

Courrier des lecteurs

Office ou ministère de la Santé?



Cher Journal,

Dans le Haut Moyen-Age, un puzzle chaotique de baillages, paroisses, seigneuries, évêchés, baronneries, comtés, alleux, cités, papautés apportait protection et bienfaits contre redances multiples. Un tissu de sentiers vicinaux, abbataux, muletiers, forestiers, de chasse, de pèlerinage, de marchands, de moines, de chemineaux, de routes royales, de drailles, s'entrecroisant sans pour autant se rencontrer, griffait le paysage.

Je vis dans un pays, savant bricolage historique, maintenu en vie au prix d'une dépense d'énergie relationnelle épuisante, dont je compare le système de santé publique à mon paysage médiéval décrit en prologue.

Il est temps de simplifier!

Le petit médecin généraliste qui œuvre depuis 26 ans dans sa belle ville ouvrière a besoin d'un répondant aux multiples questions qu'il se pose. Je ne trouverai pas les réponses auprès d'un politicien de carnotzet, d'un économiste de cocktail zurichois, d'un chef de guerre partisan ou d'un administratif inatteignable dès 16 heures. J'ai besoin d'un ministre de la Santé qui soit à la tête d'un ministère de la Santé et non pas d'un office de la Santé (même fédéral).

Cinquante-cinq milliards de chiffre d'affaires méritent un ministère et un ministre au dessus des misères de ce monde.

Dans mon paysage sanitaire, je trouve santésuisse, Swissmedic, les 23 Offices cantonaux de Santé, les 85 assureurs maladies, la Suva, les assurances-vie, les assureurs perte de gain, les assurances-accidents, l'assurance AI, les caisses de compensations, ProCap, Pro Infirmis, les services sociaux, les services hospitaliers locaux, régionaux, universitaires, les EMS, les centres psychosociaux, les médecins généralistes, les spécialistes, les pharmaciens, les pharmacologues et leurs grandes chimies, les six sociétés de médecine où je paie mes cotisations, les laboratoires d'analyses, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les neuropsychologues et les psychologues, les imageurs, les SMUR et SAMU, et bien entendu les patients et leurs thérapeutes très doux, leurs avocats qui le sont un peu moins, leur fédération de consommateurs, et leur désir de partir en vacances en

pleine forme!¹ Ne serait-il pas plus simple d'être à l'abri d'un ministre bienveillant et pourquoi pas un petit peu autoritaire et philosophe qui coordonnerait cette belle profession en nous mettant sur pied d'égalité?

Le chemin serait plus sûr et certainement plus reposant!

Marc Ducommun, 2300 La Chaux-de-Fonds

¹ N.B.: Je n'oublie pas les services de soins à domicile, les services d'aides familiales, les services de repas au domicile, les services de transport bénévoles.

Budgetmitverantwortung: ein Mittel für ökonomische Effizienz und befriedigendes Arbeiten im medizinischen Alltag



Duplik auf den Leserbrief von David Winizki in PrimaryCare 2007;7:49–50:445.

Der Leserbrief von Kollege Winizki auf den Artikel von Jörg Fritschi¹ polemisiert und verzerrt aktuelle Gegebenheiten. Er bedient sich allgemeiner Vorurteile über Budgetmitverantwortung und lässt ausser acht, dass sich die heutige Managed-Care-Szene, die Budgetmitverantwortung trägt, ganz anders entwickelt.

In Ergänzung zur Replik von Kollege Fritschi² einige weiterführende Entgegnungen auf die gravierendsten Falschinformationen:

Budgetmitverantwortung bedeutet, dass Gewinne und Verluste jährlich zwischen ÄrztInnen und Versicherern aufgeteilt werden. Da die beteiligten ÄrztInnen die ökonomische Verantwortung somit nicht alleine tragen, wird zu Recht von BudgetMITverantwortung gesprochen. Eine Budgetsumme ist nie aufgebraucht, höchstens überschritten und wird in Abhängigkeit vom Jahresergebnis jährlich neu berechnet. In den Verhandlungen zeigt sich, dass die Versicherer kein Interesse haben, die Szene der Netzwerke mit Budgetmitverantwortung mit unfairen Budgetbedingungen zu gefährden oder sogar zu ruinieren.

