

BRIEFE AN DIE REDAKTION

ÜBER „BÜTTELBORN“

Zu dem Editorial von Norbert Jachertz „Aus Büttelborn“ in Heft 38/1983, in dem ein Vorschlag, der Arzt solle hartnäckige, ihre Gesundheit gefährdende Raucher der Krankenkasse melden, kritisiert wurde:

**Journalist  
„diffamiert Arzt“**

Dr. Helmut Walther aus Büttelborn hat einen überdenkenswerten Vorschlag gemacht, den Mitgliedern der Solidargemeinschaft Krankenversicherung eine erhöhte Prämie zuzumuten, die diese Solidargemeinschaft in unverantwortlicher Weise und auf freiem Entschluß beruhend, mehr belasten als Nichtraucher. Dr. Walther zu unterstellen, er wolle sich zum Büttel der Krankenkassen machen, ist eine dreiste Entstellung der Vorgänge, die dem Interview vorausgegangen sind. So ganz unbekannt sind die Vorstellungen nicht, risikoreiche Personengruppen mehr zu belasten als die risikoarmen, insbesondere, wenn es sich um ein vermeidbares Risiko handelt. Im Versicherungswesen gibt es unzählige Beispiele hierfür, die von der Bevölkerung auch verstanden und akzeptiert werden. Über die Art der Feststellung des Risikos und der Beteiligung der Raucher an ihrem selbstgemachten Risiko sollte nachgedacht werden, polemisieren hilft leider nicht gegen das mit einer Verzögerung von 25 bis 30 Jahren auftretende Lungenkarzinom. Wer mit Patienten dieser Kategorie zu tun hat und deren qualvolles Leiden hautnah miterlebt hat, hat Verständnis für Prophylaxemaßnahmen. Sie mögen moderat oder auch hart sein, sie sollten aber angepackt werden, bevor die heutige, bereits mit 10 Jahren rauchende Jugend in 25 bis 30 Jahren

ihr Bronchialkarzinom erlebt.

Ich verstehe nicht die Redaktion des DEUTSCHEN ARZTEBLATTES, die einen so persönlich diffamierenden Artikel auf der ersten Seite des Heftes 38 veröffentlicht hat. Der Artikel diffamiert einen Arzt, ohne dem Ernst der Sache gerecht zu werden.

Dr. med. Bruno Walther  
Jahnstraße 116  
6100 Darmstadt

**Allerhöchste Zeit**

Ich stimme mit Ihnen überein, daß aus verschiedenen gravierenden Gründen es nicht Aufgabe der Ärzte sein kann, Patienten, die sich hartnäckig gegen ihre Gesundheit versündigen, der Krankenkasse zu melden. Aber damit ist es nicht getan. Es ist allerhöchste Zeit, sich Gedanken zu machen, wie dieses leidige Problem, das allmählich das System ins Wanken bringt, anzupacken ist. Bitte, denken Sie an die enormen Kosten, die gerade dieser Patientenkreis der Versicherten-Gemeinschaft aufbürdet. Die Krankenkassenbeiträge sind an die Grenze des Erträglichen gestoßen, unsere Rentenversicherung ist kaum noch bezahlbar. Denken Sie doch, daß unsere inneren Abteilungen zu 40 bis 60 Prozent von diesen chronisch Kranken ohne Krankheitseinsicht belegt werden, wochenlang! Denken Sie an den Produktivitätsausfall, und denken Sie doch daran, daß die Krankenkassen diese Verluste dort wieder hereinzuholen versuchen werden, wo ihnen der geringste Widerstand entgegengesetzt werden kann, bei den Ärzten. . .

Dr. med. W. Rödl  
Spitalstraße 5  
7930 Ehingen/Donau

**Gar nicht  
so abwegig**

Im Grunde ist das, was der Vorsitzende „des kleinen Ärzteverbandes mit großem Namen“ in seinem Interview gesagt hat, gar nicht so abwegig. Unser Versicherungssystem gestattet, daß die Kosten für gesundheitliches Fehlverhalten einzelner in nahezu unbegrenzter Höhe der Solidargemeinschaft angelastet werden. Entziehung des Versicherungsschutzes bei Fehlverhalten – ich glaube, das ginge zu weit und daran denkt auch wohl niemand in letzter Konsequenz. Die einzige Möglichkeit, den Krankenkassen eine finanzielle Hilfe bei der Bestreitung der durch Rauchen entstandenen Folgekosten zu gewähren, ließe sich nur durch unseren Finanzminister verwirklichen: Er müßte, jeweils auf die Mitgliederzahl berechnet, den größten Teil der durch Tabaksteuer und Mehrwertsteuer auf Tabakwaren erzielten zweistelligen Milliardenbeträge den Krankenkassen zur Verfügung stellen. Dadurch würde sich eine Mitwirkung der Ärzteschaft erübrigen, das Problem ließe sich über den Preis steuern, indem Raucher den größeren Aufwand der Kassen selbst bezahlen würden.

