punkt 13)!

Die Effekte des zur Prophylaxe empfohlenen Mittels AZT (Azidothymidin) sind seit Mitte der 60er Jahre bekannt. Damals war dieses Mittel als teuerstes Medikament der Welt gegen Krebs entwickelt und wegen seiner extremen Nebenwirkungen nicht zugelassen worden. Es lagerte in den Labors und suchte seine Krankheit. Seine Wirkungen sind bei Richmann D. D. in N. Engl. J. Med. 317, Seite 192 - 197 (1987) als „The toxicity of AZT“ und bei Tokars J. I. in Ann Intern Med. 118, Seite 913 - 919 (1993) als „... Gebrauch von Zidovudin ... nach beruflichem Kontakt“ nachzulesen. Vor seiner unbegründeten Anwendung ist also in jedem Falle wegen des damit verbundenen millionenfachen Untergangs gesunder Zellen zu warnen.

Aus ärztlicher Sicht ist nicht nachzuvollziehen, warum in einem Blatt für Ärzte so unvollständig zu einer derartig problematischen Angelegenheit publiziert und

Beratung angeboten wird. Ich möchte deshalb auf Hippokrates verweisen: „... Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken nach bestem Vermögen und Urteil (nach bestem Wissen - d. A.) und ihnen Schädigung und Unrecht fernhalten. ...“ und empfehlen, sich vor einer Anwendung von AZT allein aus Prophylaxegründen sachkundig zu machen. Für entsprechende Hinweise oder Informationen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

MR Dr. med. E. Kretschmer

Kommentar zum Leserbrief von Dr. med. E. Kretschmer zum Artikel „Empfehlungen zum Vorgehen nach Inokulation von HIV-kontaminiertem Material (Postexpositionsprophylaxe)“

Die Behandelbarkeit der HIV-Infektion hat dazu geführt, daß die medikamentöse Postexpositionsprophylaxe (PEP) zu einem wichtigen Thema geworden ist. Grundsätzlich basieren alle Empfehlungen dazu auf aktuellen antiretroviralen Therapiestudien. Bezüglich ihrer prophylaktischen Wirksamkeit ist sie zwar begründet, bisher jedoch nicht ausreichend klinisch geprüft. Jede so durchgeführte medizinische PEP hat deshalb immer den Charakter einer individuellen Therapiestudie.

In einer retrospektiven Fallkontrollstudie zur Prophylaxe gegenüber der Nichtbehandlung konnte erstmalig 1997 der Vorteil einer PEP mit Zidovudin (AZT) statistisch gesichert gezeigt werden - Schutzeffekt in der Größenordnung von ca. 80 %.

In den letzten Jahren wurde in vielen Studien bewiesen, daß sich mit einer Kombinationstherapie aus zwei bis vier Präparaten ungleich bessere antiretrovirale Effekte erzielen lassen, als mit einer AZT-Monotherapie. Deshalb war es nur folgerichtig, die PEP mit einem modernen Kombinationsschema durchzuführen (s. a. *Neueste deutsch-österreichische Empfehlungen*, in: *DMW* 25/26 1998).

Serokonversionsraten nach beruflicher HIV-Exposition sind verständlicherweise nur schwer zu bestimmen. Verlässliche Daten wurden dazu bisher nur von der CDC* veröffentlicht. Darin wurde die Wahrscheinlichkeit, daß nach einer perkutanen Exposition HIV-positiven Materials eine Serokonversion auftrat, mit 0,31 % beziffert. Das deckt sich mit den Angaben im Leserbrief von Herrn Dr. Kretschmer. Die Gefahr der Ansteckung ist umso höher anzusetzen, je höher die übertragene Erregeranzahl ist. Dies ist insbesondere von folgenden Faktoren, wie Art des übertragenen Materials und der Exposition, Viruskonzentration, HIV-Status der Indexperson und Dauer der Exposition abhängig.

Nicht der Wahrheit entspricht hingegen die Behauptung von Herrn Dr. Kretschmer, daß aus diesen HIV-Serokonversionen bislang keine Erkrankungen hervorgegangen wären. Einerseits ist selbstverständlich eine serologisch nachgewiesene HIV-Infektion immer auch eine schwere Erkrankung, andererseits kam es immerhin bei 25 von 54 dokumentierten HIV-Infektionen bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen der USA mit eindeutiger beruflicher Exposition zum Ausbruch von AIDS-Erkrankungen. Auch in Deutschland gibt es bereits lt. Information des Robert-Koch-Institutes erste AIDS-Erkrankungen, die eindeutig auf eine berufliche Exposition zurückzuführen sind (in: *Umwelt und berufsdermatologisches Bulletin* 70 (1997)).

