

10. Deutscher Ärztekongreß EUROMED
 vom 10. bis 13. März 1999 im Congress Center Leipzig
 Weitere Informationen in den „grünen Seiten“ dieser Ausgabe!

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 2/99

| | | |
|---|--|----|
| Die erste Seite | Aus der Vorstandssitzung am 13. 1. 1999 | 44 |
| Berufspolitik | Informationen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer | 45 |
| | Bekanntmachung zur Änderung der Mandatsträger der Kammerversammlung in der Wahlperiode 1995/1999 | 46 |
| | Kammerwahlen der Sächsischen Landesärztekammer 1998/99 | 46 |
| | für die Wahlperiode 1999/2003 | 46 |
| Amtliche Bekanntmachungen | Auszug aus dem Sächsischen Gesetz- und Verordnungsblatt vom 14. Dezember 1998, Nr. 22/1998 | 45 |
| Mitteilungen der Geschäftsstelle | Versicherungsschutz für Ärzte im Not- und Bereitschaftsdienst | 49 |
| | Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer | 50 |
| | Hinweise zur Kammer-Beitragsveranlagung 1999 | 51 |
| | Broschüre „Sächsische Perinatal- und Neonatalerhebung 1997“ | 51 |
| | Zwischen- / Abschlußprüfung im Ausbildungsberuf Arzthelferin | 52 |
| Stellenausschreibung Ärztin/Arzt für Qualitätssicherung | 55 | |
| Mitteilungen der KV Sachsen | Ausschreibung von Vertragsarztsitzen | 55 |
| Originalien | Chancen und Grenzen der Strahlentherapie entzündlich- degenerativer Skeletterkrankungen J. Schorch, M. H. Seegenschmiedt | 56 |
| | Morbus Hodgkin - neue Aspekte zu Diagnostik und Therapie R. Naumann, G. Ehninger | 60 |
| Verschiedenes | Zentrum für Klinische Forschung in Sachsen | 66 |
| | Selbsthilfegruppen und Ärzte | 67 |
| | Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden am 3. 3.1999 | 68 |
| | Impressum | 68 |
| Leserbrief | Leserzuschrift von Dr. med. F. Weidt | 69 |
| Hochschulnachrichten | Universität Leipzig | 73 |
| Personalialia | Geburtstage im März | 74 |
| | Dr. med. habil. Heinz Brandt - zum 80. Lebensjahr | 76 |
| | Dr. med. Klaus Meinerzhagen - 65 Jahre | 79 |
| Fortbildung in Sachsen - April 1999 | | |

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

Aus der Vorstandssitzung am 13. Januar 1999

In der ersten Zusammenkunft des neuen Jahres befaßte sich der Vorstand abermals mit dem „Initiativprogramm Allgemeinmedizin“.

Ein Vertragsentwurf zur Finanzierung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen befindet sich im Unterschriftenverfahren.

Zum diesbezüglichen Vorgehen in Sachsen hat die Kassenärztliche Vereinigung für den 27. 1. 1999 eine außerordentliche Vertreterversammlung einberufen. Frau Dr. Trübsbach wurde beauftragt, an dieser Veranstaltung teilzunehmen und dort die berufspolitische Meinung des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer vorzutragen.

Der Präsident informierte über das Ergebnis eines von der Sächsischen Landesärztekammer / Sächsischen Ärzteversorgung gegen die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen durchgeführten wettbewerbsrechtlichen Verfahrens. Dieses war notwendig geworden, nachdem die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen bei Gründung einer freiwilligen zusätzlichen Altersabsicherung im Verbund mit der Interversicherung unter dem Namen „Versorgungswerk“ nicht bedachte, daß dieser Termin bereits einschlägig besetzt ist. Trotz mehrfach gut gemeinter Hinweise und Bitten nach unverwechselbarer Benennung sahen sich die Verantwortlichen nicht in der Lage, diesem Zustand abzuhelfen. Der Klage der Sächsischen Landesärztekammer wurde, wie vorhersehbar, stattgegeben. Eine Umbenennung der Initiative durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen ist zwischenzeitlich erfolgt.

Für die im April 1999 stattfindende 12. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern billigte der Vorstand die Tagesordnung. Demnach werden am 17. 4. 1999 neben aktuellen Problemen und Schwerpunkten der Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik, insbesondere die neuen Gesetzesvorhaben der Bundesregierung und das Initiativprogramm zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, besprochen. Zur Diskussion stehen weiterhin die Programmpunkte:

- Das Fortbildungsdiplom der Sächsischen Landesärztekammer und seine praktische Umsetzung,
- Stand der Wahlen zur Kammerversammlung 1999 / 2003,
- Vorbereitung des 102. Deutschen Ärztetages vom 1. - 5. Juni 1999 in Cottbus.

Im TOP **Berufsrecht** hatte sich der Vorstand damit zu befassen, daß es nach § 16 (4) des Sächsischen Heilberufekammergesetzes nicht gestattet ist, eine ärztliche Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des privaten Rechts zu führen.

Des weiteren mußte ein Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis abgelehnt werden, da die ärztliche Versorgung der Bevölkerung bereits sichergestellt ist.

In der weiteren Beratung nahm der Vorstand den Antrag von Herrn Dr. Kerner, Wahlkreis Chemnitz, auf Verzicht seines Mandates in der Kammerversammlung zur Kenntnis. Als nachrückendes Mitglied wurde Frau Karin Kempe, Fachärztin für Nuklearmedizin, Klinikum Chemnitz, bestätigt.

Die Landeswahlleiterin informierte über den Stand der Vorbereitung zur Kammerwahl 1999 / 2003. In diesem Zusammenhang wurde einer Vorlage zur Wahl der Ausschüsse zugestimmt. Danach ist vorgesehen, die Ausschüsse Finanzen, Weiterbildung, Berufsrecht und Satzung, entsprechend ihrer besonderen Bedeutung, bereits zur konstituierenden Sitzung der neugewählten Kammerversammlung im Juni diesen Jahres zu wählen. Alle übrigen Ausschüsse stellen sich anlässlich der Kammerversammlung im November 1999 zur Wahl.

Folgende weitere Themen wurden behandelt:

Weiterbildung: Besetzung der Prüfungs- und Widerspruchskommission

Finanzen: Haushaltsinanspruchnahme zum 30. 11. 1998

Stand, Probleme und Gedanken zur gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Lage.

Dr. med. Rudolf Marx
Vorstandsmitglied

Informationen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer

Mit Beginn des Jahres 1999 kann sich jeder sächsische Arzt um ein Fortbildungsdiplom bewerben. Auf der Basis eines von der Kammerversammlung am 14.11.1998 verabschiedeten Regulariums ist eine freiwillige zertifizierte Fortbildung möglich, die nach 3 Jahren bei Erzielung von 100 Punkten zu einem Diplom führt, welches fortbildendes Bemühen des Arztes nach außen bestätigt und den Nachweis erbringt, daß der teilnehmende Kollege über Fortbildung wichtige Elemente der ärztlichen Qualitätssicherung aufgreift.

Auf Anforderung werden jedem interessierten Arzt die erforderlichen Materialien zugesandt. Sie enthalten auch die Satzung des Fortbildungsdiploms sowie Hinweise für erforderliche Dokumentationen der absolvierten Fortbildungen.

Im Ärzteblatt Sachsen wurde schon verschiedentlich auf die Möglichkeit, ein solches Diplom zu erwerben, hingewiesen. Um interessierten Kollegen nun auch kundtun zu können, wieviel Punkte man beim Besuch einer entsprechenden Veranstaltung erwerben kann, waren Regeln aufzustellen, die eine pragmatische Bewertung von Veranstaltungen zulassen. Eine grobe Gliederung bildet nebenstehendes, ebenfalls von der Kammerversammlung bestätigtes Schema ab:

Eine Reihe von festgelegten Veranstaltern können auf dieser Grundlage Bewertung

| Art der Veranstaltung | Dauer | Punkte |
|---|------------------------|----------|
| Fortbildungsreferat mit Diskussion | je 1 Stunde | 1 |
| Qualitätszirkel, Ärztstammtisch | mindestens 3 Stunden | 3 |
| ganztägige klinische Hospitationen, Visiten | 8 Stunden | 8 |
| Kongreß, Symposium | 1 Tag mehrtägig | 5 10 |
| Balintgruppen, Reanimationskurse | 8 Stunden 8 Stunden | 10 15 |

gen ihrer Fortbildungsangebote vornehmen und diese im Programm ausweisen bzw. auf der Teilnahmebestätigung vermerken. (z. B. Fortbildungsveranstaltung zum Thema "... " FD3 = für die Teilnahme erhält der Proband 3 Punkte)

Die Akademie für ärztliche Fortbildung übernimmt es, für alle Veranstaltungen zu Themen ärztlicher Fortbildung auf Antrag der Veranstalter (sofern sie dies nicht selbst machen dürfen) eine Bewertung vorzunehmen, die zu einem anrechenbaren Punktwert führt. Das beschriebene Vorgehen hat Modell- und Erprobungscharakter. Modifizierungen sind auch im Lichte der Europäisierung der Fortbildung denkbar.

Um diese gesamte Initiative in ein erfolgreiches Fahrwasser zu bringen, ist es nun

erforderlich, daß sich einerseits viele Ärzte zur Teilnahme am Fortbildungsdiplom entschließen und viele Veranstalter sich um eine Bepunktung ihres Angebotes bewerben. Helfen Sie bitte mit, daß das sächsische Fortbildungsdiplom zum Erfolg im Interesse einer qualifizierten Fortbildung sächsischer Ärzte wird.

Wissenschaftliche Großveranstaltungen wie etwa der 10. Deutsche Ärztekongreß Euromed vom 10. - 13. 3. 1999 in Leipzig - an dessen Gestaltung auch unsere Landesärztekammer beteiligt ist - sind natürlich besonders geeignet, das eigene Fortbildungspunktekonto zu bereichern.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen
Akademie für ärztliche Fortbildung

Auszug aus dem Sächsischen Gesetz- und Verordnungsblatt vom 14. Dezember 1998, Nr. 22/1998

Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie über die Rahmenbedingungen in der Krankenhaushygiene (Sächsische Krankenhaushygienegerahmenverordnung SächsKHHygrVO) vom 17. November 1998

Nach dem Sächsischen Krankenhausgesetz sind die Krankenhäuser verpflichtet, alle erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen) zu treffen.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie ist ermächtigt, Einzelheiten dazu zu regeln:

- Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen,
- Aufgaben, Zusammensetzung und Bildung der Hygienekommissionen,
- Beschäftigung, Tätigkeitsfeld und Weiterbildung von Hygienefachkräften.

Zu den einzelnen Vorschriften:

Verantwortung für die Durchführung hygienischer und infektionspräventiver Maßnahmen liegt besonders bei den Krankenhausträgern. Sie sollen die nötigen Strukturen zur Sicherstellung der Krankenhaushygiene schaffen.

Es werden Aufgaben und Pflichten des Krankenhaushygienikers festgelegt und eine Auswahl wichtiger Leistungen benannt.

Die Freistellung des hygienebeauftragten Arztes sowie dessen erforderliche Qualifikation und seine Bestellung werden beschrieben. Im Regelfall kann sie nur ein erfahrener Facharzt wahrnehmen.

Aufgabenbereiche und die Tätigkeit von Hygienefachkräften werden dargestellt.

Es erfolgt katalogartig die Leistungsbeschreibung der Hygienekommission, ihre Zusammensetzung und Festlegungskompetenz. Sie setzt sich aus zwei Gruppen von Mitgliedern zusammen: Verantwortliche und Fachkräfte.

Der Inhalt der aufzustellenden Hygienepläne wird vorgestellt. Er enthält die Hygieneanweisungen für alle infektionsgefährdeten Tätigkeiten im Krankenhaus. Er erfährt eine jährliche Aktualisierung. Die Tätigkeit des Hygienefachpersonals in der Erfüllung ihrer Querschnittsaufgabe wird in der Fortbildung zu krankenhaushygienischen Belangen und in der Verpflichtung zur Fortbildung deutlich, die jährlich erfolgen soll. Der Erfassung nosokomialer Infektionen kommt zentrale Bedeutung zu und soll den Erfolg infektionsprophylaktischer Maßnahmen einzuschätzen gestatten und ist ein internes Qualitätssicherungskriterium. Sie ist als abteilungsbezogene Jahresstatistik zusammenzufassen. Das Hygienefachpersonal muß zur Erfüllung der Aufgaben im Sinne der Verordnung Einsicht in die Krankenunterlagen erhalten. Dazu sind besondere Belehrungen erforderlich.

Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst über das Verfahren zur Genehmigung und die Form der Führung ausländischer akademischer Grade (Sächsische Verordnung für ausländische akademische Grade - SächsVOAAGr) vom 20. 10. 1998

Bezug über: Sächsisches Druck- und Verlagshaus GmbH, Tharandter Str. 23 - 27, 01159 Dresden, Tel.: (03 51) 4 20 31 82/1 83.

Bekanntmachung zur Änderung der Mandatsträger der Kammerversammlung in der Wahlperiode 1995/1999

Der Kreisvertreter des Wahlkreises Chemnitz in der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. med. Uwe Kerner, niedergelassener Arzt, hat sein Mandat für die Kammerversammlung zurückgegeben.

Gemäß § 21 Abs. 3 der Wahlordnung für die Wahl zur Sächsischen Landesärztekammer übernimmt das mit der nächsthöheren Stim-

menzahl gewählte Mitglied der Kammerversammlung, Frau Karin Kempe, Fachärztin für Nuklearmedizin, angestellte Ärztin im Klinikum Chemnitz, das Mandat.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Landeswahlleiterin

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

I. Berichtigung

In der Veröffentlichung im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 1/1999, Seite 9, wurden versehentlich zwei falsche Termine angegeben. Für das Einreichen der Wahlvorschläge wurde der 7. Februar 1999 als Termin angegeben.

Richtig muß es heißen:

Die wahlberechtigten Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer sind aufgefordert, spätestens bis zum

17. Februar 1999

Wahlvorschläge bei den Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse (veröffentlicht im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 10/1998) einzureichen.

Der Landeswahlausschuß hat gemäß § 14 Abs. 1 der Wahlordnung den

7. April 1999

als Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechts festgesetzt. Im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 1/1999, war der 1. April 1999 angegeben.

II. Wahl von Ausschüssen

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

In Einzelwahlgängen werden der Präsident, der Vizepräsident, der Schriftführer und die übrigen Mitglieder des Vorstandes gewählt.

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

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

**Finanzen
Weiterbildung
Berufsrecht
Satzungen.**

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

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

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

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

Dr. jur. Verena Diefenbach
Landeswahlleiterin

Versicherungsschutz für Ärzte im Not- und Bereitschaftsdienst (vertragsärztlicher Notdienst)

Im „Ärzteblatt Sachsen“ Heft 9/1998, Seite 435, sind Hinweise zur Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung für die im **Rettungsdienst** tätigen Ärzte (Notärzte und leitende Notärzte) veröffentlicht. Aufgrund einer Mitteilung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) soll nunmehr darüber informiert werden, daß sich für **Ärzte im vertragsärztlichen Notdienst der Unfallversicherungsschutz geändert hat.**

Die seit dem 1. 1.1997 bestehende sogenannte formale Versicherung für Ärzte im Rettungsdienst (Notarztendienst) sowie für den vertragsärztlichen Notdienst wird von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zum **1. 1.1999** widerrufen.

Ab diesem Stichtag müssen sich Ärzte, die an diesen Diensten teilnehmen und Unfallversicherungsschutz über die BGW genießen möchten, freiwillig versichern. Die BGW hat die nachfolgenden Ausführungen über den Unfallversicherungsschutz und die Fragen nach den zuständigen Unfallversicherungsträgern mit der Bitte um Veröffentlichung verlautbart, um zu vermeiden, daß unbeabsichtigte Versicherungslücken entstehen.

„1. Ärzte im Not- oder Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (vertragsärztlicher Notdienst)“

Der Not- oder Bereitschaftsdienst (vertragsärztliche Versorgung der Kassenärzte in den sprechstundenfreien Zeiten) ist in § 75 Abs. 1 SGB V als Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgeschrieben. Die Durchführung des Notdienstes wird als eigene kassenärztliche Aufgabe wahrgenommen. Deshalb besteht für niedergelassene Ärzte unverändert Unfallversicherungsschutz nur im Rahmen einer freiwilligen Versicherung.

Sofern im Einzelfall andere als niedergelassene Ärzte (z.B. Krankenhausärzte) Notdiensttätigkeiten für die Kassenärztlichen Vereinigungen verrichten, kommt es für den Versicherungsschutz darauf an, ob der Arzt ein eigenes Liquidationsrecht

hat. Bei eigener Liquidation besteht Versicherungsschutz nur im Rahmen einer freiwilligen Versicherung. Liquidiert der Arzt nicht selbst, sondern erhält er eine Vergütung von der Kassenärztlichen Vereinigung, dürfte er als Beschäftigter der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder zumindest wie ein Beschäftigter der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 2 Abs. 2 SGB VII versichert sein. Hiervon zu unterscheiden ist jedoch der Fall, in dem der niedergelassene Kassenarzt sich durch einen von ihm ausgesuchten Arzt (**kein** Kassenarzt) vertreten läßt; für diesen Vertreter kommt wegen des fehlenden eigenen Liquidationsrechts UV-Schutz nach § 2 Abs. 1 SGB VII über die Praxis des Kassenarztes in Frage.

