

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 3/99

Die erste Seite	Aus der Vorstandssitzung am 3. 2. 1999	90
Berufspolitik	Laudatio und Danksagung dem Chefredakteur des „Ärzteblatt Sachsen“, Herrn Professor Dr. med. habil. Wolfgang Rose	91
	Wechsel in der Chefredaktion des „Ärzteblatt Sachsen“	92
	Praxisvertretung	93
	Aufruf und Konzeption zur Schaffung eines Sächsischen Kinder-Diabetes-Registers	94
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Wartung und Fernwartung von Datenverarbeitungssystemen im medizinischen Krankenhausbereich	101
	Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer	103
	Die Sächsische Ärzteversorgung informiert	104
Mitteilungen der KV Sachsen	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	105
Originalien	Chirurgische Therapie der Weichteilsarkome des Erwachsenen P. Würfl, U. Eichfeld, St. Leinung, M. Schönfelder	106
	Impressum	112
	Komplizierte Malaria tropica und ihre Verhütung St. Schubert, B. Ruf	115
Verschiedenes	Tagungsbericht vom 11. Dresdner hämatologisch-onkologischen Gespräch	119
Buchbesprechung		120
Leserbriefe		122
Aktuelles in Kürze	Erfaßte übertragbare meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen	126
	2. Vogtländischer Ärztetag in Bad Elster	127
Personalia	Geburtstage im April	128
Beilage	Fortbildung in Sachsen - Mai 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 3. Februar 1999

Wenn auch der „Geschäftsgang“ des Kammervorstandes der Sächsischen Landesärztekammer ruhig, geordnet und konstruktiv verläuft, so ist doch bei der Behandlung der Tagesordnung und Beschlußvorlagen zunehmende Brisanz zu bemerken. Auf dem Hintergrund bisheriger und künftiger Gesundheitspolitik der Koalition bewegt sich auch die ärztliche Berufspolitik im Spannungsfeld von traditioneller Standespolitik und neuen ärztlichen intendierten gesundheitspolitischen Vorstellungen.

In dieser Situation wird es ganz wesentlich darauf ankommen, eine gute „Kammerwahl“ zu treffen, damit durch unser künftiges Ärzteparlament die richtigen Entscheidungsträger für Vorstand und Ausschüsse gewählt werden können. Die Vorbereitungen dieser wichtigen 20. Kammerwahlversammlung laufen termingerecht. Allerdings ist die Bereitschaft, sich zur ehrenamtlichen Kandidatur nominieren zu lassen, eher zögerlich verlaufen!

Erfreulich ist die Tatsache zu werten, daß in einer außerordentlichen Vertreterversammlung am 27. Januar 1999 nunmehr doch durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen eine Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich erfolgen wird. Frau Dr. Trübsbach, die als Vertreterin der Sächsischen Landesärztekammer dieser Versammlung beiwohnte, berichtete, daß über eine Teilfinanzierung von 72 Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin hinaus auch 72 Weiterbildungsstellen anderer Facharztweiterbildungsgänge im ambulanten Bereich gefördert werden sollen. Vertragsentwürfe zur Finanzierung des Initiativprogrammes Allgemeinmedizin befinden sich auf Bundes- und Landesebene in Vorbereitung. Manches Detail zur konkreten Umsetzung muß aber noch gelöst werden. Ebenso erfreulich verlief die Präsentation neuer Software-Lösungen im Bereich Berufsregister, Beitragsprogramm und zukünftig auch Arzthelferinnenregister durch die in der Kammer angestellten

EDV-Spezialisten, Herrn Kögler und Herrn Eckert. Durch Installation moderner „Windows-Programme“ ergeben sich u. a. raschere Recherchemöglichkeiten bei höherem Sicherheitsstandard.

Durch den Kaufmännischen Leiter, Herrn Neumann, wurde die Abrechnung des Haushaltsplanes 1998 schriftlich vorgelegt und erläutert und nach Diskussion als noch vorläufige Inanspruchnahme bestätigt.

Berufsrechtlich mußte ein Ordnungswidrigkeitsverfahren wegen unvollständiger Anmeldung und wiederholter Anmahnung eingeleitet werden.

Durch die Sächsische Ärzthilfe konnte eine finanzielle Unterstützung für eine Kollegin gewährt werden, die unverschuldet in eine Notlage geraten war.

Zum Punkt Personalia informiert der Präsident über das Ausscheiden von Herrn Prof. Rose als Vorsitzender des Redaktionskollegiums des Ärzteblattes Sachsen (siehe Laudatio). Zugleich wurde Herr Prof. Klug als Nachfolger in dieser Funktion vorgestellt.

In der abschließenden Diskussion wurden erneut Themen des Vorschaltgesetzes, der „Eckpunkte“ der Strukturreform 2000 sowie der Neuwahl des Präsidiums der Bundesärztekammer zum Deutschen Ärztetag in Cottbus debattiert.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Vorstandsmitglied

Laudatio und Danksagung dem Chefredakteur und Spiritus rector des Ärzteblattes Sachsen, Herrn Professor Dr. med. habil. Wolfgang Rose

Mit der Endredaktion des Heftes 2/99 beendete Professor Dr. med. habil. Wolfgang Rose Ende Januar 1999 seine Tätigkeit als Vorsitzender des Redaktionskollegiums des „Ärzteblatt Sachsen“ (ÄBS) auf eigenen Wunsch.

Es war schon ein besonderer Glücksumstand, als bei der Konstituierung der noch vorläufigen Sächsischen Landesärztekammer am 12. Mai 1990 unter anderem auch die Wahl des Redaktionskollegiums für das Ärzteblatt Sachsen stattfand, aus deren Mitte Professor Rose mit der redaktionellen Verantwortung unseres Standesblattes betraut wurde.

Gern erinnern wir uns an seine zukunftsweisende Festansprache anlässlich der Gründungsveranstaltung unserer Kammer. Dieser Tag - der 12. 5. 1990 - markierte den Neubeginn und den Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen.

Wenn wir im - notabene - 10. Jahrgang unseres Ärzteblattes bei nunmehr 104 bedeutungsschweren Editionen im noblen schwarz/weiß/grün angekommen sind, sei eine kurze Rückbesinnung erlaubt. Zweifellos würde der Chronist im „Offiziellen Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen“ die Gesamtentwicklung dieses stürmischen Kammernaufbaus in allen wesentlichen Details nachgezeichnet und reflektiert bekommen. Darüber hinaus fände er immer wieder profilierte minutiös recherchierte Artikel, Berichte und Erörterungen zu deutschen und sächsischen Ärztetagen und anderen bedeutenden Anlässen ärztlicher Standes- und Berufspolitik, zum Beispiel bei der Einweihung des Kammerneubaues 1996, die die unverwechselbare Handschrift des Chefredakteurs trugen und die ganz wesentlich zum Profil des Ärzteblatt Sachsen beigetragen haben.

Zum 96. Deutschen Ärztetag in Dresden erschien unter redaktioneller Verantwortung von Professor Rose ein besonders gelungenes und weithin beachtetes Sonderheft zu Geschichte und Entwicklung ärztlicher Berufs- und Standespolitik in der Kulturlandschaft Sachsen.

Bei seiner unermüdlichen kritischen Arbeit, aber auch bei der Vorbereitung und Durchführung der entsprechenden Sitzungen konnte sich Professor Rose der fleißigen und umsichtigen Mitarbeit der Redaktionsassistentin Ingrid Hüfner und des stabil besetzten Redaktionskollegiums versichern.

Nicht unerwähnt soll die mit organisatorischem Geschick vollzogene Ablösung des „Ärzteblatt Sachsen“ vom Gentner Verlag Stuttgart bleiben, die quasi „geräuschlos“ von einem heimischen Unternehmen - dem Messe Verlag Leipzig - seit 1/98 übernommen wurde.

Insgesamt gesehen ist die bisherige Geschichte des Ärzteblatt Sachsen eine Erfolgsstory, die ganz wesentlich von Professor Wolfgang Rose geprägt und mitgestaltet wurde.

Wir verabschieden uns von einem Arztkollegen, Hochschullehrer und Medizinjournalisten, der seine ganze Kraft, seine Lebens- und Berufserfahrung in das Profil unseres Ärzteblattes Sachsen investierte und damit fast ein Jahrzehnt ärztlicher Berufspolitik in Sachsen begleitet und mitgestaltet hat.

Für all dies und sehr vieles mehr sind wir Professor Wolfgang Rose im Namen des Redaktionskollegiums, des Vorstandes und der Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer, aber auch im Namen vieler sächsischer Ärztinnen und Ärzte zu großem Dank verpflichtet.

Wir wünschen ihm von ganzem Herzen Gesundheit, Schaffenskraft und Wohlergehen!

*Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Vorstandsmitglied*

Mitglied des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“

Wechsel in der Chefredaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug ist seit dem 1. Februar 1999 Chefredakteur des „Ärzteblatt Sachsen“

Auf Beschluß des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer und des Redaktionskollegiums wurde ich mit sofortiger Wirkung zum Redakteur des „Ärzteblatt Sachsen“ ernannt. Mein medizinjournalistisches Anliegen ist es, zusammen mit den Damen und Herren des Redaktionskollegiums und des Leipziger Messe Verlages das „Ärzteblatt Sachsen“ weiterzuführen, um die über 16.000 sächsischen Ärzte aktuell über die berufspolitischen Ereignisse in Deutschland zu informieren.

Ich studierte an der Medizinischen Fakultät der Universitäten Greifswald und Leipzig von 1952 bis 1957 und promovierte 1958 an der damaligen Karl-Marx-Universität Leipzig.

Meine chirurgische Ausbildung erhielt ich an der Chirurgischen Klinik Dresden-Friedrichstadt durch Herrn Prof. Dr. med. H.-D. Schumann. Nach der Facharztanerkennung (1962) arbeitete ich bis 1965 in der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt weiter. Von 1966 bis 1975 war ich in der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses St.-Joseph-Stift Dresden, von 1976 bis 1980 in der Poliklinik Dresden-Neustadt, von 1981 bis 1992 in der Chirurgischen Abteilung der Zentralen Hochschulpoliklinik der Medizinischen Akademie Dresden und seit 1993 bin ich in der Chirurgischen Poliklinik der



Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie tätig.

1983 verteidigte ich vor dem Wissenschaftlichen Rat der Medizinischen Akademie Dresden meine Promotion B-Arbeit: „Tierexperimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Ultraschalls auf die Knochenbruchheilung, Kallusgewebe und paraklinische Aspekte“. Mir wurde 1983 der akademische Grad Dr. sc. med. - 1990 Dr. medicinae habilitatus - verliehen und mit Wirkung vom 27. 2. 1985 für das Lehrgebiet Chirurgie die „Facultas docenti“ erteilt. 1986 erfolgte meine Berufung zum „außerordentlichen Dozenten“ für das

Fachgebiet Chirurgie und 1992 die Ernennung zum apl. Professor.

Von 1983 bis 1990 war ich Sekretär der Regionalgesellschaft für Chirurgie der Bezirke Dresden und Cottbus und Sekretär der Sektion Proktologie in der Gesellschaft für Chirurgie der DDR. Im Februar 1990 wurde ich zum Schatzmeister der Sektion Poliklinische Chirurgie gewählt. Die genannten Gesellschaften und Sektionen wurden Ende 1990 aufgelöst.

Ich beschäftige mich mit der Grundlagenforschung und klinischen Forschung auf den Gebieten Proktologie, Elektrostimulation, Handchirurgie und Ultraschallstimulation der Knochenbruchheilung.

Bisher war ich an der Erarbeitung von 6 Monographien und von über 200 Zeitschriftenartikeln aktiv beteiligt.

Von 1992 bis 1997 war ich Mitglied des Beirates der Zeitschrift „colo proctologie“ und von 1996 bis 1997 im Wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift „TW Dermatologie“ integriert.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Praxisvertretung

Wir möchten Sie auf die besondere Situation aufmerksam machen, in der ein/e niedergelassene/r Arzt/Ärztin ist, wenn ihn/sie eine ernste Erkrankung selbst betrifft, eine Erkrankung, bei der man nicht weiß, ob, wann und wie man sie übersteht. Doch wie schwer und belastend diese auch sein mag, da ist noch die Verantwortung für die Einrichtung Praxis, die Familie und nicht zuletzt für die Mitarbeiter.

Es verrinnen Zeit, Möglichkeiten und Geld. Da es für diese unsere Kolleginnen und Kollegen kaum gesellschaftliche Solidarität gibt - Mitgefühl darf man von Außenstehenden aus bekannten Gründen nicht erwarten - spricht uns diese Notlage als Korporation an. Da Praxiskosten (Personal, Reinigung, Energie, Versicherungen, Räume) und Kreditverpflichtungen ohne dagegenstehende Einnahmen weiter-

laufen, ist der Ruin im ungünstigen Fall vorprogrammiert. Erschwerend kommt hinzu, daß im Osten die Ärzte durch hohe Investitionen bei noch kurzer Laufzeit der Praxen bis jetzt kein „Finanzpolster“ zur Absicherung erarbeiten konnten.

Wir können das körperliche und seelische Leid nur begrenzt beeinflussen, um so mehr sind wir gefragt, nach Möglichkeiten zum Praxiserhalt zu suchen, zumindest bis eine Prognose abzusehen ist.

Ein möglicher Ausweg könnte eine **Praxisvertretung** durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung sein.

Wenn es denn arbeitslose Fachärzte im Lande mit gültiger Approbation gibt, dann bitten sowohl die Kassenärztliche Vereinigung wie auch die Landesärztekammer diese Kolleginnen und Kollegen, sich für einen begrenzten Zeitraum für diese Auf-

gabe zur Verfügung zu stellen. Denkbar ist auch, daß Vorruheständler bereit sind, eine Praxisvertretung zu übernehmen. Die Arbeitsämter würden möglicherweise arbeitslosen Fachärzten einen Einführungskurs für vertragsärztliche Tätigkeit finanzieren.

Wenn Sie eventuell einen konkreten Vorschlag haben, dann wenden Sie sich doch bitte ganz unverbindlich an die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Landesärztekammer, die dann auch gegebenenfalls bei erforderlichen Formalitäten behilflich sein könnten.

Dr. med. Günter Bartsch
Vorstandsmitglied

Aufruf und Konzeption zur Schaffung eines Sächsischen Kinder-Diabetes-Registers – Epidemiologie des Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen im Freistaat Sachsen

W. Kiess¹, H. Kunath², U. Rothe², F. Hunkert¹, U. Nietzschmann¹, A. Klinghammer³, O. Herbarth⁴, M. Gahr⁵, J. Schulze⁶ und Fachkommission Diabetes Sachsen

¹Universitätskinderklinik und Poliklinik Leipzig, ²Universitätsklinikum der TU Dresden, Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, ³Kinderklinik im Klinikum Chemnitz gGmbH, ⁴Umweltforschungszentrum Leipzig-Halle GmbH, ⁵Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde und ⁶III. Medizinische Klinik am Universitätsklinikum der TU Dresden, Sächsische Gesellschaft für Stoffwechselerkrankungen und Endokrinopathien

Die Lebensqualität und die Lebensdauer von Patienten mit Typ 1 Diabetes mellitus (D. m.) ist – trotz möglicher moderner Behandlungsstrategien – noch immer deutlich beeinträchtigt bzw. reduziert. Nachdem einheitliche, verbindliche Leitlinien „Diabetes mellitus“ der Sächsischen Landesärztekammer, erarbeitet von der Fachkommission Diabetes Sachsen, als aktuelle Handlungskorridore für eine zeitgemäße Versorgung und zur Etablierung effektiver und effizienter Versorgungsstrukturen nunmehr vorliegen, fehlen derzeit noch immer verlässliche epidemiologische Daten zu Prävalenz und Inzidenz des D. m.

Die Neuerkrankungsrate in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen mit D. m. wird mit ca. 12 auf 100 000 Menschen von 0 – 15 Jahren geschätzt. Genaue Daten für Deutschland sind nur aus Baden-Württemberg bekannt. Auffällig ist, daß in den meisten internationalen Publikationen eine steigende Inzidenz in den letzten Jahren beobachtet wird. Neben genetischen Faktoren, die die Prädisposition für einen Typ-1-Diabetes bestimmen, sind exogene Faktoren wie Virusinfektionen, Exposition gegenüber Zellgiften (Toxinen) sowie eine immunogene Wirkung von Nahrungsbestandteilen vermutlich krankheitsauslösend. Epidemiologisch verhält sich der D. m. Typ 1 bezüglich seiner Inzidenz wie eine Infektionskrankheit. Entsprechend läßt sich die Hypothese aufstellen, die relative Konstanz genetischer Faktoren vorausgesetzt, daß äußere Faktoren die steigende Inzidenz des Typ-1-Diabetes erklären könnten. Die Identifizierung ätiologischer Umweltfaktoren würde dann ein präventives Potential für den D. m. Typ 1 eröffnen. Epidemiologische Register sind ein geeignetes Instrument, Exzeßinzidenzen zu erkennen und in nachfolgenden Untersuchungen aufzuklären.

Die Sächsische Gesellschaft für Stoffwechselerkrankungen und Endokrinopathien möchte deshalb in Zusammenarbeit mit der Fachkommission Diabetes Sachsen und den sächsischen Kinderärzten ein flächendeckendes Diabetes-Register im Freistaat Sachsen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren prospektiv ab dem II. Quartal 1999 initiieren. Durch eine lückenlose und zeitgleiche Erfassung aller neu aufgetretenen Diabetes-Fälle bei Kindern können zeitliche und räumliche Exzeßinzidenzen ermittelt werden. Über komplexe Einzelfallanalysen (Untersuchungen diabetesdisponierender Gene und Subformen des MODY bei diesen Patienten sowie Untersuchungen des Einflusses von Umweltfaktoren) lassen sich wichtige Erkenntnisse zur Entstehung der Erkrankung gewinnen.

