

Das logistische Chaos mit Paxlovid

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

zur antiviralen, ambulanten Behandlung von Covid-19-Erkrankungen bei Hochrisiko-PatientInnen gibt es bislang diverse **monoklonale Antikörper** und **drei Virustatika** (*Molnupiravir*, *Remdesivir* und *Paxlovid*).

- **Monoklonale Antikörper.** Das bislang einzige Präparat, das gegen alle Omikron-Varianten wirkt, ist *Bebtelovimab* (175 mg i.v.-Bolus ≥ 30 Sekunden. Nachbeobachtungszeit ≥ 1 Stunde) <https://t1p.de/pywf1>. Das Präparat ist lediglich in den USA und im UK zugelassen.

	B.1	BA.5	BA.4.6	BA.2.10.4	BA.2.75.2
Sotrovimab (S309)	119	559	925	560	442
Cilgavimab	12	71	>1000	168	>1000
Tixagevimab	4	>1000	>1000	>1000	>1000
Tixagevimab-cilgavimab combination	6	120	>1000	816	>1000
Bebtelovimab (LY-CoV1404)	4	1	2	3	2
Casirivimab (REGN10933)	14	>1000	>1000	>1000	>1000
Imdevimab (REGN10987)	10	>1000	>1000	>1000	>1000
Etesevimab (LY-CoV016)	29	>1000	>1000	>1000	>1000
Bamlanivimab (LY-CoV555)	9	>1000	>1000	>1000	>1000
Adintrevimab (ADG-20)	56	>1000	>1000	>1000	>1000
S2E12	4	>1000	>1000	>1000	>1000
S2K146	18	118	78	207	62
A23-58.1	6	>1000	>1000	>1000	>1000

IC₅₀ (ng/mL)

In der Grafik allerdings nicht enthalten ist die **Variante BQ.1.1**, die sich zunehmend auch in Deutschland ausbreitet und dem Immunschutz durch Impfungen vermutlich noch „besser“ entkommt als die vorherrschende Variante BA.5 (17.10.2022: 95,6 %).

- **Molnupiravir** (Lagevrio®; 5 Tage 2x800mg/d) ist teratogen und wirkt potentiell mutagen. Die formale Wirksamkeit bei der Verhinderung schwerer Verläufe bei Ungeimpften liegt laut der Zulassungsstudie bei nur 30% (und das lediglich bei weißen Frauen <60 Jahren). Nach jüngsten Untersuchungen ist Molnupiravir allerdings nicht wirksamer als Placebo <https://t1p.de/7451o> (Preprint).
- **Remdesivir** (Veklury®; 3 Tage i.v. – Tag 1: 200mg, Tage 2+3: 100mg; Infusion 30-120 Minuten plus eine Stunde Nachbeobachtung) ist ein Virustatikum, das ursprünglich gegen Ebola entwickelt wurde. Formal zu 87% wirksam, wenn es innerhalb von 7 Tagen nach Symptombeginn an drei Tagen hintereinander infundiert wird.

- **Nirmatrelvir/Ritonavir** (Paxlovid®; 5 Tage 2x 300+100mg/d) ist eine Kombination aus zwei Proteasehemmern. Das Medikament, dem auch das IQWiG einen erheblichen Zusatznutzen bescheinigt, **sollte möglichst sofort und nicht etwa erst am fünften Tag nach Auftreten von Beschwerden gegeben werden**. Die vielen Interaktionen (s.u.) gehen *ausschließlich von Ritonavir* aus, das selbst keine Wirkung entfaltet, sondern lediglich als „Booster“ für Nirmatrelvir fungiert.

Bisherige **Originalstudien zu Paxlovid** ▶ <https://t1p.de/cdjl6>, ▶ <https://t1p.de/busyv>, ▶ <https://t1p.de/w00bt>, ▶ <https://t1p.de/7mwk5>, ▶ <https://t1p.de/u3tgm>].

Seit 18. August dürfen Hausärztinnen und Hausärzte Paxlovid verordnen und vorrätig halten bzw. direkt an Hochrisikopatienten abgeben (Selbstdispensierung).

