

730-66 Buchbinder

=)

der arzt im krankenhaus und im gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis Jahrgang 1981

marburger
bund



perimed Verlag Dr. med. D. Straube
Vogelherd 35, D-8520 Erlangen
Telefon: 09131/609-1
Telex 629851 pemed d
Telefax 09131/609-217

ÜBERSICHT

	Seite	I. Tarifpolitik
I. Tarifpolitik	II	Für ärztliche Bereitschaftsdienste sind Tarifpartner zuständig (Bundesarbeitsgericht zur Junghans-Klage) 1/81, S. 14
II. Berufspolitik – Verbände	III	Menschenwürdig (Editorial) <i>Hoppe</i> ; 2/81, S. 59
III. Weiterbildung – Gebietsarztfragen	IV	Neue Phase bei den Bereitschaftsdiensten: Öffentliche Arbeitgeber zu Tarifverhandlungen bereit 2/81, S. 65
IV. Beamtete Ärzte – Sanitätsoffiziere	V	Vergleich zwischen DAG und Lufthansa: Über Warnstreiks zu Tarifverhandlungen 2/81, S. 66
V. Betriebsärzte – Arbeitsmedizin	V	Brandt (DAG): Vor allem gesicherte Arbeitsplätze 2/81, S. 81
VI. Hochschulfragen – Studienreform	VI	Kündigung durch Angebot von Verhandlungen vermieden 3/81, S. 129
VII. Medizinische Ausbildung	VII	Arbeitsmarkt-Situation für Ärzte hat sich deutlich verschärft 3/81, S. 132
VIII. Krankenhausfragen – Krankenhausreform – Rettungswesen	VIII	„Streikfibel“ der DAG 3/81, S. 132
IX. Sozialversicherung – Altersversorgung	IX	Forderungen zum Bereitschaftsdienst wurden den Arbeitgebern übergeben 4/81, S. 197
X. Internationale Zusammenarbeit – Ausland	IX	Erläuterungen zur Tarif-Umfrage '80 4/81, S. 198
XI. Gesundheitspolitik	IX	Gemeinsam mit der DAG: „Aktionswochen laufen erfolgreich“ 4/81, S. 198
XII. Sozialpolitik	X	Ärztammer Berlin zum Problem „Bereitschaftsdienste“ 4/81, S. 199
XIII. Arzneimittelwesen – Pharma-Ärzte	X	Tarifrunde '81 für den Öffentlichen Dienst: Marburger Bund forderte mit der TGÖ Erhöhung der Gehälter um 6,5 v. H. 4/81, S. 199
XIV. Rechtsfragen	X	Gerhart Baum: Nebentätigkeiten, Beihilferecht, Leistungsprinzip, Streikverbot 4/81, S. 202
XV. Marburger Bund – Organisation	XI	CDU/CSU: „Wenig effektiv“ 4/81, S. 202
XVI. Persönliches	XIII	Vergütungsrunde '81: Arbeitgeber-Angebot noch „ungenügend“ 5/81, S. 267
XVII. Verschiedenes	XIII	Die geltenden und die geforderten neuen Regelungen für Bereitschaftsdienste (Synoptische Übersicht) 5/81, S. 268
XVIII. Fortbildung (Arzt und Medizin)	XIV	Die „gewerteten Arbeitszeiten“ (Übersichtstabelle) 5/81, S. 273
XIX. Rubrik „Mit fremden Federn“	XIV	„Sachzwängen“ zum Trotz ein angemessenes Dasein führen (Zuschrift zu den „Aktionswochen“) 5/81, S. 274
XX. Rubrik „Zur Person“	XIV	Die Tarifkommission zum Bereitschaftsdienst: „Eine unzumutbare Belastung für den Krankenhausarzt“ 5/81, S. 274
XXI. Rubrik „Diskussion“	XIV	Tarifabschluß '81: 4,3 v. H. mehr 6/81, S. 321
XXII. Rubrik „Leser schreiben“	XV	Neugestaltung der Sonderregelung 2c (Beschluß der 59. HV) 6/81, S. 324
XXIII. Rubrik „Nachlese“	XV	Vierzig-Stunden-Woche: Praktisch endgültig? 6/81, S. 332
XXIV. Rubrik „Bücher“	XV	„Bis zum Abschluß der Tarifrunde '81“ 6/81, S. 336
XXV. Rubrik „Stichwort“	XV	
XXVI. Rubrik „Es wird Sie interessieren...“	XV	
XXVII. Rubrik „Außerhalb der Tagesordnung“	XV	

- Halberstadt: 3,5 v. H. „nicht abschlußfähig“
6/81, S. 336
- Verhandlungen über Bereitschaftsdienste – Letzte Meldung: Beginn 8. Juli 1981
7/81, S. 397
- Teilerfolg in Berlin
7/81, S. 397
- Sehr hoch (Editorial)
Gelsner; 8/81, S. 443
- Arbeitgeber in der ersten Verhandlungsrunde: Regelung der Bereitschaftsdienste notwendig
8/81, S. 449
- Erfolgreicher Tarifabschluß für die Chemische Industrie
8/81, S. 449
- Die praktische Anwendung des BAT wirft oft schwierige Fragen auf
Krauel; 9/81, S. 515
- Die Vergütungssätze im Öffentlichen Dienst (Tabellen)
9/81, S. 520
- Der 47. Änderungsvertrag klärte die Situation: Paragraph 36 BAT keine „Fallgrube“ für erbrachte Leistungen mehr
10/81, S. 608
- Bereitschaftsdienst-Regelungen wurden leider nicht gekündigt
11/81, S. 677
- Gehaltsanpassungsklauseln in Dienstverträgen – Nachteile bei unpräzisen vertraglichen Vereinbarungen
Kirchhoff; 11/81, S. 680
- Für weitere Zeitverträge – Zum Erwerb der Lehrbefähigung
11/81, S. 681
- Bayern*: Antrag zur Mehrarbeitsvergütung
11/81, S. 716
- Mehrarbeitsvergütung für beamtete Ärzte (Beschluß der 60. HV)
12/81, S. 736
- Einsatzpauschale für die Fahrt auf dem Baby-Notarztwagen (Beschluß der 60. HV)
12/81, S. 736
- Kooperation mit Vertrauens- und Rentenversicherungsärzten
12/81, S. 781
- Gespräche mit der PKV fortgesetzt
12/81, S. 781
- II. Berufspolitik – Verbände**
- Kein ideologisches Programm (Das neue MB-Dokument zur Gesundheitspolitik)
1/81, S. 9
- HB/MB-Kommission: Deutliche Fortschritte – Beitrag zur Stärkung der Einheit
2/81, S. 106
- Gespräch mit der ASG
2/81, S. 107
- Leitlinie (Editorial)
Gelsner; 3/81, S. 123
- Arbeitsmarkt-Situation für Ärzte hat sich deutlich verschärft
3/81, S. 132
- Drei Jahre Bedarfsplanung, wie der Gesetzgeber sie will: Befriedigende Tätigkeit bei gesicherter Existenz?
Wirzbach; 3/81, S. 133
- Eine Pflichtweiterbildung würde die ärztliche Versorgung verschlechtern (Antwort des MB auf FAZ-Leitartikel)
3/81, S. 144
- Noch mehr Barfußpraktiker? (Faksimilierter FAZ-Artikel)
Flöhl; 3/81, S. 146
- Hausarzt (Editorial)
Gelsner; 4/81, S. 191
- Beschluß der Ärztekammer Berlin zum Problem „Bereitschaftsdienste“
4/81, S. 199
- Allgemeinarzt: „Barfußpraktiker“ oder kompetenter Spezialist?
Mader; 4/81, S. 206
- Das „Frankfurter Programm“ des FDA
4/81, S. 207
- Hartmannbund: Mehr ambulante Versorgung
4/81, S. 210
- Krankenhausärzte und Krankenhaustag
4/81, S. 234
- Interessenvertretung der Verwaltungsapotheker
4/81, S. 234
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Vorstand der KV Nordrhein
4/81, S. 237
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Vorstand der KV Westfalen-Lippe
4/81, S. 237
- Die Einheitlichkeit des Arztberufs – „Mär“ oder Notwendigkeit?
Hoppe; 5/81, S. 257
- Im Blickfeld: Änderung der Bundesärzteordnung
5/81, S. 259
- Bundesarztregister: Angst vor einer „Niederlassungswelle“ junger Ärzte unbegründet
5/81, S. 262
- Vorschlag des Marburger Bundes konkretisiert: Vorbereitungszeit erst vor der Zulassung
5/81, S. 277
- Neuer Vorstand beim BdO
5/81, S. 278
- Hessen*: Vorstand der KV Hessen
5/81, S. 300
- Niedersachsen*: Vorstand der KV Niedersachsen
5/81, S. 300
- Schleswig-Holstein*: Vorstand der KV Schleswig-Holstein
5/81, S. 301
- Zulassungsrecht für Kassenärzte (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 324
- Die Position des angestellten Arztes auf lange Sicht stärken
Stockhausen; 6/81, S. 334
- Anstelle der Vorbereitungszeit eine zweijährige Eignungszeit für die Zulassung als Kassenarzt
6/81, S. 338
- „Zwischenbilanz“ (Editorial)
Gelsner; 7/81, S. 379
- Die gesamte Ärzteschaft trägt das Konzept zur Allgemeinmedizin
7/81, S. 385
- Vom Ärztetag in Trier als Vorschläge verabschiedet: Maßnahmen zur Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung
7/81, S. 386

