

Zu Leserbriefen – Leserbriefe sind uns willkommen. Sie geben die Meinung des Briefschreibers wieder und nicht die der Redaktion. Leider sind die Veröffentlichungsmöglichkeiten begrenzt, sodass die Redaktion eine Auswahl treffen und auch kürzen muss.

Leserbriefe sollten sich auf einen veröffentlichten Beitrag in einem der vorhergegangenen Hefte beziehen.

Frühdiagnose und Therapie der Influenza mit Neuraminidase-Hemmern

Zum Titelthema von Professor Dr. Georg E. Vogel in Heft 1/2003, Seite 4 ff.

Beim Lesen des Artikels von Professor Dr. Vogel zum Thema „Therapie der Influenza ...“ kam ich aus dem Staunen nicht heraus.

Angefangen beim Begriff „influenzabedrohte Todesfälle“, über den Fallbericht einer Laborantin, die ihre Grippeimpfung bewusst in den Abfluss spritzte, um sich vor der Seuche durch Aerobic zu schützen, und dann doch noch durch ein „Geständnis“ dank Neuraminidase-Inhibitor gerettet werden konnte, bis hin zur spektakulären Rettung 96-Jähriger. Dramatisch auch die Schilderung des Schicksals einer Patientin, der mit viraler Myokarditis bei einer regelmäßigen Herzfrequenz von 130/min 3 mg Beloc zok (ist das nicht eine Tablette?) gespritzt wurde, woraufhin es zur Schocksymptomatik kam (ist hier etwa ein kausaler Zusammenhang?) ... usw. usw. Immer ist Professor Vogel „bereit den Heilversuch zu wagen“.

Professor Vogel ist auch Mitautor der Konsensempfehlungen der Paul-Ehrlich Gesellschaft für Chemotherapie zum gleichen Thema. Hier wird in ähnlichem Stil der Einsatz von Neuraminidase-Hemmern ohne jede Einschränkung befürwortet. Herausgeber der Konsensempfehlungen ist die Hoffmann-La Roche AG, Hersteller von Tamiflu. Aber nicht nur das von Professor Vogel verständnislos belächelte Arzneimitteltelegramm,

sondern auch die renommierte und unabhängige Cochrane Library, und das National Institute of Clinical Excellence (NICE) kommen zu deutlich anderen Einschätzungen. In einem Review der Cochrane Library Issue 1, 2003 heißt es, dass Neuraminidase-Inhibitoren die Dauer der Symptome im Mittel um einen Tag verkürzen (95 % CI -1,3 to -0,6) und dass die Zeit bis zur Rückkehr zum Arbeitsplatz um einen halben Tag verkürzt werden kann (95 % CI -1,1 to -0,1). Die gültigen Empfehlungen des NICE kommen zum exakt gleichen Ergebnis. Verlässliche Daten zum Thema Reduktion von Hospitalisation und Mortalität scheinen nicht vorzuliegen. Es wird ebenso wie von der Canadian Medical Association (CMAJ Januar 2003) empfohlen, Neuraminidase-Hemmer nur bei deutlich erhöhter Erkrankungsrate in der Region und nur bei so genannten „at-risk“ Patienten einzusetzen. Das heißt, nur bei Patienten über 65 und mit gravierenden chronischen Erkrankungen.

In Anbetracht der mageren Datenlage, des geringen Therapieeffektes, der zu erwartenden Kosten und des wahrscheinlich hohen Fehleinsatzes sei es bei nicht gesicherter Influenza oder ganz einfach zu spät, scheint diese Empfehlung nachvollziehbar.

Im Gegensatz zum deutschen Korrelat bestehen die internationalen Empfehlungen durch Nüchternheit, Kompetenz und Unabhängigkeit. Ich höre schon den Einwand „ja, ja die Engländer mit ihrer medizinischen Mangelwirtschaft ...“. Das Problem mit der Statistik ist aber nicht etwa ihre potenzielle Fälschbarkeit, wie es immer heißt, sondern die mangelnde Fähigkeit vieler deutscher Meinungsbildner, sie zu lesen und nüchtern Schlüsse daraus zu ziehen. Wenn wir nicht lernen Therapieeffekte vernünftig einzuschätzen, werden wir die Kostenexplosion nie in den Griff bekommen. Das Ergebnis wird ein immer mehr verstaatlichtes Gesundheitswesen sein, oder eine Zweiklassenmedizin. Man wird uns ganz einfach die Kompetenz bezüglich solcher Therapieentscheidungen absprechen (zu Recht?!). Schuld daran sind Professoren, die solche Artikel schreiben. Schuld

daran sind auch wir Ärzte, die bereit sind, solche Artikel unwidersprochen hinzunehmen.

