Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

▶ Früher durchgemachter Zoster – rekombinante Impfung könnte zu Rezidiven führen

Die ***rekombinante Zoster Vakzine*** *(Shingrix®)* ist in Deutschland seit 2018 e hältlich und wird von der Ständigen Impfkommission am RKI (STIKO) bei Erwachsenen ab 60 Jahren empfohlen (bei Vorliegen einer Immunsuppression ab 50, in Ausnahmefällen bereits ab 18 Jahren).

Das Impfschema besteht aus zwei Injektionen, verabreicht im Abstand von 2-6 Monaten. Das Faktenblatt des RKI vom 1. Februar 2024 ist frei verfügbar unter *https://t1p.de/180e*.

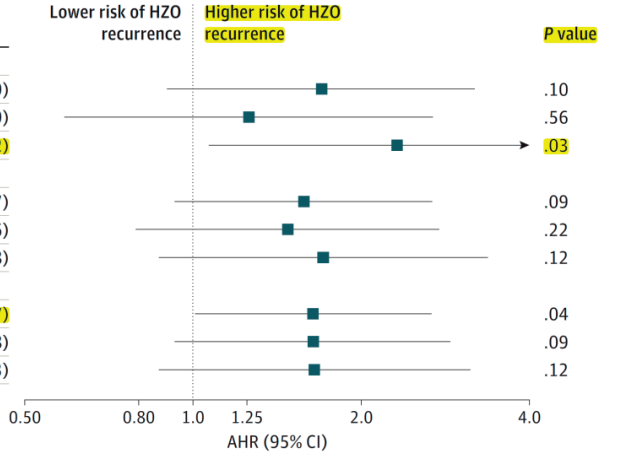
- Am 26. Juni 2020 veröffentlichte die *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft*, der bereits seit Anfang 2019 Fälle von *„Herpes zoster bzw. Zoster-artigen, teilweise bläschenförmigen Hautläsionen"* in zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung gemeldet wurden, einen Artikel über diese Verläuf im *Deutschen Ärzteblatt* *https://t1p.de/8buik*.
- 2021 wurde in *Rheumatology* eine retrospektive Analyse von 622 Fällen (35% unter Corticosteroiden) mit diversen Erkrankungen aus dem entzündlich-rheu matologischen Formenkreis publiziert *https://t1p.de/ge1ab*. 59 der 622 Patienter erlitten nach Verabreichung der Vakzine innerhalb von 12 Wochen einen Zost (keine PCR-Testung). Vermutet wurde ein Zusammenhang mit der Immunsup pression der Betroffenen, *was bei einer Totvakzine doch erstaunt*. Ein Zusam menhang mit früheren Zoster-Erkrankungen wurde nicht erwähnt.
- 2023 veröffentlichte eine deutsche Autorengruppe u.a. aus dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und dem Universitätsklinikum Freiburg 72 (meist innerhalb eine Woche nach Impfung aufgetretenen) Zoster-Verdachtsfälle, die dem PEI von April bis Oktober 2020 von Hausärzten gemeldet worden waren. 22 Patienten waren vor der Impfung erkrankt gewesen, davon wurden fünf im PCR-Test als Zoster*rezidiv* identifiziert [*https://t1p.de/puq64 (frei)].*

- Soeben wurde im *JAMA Ophthalmology* eine ***US-nationale, retrospektive Kohortenstudie an 16.408 Patienten mit Zoster Ophthalmicus (HZO)*** publiziert (davon waren 3.646 geimpft und 12.762 ungeimpft). Die Gesundheitsdaten stammen aus dem *Optum Labs Data Warehouse,* in der > 200 Mic Personen gespeichert sind.
  - ▷ Innerhalb von 56 Tagen nach Impfung betrug die *Inzidenz eines HZO 37. bei den Geimpften und 26.2 bei den Ungeimpften, jeweils pro 1.000 Pers nenjahre*. Die adjustierte *hazard ratio* für die Assoziation zwischen Impfung und HZO-Rezidiv betrug 1.64 (95% KI, 1.01-2.67; p=.04).
  - ▷ Die Daten der Studie lassen somit vermuten, dass die Verabreichung der rekombinanten Vakzine ein **Zoster-Rezidiv** verursachen könnte.
    - ⇨ NB: In den Zulassungsstudien waren *Personen mit bereits durchgemachtem Zoster ausgeschlossen* worden.

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

Figure 2. Adjusted Hazard Ratios (AHRs) of Herpes Zoster Ophthalmicus (HZO) Recurrence Associated With Recombinant Zoster Vaccine (RZV) Exposure

Outcome period, RZV exposure	AHR (95% CI)	P value
1-28 d		
Any exposure	1.70 (0.90-3.19)	.10
Dose 1	1.26 (0.59-2.69)	.56
Dose 2	2.32 (1.07-5.02)	.03
1-42 d		
Any exposure	1.58 (0.93-2.67)	.09
Dose 1	1.48 (0.79-2.76)	.22
Dose 2	1.71 (0.87-3.38)	.12
1-56 d		
Any exposure	1.64 (1.01-2.67)	.04
Dose 1	1.64 (0.93-2.88)	.09
Dose 2	1.65 (0.87-3.13)	.12



Vorläufige Quintessenz

- Das *RKI* vermerkt mit Datum vom 26.1.2024: *„Die Herpes-Zoster-Impfung mit dem Totimpfstoff können auch Personen bekommen, die bereits in der Vergangenheit an Herpes Zoster erkrankt waren"* https://t1p.de/6n8er.
- Hingegen schrieb das *arznei-telegramm* bereits 2022 (*„Neue Daten zum Varizella-Zoster-Totimpfstoff Shingrix"* https://t1p.de/z14pb): ***„Bei Personen mit Herpes zoster in der Vorgeschichte erscheint uns bei unbefriedigender Datenlage unverändert Zurückhaltung in der Indikationsstellung angebracht"***.
- Aus meiner Sicht bedeuten die Daten aus den USA (zusammen mit zahlreichen Fallserien der letzten 3 Jahre), dass ***Patienten, die bereits einen Herpes Zoster hatten, nicht mit der rekombinanten Vakzine geimpft werden sollten.***

Risk of Herpes Zoster Ophthalmicus Recurrence After Recombinant Zoster Vaccination
https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/2814944 *(nicht frei).*

▶ *Gewichtsverlust – prognostisch für Malignome?*

Viele von Ihnen wissen, dass ungewollte Gewichtsabnahme ein ominöses Zeichen für eine Tumorerkrankung sein kann. Frühere Studien haben das mit hinreichender Sicherheit gezeigt, meist allerdings nur für einzelne Krebsarten.

