

BRIEFE AN DIE REDAKTION

SERVICEZENTREN

Zu dem Artikel „Service-Zentren für Krankenhäuser nur begrenzt einsatzfähig“, in Heft 34/1983:

Widersprüchlich

Die krankenhauspolitischen Konsequenzen im dualen Finanzierungssystem sind (zumindest in der Tendenz) falsch dargestellt: Die öffentlichen Haushalte werden, wenn überhaupt, nur in geringem Maße entlastet (z. B. durch fachliche Beratung beim Einkauf), wohingegen der Pflegesatz durch Senkung der Kosten für Instandhaltung, Wartung, Versicherung deutlich entlastet werden kann. Die „Skeptischen Stimmen“ sollten selbst nur mit großer Skepsis „erhört“ werden. Daß die Herstellerindustrie die Wirtschaftlichkeitseffekte der Service-Zentren in Frage stellt, spricht vielleicht für die Service-Zentren, jedenfalls nicht zwingend gegen diese. In Zeiten der lee-

ren „öffentlichen Hände“ lebt die Herstellerindustrie zunehmend von Wartungs- und Reparaturaufträgen, da diese über den Pflegesatz abgerechnet werden.

Die Anmerkung, das TSZ könne nicht als eine Art „Gesamt-Service-Stelle“ des Hospitals deklariert werden, unterstellt den Service-Zentren unter-schwellig eine Absicht, die sie nicht haben. Wer den ersten Absatz Ihres Artikels aufmerksam liest, erkennt den Widerspruch. Die Wirtschaftlichkeit der Service-Zentren ist im Modellversuch mit deutlichen Zahlen belegt worden. Die Skeptiker haben bisher noch nicht viele sachliche Argumente gegen die Service-Zentren hervorgebracht. Die Kritik „riecht“ ein wenig nach „So etwas haben wir noch nie gehabt, darum brauchen wir es jetzt auch nicht“.

Werner Goerendt
Vehlenerstraße 6
6250 Limburg 8

RENTEN

Zu dem Artikel von Walter Kanningeießer „Böses Erwachen der „Freiwilligen““ (Heft 33/1983:

Rat gesucht

Für einige von uns freiwillig Versicherten ist dieses Erwachen schon viel früher gekommen.

1. Als Freiberufler kommen wir nicht in den Genuß als Schwerbeschädigte mit 60 Jahren aufhören zu können, weil uns dazu die nötigen Pflichtbeiträge fehlen (wo sollen wir sie auch herhaben), wir hatten uns ja freiwillig weiterversichert,

2. werden uns Ersatz- und Ausfallzeiten nur zum geringen Teil angerechnet, weil, wie bei mir, mein kommunaler Arbeitgeber

auf dem Standpunkt stand, bis zur Erlangung des Facharztes seien wir „Auszubildende“ und deshalb nicht versicherungspflichtig. Wer aber 2 Jahre nach Beendigung seiner Ausbildung kein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis beginnt, bei dem werden die Zeiten gekürzt. Die BfA sieht aber die Ausbildung zum Facharzt und die Medizinal-Assistentenzeit natürlich nicht als Ausbildung, sondern als Beschäftigung an. Als Arbeitnehmer sind wir aber verpflichtet, uns über diese §§ zu informieren bzw. zu kümmern. Derartige Einsprüche können aber nur bis zu 2 Jahre nach Ende des Dienstverhältnisses gemacht werden. Wer von uns hat es schon gemacht? Wir glaubten, daß der Arbeitgeber uns richtig beraten hat

und waren froh, eine Stelle bekommen zu haben. Ich bin jedenfalls froh, daß ich damals, als die Beiträge rasant stiegen und unsere Einkommen noch wesentlich geringer waren, nicht mehr weiter in die BfA gezahlt habe. Ich hoffe nur, daß ich bei der Ärzteversorgung nicht auch noch einen Pferdefuß finde. Vielleicht hat ein Kollege ähnliche Erfahrungen mit dem Arbeitgeber und der BfA gemacht und kann mir einen guten Rat geben.

Dr. med.
Günther Abramowski
In den Kiefern 4
3057 Neustadt

ROTE LISTE

Anregung

In Buchformat?

... Das DEUTSCHE ÄRZTEBLATT hat ein Format 200 mal 280 mm, wenn wir die Ränder beschneiden ca. 180 mal 260 mm. Die Rote Liste (seit einiger Zeit) 170 mal 205 mm. Es erscheint naheliegend *alles*, was mit Pharmazeutik in Zusammenhang steht, in dieser Roten Liste zu sammeln. Das macht *keine* Schwierigkeiten, wenn es sich nur um kurze Notizen (vergleiche DEUTSCHES ÄRZTEBLATT Heft 27/28 1983 Seite 63: Berichtigungen Rote Liste 1983) Bei der hier genannten Bezug-Veröffentlichung der „Gesammelte Werke Bundesgesundheitsamt“ (Heft 29/1983, Seiten 45–48) soll – ich hab' sie nicht gezählt – die „Liste 1: Änderung der Zulassung ca. 325 Präparate“ umfassen, die Liste 2: Widerruf der Zulassung 27, von denen 20 schon nicht mehr im Handel sind. Wäre es drucktechnisch möglich, bei der Veröffentlichung weiterer solcher umfangreicher Listen – dann wären die betroffenen Ärzte dankbar – diese Veröffentlichung so formativ zu

ZUR UMFASSENDEN THERAPIE DER KORONAREN HERZKRAKHEIT: ADALAT RETARD/ADALAT.

