

Déjà-vu: DOACs oder Phenprocoumon?

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die Frage, ob **Wirksamkeit und unerwünschte Wirkungen der direkten Antikoagulantien (DOACs) besser oder schlechter sind als das „althergebrachte“ Phenprocoumon (Marcumar®, Generika)** ist immer noch nicht endgültig beantwortet. Geraume Zeit war es – zumindest nach meinem Eindruck – um das Thema ziemlich still geworden.

Jetzt haben Autorinnen und Autoren aus dem *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)* und der *Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Rostock* (namentlich unser Kollege *Attila Altiner*) eine entsprechende Fall-Kontroll-Studie vorgelegt: Nicht weniger als 837.430 kassenversicherte Patienten, die zwischen 2010 und 2017 wegen Vorhofflimmerns entweder DOACs oder Phenprocoumon eingenommen hatten, wurden auf die Endpunkte Schlaganfall und Blutungen hin untersucht.

Das ist nicht die erste Studie, die einen solchen Vergleich anstellt: Das Besondere an dieser Arbeit aber ist, dass andere Publikationen als Vitamin-K Antagonisten das außerhalb des deutschsprachigen Bereichs fast immer genutzte **Warfarin** mit erheblich geringerer Halbwertszeit untersuchten. Solche Daten sind aber nicht auf Deutschland übertragbar: Die längere Halbwertszeit von Phenprocoumon hat nämlich zur Folge, dass darauf eingestellt Patienten häufiger als bei Warfarin im therapeutischen Bereich verbleiben.

Das Ergebnis der vorliegenden, umfangreichen Beobachtungsstudie (bei der natürlich verschiedene Verzerrungsfaktoren zum Tragen kommen könnten) ist frappierend:

- Betrachtet man alle DOACs als eine Gruppe, so ergibt der Vergleich, dass sie gegenüber Phenprocoumon ein **signifikant erhöhtes Schlaganfallrisiko** (Hazard Ratio 1.32, 96% KI 1.29-1.35)
- jedoch ein **niedrigeres Blutungsrisiko** (HR 0.89, 95% KI 0.88-0.90) aufweisen
- Dieses Verhältnis bleibt auch dann bestehen, wenn man sich die *einzelnen Substanzen* ansieht – mit der Ausnahme von Edoxaban, das eine geringere Inzidenz von Schlaganfällen als Phenprocoumon ausweist (bei den Blutungen macht Rivaroxaban eine Ausnahme).
- Sieht man sich allerdings die auffallend geringe Gesamtzahl der Patienten unter Edoxaban an, so sollte man diese Ausnahmestellung mit größter Vorsicht interpretieren.

In der folgenden Tabelle sehen Sie die wichtigsten Resultate:

Table 4 Results of separate DOAC vs. VKA

Events	Incidence rate per 1000 PY		Adjusted HR (95% CI)	p value
	VKA	Dabigatran		
Stroke	26.77	45.94	1.93 (1.82–2.03)	< .001
TIA	11.64	14.13	1.33 (1.22–1.45)	< .001
Embolicism (systemic)	3.69	3.07	0.93 (0.79–1.10)	.42
Bleeding	134.82	107.77	0.85 (0.83–0.88)	< .001
Mortality (all cause)	52.34	63.49	–	–
	VKA	Rivaroxaban		
Stroke	25.88	27.77	1.13 (1.10–1.17)	< .001
TIA	10.69	10.83	1.06 (1.01–1.11)	.02
Embolicism (systemic)	3.79	2.99	0.83 (0.77–0.90)	< .001
Bleeding	135.19	133.23	1.03 (1.01–1.04)	< .001
Mortality (all cause)	57.79	75.02	–	–
	VKA	Apixaban		
Stroke	27.58	38.81	1.52 (1.46–1.58)	< .001
TIA	11.58	12.33	1.15 (1.08–1.22)	< .001
Embolicism (systemic)	3.77	2.75	0.75 (0.67–0.85)	< .001
Bleeding	137.8	93.36	0.71 (0.70–0.73)	< .001
Mortality (all cause)	64.26	74.45	–	–
	VKA	Edoxaban		
Stroke	26.24	15.53	0.88 (0.74–1.05)	.16
TIA	11.18	5.18	0.71 (0.53–0.95)	.02
Embolicism (systemic)	3.94	1.31	0.29 (0.17–0.51)	< .001
Bleeding	133.92	69.82	0.74 (0.68–0.81)	< .001
Mortality (all cause)	53.58	30.62	–	–

