

HYPERFORAT®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen, Wetterfühligkeit, Migräne.

Vegetativ stabilisierend, gut verträglich.



Zusammensetzung: Hyperforat-Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g, stand. auf 0,2 mg Hypericin* pro ml. Enth. 50 Vol.-% Alkohol. Hyperforat-Dragees: 1 Dragee à 0,5 g enthält: Extr. sicc. Herb. Hyperici perf. 40 mg, stand. auf 0,05 mg Hypericin* Vit. B-Komplex 1 mg. *und verwandte Verbindungen, berechnet auf Hypericin.

Anwendungsgebiete: Depressionen, auch im Klimakterium, nervöse Unruhe und Erschöpfung, Wetterfühligkeit, Migräne, vegetative Dystonie. Tropfen in der Kinderpraxis: Enuresis, Stottern, psychische Hemmungen, Reizüberflutungssyndrom.

Gegenanzeigen und Nebenwirkungen: Photosensibilisierung.

Dosierung: Hyperforat-Tropfen: 2–3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen. Hyperforat-Dragees: 2–3 x täglich 1–2 Dragees vor dem Essen einnehmen. Zur Beachtung: Bei Kindern entsprechend geringer dosieren. Die letzte tägliche Einnahme möglichst vor dem Abend. Häufig ist eine einschleichende Dosierung besonders wirksam.

Handelsformen und Preise:

Hyperforat-Tropfen:
30 ml DM 9,27; 50 ml DM 14,47; 100 ml DM 24,46.

Hyperforat-Dragees:
30 St. DM 7,48; 100 St. DM 18,96.



**Dr. Gustav Klein,
Arzneipflanzenforschung,
7615 Zell-Harmersbach
Schwarzwald**

HAUSARZTMODELL

Zu dem Kurzbericht „Plädoyer für geregelten Patientenzugang“ von Dr. rer. pol. Harald Clade in Heft 17/1992:

Schockierende Überschrift

Zunächst schockiert die menschenverachtende Überschrift. Nicht mehr der einzelne, in seiner Notlage einen Arzt seines Vertrauens aufsuchende Kranke steht im Mittelpunkt, sondern die anonyme Masse derer, die einen den Zugang zu den Honoraren ermöglichen. Der Streit um die besten Plätze am Buffet kann beginnen...

Und dann haben wir Hausärzte das Nachsehen. „Wenn ich ein Jahr bei einem Arzt bleiben muß, dann gehe ich doch lieber zum Internisten, zwar macht der nicht gern Hausbesuche, Endoskopie bringt mehr, auch geht er nachts und an Wochenenden nicht ans Telefon, aber für die Almosen gibt's ja den Allgemeinarzt.“

Pauschalen mit Androhung von Abschlägen bei Überweisung – es soll wieder aus Angst vor Verdienstschmälerung gefuscht wer-

den auf „Teufel komm raus“. Denn wie gut einer es macht und wie gründlich, ist nicht mehr entscheidend, sondern die Patientenzahl – hoch lebe die Fallpauschale. Der Gebietsarzt macht dabei weiter seinen Schnitt, denn die unerwünschte Wirkung ist vorprogrammiert: Hausarzt sein ist unrentabel, unerfreulich, unbequem nach diesem Modell...

Warum nicht einmal echte und ernst gemeinte Umstrukturierungen? Bezahlung weiter nach Einzelleistungen, aber Vergüten der Präsenz und anderer hausarztspezifischer Funktionen. Schöpfen aus zwei Töpfen mit einer entsprechenden Honorarverteilung mit angemessener Kürzung der Ausschüttung an die Gebietsärzte, die ja in der Zahl gemindert werden sollen, was wohl nur durch eine Honorarminderung möglich ist, und dafür vermehrte Ausschüttung an die Allgemeinärzte. Schließlich interessiert, wie dem Artikel zu entnehmen ist, ja doch bloß das Geld und nicht der Kranke...

Dr. med Kurt Schulz, Rathausstraße 14, W-8200 Rosenheim

Zurück zum Ärztestand

...Der 40jährige kontinuierliche Abstieg des Ärztestandes ist deprimierend. Dagegen hat die Gemeinschaft der Individualisten offenbar keine Medizin. Daß auf der Ehre des Berufsstandes fortlaufend herumgetrampelt wird, scheint aus dem Bewußtsein der Ärzte verlorengegangen zu sein. Sonst müßten sie eigentlich jenen, die an dem Niedergang des Ärztestandes arbeiten, anbieten, nun das Kassennarzteswesen zu verstaatlichen, weil es unerträglich wird, die Aufgaben, Pflichten und Risiken eines Selbständigen zu übernehmen und andererseits dem Druck der Politiker, der Krankenkassen, der negativen Presseberichterstattung und dem Desinteresse der Patienten ausgeliefert zu

sein. 300 000 Ärzte, 600 000 Arzthelferinnen und die Praxiskosten nebst Investitionen, das kann der Staat gar nicht bezahlen, geschweige wäre er in der Lage, diese Praxen auch so wirtschaftlich zu führen, wie es in dem „Kleinunternehmen Arztpraxis“, das im Gesamtunternehmen Gesundheit die geringsten Betriebskosten verursacht(!), täglich betrieben wird.

