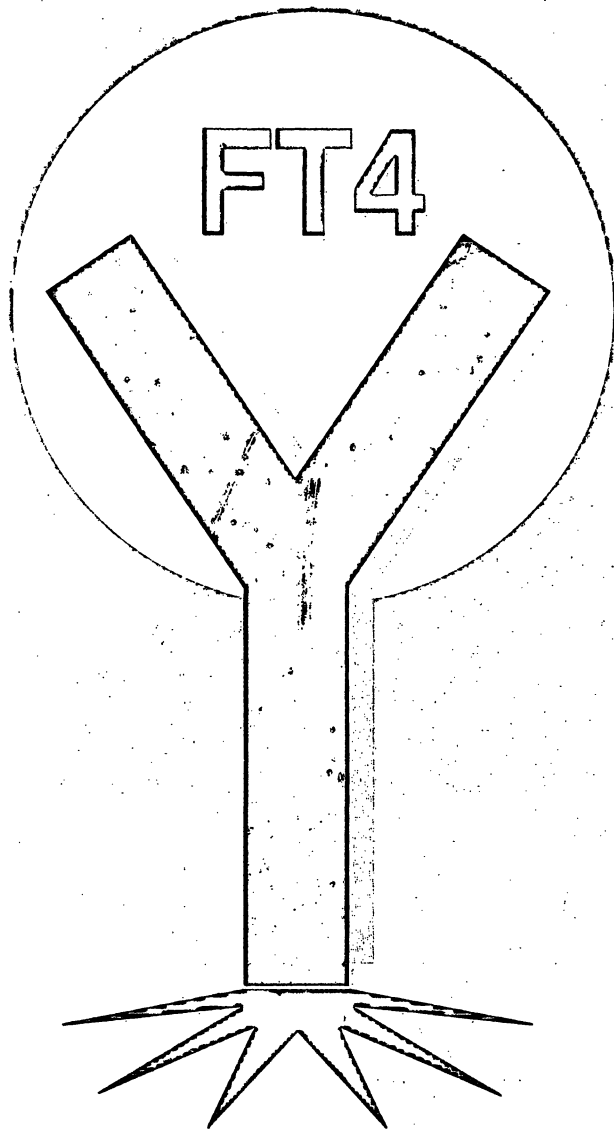


**Weshalb sollten Sie
einen Assay kaufen,
den Sie mitentwickelt haben?**

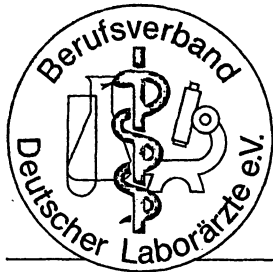


Amerlex-MAB*FT4

Bestell-Nr.: IM5051/5054

Amersham Buchler GmbH & Co KG
Gieselweg 1, 3300 Braunschweig
Telefon: (0 53 07) 8 08 - 0

Amersham



Die Laboratoriumsmedizin in Österreich, 20 Jahre Facharzt, 16 Jahre Fachgesellschaft

Schon in der Antike versuchten die Ärzte, ihre am Patienten erhobenen klinischen Untersuchungsbefunde durch die Harnbeschau zu ergänzen, und die Blutsenkungsreaktion war in Form der "crusta phlogistica", die sich als grauweiße Haut auf geronnenem Blut bildet, bereits Hippokrates bekannt. Nach der Erfindung des Mikroskopes benützten auch die Ärzte bald dieses neue Instrument. Aus der medizinischen Mikroskopie entwickelten sich die Mikrobiologie, die Histologie und die Hämatologie. Die analytischen Methoden der organischen und anorganischen Chemie, aus denen die medizinische Chemie und die klinische Chemie hervorgingen, brachten große Fortschritte in der Diagnostik für den Arzt. Jede Art der Analytik wurde für die Diagnostik genützt, und so entstand aus einem Konglomerat analytischer Methoden der verschiedenen Fächer und Fakultäten im 19. Jahrhundert das "Medizinisch diagnostische Laboratorium".

In den Krankenhäusern entstehen Laboratorien

Vorwiegend die Innere Medizin und die Kinderheilkunde waren auf die Hilfe der Laboratoriumsdiagnostik angewiesen. Da die Fächer der konservativen Medizin nicht so in den Körper "hineinschauen" konnten wie die chirurgischen, war ihnen neben den neuen Röntgenstrahlen jede diagnostische Möglichkeit hochwillkommen. Bald hatten die großen Internen Abteilungen in den Krankenanstalten ihre eigenen Laboratorien, und je nach persönlichem Interesse des Klinikvorstandes oder eines seiner Ärzte wurde mehr chemisch analysiert oder mehr mikroskopiert. In Wien war zum Beispiel das Steckenpferd des Oberarztes Dr. Weichselbaum am pathologisch-anatomischen Institut die Bakteriologie. So kam es, daß in Österreich die mikrobiologische Diagnostik lange Zeit von der pathologischen Anatomie und nicht von der Hygiene versorgt wurde, was noch heute Auswirkungen hat. Auf Grund dieser Entwicklung war es natürlich, daß zwischen den einzelnen Spitalslaboratorien oft sehr große fachliche Unterschiede bestanden, und jeder unter Labordiagnostik etwas anderes verstand.

Das medizinisch-diagnostische Laboratorium war keine Facharztpraxis

Um die Jahrhundertwende entstanden auch Laboratorien in der freien Praxis. Eines der ersten war das Laboratorium Dr. Urban in Wien. Und auch in anderen großen Städten Österreichs folgten bald solche Einrichtungen. Von Anfang an war die Palette der Untersuchungen in den Laboratorien der freien Praxis viel breiter gefächert als im Krankenhauslabor, denn für die Patienten der niedergelassenen Kollegen muß-

ten alle möglichen labordiagnostischen Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen ohne Rücksicht auf die persönlichen Spezialinteressen des Laborleiters. Die Ausbildung der laborführenden Kollegen wurde damals vom Obersten Sanitätsrat fachlich überprüft, und das Bundesministerium für Soziale Verwaltung erteilte dann, nach sanitätspolizeilicher Überprüfung der Arbeitsräume, die Genehmigung zur Durchführung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen. Als Voraussetzung für die Genehmigung zur "geschäftsmäßigen Vornahme von medizinisch-diagnostischen Untersuchungen", wie es im Amtsdeutsch hieß, war im allgemeinen eine Basisausbildung als praktischer Arzt oder Internist notwendig. Darauf folgten dann mindestens 3 Monate pathologische Anatomie, 6 Monate Bakteriologie und Parasitologie, 3 Monate Serologie, 6 Monate Hämatologie und 2 Jahre medizinische oder klinische Chemie in einem Labor eines großen Krankenhauses. Als nach dem 2. Weltkrieg im Jahre 1948 das Ärztegesetz und die Ärzteausbildungsordnung geschaffen wurden, welche den ärztlichen Beruf in Österreich regeln, wurde kein Facharzt für Labordiagnostik in die Ärzteausbildung aufgenommen und dieses bisher übliche Verfahren einer Art "Konzessionierung", für die medizinisch-diagnostischen Laboratorien beibehalten. Eine Verordnung regelte die geschäftsmäßige Vornahme medizinisch-diagnostischer Untersuchungen und wurde sogar auf andere Untersuchungsverfahren wie EEG, EKG und Cytodiagnostik ausgeweitet. Dadurch wurde jedoch das Grundgesetz (Ärztegesetz und Ärzteausbildungsordnung) in verfassungswidriger Weise umgangen. Es bedurfte eines langen, mühevollen juristischen Verfahrens, bis der Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom 29.6.1982 die §§ 2 und 3 der Verordnung des Bundesministeriums für Soziale Verwaltung vom 2. April 1948 (BGBl. Nr. 63) als gesetzwidrig aufgehoben hat.

Der Facharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik wird gemeinsam mit den nichtklinischen Fächern geschaffen

Im Dezember 1969 schlug aber dann auch in Österreich die Geburtsstunde des Facharztes für Labordiagnostik. Aus unerfindlichen Gründen trägt dieses Fach jedoch in Österreich nicht die international übliche Bezeichnung "Laboratoriumsmedizin", sondern wird "Facharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik" genannt. Im Rahmen der Ärztegesetznovelle 1969 wurden die "Fachärzte für nichtklinische Medizin" auf Betreiben der Österreichischen Ärztekammer geschaffen. Daß auch das Laborfach in den gleichen gesetzlichen Topf mit den sogenannten theoretischen Fächern fiel, ist ein echt österreichisches Schicksal. Wie es dazu kam, ist leicht erklärt. Der frisch promovierte Arzt muß in Österreich nach der Promotion entweder eine dreijährige Ausbildung

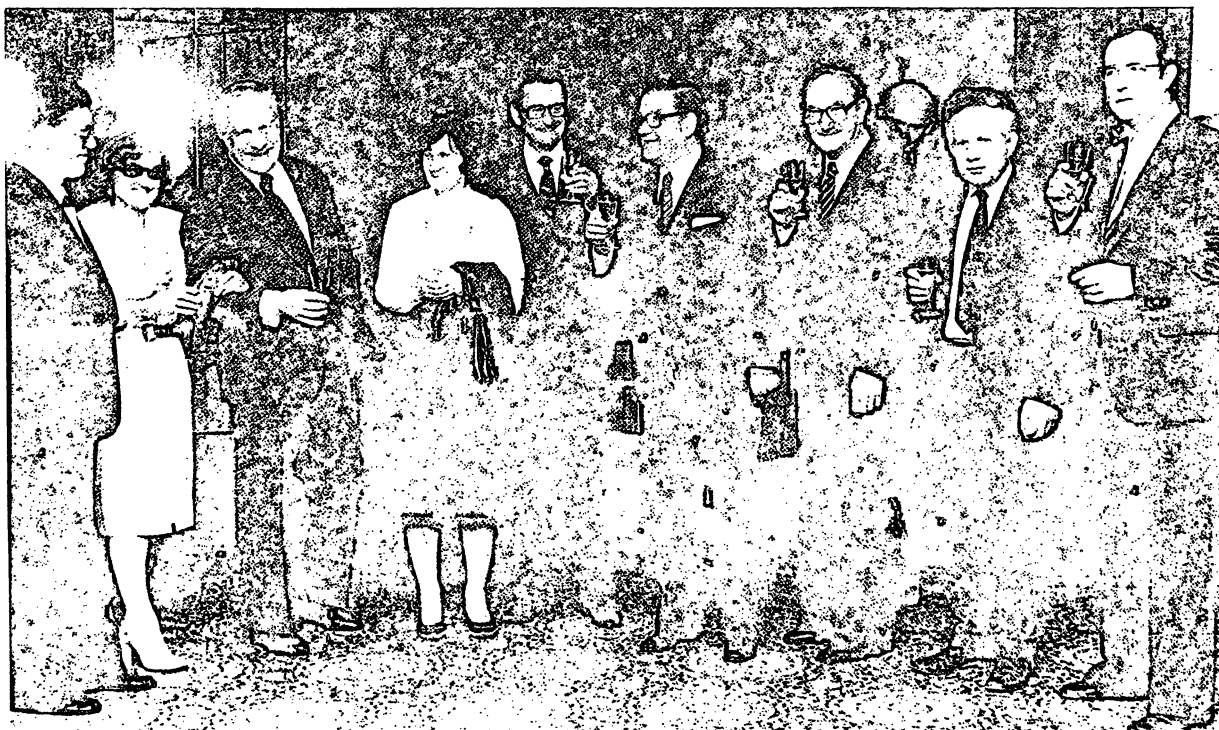
zum Praktischen Arzt oder eine sechsjährige Ausbildung zum Facharzt absolvieren, bevor er sich in der freien Praxis niederlassen kann und ein Rezept schreiben darf. Die Kollegen der nichtklinischen Fächer, an den Instituten wie Hygiene, Gerichtsmedizin, Physik, Biologie, medizinische Chemie, Histologie, Physiologie, pathologische Anatomie und Pharmakologie konnten, wenn sie am Institut blieben und sich nicht habilitierten, niemals nach dem Ärztegesetz eine gesetzlich vorgeschriebene Ausbildung erlangen. Groteskerweise durfte z. B. ein Pharmakologe nicht einmal ein Rezept schreiben, da er ja keine gesetzlich abgeschlossene Ausbildung absolviert hatte. Das Hochschulreferat und die Bundessektion Turnusärzte der Österreichischen Ärztekammer bemühten sich daher, für diese Fächer eine neue gesetzliche Regelung zu schaffen, die auch diesem Kollegenkreis eine abgeschlossene Ausbildung ermöglichte, und so entstand die Ausbildungsordnung für die sogenannte nichtklinische Medizin. Zur gleichen Zeit wurde aber auch der im Jahre 1948 vergessene Laborfacharzt geschaffen und gemeinsam mit den nichtklinischen Fächern im Bundesgesetzblatt verlautbart. Dem Gesetzgeber war es besonders wichtig, das Wörtchen "und" zwischen medizinisch und chemisch einzufügen, um deutlich zu machen, daß die Chemie nicht das ganze Fach ausmacht. Als Ausbildung für das neue Fach wurde ein Jahr in einem klinischen Fach, vornehmlich Innere Medizin, vorgeschrieben und 5 Jahre im Hauptfach auf einer gesetzlich anerkannten Ausbildungsstelle. Von diesen 5 Jahren konnte auch 1 Jahr durch irgendein anderes nichtklinisches Fach ersetzt werden. Die genaue Ausbildung war ursprünglich nicht näher festgelegt, und die Verhandlungen über den Inhalt des Faches zogen sich, über 15 Jahre, bis 1985 hin. Es

war nicht möglich, die international übliche Bezeichnung "Laboratoriumsmedizin" für den Facharzt auch in Österreich einzuführen, da von verschiedenen Seiten immer wieder versucht wurde, die klinische Chemie mit in den Facharzttitel einzubauen. So blieb es, als über die Facharztausbildungsordnung 1985 endlich Einigung erzielt war, bei dem Titel "Facharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik". Trotz der scheinbar eindeutigen Trennung von Medizin und Chemie durch das unscheinbare, aber in diesem Fall sehr wichtige Wörtchen, "und" wird das Fach auch heute noch ständig mit der medizinischen Chemie verwechselt.