Wie gut oder schlecht die Logistik der Paxlovid-Verordnung funktioniert, demonstriert folgender **Fallbericht**:

- ▷ Ein 72-jähriger, *immunsupprimierter* Kollege besucht seine Hausarztpraxis in einer südwestdeutschen Großstadt und möchte gerne wissen, wie er im Falle einer Covid-19-Erkrankung an Paxlovid kommt. Die in der Praxis arbeitende, sehr empathische WB-Ärztin fragt ihren Chef, der folgende Auskunft gibt:
- ▷ **Die Verordnung bzw. Ausgabe des Präparates sei nur bei einem positiven PCR-Test möglich**. Falls Beschwerden auftreten würden, solle man – falls die Praxis nicht erreichbar sei – im kassenärztlichen Notdienst unter 116 117 anrufen. Dort bekäme man das Arzneimittel direkt ausgehändigt.
- ▷ **Diese Aussagen sind falsch** (siehe z.B. <https://t1p.de/a8w3x>).

Richtig ist, dass

- für die Bestätigung einer Infektion ein *positiver Antigen-Schnelltest* ausreicht,
- der kassenärztliche Notdienst (zumindest in Baden-Württemberg) weder bei Hausbesuchen noch in der Notfallpraxis Paxlovid zur Verfügung stellt (ähnliches wird aus anderen Bundesländern berichtet),
- Ärztinnen und Ärzte das Arzneimittel lediglich auf „Spezialrezept“ ausstellen können (*Bundesamt für Soziale Sicherung, IK 103609999* - Apotheken können nur diese Rezepte einlösen, „normale“ [Privat- bzw. Kassen-] Rezepte aber nicht abrechnen),
- eine Bevorratung der Apotheke laut KBV nicht erlaubt ist, so dass i.d.R. eine Bestellung beim Großhandel erfolgen muss.
- NB: Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die Haltbarkeitsdauer von Paxlovid von zwölf auf 18 Monate verlängert – es kann nun **länger eingesetzt werden, als das aufgedruckte Verfalldatum angibt**.

- Auf dieser Faktenbasis lässt sich bei dem erwähnten Patienten folgendes **Szenario** beschreiben:
 - ▷ An einem Samstagnachmittag treten bei diesem (oder jedem anderen vergleichbaren) Patienten heftige Atemwegsbeschwerden auf. Als Kollege hat er natürlich einen guten Selbsttest zur Hand – *der fällt positiv aus*. Die Hausarztpraxis ist geschlossen, telefonisch ist niemand erreichbar.
 - ▷ Der Patient kann „gerne“ die Nummer des vertragsärztlichen Notdienstes anrufen oder sich mit der hochwahrscheinlich bestehenden Infektion auf den Weg in die Notfallpraxis machen: *Paxlovid bekommt er auf diesem Wege nicht*.
 - ▷ Er erhält lediglich das erwähnte „Spezialrezept“, das im vorliegenden Fall (Samstag) nach Vorlage in einer Apotheke **frühestens zwei oder drei Tage nach Beginn der Beschwerden eingenommen werden kann. Damit könnte die optimale Einnahmezeit verpasst werden**. Unsere Kollegin *Susanne Rabady* (Präsidentin der ÖGAM) schreibt auf der Webseite der Karl-Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaft: *„Zeitpunkt: optimal bis 3 Tage nach Symptombeginn, sinnvoll bis 5 Tage nach Symptombeginn“*
<https://t1p.de/n3cqW>.
- Nehmen wir zum Schluss an, die hausbesuchenden bzw. in der Notfallpraxis anwesenden KollegInnen oder eine Hausärztin in ihrer eigenen Praxis würden (**entgegen** den Empfehlungen) tatsächlich einen PCR-Abstrich machen.
 - ▷ Wie lange würde es am Wochenende dauern, bis die gerade wieder überlasteten Labore das Ergebnis des Tests verfügbar hätten?
 - ▷ Und wie lange würde es dauern, bis der hilfeschende Patient mit der Paxlovid-Behandlung beginnen könnte?
- **Der Einsatz von Paxlovid erfordert**
 - ausreichende Kenntnisse über Indikation, Neben- und Wechselwirkungen sowie Kontraindikationen
 - ▶ **Checkliste des IHF** <https://t1p.de/pqjhu>
 - ▶ **Liverpool interaction checker** <https://t1p.de/k90xa>
 - eine fundierte Einschätzung des Patientenrisikos, die auf lückeloser Information und klinischer Kompetenz beruht
 - *und* eine funktionierende Logistik.
- *Ob diese Erfordernisse heute in der Breite der (haus) ärztlichen Versorgung tatsächlich erfüllt werden und wer dieses – Pardon – administrative Chaos verursacht hat, überlasse ich gerne Ihrem eigenen Urteil.*

▶ „**Weißer Männchen, grüne Zäune**“ heißt ein lesenswerter und auf der Webseite technisch eindrucksvoll realisierter Text von *Florian Müller*, der als – vermutlich perfekt Mandarin sprechender – Journalist seit Juli 2022 für die *Süddeutsche Zeitung* die chinesische Wirtschaft beobachtet.

