

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

viele von Ihnen dürften das kennen: Am Tag vor einem Termin (oft beim Zahnarzt oder einem Spezialisten) erhält man als Patientin eine elektronische Erinnerung auf sein Mobiltelefon.

Textnachrichten (**SMS** für *short message service*) lassen sich aber nicht nur als Erinnerung für vereinbarte Termine nutzen, sondern auch als **eine Art „Ermahnung“, an bestimmte Untersuchungen (wie Krebscreening) oder Impfungen zu denken, die Einnahme von Medikamenten nicht zu vergessen oder mit dem Rauchen aufzuhören.**

► **Wie wirksam sind solche Textnachrichten als elektronische „Unterstützungshilfe“?**

Ein Blick in die Literatur offenbart, dass es dazu keine allumfassende Untersuchung gibt, aber eine Vielzahl von Studien, die sich mit einzelnen Zielvorgaben beschäftigen. *Darunter sind unzählige Protokolle, Pilot- und Substudien, bei denen man den unweigerlichen Eindruck bekommt, sie seien eher zur Aufblähung der Literaturverzeichnisse von manchen Autoren gedacht als zur Erweiterung der Wissensbasis für die interessierte (Fach)Öffentlichkeit.*

Hier kommen drei neue Studien, die eine akzeptable Methodik aufweisen und in renommierten Zeitschriften publiziert wurden.

- Cluster-randomisierte Studie in 21 australischen Hausarztpraxen mit 5.451 Patienten im Alter von 50-60 Jahren, für die ein **Darmkrebsscreening** (immunologischer Stuhltest) anstand. Personalisierte SMS an alle Patienten in elf Interventionspraxen, verglichen mit zehn Kontrollpraxen ohne Intervention.

► **Nach 12 Monaten statistisch signifikanter Unterschied (Abgabe der Testkarten).**

Table 3. Primary outcome across 12 months for the intervention (n = 2914) and control (n = 2537) arms

FIT result received	Intervention arm, n (%)	Control arm, n (%)	Difference in percentages, % ^a (95% CI)	Odds ratio (95% CI) ^a	P-value ^b	Intra-practice correlation coefficient (95% CI)
Primary analysis ^c			16.5 (2.0 to 30.9)	2.3 (1.1 to 4.9)	0.03	0.148 (0.050 to 0.246)
Yes	1143 (39.2)	583 (23.0)				
No	1771 (60.8)	1954 (77.0)				

Increasing bowel cancer screening using SMS in general practice <https://t1p.de/r4vfy> (frei)

- RCT bei 772 **alkoholgefährdeten Studierenden** in Hongkong (mittleres Alter 21.1 Jahre; 395 Frauen); die gesamte Gruppe erhielt initial eine kurze Einweisung in die Problematik. Intervention mit SMS bei n = 386 Teilnehmern.

► **Nach sechs Monaten signifikante Senkung des wöchentlichen Alkoholkonsums.**

A Brief Intervention With Instant Messaging or Regular Text Messaging Support in Reducing Alcohol Use <https://t1p.de/ivyqi> (nicht frei)

- Cochrane Review zum Thema **kardiovaskuläre Sekundärprävention** (18 RCTs; 8.136 Teilnehmer mit verschiedenen Erkrankungen inkl. ACS, KHK, Myokardinfarkt,

Schlaganfall; mittleres Alter 53-64 Jahre). Die Autoren wollten wissen, ob Textnachrichten die Compliance verbessern können und Auswirkungen u.a. auf tödliche kardiovaskuläre Ereignisse, Blutdruck oder Cholesterinspiegel haben.

- ▶ **Textnachrichten hatten wenig bis gar keinen Einfluss auf Adhärenz oder tödliche kardiovaskuläre Ereignisse.**

Mobile phone text messaging for medication adherence in secondary prevention of cardiovascular disease <https://t1p.de/hvrep> (frei)

- Andere, hier nicht referierte Studien zeigen eine Wirksamkeit z.B.
 - ▶ bei der **Blutdruckkontrolle** <https://mhealth.jmir.org/2021/9/e24527/> (frei)
 - ▶ oder beim **Nikotinentzug** <https://mhealth.jmir.org/2023/1/e48253> (frei).

Quintessenz: Neue Studien zeigen mehrheitlich eine signifikante Wirksamkeit von Textnachrichten als Unterstützung bei der Erreichung diverser Zielvorgaben (z.B. Rauchstopp, Krebscreening, Alkoholentzug). Das stellt allerdings keine ubiquitäre „Garantie“ dar – *die Wirkung jeder einzelnen Maßnahme sollte durch entsprechende Studien wissenschaftlich belegt werden.*

NB: Ein solcher kurzer Überblick darf natürlich nicht enden, ohne einen Blick auf den (hierzulande oft aufgeblähten Popanz) Datenschutz zu werfen.

Auf der Webseite des *Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit* <https://t1p.de/27xaq> heißt es zu Textnachrichten als Erinnerungs-Tool:

„Arztpraxen dürfen Patienten eine Terminerinnerung nur dann übermitteln oder übermitteln lassen, wenn diese gegenüber der Praxis eingewilligt haben, dass Ihre Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse für die Terminerinnerung genutzt werden darf. Soweit die Praxis die Terminerinnerung nicht selbst versendet, sondern hierfür ein anderes Unternehmen einsetzen möchte, sollte die Praxis im Rahmen der Einwilligungserklärung darüber informieren, dass personenbezogene Daten für die Terminerinnerung an ein auftragsverarbeitendes Unternehmen weitergegeben und von diesem für die Terminerinnerung verarbeitet werden. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ab dem Zeitpunkt des Widerrufs dürfen dann keine Terminerinnerungen mehr an Patienten geschickt werden“.

