

Das Leser-Forum

Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über jeden Leserbrief. Wir müssen aus der Vielzahl der Zuschriften aber auswählen und uns zudem Kürzungen vorbehalten. Die Chance zur Veröffentlichung ist umso größer, je kürzer der Brief ist. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. E-Mails richten Sie bitte an leserbriefe@aerzteblatt.de, Briefe an das Deutsche Ärzteblatt, Ottostraße 12, 50859 Köln.

IMPFEMPFEHLUNGEN



Eine Kurzfassung der Empfehlungen 2007 der Ständigen Impfkommission (DÄ 42/2007: „Aktuelle Impfempfehlungen: Die wichtigsten Veränderungen im Überblick“ von Dr. med. Christiane Meyer).

Impfempfehlungen der Pharmaindustrie?

Wenn ich die Impfempfehlungen der STIKO jedes Jahr mit Interesse lese, stelle ich eine in den letzten Jahren zunehmende und beunruhigende Tendenz fest, sich in manchen Begründungen lediglich auf den Hinweis auf die Fachinformationen der Impfstoffhersteller zu beschränken. Beispielsweise ist seit diesem Jahr eine gleichzeitige Verimpfung von Meningokokken-C- und Pneumokokkenimpfstoff offenbar für die STIKO kein Problem mehr – vor einem Jahr wurde noch davor gewarnt. Die Begründung ist aber nicht ein stichhaltiger Hinweis auf neue Forschungsergebnisse, sondern lediglich der Hinweis, dass „Neuere Änderungen der Fachinformationen . . . die gleichzeitige Anwendung . . . möglich“ machen. Hier frage ich mich: Wer erstellt denn nun wirklich die Impfempfehlungen? Ich habe den Eindruck, dass der Einfluss der Impfstoffhersteller inzwischen so massiv ist, dass die STIKO nur mehr als der verlängerte Arm der Pharmaindustrie erscheint . . .

Dr. med. Heinz Gärber, Am Pulverl 6,
85051 Ingolstadt

Wichtige Ungenauigkeit

Die Aufarbeitung der aktuellen Impfempfehlungen im DÄ finde ich

sehr begrüßenswert. Diese dient sicher der Schließung von Lücken im Wissen der Ärzte. Auf eine wichtige Ungenauigkeit möchte ich aber hinweisen. Masern sind eine schwere Infektionserkrankung. Nicht nur die Erkrankung verläuft schwer, auch die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) ist eine furchtbare und derzeit unheilbare Komplikation. Sie betrifft insbesondere Kinder, die früh, d. h. im ersten Lebensjahr, an Masern erkranken. Aus diesem Grund ist der Impfschutz so früh wie möglich zu erreichen, also unmittelbar nachdem der Nestschutz durch plazentar übertragene Antikörper aufgebraucht wurde. Deshalb sollten Kinder nicht mehr wie früher „im zweiten Lebensjahr mit zwei Dosen Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff“, sondern schon im Alter von elf Monaten geimpft werden. Bei früherer Aufnahme des Kindes in eine Kindereinrichtung soll die Impfung ab dem neunten Monat erfolgen, die zweite Impfung soll zu Beginn des zweiten Lebensjahrs erfolgen, da persistierende maternale Masernantikörper im ersten Lebensjahr die Impfviren neutralisieren können. Es mag dem einen oder anderen Leser etwas kleinlich erscheinen, zu unterscheiden zwischen einem elf Monate alten Kind und einem Kind irgendwo im zweiten Lebensjahr, wer aber noch vor Kurzem bei einem Achtjährigen die fatale Diagnose einer letal verlaufenden subakuten sklerosierenden Panenzephalitis aufgrund einer Maserninfektion im ersten Lebensjahr hat stellen müssen, der versteht die Wichtigkeit der möglichst frühen zeitgerechten Impfung.

Prof. Dr. med. Gerd Horneff, Direktor des Zentrums für Allgemeine Kinderheilkunde und Neonatologie, ASKLEPIOS Klinik Sankt Augustin, Arnold-Janssen-Straße 29, 53757 Sankt Augustin

ARZT – PATIENT



Eine Auswertung des Deutschen Ärzteblatts von 1996 bis 2005 (DÄ 37/2007: „Arzt-Patient-Beziehung im Wandel: Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll“ von Dr. med. Anja Dieterich).

