

DataEase). On first sight, the features in this documentation may be applied to other operations. Great effort was applied to the simplicity of the system in order not to "over-document" daily procedures. Nevertheless, there are some important points to be mentioned: Quality assessment is not only guaranteed by the installation of a computer documentation system, but also in external monitoring and auditing. Computer assisted documentation per se is not suited to assure high quality surgery, it just makes results more comparable – if there is proper data acquisition –.

In the paper mentioned above some conclusions are drawn that are not related to the initial purpose: How do the authors find evidence that the installation of the program did increase surgical quality? Their rate of recurrent nerve palsies show low levels compared to the literature. How did the SCHILDDOK program affect this rate? How are laryngological data assessed and recorded? Unfortunately, in most papers on thyroid surgery, palsy rates are the only data given on surgical quality. In a sophisticated documentation system, there would be room for more postoperative data, such as pain duration, hypocalcemia, hospital stay etc., which also affect the outcome. This presentation offers no explanation in which way data recording can estimate the recurrence rate immediately post operation, and how it can distinguish between persistent and recurrent adenomas.

The authors are encouraged to proceed in this database system and to extend these systems to other fields in surgery, always with the endpoint in mind to have a standardized documentation covering all surgical fields.

Reference

- (1) Wolf G, Kohek P, Hauser H, Thalhammer M, Schramayer G: State of the art in thyroid surgery – Differential Diagnosis in Postoperative Vocal Dysfunction. Acta Chir Austriaca 1996;28 (suppl 119): 3-29.
 (2) Ruppert V, Bartel M, Langenhan V, Detschew V: Quality Assurance in Benign Thyroid Diseases Surgery. Acta Chir Austriaca 1996;28:377-80.

Closing Remarks

We share the opinion of *Tscheliessnigg* and *Wolf* (1) that the installation of our database application alone does not by itself satisfy the criteria for Total Quality Management.

SCHILDDOK is only an instrument of quality assurance and can only be as good as its users.

Computerized documentation cannot guarantee high quality in all surgical processes, but is one way of comparing and evaluating standardized data sets.

To achieve high quality in surgical therapy a surgeon must be honest, and be prepared to admit both his complications as well as his good results in public. This is a matter of integrity, which cannot be subjected to an external audit.

The low rate of recurrent nerve pareses was encouraging for us. In our opinion this is a direct result of our surgical handling.

In 56.7% of cases, our findings were confirmed by an independent otolaryngologist. At the moment, we are trying to increase the number of patients who are assessed by an otolaryngologist post-operation.

SCHILDDOK assesses postoperative data such as hypocalcemia, haematoma, bleeding following surgery, and post-operative hospital stay.

From our point of view, quality control of the recurrence rate of goitre after thyroid surgery is an unsolved problem.

Follow-up by the surgeon is hardly possible because of high costs and poor patient compliance (problem of long-term follow-up).

To achieve high quality in postoperative monitoring, a sonography should be performed in every patient 3 months after operation to distinguish between persistent adenomas and recurrent goitre.

Given the tremendous costs in medical care, it is very unlikely that these aims will be widely achieved.

Reference

- (1) Tscheliessnigg KH, Wolf G: Invited Commentary to: Quality Assurance in Benign Thyroid Diseases Surgery. Acta Chir Austriaca 1996;28:379-380.

Kongreßzusammenfassung

Aus den Universitätskliniken für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Unfallchirurgie, Urologie und Orthopädie, Wien

Highlights der Chirurgie im Kindesalter

Sabine Pichorner

Mit der Übersiedlung aller Wiener Universitätskliniken in das Gebäude des Neuen Allgemeinen Krankenhauses Wien wurde ab August 1993 die gemeinsame Kinderbelegstation 17 B geschaffen, mit der Absicht, den fünf Kliniken:

- Kiefer- und Gesichtschirurgie,
- Orthopädie,
- Plastische Chirurgie,
- Unfallchirurgie und
- Urologie

die Möglichkeit zu geben, die von ihnen behandelten Kinder bis zum 14. Lebensjahr kindgerecht betreuen zu können.

