

Quartal aufs Neue sowohl ein vollständiger neurologischer Status als auch ein vollständiger psychiatrischer Status erhoben wird.

Bezüglich der Nebeneinanderberechnung der Nrn. 800 und 820 muß im übrigen klargestellt werden, daß in den Verhandlungen, die der Beschlußfassung des neuen EBM vorangegangen sind, die Ärzteseite sich erst nach langem Bemühen gegen die Forderung der Krankenkassen hatte durchsetzen können, die Nebeneinanderberechnungsfähigkeit der Nrn. 800 und 820 generell auszuschließen.

Schließlich muß noch festgestellt werden, daß die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 820 und 850 nebeneinander nicht möglich ist, da es sich um einander überschneidende Leistungsinhalte im Sinne des ersten Absatzes der Allgemeinen Bestimmungen zum BMA und zur E-GO handelt. Dies wird in der zum 1. Juli 1988 in Kraft tretenden Ergänzung des EBM ausdrücklich bestätigt.

Die „Probleme“ von Herrn Urban sind im übrigen durch die EBM-Klarstellungen nicht gelöst worden. □

FLUGDIENST

Zu der Meldung „Pilotprojekt Ambulanzflugdienst“ in Heft 14/1988:

Existiert bereits

In dem Artikel erwecken Sie den Eindruck, daß ein Ambulanzflugdienst als „Pilotprojekt“ in Köln etabliert worden ist. Dieses möchte ich dahingehend berichtigen, daß bereits seit dem Jahre 1984 ein Ambulanzflugdienst Niedersachsen existiert, der eine Zusammenarbeit zwischen der Johanniter-Unfallhilfe und der Deutschen Rettungsflugwacht beinhaltet. Im Laufe der letzten Jahre bis heute hat sich diese Partnerschaft bewährt und zu einer Zusammenarbeit geführt, die zum Wohle des Patienten einen schonenden Transport sicherstellt. Richtig an dem Einsatz eines Ambulanzflugdienstes in Köln ist jedoch die Zusammenarbeit der vier großen freiwilligen Hilfsorganisationen.

Ihre Bemerkung, daß in Ausnahmefällen solche Einsätze auch überregional durchgeführt werden können, dürf-

te eigentlich selbstverständlich sein; denn Verlegungstransporte nur regional mit einem „Lufttransport“ durchzuführen, kann nicht wirtschaftlich sein. Die Wirtschaftlichkeit stellt sich erst auf größere Entfernungen ein.

Der Niedersächsische Sozialminister, gezeichnet Lindemeyer, Postfach 1 41, 3000 Hannover 1

PHARMA-VERTRETER

Zu dem Leserbrief „Verweigern“ von Dr. med. Dietrich Klietmann in Heft 19/1988:

Nicht richtig

Ich halte das „Verweigern von Unterschrift und Stempel bei dem Besuch von Pharma-Vertretern“ nicht für richtig und sehe auch keinen Sinn darin. Diese Leute tun doch nur ihre Pflicht. Es ist doch ihr Beruf, uns Ärzten neue Präparate ihrer Firmen vorzuführen und Informationsgespräche zu führen. Damit die Pharma-Firma eine Kontrolle über sie hat, daß sie auch wirklich etwas tun und in ihrem Bezirk die verlangten Ärzte besuchen, müssen sie dem Arbeitgeber dieses Testat bringen, und es ist nach meiner Ansicht ja auch eine Kleinigkeit, ihnen dieses zu gewähren. Ich hatte hier in meiner Nachbarschaft einen Kollegen, der keinen Pharma-Vertreter empfing mit der Begründung, weil sie nicht studiert hätten. – Ich habe sie immer nett behandelt und teilweise sogar ein freundschaftliches Verhältnis gehabt, weil man sich im Laufe der Jahre besser kannte. – Ich halte auch nach wie vor den Besuch des Pharma-Vertreters für besser als die große Flut der Reklamesendungen, die einem die Post ins Haus bringt, für die alle zu lesen man als Landarzt doch kaum Zeit hat.

Dr. med. Walter Luth, Am Ring 2, 2343 Karby, Kreis Rendsburg-Eckernförde

PSYCHIATRIE

Zu dem Beitrag „Ärzteschaft mahnt neue Initiativen an“ von Dr. Harald Clade in Heft 16/1988:

Schlechter Witz

Insbesondere Punkt 6 der bei dem Davoser Kongreß angemeldeten Forderungen kann zumindest im Hinblick auf die Verhältnisse in Hamburg nicht unwidersprochen bleiben. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Modellregion Hamburg-Eilbek hat größten Wert auf die Mitarbeit der niedergelassenen Nervenärzte gelegt, zumal in Eilbek immerhin eine Nervenarztpraxis in die Modellförderung mit einbezogen war.