VKA vitamin K antagonist, DOAC direct oral anticoagulant, TIA transient ischemic attack, PY person years, HR hazard ratio, CI confidence interval

Die in *BMC Medicine* veröffentlichte Arbeit, in der Sie noch viele anderen Details von Interesse finden können, ist frei verfügbar unter <https://t1p.de/crd8>

Eine weitere Publikation aus diesem Themenbereich dürfte für den hausärztlichen Versorgungsalltag vielleicht ebenfalls von Interesse sein. Dabei geht es um die **Frage, ob und wie man ältere Patienten über 80 Jahre, die an Vorhofflimmern leiden, antikoagulieren soll.**

Japanische Autoren haben im *New England Journal of Medicine* einen plazebokontrollierten RCT zur **Gabe von täglich 15 mg Edoxaban** publiziert. In die Studie wurden 984 Patienten rekrutiert, die für eine übliche orale Antikoagulation als ungeeignet angesehen wurden. Die Gründe, die für diese Zuordnung genannt wurden, waren eine niedrige Kreatininclearance (15 - 30 ml pro Minute), kritische Blutungen in der Anamnese, ein niedriges Körpergewicht (≤ 45 kg), eine chronische, als notwendig erachtete Einnahme von NSAR oder eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern.

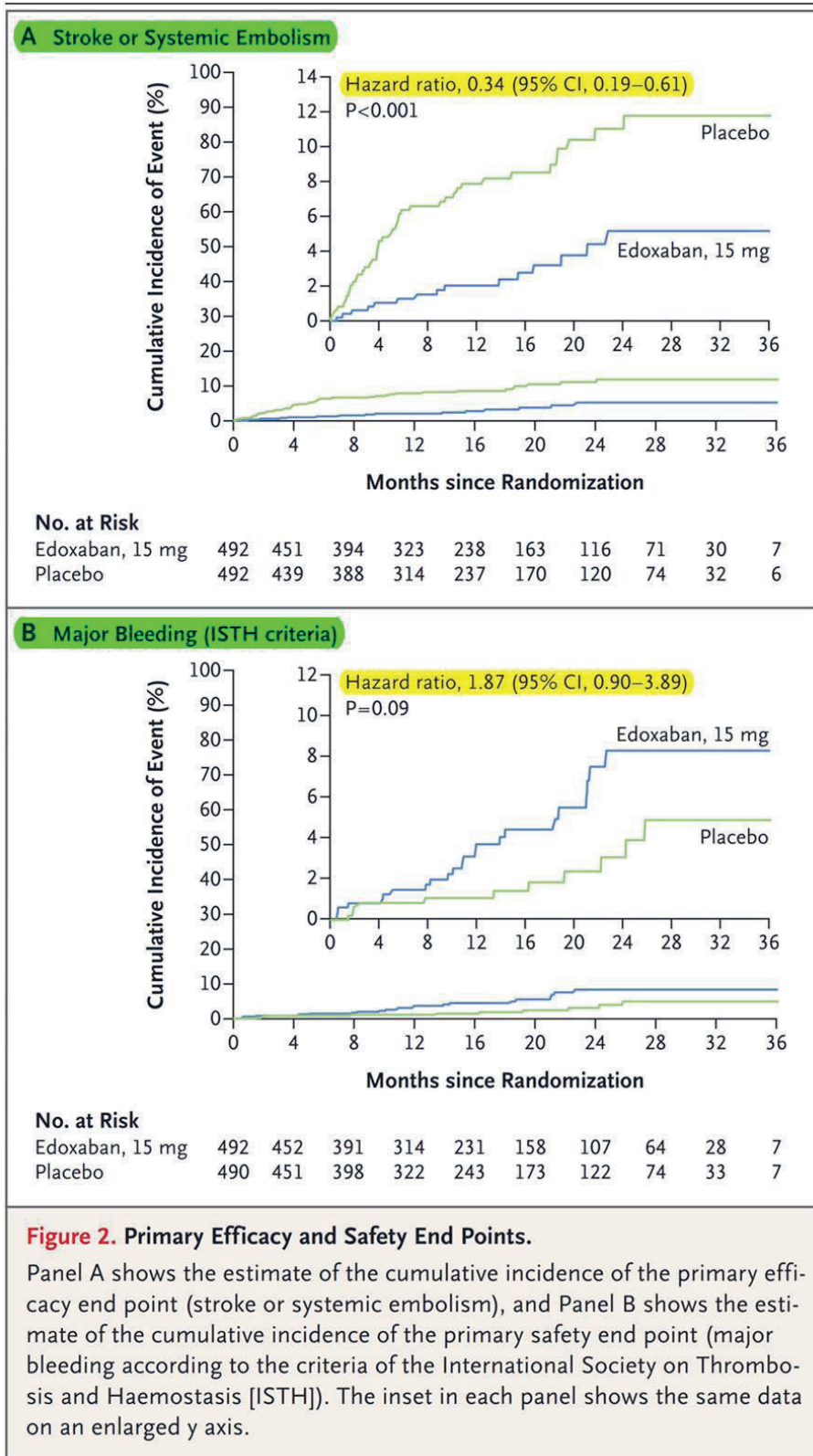
Der *primäre Wirksamkeits-Endpunkt* war zusammengesetzt aus Schlaganfall oder systemischer Embolie und der *primäre Sicherheits-Endpunkt* war eine ernsthafte Blutung.