Angestellte Ärzte, die die ärztliche Notdiensttätigkeit im Rahmen ihres Arbeitsverhältnisses als Dienstaufgabe erbringen, genießen bei dieser Tätigkeit Versicherungsschutz über den für ihren Arbeitgeber zuständigen UV-Träger. Dies ist z.B. denkbar, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung mit einem Krankenhaus einen Vertrag über die zur Verfügungsstellung von angestellten Ärzten geschlossen hat.

Beamtete Ärzte, die im Rahmen ihres Beamtenverhältnisses Notdiensttätigkeiten verrichten, bleiben als Personen, für die beamtenrechtliche Unfallfürsorgevorschriften gelten, gemäß § 4 Abs. 1 SGB VII versicherungsfrei.

2. Rettungsdienst (Notarztendienst)

Der Rettungsdienst als notärztliche Versorgung ist in den Rettungsdienst- bzw. Katastrophenschutzgesetzen der Länder als öffentliche Aufgabe definiert. Der Rettungsdienst wird grundsätzlich sowohl von Krankenhausärzten als auch von niedergelassenen Ärzten durchgeführt, sofern diese den Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ nach Maßgabe der Satzung der jeweils zuständigen Landesärztekammer erworben haben.

Für angestellte Ärzte, bei denen die Rettungsdiensttätigkeit zu ihren Dienstaufgaben gehört, besteht Unfallversicherungsschutz über den Arbeitgeber gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII.

Ärzte, die außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses im Rettungsdienst tätig werden und ihre Leistungen selbst liquidieren, fallen angesichts ihrer Handlungstendenz nicht unter § 2 Abs. 1 Nr. 13a SGB VII und wegen der fehlenden Unentgeltlichkeit auch nicht unter § 2 Abs. 1 Nr. 12 SGB VII. Vielmehr werden diese Ärzte selbständig im Gesundheitswesen im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII tätig. Nach § 4 Abs. 3 i.V.m. § 6 Abs. 1 SGB VII ist zur Begründung von Unfallversicherungsschutz der Abschluß einer freiwilligen Versicherung bei der BGW erforderlich.

Im Einzelfall ist es denkbar, daß ein Arzt - auch im Rahmen eines kurzfristigen Einsatzes - ein Beschäftigungsverhältnis zu einem Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen eingeht (z.B. Mitfliegen eines Arztes im Rettungshubschrauber gegen ein Entgelt, das zuvor mit dem rettungsdienstlichen Unternehmen vereinbart wurde), wobei sich die unfallversicherungsrechtliche Zuständigkeit dann nach § 125 Abs. 1 Nr. 5 (Zuständigkeit des Bundes) oder § 128 Abs. 1 Nr. 6 (Zuständigkeit des UV-Trägers im Landesbereich) SGB VII richten würde.

Zusammenfassend ist die Frage des Unfallversicherungsschutzes für Ärzte im Not- oder Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen und für Ärzte im Rettungsdienst vom Grundsatz her gleich zu beurteilen:

Bei eigener Liquidation besteht für Ärzte Unfallversicherungsschutz über die BGW nur bei Abschluß einer freiwilligen Versicherung.“

Anmerkung der Sächsischen Landesärztekammer: Ärzten steht es frei, den Unfallversicherungsschutz auch mit anderen Anbietern zu vereinbaren.

Für Rückfragen steht Ihnen gern die Juristische Geschäftsführerin, Frau Ass. Iris Glowik, Telefon: (0351) 8 26 74 21, zur Verfügung.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Hauptgeschäftsführerin

Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

Sonntag, 7. März 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Heinrich-Schütz-Konservatorium Dresden e. V.
Ein Kammerorchester spielt Werke zeitgenössischer Komponisten
(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

Donnerstag, 18. März 1999, 19.00 Uhr

Johann Jacob Froberger

Ein berühmter Musiker des 17. Jahrhunderts in neuem Licht
Gesprächskonzert der Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden und der
Sächsischen Landesbibliothek - Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
Prof. Ludger Remy, Cembalo, Hochschule für Musik Dresden; Dr. Rudolf Rasch, Moderation, Utrecht
(Eintrittspreis 20,- DM/ermäßigt 10,- DM)

Sonntag, 11. April 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Sächsische Spezialechule für Musik Dresden
Es spielt das Holz- und Blechbläserensemble
(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

Donnerstag, 22. April 1999, 19.00 Uhr

Sonderkonzert Junge Meister

Ludwig van Beethoven: „Kreutzer-Sonate“; Franz Schubert: Fantasie in C für Violine und Klavier
Jörg Faßmann, Violine - Staatskapelle Dresden
Prof. Gunter Anger, Klavier - Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden
(Eintrittspreis 20,- DM/ermäßigt 10,- DM)

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

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

Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Wieland Richter - Malerei

vom 7. 1. 1999 bis 26. 2. 1999

Fritz Peter Schulze - Collagen und Skulpturen

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

Vernissage am Dienstag, dem 9. März 1999, 19.00 Uhr

Vortrag: Frau Regina Niemann

Prof. Siegfried Klotz - Malerei und Zeichnungen

(Hochschule für Bildende Künste Dresden)

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

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

Vortrag: Herr Dr. Dieter Schmidt

Malerei und Zeichnungen „Erlebnis Krankheit“

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

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

Vortrag: Herr Prof. Dr. med. Albrecht Scholz

Hinweise zur Kammer-Beitragsveranlagung 1999

Beachten Sie bitte nachstehende Hinweise zur Beitragsveranlagung:

1. Alle beitragspflichtigen Kammermitglieder der Sächsischen Landesärztekammer (beitragsbefreite Ärzte wie Rentner oder Arbeitslose u. a. werden zur Beitragsveranlagung nicht aufgefordert) erhielten in der **2. Januarwoche** neben einem Anschreiben und der Beitragsordnung einen Vordruck zur Selbsteinstufung. Dieser Vordruck mit dem erforderlichen Nachweis muß dann ausgefüllt bis zum **28. Februar 1999** an die Geschäftsstelle zurückgeschickt werden. Die Beitragszahlung erfolgt wie bisher durch Überweisung oder per von Ihnen erteilten Lastschriftzug durch die Landesärztekammer.

Der Nachweis über die Berufseinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit, der dem Vordruck beizufügen ist, muß eine Kopie des Auszuges aus dem Einkommensteuerbescheid des Bezugsjahres enthalten. Nichtrelevante Daten (Einkünfte der Ehepartner, Einkünfte aus anderen Bereichen wie Kapitalerträge, Mieteinnahmen etc.) sind zu schwärzen.

Statt dieser Kopie kann der Steuerberater mit Stempel und Unterschrift die Richtigkeit der Selbsteinstufung auf dem Vordruck bestätigen, oder es kann eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters über die Höhe der Bruttoberufseinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit beigefügt werden.

2. Zur Minimierung des aufwendigen Schriftverkehrs bei fehlerhafter Selbsteinstufung beachten Sie bitte folgendes:

- Kammermitglieder, die nicht durchgängig ärztlich tätig waren, sollten vor ihrer Selbsteinstufung die Bestimmungen des § 2 Abs. 2 der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer beachten und sich entsprechend einstufen.
- Bezugsgröße für die Ermittlung des Beitrages sind die Bruttoberufseinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit, beim niedergelassenen Arzt alle Umsätze aus ärztlicher Tätigkeit, beim angestellten Arzt alle Bruttoberufseinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit (Bruttoarbeitslohn, Einkünfte aus selbständiger Arbeit).
- Falls ein Nachweis über die Einkünfte von vor zwei Jahren oder - falls die Be-

stimmungen des § 2 Abs. 2 greifen - des Vorjahres noch nicht vorliegt, kann zunächst eine Schätzung dieser Einkünfte erfolgen. Für das Nachreichen der erforderlichen Nachweise gewähren wir Fristverlängerung.

- Erleichtern Sie bitte die Arbeit der Geschäftsstelle, indem Sie dieser möglichst Lastschriftzug für den Kammerbeitrag erteilen. Ihr Kammerbeitrag wird dann auf keinen Fall vor dem 28. Februar eines Jahres abgebucht. Diese Einzugsermächtigung gilt, solange Sie sie nicht widerrufen.
- Bitte senden Sie nur Kopien und keine Originale ein.
- Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolgt ein Austausch der bei der Ärzteversorgung Sachsen vorliegenden Nachweise nicht.

Abschließend möchte ich erneut versichern, daß die eingereichten Nachweise nach Prüfung der Selbsteinstufung, Eingang des Beitrages und Prüfung durch den Wirtschaftsprüfer umgehend vernichtet werden.

Dr. med. Helmut Schmidt
Vorstandsmitglied und
Vorsitzender des Finanzausschusses

Externe Qualitätssicherung in der Perinatalogie und Neonatologie

In der Broschüre „SÄCHSISCHE PERINATAL- UND NEONATALERHEBUNG 1997“, die im Dezember 1998 veröffentlicht wurde, werden die Landesstatistiken des Erhebungsjahres 1997 veröffentlicht und die Ergebnisse durch die Arbeits-

gruppe Perinatalogie/Neonatologie kommentiert. Die Broschüre ist nicht nur für Gynäkologen und Pädiater von Interesse. Sie kann kostenfrei in der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer angefordert

werden: fernmündlich unter der Telefonnummer (03 51) 8 26 73 84 oder schriftlich unter der Anschrift Postfach 10 04 65, 01074 Dresden.

Zwischen- und Abschlußprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche **Zwischenprüfung** im Ausbildungsberuf „Arzthelferin“ an folgendem Termin durch:

**Freitag, den 16. Juli 1999,
8.00 - 10.00 Uhr**

Die Zwischenprüfung findet an folgenden Prüfungsorten statt:

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10
09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum Wirtschaft und Gesundheit
Wielandstraße 51
08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum Wirtschaft und Soziales
Joliot-Curie-Straße 3
02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

Berufliches Schulzentrum 9 Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160
04207 Leipzig

Berufliches Schulzentrum Torgau
Repitzer Weg 10
04860 Torgau

Die Schülerinnen oder Umschülerinnen gehen anschließend wieder zum Unterricht oder in die Arztpraxis. Die Freistellung zur Zwischenprüfung (§ 7 Berufsbildungsgesetz) umfaßt nur den Zeitraum der Prüfung.

Teilnehmerinnen an der Zwischenprüfung sind Schülerinnen des zweiten Ausbildungsjahres und Umschülerinnen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat auf den bereitgestellten Formularen bis zum 5.5.1999 zu erfolgen.

Die **Teilnahme** an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz eine der **Zulassungsvoraussetzungen** für die Teilnahme an der **Abschlußprüfung**.

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche **Abschlußprüfung** im Ausbildungsberuf „Arzthelferin“ an folgendem Termin durch:

**Freitag, den 28. Mai 1999,
8.00 - 14.15 Uhr**

Folgende Prüfungsorte wurden festgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Technik I
Park der OdF 1
09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Gesundheit
Wielandstraße 51
08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Soziales
Joliot-Curie-Straße 3
02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

Berufliches Schulzentrum 9 Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160
04207 Leipzig

Berufliches Schulzentrum Torgau
Repitzer Weg 10
04860 Torgau

Die Termine für die praktische Prüfung werden voraussichtlich im Zeitraum vom 16. 6. 1999 bis 10. 7.1999 liegen.

Zur Abschlußprüfung am 28. 5. 1999 können zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. 7. 1999 endet.

2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

3. Zulassung in besonderen Fällen gemäß § 40 Berufsbildungsgesetz

3.1 Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 - 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem **31. 7. 1999** endet, können den Antrag auf **vorzeitige Zulassung** um maximal sechs Monate zur Abschlußprüfung stellen (§ 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), wenn die Leistungen das rechtfertigen.

Dabei sind gemäß Beschluß des Berufsbildungsausschusses vom 4.12.1993 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen Heft 1/1994, S. 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 Berufsschulunterricht vermittelten Lehrstoffes - soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist - müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

3.2 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 erhalten die auszubildenden Ärzte oder bei Ziffer 2. und 3.2. die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer. Für die Anmeldung zur Abschlußprüfung sind die Unterlagen vollständig bis spätestens **25. 3. 1999** einzureichen (gemäß § 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). Bei Antrag auf **vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis** sind zusätzlich die Nachweise gemäß Ziffer 3.1. und 3.2. zum gleichen 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 gewünschten Prüfungstermin am **28. 5. 1999** in Frage gestellt ist.

Veronika Krebs
Ltd. Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

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, 01099 Dresden.

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 Freiberg
1 FA für Allgemeinmedizin

in einer Gemeinschaftspraxis

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.02.1999 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 Chemnitzer Land
1 Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.02.1999 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 des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Planungsbereich
Landkreis Sächsische Schweiz
1 FA für Augenheilkunde

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 26.02.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Leipziger Land
1 FA für Kinderheilkunde

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

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 05.03.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Leipziger Land
1 FA für Allgemeinmedizin

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

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 05.03.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Leipziger Land
1 FA für Allgemeinmedizin

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

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 05.03.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Leipzig-Stadt
1 FA für Chirurgie

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

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 05.03.1999 an die o.g. Bezirksstelle.

J. Schorch¹, M. H. Seegenschmiedt²

Chancen und Grenzen der Strahlentherapie entzündlich-degenerativer Skeletterkrankungen

Einleitung

Die Strahlentherapie gutartiger und nicht-maligner Erkrankungen hat in der Geschichte der Radiotherapie eine lange Tradition. So wurde z. B. der analgetische Effekt bereits 2 Jahre nach Entdeckung der Röntgenstrahlen beschrieben (Goeth 1897). In der Zeit des Suchens nach festumrissenen klinischen Indikationen zur Strahlentherapie im ersten Viertel dieses Jahrhunderts beschäftigten sich die Radiotherapeuten weit mehr mit der Behandlung gutartiger Läsionen als mit der Bestrahlung von Malignomen (Meyer 1925). Aus bitteren Erfahrungen über unerwünschte

Späteeffekte am Normalgewebe und aus früh einsetzenden experimentellen Beobachtungen lernte man im Laufe der Jahrzehnte immer besser den indikationsgerechten Umgang mit der fraktionierten ionisierenden Strahlung. In Deutschland wurde dabei auch in Zeiten der sich entwickelnden physiotherapeutischen und pharmakologischen Alternativen nie die Bestrahlung gutartiger Prozesse ganz aus den Augen verloren. Sie ist auch heute noch eine ganz normale kassenärztliche Leistung im Spektrum vieler anderer Möglichkeiten.

Die Strahlentherapie schmerzhafter Er-

Aus der Strahlentherapie-Praxis
Dresden-Friedrichstadt¹
und der Klinik für Radioonkologie,
Strahlentherapie und
Nuklearmedizin, Alfried-Krupp-
Krankenhaus Essen²

krankungen des Bewegungsapparates erlebt zur Zeit wieder eine Renaissance. So hat sich in der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie eine Arbeitsgemeinschaft „Gutartige Erkrankungen“ etabliert. Sie hat sich nicht nur zum Ziel gesetzt, neue Indikationen zur Behandlung nichtmaligner Erkrankungen in die klinische Praxis einzuführen (Tab. 1), sondern auch bewährte Methoden zu optimieren und Leitlinien für die Anwendung bei verschiedenen Krankheitsbildern zu erstellen. Darüber hinaus laufen zur Zeit in Deutschland mehrere randomisierte Studien zur Dosisoptimierung bei der Bestrahlung entzünd-

Tabelle 1: Strahlentherapie nichtmaligner Erkrankungen**1. Neue Indikationen:**

- Prophylaxe von heterotopen Ossifikationen nach Hüftgelenkersatz und bei Querschnittgelähmten
- Prophylaxe von Re-Stenosen nach Stentimplantation
- Feuchte Makuladegeneration

2. Bewährte Indikationen:

- Rezidivprophylaxe von Keloiden
- Nichtmaligne Hauterkrankungen (z. B. chronisches Ekzem, Psoriasis)
- Degenerativ-entzündliche Skeletterkrankungen (Styloiditis, Epikondylopathie, Periarthritis humeroscapularis, Kalkaneodynie, HWS-Syndrom)
- Degenerative Erkrankungen (Koxarthrose; Omarthrose, Gonarthrose, Rhizarthrose)

lich-degenerativer, hypertrophischer und anderer Krankheitsprozesse.

In der Regel wird die Überweisung von Patienten zur Strahlentherapie von vielen praktischen Ärzten und Orthopäden aus Unkenntnis nicht vorgenommen oder als Ultima ratio angesehen, nachdem alternative Therapiemethoden wie Massagen, Krankengymnastik, physikalische Therapie, Ultraschall, Akupunktur, steroidale und nichtsteroidale Antiphlogistika sowie lokale Injektionsbehandlungen keine lang anhaltende Besserung des Leidens erreichen konnten. Andererseits ist der Strahlentherapeut auf der Grundlage strahlenschutzgesetzlicher Bestimmungen verpflichtet, die ionisierende Strahlung möglichst erst einzusetzen, wenn alternative Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Dieses muß im Vorfeld der Bestrahlung im Aufklärungsgespräch mit dem Patienten besprochen werden.