▶ **Multiple Sklerose: Riskante Erstmanifestation im späten Alter**

Die meisten Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose (**MS**; geschätzte Zahl von MS-Kranken in Deutschland: 250.000 – 70% Frauen) werden in hausärztlichen Praxen mitbetreut. Bei vielen wird auch der initiale Verdacht auf die Erkrankung von Hausärzten geäußert, bevor es zur Diagnosesicherung durch Neurologen kommt.

Die Krankheit macht sich in aller Regel in Schüben (ca. 90%) oder in schleichend fortschreitender Progredienz bemerkbar, wobei die vielfältigen Symptome (von Störungen des Seh- und Gleichgewichtssinns über Taubheitsgefühle bis hin zu Bewegungsstörungen und Lähmungen) der MS die Bezeichnung *„Krankheit mit den tausend Gesichtern“* beschert hat.

- Aus Schweden kommt jetzt eine landesweite Registerstudie: Die Autoren erfassten alle Patienten mit Krankheitsbeginn zwischen 2001 und 2018, die > 18

Jahre alt waren und eine EDSS > 2 aufwiesen (**EDSS = Expanded Disability Status Scale**, ein Score zwischen 0 und 10 für den Grad der Behinderung – je höher der EDSS, desto stärker das Handikap. Details unter <https://t1p.de/3az7c>).

- Bei allen 8.739 Patienten wurden die klinischen und demographischen Parameter analysiert. Dabei stellte sich heraus, dass die 1.028 (11.8%) **Personen, deren MS im Alter von 50 Jahren oder später begann** (late onset MS = **LOMS**), **eine hochsignifikant stärkere Krankheitsprogression und ein früheres Erreichen eines stärkeren Behinderungsgrades aufwiesen als die Jüngeren** (adult-onset MS = **AOMS**)
 - ▷ Eine prognostisch schlechtere, primär progressive MS ergab sich bei 25.2% der LOMS, aber nur bei 4.5% der AOMS ($p < 0.001$).
 - ▷ Das Risiko, eine EDSS von 4 oder 6 zu erreichen, war ebenfalls bei LOMS deutlich höher.
 - ▷ Auch wurden die Älteren seltener mit wirksamen, sog. "disease-modifying drugs" behandelt.

Table 2 Risk of Reaching Disability Milestones From MS Onset in LOMS Compared With That in AOMS

	Overall		RRMS		PPMS	
	HR (95% CI)	Adjusted HR ^a (95% CI)	HR (95% CI)	Adjusted HR ^a (95% CI)	HR (95% CI)	Adjusted HR ^a (95% CI)
From MS onset to						
EDSS 4	3.11 ^b (2.61–3.71)	2.71 ^c (2.22–3.30)	3.04 ^b (2.47–3.73)	3.69 ^b (2.97–4.58)	1.09 ^c (0.76–1.57)	1.11 ^c (0.75–1.65)
EDSS 6	3.80 ^c (3.11–4.64)	2.67 ^c (2.12–3.36)	2.99 ^c (2.28–3.91)	3.61 ^c (2.72–4.79)	1.68 ^c (1.20–2.33)	1.67 ^c (1.16–2.41)

Abbreviations: CI = confidence interval; **EDSS = Expanded Disability Status Scale**; MS = multiple sclerosis; **PPMS = primary progressive multiple sclerosis**; **RRMS = relapsing-remitting multiple sclerosis**.
^a Adjusted for sex, calendar year at MS onset, DMT exposure (none, both, modest, or high efficacy) and initial disease course (RRMS or PPMS).
^b Weibull model.
^c Cox PH model.

LOMS = late-onset MS (onset 50 years or older)
AOMS = adult-onset MS (onset 18 years or older and younger than 50 years)

Die folgende Tabelle (Swiss Medical Forum 2024; <https://t1p.de/32s5e> [frei]) fasst die Risikofaktoren für eine negative Prognose der Erkrankung zusammen:

Tabelle 1: Faktoren, die bei Multipler Sklerose auf eine negative Prognose hindeuten (angepasst nach [11–18])

Klinisch	Demographisch	Biochemisch	Bildgebend	Elektrophysiologisch
Hohe Schubrate	Höheres Alter bei Ausbruch der Krankheit	Liquor-spezifische OKB	Anzahl und Volumen der «schwarzen Löcher»*	Pathologische MEP-Veränderungen
Unvollständige Erholung nach Schüben	Männliches Geschlecht	Intrathekale IgM-Synthese	Anzahl, Volumen und Lage der T2-Läsionen	
Anstieg des EDSS-Wertes	Nicht-weiße Ethnizität		Kontrastmittelanreichernde Läsionen	
Efferente Krankheitssymptome/Anzeichen			Anzahl der intrakortikalen Läsionen in der DIR-Sequenz	
Höherer BMI			Geringeres Hirnvolumen (WBV, WM, GM, spinal)	
Längere Krankheitsdauer			Spinale Läsionen bei der Erstdiagnose	
Raucher			Pathologische OCT-Veränderungen	
Keine Immuntherapie				

Abkürzungen: BMI: Body Mass Index; DIR: Double Inversion Recovery; **EDSS: erweiterte Behinderungsstatusskala**; GM: graue Substanz; IgM: Immunglobulin M; MEP: motorisch evoziertes Potential; OKB: oligoklonale Banden; OCT: optische Kohärenztomographie; WBV: Gesamthirnvolumen; WM: weiße Substanz; * Schwarze Löcher: T1-hypointense Läsionen als Marker für axonale Schädigung und das Absterben von Nervenzellen.