Speziell geschultes Pflegepersonal und liebevoll gestaltete Räumlichkeiten nehmen Kindern die Angst vor dem Krankenhaus und der notwendigen Therapie, bei Säuglingen werden selbstverständlich Mutter und Kind gemeinsam stationär aufgenommen.

Mit der ärztlichen Leitung der Station ist abwechselnd einer der 5 Klinikvorstände betraut.

Um diese ausgezeichnete Einrichtung vorzustellen und um zu zeigen, welche herausragende medizinische Leistungen vollbracht werden, fand im Dezember 1995 das vielbesuchte Symposium „Highlights der Chirurgie im Kindesalter“ statt, bei dem sich alle 5 Universitätskliniken präsentierten.

Am 14. Dezember 1996 wird neuerlich dieses Symposium im Hörsaalzentrum des Allgemeinen Krankenhauses Wien veranstaltet, diesmal in erweitertem Rahmen (Universitätskliniken für Kinderchirurgie, Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Neurochirurgie), wozu alle Interessierten schon jetzt herzlich eingeladen sind.

R. Ewers und Sabine Pichorner, Universitätsklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Wien: **Schwerpunkte der kiefer- und gesichtschirurgischen Behandlung im Kindesalter**. Kraniofaziale Fehlbildungen stellen schwere Formen und Funktionsstörungen des Gehirn- und Gesichtsschädels dar. Sie entstehen durch vorzeitige Verknöcherung von Suturen am Schädeldach und an der Schädelbasis, durch Wachstumsstörungen oder durch Gesichtsspalten.

Folgen sind typische Schädeldeformierungen (Plagio-, Brachy-, Skapho-, Turri- oder Trigonocephalus usw.) und Mißbildungen (Hypertelorismus, Morbus Crouzon, Apert-, Franceschetti- oder Pierre-Robin-Syndrom) (Abb. 1, 2 und 3).

Das Ziel der operativen Korrektur ist die ungestörte Funktion und eine zufriedenstellende Ästhetik als Dauerresultat. Wichtig für solche trans- oder subkranialen Eingriffe ist die Wahl des Operationszeitpunktes, da das wachsende Gehirn seine Masse normalerweise innerhalb der ersten 6 Lebensmonate verdoppelt, so daß aufgrund des erhöhten Hirndruckes frühzeitige Korrekturen im 1. Lebensjahr notwendig sind. Wenn jedoch Wachstumszentren im Bereich des Mittelgesichtes von Fehlbildungen betroffen sind (z. B. ein- oder beidseitige Hypoplasien), kann ein weiterer Eingriff erst später gegen Ende des Wachstums durchgeführt werden.

Zur Operationssimulation sind an der Universitätsklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie seit 1991 stereolithographische 3-D-

Korrespondenzanschrift: Dr. Sabine Pichorner, Universitätsklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien.

Schädelmodelle in Verwendung, die für risikoreiche kraniofaziale Eingriffe eine exakte Planung ermöglichen und schon insgesamt in über 200 Fällen angewendet wurden (Abb. 4).

Ein weiterer Schwerpunkt der kiefer- und gesichtschirurgischen Behandlung im Kindesalter stellt die Therapie von Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten dar, die in unseren Breiten mit einer statistischen Häufigkeit von einer Spalte auf 500 bis 700 Neugeborene auftreten (Abb. 5).

Da mit jedem operativen Eingriff neue Narben gesetzt werden, die sowohl wachstumshemmend wirken, als auch das ästhetische Ergebnis verschlechtern können, ist für die verantwortungsvolle Korrektur ein profundes Wissen der pathologischen Anatomie der verlagerten und fehlansetzenden Muskeln, Nasenknorpel, Zahnkeime usw. notwendig.

An der hiesigen Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie erfolgt die Behandlung nach dem Wiener Konzept, das im 4. Lebensmonat den Lippenverschluß, im 6. Lebensmonat die Velumverschluß, bei Bedarf im 4. Lebensjahr die Oberlippen-Nasen-

korrektur, vor Schuleintritt im 6. Lebensjahr die Palatorrhaphie und zwischen 9. bis 12. Lebensjahr eine Osteoplastik vorsieht.