Für die Laborfachärzte entstehen gleich zwei Vertretungen

Da es nun auch in Österreich einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin gab, auch wenn seine Bezeichnung nicht der internationalen Norm entsprach, war es notwendig geworden, auch eine entsprechende Vertretung dieses Kollegenkreises zu schaffen. Wohl gab es in den Ärztekammern für Wien und Oberösterreich bereits Fachgruppen für Labordiagnostik, aber in den restlichen 7 Bundesländern waren die Laborärzte mehr oder weniger sich selbst überlassen. Der Grund dafür ist sicher in der standespolitisch, wahrlichmetisch, bedeutungslos kleinen Gruppe zu suchen. So erschien es immer notwendiger, eine gemeinsame Vertretung aller Fachärzte für Labordiagnostik anzustreben. Nach vergeblichen Versuchen im Rahmen der Österreichischen Ärztekammer, als drittes sogenanntes technisches Fach, nach Radio-

17. Mai 1977 - Kongreß für Laboratoriumsmedizin in Berlin - der Grundstein für die Zusammenarbeit beider Fachgesellschaften. Von li. nach re.: Dr. Hans Lackner, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für medizinische und chemische Labordiagnostik; Frau Dr. Margarete Schütz, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft (damalige Bezeichnung: Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin, zugleich Arbeitsgemeinschaft der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin e. V.); MR. Dr. Hans Georg Klein, Wien; Frau Prof. Dr. Anneliese Rösler-Englhardt, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft; Dr. Hermann Lommel, 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft; Dr. Louis de Vos, Gent/Belgien, Präsident der Section monospécialisée de Biologie Médicale der UEMS (Union Européenne Des Médecins Spécialistes); Prof. Dr. Hans Gabl, Wien; Dr. Michael G. Rinsler, London/UK, Sekretär der Section monospécialisée de Biologie Médicale der UEMS; Dr. Manfred Eckart, Schriftführer der Deutschen Gesellschaft.



logie und Zahnheilkunde, eine entsprechende Organisation in Form einer Bundesfachgruppe für Labordiagnostik zu erreichen, kam es im März 1973 zur Gründung der Österreichischen Gesellschaft für medizinische und chemische Labordiagnostik. Dieser Name der Fachgesellschaft wurde gewählt, da er der offiziellen Bezeichnung des Faches im Gesetz entsprach. Der geistige Vater der Fachgesellschaft ist der damalige Referent für Wahlärzte der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), Dr. Franz Jauk, der als Kammerfunktionär und Inhaber eines Labors im 12. Wiener Gemeindebezirk das Gebot der Stunde erkannte. Er hatte sich schon jahrelang gemeinsam mit dem Referenten für angestellte Ärzte der ÖÄK, Dr. Lackner, vergeblich um eine Bundesfachgruppe Labordiagnostik bemüht. Dr. Jauk stellte auch der neuen Fachgesellschaft Büroräume und Personal des Komitees der Wahlärzte in Wien 1010, Franz Josefs Kai 65, zur Verfügung. Daneben trugen auch die jahrelangen Bemühungen der beiden Kammerfunktionäre, Dr. Jauk und Dr. Lackner, ihre Früchte und der Vorstand der Österreichischen Ärztekammer beschloß am 26. Jänner 1977, ein Referat für Labormedizin in der ÖÄK zu schaffen. Zum Referenten wurde Dr. Lackner bestellt.

Die neue Fachgesellschaft entwickelt sich

Als die Sicherheitsdirektion Wien am 6. März 1973 die Gründung der Österreichischen Gesellschaft für medizinische und chemische Labordiagnostik genehmigt hatte, wurden auch ein Präsidium und ein Vorstand der Fachgesellschaft gewählt. Der Vorstand setzte sich damals wie folgt zusammen: Präsident Dr. Hans Lackner, die beiden Vizepräsidenten Med. Rat Dr. Friedrich Urban und Med. Rat Dr. Paul Hübl, Sekretär Dozent Dr. Oskar Pendl, Finanzreferent Dr. Franz Jauk, Referent für wissenschaftliche Angelegenheiten Prof. Dr. Franz Gabl, Auslandsreferent Med. Rat Dr. Hans Georg Klein und den beiden Rechnungsprüfern Dr. Kurt Mustafa und Dr. Michael Rosak. Dem persönlichen Einsatz von Prof. Dr. Franz Gabl war es zu verdanken, daß bereits im Oktober 1973 die erste wissenschaftliche Veranstaltung im Rahmen des Van Swieten Kongresses stattfinden konnte. Auch die Jahresversammlung wurde am Van Swieten Kongreß abgehalten, da zu diesem Zeitpunkt fast alle Kollegen in Wien anwesend waren. Diese Veranstaltungen am Van Swieten Kongreß, die von Prof. Gabl und Dr. Lackner viele Jahre gemeinsam gestaltet wurden, sind bis heute eine ständige Einrichtung geblieben.

Auf Grund der Notwendigkeit, Laborbefunde durch statistische Qualitätskontrolle abzusichern, organisierte die Österreichische Gesellschaft für medizinische und chemische Labordiagnostik auch in Wien unter Leitung von Dr. Heinrich Spitz einen sogenannten regionalen Rundversuch, neben dem großen Ringversuch, der Österreichischen Gesellschaft für klinische Chemie. Diese sogenannten Wiener Ringversuche nahmen sich die oberösterreichische Qualitätssicherung, welche von Prim. Dr. Hohenwallner und Dr. Sommer organisiert wurden, zum Vorbild. Sie waren durch die rasche Auswertung und die enge Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Kollegen sehr erfolgreich. Auch ein Rundsendedienst, in Form eines Fahrtendienstes der Fa. Siebert, wurde von der Fachgesellschaft im Wiener Raum bald nach der Gründung organisiert, um Proben einem anderen Labor problemlos zu übersenden.

Die ersten Kontakte mit deutschen und Schweizer Laborärzten

Im Rahmen der Jahrestagung 1976 am 27. Oktober am Van Swieten Kongreß konnte die Österreichische Gesellschaft für medizinische und chemische Labordiagnostik fast den gesamten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Laborato-

riumsmedizin unter der Führung des damaligen Präsidenten Dr. Hermann Lommel begrüßen, und auch ein Referat von Dr. Otto Fenner mit dem Titel "Stellung des Laborarztes in Deutschland" stand auf diesem Programm. Diese Kontakte mit den deutschen Kollegen sind dem langjährigen Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin, Herrn Med. Rat Dr. Hans Georg Klein, zu verdanken gewesen. Aus diesem Besuch der deutschen Kollegen in Wien entwickelte sich eine ständige Zusammenarbeit und eine redaktionelle Mitarbeit in der Zeitschrift Laboratoriumsmedizin. Am 17. Mai 1977 stellte die Österreichische Fachgesellschaft auch den offiziellen Antrag auf Organschaft bei der Zeitschrift Laboratoriumsmedizin, welche seit diesem Zeitpunkt auch das offizielle Organ der Österreichischen Gesellschaft wurde. Zur gleichen Zeit fand in Berlin der erste gemeinsame Kongreß für Laboratoriumsmedizin statt. Auf diesem Kongreß wurde der Beschluß gefasst, in zweijährigen Abständen die Tagungen abwechselnd in Österreich und in Deutschland zu veranstalten und auch die Schweizer Kollegen einzuladen. Die Kontakte, die damals in Berlin geknüpft wurden, entwickelten sich zu einer engen, erfolgreichen Zusammenarbeit beider Fachgesellschaften.

Die erfolgreiche Zusammenarbeit der beiden Fachgesellschaften

Der erste gemeinsame Kongreß in Österreich war die einwöchige Fortbildungstagung für Laboratoriumsmedizin 1978 in Obergurgl. Zur gleichen Zeit angestrebte Kontakte mit den Schweizer Kollegen, unter der Führung von Dr. Aebischer und Dr. Viollier, haben sich in der Zukunft leider nicht zu denselben Verbindungen wie mit den deutschen Laborärzten entwickelt. Am 15. März 1978 stellte die österreichische Fachgesellschaft auch den Antrag um Aufnahme in die WASP. Auf der wissenschaftlichen Fortbildungstagung in Obergurgl am 15. April 1978 wurde von einer außerordentlichen Mitgliederversammlung der Gesellschaft der einstimmige Beschluß gefaßt, den Namen der Fachgesellschaft in "Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin" abzuändern. Diese Änderung wurde am 28. April 1978 mit dem Bescheid der Sicherheitsdirektion Wien Nr. I-SD/417 VB/78 wirksam. Und seit diesem Zeitpunkt trägt die Fachgesellschaft die international übliche Bezeichnung "Laboratoriumsmedizin".

Das erste Ordinariat für Labordiagnostik in Österreich

Im selben Jahr 1978 bekam Prof. Dr. Franz Gabl ein eigenes Institut für klinische Chemie und Labordiagnostik, und damit besaßen die Laborärzte nun auch in Österreich ein Ordinariat ihres Faches. Prof. Dr. Franz Gabl wurde für seine wissenschaftliche Tätigkeit und seinen Einsatz für die Fachgesellschaft anlässlich seines 60. Geburtstages im Jahre 1981 die Ehrenmitgliedschaft der Fachgesellschaft verliehen. Im gleichen Jahr wurde auch Med. Rat Dr. Friedrich Urban, der langjährige Obmann der Wiener Fachgruppe, mit der Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet. 1981 und 1982 beteiligte sich die Fachgesellschaft an den Symposien von Prof. Dr. Barolin in Zürs mit wechselndem Erfolg. 1983 fand, gemeinsam mit den deutschen Kollegen und der Österreichischen Gesellschaft für klinische Chemie, mit der in Österreich immer ein sehr gutes Einvernehmen bestand, der große Kongreß für Laboratoriumsmedizin im Kongreßzentrum der Wiener Hofburg statt. Ein Begrüßungsabend im Ephesusmuseum brachte allen Teilnehmern unvergeßliche Erinnerungen. Die Laboratoriumsmedizin hatte im letzten Jahrzehnt eine außerordentlich stürmische Entwicklung mit einem starken Trend zur Automatisierung durchgemacht. Das Leitthema des Kongresses war daher, wieder den Menschen in den Mittelpunkt aller diagnostischen Bemühungen zu stellen und der Technik in der Medizin den richtigen Platz zuzuweisen.

Die Ausbildungsordnung ist fertig und neue Präsidenten führen die Fachgesellschaft in die Zukunft

1985 brachte endlich den Abschluß der Verhandlungen um die Ausbildungsordnung, und Dr. Lackner, der bis zu diesem Zeitpunkt die Gesellschaft als Präsident geführt hatte, trat, nachdem er seine Aufgabe, eine Facharztausbildung durchzusetzen und zu verhandeln, erfüllt hatte, als Präsident zurück. Ihm folgte, nach einer Neuwahl am Van Swieten Kongreß im Oktober 1985, Herr Prim. Dr. Hohenwallner aus Linz, der gemeinsam mit Dr. Sommer die Qualitätssicherung der Laborbefunde in Oberösterreich seit vielen Jahren organisierte. Unter der Präsidentschaft Dr. Hohenwallners wurde versucht, die Jahrestagung auch an anderen Orten Österreichs abzuhalten und vom Van Swieten Kongreß zu lösen. Diesem Trend folgend fand auch die 5. wissenschaftliche Fortbildungstagung für Laboratoriumsmedizin nicht mehr in Obergurgl, sondern gemeinsam mit türkischen Kollegen in Kusadasi, im Tusan Hotel und im kleinen Theater der antiken Stadt Ephesos, statt. Das Hauptthema waren die Parasitosen und Infektionskrankheiten der wärmeren Regionen. 1986 verlieh die Fachgesellschaft OMR Dr. Hans Georg Klein für seine langjährigen Verdienste um die Kontakte zwischen der

deutschen und österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin die Ehrenmitgliedschaft. Die deutsche Gesellschaft hatte schon 1981 durch Verleihung der Ernst Fromm-Medaille seine Verdienste um beide Fachgesellschaften gewürdigt. Während der Präsidentschaft von Prim. Dr. Hohenwallner wurden die wissenschaftlichen Veranstaltungen weiter intensiviert. Der neue Finanzreferent Dr. Wider konnte auch die Finanzen der Fachgesellschaft durch Herausnahme des Abonnementpreises für die Zeitschrift Laboratoriumsmedizin aus dem Mitgliedsbeitrag weitgehend verbessern. Auf der Jahrestagung im Juni 1988 in Bad Ischl wurde der Vorstand des Zentrallaboratoriums im Wilhelminenspitales der Stadt Wien, Prim. Prof. Dr. Peter Michael Bayer, zum neuen Präsidenten gewählt. Er und seine Mitarbeiter wurden gleich von Anfang an mit vielen schwierigen standespolitischen Problemen konfrontiert. Es gelang ihnen aber, die Stellung des Laborfacharztes in Österreich weiter zu konsolidieren und alle Kollegen wünschen ihm und seinem Team viel Erfolg.

Anschrift des Verfassers:

Med.-Rat Dr. H. Lackner
Humboldtgassee 20, A-1100 Wien

15. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie

Beim 15. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, das vom 26. bis 29. April 1989 wie immer in der abgeordneten, die Kommunikation fördernden Atmosphäre der Reissburg stattfand, konnten erstmals Teilnehmer aus der DDR, aus Berlin und Jena, begrüßt werden.

Überschattet war die Tagung durch ein tragisches Ereignis. Frau Prof. Dr. Hanne-Lene Müller (Oberwil), die über die Serodiagnostik opportunistischer Mykosen sprechen wollte und es übernommen hatte, für den verhinderten J. Müller (Freiburg) auch über die Erregerdiagnostik zu sprechen, brach nach den einleitenden Worten bewußtlos zusammen und mußte in die nahegelegene Günstzburger Klinik eingeliefert werden. Sie verstarb am 1. Mai.

Der erste Halbtage war dem Thema **Virushepatitis** gewidmet. J. Eisenburg (München) stellte aus klinischer Sicht das Syndrom der chronischen Hepatitis dar, unter dem er ein histomorphologisch definiertes charakteristisches nekroinflammatorisches Reaktionssubstrat der Leber auf ätiologisch heterogene endogene oder exogene Noxen verstand. Etwa 40-50 % der chronischen Hepatitiden sind virusassoziiert. Demgegenüber steht die autoimmune chronische Hepatitis, die beim weiblichen Geschlecht bevorzugt auftritt, mit positivem ASM, ANA oder LE-Test einhergeht, aber auch unter dem Bild eines Plasmocytoms auftreten kann. Abzugrenzen seien die Hepatitis-Tarnbilder, wie z.B. M. Wilson, Alkoholintoxikation, Antitrypsin-Mangel, Mucoviscidose, Medikamentenintoxikation. Eisenburg betonte, daß die Blindbiopsie in vielen Fällen zur Diagnose nicht ausreicht. Bei normalem Blindbiopsiefund kann sich durchaus laparoskopisch eine Zirrhose herausstellen.

