

spezielle Hygiene-Schulungen einführen und das Hygienefachkraftwesen ausweiten zu sollen. Ich kann vor derartigen Entwicklungen nur warnen, welche das Vertrauen in die Krankenhausärzte und ihr geschultes Pflegepersonal womöglich ex officio in Abrede stellen und bei der Bevölkerung den Eindruck erwecken müssen, unsere Krankenhäuser seien nicht mehr sicher.

Manche meiner stationären Patienten sind angesichts der letzten Panorama-Sendung ernsthaft beunruhigt... Besonders bedauerlich finde ich, daß sentimental ausgeschlachtete Einzelfälle – unter anderen ein jugendlicher Mucoviscidose-Kranker mit angeblich iatrogener tödlicher Pneumonie sowie eine bildlich dargestellte, primär nekrotisierte Staphylodermie – mit Kommentaren des Hygiene-Professors Dr. Exner (in der Vorsendung Prof. Dr. Daschner) untermischt wurden, denen der antkollegiale Tenor der Sendung hoffentlich nicht bekannt war.

Aus meiner Klinikerfahrung heraus darf ich feststellen, daß die bislang geübten Maßnahmen im Krankenhaus vollauf genügen, einen Hospitalismus zu verhindern. Einzelfälle von iatrogenen Infektionen werden sich auch bei extremer Überwachung und Schulung nicht vermeiden lassen. Die Fernseh-Kampagne attackiert zu Unrecht nur die Krankenhäuser und läßt die Praxen der niedergelassenen Ärzte unerwähnt, welche in puncto Hygiene mit ähnlichen Sachverhalten konfrontiert sind.

Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß forcierte Hygiene-Maßnahmen dem administrativen Lieblingskind der „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ formal Rechnung tragen sollen, ohne letztendlich die Ärzte und das medizinische Personal von ihren Verantwortlichkeiten zu entbinden.

Prof. Dr. Weidner, Krankenhaus Bad Cannstatt, Prießnitzweg 24, 7000 Stuttgart 50

PSYCHOTHERAPIE

Zu den Leserbriefen in Heft 5/1992, die sich auf den Beitrag „Kassenärztliche Psychosomatisch/Psychotherapeutische Versorgung: Denkanstöße für die Weiterentwicklung“ in Heft 49/1991 bezogen, antwortet der Autor:

Zusammenwirken aller Gruppen

Zahlreiche Zuschriften belegen, wie wichtig die gegenwärtig in den Fachgesellschaften und den ärztlichen Gremien geführte Diskussion über die Weiterentwicklung unseres psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgungssystems ist:

Für die Behandlung der in allen industrialisierten Ländern häufigsten Neurosen und psychosomatischen Krankheiten hat sich in Deutschland ein besonders differenziertes Versorgungssystem entwickelt, dessen Qualität zu erhalten und wei-

Anonym

Die Redaktion veröffentlicht keine ihr anonym zugehenden Zuschriften. In besonderen Fällen können Briefe ohne Namensnennung publiziert werden – aber nur dann, wenn intern bekannt ist, wer geschrieben hat. DÄ

ter zu entwickeln ist. Dabei sind drei Ebenen zu unterscheiden, mit jeweils unterschiedlichen Anforderungen:

Die psychosomatische Grundversorgung dient der Erkennung, Beratung, Begleitung, unter Umständen Weitervermittlung psychogener Störungen im Rahmen der primären ärztlichen Versorgung (vor allem Hausarzt).

Die Bereichsbezeichnung Psychotherapie ermöglicht die Schwerpunktbildung in einem Fachgebiet (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gy-

näkologie etc.). Im Vordergrund stehen hier die gebiets-spezifischen, diagnostischen und therapeutischen Anforderungen. Für einige Gebiete, vor allem für die Psychiatrie, könnte die Zusatzbezeichnung in Zukunft obligatorischer Bestandteil der Gebietsweiterbildung werden. Die berufsbegleitend erworbene, nur begrenzte Kompetenzen vermittelnde Zusatzbezeichnung eignet sich nicht als Facharztersatz.

Die Gebietsbezeichnung psychosomatische und psychotherapeutische Medizin sichert die größtmögliche fachpsychotherapeutische Kompetenz in einer mehrjährigen, ganztägigen Weiterbildung. Sie soll in Zukunft sicherstellen, daß die große (derzeit rund 4000 Ärzte umfassende) Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen eine hinreichende Qualifikation erwirbt und daß das historisch gewachsene Fach in Lehre und Forschung vertreten wird.