Clinical Characteristics and Long-Term Outcomes of Late-Onset Multiple Sclerosis
<https://t1p.de/s6aoi> (frei)

► **Bares für die offene Hand...**

Laut dem 2011 verabschiedeten *Physician Payments Sunshine Act* sind pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten in den USA verpflichtet, alle Zahlungen an Ärztinnen und Ärzte sowie Lehrkrankenhäuser an die *Centers for Medicare & Medicaid Services* zu melden <https://t1p.de/len79> (frei).

- Die US-amerikanische Zeitschrift *JAMA* hat gerade einen kurzen Bericht publiziert, in dem **Zahlungen pharmazeutischer Unternehmen an Ärztinnen und Ärzte von August 2013 bis Dezember 2022** aufgeführt werden.
- Nachfolgend sehen Sie die *Zahlungen nach Fachgebieten (die am höchsten „dotierten“ Arzneimittel waren Rivaroxaban, Apixaban, Adalimumab, Canagliflozin, Empagliflozin, Dapagliflozin, Dupilumab und ... Botox)*.

Table. Industry Payments to Physicians, Overall and by Specialty, From August 2013 to December 2022

Specialty ^a	Physicians, total No.	Physicians receiving payments, No. (%)	Total amount paid, \$	Amount paid to the median physician (IQR), \$	Mean amount paid to the top 0.1% of physicians, \$
Orthopedics	48 665	31 620 (65.0)	1 360 744 428	1187 (0-9004)	4 826 944
Neurology and psychiatry	107 684	58 688 (54.5)	1 322 668 751	32 (0-849)	2 588 819
Cardiology	46 171	33 074 (71.6)	1 293 613 594	1764 (0-10570)	3 187 675
Hematology/oncology	22 937	17 025 (74.2)	825 799 685	1153 (0-10134)	3 164 180
General internal medicine	176 079	97 542 (55.4)	588 249 423	30 (0-618)	1 046 723
Endocrinology	11 612	8211 (70.7)	546 513 674	616 (0-6492)	3 298 092
Family medicine	202 768	110 692 (54.6)	479 105 369	23 (0-571)	789 896
Rheumatology, allergy, and immunology	16 903	11 181 (66.1)	464 858 022	536 (0-6232)	3 368 553
Dermatology	24 023	15 013 (62.5)	462 809 832	297 (0-3225)	3 106 183
Gastroenterology	24 269	17 576 (72.4)	441 594 616	1008 (0-5540)	1 918 545
Ophthalmology	34 892	21 804 (62.5)	431 693 877	295 (0-2164)	3 077 387
Radiology	68 718	34 385 (50.0)	391 978 018	8 (0-299)	1 939 695
General surgery	41 514	25 959 (62.5)	360 474 915	194 (0-3332)	1 357 423
Obstetrics and gynecology	71 584	45 002 (62.9)	295 367 215	140 (0-1373)	917 879
Pediatrics	118 244	64 692 (54.7)	291 005 562	20 (0-333)	944 561
Pulmonology	17 745	12 393 (69.8)	286 121 375	533 (0-4488)	1 923 776
Urology	18 639	12 693 (68.1)	248 857 164	830 (0-5304)	2 314 651
Neurosurgery	10 822	6899 (63.7)	236 065 708	601 (0-6856)	2 306 818
Anesthesiology	77 129	44 393 (57.6)	217 675 440	35 (0-304)	921 987
Cardiothoracic surgery	7432	5218 (70.2)	183 646 912	2308 (0-12436)	2 380 258

Industry Payments to US Physicians by Specialty and Product Type <https://t1p.de/dtdwp> (nicht frei)

- In Deutschland gib es eine sog. **Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V. (FSA)**, deren Mitgliedsfirmen 75% des deutschen Arzneimittelmarktes abdecken. *Ende Juni 2023 ist der Transparenzbericht 2022 veröffentlicht worden* <https://t1p.de/548ak> („ohne Anspruch auf Vollständigkeit“).
- Er weist eine Summe von rund 650,2 Millionen Euro aus, die „an Ärztinnen und Ärzte, Fachkreisangehörige, Medizinische Organisationen und Medizinische Einrichtungen“ gezahlt wurden, davon 79.5 Millionen € „an Personen für Fortbildung und Vortragshonorare“.
- Zur Verwirrung der interessierten Öffentlichkeit muss man die Zahlen auf der Webseite jeder einzelnen Firma nachschlagen. **Allerdings sind nur die Namen derjenigen Begünstigten aufgeführt, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben (2019 waren das 19 %, 2020 „rund 20 %“)**.

► **Diltiazem erhöht Blutungsrisiko bei älteren Patienten unter Apixaban bzw. Rivaroxaban**

Nicht wenige Patientinnen und Patienten, die wegen Vorhofflimmerns mit Apixaban bzw. Rivaroxaban antikoaguliert sind, nehmen zur Frequenzkontrolle Diltiazem ein – oder einen Betablocker wie Metoprolol oder Bisoprolol.

- US-amerikanische Kliniker haben vor wenigen Tagen im *Journal of the American Medical Association (JAMA)* eine retrospektive Kohortenstudie an 20.155 Patienten > 65 Jahren publiziert. Alle erfassten Personen waren mit Apixaban bzw. Rivaroxaban antikoaguliert und nahmen zur Frequenzkontrolle Diltiazem oder Metoprolol ein (Nachverfolgungszeit: Ein Jahr).
- **Verglichen mit Metoprolol kam es unter Diltiazem signifikant häufiger zu ernsthaften Blutungen** (definiert als blutungsbedingte Krankenhausaufnahme oder Tod).