Die nie endende «Mär» von der Sparmedizin hält sich hartnäckig. Es braucht nur wenig gesunden Menschenverstand, um einzusehen, dass sparsa-

me Medizin nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch gesehen sinnlos ist, da sie sehr viel höhere Folgekosten mit sich bringt. Je rascher die Patienten gesund werden, je weniger Komplikationen sie haben, umso weniger muss aus dem Budget bezahlt werden. Es gilt daher nicht zu sparen, sondern gute, effiziente Medizin zu machen!

Unerwartete, besonders kostenintensive Fälle (sog. Grossrisikofälle) werden mit vertraglich vereinbarten Rückversicherungen teilweise aufgefangen. Daher vermögen kostenintensive Fälle (z.B. onkologische Erkrankungen, Behandlungen auf Intensivstationen usw.) ein Budget nicht zu zerstören.

Budgets werden nicht auf die Einzelpraxis, sondern nur an Kollektive (ÄrztInnennetzwerke) vergeben, so lässt sich allfälliger ökonomischer Druck abfedern und vermindern.

Budgetmitverantwortung bedeutet eine treibende Kraft für die organisatorische und fachliche Qualität im medizinischen Handeln und für sorgfältigen Umgang mit finanziellen Mitteln. Budgetmitverantwortung lässt eine kritische und lernbereite Medizin entstehen und ruft eine enge und verbindliche Kooperation und Partnerschaft unter den mitbeteiligten ÄrztInnen hervor. Sie schafft eine Kultur gegenseitiger Unterstützung und kann damit auch Chancen bieten für eine lustvollere und befriedigendere medizinische Alltagstätigkeit.

Budgetmitverantwortung schafft neue innovative Möglichkeiten, indem sie den ÄrztInnen eigene ökonomische Autonomie ermöglicht. So können beispielsweise durch Budgetmitverantwortung generierte finanzielle Mittel wieder in die Gesunderhaltung der Versicherten direkt zurückinvestiert werden (Gratisimpfungen, Patienteninformationen usw.)

Budgetmitverantwortung fordert mündige Patienten, die bezüglich ihrer Gesundheitsprobleme gut aufgeklärt und informiert sind.

Budgetmitverantwortung setzt einen sinnvollen und neuen Anreiz ins Gesundheitssystem. Nicht kostenintensive, sondern effiziente und sorgfältige

¹ Fritschi J. Budgetmitverantwortung, Hausarztvertrag, Capitation, Managed Care und Co. PrimaryCare 2007;7:39:604–6.

² Fritschi J. Replik auf Leserbrief. PrimaryCare 2007;7:49–50:445.

ge Medizin wird honoriert. Kollege Winzki ist ein engagiertes VUA-Mitglied (Verein unabhängiger Ärztinnen und Ärzte). Der VUA setzt sich für ein soziales und gerechtes Gesundheitswesen ein. Gerade aus diesem Grunde müsste er Budgetmitverantwortung als sinnvoll erachten, da sie zu einem sorgsameren Umgang mit ökonomischen Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems führt. Eine Optimierung der ökonomischen Mittel leistet einen wertvollen Beitrag gegen aktuelle negative und bedrohliche Entwicklungen im Gesundheitswesen. Denn der zunehmende finanzielle Druck führt immer mehr zu einer Entsolidarisierung im Gesundheitssystem. Die Jagd auf «gesunde Risiken» der Versicherer, die drohende Aushöhlung des Leistungskataloges der Grundversicherung (SVP-Volksinitiative für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung), die Verschiebung der Komplementärmedizin in einen für viele unerreichbaren Zusatzversicherungsbereich, die Abschiebung zahlreicher Alterspatienten in die Sozialfürsorge sind nur einige wenige, erschreckende Beispiele dafür. Budgetmitverantwortung kann ihren Teil zu einem sozialeren Gesundheitswesen leisten, sie eröffnet neue Wege im Gesundheitssystem, die heute dringend benötigt werden.

