„Absonderungsersetzende Schutzmaßnahmen"

▶ Wer im üblichen Sprachgebrauch nach dem Verb „***absondern***" sucht, stößt oft auf Beschreibungen, die mit menschlichen oder tierischen Sekreten zu tun haben. Beispiele wären *„die Froschhaut sondert eine wässrige Flüssigkeit ab"* oder *„das Auge sondert eitrigen gelblichen Schleim ab"*.

In *Synonym-Portalen* findet man dafür Begriffe wie abszedieren, sezernieren … eliminieren, selektieren. Dort wird auch auf die damit verbundenen Assoziationen hingewiesen: *Wegwerfen · ausmustern · ausrangieren*.

Einige bundesdeutsche Gesundheitsministeriale (leider auch das RKI) haben sich darauf verständigt, *Absonderung als Oberbegriff für Quarantäne und Isolation* zu nutzen. ***Absonderungsersetzende Schutzmaßnahmen*** ist aus meiner Sicht ein bedenkliches *Wortungeheuer (das würde vermutlich auch der gerade im Alter von 97 Jahren verstorbene Meister der deutschen Sprache und Journalistenlehrer Wolf Schneider [„Deutsch für Profis"] so sehen).*

▶ In der aktuellen Gesetzgebung sagt der Begriff *„Absonderungsersetzende Schutzmaßnahmen"*, dass ***die bislang geltende 5-tägige Isolationspflicht für Covid-19-Erkrankte wegfällt und durch eine fünftägige Maskenpflicht ersetzt wird***.

Der folgende Fallbericht soll anschaulich machen, worum es sich hier handelt.

- Es geht um eine 30-jährige, alleinlebende MS-Patientin, die mit CD-20-Antikörpern behandelt wird (umfasst die monoklonalen Antikörper *Rituximab, Ocrelizumab*, *Ofatumumab* und *Ublituximab*). Die Frau ist viermal geimpft - mit weitgehend ausgebliebenem Erfolg.
- Als sie kürzlich (mit FFP2-Maske) beim Einkaufen vor einem Regal nach der gewünschten Ware suchte, näherte sich von hinten eine Frau, die sie - Brust gegen Rücken - fast umstößt und an ihr vorbei in das identische Regal greifen möchte. Eine Situation, die wohl jede/r von Ihnen schon einmal erlebt haben dürfte.
- Erschrocken, um nicht zu sagen, entgeistert, dreht sich die MS-Kranke um und sieht in das Gesicht einer fast gleichaltrigen, schniefenden Frau, die eine chirurgische Maske in weitverbreiteter Manier trägt - *Nase frei, die Seitenteile weit offen*. Unerwartet entwickelt sich ein kurzes Gespräch, bei dem die „Frau von hinten" unumwunden zugibt, dass *ihr Schnelltest heute Morgen positiv war. Das sei aber doch nach der neuen Regelung kein Problem, sie dürfe ja doch mit Maske zum Einkaufen*.
- ***Glauben Sie nicht?***

  ▷ Hier kommt ein Auszug (seit dem 16.11.22 fast gleichlautend in Bayern und Schleswig-Holstein in Kraft) aus der „***Verordnung des Sozialministeriums Baden-Württemberg zu absonderungsersetzenden Schutzmaßnahmen für mit SARS-CoV-2 infizierte Personen***". *Abgesondert* wurden diese sprachgewaltigen Zeilen von Gesundheitsminister Manne Lucha.

  ▷ Wörtlich heißt es: *„Für Personen, die mittels Schnelltest oder PCR-Test positiv auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet wurden, ist nach der neuen Regelung eine **fünftägige Maskenpflicht mit einer medizinischen Maske oder einer FFP2-Maske vorgesehen**. Diese gilt durchgängig außerhalb der eigenen Wohnung. **So können auch positiv getestete***

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

Personen, wenn es deren Gesundheitszustand zulässt, beispielsweise einkaufen *oder an der frischen Luft spazieren gehen".*

▷ *Was nicht in der Verordnung steht:* ***Die Schutzwirkung einer FFP2-Maske ist in geschlossenen Räumen bei hohem Aerosolaufkommen nur begrenzt wirksam.***

Quintessenz: „Absonderungsersetzende Schutzmaßnahmen" stellen eher eine Alibiveranstaltung dar. Sie gefährden insbesondere diejenigen, die sich nicht selber ausreichend schützen können. Zu den besonders vulnerablen Gruppen gehören in Deutschland bis zu 6 Millionen immunsupprimierte Menschen (die Hochaltrigen sind in dieser Rechnung noch nicht berücksichtigt).

▶ ***Die Maskenpflicht (zunächst nur) im öffentlichen Nahverkehr aufzuheben***, ist das nächste Ziel verantwortlicher Politiker, nicht nur in den genannten Ländern.

- „***Wer will, kann sich ja in Eigenverantwortung schützen***", heißt es oft.

