

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.

Ärzteversorgung – ausreichend aber sicher

Zum Artikel von Dr. Lothar Wittek in Heft 12/2002, Seite 693 f.

Ausreichend trifft zu – aber sicher?

Analog zu den Schulnoten trifft die Bewertung unserer Altersversorgung durch Dr. Lothar Wittek zu, da sich die Rendite ungefähr in Höhe der gesetzlichen Rentenversicherung bewegen dürfte. Ob mit Sicherheit die aktuelle Rendite erhalten bleiben kann, erscheint unsicher, wie ein Blick zurück zeigt.

Die Bayerische Ärzteversorgung (BÄV) galt früher in Deutschland als eine der Besten, wofür wir Ärzte in Bayern von Kollegen anderer Bundesländer beneidet wurden. Dies hat sich aber geändert.

Bewertet man die veröffentlichte Tabelle für Kürzungen bei vorgezogener Altersrente, so erkennt man, dass Bayern sich in der Gruppe mit dem höchsten möglichen Eintrittsalter (62 Jahre) befindet und auch den höchsten monatlichen Abschlag für die vorgezogene Rente (0,5 % pro Monat) berechnet. Ein Vergleich der Rendite der BÄV mit den anderen ärztlichen Versorgungswerken ist klugerweise nicht aufgeführt.

Weiterhin lag der Verwaltungskostensatz in den letzten Jahren um 2 %, einer Höhe, die fast dem Verwaltungskostensatz der Kassenärztlichen Vereinigungen nahe kommt, die ungleich höhere und aufwändige Verwaltungsarbeit leisten müssen. Was nicht aufgeführt ist, ist der Faktor der Rentenbemessung, der die Rente beeinflusst, welcher erheblich zu Gunsten von Rückstellungen für das Versicherungsvermögen reduziert wurde. Die Kosten für das Gutachten der Firma McKinsey hätte man sich sparen können, denn die Schwachstellen dürften leicht erkennbar sein, schwieriger jedoch das Beheben derselben. Dafür hat das Gutachten mit dem Ziel, die versicherungstechnischen Grundlagen der BÄV zu überprüfen, eine dringende Notwendigkeit, allerdings darf das nicht vom Versorgungswerk, sondern nur von einer neutralen Institution, zum Beispiel Freiem Ärzteverband – auch nicht Landesärztekammer –, in Auftrag gegeben werden, um subjektive Bewertungen zu unterbinden.

Ich bitte Kollege Wittek oder ein anderes Mitglied des Kammerrates zu folgenden Fragen Stellung zu nehmen:

- Wie hoch ist die aktuelle Rendite der BÄV (bis 31. Dezember 1984 lag die Rendite bei 20 % pro Jahr)?
- Wie hoch wird die Rendite im Jahre 2004 nach Auslaufen des degressiven Aufstockungsbetrages gemäß § 76 der Satzung sein?
- Mit welcher Notwendigkeit und auch Rechtsgrundlage begründen Sie die Herabsetzung des Rentenbemessungsfaktors (RBM) seit 1985 – die demographische Entwicklung allein dürfte einen solchen Rückschnitt nicht begründen?
- Wo steht die BÄV mit ihren Leistungen objektiv im Vergleich mit den ärztlichen Versorgungswerten in anderen Bundesländern mit den Kriterien Prämienhebung, Höchstprämie, Rendite, aber auch im Vergleich zu der Altersvorsorge bei der BfA, den privaten Lebensversicherungen und Pensionskassen?
- Wie begründen Sie die hohen Rückstellungen?

Es ist zu fordern, dass das Versorgungswerk sich auch Kontrollen und Beratungen von außen stellt und sich nicht nur selbst verwaltet.

Dies würde mehr Vertrauen in unsere Rente und auch größere Sicherheit bringen.