Nachdem der eine oder andere Nervenarzt der Region anfangs zu den Arbeitstreffen erschienen war, wurden diese Besuche immer seltener und hörten sehr bald ganz auf. Auf diesem Hintergrund ist es für mich ein schlechter Witz, wenn im Ärzteblatt gefordert wird, die niedergelassenen Nervenärzte sollten in solchen Gremien gar Leitungsfunktion wahrnehmen.

Welche Tatsachen nun der Feststellung zugrunde liegen, daß Sozialpsychiatrische Dienste dazu neigen sollen, sich um Neurotiker und jüngere Leichtkranke zu kümmern und damit chronisch Kranke zu vernachlässigen, ist mir völlig unerklärlich. Wäre diese Aussage speziell für Hamburg gemacht worden, würde ich sie als Beleidigung und üble Nachrede auffassen.

Genau andersherum wird ein Schuh daraus. Obwohl die Hamburger Nervenärztdichte die derzeit gültigen Bemessungszahlen bei weitem übersteigt, ist es meine Erfahrung, daß die kassenärztliche Versorgung deutliche Defizite aufweist. Ich erlebe es beispielsweise immer wieder, daß niedergelassene Nervenärzte versuchen, die Durchführung möglicherweise erforderlicher Zwangseinweisungen ihrer Patienten

auf die Kollegen in den SPD's abzuwälzen, damit das „Vertrauensverhältnis“ zu ihren Patienten nicht gestört wird oder weil eine Krisenintervention nicht in den geregelten Sprechstundenablauf paßt.

Ebenso macht es bei bestimmten Kollegen immer wieder Schwierigkeiten, sie zu erforderlichen Hausbesuchen bei ihren Patienten zu bewegen. Und nicht zuletzt kommen sehr oft Patienten und vor allem auch Angehörige zu uns, die mit uns sprechen wollen, weil sie aus dem Sprechzimmer des niedergelassenen Kollegen schon nach zehn Minuten wieder draußen waren.

In Hamburg jedenfalls sind die SPD's de facto ein Spezialdienst für schwerstgestörte, behandlungsunmotivierte Schizophrene, für verwahrlösende Demente und behandlungsresistente, sozial marginale Alkoholiker.

Das wissen unsere niedergelassenen Kollegen sehr zu schätzen und sie hüten sich, mit ins Horn des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES zu stoßen, wonach die staatlichen Dienste angeblich das Geschäft der niedergelassenen Ärzte schädigen.

Dr. med. Hans Usemann, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Hamburg-Wandsbeck, Wentzelplatz 3 C, 2000 Hamburg 65

COMPUTERKURSE

Zu dem Beitrag „Intensivkurse für Computereffreaks“ von Rüdiger Werner in Heft 18/1988:

Nicht finanziert

... Wie ich in dieser Woche während einer Beratung von einem Mitarbeiter der Zentralen Arbeitsvermittlung (ZAV) in Frankfurt erfahren mußte, steht inzwischen fest, daß die Lehrgänge in Medizinischer Datenverarbeitung wegen der hohen Kosten von der Bundesanstalt für Arbeit in Zukunft nicht mehr finanziert werden. >

