

Hermann Schulte-Sasse

Die Zukunft des Gesundheitswesens und die deutsche Ärzteschaft

Die Zeichen der Zeit stehen schlecht für den liberalen Sozialstaat. Allenthalben ist zu beobachten, wie in langen Auseinandersetzungen errungene Sozialleistungen nun zur Diskussion gestellt werden. Statt sozialpolitischer Offensive haben fast alle gesellschaftlichen Gruppen und Organisationen auf die verzweifelte Verteidigung bisher unbestrittener, aber nun bedrohter Errungenschaften umgeschaltet.

Wir müssen uns also auf eine Zeit des weiteren Sozialabbaus einstellen, und das Gesundheitswesens wird sich dem nicht entziehen können. Die Hoffnung ist trügerisch, daß es in den zukünftigen gesundheitsökonomischen Debatten auch weiterhin nur um Honorardeckelungen, finanzielle Zuzahlungen der Kranken und Leistungsausgrenzungen gehen wird. Die bereits seit Jahren in anderen Ländern sich entwickelnde Tendenz zu Rationierungen medizinischer Leistungen wird auch die deutsche gesundheitspolitische Diskussion bald erreichen.

Auf diese Entwicklung ist aber kaum eine gesellschaftliche Gruppierung vorbereitet, erst recht nicht die Ärzteschaft. Statt die damit zusammenhängenden Fragen zu diskutieren und auf gefährliche, die egalitäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bedrohende Entwicklungen hinzuweisen, wird mit Vehemenz von den Verbänden der Ärzteschaft und ihren Körperschaften eine ständische Klientelpolitik betrieben, deren zentrales Anliegen die Verteidigung eigener wirtschaftlicher Interessen bleibt.

Der Mythos der »Kostenexplosion«

Dabei sind zentrale Argumente in der gesundheitspolitischen Debatte ohne wirklichen Bezug zur Realität und dienen eher der Vernebelung als einer klärenden Aufhellung der vorhandenen Probleme.

Das wohl wichtigste Argument ist die behauptete »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen. Dafür werden die absoluten Ausgaben für Gesundheitsleistungen angeführt, die tatsächlich in den letzten 20 Jahren eine beeindruckende, kontinuierliche Steigerung erfahren haben: Lagen die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen 1970 noch bei 25,18 Milliarden DM, so waren sie 1980

bereits auf 89,83 Milliarden DM gestiegen und erreichten 1990 141,65 Milliarden DM.

Es wird dabei aber gern übersehen, daß der Anteil der Gesundheitsleistungen am Bruttosozialprodukt (die Gesundheitsquote) seit Jahren konstant geblieben ist. Dies gilt im übrigen auch für die Sozialleistungsquote insgesamt, die sich im Vergleich der letzten 20 Jahre nur wenig geändert hat und 1990 bei 29,4 Prozent lag. Tatsächlich steht also die Argumentation derjenigen, die mit einer exorbitanten Kostensteigerung für Gesundheitsleistungen argumentieren, auf eher brüchigem Eis. Mit diesem Verweis jedoch jeglicher Diskussion über die Kosten im Gesundheitswesen den Boden entziehen zu wollen, muß allerdings scheitern. Denn einen idealen Anteil der Gesundheitsleistungen am BSP gibt es nicht. In den Worten des Sachverständigenrates: »Eine optimale Höhe der Gesundheitsausgaben (ihres Anteils am Bruttosozialprodukt, das heißt die Gesundheitsquote) ist nicht bekannt, und sie kann auch nicht wissenschaftlich abgeleitet werden.«

Schaut man über die Grenzen Deutschlands, wird die Berechtigung dieser Aussage schnell offenbar. Niemand wird ernsthaft behaupten, daß die medizinische Versorgung in den USA mit einem BSP-Anteil (Sachleistungen plus Einkommensleistungen wie Lohnfortzahlung und Krankengeld) von 13,5 Prozent besser ist als die in Großbritannien, wo er nur bei 9,3 Prozent liegt¹ (in den alten Bundesländern BR Deutschland: 11,5 Prozent). Werden nur die Ausgaben für Sachleistungen berücksichtigt, dann wird die Problematik einer am BSP orientierten Ausgabendiskussion noch deutlicher: während der BSP-Anteil der medizinischen Sachleistungen in den USA bei 11,5 Prozent liegt, erreicht er in Großbritannien nur 5,9 Prozent² (Anteil in den alten Bundesländern bei 8,2 %).