- MB-Beschlüsse vom Ärztetag übernommen
7/81, S. 403
- Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) (Inf.)
7/81, S. 407
- HB/MB-Kommission
7/81, S. 427
- Weiteres Gespräch mit der BDÄ
7/81, S. 427
- Aufgaben der Zukunft aus fachärztlicher Sicht – „Dafür ist uns allen das Gebiet der Allgemeinmedizin zu schade“
Bechtoldt; 8/81, S. 454
17. Bundeskongreß der ASG in Bonn
Herrmann; 8/81, S. 457
- Beteiligung an der „Medica '81“
8/81, S. 490
- KBV und DKG: Absichtserklärung zur Zusammenarbeit (Inf.)
9/81, S. 533
- Ärztliche Ethik als Postulat erhalten (Konsultativtagung in Bremen) (Inf.)
9/81, S. 533
- Kontakte mit der KBV
9/81, S. 567
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Kammervorstand neu gewählt
9/81, S. 571
- Die Absichtserklärung der DKG und der KBV: Durch Selbstverwaltung besser zu lösen als durch staatliche Eingriffe
10/81, S. 602
- Hamburg*: Außerordentliche KV-Mitglieder
10/81, S. 646
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Vorstand der Kammer Nordrhein
10/81, S. 646
- Alarmzeichen (Editorial)
Gelsner; 11/81, S. 657
- Der Bundesarbeitsminister bleibt dabei: Ein halbes Jahr Kassenarzt-Praxis
11/81, S. 676
4. Berufspolitisches Symposium in Würzburg: Berufsverbände forderten mehr patientenorientierte Teamarbeit
11/81, S. 687
- Gegen „grauen“ Zuzug
11/81, S. 710
- Gesprächsangebot an Psychologen
11/81, S. 715
- Schwierigster Standpunkt (Dr. *Hoppe* antwortet auf Brief von Dr. *Klotz*)
11/81, S. 715
- Zulassungsrecht (Beschluß der 60. HV)
12/81, S. 734
- Wahlen – Überzeugender Vertrauensbeweis für *Hoppe* und *Janssen*
12/81, S. 737
- Anhörung zur Gebührenordnung: Ärzte wehren sich gegen Eilverfahren
12/81, S. 740
- Zweck und Bedeutung der außerordentlichen Mitgliedschaft – Der nichtniedergelassene Arzt in der Kassenärztlichen Vereinigung
Bauer; 12/81, S. 741
- Standortbestimmung in Baden-Baden (HV des Hartmannbundes)
12/81, S. 752
- BPA jetzt Verband Deutscher Hausärzte
12/81, S. 753
- ### III. Weiterbildung – Gebietsarztfragen
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Weiterbildung in Nordrhein
2/81, S. 109
- Eine Pflichtweiterbildung würde die ärztliche Versorgung verschlechtern (Antwort auf FAZ-Leitartikel)
3/81, S. 144
- Noch mehr Barfußpraktiker? (Faksimilierter FAZ-Artikel)
Flöhl; 3/81, S. 146
- Hausarzt (Editorial)
Gelsner; 4/81, S. 191
- Allgemeinarzt: „Barfußpraktiker“ oder kompetenter Spezialist?
Mader; 4/81, S. 206
- Das „Frankfurter Programm“ des FDA
4/81, S. 207
- Die Einheitlichkeit des Arztberufs – „Mär“ oder Notwendigkeit?
Hoppe; 5/81, S. 257
- CDU/CSU-Fraktion für einheitlichen Arztberuf
5/81, S. 259
- Bundesarztregister: Angst vor einer „Niederlassungswelle“ junger Ärzte unbegründet
5/81, S. 262
- Auch der Arzt in Weiterbildung haftet für Fehler (Oberlandesgericht Celle)
5/81, S. 296
- Allgemeinmedizin (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 321
- Teilzeit-Weiterbildung
6/81, S. 366
- „Zwischenbilanz“ (Editorial)
Gelsner; 7/81, S. 379
- Die gesamte Ärzteschaft trägt das Konzept zur Allgemeinmedizin
7/81, S. 385
- Vom Ärztetag in Trier als Vorschläge verabschiedet: Maßnahmen zur Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung
7/81, S. 386
- Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung und Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit – Eine instruktive Darlegung der rechtlichen Grundlagen
Bösche; 7/81, S. 389
- F.D.P. zum Allgemeinmedizin-Beschluß: Großes Gewicht
7/81, S. 393
- Falscher Denkansatz bei „Weiterbildungsstellen“: Am Krankenhaus nur Arbeitsplätze
7/81, S. 400
- Frage der Interpretation? – Weiterbildung ist keine „Fachausbildung“
7/81, S. 400
- Aufgaben der Zukunft aus fachärztlicher Sicht – „Dafür ist uns allen das Gebiet der Allgemeinmedizin zu schade“
Bechtoldt; 8/81, S. 454

- MB-Vorschlag in Trier: „Akademische Lehrpraxen für Allgemeinmedizin“
8/81, S. 455
- Hessen: Weiterbildungsordnung
8/81, S. 491
- Schleswig-Holstein: Für fachübergreifend zugeordnete Rotationsstellen
8/81, S. 491
- Bremen: Weiterbildungsordnung geändert
9/81, S. 570
- Bei der Bundeswehr: Facharzt-Weiterbildung ist „Fachausbildung“
11/81, S. 686
- Zur neuen Hamburger Weiterbildungsordnung: Auch „nachgeordnete“ Kollegen sollten ermächtigt werden können
Seelisch; 12/81, S. 748
- Initiative aus Hamburg: Drei Fragen zur Weiterbildung
12/81, S. 749
- IV. Beamtete Ärzte – Sanitätsoffiziere**
- Stellenpläne für beamtete Ärzte sollen verbessert werden
3/81, S. 147
- Schwierigkeiten in Niedersachsen durch unzureichende Besoldung
3/81, S. 147
- Kritische Stellungnahme der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst: Sicherstellung an den Gesundheitsämtern vorbei?
4/81, S. 210
- Nebentätigkeit von Beamten kann durch Rechtsverordnung geregelt werden
4/81, S. 211
- Verteidigungsministerium spricht von „Mißbrauch der Entlassungsmöglichkeiten“
5/81, S. 278
- Behördenärzte in Garmisch-Partenkirchen
5/81, S. 299
- Dialog mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Besuch bei Antje Huber)
6/81, S. 338
- Weiterbildung ist keine „Fachausbildung“ – Frage der Interpretation?
7/81, S. 400
- Hamburg: Mehrarbeit beamteter Ärzte
8/81, S. 491
- Nebentätigkeit beamteter Ärzte bedarf wegen ihrer Eigenart auch weiterhin der Sonderregelungen
9/81, S. 524
- Auch die gemeinsame Kommission warnt: Einschränkung der Nebentätigkeit würde Schäden im sozialen Gefüge nach sich ziehen
9/81, S. 525
- Hessen: Gesundheitsdienst verstärken
9/81, S. 571
- Besoldungstabellen für Beamte
10/81, S. 610
- Physicat und „Arzt für öffentliches Gesundheitswesen“ – Vom Vorreiter zum Fußkranken der ärztlichen Weiterbildung
Pfau; 10/81, S. 612
- Bedenkliche Vereinbarung: Impfkationen ohne die Gesundheitsämter?
10/81, S. 614
- Bundeskanzler zur Besoldungsanpassung: „Auf jeden Fall drei Monate später“
10/81, S. 614
- „Ärzte-Misere“ bei der Justiz
10/81, S. 614
- Jubiläum des Deutschen Bundeswehrverbands
10/81, S. 614
- Anfrage zum öffentlichen Gesundheitsdienst: Unzureichender Personalbestand, aber mehr Aufgaben?
11/81, S. 682
- Bei der Bundeswehr: Facharzt-Weiterbildung ist „Fachausbildung“
11/81, S. 686
- Bayern: Antrag zur Mehrarbeitsvergütung für beamtete Ärzte
11/81, S. 716
- Mehrarbeitsvergütung für beamtete Ärzte (Beschluß der 60. HV)
12/81, S. 736
- Nebentätigkeit von Ärzten im Öffentlichen Dienst (Beschluß der 60. HV)
12/81, S. 736
- Bayern: Mehrarbeitsvergütung und Zusatzurlaub für beamtete Ärzte beschäftigen den Landtag
12/81, S. 782
- V. Betriebsärzte – Arbeitsmedizin**
- Intensivere Fortbildung in der Arbeitsmedizin (Inf.)
1/81, S. 26
- Für Grundrecht auf gesunden Arbeitsplatz
2/81, S. 81
- Charta „Arbeitsmedizin“ neu gefaßt
2/81, S. 82
- NRW/Rheinland-Pfalz: Arbeitsmedizin in Rheinland-Pfalz
5/81, S. 300
- VI. Hochschulfragen – Studienreform**
- Wissenschaftsrat warnt vor zu rigoroser Sparpolitik: Weiterer Ausbau der Hochschulen gefährdet
1/81, S. 30
- Rüge für zu niedrige Lehrverpflichtungen
2/81, S. 105
- Baden-Württemberg: Personalprobleme der Unikliniken
2/81, S. 108
- „Entspricht auch meinen Vorstellungen“ (Übermäßige Belastung im Hochschulbereich)
3/81, S. 130
- Arbeitskreis „Hochschule“
3/81, S. 175
- Baden-Württemberg: Mehrarbeitsvergütung für Hochschullehrer
3/81, S. 178
- Philologen zum „Test“: Unnötige Wiederholung des Abiturs
4/81, S. 219
- Die Zulassung zu den medizinischen Studiengängen
Berlin; 5/81, S. 293
- Hamburg: Mehrarbeit nur teilweise bezahlt
5/81, S. 296

- Hessen*: Zur Verfassungsbeschwerde gegen das Hessische Hochschulgesetz
5/81, S. 300
- Widerspruch (Editorial)
Gelsner; 6/81, S. 315
- Ärzte an Universitätskliniken (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 321
- Reform von Ausbildung und Prüfung der Medizinstudenten (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 322
- Medizinstudenten im Marburger Bund (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 322
- Kultusminister: Hochschulzugang für Ausländer erschwert
6/81, S. 341
- Formblatt-Klage gegen den Numerus clausus
6/81, S. 341
- Marburger Bund dringt auf Reform des Prüfungssystems
6/81, S. 341
- Saarland*: Unterstützung für die Forderungen der Studenten
6/81, S. 367
- Fachgesellschaften alarmieren: Medizin-Bibliotheken geraten in Gefahr
7/81, S. 409
- Für weniger Studenten mehr BAföG
7/81, S. 409
- Das Bundesverfassungsgericht zum Hessischen Hochschulgesetz: „Verzicht auf kollegiale Leitung kein Verstoß gegen die Wissenschaftsfreiheit“
8/81, S. 468
- Multiple Choice in der Diskussion
8/81, S. 468
- Gebühren bei Zweitstudium (Verwaltungsgericht Kassel)
8/81, S. 469
- Hamburg*: Mehrarbeit beamteter Ärzte
8/81, S. 491
- Arbeitskreis „Hochschule“
9/81, S. 564
- Bundesrat zu Nebeneinkünften: „Peinliches Beispiel für Lobbyismus“
10/81, S. 604
- Baden-Württemberg*: Universitätskliniken Ulm
10/81, S. 645
- Für weitere Zeitverträge – Zum Erwerb der Lehrbefähigung
11/81, S. 681
- Protest der Altwarter: Für gerechtere Handhabung der Zulassung
Güntermann; 12/81, S. 775
- Keine Nachteile für 25jährige Studenten (Bundessozialgericht)
12/81, S. 776
- Niedersachsen*: Hochschulärzte in Not
12/81, S. 782
- VII. Medizinische Ausbildung**
- Thesen für eine Reform der Ausbildung zum Arzt
1/81, S. 26
- Multiple Choice als Numerus clausus – ein Nachtrag: Krank und geschädigt durch die Ärztliche Prüfung?
Kuni/Becker; 2/81, S. 100
- Keine Besserung durch Zulassungstests: Geprüfte Kriterien entsprechen weitgehend einer guten Abitur-Note
2/81, S. 105
- Leitlinie (Editorial)
Gelsner; 3/81, S. 123
- Multiple Choice-Fragen in medizinischen Prüfungen
Grüter; 3/81, S. 148
- Prüfsystem für Medizinstudenten rechtswidrig (Verwaltungsgericht Aachen)
3/81, S. 154
- Arbeitskreis „Ausbildung“
3/81, S. 177
- Erster Schritt zur Reform der Arzt-Ausbildung: Eine Modellstudienordnung, die sich verwirklichen läßt
Steen; 4/81, S. 216
- Multiple Choice bei Apothekern: Ausweitung des Verfahrens für drei Jahre auf Eis
4/81, S. 219
- Wechselbalg (Editorial)
Gelsner; 5/81, S. 251
- Die Einheitlichkeit des Arztberufs – „Mär“ oder Notwendigkeit?
Hoppe; 5/81, S. 257
- CDU/CSU-Fraktion für einheitlichen Arztberuf
5/81, S. 259
- Die Zulassung zu den medizinischen Studiengängen
Berlin; 5/81, S. 293
- Arbeitskreis „Ausbildung“
5/81, S. 299
- Widerspruch (Editorial)
Gelsner; 6/81, S. 315
- Reform von Ausbildung und Prüfung der Medizinstudenten (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 322
- Multiple Choice-Prüfungen im Medizinstudium: Anmerkungen zur Kuni-Becker-Serie
Steinmann/Varvitsiotis; 6/81, S. 340
- Keine Entwertung der Approbation! (Übereinstimmung zwischen F.D.P. und MB)
6/81, S. 364
- Bayern*: „Notwendige Grunderfahrung“ in der Ausbildung
6/81, S. 366
- „Zwischenbilanz“ (Editorial)
Gelsner; 7/81, S. 379
- Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung und Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit – Eine instruktive Darlegung der rechtlichen Grundlagen
Bösche; 7/81, S. 389
- Der Ärztetag zur Ausbildungsreform: Neuordnung, aber ohne Übereilung
7/81, S. 408
- Arbeitskreis „Ausbildung“
7/81, S. 408
- Multiple Choice – Serie als Sonderdruck
7/81, S. 409
- „Akademie der Fachärzte“: Sechs Thesen zur Arzt-Ausbildung
8/81, S. 455
- MB-Vorschlag in Trier: „Akademische Lehrpraxen für Allgemeinmedizin“
8/81, S. 455