Es geht bei dem Artikel um die Frage, **warum die Behörden der Volksrepublik China auch in Omikron-Zeiten immer noch mit drastischen Zwangsmaßnahmen auf jeden positiven Corona-Test reagieren** <https://t1p.de/li43f> (Zahlschranke – mit 4-wöchigem Probe-Abonnement jedoch kostenlos)

▷ Dazu passt die ZDF-Sendung „*Auslandsjournal – die Doku: Chinas neuer Kaiser*“ vom 20.10.2022. Zwischen Minute 1:34 und 9:00 können Sie sich ansehen, welche Auswirkungen der harte Lockdown in der Millionen-Stadt Shanghai hat <https://t1p.de/78gpa>

▶ Die Betriebskrankenkasse *Pronova BKK* berichtet in einer Pressemitteilung, dass **fast jeder zehnte Corona-Infizierte trotz Erkrankung zur Arbeit geht** <https://t1p.de/ebavv>.

An der repräsentativen Studie „*Arbeiten 2022*“ nahmen im September 2022 bundesweit 1.206 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab 18 Jahre teil (Originaltext z.Zt. nicht verfügbar).

Neun Prozent der Covid-Erkrankten erscheinen demnach bei einem milden Verlauf und trotz positiver Tests im Büro oder im Betrieb. Weitere gut 20 Prozent kommen mit ansteckenden Infekten in den Job. Nur 28 Prozent der Deutschen bleiben bei Krankheit konsequent Zuhause und arbeiten nicht.

▶ Bevor ich dieses Kapitel abschließe, wollte ich noch **Danke sagen – an Supermärkte, Discounter und Drogeriemärkte**. Viele von Ihnen (nicht alle) haben die *Desinfektionsmittel-Spender abgeschafft*, die sie noch bis zum Sommer vor ihren Läden aufgestellt hatten.

▷ Vor dem Herbst waren die Spender, trotz ihrer Popularität, mehr oder weniger nutzlos (eine Schmierinfektion mit SARS-CoV2 gibt es außerhalb des medizinischen Bereichs so gut wie nicht).

▷ Jetzt aber fehlen die Spender - zu einer Zeit, wo meist maskenlose Menschen verstärkt *mit Grippeviren konfrontiert sind, die sehr wohl per Hand oder Türklinke übertragbar sind*.

Man muss den Unternehmen aber natürlich zugutehalten, dass Sie angesichts hoher Energiepreise besonders klamm sind – weil sie (im Gegensatz zu vielen kleinen und mittelständischen Unternehmen) schon während der letzten zweieinhalb Jahre fortwährend am Hungertuch litten... 😂

Kurzmeldungen aus dem Nicht-Corona-Bereich

▶ Durch die physiologische Regulierung kommt es nachts zu einer Absenkung (sog. *dipping*) und morgens zu einer Erhöhung des Blutdrucks.

Ein nächtlich erhöhter Blutdruck gilt als Prädiktor für kardiovaskuläre Ereignisse. **Ob es allerdings von Vorteil ist, Antihypertensiva zur Nacht statt am Morgen zu geben, haben bisherige Untersuchungen unterschiedlich beantwortet.** Von acht Studien waren nur zwei - von einem identischen Autorenteam - randomisiert-kontrolliert (MAPEC mit 2.156 TeilnehmerInnen <https://t1p.de/0ov6e> und HYGIA mit n=19.084 <https://t1p.de/et26g>). Beide kamen zum Ergebnis, dass bei abendlicher Arzneimittelinnahme kardiovaskuläre Mortalität und Morbidität deutlich reduziert würden – *die Methodik der Studien wurde allerdings stark kritisiert.*

Britische Wissenschaftler haben soeben im *Lancet* einen offenen, aber Endpunkt-verblindeten RCT namens **TIME** publiziert:

- ▷ 21.104 TeilnehmerInnen, mittleres Alter 65 Jahre;
- ▷ Rekrutierung zwischen 12-2011 und 6-2018, Ende der Nachverfolgungszeit 3-2021.
- ▷ Eine Gruppe nahm *die gesamte Medikation* zwischen 6:00 und 10:00 Uhr, die andere zwischen 20:00 und 24:00 Uhr – Diuretika sollten allerdings schon um 18:00 eingenommen werden und falls die nächtliche Diurese unerträglich war, am Morgen.
- ▷ Der kombinierte Endpunkt war zusammengesetzt aus vaskulärem Tod oder nicht tödlichem Herzinfarkt bzw. Schlaganfall.

