

[mmk-benefits] Ein Jahr

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wir haben jetzt **ein Jahr Pandemie in Deutschland**. Für eine Auflistung aller Entwicklungen in diesem kurzen Zeitraum (eine Aufgabe für Medizinhistoriker) würde der Platz nicht reichen.

Einige wenige Rückblicke:

- Am 17. Januar 2020 wurde **das erste Benefit über das neue Coronavirus verschickt** (das hieß damals noch DEGAM-Benefit). Für Interessierte habe ich die Original-Nachricht („Todesfälle durch neues Coronavirus - erhöhte Aufmerksamkeit erforderlich“) angehängt.
- Am 27. Januar 2020 wurde **der erste deutsche Patient**, ein 33-jähriger Mann aus dem Kreis Landsberg, in einer online-Publikation im New England Journal of Medicine beschrieben <https://t1p.de/cht0>. Wochenlang tobte ein Streit, ob die Indexpatientin (eine chinesische Mitarbeiterin von Webasto) asymptomatisch war oder nicht.
- Heute sind in Deutschland über zwei Millionen testpositive Personen gemeldet und fast 50.000 verstorben. Ein Ende der Pandemie ist trotz aller Vorhersageversuche nicht absehbar. Ob und wie schnell Impfungen eine Lösung anbahnen werden, ist ungewiss.
Stimmen von Wissenschaftler/innen werden lauter, die eine massive Kraftanstrengung befürworten (z.B. „Ohne das Virus leben ist das Ziel“, ZEIT online <https://t1p.de/hfco>).
- Bis heute wurden 1.3 Millionen Menschen mit den beiden verfügbaren **m-RNA-Vakzinen von Biontech/Pfizer bzw. Moderna geimpft** <https://t1p.de/zhdc>.
Neue Virus-Mutationen mit einer deutlich höheren Ansteckungsfähigkeit haben ihren Weg in alle Herren Länder gefunden und stellen eine noch nicht genau absehbare Gefahr dar. Über die besonders im UK grassierende Variante B.1.1.7 hat die *New York Times* vor wenigen Tagen einen herausragenden Text publiziert: „*Inside the B.1.1.7 Coronavirus Variant*“ <https://t1p.de/mmr9>).

Vielleicht erinnern sich noch einige von Ihnen an das letzte Benefit vom 6.1.2021, in dem es ausschließlich um die **Impfungen** ging und die Frage der (fehlenden) **Sinnhaftigkeit nationaler Alleingänge bei der Beschaffungsprozedur**.

- Wörtlich hieß es: „Ein gemeinsames europäisches Vorgehen statt nationaler Alleingänge erscheint mir in einer solchen Situation logisch und angemessen; **ein Vorpreschen Deutschlands als bevölkerungsreichstem und wirtschaftlich stärkstem Land hätte nur heftigen Streit ausgelöst**. Offenbar haben aber andere nationale Interventionsversuche zu kontraproduktiven Verzögerungen geführt ... *Osteuropäischen Ländern war der Preis für die m-RNA-Vakzinen offenbar zu hoch*“.
- Eine gute Woche später, am 14.1.2021 brachte die FAZ folgende Meldung: **Ungarn kauft den Impfstoff der chinesischen Pharmafirma Sinopharm**. „Die erste Lieferung könnte bis zu einer Million Dosen umfassen.“, sagt Gergely Gulyas, der Stabschef des ungarischen Ministerpräsidenten. Die Impfstofflieferungen im Rahmen des EU-Programms mit wöchentlichen Lieferungen von weniger als 100.000 Dosen gingen dem Land zu langsam. Ungarn wolle die Gespräche mit Russland und China über zusätzliche Impfstoffkäufe fortsetzen.
- Wiederum einen Tag später, am 15.1.2021, meldete die Wissenschaftszeitschrift *Science*: „*Long-awaited results about the effectiveness of a leading Chinese COVID-19 vaccine were tinged with disappointment and confusion this week ... Researchers in Brazil reported that **CoronaVac, developed by Beijing-based Sinovac, was 50.4% effective** at preventing severe and mild COVID-19 in late-stage trials*“ <https://t1p.de/3s0t>.
Eine kleine Korrektur muss ich noch nachschieben. Die FAZ schreibt „Ungarn kauft den Impfstoff der chinesischen Pharmafirma Sinopharm“. Richtig müsste es heißen „**Das Orbán-Regime** kauft ...“.