- Entwurf zur Approbationsordnung: Marburger Bund erwartet Vorlage noch in diesem Jahr
8/81, S. 465
- Multiple Choice in der Diskussion
8/81, S. 468
- MB-Wünsche zum dreißigjährigen Bestehen des RCDS
Bauer; 9/81, S. 562
- Arbeitskreis „Ausbildung“
12/81, S. 780
- VIII. Krankenhausfragen – Krankenhausreform – Rettungswesen**
- Humanokratisch (Editorial)
Gelsner; 1/81, S. 3.
- Kein ideologisches Programm (Das neue MB-Dokument zur Gesundheitspolitik)
1/81, S. 9
- Warum funktioniert die kollegiale Leitung besser? (Gespräche mit den Teamärzten von Biberach)
Gelsner; 1/81, S. 12
- BÄK-Ausschuß lehnte Aufklärung der Patienten durch Formulare ab
1/81, S. 23
- Berlin*: Beteiligung an der Privatliquidation: der Senator antwortet nicht
1/81, S. 48
- Menschenwürdig (Editorial)
Hoppe; 2/81, S. 59
- Neue Phase bei den Bereitschaftsdiensten: Öffentliche Arbeitgeber zu Tarifverhandlungen bereit
2/81, S. 65
- Alarmierender Brief aus einem kleinen Krankenhaus: „Dies ist ein Hilferuf!“
2/81, S. 68
- Überlastete Krankenhausärzte – Gefahr für die Patienten (Vorbildlich objektive Fernsehsendung des Südwestfunks)
2/81, S. 73
- DAG-Dringlichkeitsprogramm: Brandt: Vor allem gesicherte Arbeitsplätze
2/81, S. 81
- Gesundheitsminister ...
Gelsner; 2/81, S. 84
- Humane Krankenversorgung läßt sich nicht „humanokratisch“ erzielen (Statement *Vilmar* vor der Konzertierten Aktion)
2/81, S. 85
- Berlin*: Ärztinnen – nein danke?
2/81, S. 108
- Hessen*: Krankenhaus-Stationen stilllegen?
2/81, S. 109
- NRW/Rheinland-Pfalz*: In NRW 150 Notarztwagen
2/81, S. 110
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Landschaftsverband Westfalen-Lippe wirbt um Ärzte in der Psychiatrie
2/81, S. 110
- Vorstoß zur Beteiligung „nachgeordneter“ Ärzte (Saarland)
3/81, S. 133
- Arbeitskreis „Krankenhaus“
3/81, S. 178
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Vorschlag: Ärzte sollen Krankenhäuser mitfinanzieren
3/81, S. 179
- Saarland*: Initiativen zur Notarztversorgung
3/81, S. 179
- Ärztekammer Berlin zum Problem „Bereitschaftsdienste“
4/81, S. 199
- Krankenhaus-Beirat
4/81, S. 210
- Studie über Belastung im Nachtdienst
4/81, S. 233
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Krankenhausbau in Nordrhein-Westfalen
4/81, S. 237
- Referentenentwurf zur KHG-Novelle: MB: Verbesserungen nicht zu bestreiten
5/81, S. 262
- Die Konzertierte Aktion zur Krankenhauspflge: Noch sparsamer mit knapperen Mitteln
5/81, S. 266
11. Krankenhaustag: „Das Krankenhaus der achtziger Jahre“
5/81, S. 267
- Die geltenden und die geforderten neuen Regelungen für Bereitschaftsdienste (Synoptische Übersicht)
5/81, S. 268
- Die „gewerteten Arbeitszeiten“ (Übersichtstabelle)
5/81, S. 273
- Die Tariffkommission zum Bereitschaftsdienst: „Eine unzumutbare Belastung für den Krankenhausarzt“
5/81, S. 274
- Pflichtfach „Ethik“? (Inf.)
5/81, S. 277
- Krankenhausärzte: Bereitschaftsdienst bis zur Übermüdung
Schneider; 6/81, S. 326
- Bereitschaftsdienst – ganz persönlich
Chevallier; 6/81, S. 330
- Zum „Hilferuf aus einem kleinen Krankenhaus“: Die Position des angestellten Arztes auf lange Sicht stärken
Stockhausen; 6/81, S. 334
- Kritik nicht „nach draußen“? (Hört, hört ...)
6/81, S. 338
- DKI-Seminare
6/81, S. 339
- Pflegekräfte forderten: Bessere Pädagogik und mehr Personal
6/81, S. 339
- Saarland*: Die Mitgliederversammlung zur Personallage und zum Rettungsdienst
6/81, S. 367
- Gegen Vorwürfe eines Rechnungshofes: Pauschale Diffamierung ist eine Unverschämtheit
7/81, S. 399
- Falscher Denkansatz bei „Weiterbildungsstellen“: Am Krankenhaus nur Arbeitsplätze
7/81, S. 400
- Planstellen „billiger“? – Erfahrungen „von der Front“
7/81, S. 402
11. Krankenhaustag (Inf.)
7/81, S. 407
- Psychiatrie integrieren (Inf.)
7/81, S. 407
- Zum Internationalen Krankenhauskongreß (Inf.)
7/81, S. 407

- Hamburg:** Zunehmender Einfluß der Verwaltung im Krankenhaus?
7/81, S. 429
- Sehr hoch (Editorial)
Gelsner; 8/81, S. 443
- Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
Boeck; 8/81, S. 450
- Marburger Bund berief wissenschaftliche Kommission – Katalog ambulanter Operationen soll durchleuchtet werden
8/81, S. 458
- Vorschläge für die Intensivmedizin: Anhaltszahlen, mit denen es sich zur Zeit leben läßt
Eckhardt; 8/81, S. 463
- Auch Krankenhausträger wünschen eine „langdienende Ärzteschicht“ (Gespräch mit der DKG)
8/81, S. 487
- Thema „Patientenschutz“
8/81, S. 490
- Mitarbeiter-Beteiligungen: Bedenken gegen bundeseinheitliche Besteuerung
9/81, S. 525
- 6000 Herzkranke warten auf Operation
9/81, S. 528
- Der 11. Krankenhaustag versuchte eine Prognose: Mit Sorgen, aber nicht ohne Rezepte in die achtziger Jahre
Heuwing; 9/81, S. 529
- Diakonisches Werk zum Notarztwagen-Einsatz
9/81, S. 568
- Bayern:** Aufklärungspflicht
9/81, S. 570
- NRW/Rheinland-Pfalz:** Bruttoeinkommen als Grundlage?
9/81, S. 571
- NRW/Rheinland-Pfalz:** Herzchirurgie in Kaiserslautern
9/81, S. 571
- Zahlen (Editorial)
Gelsner; 10/81, S. 583
- Praktiziertes Kollegialsystem – eine Zwischenbilanz (1): Schwelm und Gevelsberg: Partnerschaftliche Leitung der „Inneren“ hat sich bewährt
Heck; 10/81, S. 593
- Patienten-Initiative: Ärzte erschreckend müde und „geschafft“
10/81, S. 598
- Administrativ
Gelsner; 10/81, S. 599
- Krankenhausärzte im Notarzteinsatz – unerläßliche Voraussetzungen (Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin)
10/81, S. 605
- Bayern:** Unfallmedizin in Ingolstadt?
10/81, S. 645
- Niedersachsen:** Fallkosten der Krankenhäuser
10/81, S. 646
- Praktiziertes Kollegialsystem – eine Zwischenbilanz (2): Die Spitze der hierarchischen Pyramide muß breiter werden
Heck; 11/81, S. 667
- Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus – Gemeinsame Empfehlung für die Fachgebiete Anästhesiologie und Innere Medizin
11/81, S. 671
- „Ergänzende Vorschläge“ zur Kostendämpfung im Krankenhaus verfehlen das Ziel – Appell an Bundestagsausschüsse: Zustimmung versagen!
11/81, S. 672
- Krankenhaustechnik soll gefördert werden
11/81, S. 676
- „Verantwortung für die Hygiene“ (Inf.)
11/81, S. 686
- Berufsverbände forderten mehr patientenorientierte Teamarbeit – 4. Berufspolitisches Symposium in Würzburg
11/81, S. 687
- NRW/Rheinland-Pfalz:** 118 Krankenhäuser aufgelöst
11/81, S. 716
- Grundmuster (Editorial)
Gelsner; 12/81, S. 727
- Protest gegen ungeeignete Maßnahmen zur Kostendämpfung im Krankenhaus (60. HV des MB)
12/81, S. 733
- Forderung nach einer Sachverständigenkommission für Krankenhausfinanzierung (Beschluß der 60. HV)
12/81, S. 734
- Stärkung und Förderung der ambulanten Psychiatrie (Beschluß der 60. HV)
12/81, S. 736
- Das Krankenhaus in der Spardiskussion – Herbstsitzung der Konzentrierten Aktion
12/81, S. 740
- MB-Angebot: Informationen für Personal- und Betriebsräte
12/81, S. 740
- Divergierende Äußerungen zur Lage im Pflegebereich – von 193 untersuchten Krankenhäusern bejahten 124 einen Personalmangel
Heuwing; 12/81, S. 752
- Was ist „Pflege“?
12/81, S. 753
- Beteiligung von Mitarbeitern in konfessionellen Krankenhäusern (Bundesarbeitsgericht)
12/81, S. 754
- Gemeinden haften als Krankenhausträger bei Kunstfehlern (Bundesgerichtshof)
12/81, S. 754
- Warum in der Intensivmedizin zuwenig Schwestern, Pfleger und Ärzte zur Verfügung stehen
Paris; 12/81, S. 770
- Allgemeine Problematik einer interdisziplinären Schmerzklinik
Arlt; 12/81, S. 773
- Der Beirat des Marburger Bundes analysierte die Krankenhaus-Lage
12/81, S. 779
- Dokumentation zur ärztlichen Teamarbeit: „Kollegialsystem im Krankenhaus“
12/81, S. 780
- Vielbeachtete Broschüre: „Datenschutz im Krankenhaus“
12/81, S. 780
- Fachausschuß für Krankenhaus-Organisation
12/81, S. 781
- IX. Sozialversicherung – Altersversorgung**
- Berufsständische Versorgungswerke arbeiten zusammen: Spezielle Berufsrisiken besser berücksichtigt
Geist; 1/81, S. 17