Zusammensetzung: 1 Tablette CAPOZIDE[®] 25 (50) enthält: 25 (50) mg Captopril und 25 mg Hydrochlorothiazid. **Anwendungsgebiet:** Hypertonie. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Captopril, Thiazid-Diuretika und Sulfonamide, deutliche Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 30 ml/Min. und Serum-Kreatinin > 1,8 mg/100 ml), Glomerulonephritis, beidseitige Nierenarterienstenose oder Nierenarterienstenose bei einer Einzelniere; Zustand nach Nierentransplantation. Aortenklappenstenose oder andere Ausflußbehinderungen. Autoimmun- oder Kollagenkrankheiten, z. B. Lupus erythematoses, Sklerodermie, besonders bei gleichzeitig eingeschränkter Nierenfunktion, und bei gleichzeitiger Einnahme von Immunsuppressiva und Antimetaboliten. In diesen Fällen ist CAPOZIDE nur nach besonders kritischer Nutzen/Risiko-Abwägung anzuwenden. Das weiße Blutbild bzw. der Urinbefund (Proteinurie) sind sorgfältig zu überwachen. Schwere Leberfunktionsstörungen, Coma hepaticum. Therapieresistente Hypokaliämie; schwere Hyponatriämie und/oder ausgeprägter Dehydratation. Schwangerschaft und Stillzeit; primärer Hyperaldosteronismus. **Warnhinweise:** Bei vorangegangener intensiver Behandlung mit Diuretika, bei ausgeprägten Salz- und Flüssigkeitsverlusten, bei renovaskulärem Hochdruck oder bei Herzinsuffizienz unter den oben zitierten Umständen kann es bei Beginn der CAPOZIDE-Therapie zu einem starken Blutdruckabfall kommen. Bei diesen Patienten sollten vor Beginn der Therapie die Diuretika abgesetzt oder deren Dosis stark reduziert und auch die Dosis von CAPOZIDE reduziert werden, um dadurch das Risiko dieses Blutdruckabfalles zu mindern. Bei jedem Patienten mit Hypertonie oder Herzinsuffizienz muß vor Behandlungsbeginn die Nierenfunktion untersucht werden. Die Häufigkeit des Auftretens der meisten Nebenwirkungen unter CAPOZIDE ist prinzipiell mit der Nierenfunktion verknüpft, da das Medikament renal ausgeschieden wird. Die Dosis sollte nicht über das absolut nötige Minimum hinausgehen und sollte bei Nierenkranken reduziert werden. Bei Patienten mit Nierenerkrankungen müssen daher regelmäßig die entsprechenden Laborkontrollen durchgeführt werden. Die CAPOZIDE-Behandlung soll abgebrochen werden bei therapieresistenter Entgleisung des Elektrolythaushaltes, orthostatischen Beschwerden, Überempfindlichkeitsreaktionen, starken gastrointestinalen Beschwerden, zentralnervösen Störungen, Pankreatitis, Blutbildveränderungen, bei akuter Cholezystitis, beim Auftreten einer Vasculitis und Verschlimmerung einer bestehenden Myopie. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergischer Hautausschlag mit Jucken und Rötung, zum Teil mit Fieber; Photosensibilität; angioneurotisches Ödem. Gelegentlich Abnahme, Veränderung oder vorübergehender Verlust der Geschmacksempfindung. Manchmal Aphthen, Mundtrockenheit, gastrointestinale Störungen. Gelegentlich vorübergehende Übelkeit, Oberbauchbeschwerden. In Ausnahmefällen Leberfunktionsstörungen mit sekundärer Cholestase, Pankreatitis möglich. Sehr selten Hustenreiz mit oder ohne trockenen Husten. Bei vorbestehender Nierenerkrankung Proteinurie möglich; in diesen Fällen daher vor Beginn und während der ersten 8 Monate der Behandlung monatliche Kontrolle (cave > 1 g/Tag). Unter Behandlung mit CAPOZIDE, besonders bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, Kollagenkrankheiten oder Behandlung mit Immunsuppressiva oder Antimetaboliten, kann es sehr selten zu Leukopenie, in Extremfällen Panzytopenie, kommen. Die unter Thiazid-Diuretika manchmal auftretende Erhöhung von Blutzucker, Blutharnsäure oder Blutfetten wurde unter CAPOZIDE bisher nicht beobachtet. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Nierenerkrankung kann in seltenen Fällen eine Störung des Flüssigkeits- oder Elektrolythaushalts auftreten. Die Anwendung von Hydrochlorothiazid kann bei länger dauernder Einnahme zu Elektrolytveränderungen, insbesondere zu einer Erniedrigung des Serum-Kaliums mit Muskel- und Wadenkrämpfen führen. Hohe Kohlsalz-zufuhr vermindert die blutdrucksenkende Wirkung von CAPOZIDE. Bei vorangegangener intensiver Behandlung mit Diuretika oder bei renovaskulärem Hochdruck oder bei Herzinsuffizienz kann es innerhalb einer Stunde nach der ersten CAPOZIDE-Gabe zu orthostatischen Kreislaufdysregulationen kommen.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Dosierung sowie weitere Einzelheiten siehe Gebrauchsinformation. Neuere Arbeiten zeigen, daß die Captopril-Komponente in CAPOZIDE[®] den thiazidbedingten Stoffwechselfstörungen entgegenwirkt oder diese sogar aufhebt. **Handelsformen und Preise:** CAPOZIDE[®] 25 OP mit 20 (N 1) Tabletten = DM 35,50; 50 (N 2) Tabletten = DM 75,40; 100 (N 3) Tabletten = DM 136,95; CAPOZIDE[®] 50 OP mit 20 (N 1) Tabletten = DM 59,25; 50 (N 2) Tabletten = DM 130,85; 100 (N 3) Tabletten = DM 247,05.