Dr. Richard Petzoldt, Internist,
90449 Nürnberg

Antwort von Dr. Lothar Wittek

Nicht nur früher, auch heute gilt die Bayerische Ärzteversorgung (BÄV) als eine der Besten im Land. Dies belegt zum Beispiel die aktuelle Dynamisierung für 2003: Im Vergleich mit anderen Versorgungswerken, die teilweise Nullrunden anbieten mussten, wird trotz der ungünstigen Entwicklung an den Kapitalmärkten mit + 2 % erneut ein beachteter Wert erreicht. Die Frage der Sicherheit ist naturgemäß relativ – doch der Artikel über die ärztlichen Versorgungswerke von Claus

Cory in *Arzt und Wirtschaft* 11/2002, Seite 63/64, trägt zu Recht die Überschrift „Attraktiv und ertragreich!“ und der Autor beschreibt die Frage nach der Sicherheit der Rente für die BÄV sicher nicht grundlos als „eher rhetorisch“.

Wird heute eine Rendite von 20 % angeboten, stellen viele Investoren sofort die Frage nach der Seriosität der Anlage. Verschiedene Gerichte haben darauf hingewiesen, dass in solchen Fällen immer erhöhte Risiken in Kauf genommen werden müssen. Ein berufsständisches Versorgungswerk kann ohne Belastung künftiger Generationen an seine Mitglieder nicht mehr auszahlen, als durch eine gesicherte Kapitalanlage, Mitgliederzuwachs und Beitragstrend erzielt werden. Für die erste Säule der Altersversorgung verbietet sich aber die Inkaufnahme ungesicherter Risiken.

Die Anpassung des Verrentungssatzes musste spätestens ab 1985 erfolgen, da der zur Finanzierung der alten Zusage erforderliche Anstieg der Beitragsleistung der Mitglieder von jährlich mehr als 8 % bei der in den achtziger Jahren beginnenden Honorarentwicklung nicht mehr zu erreichen war. Zur Berechtigung des degressiven Aufstockungsbetrages gibt es verschiedene Ansichten – die Finanzierung ist jedenfalls durch die Beiträge der Begünstigten allein nicht zu erzielen, für eine weitere „Anleihe aus der Gemeinschaftskasse“ fehlt aber wohl die tragende Begründung, für ihre Fortsetzung jede Berechtigung. Das Abschmelzen des Aufstockungsbetrages wird aber ab 2004 mittelfristig durch die Anwartschaftsdynamisierung ausgeglichen, was dann zu einem weiteren moderaten Anstieg der Lebensverrentung führen wird.

Ein „objektiver Vergleich“ der Versorgungswerke ist bei den sehr unterschiedlichen Einflussgrößen nur mit hohem Bereinigungsaufwand möglich, wenn es gelingt, detaillierten Einblick in die versicherungstechnischen Geschäftspläne zu bekommen. Unbereinigt sind vermeintliche Unterschiede in einer Größenordnung von etwa 20 % zu erwarten, obwohl davon auszugehen ist, dass bei Berücksichtigung des gesamten Leistungsspektrums kein Versorgungswerk wesentlich günstigere Leistungen gewährt. Das durchschnittliche Ruhegeld der BÄV lag im Jahr 2001 bei 2425 €, das der gesetzlichen Rentenversicherung nach 45 Versicherungsjahren im gleichen Kalenderjahr bei 1052 €. Ein Vergleich mit der privaten Lebensversicherung krankt ebenfalls am unterschiedlichen Leistungsangebot. Eine Verdreifachung der eingezahlten Beiträge ist bei dieser Form der Kapitalanlage aber nicht die Regel. Auch bei den Verwaltungskosten weist die Ärzteversorgung deutliche Vorteile auf, sie kommt zudem ohne Abschlussprovisionen und Gewinnausschüttungen aus.