Daß bei der Einnahme von AZT auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten, ist seit langem bekannt und u. a. von Tokars auch im Zusammenhang mit der Postexpositionsprophylaxe untersucht worden. Er weist in der zitierten Arbeit darauf hin, daß bei AZT, falls es angewandt wird, ein vorsichtiges Abwägen der Risiken und Vorteile erfolgen sollte. Dieser

Forderung wurde in unserer Arbeit auch Rechnung getragen, indem wir zum Ausdruck brachten, daß zum Abwägen von Nutzen und Risiken einer medikamentösen Postexpositionsprophylaxe bei der Beurteilung eines Unfallereignisses sowie bei der anschließenden Kontrolle, wenn möglich, ein in der HIV-Behandlung erfahrener Arzt herangezogen oder konsultiert werden sollte.

Herr Dr. Kretschmer ist der Auffassung, daß „... vor seiner unbegründeten Anwendung (Anm. AZT) in jedem Fall wegen des damit verbundenen millionenfachen Unterganges gesunder Zellen zu warnen...“ ist und stellt damit die Anwendung von AZT bei der PEP völlig in Frage. In vielfältigen Berichten zur Anwendung von AZT wurde der Nutzeffekt sowie die komplikationslose Durchführbarkeit der PEP unter Berücksichtigung einer strengen Indikation und der Einhaltung der erforderlichen Zeitintervalle bestätigt. Dies deckt sich auch mit unseren eigenen Erfahrungen bei der Durchführung der PEP.

In diesem Zusammenhang muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß es sich bei der Postexpositionsprophylaxe nicht allein um eine Behandlung mit AZT handelt, sondern daß diese aus zwei Nukleosidanaloga, so z. B. AZT und Lamivudin, und einem Proteaseinhibitor, wie z. B. Indinavir, bestehen sollte.

Mögliche Nachteile einer HIV-PEP betreffen hauptsächlich die Verträglichkeit der Medikamente. Im Vordergrund stehen zunächst akute Nebenwirkungen während der ersten zwei Wochen der Einnahme, die in der Regel dann jedoch abklingen oder nach Beendigung der Therapie reversibel sind. Über potentielle Spätfolgen der antiretroviralen Medikamente bei nicht HIV-Infizierten ist wenig bekannt. Angesichts der bisher gesammelten Erfahrungen und der kurzen Behandlungszeit treten diese Aspekte jedoch eher in den Hintergrund. Dies gilt jedoch nicht für HIV-exponierte Schwangere, hier sind Risiken und Nutzen besonders sorgfältig abzuwägen.

Die von uns veröffentlichten Empfehlungen stehen in keinem Widerspruch zu der von Dr. Kretschmer erwähnten Nürnberger Erklärung der Deutschen Ärzteschaft. Das gesundheitliche Wohl des Individuums ist gerade in diesem Fall auch für uns ein unbedingt zu schützendes Gut.

Es ist in der ärztlichen Praxis keine Seltenheit, daß zwischen Risiko und Nutzen einer medizinischen Maßnahme nach reiflichem Abwägen entschieden werden muß. Hier ist zwischen geringem HIV-Risiko mit relativ niedriger Serokonversionsrate und einer schweren tödlich verlaufenden Erkrankung abzuwägen, wobei immer auch die individuellen Belange des HIV-Exponierten berücksichtigt werden müssen. Man sollte sich in seiner Entscheidung nicht durch die zum Teil sehr polemisch gehaltenen und nicht praxisnahen Ausführungen des Herrn Dr. Kretschmer verunsichern lassen.

Dr. med. B. Pfeil
Universitäts-Hautklinik Leipzig
HIV-Ambulanz

* CDC: Centers for Disease Control (Zentren für Gesundheitsüberwachung); Atlanta/Georgia, in denen Daten über Krankenhäuser aus allen amerikanischen Bundesstaaten zusammenlaufen und untersucht werden. Die CDC geben wöchentlich den Morbidity Mortality Weekly Report heraus (Bericht zur aktuellen epidemiologischen Situation in den USA und Empfehlungen zur spez. Diagnose, Therapie, Prophylaxe usw.)
(Die Redaktion)

An Frau Leipzig, den 21. Juni 1998
Dr. med. Ute Schwarz
Institut für Klinische Pharmakologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fiedlerstraße 27, 01307 Dresden

Nachrichtlich:
Ärzteblatt Sachsen

Sehr geehrte Frau Kollegin, mit Interesse habe ich im *ÄBS* 6/98 Ihren Artikel „Bioäquivalenz. Was sollte ein Arzt bei der Umstellung vom Original-Präparat auf ein Generikum beachten?“ gelesen.

Gestatten Sie mir dazu bitte zwei Anmerkungen:

- In der Tabelle 1 hätte ich gerne das in den neuen Bundesländern sicher am meisten (weil aus der DDR bekannten) verordnete Glibenclamid „Maninil“ gesehen und Informationen zur Bioäquivalenz bekommen. Die genannten Prüfpräparate werden in Sachsen sicher eher selten verordnet.

- Ich würde Sie oder die Redaktion bitten, diesen Artikel an Sachsens Sozialminister,

Herrn Dr. Geisler, zu schicken, weil er behauptet, daß es einem niedergelassenen Arzt in der täglichen Praxis durchaus zumutbar ist, unter verschiedenen Präparaten mit gleichem Wirkstoff das preiswerteste herauszusuchen und dem Patienten zu verordnen. Die Tragweite des in Ihrem Artikel angeschnittenen Problems spricht, glaube ich, für sich.

