

Zensur - mitten unter uns

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

im heutigen Benefit geht es zunächst um ein eher trauriges Thema: **Zensur mitten unter uns - in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)**, in der rund zwei Drittel von Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, Mitglied sind.

Im aktuellen Juniheft der *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (ZFA), das diesen Monat etwas früher als sonst verschickt wurde und den DEGAM-Mitgliedern bereits vorliegt, ist ein Editorial von vier der fünf Herausgeber/innen sowie ein Kommentar der fünf Mitglieder des geschäftsführenden Präsidiums der DEGAM abgedruckt.

Unter der Überschrift „Wir gehen“ kündigen die unterzeichnenden Herausgeberinnen und Herausgeber an, dass sie die ZFA zum Jahresende verlassen. Nicht freiwillig, aber endgültig, wie Sie den [hier beiliegenden Texten](#) entnehmen können.

[Als ich 1985 Mitherausgeber der ZFA wurde (seinerzeit noch im Stuttgarter Hippokrates-Verlag, später von Thieme aufgekauft), waren die „Schriftleiter“ der damaligen Streuzeitschrift fast ausschließlich Fachinternisten. Im Laufe von fast vier Jahrzehnten gelang es, aus dem Blatt eine unabhängige wissenschaftliche Zeitschrift zu machen, die zum Organ der DEGAM wurde und ausschließlich die Allgemeinmedizin im Fokus hatte. Im Gegensatz zu praktisch allen anderen medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland, bei denen das Namenrecht des entsprechenden Organs beim jeweiligen Verlag liegt, ist das Namenrecht an der ZFA seit 2006 im Besitze der DEGAM (ich habe es als damaliger DEGAM-Präsident vom Thieme-Verlag erstritten)].

- ▷ **Was Sie im vorliegenden Juniheft leider nicht finden werden, ist eine halbseitige Information von Susanne Rabady (Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin [ÖGAM] und Mitherausgeberin der ZFA), die an die österreichischen Leserinnen und Leser der ZFA gerichtet war.** Zur Erklärung: Die österreichischen Landesverbände sind seit vielen Jahren Mitherausgeber der Zeitschrift (s. Impressum) – die dort organisierten Kolleginnen und Kollegen zahlen selbstverständlich auch für den Bezug.
- ▷ Die halbseitige Information - *offenbar ein sehr gefährlicher Text* <https://oegam.at/artikel/beendigung-zfa-abos> - wurde einen Tag vor Drucklegung vom geschäftsführenden Präsidium der DEGAM (einstimmig wie es hieß) aus dem Heft gelöscht.

Offizieller Grund für diese Zensur: Sie „passe nicht in das Juniheft mit den beiden abgesprochenen Editorials“. Eine vorherige Rücksprache mit der betroffenen Autorin Susanne Rabady, den anderen ZFA-Herausgeberinnen und Herausgebern oder den österreichischen Landesgesellschaften, hielt das DEGAM-Präsidium vor der Zensur nicht für nötig.

Seitens des DEGAM-Präsidiums wurde mit diesem Schritt eine über viele Jahre im Rahmen der ZFA gewachsene deutsch-österreichische Zusammenarbeit in kurzer Zeit einseitig beendet. Aus meiner Sicht werden hier Strukturen antidemokratischer Machtdurchsetzung sichtbar – ohne inhaltliche Auseinandersetzung auf Augenhöhe.

Die Einschätzung der hier zum Tragen kommenden Logik, man dürfe nicht die ganze Wahrheit präsentieren und nicht öffentlich streiten, denn das sei für die DEGAM schädlich, überlasse ich Ihrem Urteil.

Was tun?

- ▷ Im Herbst stehen auf dem jährlichen DEGAM-Kongress in Greifswald Neuwahlen des Präsidiums an. Vielleicht gibt es ja doch einige, die es wagen, öffentlich Gegenpositionen zu beziehen, Alternativen aufzuzeigen und sich wählen zu lassen.

- ▷ Sie haben natürlich auch schon vorher die Möglichkeit, sich gegenüber dem geschäftsführenden Präsidium zu äußern <https://www.degam.de/praesidium> bzw. <https://www.degam.de/kontakt>.

▷ „Frau Doktor, ich habe so Kopfwegh – bitte stellen Sie doch eine Überweisung zur Kernspin-Tomographie aus“.

Viele Hausärztinnen und Hausärzte werden solche „Anforderungen“ schon einmal in der einen oder anderen Form erlebt haben – vielleicht nicht in dieser eher undifferenzierten Art und Weise. Ob sich leidende PatientInnen nach ausführlichem Gespräch und klinischer Untersuchung von der oft fehlenden **Indikation zur Bildgebung bei primären Kopfschmerzen** überzeugen lassen, kommt sicher auf den Einzelfall an.

Nicht wenige der Angesprochenen könnten versucht sein, sich diesem Druck und dem nötigen Zeitaufwand durch eine Überweisung zum Neurologen zu entziehen. Da viele niedergelassenen Spezialisten kassenversicherte PatientInnen heutzutage nur mit langem Vorlauf akzeptieren, könnte es sich vielleicht lohnen, einmal in die wissenschaftliche Literatur zu sehen, wie man mit dem *Problem „Bildgebung“ beim Symptom Kopfschmerz* umgehen sollte.