Bei der so genannten versicherungstechnischen Rückstellung der BÄV von aktuell rund 10 Milliarden Euro handelt es sich nicht um verfügbare Finanzmittel zur Verbesserung der Versorgungsleistung heutiger Ruhegeldempfänger, sondern um persönlich erworbene Anwartschaften der Mitglieder, die dem Eigentumsschutz des Grundgesetzes unterliegen. Diese Rückstellungen müssen in den nächsten Jahren durch die Beitragszahlungen der Mitglieder weiter erhöht werden, um die Leistungsverpflichtung der BÄV in den nächsten 30 Jahren erfüllen zu können.

Wenn, wie auch von Ihnen gefordert, Kontrollen und „Beratungen von außen“ das Vertrauen in unser Versorgungswerk und die „Sicherheit der Rente“ verbessern können, dann sind wir auf einem guten Weg.

Dr. Lothar Wittek, Allgemeinarzt, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der BÄV, 81925 München

Kein Club von Neinsagern

Zum Bericht von Dagmar Nedbal über den Außerordentlichen Deutschen Ärztetag vom 18. Februar 2003 in Heft 3/2003, Seite 119

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BuÄK) hat diesen außerordentlichen Ärztetag einberufen, mit dem Ziel, über die Eckpunkte der zukünftigen Gesundheitspolitik von Ulla Schmidt zu diskutieren. Dazu wurden im Vorfeld vom Vorstand der BuÄK ein Papier „Gesundheitspolitische Grundsätze der deutschen Ärzteschaft“ vorgelegt. Dieses Papier zeichnet sich dadurch aus, dass nicht auf die Grundprobleme unseres Gesundheitswesens eingegangen wird, sondern längst bekannte Vorurteile wie Staatsmedizin, staatlich verordnete Leitlinien, Rationierung etc. wiederholt werden. Unter Punkt V. steht „der Patient hat Anspruch auf die Solidarität der Versicherten. Solidarität heißt, dass jeder entsprechend seiner finanziellen Möglichkeiten einen Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu leisten hat und die GKV auch nur nach Maßgabe des Notwendigen in Anspruch nimmt. Über das Notwendige hinausgehende Leistungen gehören in eine Zusatzversicherung und dürfen nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft erbracht werden. Zugleich muss im Wettbewerb der Krankenversicherungen Raum für die private Krankenversicherung bleiben. Eine Einheitsversicherung widerspricht den Prinzipien der Eigenverantwortung sowie der Patientenautonomie und wird deshalb von der Ärzteschaft abgelehnt.“ Der Vorstand der BuÄK stellt die paritätisch solidarisch finanzierte GKV in Frage und reiht sich damit ein in die derzeit von CDU/CSU und FDP geforderte Abkehr von der solidarisch finanzierten

GKV. Auf der Grundlage dieses Papiers wurde auf dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag eine Resolution vorgelegt, die im Vorfeld den Delegierten nicht zugeleitet wurde und über die auch gar keine Diskussion erwünscht war.

Der Versuch, auch bei einem außerordentlichen Ärztetag den Antrag einer Delegierten aus Rheinland-Pfalz gegen den Irakkrieg einzubringen, wurde von den Juristen mit der üblichen Argumentation wegen Allgemeinpolitik vom Tisch gewischt. Selbst ein Statement gegen einen Krieg vom Vorstand der BuÄK wurde nicht behandelt.

Zusammenfassend stelle ich fest. Außerordentlicher Deutscher Ärztetag am 18. Februar 2003 in Berlin, außerordentlich unnützlich. Die teuerste Pressekonferenz des Vorstandes der BuÄK, die es je gab.

Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser, Mikrobiologe, 81545 München

Qualitätssicherung der medizinischen Analytik im niedergelassenen Bereich

Zum Artikel von Thomas Schade in Heft 3/2003, Seite 125

Der abgedruckte Beitrag von Thomas Schade ist nach meiner Auffassung wenig aussagefähig respektive hilfreich. Ausgehend von diesem Artikel habe ich Verbindung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns aufgenommen und erhielt einen Auszug aus den Richtlinien der Bundesärztekammer. Die dort im Abschnitt 3.3.2 genannten Details sind für die Praxis ebenfalls wenig hilfreich.