Dr. Thomas Küblein, Allgemeinarzt, Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer, 96231 Bad Staffelstein

Zunächst herzlichen Dank für Ihren engagierten und kenntnisreichen Artikel. Darf ich mir erlauben, eine Frage an Sie zu stellen zum Thema Influenza, die in meiner täglichen Landpraxis immer wieder auftaucht.

Anscheinend sind in den letzten mehreren Jahren die in den jeweiligen jahresspezifischen Impfstoffen enthaltenen „worst-case“ Influenza-Serotypen nicht bzw. höchstens in geringer Verbreitung in der BRD aufgetaucht. Wie erklärt man die doch anscheinend hoch effektive Impfung bezüglich Vermeidung von Erkrankungs-/Todesfällen? Handelt es sich um den Effekt einer unspezifischen oligoklonalen Aktivierung des Immunsystems durch die verwandten Serotypen? Falls ja, wäre es dann nicht ausreichend, einen „Standard-Impfstoff“ zu definieren, was den insgesamt erforderlichen Aufwand und sicher auch die Kosten zumindest der Impfstoffherstellung sicher ganz wesentlich reduzieren könnte?

Nachdem ich bisher nirgendwo eine schlüssige Antwort auf diese Frage bekommen konnte, hoffe ich nun auf eine Klärung Ihrerseits.

Ulrich Hartmann, Allgemeinarzt, 82284 Grafrath

Zum Leserbrief von Dr. Thomas Castorph in Heft 2/2003, Seite 99

Unserem vermutlich jungen Kollegen Castorph möchte ich einen Satz von Friedrich Schiller aus den Briefen „Über die ästhetische Erziehung des Menschen“ zurufen: „Schnell fertig ist die Jugend mit dem Wort“!

Wenn Castorph sich auf den Modeterminus „Evidence-based-medicine“ bezieht, sollte er denselben erst einmal inhaltlich verstehen. Die Bibel der Internisten, Harrisons Innere

Medizin, 15. Auflage, dt. 2003, in der der geschmähte Autor Vogel übrigens die deutsche Ausgabe des Kapitels Influenza herausgegeben hat, wird auch Kollege Castorph akzeptieren, dort steht auf Seite 3 (von über 3000 Seiten):

„Evidenz-basierte Medizin ist die bewusste, explizite und umsichtige Anwendung des gegenwärtig besten Wissens bei Entscheidungen in der Betreuung eines einzelnen Patienten“. Auf gut bayerisch möchte ich fragen: „Host mi?“

Vogel hat in seinem didaktisch ausgezeichnet aufgearbeiteten Artikel genau das beschrieben: Die Anwendung gegenwärtig besten Wissens über Influenza bei Diagnose und Therapie jeweils einzelner Patienten. Für diesen Beitrag zu genau dieser Jahreszeit bin ich persönlich sehr dankbar, weist er uns doch auf eine revolutionäre, neue Behandlungsstrategie hin, die jetzt wohl ein jeder von uns Lesern verstanden haben wird – zum Wohle der Patienten und Mitarbeiter!

Als älterer Kollege darf ich dem jungen, hoffnungsvollen Mitstreiter unserer Zunft zuzurufen: Anwendung von Evidenz-basierter Medizin und Leitlinien ersetzt nicht den klinischen Blick und die Erfahrung, die wir alle immer neu prüfen und auffrischen müssen. Evidenz ist schließlich nichts anderes als die

Summe von Einzelergebnissen. Und letztere hat Vogel uns auf verständliche Weise evident gemacht!