Bei der Tumorstrahlentherapie stellt die Zell-DNS bekanntermaßen den Hauptangriffsort der ionisierenden Strahlung dar. Mit steigender Dosis nimmt die Wahrscheinlichkeit der Tumornekrose zu. Völlig anders liegen die Verhältnisse bei der Bestrahlung gutartiger Erkrankungen. Die zellulären Grundlagen und Mechanismen für die analgetische Wirkung der Bestrahlung degenerativer entzündlicher Veränderungen sind experimentell kaum belegt. Folgende Wirkungsketten werden jedoch diskutiert:

- a) Verbesserung der Gewebepfusion und Einfluß auf Gefäßendothelien
- b) Zerstörung von Entzündungszellen im

Exsudat, insbesondere von Lymphozyten und Freisetzung von Zytokinen sowie proteolytischen Enzymen

- c) Beeinflussung des autonomen vegetativen Nervensystems
- d) Umwandlung der Gewebsazidose in eine Gewebsalkalose über verschiedene Stoffwechselvorgänge

Interessant ist, daß bei variierenden Einzel- und Gesamtdosen in den verschiedenen strahlentherapeutischen Einrichtungen bislang keine positive Dosis-Wirkungsbeziehung gefunden werden konnte (Trott 1994). Daher bemüht man sich zur Zeit in Dosisfindungsstudien um die Anwendung einer möglichst niedrigen Strahlendosis ohne Reduzierung der analgetischen Wirkung. Kammerer et al. (1988) konnten z. B. beim Vergleich der Bestrahlungsergebnisse der Epikondylitis humeri keine Unterschiede zwischen einer Dosierung von 3x2 Gy und 10x0,3 Gy finden. Die fehlende Korrelation zwischen Dosishöhe und Effekt und die oben angeführten möglichen pathophysiologischen Abläufe

im Gewebe weisen auf völlig andere Wirkmechanismen bei der Strahlentherapie gutartiger und bösartiger Erkrankungen hin.

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, Indikationen, Möglichkeiten und Grenzen der Strahlentherapie degenerativer und entzündlicher Erkrankungen des Bewegungsapparates aufzuzeigen.

Im folgenden sollen die für die Strahlentherapie geeigneten Krankheitsbilder besprochen werden.

Epikondylopathia humeri

(Tennis- oder Golferarm)

Als schmerzauslösende Faktoren gelten permanente fein- und grobmotorische Tätigkeit, abrupte Extremlastung des Armes und ungeschickte Bewegungen bei sportlicher Belastung ohne Training, Traumen, mechanische Irritationen der Bursa am Radiuskopf sowie das Entrapment-Syndrom des Ramus profundus nervi radialis. Radiologisch ist nur selten ein morphologisches Korrelat zu sehen. Differentialdiagnostisch muß ein HWS-Syndrom ausgeschlossen werden.

Nächtliche Schmerzen, Dauer- und Ruheschmerzen sowie Anlaufschmerzen sind in ca. 80 % der Fälle gut zu beeinflussen (Seegenschmiedt et al. 1997). Belastungsschmerzen sprechen etwas schlechter an (54 %). Durch die Schmerzlinderung wird gleichzeitig eine deutliche Besserung der Armfunktion erreicht. Eine sehr lange Anamnesedauer, eine hohe Zahl von Vorbehandlungen sowie die Ruhigstellung mit Gipstutor sind negative prognostische Faktoren. Sie sind gleichzeitig Ausdruck eines „chronischen Schmerzsyndroms“.

Tab. 2 zeigt eine Literaturübersicht über die Ergebnisse nach Strahlentherapie der

Tabelle 2: Literaturübersicht: Strahlentherapie bei Epikondylopathia humeri

| Autor | CR % | PR % | CR+PR % | NR % |
|----------------------------|------|------|---------|------|
| Hess et al. 1955 | 54 | 35 | 89 | 11 |
| Wieland et al. 1965 | 60 | 13 | 73 | 27 |
| Gärtner 1988 | 59 | | | |
| Kammerer et al. 1990 | 29 | 58 | 87 | 13 |
| Sautter-Bihl 1993 | 13 | 60 | 73 | 27 |
| Seegenschmiedt et al. 1997 | 50 | 35 | 85 | 15 |

CR: beschwerdefrei, PR: gebessert, NR: nicht gebessert

Epicondylopathia humeri.

Alternative Behandlungsverfahren stehen zur Verfügung. Dazu zählen physikalische, krankengymnastische, lokale und systemische medikamentöse Maßnahmen. Sie schließen aber eine spätere Strahlentherapie nicht aus. Ebenso kann nach einer Operation ohne den gewünschten Erfolg eine Strahlentherapie durchgeführt werden und umgekehrt. Aus strahlentherapeutischer Sicht stellt die Bestrahlung keine Konkurrenz zu anderen Behandlungsmodalitäten dar, sondern ergänzt sinnvoll die Palette der therapeutischen Optionen.

Fersensporn

Die Diagnose „plantarer Fersensporn“ wird aufgrund der charakteristischen Spornbildung am Tuberculum mediale calcanei gestellt. Dorsale Fersensporne mit gelegentlichem Einwachsen in die Achillessehne verursachen wesentlich seltener einen Fersenschmerz. Die Therapie zielt nicht auf die Beseitigung des Sporns, sondern auf die Beseitigung von sekundären Reizerscheinungen. Alternative Therapien sind lokale Injektionen (Kortikosteroide, Lokalanästhetika). Systemisch können Antiphlogistika oder Analgetika eingesetzt werden. Eine physikalische Therapie sowie Schuheinlagen wirken unterstützend. Operative Maßnahmen werden nur sehr zurückhaltend eingesetzt.

Tab. 3 zeigt die Ergebnisse nach Strahlentherapie beim plantaren Fersensporn. Eine komplette Schmerzremission tritt in bis zu 74 % der Fälle ein. Interessant ist, daß Seegenschmiedt und Mitarbeiter (1996) in einer univarianten Analyse die Symptom-

dauer, die Schmerzschwelle und die Schmerzart als Prognosefaktoren für unzureichendes Ansprechen gefunden haben. Je länger die Beschwerden bestanden, um so geringer waren die Erfolgsaussichten. Je stärker die Beschwerden waren und je geringer die Schmerzschwelle war, desto besser war das Behandlungsergebnis nach Radiotherapie. Geschlecht, Alter, Körpergröße und Gewicht sowie Röntgenbefunde und Vortherapie waren bei diesen Untersuchungen ohne Einfluß auf das Therapieresultat. Hervorzuheben ist, daß der Entschluß zur Strahlentherapie nicht zu spät erfolgen sollte, da nach Ablauf von 6 Monaten die Erfolgsaussichten insgesamt schlechter werden, was als Hinweis auf das Eintreten eines „chronischen Schmerzsyndroms“ gewertet werden muß.

Periarthritis humeroscapularis

Die Periarthritis humeroscapularis stellt kein einheitliches Krankheitsbild dar. So können Entzündungen in der Umgebung des Gelenkes und Verkalkungen der Bursa subacromialis für die zum Teil erhebliche Bewegungseinschränkung und die chronischen Schmerzen verantwortlich sein.

Die Literatur zeigt, daß bei rund 80 % der Fälle durch die Radiotherapie eine Reduktion der subjektiven Beschwerden eintritt. Die Schmerzlinderung ist immer verbunden mit einer Verbesserung der Beweglichkeit im Schultergelenk. Negative prognostische Faktoren sind lange Anamnese-dauer (länger als zwei Jahre) sowie das Ausmaß der degenerativen Gelenkveränderungen (ausgeprägte Verkalkungen oder Verknöcherungen).

Tab. 4 gibt einen Literaturüberblick über die Ergebnisse nach Strahlentherapie bei der Periarthritis humeroscapularis.

Der Wirkungseintritt nach Behandlung ist häufig sehr unterschiedlich. Patienten mit einer vorübergehenden Schmerzzunahme nach den ersten Bestrahlungen verspürten in > 50 % bereits während der Therapie eine Schmerzbesserung. Der endgültige Behandlungserfolg kann jedoch frühestens nach 3 Monaten beurteilt werden. Bei Restbeschwerden sollte auf jeden Fall eine 2., ggf. sogar eine 3. Bestrahlungsreihe angeschlossen werden.

Wichtig ist die Frage nach der Dauer des Therapieerfolges. Lindner et al. (1982) berichten, daß nach 5 Jahren 61 % der Patienten eine Besserung der Beschwerden angaben. Seegenschmiedt et al. gaben sogar eine Zeitspanne von bis zu 8 Jahren an.

Arthrosis deformans (Omarthrose, Rhizarthrose, Gonarthrose, Koxarthrose)

Synonyme: Osteoarthrosis deformans, Arthropathia deformans, Arthritis deformans
Unter diesem Begriff werden verschiedene degenerative Prozesse an den Gelenken wie z. B. Knorpelzerstörung, Knochenumbau und Knochenneubildung, Alterationen an der Gelenkkapsel und der Synovia zusammengefaßt. Meistens ist dabei eine begleitende reaktive Synovialitis für die belastungsunabhängigen Schmerzen verantwortlich. Die Beschwerden begleiten daher die Patienten auch in Ruhe und nachts und führen oft zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität.

In den letzten Jahrzehnten ist der Einsatz der Radiotherapie bei degenerativ ent-

Tabelle 3: Literaturübersicht: Strahlentherapieergebnisse beim plantaren Fersensporn

| Autor | CR % | PR % | CR+PR % | NR % |
|----------------------------|------|------|---------|------|
| Wieland et al. 1965 | 74 | 13 | 87 | 13 |
| Mitrov et al. 1967 | 50 | 38 | 88 | 12 |
| Basche et al. 1980 | 32 | 58 | 90 | 10 |
| Mantell 1986 | 53 | 12 | 65 | 35 |
| Sautter-Bihl 1993 | 60 | 20 | 80 | 20 |
| Seegenschmiedt et al. 1997 | 71 | 22 | 93 | 7 |

Tabelle 4: Literaturübersicht: Strahlentherapieergebnisse bei Periarthritis humeroscapularis

| Autor | CR % | PR % | CR+PR % | NR % |
|-------------------------|------|------|---------|------|
| Jenkinson et al. 1952 | 43 | 50 | 93 | 7 |
| Hess et al. 1955 | 50 | 36 | 86 | 14 |
| Wieland et al. 1966 | 55 | 36 | 91 | 9 |
| Keinert et al. 1972 | 50 | 46 | 90 | 10 |
| Hassenstein et al. 1979 | 43 | 31 | 74 | 26 |
| Lindner et al. 1982 | 17 | 59 | 74 | 26 |
| Sautter-Bihl 1993 | 33 | 37 | 70 | 30 |
| Keilholz et al. 1997 | 49 | 32 | 81 | 19 |

CR: beschwerdefrei, PR: gebessert, NR: nicht gebessert

CR: beschwerdefrei, PR: gebessert, NR: nicht gebessert

zündlichen Erkrankungen zugunsten systemischer und lokaler antiphlogistischer Therapiemaßnahmen und des Gelenkersatzes (Knie-, Hüftendoprothese) zurückgegangen.

Obwohl die Strahlentherapie nur eine symptomatische Maßnahme ist, kann sie im Gegensatz zu vielen konservativen Maßnahmen auch hier eine langfristige Beschwerdefreiheit herbeiführen. So berichten mehrere Autoren über eine zwei Jahre anhaltende Beschwerdefreiheit zwischen 76 und 45 %. Ein prognostisch ungünstiger Parameter ist dabei eine Symptombdauer von > 2 Jahren. Patienten mit „diffusen Schmerzangaben“ und mit objektiven Befunden wie Krepitation, Gelenkdeformation sowie ausgeprägten röntgenologischen Zeichen scheinen ebenfalls schlechter auf die Bestrahlung anzusprechen. Günstige Parameter sind ein Alter < 80 Jahre und eine „idiopathische Genese“ der Erkrankung.

Tab. 5 zeigt eine Literaturübersicht über die Erfolgsaussichten bei degenerativ entzündlichen Veränderungen.

Alternative Behandlungsformen sind systemische und lokale Applikation von steroidalen und nichtsteroidalen Antiphlogistika, die z. T. erhebliche und gravierende Nebenwirkungen haben, z. B. Ulzera. Nur die operativen Maßnahmen stellen bei der Arthrose eine kausale Therapie dar. Häufig schränken jedoch internistische Kontraindikationen oder die ablehnende Haltung der Patienten die Durchführung der Operation ein. Die Strahlentherapie stellt auch hier eine kostengünstige und oft lang anhaltend wirksame Behandlungsoption dar.

Therapienebenwirkungen

Die durch die Radiotherapie möglicherweise bedingten Nebenwirkungen sind in die Nutzen-Risiko-Abwägungen einzubeziehen. Zu unterscheiden sind somatische Risiken (Gonadenbelastung, Belastung der gesunden Körpergewebe) von dem Risiko der Tumorinduktion. Die Gonadenbelastung spielt bei älteren Patienten keine Rolle. Sie wird bei der Bestrahlung der oberen Extremitäten mit 1 mGy am Ovar und 0,2 mGy am Hoden angegeben und entspricht in etwa der Belastung durch eine Röntgenuntersuchung. Bei der Strahlentherapie der Gonarthrose und Koxar-

Tabelle 5: Literaturübersicht: Strahlentherapieergebnisse bei Arthrosis deformans

| Autor | CR % | PR % | MR % | CR+PR+MR % | NC % |
|-------------------|---------|---------|---------|---------------|---------|
| Cocci 1943 | 25 | | 45 | 70 | 30 |
| Reichel 1949 | 8 | 43 | 29 | 80 | 20 |
| Glauner 1951 | 15 | | 70 | 85 | 15 |
| v. Pannewitz 1953 | 63 | | 23 | 86 | 14 |
| Barth 1961 | 9 | 42 | 26 | 77 | 23 |
| Zschache 1972 | 6 | 36 | 43 | 85 | 15 |
| Hess 1982 | | 44 | 22 | 66 | 34 |
| Keilholz 1997 | 19 | 22 | 22 | 63 | 37 |

CR: beschwerdefrei, PR: wesentlich gebessert, MR: gebessert, NR: nicht gebessert

throse ist die Belastung mit 48 bis 975 mGy am Ovar und 153 bis 387 mGy am Hoden größer (Seegenschmiedt et al.). Hier muß, insbesondere bei jüngeren Patienten mit Kinderwunsch, eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Analyse durchgeführt werden. Bei Frauen im gebärfähigen Alter muß eine Schwangerschaft ausgeschlossen sein.

Die Strahlenbelastung der übrigen Körpergewebe ist so gering, daß somatische Schäden kurz- und langfristig nicht zu erwarten sind.

Das Risiko einer Tumorinduktion bei erwachsenen Patienten > 40 Jahre mit den zur Anwendung kommenden niedrigen Dosen im Bereich zwischen 3 und 6 Gy muß insgesamt als sehr gering eingeschätzt werden (Levitt 1995). Die bei der Strahlentherapie von nichtmalignen Erkrankungen angewandten Dosen liegen deutlich unter denen bei Malignomen. In Deutschland ist in der Literatur noch keine Tumorinduktion nach einer Strahlentherapie wegen einer gutartigen Erkrankung im Erwachsenenalter beschrieben worden (Sauerwein et al., 1984, Jung 1997). In jedem Fall ist jedoch der Strahlentherapeut verpflichtet, auf das prinzipiell bestehende Risiko einer Tumorinduktion bei Anwendung einer ionisierenden Bestrahlung hinzuweisen.

Zusammenfassung

Die Strahlentherapie bei degenerativ entzündlichen Erkrankungen des Skeletts ist bei nahezu fehlenden Nebenwirkungen eine äußerst wirksame und sehr kostengünstige Ergänzung oder Alternative zu den anderen, oft langwierigen konservati-

ven Behandlungen. Wegen der geringeren Wirksamkeit bei einer langen Symptombdauer sollte die Strahlentherapie nicht zu lange hinausgezögert werden (< 12 Monate). Bei gutem analgetischem Effekt in 70 - 80 % der Fälle kann eine Operation bei Risikopatienten hinausgeschoben oder gar vermieden werden.

Korrespondenzanschrift:
Prof. Dr. Johannes Schorch
Friedrichstraße 41
01067 Dresden

Literatur beim Verfasser

Artikel eingegangen: 19. 2. 1998
Artikel angenommen: 20. 3. 1998

Morbus Hodgkin - neue Aspekte zu Diagnostik und Therapie

Aus dem Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus der
Technischen Universität Dresden
Medizinische Klinik
und Poliklinik I

Einleitung

Dank des optimierten Einsatzes von Chemo- und Strahlentherapie gehört der Morbus Hodgkin neben den Hodentumoren seit langem zu den Tumorerkrankungen mit den höchsten Heilungsraten bei Erwachsenen. Nicht zuletzt durch die Zusammenarbeit in multizentrischen Studien konnten die Therapieergebnisse in den letzten Jahren weiter verbessert werden. In Sachsen sind sieben Einrichtungen an der Deutschen Hodgkin Lymphom Studie beteiligt. Seit 1993 wurden über 120 sächsische Patienten in die laufenden Studien eingebracht. Anhand der Vorgehensweise dieser Studiengruppe soll nach einem allgemeinen Überblick eine Empfehlung zur aktuellen diagnostischen Strategie sowie eine Darstellung neuerer, inzwischen auch in Sachsen mehrfach verfügbarer diagnostischer (z. B. PET) und therapeutischer (z. B. Blutstammzelltransplantation) Verfahren erfolgen.

Historisches

Der Morbus Hodgkin wurde von Thomas Hodgkin erstmals im Jahre 1832 beschrieben und für eine benigne chronisch-entzündliche der Tuberkulose ähnliche Erkrankung (Lymphogranulomatose) gehalten. Heute ist bekannt, daß es sich um eine maligne lymphatische Systemerkrankung handelt.

