

5. Zum Verständnis der Arbeit fehlen eine Reihe von Begriffsdefinitionen: Was verstehen die Autoren zum Beispiel unter der „Quote der Arbeitsunfähigen“, die sich so dramatisch gesenkt hat, oder unter der „Quote der häufigen Fehlzeiten“? Wenn Kurbehandlungen „häufig“ als eine „ultima ratio“ bezeichnet werden, ist das dann absolut oder relativ gemeint? Sollte damit eine prozentual große Häufigkeit eines fortgeschritteneren Krankheitsstadiums gemeint sein, darf darauf verwiesen werden, daß Kaufmann 1976 immerhin bei 54 Prozent seines Reha-Mischkollektivs ein sogenanntes Krankheitsstadium I konstatierte (Erwerbsunfähigkeit [noch] nicht gefährdet oder gemindert). Ist das bei Kuren wegen Hautkrankheiten anders?

6. Bei den ökonomischen Berechnungen wird leider nicht deutlich, wo und wie die Kosten des Heilverfahrens in die Überlegungen eingingen. Auch die massiven „Plus-Differenzen“ zwischen AOK und LVA bei Maßnahmen in Davos werden einfach lapidar mitgeteilt, ohne daß auch nur eine Hilfe zum Verständnis gegeben würde. Deshalb muß gefragt werden, um was für Personengruppen es sich bei den AOK-Patienten handelte. Warum haben diese Arbeitnehmer überhaupt die (Reha?-)Maßnahme über die gesetzliche Krankenversicherung bekommen – und nicht über den zuständigen Rentenversicherungsträger? Handelte es sich vielleicht ausschließlich um Beamte, die ihren Kurbedarf über die GKV abwickeln? Oder handelte es sich um ein „kränkeres“ Kollektiv, das klinisch (früher § 184 RVO) versorgt wurde und auch Klimatherapie erhielt, aber vorrangig oder gleichzeitig intensiv schulmedizinisch behandelt wurde?

Literatur beim Verfasser

Dr. med. H. Piechowiak
Internist-Sozialmedizin
Vertrauensärztl. Dienst
der LVA Niederb.-Oberpfalz
Margaretenstraße 14 a
8400 Regensburg

Schlußwort

Die „Rehabilitation von Hautkranken durch Klimabehandlung“ ist eine Kurzfassung einer sehr ausführlichen wissenschaftlichen Erhebung. Die für Dr. Piechowiak offenen Fragen sind – soweit sozialmedizinisch wichtig – in der großen Original-Arbeit von Alexander Wannewetsch beantwortet. Die zahlreichen Fragen im Detail im DÄ zu beantworten, ist deshalb nicht erforderlich und hier schon aus Platzgründen nicht möglich.

Primäres Anliegen der Arbeit war es, Vergleiche zwischen den verschiedenen Klimaregionen anzustellen. Dabei war aus den zur Verfügung stehenden Unterlagen der gesetzlichen Krankenversicherungen das zu entnehmen, was darin dokumentiert ist. Im übrigen unterscheiden sich Neurodermitis- und Psoriasis-Patienten – das heißt Kranke – ganz eindeutig von der normalen Kur-Klientel.

Einige Behauptungen bedürfen aber dringend einer Korrektur! So schreibt Dr. Piechowiak: „... je länger der Vergleichsraum (der Fehlzeiten) gewählt wird, desto deutlicher nivellieren sich anfängliche Unterschiede.“ Dagegen stehen Erhebungen von E. Wannewetsch an

einer Klientel von 1500 Heilbehandlungs-Patienten, die über einen Beobachtungszeitraum von 10(!) Jahren genau das Gegenteil beweisen!

Schließlich wird F. W. Kaufmann falsch zitiert: „... darf darauf verwiesen werden, daß Kaufmann immerhin bei 54 Prozent seines Reha-Mischkollektivs ein sogenanntes Krankheitsstadium I konstatiert (Erwerbsfähigkeit) noch nicht gefährdet oder gemindert...“. Im Text bei Kaufmann (Seite 32) heißt es aber richtig: „... in 54 Prozent...“, bei denen nur eine Gefährdung bzw. noch nicht stärkere Einschränkung des Leistungsvermögens anzunehmen war“. – 1966 – im Jahr der Erhebung – führte die Rentenversicherung ja noch präventive Heilbehandlungen durch!

Die meisten der Vorhaltungen sind im übrigen schon deshalb obsolet, weil Dr. Piechowiak etwas moniert, was er in der Gesamtarbeit ohne weiteres nachlesen kann.

Für die Autoren:

Prof. Dr. med. Dr. phil.
Siegfried Borelli
Direktor der Dermatologischen
Klinik und Poliklinik der
Technischen Universität München
Biedersteiner Straße 29
8000 München 40

Kaffee führt nicht zu Magen-Darm-Krebs

Neunzig Prozent aller Karzinome des Gastrointestinaltrakts werden auf mit der Nahrung aufgenommene Umweltfaktoren zurückgeführt. Insbesondere die kontinuierliche Zunahme des Pankreaskarzinoms wurde vor einigen Jahren mit Kaffeeconsum in Verbindung gebracht.

Die Autoren aus Mailand korrelierten in einer umfangreichen Fall-Kontroll-Studie 1771 Karzinome unterschiedlicher Lokalisation im Gastrointestinaltrakt mit alters- und geschlechtsspezifischen Kontrollpersonen unter besonderer Berücksichtigung des Kaffeeconsums. Kaffee enthält möglicherweise Mutagene,

FÜR SIE REFERIERT

steigert die Säuresekretion und hemmt die Gallensäuren- und Sterolsekretion.

Es ließ sich keinerlei Korrelation, insbesondere auch hinsichtlich eines gehäuften Auftretens von Pankreaskarzinomen nachweisen; im Gegenteil, das kolorektale Karzinom schien bei Kaffeetrinkern seltener vorzukommen, was seine Erklärung darin finden könnte, daß durch Koffein die Konzentration an Gallensäuren und neutralen Sterolen im Stuhl abnimmt. W

LaVecchia, C., M. Ferraroni, E. Negri, B. D'Avanzo, A. Decarli, F. Levi, S. Franceschi: Coffee consumption and digestive tract cancer. *Cancer Research* 49: 1049–1051, 1989.

Mario Negri Institute for Pharmacological Research, Via Eritrea 62, I- 157 Mailand.