- Bayern: Ärzteversorgung
4/81, S. 234
- Bremen: Versorgungswerk
4/81, S. 234
- NRW/Rheinland-Pfalz: Anhebungen bei der Westfälisch-Lippischen Ärzteversorgung
5/81, S. 301
- Leistungen für die Rentenversicherung
6/81, S. 336
- NRW/Rheinland-Pfalz: Renten steigen um 8,17 v. H.
8/81, S. 491
- X. Internationale Zusammenarbeit – Ausland**
- Europas angestellte Ärzte suchen gemeinsame Strategie
Esch; 1/81, S. 24
- Europäischer Gewerkschaftsbund für Grundrecht auf gesunden Arbeitsplatz
2/81, S. 81
- EG-Kommission klärte: Kein Nachweis über Sprachprüfungen
2/81, S. 82
- Neun europäische Länder im Vergleich: Wie lange müssen Ärzte arbeiten?
2/81, S. 82
- Comité Permanent in Dublin: Charta „Arbeitsmedizin“ neu gefaßt
2/81, S. 82
- Intensiv-Sprachkurse in London: Englisch für Ärzte
3/81, S. 158
- VQE-Examen
3/81, S. 159
- „Schema F“ – ein Beispiel (Ausländische Ärzte in Deutschland)
Gelsner; 4/81, S. 203
- Wechselbalg (Editorial)
Gelsner; 5/81, S. 251
- Deutsch-Brasilianisches Symposium: Ärzte und die Dritte Welt
7/81, S. 409
- III. Europäischer Kongreß in Bad Nauheim: Ärztliche Fortbildung aus internationaler Perspektive
Esch; 7/81, S. 410
- Vollmitglied bei den European Junior Doctors
7/81, S. 426
- Bericht über die Italien-Reise des MB
8/81, S. 488
- Briefwechsel mit dem BdO über die Studie „Das italienische Gesundheitswesen im Umbruch – Vom Kassensystem zum nationalen Gesundheitsdienst“
9/81, S. 519
- Hearing zur EG-Richtlinie
9/81, S. 567
- Die Fédération Européenne zum EG-Richtlinien-Vorschlag: Der Arzt in Weiterbildung – nur Praktikant oder gar Student?
Esch; 10/81, S. 634
- Europäische Freizügigkeit auf Englisch: „I regret to inform you ...“
Sternschulte; 10/81, S. 637
- Klarer Standpunkt der EG-Kommission: Sprachprüfungen bei Ärzten als Zulassungsbedingung gesetzwidrig
10/8, S. 638
- Seminar-Reise nach Brasilien (Inf.)
11/81, S. 686
- Europäische Junge Krankenhausärzte (PWG)
12/81, S. 781
- XI. Gesundheitspolitik**
- Humanokratisch (Editorial)
Gelsner; 1/81, S. 3
- Kein ideologisches Programm (Das neue MB-Dokument zur Gesundheitspolitik)
1/81, S. 9
- Nach der Regierungserklärung: Kanzler ohne Gesundheitspolitik
Boeck; 1/81, S. 11
- Der Marburger Bund zum Referentenentwurf eines Gesundheitssicherstellungsgesetzes: Anhörungsrecht der Beteiligten ist zwingend notwendig
1/81, S. 23
- Grußworte von Politikern an die 58. Hauptversammlung: Wunsch nach Fortsetzung der Zusammenarbeit
1/81, S. 46
- Ausgaben für die Gesundheit seit 1970 mehr als verdoppelt
2/81, S. 70
- Gesundheitsminister ...
Gelsner; 2/81, S. 84
- Humane Krankenversorgung läßt sich nicht „humanokratisch“ erzielen (Statement *Vilmar* vor der Konzertierten Aktion)
2/81, S. 85
- Das Bundesarbeitsministerium besuchte den MB
2/81, S. 108
- Drei Jahre Bedarfsplanung, wie der Gesetzgeber sie will: Befriedigende Tätigkeit bei gesicherter Existenz?
Wirzbach; 3/81, S. 133
- Hausarzt (Editorial)
Gelsner; 4/81, S. 191
- Hartmannbund: Mehr ambulante Versorgung
4/81, S. 210
- Gespräch mit den Gesundheitspolitikern der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
4/81, S. 214
- Referentenentwurf zur KHG-Novelle: MB: Verbesserungen nicht zu bestreiten
5/81, S. 262
- MB-Erklärung für die Konzertierte Aktion: Kostendämpfung im Gesundheitswesen nicht nach dem Sankt-Florians-Prinzip!
5/81, S. 263
- Die Konzertierte Aktion zur Krankenhauspflege: Noch sparsamer mit knapperen Mitteln
5/81, S. 266
- Chance zum gesunden Leben (Inf.)
5/81, S. 277
- Übereinstimmung zwischen F.D.P. und Marburger Bund
6/81, S. 364
- Gespräch mit der SPD
7/81, S. 424
- Erforschung verbessern: Früherkennung bei Kindern
7/81, S. 427
- Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
Boeck; 8/81, S. 450

17. Bundeskongreß der ASG in Bonn
Herrmann; 8/81, S. 457
- Schmidt-Kempton im Bundestag: „Hilfreicher“ Marburger Bund
8/81, S. 457
- Marburger Bund berief wissenschaftliche Kommission: Katalog ambulanter Operationen soll durchleuchtet werden
8/81, S. 458
- „Gesundheitstag“ 1981 in Hamburg (Inf.)
8/81, S. 465
- Ausdruck des Bemühens um gute Arbeitsbedingungen (Briefwechsel mit dem BdO)
9/81, S. 519
- Bremen*: Der Senator hätte es in der Hand
9/81, S. 570
- Administrativ
Gelsner; 10/81, S. 599
- Programm für die Psychiatrie gerettet
10/81, S. 599
- Die Absichtserklärung der DKG und der KBV: Durch Selbstverwaltung besser zu lösen als durch staatliche Eingriffe
10/81, S. 602
- Alarmzeichen (Editorial)
Gelsner; 11/81, S. 657
- „Ergänzende Vorschläge“ zur Kostendämpfung im Krankenhaus verfehlen das Ziel – Appell an Bundestagsausschüsse: Zustimmung versagen!
11/81, S. 672
- Niedersachsen*: „Heckenschnitt im Eilverfahren“ bei der Kostendämpfung
11/81, S. 716
- Grundmuster (Editorial)
Gelsner; 12/81, S. 727
- Protest gegen ungeeignete Maßnahmen zur Kostendämpfung im Krankenhaus (60. HV des MB)
12/81, S. 733
- Forderung nach einer Sachverständigenkommission für Krankenhausfinanzierung (Beschluß der 60. HV)
12/81, S. 734
- Krankenkassen und Gesundheitspolitik (Beschluß der 60. HV)
12/81, S. 734
- Kurswechsel nötig
Boeck; 12/81, S. 738
- Herbstsitzung der Konzentrierten Aktion: Das Krankenhaus in der Spardiskussion
12/81, S. 740

XII. Sozialpolitik

- Rückschau auf die Sozialwahlen 1980: Verpatztes DGB-Comeback
Wave; 8/81, S. 470
- Harte Zeiten für Herbert Ehrenberg
Windschild; 9/81, S. 523
- Für und gegen die Kostenbeteiligung
10/81, S. 599
- Kurswechsel nötig
Boeck; 12/81, S. 738

XIII. Arzneimittelwesen – Pharma-Ärzte

- Arbeitskreis „Pharma-Ärzte“
1/81, S. 47
- Arbeitskreis „Pharma-Ärzte“
3/81, S. 176
- Teilgebiet „Klinische Pharmakologie“
3/81, S. 176
- Der Marburger Bund zum Arzneimittelgesetz: Öffentlich-rechtliche Verantwortung des Pharma-Arztes erneut gefordert
4/81, S. 212
- Nur die Approbation als Arzt gewährleistet im Arzneibereich die erforderliche Sachkenntnis
5/81, S. 279
- Verantwortlicher Pharma-Arzt (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 323
- Ethik-Kommissionen (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 323
- Rechtsstellung des Arztes in der Pharma-Industrie
7/81, S. 402
- Vogel (Bundesverband der Pharma-Industrie): Die Arzneimittelpreise sollen möglichst stabil bleiben
7/81, S. 403
- Bewertende Arzneimittel bleiben zulässig (Inf.)
8/81, S. 465
- Arzneimittelkommission überprüft „Greiser-Liste“ (Inf.)
9/81, S. 533
- Betäubungsmittelgesetz verabschiedet (Inf.)
9/81, S. 533
- „Frühschoppen '81“: Information über Arzneimittel – Verantwortung des Arztes
10/81, S. 642
- Verantwortung des Arztes in der Pharmazeutischen Industrie – Information über Medikamente für Arzt und Patient (Referate *Vilmar*, *Lewandowski* und *Steen*)
11/81, S. 702

XIV. Rechtsfragen

- Gericht: Fahrlässig – Nur Verwarnung für Notarztefahrer
2/81, S. 81
- Verwaltungsgericht Aachen: Prüfungssystem für Medizinstudenten rechtswidrig
3/81, S. 154
- Urteil aufgehoben (BGH/Dres. *Bourmer* und *Yekebas*)
4/81, S. 210
- Bundesverfassungsgericht: Mit dem Grundgesetz vereinbar (Nebentätigkeit von Beamten kann durch Rechtsverordnung geregelt werden)
4/81, S. 211
- Stellenvermittlung durch eine Ärztekammer muß Ausnahme bleiben („Gelegentlich und unentgeltlich“ zulässig)
4/81, S. 211
- Oberlandesgericht Celle entschied: Auch der Arzt in Weiterbildung haftet für Fehler
5/81, S. 296
- Bundessozialgericht: Kein Versicherungsschutz beim Briefeschreiben
5/81, S. 297
- Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung und Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit – Eine instruktive Darlegung der rechtlichen Grundlagen
Bösche; 7/81, S. 389