Biologie des Hodgkin-Lymphoms

Die Diagnose basiert auf dem histologischen Nachweis pathognomonischer, das maligne Substrat bildender einkerniger Hodgkin- und mehrkerniger Reed-Sternberg-Riesenzellen (H-RS-Zellen). Aufgrund der kleinen Zahl dieser Tumorzellen im befallenen Gewebe wird der Ursprung der H-RS-Zellen seit Jahren kontrovers diskutiert. Die genaue Pathogenese des Hodgkin-Lymphoms, das die Merkmale einer Neoplasie mit den Zeichen einer Infektionskrankheit vereinigt, ist bis heute unverständlich. Aktuelle Untersuchungen weisen darauf hin, daß H-RS-Zellen eine klonale B-Zell-Population darstellen, die sich von lymphatischen B-Zellen aus dem Bereich des Keimzentrums der Lymphknoten ableiten. Bei der malignen Transformation dieser genetisch veränderten („verkrüppelten“) B-Zellen scheinen Viren eine entscheidende Rolle zu spielen

(1). Epidemiologische Studien zeigten eine überzufällige Häufung von Hodgkin-Lymphomen nach infektiöser Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber) und legen damit nahe, daß sich die Erkrankung aus einem primär infektiösen Prozeß entwickelt. Das Epstein-Barr-Virus (EBV)-Genom ließ sich in industrialisierten Ländern bei 40 - 60 % der Hodgkin-Patienten im Zellkern der H-RS-Zellen nachweisen. Die EBV-vermittelte Aktivierung des Onkogens bcl-2 könnte ein möglicher Mechanismus sein, der die Zellen vor dem Eintritt in den programmierten Zelltod (Apoptose) bewahrt. Als weiteres pathogenetisches Agens wird neben dem Humanen Herpes Virus 8 (HPV 8) auch das Humane Immundefizienz Virus (HIV) diskutiert, welches zwar keine direkte kausale Rolle zu spielen scheint, aber für HIV-Träger das Risiko, an einem Hodgkin-Lymphom zu erkranken, um den Faktor fünf bis acht erhöht.

Histologisch wurden seit der Rye-Konferenz von 1966 bisher vier Subtypen differenziert. Nach dem Vorschlag der International Lymphoma Study Group wurden 1994 die bisherigen Subtypen noduläre Sklerose, Mischtyp, lymphozytenarmer und lymphozytenreicher Typ als „klassischer Morbus Hodgkin“ zusammengefaßt und vom klinisch und prognostisch sich deutlich unterscheidenden lymphozytenprädominanten Typ (Paragranulom mit Nachweis sog. „Popkornzellen“) differenziert. Die zukünftige WHO-Klassifikation wird diese neue Unterscheidung beinhalten.

Inzidenz und Epidemiologie

Bei einer jährlichen Krankheitsinzidenz von etwa 3 Personen pro 100.000 Einwohner wird die Zahl der in Deutschland pro Jahr neu erkrankten Menschen auf etwa 2.400 geschätzt. Der Grund für ein häufigeres Auftreten bei Männern ist ebenso unbekannt wie die Beobachtung, daß die Inzidenz bei Frauen mit zunehmender Kinderzahl abnimmt. Der Morbus Hodgkin ist eine Erkrankung des jungen Erwachsenen. In westlichen Ländern manifestiert sie sich meist um das 25. Lebensjahr, ein zweiter Altersgipfel besteht um das 60. Lebensjahr.

Symptomatik

Leitsymptom ist eine asymptomatische Lymphknotenschwellung. Die häufigste Primärlokalisation ist mit 80 % der Halsbereich gefolgt von mediastinalen Lymphomen (30 %), die bei großer Ausdehnung oft mit einem persistierenden Reizhusten assoziiert sind. Seltener Manifestationen sind die Axilla, die Inguinalregion sowie das Abdomen. Bei etwa 30 % der Patienten bestehen darüber hinaus bereits initial unspezifische Allgemeinsymptome. Neben den B-Symptomen Fieber über 38 °C, Nachtschweiß und Gewichtsabnahme (mehr als 10 % innerhalb von 6 Monaten), die durch die Zytokinproduktion (vorwiegend TNF, IL1 und IL6) der H-RS-Zellen erklärt werden, klagen einige Patienten über Juckreiz (10 - 25 %) und den sogenannten Alkoholschmerz (< 5 %), d. h. Schmerzen in den befallenen Lymphknoten nach bereits geringen Mengen Alkohol.

Diagnostik und Stadieneinteilung

Entscheidend für die Diagnose des Morbus Hodgkin ist die Lymphknotenexstirpation. Bei isoliertem mediastinalen Befall ist eine mediastinoskopische Gewebegewinnung einer Feinnadelpunktion vorzuziehen. Nach histologischer Sicherung muß eine präzise Bestimmung der Tumorausbreitung (Staging) erfolgen. Das klinische Staging (CS) beinhaltet neben einer genauen Anamnese die sorgfältige physikalische Untersuchung, eine Labor Diagnostik sowie bestimmte apparative Untersuchungen (Tabelle 1). Obligat sind ein Röntgen Thorax in zwei Ebenen, eine Hals- und Abdomensonographie, eine Computertomographie des Thorax und Abdomens mit Kontrastmittel, eine Skelett- oder Knochenmarkszintigraphie sowie eine Knochenmarkbiopsie möglichst beidseits vom Beckenkamm (die beidseitige Punktion erhöht die Sensitivität um etwa 10 %). Die explorative Laparotomie zum pathologischen Staging (PS) wird zunehmend in Frage gestellt. Ziel des mit einer Morbidität von 10 bis 20 % und einer Mortalität von etwa 1 % assoziierten Eingriffs war der Ausschluß eines okkulten infradiaphragmalen Befalls bei Patienten mit limitierter Krankheitsausbreitung. Einerseits setzt sich auch in den limitierten Stadien, früher eine Domäne der Strahlen-

Tabelle 1

| Staging-Untersuchungen | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Histologische Diagnosesicherung (Lymphknotenexstirpation, evtl. Mediastinoskopie) • Anamnese (B-Symptomatik ?) • klinische Untersuchung (Dokumentation aller Befallslokalisationen) • Labor: BSG, Blutbild mit Differentialblutbild, Elektrolyte, Kreatinin, Harnsäure, Gesamteiweiß, Albumin, ALAT, ASAT, Alkalische Phosphatase, LDH, löslicher Interleukin-2-Rezeptor (Verlaufsparameter bei prätherapeutischer Erhöhung) • apparative Diagnostik: <ul style="list-style-type: none"> ♣ obligat: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Röntgen Thorax in 2 Ebenen, EKG ➢ Computertomographie (mit Kontrastmittel) des Thorax ➢ Computertomographie (mit Kontrastmittel) des Abdomens ➢ Sonographie des Halses (oder Computertomographie) ➢ Sonographie des Abdomens ➢ Skelett- und/oder Knochenmarkszintigraphie ➢ Knochenmarkbiopsie (möglichst beidseits) mit Zytologie/Histologie ♣ fakultativ: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Leberbiopsie (bei infradiaphragmaler Lymphomanifestation und/oder AP > 3,8 µmol/s.l. und/oder Alter > 40 Jahre und kein Mediastinalbefall) ➢ Kernspintomographie (z. B. bei Verdacht auf Perikardinfiltration) ➢ Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei Restlymphomen nach Therapie zur Differenzierung von vitalem Lymphom und Narbe ➢ bipedale Lymphangiadenographie | |

Tabelle 2

| Stadieneinteilung der Ann Arbor Klassifikation (modifiziert) | |
|--|---|
| Stadium | befallene Lymphknotenregionen |
| I | 1 Lymphknotenregion oder 1 extranodaler Herd (IE) |
| II | ≥ 2 Lymphknotenregionen auf einer Seite des Zwerchfells |
| III | ≥ 2 Lymphknotenregionen auf beiden Seiten des Zwerchfells, |
| IV | disseminierter Befall eines oder mehrerer extralymphatischer Organe mit oder ohne Lymphknotenbefall |
| lymphatisches Gewebe: Lymphknoten, Milz (S), Thymus, Waldeyer'scher Rachenring | |
| Extranodalbefall (E): umschriebener Befall von extralymphatischem Gewebe | |

therapie, zunehmend die systemische Chemotherapie durch, andererseits konnte die E6-Studie der European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC) in einem randomisierten prospektiven Vergleich keinen Überlebensvorteil für die Laparotomie zeigen. Deshalb wird in den aktuellen Studien der Deutschen Hodgkin Lymphom Studien-Gruppe auf die obligate Staginglaparoto-

mie verzichtet und bisher stattdessen die Leberbiopsie gefordert. Eine im Rahmen des vierten „International Symposium on Hodgkin's Lymphoma“ vom 28. März bis 1. April 1998 in Köln von der deutschen Studien-Gruppe veröffentlichte retrospektive Analyse von 2.016 Patienten konnte bei bestimmten klinischen Konstellationen ein erhöhtes Risiko eines Leberbefalls identifizieren (2): ausschließlich infradia-

phragmale Lymphomanifestation, erhöhte Alkalische Phosphatase im Serum, Alter über 40 Jahre sowie fehlender Mediastinalbefall. Da die Leberbiopsie in den fortgeschrittenen Stadien III und IV nicht mehr notwendig zu sein scheint, wird diese im Rahmen der im Mai 1998 aktivierten Studien für frühe und intermediäre Stadien nur noch bei Vorliegen der genannten Kriterien empfohlen. Die bipedale Lymphangiadenographie wird heute noch bei fraglichen Befunden im Bereich des Abdomens und in Fällen, in denen der Nachweis oder Ausschluß solcher Lymphknoten die Therapieentscheidung beeinflussen würde, durchgeführt.

Die Tabelle 2 zeigt die Stadieneinteilung nach der modifizierten Ann Arbor Klassifikation.

Prognosefaktoren

Aufgrund wesentlicher Therapiefortschritte hat sich auch die Prognose in den letzten Jahren deutlich verbessert. Bei der Wahl der Therapiestrategie wird von den meisten Hodgkin-Studiengruppen die Zuordnung zu verschiedenen Prognosegruppen vorgenommen. Der wichtigste prognostische Faktor stellt das Tumorstadium (Ann Arbor) bei Diagnosestellung dar. Weitere mit einer schlechten Prognose korrelierte und in der Deutschen Hodgkin Lymphom Studien-Gruppe therapeutisch berücksichtigte Risikofaktoren sind ein großer Mediastinaltumor, ein extranodaler Befall, drei oder mehr befallene Lymphknotenareale sowie eine hohe Blutkörperchensenkungsreaktion (bei A-Stadien > 50 mm, bei B-Stadien > 30 mm nach Westergreen). Nach dem klinischen Staging werden Patienten mit limitierten, intermediären und fortgeschrittenen Stadien unterschieden. In den frühen und intermediären Stadien werden bezüglich der Frage einer frühzeitigen Identifizierung von rezidivgefährdeten Patienten Faktoren wie körperliche Symptome, Histologie, Anzahl der befallenen Regionen, Alter über 40 Jahre und das männliche Geschlecht mit einer ungünstigen Prognose in Verbindung gebracht. Aus den Daten von über 5.000 Patienten mit einem fortgeschrittenen Morbus Hodgkin konnten D. Hasenclever und Mitarbeiter (Universitätsklinikum Leipzig) sieben ungünstige Faktoren zur Abschätzung des individuel-

len Risikos („international prognostic factor“-Studie) definieren: niedriges Hämoglobin ($< 6,5$ mmol/l), niedriges Serumalbumin (< 40 g/l), Alter über 45 Jahre, Stadium IV, männliches Geschlecht, Leukozytose (> 15 Gpt/l), Lymphopenie ($< 0,6$ Gpt/l bzw. < 8 %). Mit Hilfe eines daraus erarbeiteten Prognoseindex sollte das Ausmaß der Aggressivität des therapeutischen Vorgehens bestimmt werden. Es wurde jedoch nur bei etwa 5 % aller Patienten eine fünfjährige progressionsfreie Überlebenszeit von weniger als 50 % vorausgesagt. Es ist noch nicht geklärt, ob diese Patienten von einer initial intensiveren Therapie profitieren. Der histologische Subtyp verliert aufgrund der verbesserten intensivierten Therapie heute zunehmend an Bedeutung und wird bei den aktuellen Therapiekonzepten nicht mehr berücksichtigt. Eine 1992 veröffentlichte Metaanalyse bestätigte jedoch die schlechtere Prognose des Mischtyps und des lymphozytenarmen Typs.

Therapie Therapieprinzipien

Die Behandlung von Patienten mit Morbus Hodgkin ist zu einem der bedeutendsten Erfolge der klinischen Medizin des zwanzigsten Jahrhunderts geworden. Die noch vor wenigen Jahrzehnten meist tödliche Erkrankung kann heute in Abhängigkeit von Stadium und Risikofaktoren in 60 - 90 % der Fälle geheilt werden. Der Morbus Hodgkin ist eine sehr chemotherapie- und strahlensensible Erkrankung. Die guten Therapieergebnisse sind jedoch nur zu erreichen, wenn die technisch anspruchsvolle Bestrahlung (Linearbeschleuniger in Großfeldtechnik) an Zentren mit entsprechender Erfahrung und technischer Ausstattung durchgeführt wird. Die verbesserten Therapiestrategien können außerdem nur im Rahmen multizentrischer Studien erarbeitet werden. Die Behandlung von Patienten mit Morbus Hodgkin sollte deshalb immer im Rahmen von Studien erfolgen. Aktuelle, am 1. Mai 1998 aktivierte Protokolle der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Deutschen Hodgkin Lymphom Studiengruppe (DHSG) sind das HD10- bzw. HD11-Protokoll für limitierte und HD11 für intermediäre Stadien. Patienten, die nicht in aktuelle Studien eingeschlossen werden,

sollten nur gemäß den jeweiligen Kontrollarmen (Standardarmen) behandelt werden.

Risikoadaptierte Therapie

In den frühen Stadien (Stadium IA und IIA ohne klinische Risikofaktoren) können heute über 90 % der Patienten geheilt werden. Gegenüber der früher alleine durchgeführten Strahlentherapie setzt sich als Alternative international zunehmend die Chemotherapie durch. Die unbefriedigende primäre Tumorkontrolle nach alleiniger Extended field-Bestrahlung - etwa 25 % dieser Patienten erleiden ein Rezidiv - hat in Hodgkin Studiengruppen zu einer kurzfristigen zytostatischen Therapie mit nachfolgender Bestrahlung geführt. Goldstandard der Chemotherapie ist dabei das ABVD-Schema (Doxorubicin, Bleomycin, Vinblastin und Dacarbazin). Die Rezidivraten liegen unter diesem Regime unter 5 %. Bei der nachfolgenden Radiotherapie genügt nach den bisherigen Studienergebnissen die Bestrahlung des Tumorgebietes (involved field-Bestrahlung). Eine solche Strategie ist im allgemeinen mit weniger akuter Toxizität und Langzeittoxizität assoziiert und führt meist auch zu keiner Infertilität.

Bei Patienten der mittleren Prognosegruppe (Stadium I und II mit Risikofaktoren, Stadium IIIA ohne Risikofaktoren) besteht international weitgehend Konsens, daß eine kombinierte Chemo-Strahlentherapie die Strategie der Wahl ist (rezidivfreies Überleben etwa 80 %). Nach den Auswertungen neuerer Studien scheint eine involved field - Bestrahlung gegenüber einer extended field - Bestrahlung keinen Wirkungsverlust zu bedeuten. Die bisherige in der deutschen Studiengruppe (DHSG) favorisierte zytostatische Kombination COPP (Cyclophosphamid, Vincristin, Procarbazine und Dacarbazin) alternierend mit ABVD wird in der neuen HD11-Studie verlassen. Hier wird das international auch in den fortgeschrittenen Stadien eingesetzte ABVD-Schema mit dem von der DHSG eingeführten BEACOPP-Schema in der basisdosierten Variante verglichen. Der Polychemotherapie folgt eine involved field - Bestrahlung, wobei ein weiteres Ziel in der aktuellen Studie die Bestimmung der optimalen Bestrahlungsdosis darstellt.