Table 2. **Study Outcomes**

Outcome	Diltiazem (PY = 22 162)		Metoprolol (PY = 68 765)		Adjusted analysis ^a		Rate difference, per 1000 PY (95% CI)	Hazard ratio (95% CI)
	Patients with event, No.	Rate, per 1000 PY	Patients with event, No.	Rate, per 1000 PY	Diltiazem	Metoprolol		
Primary composite outcome and its components								
Serious bleeding	1560	70.4	3709	53.9	60.3	49.7	10.6 (7.0 to 14.2)	1.21 (1.13 to 1.29)
Bleeding-related hospitalization	1129	50.9	2740	39.8	44.8	36.6	8.2 (5.1 to 11.4)	1.22 (1.13 to 1.31)
Intracranial or fatal extracranial ^b	174	7.9	553	8.0	7.9	7.4	0.5 (-0.9 to 1.9)	1.07 (0.89 to 1.28)
Nonfatal extracranial	955	43.1	2187	31.8	36.6	29.0	7.6 (4.8 to 10.4)	1.25 (1.16 to 1.36)
Death, recent evidence of bleeding ^c	431	19.4	969	14.1	15.5	13.0	2.4 (0.6 to 4.2)	1.19 (1.05 to 1.34)
Secondary outcomes								
Ischemic stroke or systemic embolism	195	8.8	694	10.1	8.3	9.5	-1.2 (-2.6 to 0.3)	0.87 (0.74 to 1.03)
Major ischemic or hemorrhagic event ^d	800	36.1	2216	32.2	32.0	30.1	1.9 (-0.8 to 4.6)	1.06 (0.97 to 1.16)
Death without recent evidence of bleeding ^e	1064	48.0	2725	39.6	40.4	38.8	1.6 (-1.5 to 4.7)	1.04 (0.96 to 1.12)

Abbreviation: PY, person-years.

^a Adjusted with overlap weighting. The variables used in the adjustment are shown in eTable 7 in Supplement 1.

^b Death within 30 days of the date of the hemorrhage.

^c In the 30 days preceding death, a secondary inpatient diagnosis or any outpatient diagnosis of hemorrhage or allogeneic blood transfusion.

^d Composite of ischemic stroke, systemic embolism, intracranial bleeding, fatal bleeding-related hospitalization, and death with recent evidence of bleeding.

^e Did not meet the definition for death with recent evidence of bleeding.

Serious Bleeding in Patients With Atrial Fibrillation Using Diltiazem With Apixaban or Rivaroxaban
<https://t1p.de/7mvxu> (nicht frei)

► **Fehlende Studienplätze: „Die Politik wälzt die Kosten ab“**

Laut Medienberichten sollen in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren 50.000 Ärztinnen und Ärzte zu wenig ausgebildet worden sein. Die Robert Bosch Stiftung hat errechnet, dass bis 2035 rund 11.000 Hausärztinnen und Hausärzte fehlen werden.

Auch der jüngste, moderate Zuwachs an medizinischen Fakultäten - z.B. Oldenburg, Bielefeld, Brandenburg, Cottbus, Kassel - dürfte das Problem kaum lösen.

- Rund 7.500 Deutsche studieren Medizin im Ausland (wesentlicher Grund: Numerus Clausus).

- Ein Drittel der hierzulande Abgelehnten geht nach Österreich, weil dort keine Studiengebühren fällig werden und deutsch gesprochen wird.
- In südosteuropäischen Ländern kann das Studium hingegen bis zu 20.000 Euro im Jahr kosten - 2.000 Studierende gehen nach Ungarn, gefolgt von Polen (n=800) sowie Tschechien und Litauen (jeweils n=400). Im UK landen ebenfalls 400. Wie viele in Italien studieren, ist unbekannt, weil es von dort keine Zahlen gibt.
- Die *Tageszeitung taz* hat einen Bildungsforscher (Gero Federkeil) zum Thema interviewt. Er fordert, dass die Politik sich stärker um diese Gruppe kümmert und ... *mehr Geld für neue Studienplätze ausgibt*.

„Die Politik wälzt die Kosten ab“ <https://t1p.de/o0fyo> (frei)

► Revolutionäre Erkenntnisse und Autorenzahlen

In der renommierten US-amerikanischen Zeitschrift *Circulation* (gilt als Nummer eins auf dem Gebiet der kardiovaskulären Medizin) wurde kürzlich eine Studie zum Thema „*Auswirkungen einer Revaskularisierungs-OP (Bypass oder endovaskuläre Intervention) auf die Lebensqualität*“ veröffentlicht.

Das hier sehr kurz zusammengefasste Ergebnis lautet: Revaskularisation resultiert in signifikanten und klinisch relevanten Verbesserungen der Lebensqualität. *Ein wirklich unerwartetes, ja revolutionäres Resultat...* 😊. Das wäre an sich aber keiner Kurzmeldung wert. Wahrhaft eindrucksvoll ist hingegen die **Anzahl der Verfasserinnen und Verfasser dieses Artikels: N=223**

Quality of Life in Patients With Chronic Limb-Threatening Ischemia Treated With Revascularization
<https://t1p.de/p4tdy> (frei).

► **Regensburg** ist eine wunderbar erhaltene, mittelalterliche Großstadt („*die Schöne an der Donau*“) und gehört seit 2006 zum UNESCO Welterbe.

Das folgende linke Foto zeigt eine Luftaufnahme der Stadt, das rechte die Universitätsbibliothek (sinnbildlich auch für die elektronische Zeitschriftenbibliothek [EZB]), über die es eine kurze Geschichte zu erzählen gibt.