Das Besondere an der hier referierten, kürzlich veröffentlichten prospektiven Kohortenstudie ist, dass es um Ärztinnen und Ärzte geht (*Nurses' Health Study, begonnen 1976; Health Professionals Follow-Up Study, begonnen 1986*), deren Gewicht fortlaufend kontrolliert wurde und die mittlere Nachverfolgungszeit nicht weniger als 28 Jahre betrug.

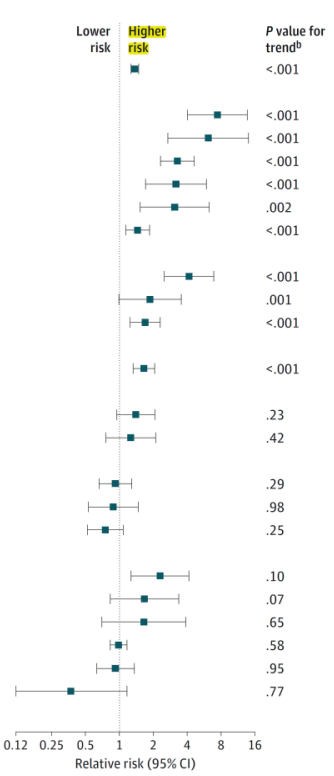
- Bei den 157.474 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten führte ein ***ungewollter Verlust von > 10% des Körpergewichts in den folgenden 12 Monaten zu einer Malignomrate von 1.362 Fällen – bei fehlendem Gewichtsverlust hingegen nur zu 869 Fällen, jeweils pro 100 000 Personenjahre.***

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

- Der Begriff „Malignomrate" erscheint allerdings zu undifferenziert, denn die Assoziation konnte ***nur für Tumoren des Gastrointestinaltrakts, der Lunge und der Mundhöhle sowie für Leukämien und Non-Hodgkin-Lymphome nachgewiesen*** werden. Eine ganze Reihe von anderen, durchaus häufigen Krebsarten war nicht mit Gewichtsverlust assoziiert. Dazu zählen z.B. Mamma-, Ovarial- oder Prostata-Karzinome.
- In der folgenden Tabelle sind die multivariat adjustierten Risiken zu sehen:

Figure 2. One-Year Relative Risk of Individual and Total Cancer Among Participants Who Experienced a Recent Weight Loss of Greater Than 10.0% of Body Weight

Cancer type	No. of cases/person-years: No weight loss	No. of cases/person-years: Weight loss >10.0%	Multivariable-adjusted relative risk (95% CI)[a]	P value for trend[b]
Total cancer cases	9115/1049077	716/52588	1.37 (1.27-1.48)	<.001
Digestive system				
Esophagus	44/1049077	17/52588	7.43 (4.04-13.70)	<.001
Liver	22/1049077	9/52588	6.16 (2.70-14.00)	<.001
Pancreas	205/1049077	42/52588	3.28 (2.32-4.63)	<.001
Stomach	62/1049077	13/52588	3.18 (1.71-5.94)	<.001
Biliary tract	48/1049077	10/52588	3.10 (1.53-6.27)	.002
Colorectum	813/1049077	74/52588	1.45 (1.14-1.85)	<.001
Hematological system				
Leukemia	88/1049077	20/52588	4.16 (2.51-6.91)	<.001
Multiple myeloma	101/1049077	11/52588	1.87 (0.99-3.54)	.001
Non-Hodgkin lymphoma	505/1049077	46/52588	1.69 (1.24-2.30)	<.001
Respiratory system				
Lung	752/1049077	93/52588	1.65 (1.32-2.06)	<.001
Urinary system				
Bladder	341/1049077	29/52588	1.40 (0.95-2.07)	.23
Kidney	191/1049077	17/52588	1.26 (0.76-2.10)	.42
Genital system				
Prostate	1390/219190	36/6353	0.92 (0.66-1.29)	.29
Ovary	295/829887	16/46234	0.88 (0.53-1.47)	.98
Endometrium	521/829887	32/46234	0.75 (0.52-1.08)	.25
Other systems				
Oral cavity and pharynx	117/1049077	13/52588	2.30 (1.27-4.15)	.10
Brain	95/1049077	9/52588	1.67 (0.83-3.36)	.07
Sarcoma	65/1049077	6/52588	1.65 (0.70-3.90)	.65
Breast	2380/829887	140/46234	0.98 (0.83-1.17)	.58
Melanoma	579/1049077	28/52588	0.92 (0.63-1.36)	.95
Thyroid	125/1049077	3/52588	0.37 (0.12-1.17)	.77



Cancer Diagnoses After Recent Weight Loss https://t1p.de/7pt3d (nicht frei).

➔ Autoren aus dem UK haben übrigens vor nicht allzu langer Zeit eine ***Studie*** aufgesetzt (63.973 Erwachsene; *UK Primary Care Electronic Health Record*, 1.1.2000 – 31.12.2012), die Aufschluss darüber geben sollte, ***wie man in der hausärztlichen Praxis am rationalsten einem Tumorverdacht nachgehen sollte.***

Nach dem Vergleich von drei Vorhersagemodellen empfehlen die Verfasser als einfachstes Vorgehen, ***nach Berücksichtigung von Alter und Geschlecht, folgende Laborwerte zu bestimmen***: Blutbild mit Thrombozyten, Transaminasen, alkalische Phosphatase, CRP und Albumin.

Combining simple blood tests to identify primary care patients with unexpected weight loss for cancer investigation https://t1p.de/1rp1r (frei).

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

➔ Neben Tumoren gibt es natürlich noch etliche andere Ursachen, an die Hausärztinnen und Hausärzte bei Patienten mit Gewichtsverlust denken sollten. Die folgende tabellarische Auflistung stammt aus dem *BMJ 2019*

Box 1: Differential diagnosis for patients with unexpected weight loss[1]

Cardiovascular—End stage heart failure (cardiac cachexia)

Endocrine—Adrenal insufficiency, diabetes, hyperthyroidism

Gastrointestinal—Diarrhoea, colitis, malabsorption, mesenteric ischaemia

Infection—Chronic infection (such as HIV, tuberculosis)

Malignancy—Solid tumours more likely than haematological malignancies

Medication—Antidepressants, antiepileptics, anxiolytics, diuretics, laxatives, stimulants

Neurological—Dementia, multiple sclerosis, neuromuscular disease, Parkinson's disease, stroke

Psychiatric—Anorexia nervosa, anxiety, bulimia, depression

Renal—End stage renal failure (uraemic cachexia)

Respiratory—Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), interstitial lung disease, vasculitis

Rheumatologic—Rheumatoid arthritis

Social—Excess alcohol consumption, neglect, use of opiates, poor oral health, poverty, smoking

When should unexpected weight loss warrant further investigation to exclude cancer? *https://www.bmj.com/content/366/bmj.l5271* *(nicht frei).*

Im Folgenden möchte ich Sie auf einige ***neue Studien aus dem Bereich Psychiatrie/Psychotherapie*** hinweisen – eine Thematik, die in der hausärztlichen Praxis bekanntermaßen eine wichtige Rolle spielt.