  Zur Eigenverantwortung lese ich auf Twitter die Anmerkung: *„Niemand, der mal die Kippen im Umkreis von 10 m um einen Mülleimer an einer Bushaltestelle gezählt hat oder schon mal eine öffentliche Toilette betreten hat, kann daran glauben, dass man mit Eigenverantwortung irgendetwas erreicht*". Das sind natürlich – Gott behüte – nicht meine Worte….

  Viele Vulnerable können sich *eben nicht in Eigenverantwortung selber schützen.*

- ***„Das hat ja damals wie heute niemand kontrolliert"*** werden andere sagen.

  Das stimmt zwar, aber zumindest nach meiner Erfahrung wird in einem Land mit einer – Pardon - *gewissen Obrigkeitshörigkeit* häufig gefragt: *Wo steht das geschrieben?* Die Belassung der Vorschrift hätte vermutlich auch ohne Kontrollen eine gewisse Wirkung…

- Die Abschaffung der Maskenpflicht im öffentlichen Nahverkehr dürfte auch den ***Personalmangel in kritischen Infrastrukturbereichen*** weiter verschärfen:

  ▷ *„Die Coronapandemie setzt der Deutschen Bahn und ihren Passagieren im Regionalverkehr zu… Personalmangel bremst immer mehr Züge aus. Der Konzern reagiert jetzt mit Notfahrplänen*" (Spiegel vom 19.11.2022). Allein im Regionalverkehr von Juli bis September konnten 18.676 Fahrten nicht stattfinden, weil MitarbeiterInnen fehlten. Insgesamt seien in den ersten 3 Quartalen 2022 bereits 34.388 Fahrten personalbedingt ausgefallen. Laut DB führe der hohe Krankenstand aber lediglich zu einem *„vorübergehend leicht reduzierten Angebot*"…

  Von anderen kritischen Bereichen der Infrastruktur wage ich gar nicht zu reden.

- Kinderkliniken gehören zwar nicht zum ÖPNV, aber zur sozialen Infrastruktur. Nicht nur in Deutschland ***kämpfen Kinderkliniken (inkl. Intensivstationen) gegen eine geradezu katastrophale Überbelegung***. Grund sind die jetzt *fehlenden Masken in Kitas und Schulen*, wodurch es zu einer *massiven Häufung von Atemwegsinfektionen (Covid / Influenza / RSV et al.)* kommt.

  ▶ Lennox Huang, Chef des größten Kinderkrankenhauses Kanadas (*Toronto Hospital for Sick Children*) plädiert daher für die Wiedereinführung der Maskenpflicht:

  „It's a pediatric healthcare crisis of a proportion that I don't think anybody has seen in their careers at this point".

  ▶ Siehe dazu auch eine neue Arbeit im *New England Journal of Medicine: „Lifting Universal masking in schools — Covid-19 incidence among students and staff*", frei unter https://t1p.de/qn5ah.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

▶ Neue Daten zu Long-Covid?

WissenschaftlerInnen der TU Dresden und KollegInnen anderer Institutionen haben in einer retrospektiven Kohortenstudie ***Routinedaten der Krankenkassen AOK Bayern, AOK PLUS, BARMER, BKKen, DAK und TEK*** ausgewertet.

- Vom 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2020 wurden fast 41 Millionen Erwachsene und Kinder/Jugendliche identifiziert – fast die Hälfte der bundesdeutschen Bevölkerung. Ab 2020 wurden PCR-Testpositive erfasst.

  In die Auswertung flossen ein: ***29.600.265 Erwachsene (davon 145.184 PCR-positiv)*** und ***5.421.270 Kinder und Jugendliche (davon 11.950 PCR-positiv)***.
- Die Testpositiven wurden mit je 5 PCR-negativen Kontrollpersonen verglichen (*gematched* nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen).
- Analysiert wurden neu aufgetretene Symptome frühestens drei Monate nach Dokumentation der COVID-19 Erkrankung; längste Nachverfolgung 254 Tage.
- Stark verkürzt: ***Bei Kindern und Jugendlichen ergab sich eine statistisch signifikante Erhöhung im Vergleich zu den PCR-negativen Kontrollen*** (aufgeführt werden nur die drei häufigsten Positionen)
  - ▷ in der Symptomgruppe *Malaise/Fatigue/Erschöpfung* um den Faktor 2.28 (95% CI: 1.71 - 3.06, $p < 0.01$)
  - ▷ in der Symptomgruppe *Husten* um den Faktor 1.74 (95% CI: 1.48 - 2.04, $p < 0.01$)
  - ▷ in der Symptomgruppe *Hals-/Brustschmerz* um den Faktor 1.72 (95% CI: 1.39 - 2.12, $p < 0.01$)
  - ▷ Bei den ***Erwachsenen*** lauteten die (*im Vergleich zu Kindern/Jugendlichen höheren*) Zahlen: ▷ *Riech- und Geschmacksstörungen* 6.69 (95% CI: 5.88 - 7.60, $p < 0.01$); ▷ *Fieber* 3.33 (95% CI: 3.01 - 3.68, $p < 0.01$); ▷ *Luftnot* 2.88 (95% CI: 2.74 - 3.02, $p < 0.01$).

