

wird eine reduzierte Dosis zusammen mit den Mahlzeiten verschrieben: entweder 100 mg Eisen mit dem Frühstück oder je 50 mg mit dem Frühstück und dem Abendessen; die Gesamttherapiedauer ist auf sechs Monate zu verlängern. Bei schwerer Anämie, das heißt bei Hämoglobinkonzentrationen unter 80 g/l, verläuft der initiale Hämoglobinanstieg mit jedem dieser Schemata gleich, etwa 2 g/l pro Tag erreichbar.

Eisenmangel neigt zum Rezidiv. Die häufigste Ursache, die Hypermenorrhoe, läßt sich meist nicht beseitigen und bedarf der fortlaufenden Substitution. Nehmen wir an, daß eine Frau statt der durchschnittlichen 45 ml monatlich 100 ml Blut verliert. Bei einem Hämatokrit von 0,45 entspricht dies einem täglichen blutungsbedingten Eisenverlust von 1,5 mg (1 ml Erythrozyten enthält 1 mg Eisen); die zusätzlichen, obligaten blutungsunabhängigen Eisenverluste liegen um 1 mg pro Tag. Nimmt diese Frau jeden zweiten Monat mit jedem Frühstück 50 mg Eisen ein und werden davon 10% resorbiert, so läßt sich das Auftreten einer Anämie verhindern. Die gleiche tägliche Dosis dürfte in den meisten Fällen die Bedürfnisse der Schwanger-

erschaft seitens des Kindes und der Mutter decken.

Eine besondere Situation stellt die starke Dauerblutung dar, zum Beispiel bei Oslerscher Erkrankung. Grundsätzlich lassen sich mit der ersterwähnten Therapieformel auch tägliche Blutverluste von 100–150 ml kompensieren. Nüchtern eingenommen, werden von 100 mg Eisen bei Eisenmangel, der in manifester oder latenter Form bei diesen Patienten immer vorliegt, etwa 20 mg resorbiert. Die dreifache Tagesdosis liefert damit Eisen für 60 ml Erythrozyten oder, bei einem Hämatokrit von 0,38, für 160 ml verlorenes Blut. In solchen Fällen ist jedoch auch die parenterale Eisenzufuhr zu erwägen.

Der Mißerfolg einer Eisentherapie hat immer eine der folgenden Ursachen: andere Ätiologie der Anämie, Nichteinnahme des Medikaments, anhaltender Blutverlust oder mangelhafte Resorption. Differenzierte Diagnostik und gelegentlich die probatorische parenterale Eisenzufuhr bringen die Klärung. Der Wert der teuren Serumferritinbestimmung für die Beurteilung des Therapieerfolges ist noch nicht gesichert. In den allermeisten Fällen genügt die Messung

der Hämoglobinkonzentration, zum Beispiel 2, 3 und 4 Wochen nach Therapiebeginn sowie in weiteren monatlichen Abständen.

Literatur

- (1) Bothwell, T. H., C. A. Finch: Iron Metabolism (Little, Brown & Company: Boston 1962).
- (2) Chlon, W. L.: Bioavailability monograph. Ferrous sulfate. J. Amer. Pharm. Ass. 17 (1977), 377.
- (3) Crosby, W. H.: Iron and Anemia. Disease-a-Month (Year Book Publishers: Chicago 1966).
- (4) Elwood, P. C., W. E. Waters, W. J. W. Greene, P. M. Sweetnam, M. M. Wood: Symptoms and circulating hemoglobin. J. chron. Dis. 21 (1969), 615.
- (5) Hallberg, L.: Oral Iron therapy. In: Kief, H. (Ed.): Iron Metabolism and Its Disorders (Excerpta Medica: Amsterdam - Oxford, American Elsevier Publishing Co.: New York 1975), 306.
- (6) Heinrich, H. C.: Nüchtereinnahme: Voraussetzung für optimale Bioverfügbarkeit oral verabfolgten Eisens. Dtsch. med. Wschr. 102 (1977), 1699.
- (7) Mitchell, A. B. S.: Oral iron tolerance. Postgrad. med. J. 50 (1974), 702.
- (8) Werner, E., J. P. Kaltwasser, P. Ihm: Orale Eisentherapie. Intestinale Absorption und ihre Beeinflussung durch eine Mahlzeit. Dtsch. med. Wschr. 102 (1977), 1061.
- (9) Zillessen, E.: Nüchtereinnahme von Eisenpräparaten: eine überzogene Forderung. Dtsch. med. Wschr. 102 (1977), 1893.