Über Untersuchungen zur pathogenetischen Bedeutung zellulärer Immunvorgänge bei der Virushepatitis berichtete G.R. Pape (München). Bei der chronischen HB-Virus-Hepatitis wurden T8- Lymphocyten, die eine zytotoxische Funktion haben, im Lebergewebe vermehrt gefunden. Dabei ist die Induktion und Produktion von Lymphotoxin antigenspezifisch, während die Zytotoxizität selbst nicht antigenspezifisch ist.

In der anschließenden Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß es bei Nonrespondern durch gleichzeitige Gabe von Interleukin 2 bei der Impfung zu einer Antikörperbildung durch Ausschaltung der Monocyten kommen kann.

W. Caselmann (München) behandelt zur Zeit 20 Patienten, die an einer chronisch aktiven Hepatitis B leiden, mit der gleichzeitigen Gabe von Interferon β und γ . Trotz Negativwerten der serologischen Parameter kann es, wie er sagte, zu einer Zirrhose kommen (biochemische Kosmetik).

Der Vortrag von W. Jilg (München) befaßte sich mit neuen Methoden in der Hepatitis-B-Diagnostik, die auf dem Nachweis von HBV-DNA beruhen. Durch Hybridisierung ist es möglich, die Nachweisgrenze auf 0,3 pg HBV-DNA/ml zu senken, was etwa 10^5 Viruspartikeln entspricht. Durch die Anwendung amplifizierter kürzerer HBV-DNA-Stücke, die im Agarose-Gel laufen, läßt sich die Empfindlichkeit weiter steigern. Hier liegt die Nachweisgrenze bei 0,4 fg/ml, was 130 Viruspartikeln entspricht. Nur Anti-HBC positive Seren von chronisch Leberkranken waren auch DNA positiv.

Über eine nicht-radioaktive Methode zum Nachweis von HBV-DNA berichtete A. Gerritzen (Bonn). Digoxigenin fungiert dabei als Antigen. Unter Verwendung einer Nylonmembran beträgt die Sensitivität 0,5 pg/ml. Sie läßt sich bei der Verwendung kürzerer Fragmente noch erheblich verbessern.

Erste Erfahrungen mit der aktiven Immunisierung gegen Hepatitis A teilten G. Wiedermann (Wien) und M. Just (Basel) mit. Wiedermann verabreichte 3 Injektionen im Monatsabstand: Eine Booster-Injektion ist in einem Jahr vorgesehen. Die Nebenwirkungen waren gering. Bei 19 von 110 Patienten traten Kopfschmerzen auf. Bilirubin und Enzymwerte im Serum (GOT, GPT, gamma-GT, alkalische Phosphatase) blieben normal. Die Serumkonversion trat bei 90 % bereits nach der 1. Injektion auf, nach der 3. Gabe waren es praktisch 100 %. Die Titer waren ähnlich denen bei natürlicher Infektion. Sie waren 20 - 60 mal höher als nach passiver Immunisierung.

Wie Just mitteilte, wurden 1988 in der Schweiz 70 000 Dosen

Impfstoff verabreicht. Ganz minimale lokale Reaktionen traten unabhängig von der verabreichten Dosis auf. Allgemeinreaktionen wurden nicht beobachtet. Es wurden drei verschiedene Impfschemata angewendet: Impfungen 1. nach 0 / 1 / 2 Monaten, 2. nach 0 / 1 / 6 und 3. nach 0 / 2 / 6 Monaten. Dabei kamen niedrigere und höhere Dosierungen zur Anwendung. Der höchste Antikörpertiter wurde bei Anwendung des 3. Impfschemas mit niedriger Dosierung erreicht. Just betonte, daß das Auftreten von Antikörpern kein absoluter Beweis sei, daß diese auch protektiv wirken. Es könne sich ja auch um neutralisierende Antikörper handeln. Bisher ist nicht bekannt, wie lange die Antikörper nachweisbar sind - der Impfstoff war vor 2 Jahren noch nicht auf dem Markt -, und wie häufig eine Wiederholungsimpfung notwendig ist.

R. Seelig (Karlsruhe) berichtete (in Zusammenarbeit mit H.P. Seelig (Karlsruhe)) über den Nachweis eines Virusgenoms in Leber und Lymphocyten bei sporadischer und posttransfusio-neller Hepatitis Non-A-Non-B. Er fand diese "Hepatitis-Non-A-Non-B assoziierte Substanz" im Stuhl bei 34,0 % von Hepa-titis-Non-A-Non-B Patienten, in 7,8 % von Leberaffektionen und in 3,1 % des Routineeingangs. Besonders nach Transa-minasegipfeln war der Befund positiv.

H.F. v. Oldershausen (Friedrichshafen) bemerkte, daß Viru-spartikel nach Serokonversion noch vorhanden und Steroid-gaben daher kontraindiziert sind.

Opportunistische Mykosen waren das Thema des Nachmittages, sowie des folgenden Tages. T. Wegmann (St. Gallen) gab eine Übersicht über das uneinheitliche klinische Bild der systemischen Mykosen, von denen nach J. Müller in Deutschland ca. 36 000 jährlich auftreten und etwa 7 000 tödlich verlaufen. Er bezeichnete als neue Mykosen den M. embolicus paradoxus, bei dem es trotz hämorrhagischer Diathese zu Lungenembolien kommt, die Mycophobie, das Münchhausen-Syndrom und opportunistische Infektionen bei AIDS bes. durch *Cryptococcus neoformans* und *Histoplasma capsulatum*. Eine einheimische Systemmykose solle nur diagnostiziert werden, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschlossen sind.

Über Mykosen bei onkologischen Patienten sprach Th. Büchner (Münster) an Hand akuter Leukämien. Bei 17 Verstorbenen war am häufigsten die Lunge befallen (15), gefolgt von Gastrointestinaltrakt (12), Leber (10), Milz (8) und Gehirn (6). Als Erreger wurde 12 mal *Candida*, 4 mal *Aspergillus* und einmal *Mucor* gefunden. Eine orale Prophylaxe solle mit Antibiotica + Amphotericin B oder Nystatin erfolgen, die Therapie mit Amphotericin B und dem liquorgängigen 5-Flucytosin. Von einem Ansprechen der Behandlung kann gesprochen werden, wenn eine Entfieberung eintritt.

Für die Chemotherapie der opportunistischen Mykosen stehen, wie T. Wegmann ausführte nur drei Substanzgruppen zur Verfügung: Amphotericin B, Flucytosin und Imidazole. Amphotericin B wirkt fungistatisch, zu beachten ist jedoch seine Nephrotoxizität. Flucytosin wirkt auf die Zellwand. In den USA wurden gegen *Candida* ca. 8 % und gegen *Aspergillus* ca. 5 % primäre Flucytosin Resistenzen beobachtet. Um die Entwicklung einer sekundären Resistenz festzustellen, sollte vor und während der Behandlung die Empfindlichkeit getestet werden. Nicht geeignet für eine Systemmykose sind die Imidazole von denen es neben der Gruppe der Azole (Miconazol, Ketoconazol) die Triazole (Fluconazol, Itraconazol) gibt, die jedoch noch nicht im Handel sind. Zu empfehlen ist, wie schon von Büchner erwähnt, die Kombination von Amphotericin B und Flucytosin, wobei es zu einem Synergismus kommt. Die Resistenzentwicklung ist geringer, auch treten weniger Nebenwirkungen auf. Mit anderen Kombinationen konnten klinisch keine Erfolge erzielt werden.

Gudrun Just (Frankfurt) berichtete über Besonderheiten der antimykotischen Therapie bei HIV-Infizierten, bei denen das

Erregerspektrum von *Candida albicans* (lokal und systemisch) und *Cryptococcus neoformans* bis zur invasiven Aspergillose, Histoplasmose und Coccidioidomycose reicht. Bei *Candida albicans* handelt es sich in 95 % um Haut- und Schleimhautinfektionen. Die Behandlung erfolgt mit Ketoconazol, Itraconazol oder Fluconazol. Letzteres ist oral und i.v. anwendbar, gut resorbierbar und liquorgängig. Es hat eine Halbwertszeit von 25-35 Stunden und wird zu 60-70 % unverändert im Urin ausgeschieden. Als Nebenwirkungen werden Kopfschmerzen, Übelkeit und Magenschmerzen beobachtet. *Cryptococcus neoformans*-Infektionen mit Primärmanifestation in der Lunge und Bevorzugung (marked tropism) des ZNS werden in Europa in 1,5 - 17 % der AIDS-Erkrankungen beschrieben. Die Behandlung erfolgt initial mit Amphotericin B, Flucytosin und Fluconazol über 2-4 Wochen bis die Kultur negativ ist. Auch mit Itraconazol konnte eine Besserung und ein Negativwerden des Liquors bei der *Cryptococcus*-Meningitis erreicht werden.

Die Aspergillose hat eine niedrige Inzidenz bei AIDS. Sie wird im allgemeinen erst im fortgeschrittenen Stadium bei neutropenischen Patienten mit weniger als 20 Helferzellen beobachtet. Die Diagnose wird meist erst post mortem gestellt. In 10 beobachteten Fällen waren 9 mal die Lunge, 5 mal das Gehirn und 3 mal andere Organe befallen.

In der Diskussion wurde als Therapie der Wahl bei der oralen Candidiasis Ketoconazol genannt. Stille bevorzugt Fluconazol, da keine relevante Metabolisierung stattfindet, und es renal eliminiert wird. Er betonte, daß bei der Cryptococcose nicht Fluconazol allein gegeben werde. Die Serologie ist bei dieser Erkrankung, wie Wegmann sagte, schon positiv, bevor der Erreger gefunden wird.

Die zweite Vormittagssitzung befaßte sich mit **aktuellen Themen der Infektiologie**. J. Schmidt (Jena) berichtete über Chlamydien, den häufigsten STD-Erreger. Nach Schätzungen treten jährlich 4 Millionen Neuerkrankungen in den USA, 2-3 Millionen in Europa und 600 000 in der Bundesrepublik Deutschland auf. Von der Ch. trachomatis verursachen die Serovare A-C das Trachom, D-K Urethritis, Genitaltraktinfektionen, Eischlußkonjunktivitis (Paratrachom) und Atemwegsinfektionen, L1 - L3 das Lymphogranuloma venereum. Reservoir für die Serovare D - K ist der Genitaltrakt, bei Frauen besonders die Cervix.

Über die Labor-Diagnostik dieser obligat intrazellulären Bakterien berichtete H. Meier-Ewert (München). Als Nachweismethoden kommen in Frage 1. Zellkultur mit hoher Spezifität. Nachteil sind Transportprobleme und die Zeitdauer bis zur Diagnosestellung von 3 Tagen. 2. Antigen-Nachweis direkt auf dem Objektträger (Elisa-Methoden) mit dem Vorteil des geringeren Zeitaufwandes, aber dem Nachteil der unspezifischen Fluoreszenz, d.h. geringerer Spezifität und Sensitivität. 3. Nachweis Chlamydien-spezifischer Nukleinsäuren. Seit ca. 1 Jahr besteht die Möglichkeit der in situ-Hybridisierung mit spezifischen Sonden und dem RNA-Nachweis. Dem geringeren Zeitaufwand und der Möglichkeit der Automatisierung stehen die Kit- und die Apparate-Abhängigkeit gegenüber. Erfordernisse für die aufgeführten Untersuchungen sind die Anwendung der richtigen Technik bei der Probenentnahme (Zellen!), der richtige Transport und eine interne Qualitätskontrolle. Außerdem darf bei der Zellkultur keine antibiotische Therapie vorausgegangen sein. Die Anwendung serologischer Methoden zum Nachweis von Antikörpern, z.B. mit dem indirekten Immunfluoreszenztest oder der Elisatechnik, hat den Nachteil der hohen Durchseuchung. Titeranstiege sind nur selten erfaßbar. Auch ist die Immunantwort je nach Infektionsstelle unterschiedlich. In der Diskussion kam zur Sprache, daß die Infektion keine Immunität hinterläßt. Beim IFT sei die Möglichkeit des falsch positiven Resultates höher, beim Elisa die des falsch negativen. Eine weitere Möglichkeit ist der Nachweis von IgA im Fluor.

Für erforderlich gehalten wird eine Untersuchung der Schwan-

geren und eine Erythromycin Behandlung kurz vor dem Geburtstermin, dagegen nicht eine Neugeborenenprophylaxe.

G. Krüger (Köln) befaßte sich mit dem Herpes-Virus Typ 6. Es wurde 1986 in Bethesda entdeckt. Infiziert werden können T-Lymphocyten, aber auch B-Lymphocyten, wenn diese vorher mit Eppstein-Barr-Virus infiziert waren. Die durchschnittliche Durchseuchung beträgt für HHV6 etwa 60 %, liegt in München aber höher, für EBV beträgt sie 95 %. Bei 84 % der Infizierten treten keine Symptome auf, in 14 % kommt es zu Mononukleose-ähnlichen Krankheitserscheinungen, in 2 % treten Abdominalsymptome auf. Die Reaktivierungsrate von HV6, wie von EBV bei HIV-positiven Patienten ist abhängig von der T4/T8-Ratio:

T4/T8-Ratio	EBV-	HV6- (Reaktivierung)
0,68	20 %	25,0 %
0,56	45 %	44,4 %
0,19	68 %	81,5 %

Klinisch ist es nicht unterscheidbar, ob es sich um eine HV6 oder eine EBV-Infektion handelt. Die Wahrscheinlichkeit spricht eher für EBV. 12 % der Erkrankungen an infektiöser Mononukleose können jedoch eine HV6-Infektion darstellen. Eine latente HV6-Infektion äußert sich bei Reaktionsbereitschaft bis zum 5. Lebensjahr als Exanthema subitum, bis zum 20. Lebensjahr grippeartig oder als infektiöse Mononukleose, bis zum 60. Lebensjahr als chronisches Müdigkeitssyndrom, unter dem Bild der Autoimmunphänomene oder als Lymphoproliferation (in wenigen Fällen kann ein malignes Lymphom vom B-Zell-Typ entstehen). Zur Therapie bei der Lymphoproliferation kommt Interferon α_2 in Frage.

Ambros (Wien) ergänzte, daß die Ausscheidung des Virus über die Speicheldrüse erfolgt, und daß infektiöses Virus aus dem Speichel isoliert werden konnte.

Parvo-Virus-Infektionen beim Tier waren das Thema des Vortrages von W. Eichhorn (München). Parvoviren bei Katze, Schwein und Hund sind streng wirtsspezifisch. Berichte über eine Infektion des Menschen liegen nicht vor.

