

Ärztezeitung Verlags-GmbH
Postfach 200251
63077 Offenbach

Redaktion

Per Fax an: 06102 50 61 23
Per Mail an: info@aerztezeitung.de

Berlin den 04.03.2011

Betrifft: Berichterstattung über Kalzium und Vitamin D in der Ärztezeitung, insbesondere Ihre Artikel:
„Vitamin-D-Mangel: eine Frage der Definition“ (1)
„10 Minuten täglich in der Sonne – im Winter Vitamin D“ (2),
„Ist Vitamin D für den Schutz von Herz und Gefäßen relevant?“ (3),
„Infarktrisiko durch Kalzium Supplemente?“ (4),
„Kalzium ist wichtig aber in Maßen“ (5)
„Kritik an Metaanalyse Kalzium Myokardinfarkt (6)
„Vitamin D-Supplementation entlastet Kassen und Gesellschaft“ (7)

Sehr geehrter Herr van den Bergh
Sehr geehrte Redaktionen Medizin und Forschung und Praxis,

Seit einigen Jahren verfolge ich recht intensiv, und in vielen Bereichen mit wachsendem Entsetzen, die Berichterstattung der Ärztezeitung zu den „Brennpunkten“ moderner Medizin, wozu auch das Vitamin D Defizit gehört. Bisher habe ich mir nie die Zeit genommen, Ihnen hierzu zu schreiben, weil meine diesbezügliche Erfahrung hinsichtlich des Umgangs der Presse mit Leserschriften eher negativ ist. Aus aktuellem Anlass durchbreche ich mein bisheriges Schweigen zu ihrer Berichterstattung: Um Stephane Hessel zu paraphrasieren, empöre ich mich über die Oberflächlichkeit und die offensichtliche Weigerung wissenschaftlich schon seit langem bis ins Detail aufgeklärte Zusammenhänge, ihrer Leserschaft in geeigneter Form mitzuteilen (8). Darunter verstehe ich, dass die Artikel zumindest faktisch-inhaltlich – und das fängt mit der Überschrift an – dem wissenschaftlich belegten Wissensstand entsprechen. Leider sind die Artikel, die ich hier exemplarisch herausgegriffen habe, von diesem Anspruch weit entfernt. Es stellt sich die Frage, und ich verweise hier – beispielhaft – auf Bücher wie „Ware Gesundheit“ von P.U. Unschuld (9), „The Truth About the Drug Companies“ von Marcia Angell (10), „Die Gesundheitsmafia“ von M Vollborn und V Georgescu (11), oder „Nebenwirkung Tod“ von Dr. J. Virapen (12), inwieweit es Vorsatz und Intention ist, wenn die Ärztezeitung Themen wie z.B. Vitamin D inhaltlich falsch oder stark

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
Dr. med. Bernd Löffler
Dr. med. E. Egorov
Gerichtsstand: Berlin
Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
Knesebeckstrasse 68/69
Fon: +49 (0) 30 886 27 142
Fax: +49 (0) 30 280 95 093
E-mail:
info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
Kontoinhaber
Dr. Egorov, Dr. Löffler
Deutsche Bank AG Berlin
Blz. 10070024
Kto. 0309070
IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
9070 00
BIC (Swift-Code): DEUTDE33

verzerrt darstellt, und sich somit bei den „Verhinderern“ moderner präventiver Medizin einreihet.

1. „Erhöhtes Infarktrisiko durch Kalzium Supplemente?“, „Kalzium ist wichtig aber in Maßen“ (4,5)

Die ausschlaggebende Rolle der Regulation der intrazellulären Calcium Konzentration $[iCa^{2+}]$, und die patho-physiologischen Konsequenzen einer Hochregulation des $[iCa^{2+}]$ für z.B. neurodegenerative Erkrankungen (Alzheimer, Parkinson, Depression, Huntington, ...) Herzkreislauf Erkrankungen (Herzinfarkt, Arteriosklerose, Hypertension, ...) Diabetes-T-2, metabolisches Syndrom, usw. ist in der wissenschaftlichen medizinischen Literatur ad extenso dokumentiert, und die pathophysiologischen Zusammenhänge mit z.B. chronischer Inflammation aufgeklärt (13 - 28). Der Mechanismus der intrazellulären Hochregulation von $[iCa^{2+}]$ ist dabei gut verstanden: Er begründet sich zum einen auf einer niedrigen Plasma Konzentration ionisierten $[Ca^{2+}]$, die in der Folge – als pathophysiologische Gegenregulation zu einer Hochregulation von Parathormon (sek. Hyperparathyreoidismus; SHPT) und in dessen Folge zu einer Hochregulation von Calcitriol (1,25(OH)2D3) führt, insbesondere bei niedrigen Plasma 25(OH)D3 Werten (≤ 25 ng/ml = 62,5 nmol/l) (28 - 30). Petrov und Lijnen konnten in ihrer Doppelblindstudie 1999 klar zeigen, dass eine orale Substitution von 2 x 1000 (!) mg Calcium pro Tag über 16 Wochen in gesunden Männern einer signifikanten Senkung des $[iCa^{2+}]$ bei gleichzeitiger signifikanter Senkung von Parathormon und Calcitriol zur Folge hat (29). Eine Senkung des $[iCa^{2+}]$ hat immer eine Reduktion von NFKb und somit eine Senkung der Produktion von Entzündungsmediatoren (IL6, IL8, $INF\gamma$, ...) zur Folge (34). Berücksichtigt man, dass nun schon lange bekannt ist, dass unsere westliche Ernährung aufgrund von viel zu hohen Anteilen an tierischen Proteinen, insbesondere Milchprodukten, eine negative Calcium Stoffwechsel Bilanz zur Folge hat (31 - 33), und dass diese, als Ursache eines erniedrigten Plasma Calcium, einen SHPT mit Hypercalcitriolämie und pathologisch erhöhtem $[iCa^{2+}]$ und die sich daraus ergebende a) silent inflammation (34) b) mitochondrialen Dysfunction (13 - 28) nach sich zieht, macht der Artikel „Erhöhtes Infarktrisiko durch Kalzium Supplemente?“ sprachlos (4). Eine (!) Metaanalyse von zweifelhafter Qualität aus Neuseeland reicht – nicht nur für ihren Artikel –, um die S3 Lei(t)dline der Deutschen Osteologen zu verändern. Die Veränderung erfolgt dabei genau in die Richtung, die nach allen Daten, die uns wissenschaftlich vorliegen, das Osteoporose Risiko weiter steigen lassen wird und mittelbar über eine silent Inflammation diverse chronische Erkrankungen befördert. Die in ihrer Zeitung rapportierte (ohne Kommentar!) Empfehlung an Ärzteschaft und Patienten: „ Der Kalzium Bedarf lässt sich schon zu einem großen Teil decken, wenn Ärzte ihren Patienten zum Beispiel zum täglichen Verzehr einer Scheibe Käse oder eines Glases Milch raten“ kommt aus wissenschaftlicher Sicht einer Körperverletzung gleich! Die dargestellten Zusammenhänge sind tendenziös: Zu behaupten, das Herzinfarktrisiko habe sich um 27% erhöhte (166 vs. 130 Fälle) ohne Nennung der Bezugswerte, nämlich der Anzahl der untersuchten Probanden sollte der Ärztezeitung unwürdig sein. Die Korrektur des ersten Artikels „Kritik an Metaanalyse zu Kalzium und Myokard Infarkt“ (6) kann den gesetzten Schaden nicht mehr ausgleichen, und – konsequenter Weise – werde ich auch heute noch von Patienten auf die neuseeländische Metaanalyse angesprochen, weil diese inzwischen auch in anderen Medien – z.B. Fernsehen – dafür ausgeschlachtet wird, dass altbekannte deutsche Thema:

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
Dr. med. Bernd Löffler
Dr. med. E. Egorov
Gerichtsstand: Berlin
Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
Knesebeckstrasse 68/69
Fon: +49 (0) 30 886 27 142
Fax: +49 (0) 30 280 95 093
E-mail:
info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
Kontoinhaber
Dr. Egorov, Dr. Löffler
Deutsche Bank AG Berlin
Blz. 10070024
Kto. 0309070
IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
9070 00
BIC (Swift-Code): DEUTDE33HAN

„Vitamine und Mineralstoffe sind schädlich und ihre Substitution unnötig“ mit neuen falschen Nachrichten zu speisen.

Was hat das nun mit meiner Kritik an ihrer Berichterstattung über Vitamin D3 zu tun? Vitamin D3 reguliert den Calcium und Phosphat Stoffwechsel (unter anderem!). Deshalb ist die inzwischen international anerkannte und unter Fachleuten unstrittige katastrophale Vitamin D3 Defizienz in der Bevölkerung der westlichen Industrieländer von nicht zu überschätzender Bedeutung für die hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen, zu denen sehr viele mehr gehören, als nur die Osteopenie/Osteoporose: Mama Ca, Prostata Ca, Colon Ca, Non-Hodkin Lymphom, Ovarial CA, Kidney Ca, MS, Morbus Crohn, T1D, T2D, Hypertension, Herzinfarkt, metabolisches Syndrom, ... um nur die wichtigsten zu nennen. Obwohl dies so ist, und die Datenlage eindeutiger nicht sein kann, findet sie sich - ohne jedes Indiz zur „Besserung“ – in den Artikeln der Ärztezeitung zum Thema Vitamin D3 nicht so wieder, dass sich daraus für ihre Leserschaft eine klare Aufforderung zum ärztlichen Handeln ablesen ließe:

2. „10 Minuten täglich in der Sonne – im Winter Vitamin D“ (2)

Der tägliche Vitamin D3 Bedarf unter Bedingungen einer ausreichenden Vitamin D3 Versorgung beträgt ca. 4000 IE oder 100 µg beim Erwachsenen (35). Schon alleine daraus ergibt sich, dass die immer wieder in Ihren Artikel referenzierten 800 – 1000 IE als tägliche Substitution unzureichend sind (36 – 40). Dies u.a. schon deshalb, weil oral verabreichte Substanzen – wie jeder weiß – keine 100% Bioverfügbarkeit haben, und unsere Fähigkeit, Vitamin D mithilfe von UVB-Strahlung in der Haut zu synthetisieren, begrenzt sind (siehe unten). Um z.B. den Vitamin 25(OH)D3 Spiegel von 20 ng/ml auf 37 ng/ml anzuheben, bedarf es einer zusätzlichen täglichen Aufnahme von 1700 IE Vitamin D3 (36). Ein 25(OH)D3 Spiegel von 37,5 ng/ml Serum ist aber die Minimalanforderung für einen funktionierenden intestinalen Calcium/Phosphat-Stoffwechsel (41). Dafür, dass eine „Hochdosis“ von 2000 bis 4000 IE/d unbedenklich ist, gibt es genügend Evidenz (42). Der Aufenthalt von 10 Minuten in der Sonne berücksichtigt gleich mehrere wohlbekannte Tatsachen nicht: 1) benutzen heute fast alle Menschen Produkte mit Lichtschutzfiltern. Dazu gehören nicht nur Sonnenschutz-Cremes, sondern vor allem auch tägliche Hautpflegeprodukte! Schon ein Lichtschutzfilter von 5 reduziert die Vitamin D Produktion in der Haut um 95%. 2) Die Synthese von Vitamin D in der Haut ist UVB abhängig. In allen Ländern oberhalb und unterhalb des 36° Breitengrades steht die Sonne in 8 Monaten im Jahr zu tief, um die Vitamin D Synthese in der Haut anzuregen (43,44). Ist der Schattenwurf länger als die eigene Körpergröße, gilt als Faustregel, keine Licht abhängige Vitamin D Produktion in der Haut. Das trifft z.T. sogar (Tageszeit abhängig) auf die „Sonnenmonate“ Juni – September zu. 3) Hinzu kommt, dass die Synthese von Vitamin D altersabhängig ist. Zwischen dem 20zigsten und dem 60zigsten Lebensjahr nimmt die Vitamin D Synthesekapazität in der Haut um > 80% ab (45). Betrachtet man die Daten von Scharla genauer (44), die wir in unserer Praxis bei der Auswertung von 250 Erstmessungen in den Jahren 2008 – 2009 fast identisch reproduzieren konnten, dann kommen die Deutschen – ob in Süd oder in Nord – nur in einem Monat im Mittel (!) über einen Vitamin 25(OH)D3 Plasma Wert von 30 ng/ml, und das ist der August. Die Normwerte für eine ausreichende Vitamin D Versorgung liegen nach übereinstimmender Meinung der führenden Experten des Forschungsgebiets zwischen 40 – 100 ng/ml (100 – 250 nmol/l) (46,47). Diese Werte