Während bei der intermediären Prognosegruppe ein Ziel die Verringerung der Toxizität bei gleicher Wirksamkeit darstellte, stand bei der ungünstigen Prognosegruppe (fortgeschrittene Stadien III und IV) die Dosisintensivierung der Primärtherapie bei bislang unbefriedigenden Langzeitergebnissen im Vordergrund. Grundlage für ein intensiveres Therapiekonzept ist die Erkenntnis, daß die zytostatische Therapie in den ersten zwei Monaten offensichtlich weit aggressiver sein sollte als lange Zeit angenommen. Mit dem bisherigen internationalen „Goldstandard“ des ABVD-Schemas konnte eine komplette Remissionsrate von etwa 75 % und eine Überlebensrate von nur 50 - 60 % nach fünf Jahren erreicht werden. Die deutsche Studiengruppe konnte die Rate der kompletten Remission mit dem BEACOPP-Schema (3), einer Weiterentwicklung des COPP-ABVD-Schemas, um ca. 20 % steigern. Das Schema in seiner Basisdosierung (BEACOPP II - Basis) stellt bereits wegen der zeitlichen Verkürzung gegenüber dem COPP/ABVD Schema (24 Wochen Therapiedauer statt 32 Wochen) ein intensiveres Protokoll dar. Es enthält außerdem Etoposid als neue Wirksubstanz. In der HD9-Studie der Deutschen Hodgkin Studiengruppe wurde COPP-ABVD (Arm A) gegen die BEACOPP-Basistherapie (Arm B) und eine eskalierte BEACOPP-Therapie mit der obligaten Gabe von G-CSF (BEACOPP II - gesteigert, Arm C) getestet. Die Rate der kompletten Remissionen lag in der Zwischenauswertung vom Februar 1998 im Arm A bei 83 %, im Arm B bei 88 % und im Arm C bei 95 %, die Progesserate ist mit 2 % im Arm C signifikant niedriger als im Arm A (13 %) und B (9 %). Aufgrund der Überlegenheit der BEACOPP-Protokolle wurde der Arm A aus ethischen Gründen vorzeitig abgebrochen. Im Überleben konnte bei insgesamt noch kurzer Beobachtungszeit kein Unterschied zwischen den Therapiearmen nachgewiesen werden. Die kürzlich aktivierte HD12-Studie hat zwei Hauptziele: Mit dem Ziel der Toxizitätsminderung wird geprüft, ob eine Reduktion des eskalierten BEACOPP Schemas auf die Basisdosierung in den letzten vier Zyklen ohne Effektivitätseinbuße durchgeführt werden kann. Es wird zweitens geprüft, ob nach einer effektiven Che-

motherapie eine konsolidierende Strahlentherapie in den fortgeschrittenen Stadien notwendig ist.

In einer derzeit laufenden BEACOPP-14-Pilotstudie wird die Therapiezeit von 24 auf 16 Wochen verkürzt, die relative Dosisintensität liegt damit zwischen den Armen B und C.

Inwieweit in fortgeschrittenen Stadien eine zusätzliche Bestrahlung die Langzeitergebnisse verbessern kann, ist noch nicht endgültig geklärt. Bis zum Beweis des Gegenteils sollte die Strahlentherapie zur Verbesserung der Therapieergebnisse eingesetzt werden. Bei der sog. „Bulky disease“ (Lymphom über 5 cm Durchmesser), insbesondere mit mediastinaler Lokalisation, scheint die kombinierte Chemo-/Strahlentherapie tatsächlich bessere Ergebnisse zu liefern.

Die autologe Knochenmark- oder Blutstammzelltransplantation ist in der Primärtherapie bisher nicht etabliert. In den USA läuft derzeit eine Untersuchung, die den frühen Einsatz einer Hochdosischemotherapie mit der Standardtherapie (acht Zyklen ABVD) prospektiv und randomisiert vergleicht. Die myeloablative Chemotherapie mit Stammzellsupport kann derzeit für Patienten bis zu 60 Jahren empfohlen werden, die mit einer intensiven Induktionchemotherapie, z. B. BEACOPP, keine komplette Remission erreichen.

Rezidivtherapie

Vor Beginn einer Rezidivtherapie ist neben einer erneuten histologischen Sicherung der Diagnose Morbus Hodgkin (Differentialdiagnose Non Hodgkin-Lymphom als Zweitmalignom) ein komplettes Restaging zur genauen Erfassung der Krankheitsausbreitung erforderlich. Die Therapiestrategie sollte in Absprache mit einem erfahrenen onkologischen Zentrum erfolgen.

Die Wahl der therapeutischen Strategie hängt von Art und Umfang der initialen Therapie sowie vom zeitlichen Intervall bis zum Auftreten des Rezidivs ab.

Eine alleinige Strahlentherapie ist bei begrenztem nodalen Befall und vorausgegangener Remissionsdauer von mehr als 12 Monaten (Spätrezidiv) in Erwägung zu ziehen. In allen anderen Fällen muß meist individuell entschieden werden, ob eine kurative Vorgehensweise oder eine pallia-

tive Behandlung sinnvoll ist.

Durch eine Hochdosischemotherapie mit anschließender autologer Knochenmark- oder Blutstammzelltransplantation kann etwa die Hälfte der Patienten in eine komplette Remission gebracht werden, die bei 30 - 50 % anhält (4). Der Stellenwert dieser Therapie wurde in der deutschen Studiengruppe im HDR1-Protokoll geprüft, bei dem eine Hochdosischemotherapie (zwei Zyklen Dexamethason-BEAM-Polychemotherapie (5) mit anschließender Hochdosischemotherapie [BEAM-Schema] und autologer Stammzelltransplantation) mit einer konventionellen Rezidivtherapie (vier Zyklen Dexamethason-BEAM) randomisiert verglichen wurde. Die Interimsanalyse (8/1997) zeigte ein signifikant besseres krankheitsfreies Überleben (exakt: freedom from treatment failure, FFTF) von 55 % des Hochdosisarmes im Vergleich zu 30 % im konventionellen Therapiearm. Im Gesamtüberleben konnte bei der bisher kurzen Beobachtungszeit kein Unterschied nachgewiesen werden. Bei der Subgruppenanalyse war der Profit von der Hochdosischemotherapie bei den Patienten mit Frührezidiven (Rezidiv innerhalb der ersten 12 Monate nach der Primärtherapie) größer, bei denen nach zwei Zyklen Dexamethason-BEAM eine partielle oder komplette Remission nachweisbar war (sensitive relapse). Bei Spätrezidiven und kurativer Intention kann eine konventionelle Chemotherapie mit einem nicht kreuzresistenten Schema erfolgreich eingesetzt werden. Das Prozedere bei einem Rezidiv nach BEACOPP wird derzeit kontrovers diskutiert. International wird eine Hochdosischemotherapie bei Patienten mit einem Frührezidiv nach Polychemotherapie empfohlen, das auf eine Salvagetherapie, z. B. 2 Zyklen Dexamethason-BEAM, anspricht. Eine zukünftige Therapiestrategie bei dieser Patientengruppe könnte die allogene Transplantation mit dosisreduzierter Konditionierung und Ausnutzung eines auch beim Morbus Hodgkin vermuteten graft versus lymphoma - Effekts darstellen.

Neue immuntherapeutische Strategien beinhalten Therapien mit dem gegen das CD25-Antigen gerichteten Immuntoxin Ricin (6) sowie den Einsatz bispezifischer monoklonaler Antikörper mit Bindungsaktivität gegen das auf H-RS-Zellen weitgehend spezifisch exprimierte CD30-An-

tigen und das CD16-Molekül auf natürlichen Killerzellen (7). Ein weiterer immuntherapeutischer Ansatz könnte die Vakzination mit EBV-kodierten viralen Eiweißen (Peptiden) sein. Eigene Erfahrungen unterstreichen die Therapieoption des bereits in der gastroenterologischen Onkologie eingesetzten Nukleosidanalogons Gemcitabin bei Patienten mit therapierefraktären oder rezidivierten Hodgkin-Lymphomen.

Frühe Therapienebenwirkungen

Vor Beginn einer Chemo- und/oder Strahlentherapie sollte über die Möglichkeit einer Spermakryokonservierung aufgeklärt und diese nach Wunsch des Patienten eingeleitet werden. Im Gegensatz zu den MOPP-like Schemata erholte sich die Spermatogenese nach ABVD-Therapien in beinahe 100 %.

Dem in der Praxis tätigen Arzt fallen nicht nur in der Diagnostik, sondern auch während der Therapie wichtige Aufgaben zu. Bei den **Akuttoxizitäten** der Chemotherapie steht neben der Alopezie und der meist durch die modernen Antiemetika vom Typ der hochselektiven Serotoninantagonisten (z. B. Ondansetron, Tropisetron oder Dolasetron) heute beherrschbaren gastrointestinalen Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen) die Hämatotoxizität im Vordergrund. Mindestens einmal wöchentlich sollte eine Blutbildkontrolle durchgeführt werden. Der beim Morbus Hodgkin bestehende und durch die Therapie noch verstärkte Defekt der zellulären Immunantwort (T-Zell-Defekt) erklärt das erhöhte Risiko für schwer verlaufende Virusinfekte, z. B. Herpes zoster-Infektionen, sowie für durch Pilze oder Protozoen ausgelöste Erkrankungen. Bei neutropenischem Fieber ist die sofortige stationäre Einweisung und intravenöse Antibiotikatherapie lebensrettend. Die Entwicklung einer Vincristinpolyneuropathie (kumulativ ab 4 mg) mit Reflexausfall, distalen Sensibilitätsstörungen und seltenen distalen Paresen sollte frühzeitig erkannt werden, da sie bei rechtzeitiger Vincristinpause oder Dosisreduktion meist komplett reversibel ist. Unter einer Anthrazyklintherapie muß insbesondere bei rezidivierten Patienten die kumulative Grenzdosis von 550 mg/m² beachtet werden, über welcher das Risiko einer Kardiomyopathie deutlich ansteigt.

Nachsorge

Nach Therapieende ist der Patient in den ersten zwei Jahren vierteljährlich, im dritten und vierten Jahr alle 4 Monate und ab dem fünften Jahr halbjährlich einzubestellen. Ziele der Nachsorge ist die Erfassung von Rezidiven, Spättoxizitäten und Sekundärneoplasien. Obligate Bestandteile sind neben dem klinischen Status eine Laboruntersuchung einschließlich der BSG und der LDH sowie eine Sonographie und eine Röntgen Thoraxaufnahme. Ein häufiges Problem in der Nachsorge ist der Computertomographische Nachweis von Resttumoren, vor allem bei großen Mediastinaltumoren. Zur besseren Differenzierung vitalen Tumorgewebes von narbigen oder entzündlichen Veränderungen kann heutzutage die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) eingesetzt werden, die im Vergleich zu den konventionellen Schnittverfahren den Vorteil hat, den Tumorstoffwechsel zum Nachweis von Tumorkomplexion und Ausdehnung nutzbar zu machen. Mit F-18-2-Fluorodesoxyglucose (FDG) und PET steht ein geeignetes und hinreichend sensitives Nachweisverfahren zur in-vivo-Erfassung des tumoralen Glukosestoffwechsels zur Verfügung (8). Zu den relevanten **Spättoxizitäten** zählt die durch das im ABVD-Schema enthaltene Adriamycin induzierte späte Kardiotoxizität, die insbesondere in Kombination mit einer Mediastinalbestrahlung eine

frühere Manifestation einer koronaren Herzerkrankung zur Folge haben kann. Das Myokardinfarkttrisiko steigt nach einer Mediastinalbestrahlung von 40 Gy um den Faktor 2-10. Die Überwachung anderer kardiovaskulärer Risikofaktoren hat bei dieser Risikogruppe im Rahmen der Nachsorge deshalb einen besonderen Stellenwert. Die pulmonale Toxizität, bei der die Zytostatika Bleomycin und Cyclophosphamid sowie eine mediastinale Radiatio die Hauptfaktoren darstellen, kann sich in Lungenfibrosen und Pneumonitiden manifestieren. Eine Strahlenpneumonitis wird zwar oftmals diagnostiziert, ist jedoch nur in etwa 10 - 15 % klinisch bedeutsam. Weitere nicht maligne Langzeitnebenwirkungen sind neben Hypothyreosen gonadale Dysfunktionen. In Zukunft könnte die Gabe von GnRH-Analoga bei jungen Frauen zu einer wesentlich geringeren Schädigung der Ovarien führen (9). Besondere Aufmerksamkeit verdient das Auftreten von **Zweitmalignomen** nach erfolgreich therapiertem Morbus Hodgkin (10). Die Inzidenz wird in der Literatur sehr unterschiedlich mitgeteilt, in manchen Studien beträgt sie nach 15 Jahren über 15 %. Solide Tumoren sind überwiegend strahleninduziert, die Inzidenz steigt noch nach mehr als 20 Jahren an, die Rate korreliert mit der Strahlendosis; bei jungen Frauen nimmt das Risiko eines sekundären Mam-

makarzinoms mit abnehmendem Alter zum Zeitpunkt der Therapie zu. Nach Chemotherapien treten neben Non Hodgkin Lymphomen (etwa 2 %) akute, meist myeloische sekundäre Leukämien (etwa 2 %) nach einem Zeitintervall von drei bis zehn Jahren auf. Eine erhöhte Inzidenz wird nach Therapien mit dem im BEACOPP-Schema enthaltenen Epipodophyllotoxin Etoposid befürchtet. Bei der Zwischenauswertung der HD9-Studie der deutschen Studiengruppe im Februar dieses Jahres wurde ein höheres aber nicht signifikant höheres Risiko nach BEACOPP verglichen mit ABVD nachgewiesen. Die Beobachtungszeit ist bisher jedoch noch kurz. Nach Hochdosischemotherapien wurde bis heute keine Zunahme der Inzidenz von Sekundärneoplasien berichtet.

In Sachsen beteiligen sich folgende Einrichtungen an der Deutschen Hodgkin Lymphom Studiengruppe (Studienleiter: Prof. Dr. med. V. Diehl, Direktor der Klinik I für Innere Medizin der Universität zu Köln):

Klinikum Chemnitz, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, Universitätsklinikum Dresden, Universitätsklinikum Leipzig, Kreiskrankenhaus Radebeul, Kreiskrankenhaus Zittau und Städtisches Klinikum Zwickau.

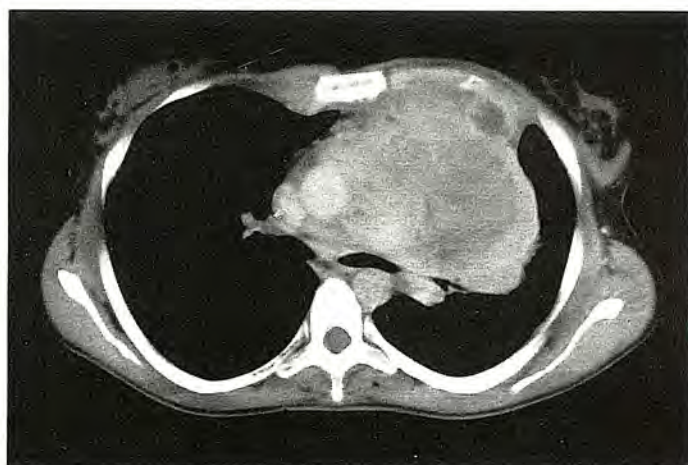
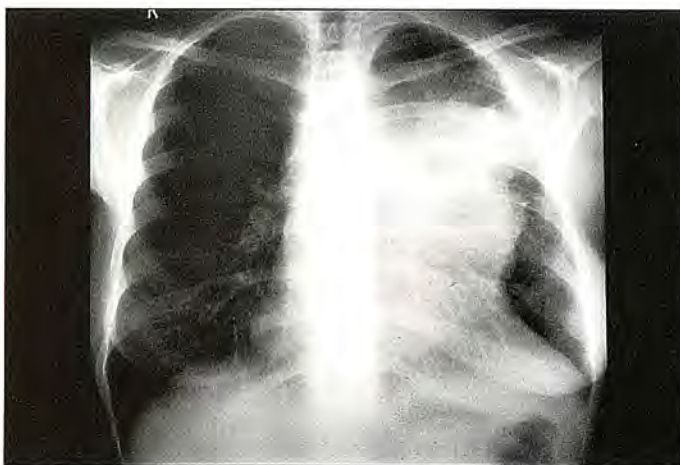
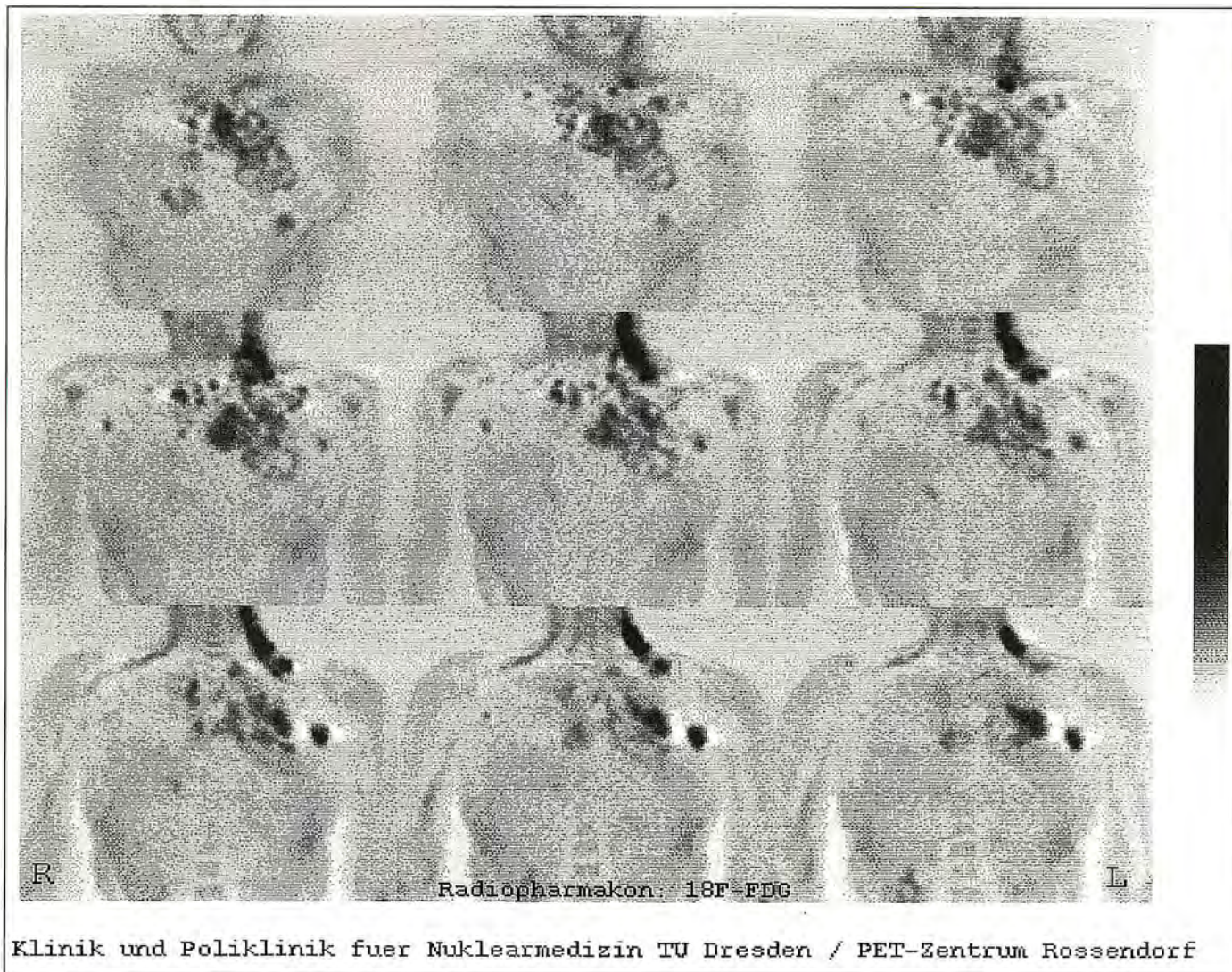