Wir bitten alle Ärztinnen und Ärzte, die Kinder und Jugendliche mit D. m. im Alter unter 18 Jahren einstellen bzw. betreuen, herzlich um regelmäßige Meldung von Neuerkrankungen bereits am Aufnahmetag (s. Abb. 2 Erfassungskarte) und möchten ausdrücklich zu reger Beteiligung aufrufen.

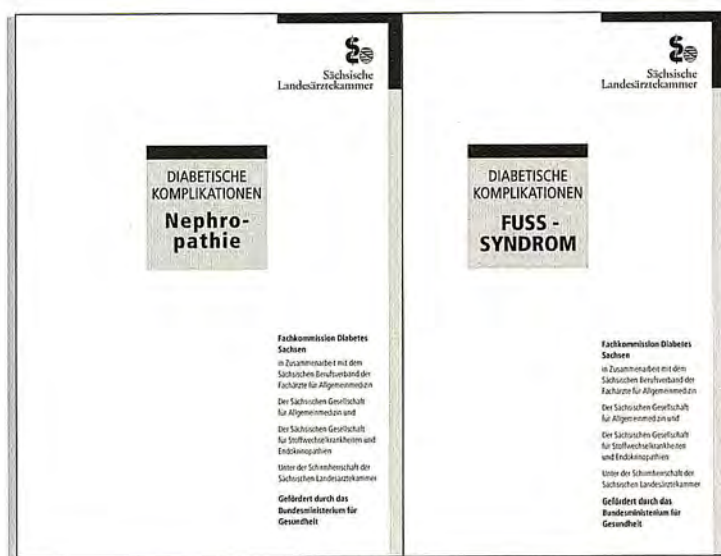
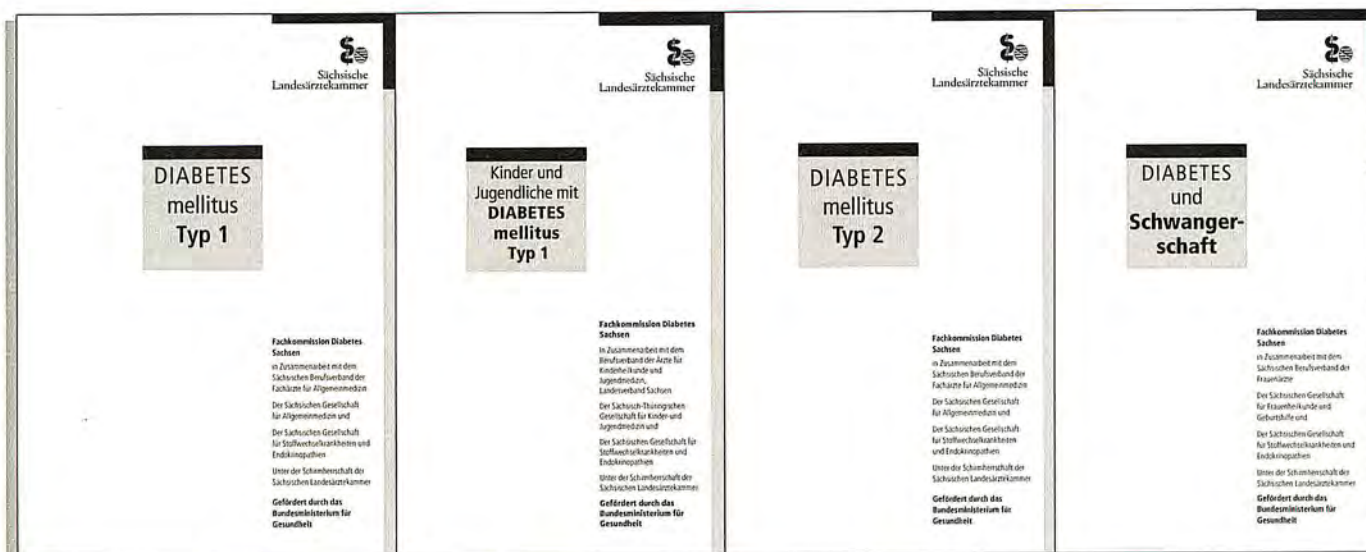
Begründung für den Aufbau eines Diabetes-Registers in Sachsen

Die Notwendigkeit für den Aufbau eines solchen Registers ergibt sich aus gesundheitspolitischer sowie wissenschaftlicher Sicht: Auf der Basis eines flächendeckenden Diabetes-Registers können Versorgungsstrukturen erkannt und neu definiert werden. Neue Strategien zur Gesundheitsversorgung und das Erarbeiten neuer Organisationsformen werden möglich. Organisationsformen bei der Betreuung von chronisch kranken Kindern, wie sie im dualen Sächsischen Betreuungsmodell im Miteinander von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen bestehen, können weiter ausgebaut werden (s. Abb. 1 Leitlinien „Diabetes mellitus“ der Fachkommission Diabetes Sachsen). Die klinische Zusammenarbeit, z. B. bei der Durchführung gemeinsamer Schulungswochen, der Erarbeitung von gemeinsamen Therapiezielen und der Umsetzung sowie Fortschreibung der Leitlinien, wird erleichtert. Langfristig ergäbe sich auf dem Boden eines Kinder-Diabetes-Registers ein Kompetenznetzwerk in Sachsen zur flächendeckenden optimalen klinischen Betreuung der betroffenen Kinder mit D. m.

Gleichzeitig könnten epidemiologische Fragestellungen (Ursachenforschung) beantwortet werden. Ein epidemiologisches Register kann außerdem die Basis für Therapiestudien und zur Versorgungsforschung wie z. B. Studien zu Prognose/ Folgekrankheiten des Typ-1-Diabetes darstellen und damit künftig einer besseren Versorgung durch Identifizierung der effektivsten und effizientesten Therapiekonzepte dienen.

Der Freistaat Sachsen besitzt für den Aufbau eines Diabetes-Registers bei Kindern und Jugendlichen folgende günstige Voraussetzungen:

- In einem geographisch umschriebenen Raum ist eine weitgehend zentrierte und stabile Betreuung der zu erfassenden Patienten zu erwarten: Über 70 % der in Sachsen betreuten Kinder werden in den Kinderdiabetes-Zentren Chemnitz, Dresden und Leipzig versorgt.
- Die Migration der Bevölkerung ist noch relativ gering.
- Außerdem besteht bereits eine exzellente Zusammenarbeit der mit der Betreuung diabetischer Kinder betrauten Kinderärzte und Kinderkliniken.
- Die derzeitige Betreuungsstruktur wird auch zukünftig durch die Anforderungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft an die Qualitätssicherung der Diabetiker-Betreuung und entsprechende Initiativen der Krankenkassen auf der Basis der Leitlinien der Fachkommission Diabetes festgelegt werden.



► Bisher erschienen in der Reihe
Leitlinien "Diabetes mellitus":

Diabetes mellitus Typ 1

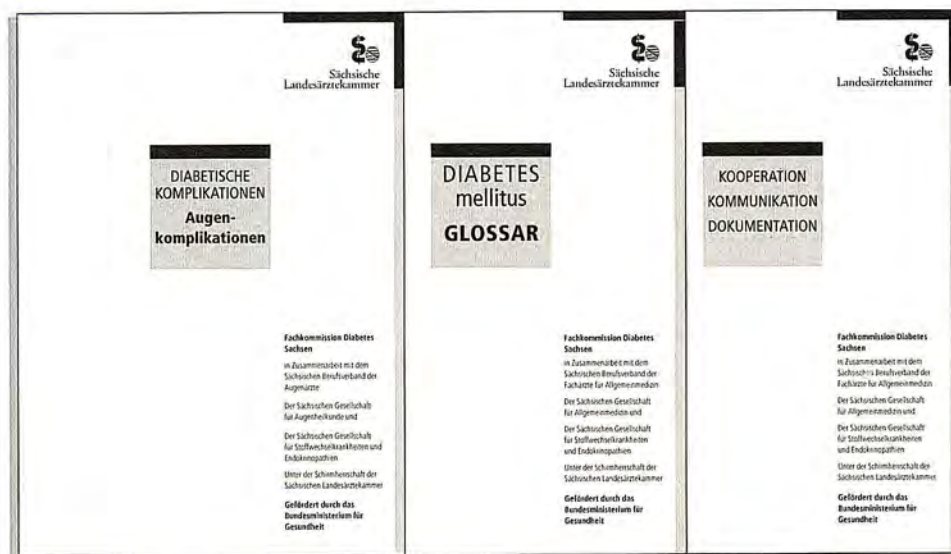
**Kinder und Jugendliche mit
Diabetes mellitus Typ 1**

Diabetes mellitus Typ 2

Diabetes und Schwangerschaft

Diabetische Nephropathie

Diabetisches Fuß-Syndrom



In Vorbereitung sind:

**Diabetische
Augenkomplikationen**

Glossar

**Kooperation/
Kommunikation/
Dokumentation**

Anfragen über Bezugsmöglichkeiten:
Universitätsklinikum TU Dresden, Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden,
Frau Schoder **Telefon: 03 51/3 17 72 32 Fax: 03 51/3 17 72 33**

Abbildung 1: Leitlinien „Diabetes mellitus“ der Fachkommission Diabetes Sachsen

Zielstellung

Mit dem Aufbau eines flächendeckenden Diabetes-Registers Sachsen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren soll zunächst die Diabetes-Inzidenz im Kindes- und Jugendalter in Sachsen erfasst werden. Dabei sollte rasch eine sofortige (möglichst online) Erfassung der Diabetes-Inzidenz in Sachsen gelingen. Mittelfristig können damit auch genetische und immunologische Parameter bei den betroffenen Patienten bei Diabetes-Manifestation erforscht werden. Molekulargenetische Untersuchungen von Suszeptibilitäts-allelen für D. m. Typ 1 sowie disponierender Gene für Maturity-Onset-Diabetes of the Young (MODY) können der korrekten Typisierung des Diabetes dienen mit der Möglichkeit künftiger Differentialtherapie und womöglich sogar einer späteren präventiven Diagnostik im Kindesalter. Neben der Aufklärung genetischer Ursachen wäre z. B. bei Vorliegen von Exzeßinzidenzen durch eine Erfassung von Lebensbedingungen, Ernährungsgewohnheiten und Umweltbedingungen der betroffenen Patienten – in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen in Sachsen (Umweltforschungszentrum Leipzig-Halle) – eine Identifikation von krankheitsauslösenden Faktoren möglich, die langfristig ausgeschaltet werden könnten.

Methodik des Register-Aufbaus

Erfahrungen bei der Erfassung anderer Erkrankungen (Krebs-Register, Neonatal-Erhebung) im Freistaat Sachsen werden beim Aufbau des Diabetes-Registers genutzt.

- **Prospektiv** sollen ab 1. 4. 1999 mittels eines einfachen postalischen Meldesystems alle neu manifestierten Kinder und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes unter 18 Jahren möglichst noch am Aufnahmetag zentral an die TU Dresden (Institut für Medizinische Informatik und Biometrie) gemeldet werden. Die Meldung erfolgt dabei in zwei Stufen:

1. Meldung mittels Erfassungskarte (Postkarte): Meldung der Erstaufnahme eines betroffenen Kindes (s. Abb. 2)

2. Meldung mittels Entlassungsbogen: Meldung einiger weniger klinischer Daten bei Entlassung des betroffenen Kindes (s. Abb. 3).

SÄCHSISCHE GESELLSCHAFT FÜR STOFFWECHSEL- KRANKHEITEN UND ENDOKRINOPATHIEN e. V.		# 12345
DIABETES - ERSTMANIFESTATION VON KINDERN / JUGENDLICHEN - ERFASSUNGSKARTE		
Patienteninitialen:	Vorname:	Nachname:
	weiblich ☐	männlich ☐
Wohnort:	PLZ	
Geb.-datum:		Tag/Monat/Jahr
Aufnahmedatum:		Tag/Monat/Jahr
Manifestationsdatum:		Tag/Monat/Jahr
erste Insulingabe:		Tag/Monat/Jahr
Datum	Unterschrift	

Abbildung 2:

Erfassungskarte (Postkarte) zur Erstmeldung der Diabetes-Erstmanifestation von Kindern und Jugendlichen

SÄCHSISCHE GESELLSCHAFT FÜR STOFFWECHSEL- KRANKHEITEN UND ENDOKRINOPATHIEN e. V.		# 12345
Rücksendung bitte an:		Absenderstempel:
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden Institut für Medizinische Informatik und Biometrie Frau Dr. med. U. Rothe Fetscherstr. 74 01307 Dresden		
DIABETES - ERSTMANIFESTATION - ENTLASSUNGSBOGEN		
Patienteninitialen:	Vorname:	Nachname:
	weiblich ☐	männlich ☐
Geb.-datum:		Tag/Monat/Jahr
Aufnahmedatum:		Tag/Monat/Jahr
Entlassungsdatum:		Tag/Monat/Jahr
Weiterbetreuung des D.m. durch:		
Name, Anschrift des Arztes/Einrichtung		
Typ 1 ☐ VD auf MODY ☐ sekundärer Diabetes bei ☐		
Diabetes nicht bestätigt ☐		
Anamnese		
Diabetes in der Familie	1. Grades Mutter ☐ ☐ Vater ☐ ☐ Geschwister ☐ ☐	
	keine ☐ ☐	
	2. Grades ja ☐ ☐ nein ☐ ☐	
Klinik / Symptomatik		
klassische klinische Symptome (siehe Leitlinie Seite 10)		ja ☐ nein ☐
Auftreten erster Symptome seit		Wochen
Laborwerte (bei Erstaufnahme)		
Blut:	pH	
	BE	(mmol/l)
	Glukose (bei Aufnahme)	(mmol/l)
	HbA1c	%
Urin:	Keton i. Urin	ja ☐ nein ☐
	Glukose i. Urin	ja ☐ nein ☐
Bemerkungen:		

Abbildung 3:

Diabetes-Erstmanifestation-Entlassungskarte

Das Institut für Medizinische Informatik und Biometrie des Universitätsklinikums der TU Dresden erarbeitet derzeit Methoden, mittels Computer und online Erfassung eine sofortige Datenübertragung an das Institut zu ermöglichen. Fragen des Datenschutzes werden dabei in Zusammenarbeit mit den Datenschutzbehörden des Freistaat Sachsen bearbeitet und gelöst (s. Abb. 4).

# 12345	EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	Arztstempel
Hiermit erkläre ich		
Name / Vorname _____ des Kindes		
Geburtsdatum _____		
Anschrift _____		
mein Einverständnis, daß ausschließlich zur Erforschung des Diabetes mellitus Typ 1 die dazu notwendigen medizinischen Befunde an das Universitätsklinikum der TU Dresden, Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden gemeldet werden können. Die Verwendung der Daten erfolgt anonymisiert und unter strikter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Freistaates Sachsen. Ich kann diese Einverständniserklärung verweigern oder jederzeit widerrufen.		
Ort / Datum _____		Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____

Abbildung 4:

Formular der Einverständniserklärung für Erziehungsberechtigte im Rahmen der Erstellung des Kinder-Diabetes-Registers Sachsen

- *Retrospektiv* sollen die Manifestionen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren des I. Quartals 1999 nachgemeldet werden, wenn möglich, ebenfalls die des zurückliegenden Jahres 1998 zum Vergleich.
- *Einschlußkriterien:*
 - Eingeschlossen in die Meldung für das Register sollen Patienten werden, bei denen im Alter von 0 – 18 Jahren erstmalig ein Typ-1-Diabetes diagnostiziert wurde. Dabei wird davon ausgegangen, daß in der Regel der Erkrankungsbeginn konform geht mit Diagnosestellung und Therapiebeginn mit Insulin.
 - Die Studienregion ist der Freistaat Sachsen. Dabei ist der Wohnort des Patienten bei Manifestation des D. m. ausschlaggebend.

Zusammenfassung

Die Initiatoren des Sächsischen Kinder-Diabetes-Registers verpflichten sich, daß auf der Basis dieses Registers klinische Hilfestellung bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit D. m. im Freistaat Sachsen jederzeit geleistet wird. Die Sicherung der Betreuung von chronisch kranken Kindern mit D. m. im Freistaat Sachsen wird unterstützt. Die Etablierung von Qualitätszirkeln mit regelmäßigen Gruppentreffen zum Informationsaustausch wird institutionalisiert und soll im Wechsel in zeitlicher Regelmäßigkeit in Chemnitz, Leipzig oder Dresden durchgeführt werden. Ein Informationstransfer bezüglich des Typ-1-Diabetes soll über regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel und mittelfristig auch über neue Medien (Internet) zur Verfügung

gestellt werden. Damit wäre der Aufbau eines Kompetenznetzwerkes möglich.

Zur Erreichung der formulierten Ziele des Sächsischen Kinder-Diabetes-Registers ist die lückenlose Erfassung aller im Freistaat Sachsen diagnostizierten Diabetes-Fälle bei Kindern und Jugendlichen unbedingt erforderlich. Eine rege Zusammenarbeit aller Ärztinnen und Ärzte, die Kinder und Jugendliche mit D. m. im Alter von unter 18 Jahren betreuen, ist daher essentiell. Mit dieser Initiative soll in den kommenden Monaten auch eine Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Sächsischen Landesärztekammer sowie der Krankenkassen erfolgen. Damit hätte diese Initiative über den sächsischen Raum hinaus für die Bundesrepublik Deutschland Modell- und Vorbildcharakter.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Wieland Kiess
Direktor der Universitäts-Kinderklinik Leipzig
Oststraße 21 - 25
04317 Leipzig

Wartung und Fernwartung von Datenverarbeitungssystemen im medizinischen Krankenhausbereich

Auffassung des Sächsischen Datenschutzbeauftragten

Der Sächsische Datenschutzbeauftragte hat der Sächsischen Landesärztekammer mit Schreiben vom 25.11.1998 zu der Problematik Wartung und Fernwartung von Datenverarbeitungssystemen im medizinischen Krankenhausbereich seine Auffassung mitgeteilt. Dieses Schreiben veröffentlichten wir nachfolgend mit Genehmigung des Sächsischen Datenschutzbeauftragten.

