

Kürzel	Ausgeschriebener Name
BCR	Bureau Communautaire de Reference (Bruxells)
BDL	Berufsverband Deutscher Laborärzte
BDMM	Berufsverband Deutscher Medizinischer Mikrobiologen
BGA	Bundesgesundheitsamt
BIPM	Bureau International des Poids et Mesures
BSI	British Standards Institution
BdO	Bundesverband der Ortskrankenkassen
CAP	College of American Pathologists
CCITT	Consult. Comm. of the Internat. Telegraph and Telephone
CDC	Centre for Diseases Control (USA)
CEN	Comite Europeene de Normalisation
CENELEC	Comite Europeene de Normalisation Electro-technique
CIOMS	Committee International des Org. Medic. Scientific
CIPM	Committee International des Poids et Mesures
CISMEL	Centro Italiano d. Standardisatione d. Med. Laborat.
COWS	Commission of World Standards (of WASP)
DDG	Deutsche Diagnostika Gruppe
DECHEMA	Deutsche Gesellschaft für chemisches Apparatewesen
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGBI	Dtsch. Ges. f. Bluttransfusion und Immun-hämatologie
DGC	Deutsche Gesellschaft f. Cytologie
DGFMD	Dtsch. Ges. zur Förderung der Med. Diagnostik (Medica)
DGHM	Deutsche Gesellschaft f. Hygiene u. Mikrobiologie
DGHO	Deutsche Gesellschaft f. Hämatologie u. Onkologie
DGIM	Deutsche Gesellschaft für innere Medizin
DGKC	Deutsche Gesellschaft f. Klinische Chemie
DGL	Deutsche Gesellschaft f. Laboratoriumsmedizin
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DIN	Deutsches Institut für Normung
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DTA	Deutsche Technische Akademie Helmstedt GmbH
DIW	Deutsches Institut zur Weiterbildung technischer Assistenten in der Medizin
DVTA	Dtsch. Verband Technischer Assistenten i. d. Medizin
ECCLS	European Committee f. Clinical Pathology Standards
ECMA	European Computer Manufacturers Association
EDMA	European Diagnostic Manufacturers Association
FDA	Food and Drug Administration (USA)
GDCh	Gesellschaft Deutscher Chemiker
GIM	Gütestempel d. Dtsch. Ges. innere Medizin
GMDS	Dtsch. Ges. f. Med. Dokumentation, Informatik u. Statistik
IAG	Internat. Arbeitsgemeinschaft f. Gerinnungsforschung
ICSH	Internat. Committee for Standardization in Hematology
IEC	International Electrotechnical Commission
IFCC	International Federation of Clinical Chemists
IMLIS	International Medical Laboratory Information System
INSTAND	Inst. f. Standard u. Dokumentation im med. Laboratorium
ISBT	International Society for Blood Transfusion
ISCB	International Society of Clinical Biostatistics
ISON	Integrated Services Digital Network
ISH	International Society of Hematology
ISO	International Standards Organization
ISTH	International Society of Thrombosis and Haemophilia
IUIS	International Union of Immunologie Societies
IUPAC	International Union of Pure and Applied Chemistry

Kürzel	Ausgeschriebener Name
IUPAP	International Union of Pure and Applied Physics
NAMED	Normenausschuß Medizin im DIN
NBS	National Bureau of Standards (Gaithersburg/ML, USA)
NCCLS	National Committee for Clin. Pathol. Standards (USA)
NI	Normenausschuß für Informationsverarbeitung
npl	National Physical Laboratory (Teddington/GB)
ÖGH	Österreich. Ges. f. Hämatologie
ÖGKC	Österreich. Ges. f. Klinische Chemie
ÖGL	Österreich. Ges. f. Laboratoriumsmedizin
ÖNORM	Österreichisches Normeninstitut
ÖQUASTA	Österreich. Ges. f. Qualitätssicher. u. Standardisierung
ÖVTA	Österreich. Verband Techn. Assistenten i. d. Medizin
OIML	Organisation International de la Metrologie Legale
ORMM	Office for Reference Materials and Methods of the IFCC
OSA	Optical Society of America
PEI	Paul Ehrlich Institut
PTB	Physikalisch-Technische Bundesanstalt
RKI	Robert Koch Institut (im BGA)
RiLiBÄK	Richtlinien der Bundesärztekammer
SGH	Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie
SGKC	Schweizerische Gesellschaft f. Klinische Chemie
SPAG	Standards Promotion and Application Group
UEMS	Union Europeenne des Medecins Specialistes
VDFOI	Verb. d. Dtsch. Feinmechanischen u. Optischen Industrie
VDGH	Verb. d. Diagnostica- u. Diagnosticagerätehersteller
VNM	Verein zur Normung im Bereich der Medizin
WASP	World Association of Societies of Pathology
WHO	World Health Organization
WMA	World Medical Association