▶ Die ***Generalisierte Angsterkrankung*** (GA) zählt mit einer 12-Monats-Prävalenz von 14% (Personen zwischen 14-65 Jahren) zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Europa. Frauen sind 2-3x häufiger betroffen als Männer.

Für Patienten gibt es lesenswerte Texte zum Thema bei Gesundheitsinformation.de (der Patientenseite des IQWIG): *https://t1p.de/cwzrv; https://t1p.de/gwo08.*

- Laut den 2021 überarbeiteten S3-Leitlinien (*https://t1p.de/05lmh*) sollten zunächst ***Psychotherapie oder Pharmakotherapie*** zum Einsatz kommen (beide sind etwa gleich wirksam *https://t1p.de/j4327*) - *bei Therapieversagen* beide Verfahren zusammen. Bei der Auswahl ist – neben medizinischen Kriterien - die Präferenz der betroffenen Patientinnen essentiell.
- Zwar gilt die *Kognitive Verhaltenstherapie* (KVT) als die wirksamste Psychotherapieform, in der Leitlinie wird aber explizit erwähnt, dass die wissenschaftliche Evidenz (u.a. wegen des Mangels an head-to-head-Studien) noch lückenhaft ist. NB: Bei *von Therapeuten geleiteten KVT-Anwendungen* scheint es ***keine relevanten Unterschiede zwischen online und Präsenzsitzungen*** zu geben *https://t1p.de/1pa2t.*

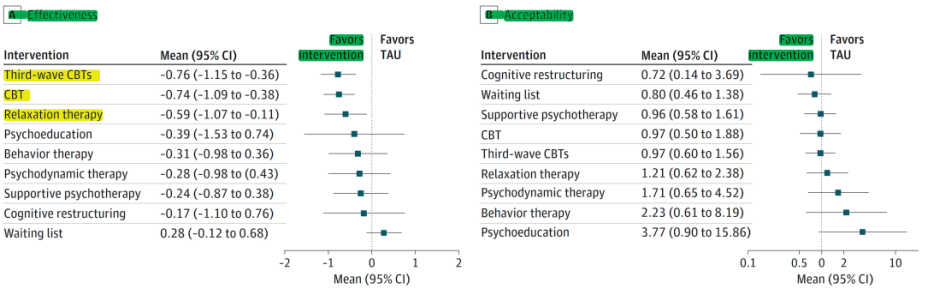
Ein internationales Autorenteam hat jetzt eine ***Netzwerk-Metaanalyse zum Vergleich der verschiedenen Psychotherapien*** publiziert, in die 65 kontrollierte Studien einflossen.

- Als Datenquellen nutzten die Autorinnen und Autoren die Indices *Medline, Embase, PsycINFO*, und das *Cochrane Register of Controlled Trials*.
- Primäre Endpunkte waren *Wirksamkeit* und *Akzeptanz* (Abbruch der Studienteilnahme aus jeglichen Gründen).

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

- Die nachfolgende tabellarische Aufstellung zeigt, dass die ***KVT,*** neue ***Therapieformen der sog. Dritten Welle*** (*Third Wave CBTs* - z.B. achtsamkeitsbasierte Verfahren, Metakognitive Therapie) oder ***Entspannung*** am wirksamsten waren.
- ***In Bezug auf die Akzeptanz war jedoch kein psychotherapeutisches Verfahren besser als das durchschnittliche Ansprechen auf eine Behandlung ohne eine spezifische Intervention*** (*„treatment as usual"*).

Figure 3. Forest Plots for Effectiveness and Acceptability, Comparing Each Psychotherapy With Treatment as Usual (TAU)



Reference treatment for both plots is TAU. CBT represents cognitive behavior therapy.

Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in Adults https://t1p.de/zelf9 (nicht frei).

▶ ***„Anorexia nervosa ist eine Essstörung, die es praktisch nur bei Frauen gibt"***. Wer das glaubt, liegt falsch…

Zu den Essstörungen zählen im Wesentlichen die *Bulimie*, die *Magersucht* (Anorexie) sowie die *Binge-Eating-Störung*. Letztere ist bei beiden Geschlechtern zwar gleich häufig; an Anorexie erkranken Frauen hingegen sieben Mal häufiger als Männer.

- Für *alle Formen* gilt, dass Frauen immer noch mehr als dreimal so häufig betroffen sind wie Männer (geschätzte Lebenszeitprävalenz 61/1.000 Frauen und 18/1.000 Männern).
- Betroffene Frauen und Männer mit jeder Form der Essstörung haben eine deutlich höhere Mortalität als die Allgemeinbevölkerung, wie z.B. in einer nationalen Registerstudie aus Dänemark (1970–2014) gezeigt werden konnte.

Table 2
Cause of death, by eating disorder diagnosis, sex, and exposure status.