Abbildung 1:

Röntgen-Thoraxaufnahme und Computertomographie des Thorax bei einer 24-jährigen Frau mit großem Mediastinaltumor bei Morbus Hodgkin (mit freundlicher Genehmigung des Institutes und der Poliklinik für Radiologische Diagnostik)

**Abbildung 2:**

FDG-Positronen-Emissions-Tomographie (PET) der Patientin mit einem gegenüber der Umgebung erhöhten FDG-Uptake in den befallenen Regionen Hals (links), Mediastinum und axillär (links)
(mit freundlicher Genehmigung der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin)

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
OA Dr. med. Ralph Naumann
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der
Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel. (03 51) 4 58-0
e-mail naumann@oncocenter.de

Artikel eingegangen: 5. 8. 1998
Artikel angenommen: 22. 10. 1998

Zentrum für klinische Forschung in Sachsen

Für Sachsens Ärzte ergeben sich jetzt neue Möglichkeiten: An der Universität Leipzig wird ein Koordinierungszentrum für Klinische Studien aufgebaut, das Kliniker und Wissenschaftler der Region bei Design und fachgerechter Durchführung von klinischen Studien unterstützt. Gefördert wird das Projekt vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF).

Dieses hatte einen nationalen Wettbewerb unter allen 35 Universitätskliniken ausgeschrieben, um an sechs besonders leistungsfähigen Standorten in Deutschland Koordinierungszentren für Klinische Studien einzurichten. Ausgewählt wurden neben Leipzig die Universitäten Düsseldorf, Freiburg, Marburg und Tübingen. Magdeburg erhielt als weitere ostdeutsche Universität den Zuschlag. Die Universitäten werden in den nächsten sechs Jahren mit jeweils 4 Millionen DM vom Bund ausgestattet. Das Land Sachsen fördert das Leipziger Zentrum zudem mit 2,5 Millionen DM, weitere 1,5 Millionen DM werden über Drittmittel zur Verfügung gestellt. Eine dauerhafte finanzielle Hilfe ist nicht geplant, den neuen Zentren soll durch die Anschubfinanzierung vielmehr ermöglicht werden, erfolgreich andere Ressourcen zu erschließen und sich so zu stabilen selbsttragenden Langzeiteinrichtungen zu entwickeln.

Bereits seit drei Jahren fördert das BMBF die Universität Leipzig als Forschungseinrichtung für klinische Grundlagenforschung. Neben Leipzig konnte nur noch die Universität Tübingen beide Großprojekte gewinnen. Prof. Dr. Markus Löffler, wissenschaftlicher Leiter des Koordinierungszentrums für Klinische Studien Leipzig und Direktor des Institutes für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie der Universität Leipzig, sieht darin eine gute Möglichkeit, Grundlagen- und Anwendungsforschung besser zu verbinden. „Mit der Durchführung von hochwertigen Studien wird sich nicht nur die Wettbewerbsfähigkeit des Universitätsklinikums erheblich verbessern“, so Löffler, „sondern den Patienten können auch neue Behandlungsoptionen angeboten werden“.

Das Bundesministerium hofft, mit der Förderung der Koordinierungszentren weitere geeignete deutsche Studien auf internatio-

nales Spitzenniveau zu heben. „Die Anforderungen dafür sind in den vergangenen Jahren beträchtlich gestiegen“, erläutert Prof. Dr. Löffler, „angesichts der erheblichen finanziellen Risiken und der enormen Entwicklungskosten von über 200 Millionen DM für ein neues Arzneimittel, hat die Pharmaindustrie einige klinische Studien von beeindruckender Qualität durchgeführt“. Dennoch hätten gelegentlich unzureichende Sachkenntnis und geringere Kooperationsbereitschaft dazu geführt, daß immer weniger klinische Studien in Deutschland erarbeitet werden. Deutschland sei fast nur noch „Anwender“, so Löffler weiter, in anderen Ländern erprobte Medikamente oder Therapiekombinationen ständen den deutschen Patienten erst Jahre später zur Verfügung.

Das zu ändern ist ein Ziel der neuen Forschungszentren. Dazu muß sich aber auch durch bessere Aufklärung die Einstellung der deutschen Patienten zu klinischen Studien wandeln. Denn diese stehen den Studien bislang ziemlich reserviert gegenüber, oft aus Angst, als Versuchsobjekt mißbraucht zu werden. Dies ist zum Beispiel in den USA ganz anders. Ein Drittel der an Studien teilnehmenden Patienten würde sich selbst nach den für sie geeigneten Studien umsehen und per Internet die entsprechenden Einrichtungen suchen, erläutert Prof. Dr. Joachim Mössner, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Dies sollte auch für Deutschland gelingen. Das Leipziger Koordinierungszentrum plant für die Zukunft deshalb den Aufbau eines Informationsdienstes für Ärzte und Patienten, der über das Internet zugänglich sein soll. So erhalten die Patienten frühzeitig Zugang zu hochmodernen, neuen Therapieformen und die Gewähr, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandelt zu werden.

Neben der Initiierung klinischer Studien ist es das Ziel des Leipziger Koordinierungszentrums, fachübergreifend zu arbeiten und die Kompetenzen der verschiedenen ärztlichen Disziplinen einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit den Akademischen Lehrkrankenhäusern der Universität sowie Praxisverbänden ist ebenfalls geplant. Hinzu kommen diverse Trainings- und Ausbildungsprogramme. „Forschungsschwerpunkte des Koordinierungszentrums für Klinische Studien

Leipzig werden die Gebiete Onkologie, Kardiologie/Pneumologie, Immunologie/Rheumatologie, Endokrinologie/Stoffwechsel, Gastroenterologie und Neurologie sein“, erklärt Prof. Dr. Joachim Schauer, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums. Er erhofft sich vom neuen Zentrum eine Verbesserung der Kooperation der klinisch tätigen Ärzte mit der biomedizinisch-technischen und pharmazeutischen Industrie. Zudem erleichtere das Koordinierungszentrum den Ärzten, neben der Maximalversorgung der Patienten, auf dem Gebiet der klinischen Forschung tätig zu sein.

Verschiedene Studien werden schon jetzt von Prof. Dr. Markus Löffler und seinen Mitarbeitern koordiniert, zum Beispiel die Leipziger Kariesstudie, die den Zahnzustand von 3000 Schulkindern untersucht, die Leipziger Stent-Studie, welche die Wirksamkeit von verschiedenen Verfahren zur Gefäßdehnung bei 1000 Herzpatienten des Herzzentrums vergleicht oder die Leipziger Rheuma-Studie. Leipzig betreut aber auch nationale Studien biometrisch, wie die Deutsche Hodgkin-Lymphom-Studie und die Deutsche Studie für hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome. Die Zahl der betreuten Studien soll demnächst noch weiter erhöht werden. Das Koordinierungszentrum für Klinische Studien Leipzig plant, jährlich an etwa 30 bis 40 Studien aktiv beteiligt zu sein und zusätzlich bei der Koordinierung von weiteren nationalen und internationalen Studien mitzuarbeiten. In der nächsten Zeit werden mindestens 12 Arbeitsplätze für Ärzte, Pharmakologen, Psychologen, Statistiker, Informatiker und Dokumentare geschaffen. Seit Januar dieses Jahres läuft die Vorbereitungsphase des neuen Zentrums, offiziell wird es im Oktober 1999 eröffnet.

Eva Hofmann
Lützschenaer Straße 78
04159 Leipzig

„Selbsthilfegruppen und Ärzte“

Erinnern Sie sich? Diese Überschrift haben Sie doch schon einmal gelesen?! Und wo? Natürlich in Ihrem Ärzteblatt Nr. 2/1997. Auf den Seiten 52 bis 54 stellten Ihnen Ihre Kollegen Dr. Rudolf Marx und Dr. Konrad Weber die zunehmende Bedeutung einer für beide Seiten nützlichen konstruktiven Kooperation zwischen Ärzteschaft und Selbsthilfebewegung vor.

Erinnerungen an dort gemachte Feststellungen

- „Begreifen wir Selbsthilfe wirklich als 4. Säule des Gesundheitswesens, helfen wir, die Kompetenz der Betroffenen in Gesundheitsfragen zu steigern und die Eigenverantwortung und -vorsorge der Bürger zu erhöhen?“
- „Im Austausch von Kenntnissen und Erfahrungen können sich Mediziner und Patienten gegenseitig ergänzen.“
- „Einer kann vom anderen lernen, auch der Arzt.“
- „Zuhören, Offensein zum Gespräch und immer wieder Informationen zu den Aktivitäten im eigenen Arbeitsbereich werden den Arzt zum Partner der Selbsthilfegruppen machen.“

wurden in mir wach, als ich am 27.10.1998 an der 2. Dresdner Vernetzungskonferenz teilnahm. Im World-Trade-Center trafen sich an diesem Tage Vertreter von Selbsthilfegruppen und -verbänden mit Fachleuten der professionellen Gesundheitsversorgung zu einer von der Körper-Stiftung und KISS getragenen Beratung zur Weiterentwicklung der Unterstützung der Selbsthilfebewegung in der Region Dresden.

Die personell stärkste Gruppe der Professionellen waren die Vertreter der Stadtverwaltung Dresdens. Mit dem 1. Bürgermeister und Beigeordneten für Gesundheit und Soziales, Herrn Dr. Deubel, an der Spitze, waren das Gesundheitsamt, das Sozialamt und der Stadtrat mit zahlreichen Mitarbeitern vertreten. Denn man erwartete an diese Partner die meisten Fragen. Und in der Diskussion standen dann die Finanzprobleme der Gruppen im Vordergrund. Obwohl die Stadt Dresden mit der Bildung eines Förderkreises etwas Beispielhaftes für ganz Sachsen geschaffen hat, gab es noch immer kritische Bemerkungen zu bürokratischen Hemmnissen

bei der Beantragung, Bereitstellung und Abrechnung von Fördermitteln. Diesem Förderkreis, dem Frau Dr. Freitag vom Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) vorsteht, gehören neben Sprechern der Selbsthilfegruppen Dresdens und Vertretern der verschiedenen Bereiche der Stadtverwaltung auch die Krankenkassen an. Deren Anteile am Fördertopf werden unbürokratischer, quasi als Vorschuß, den Gruppen zur Verfügung gestellt.

Jedenfalls ist heute klar, die finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppen aus dem Bereich der Behinderten und chronisch Kranken ist gewährleistet. Grundlage dafür ist eine Förderrichtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie, die sich derzeit in Überarbeitung befindet. Herr Stamminer, Referatsleiter im SMS, versprach Unterstützung bei der Überwindung noch auftretender bürokratischer Schwierigkeiten, insbesondere bei der rechtzeitigen Bereitstellung der Mittel innerhalb des Geschäftsjahres 1999.

Bei allen Teilnehmern der Tagung wurde die Erkenntnis deutlich, daß die finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppe heute nicht mehr den Schwerpunkt ihrer Arbeit ausmacht. Vielmehr kam in den Diskussionen zum Ausdruck, daß die medizinische und soziale Betreuung der Betroffenen heute einen höheren Stellenwert einnimmt als bisher. Die Fachkompetenz dazu liegt bei den Medizinerinnen und den Krankenkassen. Während die Vertreter der Krankenkassen offensichtlich nur in Finanzfragen kompetent waren und damit alle Probleme einer weitgehenden Unterstützung und Betreuung von Selbsthilfegruppen offen blieben, war es zur Freude aller Anwesenden möglich, mit dem Vertreter der Landesärztekammer, Herrn Dr. Weber, eine umfassende Diskussion über diesen Problemkreis zu führen.

So konnten wir erfahren, daß zwar ein zuständiger Ausschuß für Selbsthilfefragen bei der Landesärztekammer seit 1994 nicht mehr besteht, aber in jedem Regierungsbezirk ein für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung steht:

Herr Dr. Baldauf
im Regierungsbezirk Chemnitz,
Herr Dr. Seidel
im Regierungsbezirk Leipzig,
Herr Dr. Weber
im Regierungsbezirk Dresden.

Es kam zum Ausdruck, daß die in den eingangs erwähnten Artikeln genannten Grundsätze noch nicht Grundlage des Handelns aller Ärzte geworden sind. Persönliche Bedenken, mangelnde Erfahrungen aber auch fachliche Gründe halten viele Mediziner noch davon ab, eine enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zu pflegen. Nur ein gegenseitiges Aufeinanderzugehen kann zu einer Verbesserung dieser Situation führen.

Sehr geehrte Damen und Herren Mediziner, betrachten Sie bitte diesen Artikel in Ihrer Zeitung als Ausdruck der Bereitschaft der Selbsthilfegruppen, Ihnen auf dem Weg zu einem künftigen Miteinander entgegenzukommen. In unseren Erwartungen stellen wir uns Ihre Mitarbeit dabei so vor:

- Verschaffen Sie sich eine Übersicht über vorhandene Selbsthilfegruppen und -verbände in Ihrem Territorium, Ihren Patientenkreis betreffend.
- Bitten Sie einen Vertreter dieser Gruppen einmal zu einem Gespräch.
- Motivieren Sie Ihre Patienten, in einer solchen Gruppe mitzuarbeiten.
- Befragen Sie diese Patienten über ihre Erfahrungen bei der Mitarbeit in der Gruppe.
- Veröffentlichen Sie in Ihren Praxisräumen die Adressen der Ansprechpartner dieser Gruppen und bei guter Zusammenarbeit auch die Termine deren Veranstaltungen.
- Reden Sie mit Ihren Fachkollegen über Ihre Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfebewegung.

Wir hoffen, daß Sie diese hohen Erwartungen trotz vielfältiger Aufgaben erfüllen können.

Ich selbst bin Leiter einer Dresdner Selbsthilfegruppe von Menschen mit Diabetes mellitus und darüber hinaus ehrenamtlich im Deutschen Diabetiker-Bund tätig. Wir vertreten die Meinung, daß eine erfolgreiche Therapie nur möglich ist, wenn der Betroffene Willens ist, seine Krankheit und die Therapie zu akzeptieren. Wie

schwer das ist, wissen wir nicht erst seit heute. Schon der Verhaltensforscher und Nobelpreisträger Konrad Lorenz sagte:

Gesagt ist nicht gehört,
gehört ist nicht verstanden,
verstanden ist nicht einverstanden,
einverstanden ist nicht durchgeführt,
durchgeführt ist nicht beibehalten.

Daraus schlußfolgert, daß nur die permanente Schulung der Diabetiker zum Erfolg führen kann. Und welcher Arzt hat dazu die notwendige Zeit? Eine einmalige stationäre Schulung bewirkt leider auch keine bleibende Tiefenwirkung. Deshalb halten wir einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch und Fachvorträge in einer Selbsthilfegruppe für eine wirkungsvolle Unterstützung der Bemühungen des Arztes. Es erfüllt uns als Selbsthilfeverband der Diabetiker deshalb mit Stolz, daß es gelungen ist, in die Leitlinien zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2, herausgegeben von der Fachkommission Diabetes Sachsen, unterzeichnet vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Diettrich, und vom Vorsitzenden des Vorstandes der KV Sachsen, Herrn Dr. Hommel, als eine von 7 Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie zu formulieren:

„Motivierung zur Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe“.

Wir als Diabetiker-Bund haben teilweise gute Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit den Medizinern, mit Leitern von Schwerpunktpraxen, Krankenhausärzten und engagierten Hausärzten gemacht. Wir sind jedoch bereit, mit Ihnen **allen** zusammenzuarbeiten. Die Ansprechpartner der Gruppen in Ihrer Nähe erfahren Sie auf alle Fälle in der

Beratungs- und Geschäftsstelle des Deutschen Diabetiker-Bundes Landesverband Sachsen e.V.
Fetscherstraße 111, 01307 Dresden
Tel./Fax: (03 51) 4 41 86 04.