Dr. med. Thomas Lanter, 9230 Flawil

Märchenkonsumenten und Budgetmitverantwortung



Leserbrief zu: Fritschi J. Budgetmitverantwortung, Hausarztvertrag, Capitation, Managed Care und Co. Primary Care 2007;7:39. Den Artikel von Kollege Fritschi habe ich mit Interesse gelesen, kann nun aber meine Enttäuschung über den sachlichen und wohl auch emotionalen Inhalt nicht verbergen. Die Absicht, mit Vorurteilen aufzuräumen, ist beim Autor offensichtlich. Leider kommen dann – wohl aus der persönlichen, aber nicht repräsentativen Erfahrung heraus – seinerseits etliche Vorurteile (KollegInnen als Märchenkonsumenten) und Spitzfindigkeiten («Budgetmitverantwortung») zutage, was der Diskussion eben gerade nicht dienlich ist. Auch wird eine einzelne Studie als «Beweis» angeführt, was zeitgemässer Auffassung über wissenschaftliche Evidenz widerspricht. Dann wird ohne weitere Argumentation suggeriert, dass Einzelleistungsverrechnung mit Überversorgung gleichzusetzen sei. Auch die Auffassung, dass ein klar und von einer bestimmten Gruppe definiertes (rigides) Netzwerk wegen der Gefahr der komplikationsbedingten Kostenintensivierung eine Unterversorgung vermeiden würde,

steht so auf wackligen Füßen und müsste ebenfalls «evidenzbasiert» untermauert werden (bekanntlich ist der Todesfall zuhause bei nicht abgeklärter Grundkrankheit noch immer die billigste Krankheit).

Ich wünsche mir bei einem solch wichtigen Thema mehr sachliche Argumente. Interessant wäre zum Beispiel die Untersuchung, ob die fix definierten Netzwerke tatsächlich effizienter arbeiten als die von den einzelnen nicht gebundenen Grundversorgern gepflegten Netzwerke. Dieser Frage wurde bislang nur nachgegangen, indem die definierten Netzwerkkollektive mit den übrigen Grundversorgerkosten verglichen wurden (das Funktionieren der individuellen Grundversorger-Netzwerke wurde nicht geprüft).

Christoph Hollenstein, 4242 Laufen

Replik

Sehr geehrter Herr Kollege Hollenstein Besten Dank für Ihr Interesse an meinem Artikel. Ich möchte mich bei Ihnen entschuldigen und bei allen KollegInnen ebenso, die sich als «Märchenkonsumenten» vorgekommen sind. Dies war nicht meine Absicht! Allerdings habe ich niemanden als Märchenkonsumenten bezeichnet, sondern lediglich unter «take home messages» mit etwas markigen Worten der unbegründeten Befürchtung des vor dem Jahresende aufgebrauchten Budgetbetrages entgegnet. Nie habe ich auf Personen gezielt.

«BudgetMITverantwortung» ist keine Spitzfindigkeit! Da bin ich mit Ihnen gar nicht einverstanden. Der Ausdruck signalisiert, dass die ökonomische Verantwortung nicht allein von der Ärzteschaft getragen wird: Die Risikobeteiligung wird zum grössten Teil von den Versicherern übernommen; und auch die Versicherten tragen mit ihrem Bekenntnis zum Hausarztssystem zum haushälterischen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bei. Nicht zuletzt steht die Budgetmitverantwortung auch für die ausgewogene Balance zwischen latenter Über- und Unterversorgung. Richtig ist Ihre Feststellung, dass es zu Managed Care noch viel zu wenige Studien gibt. Managed Care ist eine junge «Disziplin». Und wer ist denn motiviert, solche Studien zu finanzieren. Die Versicherer sehen ja, dass Managed Care kostengünstiger ist. Zweimal schlucken musste ich bei Ihrer Bemerkung, in der Sie den «Todesfall zuhause bei nicht abgeklärter Grundkrankheit» als noch kostengünstigere Alternative für die Netzwerke erwähnen, und verzichte bewusst auf einen weiteren Kommentar!

Jörg Fritschi, 6012 Obernau

Hypertensive Gefahrensituation in der Praxis



Leserbrief zu: Zeller A, Dieterle T, Martina B, Bategay E. Hypertensive Krise. PrimaryCare. 2007;7(42):649–50.

Das Beispiel «Hypertensive Krise» aus der Reihe «Evidenz auf einen Blick» ist für mich als Praktikerin enttäuschend. Wohl habe ich jetzt gelernt, dass ich es in der Praxis wahrscheinlich mehr mit «hypertensiven Gefahrensituationen» zu tun habe, bei denen es darum geht, den BD innert 24–48 Stunden abzusenken. Aber spätestens bei der Therapie lässt mich die Richtlinie im Stich («oral», «retardierte Präparate»). Ja, was jetzt? Im Laufe meiner Praxiszeit haben die Empfehlungen immer wieder geändert – aktuell geben wir in unserer Praxis 12,5 mg Enalapril und beobachten, was passiert. Eine alte Patientin von mir mit Dreifachtherapie therapiert ihre Ausrutscher mit ein bis zwei zusätzlichen Dosen Amlodipin 5 mg. Aber das wäre ja beides noch retardiert, also nicht evidenzbasiert ... Könnt Ihr dazu einen kleinen Follow-up in Primary-Care machen?