Die Regensburger EZB stellt für 660 Teilnehmereinrichtungen (also auch für alle Universitäts-EZBs) in Deutschland den online-Zugriff zur Verfügung. Auf der Webseite heißt es dazu: „Die kooperative Zusammenarbeit aller EZB-Anwender ermöglicht es, zuverlässige Informationen über die Zugänglichkeit der Zeitschriften zu liefern und auch die umfangreiche Sammlung von frei zugänglichen Zeitschriften stetig weiter

auszubauen. Die gemeinsame Pflege führt auch zu einer hohen Qualität und Aktualität der Daten“. Wie schön...

Diese *kooperative Zusammenarbeit und gemeinsame Nutzung* heißt im Alltag aber auch: **Gehen in der Regensburger EZB die Lichter aus, funktionieren auch alle anderen EZBs in Deutschland nicht mehr.** Ein potentieller GAU für alle wissenschaftlich Arbeitenden...

- Von Gründonnerstag Abend, 28.3. bis Dienstagmorgen, 2.4., war die Webseite der Regensburger EZB gestört und damit war *auf keiner anderen EZB in Deutschland ein Zugriff möglich.*
- Eine elektronische Nachricht an die auf der Website genannte e-mail-Adresse blieb unbeantwortet. Dafür fiel der EZB-Server am folgenden Wochenende (6.4. – 7.4.) erneut aus. Eine informierende Fehlermeldung war an keiner Stelle zu finden.
- Nun könnte man sagen, *was hat ein Nutzer an Ostern in einer EZB zu suchen – er sollte doch eigentlich Ostereier verstecken oder vielleicht auch mal in die Kirche gehen.*
- Eine – *zugegeben extrem unverfrorene* – Alternative könnte vielleicht so aussehen:
 - ▷ An Sonn- und Feiertagen wird rotierend eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter beauftragt, morgens und abends die Funktionalität des online-Zugangs zu prüfen. Geschätzte Dauer: Weniger als zwei Minuten pro Tag. Im Falle einer Störung wird umgehend ein *auch feiertags dienstbereiter Reparaturservice* eingeschaltet (der könnte – *eine natürlich extrem gegenwartsferne Idee* 😊 - auch eine direkt durch das System ausgelöste, automatisierte Meldung erhalten).
- Aber, Sie haben es erkannt: Das sind für viele Institutionen hierzulande digitale Märchen aus 1001 Nacht...

▶ Zu guter Letzt

Editorial

Will the USA be able to endure another Trump presidency?

Trump became the 45th president of the United States of America after his inauguration in January 2017 and his term lasted until Jan 20, 2021, when President Biden took over office. On March 12, 2024, in his rerun for a

immediate negative effect on the wellbeing of Americans, President Trump also enacted a number of policies with long-term effects, such as policies affecting food and nutrition, and the environment and global



eClinicalMedicine
2024;70: 102613
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102613>

Obwohl es immer wieder Anlässe gäbe, zu (medizin)politischen Entwicklungen Stellung zu beziehen, versuche ich in den Benefits, mir diesbezüglich äußerste Zurückhaltung aufzuerlegen.

Manche Zeitschriften hingegen nehmen da eher kein Blatt vor den Mund - wie z.B. das oben ausschnittsweise gezeigte, soeben publizierte Editorial in der *open access-Zeitschrift der Lancet-Gruppe eClinicalMedicine*.

- Der Text ist eine konzise Zusammenfassung der Entscheidungen des früheren US-Präsidenten, die desaströse Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit des Landes hatten. Bereits im Februar 2021 hatte die *Lancet Commission on Public Policy and Health in the Trump Era* ihren Bericht im *Lancet* veröffentlicht (<https://t1p.de/da48p> [nicht frei]).
- Im letzten Teil des Textes heißt es (Übersetzung MMK):
„Im April 2024 zeichnet sich eine zweite Trump-Präsidentschaft ab. Wir hören von diesem Kandidaten bereits eine ähnliche Rhetorik wie früher bei seinen Angriffen auf Medizin und Wissenschaft. An seiner Kampagne hat sich nichts geändert – das Geplänkel und die schlichten Lügen sind immer noch die gleichen. Abgesehen von den laufenden Gerichtsverfahren und den damit verbundenen Interessenskonflikten sollten ihn seine Handlungen als vormaliger Präsident für eine erneute Kandidatur eigentlich disqualifizieren ...
- *Mit Blick auf den 5. November 2024, ermutigen wir die US-amerikanischen Wählerinnen und Wähler, die Leistungsbilanz aller Kandidaten einer sorgfältigen Prüfung zu unterziehen und die Person zu wählen, die Gesundheit, Wohlergehen und Sicherheit aller Amerikaner sicherstellen will. Trump hat bereits bewiesen, dass er das nicht im Sinn hat“.*
- Der gesamte Text (auf einer Druckseite) ist frei verfügbar unter <https://t1p.de/w326s>.

- ▶ Aus Günther Egidis Feder stammen heute zwei Beiträge:
 - Auf den ersten Beitrag legt er wegen der zeitlichen und inhaltlichen Dringlichkeit besonders großen Wert: In **„Die Katastrophe verhindern“** beschreibt er kurz die **ersatzlose Abwicklung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) durch Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung** (allen Mitarbeitenden des ÄZQ wurde ohne vorherige Ankündigung zum Ende des Jahres gekündigt).
 - Günther appelliert an alle Leserinnen und Leser, sich an ihre Landesärztekammer und die zuständige KV zu wenden, mit der Bitte, das NVL-Programm unbedingt weiterzuführen. **Anlage**
 - Im zweiten Beitrag geht es um die Bestimmung des Mikroalbumins im Urin, die – nach langem Bemühen - jetzt nicht mehr Teil des Disease Management Programms Typ-2-Diabetes ist (Text hängt ebenfalls an).

