

antwortung als selbstverständliche Voraussetzung für die Arbeit in Forschungslabors und Kliniken und insbesondere in der Industrie scheint mir angebracht!

Nach diesen Ausführungen kann Herr Dorner auch eine Erklärung gegeben werden, wieso die Spezies „rauchende, überernährte Kernkraftgegner“ existieren kann. Individuelle eigenverantwortliche Risiken (zum Beispiel das Unfallrisiko des Individualverkehrs) werden im Sinne des Selbstbestimmungsrechtes akzeptiert, aufgedrängte oder den weltanschaulichen Überzeugungen widersprechende Risiken (zum Beispiel die Luftverschmutzung durch Autos) werden abgelehnt. Es ist sinnlos, anzunehmen, der Mensch könne in allen Lebensbereichen rein vernunftgesteuert und logisch – und dafür vielleicht emotions- und phantasielos – handeln!

Michael Walz, Alte Eppelheimer Straße 48, 6900 Heidelberg

ERNÄHRUNG

Zum Beitrag „Fitness-Kost“ von Christian Köhl in Heft 46/1989:

Beutelschneiderei

„... und innovative isotonische Getränke, die den Mineralhaushalt des Sportlers regulieren, ...“:

1. So „innovativ“ ist das ganze gar nicht – alkoholfreies Bier zum Beispiel ist von seiner Zusammensetzung mindestens ebenso gut.

2. Herr Köhl sollte sich nicht nur in Werbeprospekten informieren, wie der „Mineralhaushalt reguliert“ wird (es gibt ja auch noch einige gute Lehrbücher), sonst wird er vielleicht selbst noch in einem solchen Prospekt zitiert werden. Reguliert wird mit solch „innovativen“ Getränken aber sicherlich der Geldbeutel der Sportler.

Michael Kramer, Virchowstraße 122, 4650 Gelsenkirchen



GEDENKMÄLER

Zu dem „post scriptum“-Beitrag über Gedenkmäler im Bayerischen Wald von Kurt Lorz in Heft 44/1989:

Friedhofsmuseum im Zillertal

Sie berichten über Gedenkmäler in Form von Totenbrettern und gemalten Denkmälern Verstorbener im Bayerischen Wald.

Es ist wenig bekannt, daß ein Kunstschmied in Kramsach am Inn in Tirol schmiedeeiserne Gedenkmäler gesammelt hat und diese in Form eines Friedhofsmuseums der Öffentlichkeit zugänglich gemacht hat; übrigens kostenlos. In vielen Fällen tragen diese Kreuze ausgefallene und derbe Sprüche. Seitdem ich hier im Ruhestand lebe, stelle ich immer wieder fest, daß selbst in dieser Gegend den meisten der Friedhöfe nicht bekannt ist. Der Sammler garantiert die Echtheit der gesammelten Kreuze mit ihren Sprüchen. Da viele Urlauber auf dem Weg ins Zillertal in unmittelbarer Nähe vorbeikommen, lohnt es sich, darauf aufmerksam zu machen.

Dr. G. Nierhaus, Bergweg 32, 8172 Lenggries

ROTES KREUZ

Zu dem Beitrag „Rotes Kreuz mahnt: Ratifizierung der Zusatzprotokolle ist längst überfällig“ in Heft 46/1989:

Aufmerksamer Journalismus

Für Ihren ausführlichen Bericht von der 39. Bundesversammlung des Deutschen Roten Kreuzes am 4. November 1989 haben Sie herzlichen Dank. Besonders erfreut war ich über die genaue Beschreibung des Punktes „Genfer Zusatzprotokolle“. Ein sehr aufmerksamer Journalismus dokumentiert sich auch in der Wahrnehmung von Differenzen zwischen dem verteilten Redemanuskript und der tatsächlichen Ansprache. „Es gilt das gesprochene Wort“ ist jedem Presstext beigelegt wie das „Ohne Gewähr“ bei den Lotto-Zahlen.

Herzlichen Dank für Ihr Engagement in dieser Sache, wahrscheinlich werden viele Leser für solche interessanten Details dankbar sein.