Balintarbeit fehlt

Mich freut, dass im DÄ immer häufiger die Arzt-Patienten-Beziehung Thema ist . . . Frau Dieterich weist am Ende ihres Beitrags darauf hin, dass in der Fokussierung auf Arzt – Patient die Krankheit in den Hintergrund treten kann. Es überrascht mich, dass in dem Artikel über die Arzt-Patienten-Beziehung die Balintarbeit, die inzwischen sogar Ausbildungsteil in allgemeinärztlichen sowie mehreren fachärztlichen Curricula ist, nicht erwähnt wird. Michael Balint beschrieb (schon 1964 in England, erste deutsche Übersetzung 1966) in seinem Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ das Zusammenwirken dieser drei Komponenten und entwickelte eine besondere Art von Gruppenarbeit, um günstige Behandlungsmöglichkeiten für individuelle Patienten mit ihren persönlichen Möglichkeiten und ihrem Doktor herauszufinden. Dabei wird der Patient im Sinne von mündig vom Arzt wahrgenommen mit dem Ohr auf: „Was will der Patient mir sagen?“, wenn dieser das auch oft mit Worten (d. h. mit dem Mund) nicht ausdrücken kann. Diese bisweilen dem Patienten sowie dem Arzt anfangs unhörbaren und nicht erkennbaren Anteile können in Balintgruppen herausgearbeitet werden, sodass es zu einer umfassenderen Wahrnehmung von Arzt, Pati-

ent und Krankheit kommen kann . . . Wichtig ist mir, hier anzumerken: Wir brauchen eigentlich keine „neuen Projekte“ wie „Patient als Partner“, weil wir die Einrichtung der Balintgruppen mit von der Deutschen Balintgesellschaft gut ausgebildeten Leitern eigentlich überall in Deutschland (und auch in aller Welt, zusammenschlossen mit Kontaktmöglichkeiten durch die Internationale Balintgesellschaft) haben. Im Moment werden sie leider noch häufig zu kurzfristig genutzt . . . In Großbritannien wie auch in den skandinavischen Ländern gehört die Balintarbeit mit zur Facharztausbildung und wird z. B. während der Arbeitszeit an Kliniken durchgeführt. Hat sie dadurch einen höheren Wichtigkeitswert? . . .

Dr. med. Andrea Köster, Südweder Kirchdamm 2, 27726 Worpswede

DROGENSUCHT



nige überlebenswichtig“ von Petra Bühring).

Für Schwerstabhängige ist die Heroinbehandlung die letzte Chance (DÄ 39/2007: „Heroinbehandlung bei Opiatabhängigen: Für we-

Mehr Engagement

Frau Bühring meint es ja gut mit ihrem Plädoyer für die Heroingabe. Trotzdem muss ich widersprechen. Das fängt schon damit an, dass es den „Heroinabhängigen“ nicht (mehr) gibt. Alle Heroinkonsumenten benutzen zeitweise oder regelmäßig auch Kokain und beruhigende oder aufputschende Drogen, großenteils aus legalen Quellen beschafft . . . Dies aber nicht, weil Heroin fehlen würde, sondern weil es nach kurzer Zeit seinen Zweck nicht mehr erfüllt und u. a. seine euphorisierende Wirkung verliert. Die somatische Wirkung der Rauschmittel (Rezeptorkrankheit) ist nur der geringere Aspekt der Suchterkrankung, vielmehr ist sie eine soziale Erkrankung. Die Erkrankung erfordert die Behandlung durch engagierte und erfahrene Ärzte. Ein Hausarzt, der sich auf die Behandlung einlässt, kann da nur schaden.