Ich habe mir bei einer zugegeben unsystematischen Suche nach Kopfschmerzen und Bildgebung bei Erwachsenen („*quick and dirty*“) in Medline einmal die ersten 200 Hits angesehen: Angezeigt werden meist spezifische Krankheitsbilder und viele seltenen Kolibris, die in der hausärztlichen Versorgung eine absolut untergeordnete oder gar keine Rolle spielen. Auch bei der AWMF wird man (Ausnahme: Kinder) nicht wirklich fündig. Eine Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie stammt aus dem Jahre 2012 <https://t1p.de/sdjzh>.

Ganz erfolglos war meine Idee allerdings nicht:

- ▷ „*Der Allgemeinarzt*“ hat in seinem digitalen Portal 2021 eine gute Übersicht (von der in Wolfsberg arbeitenden Neurologin *Sonja-Maria Tesar*) unter dem Titel **Diagnostik von primären und sekundären Kopfschmerzen** veröffentlicht <https://t1p.de/mha6e>.
- ▷ Und aus dem australischen drug bulletin „*Australian Prescriber*“ stammt eine soeben erschienene, begutachtete Arbeit „*Imaging in headache disorders*“ <https://t1p.de/1hzpp>, die aus meiner Sicht sehr lesenswert ist.

Die nicht gerade neue Quintessenz bleibt unverändert: **Anamnese und klinische Untersuchung sind für jede Art von Bildgebung unverzichtbare Voraussetzungen.**

- ▷ Apropos lesenswerte Übersichten: Wer vielleicht im Urlaub einmal seine Kenntnisse bei den Themen **Borreliose und FSME** auffrischen will: Der an der Universität Basel tätige Infektiologe *Phillipp Tarr* und MitarbeiterInnen aus verschiedenen Schweizer Institutionen haben in der open access-Zeitschrift *Primary and Hospital Care* einige aktuelle, frei zugängliche Texte publiziert.

Sie sind – ähnlich wie Fortbildungsarbeiten in der ZFA - strukturell so aufgebaut, dass häufige Fragen aus der Praxis gestellt und in gleichem Atemzug beantwortet werden.

► Wenn Sie auf der Archivseite <https://primary-hospital-care.ch/archiv> das Stichwort „Borreliose“ eingeben, erhalten Sie alle bislang zu beiden Themen veröffentlichten Arbeiten.

► Erinnern Sie sich noch an das letzte Benefit „Mit einer Hand reanimieren und mit der anderen telefonieren“?

Ich hatte bei der Beschreibung der Realität – *spañeshalber* – geschrieben: „Man möchte sich auch nicht vorstellen, dass am anderen Ende eine untrainierte Urlaubsvertretung am Apparat ist und sagt „Sprechen Sie bitte lauter und stellen Sie die Nebengeräusche ab. Buchstabieren Sie nochmals Ihren Namen“.“

Dass solche Beschreibungen keineswegs aus der Luft gegriffen sind, zeigt der folgende Bericht über eine **Geburt im Wagen eines Freiburger Taxifahrers** (Badische Zeitung vom 13.5.2022). Dummheit – Pardon – kennt offenbar keine Grenzen...

„Hallo, mein Fahrgast kriegt ein Kind“

BZ-INTERVIEW mit Taxifahrer Waqas Muhammad über eine Geburt in seinem Fahrzeug und die Schwierigkeiten beim Hilfe holen

FREIBURG. Die Geburt im Taxi, weil es die Mutter nicht mehr rechtzeitig in die Klinik schafft – ein Klischee aus Boulevard-Geschichten und TV-Serien. Aber es passiert eben doch ab und an. In der Nacht auf Mittwoch kam ein Junge im Fahrzeug von Taxifahrer Waqas Muhammad zur Welt, einiges dabei verlief dann aber doch anders als im Film.

BZ: Herr Muhammad, das klingt nach Stoff aus der Vorabendserie im TV: Sie sollten eine hochschwangere Frau ins Krankenhaus fahren und dann...?

Muhammad: Nein, es war umgekehrt, ich hatte gegen 0:30 Uhr den Auftrag bekommen, die Frau vom Krankenhaus abzuholen und in die Innenstadt zu fahren. Am Ziel ist sie ausgestiegen und als ich gerade wieder losfahren wollte, winkte sie plötzlich. Ich dachte, sie hat vielleicht etwas vergessen, doch sie sagte, sie müsse schnell wieder ins Krankenhaus – das Kind komme. Ich habe gesagt, „einsteigen, wir fahren los“, und der Zentrale durchgegeben, dass hier jede Minute ein Kind geboren werden könnte und wir in die Klinik fahren. Nach ein paar Metern



Waqas Muhammad

aber sagte die Frau, ich solle wieder anhalten – in diesem Moment war das Kind schon unterwegs.

BZ: Und doch noch ins Krankenhaus zu kommen, brauchte man erst gar nicht mehr versuchen?