Bei der Diskussion um den wünschenswerten Anteil des Gesundheitswesens am allgemeinen Volkseinkommen darf auch nicht übersehen werden, daß die Beitragsaufkommen der gesetzlich Krankenversicherten in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen sind. Lagen sie 1975 durchschnittlich noch bei 10,5 Prozent, so haben sie inzwischen (1991) ein Niveau von 12,2 Prozent erreicht. Tatsächlich umfaßt das BSP ja sämtliche Einkommen, während sich die gesetzlichen Krankenversicherungen nur aus dem Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit finanzieren. Der Anteil dieser Einkommen am Volkseinkommen insgesamt, die sogenannte Lohnquote, ist aber in den letzten Jahren kontinuierlich gefallen, von 77 in 1982 auf 70 Prozent in 1990.

Wenn man also den Gesundheitsausgaben einen gleichbleibenden Anteil am BSP zukommen lassen will, dann muß man zur Vermeidung der sonst unvermeidlich steigenden Beitragssätze notwendigerweise über alternative Finanzierungsquellen reden. Warum z.B. müssen die Einnahmen der Krankenversicherungen ausschließlich aus den lohnbezogenen Beiträgen finanziert werden? Denkbar wäre ja z.B. auch, daß staatliche Finanzleistungen oder finanzielle Beiträge von Verursachern gesundheitlicher (z.B. umweltmedizinischer) Störungen einen Teil des Versicherungsbudgets tragen.

Zu dem Problem steigender Beitragssätze kommt hinzu, daß es erhebliche Verwerfungen in der Höhe der Beitragssätze gibt: sie bewegen sich zwischen 8,5 Prozent bei manchen Betriebskrankenkassen und 16,8 Prozent bei einigen AOK's. Dies ist Folge der zersplitterten Krankenkassenlandschaft, in der die einzelnen Kassen auf Grund ihrer Mitgliederstruktur (Arbeitslose, mitversicherte Familienmitglieder, Altersstruktur etc.) weit auseinanderklaffende Einnahmen (unterschiedliche Grundlohnsummen) und Ausgaben haben.

Vor allem die AOK's, die als einzige Kassen auch »schlechte Risiken« versichern mußten, haben unter dem Nord-Süd-Gefälle bei den Einnahmen leiden müssen. Die hohen Arbeitslosenraten im Norden verschlechterten die Grundlohnsumme, weshalb zum Ausgleich der Ausgaben die Beitragssätze für die in Arbeitsverhältnissen stehenden Versicherten angehoben werden mußten. Betroffen waren von diesem Anstieg der Lohnnebenkosten vor allem mittelständische und kleinere Unternehmen, die sich nicht durch Gründung von Betriebskrankenkassen aus den AOK's verabschieden konnten.

Der nun beschlossene bundesweite, kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich wird die in den letzten Jahren immer krasser gewordenen Einnahmedifferenzen zwischen den einzelnen Kassen in Zukunft ausgleichen. Daraus allerdings zu schließen, daß sich die Diskussion um »Kostendämpfung« im Gesundheitswesen beruhigen könnte, wäre ein gewaltiger Irrtum. Das Gegenteil dürfte eintreten. Die durch den solidarischen Ausgleich zwischen den Kassen und Regionen notwendig eintretende Erhöhung der Beitragssätze im Süden der Republik wird eher zu verstärkten Forderungen nach kostensenkenden Maßnahmen führen.

Die Ärztschaft nimmt an den notwendigen Debatten nicht teil

In dieser Situation ist auch von der Ärzteschaft eine offene, von Tabuisierungen freie, selbstkritische Diskussion zu fordern. Denn

bei weitem nicht alle Leistungen, die von den ambulant und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, lassen sich rational begründen. Statt sich dieser Problematik zu stellen und eine notwendigerweise schmerzliche innerärztlich Debatte über die Grundlagen ärztlichen Handelns zu führen stimmen die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane (Ärztékammern und Kassenärztliche Vereinigungen) und die meisten ärztlichen Berufsverbände in den Chor derjenigen ein, die vor allem bei den Patienten weitere finanzielle Entlastungspotentiale orten wollen.