„Wartung und Fernwartung im medizinischen Krankenhausbereich Schreiben des Sächsischen Datenschutzbeauftragten vom 25.11.1998

Sehr geehrte Damen und Herren,

heute wird in der modernen Medizin eine Vielzahl technischer Geräte eingesetzt, deren Wartung durch Klinikpersonal wegen der dafür benötigten Spezialkenntnisse nicht mehr möglich sein dürfte. Diese Geräte speichern und verarbeiten zum Teil hochsensible Patientendaten, die unter dem Schutz der ärztlichen Schweigepflicht stehen. Auf den Rechnern ist meist auch noch Fremdsoftware im Einsatz, so daß bei Störungen sowie bei in der Hard- oder Software auftretenden Fehlern der Hersteller eingeschaltet werden muß. Das kann vor Ort geschehen, meist jedoch im Rahmen des Teleservice, also in Form einer Ferndiagnose und -wartung. Bei der Hardwarewartung wird in der Regel nur auf bestimmte Statusinformationen in eigens dafür eingerichteten Diagnosedateien zugegriffen, die keine personenbezogenen Daten enthalten.

Die moderne Programmier- und die mächtigen Programmsysteme machen es für den Anwender nahezu unmöglich, Programmeneingriffe vorzunehmen, Fehler selbst zu lokalisieren oder gar zu beheben. Schließlich sind die DV-Systeme so komplex geworden, daß klinikeigenes Personal allenfalls die Einweisung in die Programmbedienung vornehmen kann. Eine Einweisung in andere Funktionen scheidet auch an den zur Verfügung stehenden

Ressourcen (Anzahl und know-how der DV-Mitarbeiter). Aus diesen Gründen sind die Wartung und Fernwartung der Hardware und Software durch den Hardwarehersteller bzw. durch das Softwarehaus für ein Krankenhaus notwendig geworden. Bei vielen DV-Systemen kann die Fehlerdiagnose und -behebung mit einer Offenbarung geschützter Patientendaten verbunden sein. Eine verschlüsselte Abspeicherung der identifizierenden Merkmale scheidet aus verschiedenen Gründen aus, nämlich, weil der Wartende bei der Fehlerdiagnose in den Anwendermodus gehen muß und der Anwender mit verschlüsselten Daten nicht arbeiten kann oder weil eine Konsistenzprüfung der Datenbank mit verschlüsselten Daten nicht möglich ist. Hinzu kommt, daß viele Wartungsarbeiten auch für den Anwender nicht transparent sind, weil entweder das DV-know-how fehlt oder keine Überwachungsmöglichkeiten vorhanden sind.

Da Krankenhäuser und Ärzte wegen ihrer Verpflichtung für eine optimale Versorgung ihrer Patienten vom Einsatz solcher Fremdsysteme nicht Abstand nehmen können, müssen neben rechtlichen vor allem technische Maßnahmen ergriffen werden, die erkennbar machen, wann zu welchem Zweck auf welche Daten durch Dritte zugegriffen wurde.

Grundsätzlich sollte die Fernwartung von DV-Systemen, die mit Patientendaten arbeiten, nur in begründeten Ausnahmefällen stattfinden. Bei einer Wartung vor Ort ist darauf zu achten, daß die Datenträger, die das Fremdpersonal bei der Wartung benützt, keine personenbezogenen Daten des Krankenhauses enthalten.

Technische Maßnahmen • Arbeiten am Testsystem

Soweit wie möglich sollen Externe nur an solchen Systemen arbeiten, in denen entweder nur signifikante Testfälle (ohne Bezug auf eine konkrete Person) oder anonymisierte Patientendaten gespeichert sind.

• **Arbeiten im Produktionssystem**

Ist für eine Fehlerdiagnose und -behebung der Zugriff auf das Produktionssystem erforderlich, sollten folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Verbindungsaufbau

Bei der Fernwartung ist die Verbindung oder die Freischaltung (nach einem Authentifikationsprozeß) stets vom Anwender aus aufzubauen (Call-Back-Verfahren) oder freizugeben, damit sichergestellt ist, daß keine unbefugten Einwühlversuche stattfinden können. Nach Abschluß der Wartungsarbeiten ist diese Verbindung wieder zu deaktivieren.

- Zugriff

Vom Anwender sind der Wartung/Fernwartung nur solche Zugriffsmöglichkeiten zu eröffnen, die für die Fehlerbehebung unbedingt erforderlich sind. Diese Zugriffe sind unter einer extra dafür eingerichteten Kennung mit einem Paßwort, das nur einmal verwendet werden kann, durchzuführen. Es ist ferner darauf zu achten, daß im Rahmen der Wartung bzw. Fernwartung keine Funktionen freigeschaltet werden, die eine Übertragung oder Auswertung von Anwenderdatenbeständen zulassen. Befindet sich der Rechner, an dem Fernwartung durchgeführt wird, in einem internen Netz, ist die Verbindung zu diesem Netz zu lösen.

- Vieraugenprinzip

Alle Aktivitäten der Wartung bzw. Fernwartung muß ein sachverständiger Mitarbeiter des Krankenhauses am Bildschirm verfolgen können. Im Zweifelsfalle muß dieser Mitarbeiter diese Aktivitäten auch abbrechen können (bei manchen Systemen ist das nur eingeschränkt möglich, hier müssen stärkere Protokollierungsvorschriften greifen).

- Protokollierung

In einem Protokoll sind alle Aktivitäten

der Wartung bzw. Fernwartung aufzuzeichnen. Bei besonders kritischen Aktionen ist der gesamte Dialog zu protokollieren, damit später erkennbar wird, auf welche Daten zugegriffen wurde. So gibt es beispielsweise Systeme, die eine ganze Sitzung (alle Aktivitäten am Bildschirm) gleichsam wie in einem Video aufzeichnen können.

- Vertraulichkeit auf dem Übertragungswege

Zur Sicherung der Vertraulichkeit der übertragenen Daten auf dem Übertragungswege kann es erforderlich sein, daß die Daten verschlüsselt werden. Es ist jedoch darauf zu achten, daß die Protokollierung vor Ort unverschlüsselt erfolgt. Nur so ist eine effektive Kontrolle durch den Anwender gewährleistet.

Organisatorische Maßnahmen

Im Interesse klarer Verhältnisse für Patienten und Krankenhäuser bei Fremdwartung schlage ich vor, die Einwilligung des Patienten über eine Klausel im Krankenhaus-Aufnahmevertrag einzuholen. Durch eine wirksame Einwilligung können die mit der Fremdwartung verbundenen strafrechtlichen Risiken für die Krankenhäuser minimiert werden. Voraussetzung dafür, daß den Patienten eine Klausel zur Fremdwartung im Aufnahmevertrag zugemutet werden kann, ist jedoch, daß die Offenbarung von Patientendaten an die Wartungsfirma auf das unumgängliche Maß eingeschränkt wird. D. h., daß in der Praxis alle technischen und organisatorischen Sicherungsmöglichkeiten zu aktivieren sind, damit Patientendaten nur dann zur Kenntnis der Wartungsfirma gelangen, wenn mit vertretbarem Aufwand keine andere Lösung möglich ist.

Die Wartung und vor allem die Fernwartung sind auf eine vertragliche Grundlage zu stellen, in der das Wartungsunternehmen explizit zur Verschwiegenheit verpflichtet wird. Für Zuwiderhandlungen sind **empfindliche** Vertragsstrafen vorzusehen. Die Unternehmen müssen Erklä-

rungen über die Zuverlässigkeit ihres Wartungspersonals abgeben. Unter Umständen empfiehlt es sich, Führungszeugnisse nach dem BZRG zu verlangen.

Die externen Mitarbeiter müssen der Klinik oder dem Krankenhaus namentlich benannt werden. Dieser Personenkreis soll aber überschaubar bleiben und möglichst wenig wechseln.

Bei lokaler Wartung ist in einem Logbuch Zeitpunkt, Ursache und Name dessen, der die Wartung durchführt, festzuhalten. Schließlich sollte die Wartung und Fernwartung nur dann durchgeführt werden, wenn sichergestellt ist, daß ausreichender eigener Sachverstand für die Beurteilung der externen Aktivitäten vorhanden ist.

Für alle Wartungs- und Fernwartungsaktivitäten ist ein Logbuch zu führen. Aus den Einträgen muß der Grund der Wartung, der Zeitpunkt und die die Wartung durchführende Person sowie die Wartungsaktivitäten, insbesondere ob auf den Echtdatenbestand zugegriffen werden mußte, erkennbar sein.

Ich lege großen Wert darauf, dem SMS ein mit Ihnen abgestimmtes Konzept mit der Maßgabe zur Verfügung zu stellen, den sächsischen Krankenhäusern einheitliche Vorgaben für die Vertragsgestaltung und das „handling“ der Fernwartung an die Hand zu geben. Deshalb bin ich für Ihre rechtliche und fachliche Einschätzung meiner Ausführungen sowie für Ergänzungs- und Verbesserungsvorschläge dankbar. Dabei bitte ich zu berücksichtigen, daß meine bisherige Sichtweise geprägt war von der Überzeugung, bei der Wartung/Fernwartung von Datenverarbeitungsanlagen mit Patientendaten sei § 33 Abs. 10 SächsKHG einschlägig, was sich nach neuerlicher rechtlicher Würdigung nicht mehr aufrechterhalten läßt. Da Wartung/Fernwartung sich nicht auf den **Informationsgehalt** von Datenfeldern bezieht, liegt nach meinem Dafürhalten auch

keine „Verarbeitung“ (im Auftrag) i. S. v. § 33 Abs. 10 SächsKHG vor (Wartung/Fernwartung bedarf daher auch keiner vorherigen Zustimmung durch das Regierungspräsidium). Vielmehr konzentriert sich das Interesse des Wartungspersonals üblicherweise ausschließlich darauf, Fehler an Hard- und Software zu beheben. Selbst wenn zur Fehlerbeseitigung im Einzelfall Patientendaten zur Verfügung gestellt werden müßten und dabei ggf. offenbar würden, ist das kein Datenverarbeitungsschritt, sondern eine unabdingbare „Nebenfolge“, die wohl in Kauf genommen werden muß.

Gleichwohl darf die Frage der Zulässigkeit der Offenbarung von Patientendaten im Zuge der Wartung/Fernwartung unter Aufgabe des bisherigen Standpunktes zur Anwendbarkeit des § 33 Abs. 10 SächsKHG nicht vernachlässigt werden. Die seinerzeit ins Leben gerufene Arbeitsgruppe zum Thema Wartung/Fernwartung in Krankenhäusern halte ich in der bisherigen Besetzung aber für nicht mehr erforderlich.

Im Auftrag
gez. Rokoß
Ministerialrat"

Dienstanschrift des Verfassers:

Der Sächsische Datenschutzbeauftragte
Postfach 120 905, 01008 Dresden
Tel.: (0351) 49 35-4 15

Sofern Sie Rückfragen zu diesem Thema haben, steht Ihnen selbstverständlich auch die Juristische Geschäftsführerin, Frau Glowik, Tel.-Nr. (0351) 8 26 74 21, zur Verfügung.

Ass. Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

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
(Eintritt frei)

Sonntag, 11. April 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Sächsische Spezialschule 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)

Sonntag, 9. Mai 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Hochschule für Musik Dresden

Ludwig van Beethoven: Sonate für Violoncello und Klavier D-Dur

Dimitri Schostakowitsch: Klaviertrio e-Moll

Robert Schumann: Volkstonstücke Violoncello und Klavier und anderes
(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

Alle Kammermitglieder sind mit ihren Angehörigen und 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

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. Stephan Weber

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

Die Sächsische Ärzteversorgung informiert:

Freie Mitarbeiter - Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung ab 1999
Achtung: Fristablauf 31. März 1999

Mit dem Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte (Bundesgesetzblatt I, 1998, Seite 3843 ff.) ist der Kreis der Versicherungspflichtigen in der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeweitet worden. Versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung sind seit dem **1. Januar 1999 Scheinselbständige und arbeitnehmerähnliche Selbständige**, somit ein großer Teil der sogenannten „Freien Mitarbeiter“.

Scheinselbständige (§ 7 Abs. 4 SGB IV) sind Personen, bei denen **mindestens zwei** der folgenden Kriterien vorliegen:

- Es werden außer Familienangehörigen keine versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigt.
- In der Regel wird nur für einen Arbeitgeber gearbeitet.
- Es wird eine arbeitnehmertypische Beschäftigung ausgeübt, das heißt, der Scheinselbständige unterliegt Weisungen des Auftraggebers und ist in die Arbeitsorganisation eingegliedert.
- Der Scheinselbständige tritt nicht unternehmerisch am Markt auf.

Wenn mindestens zwei der vier Kriterien vorliegen, wird kraft Gesetzes vermutet, daß eine Arbeitnehmerbeschäftigung vorliegt. Das Mitglied bzw. der Auftraggeber/Arbeitgeber haben dann zwar die Möglichkeit, diese Vermutung zu widerlegen, die Beweislast liegt jedoch beim Mitglied. Gelingt dem Mitglied der Beweis, daß es kein Scheinselbständiger ist, nicht, wird es als Arbeitnehmer im Sinne des Sozialgesetzbuches behandelt, das heißt, es besteht Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung. Zudem hat der Auftraggeber/Arbeitgeber den Sozialversicherungsbeitrag zur Hälfte zu tragen (Arbeitgeberanteil). Darüber hinaus kann die Neubestimmung des Status als Angestellter für den Arbeitgeber Konsequenzen in Bezug auf seine mögliche Beziehung zur Kassenärztlichen Vereinigung haben.

Arbeitnehmerähnliche Selbständige (§ 2 Nr. 9 SGB VI) sind solche Personen, die zwar unzweifelhaft selbständig sind, aber trotzdem in den Schutz der gesetzlichen Rentenversicherung ab 1. Januar 1999 einbezogen werden. Wer keine versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigt und in der Regel nur einen Auf-

traggeber hat, wird als Selbständiger in der Rentenversicherung versicherungspflichtig. In diesem Fall beschränkt sich die Versicherungspflicht auf die gesetzliche Rentenversicherung.

Besteht bei dem Mitglied die Möglichkeit, daß es entweder die Kriterien der Scheinselbständigkeit oder arbeitnehmerähnlichen Selbständigkeit erfüllt, empfehlen wir sicherheitshalber einen Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht zugunsten der Sächsischen Ärzteversorgung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI zu stellen. Es ist nicht auszuschließen, daß die Einzugsstellen der Krankenkassen oder Prüfdienste der gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe der nächsten Monate und Jahre feststellen, daß das Mitglied der Rentenversicherungspflicht unterliegt und es rückwirkend ab 1. Januar 1999 in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen wird. Zwar könnte das Mitglied auch dann noch einen Antrag auf Befreiung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI stellen. Die Befreiung wirkt aber nur auf den 1. Januar 1999 zurück, wenn sie

bis zum 31. März 1999

beantragt wird. Geht der Antrag auf Befreiung nach diesem Zeitpunkt ein, wirkt er erst ab Eingang des Antrages bei der Sächsischen Ärzteversorgung. Daher besteht die Gefahr, daß das Mitglied von der Sozialversicherung rückwirkend als versicherungspflichtig angesehen wird, eine nach dieser Feststellung beantragte Befreiung jedoch erst ab Antragseingang wirkt, so daß das Mitglied neben der Pflichtteilnahme in der Sächsischen Ärzteversorgung auch in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert ist und somit für diesen Zeitraum doppelt Beiträge bezahlen muß.

Im Zusammenhang mit der Neuregelung für **arbeitnehmerähnliche Selbständige** sind neben der allgemeinen Befreiungsmöglichkeit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI **spezielle Befreiungsmöglichkeiten bis zum 30. Juni 1999** vorgesehen (§ 231 Abs. 5 SGB VI). Befreiungsvoraussetzung ist danach entweder die Vollendung des 50. Lebensjahres bei Inkrafttreten des Gesetzes oder der Nachweis einer bereits bestehenden Lebensversicherung und/oder betrieblichen Versorgungszusage, wenn diese bis zum 30. Juni 1999 rentenversi-

cherungsäquivalent ausgestaltet wird. Nicht zur Befreiung führen dagegen nach dem 10. Dezember 1998 abgeschlossene Versicherungsverträge; das Befreiungsrecht des § 231 Abs. 5 Nr. 2 SGB VI beinhaltet nur die Möglichkeit, eine am 10. Dezember 1998 bereits abgeschlossene Lebensversicherung an die Vorgaben des Gesetzes anzupassen. Diese spezielle Befreiungsmöglichkeit gilt aber nur für **arbeitnehmerähnliche Selbständige**, nicht dagegen für scheinselbständige Arbeitnehmer.

Die Höhe des Rentenversicherungsbeitrages für arbeitnehmerähnliche Selbständige wird nach den Vorschriften berechnet, die schon bisher für rentenversicherungspflichtige Selbständige gelten (§ 162 SGB VI). Danach ist der Beitrag regelmäßig auf der Grundlage der Bezugsgröße, die dem Durchschnittsentgelt aller Versicherten entspricht, zu berechnen. Die Bezugsgröße beträgt 1999 in den alten Bundesländern DM 4.410,- und in den neuen Bundesländern DM 3.710,-. Hieraus ergibt sich ein Regelbeitrag von DM 860,- bzw. DM 723,-. Im Einzelfall kann auf Antrag auch das höhere oder niedrigere tatsächliche Arbeitseinkommen zugrunde gelegt werden, wenn es durch Steuerbescheid nachgewiesen wird. In den ersten drei Berufsjahren werden auf Antrag entsprechend 50 % der oben genannten Bezugsgröße für die Beitragsbemessung zugrunde gelegt.