Über Parvovirusinfektionen beim Menschen berichtete Gundula Jäger (München). Tierische Parvoviren konnten bei Menschen ohne Erkrankung isoliert werden. Sie wurden durch Entenfleisch aufgenommen. 1974 wurde das humane Parvovirus B19 entdeckt, 20 nm groß, eine einzelsträngige DNA mit zwei Strukturproteinen. Es wächst nicht in der Gewebekultur. Die Replikation erfolgt in erythroiden Knochenmarkzellen. Es ist weltweit verbreitet und von hoher Prävalenz. Eine saisonale Häufung findet sich zwischen November und Juni, die Durchseuchung liegt bei 60-80 %. Altersmäßig findet sich eine Häufung zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, Frauen sind in diesem Alter häufiger betroffen. 6-12 Tage nach der Inoculation kommt es zu einer Virämie, ein IgM-Anstieg findet sich nach 8-10 und IgG nach 10-12 Tagen. Die Inkubationszeit beträgt 3 - 17 Tage. Die Übertragung erfolgt durch Blut und Plasmapräparate. Bei der Untersuchung von 20 000 Konserven wurde 2 x vermehrfähiges Virus gefunden. Klinisch kommt es zum Erythema infectiosum (36,6 %), zu einem atypischen Exanthem (17,8 %) oder zur aplastischen Krise (transitorische oder chronische Aplasie), selten zu Vaskulitiden oder anderen Krankheitserscheinungen. Die fetale Infektion bei der Schwangerschaft führt zum Hydrops. 7,5 % der Fälle verlaufen asymptomatisch.

Bei 42 in der Schwangerschaft beobachteten Fällen kam es 25 mal (60 %) zu einem Exanthem, 15 (35,7 %) verliefen asymptomatisch. Keine Komplikationen fanden sich in 29 Fällen (69 %), 10 mal kam es zu einem Hydrops fetalis und in 3 Fällen wurde eine Interruptio durchgeführt. Bei Infektionsverdacht sollte eine IgM- und IgG-Bestimmung erfolgen und wöchentliche Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden.

den. Weiterhin sollte eine -Fetoprotein- Bestimmung und ggf. eine intrauterine Austauschtransfusion erfolgen. Bei Rötelnverdacht ist differentialdiagnostisch eine HPV B19-Infektion auszuschließen.

G. Frösner (München) befaßte sich mit Methodik und diagnostischer Bedeutung der Polymerase-Chain-Reaction (PCR). Von 630 HIV-negativen Homosexuellen hatten 40 % 6 - 30 Monate vor der Serokonversion Banden im Westernblot. 5 - 10 % der Infizierten werden durch den HIV-Suchtest nicht erfaßt.

Frösner beschrieb im einzelnen die Methodik des HIV-Nachweises mit der PCR unter Verwendung der Taq-DNA-Polymerase, deren Vorteile die Hitzestabilität bis 95° C und das Temperaturoptimum bei 70° C sind. Die Reaktion ist hochspezifisch. Zu falsch positiven Reaktionen kommt es nur durch Kontamination. Ein negativer Befund schließt eine Infektion nicht mit letzter Sicherheit aus. Doppelinfektionen mit HIV 1 und HIV 2 konnten nachgewiesen werden.

G. Peters und Mitarbeiter (Köln) berichteten über chronische, Polymerase-assoziierte Infektionen durch St. epidermidis. Bei diesen "Plastikinfektionen" bildet sich auf der Polyäthylenoberfläche von Kathetern u.a. eine Schleimsubstanz, die die Staphylokokken einhüllen. Es kommt zu einem Oberflächenwachstum in der Schleimsubstanz und das Ganze fungiert als Focus. Antibiotica und Abwehrmechanismen sind hier nicht wirksam. Assoziierte Erkrankungen sind Septikämie, Peritonitis und Ventriculitis. Assoziierte "chronische Entzündungs- bzw. Gewebsreaktionen" sind die aseptische Hüftprothesenlockerung und das Kapsel-fibrosesyndrom bei Silikonprothesen. 1/2 - 5 Jahre nach dem Eingriff treten Spannungsschmerzen und ein Tennisballphänomen auf. Es ist ca. jede 4-5. Frau betroffen. Bei 87 % der Silikonprothesen wurden koagulasenegative Staphylokokken gefunden. Fast immer handelte es sich um St. epidermidis. In Gewebekapsel und Prothese waren die Klone identisch. Weiterhin ist das "toxic lens syndrome" bei Kunststofflinsen mit Früh- und vor allem Spätform zu erwähnen. Hypothetisch stellt man sich vor, daß die Infektion intraoperativ erfolgt, und daß es zu einer irreversiblen Adhäsion der Keime bei Bildung einer extrazellulären Schleimsubstanz kommt. Wichtigste Protektion ist die Verringerung der Operationsdauer.

Den Einzelfall einer tuberkuloiden Lepra bei einer 77-jährigen Missionsschwester, die von 1971 - 74 in einer Leprastation in Papua tätig war und bei der 2 Jahre bis zur Stellung der Diagnose vergingen, stellte G. Hartmann(Hamburg) vor.

E. Vanek (Ulm) hält die FSME-Endemiegebiete, die in die zur Zeit zirkulierenden Karten der Firma Immuno eingezeichnet sind, für zu ausgedehnt. Dies betrifft besonders die Region Ulm. Hier waren von 1249 Waldarbeitern und Forstbediensteten 15 seropositiv. Von diesen waren 11 geimpft. Die restlichen 4 (= 0,32 %) haben in Endemiegebieten oder in der DDR gearbeitet. Sie stehen einer allgemeinen Durchseuchung von 3,3-4,6 % in Süddeutschland allgemein und von bis zu 10 % in Endemiegebieten gegenüber. Die Karten sollten nach seiner Ansicht zurückgezogen werden. Impfungen sollten nur bei Indikation erfolgen. Bei der Diskussion wurde auch Salzburg, obwohl auf der Karte als Endemiegebiet ausgewiesen, als FSME- frei erklärt.

Über die Zeckenborreliose in Norddeutschland berichtete H. Horst (Lüneburg). Pro Jahr komme 1 Erkrankung auf 1 - 2 000 Einwohner, was etwa 30 - 60 000 Erkrankungen ausmache. Dies bedeute, daß im Laufe des Lebens ca. 3-4 % der Bevölkerung erkranken.

R. Ackermann (Köln) befasste sich mit der Differentialdiagnose von multipler Sklerose und tertiärer Neuroborreliose, die

wichtig ist, da es bei letzterer eine spezifische Therapie gibt. Neben der Polyneuritis und einer latenten Form gibt es die progressive Borrelia-Encephalomyelitis (PBE), die Ähnlichkeit mit der Multiplen Sklerose aufweist. Den Ähnlichkeiten - chronisch progredienter Verlauf in Schüben, para-tetraspastische Paresen, Ataxie, Sehstörungen, leichte Allgemeinveränderungen im EEG - stellte er die Unterschiede gegenüber:

	PBE	MS
Flüchtige Schübe	ungewöhnlich	nicht selten
Hörstörungen	häufig	extrem selten
Psychosen	möglich	extrem selten
NMR	größere Einzelherde	kleinere Herde
Liquor-Zellen	> 35/μl	< 35/μl
Schrankenstörung	häufig (Eiweiß erhöht)	allenfalls gering
Autochthone Antikörper	+	0

Die Antikörper im Liquor sind pro Gewichtseinheit IgG höher als im Serum.

Der Nachmittag war der Mitgliederversammlung mit der Neuwahl des Vorstandes vorbehalten.

W. Hauck, Karlsruhe

Am letzten Tag berichtete H.-Ph. Pöhn (Mitarbeit R. Grossmann, Berlin) über die aktuelle epidemiologische Situation bei Infektionskrankheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Der Trend der Infektionskrankheiten war 1988 ansteigend, besonders waren Enteritis infectiosa, Virus-Meningoenzephalitis sowie Einschleppungen von Malaria deutlich häufiger als in den Vorjahren gemeldet worden. Tuberkulose und Virushepatitis gingen demgegenüber zurück. Anschließend trug E. Klein (Berlin) über Einschleppungen von Denguefieber aus mediterranen und subtropischen Gebieten vor. Solche Erkrankungen werden oft nicht ätiologisch erkannt, sondern als Arzneimittalexanthem angesehen. Da es keine kausale Therapie gibt und eine Erregerdiagnose infolgedessen keine therapeutischen Konsequenzen hat, wird die Notwendigkeit von Untersuchungen auf Denguefieber nicht für wesentlich gehalten.

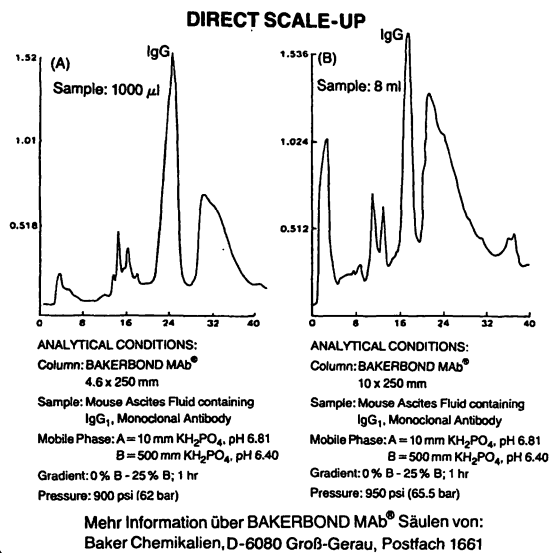
J. Pilaski (Düsseldorf) berichtete über die Epidemiologie des haemorrhagischen Fiebers mit renalem Syndrom in Deutschland. Wirt ist die Röteldmaus, Infektionen beim Menschen werden besonders in der Schwäbischen Alb beobachtet. G. Diridl (Wien) befaßte sich mit der Einschleppung von Rickettsiosen, insbesondere des Tsutsugamushfiebers. Die Differentialdiagnose zu anderen fieberhaften Erkrankungen ist schwierig, die Erkrankungen heilen spontan aus. Man muß jedoch an diese Krankheiten denken. Als Komplikationen sind Vaskulitiden möglich.

T. Weinke (Mitarbeit B. F. Jänicke und K. Janitschke, Berlin) stellte die klinische Bedeutung der Isoenzymuntersuchung bei Entamoeba histolytica dar. Die Häufigkeit der E. histolytica Infektionen beträgt weltweit 10%. Für die Pathogenese bedeutsam ist der Übergang in die invasive Form, die aufgrund einer Enzymwirkung zustandekommt. Es handelt sich dabei um genotypisch stabile Marker, die Enzymbildung ist deshalb stammeigentlich. M. Brommer (Mitarbeit E. Stöckle) schilderte eine Trichinose-Kleinpepidemie, die Anfang 1989 von einem aus Jugoslawien mitgebrachten Schinken ausgegangen war. Todesfälle wurden nicht beobachtet.

Fortschritte in der Immundiagnostik der Echinokokkose stell-

Monoklonale Antikörper J.T.Baker einstufig, chromatographisch reinigen auf BAKERBOND MAb® HPLC-Säulen

Abtrennung des IgG₁ aus Ascites-Flüssigkeit der Maus auf der analytischen (A) und der präparativen (B) BAKERBOND MAb® HPLC-Säule



te Th. Löscher (München) dar. Dabei wurde ein Gelddiffusionstest mit monoklonalen Antikörpern verwendet, der im Prinzip dem Westernblot entspricht. Da der Fuchs Endwirt von Echinokokken ist, muß in der Bundesrepublik mit Echinokokkose gerechnet werden.

Frau R. Baumgarten (Berlin, Prenzlauer Berg) berichtete über die aktuelle AIDS-Situation in der DDR. 69 AIDS-Fälle sind berichtet, meist Homosexuelle, jedoch keine Drogenabhängigen. In der DDR gibt es unter Ausländern über 100 HIV-Infizierte, darunter 5 x HIV-2. Mit Problemen der AIDS-Kontrollprogramme in Afrika beschäftigte sich F. v. Sonnenburg (München). In den Hauptverbreitungsgebieten von AIDS in Afrika sind über 40% der Schwangeren HIV-infiziert, die Infektionsrate im Bevölkerungsdurchschnitt beträgt 5-25%. Eine Gleichgewichtsprävalenz - ähnlich der HB-Marker Prävalenz in der heutigen Bevölkerung - wird in etwa 75-100 Jahren erwartet. Die Zuwachsrate der AIDS-Infektionen liegt z.Z. bei etwa 3%, bei Kindern unter 15 Jahren bis 15%.

W. Scherer (Mitarbeit T. Weinke, Berlin) berichtete über disseminierte Strongyloidiasis bei AIDS-Kranken. Dabei handelt es sich um ein Superinfektionssyndrom bei Immungeschwächten. Zur Therapie ist Thiabendazol geeignet. Zum Abschluß schilderte P. Schomerus (München) eine eitrige einschmelzende Muskelentzündung (Pyomyositis) bei einem AIDS-Kranken durch Staphylococcus aureus und D. Eichenlaub (München) eine Skabies norwegica (Borken-Krätze) bei einem AIDS-Kranken, bei der es zu typischen Hyperkeratosen kam.

H.-Ph. Pöhn, Bad Nauheim.

Delegiertenkonferenz der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Am 15. April 1989 fand in Frankfurt/Main eine Delegiertenkonferenz der AWMF statt, zu der der Vorsitzende Prof. Vosteen als Gäste Prof. Steinbach vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und Dr. Brauer, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, begrüßen konnte.

Auf der Tagesordnung stand u.a. die Weiterbildungsordnung. Aufgrund von Gesprächen zwischen dem AWMF-Präsidium und Dr. Vilmar, Prof. Sewering und Dr. Brauer ergab sich, daß der Vorstand der BÄK von den letztgenannten Herren ersucht wird, eine von der AWMF vorgeschlagene Persönlichkeit in den ständigen Ausschuß Weiterbildung zu berufen. Prof. Vosteen wurde für diese Funktion nominiert.

Zum Punkt EG und Arztausbildung berichtete Prof. Steinbach vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, daß innerhalb der EG festgelegt wurde, die Ausbildung zum (Primär-)Arzt nicht über 8 Jahre auszudehnen. Die Diskussion um die Novellierung ergab, daß man weder mit der alten, noch mit einer großartig reformierten Approbationsordnung Studenten optimal ausbilden kann, wenn die Zahl der Studenten so groß bleibt, wie sie zur Zeit ist. In der Approbationsordnung soll die Mußvorschrift für den Kleingruppen-Unterricht (8 Studenten bei Demonstrationen und 2 bei Untersuchungen) verankert werden.

Die EG-Richtlinie verlangt, daß für die Zulassung zum sozialen Gesundheitssystem, das heisst zum Kassenarzt, eine mindestens 3-jährige Qualifikation nach dem 5-jährigen Studium erforderlich ist.

Prof. Kemper wies in der Diskussion darauf hin, daß das zentrale Problem nach wie vor die hohe Zahl von Studienanfängern sei. Erst wenn diese auf ca. 6.000 pro Jahr reduziert wird, sei eine deutliche Verbesserung der Studiensituation möglich.

