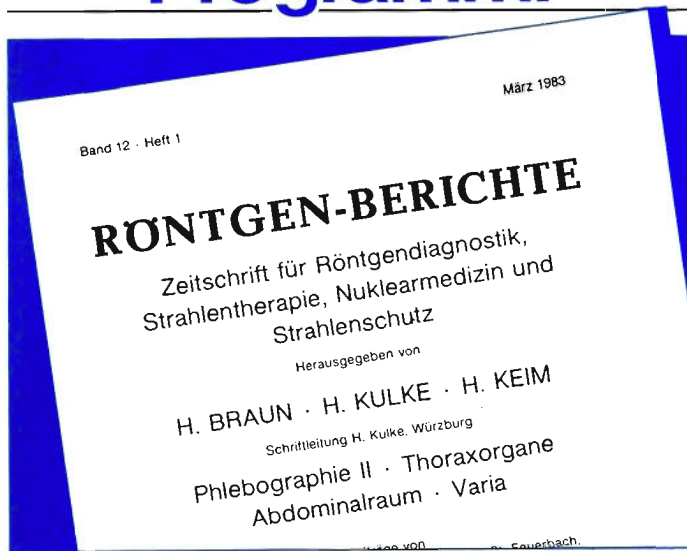


Neu in unserem Fachzeitschriften- Programm:



RÖNTGEN-BERICHTE – Zeitschrift für Röntgen- diagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin und Strahlenschutz.

Die RÖNTGEN-BERICHTE sind seit mehr als zehn Jahren ein praxisbezogenes Informations- und Fortbildungsperiodikum, das Ihnen durch die Beiträge namhafter Wissenschaftler aus dem In- und Ausland die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse vermittelt. Ständige Rubriken neben dem Hauptteil mit Originalarbeiten: „Der besondere

Befund“ (Diagnostik/ Therapie) und „Die besondere Information“ (Geräte/ Verfahren).

Durch den Aufbau nach Schwerpunktthemen entstehen in den einzelnen Heften wichtige Zusammenfassungen des aktuellen Standes in Medizin und Technik.

Erscheinen: 4mal jährlich.
Einzelheft 15,- DM.
Jahresbezugspreis 50,- DM einschließlich Porto und Verpackung.

Bestellung

An den Deutschen Ärzte-Verlag, Vertrieb,
Postfach 4004 40, 5000 Köln 40.
Hiermit bestelle ich zur Lieferung bis auf Widerruf
beginnend mit Heft . . .

1 Jahresabonnement der Zeitschrift
RÖNTGEN-BERICHTE
zum Jahresbezugspreis von 50,- DM einschließlich
MwSt. und Porto.

Ich wünsche weitere Informationen über die Zeitschrift.

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift/Datum: _____

Die Information:
Bericht und Meinung

BRIEFE AN DIE REDAKTION

F. J. STRAUSS

Zu dem Editorial „Keine Stimme seines Herrn“ in Heft 40/1983 (darin war eine Behauptung, Franz Josef Strauß habe sich für eine Art Zwangspensionierung der Kassenärzte ausgesprochen, zurechtgerückt worden. Nebenbei war auch eine Strauß-Initiative zugunsten einer Medizinalpraktikanten-Zeit erwähnt worden) schreibt der Hauptgeschäftsführer des BPA:

Durchschlagskraft

(In der Glosse) heißt es zu dem auslösenden Artikel in Medical Tribune unter anderem „Dort war zwar von Strauß die Rede, nämlich von dessen Initiative zugunsten des Medizinal-Praktikanten. Und das war so weit auch richtig (abgesehen von der Spekulation, Sewering habe Strauß die Anregung dazu mit schönen Grüßen übersandt).“ Der Autor stellt also in Abrede, daß der Vorstoß des Ministerpräsidenten Strauß in Richtung Medizinal-Praktikantenzeit auf eine Anregung des bayerischen Kammerpräsidenten Sewering zurückzuführen sei. Dies allerdings ist nachweislich unzutreffend, und ich frage mich eigentlich, warum und wovor der Autor der Glosse Herrn Professor Sewering in Schutz nehmen will.