In vielen Praxen wird der Blutzucker mit Hilfe der auch für Patienten verfügbaren Geräte bestimmt, beispielhaft sei hier genannt das Gerät „ACCU-Chek-Sensor“ der Firma Hoffmann LaRoche. Dabei wird das Gerät mit einem Chip, der bei jeder Teststreifenlieferung enthalten ist, automatisch geeicht und eingestellt. Testseren werden von der Firma gar nicht erst mitgeliefert, da das Gerät ja automatisch eingestellt wird. Insofern ist nach meinem Dafürhalten eine Teilnahme an Ringversuchen oder an einer internen Qualitätskontrolle in den Praxen gar nicht mehr nötig und auch nicht ohne weiteres möglich. Ich wäre für eine Bestätigung dieser Einschätzung dankbar. Auf den von Herrn Schade genannten Internetseiten ist die ganze Sache ebenfalls nicht nachvollziehbar.

Dr. Heinz Zabel, Allgemeinarzt, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Berchtesgadener Land, 83435 Bad Reichenhall

Gender Mainstreaming – ein neues Unwort

Zum Gastkommentar von Dr. Waltraud Diekhäus in Heft 3/2003, Seite 126

Ich vermag nicht einzusehen, warum man nicht eine deutsche Übersetzung zur Diskussion stellt, statt den angloamerikanischen Begriff einfach zu übernehmen. Wir haben hier doch inzwischen eine Inflation der Begriffe. Als Lingua franca mag der Begriff verständlich sein und Ihnen als Generalsekretärin des Weltärztinnenbundes sicher geläufig und schon eingepreßt. Aber die Bürger, Verbraucher, Versicherte, Patienten und auch viele Ärzte in Deutschland werden damit nicht viel anzufangen wissen. Auch zeigt die bereits feste Einführung dieses Begriffes als Ausschuss GM der Ärztekammer Westfalen-Lippe, dass nach Verständlichkeit für die Betroffenen gar nicht mehr gefragt wird.

Warum stellen Sie nicht eine Übersetzung ins Internet und lassen die Betroffenen Vorschläge machen und darüber abstimmen? So zur Diskussion gestellt wurde in der aktuellen Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung von Köbberling die Charta zur ärztlichen Berufsethik.

Dr. Klaus Blumberg, Internist, Arbeitsmediziner und Radiologe, 93309 Kelheim

ANZEIGE:

RÖTZER-ZIEGEL ELEMENT-HAUS **5 Tage** Ziegel-Fertighaus m. Keller
Das wohn gesunde Haus mit aml. Gütesiegel!
ACHTUNG – JETZT GELD SPAREN!
 Preise von 2002 sichern und per Festpreis 2003 bauen!
 Baueingabepläne im Festpreis enthalten.



- * Energiesparhäuser mit aml. Gütesiegel
- * über 3.000 zufriedene Bauherren
- * Wohnhäuser mit **APOTHEKE** oder **PRA-XIS** individuell für Sie geplant!
- * kein „Trockenwohnen“ – sofort beziehbar!
- * Dreieckelhäuser – schlüsselfertig mit Keller und Baugesuch frei geplant auf Ihr Grundstück

ab 177.000,00 Euro

Wenn Ihr Stil nicht Standard ist:
BAUTECHNIK DES 3. JAHRTAUSENDS!
Info/Prospekt:
RÖTZER-ZIEGEL ELEMENT-HAUS
Vertriebsdirektion: Ostbayern/Österreich
 D-84359 Simbach/Inn, Ringstr. 2A
 Tel. + Fax 0 85 71/92 20 70
 Mobil 01 75/3 22 97 08

Geschichte der Psychotherapie – Teil 2

Zum Artikel von Benedikt Waldherr in Heft 3/2003, Seite 150 f.