Prof. Bochnik erläuterte die geforderte Einrichtung einer ständigen Kommission für die Kompetenzbedarfsforschung, in der über Inhalte und Formen des Studiums anhand der geforderten Qualifikationskriterien diskutiert werden könnten. Folgende von ihm vorgeschlagene Resolution wurde von der Delegiertenkonferenz beschlossen:

"Die AWMF fordert die Einrichtung eines ständigen Ausschusses über "Kompetenzbedarfsforschung" mit dem Ziel, die Herausbildung von Wissen, Können, Erfahrung und spezifischem Verhalten an die wachsenden Anforderungen und Möglichkeiten in der Medizinischen Ausbildung anzupassen".

Zu den Vorschlägen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung wurde auf Vorschlag von Prof. Vosteen nachstehende Resolution, die auch an alle zuständigen Länderministerien geschickt und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden soll, einstimmig verabschiedet:

"Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat Überlegungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung über die Anpassung an die EG-Richtlinie für Allgemeinmedizin mit Besorgnis zur Kenntnis genommen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ersucht deshalb die zuständigen Ministerien des Bundes und der Länder dringend, diese Gedanken erst dann wieder aufzugreifen, wenn sie eingehend auch mit den Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Bezug auf ihre Konsequenzen für die

Qualität der ärztlichen Versorgung und für die Durchführbarkeit von Aus- und Weiterbildung diskutiert worden sind".

Über die Arbeit der AWMF-Kommission Regierungsprogramm Forschung und Entwicklung berichtete Prof. Heuck. Dabei haben sich auch in Gesprächen mit den BMFT folgende Forschungsschwerpunkte herauskristallisiert:

1. Organ- und Gewebersatz
2. Prothetik
3. Gerontopsychiatrie
4. Immunologie
5. Osteologie und Gerontologie
6. Robotik
7. Aufbau von Forschungsnetzen in der Medizin
8. Kompetenzbedarfsforschung für die Ausbildung im Pflegedienst.

Auf die Einrichtung von Studiengängen in Public Health in Berlin, Hannover, Bochum, Bielefeld, München und Düsseldorf wies Prof. Vosteen hin. Es handelt sich dabei um eine Spezialisierung für Ärzte, das auch als Qualifikation zur Mitwirkung in Internationalen Organisationen wie WHO und UNESCO notwendig ist

Über die Ergebnisse einer Pilotstudie zu einem epidemiologischen Krebsregister in Baden-Württemberg berichtete Prof. Selbmann. Wichtig dabei ist das Spannungsverhältnis zwischen den Anforderungen der Epidemiologie und den Interessen der Patienten und Ärzte am Schutz ihrer Daten konsensfähig zu lösen. Von den drei in der Bundesrepublik diskutierten Meldemodellen, dem Melderechtsmodell, dem Einwilligungsmodell und dem sogenannten Verschlüsselungsmodell wurde das letztere bei der Studie in Baden-Württemberg erprobt. Es ergab sich u.a., daß das vollständige Geburtsdatum, das Geschlecht und die Anfangsbuchstaben von Vor- und Nachnamen zur Patientenidentifikation ausreicht.

Ein weiterer Tagungspunkt befaßte sich mit der Qualitätssicherung. Die Pflicht zur Beteiligung aller Ärzte an den von den Ärztekammern eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen hat der Deutsche Ärztetag 1988 in die Musterberufungsordnung aufgenommen. Auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in seinem Jahresgutachten mit diesem Thema ausführlich befaßt. Hauptaussage des Gutachtens ist, daß die Qualitätssicherung des ärztlichen Sachverständnisses bedarf und in erster Linie von den Ärzten selbst betrieben werden muss. Weitere Aussagen betreffen die Einbettung der Methodik der Qualitätssicherung in die Aus-, Weiter- und Fortbildung und die Einrichtung eines Instituts zur Förderung der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung. Eine Dokumentation, in der die bisher erfolgten Aktivitäten der Mitgliedsgesellschaften erfaßt werden sollen, wird für notwendig gehalten. Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik, die seit 1979 über eine Arbeitsgruppe für Qualitätssicherung verfügt, hat sich angeboten, bei der Erstellung einer strukturierten Dokumentation die Federführung für eine Redaktionsgruppe zu übernehmen.

Als Termin für die nächste Delegiertenkonferenz wurde der 11. November 1989 vorgesehen.

W.H.

“Gruppenprofile” unzulässig!

Über die Problematik von “Gruppenprofilen” haben wir in unseren Ausgaben Lab.med. 11, Nr. 5, BDL 34 (1987) sowie in Lab.med. 12, Nr. 4, BDL 34 (1988) ausführlich berichtet. Damals waren die Berufsgerichte für Heilberufe gefordert, die berufsrechtliche Unvereinbarkeit des Angebotes von Gruppenprofilen zu bewerten.

Unabhängig von der subjektiven Verschuldenslage hatte das Bayerische Landesberufsgericht die Tatbestandsmäßigkeit der “Gruppenprofile” als Verstoß gegen § 18 BO festgestellt. Nunmehr liegt aktuell auf Grundlage eines Beschlusses des Bundesgerichtshofes eine Verpflichtungserklärung von Dr. med. B. Schottdorf, Augsburg, vor, die zukünftige Angebote von Gruppenprofilen/Koppelgeschäften ausschließt.

Die meisten Leser unserer Zeitschrift wissen aus eigener Erfahrung, daß Arbeits- und Funktionsweise von Laborgemeinschaften unter berufsrechtlicher, kassenarztrechtlicher und wettbewerbsrechtlicher Fragestellung zunehmend kritischer zu bewerten sind. Die Fülle rechtlicher Fragen korrespondiert mit dem zunehmenden betriebswirtschaftlichen Druck, dem sich auf dem Gebiet der labormedizinischen Leistungserbringung gerade auch Laborgemeinschaften ausgesetzt sehen.

Der Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V. hat in der Vergangenheit und aktuell diejenigen Bemühungen unterstützt und vorangetrieben, die grundlegend die Erbringungskriterien auf dem Gebiet der Laboratoriumsmedizin auf Grundlage der ärztlichen Berufsordnungen, der kassenarztrechtlichen Vorschriften sowie der übrigen einschlägigen Rechtsnormen klären und konsolidieren sollten.

Besondere Erwähnung verdient ein nunmehr seit mehreren Jahren anhängig gewesener Rechtsstreit bayerischer Laborärzte gegen Dr. med. B. Schottdorf, Augsburg, in dem sich dieser letztinstanzlich im wesentlichen verpflichtete,

- es bei Meidung einer für jeden künftigen Einzelfall der Zuwiderhandlung von dieser festzusetzenden, im Streitfall vom zuständigen Landgericht auf Angemessenheit hin zu überprüfenden Vertragsstrafe zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr zu Zwecken des Wettbewerbs sogenannte Gruppenprofile anzubieten, zu bewerten oder zu erbringen und/oder anzubieten, bewerben oder erbringen zu lassen, wenn diese dadurch gekennzeichnet sind,

- daß in Bezug auf eine Probe, die von Mitgliedern einer ärztlichen Laborgemeinschaft an das Gemeinschaftslabor zur Bearbeitung übermittelt wurde, auch Analyseleistungen durch die laborärztliche Spezialpraxis Dr. Schottdorf erbracht werden,

- und die Koppelung der Einsendung der Probe ins Gemeinschaftslabor mit der Überweisung eines Spezialauftrages zu einer Ermäßigung der Gebühren der ärztlichen Laborgemeinschaft gegenüber dem einsendenden Laborgemeinschaftsmitglied führt, d. h. die Laborgemeinschaft für ihre Leistung dann eine niedrigere Gebühr verlangt als sie verlangen würde, wenn der Einsender nur die Leistung der Laborgemeinschaft bestellt hätte.

Der Inhalt dieser Verpflichtungserklärung beschreibt konkret die berufsrechtliche (§ 18 MU-BO) und wettbewerbsrechtliche Unzulässigkeit der damals aus Konkurrenzgründen praktizier-

ten “Gruppenprofile”. Die Beeinträchtigung gerade im süddeutschen Raum durch die massive Propagierung der Gruppenprofile durch Dr. Schottdorf zwang dazu, das Problem einer höchstrichterlichen Klärung zuzuführen. Es ist erfreulich, daß die auch vom Berufsverband Deutscher Laborärzte vertretene Rechtsauffassung insoweit Bestätigung gefunden hat.

Der Beschluß des Bundesgerichtshofes wird darüber hinaus prägenden Charakter für die zukünftigen Situation der Laborgemeinschaften und deren Zusammenarbeit mit Laborärzten haben. Der Gang der Verhandlung beim Bundesgerichtshof zeigte, daß es nicht ausgeschlossen ist, die rabattrechtliche Problematik der Funktionsweise von Laborgemeinschaften auch ohne den Sachverhalt eines “Koppelgeschäftes” klären zu lassen. Zu viele Anzeichen deuten darauf hin, daß nach der gegenwärtigen Erscheinungsform übergroßer Laborgemeinschaften die dort tätigen Laborgemeinschaftler als Endverbraucher im Sinne des Rabattgesetzes anzusehen sind. Inwieweit hiermit das Rabattgesetz Grundlage bietet, die unveränderte Mengenausweitung auf dem Gebiet der Laboratoriumsmedizin zu beenden, wird ggf. zur endgültigen Klärung einem gesonderten Rechtsstreit vorbehalten bleiben müssen.

Erneut muß jedoch festgestellt werden, daß unverändert bei Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts aus Sicht des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte e. V. keine ausreichende Bereitschaft angetroffen wird, dort vorgetragene konkrete Beispiele für rechtsbedenkliche Arbeitsweisen von Laborgemeinschaften aktiv aufzugreifen, zu überprüfen und ggf. zu korrigieren.

Es muß als unverändert fatal angesehen werden, wenn die Handlungsautonomie der ärztlichen Selbstverwaltung offenbar schnell dort ihre Grenzen findet, wo wirtschaftliche Interessen vermeintlicher oder tatsächlicher Mehrheiten beeinträchtigt werden könnten. Um so mehr Gewicht fällt zunehmend den freien ärztlichen Verbänden zur Wahrnehmung einer mittelbaren “Rechtsaufsicht” zu. Auch wenn dies bedauerlicherweise oftmals nur durch Inanspruchnahme ordentlicher Gerichte möglich ist.

H. Reineck, Rechtsanwalt
Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V.
Witzelstraße 63, 4000 Düsseldorf 1.

Sediplast® Blutsenkung

NEU nach Westergreen mit mehr Sicherheit



- besonders wirtschaftlich
- p.p. nur 39,50 DM + MwSt.
- mit automatischer Nullpunkteinstellung
- mit Sicherheitskappe
- auch fertig mit Na Citrat gefüllt

Info: **servoprax® GmbH**
4230 Wesel

Mitteilungen

Kongreß für Laboratoriumsmedizin 1991

Nach Beschluß des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin findet der nächste Kongreß Ende Mai 1991 wiederum in der Messe in Frankfurt am Main statt. Das Präsidium stützt sich dabei auf das Ergebnis von Meinungserkundungen, bei der sich die überwiegende Mehrheit für die Fortsetzung des alle zwei Jahre stattfindenden Kongresses in Frankfurt aussprach. Mit der Leitung des Kongresses für Laboratoriumsmedizin 1991 wurde Prof. Dr. H. Trobisch, Duisburg, beauftragt.

Neues Präsidium der WASP

Auf dem XV World Congress of Pathology im Mai 1989 in Florenz wurde für die Periode 1989 - 1990 das Präsidium der "World Association of Societies of Pathology" (WASP) in folgender Zusammensetzung gewählt:

President:	Tyra T. Hutchens, M. D., Portland, Oregon (USA)
Vice President:	Prof. Peter B. Herdson, Riyach, (Saudi-Arabien)
Secretary General:	Prof. Tadashi Kawai, Tochigi (Japan)
Treasurer:	William F. Mahoney, M. D., Chicago, Illinois (USA)
Past President:	Dr. med. Hermann Lommel, Leverkusen (Bundesrepublik Deutschland)

Von den verschiedenen Komitees und Sekretariaten deren Betreuung bestimmte Mitgliedsgesellschaften übernommen haben, sind für das SEQUA (Secretariat on Quality Assurance) die drei deutschen Gesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin e. V.

Institut für Standardisierung und Dokumentation im medizinischen Laboratorium e. V.

Berufsverband Deutscher Laborärzte e. V.

verantwortlich. Coordinating Chairman ist Prof. H. Reinauer, Co-Chairman ist Dr. A. von Klein-Wisenberg.

Aufgabenverteilung im KBV-Vorstand

Im Vorstand der Kassenärztliche Bundesvereinigung erfolgte eine Aufgabenverteilung der berufspolitischen Bereiche. Danach ergaben sich folgende Schwerpunkte: Dr. Ulrich Oesingmann, Vorstandsvorsitzender: allgemeine Berufspolitik und Kontakte zu Ministerien, Parteien und Bundestag. Dr. Otfried P. Schaefer, Zweiter Vorsitzender des KBV-Vorstandes: Bundesmantelverträge, Labor, EDV-Fragen und Gesundheitsuntersuchung. Professor Dr. Dr. Siegfried Borelli: Großgeräte, Bedarfsplanung, Rehabilitation, Heilmittel; Dr. Norbert Tautz: Honorarpolitik, Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Psychotherapie; Dr. Klaus Voelker: Ersatzkassen ("AG § 19"); Dr. Klaus-Dieter Kossow: Arzneimittelfragen und -richtlinien, Preisvergleichsliste, Festbeträge; Dr. Klaus Hahn: Berufsgenossenschaften, Arbeitsunfähigkeit, Krankenhaus, dreiseitige Rahmenverträge; Dr. Eckhard Weisner: neue Untersuchungs- und Heilmethoden, Qualitätsbeurteilungen.

Grippeschutzimpfung

Die Grippewelle in Frankreich im letzten Winter hat gezeigt, daß mit der Influenza immer wieder zu rechnen ist: Allein bis Dezember 1988 erkrankten dort über zwei Millionen Menschen. Auch in der Tschechoslowakei, Ungarn, Schweden und Großbritannien kam es zu größeren Influenza-Ausbrüchen. Derartige Entwicklungen drohen auch der Bundesrepublik Deutschland in den kommenden Wintermonaten. Den einzig wirksamen Schutz gegen eine Erkrankung an Influenza bietet die Impfung. Sie sollte bereits ab Mitte September bis Ende Oktober erfolgen. Besonders zu empfehlen ist die Impfung für Patienten mit chronischen Erkrankungen der Lunge und der Herz-Kreislauf-Organen, chronisch Nierenkranken, Diabetikern, älteren Menschen, bei denen die Immunabwehr schwächer wird, Menschen, die beruflich häufigen Kontakt mit anderen Personen haben, z. B. Ärzte, Krankenschwestern, Schaffner, Verkäuferinnen, Schalterbeamte.