Welche Freude für die Patienten und den Arzt: keine Fünf-Minuten-Medizin, keine Diskriminierung des Ärztestandes, kein Staatsanwalt, keine Regresse, Acht-Stunden-Tag und sechs Wochen Urlaub. Da der Staat die Verstaatlichung des Kassennarzteswesens nicht bezahlen kann und auch nicht in Erwägung zieht, sollten die Kollegen mehr Selbstbewußtsein entwickeln, beziehungsweise zei-

NEU
von Hexal®
**Eine Klasse
für sich!***

Sotahexal®

Sotalolhydrochlorid

Sotahexal®	160 mg	
20 Tabletten (N1)	DM	32,40
50 Tabletten (N2)	DM	74,-
100 Tabletten (N3)	DM	128,-

Sotahexal® mite	80 mg	
20 Tabletten (N1)	DM	19,85
50 Tabletten (N2)	DM	47,-
100 Tabletten (N3)	DM	78,95

Sotalol: nicht nur Betablocker,
sondern auch Klasse III-
Antiarrhythmikum
noch Vaughan-Williams



Sicherheit
durch Qualität

Sotahexal® /mite. Zus.: 1 Tabl. enth.: Sotalolhydrochlorid 160 mg/80 mg; Hydroxypropylcellulose; Lactose; Magnesiumstearat; Poly(O-carboxymethyl)stärke, Natriumsalz. **Anwend.:** Bluthochdruck, auch Belastungshochdruck; Angina pectoris; hyperkinet. Herzsyndr.; tachykardie Herzrhythmusstör.; Prophylaxe pektanginöser Anfälle; Abschirmung adrenerger Einflüsse b. Hyperthyreose. **Gegenanz.:** Manifeste Herzinsuffizienz; Schock; AV-Block II. u. III. Grades; höhergr. SA-Blockierungen; Sinusknoten-Syndr.; Bradykardie; vorbestehende QT-Verlängerung; Hypotonie; Spätstadien periph. Durchblutungsstör.; obstruktive Atemwegs-erkr.; metabolische Azidose; Überempf. gegen Sotalol u. Sulfonamide; Glottisödem; schwere allerg. Rhinitis. Bes. sorgf. ärztl. Überw. bei: zuckerkr. Pat. m. stark schwankenden Blutzuckerwerten sowie bei strengem Fasten; Phäochromozytom; eingeschr. Nierenfunkt. Sorgf. Nutzen-Risiko-Abw. bei Psoriasis in d. Eigen- o. Familienanamnese. Strenge Indikationsst. in Schwangerschaft u. Stillzeit. Neonatale Asphyxie mögl. (Vorsichtsmaßnahmen!). **Nebenwirk.:** Gelegentl. Müdigkeit, Schwindel, Benommenheit, Kopfschmerzen, Kribbeln u. Kältegefühl an d. Gliedmaßen. Selten Magen-Darm-Beschw., obstruktive Ventilationsstör., Hautreakt., Konjunktivitis, Schlafstör., Verstärkung einer Herzmuskelschwäche, Bradykardie, AV-Überleitungsstör., Hypotonie. Verstärkung v. periph. Durchblutungsstör., Einschränkung d. Tränenflusses (Kontaktlinsen!), Hypoglykämie, depressive Verstimmungen, Mundtrockenheit, Muskelkrämpfe bzw. -schwäche, Potenzstör., Zeichen v. erniedrigtem Blutzucker können verschleiert werden (v. a. bei strengem Fasten sowie bei Diabetikern m. stark schwank. Blutzuckerw. zu beachten). Vereinzelt Verstärkung v. Angina pectoris-Anfällen mögl. In Ein-