Im oben genannten Artikel schreibt Benedikt Waldherr: „Auch der graue Psychotherapiemarkt weitete sich aus und machte eine gesetzliche Regelung zum Schutz der Patienten und zur Wahrung einheitlicher Qualitätsstandards unumgänglich.“

Spiegelt der Artikel schon insgesamt ein Bild der Psychotherapie wider, wie es mir selbst nach Psychologiestudium, diversen Therapieausbildungen und nun 16-jähriger Berufspraxis völlig fremd erscheint, so als spräche der Autor über ein gänzlich anderes Gebiet als das, in dem ich mich doch seit über zwei Jahrzehnten bewege. Der oben zitierte Satz weckt jedoch meinen Widerspruchsgeist so sehr, dass ich darauf reagieren möchte.

Sicherlich war und ist es notwendig, die Qualität und Effizienz psychotherapeutischer Methoden zu verbessern und zu optimieren. Die Art und Weise, wie dies geschah und geschieht, halte ich allerdings für schlecht. Die bürokratische und in meinen Augen willkürliche und konservative Beschränkung auf lediglich drei anerkannte Verfahren nämlich Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie hat Folgen:

1. Das Gros der Psychologischen Psychotherapeuten wurde dazu gezwungen, bis dato praktizierte, wirksame und in zahlreichen Therapien erfolgreiche Interventionsformen nicht mehr anzuwenden, weil sie schlicht und einfach illegal geworden sind. Die meisten Psychologischen Psychotherapeuten haben mindestens drei, viele sogar noch mehr, Therapierichtungen gelernt und diese in der Vergangenheit zum Wohle der Patienten angewendet. Die Notwendigkeit, diesem wirksamen Handwerkszeug nun zum Schutz der Patienten abzuschwören, ist in meinen Augen eine Form struktureller Gewalt, die mich und viele meiner Kolleginnen und Kollegen ärgerlich macht.
2. Die reale Einhaltung der so genannten einheitlichen Qualitätsstandards hat eine kreativitätsvernichtende und verflachende Wirkung auf den gesamten Bereich der Psychotherapie. Nebenbei führt die Konzentration auf die nun erlaubten Verfahren zu einer Schwächung kreativer und potenter Therapieverfahren.
3. Über kurz oder lang werden wir erleben müssen, dass sich andere, nämlich die ausgesperrten Nichtvertragstherapeuten, im Expertenkreis „Scharlatane“ genannt, die-

ser kreativen Verfahren bedienen. Wir Vertragstherapeuten werden dann bald das gleiche Image haben wie die Schulmedizin, die mit starrem Blick und tumber Wissenschaftsgläubigkeit nicht mehr über den Tellerrand hinausschauen kann.

4. Es ist zudem überhaupt nicht einsehbar, warum in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung die einheitlichen Qualitätsstandards nur drei Verfahren zulassen, während in der stationären Versorgung sehr wohl weitere Verfahren erfolgreich angewendet werden können.

Insgesamt wird deutlich, dass der an sich lobenswerte Versuch der Optimierung von Therapieverfahren und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung einerseits und die Eliminierung und Ausübung ineffektiver Verfahren und Strömungen andererseits leider über das Bemühen noch nicht hinaus gekommen ist. Mir kommt die ganze Bewegung so richtig typisch deutsch vor, nämlich verkopft, unflexibel und starr.

Möglicherweise ist das ja auch ein weiterer Grund für die drohende Versorgungslücke. Die verordnete Einengung und Reglementierung wirkt sich ja auch auf die Arbeitszufriedenheit der Psychotherapeuten aus. Der Beruf des Psychotherapeuten wird auf diese Weise zunehmend unattraktiver bei letztendlich viel zu viel Arbeit und persönlichem Engagement für viel zu schlechte Bezahlung.

Um falsche Schlüsse zu vermeiden, möchte ich sagen, dass ich meinen Beruf liebe und ihn gerne ausübe. Die uns Psychologischen Psychotherapeuten aufoktroierten Bedingungen und gerade solche Artikel wie der von Benedikt Waldherr tragen allerdings nicht dazu bei.