Muhammad: Nein. Ich habe sofort den Notruf angerufen, also die 112 – aber da

hat niemand abgenommen, auch nicht nach dreißig Sekunden klingeln lassen. Die Frau hat gesagt, ich solle dann eben die Polizei anrufen. Das habe ich gemacht und gesagt, „mein Fahrgast kriegt ein Kind, bitte schicken Sie einen Krankenwagen, damit nicht irgendetwas passiert.“

BZ: Doch auch das hat nicht geklappt...

Muhammad: Die Polizei hat dann den Rettungsdienst angerufen, von dort hat sich jemand kurz danach bei mir gemeldet, aber erstmal komische Fragen gestellt. Beispielsweise, in welcher Schwangerschaftswoche die Frau sei. Ich sagte, „ich bin nur der Taxifahrer, ich weiß nicht, in welcher Schwangerschaftswoche die Frau ist – bitte schicken Sie einen Krankenwagen zu uns.“ Aber die Dame vom Rettungsdienst hat immer noch weitere Fragen gestellt.

BZ: Und auf dem Rücksitz schritt die Geburt währenddessen immer weiter fort?

Muhammad: Ja. Und immer noch waren keine Polizei und kein Krankenwagen da. Ich hab' aus dem Auto nach links und

rechts geschaut, ob da irgendwer ist, der uns helfen kann. Dann habe ich ein Polizeiauto gesehen, das zufällig vorbeigefahren ist. Ich bin ausgestiegen und habe gewunken. Die Beamten, eine Frau und ein Mann, sind zu uns gekommen, und haben dann gesagt, dass das Kind wohl jede Sekunde kommen kann. Und dann haben die Polizisten geholfen, es auf die Welt zu bringen.

BZ: Und dann war es geschafft. Wie fühlte sich das für Sie an?

Muhammad: Dann war es geschafft, ja. Ich war sehr glücklich, dass das Kind gesund war und auch die Mutter. Dann kam endlich auch der Krankenwagen und hat die beiden mitgenommen. Man glaubt ja nicht, dass das in Deutschland passieren kann, man ruft Hilfe und es kommt keiner. Wenn ich etwas schneller weggefahren wäre, hätte die Frau das Kind vielleicht alleine irgendwo im Treppenhaus zur Welt bringen müssen.

BZ: Wie vielen ihrer Kollegen ist sowas schon passiert?

Muhammad: Keinem.

► Und noch eine Erinnerung, diesmal an ein *Editorial älterer Bauart (2017) in der ZFA*. Unter der Überschrift „Kommt ein Vogel geflogen“ wird die erstmals 2005 als Idee geborene **Rolle von Drohnen bei der Anlieferung eines Defibrillators an den Ort der Reanimation** beleuchtet.

Kommt ein Vogel geflogen



Es ist ein trüber Samstagvormittag, als Sie im vertragsärztlichen Notdienst unterwegs sind und telefonisch zu einem Einödhof im Hochschwarzwald gerufen werden – sechs Kilometer von Ihrer ländlichen Gemeinschaftspraxis, aber 30 km vom nächsten Krankenhaus entfernt. Sie sind heilfroh, dass die Straßen schneefrei sind und eine höhere Geschwindigkeit zulassen.

Ihr Mann, so die Landwirtin am Telefon, sei plötzlich nicht richtig ansprechbar gewesen. Sie fahren los, alarmieren vorher aber noch den am Krankenhaus stationierten Notarztwagen (dessen Ankunft voraussichtlich aber deutlich nach Ihrer eigenen liegen dürfte).

Nach wenigen Minuten sind Sie vor Ort und greifen sich in geübter Routine den normalen und den Reanimationskoffer (u.a. mit Intubationsbesteck, aber ohne Defibrillator).

Raschen Schrittes folgen Sie der am Eingang wartenden, aufgeregten Bäuerin. Der Landwirt liegt leblos auf seinem Bett; Sie können keinen Puls tasten. Zu zweit ziehen Sie den Patienten auf den Boden und Sie beginnen mit der Herzmassage. Schon ziemlich außer Atem, teilen Sie der wie angewurzelt neben Ihnen stehenden Ehefrau eine Telefonnummer mit, die sie bitte sofort anrufen sollte.

Den Notarztwagen haben Sie ja schon alarmiert. Zu welchem Empfänger aber führt das Telefonat?

Hier beginnt eine fast schon realitätsnahe Geschichte, die Sie auf den ersten Blick vielleicht in die Rubrik Science Fiction einordnen würden. Es geht um den **Einsatz von Drohnen**, die einen automatisierten externen Defibrillator (AED) per Luftfracht anliefern.

Aber der Reihe nach.

Der Herzstillstand außerhalb des Krankenhauses (**OHCA** = *out-of-hospital-cardiac-arrest*) gehört mit jährlich 300.000 Fällen und einer Mortalität von fast 90 % zu den häufigsten Todesursachen in Europa. Eine frühzeitige Defibrillation durch Laien (die das Ereignis beobachten und einen in der Nähe verfügbaren AED beim Patienten anbringen) kann Todesfälle hochsignifikant vermindern. Die Platzierung der Geräte auf sog. öffentlichen Hochrisikoplätzen wie Fußballstadien oder U-Bahnstationen wird inzwischen von fast allen Fachgesellschaften empfohlen.