Darüber hinaus sind zwei weitere Aspekte zu bedenken: Die Bereichsbezeichnung „Psychoanalyse“ garantiert die Verankerung der Psychoanalyse in der Medizin. Sie ist für die Strukturqualität (Lehranalytiker und Supervisoren) wie auch die Versorgungsqualität auf Dauer unverzichtbar und sollte weiterhin Ärzten aller Gebiete offenstehen (einschließlich der neugeforderten Ärzte für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin).

Psychologische Psychotherapeuten sind bereits heute im Delegationsverfahren in großer Zahl (rund 2500) an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt. Ihre Berufszulassung und ihre Qualifikation (analog zum Gebietsarzt für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin) sollte durch ein Psychotherapeutengesetz geregelt werden.

Für Schulen- oder Standskämpfe ist beim heutigen Stand der Versorgung und der Forschung kein Raum. Vielmehr sollten alle Grup-

pen zusammenwirken zur Sicherung einer ausreichenden Qualität in der Versorgung dieser großen schwierigen und zugleich am stärksten belasteten Gruppe neurotisch und psychosomatisch Kranker.

Prof. Dr. med. Michael Wirsching, Abt. Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Freiburg, Hauptstraße 8, W-7800 Freiburg

HONECKER

Zu Kommentaren in Sachen „Honecker“, der letzte erschien in Heft 9/1992 auf „seite eins“:

Widerlich und böseartig

... Ich habe mit Empörung gelesen, daß die Redaktion des DÄ wiederholt auf der Kommentarseite die Möglichkeit den fragwürdigen Herren gibt, den widerlichsten Verbrecher der gegenwärtigen Zeit, Honecker, in einer miesen und unberechtigten Weise zu verharmlosen und zu verteidigen.

Einmal war es ein NJ, diesmal ist es ein gb; beide haben offensichtlich nicht den Mut, unter ihre unkorrekten und böseartigen Ausführungen ihren vollen Namen zu setzen. Herr gb hat sogar die Frechheit, sich selbst ohne Berechtigung als Sprecher „des ärztlichen Standpunktes gegenüber Erich Honecker“ zu bezeichnen!

Herr Honecker ist ein vielfacher Mörder, der unter anderem auch für die Gewährung der neuen sicheren Existenzen der deutschen Terroristen verantwortlich ist. Er hat zweifellos den Rang eines Kriegsverbrechers erreicht. Herr Honecker hat selbstverständlich Anspruch darauf, daß seine Krankheit behandelt wird – aber in einem Gefängnis-Krankenhaus!

Die deutsche Ärzteschaft hat das Recht, den vollen Namen der Herren NJ und gb zu erfahren, um zu wissen, wer eigentlich für diese „Kommentare“ aus den Beiträgen

der deutschen Ärzte sogar bezahlt wird. Die große Mehrheit der deutschen Ärzte hat eine eindeutige moralische und rechtliche Einstellung. Warum muß diese Mehrheit durch eine komische linke Ideologie auf den ersten Seiten des DA belästigt werden? Hier ist ein Personalwechsel längst angebracht.

Dr. med. Richard Kluzak,
Hallerstraße 71, W-2000
Hamburg 13

LESER-REISE

Zu einer in Heft 11/1992 veröffentlichten Einladung zu einer Leser-Reise mit der „Concorde“ nach New York:

Empörend

Gegen eine Anzeigenwerbung für diese Reise durch einen professionellen Reiseveranstalter hätte niemand etwas zu sagen, selbst wenn es sich um ein snobistisches, dummes Prestigeprogramm handelt. Was aber haben sich die Verantwortlichen des Deutschen Ärzteblattes, des offiziellen

Zu Leserbriefen:

Leserbriefe sind uns immer willkommen; sie werden von Autoren und Redaktion sehr beachtet. Das gilt für kurze und lange Briefe. Die Veröffentlichungsmöglichkeiten freilich sind beschränkt; der Redaktion bleibt oft keine andere Wahl, als unter der Vielzahl der Zuschriften eine Auswahl zu treffen. Die Chance, ins Heft zu kommen, ist um so größer, je kürzer der Brief ist. Die Redaktion muß sich zudem eine – selbstverständlich sinnwahrende – Kürzung vorbehalten.