- ▶ Titel von Bernd Hontschiks neuester Kolumne: **„Bayer muss entgiften - hat der Gesundheitsschutz oberste Priorität?“** **Anlage**

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, 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.

Steter Tropfen höhlt den Stein

Alle Ärzt*innen, die seit 2003 am Disease Management Programm Typ-2-Diabetes teilnehmen, kennen die Frage auf dem Dokumentationsbogen: Wurde eine Untersuchung auf Mikroalbumin im Urin durchgeführt?

Vermutlich millionenfach wurden entsprechende Befunde ohne weitere klinische Konsequenz in den Praxis-Computern bzw. bei der DMP-Datenstelle abgelagert.

In der größten deutschen Datensammlung zu Patient*innen im DMP Diabetes, dem Qualitätsbericht Nordrhein (<https://tinyurl.com/5t4wz7mb>), war noch im Bericht von 2017 über einen pathologischen Befund bei gut 200.000 Untersuchten berichtet worden.

In der Nationalen VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter - hatte es zuletzt im Jahr 2015 noch geheißen: *„Patienten mit einem Diabetes sollen auf Albuminurie gescreent werden, da dies eine zusätzliche Risikoabschätzung für kardiovaskuläre und renale Folgeerkrankungen erlaubt.“*

Die DEGAM war seinerzeit mit dieser Empfehlung nicht einverstanden, sondern hatte folgendes Sondervotum eingelegt:

„1. Die DEGAM lehnt ein generelles Screening aller Diabetiker auf Mikroalbuminurie ab.

2. Die DEGAM sieht nur die Berechtigung für ein individuell zu prüfendes Risiko-Populations-Screening.

- ⇒ *Dabei ist die Risikopopulation dadurch definiert, dass es sich hier um Patienten mit Diabetes handelt, die*
- ⇒ *entweder einen nicht ausreichend kontrollierten Diabetes mellitus haben und/oder*
- ⇒ *weitere kardiovaskuläre oder renale Risikofaktoren aufweisen, die allein oder ebenso wie der Diabetes schlecht kontrolliert sind.“*

Begründung seinerzeit: die Erhebung pathologischer Befunde bei Diagnose einer Mikroalbuminurie würde in den allermeisten Fällen nur Kosten verursachen, hätte aber keine therapeutischen Konsequenzen – eine in über 80% bei Diabetes auftretende Hypertonie wird ohnehin praktisch immer medikamentös behandelt. Die Behandlung einer Hypertonie, vorzugsweise mit ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Blocker wäre aber die einzige naheliegende Konsequenz aus dem Befund einer Mikroalbuminurie.

Die Begründung hätte besser sein können. Eine Mikroalbuminurie ist zwar unbestritten ein Marker für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Ein positiver Befund führt aber kaum zu einer spezifischen Konsequenz: Auch ohne eine Mikroalbuminurie wird eine adäquate Einstellung von Blutdruck und HbA1c empfohlen. Der Befund hat also keinen Einfluss auf eine therapeutische Entscheidung.

Jetzt hat die Mitwirkung nicht zuletzt von Mitgliedern der DEGAM in den beratenden Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses gewirkt:

In der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie)“ (<https://tinyurl.com/4nste7fn>) ist **erstmal seit 2003 nicht mehr** von einer **Bestimmung des Mikroalbumins im Urin** die Rede.

- ⇒ Sie dürfen ab sofort die Micraltests® respektive die Mikroalbumintests anderer Anbieter aus Ihren Praxen entfernen.

Für die Bestimmung des Mikroalbumins im Urin wurden nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die GOP 32135 1,55 € vergütet – nicht zu vergessen (was vermutlich nie jemand tatsächlich umgesetzt hat, dass im Fall seines positiven Ausfall der Test wiederholt werden musste).

An dieser Stelle sei aber verdeutlicht: Hier soll nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet werden – selbstverständlich ist der Zusammenhang zwischen Diabetes (und Hypertonie) mit einer möglichen Nierenerkrankung deutlich.

Die Testeigenschaften der Mikroalbuminurie-Messung sind nur schlecht.

Deutlich **besser** ist dagegen die **Prädiktivität** der **Messung** des **Albumin-Kreatinin-Quotienten im Spontanurin**, wie sie die DEGAM-Leitlinie „Versorgung von Patienten mit chronischer nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis“ (<https://tinyurl.com/4uwtvyz9>) empfiehlt:

<p>5.3 Empfehlung Patienten ohne bekannte CKD, soll bei Erstdiagnose eines Bluthochdrucks eine Serumkreatinin-Bestimmung mit eGFR und eine Urinuntersuchung auf Eiweiß oder Albumin angeboten werden.</p>	Empfehlungsgrad A	Level of evidence D II	Ergebnis Konsensverfahren 5/5
<p>6.3 Empfehlung Bei Erstdiagnose der CKD (GFR < 60 ml/min) soll eine Bestimmung der Albumin-Kreatinin Ratio im Urin erfolgen.</p>	Empfehlungsgrad A	Level of evidence D I	Ergebnis Konsensverfahren 5/5

Hier geht es um eine **einmalige Untersuchung bei Erstdiagnose einer Hypertonie bzw. einer chronischen Nierenkrankheit (CKD)** – im Übrigen unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes!