Prof. Dr. A. M. Ganzoni †
DRK-Blutspendezentrale
7900 Ulm, Oberer Eselsberg 10

Arztrecht in der Praxis

Rechtsprechung · Aktuelle Mitteilungen · Problemfälle

Ovulationshemmer für Minderjährige

Es besteht immer noch Unklarheit bei Ärzten, Eltern und Jugendlichen, wann die Einwilligung von Minderjährigen in Heileingriffe und sonstige ärztliche Maßnahmen ausreichend ist, und wann die Sorgeberechtigten ihre Zustimmung geben müssen. Das gilt insbesondere bei der Verordnung von Ovulationshemmern.

Um den Ärzten die Entscheidung zu erleichtern, hat die Bundesärztekammer Leitsätze bekanntgegeben (1). Zu Recht wird hier davon ausgegangen, daß es grundsätzlich Sache jedes einzelnen Arztes ist zu entscheiden, ob er minderjährigen, unverheirateten Frauen Ovulationshemmer verordnen will. Dort wird weiterhin gesagt, daß Mädchen unter 16 Jahren Ovulationshemmer nicht erhalten sollen, weil vorher normalerweise

das Längenwachstum noch nicht abgeschlossen und der Zyklus noch nicht stabilisiert ist.

Weiterhin wird in diesen Leitsätzen empfohlen, Minderjährigen zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr Ovulationshemmer nur zu verschreiben, wenn die Einwilligung der Eltern oder des Sorgeberechtigten vorliegt. Diese Empfehlung ist aber für den Arzt nicht allein ausschlaggebend. Hat nämlich die Minderjährige selbst die nötige Einsichts- und Urteilsfähigkeit, um die Tragweite der Einnahme von Ovulationshemmern zu erkennen (2) – nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs eine notwendige Voraussetzung für die rechtswirksame Einwilligung – und ist die Verordnung von Ovulationshemmern medizinisch vertretbar, so können dem

Redaktion:

Rechtsanwalt Dr. Hans-Jürgen Rieger
Karlsruhe 41 (Grünwettersbach)

Arzt keine rechtlichen Vorwürfe gemacht werden (3).

Unabhängig von der rechtswirksamen Einwilligung ist die Minderjährige im allgemeinen jedoch nicht in der Lage, allein einen Vertrag mit dem Arzt abzuschließen. Da Minderjährige auch nach Vollendung des 14. Lebensjahres noch beschränkt geschäftsfähig sind, bedürfen sie für das Wirksamwerden eines Vertrages der Genehmigung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten. Das bedeutet, daß die Eltern Kenntnis von der geplanten ärztlichen Maßnahme erhalten und diese trotz Einwilligung der urteilsfähigen Jugendlichen unterbinden können, indem sie den Vertrag nicht genehmigen.

Steht die Jugendliche bereits in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis, so kann daraus zwar die Befugnis zum selbständigen Vertragsabschluß mit dem Arzt

hergeleitet werden, wenn es sich um die Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit handelt. Geht es aber um medizinische Maßnahmen, die mit der Arbeitsunfähigkeit nicht im unmittelbaren Zusammenhang stehen, zum Beispiel Einnahmen von Ovulationshemmern zur Vermeidung einer Schwangerschaft, so könnte dies nicht aus der unbeschränkten Geschäftsfähigkeit hergeleitet werden.

Minderjährige im Berufsleben, die selbst versichert sind, können mit ihrem Krankenschein zum Arzt gehen und von diesem untersucht und behandelt werden. Auch können ihnen auf den Behandlungsschein Ovulationshemmer verordnet werden. Hier brauchen die Eltern nichts von der Untersuchung und Verordnung zu erfahren. Mitversicherte Kinder dagegen können sich nicht ohne weiteres selbst einen Krankenschein beschaffen, sind also auf die Mitwirkung der Eltern angewiesen.

Wird der Vertrag mangels Zustimmung der Eltern nicht rechtswirksam, so hat das für den Arzt den Nachteil, daß kein vertraglicher Honoraranspruch begründet wird.

Sind die Voraussetzungen für eine selbständige Einwilligung der Jugendlichen gegeben, so muß ihr auch das Recht zugestanden werden, darüber zu entscheiden, ob die ärztliche Schweigepflicht in vollem Umfange, also auch gegenüber den Eltern, zu wahren ist.

Träger des Geheimnisses ist allein die Minderjährige, nicht ihr gesetzlicher Vertreter. Nur solange die Aufgabe der Eltern oder Sorgeberechtigten darin besteht, die der Jugendlichen als Träger des Geheimnisses zustehenden Rechte wahrzunehmen, können sie auch über das Geheimnis verfügen. Ist sie aber selbst dazu in der Lage, so tritt das Verfügungsrecht der Eltern zurück. Es kommt also auch hier auf die Verstan-

desreife der Minderjährigen an. Somit kann man davon ausgehen, daß die ein- und urteilsfähige minderjährige Patientin in der Lage und berechtigt ist, dem Arzt die Aussage über das, was sie ihm anvertraut hat, zu untersagen, auch wenn die Eltern diese Auskunft wünschen (4).