Viele andere interessante Daten finden sich in der Originalarbeit *„Post-COVID-19-associated morbidity in children, adolescents, and adults"* https://t1p.de/q8rqs.

Wer an weiteren Studien zum Thema Long-Covid (fast ausschließlich bei Erwachsenen) interessiert ist, sei auf die folgende *Auswahl in renommierten Zeitschriften* hingewiesen

- ▷ *Impact of COVID-19 vaccination on the risk of developing long-COVID and on existing long-COVID symptoms: A systematic review* https://t1p.de/v19f6.
- ▷ *Symptoms and risk factors for long COVID in non-hospitalized adults* https://t1p.de/feaof.
- ▷ *Persistence of somatic symptoms after COVID-19 in the Netherlands - an observational cohort study* https://t1p.de/fdwl6.
- ▷ *Long covid—an update for primary care* https://t1p.de/0pdhi.
- ▷ *Long-lasting symptoms after an acute covid-19 infection and factors associated with their resolution* https://t1p.de/64cb6.
- ▷ Cognitive Deficits in Long Covid-19 https://t1p.de/h9vt1.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

- Eine deutschsprachige Zusammenfassung des Wissenstandes hat das RKI im *Epidemiologischen Bulletin* veröffentlicht:

  Long COVID – eine Herausforderung für Public Health und Gesundheitsforschung https://t1p.de/ktb8g.

Statt einer Quintessenz erlaube ich mir eine persönliche, zugegeben etwas spekulative, Vorhersage: *Wir dürften in den nächsten Jahren eine hohe Zahl von an Post-/Long-Covid erkrankten Patientinnen und Patienten sehen, deren Versorgung – bei Ausbleiben therapeutischer Durchbrüche – auf massive Probleme stoßen wird.*

▶ Ein gut handhabbares, aus meiner Sicht das bislang beste ***Unterstützungsinstrument für den Einsatz von Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid®)*** ist von der Fachgruppe COVRIIN (Intensivmedizin, Infektiologie und Notfallmedizin am RKI https://t1p.de/006px) herausgegeben worden.

Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid™)
Interaktive Checkliste für den Einsatz

DGIIN Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin · dgi · DGP · DIVI · COVRIIN

Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid™): Checkliste für den Einsatz

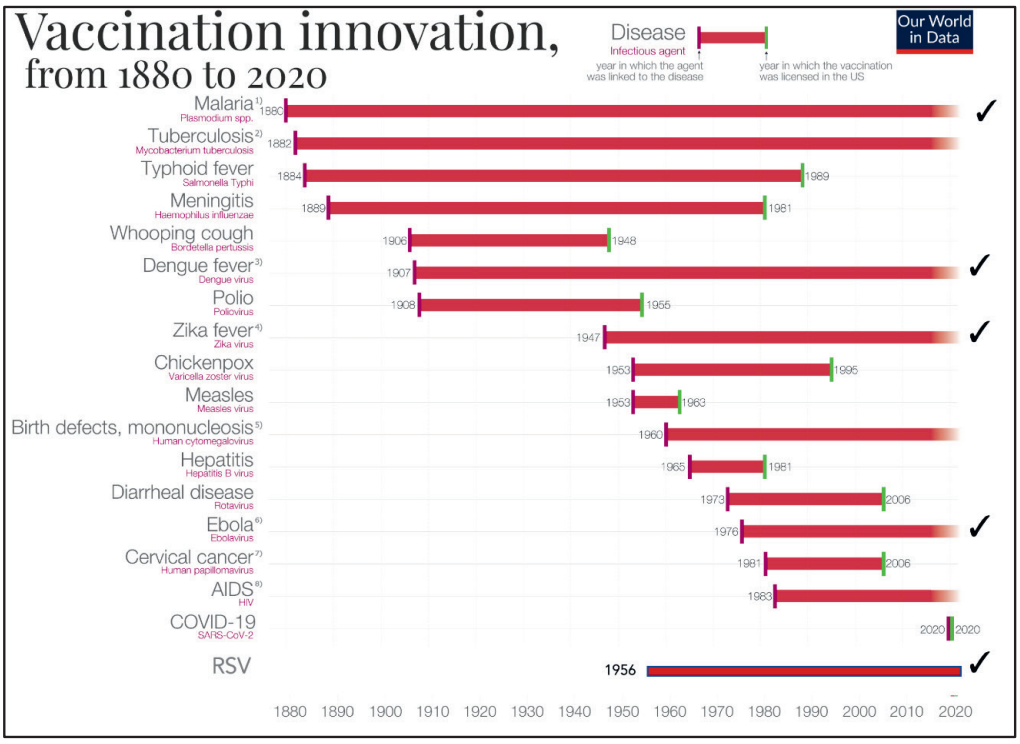
Klicken Sie einen der unten aufgeführten Buttons an, um zu beginnen
Indikation
Generelle Voraussetzungen für die Behandlung mit Nirmatrelvir/Rironavir (Paxlovid™)
Wechselwirkungen bei Komedikation: wichtigsten Medikamentengruppen und häufigste Medikamente
Weitere Informationen zu Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid™) (z.B. zu Dosierung sowie Hinweise für die Verordnung)