Für Menschen mit Diabetes empfiehlt die DEGAM-Leitlinie dagegen:

<p>8.4 Empfehlung Patienten mit CKD ohne Diabetes, bei denen initial eine Proteinurie ausgeschlossen wurde, sollte kein routinemäßiges Monitoring der Albumin-Kreatinin-Ratio oder Mikroalbuminurie angeboten werden.</p>	Empfehlungsgrad B	Level of evidence T IV	Ergebnis Konsensverfahren 5/5
--	-----------------------------	----------------------------------	---

- ⇒ Das bedeutet zusammenfassend:
- ⇒ Einmalig bei Erstdiagnose einer Hypertonie oder CKD, wie sie bei Diabetes häufiger vorkommen, Albumin-Kreatinin-Quotient im Spontanurin
- ⇒ Keine dauerhaften weiteren Bestimmungen bei Diabetes

Die Bestimmung dieser Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio (UACR) ist in den hausärztlichen Praxen noch nicht verbreitet. Zwar ist die Bestimmung der UACR deutlich teurer (Albumin 3,40 € plus Kreatinin 0,40 €). Die Untersuchung wird aber nicht bei allen, sondern nur ab einer eGFR < 60 ml/min empfohlen – und dies auch nur einmalig.

Die UACR kann für die sog. KFRE genutzt werden <https://kidneyfailurerisk.com/>. Eine deutsche Webpage wird im Sommer gemeinsam von DEGAM und DGfN (Gesellschaft für Nephrologie) unter www.risiko-nierenversagen.de zur Verfügung gestellt werden. Die Kombination von Alter, Geschlecht, eGFR und UACR erlaubt eine Abschätzung des Risikos der Progression zum Nierenversagen in den nächsten 5 Jahren.

Speziell für Menschen mit Diabetes existiert ein weiterer Risikorechner:

<https://beatdkd.shinyapps.io/shiny/>

Die Messung der UACR ist darum von Bedeutung, weil sie eine Entscheidung für den Einsatz eines SGLT2-Hemmers bei eGFR < 60 ml/min und ab einer UACR ≥ 300 mg/g begründen kann.

Es gilt also: Mikroalbumin-Tests für alle raus aus den Praxen, weil keine Entscheidungshilfe – statt dessen einmalige Messungen der UACR ab einer eGFR < 60 ml/min.

Manchmal dauert es eben über 20 Jahre, bis sich eine vernünftige Position durchsetzt...

Dr. med. Günther Egidi

Ich danke Jean-Francois Chenot, Andreas Klinge, Kai-Florian Mehrländer und Til Uebel dafür, dass sie kritisch über diesen Text geschaut, Fehler beseitigt und sinnvolle Ergänzungen eingefügt haben.

Bayer muss entgiften

Hat der Gesundheitsschutz oberste Priorität?

Selbst wer die Zeitung nicht täglich und aufmerksam liest, wird wissen, was Glyphosat ist. Es ist ein Pflanzenschutzmittel. Menschen schützt es nicht, im Gegenteil. In den USA jagt ein Prozess den anderen, wo die Tochterfirma des Bayer-Konzerns namens Monsanto für durch Glyphosat verursachte Krebserkrankungen haftbar gemacht wird und Entschädigungen in astronomischer Millionenhöhe zahlen muss. In Europa ist der Kampf zwischen Menschen- und Umweltschützern auf der einen Seite gegen mächtige Konzern-Lobbyisten auf der anderen Seite aber nach wie vor unentschieden. Immer wieder fällt die Europäische Kommission durch befristete Verlängerungen der Zulassung von Glyphosat auf und bestreitet schlicht, dass diese Chemikalie Krebs verursacht. Zuletzt Ende 2023 wurde die Zulassung von Glyphosat um weitere zehn Jahre verlängert. Der Gefahr von Krebserkrankungen, die man im Prinzip zunächst bestreitet, wird durch die Vorschrift eines fünf Meter breiten Pufferstreifens am Rand eines mit Glyphosat behandelten Feldes Rechnung getragen: ein Witz! So kann Monsanto diesen Giftstoff munter weiter produzieren.

Bayer und Monsanto haben aber noch ganz andere Giftstoffe im Köcher. Seit 1929 haben sie einen Giftstoff namens PCB hergestellt. Diese polychlorierten Biphenyle gehören zu dem „dreckigen Dutzend“ hochgiftiger Chlorverbindungen, deren Produktion und Verwendung mit einem UN-Abkommen 2001 weltweit verboten wurde. Sie sind krebserregend, erbgutschädigend, verursachen hormonelle Veränderungen und embryonale Fehlbildungen. Über siebzig Jahre lang haben Bayer und Monsanto viele Milliarden mit PCB verdient, das mit hunderttausenden Tonnen besonders im Baugewerbe verwendet worden ist. Jetzt ist es zum Glück schon über zwanzig Jahre lang verboten. Wir können aufatmen! Zwar spät, aber eben doch sind wir jetzt vor diesem katastrophalen Giftstoff endlich geschützt.

Aber sind wir das wirklich? PCB im Club der dreckigen Dutzend gehört nämlich außerdem auch zum exklusiven Kreis der sogenannten „Ewigkeitschemikalien“. Das sind

Stoffe, die einmal angewandt, nie mehr aus der Welt verschwinden; nicht aus den Böden, nicht aus Gebäuden, nicht aus der Atemluft und nicht aus der Nahrung. Und so verursacht PCB auch über zwanzig Jahre nach seinem Verbot noch immer Hautreizungen, Atemerkrankungen und steht nach wie vor im Verdacht, krebserregend zu sein.

PCB wurde auch in Schulen und Kindergärten verbaut. Ein beunruhigter Vater ließ in der Kindertagesstätte seiner Tochter die PCB-Belastung untersuchen. Die erlaubten Grenzwerte wurden pro Kubikmeter Raumluft um mehr als dreihundert Prozent überschritten. Man weiß von etwa 1500 solcher Schulen in Deutschland, die dringend PCB-saniiert werden müssten – wahrscheinlich sind es aber viel mehr.