Mit freundlichen Grüßen
Dipl.-Med. Bernd Harzer
Facharzt für Innere Medizin
Thomasiusstraße 9
04109 Leipzig

Ärzteblatt Sachsen 23. 7. 1998
Redaktion
Schützenhöhe 16-18
01099 Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren, wie telefonisch vereinbart, schicke ich Ihnen die Antwort zum Leserbrief von Dipl.-Med. Bernd Harzer zu unserem Beitrag im Sächsischen Ärzteblatt 6/1998 „Bioäquivalenz. Was sollte ein Arzt bei der Umstellung vom Originalpräparat auf ein Generikum beachten?“, Krappweis, J.; Schwarz, U.; Kirch, W.

Angaben zur Bioäquivalenz der Präparate Maninil® 1/1.75/3.5/5 (BERLIN-CHEMIE AG) sind in der *ZL-Bioäquivalenz Datenbank* bislang nicht enthalten. Für Maninil® in den Dosierungen 1,75 mg und 3,5 mg wurde Bioäquivalenz gegenüber dem Referenzpräparat nachgewiesen. Ausführliche Angaben zu wichtigen pharmakokinetischen Parametern sind in der jeweiligen Fachinformation aufgeführt. Für Maninil® in den Dosierungen 1 mg und 5 mg kann aufgrund fehlender Vergleichspräparate (Referenz) kein Bioäquivalenznachweis geführt werden. Hier kann nur eine Aussage zur absoluten Bioverfügbarkeit getroffen werden.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Ute Schwarz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Institut für Klinische Pharmakologie
Fiedlerstraße 27
01307 Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Redaktion des Sächsischen Ärzteblattes
Herrn Redakteur Prof. Dr. Rose
PF 10 05 10
01075 Dresden 12. August 1998

Sehr geehrter Herr Professor Rose, im letzten Ärzteblatt haben Sie mich mit einer Äußerung zitiert, die die Frage aufwirft, wer eigentlich die Patienten versorgt.

So habe ich das nicht gesagt, sondern ich beklagte unsere gesundheitspolitische Situation, die sich z. B. in dem unglaublich voluminösen Umfang unserer Weiterbildungsordnung ausdrückt, welche eine Unzahl von Bezeichnungen und Teilgebietsbezeichnungen (früher Facharzt) enthält und welche in meinen Augen den Eindruck erweckt, daß Claims abgesteckt werden, bei denen es in der Hauptsache um Abrechnungsprobleme geht.

In diesem Zusammenhang hatte ich auch gesagt, daß Fortbildungsveranstaltungen weniger das Problem der Patientenversorgung als Inhalt haben, als vielmehr auch diese Fragen der Abrechnung.

In meinen Augen ist dies sogar verständlich, denn die Situation der Ärzteschaft ist ja ausgesprochen prekär.

In diesem Zusammenhang hatte ich gesagt, daß die Versorgung der Patienten immer mehr aus dem Blickpunkt aller gesundheitlichen Diskussionen rücke. Daß die Patienten versorgt werden, ist mir völlig klar.

Bitte setzen Sie doch diese Erklärung in die nächste Ausgabe der Ärztezeitschrift.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Clemens Weiss
Chefarzt
Krankenhaus Muldentalkreis
Kutosowstraße 70
04808 Wurzen

An das
Redaktionskollegium des
Ärzteblatt Sachsen
Schützenhöhe 16-18
01099 Dresden Freital, den 13. August 1998

Sehr geehrte Damen und Herren, Bezug nehmend auf ein Telefonat mit Herrn Prof. Rose vom 11. August 1998 möchte ich Ihnen folgendes mitteilen:

Im Heft 8/98 des Sächsischen Ärzteblattes wird über den 8. Sächsischen Ärztetag berichtet. Auf Seite 314 wird mein Diskussionsbeitrag, den ich zur vorgenannten Veranstaltung im Rahmen der berufspolitischen Diskussion abgegeben habe, zitiert. Leider kann ich mich mit dem Wortlaut des Zitates so nicht einverstanden erklären, da dieser zu erheblichen Mißverständnissen führt und ich meinen Diskussionsbeitrag auch nicht so verstanden haben möchte. Der letzte Satz: „Das Labor, das Röntgen sind privatisiert, alles ist schlechter geworden“ führt zu dem Schluß, die Arbeit des Krankenhauses und insbesondere der genannten Abteilungen sei schlecht. Dies ist jedoch keineswegs der Fall und so eine Behauptung habe ich auch nicht aufgestellt. Weder die Arbeit der Mitarbeiter des Kreiskrankenhauses Freital, noch des Labors oder der Röntgenpraxis sind schlecht. Die Patientenversorgung ist trotz der problematischen Trägersituation gut, ebenso bestehen auf Grund des modernen Krankenhauses ausgezeichnete Arbeitsbedingungen.