ED-DIAG	Sex	Exposure Status[a]	Cause of Death Natural	Accident	Suicide	Violent	Undeter-mined	Unknown	*p* Fisher Exact
AN-BROAD	♀	1	245(68.8%)	28(7.9%)	42(11.8%)	26(7.3%)	5(1.4%)	10(2.8%)	< 0.001
		0	459(84.1%)	35(6.4%)	26(4.8%)	13(2.3%)	7(1.3%)	6(1.1%)	
	♂	1	22 (66.7%)	<4 (3.0%)	7(21.2%)	<4(6.1%)	<4(3.0%)	0(0.0%)	0.015
		0	29 (69.0%)	9 (21.4%)	<4(4.8%)	<4(2.4%)	0(0.0%)	<4(2.4%)	
BN-BROAD	♀	1	30 (52.6%)	8 (14.0%)	17(29.8%)	0(0.0%)	0(0.0%)	<4(3.5%)	0.04
		0	88 (71.0%)	13(10.5%)	15(12.1%)	<4(1.6%)	<4(0.8%)	5(4.0%)	
	♂	1	<4 (50.0%)	<4(33.3%)	<4(16.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0.8; NS
		0	8 (66.7%)	<4(16.7%)	<4(16.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	
OVER-EATING	♀	1	12 (85.7%)	<4 (7.1%)	<4(7.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	NS
		0	23 (88.5%)	<4(3.8%)	<4(7.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	
	♂	1	<4 (100%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	N/A
		0	<4 (100%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	
ED-other	♀	1	34 (79%)	4(9.3%)	4(9.3%)	0(0.0%)	<4(2.3%)	0(0.0%)	0.84; NS
		0	54(80.6%)	6(8.9%)	6(8.9%)	<4(1.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	
	♂	1	8(66.7%)	<4(16.7%)	<4(8.3%)	<4(8.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0.68; NS
		0	9(64.3%)	4(28.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	<4(7.1%)	0(0.0%)	
ED-unspecific	♀	1	128(75.3%)	11(6.5%)	19(11.2%)	<4(1.8%)	<4(1.2%)	7(4.1%)	<0.001
		0	218(88.3%)	17(6.9%)	7(2.8%)	<4(1.2%)	<4(0.4%)	<4(0.4%)	
	♂	1	26(76.5%)	5(14.7%)	<4(8.8%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0.12; NS
		0	43(86%)	6(12%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	<4(2%)	

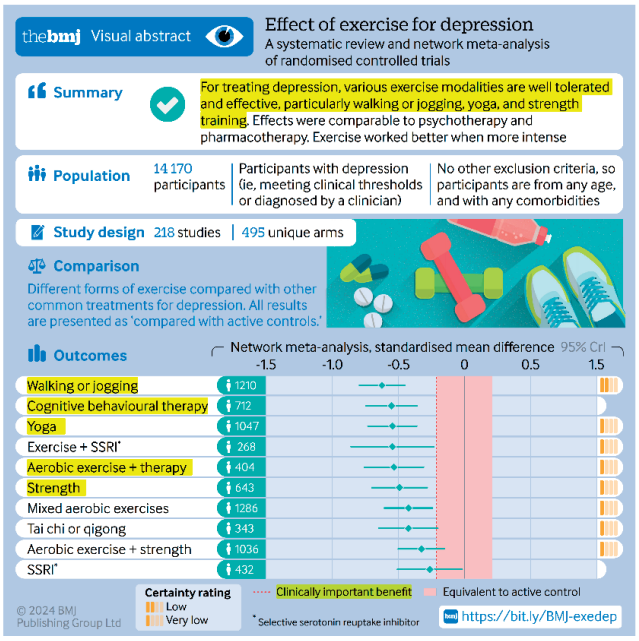
Denmark 1970-2014.
1 - eating disorder patients
0 - matched controls

https://t1p.de/6gdip (nicht frei).

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

- Vermutlich können *soziale Medien Ess-Störungen triggern*, wie ein soeben veröffentlichter Artikel in der *ZEIT* beschreibt *https://t1p.de/ged3z* (frei).
- Das aus meiner Sicht beste (deutschsprachige) Portal – mit Links zu verschiedenen Leitlinien - ist unter *https://www.anad.de/* frei verfügbar.
- Wer an einer soeben im *Canadian Medical Association Journal* publizierten Kurzübersicht (*eine Seite!)* über *jugendliche, anorektische Männer* interessiert ist: *https://t1p.de/wvpbr (frei).*

▶ ***Die Wirkung von körperlicher Bewegung auf Major-Depressionen*** war das Thema einer kürzlich im *BMJ* publizierten Netzwerk-Metaanalyse von 218 RCTs mit 14.170 Teilnehmern. Dabei sollten sowohl *Bewegungsart* als auch die *optimale Dosis* identifiziert werden. Ein kurzer Blick auf den (m.E. ausgezeichneten) virtuellen Abstract zeigt die wichtigsten Daten dieser Studie:



Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials *https://t1p.de/3edzu* *(frei).*

▶ ***SSRIs + orale Antikoagulantien – Blutungsrisiko!***

Aus der *McGill University* im kanadischen *Quebec* kommt eine bevölkerungsbasierte Fall-Kontroll-Studie bei 331.305 oral antikoagulierten Patienten mit Vorhofflimmern (mittleres Alter 73.7; 57.1% Männer. Orale Antikoagulantien [**OAK**]: Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban oder Warfarin).

- Als Datenbasis nutzten die Autoren die repräsentative *UK Clinical Practice Research Datalink*, in der medizinische Daten von über *60 Millionen Personen aus 2.000 britischen Hausarztpraxen* gesammelt werden.
- Von den 331.305 Patienten mussten 42.391 wegen ernsthaften Blutungen stationär aufgenommen werden – jeder dieser Fälle wurde mit 30 Kontrollen verglichen.

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 die folgende Tabelle ausweist, war das ***Blutungsrisiko bei denjenigen, die OAKs zusammen mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin) einnahmen, signifikant erhöht***.

Table 3. Crude and Adjusted IRRs of Major Bleeding Associated With Concomitant Use of SSRIs and OACs Compared With OAC Use Alone, According to Type of OAC

	No. (%) of participants			
Type of OAC	Cases (n = 42 190)	Controls (n = 1 156 641)[a]	Crude IRR[b]	Adjusted IRR (95% CI)[c]
DOACs[d]				
DOACs alone	9553 (22.6)	275 071 (23.8)	1 [Reference]	1 [Reference]
SSRIs plus DOACs	346 (0.8)	7235 (0.6)	1.35	1.25 (1.12-1.40)
VKAs[e]				
VKAs alone	21 864 (51.8)	606 917 (52.5)	1 [Reference]	1 [Reference]
SSRIs plus VKAs	781 (1.9)	14 473 (1.3)	1.47	1.36 (1.25-1.47)

Abbreviations: DOAC, direct oral anticoagulant; IRR, incidence rate ratio; OAC, oral anticoagulant; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor; VKAs, vitamin K antagonists.

- Das Blutungsrisiko (vermutlich aufgrund einer Thrombozyten-Aggregationshemmung) war – unabhängig von Alter, Geschlecht, Nierenfunktion und SSRI-Substanz - in den ersten 30 Tagen besonders hoch und persistierte 6 Monate.
- Dies ist nicht die erste, aber die bislang größte Einzelstudie, die auf das erhöhte Blutungsrisiko hinweist. Eine 2017 publizierte Metaanalyse [*https://t1p.de/7admw (nicht frei)*] ergab ähnliche Zahlen:
  - 31 Fall-Kontroll-Studien (1.255.073 Patienten - OR 1.41, 95% CI 1.25–1.60)
  - 11 Kohortenstudien (187.956 Patienten - OR 1.36, 95% CI 1.12–1.64).