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
Dr. med. Bernd Löffler
Dr. med. E. Egorov
Gerichtsstand: Berlin
Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
Knesebeckstrasse 68/69
Fon: +49 (0) 30 886 27 142
Fax: +49 (0) 30 280 95 093
E-mail:
info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
Kontoinhaber
Dr. Egorov, Dr. Löffler
Deutsche Bank AG Berlin
Blz. 10070024
Kto. 0309070
IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
9070 00
BIC (Swift-Code): DEUTDE33

werden von **KEINEM** Patienten in meiner Praxis ohne Substitution erreicht. In dem Zeitraum 2008 – 2009 erreichte von 250 Patienten 1 Patient (Alter 28) einen Wert über 40 ng/ml (im Sommer). 46,6% hatten Werte unter 20 ng/ml, 12,9 % Werte unter 10 ng/ml. In einem unvollständigen Screening von Neupatienten zwischen November 2010 und Januar 2011 hatten 21,7% Werte unter 10 ng/ml. 78,3% Werte unter 20 ng/ml. Aber auch hier muss es bei den Daten unserer Praxis nicht bleiben: Professor Armin Zittermann, ein angesehener deutscher Vitamin D Experte, findet in einer repräsentativen Studie in Allgemeinarztpraxen quer durch Deutschland bei 1258 Personen zwischen 25 und 75 Jahren 20% Personen mit 25(OH)D3 Werten unter 10 ng/ml (25 nmol/l) und 50% mit Werten unter 20 ng/ml (50 nmol/l). Hintzpetter findet in einer repräsentativen Studie unter deutschen Erwachsenen mit über 7000 Teilnehmern 57% der Männer und 58% der Frauen mit Werten unter 20 ng/ml 25(OH)D3 und 17% der Männer sowie 18% der Frauen mit Werten unter 10 ng/ml (48). Und wie sieht es bei deutschen Kindern und Jugendlichen aus? 29% der Jungen und 31% der Mädchen mit Immigrantengrund sowie 18% der Jungen und 17% der Mädchen aus Nicht-Immigrantenfamilien haben 25(OH)D3 Werte unter 10 ng/ml (49).

3. „Vitamin-D-Mangel: eine Frage der Definition“ (1)

In diesem Zusammenhang ist die Aussage: „ Ausgeprägte Mangelzustände mit Werten unter 10 ng/ml Blut seien in Deutschland jedoch selbst im Winter selten, teilt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) mit.“ ein Skandal! Ich verweise auf die gerade referierten Zahlen (48,49). Der Vitamin-D-Mangel ist für die DGE offensichtlich wirklich eine Definitionssache, aber eine frei von jeglicher Kenntnis der Situation in Deutschland oder der gemessenen Datenlage! Wie viel Realitätsverlust darf man sich eigentlich als deutsche Standesorganisation eines Teils der deutschen Mediziner leisten, und dabei auch noch besondere Fachkompetenz für sich beanspruchen? Wir „definieren“ den gravierenden Vitamin D Mangel quer durch die Republik in Kindern, Erwachsenen wie Senioren einfach weg, erhöhen so die Prävalenz von chronischen Erkrankungen in verschiedenen Fachsparten der Medizin, und freuen uns über den stetigen Neuzufluß von Patienten, die uns chronisch erhalten bleiben!? Darf man den Artikel der Ärztezeitung so verstehen? Zu den anderen aus offensichtlicher fachlicher Inkompetenz erfolgten Aussagen der DGE möchte ich mir hier eine detaillierte Stellungnahme aus Platz und Zeitgründen ersparen. Sind 12 – 31% quer durch alle Schichten und Altersgruppen der deutschen Bevölkerung mit 25(OH)D3 Werten unter 10 ng/ml **selten**?? Dies eingedenk der weiter oben referenzierten Tatsache, dass wir für einen funktionierenden Kalzium/Phosphat-Stoffwechsel Plasma Werte >38 ng/ml brauchen? Die Damen und Herren der DGE lesen offensichtlich keine Fachliteratur und leider zudem unter einer bemerkenswerten Verzerrung der Realitätswahrnehmung. Vielleicht schließen sie sich aber auch nur dem Statement der „anderen“ DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) an: *„Eine deutlich zu niedrige Aufnahme durch die Kost zeigte sich bei Vitamin D. Die empfohlene Zufuhr wurde regional von fast allen Teilnehmern, national von ca. 60% der Männer und 70% der Frauen nicht einmal zur Hälfte erreicht. ... Bekanntermaßen wird der Bedarf an Vitamin D teils durch Eigensynthese des Körpers und teils durch die Lebensmittelzufuhr gedeckt. Mit üblicher mitteleuropäischer Kost ist es kaum möglich, die empfohlene Zufuhr von 10 mg am Tag zu erreichen. ... Nur bei Personen, die ans Haus gebunden sind und keine*