Zusammensetzung:

1 Kapsel Adalat® 5 enthält 5 mg, 1 Kapsel Adalat® enthält 10 mg Nifedipin, 1 Tablette Adalat® retard enthält 20 mg Nifedipin.

Indikationen:

Koronare Herzkrankheit: Frühbehandlung und Langzeittherapie der koronaren Herzkrankheit (insbesondere chronische Koronarsuffizienz, Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt); Koronarspasmen (Prinzmetal-Angina, Ruheanginal). Hypertonie: Alle Formen des Hochdrucks.

Kontraindikation:

Gesamte Schwangerschaft.

Nebenwirkungen:

Begleiterscheinungen treten im allgemeinen nur vereinzelt und vorzugsweise zu Beginn der Behandlung auf, sie sind zudem meist leichter, vorübergehender Natur. Gelegentlich kann es zu Kopfdruck, Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Hautreaktionen, Schwindel, Übelkeit, Beinödemen und Müdigkeit kommen. Wie auch bei anderen gefäßaktiven Substanzen können äußerst selten – unter Adalat ca. 15–30 Minuten nach der Einnahme – Schmerzen im Bereich der Brust auftreten. In diesem Fall sollte Adalat abgesetzt werden, sofern ein kausaler Zusammenhang zu vermuten ist.

Wechselwirkungen:

Adalat kann mit blutdrucksenkenden Mitteln gleichzeitig gegeben werden; bei Kombination mit anderen Antihypertonika ist eine in etwa additive Wirkung zu berücksichtigen. Die Behandlung mit Herzglykosiden kann während der Anwendung von Nifedipin begonnen und/oder fortgeführt werden. Eine Kombination mit β -Rezeptoren-Blockern oder einem Saluretikum ist möglich (vgl. Ärzteprospekt). Bayer Leverkusen

Dosierung:

Je nach Schweregrad der Erkrankung und Ansprechbarkeit des Patienten. Die durchschnittliche Tagesdosis beträgt im allgemeinen 15–30 mg Nifedipin (3 x 1 bis 3 x 2 Kapseln Adalat 5 bzw. 3 x 1 Kapsel Adalat). In besonderen Fällen Steigerung der Tagesdosis auf 60 mg (3 x 2 Kapseln Adalat). Bei Koronarspasmen (Prinzmetal-Angina, Ruheanginal Erhöhung der Tagesdosis auf 80 mg bis max. 120 mg [4 x 2 bis 6 x 2 Kapseln Adalat]. Bei Hypertonie Tagesdosen von 3 x 1 bis max. 3 x 2 Kapseln Adalat. Bei drohendem Angina-pectoris-Anfall bzw. akuter Hochdruckkrise zum raschen Wirkungseintritt die Adalat-Kapseln vor dem Schlucken zerbeißen. Bei Einzeldosen von 20 mg einen Einnahmeabstand von 2 Std. nicht unterschreiten. Soll die Retardtablette eingesetzt werden, wird eine Tagesdosis von 2 x 1 Tablette Adalat retard (2 x 20 mg) empfohlen, die in einigen Fällen auf 2 x 40 mg erhöht werden kann. Wenn bei Angina pectoris nach etwa 14tägiger Behandlungszeit kein ausreichender Therapieerfolg eintritt, sollte ein Übergang auf die schnell wirkende Adalat-Kapsel (zu 10 mg) erfolgen.

Handelsformen:

Adalat retard: Tabletten zu 20 mg Nifedipin. Packung mit 30 Tabletten 38,28 DM; Packung mit 50 Tabletten 60,28 DM; Packung mit 100 Tabletten 107,55 DM; Anstaltspackung. Adalat 5: Kapseln zu 5 mg Nifedipin. Packung mit 30 Kapseln 14,88 DM; Packung mit 50 Kapseln 24,46 DM; Packung mit 100 Kapseln 42,37 DM; Anstaltspackung. Adalat: Kapseln zu 10 mg Nifedipin. Packung mit 30 Kapseln 25,88 DM; Packung mit 50 Kapseln 39,75 DM; Packung mit 100 Kapseln 70,92 DM; Anstaltspackung.

Stand: Juli 1983.