Andreas Claesson aus dem Karolinska-Institut und seine Kollegen führten eine Studie durch, die den Vorteil des Einsatzes von AEDs klar demonstrierte – in Westschweden (25.247 km², Hauptstadt Göteborg, 1,6 Millionen Bewohner, davon

500.000 Wiederbelebungsstrainiert). Von allen zwischen 2008 und 2015 erfassten 6.685 OHCA-Fällen, litten 24 % an Kammerflimmern. 240 davon konnten von Laien defibrilliert werden. Der AED-Einsatz vor Eintreffen des Notarztes (primärer Endpunkt) stieg von 5 % (2008) auf 20 % (2015), die 30-Tage-Überlebensrate im Schnitt von 22 % auf 28 %. Von den innerhalb von 6,5 Minuten nach Kollaps mit einem lokalen AED behandelten Patienten überlebten aber 68 %!

Jetzt aber zur Drohne: 2005 erstmals als theoretische Idee geboren und 2015 als Konzept in der Zeitschrift *Nature* publiziert, wurden bereits 2016 initiale Experimente in der Region von Stockholm durchgeführt (wiederum von Andreas Claesson et al.).

Die bekannten Daten aus der Provinz Stockholm:

- 6.488 km², 2.224.156 Bewohner;
- 2006–2013: 7.256 Fälle von Herzstillstand;
- Vier Zentren über Notfallnummer 112 erreichbar, Rendevouz-System;
- Durchschnittliche Zeit von Alarmierung bis zur Defibrillation: elf Minuten;
- 30-Tage-Überlebenszeit: 31 % für Patienten nach Notarztwageneinsatz, 70 % für die vorher mit einem lokalen AED behandelten Personen.

Erprobt wurden in der explorativen Studie zwei in Deutschland hergestellte Drohnen, die von einer Bodenstation aus von zwei entsprechend ausgebildeten Piloten gesteuert wurden und jeweils einen AED (Gewicht 1 kg) trugen. Solche Fluggeräte müssen aber keineswegs manuell gesteuert werden, sie fliegen besser und zeitsparender mit einem einprogrammierten Auto-Piloten. Die maximale Geschwindigkeit der Drohne: 70 km/Stunde, maximale Reichweite 10 km.

Die Drohnen konnten den AED auf drei verschiedene Arten ausliefern (1. Landung auf dem Boden; 2. Herabschweben des AEDs mit einem Fallschirm aus mind. 25 m, 3. Luftstopp und Ausklinken des AEDs in 3–4 m Höhe – Empfänger greift ihn mit Händen [technisch beste Lösung]). Alle Versuche wurden mit einer Videokamera aufgenommen. Probleme mit oder Schäden am Fluggerät traten nicht auf.

Im *städtischen Bereich* (n = 3.041 Fälle) war die errechnete Vorhersage, dass die AEDs in 32 % vor einem Notfallfahrzeug eintreffen und im Mittel 1,5 Minuten einsparen.

Im *ländlichen Bereich* (n = 124 Fälle) lautete die Kalkulation hingegen, dass die AEDs in 93 % vor einem Notfallfahrzeug eintreffen und im Mittel 19 Minuten einsparen würden.

Wir schreiben das Jahr 2019. Sie sind zurück auf dem Bauernhof im Hochschwarzwald, greifen sich die eingeflogene Drohne, eilen zum Patienten und defibrillieren ihn erfolgreich. Gratulation!

Herzlich Ihr
Michael M. Kochen

Die im Editorial erwähnten AutorInnen aus dem Stockholmer *Karolinska Institute* berichten soeben in einem Kurztext im *New England Journal of Medicine* über die Fortsetzung der Geschichte. Im Rahmen einer im April 2021 begonnenen prospektiven Nachfolge-Studie wird ein 71-jähriger Mann beschrieben, der während des Schneeschauelflugs im Dezember einen Herzstillstand erlitt und mit einem *per Drohne herangeflogenen Automatischen Externen Defibrillator (AED)* erfolgreich reanimiert wird.

Da der Text „*Use of a Drone-Delivered Automated External Defibrillator in an Out-of-Hospital Cardiac Arrest*“ <https://t1p.de/cfz1t> nicht frei verfügbar ist, hier die Tabelle über den zeitlichen Verlauf der Maßnahmen:

Table 1. Characteristics of Emergency Response and Treatment in the Case of a Patient with Out-of-Hospital Cardiac Arrest.*	
Variable	Data
Time of day	
Dispatch center answer of emergency telephone call	10:04:43
Dispatch of drone	10:05:28
Dispatch of EMS	10:05:39
Drone takeoff	10:06:51
Drone delivery of AED	10:08:46
First arrival of ambulance personnel†	10:09:53
AED attached to patient and started	10:10:18
First shock administered	10:10:58
First arrival of ambulance personnel at patient's side‡	10:11:42
First arrival of fire department personnel	10:13:09
Inpatient hospital care until discharge	7 days
Delay times	
Time to recognition of out-of-hospital cardiac arrest at dispatch center	0 min 0 sec‡
Time from dispatch of drone to approval by air traffic control	0 min 20 sec
Time from dispatch of drone to drone delivery of AED	3 min 19 sec
Time from dispatch of EMS to arrival of first ambulance	4 min 14 sec
Time from dispatch of drone to attachment of AED to patient	4 min 50 sec
Time from dispatch of drone to first AED shock	5 min 30 sec
Time from dispatch of EMS to arrival of fire department personnel	7 min 1 sec
Weather and flight data	
Temperature and sky cover	0°C, cloudy
Wind speed	18 km/hr
Distance from hangar to patient	580 m§
Total flight time	4 min 19 sec
Drone battery level (%)	
At takeoff	97
At return landing in the hangar	81