Das Anliegen meines Diskussionsbeitrages, die grundlegende Skepsis gegenüber der Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen, kommt im offiziellen Protokoll des 8. Sächsischen Ärztetages meiner Meinung nach richtig zum Ausdruck (eine Ablichtung der Seite 6 dieses Protokolls liegt bei).

Ich bitte Sie dringend um Richtigstellung dieser Angelegenheit. Es liegt mir fern, die gute Arbeit der Mitarbeiter des Krankenhauses Freital, des Labors und der Röntgenpraxis in Mißkredit zu bringen.

Mit freundlichen Grüßen
Dipl.-Med. K.-U. Däßler
Facharzt für Innere Medizin
Oberarzt
Kreisärztekammer Weißeritzkreis
Vorsitzender
Bürgerstraße 7
01705 Freital

Der Bitte, den Inhalt der beiden Zuschriften an das „Ärzteblatt Sachsen“ mitzuteilen, kommen wir gern nach. Die Aussagen (ÄBS 8/98, Seite 314) haben wir so wiedergegeben, wie wir sie verstanden haben.
Prof. Rose
Vorsitzender des Redaktionskollegiums

Redaktion Sächsisches Ärzteblatt
Frau Hüfner
Schützenhöhe 16-18
01099 Dresden

Possendorf, den 1. September 1998

Sehr geehrte Frau Hüfner,
ich erlaube mir, Ihnen einen von mir an
Herrn Dr. Hommel gerichteten Brief zuzu-
senden, mit der Frage, ob er als Leserbrief
in Ihrer Zeitschrift zur Diskussion gestellt
werden kann.

Herr Dr. Hommel kennt diesen Brief und
hat mich an Sie verwiesen.

In der Hoffnung auf eine positive Antwort
verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Matthias Becker
Windmühlhöhe 6
01728 Possendorf

Über den Tag hinaus

*„Es wird alles immer gleich ein wenig anders,
wenn man es ausspricht.“*

Hermann Hesse,
deutscher Autor (1877 - 1962)

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Herrn Dr. med. habil. H.-J. Hommel
Postfach 10 09 50
01076 Dresden

Sehr geehrter Herr Hommel,
ich erhielt, wie viele Ärzte, in den letzten
Tagen meine Honorarabrechnung für das
I. Quartal 1998. Dabei muß ich sagen, daß
ich im Notarzdienst tätig bin.

Es ist erschreckend, mit welcher Unver-
schämtheit der Punktwert in dieser Gruppe
sinkt. Mittlerweile sind wir bei 3,98 bzw.
4,88 Pfennig angelangt.

Wenn man sich überlegt, unter welchen
physischen und psychischen Belastungen
ein Notarzt arbeitet, ist dieser Punktwert
eine Verhöhnung dieses Berufszweiges.
Für uns gibt es oftmals kaum einen Nacht-
schlaf, wir müssen unter extremen äußer-
lichen Bedingungen zu jeder Tages- und
Nachtzeit arbeiten und voll konzentriert
sein. Wenn andere, höher vergütete Arzt-
gruppen, nicht mehr weiter wissen, müs-
sen wir handeln, um Patienten in die Kli-
niken zu bringen, wo ihnen entsprechende
Hilfe zuteil wird. Sicher gibt es da auch im

Notarzdienst unterschiedliche Qualitäten.
Und das alles für den niedrigsten Punkt-
wert.

Vielleicht wäre es richtig, wenn die Not-
ärzte einfach streiken würden, keiner fährt
mehr zu einem Einsatz bei dieser gotter-
bärmlichen Vergütung!? Dann würden
viele Patienten gar keine Klinik mehr er-
reichen. Sollte das die Denkweise der
Krankenkassen sein? Was wäre aber, wenn
ein hoher Vertreter einer Krankenkasse in
die Situation käme, dann einen Notarzt zu
benötigen?

Sehr geehrter Herr Hommel, ich weiß
natürlich, in welcher Situation Sie sind,
wieviele Briefe von „unterbezahlten“ Ärz-
ten Sie bekommen und wie Sie sich be-
mühen, die Probleme mit den Kassen zu
klären. Als chirurgischer Oberarzt im Not-
arzdienst fühle ich mich jedoch zuneh-
mend von den Kassen betrogen und würde
Sie bitten, diesen Brief im „Sächsischen
Ärzteblatt“ zur Diskussion zu stellen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Matthias Becker
Windmühlhöhe 6
01728 Possendorf

„Diagnostik und Therapie der Kehlkopferkrankungen - eine gemeinsame Aufgabe des HNO-Arztes, Phoniaters und Patienten“

Eine Fachtagung mit dieser Thematik fand Anfang Mai 1998 im
Krankenhaus Stollberg unter Leitung von PD Dr. Frey statt. Er
ist auch der Motor für regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen
im gleichen Haus für unterschiedliche Interessengebiete.

Bei der in Rede stehenden Tagung wurden die Einführungsvor-
träge von Prof. Behrendt und Priv.-Dozent Meister (beide Leip-
zig) gehalten.