Beendet haben die Studie nur 681 Patienten, wobei die Anzahl der Abbrecher oder Verstorbenen in der Verum- wie in der Plazebogruppe ähnlich war. Die Nachverfolgungszeit betrug 36 Monate.

Die Verhinderung eines Schlaganfalls war unter dem Verum signifikant wirksamer als unter Plazebo; bei den Blutungen wurde zwar ein Unterschied zu Ungunsten von Edoxaban dokumentiert, der allerdings nicht signifikant war.

- Die jährliche Schlaganfallrate betrug 2.3% in der Edoxaban-Gruppe und 6.7% in der Plazebo-Gruppe (hazard ratio 0.34; 95% KI, 0.19 - 0.61; $P < 0.001$).
- Die jährliche Blutungsrate betrug 3.3% in der Edoxabangruppe und 1.8% in der Plazebogruppe (hazard ratio 1.87; 95% CI, 0.90 to 3.89; $P = 0.09$). Trotz der hier fehlenden statistischen Signifikanz waren die gastrointestinalen Blutungen in der Verumgruppe doch erheblich höher als unter Plazebo.
- Beim Vergleich der Gesamtmortalität ergaben sich keine wesentlichen Differenzen (9.9% unter Edoxaban, 10.2% unter Plazebo [hazard ratio, 0.97; 95% KI, 0.69 - 1.36]).

In der folgenden Grafik sehen Sie den Vergleich der Endpunkte zwischen Edoxaban und Placebo:



Nun wissen Sie alle, dass bei Patienten mit leichter Einschränkung der Nierenfunktion (Clearance > 50 – 80 ml/min) die *empfohlene Dosis von Edoxaban 60 mg/d beträgt*. Bei Patienten mit mäßiger oder schwerer Einschränkung der Nierenfunktion (Clearance 15 – 50 ml/min) wird täglich 30 mg empfohlen. Eine wirksame Tagesdosis von 15mg bei alten Patienten erscheint da als Fortschritt.

Also alles in Ordnung, oder etwa nicht? Bitte sehen Sie sich die folgenden Textstellen aus dem Papier an, die eine *nur geringfügige Arbeitsunterstützung durch den Sponsor* ☺ andeuten:

- ▷ The trial was **funded and sponsored** by Daiichi Sankyo ...
- ▷ Representatives of the sponsor and the academic and clinical authors **designed and wrote the protocol** (available at NEJM.org) and statistical analysis plan, **selected and monitored** the participating sites, and **analyzed and interpreted** the data ...
- ▷ The manuscript was drafted with **medical writing assistance funded by the sponsor**.