Concomitant Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors With Oral Anticoagulants and Risk of Major Bleeding https://t1p.de/efvt2 (frei).

▶ Und das Beste kommt zum Schluss: Ein ***wohltuend kritisches Interview über die (Un)Wirksamkeit von Antidepressiva mit dem Berliner Psychiater Prof. Tom Bschor*** in der *Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung* (25.2.2024).

Auf der folgenden Seite einige wenige Aussagen aus dem Text:

- Antidepressiva sollten *nur* bei schweren Depressionen verschrieben werden. In leicht- und mittelgradigen Fällen unterscheidet sich die Wirksamkeit von Antidepressiva kaum von Placebo; falls trotzdem eingesetzt, steigt das *Risiko einer Rebound-Depression*.
- *Keine anderen Antidepressiva ausprobieren, wenn eines nicht wirkt*.
- Bschor ist beeindruckt von den bisherigen Studien zur Wirkung von Psilocybin [*Aktuelle Metaanalyse zu Psilocybin https://t1p.de/569bd (frei)*] und sagt: *„Im optimistischsten Fall werden wir in zehn Jahren kopfschüttelnd auf die Antidepressiva-Behandlung zurückschauen, bei der Patienten wochenlang warten und Nebenwirkungen von Medikamenten ertragen mussten, bevor wir erkennen konnten, ob sie überhaupt wirken*".
- Den ganzen Text finden Sie unter *https://t1p.de/u3bfu* - er steht allerdings hinter einer Bezahlschranke, die man ggf. (4 Wochen-Probe-Abo für 0,99 Cent) „überwinden" kann…

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

▶ *Wer ist besonders durch eine Sepsis gefährdet?*

Das britische *NICE (National Institute for Health and Care Excellence)* hat kürzlich seine ***Sepsis-Empfehlungen aktualisiert*** und erinnert darin nochmals an die ***Patientengruppen, die durch eine Sepsis am stärksten gefährdet sind***:

- Säuglinge (< 12 Monate) und Ältere über 75 Jahre, aber auch Jüngere, die besonders gebrechlich sind;
- alle Patienten mit einem *durch Krankheit oder Therapie geschwächten Immunsystem* (dazu zählen u.a. Personen unter langfristiger Corticoidbehandlung bzw. unter Chemotherapie, Diabetiker, Splenektomierte);
- alle Menschen, die Immunsuppressiva einnehmen, in den letzten sechs Wochen einen chirurgischen Eingriff hatten oder eine verletzte Hautintegrität aufweisen (Schnitte, Verbrennung, Blasenbildung, Infektion);
- intravenös Drogenabhängige;
- alle Personen mit liegenden Kathetern

NICE: Suspected sepsis: recognition, diagnosis and early management, update January 2024 https://t1p.de/7sws3 (frei).

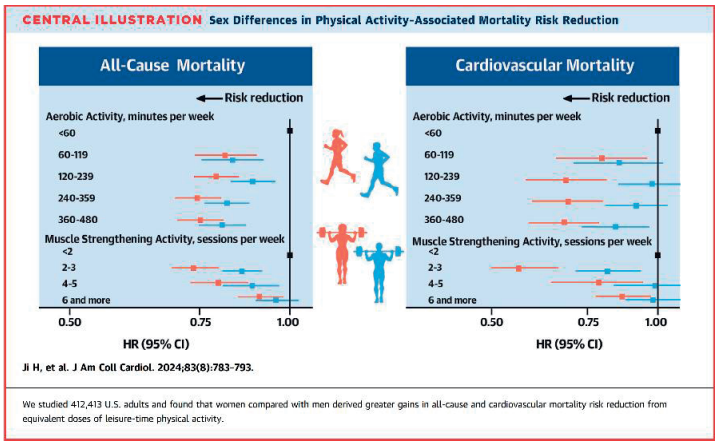
▶ *Frauen profitieren mehr als Männer von körperlicher Aktivität…*

sagen die Autorinnen und Autoren einer prospektiven Studie (1997 – 2019), an der 412.413 US-Amerikaner (55% Frauen; mittleres Alter 44 Jahre) teilnahmen.

Ziel der Arbeit war, herauszufinden, ***ob körperliche Aktivitäten geschlechtsunterschiedliche Auswirkungen auf die kardiovaskuläre und Gesamtmortalität haben*** (Frauen sind bekanntlich seltener sportlich aktiv als Männer).

- Während der Studie starben 39.935 Teilnehmer (davon 29% an kardiovask. Ursachen).
- ***Regelmäßige körperliche Aktivität führte bei Männern zu einer Reduktion des allgemeinen Sterberisikos von 15%, bei Frauen von 24%.***
- Zur Erzielung des maximalen Überlebensvorteils benötigten die Männer 300 Minuten/Woche moderaten bis intensiven Trainings, Frauen nur 140 Minuten/Woche (bei der kardiovaskulären Mortalität gab es keine Unterschiede).

Hier sehen Sie die wesentlichen Unterschiede in einer grafischen Darstellung:



Sex Differences in Association of Physical Activity With All-Cause and Cardiovascular Mortality https://t1p.de/fp3x3 (frei).

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

▶ *Am 21. März wurde am Massachusetts General Hospital (MGH) in Boston einem 62-jährigen Mann mit einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz die Niere eines Schweins eingepflanzt – ein historischer Meilenstein*.

- Die Schweineniere war *mit Hilfe der Genschere CRISPR-Cas9 (Nobelpreis 2020 für Jennifer Doudna und Emmanuelle Charpentier)* an 69 Stellen genetisch verändert worden.
- Das MGH berichtet, dass der mit vollem Namen genannte Patient viele Jahre an Typ 2 Diabetes und Hypertonie litt und 2018 die Niere eines verstorbenen Organspenders erhalten hatte (deren Funktion 2023 versagte).
- Die erste Transplantation einer Schweineniere erfolgte bereits im September und November 2021 – ***die zwei Patienten waren allerdings hirntot*** und nur für diesen Eingriff am Leben erhalten worden. Die Publikation im *New England Journal of Medicine* ist schon aufgrund der vielen eindrucksvollen Fotos lesenswert *[Results of Two Cases of Pig-to-Human Kidney Xenotransplantation https://t1p.de/9i6jz (frei)]*.
- *NB: Fast zeitgleich wurde in China einem 50-jährigen hirntoten Mann eine genveränderte Leber implantiert https://t1p.de/y8prt.*
  - ▷ Alleine in den USA sind über 800.000 Personen dialysepflichtig, mehr als 100.000 befinden sich auf Wartelisten – pro Jahr werden im Land lediglich 25.000 Nierentransplantationen durchgeführt.
  - ▷ Wer tiefer in die Materie einsteigen will: *https://t1p.de/5vnju (frei).*