Über den Stand der operativen und radiologischen Therapie be-
richteten die Professoren Bootz und Kamrad, beide führende
Spezialisten auf diesem Gebiet und ebenfalls aus Leipzig.

Auch Fragen der Rehabilitation und der Ursache von Kehlkopf-
krebs wurden von kompetenten Vertretern angesprochen, im-
merhin liegt die geschätzte Zahl der Kehlkopflösen in Deutsch-
land derzeit bei 20 - 30 000.

Durch die auch bei Pharmafirmen anerkannte Aktivität von
PD Dr. Frey wurde diese Veranstaltung ergänzt durch eine Indu-
striausstellung. Übrigens sind die monatlich stattfindenden
Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Kreisärztekammer
Stollberg durchweg überdurchschnittlich gut besucht.

Nächste Themen und Termine sind:

30. 10. 1998 „Moderne Insulintherapie“

27. 11. 1998 Thema konnte noch nicht benannt werden. Ver-
handlung mit Referenten und Firma läuft noch!

Der nächste überregionale (29.) Wissenschaftliche Tag der HNO-
Ärzte in Stollberg findet in einem Jahr, am 8. Mai 1999, mit dem
Rahmenthema „Die Erkrankungen der Nase und der Nasenneben-
höhlen“ statt.

PD Dr. med. habil. Frey
Chefarzt der HNO-Klinik, Kreis Krankenhaus Stollberg

Unsere Jubilare im November 1998

Wir gratulieren

60 Jahre

- 1. 11. Dr. med. Träger, Hans
08121 Silberstraße
- 2. 11. Dr. med. Altenkirch, Reimar
02826 Görlitz
- 2. 11. Dr. med. Hoppe, Harry
09496 Marienberg
- 3. 11. Dr. med. Berger, Barbara
04668 Grimma
- 3. 11. Dr. med. Müller, Peter
08491 Netzschkau
- 5. 11. Lipsz, Theresia
09517 Zöblitz
- 5. 11. Dr. med. Martin, Christel
04448 Wiederitzsch
- 9. 11. Dr. med. Kühn, Gisela
04289 Leipzig
- 14. 11. Dr. med. Hänssel, Herbert
01796 Struppen
- 15. 11. Dr. med. Lieschke, Erika
08294 Löbnitz
- 15. 11. Tempel, Dieter
02977 Hoyerswerda
- 16. 11. Löser, Helga
09569 Falkenau
- 16. 11. Dr. med. Söllner, Sieglinde
01217 Dresden
- 21. 11. Dr. med. Freidt, Hannelore
01906 Burkau
- 23. 11. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Bigl, Siegwart
09114 Chemnitz
- 23. 11. Gerlach, Brigitte
04157 Leipzig
- 24. 11. Dr. med. Kolodziej, Werner
01814 Bad Schandau
- 26. 11. Dr. med. Baldauf, Gerhard
04289 Leipzig
- 26. 11. Dr. med. Weise, Hannelore
04279 Leipzig
- 27. 11. Dr. med. Hieke, Wolfgang
01665 Zehren
- 28. 11. Dr. med. Baron, Waltraud
04758 Oschatz
- 28. 11. Dr. med. Otto, Helga
09236 Claußnitz
- 28. 11. Dr. med. Radow, Gisela
04205 Leipzig
- 29. 11. Dr. med. Ziegler, Sigrid
02827 Görlitz
- 30. 11. Dr. med. Ehrentraut, Ingrid
01069 Dresden

65 Jahre

- 12. 11. Pawlow, Sigrid
04103 Leipzig
- 15. 11. Dr. med. Hoffmann, Günter
04779 Wermsdorf
- 15. 11. Dr. med. Neubert, Ruth
01705 Freital
- 16. 11. Dr. med. Matthes, Fredo
04720 Döbeln
- 21. 11. Dr. med. Noetzel, Siegfried
09405 Zschopau

- 21. 11. Dr. med. Otto, Hans-Joachim
09573 Augustusburg
- 21. 11. Dr. med. Wolf, Edgar
02826 Görlitz
- 24. 11. Külper, Dieter
01705 Freital

70 Jahre

- 2. 11. Dr. med. Ziesche, Johannes
02699 Königswartha
- 8. 11. Prof. Dr. med. habil.
Dieterich, Ferdinand
04454 Holzhausen
- 8. 11. Dr. med. Fanger, Karla
08058 Zwickau
- 9. 11. Böhm, Marga
09114 Chemnitz
- 26. 11. Wendler, Gerta
08280 Aue
- 29. 11. Dr. med. Gmyrek, Gerd
04229 Leipzig
- 29. 11. Dr. med. Schilde, Liselotte
09114 Chemnitz
- 30. 11. Dr. med. Jahn, Heinz
04571 Rötha

75 Jahre

- 3. 11. Dr. med. Banse, Christine
09380 Thalheim
- 7. 11. Dr. med. Rollin, Eberhard
04509 Zschortau
- 15. 11. Dr. med. Kahleys, Wolf-Dietrich
01662 Meißen
- 26. 11. Dr. med. Nowke, Kurt
02827 Görlitz
- 26. 11. Dr. med. Treitschke, Christa
04317 Leipzig