Anmerkungen

- (1) Dtsch. Ärztebl. 67 (1970), 2907.
- (2) Hollmann: Niedersächsisches Ärztebl. (1977), 330 ff.; dieselbe in: Neues elterliches Sorgerecht - Alternativentwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der elterlichen Sorge und Begründung und Stellungnahmen. Industrie- und Recht, Band 8 (Giesecking Verlag: Bielefeld 1977), S. 121 ff.
- (3) Narr: Ärztliches Berufsrecht, 2. Aufl. (Deutscher Ärzteverlag: Köln 1977), Randnummer 871.
- (4) Narr: aaO., Randnummer 754 mit weiteren Literaturhinweisen.

Dr. jur. Angela Hollmann
3000 Hannover 1, Berliner Allee 20

Fragen aus der Praxis

Desinfektionsmaßnahmen bei Salmonellosen und Hepatitis infectiosa

Nach den Vorschriften des Bundesseuchengesetzes in § 39 (1) ist eine Entseuchung von Räumen, Gegenständen oder menschlichen Ausscheidungen von der Gesundheitsbehörde anzuordnen, wenn anzunehmen ist, daß vorgenannte Objekte mit Erregern meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten behaftet sind. Welche Ansicht vertreten die wissenschaftliche Mikrobiologie und Virologie zu der Notwendigkeit von Schlußdesinfektionen bei Salmonellosen (außer Typhus und Paratyphus A + B) und bei Hepatitis infectiosa?

Raumdesinfektion bis hin zur Vernichtungsaktion nicht-desinfizierbarer Gegenstände.

Doch das Bundesseuchengesetz, speziell § 39 (1), macht eine Entseuchung von Räumen und Gegenständen lediglich von ihrer Kontamination mit Erregern meldepflichtiger, übertragbarer Krankheiten nach § 3 (1) und (2) abhängig. Von einer besonderen Schlußdesinfektion ist hier nirgends die Rede. Deshalb hat sich jede Maßnahme sowohl der laufenden Desinfektion als auch der Schlußdesinfektion an der Umweltrestenz und dem Übertragungsmodus des entsprechenden Infektionserregers zu orientieren. Die klassisch-rigorese Raumdesinfektion ist nur bei ganz wenigen, aerogen übertragbaren Infektionen wie Aussatz (hier sind bereits Zweifel erlaubt), Milzbrand, Ornithose, Pest, Pocken und offener Tuberkulose der Atmungsorgane sinnvoll und aus rationalen Gründen erforderlich.

Sowohl bei den enteritis-erregenden Salmonellen als auch den Erregern der Typhus-Paratyphus-Gruppe erfolgt die Ausscheidung mit den Faeces, wenn eine Sepsis vorliegt mitunter auch im Urin. Enteritis-erregende Salmonellen

führen ausschließlich als Lebensmittelvergifter nach massiver Vermehrung im Lebensmittel auf Keimzahlen von minimal 10^5 - 10^6 nach erfolgter Kontamination mit Faeces zur Infektion. Bei Typhus und Paratyphus kann eine Infektion auch durch direkte orale Schmierinfektion ausgelöst werden, denn die minimale Keimzahl liegt hier in der Größenordnung von nur 10^3 - 10^4 .

Das Krankheitsbild der Hepatitis infectiosa wird von verschiedenen Viren hervorgerufen, durch das Hepatitis-A-Virus, das Hepatitis-B-Virus, ein drittes Nicht-A-Nicht-B-Virus, auch als Hepatitis-C-Virus bezeichnet, und schließlich durch andere Viren wie Zytomegalievirus oder Epstein-Barr-Virus. Die sogenannte Serum-Hepatitis mit ihrem parenteralen Infektionsmodus kann heute auf zwei Viren bezogen werden, auf das Nicht-A-Nicht-B-Virus, über das zur Zeit nur Negativaussagen möglich sind, und auf das Hepatitis-B-Virus, dessen Antigene (Australia-Antigen = HBs-Antigen, HBs-Subtypen, »e«, HBe, Dane-Partikel) serologisch nachweisbar sind. Die Übertragung der Hepatitis B erfolgt meist parenteral und iatrogen durch Blut oder Blutbestandteile, mit-

Antwort: Die Schlußdesinfektion ist definitionsgemäß die letzte Desinfektionsmaßnahme nach der Genesung, dem Tod oder der Verlegung des infektiösen Patienten, womit die bisherige laufende Desinfektion abgeschlossen wird. Allgemein versteht man darunter eine mehr oder weniger rigorese Scheuer- und