Die Kinder stehen bis zum Erwachsenenalter neben audiologisch-phoniatriisch-logopädischer Begutachtung an der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen in regelmäßiger ambulanter Kontrolle an der hiesigen Klinik, wo neben logopädischer Behandlung zunächst Oberkiefer-Abdeckplatten zur Dehnung des meist kollabierten Oberkiefers jeweils angepaßt und nach Durchbruch der bleibenden Zähne auch die entsprechende kieferorthopädische Therapie durchgeführt werden. Bei Bedarf werden weitere funktionelle und kosmetische Korrekturoperationen bis hin zum bimaxillären orthognathen Eingriff nach Wachstumsabschluß vorgenommen.

Die operative Therapie von frühkindlichen Traumen, insbesondere im Bereich des Kiefergelenkes, das im Wachstum des Unterkiefers ähnlich der Symphysenfugen der langen Röhrenknochen ein sehr sensibles „Organum“ darstellt, zählt ebenfalls zu einem wichtigen Aufgabengebiet. Unversorgte Frakturen führen hier zu späterer Ankylose, Wachstumshemmung der Unterkieferseite und damit zu Gesichtasymmetrie. Durch modifizierte präaurikuläre Zugangswege werden Schäden des Nervus facialis vermieden, eine exakte Reposition ermöglicht und eine frühzeitige funktionelle Belastung sowie hervorragende funktionelle und ästhetische Langzeitergebnisse erreicht, was die Therapie von sonst deletären Spätfolgen überflüssig macht.

Abb. 1. Patient mit beidseitiger Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte und Hypertelorismus, präoperativ.

Abb. 2. Derselbe Patient wie in Abbildung 1. Korrektur des Hypertelorismus, intraoperativ.

Abb. 3. Derselbe Patient wie in Abbildung 1 bzw. 2. Zustand nach Korrektur des Hypertelorismus und der beidseitigen Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte.

Abb. 4. Stereolithographisches 3-D-Schädelmodell einer Gesichtasymmetrie.

Abb. 5. Neugeborenes mit einseitiger Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte.



Abb. 1.

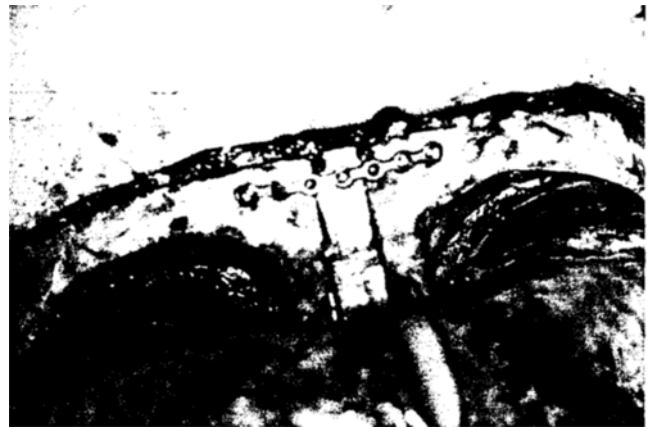


Abb. 2.



Abb. 3.



Abb. 4.



Abb. 5.

V. Vécsei und Elisabeth Schwendenwein, Universitätsklinik für Unfallchirurgie, Wien: **Das Polytrauma im Kindesalter.** Die Unfallverletzung bildet die bei weitem führende Todesursache bei Kindern zwischen 1 und 16 Jahren. Definitionsgemäß liegt ein Polytrauma vor, wenn mindestens zwei Körperregionen oder Organsysteme verletzt sind, wobei eine Verletzung oder die Kombination mehrerer lebensbedrohend ist.

Im Zeitraum von 1992 bis 1995 wurden 27 Polytraumen bei Kindern an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie behandelt. Alle mußten einer Respiratortherapie zugeführt werden. Je jünger die mehrfachverletzten Kinder sind, desto deutlicher unterscheidet sich aufgrund der anatomischen und physiologischen Besonderheiten das Verletzungsmuster. Ein polytraumatisierter Patient hat in der Regel weniger als 60 Minuten Überlebenszeit, daher ist der simultane Anlauf von diagnostisch- und therapeutischen Maßnahmen ausschlaggebend. Für uns von Bedeutung bei der Versorgung der Polytraumen im Kindesalter erscheint ein Schockraum mit allen diagnostischen Möglichkeiten wie CT, Ultraschall, Angiographie, weiters eine Rund-um-die-Uhr-Mannschaft, damit Diagnostik und Therapie Hand-in-Hand gehen.

