

BÜROKRATIE

Zu dem Leserbrief „Kollegiales Verhältnis pflegen“ von Dr. med. Norbert Zylka in Heft 28/29 1984, Seite 2146:

Aus der Seele gesprochen

... Schon als ich 25 Jahre in Düsseldorf als Kassenarzt niedergelassen war, schrieb ich damals im Jahre 1976 an den Vorsitzenden, Kollegen Muschallik, einen Brief, „ich hätte zwar nach 25 Jahren kassenärztlicher Tätigkeit keine goldene Uhr erwartet, aber zumindest ein Wort der Kassenärztliche Vereinigung oder Ärztekammer zu diesem Tage.“

Kollege Muschallik hat meinen Brief sehr höflich beantwortet, fand meinen Hinweis durchaus gerechtfertigt, wenn auch bei Ärzten kein direktes Arbeitgeber/Arbeitnehmerverhältnis zur KV bestünde, räumte aber ein, daß es zumindest richtig sei, solcher Tage gebührend zu gedenken. Er werde das bei der nächsten Vorstandssitzung zur Sprache bringen, im übrigen gratulierte er mir persönlich zum „25.“.

Fünf Jahre später war ich 30 Jahre Kassenarzt in Düsseldorf, ich paßte nun auf, ob die Ständesvertreter nun gratulieren würden. Nichts geschah! Am 30. 6. 82 gab ich nach insgesamt 41jähriger Tätigkeit als Arzt, davon 10 Jahre Krieg und Gefangenschaft und 31 Jahre kassenärztlicher Tätigkeit in Düsseldorf, meine Kassenzulassung zurück. Reaktion der KV: zwei datenverarbeitete Mitteilungen, daß meine Kassenzulassung für die RVO + Ersatzkassen nunmehr beendet sei. Schluß!

In langen Jahren habe ich mich mit vielen Kollegen über den rüden Ton mancher KV-Rundschreiben geärgert, worin mit monetären Repressalien „im Falle Nichtbefolgung“ der Anordnungen gedroht wurde. So wie mit Kassenärzten-„Kollegen“ umzugehen, wagt keine Firma mit ihren leitenden Angestellten, geschweige mit gewerkschaftlich organisierten Arbeitnehmern umzuspringen...

Dr. med.
Rudolf Hein
René-Schickele-Straße 59
4000 Düsseldorf 13

„Bemerkenswerter Stil“

... Daß dies in gleicher Manier auch in unserem Bezirk so gehandhabt wird, konnte ich – und mit mir weitere Kollegen – erst kürzlich erfahren. Neben der knappen Mitteilung vom Erlöschen meiner Kassenbeteiligung erfuhr ich gleichzeitig, daß für die Zeit von zwei Jahren 500 DM zinsfrei von meiner letzten Abrechnung einbehalten werden als Sicherheit für eventuelle Regreßforderungen! Und dabei hatte ich wahrhaftig nicht die Absicht, meinen bisherigen Wohnort zu verlassen bzw. mich ins Ausland abzusetzen. Die Tatsache, daß ich seit vielen Jahren zahlreichen jungen Kollegen in meiner Allgemeinpraxis die Möglichkeit zur Weiterbildung für das Gebiet „Allgemeinmedizin“ gab – natürlich fast ausschließlich auf meine Kosten – wurde (wie auch schon früher) mit keinem Wort erwähnt! Motto: „Der Mohr hat seine Schuldigkeit getan, der Mohr kann gehen“!

Dr. med. H. Kurth
Severinstraße 128
5100 Aachen

TOD

Zu dem Leserbrief von Dr. Günter S. Gramsch („Gegen den Tod auf den Straßen“), Heft 28/29 1984, Seite 2150, der sich auf einen Tagungsbericht über den „Kongreß zur Verhütung eines Atomkrieges“ von Dr. med. H. Kater in Heft 17/1984 bezog:

Unvergleichbar

... Dr. Gramsch nennt „fast 12 000 Tote und fast 500 000 Verletzte“ im Straßenverkehr. – Je nach Ausdehnung eines Atomkrieges würde die Zahl der Toten und Verletzten hier zwischen vielen Hundert-

tausenden (im unwahrscheinlichen günstigeren Falle) und der Auslöschung fast allen Lebens (im wahrscheinlicheren ungünstigsten Falle) liegen, ganz zu schweigen von den Veränderungen im Erbgut eventuell überlebender Organismen, die noch Generationen betreffen würden.

Dann die ethische Seite: Der Straßenverkehr ist eine sozial, wirtschaftlich und kulturell notwendige Einrichtung, bei der ein (Sach- oder) Personenschaden nie vorsätzlich herbeigeführt wird, son-

dern immer nur als Unglück passiert. Es sind in der Regel wenige Personen, meistens am Straßenverkehr beteiligte, betroffen. – Ein Atomkrieg hingegen ist ein unnötiges und aus niedrigen Beweggründen vorsätzlich oder grob fahrlässig hervorgerufenes Ereignis, bei dem Unzählige, in der Regel Unbeteiligte, betroffen sind. Daß man solche Dinge nicht vergleichen kann, bedarf wohl keines weiteren Kommentars.

Christoph Luyken, Arzt
Milskotterstraße 32
5820 Gevelsberg

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 β -Rezeptoren-Blockern oder einem Saluretikum ist möglich (vgl. Ärztespekt.). 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 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.