

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

was verbirgt sich hinter dem kryptischen Titel „**Lex Eli Lilly**“?

Im April 2024 zelebrierten Bundeskanzler Olaf Scholz, Gesundheitsminister Karl Lauterbach und die damalige Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, Malu Dreyer, mit einem symbolischen Spatenstich den Bau eines neuen Werks des US-Pharmakonzerns Eli Lilly im rheinhessischen Alzey. Kurz zuvor hatte Lauterbach sein **Medizinforschungsgesetz (MFG)** in Bundestag und Bundesrat eingebracht – es ist seit dem 27.9. in Kraft <https://t1p.de/4jtr7>. Im Gesetzestext steht u.a., dass **Pharmaunternehmen künftig die Preise, die sie für ihre neuen Arzneimittel von den Krankenkassen erstattet bekommen, geheim halten könnten**.

- Zum Hintergrund: Wenn in Deutschland ein neues Medikament auf den Markt kommt, dürfen Pharmakonzerne zunächst den Preis frei wählen. Erst nach einem Jahr bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Wert des neuen Medikaments. Wird dem neuen Präparat *kein* Zusatznutzen gegenüber bisher verfügbaren Therapien bescheinigt, muss der Pharmakonzern einen Rabatt gewähren (oft > 50%). **Dieser Rabattpreis war bisher öffentlich einsehbar** – mit der Folge, dass auch andere europäische Länder einen entsprechend hohen Preisnachlass von den betreffenden Pharmaunternehmen fordern konnten. **Mit dem neuen Gesetz sind die Rabatte aber nicht mehr sichtbar, so dass vielen EU-Staaten steigende Pharmapreise drohen** (die Mehrkosten werden auf 840 Millionen Euro im Jahr geschätzt; *Investigate Europe* [s.u.] spricht von „tödlichen Preisen“...)
- Schon als der Gesetzentwurf bekannt wurde, kam drei renommierten Journalistinnen (*Christina Berndt/Süddeutsche, Markus Grill NDR/WDR, Harald Schumann/Tagesspiegel*) in Kooperation mit der Journalistengenosenschaft *Investigate Europe* der Verdacht, es könnte eine Art **Gegengeschäft zwischen Eli Lilly und der Bundesregierung** geben - Geheimhaltung des vereinbarten Rabattes im Gesetz gegen das Investment von drei Milliarden Euro für den Bau des Werkes in Alzey.
- Gemäß dem *Informationsfreiheitsgesetz* <https://t1p.de/ds1qn> wurden daher (bereits im Dezember 2023) die Akten rund um das MFG bei Gesundheitsministerium und Kanzleramt angefordert. Beide Ministerien stellten sich tot. Erst nach Klage wegen Untätigkeit rückte das BMG die Unterlagen heraus – und zwar *im September 2024, als das Gesetz bereits beschlossen war*. Das Kanzleramt blieb hingegen weiterhin stumm.
- Die Dokumente, die *Süddeutscher Zeitung, NDR/WDR* und *Investigate Europe* <https://www.investigate-europe.eu/de> vorliegen, offenbaren, dass es zwischen Eli Lilly und der Bundesregierung eine streng vertrauliche Vereinbarung gegeben hat.
 - ▷ So hat, laut Aktenlage, der Staatssekretär im Bundeskanzleramt, *Jörg Kukies*, Anfang 2023 insgesamt dreimal mit Eli Lillys CEO David A. Ricks über ein Pharmagesetz und die Einführung geheimer Arzneimittelpreise gesprochen.
 - ▷ Am 16. Februar telefonierte Kanzler Scholz selbst mit Ricks dazu. Gewährsleute im Umfeld des Kanzleramts verlautbarten nach Angaben der Verfasser, dass Scholz Lauterbach die Geheimpreise aufgedrängt habe.
 - ▷ In einem Papier vom 13. September 2023 hielt das Referat 117 des BMG fest: Es „kann dem CEO von Eli Lilly, Dave Ricks, mitgeteilt werden, dass das BMG dem Wunsch von Eli Lilly nachkommt und im Rahmen des MFG plant, vertrauliche Rabatte für den Herstellerpreis zu ermöglichen“. Zuvor hatten Beamte ihren Minister gewarnt, "dass die Ermöglichung eines vertraulichen Erstattungsbetrags zu erheblichen Problemen in der Umsetzung führen würde" und "wesentliche Elemente der effektiven Arzneimittelsteuerung ... nicht mehr anwendbar" wären.

- Trotz der mehr als eindeutigen Aktenlage sagte ein Sprecher des BMG wörtlich „*Minister Lauterbach sind keine Vermerke bekannt, in denen er sich Eli Lilly gegenüber zu diesem Thema geäußert hätte. Für ihn persönlich hat die Haltung von Eli Lilly keine Rolle bei der Entwicklung der Pharmastrategie gespielt.*“ Und Eli Lilly verlautbarte: „*Unser Unternehmen hat zu keiner Zeit die Investitionsentscheidung in Rheinland-Pfalz an eine derartige Zusage vonseiten der Bundesregierung geknüpft*“. Es darf gelacht werden...
 - ➔ Wer die ganze Geschichte des „Lex Lilly“ lesen will, kann auf den Text der *Süddeutschen Zeitung* zugreifen: „Auf Wunsch der Lobbyisten“ <https://t1p.de/voumr> – leider steht dieser, wie bei der SZ üblich, hinter einer Zahlschranke.
 - ➔ Frei zugänglich hingegen ist der inhaltlich weitgehend identische Bericht auf der Webseite von *Investigate Europe* („Wunsch von Eli Lilly“) unter <https://t1p.de/0msms>

▶ **Wie sinnvoll ist das Hautkrebs-Screening?**

Das Hautkrebs-Screening gibt es nur in Deutschland (in keinem anderen Land) bereits seit 2008. Ab 35 Jahren können gesetzlich Versicherte alle zwei Jahre teilnehmen.