Beim Kind sind der labile Flüssigkeitshaushalt, die geringen Reserven im Puffersystem sowie die geringe Ventilationsleistung und die niedrige Konzentrationsleistung der Niere zu beachten.

Weiters finden wir beim Kind einen physiologischen Zwerchfelltiefstand, der die große Verletzbarkeit von Leber und Milz zur Folge hat. Da die Kopfverletzungen bei den Polytraumen im Kindesalter an 1. Stelle stehen – sie bilden auch in unserem Patientengut die häufigste Todesursache – muß diesen ein besonderes Augenmerk gegeben werden. Der Outcome ist gut und besser, wenn beim Schädel-Hirn-Trauma rasch Normovolämie hergestellt wird. Weiters drosselt die Tachypnoe durch die verstärkte Hypokapnie die Hirnzirkulation weiter.

Im Rahmen des Polytraumas ist die operative Stabilisierung der Extremitätenfraktur im Zuge der Primärversorgung berechtigt und erforderlich.

Die Unfallursachen in unserem Krankengut waren bei 20 Patienten der Verkehrsunfall, 11 Patienten wurden als Fußgänger verletzt, 1 als Radfahrer und 8 als PKW-Insassen. 7mal war Sturz aus großer Höhe die Unfallursache.

Die Überlebenden haben einen Hannover-Poly-Trauma-Score von 13 bis 44, im Schnitt 25,11. Beim ISS 9 bis 50, Durchschnitt 27,1.

Offene Reanimation konnten wir bei 7 Patienten durchführen, davon 1mal erfolgreich, 6mal erfolglos.

Bei den Polytraumen im Kindesalter hatten wir 9mal einen tödlichen Ausgang, davon waren 6 Buben und 3 Mädchen.

An 1. Stelle der Todesursache stand das Schädel-Hirn-Trauma, gefolgt von Blutungen und einer Lux. fract. vert. C I.

Tab. 1.

Verletzungskombination	Patienten	Behandlung (alle 27 Patienten wurden beatmet)	Ergebnis
CE	P. S., 8 a, w	Trepanation, HDS, US – Amputation rechts	Entlassung nach Hause
	M. S., 2 a, w	HDS, US – Amputation links	Entlassung nach Hause
	R. S., 4 a, w	HDS, Fixateur externe	Neurorehabilitation
	J. R., 7 a, m	HDS, Fixateur externe	Neurorehabilitation
	H. M., 8 a, m	Fixateur externe utriusque	Entlassung nach Hause
	C. J., 7 a, m	Fixateure externe, Bohrdrähte, Tracheostoma	Entlassung nach Hause
	N. C., 6 a, w	HDS, Fixateur externe	Neurorehabilitation
	B. D., 14 a, m	HDS, Bohrdrähte	Neurorehabilitation
CTE	B. S., 8 a, m	HDS, Fixateur externe	Entlassung nach Hause
	K. D., 4 a, m	HDS, Bohrdrähte	Neurorehabilitation
CTAE	J. C., 8 a, m	Osteoklastische Trepanation, Tracheostomie	Neurorehabilitation
	R. C. E., 6 a, m	offene Reanimation, Notlaparotomie, Notthorakotomie	verstorben
CAE	R. T., 3 a, m	HDS, Fixateur externe	Entlassung nach Hause
	T. A., 1 a, m	HDS, konservativ, Milz	verstorben
	C. H. F., 4 a, m	offene Reanimation, Notthorakotomie, Notlaparotomie, Bohrloch-trepanation	verstorben
	D. E., 8 a, m	offene Reanimation, Notthorakotomie, Notlaparotomie	verstorben
AE	R. G., 10 a, m	offene Reanimation, Fixateur externe, Becken-Fixateur externe, Gefäßrekonstruktion, Sigmoidostomie, Urethrarekonstruktion	Neurorehabilitation
	S. M., 10 a, m	Fixateur externe	Entlassung nach Hause
	T. E., 5 a, m	Milzexstirpation	Entlassung nach Hause
CA	–		
CTA	–		
TE	D. R., 11 a, w	Markdrähte, Fixateur externe	Entlassung nach Hause
TA	J. M., 3 a, m	Laparotomie	Entlassung nach Hause
	C. M., 7 a, m	offene Reanimation, Notlaparotomie, Notthorakotomie	verstorben
ATE	M. B., 10 a, m	offene Reanimation, Notlaparotomie, Notthorakotomie	verstorben
C + WS	H. K., 7 a, w	offene Reanimation, Notlaparotomie, Notthorakotomie	verstorben
	H. M., 4 a, w	Verplattung Wirbelsäule, HDS	verstorben
CE + WS	St. Ph., 13 a, m	DHS, Fixateur externe, Bohrdrähte	Neurorehabilitation
CTAE + WS	T. S., 5 a, m	HDS, Fixateur externe	verstorben