Will das Mitglied Rechtsklarheit bezüglich seines beruflichen Status erlangen, sollte es sich unmittelbar mit der BfA bzw. einer ihrer Beratungsstellen in Verbindung setzen. Erfüllt das Mitglied die Voraussetzungen für die arbeitnehmerähnliche Selbständigkeit, sollte es prüfen, ob die dafür vorgesehene spezielle Befreiungsmöglichkeit in seiner Person gegeben ist (Vollendung des 50. Lebensjahres vor dem 1. Januar 1999 oder Nachweis einer bereits am 10. Dezember 1998 bestehenden ausreichenden Lebensversicherung). Sollte dies der Fall sein, gilt die Frist 30. Juni 1999 zu beachten. Der Antrag muß bei der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt werden.

Die Verantwortung für die Einhaltung der neuen Regelungen liegt bei jedem Mitglied selbst und nicht bei der Sächsischen Ärzteversorgung.



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind

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

Planungsbereich Dresden-Stadt 1 FA für Chirurgie

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis 15. 4. 1999 an die o. g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Dresden-Stadt 1 FA für Kinderheilkunde

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 31. 3. 1999 an die o. g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Landkreis Meißen 1 FA für Innere Medizin (Diabetologie)

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 31. 3. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz 1 FA für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15. 4. 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 Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt

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

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 10. 4. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

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

Planungsbereich Leipzig Stadt 1 FA für Innere Medizin

Der Bewerber sollte nach Möglichkeit die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie führen.

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 22. 3. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Chirurgische Therapie der Weichteilsarkome des Erwachsenen

Aus der Chirurgischen Klinik
und Poliklinik I der
Universität Leipzig

Einführung

Als Weichteilsarkome (WTS) werden alle malignen Tumore des nichtepithelialen und extraskeletalen Gewebes, mit Ausnahme des retikuloendothelialen Systems sowie der Glia und des Stützgewebes parenchymatöser Organe zusammengefaßt. Zusätzlich schließt diese Tumorgruppe die neuroektodermalen Malignome des peripheren und autonomen Nervensystems ein (8). Der Anteil der WTS an allen bösartigen Geschwülsten beträgt im Erwachsenenalter ca. 1 % (13, 18). Die Inzidenz liegt derzeit bei 1 - 2 Erkrankungen je 100.000 Einwohner pro Jahr (27). Die Ätiologie dieser sehr heterogenen Tumorgruppe ist weitgehend ungeklärt. Man nimmt heute an, daß die WTS überwiegend aus undifferenzierten mesenchymalen Stammzellen hervorgehen und keinen zelltypenspezifischen Ursprung haben. Ebenso unklar ist die Pathogenese der meisten WTS. Es gibt praktisch keine „Präsarkomatosen“ oder benigne Vorstufen, was die Definition von Risikogruppen ebenso wie eine gezielte Früherkennung unmöglich macht (8, 18). Eine Ausnahme hiervon bilden Patienten mit erbten genetischen Defekten, welche für die Entwicklung bestimmter Tumore prädisponieren und bei denen neben dem dispositionell zu erwartenden Tumor metachron auch gehäuft benigne und maligne Weichteiltumore auftreten (2, 8). So können sich bei Patienten mit manifester Neurofibromatose aus Neurofibromen maligne periphere Nervenscheidentumore entwickeln (20).

WTS werden nach ihren strukturellen und zytologischen Merkmalen, das heißt ohne Bezug zur Lokalisation oder zellulären Herkunft klassifiziert. Ihre Benennung erfolgt nach der Differenzierung und bezieht sich auf das Gewebe, welches durch den Tumor nachgeahmt wird (zum Beispiel Sarkom mit Differenzierungsmerkmalen des Fettgewebes = Liposarkom). Sie können in fast allen erdenklichen Lokalisationen vorkommen. Die Lokalisationsvielfalt, ihre Seltenheit, das Fehlen paraneoplastischer Symptome und

ihr beschwerdearmes Wachstum sowie eine große Vielfalt histomorphologischer Erscheinungsbilder stellen eine enorme diagnostische Herausforderung dar.

Außer vom Tumorstadium, der Lokalisation, dem Malignitätsgrad und dem Tumortyp hängt die Prognose der Patienten entscheidend von einer individualisierten, meist multimodalen Therapie ab, deren Hauptsäule die radikale chirurgische Tumorentfernung ist (3, 8). Ein besonderer Anspruch erwächst dabei aus der Notwendigkeit, vielfältige patienten- und tumorbedingte Besonderheiten zu berücksichtigen und mit generellen Therapiestandards in Einklang zu bringen. Voraussetzung für eine effektive Weichteilsarkomchirurgie ist neben der Möglichkeit, gefäßchirurgische und plastisch chirurgische Maßnahmen realisieren zu können, insbesondere ein Pathologenteam mit umfassender Erfahrung in der histologischen Diagnostik dieser Tumorgruppe.

Aufgaben der Chirurgie im Rahmen der Diagnostik

Neben den bildgebenden Verfahren sind auch chirurgische Maßnahmen zur Gewinnung von Tumormaterial für eine histologische Begutachtung in die Diagnostik eingebunden. Das Ergebnis einer exakten histologischen Beurteilung des Tumors beeinflusst die Therapie ganz wesentlich. Realisierbar ist diese jedoch nur, wenn dem Pathologen ausreichend repräsentatives Tumormaterial zur Verfügung steht. Die chirurgische Biopsie ist deshalb immer dann indiziert, wenn bei Geschwülsten mit unklarer Histologie die Stanzbiopsie nicht vorgenommen werden kann oder keine sichere Aussage erwarten läßt. Exzisionsbiopsie und Inzisionsbiopsie stellen die beiden chirurgischen Möglichkeiten der Gewinnung repräsentativen Tumorgewebes dar. Bei oberflächlichen Tumoren des Rumpfes und der Extremitäten mit einem größten Durchmesser von maximal 3 cm, sollte zunächst eine komplette Tumorentfernung mit ca. 1 cm Sicherheitsabstand im Sinne einer Exzisionsbiopsie vorgenommen werden. Wird

die Diagnose eines WTS gestellt, kann einzeitig (Schnellschnittdiagnose) oder zweizeitig (bei Notwendigkeit subtilerer histologischer Untersuchungsverfahren) im Sinne der Komplettierung eine Nachresektion erfolgen. Aus onkologischen Sicherheitsgründen und aus operationstechnischen Erwägungen ist die einzeitige chirurgische Sanierung anzustreben.

Bei größeren oder tiefer gelegenen Tumoren muß mit der Inzisionsbiopsie repräsentatives Gewebe gewonnen werden. Der Zugangsweg für die Inzisionsbiopsie ist so zu wählen, daß er bei der definitiven Resektion ohnehin zum Resektat gehören würde (Tumorzellkontamination). Aus gleichem Grund leitet man erforderliche Drainagen unbedingt durch die Wunde aus.

Grundlegende chirurgische Therapieprinzipien

Die allgemeinen chirurgischen Behandlungsrichtlinien ergeben sich aus dem Wachstumsverhalten dieser Tumorgruppe. WTS werden von einer sogenannten Pseudokapsel umgeben, die dem infiltrativen Randbereich der Geschwulst entspricht und stets reichlich maligne Zellen enthält. Das Tumorstadium erfolgt über die Pseudokapsel hinaus, vorwiegend longitudinal entlang muskuloaponeurotischer Schichten und Inter-muskularsepten. Faszien, Periost und Adventitia von Gefäßen werden relativ lange als Barrieren respektiert. Der Einbruch in Nachbarkompartimente oder das Überschreiten anatomischer Grenzen geschieht oft synchron mit einer systemischen Metastasierung. WTS können diskontinuierlich wachsen. Sie können mehrere Zentimeter vom Hauptbefund (Abb. 1 - Seite 109) entfernt mikroskopisch kleine Tumorzellnester - sogenannte Skip-Metastasen - entwickeln (8). Ziel der operativen Therapie ist die vollständige lokale Tumorentfernung (lokale R0-Situation). Dies bedeutet vor allem die Mitnahme der potentiellen Lokalisationsgebiete von Skip-Metastasen, da sie die Hauptquelle von Lokalrezidiven darstellen. Der Resektionsumfang richtet

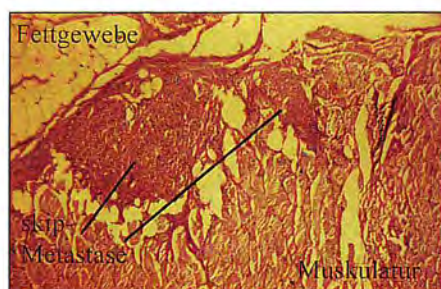


Abbildung 1:
Mikroskopisches Bild einer „Skip-Metastase“ des sich als malignes fibröses Histiozytom darstellenden Tumors der Abb. 2 bis 4

sich somit vor allem nach der Lokalisation des Tumors innerhalb oder außerhalb eines geschlossenen anatomischen Kompartimentes. Innerhalb eines solchen ist die Kompartimentresektion, das heißt die Entfernung des Tumors unter vollständiger Mitnahme aller befallenen Muskeln (von Ansatz bis Ursprung einschließlich Fascien) und der darin beziehungsweise dazwischen liegenden Gefäße und Nerven, die Therapie der Wahl (Abb. 2 bis 4) (Lokalrezidivrate um 10 %).



Abbildung 2:
Weichteilsarkom am ventrolateralen mittleren Oberschenkel links bei einem 68-jährigen Patienten

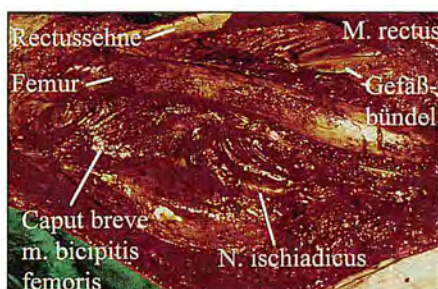


Abbildung 3
Situs des Befundes von Abb. 2 nach Absetzen des Resektates

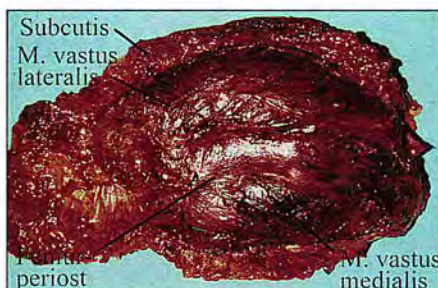


Abbildung 4
Femurseitige Ansicht des Resektates des Tumorkompartimentes unter Einschluss des M. vastus lateralis, M. vastus intermedius, M. vastus medialis, M. tensor fasciae latae, Fascia lata, M. biceps femoris; der M. rectus femoris und der M. sartorius konnten erhalten werden

Der Umfang der Resektion wird also von der Ausdehnung des betroffenen Kompartimentes bestimmt. Außerhalb eines Kompartimentes sollte eine weite Exzision angestrebt werden. Dies bedeutet einen Sicherheitsabstand von 2 cm zur Tiefe beziehungsweise 5 cm in Faserrichtung der um-

gebenden Muskulatur sowie eine Resektion der das tumortragende Areal begrenzenden gesunden Hüllgewebsschichten (umgebende, nicht infiltrierte Fascien, Periost oder Gelenkkapseln). Bei Unverletztheit der Hüllgewebe kann so auch mit Resektionsabständen im Millimeterbereich eine Resektion in sano erreicht werden. Die Verletzung direkt den Tumor umhüllender Grenzschichten sowie das Zurückbleiben von Skip-Metastasen stellen die entscheidenden Ursachen für Lokalrezidive dar (6, 25). Letzterer Fall kann, wie oben erläutert, durchaus mit einem histologisch tumorfreien Resektionsrand einhergehen (Tabelle 1). Eine systematische Lymphadenektomie der lokoregionalen Lymphknoten wird nur bei manifestem Befall durchgeführt, da sie nicht zu einer Verbesserung des Gesamtüberlebens führt (10). Ein lymphonodaler Tumorbefall ist biologisch und prognostisch wie eine systemische Tumoraussaat zu werten.

In die chirurgische Therapieplanung sind außer den Radikalitätsprinzipien und den erforderlichen rekonstruktiven Maßnahmen, der zu erwartende Funktionsverlust, die Komplikationsrate sowie die Vorstellungen und Erwartungen des Patienten als wesentliche Faktoren einzubeziehen. Erscheint ein Tumor primär nicht radikal resektabel, kann im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes neoadjuvant der Versuch einer Tumorverkleinerung durch Radiatio und/oder Chemotherapie unternommen werden (19). Liegt ein inkurabel fortgeschrittenes Tumorstadium vor,

Tabelle 1:
Radikalität der Resektionsverfahren in der Weichteilsarkomchirurgie (nach 2, 3, 8, 14, 15, 24)

Radikalität	Verfahren	Lokalrezidivrate
radikal	Kompartimentresektion	10 - 30 %
	weite Exzision	
	Amputation	
unradikal	Quadrantektomie	50 - 90 %
	Enucleation	
	marginale Exzision	

sollte dies bei der Wahl des Verfahrens zur Entfernung des Primärtumors berücksichtigt werden.

Vorgehen bei Extremitätenbefall

An den Extremitäten sind die oben genannten allgemeinen chirurgischen Therapierichtlinien am besten zu realisieren, da eigentlich nur hier die Durchführung einer klassischen Kompartimentresektion möglich ist. Liegt der Tumor außerhalb eines Kompartimentes (Handgelenk und Mittelhand, Ellenbogenbereich, Schultergelenk mit Axilla, Sprunggelenk, Mittel- und Vorfuß, Kniegelenksbereich, Hüftgelenk mit Leiste, Gefäß-, Nervenbündel von Arm und Bein) müssen nicht selten sehr ausgedehnte Eingriffe mit aufwendiger Rekonstruktion und einschneidenden Funktionsverlusten durchgeführt werden. Handelt es sich um einen Primärtumor in nicht voroperierter anatomisch intakter Lokalisation, ist durch schonende Operationstechnik und die Nutzung unterschiedlicher Rekonstruktionsmöglichkeiten heute auch ohne Einschränkung der Radikalität ein funktionell sinnvoller Extremitätenerhalt möglich (28). Amputationen sind die Ausnahme und sollten nur bei großen oder schnell aufgetretenen Rezidiven, bei extremem Resektionsausmaß unter proximaler Mitnahme großer Nerven und daraus resultierender Funktionslosigkeit sowie bei nicht beherrschbaren lokalen Komplikationen oder Spätfolgen (zum Beispiel Elephantiasis) durchgeführt werden. Muß nach sorgfältiger Abwägung aller Therapieoptionen doch eine Amputation erfolgen, dürfen auch im Stumpf keine Anteile des Tumorkompartimentes vorhanden sein (Stumpfrezidivgefahr). Das heißt, die Amputation ist in jedem Fall den individuellen Besonderheiten anzupassen.

Besonderheiten an der Thorax- und Bauchwand

Das Ziel der radikalen Tumorresektion zur sicheren lokalen Tumorkontrolle ist auch hier anzuwenden. An der Rumpfwand sind jedoch anatomisch determiniert meist nur weite Exzisionen möglich. An der Thorax-

wand kann die Mitnahme der kranial und kaudal des Tumors gelegenen Rippe sowie der dem Tumor gegenüberliegenden Pleura erforderlich werden. Bei Bauchwandtumoren wird mit dem nötigen Sicherheitsabstand analog vorgegangen. Größere primär nicht verschließbare Thoraxwanddefekte werden zur Verhütung von Instabilitäten straff mit Fascia lata oder Kunststoff gedeckt. Darüber muß unbedingt ein völlig spannungsfreier Hautverschluß zustande kommen. Ist dies nicht möglich, erfolgt die Deckung mit einem gestielten oder freien Latissimuslappen. Keinesfalls sollten zur Minimierung der Defektgröße Kompromisse in der Radikalität eingegangen werden.

Retroperitoneale und intraabdominale Sarkome

Die meisten Sarkome dieser Region wachsen zu erheblicher Größe heran, bevor sie erkannt werden. Für WTS des Abdomens und Retroperitoneums ist die multiviszerale en-bloc-Resektion die einzige Methode mit einer gewissen Aussicht auf Heilung. Es muß eine sogenannte „Chirurgie der Quadranten“ oder eine „Chirurgie lateral der Mittellinie“ erfolgen, um überhaupt einen kurativen Ansatz zu gewährleisten. Eine echte R0-Resektion ist jedoch auch so nur in etwa 25 % der Fälle erreichbar (8, 9). Wird lediglich eine Tumorfrieselegung vorgenommen und die Geschwulst von adhärennten Strukturen abgelöst und damit in der Pseudokapsel präpariert, tritt mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Lokalrezidiv auf (16). Retroperitoneale und intraabdominell sind Lokalrezidive regelmäßig mit einer peritonealen Tumormanifestation assoziiert, die zum entscheidenden Faktor des Krankheitsverlaufes wird (17). Aus gleichem Grund darf das WTS intraoperativ nicht verletzt werden, da die iatrogene Tumorzellaussaat einen entscheidenden prognostischen Einfluß hat (Abb. 5 und 6).