Tatsache ist, daß Herr Professor Sewering am 7. April 1983 in einem Schreiben an das Bayerische Staatsministerium des Innern seine Bedenken gegen den Entwurf einer EG-Allgemeinarzt-Richtlinie dargelegt und dabei ausgeführt hat:

„Ich komme deshalb zurück auf die schon mit Brief vom 23. März vertretene Auffassung. Es wäre durchaus zu rechtfertigen, nach Abschluß der Universitätsausbildung, jedoch vor Erteilung der Approbation, eine weitere prakti-

sche Ausbildung vorzuschreiben. Mit der Approbation wäre dann das Recht zur Führung der Bezeichnung Arzt für Allgemeinmedizin für alle Absolventen und Approbationsinhaber verbunden.“ Am 22. April 1983 forderte der bayerische Ministerpräsident seine Herren Kollegen der unionsgeführten Bundesländer zu einer „umfassenden Neuordnung der ärztlichen Ausbildung“ auf. Vorrangiges Ziel dabei für F. J. Strauß: Verbesserung der praktischen Ausbildung durch Einführung eines weiteren Ausbildungsjahres im Anschluß an die Universitätsausbildung. Am 1. Juli 1983 legte das Bayerische Staatsministerium des Innern ein entsprechendes, bereits weitgehend ausformuliertes Konzept für eine Änderung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung vor. Unter diesen Umständen nicht an eine gezielte und erfolgreiche Aktion des bayerischen Kammerpräsidenten zu glauben, verbietet mir mein Respekt vor der Durchsetzungskraft dieses Präsidenten. . . .

Dieter Robert Adam
Belfortstraße 9
5000 Köln 1

Redaktionelle Anmerkung:
Der Kommentator hatte weder die Absicht, jemanden in Schutz zu nehmen (weder FJS noch Sewering haben das in dieser Sache nötig), noch über die Durchschlagskraft von Sewering und/oder Franz Josef Strauß nachzusinnen. Er wollte mit der Bemerkung lediglich darauf hinweisen, daß komplizierte politische Entscheidungen nicht auf derart einfache Weise zustande kommen. Strauß wäre gewiß töricht, würde er die Argumente eines gerade in Ausbildungsfragen ausgewiesenen Fachmannes wie Sewering beiseite lassen. Er wäre aber nicht der Politiker, der er ist, hätte er sie lediglich aufge-

Tavor®

Zusammensetzungen:

1 Tablette Tavor 1,0 enthält 1 mg Lorazepam
1 Tablette Tavor 2,5 enthält 2,5 mg Lorazepam

Anwendungsgebiete:

Tavor ist therapeutisch bei den meisten Zuständen, bei denen Angst eine wichtige Rolle spielt, wirksam:
Angst als komplizierender Faktor bei organischen Erkrankungen; emotional bedingte Störungen wie z. B. Magen-Darm-Störungen oder Schlafstörungen; Psychoneurosen wie Angstneurosen, Zwangsneurosen, Phobien, Angstzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Sedierung vor diagnostischen und operativen Eingriffen.

Gegenanzeigen:

Myasthenia gravis. Anwendung in der Schwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung.

Nebenwirkungen:

In den ersten Behandlungstagen oder bei nicht angepaßter, zu hoher Dosierung können Müdigkeit, Benommenheit und Schwindel auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Weitere Nebenwirkungen, die gelegentlich festgestellt wurden, sind leichte Übelkeit, Mundtrockenheit, Appetit- und Gewichtsveränderungen. Bei hohen Dosen sind infolge des muskelrelaxierenden Effektes Gangunsicherheit, ataktische Erscheinungen, Doppelbilder und Artikulationsstörungen möglich.

Wechselwirkungen:

Zwischen Tavor und anderen zentraldämpfenden Pharmaka (z. B. Analgetika, Schlafmittel, Psychopharmaka) ist eine wechselseitige Wirkungsverstärkung möglich.

Dosierung:

Zur Erreichung eines optimalen Effektes soll eine individuelle Dosierung erfolgen. Die angegebenen Dosen sollen daher nur als allgemeine Richtlinien angesehen werden.

- in der allg. und internistischen Praxis:

2- bis 3mal 1 Tablette Tavor 1,0 pro Tag. Bei emotional bedingten Schlafstörungen genügt in der Regel 1 Tablette Tavor 1,0 vor dem Schlafengehen.

- in der Chirurgie und Anaesthesiologie:

Präoperativ 2 Tabletten Tavor 1,0 etwa 1 Stunde vor dem Eingriff. Am Vorabend der Operation sowie postoperativ in geeigneten Zeitabständen 1 bis 2 Tabletten.

- in der Psychiatrie:

Die Dosierung, besonders in der Einleitungsbehandlung, muß dem Einzelfall entsprechend dem breiten Indikationsgebiet und dem individuellen Ansprechen des Patienten angepaßt werden, bei organischen Hirnprozessen und leichteren dysphorischen Verimmungszuständen beginnend mit 1-3 x 1 mg/Tag. Phobien, Angstsymptome, 3-7,5 mg (3 x 1 Tablette Tavor 1,0 bis 3 x 1 Tablette Tavor 2,5) pro Tag.

Bei ambulanter Behandlung, zu Beginn oder Ende der Therapie sowie zur Ermittlung der individuellen Dosierung können auch halbe Tabletten angewandt werden. Im Anschluß an eine länger dauernde Behandlung soll die Medikation ausschleichend beendet werden.