Düsseldorfer Hygienepreis 1990

Der 1976 von der Henkel KGaA, Düsseldorf, gestiftete und mit DM 40.000 dotierte "Düsseldorfer Hygienepreis" ist für 1990 erneut ausgeschrieben worden. Mit dieser Auszeichnung sollen hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Hygiene gewürdigt werden. Eingereicht werden können Einzel- und Gruppenarbeiten, die 1988 und 1989 in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich oder in der Schweiz veröffentlicht oder zur Veröffentlichung angenommen worden sind. Vorschläge und Bewerbungen können bis zum **15. Dezember 1989** beim Vorsitzenden des Preisrichter-Kollegiums, Prof. Dr. Hans Schadewaldt, Institut für Geschichte der Medizin, Universität Düsseldorf, Moorenstr. 5, 4000 Düsseldorf, eingereicht werden. Im Rahmen der 11. Düsseldorfer Hygientage (28./29. März 1990) wird Dr. Konrad Henkel den Preis übergeben.

Zulässigkeit der Übergabe von Praxisdateien an Praxisnachfolger

Aufsehen erregte unlängst Prof. Dr. jur. Alexander Rossnagel mit einem im Auftrag der Fraktion "Die Grünen" (Baden-Württembergischer Landtag) erstatteten Gutachten, in dem er die Auffassung vertrat, daß die weit verbreitete Übung, beim Verkauf der Arztpraxis auch die Patientenkartei mitzuverkaufen und ohne Einwilligung der Patienten dem Nachfolger zu übertragen, zumindest dann rechtswidrig sei, wenn die Patienteninformationen auf elektronischen Datenträgern gespeichert und übergeben werden. Die Übergabe von Patientendaten an Dritte sei immer ein Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Patienten und in das grundsätzlich geschützte Patientengeheimnis. Die Übergabe einer Patientendatei bedürfe daher der vorherigen schriftlichen Einwilligung der Patienten.

Mit dieser Auffassung beschäftigten sich der Vorstand der Bundesärztekammer sowie Ausschuß und Ständige Konferenz "Zur Beratung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte". Die Beratungen führten zu dem Ergebnis, daß die bisherige Verfahrensweise, im Falle der Praxisnachfolge ohne ausdrückliche Einwilligung der Patienten dem die Praxis weiterführenden Arzt die Patientenkartei (auch eine Patientendatei) und entsprechende Aufzeichnungen zu übergeben, auf § 11 Abs. 4 der Berufsordnung gestützt werden kann. Danach soll der Arzt dafür Sorge tragen, daß seine Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde nach Aufgabe der Praxis in gehörige Obhut zu geben sind. Die Bundesärztekammer stützt sich auch auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes, der die vertragliche Überlassung der Patientendatei

anlässlich der Übernahme einer Arztpraxis auch ohne vorheriges Befragen der Patienten für wirksam angesehen und einen Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht verneint hat.
(med intern)

Robert-Koch-Stiftung gibt Preisträger des Jahres 1989 bekannt

Der Robert-Koch-Preis - mit 80.000 DM eine der am höchsten dotierten und international anerkannten wissenschaftlichen Auszeichnungen in der Bundesrepublik Deutschland - wird 1989 zu gleichen Teilen an

Prof. Dr. Irun R. Cohen, Weizman Institute of Science in Rehovot, Israel, und

Prof. Dr. Alex J. van der Eb, Department of Medical Biochemistry, University of Leiden, Niederlande,

vergeben. Die Wissenschaftler erhalten die Auszeichnung für Ihre zukunftsweisenden Forschungen auf dem Gebiet der Immunologie.

Die Robert-Koch-Medaille in Gold erhält in diesem Jahr

Dr. Maurice R. Hilleman, Research Laboratories, Merck Sharp and Dohme, West Point, USA,

für seine bahnbrechenden Arbeiten bei der Entwicklung von Virusimpfstoffen.

Der Festakt, bei dem die beiden Auszeichnungen verliehen werden, findet am 6. November 1989 in der Universität Bonn statt.

Personalien

Prof. Dr. U. Ullmann, Direktor der Abteilung für Medizinische Mikrobiologie der Universität Kiel, wurde vom Deutschen Institut für Normung e.V. mit der DIN-Ehrennadel ausgezeichnet.

Prof. Dr. D. Bitter-Suermann, Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie, wurde in den Klinikumsvorstand der Medizinische Hochschule Hannover gewählt.

Prof. Dr. H.-J. Dulce, Berlin, wurde von der Delegiertenversammlung des Hartmannbund Landesverbandes Berlin für weitere 4 Jahre als Vorsitzender im Amt bestätigt.

Dr. F. Körber, Professor für physiologische Chemie und klinische Chemie, wurde für den Fachbereich Grundlagenmedizin an der FU Berlin für die neue Amtszeit als Dekan gewählt.

Dr. H. Karch, Hamburg, erhielt die Lehrbefugnis für medizinische Mikrobiologie.

Dr. med. Dr. rer. nat. J. Heeseman, Professor für medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene der Universität Hamburg, hat den an ihn ergangenen Ruf auf den Lehrstuhl für Hygiene und Mikrobiologie an der Medizinischen Fakultät Würzburg angenommen.

Dipl. Chem. Dr. rer. nat. R. T. Schwarz, Privatdozent für Biochemie der Universität Gießen, ist zum C3-Professor für Parasitologie am Medizinischen Zentrum für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie Marburg ernannt worden.

Dr. H. Reber, außerordentlicher Professor für klinische Bakteriologie Basel, ehem. Vorsteher des Zentrallaboratoriums und Medizinischen Direktor des Kantonsspitals, ist durch die Verleihung der Hygiea-Medaille der Rudolf-Schülke-Stiftung geehrt worden.

Prof. Dr. H. Bösenberg, Direktor des Instituts für Hygiene der Universität Münster, ist von der Bundesregierung für vier Jahre zum Mitglied des Bundesgesundheitsrates sowie vom Bundesgesundheitsamt für weitere drei Jahre zum Mitglied der Kommission "Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen" berufen worden.

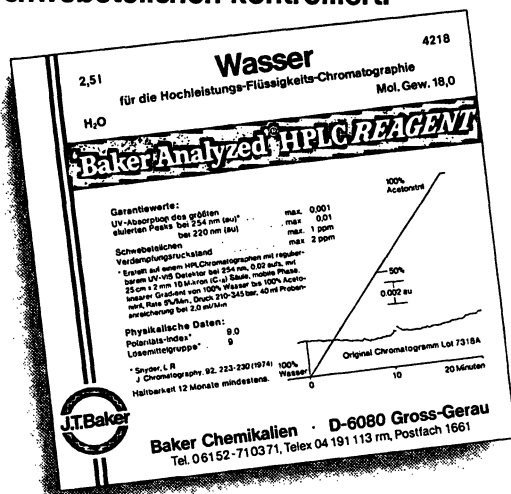
Dr. H. Seeliger, em. ordentlicher Professor für Hygiene und Mikrobiologie Würzburg, ist mit dem Verdienstkreuz Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet worden.

Priv.-Doz. Dr. K. Wielckens Hamburg, wurde zum C3-Professor für Klinische Chemie berufen.

Dr. rer. nat. J. Schneider Hannover, erhielt die Venia Legendi für Virologie.

HPLC-Wasser

Störungsfreie Trennungen,
lange Lebensdauer der Säulen,
frei von organischen Substanzen,
Schwebeteilchen kontrolliert.



HPLC-Wasser von J.T. Baker ist garantiert frei von organischen Substanzen, der größte eluierte Peak bei 254 nm max. 0,001, Schwebestoffe sind auf max. 1 ppm, der Verdampfungsrückstand auf max. 2 ppm begrenzt. Flaschen und Verschlüsse sind besonders gereinigt. HPLC-Wasser ist unter Stickstoff abgefüllt. Sie können deshalb mit Baker Analyzed HPLC-Wasser ganz sicher sein, daß Ihr Analyseergebnis aus der Probe und nicht aus dem Wasser stammt.

Mehr Information über „Baker Analyzed“ HPLC-Reagenzien erhalten Sie kostenlos von Baker Chemikalien.

Dr. rer. nat. B. Flehmig, Privatdozent für Hygiene und Medizinische Virologie an der Universität Tübingen wurde zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Heidi Schramm, Bundesvorsitzende des DVTA (Deutscher Verband Technischer Assistenten in der Medizin e. V.) wurde in den Bundesgesundheitsrat berufen

Doz. Mag. rer. nat. et Dr. rer. nat. F. F. Reinthaler, Universitätsassistent am Hygiene-Institut der Medizinischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz erhielt die Lehrbefugnis für das Fach "Medizinische Parasitologie und Mikrobiologie".

Preisverleihungen

Prof. Dr. Reinhard Kurth, Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts in Frankfurt/Main, und Prof. Dr. Gerhard Hunsmann, Leiter der Abteilung Virologie und Immunologie der Universität Göttingen, erhielten in der Universität Düsseldorf den erstmals verliehenen HEINZ-ANSMANN-PREIS für AIDS-Forschung.

Dr. med. Bernhard Otto Böhm erhielt den Preis auf dem Gebiet der Humanmedizin (Dr. Paul und Cilli Weill-Stiftung) von den von der Universität Frankfurt vergebenen Preisen für den wissenschaftlichen Nachwuchs für seine Arbeit "Analysen zur Immunogenetik und Immunserologie endokriner Autoimmunerkrankungen".

Der an der Medizinischen Fakultät der Universität Mainz ausgeschriebene BOEHRINGER INGELHEIM-PREIS 1988 wurde verliehen an:

Prof. Dr. med. Friedhelm Herrmann, Abteilung für Hämatologie, III. Medizinische Klinik für seine Arbeit über die Untersuchung der Mechanismen der Wechselwirkung koloniestimulierender Faktoren mit ihren Zielzellen in Knochenmark und Blutbahn.

PD Dr. med. Stefan Müller, Urologische Klinik für seine Arbeit über die Pathophysiologie der erektilen Dysfunktion.

PD Dr. Raimund Wieser, Zellbiologe am Institut für Toxikologie für seine Arbeit über die durch Zellkontakt vermittelte molekulare Regulation des Wachstums von Zellen. Dabei gelang es ihm als erstem, das Glykoprotein Contactin in der Zellmembran zu isolieren und zu charakterisieren.

Dr. Tak Wak Wak, Direktor des Krebszentrums in Ontario, erhielt für seine Arbeiten zur Aufklärung der Struktur und Funktion des T-Lymphozyten-Rezeptors in Marburg den EMIL-VON-BEHRING-PREIS. Der britische Molekularbiologe Dr. Gregory Winter erhielt den gleichen Preis für seine Forschungen zur Entwicklung menschlicher monoklonaler Antikörper.

Dr. **Johann Ernst Dieplinger**, Universitätsassistent am Institut für Medizinische Biologie und Genetik der Universität Innsbruck erhielt den **FÖRDERUNGSPREIS DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR KLINISCHE CHEMIE 1988** für seine Arbeit über Plasma-Lipoprotein-Stoffwechsel bei chronischer Niereninsuffizienz. Einen zusätzlichen Preis erhielt Dr. **Andrea Griesmacher**, Assistentin an der II. Chirurgischen Universitätsklinik (Klinische Biochemie) Wien für ihre Arbeit über den Proteoglykanstoffwechsel in menschlichen Endothelzellen.

In memoriam Gerhard Frerichs

Im Alter von 50 Jahren verstarb am 9. Juni 1989 unerwartet der Laborarzt Dr. med. Gerhard Frerichs.

Nach dem Medizinstudium in Freiburg, Göttingen, Kiel und Marburg und der Ausbildung zum Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik ließ sich Gerhard Frerichs 1972 in eigener Praxis in Lüneburg als Laborarzt nieder. 1973 trat er in die Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin ein und war Mitglied des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte. Auch besaß er die Anerkennung als Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie.

Gerhard Frerichs war ein beliebter, von allen geschätzter Kollege und ein wacher, kritischer Beobachter der berufspolitischen Entwicklung. Er hinterläßt Frau und fünf Kinder, die sich noch im Studium oder der schulischen Ausbildung befinden.

Wir werden dem Verstorbenen stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Für die MTA/MTL

Neues Berufsgesetz gefordert

Der Deutsche Verband Technischer Assistenten in der Medizin (dvta) fordert noch in dieser Legislaturperiode des Bundestages eine Anpassung des Berufsgesetzes für medizinisch-technische Assistenten (MTA-Gesetz) an die neuen EG-Ausbildungsnormen, anderenfalls riskiere die Bundesregierung eine Klage der EG-Kommission vor dem Europäischen Gerichtshof.

Das geltende Berufsgesetz aus dem Jahre 1971 berücksichtigt nach Ansicht des dvta in keiner Weise die rasante Entwicklung in der medizinischen Diagnostik der letzten Jahre. Neben einer Neudefinition der Lehrinhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung ist wichtigstes Ziel eine Verlängerung der Ausbildungszeit auf drei Jahre, eine Forderung die auch von den Laborärzten schon vor mehreren Jahren erhoben wurde (H. Reinauer, Lab.med. 10, BDL 15 (1986)).

Fortbildung

Die Landesgruppe NRW-Nord/Labor im DVTA lädt zu folgender Fortbildungsveranstaltung ein:

7. Oktober 1989, 9.00 - 13.00 Uhr in Duisburg

Programm:
Standardisierung von Quickwerten (INR / ISI System)

Klinische Wertigkeit neuer Parameter im Gerinnungslabor (t-pA und PAI)

Gegenwärtiger Stand der Diagnostik und Therapie der DIC in einem Routinelabor

Referent: Dr. B. Schaper, Hannover

28. Oktober 1989, 9.00 - 12.30 Uhr in Duisburg

Programm: Histologie

Einführung

Dr. C.-N. Schremmer, Duisburg

Grundlagen der Fixierung

I. Gradisar, Duisburg

Morphologie der Zelle

Dr. C.-N. Schremmer, Duisburg

Formen der Entzündung

R. Vandiecken, Duisburg

Der CADENZA - Färbeautomat für die Immunhistochemie

M. Romanowski, Frankfurt

Auswertung

Dr. C.-N. Schremmer, Duisburg

Anmeldung: Frau Regina Massalsky

Hausmannsfeld 22

4200 Oberhausen

Aus dem DIN

Deutsches Institut für Normung e. V.