## Leserzuschriften

*Leserzuschrift zu dem Artikel: „Behindern die Mutterschafts-Richtlinien die Erkennung einer Rötelninfektion während des Schwangerschaft?“ von B. Ziegler, Lab. med. 9: 300–303 (1985)*

Eine Rötelnembryopathie kann nur dann sicher verhindert werden, wenn vor der ersten Schwangerschaft durch eine Röteln-Wildvirus-Infektion oder durch die Röteln-Schutzimpfung Immunität eingetreten und dies durch den Nachweis von Röteln-Antikörpern vor der ersten Schwangerschaft dokumentiert ist. Bei der erstmaligen Untersuchung in einer bereits bestehenden Schwangerschaft bleibt immer eine gewisse Unsicherheit bestehen.

Das gilt auch für das in dem oben genannten Artikel aufgeführte Programm. Im Grunde würde bei erstmaliger Untersuchung in der Schwangerschaft jeder Befund des HAH-Tests weitere Untersuchungen erfordern, da der HAH-Test in den ersten Tagen nach Ausbruch des Röteln-Exanthems wie alle anderen Tests noch negativ ausfällt, sich niedrige und mittlere Titer gerade im Anstieg befinden können und hohe Titer durch eine frische Röteln-Erstinfektion gerade erreicht sein können. Daraus

ergibt sich ein je nach dem Stadium der Schwangerschaft und dem Untersuchungsbefund individuell ausgerichteter, aus Verlaufskontrollen und Röteln-IgM-Bestimmungen zusammengesetztes Untersuchungsprogramm, dessen detaillierte Festlegung den Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien überschreiten würde. Daß eine breit gestreute Röteln-IgM-Bestimmung, wie sie der Autor vorschlägt, für sich allein breitere Lücken lassen würde als ein solches individuell abgestimmtes Verfahren, geht schon daraus hervor, daß ein handelsüblicher Röteln-IgM-Test positive Ergebnisse nur 1–3 Wochen nach Symptombeginn gewährleistet.

Der HiG-Test hat sich – wie beim Autor – in vielen Laboratorien sowohl zur Bestätigung des HAH-Befundes als auch – im Falle der Diskrepanz zum HAH-Ergebnis – in einer eng begrenzten, nur wenige Tage dauernden Phase als Hinweis auf eine frische Röteln-Infektion bewährt und wird in vielen Laboratorien im Sinne einer internen Qualitätskontrolle grundsätzlich neben dem HAH-Test durchgeführt. In der Eigenschaft als Hinweis auf eine frische Röteln-Infektion darf der HiG-Test aber nicht – wie das im übrigen auch die von G. Enders übernommene Abb. 2 deutlich zeigt – mit anderen IgG-spezifischen Tests gleichgesetzt werden; denn im HiG-Test reagiert ein IgG-Antikörper mit einer besonderen, von anderen Röteln-IgG-Antikörpern verschiedenen Spezifität.