Die interaktive Checkliste, in die auch der *Liverpool Interaction Checker* eingebaut ist, erreichen Sie unter https://www.dgiin.de/paxlovid/index.html#/

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

Non-Corona

▶ ***Die Zeitdauer von der Entdeckung eines Krankheitserregers bis zur erstmaligen Verfügbarkeit einer Impfung wurde (grosso modo) im Laufe der letzten 140 Jahre immer kürzer*** - wie die folgende Abbildung zeigt (Eric Topol 2022, Datenquelle *„Our World in Data"* https://ourworldindata.org/)



- Was in der Abbildung nicht steht, ist die Profitorientierung der meisten Impfstoffhersteller. Für einen zahlungsschwachen Markt von Staaten, die früher *Dritte Welt* genannt wurden, „lohnte" es sich nicht, in die vorbeugende Bekämpfung von Krankheit und Tod vieler Millionen Menschen zu investieren. Das ist keineswegs Vergangenheit, wie die ungerechte Verteilung der Covid-Impfstoffe zeigt.
- Etliche Virusinfektionen, wie z.B. das Dengue-Fieber, dringen mit dem Klimawandel allerdings immer weiter nördlich vor - in die zahlungskräftigen Länder.

  Interessierte seien hier auf eine neue Studie aus Frankreich verwiesen: *Autochthonous dengue in mainland France, 2022: geographical extension and incidence increase* https://t1p.de/xffec.
- Allerdings sollte man nicht zu früh jubeln: Noch gibt es in Bezug auf diese Vakzine ernsthafte Sicherheitsbedenken: *Dengue vaccine poised for roll-out but safety concerns linger* https://t1p.de/0oe4g.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

▶ Bisherige Studien haben gezeigt, dass die ***intravenöse Gabe von Eisencarboxymaltose die Symptome und die Lebensqualität von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und Eisenmangel, nicht jedoch harte klinische Endpunkte*** verbessern kann. Noch vor kurzem hatte ein RCT im *Lancet* beim *Studienendpunkt kardiovaskulärer Tod* keinen Unterschied zwischen den beiden Behandlungsarmen ergeben.

- „Überraschenderweise" erscheint jetzt eine randomisierte, aber ***offene*** Studie (wiederum im *Lancet*), die den Anschein vermittelt, er gäbe diesbezüglich einen Durchbruch und die i.v.-Gabe von Eisen wäre nun doch „voll wirksam".
- Zunächst heißt es in der Begründung für die fehlende Doppelblindheit:
  „masking of treatment allocation was not only difficult, but would increase costs and complexity, making it ***unattractive for patients, funders, and investigators"****.* Wenig attraktiv für die Firmen – ein durchaus *interessantes* Argument…
- Die Arbeit, in der 21 britische AutorInnen namentlich aufgeführt sind, nennt als primären Endpunkt:
  „recurrent hospital admissions for heart failure and cardiovascular death".
- Im Abstract ist unter dem Punkt „Interpretation" zu lesen:
  „…intravenous ferric derisomaltose administration was associated with a ***lower risk of hospital admissions for heart failure and cardiovascular death****,* further supporting the benefit of iron repletion in this population".

  Für schnelle Leser scheint die Sache damit klar: Wirksamkeit bewiesen.

  Wer jedoch genau hinschaut, entdeckt im Text folgendes Resultat:

  ▷ 336 primäre Endpunkte (22·4 pro 100 Patientenjahre) traten in der Eisencarboxymaltose-Gruppe auf und 411 (27·5 pro 100 Patientenjahre) in der üblichen Behandlungsgruppe (rate ratio [RR] 0·82 [***95% CI 0·66 - 1·02***]***; p=0·070***). *Statistisch nicht signifikant*.

  ▷ Auch ein weiterer Auswertungsversuch, der die Auswirkungen des Covid-bedingten Lockdowns bei Rekrutierung und Nachverfolgung berücksichtigt, kann das Ergebnis nicht umdrehen: Der 95%-Konfidenzintervall bleibt statistisch nicht signifikant.

Von den 21 AutorInnnen geben 17 Interessenkonflikte mit pharmazeutischen Unternehmen an und zwar so zahlreich, dass eine halbe Druckseite in kleinster Schrift gefüllt wird.

▶ *„All other authors (also n=4 von 21) declare no competing interests"* – na bitte, alles halb so schlimm…

▶ *Selbstverständlich haben diese Interessenskonflikte nichts mit den Ergebnissen der Studie und ihrer Interpretation zu tun…*

Die Veröffentlichung im *Lancet „Intravenous ferric derisomaltose in patients with heart failure and iron deficiency in the UK (IRONMAN): an investigator-initiated, prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint trial"* ist frei verfügbar unter https://t1p.de/c29u8.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

▶ Wie gut funktioniert Peer-Review?