Fiona Fröhlich Egli, 8400 Winterthur

Replik

Tatsächlich ist in der Praxis die hypertensive Gefahrensituation am häufigsten, d.h. deutliche BD-Erhöhung mit Kopfweh, aber ohne akute Endorganschäden, d.h. kein akuter Brustschmerz, keine akute Dyspnoe, keine neurologischen Ausfälle. Brustschmerz, Dyspnoe, neurologische Ausfälle (Lähmungen, Sensibilitätsstörungen) kennzeichnen die wirkliche Notfallsituation, die in aller Regel eine Einweisung erfordert.

Generell soll der BD nicht zu schnell gesenkt werden (Ausnahme Aortendissektion, -rupturgefahr). Tatsächlich wurde mehrfach über cerebrale Ischämien unter nichtretardiertem Nifedipin berichtet.

Die BD-Senkung kann mit vielen Präparaten vorgenommen werden; wichtig ist, dass der Wirkungseintritt nicht instantan, sondern protrahiert ist, was bei fast allen Präparaten der Fall ist; nur Nitro und eben unretardiertes Nifedipin (dazu noch beispielsweise Esmolol) wirken sehr schnell (zu schnell für einfache Gefahrensituationen) und sollen vermieden werden. Da gibt es Konsens. Keine gute Evidenz gibt es in der Frage, welche Medikamente besonders geeignet sind, besonders nicht für die zahlenmässig weitaus häufigste Situation in der Praxis, aber auch aus Spitälern und Polikliniken gibt es generell nicht besonders viele Daten.

Wir haben vor kurzem im Institut für Hausarztmedizin IHAMB ein Protokoll vorbereitet, um dieses wichtige Thema in den Hausarztpraxen wissenschaftlich zu studieren. Das geht und ist unserer Meinung nach nicht besonders schwierig. Wir sind also dran und können auf eigene Vorarbeiten aus der ambulanten Medizin im Unispital Basel zurückgreifen. Wir begrüßen aber auch andere Initiativen oder stehen für eine Zusammenarbeit zur Verfügung.

Das mit «retardiert» in der Behandlung ist missverständlich formuliert: gemeint ist langsamer Wirkungseintritt, wie z.B. bei retardierten Präparaten (diese Retardierung ist im Fall von Nifedipin, das sehr oft gebraucht wird oder wurde, sehr wichtig); aber selbstverständlich kann der BD auch gesenkt werden mit Medikamenten, die sowieso nicht sehr schnell wirken, und das sind die meisten Antihypertensiva.

Die angesprochenen Amlodipin oder Enalapril eignen sich deshalb bestens.

«Oral» heisst: nicht i.v. (i.v. braucht es nicht für die sog. Gefahrensituation). Auf jeden Fall muss der allmähliche BD-Abfall abgewartet und gemessen werden: Man sieht dann, dass der BD langsam, aber auch nicht zu langsam abfällt. All das geht fast immer ambulant in der Praxis.

Zur Literatur siehe unsere Zusammenfassung im PrimaryCare (ausführlichere Versionen existieren ebenfalls) oder z.B. Cherney D, Straus S. Management of patients with hypertensive urgencies and emergencies: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med. 2002;17:937-45.

Benedict Martina, 4031 Basel

Hagebuttenpulver: Mit Polemik ist niemandem gedient



Leserbrief zu: Gysling E. Hagebuttenpulver. PrimaryCare. 2007;7:452-3.