Die Ergebnisse sehen Sie in der folgenden Tabelle:

	Evening dosing group (n=10 503)		Morning dosing group (n=10 601)		Hazard ratio (95% CI)	p value
	Participants, n (%)	Rate per 100 patient-years (95% CI)	Participants, n (%)	Rate per 100 patient-years (95% CI)		
Primary composite endpoint	362 (3.4%)	0.69 (0.62-0.76)	390 (3.7%)	0.72 (0.65-0.79)	0.95 (0.83-1.10)	0.53
Secondary cardiovascular and mortality endpoints						
Hospitalisation for non-fatal myocardial infarction	134 (1.3%)	0.25 (0.21-0.30)	150 (1.4%)	0.27 (0.23-0.32)	0.92 (0.73-1.16)	0.48
Hospitalisation for non-fatal stroke	129 (1.2%)	0.24 (0.20-0.29)	143 (1.3%)	0.26 (0.22-0.31)	0.93 (0.73-1.18)	0.54
Vascular death	115 (1.1%)	0.22 (0.18-0.26)	108 (1.0%)	0.20 (0.16-0.24)	1.10 (0.84-1.43)	0.49
All-cause death	437 (4.2%)	0.82 (0.74-0.90)	434 (4.1%)	0.79 (0.72-0.87)	1.04 (0.91-1.18)	0.59
Hospitalisation or death from congestive heart failure	76 (0.7%)	0.14 (0.11-0.18)	99 (0.9%)	0.18 (0.15-0.22)	0.79 (0.59-1.07)	0.12

Table 2: Primary composite outcome and secondary cardiovascular and mortality outcomes (intention-to-treat population; n=21 104)

Zwischen morgendlicher und abendlicher Einnahme von Antihypertensiva gab es keinen signifikanten Unterschied.

„Cardiovascular outcomes in adults with hypertension with evening versus morning dosing of usual antihypertensives in the UK (TIME study): a prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint clinical trial“ <https://t1p.de/www5u>.

► **„Beckenboden-Training – ein praktischer Leitfaden“** heißt der Titel einer Arbeit im *BMJ*, die sich mit der besonders bei Frauen häufig auftretenden *Harninkontinenz* beschäftigt. Bei Patientinnen über dem Alter von 20 Jahren sind 10%, bei über 80-jährigen jede zweite betroffen.

Ein *regelmäßiges Training* der Beckenbodenmuskulatur (z.B. dreimal täglich 8-12 Kontraktionen) scheint der Schlüssel für eine erfolgreiche Behandlung zu sein, muss aber *langfristig* aufrechterhalten werden.

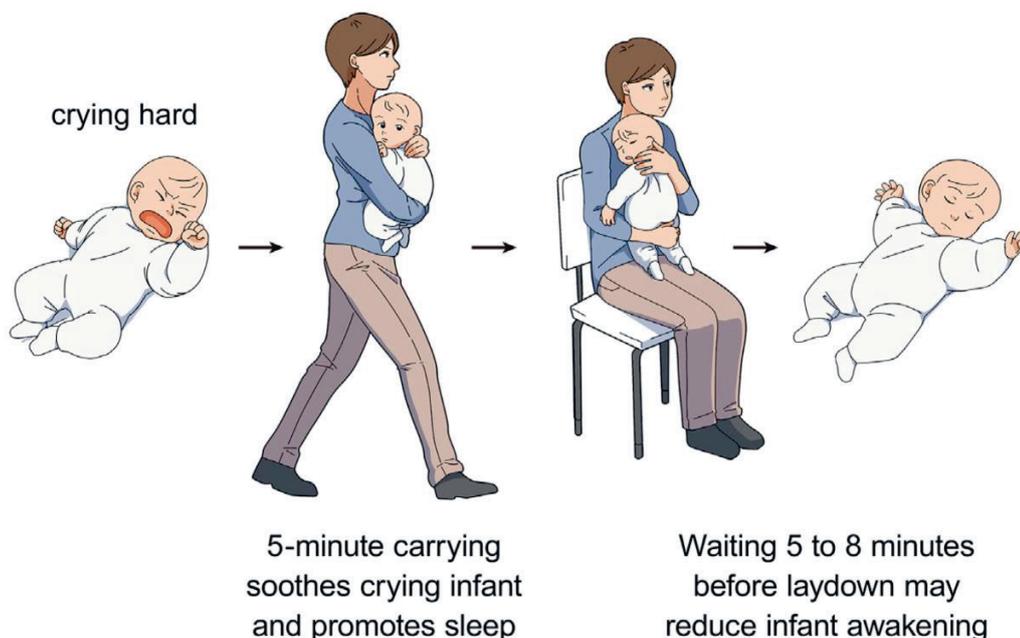
Die Originalarbeit im *BMJ* („*Pelvic floor muscle training: a practical guide*“) können Sie frei herunterladen <https://t1p.de/7l4wg>.