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
Dr. med. Bernd Löffler
Dr. med. E. Egorov
Gerichtsstand: Berlin
Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
Knesebeckstrasse 68/69
Fon: +49 (0) 30 886 27 142
Fax: +49 (0) 30 280 95 093
E-mail:
info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
Kontoinhaber
Dr. Egorov, Dr. Löffler
Deutsche Bank AG Berlin
Blz. 10070024
Kto. 0309070
IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
9070 00
BIC (Swift-Code): DEUTDE33HAN

entsprechende UV-Exposition aufweisen, können sich Versorgungsengpässe ergeben. Dies war lediglich bei 2% der Befragten zutreffend.“ (50) Woher die DGE ihre Daten bezieht, bleibt ihr Geheimnis, die ÄrzteZeitung ihrerseits, sollte – wie früher in der Journaille üblich – zuvor kritisch prüfen was sie veröffentlicht! Das erspart später Peinlichkeiten, wie sie jetzt Herr von Gutenberg zu beklagen hat. Wir verfügen allein in unserer Praxis inzwischen über mehrere tausend Erst und Folgemessungen. Es steht außer jeglicher Frage – und dies lässt sich in der ernstzunehmenden wissenschaftlichen Literatur zu Vitamin D auch vielfach nachlesen –, dass mit einer Substitution von 800 – 1000 IE schon Personen oberhalb des 25zigsten Lebensjahres nicht in den optimalen Bereich von > 40 – 100 ng/ml zu dosieren sind, viel weniger noch ältere Personen > 60 Jahre, weil diese 1. eine schlechtere intestinale Resorption und 2. einen höheren Verbrauch haben (36-49). Das Problem ist nicht die faktische Erkenntnis des notwendigen, sondern vielmehr – und das offensichtlich nicht nur in Deutschland – das bestimmte Interessengruppen innerhalb der etablierten Medizin nicht bereit sind, neue Erkenntnisse in eine Anpassung der Normgrenzen einfließen zu lassen: „Available data on metabolic utilization of vitamin D3 indicate a total daily requirement of ;4000 international units (IU) (100 µg) or twice the current tolerable upper intake level (UL). ... The age-related decline in cutaneous input, taken together with the UL, creates a substantial barrier to the deployment of public health strategies to optimize vitamin D status in the elderly. J. Nutr. 136: 1123–1125, 2006.“ (38,40,41) Ich halte seit über 4 Jahren Fortbildungen für ärztliche Kollegen, und bin immer wieder aufs Neue über das Unwissen und die mangelnden „Grund“kenntnisse in Physiologie und Patho-physiologie erstaunt. Betrachtet man allerdings die gängige Praxis deutscher „Fortbildung“ schwindet dieses Staunen, wie Schnee in der Sonne. Vielmehr kommt man zu dem Schluss, dass diese Unkenntnis gewünscht und gewollt ist (ich komme darauf zurück), und allenthalben gefördert wird, so auch von der Fachpresse, zu der sich die ÄrzteZeitung ja wohl zählt.

4. „Ist Vitamin D für den Schutz von Herz und Gefäßen relevant?“ (3)

Dieser Artikel war wirklich ein Schlag ins Gesicht! Sie zitieren eine große epidemiologische Studie zu Vitamin D (von denen es übrigens dutzende mehr gibt), in der der Zusammenhang von Vitamin D Defizit, allgemeiner Sterblichkeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgezeigt wird, um dann zu konstatieren: *„Die Schlussfolgerung, ab sofort die Vitamin-D-Supplementierung als Strategie zur Prävention kardiovaskulärer Ereignisse zu empfehlen, wäre allerdings verfrüht. Denn noch ist die wissenschaftliche Datenlage weit davon entfernt, klare Belege für einen kausalen Zusammenhang zwischen Vitamin-D-Mangel und erhöhten kardiovaskulären Risiko liefern zu können (3).“* Ein bemerkenswertes Statement! Wenn betrauen Sie mit dem Schreiben ihrer Artikel ??? Ich muss vermuten zumindest keine Leute vom Fach. Wenn das schon so ist, dann wäre es hilfreich, wenn Sie sich vor der Veröffentlichung, wenigsten bei den vor Ort verfügbaren Experten rückversichern würden, so z.B. Prof. Dr. Armin Zittermann vom Herz und Diabetes Zentrum NRW in Bad Oeynhausen. Ihr Statement ist empörend! Ich verweise hier exemplarisch auf das Review von Bouillon (51). Darüber sind auch die molekularen Zusammenhänge für Vitamin D Mangel und Immunologischen Defiziten (Erkältungs- und Virus Erkrankungen), Autoimmunerkrankungen (T1D, MS als Beispiel), und Krebsentstehung aufgeklärt. Es gibt sogar aufschlussreiche Literatur darüber, wie man konventionelle Tumor Therapie durch

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
Dr. med. Bernd Löffler
Dr. med. E. Egorov
Gerichtsstand: Berlin
Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
Knesebeckstrasse 68/69
Fon: +49 (0) 30 886 27 142
Fax: +49 (0) 30 280 95 093
E-mail:
info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
Kontoinhaber
Dr. Egorov, Dr. Löffler
Deutsche Bank AG Berlin
Blz. 10070024
Kto. 0309070
IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
9070 00
BIC (Swift-Code): DEUTDE33

Vitamin D Substitution effizienter gestalten könnte (52). Dazu müsste man als Arzt nur Medline lesen, und sich für sein Tun und seine Patienten interessieren!