Wichtiger als die Laborergebnisse sind aber für die Verhinderung von Röteln-Embryopathien anamnestische und klinische Hinweise, die in dem Artikel weitgehend außer acht gelassen werden. Um die Daten des Artikels im Sinne einer Kritik an den Mutterschaftsrichtlinien auszuwerten zu können, hätte gezeigt werden müssen, ob in den dargestellten 31 Fällen von frischen Röteln-Infektionen wirklich kein Röteln-Kontakt und keine röteln-verdächtigen Symptome zu eruieren waren. Denn nur dann hätte man sich nach dem Buchstaben der Richtlinien mit einer einfachen Untersuchung begnügen können. Es kann nicht Aufgabe der Richtlinien sein, Informationslücken zwischen behandelndem Arzt und Laborarzt, die letztlich in den gerichtlich verhandelten Fällen die Diagnose einer frischen Röteln-Erstinfektion in der Schwangerschaft inhibieren, zu kompensieren. Jedoch wird dem in den 1985 neu formulierten Richtlinien Rechnung getragen, indem die Notwendigkeit einer engen kollegialen Zusammenarbeit verbindlich gemacht wird.

Es ist richtig, daß in den Schwangerschafts-Richtlinien das Problem einer klinisch-inapparenten Röteln-Infektion, bei der sich auch keine Kontaktsituation ermitteln läßt, unberücksichtigt bleibt. Es ist zwar nur ein schwacher Trost, wenn aus einer Londoner Zusammenstellung hervorgeht, daß Röteln-Embryopathien bei inapparenten Röteln-Infektionen der Mutter 7mal seltener vorkommen als bei klinisch apparenten Röteln. Dagegen erscheint es mir berechtigt, sich bei der Abwägung dieser seltenen Fälle gegenüber verstärkten Aktivitäten auf dem Sektor der Prophylaxe vor Eintritt der ersten Schwangerschaft für letztere zu entscheiden. Sowohl der Titel des Artikels als auch die Feststellung, „daß mit den Richtlinien, ergänzt durch die Rechtsprechung, mitnichten der Realität Rechnung getragen ist“, sind daher nach meinem Dafürhalten unangemessen und durch keinerlei Daten im Artikel belegt.

*Stellungnahme zur Zuschrift von Herrn Prof. Dr. K. E. Schneweis zu dem Artikel: „Behindern die Mutterschafts-Richtlinien die Erkennung einer Rötelninfektion während der Schwangerschaft?“ Lab. med. 9, 300–303, 1985*

In der Tat ist der Titel der Arbeit provokativ formuliert worden, um die auch von Herrn Prof. Schneweis zugegebenen Lücken in den Mutterschafts-Richtlinien zu akzentuieren, hätten doch die 31 dargelegten Fälle, von denen nur 12 mit klinischen Angaben zugewiesen worden waren, während die übrigen sich erst durch die Untersuchung als verdächtig erwiesen, alle im Rahmen der Mutterschafts-Vorsorge vorkommen können.

Sicherlich ist die – durch eine serologische Nachuntersuchung kontrollierte – Impfprophylaxe der Röteln vor einer Gravidität der sicherere Weg zur Verhütung der Rötelnembryopathie, daneben aber muß die Unsicherheit, die bei einer erstmaligen serologischen Untersuchung bei bestehender Schwangerschaft – und dies ist bislang der Regelfall – so weit wie möglich verringert werden. Hieraus resultiert unser Anliegen, von dem einförmigen Untersuchungsschema, wie es die Richtlinien vorsehen, abzugehen und statt dessen ein nach dem Untersuchungsbefund, und – sofern vorhanden – den klinischen Daten individuell ausgerichteter Untersuchungsprogramm zur Pflicht zu machen, und dies ist eindeutig verstanden worden. Ein individuelles Untersuchungsprogramm, wie es in der Arbeit vorgeschlagen wurde, gibt dem Laborarzt die Möglichkeit, auch für den (Regel-) Fall des unzureichenden Informationsflusses vom behandelnden Arzt zum Laborarzt zusätzliche wertvolle Hinweise auf eine frische Röteln-Infektion zu gewinnen, um dann die wünschenswerte enge kollegiale Zusammenarbeit zu praktizieren. Die von uns vorgeschlagene Verfahrensweise stellt nicht, wie offenbar mißverstanden, eine „breit gestreute Röteln-IgM-Bestimmung“ dar, sie ist vielmehr ein individuell abgestimmtes Programm, das die Lücken der Mutterschafts-Richtlinien zwar nicht vollständig beseitigen, wohl aber einengen kann. Durch den primären Einsatz der kostengünstigeren IgG-Teste, die dann nur in Verdachtsfällen durch die teureren IgM-spezifischen Teste zu ergänzen sind, sind auch die Interessen der Kostenträger berücksichtigt.

