

Leserbriefe

Urethritis und Zervizitis



1 Buswell L, Auckenthaler R, Stalder H, Sztajzel J. Sexuell übertragbare Krankheiten: Urethritis, Zervizitis. PrimaryCare 2003;3:188–91.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Einige Gedanken zum Artikel über Urethritis/Zervizitis [1], die zwar spät geschrieben werden, aber doch gesagt werden wollen:

Die Tabelle auf Seite 189 bedarf einiger Korrekturen und Ergänzungen. Es haben sich einerseits Fehler eingeschlichen, und andererseits liegen den Empfehlungen offensichtlich Poliklinik-Verhältnisse zugrunde, wo der Spargedanke noch nicht sehr fortgeschritten ist.

Beim *Zithromax*[®] wäre die Angabe, dass 4 Tabletten zu 250 mg einzunehmen sind, angepasster als diejenige, 1 g als Einzeldosis zu nehmen (*Zithromax* zu 1 g gibt es nicht).

Ofloxacin wird *nicht* wie angegeben mit 2mal 300 mg p.o. dosiert, sondern 2mal 200 mg p.o. Für eine 7tägige Behandlung bräuchte es 2 Packungen zu 10 Stück oder 1 zu 20 Stück mit 6 Tabletten Rest (= 20 Franken werden weggeworfen, da wir in der Praxis bei juristisch korrektem Handeln keine angebrochenen Packungen nach Hause geben dürfen). Würden 5 Tage nicht auch genügen?

Die Behandlung mit *Vibramycin*[®] 100 mg würde 2 Packungen zu 8 Stück benötigen = Fr. 55.10. Günstiger wären z.B. 2mal 8 Stk. Doxybasan (Fr. 19.40) oder einmal 20 Stk. Rudocyclin (Fr. 22.15).

Bei der Dosierung von *Ceftriaxon* sind nicht 125 mg, sondern 250 mg empfohlen (125 mg gibt es auch nicht, und man würde die Hälfte verwerfen müssen).

Beim *Rocephin*[®] müssen 5 Ampullen zu 250 mg gekauft werden (Problem Haltbarkeit, Fr. 15.60 pro Ampulle), neu gibt es ein Generikum als Einzeldosis zu 250 mg (Fr. 14.05).

Den Kollegen, die diese Arbeit erstellt haben, möchte ich danken. Der Artikel hat seinen Zweck erfüllt und zur Überprüfung des eigenen Vorgehens bei der Urethritis und Zervizitis angeregt.

Dr. med. Peter Vogel, 8487 Rämismühle

Replik

Zuerst möchte ich betonen, dass wir für jeden Leserbrief und Kommentar dankbar sind. Wie in meinem Editorial erwähnt, wurden die Strategien zuerst für unsere Assistenten konzipiert, die aber praktisch alle zukünftige Grundversorger sind. Dass sie nicht immer an die Bedingungen des Grundversorgers in der Praxis angepasst sind, ist mir klar. Um so dankbarer sind wir für die Kommentare unserer Kollegen.

Der Leserbrief von Herrn Dr. med. Peter Vogel wirft die Frage auf, ob wir in unseren Strategien Markennamen oder einfach nur Wirkstoffe angeben sollten. Seine Argumente scheinen uns stichhaltig, und wir werden in Zukunft nur noch Wirkstoffe in den Strategien angeben. Der Praktiker und Poliklinikassistent (auch in den Polikliniken sind wir sparsam!) wird dann selbst das billigste Medikament wählen können.

Zu den einzelnen Bemerkungen möchte ich folgendermassen Stellung nehmen:

■ Azithromycin (*Zithromax*[®]) gibt es in Tabletten zu 250 mg. Für die Therapie von Chlamydia-Urethritis müssen logischerweise 4 Tabletten gegeben werden.

■ Ofloxacin (*Tarivid*[®]) wird effektiv in Tabletten zu 200 mg produziert. Unsere Empfehlungen (2mal 300 mg pro Tag während 7 Tagen) sind auf klinischen Versuchen («evidence-based») basiert. Ob eine niedrige Dosis für weniger Tage reicht, bleibt offen, kann jedoch momentan nicht empfohlen werden. Im übrigen sind die *Tarivid*[®]-Tabletten teilbar. Man kann somit 2mal ½ Tablette zu 200 mg für 7 Tage verschreiben. Für die nötigen 21 Tabletten dürfte wohl eine Originalpackung von 20 Tabletten reichen: Es wird somit keinen «Abfall» geben.

■ Was das *Vibramycin*[®] anbetrifft, hat Herr Dr. Vogel recht (siehe oben).

■ 125 mg i.m. Ceftriaxon genügt. Leider wird das Originalprodukt (*Rocephin*[®]) sowie das Generikum (*Ceftriaxon Biochemie*[®]) nur in Ampullen von 250 mg produziert. Das sollte aber kein Grund sein, eine doppelte Dosis zu verabreichen!