Dr. med.  
Hellmuth Reckendorf  
Beethovenstraße 4  
6800 Mannheim 1

**Sozial-  
sozialistischer  
Kapitalismus**

... Es handelt sich nicht darum, einen neuen Typ Kranker zu inaugrieren, sondern ganz einfach darum, etwas mehr Prophylaxe zu betreiben, um das malade Krankensystem zu stabilisieren, nachdem ja

**ZUR UMFASSENDEN  
THERAPIE DER KORONAREN  
HERZKRANKHEIT:  
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, Ruheangina). 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  $\beta$ -Rezeptoren-Blockern oder einem Saluretikum ist möglich (vgl. Arztprospekt). 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, Ruheangina) 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 14-tägiger 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.

# HERZSCHÜTZENDE KORONAR- THERAPEUTIKA ADALAT® RETARD/ ADALAT.®



1. D. 912

**DAUERSCHUTZ** FÜR DAS GEFÄHRDETE HERZ: **ADALAT® RETARD**  
NUR 1 TABLETTE FÜR DEN GANZEN TAG, NUR 1 TABLETTE FÜR DIE GANZE NACHT.

## BRIEFE AN DIE REDAKTION

alle – Patienten, Ärzte, Politiker und sonstige – kräftig in den leeren Beutel hineingegriffen haben. Im Ernst! Das alles muß schon wahr werden, daß diejenigen, welche sich bewußt – trotz aller jahrzehntelanger Aufklärungsaktionen – schädigen, auch mehr zur Kasse gebeten werden müssen, wie es andernorts selbstverständlich ist. Gehen Sie ruhig zu einer privaten Krankenkasse und erzählen dort, daß Sie 30 kg Übergewicht haben, Bluthochdruck durch kräftiges Rauchen und versalzene Kost produzieren, weil es Ihnen gerade so paßt, daß Sie Kettenraucher sind, dann wird man Ihnen mit Sicherheit auch keine Sonderprämie nach unten, sondern eine nach oben aufbrummen. Dies ist das eine Übel, das andere Übel dürfte jedoch sein, wenn unsere angebliche „soziale“ Krankenkasse so verehrte Großverdiener, wie Minister, Direktoren, Millionäre – nicht nur aus allen Parteien, Gewerkschaften, sondern auch aus hochbezahlten Sportlerkreisen für Billigmasche zu Superluxus versorgen muß. So lange also Minister im Fernsehen, wie es vor einigen Jahren geschehen ist, stolz berichten, daß sie einer sozialen Krankenversicherung angehören, so lange also bestimmte Krankenkassen damit prahlen, daß bei ihnen auch Spitzensportler (pflicht-)versichert sind, so lange sollte man dem „normalen Sterblichen“ nicht weismachen wollen, daß er in Sachen Gesundheit (oder Krankheit) der Großverbraucher ist. Und so lange glaube ich auch nicht, daß etwa die Ärzte allein schuldig an einem Milliardenverbrauch im Sozialwesen sind, der unterdessen rund 500 Milliarden jährlich, 500 Millionen täglich ausmacht. Unser „soziales Unsystem“ müßte wieder bezahlbar werden. Das ist der eigentliche

Ernst der Situation. Warum also nicht eindeutige Abstufung im Sozialversicherungssystem nach finanzieller Situation und nach Gesundheitsverhalten?

Warum muß ich, der ich mich bewußt gesund halte, den gleichen Kassenbeitrag finanzieren, wie ein Mensch, der sich gezielt durch starkes Rauchen, Alkohol oder andere – heute mit Sicherheit bekannte Schädigungen – kaputt macht? Ich fühle mich dann zu Recht von diesen Menschen ausgebeutet – ein neues System des sozial-sozialistischen Kapitalismus.

Dr. med. Peter Reisky  
Kirchweg 70  
3500 Kassel

### „ANBIETER“

Gleich oder gleicher?