Wir können uns daher der von Herrn Prof. Dr. Schneweis geäußerten Ansicht, ein individuell abstimmbares Untersuchungsprogramm würde den Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien überschreiten, nicht anschließen, insbesondere im bedrückenden Bewußtsein der Tatsache, daß z. Zt. noch Röteln-serologische Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge außerhalb der laborfachärztlich geleiteten Laboratorien von immunologisch weniger kompetenten Untersuchern durchgeführt werden.

Dr. med. Burkhard Ziegler  
Arzt für Laboratoriumsmedizin  
Arzt für Transfusionsmedizin  
Herrenstr. 23  
7500 Karlsruhe

□

Prof. Dr. K. E. Schneweis  
Virusabteilung  
Institut für Med. Mikrobiol. u. Immunol. der Univ. Bonn  
5300 Bonn 1

□

In jedem Fall zuverlässig

Neu in unserem Programm

## Virus-Diagnostik

Spektrale Diagnostik von Viren und Antikörpern

- Adenovirus
- Cytomegalovirus
- Epstein-Barr-Virus
- Herpes simplex Virus  
Typ 1 + 2
- Influenza Virus  
Typ A + B
- Masernvirus
- Mumpsvirus
- Parvovirus B19
- Rotaviren
- Scharlach
- Varizella-Zoster

Unser Programm: Mikrobiologische Serodiagnostik umfasst außerdem:

- Bakterien Diagnostik  
Antikörper gegen Bakterien
- Protozoen-Antikörper Diagnostik  
Antikörper gegen Protozoen

Besuchen Sie uns auf der  
Medica in Düsseldorf vom 20.-23.11.1985  
Stand 3 B 26, Halle 3

Bios GmbH

Postfach 70 03 24 Waldhiedhofstr. 1 D-5000 Aachen 91

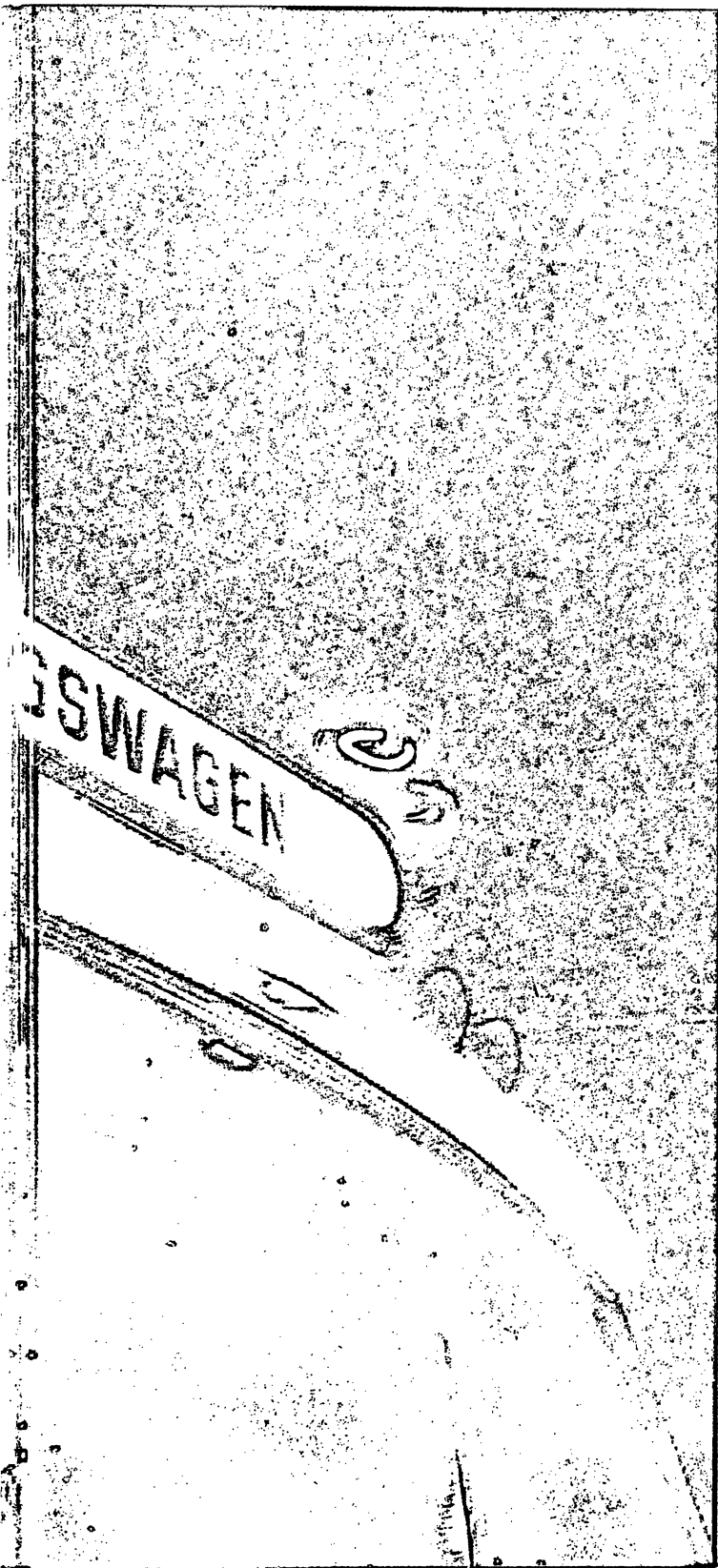
Telefon (0 89) 7 14 40 86 88 Telex 7 14 1 14