5. „Vitamin D-Supplementation entlastet Kassen und Gesellschaft“ (7)

Die – wenn auch „nur“ epidemiologische – Datenlage zu Vitamin-D-Mangel und Krebs (53 - 67), Vitamin D und Hypertension (55), Vitamin D und T1D (53), Vitamin D und Neuromuskuläre Kopplung (54) ist erdrückend. Erdrückend genug, um die Frage zu stellen, mit welcher Berechtigung wir (Ärzte?!) diese einfache Prävention unserer Bevölkerung weiter vorenthalten. Die von Ihnen publizierten potentiellen monetären Einsparungen für unser Gesundheitswesen sind ein Bruchteil von denen, die bei einer flächendeckenden optimalen Vitamin D Versorgung der Bevölkerung möglich wären. Wir sprechen hier nach ernstzunehmenden Berechnungen von bis zu 37,5 Milliarden Euro pro Jahr (68).

Umso Erstaunlicher – oder auch nicht –, dass nicht nur das BMG sondern auch die großen „Krebshilfe“ Organisationen in Deutschland offensichtlich nicht interessiert sind (69). Ob das etwas damit zu tun haben könnte, das der „Gesundheitsmarkt“ und die „Gesundheitswirtschaft“ und last not least unsere Pharmaindustrie nicht von Gesunden, sondern von chronisch Kranken leben? Unser Gesundheitsminister bekundet ja immer wieder, wie stolz er auf den wachsenden „Gesundheitsmarkt“ ist. Wir leisten uns – bewusst? – falsche Aphorismen: Unsere Gesundheitssystem ist ein „Krankheitssystem“, unser Gesundheitsminister ein „Krankhalteminister“, und unser Gesundheitsministerium seit Anfang der 80ziger Jahre ein „Krankheitskosten-Umverteilungs-Ministerium“. Die Sozialpartnerschaft in der Bewältigung von Krankheitskosten wird mit der letzten „Gesundheitsreform [Gesundheit ist nicht zu reformieren! Dieses Wort ist in sich Nonsens] auf der Basis einer Lüge (11 Milliarden Defizit im GKV Bereich) von Herrn Dr. Rösler außer Kraft gesetzt worden (70,71). Die Folgen für die GKV Versicherten sind vorhersehbar. Es ist schon bemerkenswert, dass ein Minister der angeblich händeringend auf der Suche nach zusätzlichen Milliarden ist, die er – wie seine Vorgänger – immer nur beim Beitrags- und Steuerzahler findet – auf der anderen Seite die Chance zur Einsparung von 37 Milliarden einfach ausschlägt. Zuständig seien die „Fachgesellschaften“. Welche ärztliche „Fachgesellschaft“ ist bitte (politisch) für bundeseinheitlich zu regelnde präventive Gesundheitsaufgaben zuständig? Dr. med. Elmar Wille stellt völlig zu Recht die Frage: „*„Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.“ (Art. 12 GG) und §1(2) Bundesärzteordnung „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ – Erkennen Sie als Ärztin/Arzt ihre Lebensrealität in dem wohl geformten Verfassungstext und dem Bundesgesetz wieder? ... Faktisch greift „untergesetzlich“ z.B. der Gemeinsame Bundesausschuss massiv in die ärztliche Tätigkeit ein oder die Krankenkassen steuern mit Leistungszusagen oder Verweigerungen bzw. mit Rabattverträgen die Diagnostik und Therapie. ... Sogar der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Herr Zöller, fordert „Wiederherstellung der Therapiefreiheit der Ärzte“. ... Nach meinem Empfinden ist der Kern des Art. 12 GG in der Berufswelt unseres Gesundheitssystems soweit ausgehöhlt, dass ich ihn eher für einen frommen Spruch halte. ...“ (72) Unter Verweis auf Paul Unschuld und Marcia Angell möchte ich noch einen Schritt weiter gehen: Heute wird in einem unheilvollen Konglomerat von Politik und Großindustrie – zu dem die Public- und die Fachpresse – bewusst oder unkritisch – die Hand reicht, immer erfolgreicher versucht, kurative und preiswerte Prävention zu verhindern. Sie versuchen dem Leser ihrer Zeitung zu suggerieren, dass eine Prävention mit Vitamin D wissenschaftlich noch zu ungesichert sei, und machen in*

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
Dr. med. Bernd Löffler
Dr. med. E. Egorov
Gerichtsstand: Berlin
Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
Knesebeckstrasse 68/69
Fon: +49 (0) 30 886 27 142
Fax: +49 (0) 30 280 95 093
E-mail:
info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
Kontoinhaber
Dr. Egorov, Dr. Löffler
Deutsche Bank AG Berlin
Blz. 10070024
Kto. 0309070
IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
9070 00
BIC (Swift-Code): DEUTDE3333

den gleichen Ausgaben ihrer Zeitung großflächige Werbung für Statine zur Cholesterin Senkung, obwohl dieses therapeutische Prinzip auf keiner anderen wissenschaftlichen Grundlage steht, als die Prävention mit Vitamin D. Der einzige Unterschied: Mit Statinen verdient die Pharmaindustrie weltweit ca. 30 Milliarden Euro!

Natürlich könnten Sie mir vorhalten, dass ich mich hier nur zu 5 von 427 (Ergebnis eines Ärztezeitung Online Search von heute) ihrer Artikel zu Vitamin D äußere. Es ist nicht so, dass mir die anderen „entgangen“ wären. Vielmehr würde eine Replik auf alle nicht nur den Rahmen dieses Artikels sprengen, sondern auch die Message verwässern. So betrachtet müsste dann nämlich der Rahmen der berücksichtigten Artikel auch die mit einbeziehen, die Vitamin-D-Mangel assoziiert sind. Dazu nur ein Beispiel: Im letzten Jahr berichteten Sie über die steigende Inzidenz von Typ-1-Diabetes bei Kindern (76). Bezugnehmend auf das hier schon gesagte, insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Hyppönen (53), den Zusammenhang von Vitamin D Mangel und Autoimmunerkrankungen (Bouillon, 51), die hohe Inzidenz von Vitamin D Mangel in deutschen Jugendlichen (Hintzpeter, 49), und die nachgewiesene Safety für die Substitution bei Kindern (Maalouf, 42), ist auch dieser Artikel fragwürdig. Er wird in der Beurteilung nicht besser, wenn man die schon lange bekannten (epidemiologische) Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Kuhmilch Produkten und der Inzidenz von T1D (77-79) und den Folgen für den Kalzium Stoffwechsel (16,17,25,26) berücksichtigt. Schließlich verweise ich auf neue Arbeiten zu Vitamin-D-Mangel und dessen Zusammenhang mit der Entstehung von T1D (80-82).