In einer Schule in Villingen konnte nach Entfernung der toxischen Primärquellen wie Deckenplatten und Fugenmassen eine Verminderung der PCB-Belastung der Raumluft in den Klassenräumen um den Faktor 3 erreicht werden: zu wenig. Danach wurden die noch verbliebenen sekundären Giftquellen gereinigt und mit Beschichtungen und Verplattungen abgedeckt, wodurch eine weitere Verminderung, aber keine Beseitigung des Problems erreicht werden konnte; zumindest wurden nun die Grenzwerte unterschritten.

Im Unterschied zu Asbest und zu Glyphosat ist der PCB-Skandal bislang leider weitgehend unbeachtet geblieben. Aber auch in diesem Fall muss eine Entschädigung der Opfer und die Sanierung der verseuchten Gebäude gefordert werden. In Deutschland gilt das Produkthaftungsgesetz von 1989: „Wird durch den Fehler eines Produkts jemand getötet, sein Körper oder seine Gesundheit verletzt oder eine Sache beschädigt, so ist der Hersteller des Produkts verpflichtet, dem Geschädigten den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.“ Wer oder was schützt trotz eindeutiger Gesetzeslage Konzerne immer wieder davor, für Schäden, die ihre Produkte angerichtet haben, die Verantwortung zu übernehmen? Warum werden sie nicht für die immensen Kosten der Sanierung in Haftung genommen? Der Gesundheitsschutz hat oberste Priorität, hieß es während der Corona-Pandemie landauf landab. Die ist jetzt erstmal vorbei. Der Gesundheitsschutz auch?

Die Katastrophe abwenden!

1995 hatten KBV und Bundesärztekammer (BÄK) das *Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin* (ÄZQ) gegründet. Formuliertes Ziel: „*Förderung der Gesundheitsversorgung durch Entwicklung und Nutzung evidenzbasierter Leitlinien, Wissenstransfer im Gesundheitswesen*“.

Seit 2002 hat das ÄZQ zu folgenden acht Krankheiten/Themenbereichen **Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)** erarbeitet:

- Asthma Bronchiale
- COPD
- Depression
- Diabetes mellitus Typ 2
- Herzinsuffizienz
- Hypertonie
- KHK
- Kreuzschmerzen

Die DEGAM hat an allen acht NVL mitgearbeitet (und die die Kooperation mit dem ÄZQ immer als hervorragend erlebt). Auch wenn die Vertreter*innen der verschiedenen Fachgesellschaften nicht immer einer Meinung waren: Alle Argumente wurden gehört, man einigte sich ziemlich geräuschlos auf konsensfähige Empfehlungen (strittige Fragen wurden zunächst ausgeklammert und ggfs. zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen). Als Vertreter*innen der DEGAM konnten wir uns immer darauf verlassen, nicht von einer Mehrheit anderer Fachgesellschaften untergebuttert zu werden. Zudem haben wir immer streng darauf geachtet, dass nur Evidenzbelege akzeptiert wurden, die aus einer systematischen Recherche stammte. Kurzum: Alle am Prozess Beteiligten waren höchst zufrieden.

BÄK und KBV haben nun entschieden, das ÄZQ aufzulösen und ersatzlos abzuwickeln: Am 9.4.2024 erhielten alle Mitarbeitenden des ÄZQ ohne jede vorherige Ankündigung eine Kündigung zum Ende des Jahres 2024 erhalten.

Hintergrund der Entscheidung sind offensichtlich eher juristische (Rechtsform GbR für das ÄZQ), vielleicht auch persönliche und weniger medizinische Probleme. Das ÄZQ als Institution lässt sich wohl nicht mehr retten. Dennoch: **Das NVL-Programm darf mit dieser Entscheidung nicht untergehen**. Ein Ende des NVL-Programms wäre ein verheerender Rückschlag im Bemühen um evidenzbasierte Leitlinien in Deutschland.

Erste publizierte Verlautbarungen können Sie diesem in der Ärztezeitung veröffentlichten Artikel entnehmen: <https://t1p.de/fkk93>. Die Delegierten-Versammlung des Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzterverband äußerte sich einstimmig dahingehend, dass eine Weiterführung des NVL-Programms gefordert wird. Diese Abstimmung hat offensichtlich bei einigen Verantwortlichen inzwischen ein Umdenken bewirkt. Befürchtet wird allerdings, dass all die klugen und engagierten Mitarbeiter*innen des ÄZQ (und mit ihnen die jahrelange Kompetenz) das Institut verlassen und damit dem NVL-Programm verloren gehen, wenn seitens der KBV nicht doch rasch ein eindeutiges Signal zur Weiterführung des Programms gegeben wird.

Meine dringende Bitte an alle Leserinnen und Leser dieser Meldung: Wenden Sie sich an Ihre Landesärztekammer und an die zuständige KV mit der Bitte, das NVL-Programm unbedingt weiterzuführen – ob unter dem Dach einer Stiftung oder ob in einer anderen Organisationsform, wird sich finden.

Wenn jetzt nicht viele Menschen aktiv werden, wird die evidenzbasierte Medizin in Deutschland einen ihrer wichtigsten Pfeiler verlieren – und dies zu einem Zeitpunkt, an dem industrienaher Organisationen wie die *European Society of Cardiology* (ESC) mit ihren Empfehlungen zu immer niedrigeren Lipid-Werten die Ärzteschaft mit einem Dauerfeuer belegen.

Die neutralen und unabhängigen NVL stellen hier bislang ein Bollwerk evidenzbasierter Vernunft da. Sie müssen erhalten bleiben und weitergeführt werden!

Mit herzlichem Dank für Ihre Unterstützung

Dr. med. Günther Egidi

guenther.egidi@posteo.de