Dr. med. Heinz-Peter Romberg, Baumstraße 3, 5300 Bonn 3-Oberkassel

Lücken schließen

Der Präsident des DRK – Botho Prinz zu Sayn-Wittgenstein – äußerte auf der 39. DRK-Bundesversammlung sein Unverständnis darüber, daß die von 1974 bis 1977 erarbeiteten Zusatzprotokolle I und II zum Genfer Abkommen von 1949 zwar von einer Reihe osteuropäischer Staaten – einschließlich der SU – ratifiziert worden seien, die Bundesregierung aber immer noch zögere.

Im Konfliktfall der Gewalt Grenzen zu setzen, ist Sinn und Aufgabe des Völkerrechtes. Seit der Novellierung der Genfer Konvention von 1949 ist die Welt nicht von bewaffneten Konflikten verschont geblieben, und es zeigte sich, daß das humanitäre Völkerrecht immer wieder fortentwickelt, verbessert und den veränderten Gegebenheiten

angepaßt werden mußte. Dies trifft auch für die beiden Zusatzprotokolle von 1977 zu, wobei versucht wurde, unter anderem auf dem traditionellen Gebiet des Schutzes von Verwundeten, Kranken und Schiffbrüchigen notwendige Verbesserungen einzuführen und den neuen Gegebenheiten anzugleichen.

Jedoch finden sich weder im Genfer Abkommen von 1949 noch in den Zusatzprotokollen Bestimmungen, die auf den fliegenden Such- und Rettungsdienst (SAR) über See angewandt werden können. Unbewaffnete Seenotmaschinen, die von 1939 bis Mitte 1940, weiß angestrichen und mit dem Roten Kreuz versehen, ihren humanitären Aufgaben nachkamen, wurden immer häufiger vom Gegner angegriffen und abgeschossen. Auf Proteste der deutschen Regierung über das Schweizer Außenamt erwiderte das Foreign Office in London in seiner Note vom 11. Juli 1940, daß den mit dem Roten Kreuz gekennzeichneten Seenotflugzeugen keine Immunität zugebilligt werden könne.

Tatsächlich existierten bei Kriegsausbruch keine völkerrechtlichen Bestimmungen, die den Schutz von Seenotflugzeugen gesichert hätten. Um so erstaunlicher ist es, daß aus dieser Erfahrung des Zweiten Weltkrieges keine Lehre gezogen wurde und bis heute – 50 Jahre nach Aufstellung von Seenotverbänden – das Suchen und Retten von Schiffbrüchigen aus militärischen Gründen nach den derzeit geltenden Bestimmungen der Genfer Konvention nicht geschützt und somit der „Lebensnerv“ des Seenotrettungsdienstes entscheidend getroffen ist. Einige Seenotflieger haben sich daher in der Arbeitsgruppe Püschel zusammengefunden, um eine Weiterentwicklung des humanitären Völkerrechtes bei bewaffneten Konflikten zu erreichen, indem der Völkerrechtsschutz durch Erweiterung der Genfer Konvention auch auf die Suche



Bakterielle Infektionen, verursacht durch Ofloxacin-empfindliche Erreger: Akute, chronische und rezidivierende Atemwegsinfektionen (Bronchitis), verursacht durch Haemophilus influenzae oder andere gram-negative und multiresistente Erreger sowie durch Staphylococcus aureus. Da Pneumonien im ambulanten Bereich überwiegend durch Pneumokokken verursacht werden, ist Tarivid in diesen Fällen nicht das Mittel der ersten Wahl. Die Anwendung von Tarivid kann aber bei sogenannten Problemkeimen (z.B. Escherichia coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus, Pseudomonas, Legionella, Staphylococcus) angezeigt sein.