In den Medien sind in den letzten Wochen zunehmend **Einzelfallberichte über den plötzlichen Herztod von jüngeren Menschen** erschienen, die eine Covid-19 Erkrankung überstanden hatten. Obwohl entsprechende Zusammenhänge noch keineswegs hinreichend geklärt sind, scheint es so, dass *die frühzeitige Aufnahme von sportlich herausfordernden körperlichen Aktivitäten bis hin zum Leistungssport ein Risiko darstellen könnte*.

- Das BMJ widmet dieser Frage einen ausführlichen und lesenswerten „*Practice Pointer*“ „*Returning to physical activity after covid-19*“ <https://t1p.de/ioqq>), dessen Zusammenfassung so aussieht

What you need to know

- Risk stratify patients before recommending a return to physical activity in people who have had covid-19. Patients with ongoing symptoms or who had severe covid-19 or a history suggestive of cardiac involvement need further clinical assessment
- Only return to exercise after at least seven days free of symptoms, and begin with at least two weeks of minimal exertion
- Use daily self monitoring to track progress, including when to seek further help

Die am 19.1. beschlossene Vorschrift, im öffentlichen Nahverkehr und beim Einkaufen **FFP-2-Masken** zu tragen, lässt die Frage aufkommen, **ob man eine solche Maske nach Gebrauch wegwerfen und gegen eine neue austauschen muss.**

- Muss man nicht... FFP-2-Masken (weitgehend identisch mit der chinesischen Normbezeichnung KN95 bzw. der angelsächsischen N95, *aufgedrucktes CE-Zeichen mit vierstelliger Nummer beachten*) können natürlich wiederverwendet werden – wir reden hier nicht vom medizinischen Bereich, sondern vom Gebrauch als (Privat-)Alltagsmasken.
- Es gibt zum Thema zwei „Gebrauchsanweisungen“.
 - ▷ Die eine stammt vom Bereich Arbeits- Gesundheits- und Umweltschutz der FH Münster und empfiehlt entweder eine **Aufbereitung im Backofen (Ober- / Unterhitze) bei 80° über eine Stunde oder eine Tragepause von sieben Tagen** einzulegen (nach 7 Tagen sind keine infektiösen Viren mehr nachweisbar).



ebay Kleinanzeige

Wenn man sieben Masken – eine für jeden Wochentag – in einer Reihe aufhängt und das z.B. für vier Familienmitglieder praktiziert, kann man - z.B. mit der oben gezeigten Lösung - vier Türen dafür in Beschlag nehmen. Ob diese Art moderner Kunst jedermann zusagt, bleibt abzuwarten (Erfahrungsberichte bitte an mich senden).

„Möglichkeiten und Grenzen der eigenverantwortlichen Wiederverwendung von FFP2-Masken für den Privatgebrauch“
<https://t1p.de/kb2o>.

- ▷ Die andere Alternative beruht auf einer Publikation in der Zeitschrift *International Journal of Infectious Diseases* und spricht von **75° über 45 Minuten im Backofen** (Ober-/Unterhitze):

„Decontamination and reuse of surgical masks and respirators during COVID-19 pandemic“
<https://t1p.de/gz4m>.

- ▷ Die angegebene Begrenzung auf fünf Ofenprozeduren heißt: Die Experimente wurden nicht häufiger durchgeführt. Ob die Masken länger durchhalten, wissen wir nicht.

Merkwürdigkeiten, verstörende Aussagen und bürokratische Auswüchse erschweren die Bekämpfung der Pandemie. Hier eine kleine Auswahl:

- Die wiederkehrende Routine bei den Corona-Nachrichten am Wochenende wird fast schon nicht mehr wahrgenommen: die Zahlen von Sonntag und Montag seien niedriger und weniger verlässlich als an Wochentagen, die nachträglichen Meldungen anlässlich der Feiertage nicht verlässlich, **weil nicht alle Gesundheitsämter regelmäßig an das RKI melden.**

Welche Gesundheitsämter für das regelmäßige Meldechaos verantwortlich sind, konnte ich leider nicht herausfinden. Zumindest für Berlin hat sich *Birgit Raddatz* vom Rundfunk Berlin-Brandenburg aber schon einmal die Mühe gemacht, Licht ins Dunkel zu bringen: <https://t1p.de/79uw>.

