

Herzschutz für Ihre Coronarpatienten

Corvasal® 20, Corvasal® 40, Corvasal® 60

Zus.: 1 Tbl. enth.: Isosorbidmononitrat 20 mg / 40 mg / 60 mg. **Anwend.:** Langzeitbeh. d. KHK; Vorbeugung von Angina pectoris-Anfällen; Nachbeh. d. Herzinfarktes b. Weiterbest. von Angina pectoris. Beh. d. schweren chron. Herzinsuff. in Verb. m. Digitalisglykosiden u./o. Diuretika.

Gegenanz.: Akuter Herzinfarkt. Akutes Kreislaufvers. (Schock, Gefäßkollaps). B. ausgeprägter Hypotonie, in Schwangersch. (1. Trim.) u. Stillz. nur auf ausdrücl. ärztl. Anweisung. **Nebenwirk.:** Bes. zu Beg. d. Beh. sog. "Nitratkopfschmerz", Absinken des Blutdrucks, Schwindelgefühl, Schwächegefühl und Herzjagen (reflektorische Zunahme der Herzschlagfolge) mögl. Ferner Gesichtsrötung (Flush), Übelkeit und Erbrechen.

Wechselwirk.: Mit Vasodilatoren, trizyklischen Antidepressiva, Calciumantagonisten, Antihypertensiva, Alkohol. **Dos.:** Corvasal® 20: 2-3mal tägl. 1 Tbl., Corvasal® 40: 2-3mal tägl. 1/2 bis 1 Tbl., Corvasal® 60: morgens u. mittags 1/2 Tbl. oder morgens 1 Tbl. Verkehrshinweis u. weitere Angaben siehe Gebrauchsinformation. **Darreichungsf. u. Packungsgrößen:** Corvasal® 20/40: 20 (N1), 50 (N2), 100 (N3) Tbl.; Corvasal® 60: 50 (N2), 100 (N3) Tbl.

SALUTAS FAHLBERG-LIST Pharma GmbH
0-3013 Magdeburg, W-8150 Holzkirchen

cv05081992

Corvasal® 20/40/60

Wirkstoff: Isosorbidmononitrat

Die individuelle Therapie unter Festbetrag



z.B.:

Corvasal® 20	100 Tbl.	39,90
Corvasal® 40	100 Tbl.	59,-
Corvasal® 60	100 Tbl.	78,50

SALUTAS
FAHLBERG-LIST

Ärzte verantwortlich gemacht

...Die Einführung der Versichertenkarte bedeutet für den niedergelassenen Arzt erst einmal, daß er die Kartenlesegeräte bezahlen muß. Danach wird es den Kassen noch leichter, die sogenannten versichertenbezieharen Stichprobenprüfungen durchzuführen, die bisher in dieser Form nicht möglich waren. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und auch Prüfungen nach Richtgrößen sowie Stichprobenprüfungen waren nämlich bisher nur arztbezogen, nicht aber versichertenbezogen möglich. Nach Einführung der Versichertenkarte können bei den Krankenkassen jedoch die Daten der einzelnen Patienten dergestalt zusammengezogen werden, daß einzelne versicher-

tenbeziehare Prüfungen durchgeführt werden können. Damit wird es ganz einfach, den Hausarzt als den eigentlichen Verursacher aller Kosten durch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen etc. dingfest zu machen. Nur durch die Nutzung von Versichertenkarten in allen Praxen ist es den Kassen möglich, die Ärzteschaft für all die Dinge verantwortlich zu machen, die letztendlich durch Patienten verursacht worden sind...

Dr. med. Dipl.-Chem.
Rolf Ziskoven, Goethestraße
4, W-5205 Sankt Augustin 1

Schlußwort

Allen Lesern, die sich kritisch mit dem Artikel auseinandergesetzt haben, ist trotz ausführlicher Darstellung der historischen Entwicklung seit

1977 entgangen, daß nicht die Kassenärztliche Bundesvereinigung, sondern die Krankenkassen und das Bundesministerium für Gesundheit in der Nachfolge der Arbeits- und Sozialministerien die Einführung eines Versichertenenausweises in maschinenlesbarer Form betrieben haben.

Die zum Teil leidenschaftlich vorgetragenen Einwände gegen jedwede Form einer Krankenversichertenkarte (KVK) sind seit Jahren bekannt und auch größtenteils begründet. Keine der auch von der KBV vorgetragenen Bedenken waren jedoch in der Lage, die gesetzliche Einführung der KVK mit dem GRG 1989 zu verhindern. Deswegen sind die Feststellungen, die Franz Wagner vorträgt, zutreffend und werden auch von mir uneingeschränkt bekräftigt. Der Bun-

desdatenschutzbeauftragte hat sich allerdings fast ausschließlich um die technischen Details der Karte gekümmert und überlegt, wie man eine mißbräuchliche Verwendung der Karte zu Lasten der Krankenversicherung verhindern kann, nicht jedoch, wie der Schaden für Patienten, angesichts der umfassenden versichertenbezogenen Datenspeicherung, abgewendet werden kann. Deswegen bedarf es, wie schon von der KBV wiederholt angemahnt, weiterer intensiver öffentlicher Aufklärung über die Gefahren mißbräuchlicher Verwendung von Patientendaten.