Geschäftsbericht 1988

Der jetzt vorgelegte Geschäftsbericht des vergangenen Jahres (in Klammern zum Vergleich die Zahlen des Jahres 1987) zeigt, daß 1379 (1515) DIN-Normen neu erschienen sind und 96 (140) ersatzlos gestrichen wurden. Insgesamt gibt es 20 450 (19 975) DIN-Normen. Die Normen wurden von 110 (110) Normenausschüssen, 3709 (3641) Arbeitsausschüssen und 39 616 (39 884) ehrenamtlichen Mitarbeitern auf 4730 (4770) Ausschusssitzungen erarbeitet.

Außerdem sind im Jahr 1988 neu erschienen 823 (813) ISO/IEC- und 213 (121) europäische Normen.

Auf dem Gebiet der Medizin bestehen 250 (248) Normen. Im Jahr 1988 sind neu hinzugekommen 20 Normen und 10 Normentwürfe. Es bestehen weitere 156 Normungsvorhaben.

Kontakte mit der DDR

Am 14. Juni 1989 fand das erste offizielle Treffen zwischen dem Präsidenten des Amtes für Standardisierung, Meßwesen und Warenprüfung (ASMW) der DDR, Staatssekretär Prof. Dr. H. Lilie, und dem Direktor des DIN, Prof. Dr.-Ing. H. Reihlen, am Sitz des ASMW in Berlin-Köpenick statt. Die Gespräche führten zu einer grundsätzlichen Übereinkunft, eine Vereinbarung für eine fachliche Zusammenarbeit zu schließen.

Normenausschuß Medizin (NAMED) im DIN

Der Arbeitsausschuß E9 "Immunologie; Serodiagnostik von Infektions- und Immunkrankheiten" (Obmann: Prof. Rother, Heidelberg) des Normenausschusses Medizin (NAMED) im DIN hat im Juli 1989 einige Normen und einen Norm-Entwurf vorgelegt. Diese zeigen gegenüber den im Dezember 1987 vorgelegten Entwürfen die neugetroffene Einteilung:

DIN 58 967 Serodiagnostik von Infektions- und Immunkrankheiten

DIN 58 968 Serodiagnostik von Immunkrankheiten

DIN 58 969 Serodiagnostik von Infektionskrankheiten

Für Festlegungen, die sowohl für Infektionskrankheiten als auch für Immunkrankheiten gelten, insbesondere Begriffe und allgemeine Anforderungen, ist eine eigene Normreihe geschaffen. Die Teilbezeichnung ist stets zweistellig, beginnt also mit 10.

Im einzelnen handelt es sich um folgende Normen:

DIN 58 967 Serodiagnostik von Infektions- und Immunkrankheiten Teil 10 Begriffe, Allgemeine Anforderungen

Zweck der festgelegten Benennungen und Definitionen ist es, die in der Serodiagnostik verwendeten Begriffe zu vereinheitlichen.

Die festgelegten allgemeinen Anforderungen sollen einheitliche Voraussetzungen für die fachgerechte und infektionsrisikoarme Durchführung der serologischen Untersuchungen schaffen und haben das Ziel, die Vergleichbarkeit und Reproduzierbarkeit der Untersuchungsergebnisse zu sichern.

Die Befunde sind nach dieser Norm über einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.

**DIN 58 967 Serodiagnostik von Infektions- und Immun-
Teil 20 krankheiten
Indirekter Immunfluoreszenztest (IIFT)
Allgemeine methodenspezifische Anforderungen**

Diese Norm gilt für den Nachweis von Antikörpern und Autoantikörpern mittels IIFT. Der hier beschriebene IIFT stellt methodische Mindestanforderungen für visuell-mikroskopisch auszuwertende Verfahren dar. Mechanisierte Techniken müssen in ihren diagnostischen Aussagen mindestens den mikroskopisch-visuellen Verfahren entsprechen. Für spezielle Untersuchungen sind weitergehende Anforderungen, die bei der jeweiligen Methode festgelegt sind, zu beachten.

Zweck der Norm ist es, vergleichbare und reproduzierbare Untersuchungsergebnisse zu ermöglichen.

**DIN 58 969 Medizinische Mikrobiologie
Teil 10 Serodiagnostik von Infektionskrankheiten
Komplementbindungsreaktion (KBR)**

Diese Norm ist für den Nachweis von Antikörpern mit der KBR mit Bestimmung des Endpunktes bei Personen mit Verdacht auf Infektionskrankheiten anzuwenden. Die KBR eignet sich zum Nachweis von Antikörpern der Subklassen IgG1, IgG3 und der Klasse IgM. IgG4 sowie alle anderen Antikörperklassen und Subklassen können mit dieser Methode nicht direkt nachgewiesen werden. In der Routinediagnostik von Infektionskrankheiten wird die KBR zum Nachweis von Antikörpern gegen Antigene von Viren, Bakterien, Pilzen, Protozoen und Helminthen eingesetzt. Weiterhin findet sie in der Syphilis-Serodiagnostik zum Nachweis von Antikörpern Anwendung, die sich gegen (körpereigene) Lipide richten (Cardiolipin-KBR).

Die Normen können bezogen werden vom Beuth Verlag GmbH, Burggrafenstr. 6, 1000 Berlin 30.

Folgende Norm-Entwürfe wurden vorgelegt:

**DIN 58 968 Immunologie
Teil 20 Serodiagnostik von Immunkrankheiten
Indirekter Immunfluoreszenztest (IIFT)
Spezielle Anforderungen zum Nachweis
von Autoantikörpern**

Diese Festlegungen ergänzen die in DIN 58 967 Teil 10 beschriebenen allgemeinen Anforderungen an die Serodiagnostik und die in DIN 58 967 Teil 20 aufgeführten methodischen Mindestanforderungen an den IIFT. Das Ziel ist es auch hier von Laboratorium zu Laboratorium vergleichbare Untersuchungsergebnisse zu ermöglichen.

**DIN 58 956 Medizinische Mikrobiologie
Teil 5 Medizinisch-mikrobiologische Laboratorien
Anforderungen an den Hygieneplan**

Diese Norm gilt für medizinisch-mikrobiologische Laboratorien nach DIN 58 956 Teil 1, in denen bakteriologische, mykologische, virologische und/oder parasitologische Arbeiten mit Mikroorganismen der Risikogruppen II bis IV durchgeführt werden. Ziel ist es, die im Umgang mit Mikroorganismen möglichen Gefahren auf ein Minimum zu reduzieren und damit dem Schutz des Menschen, der Tiere und der Umwelt vor Infektionen bzw. Kontaminationen zu dienen. Es werden konkrete Hygienemaßnahmen in einem Hygieneplan festgelegt, für deren Erstellung der Hygienebeauftragte verantwortlich ist. In diesem Hygieneplan sind alle zur Reinigung und Desinfektion verwendeten Mittel in ihrer Anwendung verbindlich festzulegen. Neben Reinigungs- und Desinfektionsvorschriften für Räume, Einrichtungen, Arbeitsmaterialien und Geräte sowie Maßnahmen zur Entsorgung müssen Vorschriften für die persönliche Hygiene (Händereinigung und Desinfektion, Tragen von Schutzkleidung u.s.w.) enthalten sein. In einem Anhang wird ein Beispiel für einen Reinigungs- und Desinfektionsplan gegeben.

Stellungnahmen und Einsprüche zu den beiden Entwürfen sind bis 31. Oktober 1989 an den Normenausschuß Medizin (NAMed) im DIN Deutsches Institut für Normung e. V., Burggrafenstr. 6, 1000 Berlin 30, zu richten.

Im August 1989 legte der Normenausschuß Medizin (NAMed) im DIN folgenden Entwurf vor:

**DIN 58 953 Sterilisation
Teil 15 Sterilgutversorgung
Bögen aus Sterilisationsvliesstoff zum Einschlagen von Sterilisiergut
Anforderungen, Prüfung**

Stellungnahmen und Einsprüche sind bis 30. November 1989 an den Arbeitsausschuß "Sterilgutversorgung" des Normenausschusses Medizin (NAMed) im DIN, Burggrafenstr. 6, 1000 Berlin 30, zu richten.

Kurzzitate

Die Unterzeichnung von Befundberichten über die Untersuchung menschlicher Körperflüssigkeiten, die außer dem bloßen Befund auch medizinische Wertungen enthalten, stellt eine Ausübung der Heilkunde dar (OLG Düsseldorf, Ur. v. 1.9.1988 - 2 U 93/88).

Bei **Auftragsleistungen** ist der ausführende Arzt an den objektiven Inhalt des Überweisungsauftrags gebunden, auch wenn eine Überschreitung medizinisch geboten war und dem mutmaßlichen Willen des Auftragsgebers entsprochen hat (LSG Stuttgart, Ur. v. 9.11.1988 - L 1 Ka 1456/86).

Eingegangene Bücher

Presse-Taschenbuch für Naturwissenschaft + Medizin 1989/90. Hrsg. Boehringer Mannheim GmbH. 470 S., Bibeldruckpapier, Taschenbuchformat, flexibler Kunststoffeinfad. Erschienen und bearbeitet im Kroll-Verlag, 8031 Seefeld/Obb. ISSN 0170-4397. DM 32,50.

Handkommentar BMÄ, E-GO und GOÄ. Loseblattausgabe, 6. Auflage, 8. Ergänzungslieferung - Stand 1. Juli 1989. Von H. Wezel () und R. Liebold. 310 S., Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG, Sankt Augustin. ISBN 3-537-53408-6. DM 48,-. Preis des Gesamtwerkes, 1.370 S. (ISBN 3-537-534 99-X) DM 98,-.

Tätigkeitsbericht 1988 des Bundesgesundheitsamtes. Hrsg. Bundesgesundheitsamt. 392 S. MMV Medizin Verlag GmbH München, 1989. ISBN 3-8208-1122-2.

Presse-Taschenbuch für Naturwissenschaft + Medizin 1989/90. Hrsg. von Boehringer Mannheim GmbH. Red. Dr. Jens M. Kroll. Geb. 471 S. Kroll Verlag, Garmisch-Partenkirchen und Seefeld/Obb. 1989. ISSN 0170-4397. DM 32,50.

Ordnung und Chaos in der unbelebten und belebten Natur. Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. 115. Versammlung - 17. bis 20. September 1988 - Freiburg i. Br. Hrsg. von W. Gerok, H. Haken, H. zur Hausen, W. Nachtigall, H. W. Roesky, H. Nöth, H. Gibian. 441 S., 130 Abb. davon 9 in Farbe, 8 Tab., brosch. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart 1989. ISSN 0172-0651.

Sensorik in der medizinischen Diagnostik. Von H. Schubert. 188 S. geb. Verlag TÜV Rheinland GmbH, 1989 Köln. ISBN 3-88585-398-1. DM 198,-.

Lehrbuch der Klinischen Chemie und Pathobiochemie. Hrsg. von H. Greiling und A. M. Gressner. 2., überarbeitete Auflage. XI, 1187 S., 350 Abb., davon 23 farbig auf 10 Tafeln, 321 Tab., 1 Register zum GK, 1 Verzeichnis der klinisch-chemischen Kenngrößen, geb. F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Medizin und Naturwissenschaften Stuttgart - New York. ISBN 3-7945-1304-5. DM 118,-.

Interpretationshilfen für Laborparameter in der Notfalldiagnostik. Von H. Thulin und W. Jaroß. 55 S., 28 Abb., broschiert. VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin 1989. ISBN 3-333-00330-9. DM 8,-.

Tagungen

Wiener Neustadt (Österreich): 8. bis 10. Oktober 1989 - **Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie.**

Auskunft: Ass. Dr. E. Tiefengraber, 1. Med. Abt. Allg. öff. Krankenhaus Wr. Neustadt, Corvinusring 3 - 5, A-2700 Wr. Neustadt.

Hannover: 12. bis 13. Oktober 1989 - **Symposium über Spurenelemente** - Wissenschaftliches Symposium der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE).

Auskunft: Prof. Dr. G. Wolfram, Technische Universität München, Institut für Ernährungswissenschaften in Weihenstephan, 8050 Freising.

Homburg: 11. bis 14. Oktober 1989 - Henning-Symposium Schilddrüse 1989. 9. Konferenz über die menschliche Schilddrüse und wissenschaftliche Fortbildungsveranstaltung der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
Thema: Strategien der Diagnostik und Verlaufskontrolle der Schilddrüsenerkrankungen
Auskunft: Dr. B. Weinheimer, Medizinische Universitätsklinik, 6650 Homburg.

Düsseldorf: 19. Oktober 1989 - Störungen des Calcium- und Knochenstoffwechsels im Kindes- und Jugendalter.
Auskunft: Prof. Dr. K. Kruse, Klinik für Pädiatrie der Medizinischen Universität Lübeck, Kahlhorststraße 31-35, 2400 Lübeck.

Tübingen: 20. bis 21. November 1989 - Neue Chromatographisch-Massenspektrometrische Methoden (GC-MS) in der Bioanalytik.
Leitung: Provatozent Dr. H. Frank (Institut für Toxikologie) und Prof. Dr. H. Liebig (Medizinische Klinik).
Auskunft: Universität Tübingen, Arbeitsstelle Wissenschaftliche Fort- und Weiterbildung, Wilhelmstr. 5, 7400 Tübingen, Tel.: 07071/29-6439 oder 29-5010.

Zürich (Schweiz): 24. und 25. November 1989 - Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie.
Thema: Leber und Parasiten (Human- und Veterinärmedizin)
Auskunft: Sekretariat der Schweizerischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie, Prof. Dr. K. Pfister, Institut für Tierpathologie, Längsassestraße 122, CH-3001 Bern.

München: 24. bis 26. November 1989 - 29. Bayerischen Internistenkongress.
Themen: Wichtige neue Laboratoriumsuntersuchungen; die Betreuung von Tumorkranken in Klinik und Praxis; neue Aspekte in der Therapie gastrointestinaler und hepato-biliärer Krankheiten; welche Diagnose, welche Therapie? Der Einzelfall von allgemeiner Bedeutung.
Auskunft: Prof. Dr. med. E. Wetzel, 2. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Medizinische Klinik I, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim, Tel.: 08031/395 296.

Essen (Schloß Hugenpoet): 24. bis 26. November 1989 - 2. Internationaler Workshop der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Endokrinologen.
Thema: Zyklenstörungen.
Auskunft: Dr. Dr. med. L. Belkien, Kettwiger Str. 2-10, 4300 Essen 1, Tel.: 0201/221138.

München: 3. bis 9. Dezember 1989 - 10. Fortbildungstagung für Klinische Zytologie.
Thema: Gynäkologische und nicht-gynäkologische Zytologie einschl. Punktionszytologie (Referate und Mikroskopiekurse), Zytometrie.
Auskunft: Inst. für Klinische Zytologie der Technischen Universität, PD Dr. med. U. Schenk, Prinzregentenplatz 14, 8000 München 80, Tel.: 089/476067.