Chronische und rezidivierende Infektionen von Hals, Nase und Ohren, insbesondere wenn sie durch gram-negative Keime einschließlich Pseudomonas oder durch Staphylococcus verursacht sind. **Damit ist Tarivid nicht indiziert bei der akuten Angina tonsillaris.** Infektionen der Weichteile und der Haut, des Bauchraumes einschließlich des kleinen Beckens, der Niere, der ableitenden Harnwege und der Geschlechtsorgane, Gonorrhö. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Ofloxacin oder andere Chinolone-carbonsäurederivate. Nicht bei Epileptikern anwenden. Tarivid soll Kindern und Jugendlichen in der Wachstumsphase sowie Schwangeren und Stillenden nicht verabreicht werden, da keine Erfahrungen über die Sicherheit der Anwendung bei diesen Gruppen vorliegen und aufgrund von Ergebnissen aus Tierversuchen Gelenknorpelschädigungen beim noch nicht erwachsenen Organismus nicht völlig unwahrscheinlich sind. Anwendungsbeschränkung: Bei Vorschädigung des ZNS mit erniedrigter Krampfschwelle wie z.B. nach Schädelhirnverletzungen, entzündlichen Prozessen im ZNS-Bereich oder Schlaganfall, soll Tarivid nicht angewendet werden.

Nebenwirkungen: Allergische Erscheinungen, insbesondere Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut. In Einzelfällen Petechien, hämorrhagische Bullae und Papeln als Ausdruck einer Vasculitis. Selten Symptome wie Gesichtsoedem, Zungenschwellung, Glottisödem, Tachykardien, Atemnot bis hin zum bedrohlichen Schock, teilweise schon nach Ersteinahme (Tarivid sofort absetzen). In Einzelfällen Photosensibilität. Gelegentlich Störungen im Bereich des Nervensystems, z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, intensive Traumerlebnisse bis zum Alptraum, muskuläre Koordinationsstörungen, Parästhesien in den Gliedmaßen, sensorische Störungen wie Seh-, Geschmacks- und Geruchsstörungen. Halluzinationen und psychotische Reaktionen wie Unruhe, Erregungszustände, Angstzustände, Verwirrtheit. Diese Reaktionen traten teilweise schon nach Ersteinahme auf (Tarivid sofort absetzen). Selten Gelenk- und Muskelschmerzen. In Einzelfällen Blutbildveränderungen (Leukopenie, Agranulozytose, Thrombozytopenie, Anämie), vorübergehender Anstieg der Leberenzyme und/oder des Bilirubins sowie Einschränkung der Nierenfunktion, z.B. Anstieg des Serumkreatinins. Es kann zu Beschwerden im Magen-Darm-Bereich kommen (Schmerzen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall). Bei Auftreten von schweren und anhaltenden Durchfällen ist an eine pseudomembranöse Kolitis zu denken, die sofort behandelt werden muß. In solchen Fällen ist Tarivid sofort abzusetzen und eine geeignete Therapie (z.B. Vancomycin oral, 4 x 250 mg täglich) einzuleiten. Peristaltikhemmende Präparate sind kontraindiziert. Auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch von Tarivid kann das Reaktionsvermögen soweit verändert sein, daß die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Wirkungsabschwächung bei gleichzeitiger Gabe von mineralischen Antazida. **Wirkungsweise:** Bakterizid durch Hemmung der bakteriellen DNS-Cyrase. **Dosierung:** Je nach Indikation erhalten Patienten 2 x 1/2 bis 2 x 1 Filmtablette pro Tag im Abstand von 12 Stunden. In schweren Fällen kann die Dosis auf 2 x 1 1/2 bis 2 x 2 Filmtabletten erhöht werden. **Dosierung bei eingeschränkter Nierenfunktion:** Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Initialdosis von Tarivid wie bei Nierengesunden. Die Erhaltungsdosis sollte wie folgt erniedrigt werden:

Kreatinin-Clearance	Serum-Kreatinin	Erhaltungsdosis
50 - 20 ml/min	1,5 - 5 mg/dl	1 bzw. 1/2 Tabl./Tag
< 20 ml/min	> 5 mg/dl	1/2 Tabl. alle 2 Tage

Hämodialyse und Peritonealdialyse: 1/2 Tablette alle 2 Tage. **Anwendungsdauer:** Bis zum Vorliegen weiterer Erfahrungen ist eine Behandlungsdauer von 2 Monaten nicht zu überschreiten. **Handelsformen und Preise:** Filmtabletten zu 200 mg mit Bruchrille; N1: 10 Filmtabletten 43,55 DM; N2: 20 Filmtabletten 81,90 DM. Krankenhauspackungen. Hoechst Aktiengesellschaft, 6230 Frankfurt am Main 80. LI 209 965

Die Redaktion veröffentlicht keine **anonymen** Zuschriften. In besonderen Fällen werden Briefe ohne Namensnennung publiziert – aber nur dann, wenn der Absender bekannt ist. DÄ

gesamt 673 700 Krankenhausbetten nicht im wesentlichen durch die Tatsache, daß „ein Krankenhausbett solange schreit, bis jemand darin liegt“ (Bundesminister Blüm).

