

KRIEG UND FRIEDEN

Zu verschiedenen Äußerungen im Deutschen Ärzteblatt:

Dienen

Als Truppenarzt im vergangenen Krieg stellte ich fest, daß es dem Verwundeten ziemlich gleichgültig war, ob er sein Bein durch Infanteriegeschloß oder Granate verloren hatte; ihm war die schnelle und gute ärztliche Behandlung das Wichtigste. Die Umstellung von Pfeil und Bogen auf Schießpulver war wohl nicht weniger entscheidend als die Einführung der Atombombe. Behandelt wurden alle Verwundeten zu allen Zeiten soweit der Arzt dazu körperlich imstande war. Auch hat das Sanitätswesen noch nie einen geplanten Krieg verhindert, selbst

nicht in der friedliebenden UdSSR. Der Arzt ist zum Dienen da, politisch ist er meist – solange er nicht zu viel verdient – unbedeutend.

Dr. H. Weissenstein, Gagerstr. 28, 6000 Frankfurt a. M. 60

Bomb sei Dank!

Die Kollegen, die sich darüber so arg ernsthaft Gedanken machen, ob sie sich in einem Atomkrieg überhaupt als helfende Ärzte betätigen könnten, dürfen nun auch befreit aufatmen: Seit dem 7. Dezember 1987 brauchen wir alle nicht mehr in den Krieg zu ziehen. Bomb sei Dank! Aber wohin ziehen wir denn dann? Na, in den Kampf natürlich! Bei Honeckers nach wie vor in den Klassenkampf,

bei Kohls mit zunehmender Lust in den Kampf aller gegen alle, auf beiden Seiten so recht nach deutscher Art geführt: Perfekt verbissen ins Problem. Da bleibt kaum noch Platz für praktizierbare Vernunft, weil unsere Politiker immer mehr zu Trittbrettkernern der beiden Superstars geworden sind. Für uns Ärzte sollte der 7. Dezember 1987 zum Stichtag für eine gemeinsame, alle politischen Zustände überspannende Berufsethik werden, die allen Seiten zugute kommt, ganz im hippokratischen Sinne auch für die IPPNW-Leute selbst. War das nötig? Woher kamen denn die Fäden, an denen manche sich doch bammeln fühlten?

Dr. med. K. H. Uebel,
Am Zaarshäuschen 24, 5060 Bergisch Gladbach 1

Späne

Eigentlich wäre es in Anbetracht der gemeinsamen Interessen hinsichtlich der Abrüstung an der Zeit, Feindbilder abzubauen. Die Sowjetunion ist, wie jeder Staat, nur von der Geschichte her zu verstehen. Es ist wichtig, zu bedenken, daß das Zarenreich bis zu seinem Untergange eine Theokratie war, also eine Staatsform, die in Westeuropa spätestens seit der Reformation überwunden war. In Rußland hat es keine Reformation und keine Renaissance gegeben. Das russische Volk mußte in kürzester Zeit den Sprung aus der Theokratie in das Maschinenzeitalter tun. Ein Sprichwort sagt „Wo gehobelt wird, fallen Späne“. Und sie sind reichlich gefallen. Aber haben wir ein

Gezielte
Magnesium-Therapie



Magnesiocard®

Zusammensetzung: 1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml enthalten: Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 614,8 mg, Magnesiumgehalt: 2,5 mmol = 60,78 mg. 1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält: Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 737,6 mg. Magnesiumgehalt: 3 mmol = 72,94 mg. 5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten: Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 1229,6 mg, Magnesiumgehalt: 5 mmol = 121,56 mg. Verdauliche Kohlenhydrate 3,1 g. **Indikationen:** Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzerkrankungen. Bei Magnesium-Mangelzuständen, zum Beispiel infolge Fastenkuren, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme östrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe. **Kontraindikationen:** Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie, Calcium-Magnesium-Ammoniumphosphatsteine. **Magnesiocard** Ampullen sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis. Die Injektion von Magnesiocard bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt. **Nebenwirkungen:** Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen. **Handelsformen und Preise:** 25 Kps. DM 10,34, 50 Kps. DM 19,72, 100 Kps. DM 35,51, 25 Tbl. DM 10,09, 50 Tbl. DM 19,37, 100 Tbl. DM 34,70, 20 Btl. DM 13,46, 50 Btl. DM 30,02, 100 Btl. DM 50,39. 2 Amp. i. m. DM 3,89, 5 Amp. i. m. DM 8,68, 3 Amp. i. v. DM 6,91, 10 Amp. i. v. DM 20,63.