Nach Klärung der Gefäßversorgung des Tumors mittels Angiografie, Sicherung der Sarkomhistologie und Evaluierung der Operabilität stellt ein ausreichend großer

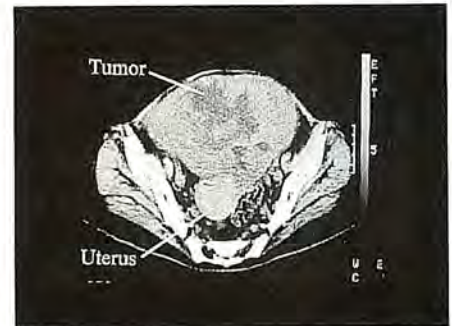


Abbildung 5: Computertomogramm des Unterbauches einer Patientin mit einem Leiomyosarkom



Abbildung 6: Resektat des Leiomyosarkoms aus Abb. 5 mit peritonealem Peritoneum, mehreren Dünndarmschlingen, dem Blasendach, dem Uterus und den Adnexe

Zugang eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen des Eingriffes dar. Nach nochmaliger intraoperativer Abklärung der Operabilität hat die Resektion so zu erfolgen, daß alle Organe, die an das Sarkom herangezogen sind, en-bloc mit reseziert werden (24). Auch wenn sie sich stumpf vom Tumor abschieben lassen, sind diese Organe in aller Regel infiltriert. Bei Feststellung lokaler Inoperabilität (zum Beispiel Einbruch in den Spinalkanal) sollte nach Markierung der Tumorgrenzen für eine Strahlentherapie der Eingriff ohne Verletzung des Tumors beendet werden. Nach Durchführung einer Strahlentherapie beziehungsweise Chemotherapie kann dann die Indikation zur Resektion mit kurativer Zielstellung erneut geprüft werden. Primäre R1- oder R2-Resektionen tragen auch bei Ausschöpfung aller adjuvanter Therapiemöglichkeiten nur palliativen Charakter (Bedeutung des Rezidives

siehe vorn) und sollten nur nach reiflicher Überlegung und Ausschöpfung aller Therapieoptionen als wirkliche ultima ratio durchgeführt werden.

Vorgehensweise nach Eukleation oder Exzisionsbiopsie

WTS werden zu einem großen Teil nicht primär diagnostiziert. Oft wird nach der Operation unter einer anderen Verdachtsdiagnose erst durch den histologischen Befund das Sarkom bekannt. Die Tumorentfernung erfolgte deshalb als Eukleation oder Exzision ohne oder mit schmalen Randsaum. Keinesfalls kann hier auch bei histologisch freien Resektionsrändern von einer ausreichenden Radikalität ausgegangen werden (1, 15). Die Indikation zur radikalen Nachresektion ist daher fast immer zu stellen. Es muß dann wie bei noch existentem Primärtumor operiert und ohne Eröffnung der Voroperationshöhle ausschließlich im Gesunden im Sinne einer Kompartimentresektion oder einer weiten Exzision vorgegangen werden (12).

Chirurgie des lokalen Sarkomrezidivs

Rezidive sind in aller Regel auch an den Extremitäten nicht als Kompartimentresektion entfernbare, da dieses - wenn primär vorhanden - beim Ersteingriff zerstört wurde. Oft ist das entsprechende Gebiet vorbestrahlt. Auch wenn beim Primäreingriff die Resektionsränder tumorfrei waren, sind diese mit dem Tumorrückfall als mikroskopisch kontaminiert anzusehen (7). In der Voroperationsnarbe oder deren Randbereich liegen häufig wichtige Strukturen, deren Entfernung zu extremen Funktionsverlusten führt (zum Beispiel Nervus ischiadicus). Hier muß die Operationsplanung unter Einbeziehung verschiedener chirurgischer Fachgebiete besonders viele, oft erst intraoperativ erkennbare Probleme berücksichtigen und lösen. Ziel ist auch beim Rezidiv das Erreichen einer lokalen R0-Resektion. An der Extremität und der Rumpfwand sollte eine weite Exzision vorgenommen werden, die das gesamte alte Narbengebiet

beinhaltet. Aufwendige rekonstruktive Maßnahmen schließen sich sehr häufig der Resektion an. Bevor als ultima ratio die Indikation zur Amputation gestellt wird, sind alle Möglichkeiten der präoperativen Tumorverkleinerung auszuschöpfen. Besondere Bedeutung haben dabei verschiedene Strahlentherapieformen sowie die regionale zytostatische hypertherme Extremitätenperfusion als Therapieoption erlangt. Trotz der immer besseren Möglichkeiten, auch beim Rezidiv die Amputation zu vermeiden, muß sie doch gelegentlich vorgenommen werden. Zur Verhütung von Stumpfrezidiven sind ohne Rücksicht auf die Stumpflänge die Radikalitätsprinzipien strikt einzuhalten.

Intraabdominale oder retroperitoneale Re-

zidive sind selten vollständig entfernbare. Meist geht das Rezidiv mit einer diffusen Aussaat innerhalb der großen Körperhöhlen einher. Ein chirurgisches Vorgehen ist hier nur palliativ möglich und sollte der Vermeidung oder der Therapie anders nicht beherrschbarer Komplikationen vorbehalten bleiben.

Metastasen Chirurgie

Die Metastasierungsfrequenz höhergradiger WTS (G2, G3) liegt zwischen 50 und 80 % (11). Meist wird zuerst und für lange Zeit ausschließlich die Lunge befallen. Daraus leitet sich die Berechtigung für eine chirurgische Therapie ab. In der Tat lassen sich durch die Metastasen Chirurgie sowohl die mediane Überlebenszeit als

auch die 5-Jahres-Überlebensrate beeinflussen (26). Kriterien für eine sinnvolle chirurgische Metastasentherapie sind die Länge des krankheitsfreien Intervalles, die Anzahl der vorliegenden Herde, eine Tumorerkrankungszeit über 40 Tage, eine lokale Tumorkontrolle sowie eine komplette Entfernung aller Befunde (5, 22). Das Verfahren der Wahl ist die atypische Parenchymresektion, über die eine Sanierung der Lunge bei möglichst geringem Funktionsverlust angestrebt wird. Auch bei primär unilateralem Befall ist die mediane Sternotomie der Zugang der Wahl. Hierdurch lassen sich beide Lungen explorieren sowie der bildgebenden Diagnostik entgangene Befunde erfassen und behandeln. Bei sehr zentraler und dorsaler Lage der Befunde muß jedoch auf eine laterale Thorakotomie ausgewichen werden. Vor dem Hintergrund der Tatsache, daß durch eine Zytostatikatherapie allein kaum längerfristige Remissionen erreichbar sind (4, 23), sollte die Indikation zur Metastasen-chirurgie der Lunge eher großzügig gestellt werden. Isolierte Lebermetastasen treten selten auf. Patienten mit isolierten Lebermetastasen eines WTS haben auch nach einer vollständigen Befundsanierung eine bedeutend schlechtere Prognose als Patienten mit Lungenmetastasen (8). Die Indikation zur simultanen Resektion von Lungen- und Lebermetastasen ist ausgesprochen selten zu stellen. Trotz bedeutender Fortschritte in der Metastasen-chirurgie bleibt festzustellen, daß es sich hierbei in der Regel um eine Palliativmaßnahme zur Überlebenszeitverlängerung handelt, mit der nur in Einzelfällen eine dauerhafte Heilung möglich ist.

Abschlußbemerkung

Abschließend möchten wir auf ein Problem aufmerksam machen, das die WTS-Therapie in fast allen Industrieländern und unabhängig von ihrer Lokalisation gleichermaßen betrifft. Zwischen 30 und 70 % der Sarkompatienten kommen über den Umweg einer unradikalen Voroperation oder durch das Auftreten eines Lokalrezidives zur definitiven Befundsanierung. In

der Regel müssen die Patienten dadurch erhöhte Risiken, größere Funktionseinbußen und mehr Operationen über sich ergehen lassen. Ob für den Betroffenen die Prognose negativ beeinflusst wird, ist im Einzelfall zwar nicht definierbar, für größere Patientenkollektive, das heißt, statistisch jedoch eindeutig belegt (19). Im Interesse der Patienten sollte bei einem Weichteiltumor ab 3 cm im größten Durchmesser immer auch an das Vorliegen eines Sarkomes gedacht und dies in die Planung von Diagnostik und Therapie einbezogen werden. Gelingt es nicht, mit ausreichender Sicherheit die präoperative Abklärung eines verdächtigen Befundes und dessen Therapie zu gewährleisten, sollte die Unterstützung eines Zentrums in Anspruch genommen werden (14).

Literatur bei den Verfassern

Anschrift für die Verfasser:
Chirurgische Klinik und Poliklinik I
der Universität Leipzig
Dr. med. Peter Würl
Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig

Artikel eingegangen: 21. 7. 1998
Artikel nach Revision angenommen: 1. 9. 1998

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 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. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Heinz Dietrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. Hermann Queißer
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Verlagsgesellschaft 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

Herstellungsleitung: 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 eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.

Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 138,00 DM zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 142,80 DM zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 14,50 DM zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 31.12. eines Kalenderjahres möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

St. Schubert, B. Ruf

Komplizierte Malaria tropica und ihre Verhütung

Aus der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV der Universität Leipzig und der Klinik für Infektions- und Tropenkrankheiten, Nephrologie und Geriatrie des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig

Seitdem es auch in den Neuen Bundesländern leicht möglich ist, tropische Länder zu bereisen, werden wir als Ärzte hier ebenfalls häufiger mit Erkrankungen durch den Ferntourismus konfrontiert. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Malaria (M.) dar, v. a. die *M. tropica* (Erreger: *Plasmodium falciparum*), da sie mit vermeidbaren Todesfällen verbunden ist. Mehrere Todesfälle und lebensgefährliche Erkrankungen allein im Raum Leipzig während der vergangenen Monate geben Anlaß, zur Verhütung solch komplizierter Verläufe Stellung zu nehmen.

In den ersten 24 Stunden nach Erkrankungsbeginn ist jede *M. tropica* leicht heilbar. Todesfälle entstehen erst in einigen Fällen durch mehrtägige Verzögerung der Diagnosestellung durch Patient und/oder Arzt. Dabei genügen jedoch verhängnisvollerweise bereits wenige Tage, und eine Verknennung ist anfangs sehr leicht möglich, da die *M. tropica* uns geläufigeren Erkrankungen täuschend ähnlich sein kann. Die ganze Tragik der leichten Verknennbarkeit offenbart sich besonders darin, daß bis in die jüngste Vergangenheit selbst erfahrene Ärzte aus Deutschland durch eigene Fehleinschätzung an Malaria verstorben sind. Durch diese leichte Verknennbarkeit und die kurze Zeitspanne zwischen einfacher Heilbarkeit und infauster Prognose gehört die *M. tropica* sicherlich zu den heimtückischsten Erkrankungen in der Medizin überhaupt. Die leichte Verwechselbarkeit führt in Einzelfällen sogar dazu, daß bei erkrankten Tropenrückkehrern, bei denen sofort an die Malaria gedacht wurde, das Vorliegen einer Malaria einfach nicht für möglich gehalten wird und man zunächst nicht weiter danach fahndet, weil ein ganz typisches klinisches Bild wie bei einem grippalen Infekt, einer Bronchopneumonie, akuten Gastroenteritis, Pyelonephritis o. ä. vorliegt. Dazu kommt als nächste tückische Eigenschaft der Verlauf: Oft bessern sich in den Folgetagen zunächst die subjektiven und objektiven Beschwerden, was leicht zu falscher Sicherheit führt. Wer noch nie mit dieser Problematik zu tun hatte, fühlt sich dann erst recht in der Annahme eines grippalen Infektes oder in der Richtigkeit einer Antibiotikaverordnung unter Verdacht auf eine bakterielle Infektionskrankheit scheinbar bestätigt.

Nach einigen Tagen, oft innerhalb weniger Minuten, tritt ein lebensbedrohlicher komatöser oder Schockzustand ein, bei dem nicht in jedem Falle trotz sofortiger Therapie und Einweisung auf eine Intensivtherapiestation mit spezieller Erfahrung das Krankheitsbild beherrscht werden kann und der Patient schließlich am Multiorganversagen verstirbt. Wenn bei Diagnosestellung bereits reife Teilungsformen (sog. erwachsene Schizonten), die sich lange Zeit lediglich in den parenchymatösen Organen aufhalten, im peripheren Blut erscheinen, ist die Prognose nahezu infaust (Abb 1).

Dem Gesagten zufolge kann die Verhütung komplizierter *M. tropica*-Fälle nur in der Frühdiagnostik bestehen - möglichst in den ersten 24 Stunden nach Krankheitsbeginn. Zeitlich kann eine *M. tropica* frühestens 6 Tage nach Einreise in ein Malariagebiet bis maximal 6 Monate nach Verlassen des Gebietes auftreten. In diesem Zeitraum sollte daher bei folgenden akuten Gesundheitsstörungen unverzüglich eine Malariadiagnostik veranlaßt

(oder mitveranlaßt) werden:

- Fieber/Schüttelfrost (unregelmäßig, teilweise septisch, teilweise vom Kontinua-Typ, jedoch bis zu 10 % der Fälle subfebril oder afebril!) (2)
- akute grippale Symptome (Kopf-, Glieder-, Rückenschmerzen)
- akute Abgeschlagenheit
- akutes Erbrechen oder Brechdurchfall
- akute bronchitische Reizungen
- akute Wesensveränderungen wie Reizbarkeit und Desorientierung

Häufigste Differentialdiagnose, aber auch häufigste fatale Fehldiagnose stellt der „grippale Infekt“ dar.

Der Goldstandard der Diagnostik besteht im Blutausstrich und „Dicken Tropfen“. Die Blutentnahme muß nicht - im Gegensatz zu früherer Ansicht - im Fieberanfall geschehen. Erfolgt sie nicht in einem hämatologischen Labor, kann eine EDTA-Blutmonovette in ein darin erfahrendes Labor eingeschickt werden. Auf alle Fälle haben Auswertung und Rückinformation an den Arzt innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen. Ein negatives Ergebnis schließt Malaria nicht aus, bei Fortbestehen der

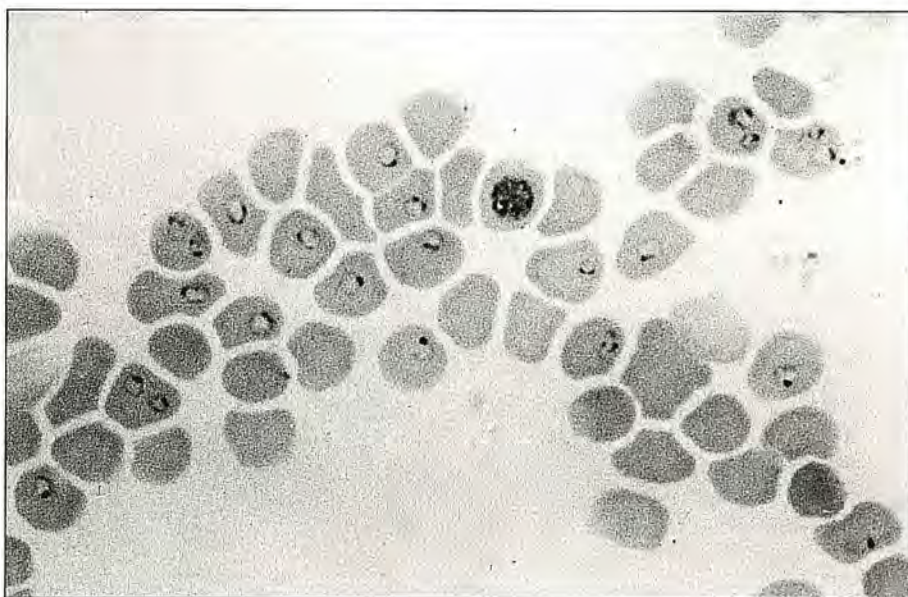


Abbildung 1:

Malaria tropica im Blutausstrich mit typischen „Siegelringformen“ sowie einem sogenannten erwachsenen Blutschizonten (reife Teilungsform) - einige Tage nach Erkrankungsbeginn. Wenn die Malaria in solch einem Stadium festgestellt wird, ist die Prognose trotz aller intensivmedizinischen Bemühungen nahezu infaust, da bei der *M. tropica* die erwachsenen Blutschizonten fast ausschließlich erst in der Agonie im peripheren Blut erscheinen (1) und daher ein prognostisch äußerst ungünstiges Zeichen darstellen (s. Text).

Beschwerden sind Wiederholungsuntersuchungen erforderlich. Bestehen bei der ambulanten Erstvorstellung die Beschwerden bereits seit mehreren Tagen oder sind bereits am ersten Tag schwere Krankheitssymptome vorhanden, sollte eher unverzüglich - ohne ambulante Diagnostik - eine stationäre Einweisung unter Malariaverdacht erfolgen. Für die Abschätzung, ob bereits eine fortgeschrittene *M. tropica* vorliegt und ein baldiges Umkippen in eine komplizierte Verlaufsform bevorstehen kann, ist die Thrombozytenzahl sehr nützlich, da es im Prinzip keine komplizierte *M. tropica* ohne Thrombopenie gibt. Das Blutbild einschließlich der Thrombozytenzahl sollte daher stets bei Malariaverdacht mitbestimmt werden, und bei einer Thrombopenie unter $50/\mu\text{l}$ sollte unverzüglich eine stationäre Einweisung zur weiteren Abklärung erfolgen, zumal außer der Malaria auch andere akute Infektionskrankheiten oder sogar Hämoblastosen vorliegen können. Demgegenüber kann bei normaler Thrombozytenzahl, wenn noch kein Malariauntersuchungsergebnis vorliegt und kein schwerkranker Zustand besteht, der Patient auf alle Fälle für mindestens den nächsten Tag ambulant weiterbeobachtet werden.

Ob der jetzt zur Verfügung stehende Malaria-Schnelltest zukünftig den mikroskopischen Erregernachweis weitgehend ersetzen kann, bleibt abzuwarten. In der Hand des Arztes, eventuell auch des geübten Laien kann er eine wertvolle Soforthilfe darstellen, seine Bewährung für die Praxis steht aber noch aus. Außerdem sind ökonomische Gesichtspunkte für den niedergelassenen Arzt zu bedenken.