Jörg Stolley-Mohr, Diplom-Psychologe,
Psychologischer Psychotherapeut,
90419 Nürnberg

Im Kreuzfeuer der Kritik

Zum Artikel von Martin Eulitz in Heft 3/2003, Seite 154

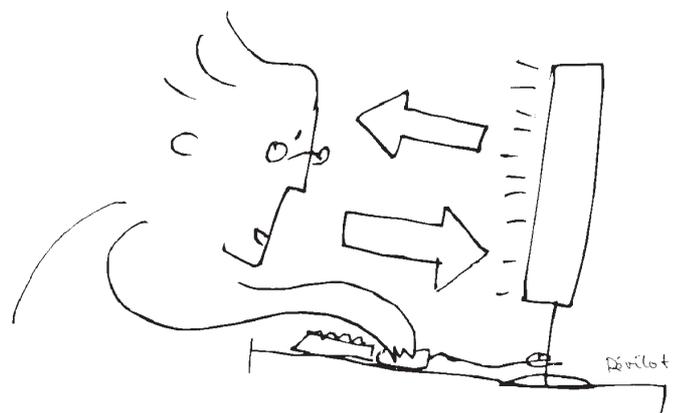
Mit großem Interesse habe ich zur Kenntnis genommen, dass sich die beiden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) Axel Munte und Wolfgang Hoppenhaller bei der Sitzung des Bayerischen Landtages am 6. Februar nicht die Butter vom Brot haben nehmen lassen. Gerade in Bayern sollten die mafiaartigen Strukturen, wie sie bei dem Anerkennungsverfahren im Rahmen des Podologengesetzes erkennbar sind, Anlass sein, gegen diese Art von Politik mit größerer Entschlossenheit aufzutreten. Das politische Begünstigungskonzept aus dem Bayerischen Verbraucher- und Gesundheitsministerium, einzigartig in der Bundesrepublik, ist trotz energischem Widerspruch des Verbandes Deutscher Podologen und trotz wiederholtem Briefwechsel des Landtagsabgeordneten Dr. Hahnzog mit dem Minister nicht zurückgezogen worden. Es kann nicht sein, dass umgebaute Hausfrauen ohne die im Gesetz vorgeschriebene Qualifizierungsprüfung Hand an Patienten legen. Im Endeffekt werden die Kassenärzte wieder dafür büßen müssen.

Dr. Gerhard Fleischner, Orthopädie, (Nichtkassenarzt, ehem. Mitglied der Vertreterversammlung der KVB, ehem. Bezirksvorsitzender des BNF), 83727 Schliersee

Frühdiagnose und Therapie der Influenza mit Neraminidase-Hemmern

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

Zum oben genannten Titelthema erreichten uns eine Vielzahl von Leserzuschriften, die wir in den letzten Heften abgedruckt haben bzw. abdrucken. Dabei äußerten sich manche zustimmend und einige kritisch.



Leserbriefe sind uns grundsätzlich willkommen, bieten sie unserer Leserschaft, in begrenztem Umfang, die Möglichkeit einer Expertendiskussion und spiegeln das Interesse an den vom *Bayerischen Ärzteblatt* aufgegriffenen Themen wider. Den Vorwurf der mangelnden Recherche und Redaktionsarbeit wundert uns hier um so mehr, zeigen doch gerade die Veröffentlichungen auch in der *Welt am Sonntag*, in *Der Spiegel* oder im *Chemotherapie Journal* 1/2003, dass sowohl das Thema als auch der Autor unumstritten sind.