80 Jahre

- 15. 11. Prof. Dr. med. habil.
Heidemann, Gerhard
01259 Dresden
- 21. 11. Dr. med. Sieler, Heinz
04317 Leipzig
- 30. 11. Dr. med. Haupt, Rudolf
02763 Zittau

81 Jahre

- 16. 11. Dr. med. Farwick, Christine
01219 Dresden
- 24. 11. Dr. med. Zschau, Gerhard
02689 Wehrsdorf

83 Jahre

- 24. 11. Dr. med. Leonhardt, Victoria-Alice
09599 Freiberg

84 Jahre

- 21. 11. Dr. med. Schmidt, Siegfried
09114 Chemnitz
- 25. 11. Prof. Dr. med. habil.
Strauzenberg, Ernest
01731 Saida

86 Jahre

- 30. 11. Dr. med. Leistner, Elisabeth
08223 Falkenstein

89 Jahre

- 27. 11. Dr. med. Pacik, Franz
01936 Königsbrück

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, berücksichtigen wir selbstverständlich. Bitte lassen Sie dies uns wissen.

Die Redaktion

Prof. Dr. med. habil. Heinrich Fritz

* 8. April 1909,

† 16. Juli 1998



Der gebürtige Hannoveraner studierte an der Universität Göttingen und promovierte 1934 zum Dr. med. Die internistische Ausbildung erhielt er in Hannover und Göttingen, wo seine Neigung zur Radiologie offenkundig wurde. 1939 bewarb er sich bei Erich Saupe in Dresden, der durch seine Arbeiten über die berufsbedingten Pneumokoniosen und den Schneeberger Lungenkrebs weit über Deutschlands Grenzen hinaus bekannt wurde. Noch 1939 erhielt er eine Ausbildungsstelle für Röntgenologie am Johannstädter Krankenhaus in Dresden.

Ihm war wie nur wenigen seines Jahrganges ein Fronteinsatz in der Wehrmacht erspart geblieben. Durch den frühen Tod von E. Saupe wurde er 1943 mit der kommissarischen Leitung der Abteilung betraut. Den Bombenangriff mit der Zerstörung der Stadt Dresden und des Krankenhauses und damit der Radiologie hat er vor Ort miterlebt.

Heinrich Fritz hat nach der bedingungslosen Kapitulation Hitlerdeutschlands mit unnachahmlichem Engagement, Organisationstalent, Beharrlichkeit, mühevoller Kleinarbeit und vorausschauendem Weitblick unter heute nicht mehr vorstellbaren Bedingungen den Wiederaufbau und die Neugestaltung der Klinik betrieben. Er hat die Geschicke der Radiologie am vormaligen Johannstädter Krankenhaus und an der späteren Medizinischen Akademie gestaltet und nachhaltig geprägt. Mit der Gründung der Medizinischen Akademie 1954 wurde er zum Direktor der Klinik für Radiologie und Strahlenheilkunde berufen.

Heinrich Fritz hat das wissenschaftliche Werk von Erich Saupe über die berufsbedingten Pneumokoniosen fortgesetzt. Die Monographie seiner Oberärzte Müller, Jakob, Bohlig über die Asbestose stellt heute noch ein Standardwerk dieses Spezialgebietes dar. Er hat sich mit den toxischen Osteopathien, der Fluorose, die durch das Fluorwerk in Dohna gravierende Umwelt- und Gesundheitsprobleme verursachte, wissenschaftlich beschäftigt und 1958 auf diesem Gebiet habilitiert. Sein Beitrag über die Knochenfluorose gemeinsam mit Diethelm im Handbuch für Radiologie hat an Aktualität nicht verloren. Sein Weitblick ging weit über die damaligen Vorstellungen der

herkömmlichen Röntgendiagnostik hinaus. So wurde in seiner Klinik, als einer der ersten in Deutschland, bereits in den 50er Jahren die zerebrale und abdominelle Angiographie, die Phlebographie und 1959 die Lymphographie eingeführt. In dieser Zeit erfolgte auch der Aufbau der Nuklearmedizin durch Konrad Hennig.

Heinrich Fritz gelang es auch bereits Mitte der 50er Jahre, die Strahlentherapie durch Einführung der Hochvolttherapie (erste Kobaltkanone in der DDR) zu modernisieren.

Seine besondere Zuwendung galt der Ausbildung der Röntgenassistentinnen. Die von ihm herausgegebenen Lehrbriefe für Röntgenassistentinnen waren nach dem Erscheinen stets sofort vergriffen. Sein Lehrbuch „Röntgendiagnostische Praxis“ Fritz - Köhler galt lange Zeit als Standardwerk für die Ausbildung der MTR.

Heinrich Fritz war für uns immer Vorbild in seiner Zuwendung zu den Patienten, die meist sehr schwer und nicht selten hoffnungslos krank waren. Seine ärztliche Haltung war geprägt vom humanistischen Arzttum Albert Schweitzers, der ihm Vorbild war. Diese Haltung war er stets bemüht, an seine Assistenten und Studenten weiterzugeben. Seine Verfügbarkeit in der Klinik war zeitlich unbegrenzt, er war für seine Patienten stets erreichbar und verließ die Klinik immer als letzter.