Um die Ansprechpartner der Selbsthilfegruppen und -verbände der anderen Betroffenenengruppen zu erfahren, wenden Sie

sich bitte an eine der folgenden Institutionen:

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV)
Landesverband Sachsen e.V.
Liliengasse 19, 01067 Dresden
Tel. (03 51) 49 16 60,
Fax: (03 51) 4 91 66 11

Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Sachsen (LAGH)
Michelangelostraße 2, 01217 Dresden
Tel. (03 51) 4 72 49 41,
Fax: (03 51) 4 71 74 01

Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS)
Ehrlichstraße 3, 01067 Dresden
Tel. (03 51) 4 82 63 52,
Fax: (03 51) 4 82 63 50

Ich bin mir bewußt, daß noch eine lange Wegstrecke zu bewältigen ist, um die 4. Säule des Gesundheitswesens zur vollen Wirkung zu entfalten. Helfen Sie mit, dieses Ziel schnell zu erreichen.

Dipl.-Ing. Peter Buffleb
Grunauer Straße 24/1302, 01069 Dresden
Tel./Fax: (03 51) 4 95 18 26

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Am **3. März 1999 um 15.00 Uhr** findet das nächste Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden statt.

Herr Fritz Treu aus Radebeul wird seinen Vortrag „**Gäste auf der Brühlschen Terrasse**“ halten.

Seien Sie und Ihre Partner wiederum recht herzlich eingeladen.

Ort: Sächsische Landesärztekammer Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Straßenbahnlinien 7 und 8 bis Haltestelle Stauffenbergallee.

Ärztblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Wolfgang Rose (v.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. Hermann Queißer
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellingleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Stefan Will

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

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

Leserzuschrift

„Ärzteblatt Sachsen“ 11/1998
„Traumatische Querschnittlähmung“
von Dr. med. H.-P. Pätzug

Herr Pätzug stellt zu Beginn seines Artikels sehr schön das heute etablierte Behandlungskonzept der QSL, basierend auf L. Guttman vor. Wer schon einmal frischverletzte querschnittgelähmte Patienten versorgt hat, wird wissen, welcher immenser personeller Aufwand und welches Management bei diesem Konzept notwendig sind, um in der Erstbehandlung einen optimalen Benefit für den Betroffenen zu erzielen - die weitgehende, wenn nicht vollständige Selbständigkeit in allen Bereichen des täglichen Lebens.

Der Autor weist darauf hin, daß die Kostenträger Rückenmarkverletzte nach der „Akutversorgung“, gemeint ist wohl die operative Stabilisierung, in Kureinrichtungen überweisen. Dieser Trend darf nicht zur Normalität werden, da den Patienten damit vieles vorenthalten wird! Kureinrichtungen weisen bei weitem nicht den hohen Personalschlüssel auf wie Querschnittzentren, um in der Anfangsphase die bestmögliche Pflege zu gewährleisten. Häufig sind die baulichen Voraussetzungen nicht für Rollstuhlfahrer optimiert. Die speziell geschulten Krankengymnasten sind nicht unbedingt in ausreichender Zahl verfügbar. Ein kostenintensives Rollstuhllager oder Hilfsmittellager zur gezielten Hilfsmittelaustestung und letztlich kostengünstigen Verordnung fehlt.

Aus der Erfahrung in den Zentren für Rückenmarkverletzte in den berufsgenossenschaftlichen Kliniken ist für die Patienten die komplette Versorgung im Querschnittzentrum das patientenzentrierte Verfahren. Jeder Frischverletzte mit Verdacht auf eine Rückenmarkläsion sollte vom Notarzt bzw. über Rettungshubschrauber ins Querschnittzentrum verlegt werden. Hier wird die operative Versorgung vorgenommen, im Hinblick auf eine Minimierung des Handicaps. So wird z. B. darauf geachtet, die instrumentierte Strecke am BWS und LWS möglichst kurz zu halten.

So rasch wie möglich erfolgt je nach Läsionshöhe die Entwöhnung von der Beat-

mung und eine Verlegung auf die periphere „Rückenmarkstation“ mit gezielter Weiterbehandlung. In seiner „Trauerphase“ hat der Patient die Möglichkeit, Vertrauenspersonen aus dem Behandlungsteam von Schwestern/Pflegern, Krankengymnasten, Ergotherapeuten oder Ärzten zu Gesprächen oder zum Beistand auszuwählen. Die Kontinuität der Bezugspersonen ist möglich und gewährleistet.

Ziel ist die bestmögliche Erstbehandlung; danach sollte jeder „Rollifahrer“ zur lebenslangen Nachsorge regelmäßig in „sein Zentrum“ kommen können, um gegebenenfalls auftretende Komplikationen dort sanieren zu lassen. Eine Kureinrichtung ist hierfür sicherlich nicht der richtige Ansprechpartner. Als Zentren stehen in Sachsen, allerdings ohne operative Initialbehandlung, mit der Bavaria Klinik in Kreischa, „umgebungsnah“ zu Sachsen, mit den BG-Kliniken in Halle und Berlin genügend Therapie- und Nachsorgeplätze zur Verfügung, um eine dem heutigen Standard entsprechende Behandlung zu gewährleisten. Im Sinne unserer Patienten sollten die Kollegen diese Einrichtungen nutzen und sich nicht unbedingt nach den Wünschen der Kostenträger orientieren.

Dr. med. F. Weidt
Oberarzt
Zentrum für Rückenmarkverletzte
Berufsgenossenschaftliche Kliniken
Bergmannstrost
Stadt Halle

Tollwutgefahr nicht gebannt - vier neue Fälle

Im Niederschlesischen Oberlausitzkreis kam es zu Ende des vergangenen Jahres erneut bei Füchsen zur Feststellung dieser gefährlichen Zoonose. Deshalb wurde eine zusätzliche Immunisierungsaktion dieser Tiere durch Köder verfügt. Pellets, die aufgefunden werden, sollen nicht berührt werden. Es handelt sich um braune Scheiben von 4,5 Zentimeter Durchmesser und 1,4 cm Dicke. Die örtlichen Jagdbehörden sind angewiesen, Füchse zur Unterstützung verstärkt zu bejagen.

Pressemitteilung des
Sächsischen Staatsministeriums
für Soziales, Gesundheit und Familie

Krankenhäuserweiterungsbau in Dippoldiswalde

Sozialminister Dr. Geisler weihte den im November des vergangenen Jahres fertiggestellten Bau ein, der mit über 24 Millionen DM gefördert worden war. Entstanden sind damit eine Pflegestation mit 35 Betten, eine Intensivstation mit 10 Betten und eine OP-Abteilung mit zwei Sälen.

Im Krankenhausplan ist das Krankenhaus der Regelversorgung mit 154 Betten ausgewiesen. Es beherbergt die Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe. Damit konnten erhebliche Defizite beseitigt werden.

Pressemitteilung des
Sächsischen Staatsministeriums
für Soziales, Gesundheit und Familie

Schwerbrandverletzentzentrum

Für den Neubau dieses Zentrums im Städtischen Klinikum „St. Georg“ in Leipzig stellte das Sächsische Gesundheitsministerium nochmals 20 Millionen DM zur Verfügung, nachdem bereits die Rekonstruktion eines Bettenhauses erfolgt war.

Die Anlage gewährt eine dem Stande der Forschung entsprechende Versorgung Schwerbrandverletzter sowie optimale Arbeitsbedingungen für das medizinische und pflegerische Personal.

Pressemitteilung des
Sächsischen Staatsministeriums
für Soziales, Gesundheit und Familie

8. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft

Tagungsort:

Hotel Dresden Hilton,
An der Frauenkirche 5, 01067 Dresden

Tagungstermin:

25. bis 27. November 1999

Veranstalter:

Herz- und Kreislaufzentrum Dresden,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden

Anmeldung:

K.I.T. Congress Incentives GmbH,
Münzgasse 2, 01067 Dresden

2. Mitteldeutsche Psychiatrietage

Leitthema: „Ebenen psychiatrischen Forschens und Handelns“, **7. und 8. Mai 1999**, veranstaltet von der Sächsischen Wissenschaftlichen Gesellschaft für Nervenheilkunde, der Arbeitsgemeinschaft der Psychiatrischen Universitätskliniken Mitteldeutschlands und der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden.

Ort: Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Auskunft: PD Dr. med. Kreiner, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, Telefon: (03 51) 4 58 35 95, Fax: (03 51) 4 58 53 16.

Kongressbüro: K.I.T. Congress Incentives GmbH Dresden, Münzgasse 2, 01067 Dresden, Telefon: (03 51) 4 98 99 90, Fax: (03 51) 4 95 61 16.

Neuer Chefarzt bestellt

Wolfgang Köhler (41), Facharzt für Neurologie, Oberarzt der Neurologischen Abteilung im Akademischen Lehrkrankenhaus Moabit, Berlin (Chefarzt: Prof. Dr. med. Günter Hertel), ist zum neuen Chefarzt der Neurologischen Klinik am Sächsischen Krankenhaus Hubertusburg, Wermisdorf, berufen worden.

Herr Köhler, der dieses Amt zum 1. Januar 1999 übernimmt, wird Nachfolger des bisherigen Chefarztes der Klinik, Dr. med. Günter Hoffmann, der in den Ruhestand tritt.

Erfasste übertragbare meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen

Vorläufige Zahlen

Berichtszeitraum 30.11.98 - 03.01.99 (49.BW - 53.BW)

| Reg.-bezirk | Enteritiss infectiosa | | Shigellenruhr | Virushepatitis | | | | Meningitis/Enz.* | | | | Malaria | Marsen | Mumps | Röteln | Scharlach | Tuberk. ges. | Pertussis | Andere (s.u.) | |
|------------------|-----------------------|------------------|---------------|----------------|----|----|-------------|------------------|---|---|---|---------|--------|-------|--------|-----------|--------------|-----------|---------------|---|
| | Salmonellose | übrige Formen 1) | | HA | HB | HC | nicht best. | a | b | c | d | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Rg.-bz. Chemnitz | 118 | 520 | | 1 | 3 | | | 3 | 2 | | | | | | 3 | 3 | 171 | 16 | 14 | M 9,P 1,V 35,Ro 243,Ca 120,Ye 18, EC 15,Am 3 |
| Rg.-bz. Dresden | 133 | 458 | 4 | | 2 | 1 | | 1 | 2 | 2 | | | | | | 1 | 147 | 38 | 15 | M 16,P 1,V 46,Ro 71,Ca 147,Ye 23, EC 30,Am 1 |
| Rg.-bz. Leipzig | 69 | 728 | 4 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 3 | | 1 | | | | | 122 | 11 | | M 19,Ro 341,Ca 104,Ye 17,EC 19, Am 1 |
| Sachsen | 320 | 1706 | 8 | 3 | 6 | 2 | | 5 | 5 | 5 | | 1 | | | 3 | 4 | 440 | 65 | 29 | M 44,P 2,V 81,Ro 655,Ca 371,Ye 58, EC 64,Am 5 |

- A = Brucellose
- B = Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber
- C = Botulismus
- D = Diphtherie
- E = Tularämie
- F = Lepra
- Ga = Anaerobe Wundinfektion, Gasbrand/Gasödem
- Gb = Tetanus
- H = Milzbrand
- I = Rotz
- Ka = Leptospirose, Weil'sche Krankheit
- Kb = Leptospirose, übrige Formen
- L = Poliomyelitis
- M = Borreliose
- N = Tollwut-Exp.
- O = Trachom
- P = Ornithose
- Q = Q-Fieber
- R =

- H = Milzbrand
- I = Rotz
- Ka = Leptospirose, Weil'sche Krankheit
- Kb = Leptospirose, übrige Formen
- L = Poliomyelitis
- M = Borreliose
- N = Tollwut-Exp.
- O = Trachom
- P = Ornithose
- Q = Q-Fieber
- R =

- Sa = Angeborene Cytomegalie
- Sb = Angeborene Listeriose
- Sc = Angeborene Lues
- Sd = Angeborene Toxoplasmose
- Se = Rötelnembryopathie
- T = Trichinose
- U =
- V = Influenza (Virusgrippe)
- W = Puerperalsepsis
- X = Fleckfieber
- Y = Rückfallfieber

- 1) Ro = Rotavirus
- Ca = Campylobakter
- Ye = Yersinien
- EC = E-Coli
- Am = Amöbenruhr
- LV = mikrobiell bedingte LM-Vergiftungen
- * a = Meningokokken-Meningitis
- b = andere bakterielle Meningitiden
- c = Virus-Meningoencephalitis
- d = übrige Formen

Prof. Dr. med. habil. Bigl
Präsident
Abteilungsleiter Humanmedizin

Universität Leipzig

Medizinische Fakultät

Berufungen und Verleihungen

zum 1. 1. 1999 hat

Herr Privatdozent Dr. med. Dr. med. habil. Hubertus Wirtz,

zuvor an der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg tätig, die C3-Professur für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie

übernommen.

Des weiteren wurden

Herr Privatdozent Dr. med. habil. Siegwart Bigl,
Herr Hochschuldozent Dr. rer. nat. habil. Clemens Allgaier
und
Herr Hochschuldozent Dr. rer. nat. habil. Thomas Mothes

zu außerplanmäßigen Professoren ernannt.



Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ freut sich gemeinsam mit Herrn Professor Dr. med. habil. Siegwart Bigl über seine Ernennung zum außerplanmäßigen Professor durch das Sächsische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst.

Wir bedanken uns ausdrücklich für die jahrelange stete Zusammenarbeit in der Hoffnung, sie auch in den kommenden Jahren zum Nutzen der sächsischen Ärzteschaft fortsetzen zu können.

Das Redaktionskollegium

Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Fakultätsratssitzung am 17. 12. 1998

Herr Gero Bühler aus Leipzig:

Medizinstudium und Studienreform in der SBZ/DDR im Zeitraum von 1945 bis 1990

Herr Olaf Herold aus Leipzig:

Ausgewählte Aspekte des Drogengebrauchs junger Erwachsener in der Techno-Szene

Frau Christa Hiller aus Sömmerda:

Untersuchungen zur Ausprägung von Risikofaktoren, Beschwerden und Verhaltensgrößen in Abhängigkeit von Langzeitarbeitslosigkeit, Alter und Geschlecht

Herr Andreas Hochmuth aus Pforzheim:

Der Einfluß chronischer cholinergischer Degeneration auf die kortinale Neurotransmission

Frau Christina Klein aus Leipzig:

Cerebrale Amyloidose und neurofibrilläre Degeneration in der Hirnrinde alter Säugetiere als Modell für histopathologische Veränderungen bei der Alzheimerschen Erkrankung

Herr Gunter Müller aus Löbnitz:

Spätergebnisse von operativ behandelten chronisch-fibularen Bandinstabilitäten im Untersuchungszeitraum 1980 - 1990

Herr Frank Neuber aus Memmendorf:

Morphometrische Untersuchungen der Volumenänderungen von Motoneuronen des Facialis- und Hypoglossuskerngebietes der Ratte nach operativen Eingriffen an den peripheren Nerven

Frau Ina Nietzschmann aus Böhlen-Großdeuben:

Zur Entwicklung der operativen Behandlung der Schulterluxation. Eine Analyse der an der Orthopädischen Universitätsklinik Leipzig operierten Patienten im Zeitraum von 1980 - 1994

Frau Petra Sorgenfrey aus Lüneburg:

Untersuchung zur subjektiven Bewältigung psychischer Krankheit unter den Bedingungen einer Psychotherapiegruppe im Konzept gemeindenaher psychiatrischer Regelversorgung

Herr Thomas Joachim Stache aus Dessau:

Pathologisch-anatomische Untersuchung bei kephaler Duodenopankreatektomie nach WHIPPLE - Übersicht sowie makroskopische und histologische Nachuntersuchung am Resektionsmaterial der Chirurgischen Universitätsklinik Leipzig in den Jahren 1986 bis 1995

**Verleihung des akademischen Grades
Doctor medicinae**

(nach der „alten“ Promotionsordnung)

Fakultätsratssitzung am 17. 12. 1998

Herr Frank Ebert aus Berlin:

Perioperative Veränderungen des Glukosestoffwechsels bei Operationen mit Hilfe der Herz-Lungen-Maschine

Frau Carola Herbst aus Chemnitz:

Beiträge zur Klinik und Immunologie der Hepatitis C - Infektion - eine Ver-

laufsstudie der 1978/79 im jetzigen Gebiet des Freistaates Sachsen im Rahmen der Anti - D - Immunprophylaxe infizierter Frauen

Herr Bernd Jantsch aus Cottbus:

Aufbau einer gekoppelten Reverse Transkription / Polymerase Kettenreaktion für den Nachweis der Boten-Ribonukleinsäure des "Multidrug-Resistance-Gens" mdr I"

Herr Jörg Milde aus Meuselwitz:

Nutzung der Polymerase Kettenreaktion zum intrazellulären Nachweis der Zytostatikaresistenz in Adriamycin-behandelten T-Lymphom-Zellen

Herr Rüdiger Scharnagel aus Stollberg:

Untersuchungen über die zytoprotektive Wirkung von Ambroxol, Verapamil und Iloprost in Organkonservierungslösungen während der Ischämie- und Re-suspensionsphase am Hepatozytenzellsuspensionsmodell

Frau Sylvie Schmidt aus Bad Lausick:

Risikofaktoren der männlichen Sexualfunktionen - Erfahrungsbericht aus einer andrologischen Sprechstunde