► **Was raten Sie einer Mutter (oder einem Vater), die in die Praxis kommt, weil sie ihr unmotiviert schreiendes Kleinkind partout nicht beruhigen kann** (schätzungsweise sind 20-30% aller Babies betroffen)?

Zumindest nach meiner Beobachtung scheinen nicht ganz wenige Mütter und Väter das „on spot“-Rezept bereits zu kennen - ohne, dass sie die Studie gelesen haben, die japanische, irische und italienische WissenschaftlerInnen in der Zeitschrift *Current Biology* publiziert haben <https://t1p.de/y89vw>:

Das Kind

- 5 Minuten herumtragen,
- 5-8 Minuten im Arm halten und
- erst dann ins Bett bringen.



► Ob man **Patienten mit irritablem Colon durch eine Transplantation von Stuhl eines gesunden Spenders (auch fäkale Mikrobiota-Transplantation genannt) helfen kann**, scheint nicht ganz geklärt. Die bislang publizierten, kleineren Doppelblindstudien (mit einer maximalen Nachverfolgungszeit von 12 Monaten) kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Norwegische Gastroenterologen haben jetzt einen RCT mit immerhin 125 PatientInnen, zwei unterschiedlichen Stuhlmengen und einer dreijährigen Nachverfolgung in der britischen Zeitschrift *Gut* veröffentlicht. Ein Therapieerfolg stellte sich ein

- ▷ bei Placebo in 23.6%,
- ▷ bei 30g Stuhlmenge in 76.9% (p<0.0001)
- ▷ und bei 60g in 89.1% (p<0.0001)

„Faecal microbiota transplantation alters gut microbiota in patients with irritable bowel syndrome“ <https://gut.bmj.com/content/67/12/2107>

► Es ist beileibe keine neue Nachricht, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter Probleme bei der Suche nach einer/m Praxispartner/in oder einer Nachfolgerin haben - auch in Kliniken wird händeringend nach ärztlichem Personal gesucht. Nicht wenige KollegInnen fürchten allerdings einen autoritären Führungsstil an manchen Krankenhausabteilungen.

Hand aufs Herz: **Mit welchem Bild würden Sie eine Einladung für potentielle StellenbewerberInnen versehen - etwa mit diesem?** (allwöchentlich [nur] in der Printausgabe des Deutschen Ärzteblatts).

ÄRZTESTELLEN DER STELLENMARKT DES DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES

Lesen Sie in diesem Heft:

Rettungsdienst
In der Notfallrettung stehen aktuell Entscheidungen im Vergaberecht im Fokus. Daneben bietet der Arbeitsalltag immer wieder Anlass, Regelungen des Medizinprodukterechts, des Persönlichkeitsrechts und des Datenschutzes zu erläutern. **Seite 2**

Kurz notiert
Digitalisierung: Deutschland muss im Vergleich mit anderen Industrienationen in Sachen Digitalisierung aufholen. In den letzten Jahrzehnten sei diese im Gesundheitssystem nur schleppend vorangekommen, analysiert der Wissenschaftsrat. **Seite 4**

▶ *Günther Egidi* hat auch diesmal einen Text beigetragen, bei dem es um die Frage geht, **wie die Zahl unnötiger Koronarangiographien gesenkt werden könnte**. Titel: „Bypass zum Bypass“ ([Anlage](#))

▶ Die Kolumne von *Bernd Hontschik* (mitten in seinem Urlaub geschrieben, [Anlage](#)) ist ein Nachruf auf einen am 9. September im Alter von 86 Jahren verstorbenen Kollegen, an den sich die Älteren unter uns vielleicht noch erinnern können: **Prof. Hans Mausbach, ein Mann, der sich durch herausragenden Mut und Standfestigkeit auszeichnete**.

Im Text heißt es u.a.: „Mausbach war Stationsarzt der Chirurgischen Klinik des Frankfurter Nordwestkrankenhauses, als er in einem Fernsehinterview davon berichtete, dass es Experimente an Menschen gäbe, die davon nichts wüssten, dass kommerzielle Interessen mitunter sogar in Operationsentscheidungen einfließen würden, und dass Gefälligkeitspublizistik für die pharmazeutische Industrie mit Kranken als Versuchsobjekten ganze pseudowissenschaftliche Bibliotheken füllen würden. Er berichtete von Untertanengeist, Demütigungen und Karrieristentum.