 **von heyden** pharma
von Heyden GmbH
Volkartstraße 83
8000 München 19

(Stand: April 1988)

Arbeitslose Hochschulabgänger wie ich dürften wohl kaum in der glücklichen Lage sein, die erheblichen Lehrgangsgebühren plus Lebensunterhalt für ein Jahr aufzubringen . . .

Dr. med. Rudolf Jahnke,
Alter Postweg 17, 4542 Tecklenburg

AUSLANDSERFAHRUNG

Zu dem Beitrag „Ein Jahr als Medizinstudent in England“ von Jochen Vollmann, in Heft 10/1988:

Triviale Ebene

Die Diskussion um eine erforderliche Verbesserung der Ärzteausbildung wird seit langem heftig geführt. Die nunmehr gerade ins Haus stehende Einführung des „Arztes im Praktikum“ sowie eine Neustrukturierung der ärztlichen Prüfungen waren Quintessenz dieser angestrengten Debatte.

Der sicherlich sehr anregende Artikel von Herrn Vollmann greift dieses Thema noch einmal von der Seite des Betroffenen auf. Die Kritik bezüglich der gravierenden Mängel in der praktischen Ausbildung, der Unmut gegen die langweiligen und lustlos gehaltenen Vorlesungen paarten sich dabei mit Zurechtweisungen für fleghafte und provozierende Kommilitonen. Herr Vollmann orientiert sich an den Idealen eines humanistischen Bildungswesens, das überdies „unvergessliche Erlebnisse“ für den Lernenden liefern soll, der sich eben diesem Primat verschrieben hat. Eine neue Verbundenheit zur Universität wird von müden Studenten und Privatpatientenorientierten Hochschullehrern sowie der Habilitation entgegengerichteten Assistenten gefordert!

Demgegenüber liest sich das kollegiale Miteinander zwischen Studenten, Assistenten und leitenden Ärzten in England wie eine Offenbarung. Die Patientenbetreuung motiviert zum Lernen

und Nachlesen; Anamneseerhebung und körperlicher Untersuchungsbefund sind hier von besonderem Wert.

Es kann einen schon etwas mutlos stimmen, wenn auf einer solch trivialen Ebene die schwierige Problematik der Verbesserung der ärztlichen Ausbildung immer wieder diskutiert wird. Scheinbar ist das auf sich Selbstgestelltsein im Ausland – ob in den USA, England oder wenn möglich in einem schwarzafrikanischem Land – ein derart einschneidendes Erlebnis, daß der Sinn für Machbares und Notwendiges im eigenen Bereich verlorengeht. Es gibt doch wohl wirklich genügend Möglichkeiten, sein soziales und medizinisches Engagement im Rahmen unseres Gesundheitssystems zu erproben und zu erweitern. Es stimmt besonders traurig, wenn gerade diejenigen, denen die Möglichkeit gegeben wurde, über ein Stipendium Erfahrungen im Ausland zu sammeln, mit derart undifferenzierten Pauschalbeiträgen Sinn und Hintergrund des internationalen Erfahrungsaustausches ad absurdum führen. Selbst schaue ich auf eine Reihe von Studienaufenthalten sowohl in Großbritannien als auch in Frankreich und in den USA zurück und möchte keinesfalls diese Erfahrungen missen. Dennoch haben mir gerade die Einblicke in das ausländische Studium die Augen für die Möglichkeiten und Freiheiten der deutschen Medizinerbildung gerade in bezug auf eine umfassende Allgemeinbildung gegeben.

Daß eine Verbesserung der ärztlichen Ausbildung nach wie vor dringend erforderlich ist, bleibt dabei unbestritten. Die Suche nach Lösungen sollte sich jedoch an konstruktiven, die Realität erfassenden Diskussionsbeiträgen orientieren.

Dr. med. Eckhard Nagel,
Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie
der Medizinischen Hochschule,
Kollenrodtstraße 65, 3000 Hannover 1