Während des internistischen Teils meiner Weiterbildungszeit habe ich oft genug erfahren, wie eine Station gefüllt und damit Bettenmangel vorgetäuscht wurde. Großer Ärger mit dem Chefarzt kam immer dann auf, wenn bei der täglichen Abendvisite für einen entlassenen Patienten nicht gleichzeitig eine Neuaufnahme vorgehalten werden konnte. Für den Patienten hieß das im Klartext: Er durfte nur dann mit seiner Entlassung rechnen, wenn für sein Bett ein Nachfolger gefunden war. Manche Patienten mußten sich wie Gefangene fühlen. Selbst für Krebskranke, die im Intervall zwischen den zytostatischen Behandlungen hätten entlassen werden können, sollte das Primat der Krankenhausökonomie und des chefarztlichen Prestigedenkens gelten.

Möglichkeiten einer hohen Bettenausnutzung gibt es gerade in internistischen Abteilungen vielfach. Wieviele Pflagetage werden wohl in den Akutkrankenhäusern zum Beispiel für die „Behandlung“ von Altersgebrechchen, ummantelt von einer medizinischen Diagnose, abgerechnet? Wieviele Altersgebrechchen werden erst durch den stationären Aufenthalt zu ersten Krankheiten, wenn man an Hospitalismus, Durchgangssyndrome, Frakturen nach Sturz in der fremden Umgebung etc. denkt? Hat nicht auch die mehrwöchige Immobilisierung bei vielen Myokardinfarkt-Patienten vor allem ökonomische Gründe?

Die hohe Bettenbelegung ist für das einzelne Krankenhaus von Nutzen, sie bedeutet aber gesundheits- und sozialpolitisch eine schlimme Fehlentwicklung.

Dr. med. Andreas Kösters, August-Schmidt-Straße 6, 4708 Kamen

und Rettung (SAR) über See ausgedehnt wird. Besonderer Dank in dieser Hinsicht gebührt Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Knut Ipsen LLD h. c., dem Bundeskonventionsbeauftragten des DRK und Vorsitzenden des DRK-Ausschusses: „Humanitäres Völkerrecht“, der sich unseren Bemühungen aufgeschlossen zeigte und auf dessen Veranlassung die Arbeitsgruppe Püschel gebeten wurde, über die Problematik der Seenothilfe im Konfliktfall vor dem Ausschuß zu referieren. Es gilt nun, durch stetige Verhandlungen eine der letzten Lücken im Internationalen Rote-Kreuz-Abkommen zur Verbesserung des Loses von Schiffbrüchigen zu schließen, wenn es gelänge, das Werk von Henry Dunant auch auf den SAR-Dienst über See auszudehnen.

Schrifttum: E. Püschel: Die Seenotverbände der deutschen Luftwaffe und ihr Sanitätsdienst 1939–1945. Aufgaben – Leistungen – Probleme, Droste, Düsseldorf 1978.

Dr. med. Gerd Berneaud-Kötz, Cronenfelder Straße 56, 5600 Wuppertal 12.

KRANKENHAUS

Zu dem Beitrag „Krankenhaus-Inanspruchnahme: Patientenstrukturen analysiert: Immer mehr Kurzlieger“ von Dr. Harald Clade in Heft 47/1989:

Fehlentwicklung

Nach Informationen des DÄ beträgt die Bettenausnutzung in unseren Krankenhäusern 86,6 Prozent. Da fragt man sich, handelt es sich um wirklich bettlägrige Patienten? Oder erklärt sich der hohe Ausnutzungsgrad der ins-