Die Versorgung eines Polytraumatisierten ist eine vernetzte Aktion und ist weder durch die Anzahl von Blutkonserven, noch durch Wahl des Transportmittels oder beeinflusst vom Namen des Operateurs alleine lösbar.

M. Marberger, Universitätsklinik für Urologie, Wien: **Minimal invasive Harnsteintherapie im Kindesalter.** Die extrakorporale Lithotripsie hat das Management der Urolithiasis im Kindesalter völlig geändert. Lithotriptoren der 2. und 3. Generation eignen sich für die universelle Behandlung von Nieren- und Uretersteinen bei Kindern, unabhängig von Alter und Größe. Ein sehr kleiner Fokus ermöglicht eine exakte Steinfragmentation ohne wesentliche Gewebetraumatisierung. Eine große Apertur bietet den Vorteil einer anästhesiefreien und schmerzlosen Behandlung ab einem Alter von etwa 4 Jahren, sofern genügend Kooperationsbereitschaft erzielbar ist. Die permanente Ultraschallortung vermeidet nicht nur eine Strahlenbelastung, sondern ermöglicht auch eine optimale individuelle Energieapplikation, da der Fragmentationszustand jederzeit gut beurteilbar ist. Die ESWL ist bei Kindern besonders wirksam, da durch wenig interponiertes Gewebe weniger Energieverlust in Kauf genommen werden muß.

Mit einem piezoelektrischen Lithotriptor mit Ultraschallortung der 3. Generation wurden in 7 Jahren Steine in 123 ureterorenale Einheiten von 111 Kindern im Alter von 3 Monaten bis 14 Jahren behandelt, darunter 113 Nierensteine (Steingröße bei 21 Steinen > 1,5 cm) und 51 Uretersteine. Nur etwa 19% der Kinder benötigten eine Allgemeinnarkose. Eine Fragmentation wurde in 95% erzielt, die Steinfreirate nach 3 Monaten lag bei 92%, die Wiederbehandlungsrate betrug 1,5. Die Behandlungsergebnisse sind somit im Kindesalter überraschend gut und wesentlich besser als im Erwachsenenalter, so daß die Methode Therapie der Wahl bei kindlichen Steinen ist.

Nur bei etwa 6% aller Steine des oberen Harntraktes im Kindesalter kommt die ESWL wegen Schwierigkeiten mit der Fokussierung oder gestörtem Harnabfluß nicht in Frage. Hier kann aber durch Ureterskopie mit semirigidem „Nadelureterskopen“ oder perkutaner Lithotripsie durchwegs Steinfreiheit erzielt werden,

so daß sich heute bei der Harnsteinerkrankung im Kindesalter keine Notwendigkeit für offen-chirurgische Eingriffe mehr ergibt.