Fasst man diese Stellungnahme konzise zusammen, so haben die Autoren lediglich ihren Namen hergegeben. Trotz intensiver Suche konnte ich allerdings nicht finden, auf welche Weise die Honorare übergeben wurden (in bar, per Überweisung oder als Scheck?).

Meine gefühlte Skepsis gegenüber den Ergebnissen einer solchen Studie und der Publikation in einem zwar sehr renommierten, aber gegenüber Industrieinflüssen bekannt empfänglichen Journal, kann ich nicht verbergen. Abgesehen davon, dass die Dosis in Europa momentan nicht zugelassen ist, blicke ich gespannt auf den sicher kommenden Antrag an die *European Medicines Agency* (EMA).

Die Originalarbeit ist nicht frei zugänglich.

(Okumura K, Akao M, Yoshida T, et al. Low-Dose Edoxaban in Very Elderly Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2020; published online August 30, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2012883)

Die **Migräne** ist die häufigste chronische, neurologische Erkrankung, und zählt mit einer weltweiten Prävalenz von (geschätzt) rund 11% zu den verbreiteten Ursachen für Behinderungen.

Die **Gabe von oralen Betablockern ist bei der Erkrankung nur als Prophylaxe zugelassen, eine Akutbehandlung nach bisherigen Untersuchungen hingegen unwirksam**.

Allerdings haben schon vor Jahren unkontrollierte Fallberichte eine mögliche Effektivität von Timolol-Augentropfen nahegelegt, einem Betablocker, der zu den *Standardmedikamenten bei der Therapie des Glaukoms* zählt. [Bereits vor 40 Jahren hat der polnische Neurologe *Antoni Prusiński* über eine mögliche Wirksamkeit einer 0.5% Timolol-Lösung beim Cluster-Kopfschmerz berichtet].

Indische Autoren haben jetzt in der US-amerikanischen Zeitschrift *JAMA Ophthalmology* einen placebo-kontrollierten RCT publiziert. Sie

- randomisierten jeweils 25 jüngere Patienten (mittleres Alter 27 Jahre) in die Timolol- bzw. Placebogruppe,
- drehten nach drei Monaten und einer anschließenden vierwöchigen Auswaschperiode die Zuteilung um (crossover)
- und behandelten dann weitere drei Monate.
- Patienten sollten zum frühestmöglichen Zeitpunkt *einen Tropfen in das rechte und linke Auge* träufeln.
- Sieben Patienten schieden nach erfolgter Randomisierung aus.

Bezogen auf die Anzahl der Attacken betrug die Reduktion um mindestens 4 Punkte auf einer 10 Punkte umfassenden Schmerzskala nach 20 Minuten 82% (Timolol) vs. 14% (Plazebo).

Die Ergebnisse sehen Sie in der nachfolgenden Tabelle

Characteristic	Group A (n = 20) ^a	Group B (n = 23) ^b	Difference (95% CI)	Unpaired t test	P value
By group, A vs B					
Reduction in pain score with timolol, mean (SD)	4.58 (1.77)	5.04 (1.65)	-0.46 (-1.49 to 0.57)	$t_{41} = -0.89$	.38
Reduction in pain score with placebo, mean (SD)	0.84 (1.35)	1.00 (1.40)	-0.16 (-0.98 to 0.66)	$t_{41} = -0.39$	.69
Entire cohort by treatment, timolol vs placebo	After timolol	After placebo			
Reduction in pain score, mean (SD)	5.98 (2.54)	0.93 (1.37)	5.05 (4.19-5.91)	$t = -10.66$	<.001

^a Group A received timolol first, then placebo.
^b Group B received placebo first, then timolol.

Ein Tropfen ins Auge und der Kopfschmerz geht weg oder wird deutlich schwächer – eine Aussicht, die den Autor eines Begleitkommentars zu der Überschrift animierte: „Put a Drop of Timolol Into Each Eye and Call Me in the Morning“.

Die Arbeit ist nicht frei verfügbar.

Kurian A, Reghunadhan I, Thilak P, et al. Short-term efficacy and safety of topical β -blockers (timolol maleate ophthalmic solution, 0.5%) in acute migraine. JAMA Ophthalmol. Published online October 1, 2020. doi:10.1001/jamaophthalmol.2020.3676

Eine Meldung für Forschungsinteressierte: Die Freiburger Allgemeinmedizin gehört zu den Abteilungen, deren Projekte vom *Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses* (G-BA) gefördert werden.