- Das Bundesverfassungsgericht zum Hessischen Hochschulgesetz
8/81, S. 468
- Verwaltungsgericht Kassel: Gebühren bei Zweitstudium
8/81, S. 469
- Immer wieder müssen Arbeitsgerichte angerufen werden: Die praktische Anwendung des BAT wirft oft schwierige Fragen auf
Krauel; 9/81, S. 515
- Unverständliche Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts: Zutrittsrecht versagt
9/81, S. 519
- Neuer Entwurf eines Staatshaftungsgesetzes: Auch Ärzte sollen entlastet werden
9/81, S. 528
- Betäubungsmittelgesetz verabschiedet (Inf.)
9/81, S. 533
- Bei „Behandlungsfehler“: Problematik der Beweislast präzisiert
11/81, S. 709
- Landessozialgericht Bremen zur Nichtbeteiligung von Diplom-Psychologen gemäß RVO
12/81, S. 753
- Bundesarbeitsgericht: Beteiligung von Mitarbeitern in professionellen Krankenhäusern
12/81, S. 754
- Bundessozialgericht: Bindung an den Überweisungsauftrag
12/81, S. 754
- Bundesgerichtshof: Gemeinden haften als Krankenhausträger bei Kunstfehlern
12/81, S. 754
- Bundesgerichtshof: Genesung hat Vorrang – Klinikaufenthalt ist kein Erholungsurlaub
12/81, S. 754
- Bundessozialgericht: Keine Nachteile für 25jährige Studenten
12/81, S. 776
- XV. Marburger Bund – Organisation**
- Bayern*: Landesversammlung 1980
1/81, S. 48
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Hauptversammlung 1980
1/81, S. 49
- Aufkleber, Buttons, Plakate (Aktionswochen)
2/81, S. 73
10. Sitzung des Bundesvorstands (6. Dezember 1980 in Köln)
2/81, S. 106
- Gespräch mit der ASG (21. November 1980 in Bonn)
2/81, S. 107
- Das Bundesarbeitsministerium besuchte den MB (15. Dezember 1980 in Köln)
2/81, S. 108
- Bremen*: Informationsabende in Bremen und Bremerhaven
2/81, S. 108
- Bremen*: Hauptversammlung 1980
2/81, S. 109
- Bremen*: Ergebnis der KV-Wahlen
2/81, S. 109
- Niedersachsen*: Neue Vorstände in Bezirksvereinigungen
2/81, S. 109
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Hospes im Presseauschuß
2/81, S. 110
- NRW/Rheinland-Pfalz*: MB-Sprechstunden in Mainz und Koblenz
2/81, S. 110
- Schleswig-Holstein*: Aufruf zur Mitglieder-Werbung
2/81, S. 110
- „Aktionswochen“ mit der DAG
3/81, S. 132
- Arbeitskreis „Hochschule“ (4. Oktober 1980 in Köln)
3/81, S. 175
- Aus dem Mitglieder-Service des Marburger Bundes (Programm, Klinikkalender, BAT)
3/81, S. 175
- Arbeitskreis „Pharma-Ärzte“ (23. Januar 1981 in Hamburg)
3/81, S. 176
- Geschäftsführer-Konferenz (10. Oktober 1980 in Hamburg)
3/81, S. 176
- Arbeitskreis „Aktenplan“ (4. Dezember 1980 in München)
3/81, S. 177
- Arbeitskreis „Ausbildung“ (26. Oktober 1980 in Köln)
3/81, S. 177
- Arbeitskreis „Krankenhaus“ (18. November 1980 in Köln)
3/81, S. 178
- Attraktives Jahrbuch „mb/80“
3/81, S. 178
- Baden-Württemberg*: Beiträge unverändert
3/81, S. 178
- Hessen*: Landesverbandsvorstand
3/81, S. 179
- Gemeinsam mit der DAG: „Aktionswochen laufen erfolgreich“
4/81, S. 198
- Gespräch mit den Gesundheitspolitikern der CDU/CSU-Bundestagsfraktion (12. Februar 1981 in Bonn)
4/81, S. 214
- MB: Jetzt 35 800 Mitglieder
4/81, S. 232
11. Sitzung des Bundesvorstands (7. Februar 1981 in Köln)
4/81, S. 232
- Tagesordnung der 69. HV des MB in Trier
4/81, S. 233
- Bayern*: Niederlassungsseminar
4/81, S. 234
- Hamburg*: Jahreshauptversammlung
4/81, S. 234
- Niedersachsen*: Werner Stucke wieder Vorsitzender (Jahreshauptversammlung)
4/81, S. 236
- NRW/Rheinland-Pfalz*: MB-Sprechstunden in Mainz und Koblenz
4/81, S. 237
- Saarland*: Termine und Beiträge
4/81, S. 237
- Schleswig-Holstein*: Tagesordnung der Hauptversammlung
4/81, S. 237
- Geschäftsführer und Mitarbeiter in Regensburg (20. und 21. Februar 1981)
5/81, S. 298

- Arbeitskreis „Ausbildung“
5/81, S. 299
- Neue MB-Anzeigenserie
5/81, S. 299
- Hessen: Vorstand wieder vollzählig
5/81, S. 300
- Dr. Jörg Hoppe schrieb an Noch-nicht-Mitglieder
5/81, S. 301
- Gespräch mit der F.D.P. (9. April 1981 in Bonn)
6/81, S. 364
- Beirat und Vorstand (27. und 28. März 1981 in München)
6/81, S. 364
- Bayern: Seminarthemen: Rhetorik und Niederlassung
6/81, S. 366
- Berlin: Vorstand und Beirat neugewählt
6/81, S. 366
- Niedersachsen: Neue Vorstände in Bezirksvereinigungen
6/81, S. 366
- NRW/Rheinland-Pfalz: MB-Sprechstunden in Mainz und Koblenz
6/81, S. 366
- Saarland: Die Mitgliederversammlung zur Personallage und zum Rettungsdienst
6/81, S. 367
- Schleswig-Holstein: MB-Sprechstunden in Kiel
6/81, S. 367
- Arbeitskreis „Ausbildung“ (9. Mai 1981 in Köln)
7/81, S. 408
13. Sitzung des Bundesvorstands und mbt-Gesellschafter (1. Mai 1981 in Überlingen)
7/81, S. 424
- Gespräch mit der SPD (13. Mai 1981 in Bonn)
7/81, S. 424
- HB/MB-Kommission (25. März 1981 in Köln)
7/81, S. 427
- Weiteres Gespräch mit der BDÄ
7/81, S. 427
- Schleswig-Holstein: Hauptversammlung
7/81, S. 429
- Gespräch mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (27. April 1981 in Köln)
8/81, S. 488
- Bericht über die Italien-Reise des MB
8/81, S. 488
- Merkblatt-Service
8/81, S. 488
- Gespräch mit Rheinland-Pfälzern und Saarländern
8/81, S. 489
- Besuch bei der CDA
8/81, S. 490
- Werbeaktion (Editorial)
Hoppe; 9/81, S. 505
- Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“
9/81, S. 511
15. Sitzung des Bundesvorstands (3. Juli 1981 in Köln)
9/81, S. 564
- Arbeitskreis „Hochschule“ (4. Juli 1981 in Köln)
9/81, S. 564
- Merkblatt-Kommission (20. Juli 1981 in München)
9/81, S. 568
- Positive Mitglieder-Entwicklung hält an: Jetzt gut 37 500
9/81, S. 568
- Baden-Württemberg: Vier Entschließungen der 18. Hauptversammlung
9/81, S. 570
- Bayern: Kreisverband Bamberg
9/81, S. 570
- NRW/Rheinland-Pfalz: MB-Sprechstunden in Mainz und Koblenz
9/81, S. 571
- Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“
10/81, S. 589
- Tagesordnung der 60. Hauptversammlung
10/81, S. 643
- Spitzengespräch DAG/MB (21. August 1981 in Köln)
10/81, S. 644
16. Sitzung des Bundesvorstands (21. August 1981 in Köln)
10/81, S. 644
- Baden-Württemberg: Vorstand wiedergewählt
10/81, S. 645
- NRW/Rheinland-Pfalz: MB-Mitglieder im Vorstand der Kammer Nordrhein
10/81, S. 646
- Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“
11/81, S. 663
4. Berufspolitisches Symposium in Würzburg (1. und 2. Oktober 1981)
11/81, S. 687
- Geschäftsführer-Konferenz (25. September 1981 in Köln)
11/81, S. 710
- MB auf der „Medica 81“
11/81, S. 710
- Kommission HB/MB (23. September 1981)
11/81, S. 710
- Anhörungen und Besprechungen
11/81, S. 715
- Wahlen zum Bundesvorstand
12/81, S. 737
- Sitzung des Beirats (10. Oktober 1981 in Hannover)
12/81, S. 779
- Dokumentation zur ärztlichen Teamarbeit: Broschüre „Kollegialsystem im Krankenhaus“
12/81, S. 780
- Vielbeachtete Broschüre „Datenschutz im Krankenhaus“
12/81, S. 780
- Arbeitskreis „Ausbildung“ (3. Oktober 1981 in Köln)
12/81, S. 780
- Gespräche mit der PKV fortgesetzt (27. Oktober 1981 in Köln)
12/81, S. 781
- Hessen: Neuer Geschäftsführender Vorstand
12/81, S. 782
- NRW/Rheinland-Pfalz: MB-Sprechstunden in Mainz und Koblenz
12/81, S. 782
- NRW/Rheinland-Pfalz: APO-Bank jetzt auch in Mainz
12/81, S. 782

XVI. Persönliches

- Reflexhämmerchen für August Samse
1/81, S. 48

- Hubertus *Werner* – Mut, Temperament und Konsequenz
3/81, S. 170
- Rolf *Schlögell* – Verbindung mit den freien Berufen
3/81, S. 170
- Gerhard *Halberstadt* – Das Schlüsselwort heißt Kooperation
3/81, S. 170
- Gerhard *Jungmann* †
4/81, S. 208
- Urteil aufgehoben (BGH/Dres. *Bourmer* und *Yekebas*)
4/81, S. 210
- Emil Heinz *Graul*: Pionier auf Neuland
4/81, S. 233
- Vertrauensmann Helmut *Adamek*
6/81, S. 366
- Kaspar *Roos*: Schulter an Schulter mit dem Marburger Bund
7/81, S. 426
- Eduard *Diegmann*: Pharma-Insider
7/81, S. 427
- Ehren-Reflexhammer für Dr. Hans-Wolf *Muschallik*
7/81, S. 428
- Gerd *Iversen*: Gegner mit gutem Mut überzeugen
8/81, S. 487
- Ehren-Reflexhammer für Prof. Hans-Werner *Müller*
8/81, S. 490
- Ehren-Reflexhammer für Dr. Arnold *Rimpau*
8/81, S. 490
- Ehren-Reflexhammer für Dr. Helmut *Adamek*
9/81, S. 567
- Der neue Siebte (Dr. *Mitrenka*)
12/81, S. 737
- Bundesverdienstkreuz für Hans *Trawinski*
12/81, S. 737
- XVII. Verschiedenes**
- Umweltarzt
1/81, S. 25
- Nachweisheft über Röntgenbestrahlung (Inf.)
1/81, S. 25
- Als Arzt für die „Soforthilfe“ in Kambodscha: 1200
Flüchtlinge täglich im Bambus-Hospital
Steen; 1/81, S. 41
- „Falsche“ auf der Intensivstation (USA)
1/81, S. 44
- Gruppenpraxis empfohlen
1/81, S. 44
- Führungskräfte bald Mangelware?
2/81, S. 104
- Niedersachsen*: Unterrichtsvergütung erhöht
2/81, S. 109
- Gesetzesantrag aus Bayern: Versuche nur noch mit
Zuchttieren
3/81, S. 155
- V. Forum in Köln: Fortschritt und Fortbildung in der
Medizin
3/81, S. 155
- Institut für Normung
3/81, S. 158
- Intensiv-Sprachkurse in London: Englisch für Ärzte
3/81, S. 158
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Programm zur Fortbildung
3/81, S. 179
- Apotheker- und Ärztebank: Mitgliederzuwachs trägt Expansion
4/81, S. 231
- Interessenvertretung der Verwaltungsapotheker
4/81, S. 234
- Bayern*: 187 unbesetzte Arztstellen
4/81, S. 234
- Die „Vereinigten“ informiert: Für 1980 bis zu drei Beiträge
zurück
5/81, S. 297
- Berlin*: Ärzte gegen Zwangsernährung
5/81, S. 300
- Steuersatz für Nebeneinkünfte (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 321
- Humanes Sterben (Beschluß der 59. HV)
6/81, S. 322
- Zwangsbehandlung/Zwangsernährung (Beschluß der 59.
HV)
6/81, S. 323
- Dr. *Jörg Hoppe* in Trier zu zwei aktuellen Themenkomplexen:
Zwangsernährung bei Hungerstreik und Forderung nach dem
„Gnadentod“
6/81, S. 324
- Strafanzeige gegen Simulanten-Fibel (Inf.)
6/81, S. 338
- MB unterstützt Mitglieder, die in Konflikt kommen: Zur
Zwangsbehandlung dürfen Ärzte von niemand verpflichtet
werden
6/81, S. 363
- NRW/Rheinland-Pfalz*: Keine medizinische Apartheid
6/81, S. 366
- Neuer Finanzausschuß der BÄK
7/81, S. 403
- Tagungsorte der nächsten Ärztetage
7/81, S. 403
- „Gesunde Geschäfte“ – ein gesundes Verlagsgeschäft
7/81, S. 404
- Körperverletzung Lärm (Inf.)
7/81, S. 407
- Beim Arzt größte Strahlenbelastung (Inf.)
7/81, S. 407
- Röntgenzuschlag (Inf.)
7/81, S. 407
- Gespräch mit der PKV (23. April 1981 in Köln)
7/81, S. 426
- Bildungsministerium „unverzichtbar“ (Inf.)
8/81, S. 465
- Krebshilfe plant Patienten-Ratgeber (Inf.)
8/81, S. 465
- Gesundheitspaß abgelehnt (Inf.)
8/81, S. 465
- Thema „Patientenschutz“
8/81, S. 490
- Krebskataster
9/81, S. 528
- Hessen*: Verträge und Zeugnisse
9/81, S. 571
- Hartmannbund-Aktion „Hilfe für Polen“
10/81, S. 640