- Jetzt endlich kommt eine einleuchtende Erklärung für das „Wochenend-Phänomen“, die uns alle verständnisvoll aufatmen lässt... Sie stammt vom *Hauptgeschäftsführer des Deutschen Städte- und Gemeindebundes, Gerd Landsberg*. Er sagte wörtlich zu einigen – Pardon - schläfrigen Gesundheitsämtern: **„Die müssen auch mal frei haben“**. Wenn Sie meinen, nicht richtig gehört zu haben, dürfen Sie sich gerne das Video des ZDF-Morgenmagazins vom 12.1. ansehen (Stelle bei 3:20 Minuten) <https://t1p.de/m6gr>.
- Das ist aber nicht alles. Landsberg wird auch gefragt, warum die **Digitalisierung der Gesundheitsämter so langsam vorankomme**. Seine Antwort: „Schon über 100 Gesundheitsämter nutzen SORMAS“. **SORMAS (Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System)** ist laut seinem Anbieter „ein mobiles digitales Geschäftsmanagementsystem für Maßnahmen zur Epidemiebekämpfung ... Es unterstützt die Gesundheitsämter bei der Identifizierung und Überwachung von Kontaktpersonen. Aktuell ist SORMAS in 123 Gesundheitsämtern installiert“ <https://www.sormas-oeqd.de/>.

Dazu schreibt die WAZ am 17.1.: „Bund und Länder sind mit ihrem Vorhaben, die Gesundheitsämter in Deutschland bis Januar 2021 mit moderner Software auszurüsten, gescheitert: Bis zum Jahreswechsel sollten 90 Prozent der rund 380 Gesundheitsämter die Software Sormas einsetzen, die das Nachverfolgen von Corona-Infizierten deutlich vereinfacht. Auf Anfrage unserer Redaktion teilt das Gesundheitsministerium mit, dass die Software allerdings zum 31. Dezember erst in 111 Gesundheitsämtern betriebsbereit bzw. in Betrieb gewesen sei – also nicht einmal in 30 Prozent der Ämter“ <https://t1p.de/c1ta>.

Die Installation dieses Systems scheint *für den digitalen Entwicklungsstand unseres Landes doch etwas komplex zu sein scheint*. In diesbezüglich weiter fortgeschrittenen Staaten ist das offenbar einfacher. Dazu schreibt der Anbieter: *„Mittlerweile wird SORMAS in Ghana, Nigeria und Fiji in über 400 Landkreisen eingesetzt und deckt damit die Infektionssurveillance für mehr als 120 Millionen Einwohner ab. Es konnte zudem bereits erfolgreich in 15 nigerianischen Bundesstaaten bei der Bekämpfung von drei gleichzeitig auftretenden Ausbrüchen eingesetzt werden“*.

- Und weil wir gerade dabei sind, die Arbeit mancher Behörden über den Klee zu loben ... gleich noch ein Beispiel aus dem Bereich **„Schutz der Bewohner/innen von Alten- und Pflegeheimen“**.

Wie die *FAZ* am 16. Januar berichtet, dauerte der Plan, **die personell überforderten Altenheime durch Bundeswehr-Soldaten zu** unterstützen - trotz persönlicher Intervention der Bundeskanzlerin – auf dem Weg durch diverse Instanzen *„lediglich“ 25 Tage*. Einem involvierten Bundestagsabgeordneten (vermutlich dem Unions-Fraktionsvorsitzenden Ralph Brinkhaus) platzte dann der Kragen, sonst wäre wohl überhaupt nichts passiert... Lesenswert: <https://t1p.de/mpjx>.

- Wahrscheinlich bin ich immer noch zu ungeduldig, aber nach einem Jahr Erfahrungen in der Pandemie müsste es vielleicht doch möglich sein, die Gesundheitsämter innerhalb kürzester Zeit mit der nötigen Software zum Arbeiten auszustatten, und personell überforderte Altenheime durch Bundeswehrsoldaten zu unterstützen. Wie lange wird das noch dauern?

In Deutschland werden sowohl testpositive Menschen als auch potentiell infizierte Kontaktpersonen in **häusliche Isolation/Quarantäne** geschickt. Lediglich einreisende Touristen, die keine andere Bleibe nachweisen können, werden – wie in vielen anderen Ländern auch, auf eigene Kosten - in Hotels untergebracht.

- Abhängig von den Wohnverhältnissen **können Testpositive zuhause weitere Haushaltsmitglieder anstecken**. Wie eine Metaanalyse über 54 Studien und 77.758 Personen ergab, beträgt die durchschnittliche Ansteckungsrate zwar „nur“ knapp 17% (bei asymptomatischen Indexpersonen erheblich niedriger als bei symptomatischen). Bei *mindestens drei Personen im Haushalt beträgt die Rate aber schon 22.8%, bei Ehepaaren 37.8%* („Household Transmission of SARS-CoV-2“ <https://t1p.de/q8r4>).
- In diesem Zusammenhang wollte ich mich einmal in den einschlägigen Datenbanken schlau machen, welche **Vorteile oder**

ggf. auch Probleme eine Unterbringung in „Quarantänehotels“ im Vergleich zur häuslichen Bleibe hat. Gefunden habe ich ... nichts.