Wir brauchen „Evidenz basierte“ neutrale Information für Bürger und Ärzte und entsprechende Fort- und Weiterbildung für die letzteren. Daran mangelt es Land auf Land ab! In Berlin findet jetzt zwar am 09. April ein Vitamin D Symposium in der Charité statt (74). Die Organisatoren würden sich freuen, wenn 200 interessierte Kollegen kommen. Wir bieten vom 13.-15. Mai eine Fortbildung in Potsdam an, und dann eine 2. in Freiburg vom 14.-16. Oktober (75). Vom 20.-21. Mai findet eine Konferenz zu Vitamin D und Krebs an der Universität Homburg statt (76). Auch diese Organisatoren freuen sich (wie in den Vorjahren) über ca. 200 Teilnehmer! So wird es noch lange dauern, bis sich in Deutschland notwendige Veränderungen allgemein durchsetzen, und überholtes Denken und Handeln endlich der Vergangenheit angehört. Sie könnten einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, dass sich Therapie in Deutschland ändert und Prävention nicht nur ein Angebot für wenige bleibt.

Ihrer Stellungnahme sehe ich mit großem Interesse entgegen.

Dr. Bernd-Michael Löffler

Literatur:

1. http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett_und_weichteilkrankheiten/osteoporose/article/640311/vitamin-d-mangel-frage-definition.html?sh=8&h=-218801179

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
Dr. med. Bernd Löffler
Dr. med. E. Egorov
Gerichtsstand: Berlin
Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
Knesebeckstrasse 68/69
Fon: +49 (0) 30 886 27 142
Fax: +49 (0) 30 280 95 093
E-mail:
info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
Kontoinhaber
Dr. Egorov, Dr. Löffler
Deutsche Bank AG Berlin
Blz. 10070024
Kto. 0309070
IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
9070 00
BIC (Swift-Code): DEUTDE33

2. http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett_und_weichteilkrankheiten/article/571566/10-minuten-taeglich-sonne-winter-vitamin-d.html?sh=107&h=1560054213
3. „Ist Vitamin D für den Schutz von Herz und Gefäßen relevant?“ Ärztzeitung 2010; Beilage Forschung und Praxis 505/10
4. <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/herzkreislauf/article/614347/erhoeht-es-herzinfarkttrisiko-durch-kalzium-supplementierung.html?sh=28&h=1926330283>
5. „Kalzium ist wichtig aber in Maßen“ Ärztezeitung Ausgabe 151 24.08.2010 (Kommentar)
6. http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett_und_weichteilkrankheiten/osteoporose/article/623347/kritik-metaanalyse-kalzium-myokardinfarkt.html?sh=23&h=1926330283
7. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/641813/vitamin-d-supplementation-entlastet-kassen-gesellschaft.html?sh=4&h=1434498309
8. Empört Euch. Stephane Hessel Ullstein 3. Auflage 2011
9. Ware Gesundheit: Das Ende der klassischen Medizin 1. Auflage 2010 Beck Reihe
10. The Truth about Drug Companies. How they deceive us and what to do about it. Marcia Angell Paper Back
11. Gesundheitsmafia. Wie wir Patienten betrogen werden. Marita Vollborn und Vlad Georgescu Fischer Taschenbuch 2006
12. Nebenwirkung Tod. Die Wahrheit über Scheinwissenschaftlichkeit, Korruption, Bestechung, Manipulation und Schwindel in der Pharmawelt Dr. John Virapen Familienverlag-Buchner 5. Auflage 2009
13. Preventing Ca²⁺-mediated nitrosative stress in neurodegenerative diseases: Possible pharmacological strategies. T Nakamura and SA Lipton (2009) Cell Calcium 47(2): 190-197
14. Calcium and Cell Death signaling in neurodegeneration and aging. S Smali et al. Anais da Acad Brasileira de Ciencias (2009) 81(3):467-475
15. Calcium in Ischemic Cell Death. T Kristian and B.K. Siesjö Stroke (1998) 29:705-718
16. Calcium signalling and pancreatic cell death: apoptosis or necrosis? DN Criddle et al. (2007) Cell Death and Differentiation 14: 1285-1294
17. Crosstalk signaling between mitochondrial Ca²⁺ and ROS. RF Feissner et al. (2009) Front Biosci 14: 1197-1218
18. Cardiac Aging in Mice and Humans: The role of Mitochondrial Oxidative Stress. D-F Dai and PS Rabinovitch Trends Cardiovasc Med (2009) 19(7): 213-220
19. Diabetic cardiomyopathy, causes and effects. S Boudina and ED Abel Rev Endocr Metab Disord (2010) 11(1):31-39
20. Mitochondrial Pathophysiology, Reactive Oxygen Species, and Cardiovascular Diseases. L Gao, K Laude, and H Cai (2008) Vet Clin North Am Small Anim Pract 38(1): 137 –
21. Mitochondrial function and myocardial aging. A critical analysis of the role of permeability transition. F di Lisa and P Bernardi (2005) Cardiovascular Research 66: 222-232
22. The emerging role of cardiovascular risk factor-induced mitochondrial dysfunction in arterogenesis. P Puddu et al. (2009) J Biomedical Science 16:112
23. Vascular oxidative stress: the common link in hypertensive and diabetic vascular disease. RA Cohen and XY Tong J Cardiovasc Pharmacol (2010) 55(4): 308-316
24. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: Molecular mechanisms and clinical implications. CE Tabit (2010) Rev Endocr Metab Disord 11(1): 61-74