So unterstützt das in Köln beim Außerordentlichen Deutschen Ärztetag im September 1992 verabschiedete Positionspapier nicht nur die politischen Bemühungen um eine Ausweitung der »Selbstbeteiligung« der Kranken an den entstehenden Behandlungskosten. Es geht sogar noch über die ursprünglichen Vorstellungen der Bundesregierung hinaus und propagiert auch für den humanmedizinischen Bereich die Trennung der medizinischen Versorgung in Regel- und Wahlleistungen, wie sie der erste Gesetzesentwurf für den zahnmedizinischen Bereich noch vorsah. Gleichzeitig werden alle Maßnahmen zur »Kostendämpfung«, die die Einkommen der Ärztinnen und Ärzte einschränken, mit großer Geste zurückgewiesen.

Die Forderung von Ärzteverbänden nach einer verstärkten finanziellen »Selbstbeteiligung« der Kranken, die ja tatsächlich nichts anderes ist als eine zusätzliche Kassenfinanzierung ohne Beteiligung der Arbeitgeber, ist aber nichts anderes als eine unerträgliche Perfidie. Begründet wird sie scheinheilig mit angeblichen Steuerungswirkungen, die zu einem Abbau medizinisch nicht begründeter Anspruchshaltungen bei den Versicherten führen würde. Dabei wird aber geflissentlich verschwiegen, daß es immer die Ärzte sind, die den vermeintlich unbegründeten Anspruch des Versicherten erst durch eine Verordnung bzw. Bescheinigung legitimieren. So entpuppt sich denn die eifrige Unterstützung solcher Vorschläge durch die ärztlichen Institutionen und Verbände als der unappetitliche Versuch, ausschließlich die Patienten für eigenes Fehlverhalten haftbar zu machen.

Noch weiter geht der Versuch, mit der Aufteilung der medizinischen Versorgung in Regel- und Wahlleistungen die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch Leistungsausgliederung zu entlasten und diese in die private Gesundheitsvorsorge zu verschieben. Dieser Vorschlag läuft letztendlich auf die Institutionalisierung einer Klassenmedizin hinaus, in der die Behandlungschancen der Reichen besser sind als die der Armen.

Ein Blick in die USA auf die dort bereits praktizierte Klassenmedizin und eine Kenntnisnahme der kritischen Diskussion innerhalb der US-amerikanischen Ärzteschaft über die sich daraus ergebenden ethischen Folgen hätten unsere hiesigen Ärztefunktionäre darüber aufklären können, daß sie bei solchen Vorschlägen mit dem Feuer spielen. Wie sollte man sich auch eine gesundheitspolitisch verträgliche Aufteilung der Versorgung in Regel- und Wahlleistungen vorstellen?

Um sich das Ausmaß der zu erwartenden Konflikte vorzustellen, reicht ein Blick auf die Vielzahl der jährlichen Sozialgerichtsverfahren, in denen um die konkrete Bedeutung der sozialgesetzlichen Begriffe »notwendig«, »ausreichend« und »wirtschaftlich« erbittert gestritten wird.

Die Reaktion der organisierten und verfaßten Ärzteschaft auf die durch Seehofer neu eröffnete gesundheitspolitische Debatte hat keine Zweifel daran offengelassen, daß es ihr ausschließlich um den wirtschaftlichen Vorteil geht, für den man auch die Patienten zu instrumentalisieren bereit ist. Reine Klientelpolitik bestimmt weitgehend die innerärztliche Diskussion, und in dieser Debatte sind gesundheitspolitische Argumente, die auf eine bessere Versorgungsqualität zielen, kaum zu vernehmen.