Heinrich Fritz war ein vornehmer, korrekter und nicht immer bequemer Chef. Er war aber auch Ratgeber, Helfer für seine Mitarbeiter bei vielen der Zeit geschuldeten Problemen und Sorgen.

Seine wissenschaftlichen Leistungen und medizinischen Verdienste wurden vielfältig gewürdigt. Er war Präsident des 9. Kongresses der Gesellschaft für Medizinische Radiologie und längere Zeit auch Mitglied des Vorstandes dieser Gesellschaft. Er gehörte der Deutschen Röntgengesellschaft seit 1949 an und war ihr korrespondierendes Mitglied. Für seine Arbeiten zur Fluorose wurde er mit der "Goldenen Röntgen-Plakette" gewürdigt. Heinrich Fritz gehörte dem Senat der Medizinischen Akademie an und wurde zum Ehrensenator ernannt. Mehr als 40 Fachärzte sind unter seiner Leitung ausgebildet worden. Zehn seiner ehemaligen Schüler haben sich bei ihm oder später habilitiert und sind zu Hochschullehrern oder Chefärzten geworden. Mehrere haben ihn nicht überlebt. Die heutigen Direktoren der Klinik für Strahlentherapie, der Klinik für Nuklearmedizin sowie des Institutes für Radiologische Diagnostik sind aus seiner Schule hervorgegangen. Sein Werk wird in seinen Schülern weiterleben.

Wir werden seiner stets in Dankbarkeit und Ehren gedenken.

Klaus Köhler
Heinrich Platzbecker

Hinweise für Autoren

Allgemeines

Das „Ärztblatt Sachsen“ ist das Publikationsorgan der Sächsischen Landesärztekammer und der in ihr verfaßten Ärzteschaft im Freistaat Sachsen.

Darin werden vorrangig Themen zur ärztlichen Berufspolitik, für den Berufsstand bedeutsame amtliche Bekanntmachungen und Mitteilungen der Geschäftsstelle publiziert. Darüber hinaus nimmt das „Ärztblatt Sachsen“ Übersichten, Originalien und Kurzmitteilungen aus dem gesamten Gebiete der Medizin sowie Nachbarschaftsdisziplinen zu praktischen oder wissenschaftlichen Sachverhalten zur Veröffentlichung an, sofern sie nicht schon anderswo publiziert oder zur Publikation angeboten wurden. Unter Beachtung des regionalen Charakters des Standesorgans sollen Ärzte aller Fachdisziplinen in Praxis und Klinik erreicht werden. Auf einen klaren, allgemein verständlichen Stil ist Wert zu legen. Über die Annahme zur Publikation entscheidet das Redaktionskollegium, auch unter Zuhilfenahme von Fachkollegen.

Eine Kommunikation der Ärzteschaft miteinander ist mit der Rubrik „Leserbriefe“ geboten. Manuskripte sind an die Redaktion des „Ärztblatt Sachsen“ zu senden, können aber auch den im Impressum genannten Mitgliedern des Redaktionskollegiums zur Weiterleitung anvertraut werden.

Publikationshinweise

Arzneimittel-/Dosierungsangaben

Anzugeben sind die internationalen Freinamen (generic names). Handelsnamen dazu können in Klammern folgen, etwa: (zum Beispiel ...). Dosierungsangaben sind im Manuskript und vor dem Druck auf den Fahnenkorrekturbögen besonders sorgfältig zu kontrollieren.

Umfang der Manuskripte, Abbildungen

Übersichten/Originalarbeiten: Im allgemeinen nicht mehr als 8 Manuskriptseiten zu 30 Zeilen und je 60 Anschlägen bei mindestens anderthalbfachen Zeilenabstand. Die Zahl der Abbildungen sollte in der Regel sechs nicht übersteigen. In Ausnahmefällen sind auch Farbwiedergaben möglich. Aus Kostengründen ist hierbei Rücksprache mit der Redaktion erforderlich.

Datenträger: MS-DOS formatierte 3,5", ZIP, CD-ROM

Schreibsystem: WORD für Windows 6.0

Zusammenfassung/Summary: Sie ist Übersichten oder Originalarbeiten voranzustellen. Ihr Umfang sollte 15 Manuskriptzeilen zu je 30 Anschlägen nicht überschreiten.

Literaturverzeichnis: Im Text zitierte Litera-

tur wird bis zu 10 Literaturzitate im Anschluß an den Text aufgeführt. Bei umfangreichen Bibliographien ist die Literatur vom Verfasser abforderbar zu halten.