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
 Dr. med. Bernd Löffler
 Dr. med. E. Egorov
 Gerichtsstand: Berlin
 Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
 Knesebeckstrasse 68/69
 Fon: +49 (0) 30 886 27 142
 Fax: +49 (0) 30 280 95 093
 E-mail:
 info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
 Kontoinhaber
 Dr. Egorov, Dr. Löffler
 Deutsche Bank AG Berlin
 Blz. 10070024
 Kto. 0309070
 IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
 9070 00
 BIC (Swift-Code): DEUTDE33

25. New Insights on Oxidative Stress and Diabetic Complications May Lead to a „Causal“ Antioxidant Therapy. A. Ceriello (2003) Diabetes Care 26: 1589-1596
26. Mitochondrial Dysfunction in Diabetes: From Molecular Mechanisms to Functional Significance and Therapeutic Opportunities. WI Sivitz and MA Yorek (2010) Antioxidants&Redox Signaling 12(4)
27. Cause and Consequence: Mitochondrial Dysfunction Initiates and Propagates Neuronal Dysfunction, Neuronal Death and Behavioral Abnormalities in Age Associated Neurodegenerative Diseases. GE Gibson et al. (2010) BBA 1802(1): 122-134
28. Fibrosis in Hypertensive Heart Disease: Molecular Pathways and Cardioprotective Strategies. AU Shahbaz et al. 2010 J Hypertens 28(Suppl1): S25-S32
29. Modification of Intracellular Calcium and Plasma Renin by Dietary Calcium in Men. V. Petrov and P. Lijnen 1999 AJH 12:1217-1224
30. Calcitriol and energy metabolism. M.B. Zemel and X Sun Nutrition Reviews 2008; 66 (Suppl. 2): S139-S146
31. Should recurrent calcium oxalate stone formers become vegetarians? WG Robertson et al. (1979) Br J Urol 51(6): 427-431
32. Protein consumption and bone fractures in women. D Feskanich et al. (1996) Am J Epidemiol 143 (5): 472-479
33. Cross-cultural association between dietary animal protein and hip fracture: a hypothesis. BJ Abelow TR Holford and KL Isogna (1992) Calcif Tissue Int 50(1): 14-18
34. Explaining unexplained illnesses. (2009) ML Pall The Harworth Press Inc. (and Ref. therein)
35. Human serum 25-hydroxy-cholecalciferol response to extended oral dosing with cholecalciferol. RP Heaney et al. (2003) Am J Clin Nutr 77:204-10
36. Experimentally observed vitamin D requirements are higher than extrapolated ones. R Vieth (2009) Am J Clin Nutr 90(4): 1115-1116
37. The bioavailability of vitamin D from fortified cheeses and supplements is equivalent in adults. D Wagner et al. (2008) J Nutr 138(7): 1365-1371
38. Vitamin D toxicity, policy, and science. R Vieth (2007) J Bone Miner Res 22(Suppl2):V64-V68
39. Vitamin D and its major metabolites: serum levels after graded oral dosing in healthy men. MJ Barger-Lux et al. (1998) Osteoporosis Int 8:222-230
40. The urgent need to recommend an intake of vitamin D that is effective. R Vieth et al. (2007) Am J Clin Nutr 85(3): 649-650
41. Vitamin D A Review. ML Stroud (2008) Australian Family Physician 37(12):1003
42. Short- and long-term safety of weekly high-dose vitamin D3 supplementation in school children. J Maalouf et al. (2008) J Clin Endocrinol Metab 93(7): 2693-2701
43. Hypovitaminosis D in British adults at age 45y: nationwide cohort study of dietary and lifestyle predictors. E Hyppönen and C Power (2007) Am J Clin Nutr 85(3): 860-868
44. Prevalence of subclinical vitamin D deficiency in different European countries. SH Scharla (1998) Osteoporosis 8(Suppl 2): S7-S12
45. Age, vitamin D, and solar ultraviolet. Holick MF, Matsuoka LY, Wortsman J (1989) Lancet;ii:1104-5.
46. Estimates of optimal vitamin D status. B Dawson-Hughes et al. (2005) Osteoporos Int. 16:713-716.
47. Estimation of optimal serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D for multiple health outcomes. HA Bischoff-Ferrari et al. (2006) Am J Clin Nutr 84(1): 18-28

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
 Dr. med. Bernd Löffler
 Dr. med. E. Egorov
 Gerichtsstand: Berlin
 Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
 Knesebeckstrasse 68/69
 Fon: +49 (0) 30 886 27 142
 Fax: +49 (0) 30 280 95 093
 E-mail:
 info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
 Kontoinhaber
 Dr. Egorov, Dr. Löffler
 Deutsche Bank AG Berlin
 Blz. 10070024
 Kto. 0309070
 IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
 9070 00
 BIC (Swift-Code): DEUTDE33HAN