Prof. Dr. med. Hans Stalder, 1211 Genève 14

Herzinsuffizienz



Wenn sich ein Kardiologe schon aufrafft, uns Allgemeinpraktikern die Routineabklärung bei Herzinsuffizienz zu empfehlen [1], sollte er wenigstens à jour sein. In Tabelle 4 fehlt: 3a: Gewichtsverlauf; 3b: CRP; 3d: BNP Homocystein Harnsäure (noch vor den Lipiden).

Dagegen macht wahrscheinlich kein Praktiker ein Echokardiogramm.

In der Behandlung fehlt Salizylsäure, als Basis, sinnvoll ist zusätzlich Magnesium, Vit.-B-Komplex (B₆, B₁₂, Folsäure) und möglicherweise auch *Crataegus* (mindestens so berechtigt wie *Digoxin*).

Erwähnt werden sollten *Viagra* et al. in der Rubrik Vasodilatoren.

Eine Neuauflage dieses Artikels erscheint mir sinnvoll und notwendig.

Dr. med. J. Riediker, 8307 Effretikon

1 Stalder H, Sztajzel J. Chronische Herzinsuffizienz. PrimaryCare 2003;3:894–9.

Replik

Zum Leserbrief von Dr. med. J. Riediker möchte ich folgendermassen Stellung nehmen:

Im allgemeinen wird jede unserer Strategien zusammen von einem Grundversorger und einem Spezialisten verfasst. Dies ist auch der Fall für die Strategie *Herzinsuffizienz*.

Wir sind nicht mit Dr. J. Riediker einverstanden, dass die Strategie Herzinsuffi-

zienz nicht à jour ist, und möchten im folgenden die Argumente des Leserbriefes eines nach dem anderen widerlegen.

■ Die Tabelle 4 bezieht sich auf weitere Untersuchungen und nicht den Status. Natürlich ist das Gewicht ein wichtiger Index für die Langzeitbehandlung. Deswegen wurde es speziell im Text im Abschnitt «Nicht pharmakologische Behandlung» erwähnt.

■ Das CRP ist ein Risikofaktor für koronare Herzkrankheit und hat somit eine gewisse prognostische Relevanz. Da es für den Moment nicht beeinflussbar ist, scheint mir die routinemässige Bestimmung bei etablierter Herzinsuffizienz diskutabel. Während das gleiche für Homocystein gilt, wird heute die Harnsäure nicht mehr als unabhängiger Risikofaktor erkannt. Bekanntlich sollen ja erhöhte Harnsäurewerte (ohne Gichtanfälle) nicht behandelt werden.

■ Natürlich wird vom Praktiker kein Echokardiogramm des Herzens gemacht. Er sollte dafür seine Patienten zum Kardiologen schicken. Es wird heute anerkannt, dass chronische Organkrankheiten wie Herzinsuffizienz am besten zusammen im Team Grundversorger-Spezialist betreut werden.

■ Aspirin ist bei koronarer Herzkrankheit induziert, nicht unbedingt bei Herzinsuffizienz anderer Genese.

■ Über routinemässige Gabe von Magnesium und Vitaminen wie B6, B12 und Folsäure bei Herzinsuffizienz gibt es keine einschlägige Literatur. Sicher jedoch sollten wir die Anzahl von Medikamenten möglichst klein halten, und dies aus mehreren Gründen: Interferenz, Compliance, Kosten.

■ Hagedornextrakte (Crataegus) haben eine positiv inotrope Wirkung und erhöhen die Belastungstoleranz bei Patienten mit Herzinsuffizienz [1]. Im Moment gibt es jedoch keine Studien mit Crataegus über Langzeitbehandlung [2]. Erhöhung der Kontraktilität und der Belastungstoleranz ist nicht identisch mit Langzeiteffekt auf Morbidität und Mortalität. In diesem Sinne ist Crataegus Digoxin nicht gleichzustellen, und das ist der Grund, dass wir Crataegus nicht in unserer Strategie erwähnt haben.

■ Sildenafil (Viagra®) ist bei gleichzeitiger Anwendung von anderen Vasodilatoren kontraindiziert. Dies gilt jedoch für viele andere Medikamente auch.

Ich danke Herrn Dr. Riediker für seine Anregungen, glaube aber, dass im Moment eine neue Auflage der Strategie Herzinsuffizienz sich nicht aufdrängt.

Prof. Dr. med. Hans Stalder, 1211 Genève 14

- 1 Pittler MH, Schmidt K, Ernst E. Hawthorn extract for treating chronic heart failure: Meta-analysis of randomized trials. *Am J Med* 2003;114:665-74.
- 2 Holubarsch CJ, Colucci WS, Meinertz T, Gaus W, Tendera M. Survival and prognosis: Investigation of Crataegus extract 1442 in congestive heart failure (SPICE) – rationale, study design and study protocol. *Eur J Heart Fail* 2000;2:431-7.



O tempora! O mores!

Mon Cher Président,

Dans ton éditorial no 49/2003 [1], tu parles de l'initiative «pour une caisse maladie unique et sociale» et de la réponse que pourrait donner le corps médical à cette proposition. Tu me cites également comme étant l'un de ceux qui, à la Chambre médicale, en a parlé.