Wenn AutorInnen eine wissenschaftliche Arbeit zur Publikation in einer seriösen Zeitschrift einreichen, wird in aller Regel eine Begutachtung durch externe KollegInnen (*Peer Review*) durchgeführt. Das bereits 300 Jahre alte Verfahren soll dafür sorgen, dass Hinweise auf zu korrigierende Fehler die Qualität der revidierten Arbeit steigern.

Das dieses Gutachtersystem auch Lücken hat, ist zwar keine ganz neue Erkenntnis - die folgende Veröffentlichung, ein sog. „Feld-Experiment", zeigt aber besonders exemplarisch, welche Faktoren den Zweck kompromittieren können.

- Die Autoren, darunter der Chef eines renommierten Wirtschaftsforschungsinstituts (und Nobelpreisträger!) sowie ein unbekannter Mitarbeiter, verfassten eine Arbeit, die sie – verabredet - einer renommierten Zeitschrift einreichten.
- Die Herausgeber schrieben dann – man höre und staune – insgesamt 3.300 KollegInnen an und baten darum, den Text zu begutachten.
- Der Artikel wurde in vier Versionen verschickt (in realiter war die Prozedur noch komplizierter als es hier steht):
  - ▷ Version 1: Nur der Institutschef erschien als Alleinautor.
  - ▷ Version 2: Nur der unbekannte Mitarbeiter war sichtbar.
  - ▷ Version 3: Beide zusammen fungierten als Koautoren.
  - ▷ Version 4: Die Autoren waren anonymisiert.
- Nach dieser Vorgeschichte können Sie die Ergebnisse vermutlich schon erahnen. Die Akzeptanzrate zeigte deutliche Unterschiede: ▶ Bei dem Nobelpreisträger allein am höchsten, ▶ gefolgt von der Koautorenschaft. ▶ Deutlich niedriger lag sie, als der der arme Unbekannte als Alleinverfasser erschien.
- Die Arbeit ist zunächst nur als Preprint verfügbar: *„Nobel and novice: author prominence affects peer review"* https://t1p.de/inp4n.

▶ ***Günther Egidis heutiger Beitrag*** zu diesem Benefit beschäftigt sich mit der (bislang vorliegenden, besser: weitgehend fehlenden) Evidenz für das ***Screening auf Vorhofflimmern***. Titel: *„Hüpfende Herzen"* (Anlage)

▶ Die Präsidentin der Türkischen Ärztekammer, ***Şebnem Korur Fincancı,*** Professorin für Rechtsmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Istanbul, wurde **Ende Oktober verhaftet.**

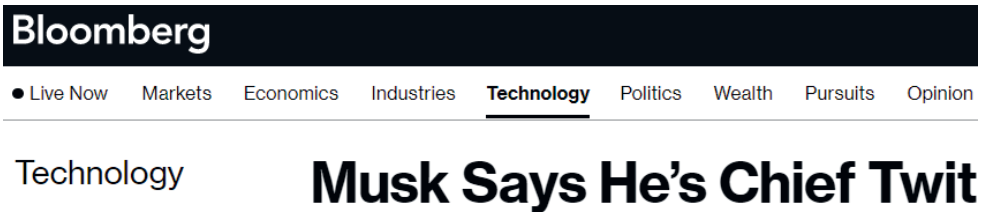
Vorwurf: Absichtliche Verbreitung falscher Informationen in der Öffentlichkeit. Die Kollegin hatte Aufklärung über den vermutlichen Einsatz chemischer Waffen durch die türkischen Streitkräfte gegen Kurden im Nordirak verlangt. NB: 2004 war die Kollegin wegen Aktivitäten für die Menschenrechte entlassen, nach einem erfolgreichen Gerichtsverfahren 2005 wieder eingestellt worden.

Weitergehende Informationen zu diesem Skandal finden Sie in ***Bernd Hontschiks*** neuester Kolumne vom Samstag, dem 19.11.2022. Überschrift *„Der Palast wird zum Stall"* *(Anlage).*

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

▶ Zum Schluss noch ein kurzer – *dialektisch verfremdeter* – ***Ausflug in die schöne neue Welt des Elon Musk***.

Nach dem Kauf von Twitter für nicht weniger als 44 Mrd. USD bezeichnete sich Musk, der reichste Mensch auf Erden, als „***Chief Twit***".



Damit meinte er ganz offensichtlich, dass er jetzt Chef des Unternehmens sei.