- Gen-Manipulationen weltweit kontrollieren
11/81, S. 686
- NRW/Rheinland-Pfalz: Gewerbesteuer für freie Berufe
11/81, S. 716
- Private Krankenversicherung: Konkurrenz belebt das Geschäft
12/81, S. 776
- Weihnachts-Spendenaufruf „Ärzte helfen Ärzten“
12/81, S. 777
- Hundert Jahre Deutsche Ärzteversicherung
12/81, S. 778
- Berlin: Dokumentation zum Thema „Zwangsernährung“
12/81, S. 782

XVIII. Fortbildung (Arzt und Medizin)

- Möglichkeiten und Grenzen der Nuklearmedizin (2)
Gehring; 1/81, S. 31
- Referate
1/81, S. 40
- Verhinderung Dextran-bedingter Nebenwirkungen
Gregori; 2/81, S. 89
- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (8):
Operative Endoskopie
Riemann/Demling; 2/81, S. 92
- Referate
2/81, S. 98
- Der Grand mal-Anfall, Diagnose und Erstbehandlung
Fröscher/Stefan; 3/81, S. 160
- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (9):
Cholangioskopie und Endoskopie von biliodigestiven Anastomosen
Rösch; 3/81, S. 165
- Referate
3/81, S. 168
- Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei Nasenbluten im Kindesalter
von Voss/Walter; 4/81, S. 222
- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (10):
Endoskopische Diagnostik und Therapie der Nase und der Nasennebenhöhlen
Draf; 4/81, S. 225
- Referate
4/81, S. 228
- Asymptomatischer Krankheitsverlauf – ein seltenes Ereignis?
H. Mörl; 5/81, S. 282
- Endoskopisch-bioptisches Untersuchungsverfahren (11):
Urethro-Cystoskopie und retrograde Pyelographie
Osterhage/Frohnmüller; 5/81, S. 289
- Referate
5/81, S. 291
- Pathologie der Therapie (Versuch einer Standortbestimmung)
Thurner; 6/81, S. 344
- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (12):
Anoskopie und Proktoskopie
Brühl/Roschke; 6/81, S. 354
- Referate
6/81, S. 356
- Geriatric – Gerontologie
Falck; 7/81, S. 412

XIV

- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (13):
Thorakoskopie
Loddenkemper; 7/81, S. 421
- Referate
7/81, S. 423
- Intestinale Helminthosen
Volkheimer; 8/81, S. 472
- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (14):
Gastroenterologische Notfallendoskopie
Huchzermeyer/Wöltje; 8/81, S. 481
- Referate
8/81, S. 486
- Das Bronchialkarzinom
Schmähl; 9/81, S. 534
- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (15):
Diagnostik von Urotheltumoren im Harntrakt
Jellinghaus/Frohnmüller; 9/81, S. 557
- Referate
9/81, S. 560
- Diagnostik und Therapie des Hyperparathyreoidismus (1)
Marschner/Spelsberg/Wood/Scriba; 10/80, S. 619
- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (16):
Kolo-Ileoskopie
Matek/Frühmorgen; 10/81, S. 629
- Referate
10/81, S. 633
- Diagnostik und Therapie des Hyperparathyreoidismus (2)
Marschner/Spelsberg/Wood/Scriba; 11/81, S. 690
- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (17):
Trommelfell- und Mittelohrendoskopie
Eichner; 11/81, S. 697
- Referate
11/81, S. 699
- Diagnostik und Therapie des Hyperparathyreoidismus (3)
Marschner/Spelsberg/Wood/Scriba; 12/81, S. 757
- Endoskopisch-bioptische Untersuchungsverfahren (18):
Rektoskopie
Hermann/M. Mörl; 12/81, S. 766
- Referate
12/81, S. 769
- XIX. Rubrik „Mit fremden Federn“**
5/81, S. 292
- XX. Rubrik „Zur Person“**
1/81, S. 44
3/81, S. 159
4/81, S. 231
5/81, S. 297
8/81, S. 490
9/81, S. 569
10/81, S. 640
- XXI. Rubrik „Diskussion“**
9/81, S. 562
10/81, S. 602
11/81, S. 682
- XXII. Rubrik „Leser schreiben“**
3/81, S. 155
9/81, S. 568
11/81, S. 715

XXIII. Rubrik „Nachlese“

10/81, S. 645

XXIV. Rubrik „Bücher“

1/81, S. 45

9/81, S. 563

10/81, S. 640

XXV. Rubrik „Stichwort“

10/81, S. 609

XXVI. Rubrik: Es wird Sie interessieren...

1/81, S. 44

XXVII. Rubrik „Außerhalb der Tagesordnung“

1/81, S. 50

2/81, S. 111

3/81, S. 180

4/81, S. 238

5/81, S. 302

6/81, S. 368

7/81, S. 430

8/81, S. 492

9/81, S. 572

10/81, S. 647

11/81, S. 717

12/81, S. 783

Diagnostik und Therapie des Hyperparathyreoidismus (Teil 2)

I. Marschner, F. Spelsberg, W. G. Wood und P. C. Scriba
Medizinische Klinik, Innenstadt der Universität München
(Direktor: Prof. Dr. E. Buchborn)

Chirurgische Klinik der Universität München, Klinikum Großhadern
(Direktor: Prof. Dr. G. Heberer)

Medizinische Klinik der Medizinischen Hochschule Lübeck
(Direktor: Prof. Dr. P. C. Scriba)

Therapie des pHPT

Die operative Entfernung der vergrößerten Epithelkörperchen ist die Therapie der Wahl beim pHPT. Prinzipiell ist das Krankheitsbild mit erfolgreicher chirurgischer Intervention heilbar. Die Prognose hängt im wesentlichen von der Nierenfunktion ab.

Die außergewöhnliche Schwierigkeit der Nebenschilddrüsenchirurgie wird durch die Bemerkung Albrights beleuchtet, daß der wichtigste Schritt zur erfolgreichen Therapie des Hyperparathyreoidismus die Wahl des richtigen Chirurgen sei. Diese Formulierung umreißt pointiert die Probleme, die durch die entwicklungsgeschichtlich bedingte extreme Lagevariation, starke Größenunterschiede, Schwierigkeiten bei der histologischen Differenzierung im Schnellschnitt und überzählige Epithelkörperchen gegeben sind.

Prinzipiell muß der Chirurg von der Richtigkeit der Diagnose überzeugt sein. Für die Operation ist ein streng systematisches Vorgehen, eine peinlich genaue Technik und unblutige Präparation essentiell. Der Ersteingriff muß topografisch exakt alle vier Epithelkörperchen einbeziehen, so daß einem Zweiteingriff im Halsbereich, dem durch narbige Verwachsungen wesent-

lich geringere Erfolgschancen gesetzt sind, mit größtmöglicher Sicherheit vorgebeugt werden kann. Die Notwendigkeit dieser schonenden Darstellung aller vier Epithelkörperchen ergibt sich aus der Vielfalt der pathologisch-anatomischen Variationen sowie überzähliger Epithelkörperchen-Adenome. Die Schwierigkeit der Parathyreoidektomie liegt so einmal in der Identifikation suspekten Epithelkörperchengewebes und zum anderen in der Ortung ihrer vielfältigen Lagevarianten. Für die Identifikation ist die intraoperative Schnellschnittuntersuchung unverzichtbare Voraussetzung.

Die Häufigkeit, mit der eine Epithelkörperchenhyperplasie diagnostiziert wird, hängt einerseits vom intraoperativen Vorgehen (Anzahl der biopsierten Epithelkörperchen, Gewebemenge) und dem involvierten Pathologen ab. Prinzipiell ist die Unterscheidung Adenom/Hyperplasie/Normal, auch unter Zuhilfenahme der Elektronenmikroskopie, extrem schwierig und durch die oft geringen entnommenen Gewebemengen bei Biopsie makroskopisch grenzwertig vergrößerter Epithelkörperchen zusätzlich erschwert. Die Angaben über die Hyperplasierate schwanken demnach in der Literatur zwischen 13 und über 50%.

Für das chirurgische Vorgehen wird deshalb auf die Unterscheidung Ade-

nom/Hyperplasie verzichtet und nur noch von der Anzahl vergrößerter Drüsen gesprochen. Entfernt werden sollen nur Epithelkörperchen, die in Masse (größer 50 mg), Farbe und Form verändert sind. Nach dem oben über die Schwierigkeit der pathologisch-anatomischen Differenzierung Gesagten soll nicht der histologischen Diagnose „Hyperplasie“ folgend, sondern nur makroskopisch verändertes Epithelkörperchengewebe reseziert werden.

Zur Ortung der Nebenschilddrüsen mit ihren Lagevarianten hat sich in München bei jetzt über 300 Fällen von pHPT folgendes stufenweises Vorgehen bewährt (Durchführung jeweils bis zum Auffinden aller vier Epithelkörperchen):

I. Cervicale Exploration mit Inspektion aller vier Epithelkörperchen.

II. Erweiterte cervicale Exploration, beginnend mit der Präparation des substernalen Fettgewebes mit Thymusfortsätzen. Diese Maßnahme führte in den letzten fünf Jahren bei 7% unserer Patienten zum Erfolg. Als nächstes kommt die Präparation im Bereich von Trachea, Oesophagus, Pharynx, Larynx und Carotis bis zu ihrer Gabelung. Der dritte Schritt besteht in der transcervicalen Thymektomie. Als letzte Stufe schließt sich die erweiterte cervicale Exploration mit Hemithyreoidektomie der verdächtigen Seite an. Damit erreicht man den Ausschluß der in 3% intrathyreoidal gelegenen sowie aller der Schilddrüse anhaftenden Epithelkörperchen. Ferner wird eine allfällige Reintervention erleichtert. Bleiben alle die bisher genannten Maßnahmen erfolglos, so empfehlen wir nach Abwägung der individuellen Risikofaktoren:

III. die einzeitige Sternotomie vor allem bei der (internistisch vorbehandelten) hyperkalzämischen Krise. Dieser Eingriff ist seit der Einführung der transcervicalen Thymektomie sehr selten geworden.

Das Konzept des adäquaten chirurgisch-therapeutischen Vorgehens ist folgendermaßen zusammenzufassen: Isolierte Entfernung der über 50 mg vergrößerten Epithelkörperchen. Bei Hyperplasie mit Vergrößerung aller Epithelkörperchen, multipler endokriner Neoplasie (MEA) und familiärem

pHPT sowie im Zweifelsfall die totale Parathyreoidektomie mit simultaner autologer Epithelkörperchentransplantation auf den Unterarm oder subtotale Parathyreoidektomie. In jedem Fall wird das am Hals zurückbleibende Epithelkörperchengewebe mit einem Silberclip und einem zusätzlichen nicht resorbierbaren Faden für den Fall einer Reoperation oder selektiven transvenösen Blutabnahme zur PTH-Bestimmung markiert.