Für Leserbriefe, die den medizinisch-wissenschaftlichen Teil betreffen, gilt zusätzlich: Zuschriften zu Beiträgen in diesem Teil – Editorials, Kongreßberichte und Zeitschriftenreferate ausgenommen – können grundsätzlich in der Rubrik „Diskussion“ zusammen mit einem dem Autor zustehenden Schlußwort veröffentlicht werden, wenn sie innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen der betreffenden Publikation bei der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion eingehen und bei einem Umfang von höchstens zwei weitzeilig beschriebenen Schreibmaschinenseiten wissenschaftlich begründete Ergänzungen oder Widersprüche enthalten. DA

Organs der Ärzteschaft, bei diesem Angebot gedacht?

Für die Kleinigkeit von 15 600 Mark ohne die erheblichen Nebenkosten kann der interessierte Kollege mit Partnerin das erhebende Ge-

fühl genießen, in doppelter Schallgeschwindigkeit über den Atlantik zu jetten, zusammen mit weiteren 98 Gliedern der Highsnobiety der deutschen Ärzteschaft, die das eigens gecharterte Flug-

gerät füllen werden. Kein Gedanke an die Belastung der Atmosphäre durch die pro Reisegast unglaubliche Menge an Treibstoff, kein Gedanke an die unsinnige Relation zwischen Aufwand und dem winzigen Spielraum der Kurzreise. Vor allem aber kein Gedanke an eine kritische Öffentlichkeit, die dauernd vom Kampf der Ärzteschaft ums finanzielle Überleben liest und hört, hier aber das Aha-Erlebnis vermittelt bekommt: so also sind unsere Ärzte!

Ich fordere die Verantwortlichen des Deutschen Ärzteblattes auf, sich umgehend von dieser Aktion zu distanzieren, um Schaden von unserem Ansehen zu wenden, und sie einem professionellen Geschäftemacher zu überlassen, der auf das Geltungsbedürfnis eines kleinen Teils der Kollegenschaft spekuliert. Ich kann mir denken, daß ich mit meiner Empörung nicht allein stehe.

Dr. med. Roland Phleps,
Pochgasse 72, W-7800 Freiburg

Sandoz AG, 8500 Nürnberg.