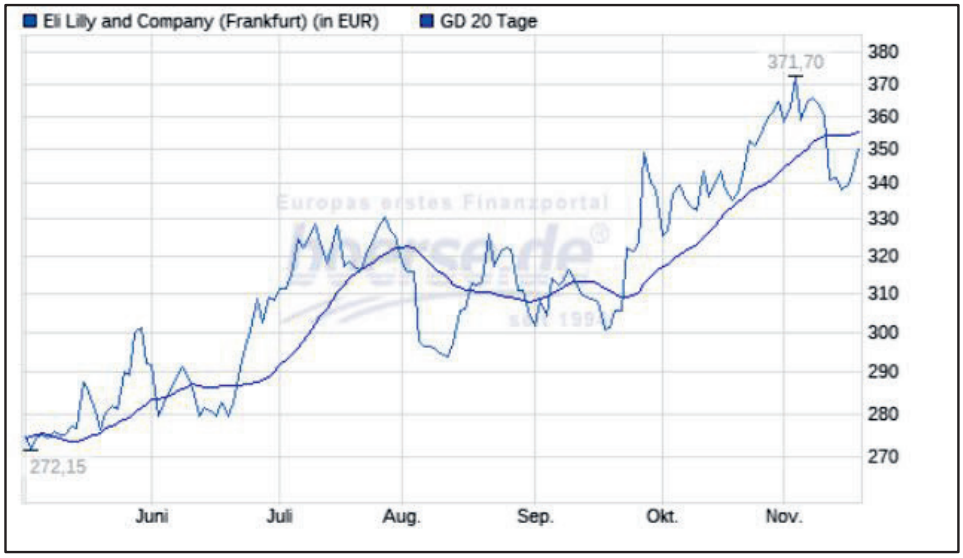
Wer allerdings in einem gängigen Wörterbuch nachsieht, entdeckt, dass für *Twit* die Begriffe „Schwachkopf, Trottel, Depp" angeboten werden. Chief Twit würde man demnach also mit *Oberdepp* übersetzen…

Und was, bitte, hat das jetzt mit Medizin zu tun?

Nun, auf Twitter gingen nach der Übernahme durch Elon Musk ***gezielte Falschmeldungen*** ein, die von Millionen Twitter-Nutzern offenbar für bare Münze genommen wurden. Zum Beispiel die nachfolgende…

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

Nach diesem Tweed rauschte der Börsenkurs des pharmazeutischen Unternehmens in Minutenfrist um 4.37% in den Keller.



Eli Lilly stellte kurz danach eine Richtigstellung ins Netz.

Der ganze Ablauf dieser netten Geschichte provozierte einen Sturm von Reaktionen.
Die m.E. inhaltlich beste twitterte der ***demokratische US-Senator Bernie Sanders***

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

Bernie Sanders
@BernieSanders

Let's be clear. Eli Lilly should apologize for increasing the price of insulin by over 1,200% since 1996 to $275 while it costs less than $10 to manufacture. The inventors of insulin sold their patents in 1923 for $1 to save lives, not to make Eli Lilly's CEO obscenely rich.

Noch Fragen?

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

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).

„Schlägt Ihr Herz im Rhythmus?“

Diese *mit freundlicher Unterstützung der Firmen Bristol Myers Squibb und Pfizer* finanzierte Werbetafel sah ich kürzlich in Bremen.

Rund 25% aller Schlaganfälle - zweithäufigste Todesursache in Deutschland - werden durch ***Vorhofflimmern (VHF)*** verursacht (https://t1p.de/j1nlu). Laut einer Erhebung des RKI leiden 2,3% der deutschen Bevölkerung unter den Folgen eines Schlaganfalls (https://t1p.de/w9q7w), in den letzten 12 Monaten waren 1,6% der Erwachsenen betroffen (https://edoc.rki.de/handle/176904/2583).

Allerdings ist die *Häufigkeit* von Schlaganfällen in Deutschland (jährlich ca. 300.000 in Kliniken behandelte Fälle) in den letzten 15 Jahren etwa gleichgeblieben, während sich die Schlaganfall-*Sterblichkeit* in dieser Zeit halbiert hat (https://t1p.de/2pmlo). Die Belastung durch die Folgen eines Schlaganfalls ist für die Betroffenen erheblich – Grund genug, die Situation trotz gleich gebliebener Häufigkeit und halbierter Sterblichkeit weiter zu verbessern. Kann das Screening dabei helfen?

Von zahlreichen Studien, die sich mit dem Thema beschäftigen, wie durch ein systematisches Screening mehr Vorhofflimmern gefunden werden kann, sollen hier nur einige erwähnt werden:

- In der randomisierten Studie ***VITAL-AF*** (16 Hausarztpraxen in Massachusetts/USA) wurden n=15.393 Patient*innen > 65 Jahre ohne bislang bekanntes VHF mit einem Einkanal-EKG gescreent und mit n=15.322 Kontrollen verglichen - https://t1p.de/xz9ze). Nach einem Jahr betrug der Unterschied in der entdeckten VHF-Rate zwischen den Gruppen 1,72 vs. 1,59% (Differenz 0,13%, 95%-CI -0,16-0,42, p=0,38) – nicht unbedingt ermutigend für ein Screening.
- Im kanadisch-deutschen ***RCT SCREEN-AF*** (https://t1p.de/4b4kw) wurde verglichen, ob ein 2 Wochen getragener EKG-Patch die Detektion von Vorhofflimmern im Vergleich zu periodischem Puls-Tasten und Auskultieren bei über 75-jährigen hausärztlichen

Patient*innen verbessert. Tatsächlich wurden 10x mehr Fälle von Vorhofflimmern gefunden (5,3 vs. 0,5%).