Die serologischen Methoden sind niemals für die Akutdiagnostik der Malaria angezeigt. Unter stationären Bedingungen gehören bei unklaren, hochfieberhaften Zuständen normalerweise Blutkulturen und kalkulierte Antibiotikainfusionen zu den ersten Maßnahmen. Danach wird gewöhnlich mehrtägig der weitere Verlauf bis zum Eintreffen der mikrobiologischen Kulturergebnisse abgewartet. Dies kann jedoch bei Vorliegen von *M. tropica* zum Verhängnis werden. Es sollte daher stets bei Patienten, die sich innerhalb der letzten 6 Monate in den Tropen befanden, eine Malariadiagnostik am ersten oder mit an

erster Stelle stehen. Weiterhin sollte, auch wenn keine Tropenreiseanamnese vorliegt, lieber einmal mehr bei unklarem Fieber und gleichzeitiger Thrombopenie eine sofortige Malariadiagnostik mit veranlaßt werden, da durch den intensiven interkontinentalen Flugverkehr und Massentourismus gelegentlich infektiöse Malaria-mücken zu uns nach Mitteleuropa eingeschleppt wurden und hier bereits in unserer einheimischen Bevölkerung, wenn auch extrem selten, zu Malariainfektionen - dann häufig mit letalem Ausgang - geführt haben („Flughafenmalaria“, „Rucksackmalaria“ - s. u.).

Zum Therapiebeginn: Wird in entlegenen Krankenhäusern eine komplizierte Malaria festgestellt oder vermutet, sind in Anbetracht der Seltenheit oder des erstmaligen Vorkommens dieser Problematik für das Krankenhaus Malariamedikamente in der Regel nicht sofort verfügbar. Dies betrifft besonders Chinin- bzw. Chinidinampullen für erbrechende und komatöse Patienten. In diesen Fällen ist es immer gerechtfertigt, von dem meist vorhandenen Doxycyclin, welches ebenfalls eine gewisse Malariawirksamkeit besitzt, 200 mg (Erwachsene) intravenös vor dem Abtransport oder der Notverlegung in eine entsprechende Intensivtherapiestation zu applizieren, neben all den anderen Sofortmaßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen erforderlich sind. Eine Chance, das Leben dieser Malaria-patienten mit beginnendem Multiorganversagen doch noch zu retten, besteht besonders in internistischen Intensivtherapiestationen, die über das gesamte Repertoire der Behandlungen von akutem Herzkreislaufversagen, akutem respiratorischen Distress-Syndrom (ARDS), akutem Nierenversagen, disseminierter intravasaler Koagulopathie (DIC), septischer Schockbehandlung und partiellem Blutaustausch verfügen, gleichzeitig die Besonderheiten in der Behandlung komplizierter Malariaerkrankungen kennen (z. B. möglichst geringe Infusionsvolumina) und zusätzlich die neuen Erkenntnisse für die Verbesserung der Überlebenschancen, die in internationalen Malariazentren gewonnen werden (zukünftig möglicherweise durch zusätzlichen Einsatz von bestimmten Immunmodulatoren u. a.), ständig ver-

folgen und rasch in die Behandlung von solch verzweifelten Fällen überführen. Als entsprechende Intensivtherapie- bzw. Anlaufstationen in Sachsen können u. a. genannt werden:

- Universität Leipzig, Medizinische Klinik und Poliklinik I - Arbeitsbereich Intensivmedizin/Station IN 1A (Tel. (03 41) 9 71 27 05)
- Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig, ITS der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie (Tel. (03 41) 9 09 25 87)
- Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, Aufnahmestation P 47 (Tel. (03 51) 4 80 14 27)
- Krankenhaus Küchwald des Klinikums Chemnitz, Internistische Intensivtherapiestation (Tel. (03 71) 33 34 25 11)

Diese Stationen stehen in engem Kontakt mit den tropenmedizinischen Einrichtungen am Ort und im jeweiligen Klinikum.

Es ist hier nicht Raum, auf die **Prophylaxe** gegenüber Malariaerkrankungen näher einzugehen. Soviel sei erwähnt: Einen absoluten Schutz gibt es nicht. Mückenschutz - bei starker Mückenexposition (Individualtourismus unter einfachen Bedingungen u. a.) gegebenenfalls mit Imprägnieren der Kleidung vor Reiseantritt (z. B. Nobite®) - ist überall bedeutsam, schließlich auch gegenüber anderen mückenübertragenen Erkrankungen wie Dengue-Fieber. In Hochrisikogebieten der *M. tropica* kann die Erkrankungsgefahr zusätzlich durch prophylaktische Medikamenteneinnahme vor, während und bis 4 Wochen nach Aufenthalt deutlich gesenkt, aber (infolge von Erregeresistenzen u. a.) niemals absolut beseitigt werden. Von den 34 bekanntgewordenen sächsischen Malariapatienten 1997 hatten z. B. immerhin 13 eine vollständige Prophylaxe durchgeführt (3). Im allgemeinen wird die Malariagefahr überschätzt. Sie ist in den subsahelischen Staaten Afrikas wie Gambia und Kenia mit Abstand am höchsten und liegt hier bei 4-wöchigem Aufenthalt ohne medikamentöse Prophylaxe bei etwa 3 %, während sie in vielen Gebieten Lateinamerikas und Südasiens lediglich etwa 0,05 % beträgt. Nebenwirkungen der Medikamente und Erkrankungsrisiko sind gegeneinander abzuwägen. Eine Malariakarte, wie sie zur Beratung in der Schweiz verwandt

wird, eignet sich dafür viel besser als die in Deutschland immer noch gebräuchliche Karte mit den ABC-Regionen, aus denen das Erkrankungsrisiko nicht hervorgeht, sondern lediglich die Höhe der Erregerresistenz gegenüber Chloroquin. Insgesamt kann nicht genug betont werden: **Medikamente zur Malariaprophylaxe können lediglich das Erkrankungsrisiko senken, Malariatodesfälle dagegen lassen sich nur durch Frühdiagnose vermeiden - unabhängig davon, ob eine medikamentöse Prophylaxe durchgeführt wurde oder nicht.**

Hinsichtlich Früherkennung werden auch in Deutschland die weitaus meisten Malariaerkrankungen frühzeitig genug erfaßt und adäquat behandelt. Mit 2,5 % (25 Todesfälle unter den ca. 1000 Malariaerkrankungen) ist die Malariatalität unter deutschen Tropenreisenden jedoch 1996 im Vergleich zu den Vorjahren wieder angestiegen und gleichzeitig höher gewesen als in europäischen Nachbarländern wie der Schweiz, wo sie im selbigen Jahr nur bei 1,5 % lag, obwohl dort - im Gegensatz zu Deutschland - für viele außerafrikanische Tropengebiete generell keine Medikamente zur Malariaprophylaxe empfohlen werden. Zurückgeführt wird diese günstigere Bilanz auf einen signifikant besseren tropen- und reisemedizinischen Kenntnisstand bei schweizerischen Ärzten im Vergleich zu deutschen Ärzten, wie eine Studie ergab (durchgeführt in der Nordschweiz und Südwestdeutschland (4); Sachsen war nicht beteiligt).

Da man am besten anhand von Beispielen

aus der Praxis lernt, seien abschließend einige **charakteristische Fälle** aus der Literatur und aus eigenen Erfahrungen dargestellt:

- Von einem Ehepaar erkrankte einige Tage nach einem Kenia-Urlaub die Ehefrau mit Fieber. Der hinzugezogene Arzt veranlaßte sofort eine Malariadiagnostik, das Ergebnis war negativ. Einige Tage später erkrankte der Ehemann ebenfalls mit Fieber. Da es seiner Frau inzwischen wieder besser ging, wurde der Arzt zunächst nicht geholt, sondern erst nach 6 Tagen, als sich sehr rasch eine Bewußtlosigkeit einstellte. Nach sofortiger stationärer Einweisung wurde *M. tropica* festgestellt. Nach anfänglicher Zeitverzögerung mit adäquater Antimalariatherapie erfolgte bald die Verlegung auf eine ITS, wo er trotz aller sachgerechten Therapie und trotz weitgehender parasitologischer Sanierung am 5. Tag an unbeherrschbarem Multiorganversagen verstarb (5). - Hier hatte der Anamneseschluß: „Weil es bei meiner Frau die Grippe ist, wird es bei mir auch die Grippe sein“ maßgeblich zu diesem tödlichen Verhängnis beigetragen.

- Ein langjähriger Afrikaforscher kam an einem Freitagnachmittag in eine Ambulanz, um sich Hustentropfen verordnen zu lassen. Eine von der Krankenschwester empfohlene Malariauntersuchung wurde von ihm zunächst abgelehnt - er habe schon mehrfach Malaria gehabt, das sei stets anders gewesen, diesmal habe er lediglich seit einigen Tagen etwas Bronchi-

tis, ein Malariatest könne gegebenenfalls auch am Montagmorgen durchgeführt werden. Schließlich konnte ihn die Krankenschwester doch noch überreden. Als er eine halbe Stunde später im tropenmedizinischen Labor ankam, bestanden bereits Gangunsicherheit, Schwindel und Unruhe. Es zeigte sich *M. tropica*, und gerade noch rechtzeitig konnte mit einer oralen Chinintherapie unter stationärer Beobachtung begonnen werden. Hier hätte die eigene Fehlannahme, daß Malaria immer ein gleiches Krankheitsbild hervorrufen würde, ihn beinahe das Leben gekostet. Am Montag wäre es sicher zu spät gewesen. Die Ambulanzkrankenschwester hatte ihm das Leben gerettet.

- Vor Jahren erkrankte in England ein Tropenreisender nach einem längeren beruflichen Aufenthalt in Südamerika mit Fieber und Kopfschmerzen. Die Frage des Hausarztes, ob es dort Malaria gegeben hätte, wurde verneint. Das Gebiet war malariefrei, weshalb keine Malariauntersuchung veranlaßt wurde und man einen grip-palen Infekt annahm. Nach 10 Tagen kam es rasch zu Bewußtseinstörung und letalem Herz-Kreislaufversagen. Als Todesursache wurde zerebrale Malaria festgestellt. Wie nachträglich eruiert wurde, war der Rückflug für wenige Stunden mit einem nächtlichen Zwischenaufenthalt auf einem Flugplatz in Westafrika (Dakar/Senegal) verbunden gewesen, wo mit hoher Wahrscheinlichkeit die Malariainfektion erfolgt war (Transmalaria) (6).

- Im Juli 1996 wurde in Genf ein 50-jähriger Patient mit Fieber und Tremor stationär aufgenommen, bei dem die Erkrankung wenige Tage zuvor mit grippalen Erscheinungen begonnen hatte und bei dem sich rasch Anämie, Thrombopenie, Krampfanfälle, Schocksymptome und Nierenversagen entwickelten. Es wurde eine *M. tropica* festgestellt, jedoch trat bereits am 2. Tag trotz sofortigen Beginns mit Chinininfusionen und intensivmedizinischen Maßnahmen der Tod ein. Da sich der Patient nicht in Malariagebieten aufgehalten hatte und auch Bluttransfusionen und andere Infektionswege ausschieden, er jedoch lediglich 2,5 km vom internationalen Flughafen Genf - Cointrin entfernt wohnte, war es am wahrscheinlichsten, daß er von einer mit dem Flugverkehr eingeschleppten Anophelesmücke infiziert wurde, welche durch die in dieser Zeit im Raum Genf herrschenden hochsommerlichen Temperaturen in Flughafennähe überlebt hatte und auch infektiös geblieben war (Flughafenmalaria) (7).

- Im Dezember 1997 wurde in Südhessen eine 67-jährige Frau wegen eines flüchtigen apoplektischen Insultes zunächst eine Woche stationär behandelt, nach einer weiteren Woche war eine erneute stationäre Aufnahme wegen Fiebers bis 40 °C notwendig. Ein anfänglicher Malariaverdacht wurde wegen einer in dieser Hinsicht völlig leeren Anamnese nicht weiter verfolgt. Thrombopenie, Verbrauchskoagulopathie und Hämolyse machten eine baldige intensivmedizinische Betreuung erforderlich. Ab 5. Tag erhielt die Patientin Doxycyclin, und am 8. Tag wurden im Blutausschlag überraschend Erreger von *M. tropica* entdeckt. Durch entsprechende Malaria-medikamente konnte zwar bald eine parasitologische Sanierung erreicht werden, jedoch waren bis zur 12. Krankheitswoche noch Leber- und Niereninsuffizienz vorhanden und temporäre Dialysen und maschinelle Beatmung erforderlich, möglicherweise waren auch zerebrale Dauerschäden eingetreten. - Die Übertragung dieser Malaria blieb weitestgehend ungewiß. Eine Flughafenmalaria schied aus, da die Patientin 30 km vom Flughafen Frankfurt/M. entfernt wohnte und außerdem winterliche Außentemperaturen herr-

schten. Am ehesten konnte man sich eine Infektion durch eine mit Gepäckstücken anderer Menschen in das Wohngebiet eingeschleppten Anophelesmücke vorstellen (Rucksack- bzw. Baggage-Malaria) (8). In der Vergangenheit wurden bereits mehrfach solche Fälle von Baggage-Malaria, u. a. in Frankreich, Italien und der BRD, vermutet (8).

- Ein leitender Mitarbeiter eines Ärztehauses erkrankte nach einem Gambia-Urlaub an typischen grippalen Störungen, bei denen er nach eigenen Angaben nie gedacht hätte, daß dies etwas mit Malaria zu tun haben könnte. Eine wegen eines erneuten Fieberschubes nach ca. 3 Tagen hinzugezogene Ärztin dachte sofort an Malaria, hörte bei der Auskultation jedoch wie bei einer Pneumonie ganz typische RG, verordnete daraufhin Antibiotika und kam gewissenhaft während der folgenden Tage zu mehreren Hausbesuchen, bei denen eine Besserung festzustellen war. Weitere 5 Tage später fiel der Ehefrau plötzlich Desorientierung auf. Eine Untersuchung im Krankenhaus erbrachte jetzt *M. tropica* mit sehr hoher Parasitenlast und eine deutliche Thrombopenie. Durch umgehende, gerade noch rechtzeitige Verlegung mit dem Rettungshubschrauber in eine entsprechende intensivmedizinische Einrichtung konnte der Patient innerhalb von zwei Wochen folgenlos geheilt werden.

Anliegen dieses Artikels war es, durch Aufklärung über das gelegentlich äußerst heimtückische Wesen der *M. tropica* zur Früherkennung und damit zur Senkung der letalen Fälle beitragen zu können. Hundert Jahre nach der Aufklärung des Malariazyklus in der Malaria-Mücke durch Sir Ronald Ross (1897/98 im indischen Secunderabad) sollten Todesfälle bei uns weitgehend vermeidbar sein. Wir sollten aber dabei nicht vergessen, daß die Malaria immer noch zu den größten medizinischen Weltproblemen gehört, und daß jährlich etwa 2 Millionen Menschen an Malaria sterben müssen, weil sie durch ihre ungeschützten Wohnbedingungen in den Tropen einer hohen Infektionsgefahr ausgesetzt sind und keinerlei Zugang zu Diagnostik und Therapie im Erkrankungsfall haben.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:
Doz. Dr. med. Stefan Schubert
Abt. Infektions- und Tropenmedizin der
Universität
Härtelstraße 16-18, 04107 Leipzig
Tel. (03 41) 9 72 49 70

Danksagung:

Herrn Dr. med. B. Gronemann, Gesundheitsamt der Stadt Leipzig, sei für die Anregung zu diesem Artikel - aus dem gemeinsamen Grundanliegen weiterer Vermeidung von Malariatodesfällen bei uns - recht herzlich gedankt.

Artikel eingegangen: 14. 9. 1998
Artikel angenommen: 14. 10. 1998

Tagungsbericht vom 11. Dresdner hämatologisch-onkologischen Gespräch „Tradition und Fortschritt in der Onkologie“ 19.-21. 11. 1998

Vom 19. - 21. November 1998 fand das 11. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch im Dr.-Mildred-Scheel-Haus des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus statt, erneut veranstaltet von der Medizinischen Klinik und Poliklinik I in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum Dresden e.V. Der besondere Charakter dieser Reihe mit ihrem interdisziplinären Charakter prägte auch die diesjährige Veranstaltung, an der neben hämato-onkologischen Spezialisten auch Ärzte anderer Fachgebiete und Geisteswissenschaftler wie Juristen, Psychologen und Soziologen, aber auch Krankenschwestern, Sozialarbeiter und die Patienten selbst teilnahmen.

Den Auftakt bildete ein abendlicher Vortrag von D. v. Engelhardt (Lübeck) über die „Chancen und Grenzen der Medizin aus anthropologischer Sicht“. Er beleuchtete das derzeit herrschende Paradigma der Bekämpfung von Krankheit und Tod vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Auffassung vom Leben insgesamt, von Gesundheit und Krankheit in Medizin und Gesellschaft der verschiedenen historischen Epochen und bezog die Betrachtung jeweils typischer Kunstwerke ein. Die Grenzen auch der modernen Medizin liegen in den allgemeinen Lebensgesetzen und in ethischen Geboten. Diese Grenzen werden von Medizin und Gesellschaft nicht selten illusionär übersehen; typische Beispiele hierfür sind die Verdrängung des Todes und die Ressourcenallokation im Hinblick auf die sozialen Spannungen und die asymmetrische Verteilung der Mittel zur Erhaltung von Gesundheit und Kultur. Dabei lassen sich aus einem an der Natur orientierten Paradigma auch Chancen und Orientierung für die Medizin und die gesamte Gesellschaft ableiten. Ein ökosystemisches, anthropo-logisches Weltbild ermöglicht dem Menschen ein erfülltes Leben, läßt ihn dieses aber in Verantwortung vor unserem Lebensraum und vor kommenden Generationen gestalten. Insbesondere die Einbeziehung von Sterben und Tod als integrale Bestandteile unseres Lebens verpflichtet den Arzt, sich besonders dem Leidenden zuzuwenden und stärkt somit eine ganzheitliche Arzt-Patient-Beziehung.