Es gibt lediglich einige wenige Publikationen, die sich mit Einrichtung und Betrieb solcher Häuser beschäftigen, z.B.

- ▷ eine Arbeit aus Spanien („A medicalized hotel as a public health resource for the containment of Covid-19: more than a place for quarantining“ <https://t1p.de/h5ay>).
 - ▷ Oder eine aus New York City („Isolation Hotels: A Community-Based Intervention to Mitigate the Spread of the COVID-19 Pandemic“ <https://t1p.de/aa75>).
- Immerhin überlegt die Stadt **Berlin**, Hotelzimmer für Corona-Quarantäne anzumieten. Auf diesem Wege könnte man die darbende Hotelbranche effektiv unterstützen - der Hotel- und Gaststättenverband hat verständlicherweise gegen die Idee nichts einzuwenden <https://t1p.de/l2he>.

Authentische Berichte aus Hausarztpraxen, insbesondere aus großstädtischen Problemvierteln mit hohen Infektionszahlen sind Mangelware. Umso verdienstvoller ist es, dass es der Tageszeitung <https://taz.de/> gelungen ist, eine in Bremen praktizierende Kollegin, Heike Dieterichs, zu bewegen, eine Art von Protokoll zu publizieren.

- An etlichen Stellen der Lektüre musste ich mich – virtuell - vor dem Mut der Autorin verbeugen. Andere Teile des Textes schließen nahtlos an die oben geschilderten Berichte über unsere wunderbar funktionierende Amtsbürokratie an. Ein Beispiel: „...*ich behandle eine libanesische Familie, die früher mal hier gewohnt hat. Die haben ein zehnjähriges, lebertransplantiertes Kind, das ist Hochrisikogruppe. Die Mutter hatte ein bisschen Schnupfen, sie kamen alle zu mir zum Abstrich. Die Mutter war positiv, und ich habe sofort die Familie angerufen und ihnen gesagt, dass sie in Quarantäne müssen und die Mutter sich von ihrem Kind fernhalten muss **Darauf ruft mich das zuständige Gesundheitsamt an und sagt, ich hätte das gar nicht gedurft und eine Dienstüberschreitung gemacht***“.
- NB: Einen kleinen Druckfehler hat die taz aber doch übersehen: Im Marginaltext steht beim Alter: 62. Falsch, ich kenne Heike gut, sie ist 52.
„Ich verliere den Kontakt“ <https://t1p.de/tiur>.

Nicht-Corona

- Nicht wenige Menschen versuchen, durch Änderung Ihrer Ess- und Trinkgewohnheiten an Gewicht zu verlieren. Dabei werden **unterschiedliche Regimes, oft mit reduziertem Kohlehydratgehalt**, erprobt. Selbst die Remission eines Diabetes mellitus könnte damit gelingen, wie eine gerade publizierte Meta-Analyse im BMJ zeigt
„Efficacy and safety of low and very low carbohydrate diets for type 2 diabetes remission“ <https://t1p.de/lpon>).

Auch **intermittierendes Fasten oder wiederkehrender Nahrungsentzug** sind häufig eingesetzte Methoden. Dass durch solche Prozeduren nicht nur das Körpergewicht reduziert, sondern **auch die Lebensdauer verlängert werden kann**, ist eine Erkenntnis, die zunehmend wissenschaftlich untermauert wird.

US-amerikanische (USC Los Angeles, Johns Hopkins University) und italienische Autoren (Molecular Oncology, Milano) haben zusammen eine gut lesbare Übersicht zum Thema publiziert – in der ersten Nummer einer neuen Zeitschrift aus der Nature-Gruppe: *Nature Aging*.

„Intermittent and periodic fasting, longevity and disease“
<https://t1p.de/eqed>.

- Dass **Paracetamol-Überdosierungen (nicht so selten in suizidaler Absicht eingenommen) in vielen westlichen Ländern die häufigste Ursache eines Leberversagens** darstellen, ist mir zwar bekannt. Dennoch wollte ich nie daran glauben, dass es sinnvoll sein könnte, freiverkäufliche Paracetamol-Packungen von ursprünglich 30 auf 20 Tabletten zu reduzieren. Jeder könnte sich doch in der Apotheke oder im Drogeriemarkt mehrere Packungen kaufen. Studien zeigen aber, dass diese Reduktion der Tablettenzahl Suizide mit Paracetamol vermindern können.