Für die **Studie „Gute Arzt-Patient-Kommunikation“ (GAP)** wurde ein leicht navigierbares und gut verständliches Portal zur Diagnostik und Behandlung von Rückenschmerzen entwickelt, auf das sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Patient/innen zugreifen können. Es kann während der Sprechstunde genutzt werden, bietet aber auch viele leichtverständlichen Informationen und Übungsvideos. Das Portal ist für jeden kostenfrei zugänglich: <https://tala-med.de/>. In den Seiten ist auch eine Umfrage enthalten - die Verantwortlichen der Institution würden sich über Rückmeldungen freuen.

Im Rahmen des Projektes wurde auch eine **Suchmaschine für allgemeine gesundheitsbezogene Fragestellungen** entwickelt. Sie soll den Nutzern helfen, anhand von vier Kategorien (Vertrauenswürdigkeit, Nutzerfreundlichkeit, Aktualität und Verständlichkeit) die Qualität deutschsprachiger, gesundheitsbezogener Websites einzuschätzen. Die Suchmaschine kann kostenfrei getestet werden: <https://gapsearch.imbi.uni-freiburg.de/>. Die Rückmeldungen werden in die weitere Entwicklung der Suchmaschine einbezogen. Teilnehmer an einer kurzen Umfrage (ca. 5 Minuten) können einen Büchergutschein gewinnen.

Weitere Infos auf der Forschungs-Website <https://t1p.de/gae4> oder über die Projektleiterin Marina Schmölz (E-Mail: marina.schmoelz@uniklinik-freiburg.de) .

Corona

Bundesbildungsministerin Anja Karliczek hat dem Redaktionsnetzwerk Deutschland am 30.9.2020 ein Interview gegeben <https://t1p.de/y55z>.

Dabei sagte sie u.a.: „**Die Impfung** (gegen das neue Coronavirus) ist und bleibt freiwillig. Das Robert Koch-Institut, der Ethikrat und die Ständige Impfkommission entwickeln jetzt Empfehlungen. Als Bundesbildungsministerin würde ich mir wünschen, dass Lehrerinnen und Lehrer aufgrund ihrer Vielzahl an Kontakten in der Schule zu den Ersten gehören, denen eine Impfung angeboten wird – insbesondere, wenn sie zu einer Risikogruppe gehören. Das würde sicher den Lehrerinnen und Lehrern die verständlichen Sorgen vor einer Infektion nehmen. Das würde auch helfen, den für die Gesellschaft so wichtigen Schulbetrieb aufrecht zu erhalten“.

- Ob sich die Ministerin vielleicht irrt bei der Einschätzung der kommenden Impfstoffe, deren erste Zulassungen bis zum Jahresende erfolgen könnte?

Die Erwartungen in die oft mit schönen Reden hochgelobten, kommenden SARS-CoV-2-Impfstoffe erscheinen im Vergleich zu vorliegenden wissenschaftlichen Belegen eher unrealistisch. Ich möchte im Folgenden nur einige Aspekte aufführen:

- Das Datum der Zulassung, die Menge der dann verfügbaren Impfstoffe und die Priorisierung der unterschiedlichen Risikogruppen sind nicht dasselbe. In den ersten Monaten nach Zulassung dürften keineswegs Impfstoffmengen verfügbar sein, welche die Bevölkerung eines ganzen Landes wie z.B. der Bundesrepublik schützen können.
- **Wie wirksam** die unterschiedlichen Impfstoffe sein werden, wissen wir nicht genau (Zulassungskriterien fordern dem Vernehmen nach, eine Verminderung der Inzidenz oder der klinischen Schwere um mindestens 50%). Dass sie so zuverlässig vor einer Ansteckung schützen wie z.B. eine Masernvakzine, ist aus heutiger Sicht unwahrscheinlich bis ausgeschlossen.
- Unter den zeitlich führenden Impfstoffen sind drei **m-RNA-Vakzine** (darunter die Präparate der deutschen Firmen *BionTech [Mainz]* und *Curevac [Tübingen]*), - einer Technik, mit der bislang noch nie ein Impfstoff produziert wurde.
- Ältere Personen, die zu den bekannten Risikogruppen gehören, sind weitgehend aus den Impfstudien ausgeschlossen, wie eine gerade in *JAMA Internal Medicine* publizierte Studie gezeigt hat „*The Exclusion of Older Persons From Vaccine and Treatment Trials for Coronavirus Disease 2019—Missing the Target*“ <https://t1p.de/npj5>
- Trotz einer relativ „einsamen“ Studie, welche die Sicherheit des m-RNA-Impfstoffs der amerikanischen Firma Moderna bei der *eindrucksvoll großen Anzahl von 40 älteren Erwachsenen* ☺ beleuchten will (*Safety and Immunogenicity of SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccine in Older Adults* <https://t1p.de/7qkj>) wird das Thema unerwünschte Wirkungen eher unter der Decke gehalten.

Die vor kurzem bei einer Teilnehmerin einer klinischen Studie der Vektor-Vakzine von *Astra-Zeneca/Oxford Jenner Institute* aufgetretene transverse Myelitis (dem Vernehmen nach nicht der erste Fall) wurde mit Argumenten des Datenschutzes klammheimlich in die Versenkung transportiert, ohne dass Details an die Öffentlichkeit gelangten. Auffallend schnell erfolgte die Mitteilung, der Fall habe nichts mit der Impfung zu tun. Die Studie wurde im UK nach sechs Tagen wieder aufgenommen, in den USA wird gerade noch pausiert. Vermutlich ist die Zahl der bisher bekannten unerwünschten Wirkungen bei allen Impfstoffen erheblich höher als bisher bekannt wurde <https://t1p.de/jf5a>

- Die sog. **Sicherheitsstudien**, für die nicht mehr als max. 30.000 – 40.000 Personen rekrutiert werden, können bei weitem nicht alle relevanten Nebenwirkungen erfassen – dazu sind mehrere hunderttausend Teilnehmer nötig (solche aufwendigen Studien wird es in absehbarer Zeit nicht geben, weil sie sehr viel Zeit brauchen).

Der zunehmende politische Druck, nicht nur, aber besonders durch den amerikanischen Präsidenten

Donald Trump, der die Zulassung eines Impfstoffs vor dem Wahltermin am 3. November durchdrücken möchte, kann zu kaum abschätzbaren Risiken führen. Eine solche riskante Zulassung erscheint inzwischen aber eher unwahrscheinlich, wie die New York Times soeben berichtete <https://t1p.de/3mdl>.

Jerry Avorn, Pharmakoepidemiologe an der *Harvard Medical School*, hat insbesondere zu den **Sicherheitsaspekten der neuen Impfstoffe** einen lesenswerten Kommentar im *New England Journal of Medicine* geschrieben <https://t1p.de/rkd1>.

- Wie relevant die *Kriterien der Schutzwirkung* von Impfstoffen sein werden, erscheint im Falle von SARS-CoV-2 unklar. **Antikörper** (die nach leichteren Covid-19-Erkrankungen relativ rasch wieder aus dem Blut verschwinden können oder gar nicht erst auftreten) sind nur eine Art von Surrogatmarker.
Die **virusspezifische T-Zell-vermittelte Immunität** spielt aufgrund ihrer zuverlässigen und langdauernden Präsenz eine viel wichtigere Rolle - sie kann aber nicht ohne erheblichen Aufwand überprüft werden (schon gar nicht im Routinelabor) <https://t1p.de/e2kh>.
- Eine aktuelle, 15 Seiten umfassende **Übersichtsarbeit über alle SARS-CoV-2-Impfstoffe** mit informativen Grafiken, verfasst von Florian Krammer, Virologe an der *Icahn School of Medicine at Mount Sinai in New York (Nature)* finden Sie unter <https://t1p.de/dryu>
- Ebenfalls in *Nature* erschienen ist eine eindrucksvolle und gleichzeitig amüsante Webseite über die **Geschichte der Impfstoffentwicklung** <https://t1p.de/4wjx>

Wenn Sie wissen wollen, **welches Infektionsrisiko das Fliegen** hat, fragen Sie am besten Dr. Rui Pombal, Autor einer *JAMA patient page* unter der Überschrift „Risk of COVID-19 During Air Travel“ <https://t1p.de/7mn0>.