Nach einem Grußwort des Prodekans für Forschung, Herrn Prof. O. Bach, leitete

D. Meurer (Marburg) mit einem juristischen Vortrag „Recht im Wandel - das Spannungsfeld zwischen Gemeinwohl und Individualinteresse“ zu den aktuellen Aspekten der Allokation über.

Ein weiterer Komplex beschäftigte sich mit den wissenschaftlichen Methoden klinischer Medizin. A. Koch (Heidelberg) trug zum Thema „Randomisierte klinische Studien und Beobachtungsstudien: Probleme der Durchführbarkeit und Interpretation“ vor. Anknüpfend machte U. Schuler (Dresden) in seinem Vortrag „Randomisierte klinische Studien und evidence based medicine aus der Sicht des klinischen Onkologen“ deutlich, wie wichtig einerseits die sichere Evidenz medizinisch-wissenschaftlicher Ergebnisse für klinisches Handeln ist; andererseits aber wurden auch die vielen möglichen Einflußfaktoren deutlich, die die realen kausalen Zusammenhänge maskieren oder solche vortäuschen können: vom Publikationsbias über einseitige kommerzielle Interessen bis zu Fehlern im Studiendesign.

In den Vorträgen von F. Kroschinsky, K. Hölzig (beide Dresden) und J. Koch (Wiesbaden) wurden die Probleme der Patienten und der Ärzte, aber auch der Spender bei der Indikationsstellung und der Durchführung von Hochdosistherapien mit anschließender Übertragung allogener Stammzellen am Beispiel der chronischen myeloischen Leukämie und des Mammakarzinoms vor dem Hintergrund der reichen Erfahrungen in den Transplantationszentren Dresden und Wiesbaden unter verschiedensten Gesichtspunkten dargestellt.

F. Oehmichen und E. Zschuppe (Dresden) beleuchteten anhand von Kasuistiken das Pro und Contra von Intensivtherapie bei onkologischen Patienten. S. Husebø (Bergen/Norwegen) sprach zum Thema „Wie gehen Arzt und Patient mit den Unsicherheiten bei onkologischen Therapien um?“. Grundlage für ausgewogene, tragfähige Entscheidungen ist eine verständnisvolle Kommunikation; das Vertrauensverhältnis in der Arzt-Patient-Beziehung ist also notwendige Voraussetzung für den kompetenten Umgang mit den komplexen Problemen moderner Onkologie. Hier ist Ausbildung zum Beispiel in persönlichkeitszentrierten Gesprächstechniken wichtig.

Einzubeziehen ist die ethische Dimension, insbesondere die zunehmenden Probleme der Allokationsethik. Die Ressourcenzuweisung in Situationen mit Therapiewunsch des Patienten bei äußerst fraglichem oder grenzwertigem Nutzen stellte einen Schwerpunkt der anschließenden regen Diskussion dar.

Der abschließende Tag begann mit Vorträgen zu Fragen der Rehabilitation, wobei B. Erdmann-Reusch mit B. Hornemann (Kreisha) und H. Delbrück (Wuppertal) insbesondere auf Probleme des Informationsflusses - zum Beispiel über Vorbehandlungen oder den Stand der Aufklärung des Patienten - eingingen.

R. Rettenbach (Wiesbaden) sprach als Vertreterin der Leukämiehilfe zu „Psychosoziale Faktoren bei der Behandlung mit Hochdosis-Chemotherapie“ und M. Klante (Dresden) reflektierte anschaulich und problembewußt ihren persönlichen Umgang mit schwierigen Entscheidungssituationen im Verlauf ihrer malignen Erkrankung; dabei wurde gerade für die Fachleute deutlich, welche Anforderungen und Schwierigkeiten sich für den Patienten durch seine - selbstverständlich unentbehrliche - Einbeziehung in therapeutische Entscheidungen ergeben.

H. Günther und B. Schubert (Dresden) stellten den Gesprächskreis Palliativmedizin vor. Sie betonten insbesondere die Diskrepanz zwischen der studentisch artikulierten Notwendigkeit der stärkeren Einbeziehung ethischer und kommunikativer Frage und von Fragen des Umgangs mit Schwerkranken und Sterbenden, und andererseits der noch geringen Resonanz. Als hypothetische Ursachen wurden die mangelnde Reputation und auch die geringe betriebswirtschaftliche Effektivität einer ganzheitlichen Sorge um den infamst Erkrankten gesehen. Es gelte, die Einbeziehung der Bedürfnisse Sterbender in Gesellschaft und Medizin letztlich als kulturelle Aufgabe zu begreifen. Kontakte zum Gesprächskreis sind über untenstehende Anschrift möglich.

H. Kappauf (Nürnberg) stellte in seinem Vortrag „Psychosoziale Kompetenz von Ärzten in der Onkologie - Notwendigkeit und Umsetzung“ die grundsätzlichen Probleme von Gesundheits- und Krankheitserleben vor dem Hintergrund eines ausschließlich befundbezogenen Krankheits-

verständnisses der Professionellen dar. Er beleuchtete damit die sich für den Patienten gerade bei nebenwirkungsreichen Therapien ergebenden Konflikte besonders eindrucksvoll und stellte anschließend Möglichkeiten zu deren Überwindung dar. W. Schweidtmann (Lippstadt) ging in seinem Vortrag „Diskrepanzen zwischen ethischem Anspruch der Mitarbeiter und der Realisierung im klinischen Alltag. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung.“ besonders auf die manchmal unterschiedlichen Sichtweisen von Pflegenden und Ärzten zu intensiven Therapien ein, wobei er dem Handlungsdruck unter Systemzwängen besondere Aufmerksamkeit schenkte.

In seinem Vortrag „Berichte über Krebsheilmittel in den Medien - wie werden sie von den Patienten und der Öffentlichkeit reflektiert?“ brachte D. Jaszbinsek (Berlin) anhand namhafter Beispiele einen Überblick über die mehr oder weniger suggestiven Publikationen zu neuen Heilmethoden, wobei die Motivations- bzw. Interessenlage auf journalistischer und medizinischer Seite oft eine besondere Dynamik verursachte. Es schloß sich eine rege Diskussion über dieses in medizinischen Symposien wenig beleuchtete Problem an, ob bzw. wie in der heutigen Medienlandschaft eine neutrale Berichterstattung realisiert werden kann. In Arbeitsgruppen wurde eine Auswahl vor-

stehender Themen im kleinen Kreis noch reflektiert und diskutiert.

Besonderer Dank gilt wiederum den Referenten für ihr Engagement und der pharmazeutischen Industrie für die großzügige Unterstützung der Veranstaltung. Das 12. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch wird am 19. und 20. November 1999 stattfinden.

Korrespondenzanschrift:
Dr. Heinrich Günther und
Prof. Dr. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I
des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Buchbesprechung

Dieter Kerner:
Große Musiker: Leben und Leiden.
5. Auflage / neu bearbeitet von
Hans Schadewaldt. -
Stuttgart: Schattauer, 1998,
ISBN 3-7945-1775-X 49,00 DM

Dem Rezensenten war eine der früheren Auflagen, die unter dem Titel „Krankheiten großer Musiker“ erschienen waren, bereits bekannt. Mit der fünften Auflage wurde das Buch in „Große Musiker, Leben und Leiden“ umbenannt. Unentdeckt bleibt, warum man sich dazu entschloß. Vielleicht, weil die überlieferten verwertbaren Angaben, zumal vor dem 20. Jahrhundert, oft so lückenhaft blieben, daß sie zu einer nachvollziehbaren Krankheitsdiagnose nicht ausreichten. Hierin dürften auch die Gründe liegen, das von Dr. Dieter Kerner edierte Werk widersprüchlicher Bewertung zu unterziehen. Dessen früher Tod entwand ihm die Feder zur Weiterführung, und es ist verdienst-

voll, wenn sich für die vierte Auflage Dr. Wolfgang Ritter, M. A., und für die vorliegende fünfte der Medizinhistoriker Prof. Dr. Dr. h. c. Hans Schadewaldt bereitfinden.

Insgesamt wird die Vita von 23 europäischen Musikern und Komponisten beschrieben und auf ihre Lebensumstände und Leiden Bezug genommen, die ihr Wirken beeinflussten und oft mit dem erlittenen Tode in einem ursächlichen Zusammenhang standen. Die Hälfte von ihnen waren Deutsche und Österreicher. Nur zwei, Bach und Mozart, lebten noch im 18. Jahrhundert, alle anderen im 19. oder schon im 20. Warum Georg Friedrich Händel und Joseph Haydn entbehrlich blieb, kann nur nachgefragt werden. Ihrer Bedeutung und auch der vorhandenen Primärliteratur wegen umfassen die Ausführungen zu Mozart und Beethoven ein Mehrfaches im Vergleich zu den anderen, deren Abhandlungen in Kongruenz zur verwerteten Literatur wesentlich kür-

zer ausfielen. Das gilt besonders für die Komponisten aus dem 20. Jahrhundert, die offenbar weniger fachliche Aufmerksamkeit fanden als die aus den vorherigen. Die Komponistenporträts sind kurzweilig verfaßt und von Langatmigkeit verschont. Sie entrollen ihre wichtigsten Lebensstationen auf den oftmals entsagungsreichen und verschlungenen, auch von den Verlockungen der Welt durchzogenen Wegen. Dem, der Musik und ihren Schöpfern näherkommen möchte, wird in dem Werk vieles ihm bislang noch Unbekannte lesen und erfahren können und die Anschaffung nicht reuen. Ob vermeintlich ganz normal, psychoneurotisch angekränkt oder psychopathologisch sie gewesen sein mögen, entsprachen sie allesamt der Auffassung von Genie des französischen Philosophen Henri Bergson, daß sie nämlich allesamt mit ihrem Talent im Leben hart arbeitende Menschen waren.

Wolfgang Rose, Dresden

Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“,
Schützenhöhe 16 - 18, 01099 Dresden
19. Oktober 1998

Kommentar zu: Weber, C., Paschke, R. (1998). Behandlung solitärer autonomer Adenome der Schilddrüse mit perkutaner Ethanol-Injektion. ÄBS 10/1998: 477 - 480

Die Behandlung unifokaler Autonomien der Schilddrüse ist kurativ durch Operation oder Radiojodtherapie und neuerdings auch durch perkutane Ethanolinjektion möglich. Wir haben den Artikel von Weber und Paschke zu der letztgenannten Therapiemethode mit Interesse gelesen. Die Autoren geben in ihrer Arbeit allerdings an, daß es nach Radiojodtherapie „in den nachfolgenden vier Jahren in ca. 30 % zu einer substitutionspflichtigen Hypothyreose“ kommen soll und beziehen sich auf eine Studie von Heinze aus dem Jahre 1987.

Nach unseren Erfahrungen - unsere Klinik beherbergt eine der größten nuklearmedizinischen Therapiestationen Deutschlands - ist die Hypothyreosehäufigkeit nach Radiojodtherapie einer unifokalen Autonomie aber viel geringer. Dies wird auch durch die zu diesem Thema veröffentlichten Untersuchungen gestützt (siehe Tabelle), die alle eine niedrigere Hypothyreosehäufigkeit als die von Weber und Paschke zitierte Studie ausweisen. Die nach Patientenzahl und Nachbeobachtungszeitraum gewichtete mittlere Hypothyreosehäufigkeit aller Untersuchungen beträgt nur 8 %.

Damit ist die Radiojodtherapie unifokaler Autonomien ein Therapieverfahren, das hinsichtlich der zu erwartenden Hypothyreosen mit anderen Verfahren vergleichbar ist. Nicht vergessen werden sollte auch, daß die Radiojodtherapie darüber hinaus

nicht nur eine hochwirksame und praktisch nebenwirkungsfreie Therapieform ist, sondern daß sie bereits seit Jahrzehnten erprobt und bewährt ist.

Das Problem der Bettenkapazität für nuklearmedizinische Therapien dürfte sich in den nächsten Jahren aufgrund der konzipierten Erweiterungen weitestgehend lösen.

C. Tiepolt, T. Grüning, W.-G. Franke
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ der
Technischen Universität Dresden

Literatur

- Heinze, H. G., Bohn, U. (1987). 131Jod-Therapie des autonomen Adenoms der Schilddrüse. Ergebnisse aus 7 Jahren. Dtsch. Med. Wochenschr. 112: 1073 - 1079.
Franklyn, J. A., Daykin, J., Holder, R., Sheppard, M. C. (1995). Radioiodine therapy compared in patients with toxic nodular or Graves' hyperthyroidism. QJM 88: 175 - 180.
Sonne, H. S., Larsen, B., Asfeldt, V. H. (1993). Radiojodterapi af tyreotoksikose på et centralsygehus. Ugeskr. Laeger. 155: 3483 - 3486.
Huysmans, D. A., Corstens, F. H., Kloppenborg, P. W. (1991). Long-term follow-up in toxic solitary autonomous thyroid nodules treated with radioactive iodine. J. Nucl. Med. 32: 27 - 30.
Heinze, H. G., Pfeifer, K. J., Lichtenstein, Z. (1975). Radiojodtherapie des autonomen Adenoms. Dtsch. Med. Wochenschr. 100: 2203 - 2208.
Fischer, H., Morgenthaler, B., Konog, M. P. (1984). Therapieresultate bei hyperthyreoten Patienten aus dem Berner Kropfendemiegebiet. Schweiz. Med. Wochenschr. 114: 550 - 556.
Glinioer, D., Verelst, J. (1996). Use of 131 iodine for the treatment of hyperthyroidism in adults. Ann. Endocrinol. 57: 177 - 185.
Khanna, C. M., Magdam, M., Ravishankar, L., Dham, D. N., Chugh, P. (1995). Long-term results of two schedules of treatment for toxic multinodular goitre with radioiodine therapy. J. Assoc. Physicians India 43: 685 - 688.
Heinze, H. G., Pickardt, C. R., Swoboda, G., Horn, K., Erhardt, F., Scriba, P. C. (1977). Schilddrüsenfunktion nach Radiojod-Resektion des autonomen Adenoms der Schilddrüse. Nuklearmedizin 16: 224 - 231.

An den Vorsitzenden des
Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“
15. 1. 1999

**Kommentar zu:
C. Tiepolt, T. Grüning, W.-G. Franke -
Reaktion auf Artikel im ÄBS 10/1998:
477 - 480
„Behandlung solitärer autonomer Adenome der Schilddrüse mit perkutaner Ethanolinjektion“**

Das Anliegen des o. g. Artikels war es, eine neue Methode zur Behandlung von einzelnen autonomen Adenomen der Schilddrüse im Überblick vorzustellen, die seit 1990 in Italien mit Erfolg durchgeführt, jedoch in Deutschland bisher kaum Verbreitung gefunden hat. Es war nicht das Anliegen des vorliegenden Artikels, die zahlreichen Publikationen zu den prozentualen Erfolgs- bzw. Nebenwirkungsraten der etablierten Methoden (Operation und Radiojodtherapie) detailliert darzustellen und zu vergleichen.

Die von den Dresdner Kollegen angeführten Prozentangaben zur Hypothyreose lassen sich nicht vergleichen. Erstens liegen diesen Angaben völlig inhomogene Patientengruppen zugrunde. So untersuchten FRANKLYN et al., 1995 „toxic multinodular goiter“, ebenso KHANNA et al., 1995 (wobei für letzteren die Prozentangabe für die Hypothyreoserate nicht 8,2 %, sondern 5 - 12,5 % bei einer Nachbeobachtungszeit von 4,5 - 4,8 Jahren beträgt). Die von FISCHER et al., 1984 nach Therapie nachuntersuchten autonomen Adenome wiesen eine Hypothyreoserate von 13 % auf, jedoch waren diese Patienten völlig inhomogen - mit Carbimazol oder mit Operation oder mit Radiojod behandelt worden. Die 13 % Hypothyreoserate bezieht sich also nicht nur auf die Radiojodtherapie. Lediglich GLINIOER 1996 (insgesamt 516 Patienten nachbeobachtet, davon jedoch nur 173 isolierte autonome Adenome) und HUYSMANS, 1991 machen speziell zur Gruppe der isolierten autonomen Adenome Angaben über einen längeren Zeitraum von 15 bzw. 10 Jahren und fanden dabei 7 % bzw. 6 % Späthypothyreosen nach Radiojodtherapie. Alle anderen Publikationen basieren auf kürzeren Nachbeobachtungszeiten und sind daher schwer vergleichbar. Zudem ist

Autor	Patientenzahl	mittlerer Nachbeobachtungszeitraum	Hypothyreose
Franklyn 1995	44	1 Jahr	19,4 %
Heinze 1987	217	2 Jahre	11 %
Heinze 1975	188	2,5 Jahre	3,4 %
Khanna 1995	130	4,5 Jahre	8,2 %
Sonne 1993	79	4,75 Jahre	24 %
Fischer 1984	29	5,4 Jahre	13 %
Huysmans 1991	52	10 Jahre	6 %
Glinioer	516	15 Jahre	7 %

nur den Arbeiten von HEINZE et al. 1975 und 1977 zu entnehmen, daß auf eine Suppression des TSH's vor Beginn der Radiojodtherapie ausdrücklich geachtet wurde, um die Mitbestrahlung des gesunden Umgebungsgewebes so gering wie möglich zu halten. Es erscheint uns daher problematisch, aus den zitierten Studien eine mittlere Hypothyreosehäufigkeit zu errechnen. Wir stimmen jedoch mit TIEPOLT et al. insoweit überein, als daß eine allgemein gültige Angabe zur Häufigkeit der Hypothyreose nach Radiojodtherapie der unifokalen Autonomie schwierig ist.

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, daß die zitierten Prozentangaben zur Hypothyreose nach Radiojodtherapie unifokaler Schilddrüsenautonomen nicht vergleichbar sind, da ihnen unterschiedliche Nachbeobachtungszeiten, völlig inhomogene Patientengruppen und nur in zwei Fällen Angaben über prätherapeutische TSH-Werte zugrunde liegen. Wir haben uns auf die Angaben derjenigen Arbeitsgruppe bezogen, welche ihre Patienten in den vorausgegangenen Untersuchungen eindeutig charakterisiert hat. Das Anliegen unseres Artikels bestand darin, bezüglich der posttherapeutischen Komplikation Hypothyreose darauf hinzuweisen, daß diese nach allen bisherigen Erfahrungen nach der Äthanolklosterung nicht auftritt, während nach Radiojodtherapie mit dieser Komplikation gerechnet werden muß.