### Konsequenterweise

Das Geschwafel will kein Ende nehmen! Zwar haben wir gelernt, immer weniger zu leisten, aber dafür fließen uns die Orwellworte um so leichter aus dem Munde. Der „Nulltarif“, der kein Tarif ist, der „Lohnausgleich“, der kein Ausgleich ist, und jetzt der „Anbieter“ von Gesundheitsleistungen, der kein Anbieter, sondern ein Erbringer ist. Sie haben zwar vor kurzem indigniert reagiert, als auch Anke Fuchs diese Diktion gebrauchte, aber wie immer bleiben wir auch hier passiv. Warum nennen wir nicht konsequenterweise Politiker, die sich selbst mit Geschenken anbieten, die aus unserer Tasche kommen, „Anbieter von Sozialleistungen“? Oder ist das zu riskant, wenn wir das sagen? Wir sind zwar alle gleich, aber sind einige doch gleicher?

Dr. med. Rupert Witzmann  
Allinger Straße 1  
8039 Puchheim

### BITTERE PILLEN

Zu dem Bericht von Wolf G. Dorner in Heft 40/1983 über das Buch „Bittere Pillen“, in dem 2300 Arzneimittel „bewertet“ wurden:

### Klammheimliche Freude

Die „Bitteren Pillen“ sind nicht nur für den Patienten bitter, sondern auch für die Pharmazeutische Industrie. Dabei war diese schon vor 25 und vor 20 Jahren und auch später immer einmal wieder ins Kreuzfeuer der Kritik geraten. . . . Als Ausweg aus den sich anbahnenden Schwierigkeiten in der Arzneimittelherstellung erschien es mir angebracht, die Errichtung eines deutschen Heilmittel- oder Arzneimittel-Museums vorzuschlagen. (Der Vorschlag wurde am 25. Aug. 1962 im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT, Seite 1725 veröffentlicht.) In der Tat erschien damals eine solche Einrichtung, wo alle in Deutschland hergestellten Arzneimittelspezialitäten ausgestellt, eingeteilt und allgemeinverständlich erläutert würden, (mir) als eine Sache, von der man sich Nutzen für die Ärzte, die Patienten, den Staat und die Arzneimittel-Hersteller versprechen durfte. Um so mehr war ich verwundert, überall auf arrogante Ablehnung zu stoßen. Die Politiker interessierten sich nur für Dinge, die sensationell waren. Die pharmazeutischen Produzenten hatten Angst, man könne ihnen in die Töpfe gucken. Ein Wissenschaftler meinte sogar, wie solle man denn eine brauchbare Einteilung und volkstümliche Erläuterung aller Präparate zustande bringen (obwohl sich derartige Einteilungen und Erklärungen zum Beispiel in den einschlägigen Lehrbüchern der Pharmakologie finden lassen). Ich kam mir fast wie ein armer Irrer vor,

der es in seiner Naivität gewagt hatte, auch einmal ein Wort zu sagen. Eigentlich müßte ich jetzt eine klammheimliche Freude darüber haben. . . .

Dr. med. Albert Ochmann  
Fürbringerstraße 18  
2970 Emden

### ARZNEIMITTEL

Zu dem Artikel „Arzneimittel: Was alles den anhaltenden Ausgabenanstieg bewirkt“ in Heft 43/1983:

### Nachrechnen

Erlauben Sie mir, Ihnen für Ihre Grundlagen- und Ur-sachensammlung zwei weitere Ursachen mitzuteilen. Firma Duphar – Amsterdam und Hannover – bringt seit 1973 das Medikament Duspatal heraus. Ein Spasmolyticum bei prononcierter Sigma-Diverticulose. Preis laut Roter Liste 1983 für 100 Dragees = 46,30 DM, Apothekenverkaufspreis 9/83 100 Dragees = 66,50 DM. Das ist eine Steigerung um 43,6 Prozent. Firma Kettelhack-Riker: Medikament Tambocor, Anfang 1983 neu herausgekommen. Ein Antiarrhythmicum bei bradycarder, absoluter Arrhythmie. Preis für 50 Tabletten laut Roter Liste 83 und laut ganzseitiger Anzeige in zahlreichen medizinischen Fachzeitschriften bis einschließlich Mitte September 1983 = 68,50 DM, Apothekenverkaufspreis seit Juli 1983 = 86,95 DM. Ein Steigerungssatz von 26 Prozent. Der Kollege, der seine Kenntnisse der Roten Liste und den Firmenprospekten entnimmt, erfährt kaum, welche Steigerungsmöglichkeiten für seine Arzneiverordnungskosten hinter seinem Rücken zu erwarten sind.

Dr. med.  
Carloscar Gerasch  
Riehlstraße 9  
8182 Bad Wiessee