Besondere Hinweise:

Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

Bei einem Psychopharmakon dieses Typs ist es nicht völlig auszuschließen, daß längere und hochdosierte Anwendung bei entsprechend disponierten und zu Mißbrauch neigenden Patienten zu einer gewissen Abhängigkeit führen kann.

Packungsgrößen und Preise:

Tavor 1,0

Tabletten zu 1 mg
O.P. 10 Tabletten (N1) DM 5,52
O.P. 20 Tabletten (N2) DM 9,95
O.P. 50 Tabletten (N3) DM 23,43
A.P. 500 Tabletten

Tavor 2,5

Tabletten zu 2,5 mg
O.P. 10 Tabletten (N1) DM 10,09
O.P. 20 Tabletten (N2) DM 18,21
O.P. 50 Tabletten (N3) DM 42,13
A.P. 500 Tabletten

Alle Tabletten sind mit einer Teilungsrille versehen.

Wyeth



WYETH-PHARMA GMBH
Postfach 8808-4400 Münster

Die Information: Bericht und Meinung

BRIEFE AN DIE REDAKTION

nommen und direkt in einen Brief an seine Kollegen Ministerpräsidenten der unionsregierten Länder umgesetzt. Er hat es auch nicht getan. Der Strauß-Vorschlag ähnelt eher dem vom Deutschen Ärztetag in Nürnberg 1979 (Strauß war dort übrigens zu Gast) beschlossenen Konzept. NJ

„GEGENDARSTELLUNG“

Ist Zivilschutz etwa „Militarisierung“? Was die folgenden Leserschriften gegen ein Editorial aufführen, ist eher das, was man gemeinhin *nicht* als Militarisierung versteht.

Für den Zivilschutz

Im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT Heft 39 vom 30. September 1983 wurde in dem Artikel mit dem Titel „Gesichtsfelddefekt“ auf Seite 1 in bezug auf eine „Militarisierung unseres Gesundheitswesens“ behauptet, eine solche Militarisierung gebe es nicht.

Diese Behauptung ist sachlich falsch. Vielmehr werden in den meisten deutschen Großstädten wie auch beispielsweise in Kassel unterirdische sogenannte „Hilfskrankenhäuser“ für den Notfall gebaut. Die Bundesregierung hat für den Zivilschutz 342 000 Ampullen Diazepam, 68 000 Amp. Droperidol, 103 000 Amp. Haloperidol, 2 010 000 Tabl. Diazepam sowie über 130 000 Infusionsflaschen gekauft und lagern lassen. Für viele Krankenhäuser wurden bereits Einsatzpläne für den sog. Notfall erstellt und die Ärzte bestimmt, die dann die Triage durchzuführen hätten. In einigen Bundesländern besteht bereits die Pflicht für Ärzte, sich in „Katastrophenmedizin“ fortzubilden. Regional werden von großen deutschen Rettungsdienstverbänden Katastrophenschutzübungen durchgeführt, wobei der Einsatz

nach Abwurf einer Atom-bombe geübt wird.

Dies alles in Verbindung mit dem geplanten „Gesundheitsschutzgesetz“ dient der Vorbereitung auf den Atomkrieg und somit der Militarisierung unseres Gesundheitswesens.

Matthias Demuth, Arzt
Georg-Thöne-Straße
3500 Kassel

Für den Ernstfall

Mehr als 200 000 Schwesternhelferinnen werden in Kurzlehrgängen für den Verteidigungsfall ausgebildet. In Mittelpunktsschulen entstehen Hilfskrankenhäuser, Millionen von Psychopharmaka wurden vom Innenministerium eingekauft und für den Ernstfall eingelagert. Die bisher völlig unbekannte Fortbildung in sogenannter Katastrophenmedizin unter Anwesenheit von Militärärzten wird zunehmend propagiert. Die „Triage“ (Selektion von Verletzten) wird zur Maxime ärztlichen Handelns in diesen Übungen. Laut „Gesundheitsschutzgesetz“-Entwurf der CDU/CSU sollen Praxen und Kliniken auf ihre Tauglichkeit für den „Ernstfall“ untersucht werden. Die Reihe ließe sich noch weiter fortsetzen. Sind dies etwa nicht unübersehbare Zeichen für eine *Militarisierung* des Gesundheitswesens?

Dr. med. Winfried Beck et al.
Atzelbergstraße 46
6000 Frankfurt

Zivile Katastrophen- medizin

Wenn es z. B. wahr ist, daß mittels des geplanten Gesundheitssicherstellungsgesetzes die Ärzte zur Teilnahme an Schutzübungen gezwungen werden sollen,