Eine Heroingabe auf Krankenschein hilft keinem Abhängigen, aus der Sucht herauszufinden. Jeder Tag mit der Droge ist ein verlorener Tag, ein elendes Leben. Und Studien haben bekanntlich das Ergebnis, das vom Studiendesign her herauskommen soll. Vielmehr ist Methadon ein gut geeignetes Substitut, um zur Besinnung zu kommen und den Ausstieg einzuleiten. Zur Abstinenz gibt es weiter keine Alternative. Und die sogenannten Schwerstabhängigen brauchen viel mehr als etwa ein Heroinangebot . . . Methadon oder die anderen Substitute sind für jeden Konsumenten illegaler Drogen geeignet. Dass „Methadon nicht geholfen“ hätte, liegt an mangelndem Engagement, an mangelnder Konsequenz und nicht am mangelnden Heroin. Wenn es um einige todgeweihte Junkies ginge, hätte keiner etwas gegen die Heroingabe. Das ist aber nicht der Fall. Die Todesrate liegt bei Heroingabe und bei Methadonsubstitution gleichermaßen bei ein bis zwei Prozent. Natürlich eignet sich die Heroindebatte hervorragend, um sich ein humanitäres Mäntelchen umzuhängen. Aber unsere verwahrloste Jugend braucht sehr viel mehr Engagement und nicht ein Abspeisen mit Heroin.

Dr. Andreas Triebel, Dr.-Ruer-Platz 1, 44787 Bochum

Diamorphenbehandlung als Baustein einfügen

. . . Die Untersuchungsergebnisse der Modellprojekte sprechen eine eindeutige Sprache: Die Diamorphenbehandlung ist eine Option, den gesundheitlichen Zustand vieler Opiatabhängiger nachhaltig zu verbessern. Das überrascht in Anbetracht des pharmakologischen Profils und der Erfahrungen in anderen Ländern kaum . . . So könnte sich die Diamorphenbehandlung durchaus nahtlos in das suchttherapeutisch längst anerkannte Paradigma der „Therapiezielhierarchie“ als ein Baustein im Suchthilfesystem einfügen. Demgegenüber wird diese neue Behandlungsmöglichkeit in der gegenwärtigen Diskussion wieder und wieder gegen andere bereits vorhandene Therapieangebote oder noch drastischer gegen die Spit-

ze jener Hierarchie aufgerechnet . . . : die Abstinenz. Als gebe es bei einer Erkrankung immer nur einen therapeutischen Königsweg, wird dann ganz vernachlässigt, dass zufriedene Abstinenz aber immerhin das Ziel einer oft langen und langwierigen Therapiekette ist. Dabei ist doch eigentlich längst gesellschaftlich, medizinisch und auch versicherungsrechtlich anerkannt, dass es sich bei den stoffgebundenen Abhängigkeiten um meist chronische „Erkrankungen“ handelt. Darauf verweist bereits der mit „Siechtum“ verwandte Wortstamm des Begriffs „Sucht“. Die Ursachen süchtigen Verhaltens sind nachweislich sehr heterogener Natur. So kann man Suchterkrankungen als scheinbar recht stereotype chronifizierte Endstrecke individuell unterschiedlicher Entwicklungen bzw. Risikoprofile verstehen. Chronifizierte und damit komplizierte Störungsbilder multifaktorieller Ätiologie wiederum sind auch in der somatischen Medizin durchaus nicht selten. In solchen Fällen nehmen wir Erweiterungen der vorhandenen therapeutischen oder auch palliativen Möglichkeiten gerne in Anspruch. Dass dies im Umgang mit psychischen Störungen noch immer nicht in gleichem Umfang geschieht, weist auf die mehr oder weniger verholene Ideologielastigkeit der Diskussion hin. Darin scheint durch, wie der Krankheitswert der Suchterkrankungen zugunsten einer moralisierenden Verhaltenswertung in den Hintergrund rückt . . . So sollten sich Therapeuten nicht an einer Diskussion beteiligen, in der die eine gegen eine andere Behandlungsmöglichkeit aus rein finanziellen oder ideologischen Gründen ausgespielt wird. Wir sollten die Vor- und Nachteile der bestehenden Behandlungsmöglichkeiten bei unseren unterschiedlichen Patienten wissenschaftlich prüfen und dann im ärztlich-therapeutischen Alltag abwägen dürfen . . . Die Diamorphenbehandlung muss dann eben nicht im Widerspruch zur abstinenzorientierten Therapie stehen, sondern kann sich in ihrem komplementären Stellenwert als eine Therapiemöglichkeit ins vorhandene Suchthilfesystem einfügen.

Dr. med. Wolfgang Eirund, Therapiedorf Villa Lilly, Adolphus-Busch-Allee 1, 65307 Bad Schwalbach ▷