Die ärztliche Praxis ist korrekturbedürftig

Dabei hätte die Ärzteschaft fürwahr Gründe genug, sich mit den Problemen ärztlichen Handelns zu befassen, vor allem aber damit, daß die Ärzte viel zu häufig ohne Nutzenvorteile für den Patienten erhebliche Kosten generieren. Eine solche selbstkritische Diskussion hätte vor allem aufzudecken, daß die Ärzte im Spannungsfeld ihrer jeweiligen Anwaltschaft für die eigenen wirtschaftlichen Interessen und für die gesundheitlichen Interessen ihrer Patienten häufig Handlungsstrategien entwickeln, die mit den offiziellen Ansprüchen ihrer Berufsethik nicht oder nur sehr schwer in Einklang zu bringen sind.

Im Zentrum einer solchen Diskussion hätte dann auch die Frage zu stehen, inwieweit das aktuelle Vergütungssystem nach Einzelleistungen die falschen Anreize für ärztliches Entscheiden und Handeln setzt. Auffallend ist ja, daß die jährliche Häufigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte pro Kopf der Bevölkerung in Deutschland bei 11,5 liegen soll, während sie für Schweden mit nur 2,7 und in Frankreich mit 5,2 angegeben werden.

Inzwischen kann jedenfalls nicht mehr übersehen werden, daß zahlreiche weitverbreitete diagnostische und therapeutische Handlungen nur wenig mit den Grundregeln der ärztlichen Kunst bzw. den gesicherten Erkenntnissen medizinischer Wissenschaft zu tun haben. Vor diesem Problem verschließen die Selbstverwaltungsorgane und Verbände der deutschen Ärzteschaft beharrlich die Augen und unterminieren so ihre eigene Glaubwürdigkeit, wenn sie in der Diskussion um die Mängel der medizinischen Versorgung ausschließlich mit dem Finger auf die anderen Beteiligten im Gesundheitswesen zeigen.

Stimmen wie die zweier Berliner Internisten, die schonungslos auf diese Problematik hingewiesen haben, sind jedenfalls selten: »Die Bereitschaft und Fähigkeit gerade deutscher Mediziner, die Angemessenheit, Effizienz und Konsequenzen des eigenen Handelns kritisch zu befragen – zu Virchows Zeiten einst hoch entwickelt – befindet sich heute auf einem Tiefpunkt.«³ Statt ärztlicher Selbstzweifel und Selbstkritik sei deutlich festzustellen, »daß ebenso irrige wie pharisäische, erst kürzlich wieder vom Präsidenten eines Ärzteverbandes geäußerte Selbsteinschätzung tonangebend ist: 'Wir deutschen Ärzte sind die besten auf der Welt.'«

Dabei gibt es konkrete Hinweise für einen dringenden Handlungsbedarf genug.

So wurde vor wenigen Monaten z.B. von Prof. Stender, Lehrstuhlinhaber für Röntgenologie in der Medizinischen Hochschule Hannover, geschätzt, daß ca. 30 bis 40 Prozent aller erbrachten Röntgenleistungen ohne wirkliche Indikation erfolgen. Prof. Losse, ehemals Direktor der medizinischen Poliklinik der Universität Münster, gab Mitte 1992 den Umfang nicht indizierter Laboruntersuchungen auf ca. 30 Prozent an. Neben Wissensmängeln und der leichten Verfügbarkeit von labormedizinischen Untersuchungsmethoden nannte er problematische ökonomische Anreize als Grund für die hohe Zahl überflüssiger Laboruntersuchungen. Prof. Kunkel von der Freien Universität Berlin beklagte Ende 1991, daß die Mehrheit der ambulant erbrachten allergologischen Untersuchungen und Behandlungen so fehlerhaft erbracht würden, daß von einer qualitativ ausreichenden und methodisch begründeten ärztlichen Versorgung in diesem Bereich nicht ausgegangen werden könne. Nach seinen Darstellungen zeigen Analysen des Abrechnungsverhaltens, daß diagnostische Verfahren eher nach der Höhe der jeweiligen kassenärztlichen Vergütung als nach der wissenschaftlich belegten Aussagekraft durchgeführt würden.