Für den
Risikopatienten

Streßabschirmung
Calcium-Antagonismus

Verla-Pharm, Arzneimittelfabrik, 8132 Tutzing



Recht, uns über die Sowjetunion zu erheben? . . . Wie der einzelne Mensch haben auch Völker ihre Entwicklung. So prangerte auf dem 20. Parteitag im Jahre 1956 Chruschtschow die Verbrehen Stalins an. Ein kulturelles „Tauwetter“ setzte ein, das mit dem Sturze Chruschtschows wieder zum Stehen kam. Ein Rückfall in den Stalinismus erfolgte nicht.

Eine Einheit von Volk und Partei brachte der Überfall durch die großdeutsche Wehrmacht auf die Sowjet-

union im Jahre 1941 zustande. Der Terror der Besatzer kostete 20 Millionen Tote. Man vergißt das nur allzu leicht. Es war bestimmt leichter in der Bundesrepublik zu studieren, als in einem totalitären Staat, in dem man ständig Zugeständnisse an den Staat machen muß. Und schließlich wäre es nicht einmalig in der Geschichte, daß aus einem Saulus ein Paulus wurde.

Dr. med. Erich Kail, Neurologe, Overbeckstraße 7, 4920 Lemgo

AIDS

Zu den Leserbriefen zu dem weiten Feld AIDS und Moral in Heft 37/1987:

Mittelalterliche Haltung

Unser aller Herkommen aus dem christlich-abendländisch-humanistischen Kulturkreis bewirkt doch praktisch fast gleiche ethische und moralische Vorstellungen, vom religiös gebundenen bis zum agnostischen Arzt. Das habe ich jedenfalls bei allen mich behandelnden Kollegen vorausgesetzt, ohne sie nach ihrem „Credo“ zu fragen. Die Briefe erinnern teilweise an die mittelalterliche Haltung, auch über Paracelsus hinaus: Du darfst als Arzt nur Hand auflegen und beten, aber nicht Gott in den Arm fallen wollen, denn Krankheit ist Strafe oder Prüfung des Allmächtigen!

So geht es schon lange nicht mehr. Aufgabe des modernen Arztes ist es, nach modernstem Kenntnisstand bei Krankheiten einzugreifen. (Ich halte auch das für Gottes Wille.) Dabei verfehlte er auch seine hippokratische Pflicht nach heutigem Verständnis, wenn er statt dessen moralisiert. Moralisieren fällt unter die Zuständigkeit anderer Fakultäten. Die sachlichen AIDS/HIV-Informationen im Deutschen Ärzteblatt sind gut und richtig. Diskussionslos: Kondom-

me sind der sicherste HIV-Schutz, abgesehen von völliger Partnertreue, einer Utopie. Übrigens, den historischen Begriff „AIDS-Virus“ solle man nicht mehr verwenden, denn er lenkt von der symptomlosen Grundkrankheit HIV ab, denn die große epidemiologische Gefahr liegt nicht bei den doch bekannt werdenden AIDS-Kranken, sondern bei den HIV-Trägern, die ihre Multiplikatorrolle meist nicht kennen.

Die von Ihnen getroffene Auswahl von Leserbriefen erweckt den Eindruck, sie wäre repräsentativ für die Meinung der deutschen Ärzte. Gottlob ist sie es nicht.

Prof. Dr. med. Richard Willnow, Hortensienstraße 43, 1000 Berlin 45

Zu dem Beitrag „Zuschüsse für alles Notwendige“ in Heft 49/1987:

Unterschiede

Dem Bericht über die Beratung der BEK und DAG über Bonner Strukturreformpläne ist im Hinblick auf die AIDS-Problematik folgendes zu entnehmen: „Die Beachtung der in der gesetzlichen Unfallversicherung vorgegebenen Hygiene-Vorschriften für die Beschäftigten im Gesundheitswesen gegen Hepatitis, die sich sehr bewährt haben und zu einem erheblichen Rückgang dieser Berufskrankheit geführt haben,

schützt in gleicher Weise vor HIV-Infektionen.“ Wenn es um den Schutz von medizinischem Personal, Pflegekräften und Ärzten geht, so ergeben sich bei der Hepatitis B und der HIV-Infektion beträchtliche Unterschiede.