Am nächsten Tag degradierte ihn sein Chefarzt, Professor Edgar Ungeheuer, vor versammelter Mannschaft auf eine untergeordnete Assistentenstelle. Mausbach habe die gesamte deutsche Ärzteschaft in den Schmutz gezogen, den Ärztestand insgesamt diffamiert und das eigene Nest beschmutzt“.

Mausbach wurde in der Folge aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausgeschlossen, seine angestrebte Berufswahl war zerstört. Was das *Deutsche Ärzteblatt* damals schrieb <https://t1p.de/edmtc>, sehen Sie hier



Das knapp neun Minuten dauernde Fernsehinterview wurde **am 26.04.71** ausgestrahlt - in der politischen Magazinsendung der ARD „Panorama“ (verantwortlicher Redakteur war der renommierte Fernsehjournalist *Dagobert Lindlau*). Zu meiner Überraschung ist das Video immer noch verfügbar <https://t1p.de/zlurc>.

Herzliche Grüße

Michael M. Kochen

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen
<https://generalpractice.umg.eu/team/>

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
<https://www.uniklinik-freiburg.de/allgemeinmedizin.html>

AG Infektiologie und Leitliniengruppe Neues Coronavirus, Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin,

Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
<https://t1p.de/6ykb8>

Ludwigstr. 37
D-79104 Freiburg/Germany

Twitter: https://twitter.com/kochen_michael

Alle MMK-Benefits sind (auf individueller Ebene) „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

Bei Adressänderungen:

Neue Adresse: mmk-benefits-subscribe@gwdg.de

alte Adresse: mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de

**Die Wiedergabe der durch Copyright geschützten Benefits in Zeitschriften,
Portalen und ähnlichen Foren (elektronisch oder Print) erfordert in jedem Falle
eine vorherige schriftliche Genehmigung durch den Autor.**

Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

In der Verteiler-Datenbank der MMK-Benefits sind ausschließlich e-mail-Adressen (und keine
weiteren persönlichen Daten) gespeichert. Sie haben das Recht, jederzeit ohne Angabe von
Gründen, dieser Speicherung zu widersprechen und die Löschung Ihrer e-mail-Adresse zu
beantragen (mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de).

BYPASS zum BYPASS – wie die Zahl unnötiger Koronarangiographien gesenkt werden könnte

Deutschland ist weltweit eines der Länder mit der höchsten Rate von Koronarangiographien und Katheter-Interventionen am Herzen. Der Deutsche Herzbericht 2020 (<https://www.herzstiftung.de/system/files/2021-06/Deutscher-Herzbericht-2020.pdf>) berichtet von 245.852 gemeldeten Stents im Jahr 2019. Hochrechnungen sprechen von 335.991 Stents. Pro 100.000 Einwohner*innen der Bundesrepublik waren das 433 perkutane Interventionen (PCI) und 1.053 Koronarangiographien/.

Während die Akut-PCI bei einem akuten Myokardinfarkt unbestritten die Überlebensprognose verbessert, ist der prognostische Nutzen bei stabiler KHK fraglich. In die bislang größte randomisierte Studie zum Nutzen einer PCI bei stabiler KHK ISCHEMIA (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1915922>) waren 5.179 Patient*innen eingeschlossen worden. Sie hatten eine mindestens 50%ige Stenose in einem größeren oder eine mind. 70%ige Stenose in einem kleineren Koronargefäß (KHK-Diagnose nach einem Belastungstest mit Bestätigung durch eine koronare Computertomographie). Nach Randomisierung erhielten sie eine invasive Diagnostik, ggfs. mit Stent – oder eine rein medikamentöse Behandlung. Nach durchschnittlich fünf Jahren Nachverfolgung ereignete sich der primäre Sammelendpunkt (kardiovaskulärer Tod, Myokardinfarkt, instabile Angina, kardiale Dekompensation oder Reanimation) in der konservativ behandelten Gruppe nicht signifikant häufiger. Auch bei der Mortalität gab es keine Unterschiede (145 vs. 144 Personen). Mit anderen Worten: die PCI hatte bei den Personen mit stabiler KHK keinerlei Überlebensvorteil.

Eine hausärztliche Erfahrung ist es, dass auch *Patient*innen mit koronarer Mehrgefäßkrankung*, häufig mit einer PCI statt gemäß der Studien-Evidenz mit einem Bypass versorgt werden (<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1783046>).