Autorenschaft: Die Anzahl der aufgeführten Autoren soll in der Regel drei nicht überschreiten und sich auf die begrenzen, die eng an der Erstellung der Arbeit/des Manuskriptes beteiligt waren. Auf der Titelseite ist die Einrichtung zu benennen, aus der der Beitrag her stammt. Es ist das Einverständnis des Leiters der Einrichtung zur Veröffentlichung einzuholen. Am Schluß des Artikels ist die vollständige Anschrift anzugeben, gegebenenfalls einschließlich der Telemedien (Telefon, Fax, e-mail).

Kongreß-/Tagungs-/Versammlungsberichte: Bitte nur nach Rücksprache mit der Redaktion oder auf deren Anforderung.

Schreibungen

Das Redigieren der Manuskripte erfolgt in der Redaktion des „Ärztblatt Sachsen“ nach den geltenden Festlegungen.

Sie helfen uns am besten, wenn Sie wie nachfolgend beschrieben verfahren:

Textgliederung und Zwischenüberschriften erhöhen die Übersichtlichkeit und erleichtern das Lesen.

Abkürzungen medizinischer Fachbegriffe sind nur anzuwenden, wenn sie ärztliches Allgemeinut sind (ATP, EKG, NPL, DD). Speziellere Begriffe sind bei ihrer erstmaligen Verwendung auszuschreiben. In Klammern dahinter kann die Abkürzung folgen, obligatorisch dann, wenn sie im Textverlauf allein weiter benutzt wird. **Abkürzungen wie:** bzw., v. a., ca., allg., ... sind auszuschreiben.

Zahlen und Maßeinheiten: Allein stehende Zahlen von eins bis zwölf werden **in Texten** ausgeschrieben, ebenso Maß-, Gewichts- und Zeiteinheiten ohne Zahl davor. Nicht auszuschreiben sind Zahlenangaben von Maß-, Gewichts- und Zeiteinheiten: 4 kJ, 10 cm, 50 kg, 3 min. Bei Prozentangaben ist die Bezeichnung „Prozent“ auszuschreiben (90 Prozent), bei Bereichsangaben (40 bis 50 Prozent) sollte zwischen den Ziffern kein Bindestrich gesetzt werden. **In Formeln und Tabellen** sind aus Platzgründen die bekannten Abkürzungen (z. B. %) und ein Bindestrich zwischen zwei Ziffern zu verwenden.

Rechtschreibung: Sie richtet sich nach der jeweils gültigen Ausgabe des „DUDEN“, die von medizinischen Fachausdrücken nach dem DUDEN „Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke“.

Abbildungen: Fotografien und Diapositive werden unverändert übernommen. Werden Personen abgebildet, ist eine Anonymisierung erforderlich, es sei denn, der Autor/die Autoren haben die Erlaubnis zur Abbildung vorher eingeholt. Ist diese verwehrt worden, kann eine Veröffentlichung nur durch Unkenntlichmachen identifizierender Gesichtspartien erfolgen. Die Legenden zu Abbildungen (Fotografien, Diapositive, Grafiken) sind auf einem gesonderten Blatt dem Manuskript beizufügen, ebenso **Tabellen**, deren dazugehörige Legenden am Kopf des Bogens einzufügen sind.

Grafische Darstellungen werden gemäß der Vorlage übernommen. Sollten sie neu hergestellt werden müssen, erhält der Autor eine Vorabkopie zur Korrektur zugesandt.

Copyright: Werden in einer Veröffentlichung Abbildungen und Tabellen aus anderen Zeitschriften, Druckschriften oder Büchern benutzt, geht die Redaktion des „Ärztblatt Sachsen“ davon aus, daß die Genehmigung vom Autor oder vom Verlag vorher eingeholt wurde. Der Autor stellt insofern das „Ärztblatt Sachsen“ von allen Ansprüchen Dritter, deren Rechte verletzt werden, frei.

Literaturverzeichnis: Die Literatur wird in alphabetischer Reihenfolge und durchnummeriert angegeben. Im Text werden die Literaturnummern in runden Klammern eingefügt.

- Bis drei Autoren sind zu nennen. Ab vier Autoren nur die drei ersten und dann „et al.“ (et alii). Der erste Buchstabe des Vornamens steht jeweils nach dem Familiennamen.

- Es folgt die Titelangabe der Publikation, Kleinschreibung von englischen Titeln mit Ausnahme des ersten Wortes.

- Abkürzungen von Zeitschriftentiteln gemäß der „List of Journals“, soweit sie im „Index Medicus“ aufgeführt sind. Es folgen das Erscheinungsjahr, die Bandnummer, zuletzt die Seitenzahlen von - bis.

Beispiel: Pflügers Arch 1981; 390: 85 - 100. N Engl J Med 1980; 303: 130 - 135.

- Abkürzungen von Buchtiteln.

Hierbei wird analog verfahren. Autor(en), Buchtitel, Auflage, Erscheinungsorte und Name des Verlages, Erscheinungsjahr, Seiten von - bis.

Information: Dem korrespondenzführenden Autor wird der Eingang einer zur Veröffentlichung eingesandten Arbeit bestätigt, ebenso eine vorgesehene Publikation im „Ärztblatt Sachsen“ nach Entscheid des Redaktionskollegiums.

Redaktionskollegium