Finalement, le comité de la SSMG a décidé de ne pas se prononcer au sujet de cette initiative en arguant qu'il s'agit là d'une démarche «trop politique» pour notre Société!

Je devine là les profondes réflexions menées. Comment naviguer en eaux troubles? Comment risquer l'acte déviationniste d'un virage à gauche? Médecine et politique, sœurs ennemies à ne pas mettre à la même table ... On ne mange pas de ce pain-là!

Pour combien de temps le corps médical pourra-t-il faire l'économie d'un véritable débat sur ce qui représente notre outil de travail, c'est-à-dire le cadre dans lequel nous exerçons et dont l'assurance maladie et la LAMal font indéniablement partie. Et ce débat ne se fera pas sans grincements de dents, je te l'accorde.

La caisse unique centralisatrice et omnipotente n'est pas une solution. Par contre, donner le mandat à certaines caisses d'assurer les citoyens dans le cadre LAMal, ceci sous le contrôle du politique, des usagers et des soignants, selon le modèle SUVA par exemple, ne serait pas totalement idiot. Interdire à tout assureur LAMal d'offrir d'autres assurances complémentaires et les obliger à créer, s'ils veulent tout de même le faire, d'autres entités juridiques, serait même salubre. Car que voyons-nous aujourd'hui si ce n'est une âpre lutte entre assureurs pour attirer les «bons risques» qui, tôt ou tard, vont se déclarer être moins bons qu'espérés!

Quelles visions pour l'avenir a notre comité de la SSMG face à la fin de l'obligation de contracter, donc du libre choix du médecin, le tout assujéti à la création de réseaux avec responsabilité budgétaire, ce qui veut dire pour demain un budget global et la valse des soignants autour du Saint Graal!

«O tempora! O mores!» disait Cicéron en commençant sa première Catilinaire, réquisitoire féroce contre un dictateur ennemi de la Rome alors républicaine. Et oui, à cette époque, on débattait de la chose publique, de la «res publica». Faut-il que le corps médical soit exsangue pour qu'il daigne enfin descendre dans l'arène publique pour dire ce qu'est la médecine et avec quels outils elle doit travailler? Le lancement du référendum contre la deuxième révision de la LAMal est un premier pas. Mais, perdu ou gagné, il ne règlera pas le délicat problème du financement des soins. Or, nous ne pouvons pas ignorer que la classe moyenne aujourd'hui est prise à la gorge. Cela représente plus de 50% des électeurs. Si nous ne les entendons pas, si nous ne cherchons pas, nous aussi, des solutions à leurs problèmes, alors le retour de balancier sera terrible et soudain, car, avec le nouveau Conseil fédéral, les choses ne vont pas traîner et le Parlement risque fort d'être pris en otage et de se voir imposer des votes allant dans le sens des thèses de l'UDC avec diminution drastique du catalogue des prestations et liberté contractuelle totale, mais bien sûr entre les mains

des assureurs dont MM. Couchepin et Merz ont fait partie.

Médecine et politique ont toujours été liées. Les soins sont un bien garanti par la Constitution. La médecine est donc constitutionnellement compatible avec l'action politique ...

Qu'on se le dise.

Bien à toi et bonne chance pour le futur.

Dr Richard Nyffeler, 1680 Romont

1 de Haller J. SSMG et politique? / SGAM und Politik? PrimaryCare 2003;3:1005.

Nicht einschüchtern lassen



Lieber Herr Kollege de Haller
Ihr Editorial in PrimaryCare 47/03 [1] hat mir sehr gut gefallen. Der Tarmed und unsere Kontrollierbarkeit durch den elektronischen Datentransfer (Stichwort: Kostenneutralität) bergen in der Tat die Gefahr in sich, dass jeder Arzt «auffällt», wenn er mit seinen Leistungen nicht dem Durchschnitt seiner Facharztgruppe entspricht. Es kann gut sein, dass wir dauernd Rückmeldungen bezüglich übernormaler Häufung gewisser erbrachter Leistungen bekommen, was uns dann einschüchtert und den Weg in den Mainstream suchen lässt, obwohl wir kosten-

mässig vielleicht gar nicht über dem Durchschnitt sind. Sie haben durchaus recht, dass durch solche Dinge unsere Tätigkeit «entindividualisiert» wird, was für die Arzt-Patienten-Beziehung Gefahren birgt. Wohltuend war es auch, zu lesen, dass wir Ärzte nicht in «gut» und «schlecht» unterteilt werden können. Unsere Arzt-Patienten-Beziehungen und die Qualität unserer Arbeit sind manchmal besser, manchmal schlechter. Wenn wir immer «besser» sein müssen, dann werden wir unmenschlich.

Dr. med. Th. Schweizer, 3097 Liebefeld

1 de Haller J. Il n'y a pas de ligne rouge! / Es gibt keinen trennenden Graben! PrimaryCare 2003;3:959.