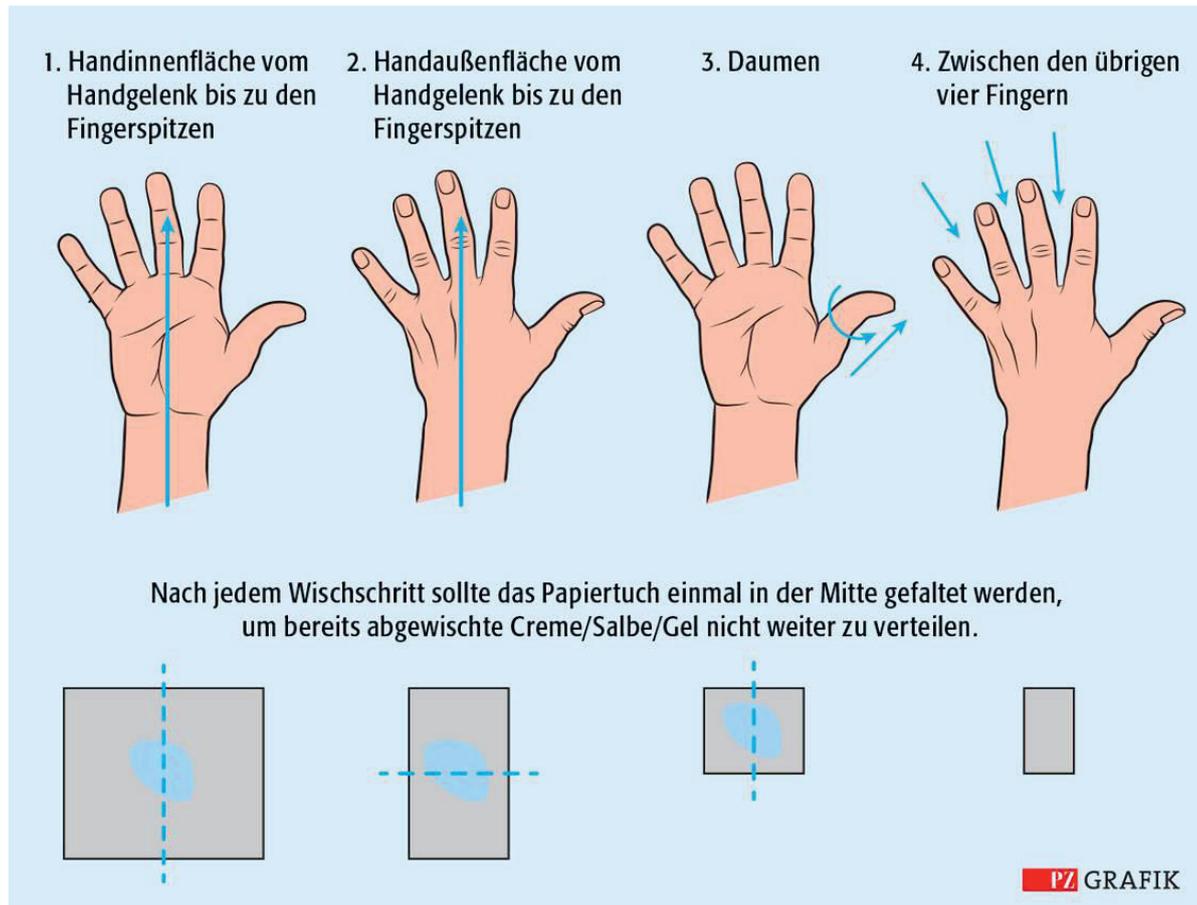
* Data regarding drone-delay times and weather and flight data were retrieved from the drone operator (Everdrone). AED denotes automated external defibrillator, and EMS emergency medical services.

† On ambulance arrival, personnel put on personal protective equipment and retrieved emergency equipment, actions that prolonged the time from arrival at the address to arrival at the patient's side by 1 minute 49 seconds.

‡ Cardiopulmonary resuscitation was ongoing when the telephone call was made.

§ The actual flight route was 673 m.

► Unter Bezugnahme auf eine Meldung der *Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker* schreibt *Urspeter Masche* in *Infomed-Screen* <https://www.infomed.ch/index.php>: „Diclofenac gilt als ökotoxisch, da es bei Tieren Organschäden verursachen kann, wenn es in unveränderter Form in die Umwelt gelangt. Diese Gefahr besteht zum Beispiel, wenn die **Hände nach äußerlicher Anwendung von Diclofenac direkt gewaschen werden**. Deshalb ist es viel besser, die Hände zuerst mit einem Papiertuch zu reinigen (Grafik), das anschließend im Müll entsorgt wird.“



Pharmaz. Zeitung (2-2022)

(Danke an den Herausgeber Etzel Gysling für den Hinweis in Infomed vom 31.5.2022 und die freundliche Abdruckgenehmigung.)