▶ *Eine Milliarde US-Dollar für kostenloses Medizinstudium…*

gespendet von der 93 Jahre alten *Ruth Gottesman (*einer früheren Professorin für Psychologie) an die medizinische Fakultät ihrer ehemaligen Alma Mater, der *Albert-Einstein Medical School.*

An der Medizinische Fakultät (in der Bronx, dem ärmsten Distrikt von New York City) wird ab August dieses Jahres das Studium nichts mehr kosten. Die *Verschuldungsquote der dort Studierenden* (59% Frauen, Mehrheit *people of color*) zählt zu den höchsten aller Universitäten der Stadt.

Die wunderbare Geschichte wurde von mehreren englischsprachigen Zeitungen aufgegriffen, z.B. hier im Guardian *https://t1p.de/orez9 (frei)*.

*Es gibt dazu auch ein kurzes **Video auf youtube**: https://t1p.de/9k719*

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

▶ Im Beitrag von Günther Egidi „***Die Spritze gegen das Vergessen***" geht es heute um die Epidemiologie der Demenz, aber noch mehr um die hochgelobten (besser: medial hochgeputschten) Behandlungsoptionen mit monoklonalen Amyloid-Antikörpern. Die Präparate sind bislang noch nicht bei uns zugelassen, es steht aber zu befürchten, dass das nicht so bleibt… **Anlage**

▶ Bernd Hontschiks Kolumne vom 16.3.2024 trägt den Titel „***Eine Krankenversicherung ist genug - Wettbewerb ist fehl am Platz***" **Anlage**

Herzliche Grüße und schöne Ostern

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, DEGAM

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.

Die Spritze gegen das Vergessen

Die Demenz vom Alzheimertyp breitet sich immer weiter aus. Droht uns gar eine Demenz-Epidemie? Dies legt zumindest die Lektüre der Laienpresse nahe. Wirklich??

Einige epidemiologische Studien in westlichen Ländern deuten dagegen darauf hin, dass diese Behauptung nicht stimmt und möglicherweise von sekundären Interessen geleitet sein könnte – siehe unten).

In der britischen Studie *Ageing I und II (Jagger C, Matthews F, Wohland P et al. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II Lancet 2016; 387: 779–86*) wurde berichtet, dass die Lebenserwartung 65-Jähriger in den drei englischen Regionen Cambridgeshire, Newcastle und Nottingham von 1991 bis 2011 um 4,5 (Männer) bzw. 3,6 Jahre (Frauen) stieg – begleitet von einem Zuwachs an Jahren ohne jede kognitive Beeinträchtigung von 4,2 (Männer) bzw. 4,4 Jahren (Frauen).

- ⇨ In der Epidemiologie wird dieses Phänomen „*compression of morbidity*" genannt: die Jahre ohne Krankheit nehmen zu – die Jahre mit Krankheit bzw. in diesem Fall mit mentaler Beeinträchtigung schieben sich gewissermaßen in ein höheres Lebensalter.

Eine vergleichbare Untersuchung aus den USA (http://tinyurl.com/bdfkrpmk) zeigte einen Rückgang der Prävalenz einer Demenz bei über 65-Jährigen von 11,6 im Jahr 2000 auf 8,8% in 2012.

Eine zusammenfassende Studie des Alzheimer-Konsortiums aus sieben populationsbasierten Kohorten aus Europa und den USA (http://tinyurl.com/35vpw8te) ergab eine Inzidenzrate für die Entwicklung einer Demenz von 4 pro 1.000 Personenjahre für 65-69-Jährige und von 65/1.000 Personenjahre bei den 85-89-Jährigen. Zudem wurde ein Rückgang der Inzidenzrate um relativ 13% alle 10 Jahre (nicht Lebensjahre) dokumentiert. Es ist allerdings zu vermuten, dass trotz rückläufiger Inzidenzrate die absolute Zahl demenzkranker Menschen allein wegen der Alterung der Gesellschaft zunehmen wird.

Ist also Alles gut?
Sicherlich nicht. Häufig stellt eine demenzielle Erkrankung auch die Angehörigen bzw. das Lebens-Umfeld vor große Probleme. Für die Betroffenen kann eine Demenz mit Verunsicherung, Ängsten, Selbstgefährdung und erlebtem Autonomieverlust verbunden sein, manchmal auch mit einer manifesten Depression.

Versuche, eine Demenz vorherzusagen, resultierten in der Beschreibung einer neuropsychologisch operationalisierten Prodromalphase („*mild cognitive impairment*") und dem frühen Nachweis pathologischer Eiweiße (Amyloid, Tau-Proteine) im Liquor – beides allerdings mit (klinisch irrelevant) niedrigen positiven prädiktiven Werten.

Es liegt der Gedanke nahe, eine solche präklinische Phase nicht nur früh zu erkennen, sondern auch zu behandeln, um die Entwicklung der Demenz zu verzögern bzw. zu verhindern.

Kürzlich hatte ich Kontakt mit einem Projekt der Münchener Psychiatrie, um „Gehirn-Check-Ups" in der hausärztlichen Versorgung zu etablieren.
Von einer Gruppe neurowissenschaftlicher Demenzforscher:innen wird darauf hingewiesen, dass der Übergang von einem präklinischen Stadium zu einer manifesten Demenz selten sei (https://tinyurl.com/mr3tscv2), aber die *Demenzprädiktion* durch die Bestimmung von Amyloid- und Tau-Proteinen erfolgversprechender sei. Die Mitglieder der Gruppe schlagen dementsprechend vor, das Stadium *mild cognitive impairment* mit der Bestimmung von Tau-Proteinen und Amyloid zu kombinieren (https://tinyurl.com/yedxca5y) und bereits bei auffälligem Biomarkerprofil und leichten kognitiven Normabweichungen ohne alltagsrelevante klinische Symptome (!) von einer Alzheimer Demenz zu sprechen.