Eine solche Anfrage hätte folgende *unschätzbare Vorteile*:

- Sie bekommen eine ordentliche Portion Falschinformationen (z.B. über das angeblich hohe Risiko einer Schmierinfektion und die vermeintliche Vergleichbarkeit eines Passagierraums im Flugzeug mit einem OP-Saal)
- Sie erfahren, dass man (bei Abwesenheit genauen Zahlenmaterials) das „verschwindende“ Risiko eines Fluges mit dem Risiko einer Fahrt in einem chinesischen Hochgeschwindigkeitszug vergleichen könne.

Diesen unschätzbaren Vorteilen stehen *minimale Nachteile* entgegen:

- Passagiere erfahren nicht, dass das größte Risiko von der Besetzung des Mittelplatzes mit einer fremden (nicht einer Familie angehörenden) Person ausgeht.
- Der Autor ist Angestellter der portugiesischen Fluggesellschaft TAP und Vorsitzender der *Aerospace Medical Association Air Transport Medicine Committee*, der medizinischen Abteilung des internationalen Lobbyvereins der Fluggesellschaften. Diese hat (wie in einem früheren Benefit berichtet), auch mit der EU-Kommission ausgehandelt, dass die Belegung des mittleren Platzes in einer Dreierreihe nur dann unterbleiben kann, wenn es die Auslastung der Maschine erlaubt. Eine faire Regelung, wie ich finde – zwar nicht für die Passagiere, aber für die Fluggesellschaften...

Das folgende Bild zeigt die glorreiche Riege des europäischen Lobbyisten-Vereins A4E: EU-Verkehrskommissarin *Violeta Bulc* ist die Frau in der Mitte; rechts neben ihr Lufthansa-Chef Carsten Spohr. *Ob das Bild vor oder nach der Regierungsstütze in Höhe von 9 Milliarden Euro aufgenommen wurde, konnte ich leider nicht herausfinden (Entschuldigung).*



BIZ-Travel (© Andreas W. Schulz)

„Wer keine Maske trägt, gilt schnell als Gegner der Corona-Maßnahmen. Für Menschen, die beispielsweise aufgrund von Asthma keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen können, wird ein Spaziergang oder Ladenbesuch deswegen leicht zum Spießrutenlauf“.

Mit diesen Worten beginnt eine Sendung von *Deutschlandfunk Kultur*, die am 30.9. unter dem Titel **„Maskenpflicht - Stigmatisiert wegen Asthma“** ausgestrahlt wurde (Autorin: Felicitas Boeselager) <https://t1p.de/zeoh>. Über die im Zentrum des Berichts stehende Frau aus Bremen heißt es weiter: „Sie hat starkes Asthma. Deshalb ist sie schon am Tag bevor die Maskenpflicht kam, zu ihrem Arzt gegangen“. „Der weiß von meinem Asthma und behandelt mich seit Jahren. Ich habe verschiedene Masken bekommen, die ich probieren sollte, **weil ich als Asthmatikerin auch besonders gefährdet bin. Ich bin ja auch Risikogruppe**. Und mit diesen Masken ging das nicht. Ich saß da und habe die Masken ausprobiert, und es ging nicht, weil ich nicht genug Luft bekommen habe.“ (Hervorhebungen durch mich, MMK)

Nun kenne ich weder die geschilderte Patientin noch ihren Arzt und ich maße mir in keiner Weise an, die Situation von außen angemessen beurteilen zu können. Ich nehme allerdings diese Sendung als *pars pro toto* für die aus meiner Sicht *eigentümliche* Darstellung des Themas in manchen Medien. Vermutlich haben (wie ich auch) etliche Leser/innen der Benefits schon Begegnungen mit Menschen gehabt, die unter Hinweis auf ärztliche Atteste z.B. in Läden keine Maske tragen.