Die Argumentation von Herrn Dr. Janczyk spiegelt eine ganze Reihe von Ängsten wider, die ich auch anderen Leserschriften entnommen habe. Dazu kann nur ange-

TYPISCH

medizin heute

Gesundheit für die ganze Familie

GESUNDHEITSTHEMEN - AKTUELL UND LESER- FREUND- LICH

...FÜR IHR
WARTEZIMMER

Deutscher Ärzte-Verlag, 5000 Köln 40, Tel. (02234) 7011-0

Sexuelle Gesundheit

P. Hertoft

Klinische Sexologie

Deutsche Übersetzung von E. Hansen

Wissenschaftliche Bearbeitung der deutschen Ausgabe von
F. Pfäfflin

1989, 376 S., 69 Abb., 11 Tab., geb., DM 74,-



„... Klinische Sexologie ist ein im deutschsprachigen Raum derzeit konkurrenzloses aktuelles Lehrbuch für die sexualmedizinische Weiterbildung und zugleich ein Nachschlagewerk für die tagtägliche Praxisarbeit.“

Hamburger Ärzteblatt 10/89

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten

(085a)

 **Deutscher
Ärzte-Verlag**

Postfach 40 02 65
5000 Köln 40
Tel. (02234) 7011-316

merkt werden, daß internationale Erfahrungen mit Kartensystemen genau das Gegenteil dessen beweisen, was Herr Dr. Janczyk in einer Art Horrorszenarium darstellt. Viele Argumente dieser Art erinnern mich im Zeitalter der elektronischen Informationsverarbeitung an den heraufbeschworenen Weltuntergang anlässlich der ersten Fahrt eines Eisenbahnzuges mit der Dampflokomotive von Nürnberg nach Fürth.

Die Intentionen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, angesichts der *nicht zu verhindernden* gesetzlichen Einführung der Karte, waren eindeutig auf eine Verbesserung der *medizinischen* Kommunikation und Informationsverarbeitung gerichtet nach dem Motto: Wenn schon Karten, dann wenigstens ein System, das nicht nur administrative Vorteile für die Verwaltungen der Krankenkassen bietet. Deswegen die Entscheidung für die Chip-Karte anstelle der Magnetstreifenkarte mit Hochprägung. Der medizinische Nutzen eines „Record Linkage“ wird – auf freiwilliger Basis entwickelt – alle verwaltungstechnischen Vorteile in abschbarer Zeit überflügeln.

Nur deswegen: Keine Angst vor Karten!

Dr. O. P. Schaefer

EINKOMMEN

Zu dem Beitrag „Durchschnittsumsatz von der Hälfte aller Ärzte nicht erreicht“ von Dr. rer. pol. Gerhard Brenner, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, in Heft 45/1992:

Kein konstruktiver Beitrag

In Ihrer Darstellung sehe ich keinen konstruktiven Beitrag für die Auseinandersetzung mit Außenstehenden, die innerärztliche Diskussion wie auch für die Orientierung niederlassungswilliger Ärzte.

Für alle Facharztgruppen von einem gleichen Investitionsbetrag auszugehen, ent-

wertet die Darstellung. Jeder Einsichtige wird es als absurd empfinden, die Investitionen zum Beispiel eines Radiologen mit denen eines Pädiaters gleichzustellen und dann noch diskussionsfähige Werte zu erwarten...

Die Annahme, daß innerhalb der angenommenen Praxisphase von 25 Jahren an Reparaturen und Ersatzinvestitionen 50 Prozent der Investitionssumme nochmals anfallen werden, ist praxisfremd. Bei der heutigen technischen Entwicklung wird diese Summe in der halben Praxisphase anfallen und in 25 Jahren mehr als 100 Prozent betragen. Die KBV hat nach meiner Erinnerung bereits vor etwa 15 Jahren eine Statistik erstellt, daß nach 16 bis 17 Jahren, beim damaligen technischen Entwicklungsstand, etwa 40 Prozent neu investiert werden. Solche Zahlen sind im Zeitalter elektronischer Datenverarbeitung und Untersuchungen lange überholt. Wer sich Ihre Zahlen aneignet und zur Grundlage wirtschaftlicher Planungen macht, wird in der zweiten Praxisphase eine böse wirtschaftliche Überraschung erleben, wenn Kreditzinsen und -tilgungen für bereits ausgemusterte Geräte zusätzlichen Aufwendungen für Neuanschaffungen gegenüberstehen.

Kalkulatorisch bleibt bei Ihnen die Absicherung der Kreditdienste bei Krankheit oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeit unberücksichtigt, die in Form von Versicherungen aus dem versteuerten Einkommen zu leisten sind und in direkter Beziehung zur Höhe der getätigten Investitionen stehen. Ebenso unberücksichtigt bleiben die ebenfalls aus dem versteuerten Einkommen zu finanzierenden Kosten der Lebenshaltung im Krankheitsfall.

Insgesamt würde eine korrekte Berechnung ein sehr viel anderes Bild ergeben als das von Ihnen gezeichnete.

Prof. Dr. med. Rolf Pape,
Große Straße 4, W-2720 Rotenburg