Ein besonders augenfälliges Beispiel für die verbreitete, diagnostisch aber fragwürdige Anwendung eines neuen Verfahrens ist die Osteodensitometrie, die allenfalls nur einen geringen Beitrag zur Verbesserung der frühzeitigen Vorsorge von Osteoporose leistet. Die Methode, mit der der Mineralgehalt der Knochen bestimmt werden kann, krankt nämlich daran, daß bis heute unbekannt ist, wo man bei einer erheblichen Streubreite »normaler« Knochendichten und beträchtlichen jährlichen Schwankungen der individuellen Knochendichten die Abgrenzung vom Normalen ansetzen muß. Ihre schnelle Verbreitung läßt sich nur mit den damit verbundenen Möglichkeiten der Einkommensvermehrung erklären. Obwohl sie erst vor sechs Jahren Eingang in die Gebührenordnung fand, kam sie 1990 bereits über 150000 mal zur Anwendung und zwang die gesetzlichen Krankenkassen, 154 Millionen DM dafür bereitzustellen. Einzelnen Orthopäden gelang es sogar, bis zu 11 Prozent ihres Gesamtumsatzes allein mit der Knochendichtebestimmung zu erwirtschaften.

Die Liste solcher diagnostischen »Übersorgungen« ließe sich nahezu beliebig verlängern.

Auch im therapeutischen Bereich haben sich zahlreiche Traditionen entwickelt, die weniger mit einer effizienten Versorgung der Patienten zu tun haben, sondern eher mit der Anfälligkeit der Ärzte gegenüber falschen und irreführenden therapeutischen Versprechungen. Dabei wird die an hohen Umsätzen interessierte Industrie häufig von Medizinprofessoren unterstützt, die dafür gut bezahlt werden und nach einem Bonmot von Prof. K.-D. Bock gern als habilitierte Pharmareferenten bezeichnet werden. Anders ist es nicht zu erklären, daß es der Industrie z.B. gelungen ist, die Verordnung von lipid-senkenden Arzneimitteln so erfolgreich zu propagieren, daß sie inzwischen 1991) 6,8 Millionen mal bei einem Gesamtumsatz von 816 Millionen DM verordnet wurden, obwohl deren therapeutische Bedeutung in der weit überwiegenden Zahl der Verordnungsfälle als zweifelhaft angesehen werden muß⁴⁻⁶. Tatsächlich ist es in den bisherigen Interventionsstudien ja auch nicht gelungen, die Gesamtmortalität der Behandlungsgruppen gegenüber den Kontrollgruppen zu senken.

Ein weiteres Beispiel für eine erfolgreiche und erheblich kostensteigernde pharmazeutische Werbestrategie, die von zahlreichen Universitätsgrößen unterstützt wird, ist die Durchsetzung von ACE-Hemmern und Calcium-Antagonisten für die primäre Therapie von Hochdruck-Kranken, deren Tagestherapiekosten um den Faktor 5

bis 10 über denen der in der Hochdrucktherapie bewährten Diuretika liegen. Im Zentrum dieser Strategie stehen umstrittene wissenschaftliche Hypothesen wie das »metabolische Syndrom« bzw. das »Syndrom X«^{7,8} und die angeblich negativen metabolischen Effekte der älteren Substanzen z.B.⁹, deren Hypothesencharakter von den universitären Helfern regelmäßig heruntergespielt oder ganz unterschlagen wird. Dabei ist bis heute nur für Diuretika und – in besonderen Fällen – für Betablocker gesichert, daß die Behandlung der Hypertonie zu günstigen Prognoseeffekten führt^{10,11}.

Weitere Beispiele dieser Art ließen sich auch für den therapeutischen Bereich fast beliebig lange anschließen man denke z.B. nur an die medizinisch unbegründete Verdrängung der älteren Antibiotika wie Ampicillin/Amoxycillin durch neuere orale Cephalosporine oder den ebenso fragwürdigen Austausch von Erythromycin durch die neueren Makrolide).

Alle diese Beispiele weisen auf einen erheblichen Diskussionsbedarf innerhalb der Ärzteschaft hin und machen deutlich, daß hier kaum zu unterschätzende Sparpotentiale vorhanden sind, die ohne jede Minderung der Versorgungsqualität zu realisieren wären. Im Gegenteil, der Abbau der diagnostischen und medikamentösen »Übersorgung« würde aller Wahrscheinlichkeit nach sogar zu einer Hebung der Versorgungsqualität führen, da es teilweise zu einem Wegfall der mit jeder ärztlichen Intervention einhergehenden, potentiellen Patientengefährdung kommen würde.