Nach den Empfehlungen des American College of Rheumatology soll das Potential der nichtpharmakologischen Interventionen ausgeschöpft werden, bevor synthetische Medikamente zum Einsatz kommen (www.rheumatology.org/publications/guidelines/oa-mgmt/oa-mgmt.asp?aud=mem). Diese Empfehlungen basieren auf den möglichen schwerwiegenden Nebenwirkungen und Komplikationen unter der Pharmakotherapie. Pflanzliche Schmerzmittel können zur Einsparung an synthetischen Schmerzmitteln beitragen. Für das Pulver Litozin® aus der Hagebutte liegen vier klinische Studien vor: bei Arthrose [1, 2], rheumatoider

Arthritis [3] und Rückenschmerzen [4]. Alle vier Studien sind explorativ (d.h. nicht beweisend), aber von guter Qualität und geben einen Hinweis auf die Wirksamkeit des Pulvers. Bei Berücksichtigung der von Gagnier und Mitarbeitern in einer systematischen Review beschriebenen methodischen Qualitätskriterien mit Evidenzevaluierung ([5]; Tabelle 1), ergibt sich, dass die Evidenz zur Wirksamkeit von Litozin® bei Arthrosebeschwerden mässig ist (Tabelle 2; [6]). Es fehlt eine konfirmative (belegende) Studie zur Wirkgrösse (welche Besserung zu erwarten ist). Bis dahin gilt: Wer innerhalb von 3-4 Monaten eine Linderung seiner Beschwerden erfährt und

Tabelle 1

Qualitätskriterien gemäss der International Conference on Harmonization.

- A** Einschlusskriterien spezifiziert gemäss dem American College of Rheumatology oder der International Association for the Study of Pain (www.rheumatology.org/publications/classification/index.asp?aud=mem, www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Classification_of_Chronic_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2687)
- B** adäquate Randomisierung
- C** adäquate Verblindung
- E** umfassende Beschreibung der Kollektive, um Gruppenunterschiede erfassen zu können
- F** ausführliche Beschreibung der Messinstrumente und der Behandlung
- G** ausführliche Beschreibung zusätzlicher Behandlungen
- H** Verwendung validierter Messinstrumente
- I** umfassende Beschreibung unerwünschter Ereignisse
- J** ausführliche Beschreibung der Protokollverstösse und Drop-outs
- K** Hauptzielkriterium (plausibel, Nullhypothese und alternative Hypothese zwecks Fallzahlberechnung)
- L** Deklaration der Methoden der statistischen Auswertung. Intention-to-treat-Analyse (alle Studienteilnehmer werden in die Auswertung einbezogen)
- N** multivariate Analyse zur Auffindung potentieller Störgrössen und Interaktionen mit entsprechender Adjustierung, Sensitivitätsanalysen zur Transparenz der Robustheit der Ergebnisse, evtl. Subgruppenanalysen
- O** adäquate Behandlungszeit

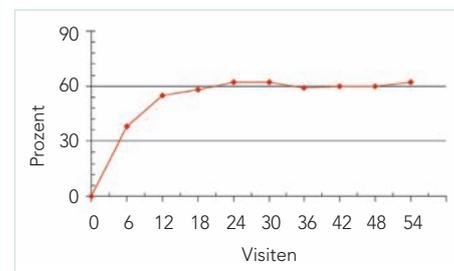
(www.ich.org/LOB/media/MEDIA482.pdf) für die Durchführung klinischer Studien; Beurteilung der Evidenz: überzeugend = übereinstimmende Ergebnisse in mehreren Studien mit einer Gesamtpunktezahl ≥ 10 ; mässig = übereinstimmende Ergebnisse in mehreren Studien mit einer Gesamtpunktezahl < 10 und/oder eine Studie mit einer Gesamtpunktezahl ≥ 10 ; ungenügend = eine Studie mit einer Gesamtpunktezahl < 10 .

Tabelle 2

	Rein et al., 2004	Warholm et al., 2003
	N = 112	N = 100
	5 g/Tag vs. Plazebo	5 g/Tag vs. Plazebo
	Litozin®	Litozin®
	Cross-over	Parallel
	Über 3 Monate	Über 4 Monate
A	OA, multiple Lokalisationen	Hüfte, Knie
B	Ja	Ja
C	Ja	Ja
E	Ja	Nicht bekannt
F	Ja	Ja
G	Ja	Ja
H	Ja	Ja
I	Ja	Ja
J	Ja	Ja
K	Nein	Nein
L	Ja	Ja
N	Nein	Nein
O	Ja	Ja
TS	11	10

Abbildung 1

Prozent Responder (gemäss OMERAC-OARSI) aus der Jahresdokumentation bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. Die Patienten erhielten initial 5 oder 10 g Litozin®, je nach Beschwerden.



deshalb systemische Schmerzmitteln einsparen kann, profitiert von dem pflanzlichen Entzündungshemmer. In einer offenen Studie über ein Jahr waren dies mehr als 60% der Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen ([4]; Abb. 1).