Es stellt sich also die Frage: wie können wir Hausärzt*innen bei Patient*innen mit Symptomen einer stabilen KHK (Luftnot und Angina pectoris, die nicht innerhalb weniger Tage massiv zunehmen) dafür sorgen, dass eine Lokalisationsdiagnostik an den Koronarien erfolgt – und verhindern, dass Kardiologen ein stenosiertes Gefäß nach dem anderen mit einem Stent versorgen?

Zu dieser Frage erschien im renommierten *New England Journal of Medicine* eine in verschiedenen europäischen Ländern durchgeführte Untersuchung (*The DISCHARGE Trial Group. CT or invasive coronary angiography in stable chest pain. N Engl J Med 2022; 386:1591-1602*; nicht frei verfügbar), in der pragmatisch zwei Strategien miteinander verglichen wurden:

- 3.561 Patient*innen mit mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit für eine signifikante KHK erhielten **zur Lokalisationsdiagnostik einer möglichen KHK entweder eine Koronarangiographie oder eine koronare Computertomographie**.
- Fand sich wider Erwarten keine relevante Koronarstenose, wurden die Patient*innen zu ihren behandelnden Ärzt*innen zurückgeschickt (ansonsten erhielten sie eine Leitlinien-gerechte Therapie).
- Nach 3,5 Jahren ereigneten sich größere kardiovaskuläre Ereignisse in der Koronarangiographie-Gruppe in 3%, in der CT-Gruppe in 2,1% (HR 0,70; 95%-CI 0,46-1,07, p=0,10) – der Unterschied war nicht signifikant. Über Angina pectoris 4 Wochen nach dem Eingriff berichteten 7,5 vs. 8,8% (OR 1,17; 95%-CI 0,92-1,48).

- Zu ernsthaften Komplikationen kam es bei 1,9 vs. 0,5% (HR 0,26, 95%-CI 0,13-0,55) - ein signifikanter Unterschied zu *Ungunsten der Koronarangiographie*.

Seit dem 17.2.2022 berät der Gemeinsame Bundesausschuss darüber, ob die Kosten für eine koronare Computertomographie von der GKV übernommen werden sollen. Innerhalb eines Jahres soll das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) einen entsprechenden Report vorlegen, nach einem weiteren Jahr wird dann entschieden.

*Sollte das Realität werden, könnten Sie Patient*innen mit Angina pectoris nicht mehr zur Kardiologie, sondern zum koronaren CT schicken – und bei Nachweis einer Mehrgefäßerkrankung direkt in die Kardiochirurgie.*

Dr. med. Günther Egidi, Arzt für Allgemeinmedizin und Pate für den DEGAM-Vertreter bei der Nationalen VersorgungsLeitlinie KHK, Huchtinger Heerstr. 24, 28259 Bremen, guenther.egidi@posteo.de

Frankfurter Rundschau; Samstag, 17.09.2022
„Dr. Hontschiks Diagnose“

Der Unbeugsame

Wer war Hans Mausbach?

Es ist gerade einmal 50 Jahre her, da herrschten in der Medizin Zustände, die sich heute niemand mehr vorstellen kann. Ärzte waren die unantastbaren Halbgötter in Weiß (Ärztinnen gab es kaum), und das Krankenhaus war ein Kasernenhof: Unter der alleinigen Befehlsgewalt des Chefarztes (Chefärztinnen gab es keine) fungierten hörige Oberärzte als ausführende Organe, um die Assistenten zu dirigieren und zu disziplinieren. Einem Chefarzt wagte niemand zu widersprechen, denn das konnte die Karriere auf der Stelle beenden. Besonders krass waren diese Herrschaftsverhältnisse in der Chirurgie.

Es waren überhaupt ganz andere Zeiten. Zwar war mit Willy Brandt 1969 erstmals ein Sozialdemokrat Bundeskanzler geworden, der „Mehr Demokratie wagen“ wollte, sein Radikalenerlass aber brachte Unfrieden und Denunziantentum über das Land. Es herrschte Kalter Krieg. Spanien, Portugal und Griechenland waren faschistische Diktaturen. Zu einer Friedensdemonstration in Bonn kamen 1982 400000 Menschen zusammen. Überall traf man auf alte Nazis, als Lehrer in der Schule, als Richter und Staatsanwälte und als Politiker. In der Medizin war das nicht anders. Die Präsidenten der Bundesärztekammer Erich Fromm von 1959 bis 1973 und Hans-Joachim Sewering von 1973 bis 1978 waren SA- und SS-Schergen, beteiligt an Kindereuthanasie.