zelfällen Sehstör. u. Keratokonjunktivitis. Arrhythmogene Effekte insbes. bei Pat. m. lebensbedr. Herzrhythmusstör. u. eingeschr. linksventrikulärer Funktion mögl. Dosisred., ggf. Absetzen (ausschleichend, insbes. bei Pat. m. koronarer Herzkrankheit u./o. Herzrhythmusstör.) bei nicht tolerierbar langs. Puls, zu starkem Blutdruckabfall u. Dyspnoe. Enge EKG-Überwachung bei Überdosierung (ggf. ventrikuläre Tachyarrhythmien (inkl. Torsades de Pointes)). In Einzelfällen Auslösung o. Verschlechterung einer Psoriasis o. psoriasisiformer Exantheme. Verkehrsrisiko s. Fach-, Gebrauchsinfo. **Wechselwirk.:** Mit Calciumantagonisten (Verapamil- u. Diltiazem-Typ); Antiarrhythmika d. Klasse I, die den QRS-Komplex verbreitern können (insbes. Chinidin-ähnliche Subst.), u. d. Klasse III; Nifedipin u. and. 1,4-Dihydropyridin-Deriv.; Noradrenalin; MAO-Hemmstoffen; Clonidin; trizyklischen Antidepressiva; Barbituraten; Phenothiazinen; Narkotika; Antihypertensiva; Diuretika; Vasodilatoren; Tubocurarin; Reserpin; α -Methyldopa; Guanfacin; Herzglykosiden; Insulin o. oralen Antidiabetika. **Dos., Art u. Dauer d. Anwend.:** Erw.: Hypertonie: initial 80 mg Sotalol/Tag, ggf. Steigerung nach einer Woche auf 160 mg. Koronare Herzkrankheit: 80-160 mg Sotalol/Tag. Tachykardie Herzrhythmusstör.: 2-3x 80 mg bzw. 2mal 160 mg Sotalol/Tag. Hyperkinetisches Herzsyndr.: 40-80 mg Sotalol/Tag. Dosisred. bei eingeschr. Nierenfunkt. Tabl. v. d. Mahlz. m. etwas Flüssigk. einnehmen. Beh. ist in d. Regel eine Langzeitther. Unterbrechung o. Änd. d. Dos. nur auf ärztl. Anordnung. Sonderdos. u. weitere Einzelheiten s. Fach-, Gebrauchsinfo. **Darreichungsst. u. Packungsgrößen:** 20(N1), 50(N2) u. 100(N3) Tabl. Sotahexal® u. Sotahexal® mite. Hexal® Pharma GmbH, W-8150 Holzkirchen Mat. Nr.: B03346301sd Stand: April 92

gen und die Politiker zur Offenbarung zwingen. Eine Rückbesinnung auf die Ehre des Ärztestandes tut not. Zurück vom Deckelstand zum Ärztestand...

PD Dr. med. H. Schellong,
Hafenstraße 68, W-4040
Neuss

Zusammenarbeit funktioniert

...Ich möchte mit Ausdrück darauf hinweisen, daß die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Spezialarzt sehr gut funktioniert. Der Hausarzt trägt die diagnostische Last. Er muß entscheiden, ob und wann ein Patient zum Spezialarzt weiter überwiesen werden muß. Gefährlich wird das Denkmödel, sobald man versucht, durch eventuelle Honorarabschläge bei Überweisung einen Anreiz zu setzen, daß der

Primärarzt ein Interesse daran hat, den Patienten (soweit medizinisch vertretbar) selbst und abschließend zu behandeln. Die Einschränkung: „soweit medizinisch vertretbar“ dient nur der Absicherung der beschlußfassenden Organe, die Gesamtverantwortung lastet auf den Schultern des einzelnen Primär-Hausarztes.

Man stelle sich doch vor: Ein Patient wird gar nicht oder zu spät zu einem Spezialarzt überwiesen. Die Patienten sind nicht mehr so gutgläubig wie früher. Es gibt unzählige Hefte, Broschüren und Artikel in der Regenbogenpresse, die dem Patienten klarmachen, daß der Hausarzt ihn zu Unrecht nicht weitervermittelt hat. Die Vorstellung, daß ein Patient wegen unterlassener Überweisung erfolgreich gegen einen Kollegen klagen könnte, treibt mir einen kalten Schau-

er über den Rücken. Wie soll sich der Kollege aus dem Dilemma herausreden?

Nur ein Patient, bei dem etwas schief gelaufen ist, wird sich so verhalten. Die Tatsache des Schieflaufens, kombiniert mit der Tatsache der unterlassenen Überweisung, führt zwangsläufig zur Beweisnot für den Kollegen.

Ich kann nur davor warnen, Denkmodelle zu propagieren, ohne sie vorher oder parallel dazu auf juristische Fallen und Fallstricke zu überprüfen. Die Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt und dem Spezialisten funktioniert in der Regel vorzüglich. Der Spezialist beschränkt sich auf das, was er aus seinem speziellen Fachgebiet heraus unternehmen muß, die Rücküberweisung an den einweisenden Arzt ist der normale Usus. Anders kann ein Spezialist gar nicht überleben, er würde ja sonst,

beginge er den Fehler, den überwiesenen Patienten zu halten und die Therapie bis zum Ende durchzuführen, sich das Wasser selbst abgeben! Wir brauchen als Primärärzte gute Diagnostiker, die einen Überblick haben, was entsprechende Spezialisten leisten können, und gleichzeitig erkennen, wann ein solcher benötigt wird. Es darf nicht vorkommen, daß zum Beispiel ein Supinatorlogensyndrom mit Migraine accompagnée jahrelang als Weichteilrheumatismus durch Gabe von Entzündungshemmern behandelt und der Patient wiederholt auf Kur geschickt wird. Solche Irrwege kosten die Versicherungsgemeinschaft erheblich mehr als die von Spezialisten auf dem Überweisungsschein abgerechnete EBM-Ziffer 4!

PD Dr. med. Johann Bauer,
Freischützstraße 55,
W-8000 München 81