Bei der autologen simultanen Epithelkörperchentransplantation handelt es sich um eine inzwischen bewährte Alternative zur früher geübten subtotalen Resektion. Es werden 20 1mm³ große Parathyreoideagewebsstückchen in eine blutarm präparierte Muskellogge im Unterarm (Musculus brachioradialis) kettenförmig eingebettet. Wichtig ist, daß der Patient prophylaktisch entsprechend gelagert und abgedeckt wird. Prinzipiell wird Gewebe zur Kryokonservierung einbehalten, um für den seltenen Fall einer Funktionslosigkeit des Transplantats oder des Versagens des Epithelkörperchenrestes am Hals eine (zweite) Transplantation vornehmen zu können (bis zu zwei Jahren möglich). Bei erneuter Hyperplasie kann in Lokalanästhesie die Transplantatmasse bequem nach Bedarf verringert werden.

Indikationen für die totale Parathyreoidektomie im Halsbereich mit simultaner autologer Transplantation sind:

- unvollständige Identifikation von allen vier Drüsen
- gleichzeitige oder vorausgegangene Schilddrüsenoperation (Vaskularisation)
- Reoperation bei persistierendem pHPT
- multiple endokrine Neoplasie und familiärer pHPT (gehäuft Rezidive).

Demgegenüber sind die Voraussetzungen für eine subtotale Resektion unter Belassen von einem halben Epithelkörperchen in situ (sog. 3¹/₂-Resektion):

- vier Drüsen vergrößert (Veränderungen in Farbe und Größe (>50 mg)

- mindestens zwei Epithelkörperchen gut vaskularisiert
- kein gleichzeitig bestehender Kropf
- zu belassendes Gewebe technisch gut zugänglich.

Im chirurgischen Vorgehen bei mehrfach vergrößerten Epithelkörperchen haben sich zwei Wege als gangbar erwiesen:

- konservativ: Es werden nur Epithelkörperchen mit mehr als 50 mg entfernt. Vorteil: Niedrige Rate an postoperativem Hypoparathyreoidismus.
- extensiv: 3¹/₂-Resektion oder Transplantation (bei Beherrschung letzterer Technik lassen sich z.B. in Strumaendemiegebieten technische Schwierigkeiten leichter meistern).

Erstaunlicherweise liegt die Rezidivrate bei beiden Therapiewegen langfristig unter 1%.

Reinterventionen können notwendig werden durch eine erfolglose Erstoperation oder durch ein seltenes (0,5%) echtes Rezidiv (eventuell im Rahmen einer endokrinen Polyadenomatose), dem dann jedoch unter Umständen ein jahrelanges normokalzämisches Intervall vorausgeht. Nach erneuter Erhärtung der Diagnose müssen die Risiken eines Zweiteingriffs gegen die Gefährdung des Patienten durch die Grundkrankheit abgewogen werden. Vor Reoperation, die wegen der zu erwartenden höheren Komplikationsrate nur in dafür spezialisierten Zentren vorgenommen werden sollte, sind alle technisch verfügbaren Lokalisationsverfahren einzusetzen.

Medikamentöse Therapie des pHPT

a) Operationsvorbereitung

Bei Patienten mit einem Kalziumspiegel unter 6,5 mVal/l kann nach Ausgleich der Volumen- und Elektrolytverluste nach Sicherung der Diagnose gewöhnlich sofort zur Operation geschritten werden. Höhere Kalziumspiegel müssen prinzipiell wegen der zu erwartenden gefährlichen Komplika-

tionen (Herzrhythmusstörungen, Pankreatitis etc.) präoperativ unter diese Schwelle abgesenkt werden. Mit modernen Mitteln gelingt es stets, das Serumkalzium akut in ein bis zwei Tagen um 2–4 mVal/l zu senken, was ausreicht, den Patienten aus dem gefährlichen Bereich zu bringen und die Diagnostik zu ermöglichen. Die chronische Behandlung dagegen ist unbefriedigend, wenn nicht die Ursache beseitigt werden kann, da die eingesetzten Mittel unbequem, toxisch oder mit sonstigen gefährlichen Nebenwirkungen behaftet sind.

Die Intensität der Maßnahmen richtet sich nach Klinik, Kalziumspiegel und therapeutischem Ansprechen. Prinzipiell wird als erste Maßnahme versucht, die Kalziumexkretion im Urin über Volumen- und Natriumzufuhr (Koppelung der tubulären Natrium- und Kalziumexkretion) sowie Gabe von Furosemid maximal zu steigern. Eine Übersicht über die zur Verfügung stehenden Mittel gibt Tabelle 3. Mit der Beherrschung der Exsiccose (Erbrechen, Polyurie) durch Hydratation und milde Diurese ist häufig bereits ein deutlicher Abfall des Kalziumspiegels zu erreichen. Die Volumenzufuhr kann, je nach Nierenfunktion und Kreislaufsituation, bis zur forcierten Diurese gesteigert werden.

Calcitonin hemmt die Knochenresorption und steigert die renale Kalzium- und Phosphatclearance. Es ist nur mäßig wirksam, jedoch in niedriger Dosierung ohne Nebenwirkungen. Bei Applikation von mehr als 6 mal 100 E Lachs-Calcitonin (sCT) pro 24 Stunden kommt es zu Flush, Erbrechen, Durchfall und Darmkrämpfen.

Mithramycin ist die wirksamste Substanz, um die Knochenresorption zu hemmen. Der genaue Wirkungsmechanismus ist unbekannt. Mit der Applikation gelingt eine drastische Senkung, meist Normalisierung des Serumkalziums innerhalb von zwei bis drei Tagen. Die Nebenwirkungen (Thrombocytopenie, Hepatotoxizität, Übelkeit und Erbrechen) erlauben jedoch nur einen kurzfristigen, gezielten Einsatz. Unter der in Tabelle 3 angegebenen Dosierung haben wir keine Nebenwirkungen beobachtet.

Glucocorticoide erhöhen in pharmakologischen Dosen die Kalziumausscheidung im Urin und vermindern die intestinale Absorption, verursachen aber gleichzeitig eine negative Kno-

chenbilanz. Sie sind beim pHPT unwirksam, gehören jedoch zur Standardtherapie der Hyperkalzämie bei Malignomen und (wegen des Vitamin-D-Antagonismus) Vitamin-D-Intoxikation sowie der Sarkoidose (Vitamin-D-Hypersensitivität).

Patienten mit pHPT, aber auch solche mit Hyperkalzämie anderer Ursache, haben häufig eine Hypophosphatämie. Letztere hemmt den Kalziumeinbau in den Knochen und fördert die intestinale Kalziumabsorption, was beides direkt oder indirekt die Hyperkalzämie steigert. Die orale oder intravenöse Phosphatapplikation ist eine der effektivsten Behandlungsmethoden der Hyperkalzämie. Der dramatische Abfall des Serumkalziums Minuten

nach intravenöser Phosphatzufuhr geht auf Kosten einer Ausfällung von Kalziumphosphat teilweise im Knochen, teils auch in Weichteilen (Nieren, Herz, Gefäßwände etc.). Gefäßverkalkungen entlang der zuführenden Vene haben sich sogar röntgenologisch nachweisen lassen. Andererseits ist nicht bewiesen, daß ein akuter oder chronischer Schaden entsteht, wenn der Phosphatspiegel lediglich normalisiert wird (engmaschige Kontrollen!) und die Phosphatapplikation bleibt eine zumutbare und hochwirksame Notfallmaßnahme. Allerdings haben wir die intravenöse Applikation an die letzte Stelle gesetzt, gewöhnlich reicht wegen der guten Absorption die orale Gabe aus.

Indometacin und Acetylsalicylsäure können in Fällen von Prostaglandin

E-vermittelter Tumorhyperkalzämie wirksam sein, da sie die Prostaglandinsynthese hemmen. Beim pHPT sind sie unwirksam.

Durch Hämodialyse gegen kalziumfreies Dialysebad kann der Kalziumspiegel wirksam gesenkt werden. Eine Indikation ist nur bei gleichzeitiger Niereninsuffizienz gegeben. Da die meisten Dialysebäder kein oder nur wenig Phosphat enthalten, kommt es bei der Dialyse zu erheblichen Phosphatverlusten, die, da sie die Hyperkalzämie verstärken können, oral ersetzt werden müssen.

b) Konservative Langzeittherapie

Durch die zunehmende zufällige Entdeckung symptomfreier und milder

Therapie	Dosis	besondere Indikation	Komplikationen	Vorsichtsmaßnahmen
Hydratation	nach Klinik	universell	—	—
Natriumzufuhr	nach Urinausscheidung (bis 300 mVal/24 h)	universell	—	—
Furosemid	40 bis 160 mg/24 h	universell	K- und Mg-Depletion	Labor: K, Mg
Calcitonin	4–6 × 100 E Lachs-Calcitonin (sCT)/24 h	universell	—	—
forcierte Diurese	6 bis 12 l Flüssigkeit/24 h mit: 600–900 mVal Natrium mindestens 60 mVal Kalium mindestens 60 mVal Magnesium 120–240 mg Furosemid	universell bei lebensbedrohlicher Hyperkalzämie	Lungenödem K- und Mg-Depletion	Intensivstation Labor: K, Mg
Glucocorticoide	20–60 mg Prednison (oder Äquivalent)	Malignome Vit-D-Vergiftung Sarkoidose	Cushing-Syndrom	bei Langzeittherapie alternierende Gabe alle 2 Tage
Indometazin	4 × 25 mg	Pseudohyperparathyreoidismus	Na-Retention, gastrointestinale Blutungen	Cimetidin, etc. Antazida
Mithramycin	15 µg/kg Körpergewicht als Infusion über 6 h an den Tagen 1,3 und 5 + 10 mg Metoclopramid iv	universell	Thrombocytopenie, Markdepression, Lebertoxizität, Erbrechen	Labor: Thrombocyten
Phosphat	300 bis 600 mg oral alle 6 bis 8 h	Serum-P unter 3 mg/dl	ektople Kalzifizierungen	Serum-P unter 5 mg/dl
Dialyse	kalziumfreies Dialysebad	Niereninsuffizienz	übliche	Labor: P

Tab. 3: Maßnahmen zur Behandlung der Hyperkalzämie. Die Reihenfolge der Aufzählung entspricht der Reihenfolge des therapeutischen Einsatzes (nach R. M. Neer and J. T. Potts jr. in (1))

Fälle von pHPT, meist bei älteren Patienten, ist die Diskussion um die dieser Form adäquaten Therapie lebhaft angefacht worden. Es gibt zahlreiche Stimmen für eine abwartende Haltung unter laufender Kontrolle. Es hat sich jedoch aus Langzeitstudien ergeben, daß sich keine prognostischen Parameter für die Dignität des Verlaufs ableiten lassen. Wir streben in jedem Fall die Operation an, da

1. jeder pHPT akut exazerbieren und irreparable Schäden besonders an den Nieren setzen kann,
2. durch Anstrengung, Schwitzen, Exsikkose einerseits, durch interkurrente Zweiterkrankungen (Bettlägerigkeit) andererseits eine akute Hyperkalzämie provoziert werden kann,

bation gekommen wäre, wegen progredienter Verschlechterung der Nierenleistung doch operiert werden mußten. Dies als Einleitung zur konservativen Therapie. Auf sie muß man zurückgreifen bei

1. erfolgloser chirurgischer Therapie
2. schwerwiegenden Kontraindikationen gegen eine Operation und
3. Ablehnung der Operation durch den Patienten.