Herr Wolfgang Och aus Aue:

Ausgewählte Fragen zum Verhalten hämodynamischer und sauerstoffbezogener Parameter bei Sepsis

Unsere Jubilare im März

Wir gratulieren

60 Jahre

- 1. 3. Dr. med. Hoffmeister, Johanna
04229 Leipzig
- 1. 3. Prof. Dr. sc. med. Metzsig, Heinz
04564 Böhlen
- 1. 3. Dr. med. Nass, Johannes
09557 Flöha
- 2. 3. Dr. med. Böhmer, Reinhard
09127 Chemnitz
- 3. 3. Dr. med. Hüttner, Hans-Joachim
08523 Plauen
- 4. 3. Dr. med. Hausmann, Helga
08541 Neuensalz/OT Altensalz
- 4. 3. Hochmann, Rainer
01259 Dresden
- 4. 3. Dr. med. Köhler, Ingrid
01558 Großenhain
- 4. 3. König, Gertraude
04299 Leipzig
- 4. 3. Dr. med. Trausel, Wolfgang
01705 Pesterwitz
- 5. 3. Dr. med. Dahl, Christiane
01069 Dresden
- 6. 3. Dr. med. Thümmel, Klaus
08412 Werdau
- 7. 3. Dr. med. Allnoch, Gabriele
08412 Werdau
- 7. 3. Dr. med. Melde, Manfred
01662 Meißen

- 8. 3. Dr. med. Ehrenberg, Ursula
04463 Großpönsa
- 9. 3. Freier, Mathilde
01454 Radeberg
- 9. 3. Dr. med. Gruve, Ingrid
01217 Dresden
- 9. 3. Dr. med. Piekara, Anita
04277 Leipzig
- 12. 3. Dr. med. Zocher, Hannelore
04279 Leipzig
- 14. 3. Dr. med. Münch, Peter
09488 Wiesa
- 14. 3. Dr. med. Stein, Hans-Eberhard
04129 Leipzig
- 15. 3. Dr. med. Jähn, Peter
08297 Zwönitz
- 15. 3. Schulz, Marie-Luise
02625 Bautzen
- 18. 3. Humann, Marianne
04668 Grimma
- 18. 3. Dr. med. Johne, Sigurd
02727 Neugersdorf
- 19. 3. Dr. med. Riedel, Gisela
01474 Weißig
- 20. 3. Dr. med. habil. Aurich, Gerhard
08280 Aue
- 20. 3. Dr. med. Zeise, Heinz
09127 Chemnitz

- 21. 3. Förster, Brigitte
02747 Herrnhut
- 21. 3. Dr. med. Münch, Annerose
09488 Wiesa
- 21. 3. Dr. med. Windisch, Hans
08146 Mülsen St. Niclas
- 22. 3. Doz. Dr. med. habil. Keitel, Reinhard
04425 Taucha
- 22. 3. Dr. med. Otto, Heinz
01324 Dresden
- 24. 3. Dr. med. Goldmann, Annette
08115 Lichtentanne
- 25. 3. Dipl.-Med. Richter, Rolf
09116 Chemnitz
- 26. 3. Dr. med. Giese, Ute
01217 Dresden
- 26. 3. Dr. med. Kühnemann, Peter
02943 Weißwasser
- 27. 3. Dr. med. Hans, Gisela
01609 Frauenhain
- 27. 3. Dr. med. Urban, Dietmar
02625 Bautzen
- 28. 3. Dr. med. Hums, Reiner
08315 Bernsbach
- 29. 3. Dr. med. Wiegand, Christine
01109 Dresden
- 30. 3. Hunger, Hans
09306 Milkau

31. 3. Dr. med. Bader, Klaus
09241 Mühlau
31. 3. Dipl.-Med. Kuhn, Anneliese
04155 Leipzig

65 Jahre

2. 3. Prof. Dr. med. habil. Raatzsch, Heinz
01474 Weißig
2. 3. Dr. med. Seeliger, Johannes
02625 Bautzen
3. 3. Dr. med. Schubert, Karin
01217 Dresden
6. 3. Dr. med. Aßmus, Peter
01309 Dresden
9. 3. Dr. med. Dietrich, Günther
01896 Pulsnitz
11. 3. Dr. med. Gerisch, Renate
01844 Neustadt
11. 3. Dr. med. Heymann, Roland
09122 Chemnitz
14. 3. Dr. med. Löffler, Ingrid
08280 Aue
14. 3. Treichel, Richard
08228 Rodewisch
16. 3. Dr. med. Bochmann, Klaus
09603 Bräunsdorf
17. 3. Dr. med. Du Chesne, Joachim
08228 Rodewisch
21. 3. Dr. med. Schmook, Brigitte
04279 Leipzig
21. 3. Dr. med. Schneider, Helga
09130 Chemnitz
22. 3. Dr. sc. med. Gallwas, Klaus
04668 Großbardau
22. 3. Dr. med. Schwerdtfeger, Renate
09599 Freiberg
23. 3. Dr. med. Weber, Horst
04849 Bad Dübén
28. 3. Dr. med. Haase, Karl-Heinz
04617 Starkenberg
28. 3. Priebs, Hannelore
02739 Eibau
29. 3. Dr. med. Wolowski, Helmut
09600 Weißenborn
30. 3. Dr. med. Martin, Roswitha
09366 Stollberg

70 Jahre

1. 3. Prof. Dr. med. habil. Weise, Klaus
04279 Leipzig
6. 3. Dr. med. Müller, Edith
01129 Dresden
10. 3. Dr. med. Wintzer, Horst
09131 Chemnitz
14. 3. Dr. med. Schneider, Hans-Georg
04155 Leipzig
22. 3. Herrmann, Heinz
02826 Görlitz

22. 3. Dr. med. Rotzsch, Rosemarie
04416 Markkleeberg
24. 3. Dr. med. Flex, Günter
04277 Leipzig
24. 3. Gropp, Waltraud
09119 Chemnitz
25. 3. Dr. med. Klein, Charlotte
04103 Leipzig
27. 3. Prof. Dr. med. dent. habil.
Nossek, Heinz
01827 Graupa
27. 3. Dr. med. Walther, Johanna
08228 Rodewisch
29. 3. Hahn, Isolde
04129 Leipzig

75 Jahre

5. 3. Dr. med. Trepte, Herbert
01689 Weinböhla
9. 3. Dr. med. Liebert, Helga
04451 Panitzsch
17. 3. Dr. med. Dieke, Marianne
04107 Leipzig
18. 3. Dr. med. Nawka, Maria
02627 Radibor
19. 3. Dr. med. Steudtner, Gerd
01217 Dresden
23. 3. Dr. med. Mucke, Günther
01099 Dresden
24. 3. Prof. Dr. med. habil. Pfeiffer, Joachim
04277 Leipzig
27. 3. Eisner, Ingeborg
04103 Leipzig

80 Jahre

31. 3. Dr. med. Will, Joachim
08606 Oelsnitz

81 Jahre

10. 3. Dr. med. Peißker, Elisabeth
04277 Leipzig
15. 3. Prof. em. Dr. med. habil.
Holtorff, Joachim
01326 Dresden
31. 3. Dr. sc. med. Cordes, Christoph
04651 Bad Lausick

82 Jahre

24. 3. Dr. med. Nenoff, Jontscho
04277 Leipzig

83 Jahre

16. 3. Dr. med. Knöfel, Reinhard
09599 Freiberg
27. 3. Dr. med. Topalow, Stefan
04105 Leipzig

85 Jahre

2. 3. Dr. med. Kummer, Johannes
01662 Meißen
18. 3. Dr. med. Danner, Else
02826 Görlitz

86 Jahre

23. 3. Dr. med. Fischer, Erwin
08280 Aue

87 Jahre

23. 3. Dr. med. Ermisch, Ursula
04680 Zschadraß
28. 3. Dr. med. Müller, Johannes
01259 Dresden

88 Jahre

15. 3. Dr. med. Ranft, Wolfgang
08209 Auerbach

89 Jahre

20. 3. Dr. med. Geuder, Hans
01259 Dresden
24. 3. Krause, Hans
04683 Naunhof

90 Jahre

12. 3. Dr. med. Himmel, Josef
08233 Treuen

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

Die Redaktion

Erratum

Durch einen Datenübermittlungsfehler ist der Geburtstag von Herrn Dr. med. Wolfgang Wünsche, 01099 Dresden, im Heft 12/1998 falsch angegeben worden: Statt 22. Januar 1999 muß es richtig heißen 22. Februar 1999. Wir bitten um Entschuldigung.

Dr. med. habil. Heinz Brandt - Alterspräsident der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer - vollendete sein 80. Lebensjahr

Am 26. Dezember 1998 vollendete Herr Dr. med. habil. Heinz Brandt, Geburtstorgauer und eingetragener Bürger der Gneisenaustadt Schildau, sein 80. Lebensjahr.

Dr. Brandt wurde als Sohn eines Bankdirektors in Torgau geboren, verlebte hier seine Kindheit und Schulzeit und absolvierte 1937 sein Abitur am MACKENSEN-GYMNASIUM.

Es erfolgte das Medizinstudium als Angehöriger der damaligen Militärärztlichen Akademie in Berlin, später in Königsberg und Leipzig. Hier promovierte er bei Schede zum Thema „Rheumatische Hygrome der Sehnenscheiden“. Nach Kriegsende arbeitete er als Assistenzarzt im Torgauer Krankenhaus. Ab 10. 2. 1947 erfolgte die Niederlassung in eigener Praxis, zunächst in Prettin, später ab 1. Februar 1949 in der Gneisenaustadt Schildau. Am 9. 12. 1974 wurde seine private Landarztpraxis in das Landambulatorium der Stadt Schildau umgewandelt, dem er als ärztlicher Leiter bis zum 31. 1. 1989 vorstand.

Dr. Brandt war zeit seines Berufslebens Landarzt aus tiefer Überzeugung und so bemühte er sich sehr bald aus Einsicht in die Notwendigkeit um die Weiterentwicklung und Neugestaltung des Fachgebietes Allgemeinmedizin. Geprägt durch die tägliche Arbeit, durch seine jahrelange Alleinarbeit mit seiner Frau und die gesundheitspolitische Entwicklung in den 50er Jahren in Mitteldeutschland, begann er gewissen sozialhygienischen Bemühungen dieser Zeit erfolgreich entgegenzutreten (Reglementierungsvorhaben bei der Krankschreibung und Abgabe von Medikamenten), um weiterhin eine gute Versorgung der Patienten durch die Ärzteschaft gewährleisten zu können. In besonders problematischer und schwieriger Zeit für die mitteldeutsche Allgemeinmedizin gründete er gemeinsam mit Braun, Gärtner, Hohlfeldt und anderen gleichgesinnten Allgemeinmedizinerinnen 1959 in Wien die Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin (IGAM). Es folgten Jahre einer fruchtbaren Zusammenarbeit mit



Knabe, Knoblauch u. a. in der Arbeitsgemeinschaft Hygiene auf dem Lande. Seine sachlich-konkreten und wissenschaftlichen Beiträge zur Allgemeinmedizin machten Brandt sehr bald zu einer bekannten Persönlichkeit im In- und Ausland. 1969 ist er Mitbegründer der Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR in Berlin und habilitiert sich am 26. 9. 1973 in Greifswald bei Knabe mit dem Thema „Ergebnisse einer Analyse der Fallhäufigkeit ausgewählter Erkrankungen bei schwangeren Frauen, Müttern im 1. Lebensjahr ihrer Kinder und Säuglingen eines Landbereiches“. Mit dieser Arbeit hatte die Allgemeinmedizin der damaligen DDR ihren ersten habilitierten Kollegen. In der Gesellschaft für Allgemeinmedizin gehörte er zum zentralen Vorstand, arbeitete in verschiedenen Fachkommissionen als Prüfer bei der Ausbildung junger Fachärzte für Allgemeinmedizin und beteiligte sich seit Gründung dieser Gesellschaft maßgebend an der Arbeit der damaligen Sektion Arbeitsmethodik, an deren Veranstaltungen und Veröffentlichungen er maßgeblichen Anteil hatte. Ebenso maßgeblich war er auch am Zusammenschluß von der Gesellschaft für Allgemeinmedizin und der Deutschen Gesellschaft für

Allgemeinmedizin beteiligt und er stieß nach der Wende sofort zum Fachverband Deutsche Allgemeinmedizin, wo er mit früheren Kollegen für die weitere Gestaltung der Allgemeinmedizin aktiv wurde. So trug er schließlich sehr Wesentliches zur Bildung des Sächsischen Verbandes der Allgemeinmedizin und zur Vereinigung der Sächsischen Allgemeinmedizin im Berufsverband für Allgemeinmedizin in Deutschland bei.

Sein Lebenswerk krönte die Wahl des renommierten Arztes und leidenschaftlichen Berufspolitikers in die Sächsische Kammerversammlung, seine Aufnahme in den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und schließlich die Übernahme der Funktion des Alterspräsidenten der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer.

Die berufspolitischen Aktivitäten des 80-jährigen Jubilars im Bereich der Sächsischen Landesärztekammer und in der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz, hier als Vorstandsmitglied, sind für jeden, der das Glück hat mit ihr zusammenzuarbeiten, bewundernswert und für die Ärzteschaft Sachsens und weit darüber hinaus vorbildlich.

Die deutsche Allgemeinmedizin, seine Schüler, seine Doktoranden, seine Kollegen in der Berufspolitik und schließlich wir, seine Freunde, haben der verdienstvollen Arztpersönlichkeit und dem Humanisten Dr. Brandt viel zu verdanken.

Mit der Vollendung seines 80. Lebensjahres eröffnet sich dem Jubilar sicher nicht eine Phase untätiger Ruhe, sondern wohl weiter ein interessanter und aktiver Lebensabschnitt. Hierzu wünschen ihm zahlreiche Kolleginnen und Kollegen aus nah und fern, ungezählte Patienten und viele Freunde alles Gute für die Zukunft an der Seite seiner Gemahlin.

Dem Jubilar sei versichert: Die Entwicklung in der Allgemeinmedizin und in der Berufspolitik, die er konzipiert und mit realisiert hat, wird nicht in Vergessenheit geraten.

Dr. med. habil. Oswald Petter (Torgau)
Dr. med. Helmut Knoblauch (Geringswalde)

Dr. med. Klaus Meinerzhagen 65 Jahre

Am 29. Januar 1999 begeht Herr Dr. med. Meinerzhagen, Chefarzt der Chirurgischen Klinik und Leitender Chefarzt des Kreiskrankenhauses Freital, seinen 65. Geburtstag.

Klaus Meinerzhagen wurde 1934 in Dresden geboren. Seine Kindheit verlebte er überwiegend in den Wirren des Zweiten Weltkrieges. In diese Zeit und in die der schweren Nachkriegsjahre fiel seine Schulzeit. 1952 legte er das Abitur ab und absolvierte von 1952 - 1954 in Leipzig und von 1954 - 1957 in der neugegründeten Akademie in Dresden sein Medizinstudium. Während seines Studiums wurde er von bekannten Lehrern, wie Prof. Sprung, Prof. Büschelberger, Prof. Fromme und Prof. Crecelius unterrichtet. Aber auch Lehrer wie Prof. Alverdes und Prof. Strack, welche ihn in den theoretischen Fächern unterrichteten, prägten seine weitere Laufbahn.

Klaus Meinerzhagen legte 25-jährig seine Promotion ab. Nach seiner Pflichtassistenz von 1957 - 1958 arbeitete er am Institut für Pathophysiologie der Friedrich-Schiller-Universität in Jena als wissenschaftlicher Assistent. Im Oktober 1960 entschied er sich, und aus heutiger Sicht glücklicherweise, seine Facharztausbildung für Chirurgie an der



Medizinischen Akademie in Dresden zu absolvieren. Nach seiner Facharztanerkennung im Oktober 1964 begann seine Tätigkeit am 16. 5. 1968 im Kreiskrankenhaus, Poliklinik Freital. Seit 1. 4. 1970 war er Leiter der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Freital. Dieser Funktion wurde ab 1. 1. 1980 der Status eines Chefarztes zuerkannt.

Klaus Meinerzhagen entsprach durch sein Wissen und Können dem Bild des

Allgemeinchirurgen. Sowohl auf dem Gebiet der Traumatologie als auch der Allgemein- und Viszeralchirurgie leistete er Großartiges. Mit seinem Namen verbindet sich der Aufbau des Kreiskrankenhauses Freital. Mit sehr großem Engagement, ohne Rücksicht auf seine Gesundheit, setzte er sich für das Wohl seiner Patienten und den Ausbau sowie die Modernisierung „seines Krankenhauses“ ein. Als der Krankenhausneubau zu kippen drohte, war er es, der diesen Neubau durchsetzte und jeden Bauabschnitt persönlich betreute. Seine Beratung ging weit über die einer medizinischfachlichen hinaus.

Unter seiner Leitung wurden viele junge Ärzte zu Fachärzten für Chirurgie ausgebildet, die heute zum Teil die Funktion von Oberärzten ausführen.

Mit seinem großen Einsatz war er stets Vorbild und verstand es, junge Mitarbeiter für verantwortungsvolle Positionen vorzubereiten.

Wir wünschen ihm alles Gute, vor allem Gesundheit und viel Kraft für die bevorstehende Zeit, aber auch etwas Ruhe für die immer zu kurz gekommene Freizeitbeschäftigung.

Matthias Becker