Die antioxidative Wirkung beruht auf dem Polyphenol- und Vitamin-C-Gehalt der Hagebutte und darüber hinaus auf dem Gehalt eines noch nicht identifizierten, aber äusserst potenten Inhaltsstoffs [7]. Zur antientzündlichen Wirkung

gibt es neue Daten: Hagebutteninhaltsstoffe hemmen die Zyklooxygenase [8]. Magenschützende Inhaltsstoffe (Tannine) verhindern eine Schleimhautschädigung [9], mit der unter Einnahme der nichtsteroidalen Antirheumatika auch bei niedrigen Dosen zu rechnen ist. Es ist daher sinnvoll, alle weniger toxischen Optionen befristet (maximal 4 Monate) zu versuchen. Wenn in diesem Zeitraum keine Linderung der Beschwerden gespürt wird, sollte auf eine andere Therapieoption gewechselt werden.

Prof. Dr. Sigrun Chrubasik, Institut für Rechtsmedizin, Universität Freiburg, D-79104 Freiburg

Literatur

- 1 Warholm O, Skaar S, Hedman E, Molmen HM, Eik L. The effects of a standardized herbal remedy made from a subtype of *Rosa canina* in patients with osteoarthritis: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Curr Ther Res.* 2003;64:21–31.
- 2 Rein E, Kharazmi A, Winther K. A herbal remedy, Hyben Vital (stand. powder of a subspecies of *Rosa canina* fruits), reduces pain and improves general wellbeing in patients with osteoarthritis – a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Phytomedicine.* 2004;11:383–91.
- 3 Rossnagel K, Roll S, Wagner A, Mune O, Erlendsson J, et al. Can patients with rheumatoid arthritis benefit from the herbal remedy rose-hip? *Ann Rheum Dis.* 2004;63(Suppl 2):603.
- 4 Chrubasik C, Wiesner L, Black A, Müller-Ladner U, Chrubasik S. A one-year survey on the use of a powder from *Rosa canina* lito in acute exacerbations of chronic pain. *Phytother Res.* in press.
- 5 Gagnier JJ, Chrubasik S, Manheimer E. Harpogophytum procumbens for osteoarthritis and low back pain: A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine.* 2004;4:13.
- 6 Chrubasik C, Duke RK, Chrubasik S. The evidence for clinical efficacy of rose hip and seed: A systematic review. *Phytother Res.* 2005;20:1–3.
- 7 Gao X, Björk L, Trajkovski V, Uggla M. Evaluation of antioxidant activities of rosehip ethanol extracts in different test systems. *J Sci Food Agr.* 2000;80:2021–7.
- 8 Jäger AK, Eldeen IM, van Staden J. COX-1 and -2 activity of rose hip. *Phytother Res.* 2007;21:1251–2.
- 9 Gürbüz I, Ustün O, Yesilada E, Sezik E, Kutsal O. Anti-ulcerogenic activity of some plants used as folk remedy in Turkey. *J Ethnopharmacol.* 2003;88:93–7.

PrimaryTeaching & Learning

Etzel Gysling

Traitement symptomatique de la grippe

Un article du cabinet de conseil Infomed (www.infomed.ch)

Question d'un collègue

Y a-t-il de bonnes recommandations actuelles sur le traitement symptomatique de la grippe?

Réponse

J'ignore s'il y a de bonnes recommandations actuelles sur le traitement symptomatique de la grippe. Pratiquement tout ce j'ai pu trouver est en anglais.

Une exception: une publication allemande: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/026-001.htm>

Vous trouverez un grand choix de documents (en anglais) à l'adresse suivante: <http://omni.ac.uk/browse/mesh/D007251.html>

Les deux documents ci-dessous sont eux aussi assez bons:

<http://www.clevelandclinicmeded.com/diseasemanagement/infectiousdisease/urti/urti.htm#therapy> et http://www.col.ops-oms.org/prevenzion/influenza/guias/UK_Clinical_guidance.pdf
Ce dernier est un aperçu relativement long qui discute entre autres du traitement symptomatique de la grippe.

Dr Etzel Gysling
Infomed-Verlags AG
Bergliweg 17
9500 Wil
www.infomed.ch