Es fragt sich dann nur: wann würde man Biomarker bestimmen, wenn nicht beim Auftreten relevanter neuropsychologischer Symptome, die an eine Demenz denken lassen? Und *wer* würde das machen, *wie* würde das finanziert werden? Wer würde *die in der S3-Leitlinie Demenzen vorgeschlagenen nicht-medikamentösen Therapien* für die dann rapide ansteigende Zahl der mit „Alzheimer Demenz" gelabelten Menschen durchführen?

Die DEGAM hat in der S3-Leitlinie Demenzen (https://tinyurl.com/5n6u6fch) dieses deutliche Sondervotum eingelegt: „Die Diagnose einer Alzheimer-Krankheit kann **nicht** bereits bei typischer Symptomausprägung und eindeutigem Biomarker-Hinweis (Tau- und beta-Amyloid-Pathologie) für das Vorliegen einer Alzheimer-Pathologie gestellt werden - auch nicht im Stadium der leichten kognitiven Störung."
Die große Frage stellt sich: handelt es sich bei dem Nachweis dieser Biomarker um einen behandelbaren Zustand, der eine Früherkennung rechtfertigt – oder haben wir es hier mit einer Art von Krankheitsvermarktung, einem *„disease mongering"* zu tun wie bei „Prähypertonie", „Prädiabetes" etc.?

Bereits bei der manifesten Alzheimer-Demenz halten sich die Effekte einer medikamentösen Behandlung sehr in Grenzen:

- Donepezil verbessert die Kognition, gemessen mit der Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive (ADAS-Cog) um durchschnittlich 2,67 Punkte auf einer von 0-70 reichenden Skala (https://tinyurl.com/mu2kb2xd)
- Memantin verbessert die Kognition bei leichter Demenz um 0,21 und bei mäßiger um 2,15 Punkte auf der ADAS-Cog-Skala (https://tinyurl.com/5yk2nbmk).

Nun schließt ein mäßiges Therapie-Ergebnis im statistischen Mittel nicht aus, dass einzelne Personen doch relevant profitieren. Darum hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Arzneimittelrichtlinie (https://tinyurl.com/bdhsc58u) festgelegt, dass Antidementiva nur zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen, wenn ein maximal 24-wöchiger Therapie-Versuch

keine Verschlechterung der Kognition im Test gezeigt hat.

Ich finde diese Lösung gut – und kündige auch immer vor Beginn einer Therapie mit Donepezil an, einen Re-Test in einem knappen halben Jahr durchzuführen und die Therapie zu Lasten der GKV fortzusetzen, wenn sich das Ergebnis beim Demtect (Quelle: u.a. https://tinyurl.com/3spp49fn) nicht verschlechtert.

Ganz wesentlich für die Entscheidung für oder gegen eine Therapie sind natürlich das subjektive Leiden der Betroffenen unter ihrem kognitiven Verfall und ein klarer Therapie-Wunsch.
Nicht selten kommt es beim Absetzen der Medikation zu einer kognitiven Verschlechterung – aber die Evidenz in einem entsprechenden Cochrane-Review (https://tinyurl.com/mry6c8je) ist von sehr geringer Vertrauenswürdigkeit.
Außerdem: Cholinesterasehemmer sind keine inerten Substanzen, sondern bergen das Risiko unerwünschter Wirkungen. Die Hemmung der Acetylcholinesterase kann zu einer relevanten Bradykardie führen, Störungen von Schlaf und Appetit verursachen sowie die Depressivität erhöhen (https://tinyurl.com/bdes2pkj).

Nun gibt es aber etwas ganz Neues: Monoklonale Antikörper werden vermehrt beforscht, bereits bei mildem kognitivem Defizit. Die untersuchten Substanzen sind in der Lage, Amyloid im Gehirn zu neutralisieren. Es wird angenommen, dass durch die Neutralisierung der Amyloid-Ablagerungen dem kognitiven Abbau begegnet werden könnte. Bislang ist keine von ihnen in der EU – und damit in Deutschland – zugelassen. Zumindest für Lecanemab wird aber erwartet, dass nach der US-amerikanischen FDA auch die europäische Zulassungsbehörde EMA grünes Licht geben wird. Die neuen Substanzen tauchen auch bereits im Deutschen Ärzteblatt im Zusammenhang mit Berichten über mögliche Bluttests mit bestimmten Tau-Proteinen auf (https://tinyurl.com/5nvp84eh). Das Ergebnis würde dann eine Entscheidung beispielsweise über eine Behandlung mit Lecanemab nahelegen.

Zu den neuen Medikamenten hat jetzt ein Team um den renommierten US-amerikanischen, allgemeinmedizinischen Forscher Mark Ebell einen systematischen Review mit Metaanalyse zur Wirksamkeit monoklonaler Antikörper bei Alzheimer-Demenz in den *Annals of Family Medicine* vorgelegt (https://tinyurl.com/4nbya6fd).

In ihre Metaanalyse schlossen sie 19 randomisierte Studien mit 23.202 Teilnehmenden mit *mild cognitive impairment* oder leichter bis mäßiger Alzheimer Demenz ein. Sie fanden zwar einen Nutzen für die neuen Antikörper, der allerdings mehr als bescheiden ausfiel: Eine Verbesserung um gerade einmal 0,07 Punkte in den gekürzten Alzheimer Disease Assessment-Scales (ADAS-Cog-Skalen von 0 bis maximal 11-14 Punkten, wobei niedrigere Werte einer besseren kognitiven Funktion entsprechen). Die kognitive Funktion, geschätzt auf der Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes Scale (0-18 Punkte) verbesserte sich unter Antikörper-Therapie um 0,18 Punkte.
Bei keinem Endpunkt wurde ein Nutzen gefunden, der die Schwelle einer minimalen klinisch bedeutsamen Differenz (MCID) überschritten hätte.

- ⇨ Monoklonale Antikörper gegen Vorformen oder eine bereits eingetretene Demenz nützen zwar nachweislich – aber der Nutzen ist nicht relevant.

Nach der intravenösen Anwendung monoklonaler Antikörper kam es zu einem zehnfachen Anstieg von Hirnödemen (number needed to harm 9) und zu einer relativen Zunahme von Hirnblutungen um 74% (number needed to harm 13).

- ⇨ Auch wenn monoklonale Amyloid-Antikörper vermutlich von der EMA für den europäischen Markt zugelassen werden sollten: Solange keine besseren Studienergebnisse vorliegen, sollten wir unsere Patient*innen mit leichten kognitiven Einschränkungen sowie manifester Alzheimer Demenz davor schützen, mit einer solchen Therapie potenziell gefährdet zu werden. Vermutlich werden sich memory clinics und Demenz-Ambulanzen bald nach der Zulassung auf diesen neuen Markt stürzen.