Ich will an dieser Stelle *nicht ausführlich* auf das Thema „**Asthma als Risikofaktor für Covid-19**“ eingehen und nur in aller Kürze darauf hinweisen, dass

- nach der bislang vorliegenden Evidenz Asthma bronchiale (bis auf schwere Fälle, die meist durch die systemische Einnahme von Corticoiden gekennzeichnet sind) nicht als Risikofaktor für einen komplizierten Verlauf von Covid-19 angesehen wird und
- das Tragen einer Maske für Asthmatiker/innen – laut Empfehlungen von Experten - in aller Regel unproblematisch ist.

Hier einige *ausgewählte* Hyperlinks, die aufgrund der sich schnell wandelnden Erkenntnisse mit dem frühesten Datum ab 10. August 2020 eingestellt wurden

- CDC: People with Moderate to Severe Asthma <https://t1p.de/nsei> (11.9.2020)
- What People With Asthma Need to Know About Face Masks and Coverings During the COVID-19 Pandemic <https://t1p.de/y3ak> (13.8.2020)
- Asthma in COVID-19 Hospitalizations: An Overestimated Risk Factor? <https://t1p.de/xq9e> (31.8.2020)
- Effect of Face Masks on Gas Exchange in Healthy Persons and Patients with COPD <https://t1p.de/ly5m> (2.10.2020)

Mir scheint, dass das Problem der nicht getragenen Masken – aufgrund der immer notwendigen Bescheinigung - eher auf ärztlicher Seite zu suchen ist. Dass einzelne Ärzte Maskenbescheinigungen im Internet anboten, habe ich bereits in einem früheren Benefit erwähnt.

Der Präsident der Bundesärztekammer, *Klaus Reinhardt*, hat sich – erneut mit erfrischender Deutlichkeit - zu diesem Thema geäußert. Er glaube zwar, dass „*die Zahl der Mediziner, um die es hier geht, so gering ist, dass der Ärzteschaft damit kein Schaden entsteht*“, sagte aber auch: „*Dass es sich hier, in vielen Fällen um Gefälligkeitsatteste handelt, geht aus meiner Sicht über das Stadium des Verdacht hinaus*“.

In einem **Interview in der FAZ** wurde Reinhardt u.a. folgende Frage gestellt „*Herr Reinhardt, einmal angenommen, jemand ist es leid, jeden Tag wegen Corona mit Mundschutz herumzulaufen. Wie gut sind die Chancen, dass diese Person einen Arzt findet, der ein entsprechendes Attest ausstellt?*“.

Reinhardt: „*Das ist hoffentlich nur ganz selten der Fall. In Nordrhein-Westfalen laufen deswegen bei den Ärztekammern gerade sieben berufsrechtliche Prüfungen, aus Hamburg wurden kürzlich auch entsprechende Fälle gemeldet. Da tauchten Atteste mit recht pauschalen Begründungen auf. Dort besteht der Verdacht, dass es sich um Gefälligkeitsatteste handelt. Wir haben dazu eine klare Haltung und tolerieren das unter keinen Umständen*“.

Das ganze Interview können Sie lesen unter <https://t1p.de/4n0o>

Am 28. September 2020 hat die **Zahl der SARS-CoV-2 positiv getesteten und an Covid-19 Verstorbenen eine Million überschritten.**

Die New York Times sagte dazu einen Tag später: „Over the past 10 months, the virus has taken more lives than H.I.V., malaria, influenza and cholera. And as it sows destruction in daily life around the globe, it is still growing quickly“.

Die Süddeutsche Zeitung ist gerade 75 Jahre alt geworden und hat, wie jeden Tag, ihre Meinungsseite den Ideen einer ihrer begabten Karikaturistinnen geöffnet.



SZ-ZEICHNUNG: SINISA PISMESTROVIC

Leider fehlt zu dem im Cartoon dargestellten Mann in der gepanzerten Limousine ein passender Kommentar. Den hat – *obwohl er den betreffenden Menschen doch noch gar nicht kannte* - bereits der deutsche Philosoph **Immanuel Kant** (1724 - 1804) passend formuliert:

„Der Mangel an Urteilskraft ist eigentlich das, was man Dummheit nennt, und einem solchen Gebrechen ist gar nicht abzuhelpen“.

Herzliche Grüße

Michael M. Kochen