- Die US-amerikanische ***Preventive Services Taskforce*** (USPSTF) sieht keine Evidenz für ein VHF-Screening bei asymptomatischen Erwachsenen über 50 Jahre (https://t1p.de/go3n7). Die Leitlinien der *European Society of Cardiology* empfehlen ein sog. opportunistisches, d.h. auf Personen mit Risikoindikatoren bezogenes Screening auf VHF bei Personen > 65 Jahre mit gelegentlicher Pulsmessung oder EKG (https://t1p.de/go3n7). Diskutiert wird, ob diese US-amerikanische Einkanal-EKG-Studie zu klein war und man das Screening daher auf breitere Basis stellen sollte.

- In der deutschen ***BRAVE-AF***-Studie nutzten 5.551 deutsche Versicherte ohne VHF zum Screening eine Smartphone-App. Zeigten sich Auffälligkeiten, erhielten sie eine 14-tägige EKG-Ableitung. Nach sechs Monaten wurde die Zuordnung umgekehrt. Dieses Screening verdoppelte die Diagnose eines VHF in der ersten Studienphase (OR 2,12, CI 1,19-3,76, p=0,01) wie auch in der zweiten Studienphase (OR 2,75, CI 1,42-5,34, p=0,003)

  (Rizas K, Freyer L, Sappler N, et al. Smartphone-based screening for atrial fibrillation: a pragmatic randomized clinical trial. Nature Med 2022; Abstract unter https://www.nature.com/articles/s41591-022-01979-w).

- In die US-amerikanische ***Apple Heart*** Studie (https://t1p.de/sw7u9) waren über 400.000 iphone-Besitzer ohne bekanntes Vorhofflimmern eingeschlossen worden. Sobald sie meldeten, dass ihr Handy Arrhythmien signalisierte, bekamen sie ein EKG-Patch für sieben Tage zugeschickt. In durchschnittlich 117 Tagen bemerkte das Handy bei 2.161 (0,52%) einen unregelmäßigen Puls, 450 Patient*innen schickten ihre EKG-Patches zurück. Bei 34% der ausgewerteten Patches fand sich ein Vorhofflimmern => die Wahrscheinlichkeit für Arrhythmien war insgesamt extrem niedrig.

Entscheidend scheint bei allen Studien die Frage, was es den asymptomatischen Personen mit VHF nützt, wenn sie daraufhin antikoaguliert werden, um einen embolischen Schlaganfall zu verhüten. Zwei große randomisierte Studien versuchten eine Antwort:

- In der ***STROKESTOP-Studie*** (*Svennberg E, Friberg L, Frykman V, Al-Khalili F, Engdahl J, Rosenqvist M. Clinical outcomes in systematic screening for atrial fibrillation (STROKESTOP): a multicentre, parallel group, unmasked, randomised controlled trial. Lancet. 2021; 398: 1498–1506*) wurden alle 28.768 Personen zweier schwedischer Regionen im Alter von 75-76 Jahren eingeladen, an einem Screening mit wiederholten EKGS (und ggfs. folgender Antikoagulation) teilzunehmen – oder nicht. Nach 6,9 Jahren war es bei 31,9 vs. 33,0% Schlaganfällen gekommen (p= 0,045) – eine zwar signifikante, aber nur minimale Risikoreduktion.

- In der ***LOOP-Studie*** (*Svendsen JH, Diederichsen SZ, Højberg S, et al. Implantable loop recorder detection of atrial fibrillation to prevent stroke (The LOOP Study): a randomised controlled trial. Lancet. 2021; 398: 1507–1516*) wurden 6.004 Personen im Alter zwischen 70 und 90 Jahren gescreent. Patient*innen in der Interventionsgruppe erhielten einen implantierten Event-Recorder. Nach 64,5 Monaten wurde bei 31,8 vs. 12,2% ein Vorhofflimmern gefunden, eine Antikoagulation erhielten 29,7 vs. 13,1%. Der primäre Endpunkt (Schlaganfall oder periphere Embolie) trat bei 4,5 vs. 5,6% nicht signifikant seltener auf (p=0,11), schwerere Blutungen gab es in der Interventionsgruppe numerisch häufiger (4,3 vs. 3,5%, HR 1,26, 95%-CI 0,95-1,69; p=0,11).

Schlussfolgerung (Stand heute): ein systematisches Screening auf Vorhofflimmern bringt den Betroffenen einen minimalen – oder überhaupt keinen Nutzen.