Eine Spritze Lecanemab (Lequembi®) kostet in den USA über 1.000 €…

Ich danke Erika Baum, Heike Diederichs, Ildikó Gágyor, Hanna Kaduszkiewicz, Michael Pentzek und Horst-Christian Vollmar für das kritische Gegenlesen dieses Beitrages und ihre konstruktiven Verbesserungs-Vorschläge. [Alle meine Texte werden auch immer von Michael M. Kochen durchgesehen und ggf. korrigiert].

Frankfurter Rundschau; Samstag, 16.03.2024
„Dr. Hontschiks Diagnose“

Eine Krankenversicherung ist genug

Wettbewerb ist fehl am Platz

Sie sind Mitglied in einer Gesetzlichen Krankenkasse, wie 90 Prozent der Bevölkerung? Sie gehen davon aus, dass Ihr Krankenkassenbeitrag auch bei Ihrer Krankenkasse landet, bei der Sie Mitglied sind? Das ist ein Irrtum. Leider ist ja die Gesundheitspolitik hinter den großen Krisen unserer Zeit kaum noch zu sehen, und wenn, geht es entweder um die völlig missglückte Krankenhausrevolution oder um Cannabis. Dabei ist der aktuelle Zuschnitt der Gesetzlichen Krankenversicherungen nach wie vor ein Skandal, ein teurer noch dazu. Obwohl alle Krankenkassen einen völlig identischen Auftrag haben, nämlich Gesundheit erhalten, wiederherstellen und verbessern, leisten wir uns in Deutschland den Luxus von 95 Gesetzlichen Krankenkassen. Immerhin ist das schon ein Fortschritt: Gab es Ende des 19. Jahrhunderts noch Tausende von Kassen, Orts-, Betriebs-, Fabrik-, Bau- Innungs-, Knappschafts-, Hilfskassen und Gemeinde-Krankenversicherungen, später noch dazu die Ersatzkassen für Angestellte, so waren es 1970 noch 1815, 1990 noch 1147, im Jahr 2000 noch 420, und heute gibt es nur noch 95 Kassen. Aus meiner Sicht sind das immer noch 94 zu viele. Eine wäre völlig genug.

Seit Jahren wird über die Umgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung gestritten. Die von der CDU favorisierte „Kopfpauschale“ sieht einen feststehenden, für jeden gleich hohen Versicherungsbeitrag pro Kopf vor. Das SPD-Modell von Grünen und Linken heißt „Bürgerversicherung“: Alle Bürger würden in die Versicherungspflicht einbezogen, die Beitragshöhe richtete sich nach dem Einkommen. Nach der Bundestagswahl 2005 kam es zu einer Großen Koalition, keine der beiden Parteien konnte sich durchsetzen. Diese zwei an sich völlig unvereinbaren Modelle wurden daher vermischt, und heraus kam zum 1. Januar 2009 ein Hybrid: der Gesundheitsfonds. Was ist das eigentlich?

Sämtliche Beitragszahlungen landen seitdem nicht mehr bei Ihrer Krankenkasse, sondern zuerst in einem großen Topf, dem sogenannten Gesundheitsfonds. Aus diesem Fonds erhalten die Krankenkassen nun Geldzuweisungen. Die entscheidende Größe für die Höhe dieser Geldzuweisungen ist die Morbidität der Mitglieder: Je mehr Kranke und je schwerer die Krankheiten, desto höher die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds.

Dazu bedurfte es nun eines komplizierten Ausgleichsystems. Grundlage dafür ist eine Liste von mehr als achtzig chronischen, ausgabenintensiven Erkrankungen. Je mehr solch schwere Erkrankungen eine Krankenkasse an das Bundesversicherungsamt melden kann, desto mehr Geld erhält sie aus dem Gesundheitsfonds. Für dieses neu entstandene bürokratische Ungetüm wurde der Begriff des 'Morbiditätsorientierter-Risikostrukturausgleichs' (Morbi-RSA) erfunden.

Die Folge dieses Paradigmenwechsels war wie ein Donnerschlag bis in die letzte Praxis des Landes zu spüren. Die Krankenkassen waren von einem Tag auf den anderen nicht mehr daran interessiert, möglichst gesunde Versicherte in ihren Reihen zu haben. Im Gegenteil: je schwerer die Krankheit, desto mehr Geld floss. Nun schwärmten speziell ausgebildete „Berater“ über das Land und besuchten die Arztpraxen. Ihre Botschaft war, dass ein grippaler Infekt doch auch als Verdacht auf Lungenentzündung verschlüsselt werden, hinter einer Schwindelattacke ein leichter Schlaganfall stecken und ein Rückenschmerz zur rheumatischen Erkrankung erklärt werden könnte. Das Ganze nannte man „Upcoding“. Es gab für Ärzte und Ärztinnen seitens der Krankenkassen sogar eine Prämie pro Fall. Obwohl diese kriminellen Praktiken durch Whistleblower längst bekannt geworden waren, konnte noch 2016 Jens Baas, der Chef der mit fast zehn Millionen Mitgliedern größten deutschen Techniker-Krankenkasse, einen Sturm im Blätterwald auslösen, als er verkündete, dass Krankenkassen ständig weiter „schummeln“ und Ärztinnen und Ärzte weiterhin zu ständigem Betrug und Veruntreuung anhalten würden.

Die Ursache für die genannten Perversionen erkennt man schon am Namen des Gesetzes. Es hieß bezeichnenderweise „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Es stellt sich die Frage, worum Krankenkassen eigentlich konkurrieren könnten? Haben nicht alle Kassen den völlig gleichen Auftrag? Die grandiose Idee der allgemeinen Krankenversicherung bestand doch in der Abdeckung des ökonomischen Erkrankungsrisikos des Einzelnen durch die Solidarität aller.

Warum gibt es heute überhaupt noch 95 Krankenkassen, 95 Verwaltungungsapparate, 95 Verwaltungssitze mit 95 Vorständen und 95 Aufsichtsgremien? Ist nicht der Gesundheitsfonds selbst schon Beweis genug, dass es nur einer einzigen Krankenkasse bedarf, auch wenn das sicherlich nicht die Absicht seiner Erfinder war. Aber statt jetzt den einmal geschaffenen Gesundheitsfonds umgehend als einheitliche Krankenversicherung zu nutzen, wird das zentral gesammelte Geld mit größtmöglichem bürokratischem Aufwand wieder in die alten Strukturen hinein aufgeteilt: Ein Schildbürgerstreich, eine Geldverschwendung und Bürokratie pur.