Die Redaktion

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

Der Leserzuschrift von Dr. Thomas Castorph zu dem oben genannten Artikel muss voll und ganz zugestimmt werden. Auch wir haben im Kollegenkreis über das Titelthema im Januar-Heft „Frühd Diagnose und Therapie der Influenza mit Neuraminidase-Hemmern“ intensiv diskutiert und waren uns ausgesprochen einig: Dieser Artikel ist fachlich-inhaltlich sowie sprachlich völlig indiskutabel. Es ist nicht verständlich, dass ein solcher, in jeder Beziehung ungenügender Aufsatz abgedruckt wurde. Die elementaren Schwächen hätten dem/der zuständigen Redakteur/in auffallen müssen. Auch wir möchten gerne in Zukunft von vergleichbaren Artikeln verschont bleiben.

Dr. Christoph Schoerner (Oberarzt), Dr. Frauke Albert, Privatdozent Dr. Dr. Andre Gessner, Privatdozent Dr. Klaus Schröppel, Dr. Müzeyyen Ünsal, alle Institut für Klinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene der Universität Erlangen-Nürnberg, 91054 Erlangen

Zum Leserbrief von Dr. Thomas Kühlein in Heft 3/2003, Seite 147

Es ist richtig zu stellen, dass die Empfehlung zur Antiviralen Therapie und Prophylaxe mit Neuraminidase-Hemmern von der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. (PEG) und der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V. (DVV) herausgegeben wurde (Chemother. J. 2003;12:1-3) und nicht, wie Dr. Kühlein behauptet, von der Hoffmann-La Roche AG. Die Empfehlungen sind das Ergebnis intensiver Bewertungen aktueller Studien zu den Neuraminidase-Hemmern Oseltamivir und Zanamivir. Dies führte zur Formulierung nationaler Empfehlungen auf einer Konsensuskonferenz im Juni 2002. Beteiligt waren kompetente Vertreter der jeweiligen Fachgesellschaften; das heißt ambulant tätige Ärzte, Kliniker, Epidemiologen und Virologen. Dr. Kühlein spricht von geringer Wirksamkeit der Neuraminidase-Hemmer und beruft

sich dabei auf internationale Bewertungen. Eigene klinische Erfahrungen mit Neuraminidase-Hemmern oder Bewertungen von bereits erfahrenen Kollegen führt Dr. Kühlein nicht an. Professor Dr. Vogel gilt als ausgewiesener Experte auf dem Gebiet der Influenza. Er verfügt über große Erfahrungen im Einsatz von Neuraminidase-Hemmern und ist von ihrer Wirksamkeit überzeugt.

Dr. H.-U. Jelitto, Pressesprecher Hoffmann-La Roche AG, 79630 Grenzach-Wyhlen

Antwort von Professor Dr. Georg E. Vogel

Zum Leserbrief von Dr. Thomas Kühlein in Heft 3/2003, Seite 147

Gestatten Sie mir auf die Ausführungen von Dr. Thomas Kühlein aus Bad Staffelstein eine Erwiderung zu übermitteln. Er braucht gar nicht aus dem Staunen herauskommen, wie er es selber formuliert, weil sich nämlich Mitte März ein influenzabedingter Todesfall eines 15-jährigen Mädchens ereignet hat, wie mir von Dr. Dr. R. Heckler vom Nationalen Referenzzentrum für Influenza in Hannover telefonisch übermittelt wurde. Über das kontroverse Echo wundere ich mich schon lange nicht mehr und besonders nicht während der zurzeit noch laufenden Saison. Bei einer internationalen Pandemiesitzung vom Robert-Koch-Institut (RKI) im Juni 2001 in Potsdam sagte der Vertreter der Schweiz, Professor Hartmann, die Strategie in der Schweiz sei: „Informieren – Sensibilisieren – Entbanalisieren“. Diesen Satz habe ich als Grundkonzept meines Artikels übernommen.