1. Eine Hepatitisinfektion ist leicht an einer typischen Symptomatik zu erkennen, wozu zum Beispiel der Ikterus gehört. Eine HIV-Infektion kann über viele Jahre ohne subjektive Beschwerden einhergehen.

2. Die Hepatitiserologie ist für den Arzt eine Selbstverständlichkeit zur Sicherung dieser Diagnose. Die Unterlassung derselben kann ihm sogar als Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht vorgeworfen werden. Bezüglich der HIV-Infektion wird die Diagnostik lediglich bei einer bestimmten Risikogruppe empfohlen, wobei letztlich beim Arzt die Beweislast liegt. Die Juristen sind derzeit der Meinung, daß es zur Durchführung eines „AIDS-Testes“ der speziellen Einwilligung des Patienten bedarf. Sofern dieser mit der Routinediagnostik durchgeführt wird, muß der Veranlasser mit einer Verurteilung wegen Körperverletzung rechnen, sofern die augenblickliche Rechtsauffassung nicht bald revidiert wird.

3. Bei Hepatitis B ist eine Impfprophylaxe möglich. Gegen HIV existieren derzeit keine Impfstoffe.

4. Wenn Personen parenteral, über die Konjunktiven oder Schleimhaut Kontakt mit infiziertem Material hatten, so gibt es zum Schutz vor Hepatitis B hochtitriges Hepatitis-B-Immunglobulin. Eine entsprechende passive Immunisierung ist bei Kontamination oder Inokulation von HIV-infiziertem Material nicht möglich.

5. Zuletzt sei noch auf die höchst unterschiedliche Prognose einer Hepatitis-B- bzw. HIV-Infektion hingewiesen.

Dr. med. Sigrid Schuler, Ziegetsdorferstraße 10, 8400 Regensburg

KRANKENHAUSLEITUNG

Zu der Meldung „Kompetenz in der Krankenhausleitung“ in Heft 1/2/1988:

Mißliche Frontstellung

Es ist offenbar sehr wenig bekannt, daß in den meisten Bundesländern die Krankenhausleitung bereits seit Jahren gesetzlich nicht mehr federführend in den Händen der Ärzte liegt; somit ist „Demokratisierung“ bereits weitgehend eingetreten. So schreibt zum Beispiel das

Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg vom 15. Dezember 1986 vor, daß „durch den Krankenhausträger eine gemeinsame Krankenhausleitung gebildet wird, der ein leitender Arzt, der Leiter der Verwaltung und der Leiter des Pflegedienstes angehören“ (§ 33).

Die ärztliche Leitung eines Krankenhauses (Ärztlicher Direktor) unterliegt zumeist auch noch einem turnusmäßigen Wechsel (ganz im Gegensatz zur Dauerstellung des Verwaltungs- und Pflegedienstleiters), so daß die Eingabe von ärztlichen Gegebenheiten wegen der jeweils notwendigen Einarbeitungszeit zusätzlich erschwert ist. Daraus resultiert also bereits die Majorität einer nicht-ärztlichen Leitung an den meisten deutschen Krankenhäusern. Es bleibt sich gleich, ob die Majorität 2 zu 1 Stimmen lautet – oder, wie der Vorschlag der GAL in Hamburg aussieht, mit 5 Nichtärzten gegen 2 Ärzte.

Mißlich ist die Frontstellung, die sich offenbar in der politischen Diskussion dieses Themas zeigt. Ein Krankenhaus, besonders ein Großkrankenhaus, ist weder allein ärztlich zu leiten, noch allein „wirtschaftlich“ oder pflegedienstmäßig. Nicht ein Gegenüber, sondern Zusammenarbeit muß daher im Interesse der Patienten die Devise sein.

Dr. med. Jörg Küster, Chefarzt der Inneren Abteilung, Sana-Krankenhaus, Olgastraße 39, 7547 Wildbad