Auf ein vergleichbares Phänomen mit der in der Schweiz verschreibungspflichtigen Form von 1000mg-Tabletten weist ein von Natalie Marty verfasster Kurztext in **infomed-screen** hin (https://www.infomed.org/screen_impresum.php). Er bezieht sich auf eine Studie aus dem Schweizerischen Giftinformationszentrum Tox Info Suisse, die letztes Jahr in *JAMA Network Open* publiziert wurde: <https://t1p.de/fs5b>.

Wörtlich heißt es in dem Text („1000-mg-Paracetamol-Tabletten sind gefährlich“): „Die Studie untersucht, ob die in der Schweiz seit 2003

rezeptpflichtig erhältlichen 1-g-Tabletten zu einem erhöhten Vergiftungsrisiko führen. Dazu wurden Berichte über Vergiftungen aus den Jahren 2000–2018 und die Verkaufszahlen von Paracetamol in beiden Dosierungen (500 mg und 1000 mg) ausgewertet. In der Untersuchungsperiode wurden insgesamt 15'790 Fälle von Paracetamol-Vergiftungen gemeldet; das mittlere Alter der Betroffenen lag bei 25,2 Jahren. Nach der Markteinführung der 1000-mg-Tabletten wurde ein signifikanter Anstieg der pro Quartal gemeldeten Vergiftungsfälle festgestellt. Der Anteil von Vergiftungen mit einer Einnahme über 10 Gramm stieg nach der Einführung der 1000-mg-Tabletten von 15,3% auf 30,6% an. Die Studienverantwortlichen kommen zum Schluss, dass die Verfügbarkeit von Paracetamol in der 1000-mg-Dosierung im Hinblick auf die Gefahr von unbeabsichtigten Vergiftungen neu bewertet werden sollte“.

- Wissenschaftlichen Zeitschriften wird nicht selten vorgeworfen, Frauen bei der Publikation von wissenschaftlichen Arbeiten gegenüber Männern zu benachteiligen.

Acht Verfasser und eine Verfasserin aus Italien, Schweden, Deutschland, Holland, Irland und Spanien wollten dem Wahrheitsgehalt dieses Vorwurfs nachgehen und haben 145 Zeitschriften aus diversen Wissenschaftsbereichen mit Artikeln von 1.7 Millionen Autorinnen und Autoren sowie 740.000 Peer-Reviewern untersucht.

Das Ergebnis dieser Studie lautet – Männer aufgepasst 😊 – dass eine solche Benachteiligung nicht nachweisbar sei. Die genauen Resultate sind natürlich differenzierter, als ich das in einem Satz darstellen kann, aber: Eher das Gegenteil ist der Fall.

„Peer review and gender bias: A study on 145 scholarly journals“
<https://t1p.de/ujoj>.

Zum Schluss noch einmal zurück zu Corona – aber nicht zu SARS-CoV-2, sondern zu *MERS-CoV*, welches das **Middle East Respiratory Syndrome** auslösen kann.

Milde Verläufe gehen häufig mit Durchfällen und Fieber einher. Bei Menschen mit schweren, chronischen Vorerkrankungen kann sich aber eine Pneumonie bis hin zu einem akuten Atemnotsyndrom entwickeln. Anders als bei der aktuellen Pandemie, wurden seit dem erstmaligen Auftreten in Saudi-Arabien (2012) bislang etwa 2.400 laborbestätigte Fälle gemeldet; über 800 Patienten verstarben.

Als Reservoir gelten Dromedare. Das anrührende Bild zeigt die Zuneigung eines Tiers zu seinem stolzen Besitzer.



Herzliche Grüße

Michael M. Kochen

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

Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen

<http://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de>

http://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/contact/Kochen_CV_5-18.pdf

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

<http://www.uniklinik-freiburg.de/studium/studieren-in-freiburg/lehrbereich-allgemeinmedizin.html>

AG Infektiologie und Leitliniengruppe Neues Coronavirus, Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin,
<https://www.degam.de/ag-infektiologie.html>

Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
<http://www.akdae.de/Kommission/Organisation/Mitglieder/OM/Kochen.html>

Ludwigstr. 37
D-79104 Freiburg/Germany

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.

Bitte senden Sie mir dazu eine (z.B. elektronische) Mitteilung. Bitte beachten Sie, dass Sie hier von mir persönlich angeschrieben werden - Adressänderungen u.ä. von DEGAM-Mitgliedern sind ausschließlich an die Geschäftsstelle zu richten und nicht an mich