Ein Bericht von Alexander Mitscherlich über die Nürnberger Ärzteprozesse wurde totgeschwiegen, er selbst wurde geächtet.

Dieser dumpf-konservative Zeitgeist machte auch die Diskussionen im Gesundheitswesen skurril. Ein Beispiel: Als der Hanauer Landrat Martin Woythal (SPD) sein Konzept des „Klassenlosen Krankenhauses“ vorstellte, das ein Ersetzen der Chefarzthierarchie durch demokratische Strukturen, die Abschaffung der Privatliquidation, die Vereinheitlichung der Pflegesätze sowie freie Besuchszeiten in 1- bis 2-Bett-Zimmern mit Sanitäreinrichtung, Telefon und Speisenauswahl vorsah, wüteten ärztliche Standsvertreter, das sei ein Rückschritt, asozial und der direkte Weg in die Anarchie!

In diesem Horrorszenario wagte es Hans Mausbach, Stationsarzt der Chirurgischen Klinik des Frankfurter Nordwestkrankenhauses, in einem Fernsehinterview zu berichten, dass es Experimente an Menschen gäbe, die davon nichts wüssten, dass kommerzielle Interessen mitunter sogar in Operationsentscheidungen einfließen würden, und dass Gefälligkeitspublizistik für die pharmazeutische Industrie mit Kranken als Versuchsobjekten ganze pseudowissenschaftliche Bibliotheken füllen würden. Er berichtete von Untertanengeist, Demütigungen und Karrieritentum.

Am nächsten Tag degradierte ihn sein Chefarzt, Professor Edgar Ungeheuer, vor versammelter Mannschaft auf eine untergeordnete Assistentenstelle. Mausbach habe die gesamte deutsche

Ärzteschaft in den Schmutz gezogen, den Ärztestand insgesamt diffamiert und das eigene Nest beschmutzt. Es kam fortan zu einer langen Reihe von Versuchen, Mausbachs ärztliche Existenz zu zerstören. Er wurde beschimpft, er wurde entlassen, er wurde aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausgeschlossen. Über Inhalte seiner Kritik wurde nicht diskutiert, stattdessen wurde der Konflikt personalisiert mit Schlagzeilen im Deutschen Ärzteblatt wie „Treibjagd auf das Ansehen der Ärzte, Schluß mit der Pogromhetze gegen Chefärzte! Schluß mit Klassenkampf am Krankenbett!“.



Hans Mausbach, 1971 im NDR: Panorama

Sogar die Landesärztekammer Hessen ermittelte gegen Mausbach wegen eines „Berufsvergehens“. Mausbach aber blieb standhaft. Er verteidigte seine Stellungnahme gegen alle Verleumdungen und gewann letztlich alle Arbeitsgerichtsprozesse. Seine chirurgische Existenz aber hatte er verloren – ein hoher Preis!

Es war aber gleichzeitig auch ein enormer Gewinn für die Medizin und für uns alle. Ein von Mausbach 1973 gemeinsam mit Erich Wulff, Hans-Ulrich Deppe und Paul Neuhöfer organisierter Kongress „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“ in Marburg fand großen Zulauf. Es entstand mit der Liste demokratischer Ärzte - mit Mausbach als Gründungsmitglied - erstmals eine Opposition in den Ärztekammern, Mausbach war viele Jahre ihr Delegierter. Überall im Land wurden sogenannte „Basisgruppen Medizin“ gegründet, Zeitschriften gegen die stockkonservative Dominanz des Deutschen Ärzteblattes entstanden, in alternativen Gesundheitszentren wurde gleichberechtigte Teamarbeit praktiziert. 1980 kamen zum alternativen „Gesundheitstag“ 13000 Menschen nach Berlin, als Gegenveranstaltung zum Deutschen Ärztetag.

Heute ist die eminenzbasierte Medizin von Evidenzbasierung abgelöst worden, heute genießen Ärztinnen und Ärzte die Freiheit der Rede auch am Arbeitsplatz, eine Freiheit ihrer beruflichen Entscheidungen, eine flache Hierarchie mit kollegialem Austausch. Sie wissen aber nicht, dass sie davon Vieles dem Mut und der Unbeugsamkeit von Hans Mausbach und seinen Weggefährten zu verdanken haben. Am 9. September ist Hans Mausbach in Frankfurt am Main im Alter von 86 Jahren gestorben.

www.medizinHuman.de

chirurg@hontschik.de