Abb.: Nachweis von Antikörpern gegen Respiratory Syncytial Virus auf virusinfiltrierten HEP-2-Zellen

**bios**



# starten.



Schmerz, Enge, Atem-  
Übelkeit, Todesangst sind  
die typischen Symptome für  
Myokardinfarkt. Bei 10 – 15%  
der Patienten fehlt diese  
Symptomatik völlig oder  
teilweise. Auch das EKG ist  
nicht immer eindeutig genug.  
Die Enzyme CK und CK-MB  
sind in den meisten Fällen erst  
nach 6 bis 8 Stunden erhöht.  
Jede gewonnene Zeit ist aber  
wichtig, um den Erfolg thera-  
peutischer Sofortmaßnahmen  
zu verbessern.

## **RapiTex-Myoglobin**

Der schnellste Labor-  
parameter, mit dem ein Infarkt  
nachgewiesen oder aus-  
geschlossen werden kann, ist  
Myoglobin. Der rote Muskel-  
farbstoff tritt aus dem  
geschädigten Bereich in das  
Blut über und führt zu erhöhten  
Konzentrationen. Bereits  
2 Stunden nach dem akuten  
Ereignis erreicht Myoglobin  
pathologische Werte – 4 bis  
6 Stunden früher als die Enzyme  
CK und CK-MB, die bisher  
schnellsten Laborparameter.

Der schnellste Labor-  
parameter nützt jedoch nur,  
wenn er auch schnell und  
zuverlässig bestimmt werden  
kann. Radio- oder Enzym-  
immunoassays für Myoglobin  
dauern einige Stunden. Der  
erste und einzige Test, der im  
Blaulicht-Tempo arbeitet, ist  
RapiTex-Myoglobin. In maximal  
7 Minuten weist dieser Latex-  
Test pathologisch erhöhte  
Myoglobin-Spiegel aus Serum  
oder Plasma nach.

Wie heißt es doch?  
Zeit ist Geld. Hier kann sie sehr  
viel mehr sein: Leben.

*RapiTex-Myoglobin  
ist der schnellste Test  
zur Absicherung  
eines Myokardinfarkt-  
Verdachts.*

Behringwerke AG  
Medizinische Information  
und Vertrieb  
6230 Frankfurt/Main 80