Dr. Axel Bedürftig, Arzt, Leiben/Österreich

Sich der Verantwortung stellen

Zum Spendenaufruf in Heft 2/2003, Seite 71

Es bleibt zu hoffen, dass sich kein hiesiger Arzt an diesem erneuten Abzockungsversuch, mit dem der deutsche Schuldkomplex instrumentalisiert wird, beteiligt. Zumindest in diesem Punkt ist der Schuldkomplex irrational und sollte endlich still und ohne großes Aufsehen auf dem Müllhaufen der Geschichte zu Grabe getragen werden.

Ich kenne mehrere (noch lebende) damalige Zwangsarbeiter in der Tschechischen Republik persönlich. Einer davon bewohnt heute das Haus meiner mittellos vertriebenen Vorfahren und erhält Entschädigungsrente vom deutschen Staat. Alle erklärten mir, sie hätten die damalige Zeit in deutschen Rüstungsbetrieben gut in Erinnerung, seien gut bezahlt worden (jedenfalls weitaus besser als später in den Jahrzehnten kommunistischer Herrschaft), hätten ausreichend Urlaub, Freifahrtsscheine nach Hause etc. gehabt und waren froh gewesen, vom Krieg nicht unmittelbar (als Soldaten) betroffen gewesen zu sein. –

Sollte es damals in anderen Fällen inhumane Bedingungen gegeben haben, so fühle ich mich (Jahrgang 1949) in keiner Weise „kollektiv dafür verantwortlich“. Es sei nur an die unmenschlichen Bedingungen erinnert, unter denen Hunderttausende von deutschen Zwangsarbeitern über Jahre hinweg unter den Siegermächten arbeiten mussten, ohne dafür irgendeine Entlohnung oder Entschädigung zu erhalten – in vielen Fällen bedeutete diese Zwangsarbeit das Todesurteil, und keiner der Verantwortlichen wurde dafür jemals zur Rechenschaft gezogen, geschweige denn, dass sich einer davon „der Verantwortung stellte“.

Wann hört dieser Betroffenen-Irrsinn endlich auf? Oder werden auch meine Urenkel noch dazu aufgefordert werden, in kollektiver Verantwortung zu zahlen? – Die deutsche Bevölkerung ist inzwischen mit Hinweis auf die Historie zur Genüge ausgebeutet worden (180 Milliarden Mark an Wiedergutmachungszahlungen); dies sollte reichen.

Dr. Klaus Pillhatsch, Psychiater, Psychotherapie 93047 Regensburg

Geschichte der Psychotherapie – Teil 1 Psychoanalyse und Verhaltenstherapie begründen die Psychotherapie

Zum Artikel von Benedikt Waldherr in Heft 2/2003, Seite 96 f.

Der Artikel von Benedikt Waldherr „Geschichte der Psychotherapie“ enthält im letzten Absatz Behauptungen, die nicht unwidersprochen bleiben dürfen. Im Gegensatz zum Ersten Weltkrieg hat es im Zweiten Weltkrieg nur vereinzelt „Kriegszitterer“ gegeben (weniger als 10 % der Kranken in neurologisch-psychiatrischen Lazarettabteilungen). Dass diese Kranken in „Magenbataillonen“ zusammengefasst worden seien, ist unzutreffend. Es gab „Magen“- und „Ohren-Bataillone“, die zuerst im Wehrkreis VIII im Sommer 1943 aufgestellt worden sind, 1944/45 auch in den übrigen Wehrkreisen. Diese Bataillone bestanden aus schonkostbedürftigen chronisch Kranken mit Magen-Darmbefunden verschiedenster Ursache, überwiegend solchen mit Magen- und Duodenalgeschwüren und Gastritiden, sowie die zweite Gruppe aus chronisch Ohr(Hör)geschädigten. Als Truppenarzt eines solchen Magenbataillons (M 273, Wehrkreis III, Perleberg, Dänemark) von Sommer 1944 bis zur Kapitulation und in der englischen Kriegsgefangenschaft verwehre ich mich nachdrücklich gegen die Ansicht von Waldherr, die von mir betreuten Soldaten als „unwertes Leben“ betrachtet zu haben. Die Angehörigen dieser Einheiten erhielten eine gute fachliche und menschliche Betreuung. Die Befehlsgewalt der Truppenärzte war, als Sonderregelung, der Bataillonskommandeure gleichgestellt, wodurch belas-