Vor diesen innerärztlich zu lösenden Problembereichen haben die Selbstverwaltungsorgane der Ärzteschaft bisher beharrlich die Augen verschlossen. Statt dessen wird in der Reformdiskussion mit Penetranz der Finger über die eigenen Reihen hinweg auf die anderen Beteiligten im Gesundheitswesen – vor allem aber die Patienten – gezeigt, denen pauschal ein übertriebenes Anspruchsdenken unterstellt wird. Statt der selbstkritischen Überprüfung der eigenen Praxis sollen die Patienten durch ihre »Selbstbeteiligung« auch in Zukunft die ökonomischen Ansprüche der Ärzteschaft alimentieren helfen. Die Unverfrorenheit, mit der die eigenen ökonomischen Interessen vertreten werden, wurde allerdings so übertrieben, daß sich die ärztlichen Kampfverbände und Selbstverwaltungsorgane plötzlich völlig isoliert fanden.

Es bietet sich aber über die Diskussion medizinisch überflüssiger und teurer Verfahrensweisen und entsprechende Korrekturmaßnahmen die Chance, den immer stärker werdenden und inhumanen Rationierungsdruck, wie wir ihn bereits aus den USA kennen, auf-

zufangen oder zumindest abzufedern. Hier böte sich die Gelegenheit, den gesundheitspolitischen Rang der ärztlichen Selbstverwaltung zu demonstrieren und mit den Zielen der Allgemeinheit in Einklang zu bringen.

Ohne Aufnahme der lange überfälligen innerärztlichen Diskussion über die Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung und ohne die selbstkritische Überprüfung ärztlichen Handelns wird sich die Ärzteschaft jedenfalls aus der wahrscheinlich mit gravierenden Umwälzungen einhergehenden gesundheitspolitischen Diskussion der nächsten Jahre verabschieden. Die Zeiten einer ausschließlich wirtschaftlich motivierten Interessenpolitik scheinen in jedem Fall endgültig vorbei zu sein.

Es läßt sich in Zukunft nicht mehr vermeiden, daß sich die unterschiedlichen wirtschaftlichen Interessen der verschiedenen Arztgruppen z.B. Hausärzte vs. Fachärzte und Labormediziner) auch in der innerärztlichen Debatte bemerkbar machen. Dies wird den bisherigen Schluß der verschiedenen ärztlichen Gruppen endgültig beenden. Es bleibt zu hoffen, daß die damit verbundene Chance zu einer neu zu eröffnenden Generaldebatte über die Zukunft ärztlicher Tätigkeit zugunsten der Patienten genutzt wird.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Hermann Schulte-Sasse, Richard-Strauß-Platz 13 – 2800 Bremen 1

Anmerkungen

- 1 Daten für 1989, BASYS.
- 2 Daten für 1989, OECD.
- 3 M. de Ridder, W. Dissmann: Denn sie wissen nicht, was sie tun. Feuilleton-Beilage der Süddeutschen Zeitung vom 20./21. April 1991.
- 4 G.D. Smith, J. Pekkanen: Should there be a moratorium on the use of cholesterol lowering drugs? *British Medical Journal* 304: 431-434, 1992.
- 5 U. Ravnskov: Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome. *British Medical Journal* 305:15-19, 1992.
- 6 U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg): *Arzneiverordnungs-Report '92*, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1992.
- 7 P.T. Sawicki, M. Berger: Bluthochdruck und Hyperinsulinämie – Henne, Ei oder eine Ente? *Münchener medizinische Wochenschrift* 134:441-443, 1992.
- 8 R.J. Jarrett: In defence of insulin: a critique of syndrome X. *Lancet* 340:469-471, 1992.
- 9 K.O. Stumpe, A. Overlack: Diuretische Therapie bei Hypertonie und Herzinsuffizienz. *Deutsches Ärzteblatt* 89:A-1438-1447, 1992.
- 10 R. Collins, R. Peto, S. MacMahon et al: Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. *Lancet* 335:827-838, 1990.
- 11 M.H. Alderman: Which Antihypertensive Drugs First – and Why! *JAMA* 267:2786-2787, 1992.