Ostfildern: 4. bis 8. Dezember 1989 - Strahlenschutz: Allgemeiner Grundkurs zum Fachkundennachweis von Strahlenschutzbeauftragten.
Auskunft: Technische Hochschule Esslingen, Weiterbildungszentrum, Postfach 1269, In den Anlagen 5, 7302 Ostfildern, Tel.: (0711) 34008-23, -24, -25.

Las Vegas, NV (USA): 4. bis 7. Dezember 1989 - 23rd Annual Congress and Scientific Meeting of the American Association of Clinical Immunology and Allergy.
Auskunft: Edward Silber, American Association of Clinical Immunology and Allergy (AACIA), PO Box 912-DTS, Omaha, NE 68101 (USA), Tel.: (402)551.0801.

Salzburg (Österreich): 7. bis 9. Dezember 1989 - 17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft zum Studium der Sterilität und Fertilität und der Schweizerischen Gesellschaft für Fertilität und Sterilität.
Themen: Neue Aspekte der Therapie mit GnRH-Analoga und Antagonisten / Spermatozoenfunktions-tests im Rahmen der Sterilitätsabklärung / Stand der Entwicklung auf dem Gebiet der Kontrazeption / Ursachen und Therapie des habituellen Aborts / Psychologie des infertilen Paares / (Parallelsitzung): Verändert AIDS die Reproduktionsmedizin? / Oozytenreifung und Frühembryonalentwicklung.
Auskunft: Prof. Dr. J. Frick, Urologische Abteilung, Landeskrankenanstalten Salzburg, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg, Tel.: 0043/662/31581.

Stuttgart: 8. bis 9. Dezember 1989 - Symposium der Gesellschaft für Mineralstoffe und Spurenelemente e. V.: "Zink - Analytik, Physiologie, Pythophysiology und Klinik des Zink-Stoffwechsels".
Auskunft: Prof. Dr. H.-J. Holtmeier, FG Ernährungsphysiologie, Universität Hohenheim, Fruwirthstraße 31, 7000 Stuttgart 70, Tel.: 0711/454782.

Terminkalender

September 1989

- 20.-23.9. Turin: International Conference on Progress in Pathogen-Antibiotic Interactions (BDL 1989, 69)
- 21.-23.9. Salzburg: 20. Jahrestagung d. Österr. Ges. für Innere Medizin gem. mit Ges. für Klin. Chemie und Ges. für Lab. Med. (BDL 1989, 69)
- 21.-24.9. Tigu-Mures (Rumänien): The 3rd European Congress on Magnesium Research (BDL 1989, 69)
- 22.-23.9. Luxemburg: Journées Nationales de Biologie Clinique - 10. Anniversaire de la SLBC-Société Luxembourgeoise de Biologie Clinique (BDL 1989, 69)
- 25.-29.9. Düsseldorf: Fortbildungskurs für Hygienebeauftragte (BDL 1989, 69)
- 25.9.-13.10. Karlsruhe: Radioisotopenkurs (BDL 1989, 34)
- 27.-29.9. Tübingen: Praktische UV-VIS-Spektroskopie I (BDL 1989, 69)
- 29.-30.9. Hohenheim: 11. Hohenheimer Magnesium-Symposium (BDL 1989, 69)

Oktober 1989

- 1.-6.10. Marrakesch: XIII World Congress on Fertility and Sterility (BDL 1989, 82)
- 1.-4.10. Hannover: 34. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (BDL 1989)
- 2.-4.10. Schliersee: Schliersee-Symposium der GDCh - Fachgruppe Medizinische Chemie (BDL 1989, 82)
- 4.-6.10. Hannover: 42. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (BDL 1989, 82)
- 4.-7.10. Wien: Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin (BDL 1989, 82)
- 7.-8.10. Bonn: Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Endokrinologie (BDL 1989, 82)
- 8.-10.10. Wr. Neustadt: Jahrestagung der Österr. Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (BDL 1989, 87)
- 8.-11.10. Berlin: 25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie (BDL 1989, 82)
- 11.-13.10. Groningen: Cryobiology in Blood Transfusion (BDL 1989, 82)
- 11.-13.10. Lugano: 7. Internat. Conference - Computing in Clinical Laboratories (BDL 1989, 82)
- 11.-14.10. Homburg: Schilddrüse 1989 (BDL 1989, 98)
- 11.-17.10. Peking: ACHIEVASIA '89 (BDL 1989, 82)
- 12.-13.10. Hannover: Workshop über Spurenelemente (BDL 1989, 97)
- 12.-14.10. Basel: Infektionskrankheiten der Leber (BDL 1989, 82)
- 13.-14.10. Ulm: Europäischen Campylobacterpylon-Studiengruppe (BDL 1989, 82)
- 13.-16.10. Dresden: X. Internationales Donau-Symposium über Diabetes mellitus (BDL 1989, 82)
- 15.-19.10. Nürnberg: Königsteiner Chromatographie Tage (BDL 1989, 82)
- 15.-21.10. Banff: Internat. Conference on Applied and Comparative Virology (BDL 1989, 82)
- 16.-18.10. Dresden: XIIIth Karlsburg Symposium on Diabetes mellitus (BDL 1989, 82)
- 16.-20.10. Innsbruck: Hämatologie- und Immunologiekurs II (BDL 1989, 82)
- 19.-20.10. Düsseldorf: Störungen des Calcium- und Knochenstoffwechsels im Kindes- und Jugendalter (BDL 1989, 98)
- 21.-26.10. New Orleans: Annual Meeting of the American Association of Blood Banks (BDL 1989, 82)
- 22.-25.10. Athen: Internat. Symposium HLA in Medicine (BDL 1989, 82)
- 23.-24.10. Tübingen: Gaschromatographisch-Massenspektrometrische Methoden (BDL 1989, 83)
- 23.-25.10. München: Elektrophorese Forum '89 (BDL 1989, 83)
- 27.-28.10. Frankfurt: Arbeitskreis Klinische Immunologie (BDL 1989, 83)
- 28.10.-3.11. Washington: Fall Meeting of the American Society of Clinical Pathologists (BDL 1989, 83)
- 30.1.1.11. Shanghai: Internat. Symposium on Viral Hepatitis (BDL 1989, 83)

November 1989

- 3.-5.11. vorauss. Basel: 22. Basler Fortbildungskurs für Laborfachpersonal (BDL 1989, 83)
- 6.-7.11. Bad Nauheim: Weiterbildungskurs zur Hygienefachkraft (BDL 1989, 83)
- 9.-10.11. Münster: Natural Resistance to Infection (BDL 1989, 83)
- 10.-11. London: Scientific Meeting of the British Blood Transfusion Society and of the British Society of Haematology (BDL 1989, 83)
- 11.11. München: 2. Münchener Tumormarkerysymposium: Klinische Relevanz von Tumormarkern - in vitro- und in vivo-Diagnostik (BDL 1989, 83)
- 12.-16.11. Jerusalem: International Conference on Cryptococcus and Cryptococcosis (BDL 1989, 83)
- 12.-19.11. Hawaii: 1st World Congress for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology (BDL 1989, 83)
- 16.-17.11. Essen: Fachveranstaltung - Sterilisation und Desinfektion im Krankenhaus (BDL 1989, 83)
- 16.-18.11. Wien: 23. Jahrestagung der Österreichischen Ges. für Tropenmedizin und Parasitologie (BDL 1989, 83)
- 20.-21.11. Tübingen: Neue Chromatographisch-Massenspektrometrische Methoden (GC-MS) in der Bioanalytik (BDL 1989, 98)
- 22.-25.11. Düsseldorf: MEDICA '89: 21. Internat. Kongreß und Ausstellung - Diagnostica/Technica/Technica/Informatica (BDL 1989, 83)
- 23.-25.11. Mailand: "ATB '89" - 5th European Edition of the Oak Ridge Conference on "Advanced Technology for the Clinical Laboratory and Biotechnology" (BDL 1989, 83)
- 24.-25.11. Zürich: Schweiz. Ges. f. Tropenmedizin u. Parasitologie (BDL 1989)
- 24.-26.11. München: 29. Bayerischen Internistenkongress (BDL 1989, 98)
- 24.-26.11. Essen (Schloß Hugenpoet): 2. Internationaler Workshop der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Endokrinologen (BDL 1989, 98)
- 27.-1.12. Stuttgart: Hygienebeauftragte (Weiterbildung) (BDL 1989, 83)
- 27.-1.12. Karlsruhe: Grundkurs im Strahlenschutz (BDL 1989, 34)
- 29.-1.12. Genova: 3. Congresso Nazionale della Societa' Italiana di Medicina di Laboratorio (BDL 1989, 83)

Dezember 1989

- 3.-9.12. München: 10. Fortbildungstagung für Klinische Zytologie (BDL 89,98)
- 4.-8.12. Ostfildern: Allgemeiner Grundkurs zum Fachkundennachweis von Strahlenschutzbeauftragten (BDL 1989, 98)
- 4.-7.12. Las Vegas: 23rd Annual Congress of the American Ass. of Clinical Immunology and Allergy (BDL 1989, 98)
- 7.-9.12. Salzburg: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität (BDL 1989, 98)
- 8.-9.12. Stuttgart: Analytik, Physiologie, Pythophysiology und Klinik des Zink-Stoffwechsels (BDL 1989, 98)
- 11.-15.12. Karlsruhe: Grundkurs im Strahlenschutz (BDL 1989, 34)

Herbsttagung 1989

23. Fortbildungsveranstaltung
des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte e. V.

gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin e. V.
und der
Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen,
Sektion Laboratoriumsmedizin
vom 27. - 29. Oktober 1989

im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Bad Nauheim

Leitung: Dr. W. Hauck, Karlsruhe
Prof. Dr. H.-W. Doerr, Frankfurt/M.
Prof. Dr. F.-H. Kreutz, Kassel

Vorläufiges Programm

Freitag, 27. Oktober 1989

10.00-14.00 Kurs: DNA-Sonden in der mikrobiologischen Routinediagnostik

14.00 Symposium über Abrechnungs-, Regreß- und Prüfungsprobleme sowie Haftpflichtfragen in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis niedergelassener Laborärzte und dem Arbeitskreis angestellter und beamteter Laborärzte

unter Mitwirkung von:

Dr. med. K.-Ch. Bohlius, Bremen
R. Liebold, Stuttgart

H. Reineck, Düsseldorf
N.N.

Moderation: H.-A. Fabricius, Villingen
K. Schikor, Minden

Samstag, 28. Oktober 1989

9.00-12.30 Fortbildungsveranstaltung:
DNA-Sonden in der Diagnostik

Diskussionsbeitrag: Erfahrungen mit der DNA-Sondentechnik in der Chlamydien-Diagnostik
H.-G. Schiefer, D. Thiele, Gießen

Grundlagen der Nukleinsäurehybridisierung
B. Reckmann, Darmstadt

Diskussionsbeitrag: Erfahrungen mit der DNA-Sondentechnik in der Mykobakterien-Diagnostik
R. Kley, Nürnberg

Polymerasekettenreaktion (PCR) -
eine neue Methode zum DNA-Nachweis
W. Jilg, München

Rundtischgespräch: Stellenwert der DNA-Sonden-Technik in der mikrobiologischen und serologischen Diagnostik

Einsatz der Nukleinsäurehybridisierung zur Verbesserung diagnostischer Möglichkeiten in der Virologie
H. Wolf, München

Leitung: H.-W. Doerr

17.00 Jahreshauptversammlung des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte e. V.

DNA-Technologien als neue Untersuchungsverfahren in der Hepatitis-Diagnostik
Frau R. Seelig, Karlsruhe

Sonntag, 29. Oktober 1989

14.00-16.00 Anwendung von DNA-Sonden in der bakteriologischen Routinediagnostik
C. Sartori, Bad Nauheim

9.00 Sitzung des Arbeitskreises der niedergelassenen Laborärzte

9.00 Sitzung des Arbeitskreises der angestellten- und beamteten Laborärzte

Allgemeine Informationen:

Tagungs- Fortbildungszentrum der Landesärztekammer
ort: Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 5/7,
6350 Bad Nauheim

Tagungs- Mitglieder des Berufsverbandes (BDL) und der
gebühren: Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin
(DGL) DM 60,-

Nichtmitglieder DM 80,-

MTA/MTLA-Mitglieder (DGL) DM 20,-

MTA/MTLA DM 40,-

Studierende DM 20,-

Für Mitglieder der Akademie für ärztliche Fortbil-
dung und Weiterbildung der Landesärztekammer
Hessen ist die Teilnahme an den wissenschaftli-
chen Vorträgen kostenfrei.

Es wird um vorherige Anmeldung und Überwei-
sung der Tagungsgebühren bis 15. Oktober 1989
auf das Konto des Berufsverbandes Deutscher
Laborärzte e. V. Nr. 4124804 bei der Volksbank
Villingen (BLZ 694 900 00) gebeten.

Kurs: Begrenzte Teilnehmerzahl. Vorherige Anmeldung
DNA- mit Überweisung der Kursgebühren erforderlich
Sonden DM 100,-

Unter- Zimmerreservierung im Hotel "Am Hochwald"
kunft: bitte direkt an das Hotel richten unter dem
Stichwort "Herbsttagung 1989". Sonderpreise für
Übernachtung inkl. Frühstück:
DM 105,- pro Person und Tag.
Hotel "Am Hochwald", Carl-Oelemann-Weg 5/7,
6350 Bad Nauheim, Tel.: (06032) 3480

Aus- Geschäftsstelle des Berufsverbandes Deutscher
kunft: Laborärzte,
Witzelstraße 63
4000 Düsseldorf 1
Tel.: (0211) 340406

FÜR FENSTERKUVERT (Bitte abtrennen und an das Hotel senden)

Hotel "Am Hochwald"
Carl-Oelemann-Weg 5/7
6350 Bad Nauheim

Zimmerreservierung "Herbsttagung 1989"

Ich bestelle

vom

bis

ein Einzel/Doppelzimmer (nicht zutreffendes bitte streichen)
zum Sonderpreis.

Datum

Unterschrift

Adresse (Stempel)

Geschäftsstelle
Berufsverband Deutscher Laborärzte
Witzelstraße 63

4000 Düsseldorf 1

Anmeldung Herbsttagung 27.-29.10.1989

Die Tagungsgebühren

DM

Kursgebühren

DM

Gesamt

DM

habe ich auf das Konto 4 124 804 bei der Volksbank Villingen,
BLZ 694 900 00 überwiesen.

Datum

Unterschrift

Adresse (Stempel)