Chirurgische Orthopädie im Kindesalter

R. Kotz und R. Windhager, Universitätsklinik für Orthopädie, Wien: **Highlights in der Chirurgie im Kindesalter.** Zwischen 1986 und 1991 wurden an unserer Klinik an 20 Kindern mit malignen Knochentumoren des Beines eine Endoprothese implantiert; 6 von ihnen, bei denen das Längenwachstum bereits abgeschlossen ist, sind Gegenstand dieser Untersuchung. Die Wiederherstellung von Defekten in noch wachsenden Gliedmaßen, bei denen eine Verkürzung der Extremität zu erwarten ist, macht den Einsatz von **Wachstumsprothesen** erforderlich. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Operation betrug 11 Jahre (9,2 bis 13,7), der durchschnittliche Nachuntersuchungszeitraum war 6,3 Jahre (4,3 bis 7,6). Bei 5 Patienten war die Diagnose Osteosarkom und bei 1 Patienten Ewing's Sarkom. Das Enneking-Stadium aller Tumoren war IIB. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren alle Patienten tumorfrei.

An Wachstumsprothesen verwendeten wir die Pafford-Lewis-Prothese sowie das Kotz-Modular-Femur-Tibia-Rekonstruktionssystem mit einem kürzlich entwickelten, kompatiblen Wachstumsmodul. Eine teleskopartige Verlängerung der Prothese wird mittels Schraubenzieher über einen kleinen Hautschnitt erzielt. Aktives Wachstum aus der Epiphyse des angrenzenden Knochens wurde durch Verwendung eines Prothesengelenkteils mit einer glatten Oberfläche erreicht. Die Gesamtverlängerung betrug im Durchschnitt 13,15 cm (4,5 bis 19,5), wozu 53 chirurgische Eingriffe erforderlich waren. Wegen Komplikationen mußten 7 Revisionen durchgeführt werden. In allen Fällen war das funktionelle Ergebnis sehr gut bzw. gut. Das Stress-schilding-Phänomen an der Verankerungsstelle der Prothese war bei diesen Patienten stärker ausgeprägt als bei Erwachsenen.

Die Implantation von Wachstumsprothesen bei Kindern stellt eine brauchbare Alternative zur Umkehrplastik dar; allerdings erfordert diese Art der Extremitätenerhaltung eine größere Zahl an Operationen.

IMPRESSUM: Verleger: Blackwell Wissenschafts-Verlag GesmbH. – **Herausgeber:** Blackwell Wissenschafts-Verlag GesmbH., gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie und deren assoziierten Fachgesellschaften. – **Eigentümer:** Blackwell Science Ltd., Osney Mead, Oxford, GB. – **Senior Editors:** F. Piza, M. D., Wien, F. Helmer, M. D., Wien. – **Editor-in-Chief:** B. Niederle, M. D., Wien. – **Co-Editors:** P. Steindorfer, M. D., Graz, L. Ch. Müller, M. D., Innsbruck. – **Alle:** Zehetnergasse 6, A-1140 Wien. – **Hersteller:** Photosatz durch den Verlag, **Druck:** Druckerei Kahls, Dombacher Straße 101, A-1170 Wien. – **Ausgabe:** **Anzeigenannahme durch den Verlag:** Frau Gisela Ruth Pointinger. – **Alle:** Zehetnergasse 6, A-1140 Wien, Tel. +43/1/894 06 90, Fax: +43/1/894 06 90 24, E-Mail black@via.at; Kurfürstendamm 57, D-10707 Berlin, +49/30/32 79 06-0, Fax: +49/30/32 79 06-10. – **Abonnementgebühr:** Ganzjährig S 2.400,-, Einzelheft S 429,-, alles inklusive Mehrwertsteuer, plus Versandkosten und Manipulation. Für Mitglieder der mitherausgebenden Gesellschaften und für Studierende der Medizin (bei Bezug direkt vom Verlag) ermäßigt sich der Bezugspreis auf jährlich S 1.200,- (zuzüglich Versandkosten und Manipulation). Die Bezugsdauer verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn nicht spätestens 6 Wochen vor Ablauf gekündigt wird. Diese Zeitschrift ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung der Zeitschrift oder von Teilen daraus ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der Bestimmungen der einschlägigen gesetzlichen Regelungen zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen der Gesetze. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zur Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. **Produkthaftung:** Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall an Hand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.