Prof. Dr. med. R. Paschke
Dr. med. C. Weber
Universität Leipzig
Zentrum für Innere Medizin
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Philipp-Rosenthal-Straße 27
04103 Leipzig

Gemeinschaftspraxis
Dres. med. Burgis-Michaele
und Klaus Heckemann
Hosterwitzer Straße 8, 01259 Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Dresden, am 20.12.1998

An die Redaktion des Ärzteblattes Sachsen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Im Heft 12/98 berichteten Sie über die 19. Kammerversammlung.

Auf Seite 556 werde ich indirekt damit zitiert, daß ich mich „als einer, der dagegen gestimmt hätte“, „geoutet“ habe.

Dies ist in dieser Form erheblich sinnentstellend, da ich im gleichen Satz auch den Grund dazu angab, der darin bestand, daß ich die zur Entscheidung anstehende Förderung von 750 DM unter der Bedingung der gleich hohen Förderung durch die Kammer als zu niedrig angesehen und einen Betrag von 1.500 DM bei Beteiligung der Kammer in Höhe von 300 DM vorschlagen hatte.

Ich fordere Sie deshalb hiermit auf, dies im nächsten Ärzteblatt richtigzustellen, wozu ich folgende Ergänzung vorschlage:
„... dagegen gestimmt hätte - allerdings aus dem Grund, daß er die Förderung in Höhe von 750 DM als zu niedrig angesehen hätte ...“

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.
Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Klaus Heckemann

PS: Anlässlich einer Rücksprache mit Herrn Prof. Dietrich zu dieser Thematik sprach ich auch die Tatsache an, daß, obwohl ich seit Jahren im Besitz einer Weiterbildungsermächtigung bin, bisher nur insgesamt 3 Kollegen sich bei mir beworben haben.

Herr Prof. Dietrich regte an, dies noch einmal an Herrn Dr. Herzig zu übermitteln, da ja doch eigentlich ein großes Defizit an Weiterbildungsstellen bestehen würde.

Anmerkung der Redaktion

Die Vorstandsmitglieder, die auch dem Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ angehören, waren bei der 19. Kammerversammlung zugegen und sind einhellig der Auffassung, daß der von Herrn Dr. Heckemann im nachhinein formulierte Text so nicht gesagt wurde.

Dr. med. Matthias Becker
Windmühlhöhe 6
01728 Possendorf

Sächsische Landesärztekammer Redaktion Ärzteblatt

Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Possendorf, am 9. 1.1999

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit schlage ich Ihnen vor, in der Zeitschrift „Ärzteblatt Sachsen“ eine monatliche Rubrik „Notfallbehandlung“ einzuführen.

Darin könnten dann zu bestimmten Erkrankungen Therapiehinweise für die Notfallversorgung gegeben werden, welche man sich eventuell auch abheften und in übersichtlicher Form bei sich tragen kann. Ich denke, daß dies eine Hilfe für alle Kollegen sein kann, die in der Notfallversorgung tätig sind und dort oft Krankheitsfälle vorfinden, mit denen sie nicht so vertraut sind, da sie nicht ihrem Fachgebiet zugehörig sind. Somit könnte man das Niveau der Notfallversorgung sicher verbessern.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Matthias Becker
Oberarzt der Chirurgischen Klinik
Kreiskrankenhaus Freital

Anmerkung der Redaktion

Die Behandlung der akuten lebensbedrohlichen Gesundheitsstörung betrifft viele klinische Fachgebiete, nicht nur die Chirurgie. Das Redaktionskollegium ist der einheitlichen Auffassung, daß auch andere Fachgebiete dringend zu behandelnde schwere Erkrankungen, die nicht unbedingt unter dem Begriff „Notfall“ einzuordnen sind, das Recht auf ständig wiederkehrende Veröffentlichung hätten.

Aus diesem Grunde sollte man mit Ihrem Leserbrief und der damit ausgelösten öffentlichen Diskussion die Meinung der gesamten Ärzteschaft zu Ihrem Vorschlag abwarten.

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

Vorläufige Zahlen

Berichtszeitraum				04.01.99 - 31.01.99 (01.BW -04.BW)																	Vordrucktabelle	
Reg.-bezirk	Enteritiss infectiosa		Shi- gellen- ruhr	Virushepatitis				Meningitis/Enz. *				Ma- la- ria	Ma- s- ern	Mumps	Rö- teln	Schar- lach	Tub- berk. ges.	Per- tus- sis	Andere (s.u.)			
	Salmo- nellose	übrige Formen 1)		HA	HB	HC	nicht best.	a	b	c	d											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
Rg.-bz.Chemnitz	104	673	2	4		1		2	5					2	3	174	12	4	M 11,V 96,Ro 353,Ca 101,Ye 30, EC 23			
Rg.-bz. Dresden	101	732	1	2	1			1	1	2		2		2	5	125	15	10	M 9,N 44,Sd 1,V 152,Ro 436,Ca 97, Ye 28,EC 47			
Rg.-bz. Leipzig	60	616	4		1	1		1	2	2				1		100	9		M 1,N 9,V 8,Ro 445,Ca 79,Ye 32, EC 18			
Sachsen	265	2021	7	6	2	2		4	8	4		2		5	8	399	36	14	M 21,N 53,Sd 1,V 256,Ro 1234, Ca 277,Ye 90,EC 88			

A = Brucellose
 B = Virusbedingtes hämorrhagisches I
 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 =

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
 Abteilungsdirektor Humanmedizin

2. Mitteldeutsche Psychiatrietage

Leitthema: „Ebenen psychiatrischen Forschens und Handelns“, am 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.

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V. – Jahrestagung 1999

Aachen, 10. bis 12. Juni 1999

in Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Klinikums der RWTH Aachen.

Öffentliches Symposium „Kinder- und Jugendpsychotherapie“, Aachen, 12. Juni 1999

Ordentliche Mitgliederversammlung 1999 des BKJPP, Aachen, 11. Juni 1999

Tagungsorganisation
 Klaus-J. Heinsen,
 Friedrichstraße 16, 31582 Nienburg,
 Telefon: (0 50 21) 91 13 04,
 Fax: (0 50 21) 91 13 05.

IX. INTERDISZIPLINÄRER SEMINAR- UND PRAKTIKUM-KONGRESS IN MERAN

vom 4. bis 11. September 1999

In Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer.

Veranstalter:

Deutsche Akademie für Medizinische Fortbildung und Umweltmedizin e.V.

Auskunft: Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Telefon: (0 60 32) 22 14, Fax: (0 60 32) 22 16.

8. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft

Tagungstermin:

25. bis 27. November 1999

Tagungsort:

Hotel Dresden Hilton,
An der Frauenkirche 5, 01067 Dresden
Veranstalter: Herz- und Kreislaufzentrum Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

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

200 Jahre Innere Medizin an der Universität Leipzig

Festveranstaltung anlässlich der Gründung der Medizinischen Klinik am 29. 4. 1799

Termin:

30. April 1999, 9.00 Uhr bis 16.30 Uhr

Ort:

Hörsaal des Zentrums für Innere Medizin

Vorträge zur Geschichte der Medizinischen Klinik, der Medizinischen Poliklinik, der Medizinischen Fakultät sowie zur Entwicklung der Schwerpunkte in der Inneren Medizin und zur Zukunft der Inneren Medizin.

3. Klavierwettbewerb: „Ärzte und Apotheker treffen den Ton“

Bereits zum dritten Mal ruft das Aachener Unternehmen Grünenthal alle praktizierenden und klavierspielenden Ärzte und Apotheker zu einem Wettstreit an den Tasten auf! Wer sich dem musikalischen Vergleich mit Kollegen stellen möchte, ist herzlich eingeladen. Und dies müssen Sie tun:

Spielen Sie ein oder mehrere Klavierstücke aus Barock, Klassik oder Romantik/Impressionismus und nehmen Sie diese auf Kassette auf. Die Kassette beschriften Sie mit Ihrem Namen und Anschrift und schicken sie an die unten genannte Adresse. Eine Jury der Musikhochschule Köln wählt die 10 besten Ein-

sendungen aus und lädt die Pianisten zur Endausscheidung vor Publikum vom 10. bis 12. September 1999 nach Köln ein. Den drei Siegern winkt eine Überraschung. Die Teilnahmebedingungen sind ab sofort erhältlich bei:

Grünenthal GmbH, Referat Antibiotika, Klavierwettbewerb, Postfach 500444, 52088 Aachen.

Anfragen können telefonisch gerichtet werden an:

Thomas Werner (02 41) 5 69 13 63 oder Karin Krichel (02 41) 5 69 13 24 oder per Fax unter (02 41) 5 69 15 11.

Einsendeschluß für die Kassetten ist der 1. Juni 1999.

Die Broschüre „Die neuen Unfallverhütungsvorschriften - Stolpersteine für die ärztliche Praxis?“ ist in der 2. erweiterten und aktualisierten Auflage erschienen.

Sie ist erhältlich zum Preis von 13,50 DM zuzüglich 3,- DM Portogebühr beim

Verlag Gedon & Reuss

Leopoldstraße 87

80802 München

Fax: 0 89 33 87 71.

Sächsisches Kur- und Bäderbuch 1999 erschienen

Als informativer Wegweiser liegt das Sächsische Kur- und Bäderbuch 1999 druckfrisch vor.

Dieses kann kostenlos beim Sächsischen Heilbäderverband e.V., Seumestraße 35, 01129 Dresden, Tel. (03 51) 8 97 59 30, Fax: (03 51) 8 97 59 39, bezogen werden.

2. Vogtländischer Ärztetag in Bad Elster

Die Kreisärztekammer des Vogtlandkreises hatte zum 2. Vogtländischen Ärztetag am 26. September 1998 in die Vogtlandklinik nach Bad Elster eingeladen. Der Vorsitzende der Kreisärztekammer des Vogtlandkreises, Herr Dr. Steiniger, konnte neben dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Dietrich, den Landrat des Vogtlandkreises, Herrn Dr. T. Lenk, als Schirmherr des Ärztetages begrüßen.

Dr. Lenk äußerte sich zu wirtschaftlichen und arbeitspolitischen Aspekten des Vogtlandkreises und verwies auf die Notwen-

digkeit der Schaffung innovativer Arbeitsplätze.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Dietrich, unterstrich das große Interesse der Landesärztekammer an der Arbeit einer der größten Kreisärztekammern in Sachsen und nahm zur ärztlichen Selbstverwaltung und zum Versorgungswerk Stellung. Er forderte die Ärzteschaft auf, aktiver an der Kommunal- und Landespolitik teilzunehmen.

Das wissenschaftliche Programm zur Diagnostik und Therapie psychosomati-

scher Störungen war für Kliniker und Niedergelassene hochinteressant und informativ. Mit anschaulichen Beispielen aus der täglichen Praxis unterstrichen die Vortragenden die Bedeutung der Psychosomatik bei Störungen des Verdauungstraktes, des Herz-Kreislauf-Systems und der Atemorgane.

Der 2. Vogtländische Ärztetag wurde zu einer Mitgliederversammlung mit Rechenschaftsbericht zur Arbeit der Kreisärztekammer genutzt.

G. Unger (Bad Elster)

Unsere Jubilare im April

Wir gratulieren

60 Jahre

1. 4. Dr. med. Langer, Jürgen
08056 Zwickau
1. 4. Dr. med. Wittig, Dieter
09337 Hohenstein-Ernstthal
2. 4. Dr. med. Lohse, Peter
01683 Nossen
3. 4. Dr. med. Füßel, Helga
09130 Chemnitz
4. 4. Dr. med. Hildebrandt, Alexandra
01217 Dresden
5. 4. Dr. med. Kretzschmar, Helga
01640 Coswig
5. 4. Dr. med. Kupfer, Ingrid
01468 Volkersdorf
5. 4. Dr. med. Radelhof, Imme
09557 Flöha
7. 4. Dr. med. Beier, Eberhard
02826 Görlitz
8. 4. Feister, Horst
02625 Bautzen
9. 4. Franz, Irmgard
04886 Beilrode
9. 4. Dr. med. Lehmann, Lothar
02826 Görlitz
10. 4. Dr. med. Helling, Lutz
04177 Leipzig
10. 4. Dr. med. Matthes, Erika
01900 Brettnig-Hauswalde
10. 4. Dr. med. Schulze, Peter
01587 Riesa
11. 4. Dr. med. Kühne, Anneliese
01237 Dresden
12. 4. Dr. med. Teichmann, Irma
01157 Dresden
13. 4. Dr. med. Hunger, Jürgen
01454 Radeberg
13. 4. Dr. med. Schröder, Klaus
09380 Thalheim
17. 4. Prof. Dr. med. habil.
Vogtmann, Christoph
04425 Taucha
18. 4. Dr. med. Peschel, Hellmut
02953 Kromlau
19. 4. Dr. med. Simonis, Brigitte
02979 Maukendorf
20. 4. Dr. med. Ackermann, Gerhild
08058 Zwickau
20. 4. Dr. med. Rödning, Hannelore
09125 Chemnitz
22. 4. Dr. med. Götz, Siegfried
09481 Scheibenberg
23. 4. Dr. med. Vieweg, Karin
09429 Warmbad Wolkenstein
24. 4. Dr. med. Knösel, Bernd
08626 Adorf
25. 4. Prof. Dr. med. habil. Schauer, Joachim
04103 Leipzig
25. 4. Dr. med. habil. Schauer, Klaus
04668 Grimma
25. 4. Dr. med. Schurk, Johann
01920 Räckelwitz

26. 4. Dr. med. Kaeding, Eva-Maria
01307 Dresden
26. 4. Dr. med. Petzold, Manfred
01067 Dresden
28. 4. Dr. med. Böttcher, Hartmut
04229 Leipzig
29. 4. Dr. med. Frank, Dieter
01587 Riesa
30. 4. Dr. med. Degenkolb, Renate
08529 Plauen
30. 4. Krieger, Waldemar
08359 Breitenbrunn
30. 4. Dr. med. Tempel, Volker
01723 Grumbach

65 Jahre

1. 4. Dr. med. Werner, Ingeborg
02763 Mittelherwigsdorf
2. 4. Dr. med. Greuel, Rosemarie
09648 Mittweida
3. 4. Dr. med. Freund, Rainer
09456 Annaberg-Buchholz
6. 4. Westphäliger, Alena
01259 Dresden
7. 4. Federbusch, Klaus
01477 Arnsdorf
7. 4. Dr. med. Hennig, Wulf
09326 Geringsswalde
13. 4. Prof. Dr. med. habil. Beyreiß, Klaus
04416 Markkleeberg
13. 4. Dr. med. Schultze, Helga
04357 Leipzig
14. 4. Dr. med. Seidler, Günter
09599 Freiberg
15. 4. Dr. med. Vieweg, Gerhard
09130 Chemnitz
16. 4. Dr. sc. med.
Lorentz, Friedrich-Wilhelm
04774 Schöna
17. 4. Dr. med. Morawietz, Ingeborg
04107 Leipzig
23. 4. Dr. med. Küster, Peter
01279 Dresden
25. 4. Hinze, Fritz
04435 Schkeuditz
27. 4. Prof. Dr. med. habil. Klug, Winfried
01465 Grünberg
29. 4. Hantschel, Ingeborg
02708 Löbau
29. 4. Dr. med. Nossing, Reinhard
04651 Bad Lausick

70 Jahre

1. 4. Dr. med. Wallasch, Horst
04425 Taucha
9. 4. PD Dr. med. habil. Richter, Joachim
02826 Görlitz
19. 4. Dr. med. Francke, Hilde
01279 Dresden
30. 4. Echtermeyer, Helga
04299 Leipzig

75 Jahre

2. 4. Dr. med. Trepte, Lieselotte
01689 Weinböhla
21. 4. Dr. med. Hentschel, Gudrun
01827 Graupa

80 Jahre

5. 4. Dr. med. Altekrieger, Hildegard
09648 Mittweida
12. 4. Dr. med. Grieger, Horst
02763 Zittau
17. 4. Dr. med. Fink, Wolfgang
01445 Radebeul
17. 4. Dr. med. Klein, Gerhard
08262 Morgenröthe-Rautenkranz
28. 4. Dr. med. Ludwig, Ilse
01844 Neustadt

81 Jahre

14. 4. Dr. med. Spengler, Wolfgang
08223 Kottengrün
23. 4. Dr. med. Bohlmann, Arnold
08060 Zwickau
27. 4. Dr. med. Pültz, Karl
01558 Großenhain

82 Jahre

16. 4. Dr. med. Golla, Herta
04347 Leipzig
18. 4. Dr. med. Zschache, Helmut
01067 Dresden

84 Jahre

1. 4. Dr. med. Sieg, Ernst
04838 Bunitz

85 Jahre

7. 4. Dr. Schumann, Hellmut
04808 Wurzen
10. 4. Degen, Wolfgang
01796 Pirna
11. 4. Prof. Dr. med. Irmischer, Albert
09116 Chemnitz
14. 4. Dr. med. Mittenzwey, Walther
01307 Dresden
21. 4. Dr. med. Uhlmann, Werner
09496 Marienberg
27. 4. Dr. med. Fischer, Heinz
08261 Schöneck

89 Jahre

2. 4. Dr. med. Böhm, Herbert
09619 Dorfchemnitz
5. 4. Dr. med. Ermisch, Klaus
04680 Zschadraß

90 Jahre

17. 4. Dr. med. Knappe, Ulrich
09113 Chemnitz

92 Jahre

12. 4. Dr. med. Weißgerber, Gerhard
04758 Oschatz