Die Basistherapie besteht aus der Sicherung einer ausreichenden Diurese von mindestens 2,5 l täglich, durch ausreichende (kalziumfreie!) Flüssigkeitszufuhr und zusätzliche Ausnützung des kalziuretischen Effekts von

A Vitamin-D-Mangel-Rachitis

- 1) diätetischer Vitamin-D-Mangel
- 2) Malabsorption von Vitamin D und Kalzium
 - a) primäre Dünndarmerkrankungen
 - b) nach Dünndarmresektion
 - c) Postgastrektomie-Syndrom
- 3) medikamentös induzierte Osteomalazie
 - a) Antikonvulsiva (Phenytoin, Barbiturate)
 - b) Cholestyramin
 - c) Laxantien-Abusus

B Hereditäre Pseudo-Mangelrachitis

C Vitamin-D-resistente Rachitis (X-chromosomal gebundene Hypophosphatämie) nach Behandlung mit Phosphat

D Pseudohypoparathyreoidismus

E Hypomagnesiämie

F Chronische Niereninsuffizienz

- 1) im Frühstadium durch Phosphatretention induzierte Hypokalzämie
- 2) im Spätstadium:
 - a) 1-Hydroxylase-Mangel
 - b) Urämiebedingte intestinale Kalziumresorptionsstörung

Tab. 4: Differentialdiagnose des sekundären Hyperparathyreoidismus

(In Anlehnung an J. E. Mahaffey and J. T. Potts jr. in (1))

3. die Erfahrung zeigt, daß den Patienten die häufigen Kontrollen lästig werden und sie sich diesen entziehen, bis sie nicht selten in lebensbedrohlichen Situationen eingeliefert werden.

Aus einer amerikanischen Studie geht hervor, daß 20% der langzeitbeobachteten Patienten, ohne daß es zu Exazer-

Furosemid. Ferner muß eine streng kalziumrestriktive Diät eingehalten werden. Gelingt es damit nicht, den Kalziumspiegel zwischen 5,5 und 6,0 mVal/l dauerhaft abzusinken, so ist zusätzlich oral Phosphat in der niedrigst möglichen Dosis zu geben (z. B. 3 × täglich 1–3 Dragees Reducto®). Zwei Stunden nach einer üblichen Dosis

soll der Phosphorspiegel unter 5,5 g/dl liegen, in der Hoffnung, Gewebsverkalzungen möglichst zu vermeiden. Der Effekt einer langzeitigen Phosphattherapie ist erstaunlich. In einem Fall von erfolgloser chirurgischer Intervention heilten, trotz weiterbestehendem pHPT, sogar Knochenzysten aus. Über Jahre kam es jedoch zu der erwarteten kompensierten Retention harnpflichtiger Substanzen. Durch Katheterlokalisierung gelang es schließlich, das Adenom zu finden und zu entfernen.

Da Epithelkörperchenadenome nicht völlig autonom sind, sondern sich in ihrer Sekretion dem (erhöhten) Kalziumspiegel anpassen, führt eine therapeutische Absenkung des Serumkalziums zu einer Stimulation der PTH-Sekretion, was die Knochendestruktion fördert. Bei der medikamentösen Langzeittherapie soll das Serumkalzium deshalb nicht normalisiert, sondern lediglich in einen „sicheren“ Bereich gebracht werden.

Versuche mit Propranolol und Cimetidin haben bisher keine stichhaltigen Ergebnisse gezeigt und gehören bislang nicht in die Therapie des pHPT.

Postoperative Überwachung und Behandlung

Nach erfolgreicher Entfernung der vergrößerten Epithelkörperchen fällt das PTH im Serum beim Nierengesunden rasch ab. Entsprechend sinkt der Kalziumspiegel im Serum innerhalb der ersten 24 Stunden postoperativ. Das Absinken allein darf noch nicht als Beweis einer erfolgreichen Operation gewertet werden. Entscheidend ist allein die dauerhafte Normalisierung. Wie weit der Kalziumspiegel absinkt und wie lange er braucht, um sich zu normalisieren, hängt von der Masse und dem Funktionszustand des verbliebenen Epithelkörperchengewebes ab. Dies ist aber im Einzelfall nicht vorauszusehen, so daß eine kurzfristige Kontrolle des Kalziumspiegels (alle 6–8 Stunden) unerlässlich ist, um gefährliche postoperative tetanische Zustände durch parenterale Kalziumzufuhr rechtzeitig zu vermeiden. Besonders Patienten mit erhöhter alkalischer Phosphatase, d. h. malazischer Begleit-

Der Patient mit der künstlichen Herzklappe

D. Michel und W. Klinner, München
1981, 200 Seiten, 100 Abbildungen
Format 17 x 24 cm
kartoniert, DM 48,00
ISBN 3-921222-37-0

Interessenten:

Ärzte für Allgemeinmedizin,
Internisten, Kardiologen, Klinikärzte,
Studenten.

Inhaltsübersicht:

- Indikation zur Implantation einer künstlichen Herzklappe
- Derzeit verwendete künstliche Herzklappen
- Symptomatik bei Klappenprothesen
- Veränderungen an implantierten Klappen
- Prothesenbedingte Komplikationen
- Langzeitüberwachung und Lebenserwartung
- Schwangerschaft

Zum Inhalt:

In der Bundesrepublik Deutschland leben zur Zeit schätzungsweise 15.000 bis 20.000 Menschen mit künstlichen Herzklappen, so daß jeder niedergelassene Arzt damit rechnen muß, in die postoperative Betreuung dieser Patienten mit einbezogen zu werden. Dem nicht speziell kardiologisch tätigen Arzt ist es jedoch kaum möglich, ausreichende Erfahrungen in Bezug auf Diagnostik und Therapie bei dieser relativ kleinen Patientengruppe zu sammeln. Das vorliegende Buch gibt zunächst einen Überblick über Indikation zum operativen Eingriff und die derzeit verwendeten künstlichen Herzklappen. Es folgt eine ausführliche Darstellung der Symptomatik bei Klappenprothesen sowie prothesenbedingter Komplikationen. Die Autoren stützen sich auf Erfahrungen an mehr als 1200 Klappenoperationen. Zahlreiche, zum Teil vierfarbige Abbildungen veranschaulichen die übersichtlichen Texte.

komponente und damit großen Mengen präformierten Osteoids, das rasch kalzifiziert werden kann, geraten postoperativ leicht in einen sogenannten „Knochensog“ (Rekalzifizierungstetanie) und benötigen oft erhebliche parenterale Kalziummengen (z. B. 10 A Kalziumgluconolactobionat 10%ig auf 500 ml 5%ige Glucose, Tropfgeschwindigkeit nach Bedarf) und orale Phosphatsubstitution. Das ist postoperativ nicht die einzige Gefahr. Besonders bei älteren Patienten, die präoperativ zur Senkung des Kalziumspiegels einer forcierten Diurese unterzogen und wegen befürchteter Rhythmusstörungen nicht mit Herzglycosiden behandelt wurden, kann sich mit Absinken des Kalziumspiegels und dem damit verbundenen Wegfall des positiv inotropen Effekts postoperativ leicht eine Herzinsuffizienz demaskieren. Das Absetzen der erhöhten Flüssigkeitszufuhr kann dazu bei vorgeschädigter Niere (Nephrolithiasis/-kalzinose) rasch zum Anstieg der harnpflichtigen Substanzen führen, besonders wenn eine cardiale Insuffizienzkomponente hinzukommt. Die Weiterführung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr (ca. 3 l/die), die parenterale Kalziumzufuhr unter regelmäßiger Kontrolle des Kalziumspiegels und gegebenenfalls der Einsatz von Kathecholaminen als positiv inotrope Substanzen mit Verbesserung der Nierendurchblutung ist deshalb angeraten.

Das Absetzen der parenteralen Kalziumsubstitution muß stufenweise, der Beginn einer eventuell nötigen oralen Substitution überlappend geschehen. Die Kalziumzufuhr in Form von Brausetabletten sollte 1–2 g/die möglichst nicht überschreiten, da es sonst leicht zu Durchfällen kommt. Statt dessen sollte früh mit Vitamin D oder entsprechenden Metaboliten begonnen werden. In unseren Händen hat sich Dihydrotachysterol (AT–10®, 0,5–1 mg/die entsprechend 15–30 Tropfen oder 1–2 Perlen) gut bewährt, andere bevorzugen 50 000 bis 100 000 E Vitamin D pro Tag.

Sollte ein langsames Ansteigen des Phosphatpiegels über die Norm einen dauerhaften parathyreoпрiven Hypoparathyreoidismus anzeigen, so sind entsprechende Phosphatbinder zu geben. Regelmäßige Kontrollen des Serumkalziums und (wenn möglich) PTH-Spiegels in ein- bis zweimonatigem Abstand sind nötig, um Über- bzw.

Unterdosierungen zu vermeiden und eine eventuelle Normalisierung der Epithelkörperchenfunktion durch kompensatorische Hypertrophie des verbliebenen Gewebes, die weitere Substitutionen unnötig macht, nicht zu übersehen.

Auch bei Normalisierung des Kalzium- und PTH-Metabolismus sollte auf eine weitmaschige Kontrolle der Patienten nicht verzichtet werden, etwa einmal jährlich, um seltene Rezidive der Erkrankung nicht zu übersehen.

Da Magnesium eine permissive Rolle bei der Parathormonsekretion spielt, kann eine deutliche Hypomagnesiämie (unter 1,0 mVal/l) auf diesem Weg eine Hypokalzämie unterhalten. Postoperativ sollte deshalb der Magnesiumspiegel wenigstens einmal kontrolliert und gegebenenfalls durch orale Substitution ausgeglichen werden. Im allgemeinen erholen sich die Patienten postoperativ rasch und die Erkrankung heilt folgenlos aus.

Die häufigste postoperative Komplikation (3,5% in unserem Krankengut) ist der parathyreoпрive Hypoparathyreoidismus durch traumatische Läsion des verbliebenen Epithelkörperchengewebes. Die autologe Transplantation kryokonservierten Gewebes hat hier neue therapeutische Möglichkeiten geschaffen. Andernfalls ist eine lebenslängliche Therapie mit Vitamin D, Kalzium und Phosphatbindern notwendig.

Seltene Komplikationen sind postoperative Nierenkoliken (Rückkehr des Uretertonus mit Normalisierung des Kalziums), intraoperative Pankreatitis (Ätiologie unbekannt, möglicherweise durch intraoperative Palpation großer Adenome mit exzessiver PTH-Ausschüttung) und Rekurrensparese.

Anschrift der Verfasser:

Dr. I. Marschner, Medizinische Klinik
Innenstadt der Universität (Direktor: Prof.
Dr. E. Buchborn), Ziemssenstraße 1, 8000
München 2

Prof. Dr. F. Spelsberg, Chirurgische Klinik
der Universität (Direktor: Prof. Dr. G.
Heberer), Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70

Dr. W. G. Wood, PhD, und Prof. Dr. P. C.
Scriba, Medizinische Hochschule Lübeck
(Direktor: Prof. Dr. P. C. Scriba), Ratzeburger
Allee 160, 2400 Lübeck