Pontuc® O Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: 0,66 mg Dihydroergocorninmethansulfonat, 0,66 mg Dihydroergocristinmethansulfonat, 0,44 mg α -Dihydroergocryptinmethansulfonat, 0,22 mg β -Dihydroergocryptinmethansulfonat (entsprechend 2 mg Co-dergocrinmesilat), 20,00 mg Nifedipin. **▲ Anwendungsgebiete:** Nicht-organbedingter Bluthochdruck bei älteren Patienten (ca. ab dem 60. Lebensjahr). Das Kombinationspräparat Pontuc® wird nur dann empfohlen, wenn die Therapie mit einem der Einzelwirkstoffe (Nifedipin oder Co-dergocrinmesilat), mit dem die Ersteinstellung eines zu hohen Blutdruckes versucht werden sollte, unzureichend wirkte. **■ Gegenanzeigen:** Pontuc® darf nicht eingenommen werden bei bekannter Überempfindlichkeit gegen die darin enthaltenen Wirkstoffe und im Herz-Kreislauf-Schock. Pontuc® darf während der gesamten Schwangerschaft nicht angewendet werden, da experimentelle Studien Hinweise auf Fruchtschädigungen (Mißbildungen) durch Nifedipin ergeben haben. Erfahrungen beim Menschen liegen nicht vor. Da die in Pontuc® enthaltenen Wirkstoffe in geringen Mengen in die Muttermilch übertreten, dürfen stillende Mütter damit nicht behandelt werden oder müssen abstillen. Vorsicht ist geboten bei schwerer Hypotension (weniger als 90 mm Hg systolisch) und dekompensierter Herzinsuffizienz, ferner bei Dialysepatienten mit malignem Hochdruck und irreversiblen Nierenversagen mit Hypovolämie, da ein deutlicher Blutdruckabfall durch Gefäßerweiterung entstehen kann. Besondere Vorsicht ist geboten bei nicht körperlich begründbaren Psychosen. **■ Nebenwirkungen:** Es können Übelkeit, Erbrechen, Magen-Darm-Beschwerden, Gefühl der verstopften Nase, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Flush und Wärmegefühl auftreten. Darüber hinaus kann es zu Schlafstörungen, Hyperaktivität, leichter Bradykardie, orthostatischen Kreislaufstörungen und zum Auftreten oder – nach längerer Behandlungsdauer (3–4 Wochen) – zur Verstärkung von pektanginösen Beschwerden kommen. Bei Patienten mit Hypertonie und/oder koronarer Herzkrankheit kann nach plötzlichem Absetzen von Nifedipin eine hypertensive Krise oder eine myokardiale Ischämie durch ein »Rebound-Phänomen« ausgelöst werden. Gelegentlich treten eine hypotone Kreislaufreaktion, Palpitationen, Tachykardie, Beinödeme aufgrund einer Vasodilatation, Hautreaktionen, Parästhesien, Müdigkeit sowie Verstopfung oder Durchfall auf. Blutbildveränderungen wie Anämie, Leukopenie, Thrombopenie, thrombozytopenische Purpura im Zusammenhang mit der Einnahme von Nifedipin sind beschrieben worden. Äußerst selten kann es unter längerer Behandlung mit Nifedipin zu einer Gingiva-Hyperplasie kommen, die sich nach Absetzen völlig zurückbildet. In Einzelfällen wurden unter Nifedipin Leberfunktionsstörungen mit intrahepatischer Cholestase und Erhöhung der Transaminasen, eine allergische Hepatitis sowie ein Bronchospasmus beobachtet. In sehr seltenen Fällen wurde unter Nifedipin eine Hyperglykämie beobachtet. Dies sollte vor allem bei Patienten mit Diabetes mellitus beachtet werden. In Einzelfällen wurde unter Nifedipin eine Gynäkomastie beobachtet, die sich bisher in allen Fällen nach Absetzen des Medikamentes zurückgebildet hat. **Hinweis für Verkehrsteilnehmer:** Siehe Rote Liste, Hinweis: Blutdruckbeeinflussende Arzneimittel. **■ Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Der blutdrucksenkende Effekt kann durch andere blutdrucksenkende Arzneimittel sowie durch trizyklische Antidepressiva verstärkt werden. Bei gleichzeitiger Anwendung mit β -Rezeptoren-Blockern ist eine sorgfältige Überwachung der Patienten angezeigt, da es zu einer stärkeren Blutdrucksenkung kommen kann; auch wurde die gelegentliche Ausbildung einer Herzmuskelschwäche beobachtet. Bei gleichzeitiger Verabreichung mit Cimetidin kann es zu einer verstärkten blutdrucksenkenden Wirkung kommen. Der Digoxin-Plasmaspiegel kann erhöht werden; die negativ-inotrope Wirkung von Amiodaron kann verstärkt, die Chinidin-Wirkung vermindert werden. Co-dergocrinmesilat kann die Blutgerinnung verlangsamen; daher sollten bei Patienten, die mit Pontuc® behandelt werden und gleichzeitig Antikoagulantien erhalten, die Gerinnungswerte häufiger kontrolliert werden. Pontuc® soll wegen der Gefahr additiver Effekte nicht zusammen mit anderen ergotalkaloidhaltigen Präparaten verordnet werden. **■ Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, beträgt die Dosis anfangs 1 Filmtablette täglich (morgens). Diese Dosis ist in vielen Fällen in der Dauerbehandlung ausreichend. Bei unzureichender Blutdrucksenkung kann die Dosis erhöht werden; sie sollte jedoch 4 Filmtabletten täglich (je 2 morgens und abends) nicht übersteigen. Der empfohlene Einnahme-Abstand beträgt etwa 12 Stunden und sollte 6 Stunden nicht unterschreiten. Bei Patienten mit Niereninsuffizienz bzw. eingeschränkter Leberfunktion sollte grundsätzlich mit 1 Tablette Pontuc® täglich begonnen werden. Eine Dosissteigerung sollte in Abhängigkeit von Verträglichkeit und therapeutischer Wirksamkeit erfolgen; die Maximaldosis sollte 2x1 Filmtablette Pontuc® pro Tag nicht überschreiten. Die Filmtabletten werden nach dem Essen unzerkaut mit etwas Flüssigkeit eingenommen. **■ Handelsformen:** Originalpackungen mit 20 (N1)/50 (N2)/100 (N3) Filmtabletten DM 29,17/65,71/120,00. Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, November 1991.  **SANDOZ**