Dr. med. Günther Egidi, Bremen

guenther.egidi@posteo.de

Frankfurter Rundschau; Samstag, 19.11.2022
„**Dr. Hontschiks Diagnose**“

Der Palast wird zum Stall

Friedenspreis in Hessen, Gefängnis in der Türkei

Das Recht auf freie Meinungsäußerung ist etwas so Schützenswertes, etwas so Wichtiges für die Stabilität einer Demokratie, dass dieses Recht nicht nur in nationalen Verfassungen, sondern auch in Artikel 10 der Europäischen Menschenrechtskonvention festgeschrieben wurde. Zu den fünfzehn Erstunterzeichnern dieser Konvention im November 1950 in Paris gehörte auch die Türkei.

Im Mai 2019 verurteilte ein Gericht in Ankara elf Ärzte wegen „Anstachelung zu Hass und Feindschaft“ zu je 20 Monaten Haft. Einer von ihnen erhielt zusätzlich 18 Monate Haft wegen „Terrorpropaganda“. Präsident Erdoğan bezeichnete die Verurteilten als „Terroristen-Liebhaber“ und als eine „Bande nicht denkender Sklaven“. Ihr Verbrechen hatte darin bestanden, dass sie wegen der türkischen Militäroffensive in den Kurdengebieten Nordsyriens zu Frieden aufriefen. Es sei ihre ärztliche Verpflichtung, „Leben zu bewahren und friedliche Lebensumstände zu verteidigen“.

Im Januar 2022 leitete eine der bekanntesten türkischen Journalistinnen namens Sedef Kabaş eine Fernsehdiskussion über die Kunstfreiheit. Dabei zitierte sie auch ein altes tscherkessisches Sprichwort: „Geht ein Ochse in einen Palast, wird er nicht zum König, sondern der Palast wird zum Stall“. Kurze Zeit nach der Sendung wurde sie um zwei Uhr nachts verhaftet. Wegen Präsidentenbeleidigung wurde sie zu einer Gefängnisstrafe von 2 Jahren und 4 Monaten verurteilt, obwohl sie Erdoğans Namen gar nicht erwähnt hatte.

Ebenfalls Ende Januar dieses Jahres wurde Sezen Aksu, die beliebteste Sängerin des Landes, von Präsident Erdoğan während des Freitagsgebets wegen eines fünf Jahre alten Songs über Adam und Eva attackiert. Er beschuldigte sie der Blasphemie, weswegen man ihr „die Zunge herausreißen“ solle. Diesmal hatte Erdoğan aber nicht mit dem Volkszorn gerechnet, Sezen Aksu wurde weder verhaftet noch angeklagt.

Aber im Fall der Präsidentin der türkischen Ärztekammer, Prof. Şebnem Korur Fincancı, konnte weder Prominenz noch breite internationale Solidarität verhindern, dass sie seit Anfang Oktober zum wiederholten Male im Gefängnis sitzt. Schon 2016 war sie wegen "Werbung für eine terroristische Organisation" angeklagt und verurteilt worden, weil sie die kurdische Tageszeitung Özgür Gündem unterstützt hatte. Am 19. Oktober nun kommentierte Prof. Fincancı in einer Fernsehsendung Videobilder von bewaffneten PKK-Mitgliedern, die mutmaßlich Symptome eines Chemiewaffenangriffs zeigten. In den Morgenstunden des 26. Oktober wurde sie nach einer Hausdurchsuchung in Istanbul festgenommen und ist seitdem in der Antiterror-Abteilung der Sicherheitsbehörde inhaftiert. Ihr wird die "absichtliche Verbreitung falscher Informationen in der Öffentlichkeit", das "Anstiften der Öffentlichkeit zu Hass und Feindschaft", "Verleumdung" und "Verunglimpfung des Staates, staatlicher Einrichtungen und Organe" vorgeworfen.

Das alles hat mit Menschenrechten und Meinungsfreiheit nichts zu tun. Es ist Teil des Unterdrückungsapparates von Despoten. Şebnem Korur Fincancı, die 2018 für ihr überragendes Engagement bei der Dokumentation und Aufklärung von Folter und anderen Menschenrechtsverletzungen mit dem Hessischen Friedenspreis ausgezeichnet worden war, ist dem Regime ein ständiges Ärgernis, mehr als nur ein Dorn im Auge. Als der türkische Ärzteverband TTB auf einer Pressekonferenz von einem „pechschwarzen Tag“ für die Demokratie in der Türkei sprach, warf der türkische Justizminister Bekir Bozdag den Ärzten vor, mit „dem Munde der Terrororganisationen“ zu sprechen. Inzwischen haben die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern Hessen, Berlin und Hamburg, einige Ärztevereinigungen sowie der Weltärztebund die sofortige Freilassung von Prof. Şebnem Korur Fincancı gefordert. Und jede und jeder von uns kann helfen: Amnesty International betreibt eine Solidaritätskampagne, die auf ihrer Homepage gezeichnet werden kann.

www.medizinHuman.de **chirurg@hontschik.de**