48. Vitamin D status and health correlates among German adults. B Hintzpeter et al. (2008) Eur J Clin Nutr 62(9): 1079-1089
49. Higher prevalence of vitamin D deficiency is associated with immigrant background among children and adolescents in Germany. B Hintzpeter et al. (2008) J Nutr 138(8): 1482-1490
50. Ernährungsbericht 2000, dort Seite 168 und 174 . Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Bonn
51. Vitamin D and human health: Lessons from vitamin D receptor null mice. R. Bouillon et al. 2008 Endocrine Reviews
52. Suppression of REIB-mediated manganese superoxide expression reveals a primary mechanism for radiosensitization effect of 1 α ,25-dihydroxyvitamin D₃ in prostate cancer cells Y. Xu et al. 2007 Mol Cancer Ther 6(7): 2048-2056
53. Intake of vitamin D and risk of type 1 diabetes: a birth-cohort study. E Hyppönen et al. (2001) Lancet 358(9292):1500-1503
54. Effects of Vitamin D and calcium supplementation on falls: a randomized controlled trial. HA Bischoff et al. (2003) J Bone Miner Res 18(2): 343-351
55. Effects of a short-term vitamin D₃ and calcium supplementation on blood pressure and parathyroid hormone levels in elderly women. M Pfeifer et al. (2001) J Clin Endocrinol Metab 86(4):1633-1637
56. The effect of calcium and vitamin D supplementation on obesity in postmenopausal women: secondary analysis for a large-scale, placebo controlled, double-blind, 4-year longitudinal clinical trial. J Zhou et al. (2010) Nutr Metab (Lond) 23:7:62
57. Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: results of a randomized trial. JM Lappe et al. (2007) Am J Clin Nutr 85(6):1586 – 1591
58. Plasma 25-hydroxy vitamin D concentrations, vitamin D receptor genotype and breast cancer risk in a UK Caucasian population. LC Lowe et al. (2005) Eur J Cancer 41(8): 1164-1169
59. Plasma 25-hydroxyvitamin D and 1,25-dihydroxyvitamin D and risk of breast cancer. ER Bertone-Johnson et al. (2005) Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 14(8): 1991-1997
60. Associations between polymorphisms in the vitamin D receptor and breast cancer risk. WY Chen et al. (2005) Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 14(10): 2335-2339
61. Serum 25-hydroxyvitamin D and risk of post-menopausal breast cancer - results of a large case-control study. S Abbas et al. (2008) Carcinogenesis 29(1): 93-99
62. Vitamin D receptor gene polymorphisms and haplotypes and postmenopausal breast cancer risk. S Abbas et al. (2008) Breast Cancer Res 10(2): R31
63. Vitamin D and prevention of colorectal adenoma: a meta-analysis. MY Wei et al. (2008) Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 17(11): 2958-2969
64. On the epidemiology of influenza. JJ Cannell et al. (2008) Virol J 25:5:
65. Vitamin D for cancer prevention: global perspective. CF Garland et al. (2009) Ann Epidemiol 19(7): 468-483
66. Estimated benefit of increased vitamin D status in reducing the economic burden of disease in western Europe. WB Grant et al. (2009) Prog Biophys Mol Biol 99(2-3): 104-113
67. Optimal vitamin D status for colorectal cancer prevention: a quantitative meta analysis. ED Gorham et al. (2007) Am J Prev Med 32(3): 210-216
68. The estimated benefits of vitamin D for Germany. A. Zittermann (2010) Mol Nutr Food Res 54(8): 1164-1171

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
 Dr. med. Bernd Löffler
 Dr. med. E. Egorov
 Gerichtsstand: Berlin
 Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
 Knesebeckstrasse 68/69
 Fon: +49 (0) 30 886 27 142
 Fax: +49 (0) 30 280 95 093
 E-mail:
 info@präventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
 Kontoinhaber
 Dr. Egorov, Dr. Löffler
 Deutsche Bank AG Berlin
 Blz. 10070024
 Kto. 0309070
 IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
 9070 00
 BIC (Swift-Code): DEUTDE33HAN

69. Offener Brief zu Vitamin D Mangel 22.11.2009 und Antwort des BMG vom 15.12.2009 mit Material zu Vitamin D auf: www.mydive.ch User: VitaminD@ipam Password: VitaminD
70. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/628776/roesler-gesundheit-langfristig-teurer.html?sh=4&h=-1657343728
71. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/jahresendausgabe-2010/article/634178/fonds-krise-kein-milliardenloch.html?sh=22&h=-1499019493
72. Berliner Ärzte 03/2011 48. Jahrgang: Meinung, Seite 3
73. <http://www.vitamindelta.de/kongress.html>
74. <http://www.ernaehrung-allergie.de/html/PDF/Symposium%202011/Symposium%202011.pdf>
75. <http://www.vitamindelta.de/kongress-uni-saar.html>
76. <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/diabetes/article/620750/gene-infekte-ernaehrung-foerdern-diabetes-kindern.html?sh=12&h=2112789659>
77. Relationship between cow's milk consumption and the incidence of IDDM in childhood. K Dahl-Jorgensen, G Joner, and KF Hanssen (1991) Diabetes Care 14: 1081-1083
78. Geographic differences in the risk of insulin-dependent diabetes mellitus: the importance of registries. RE LaPorte et al. (1985) Diabetes Care 8(Suppl. 1): 101-107
79. Evidence for an environmental effect in the aetiology of insulin dependent diabetes in a transmigratory population. HJ Bodansky et al. (1992) Brit med Journ 304: 1020-1022
80. Significant vitamin D deficiency in youth with type 1 diabetes mellitus. BM Svoren et al. (2009) J Pediatr 154(1): 132 – 134
81. Is there a role of vitamin D deficiency in type 1 diabetes of children? SB Mohr et al. (2010) Am J Prev Med 39(2): 189-190
82. High prevalence of vitamin D deficiency in children and adolescents with type 1 diabetes. M Janner et al. (2010) Swiss Med Wkly 140:w13091

PRIVATPRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN
 Dr. med. Bernd Löffler
 Dr. med. E. Egorov
 Gerichtsstand: Berlin
 Steuer Nummer: 34/423/53132

10623 Berlin
 Knesebeckstrasse 68/69
 Fon: +49 (0) 30 886 27 142
 Fax: +49 (0) 30 280 95 093
 E-mail:
info@praeventivmedizin-knesebeck-strasse.de

Bankverbindung:
 Kontoinhaber
 Dr. Egorov, Dr. Löffler
 Deutsche Bank AG Berlin
 Blz. 10070024
 Kto. 0309070
 IBAN Code: DE78 1007 0024 0030
 9070 00
 BIC (Swift-Code): DEUTDE33HAN