Gegen etwas möchte ich mich vehement wehren: Die ironische Attacke von Dr. Kühlein aus Bad Staffelstein, uns in die Nähe einer industriellancierten Werbekampagne zu rücken, ist schon dreist. Dazu als Zitat die deutsche Konsensempfehlung, die übrigens in der neuesten Ausgabe des *Harrison* abgedruckt worden ist und von Professor Dr. P. Wutzler – auf der ersten europäischen Influenza-Konferenz auf Malta im Oktober 2002 unter großer internationaler Beachtung vorgetragen wurde. (Deutschland ist das erste europäische Land, welches eine solche Empfehlung erarbeitet hat). Die angeführten negativen Argumente sind hinlänglich bekannt und wurden auf Malta im Kreise international anerkannter Experten widerlegt.

Das *Arzneimitteltelegramm* belächle ich als Kliniker schon und rufe alle Kollegen, die den Neuraminidase-Hemmer jetzt eingesetzt haben, dazu auf, mir beizupflichten. „Sudden onset“ charakterisiert die Influenza, ihre Diagnose und frühzeitige antivirale Therapie (sehr hohes Fieber, frühe Diagnose, frühzeiti-

ge Therapie mit Neuraminidase-Hemmer, zwölf Stunden später Entfieberung).

Das *Arzneimitteltelegramm* greift Oseltamivir mit den gleichen Argumenten an – wörtlich abgeschrieben wie 1999 gegen Zanamivir. Ein Virus ist genetisches Material in einer Eiweißhülle. Es ist geradezu naiv – „hilft nur innerhalb 48 Stunden“. Die Diagnose muss so früh wie möglich gestellt werden und es muss so schnell wie möglich antiviral gehandelt werden. Ich möchte hier feststellen, dass sich wieder einmal der hinlänglich bekannte „Gorbatschow“-Satz erfüllen wird. Dem Pharmakonzern Hoffmann-La Roche und hier insbesondere Dr. Michael Schöttler ist es zu danken, dass einfache, verständliche und anwendbare Wissenschaft in die Ambulanz gebracht worden ist. Mittlerweile stammt das Wissen im Umgang mit der Influenza zum Nutzen des Patienten längst nicht mehr von einem Professor Vogel allein. Insbesondere die knapp 300 Sentinelärzte des Influenza-Frühwarnsystems RealFlu™ vergrößern den Erfahrungsschatz hinsichtlich Prävention, Diagnose und Therapie der Influenza permanent.

Dass wir Recht hatten, beweist sich auf der Titelseite der *Welt* vom 6. März 2003: „Die Grippe hat Deutschland fest im Griff“. Die magere Datenlage, von der Dr. Kühlein spricht, bezieht sich mittlerweile auf vier bis fünf Millionen mit Neuraminidase-Hemmern behandelte Patienten weltweit. Die Kostenexplosion, um die sich der Delegierte der Bayerischen Ärztekammer so sorgt, möchte ich nur mit ein paar Fakten kommentieren: Der obere Luftwegsinfekt stellt jeden zweiten Fall in der allgemeinärztlichen und internistischen Praxis. 95 % dieser Erkrankung sind viraler Natur. In Deutschland werden jährlich 50 Millionen Antibiotikarezepturen verordnet. Jede fünfte Influenzaerkrankung macht eine Komplikation. Diese Fakten mögen die Kollegen bitte selbst bewerten. Die Schuld an dem Neuen mit einem Artikel, wie ich ihn geschrieben habe, kommt nicht von meiner Professur, die ich am Klinikum rechts der Isar der TU München erworben habe. Das gesamte Wissen über die Influenza stammt aus der Praxis meiner niedergelassenen Tätigkeit von 16 Jahren. Eine Recherche an meiner Stammklinik mit Befragung eines Diagnosecomputers, Stichwort „Influenza“, bei 40 000 Patienten am Klinikum rechts der Isar jährlich ergab: Null! An den Kliniken sieht man eine Influenza selten in der Akutphase, sondern mehrheitlich ihre assoziierten Komplikationen.

Die Influenza – und das ist gut so – ist die Domäne der ambulanten Medizin.

Professor Dr. Georg E. Vogel, Internist, 80638 München