ÄRZTLICHE FORTBILDUNG
GRADO (ITALIEN)

36. Internationaler Seminarkongress
24. bis 29. August 2003
Exkursion nach Abano: 30. August

COLLEGIUM MEDICINAE
ITALO-GERMANICUM e.V.
unter Mitwirkung der
Bundesärztekammer

KONGRESS-PROGRAMM

www.cmig.de

- Änderungen und Ergänzungen bleiben vorbehalten -

36. Internationaler Seminarkongress vom 24. bis 29. August 2003 in Grado – Das vollständige Programmheft kann angefordert werden bei:
Collegium Medicinae Italo-Germanicum, Bundesärztekammer, Ingrid Schindler, Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln, Telefon 0221 4004-417, Fax 0221 4004-388, E-Mail: cme@baek.de

tende Einsätze verhindert werden konnten. Eingesetzt wurden diese Einheiten zu Bewachungsaufgaben, von „Himmelfahrtskommandos“ konnte nicht die Rede sein. Es hat nur einmal bei einem bestimmungswidrigen Einsatz von Magenbataillonen auf der Insel Walcheren vor der Scheldemündung 1944 erhebliche Verluste durch feindliche Landungsunternehmen gegeben.

Eingehend informieren kann sich Benedikt Waldherr in: Rolf Valentin: „Die Krankenbataillone. Sonderformationen der deutschen Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg“, Düsseldorf 1981 und Heinz Goerke: „Am Puls der Medizin“, Hildesheim 1996; Seite 87 bis 110.

Professor Dr. Dr. h. c. mult Heinz Goerke,
Internist, 81479 München

Der Autor schreibt: „Am Beginn des 20. Jahrhunderts entdeckte der russische Forscher Iwan Pawlow den konditionierten Reflex ...“. Nach heute vorherrschender Meinung handelt es sich aber um keinen bedingten Reflex wie zum Beispiel beim Patellarsehnenreflex. Konrad Lorenz schreibt über das Lernen durch Erfolg: „Ein Verhaltenssystem, das dieser Leistung fähig ist, kann daher niemals ein einfacher ‚Reflex‘ sein, wie die Terminologie I. P. Pawlows impliziert Wir kennen dagegen keinen einzigen Fall, in dem es gelungen wäre, ein Verhaltenssystem durch andresierende, das heißt positiv wirkende, ‚belohnende‘ Reize adaptiv zu modifizieren, an dem nicht Appetenzverhalten beteiligt ist.“ Darauf hat schon E. C. Tolman 1932 hingewiesen (Purposeful Behavior in Animals and Men). K. Lorenz führt weiterhin aus, dass das Speicheln nur ein kleiner Anteil einer viel komplexeren Folge von Verhaltensweisen sei, von denen die meisten aber im klassischen Laborversuch von Pawlow ausgeschaltet wurden.

Und John C. Eccles, Nobelpreisträger wie K. Lorenz, bezeichnet die Worte „Reflex“ und „konditioniert“ als eine Karrikatur der Begriffe. Und auf dem Wiener Symposium aus Anlass des 80. Geburtstages von Karl Popper führte der Wiener Zoologe R. Riedl aus, dass Pawlow sich geirrt habe, wenn er glaubte, das Speicheln der Hunde sei ein bedingter Reflex: „Wir wissen längst, es ist eine bedingte Appetenz.“ Und Karl Popper ergänzte: „Wäre er (Anm.: Hund) nicht aktiv an seinem Fressen interessiert gewesen, hätte er nichts gelernt. So hat er aber die Theorie aufgestellt: Wenn die Glocke läutet, kommt das Essen. Das ist eine Theorie und kein bedingter Reflex.“

Rolf Klimm, Arzt, 83093 Bad Endorf

lacta alea est

Zur Bildunterschrift „lacta alea est“ auf Seite 61 des Februar-Heftes des *Bayerischen Ärzteblattes* erreichten uns einige Zuschriften mit dem Hinweis, der bekannte, Julius Caesar zugesprochene Ausspruch müsse korrekt lauten: „Alea iacta est“.