► „Der Gedanke, dass **Proteine tödliche Gehirnkrankheiten auslösen und noch dazu infektiös sein können**, klingt heute nicht weniger verrückt als vor vierzig Jahren.“

Obwohl die Hochphase des Rinderwahnsinns die größten Zweifel ausgeräumt haben dürfte, dokumentiert in Bildern von taumelnden Kühen oder Kadaverbergen nach Massenschlachtungen, und ein Nobelpreis die abwegige Idee eines amerikanischen Neurologen 1997 als „Entdeckung eines neuen biologischen Prinzips der Infektion“ würdigte, so bleibt die Vorstellung für manche trotzdem unvorstellbar“.

So beginnt der Text von *Sonja Kastilan* in der FAZ vom 28. Mai, mit dem sie dem **Biochemiker und Neurologen Stanley Prusiner zum 80. Geburtstag** gratuliert <https://t1p.de/mae54>.



FAZ (Foto aus dem Jahre 2015)

Prusiner erhielt 1997 den Nobelpreis für Physiologie oder Medizin für die Entdeckung der Prionen und der damit vergesellschafteten „spongiformen Enzephalitis“ bei Schafen (*Scrapie*).

Prusiner entstammt einer jüdischen Familie aus *Des Moines* im amerikanischen Bundesstaat *Iowa* – der Großvater väterlicherseits war 1898 als Schulkind mit seiner Familie aus Moskau in die USA eingewandert. Seinen Lebensweg mit Studium der Chemie und Medizin an der *University of Pennsylvania* und seiner langjährigen Tätigkeit (seit 1974) als Professor für Neurologie an der *University of California in San Francisco* beschreibt er mit den Worten „*born in the midwest, educated in the East, and now living in the West*“.

Seit 1983 unterrichtet Prusiner zusätzlich Virologie an der *University of California, Berkeley* (von San Francisco durch die gleichnamige Bucht getrennt), an die ich mich gut von meinem Studium der Epidemiologie Ende der siebziger Jahre erinnere...

Vielleicht werden jetzt einige von Ihnen nach **Informationen zu Corona** suchen. Ihr Fehlen hat mehr mit Platznot als mit dem Verschwinden der Pandemie zu tun.

Im Gegenteil: Die **Omicron-Variante BA.5**, noch deutlich ansteckender aber vermutlich nicht pathogener als BA.2 **ist auch in Deutschland auf dem Vormarsch**, wie die folgende Tabelle aus dem neuesten RKI- Wochenbericht vom 9. Juni zeigt.

Wöchentlicher COVID-19-Lagebericht vom 09.06.2022

Tabelle 3: Anteile sequenzierter VOC Delta (B.1.617.2) und Omikron BA.1 bis BA.5 (inkl. der jeweiligen Sublinien) (Datenstand 07.06.2022).

KW 2022	Delta	Omikron				
		BA.1	BA.2	BA.3	BA.4	BA.5
12	< 0,1 %	10,6 %	88,8 %	< 0,1 %	0 %	< 0,1 %
13	0 %	6,6 %	93,0 %	< 0,1 %	0 %	< 0,1 %
14	0 %	5,0 %	94,4 %	< 0,1 %	< 0,1 %	0,1 %
15	0 %	2,9 %	96,6 %	< 0,1 %	< 0,1 %	0,1 %
16	0 %	1,7 %	97,5 %	< 0,1 %	0,1 %	0,2 %
17	0 %	1,2 %	97,7 %	0 %	0,1 %	0,6 %
18	0 %	0,6 %	97,5 %	0 %	0,3 %	1,2 %
19	0 %	0,3 %	96,1 %	< 0,1 %	0,6 %	2,5 %
20	0 %	0,3 %	93,2 %	< 0,1 %	1,2 %	5,0 %
21	0 %	0,2 %	87,5 %	< 0,1 %	2,1 %	10,0%

Vermutlich wird das nächste Benefit wieder detaillierter über die Entwicklung des Infektionsgeschehens berichten (müssen). Allerdings erst nach einer **Sommerpause**...

Herzliche Grüße

Michael M. Kochen

Alle MMK-Benefits sind „vogelfrei“..., jede/r kann sich selbst in den Verteiler ein- oder austragen:

- **Anmelden** im Benefit-Verteiler: mmk-benefits-subscribe@gwdg.de
- **Abmelden** im Benefit-Verteiler: mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de

Wir gehen

Die UnterzeichnerInnen dieses Editorials arbeiten (auf schmaler Honorarbasis) z.T. seit vielen Jahren als HerausgeberInnen der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA). Die HerausgeberInnen handeln zwar im Interesse einer Fachgesellschaft, sind aber formal unabhängig. Die ZFA, bis Ende 2008 bei Thieme verlegt, erscheint seit Anfang 2009 im Deutschen Ärzteverlag (DÄV). Die Zusammenarbeit von Verlag und DEGAM mit der Herausgeberschaft verlief seitdem konflikt- und problemlos.