BRIEFE AN DIE REDAKTION

gestalten, daß sie, ohne mehrfache Knickungen dem Druckformat der Roten Liste angepaßt ist? Der Herausgeber der Roten Liste, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Frankfurt/M. hatte schon von sich aus gebeten, eventuelle Wünsche für die späteren Ausgaben vorzutragen... Da die meisten ärztlichen Kollegen sowieso ein bestimmtes Repertoire von vorzugsweise verordneten Medikamenten haben, ist daran gedacht, u. a. sofort beim Vorderdeckel eine Reihe von Leerblättern zu empfehlen, auf die man wichti-

ge Mitteilungen aufkleben kann; andere denken an eine Art Schnellhefter, sofort fest in die Bindung des Buches – hier: Rote Liste – eingebracht; weil alle nachträglichen Eingaben die Buchbindung sprengen...

Dr. Dr. med. Paul Becker
Wittelsbachstraße 18
4000 Düsseldorf 12

P. S. der Redaktion: Am Zeitschriftenformat des DÄ läßt sich leider nichts ändern, das DÄ muß sich ans Marktübliche halten. Aber wie wäre es, wenn die Rote Liste dem Zeitschriftenformat angeglichen würde?

NACHRÜSTUNG

Zu dem Tagungsbericht: „Atomkrieg und die Verantwortung der Naturwissenschaftler“ von Dr. med. Hermann Kater in Heft 36/1983:

Höhere Weisheit

Als ich das Heft 36 aufschlug, meinte ich, im linksextremen „Konkret“ zu lesen. Da war die Rede von der „primitiven, anarchischen Neandertaler-Mentalität“ der Nachrüstungsbeifürworter. Das politische Machwerk war getarnt als „Tagungsbericht“, aber es enthielt keinerlei kritische Einordnung, statt dessen Suggestierung der besonderen Kompetenz der zitierten Autoren durch Aufzählung ihrer Professorentitel und Nobelpreise. Nun gibt es bekanntlich keine bedingungslosen Nachrüstungsbeifürworter, sondern nur solche, die Nachrüstung zur Friedenssicherung für erforderlich halten, falls die sowjetische Überrüstung nicht reduziert wird; zu ihnen gehören Altbundeskanzler Schmidt und Bundeskanzler Kohl: nach Meinung von Herrn von Dittfurth also Leute mit primitiver, anarchischer Neandertaler-Mentalität. Sollen wir diese Klassifizierung jetzt an den

Kollegen zurückgeben und ihn daran erinnern, daß nach einer Hypothese die Neandertaler trotz überlegener Hirn- und Friedfertigkeitsestwicklung gerade deshalb ausgestorben sind, weil sie sich gegen die aggressiveren Cro-Magnon-Menschen nicht genügend wehrten? Wir überlassen solche zoologischen Klassifizierungen lieber dem in die Medien gegangenen und jetzt von ihnen abhängigen Kollegen. Die Behauptung, Ärzte seien für die Politik kompetenter als andere Bürger, ist im Ernst nicht haltbar. Daß die „Friedensfreunde“ Ärzte und Professoren für ihre Zwecke („parallel zu den Interessen der Sowjetunion“) zu mobilisieren suchen – und nicht etwa Architekten oder Maurermeister, die ja auch etwas über Atombombenwirkungen sagen könnten, was der Durchschnittsbürger nicht weiß – hängt nicht mit deren höherer politischer Weisheit, sondern mit ihrem Ansehen zusammen: dieses wünschen die Subversiven zu mißbrauchen.

Prof. Dr. H. H. Kornhuber
Leiter der Abteilung
Neurologie
Universität Ulm
Steinhövelstraße 9
7900 Ulm

Wichtige Veranstaltungen während der Medica '83

Im Rahmen der Medica (30. November bis 3. Dezember) in Düsseldorf finden auch in diesem Jahr wieder drei Veranstaltungen statt, die maßgeblich von der Bundesärztekammer, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gestaltet werden.

● **Über die Erfahrungen mit der neuen ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ)** wird am 1. Dezember um 14.30 Uhr im Raum 6 des Messe-Kongress-Centers unter der Leitung von Prof. J. F. Volrad Deneke, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, referiert und diskutiert.

● **„Ärzte beraten Ärzte bei der Arzneiverordnung“** – so der Titel der zeitgleichen Veranstaltung in Raum 9. Unter der Leitung von Prof. Dr. Fritz Scheler, Vorsitzendem der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, informiert dieser Fachausschuß der Bundesärztekammer u. a. über die Zulassung neuer Arzneimittel, über die Bedeutung von Transparenzlisten für die Verordnung, die Beratung durch die Arzneimittelkommission, über unerwünschte Arzneimittelwirkungen und über die Arzneimittelsicherheit.

● **EDV-Fragen stehen im Mittelpunkt** der Veranstaltung „Wirtschaftliche, organisatorische und rechtliche Fragen integrierter Datenverarbeitung und Datenübermittlung im Bereich der ambulanten Medizin“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 2. Dezember um 9 Uhr im Raum 9. Unter Leitung von Dr. Eckart Fiedler, Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wird über Anwendungstrends der Datenverarbeitung und der Nachrichtenmedien berichtet, werden organisatorische Alternativen, rationelle Verwaltungsabläufe dargestellt und juristische Rahmenbedingungen eines übergreifenden EDV-Einsatzes in der Medizin erläutert.