Der Duden – Das große Buch der Zitate und Redewendungen, Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG, Mannheim 2002 (Seite 805) erlaubt ausdrücklich beide Schreibweisen.

Beim Schriftsteller Pluarch *Pompeius 60* finden wir „alea iacta est“, bei Sueton, *Divus Iulius 32* finden wir „iacta alea est“. Übrigens: Caesar soll die Worte in griechischer Sprache ausgesprochen haben.

Mehr dazu auch in www.lateinforum.de

Die Redaktion

Wissenschaftspreis des Ärztinnenbundes: Von Frauen für Frauen

Auch in diesem Jahr verleiht der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) einen Wissenschaftlichen Preis (Dotation: 2500 €). DÄB-Präsidentin Dr. Astrid Bühren: „Wir wollen junge Ärztinnen bei ihrer Wissenschaftskarriere unterstützen und Forschungsarbeiten zu frauenrelevanten Themen fördern.“

Einsendeschluss: 15. April 2003

Weitere Infos: Deutscher Ärztinnenbund – Wissenschaftspreis – Professor Dr. Marianne Schrader, Klinik für Plastische Chirurgie im Universitätsklinikum, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Telefon 0451 500-2062 oder 0451 503948

Galenus-von-Pergamon-Preis 2003 – Kategorie B

In diesem Jahr sind Wissenschaftler aus der pharmakologischen Forschung wieder aufgerufen, sich um den Galenus-von-Pergamon-Preis zu bewerben.

Mit dem deutschen „Prix Galien“ zeichnet die *Ärzte Zeitung*, als Mitglied einer internationalen Stiftergemeinschaft, alle zwei Jahre Arzneimittelforscher für herausragende wissenschaftliche Arbeiten aus, die für den Fortschritt auf dem Gebiet der Arzneimittel- und Diagnostika-Forschung wegbereitend sind. Der Innovationspreis (Dotation: 10 000 €) gehört seit Jahren zu den begehrtesten Auszeichnungen für die Arzneimittel-Forschung.

Einsendeschluss: 30. April 2003

Weitere Infos: Sekretariat Galenus-von-Pergamon-Preis, *Ärzte Zeitung* Verlagsgesellschaft mbH, Sabine Neubert, Postfach 20 02 51, 63077 Offenbach, Telefon 06102 506-149, E-Mail: sabine.neubert@aerztezeitung.de

Chugai Science Award

Die Firma Chugai Pharma vergibt auch in diesem Jahr den Chugai Science Award (Dotation 5000 €). Diese Auszeichnung wird jährlich für herausragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der klinischen oder experimentellen Knochenmark- und Stammzelltransplantation vergeben.

Einsendeschluss: 31. Mai 2003

Weitere Infos: Chugai Pharma Marketing Ltd., Lyoner Straße 15, 60528 Frankfurt/Main, Telefon 069 66300019

ANZEIGE:

Seminareinladung für Mediziner

Niederlassung optimal gestalten und vorbereiten

Themenübersicht:

- * Vorgehensweise bei der Niederlassung, Praxiskooperation
- * Vertragsgestaltung, Arbeitnehmerverträge, Patientenkartei
- * KV-Zulassung
- * Praxisfinanzierung, realistischer Kaufpreis, steuerliche Aspekte.

Referenten:

Dr. Thomas Pfanzer
Steuerberater

Dr. Rudolf Fürstenberg
Rechtsanwaltskanzlei Raffelsieper & Partner

Dr. med. Armin Niedermeier • Michael Franke
Medizinerberater der MLP-AG

Donnerstag, 27.03.2003, Montag, 28.04.2003, jeweils 19 Uhr,
weitere Termine auf Anfrage

MLP-München XIV, Frankfurter Ring 211, 80807 München, Tel. 0 89/32 47 41-0
Seminargebühr incl. Getränken und Snacks: € 30,00
Formlose Anmeldung per Fax oder e-mail
Fax: 0 89/32 47 41-10, e-mail armin.niedermeier@mlp-ag.com


FINANZDIENSTLEISTUNGEN AG