Am 20. Dezember letzten Jahres hat das DEGAM-Präsidium jedoch den Vertrag mit dem DÄV gekündigt, ohne die HerausgeberInnen vorab zu informieren und in diese Entscheidung einzubinden.

Über die Motivation des DEGAM-Präsidiums könnten wir nur spekulieren. Nachträglich als Gründe genannt wurden u.a. eine angestrebte Kostenreduktion um 50 % (NB: ein ZFA-Heft kostet momentan 2,94 €), der Wunsch nach einem „Relaunch der gesamten Zeitschrift mit einer konzeptionellen Neuausrichtung“ sowie ökologische Gründe wie Papiereinsparung und Digitalisierung.

Die HerausgeberInnen der ZFA haben sich stets um deren qualitative Weiterentwicklung bemüht. Sei es in Bezug auf die Nutzbarkeit von hausärztlich orientierten Fortbildungstexten oder die internationale Sichtbarkeit durch die Indexierung in medizinischen Datenbanken. Letzteres scheiterte drei Mal ausschließlich an der Qualität der (meist von allgemeinmedizinischen Hochschulabteilungen eingereichten) Originalarbeiten.

Eine englische Übersetzung der ZFA, die für eine Indexierung hilfreich wäre, wurde bereits vor Jahren aus Kostengründen verworfen. Immerhin besteht seit langem die Möglichkeit, in der ZFA auf Englisch zu publizieren.

Trotz finanzieller Förderung von 500 € pro veröffentlichtem, hausärztlich relevantem Fortbildungsartikel ließ sich eine weitere Steigerung der Einreichung von guten Texten nicht erreichen.

Der kostenreduzierte Bezug des reinen *E-Papers* (ohne Druck und Versand) ist schon seit langem für jedes DEGAM-Mitglied möglich.

Aus unserer Sicht wird die Qualität der ZFA durch eine „konzeptionelle Neuausrichtung“ nicht verbessert. Wir sehen daher keine Notwendigkeit, die ZFA im Sinne eines „innovativen und interaktiven Onlineauftritts“ umzugestalten und befürchten vielmehr, dass die freie Gestaltung unserer Arbeit als HerausgeberInnen in Zukunft durch ein paternalistisch geprägtes Verhalten des DEGAM-Präsidiums beeinträchtigt würde.

Die unabgesprochene Kündigung des Vertrages mit dem Ärzteverlag durch das DEGAM-Präsidium hat zur Folge, dass auch alle Verträge mit den HerausgeberInnen der ZFA zum Jahresende auslaufen. Nicht nur die im Alleingang getroffene Entscheidung über die Notwendigkeit einer Neuausrichtung, sondern auch diese überraschende Vertragsauflösung machen aus unserer Sicht eine weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit unmöglich.

Die unterzeichnenden Herausgeberinnen und Herausgeber haben sich daher entschlossen, ihre Tätigkeit bei der ZFA über 2022 nicht weiterzuführen. Bis dahin laufen die Publikationsprozesse in der gewohnten Art und Weise.

Wir danken allen Leserinnen und Lesern, den Gutachterinnen und Gutachtern sowie den Autorinnen und Autoren für ihre langjährige Treue und Unterstützung.



Hanna Kaduszkiewicz

Foto: Ute Boeters



Michael M. Kochen

Foto: Carla Rosendahl



Andy Maun

Foto: Britt Schilling



Susanne Rabady

Foto: Klaus Ranger

Hanna Kaduszkiewicz

Michael M. Kochen

Andy Maun

Susanne Rabady

Die ZFA heute und morgen – und ein großer Dank!

Liebe Leserinnen und Leser der ZFA,

dem nebenstehenden Editorial können Sie entnehmen, dass vier der fünf bisherigen Herausgeber*innen der ZFA beschlossen haben, ihre Tätigkeit mit dem 31. Dezember 2022 zu beenden. Wir, das Präsidium der DEGAM, bedauern diesen Schritt außerordentlich.

Wir haben gemeinsam mit dem aktuellen ZFA-Team vereinbart, dass einerseits die ausscheidenden Personen ihre Gründe für diese Entscheidung hier darlegen, andererseits das DEGAM-Präsidium die Mitglieder der DEGAM und die ZFA-Leserschaft über die Hintergründe der Entwicklung sowie weitere Planungen informiert. Zudem soll dabei die hervorragende Arbeit von Michael M. Kochen und seinem Team gewürdigt werden.

Ausgangspunkt der aktuellen Entwicklung war die Mitgliederversammlung 2019 in Erlangen, auf der die Entscheidung fiel, dass Nachhaltigkeit und klimaschonendes Handeln sowie digitale Lösungen für die DEGAM künftig sehr wichtige Ziele darstellen. Daraus entstand die Idee einer Online-Version der ZFA als alleinige oder optionale Variante. Ein erstes Angebot des Deutschen Ärzteverlags (DÄV) dazu war wirtschaftlich unattraktiv. Wir sahen daher die Notwendigkeit einer Kündigung des bestehenden Vertrags, um mehr Handlungsoptionen zu eröffnen. Nun sollen sowohl vom DÄV als auch von anderen Verlagen Angebote eingeholt werden. Außerdem wurde eine kurze Mitgliederbefragung initiiert, um das prinzipielle Interesse an einer Online-Ausgabe festzustellen.

Zu allen Präsidiumssitzungen war unser Ehrenpräsident und verantwortlicher Herausgeber Michael M. Kochen eingeladen, er erhielt auch stets die Tagesordnungen und Protokolle. Aus diesem Grund haben wir nicht alle ZFA-Teammitglieder dezidiert über neue Schritte im Prozess informiert, was im Nachhinein sicher besser gewesen wäre.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die DEGAM Eigentümerin der „Marke“ ZFA ist, d.h. die ZFA ist das offizielle Organ der DEGAM. Das Präsidium hat bislang diese Rolle als eigentlicher Herausgeber der ZFA wenig wahrgenommen und dem Redaktions- bzw. Herausgeberteam völligen Freiraum gelassen. Es gab zwar Verträge zwischen den Herausgeber*innen und dem Verlag, eine klare Regelung der Zuständigkeiten von Herausgeberteam und DEGAM, zum Beispiel durch eine Geschäftsordnung, bestand bisher jedoch nicht. Anders als das Präsidium ist das Herausgeberteam nicht durch die Mitgliederversammlung gewählt bzw. durch diese legitimiert.

Diese Form einer „gewachsenen“, wenig formalisierten Kooperation war jahrelang erfolgreich. Schwierigkeiten entstanden erst, als das bisherige Herausgeberteam und das Präsidium unterschiedliche Vorstellungen über die zukünftige Gestaltung der ZFA entwickelten.

Auf der Klausurtagung des Präsidiums im Februar 2022 wurde ausführlich über die Zukunft der ZFA diskutiert. Insbesondere sahen wir durch die Verhandlungen mit verschiedenen Verlagen die Möglichkeit eines Relaunchs samt konzeptioneller Neuausrichtung. Die bisherigen Herausgeber*innen sollten aktiv in die weiteren Überlegungen einbezogen werden. Zwar laufen deren Verträge mit dem bisherigen Verlag formal durch die Kündigung seitens der DEGAM aus. Doch es gab keinerlei Bestrebungen, die Zusammenarbeit mit dem bisherigen ZFA-Team oder einzelnen Mitgliedern tatsächlich zu beenden. Offenbar gelang es dem Präsidium jedoch nicht, dies überzeugend zu kommunizieren: Das bisherige ZFA-Team möchte seine Arbeit unter den veränderten Bedingungen nicht fortsetzen. Die Vorstellungen über die zukünftige Gestaltung der ZFA liegen zudem weit auseinander.

Im Namen des gesamten DEGAM-Präsidiums



Erika Baum

Foto: Medienzentrum des Fachbereichs Medizin der Universität Marburg



Eva Hummers

Foto: Swen Pfortner



Martin Scherer

Foto: www.fotografa.de



Antonius Schneider

Foto: Astrid Eckert



Anne Simmenroth

Foto: privat

Der Kern des Problems besteht offensichtlich darin, dass Uneinigkeit zwischen dem DEGAM-Präsidium (das die herausgebende Fachgesellschaft vertritt) und den bisherigen Herausgeber*innen über die Möglichkeit einer Neugestaltung der ZFA besteht. Das Präsidium sieht Verbesserungspotenziale in Bezug auf Impact-Faktor, MedLine-Listung, CME-Punkte, einen interaktiven Online-Auftritt, Podcasts und vieles mehr. Wir möchten die Mitglieder, aber auch unsere universitären Vertretungen vermehrt einbeziehen.

Wie geht es nun weiter? In welchem Verlag die ZFA zukünftig erscheint, können wir heute noch nicht sagen. Wahrscheinlich ist, dass ein großer Teil der Mitglieder auf den Online-Bezug umstellt. Trotzdem wird es weiterhin gedruckte Ausgaben geben. In den endgültigen Gestaltungsprozess möchten wir Sie in naher Zukunft im Rahmen einer Leserbefragung einbeziehen. Bitte melden sie sich auch gern, falls Sie Interesse an einer Mitarbeit im Redaktionskollegium haben.

Abschließend dankt das gesamte Präsidium ausdrücklich für die bisherige Arbeit des Herausgeberteams. Ohne Michael M. Kochens außerordentliche Expertise, seinen Fleiß und Einsatz wäre die ZFA nicht möglich gewesen. Unser Dank gilt ebenso Sabine Gehrke-Beck, Hanna Kaduszkiewicz, Andy Maun und Susanne Rabady für ihre hervorragende, teils langjährige Tätigkeit. Wir alle sind glücklicherweise geeint in dem Wunsch, die Allgemeinmedizin voranzubringen und zu stärken.

Wir wünschen Ihnen nun viel Freude bei der Lektüre dieser Ausgabe und freuen uns auf die Weiterentwicklung der ZFA in den kommenden Monaten und Jahren!

*Das Präsidium der Deutschen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*