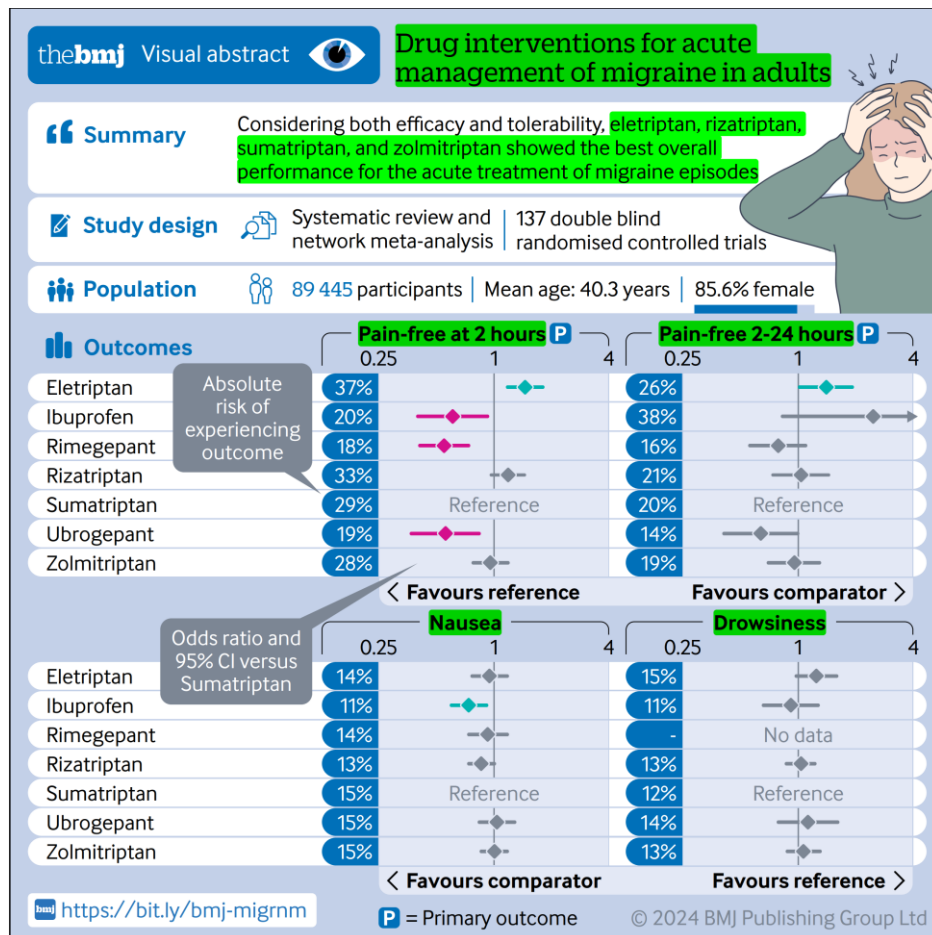
- Den Empfehlungen der S3-Leitlinie „*Prävention von Hautkrebs*“ (Version 1: 2014; Version 2: 2021 <https://t1p.de/c6g3p>) stimmten die beiden DEGAM-Vertreter Günther Egidi und J-F. Chenot nicht zu - wegen unzureichender Evidenz.
- ▷ In der Leitlinie „*Schutz vor Über- und Unterversorgung*“ (2-2024) heißt es daher auch: „*Wir bewerten die **Evidenz für den Nutzen eines generellen Hautkrebs-Screenings im Vergleich zu einem opportunistischen Screening, in Übereinstimmung mit internationalen Institutionen weiterhin als unzureichend.** Seit der Einführung des Screenings ist die Mortalität am Hautkrebs in Deutschland nicht gesunken. Daher soll kein anlassloses Hautkrebs-Screening angeboten werden.*“
- Jürgen Windeler, der bis Ende März 2023 das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG) leitete, hat kürzlich in einem lesenswerten Text auf der Plattform *Observer Gesundheit* <https://observer-gesundheit.de/> zur (fehlenden) Sinnhaftigkeit des Screenings Stellung genommen.
- In der Einleitung heißt es u.a.: „*Die laufende „Evaluation“ gibt keinen Anlass, eine gute Qualität anzunehmen, und irgendwelche Indizien, dass nach 16 Jahren die gesetzten Ziele erreicht wurden, sind nicht erkennbar. Zeit also, inne zu halten. Nichts spricht dagegen, dass Menschen ab und zu ihre Haut in Augenschein nehmen und bei Auffälligkeiten einen Arzt aufsuchen. Nichts spricht dagegen, über ein Angebot an besonders gefährdete Risikogruppen nachzudenken. Aber das laufende, vollkommen ineffektive und ineffiziente Vorgehen sollte schnellstens beendet werden*“.
- Den ganzen Text mit der Überschrift: „**Hautkrebs-Screening – ein Leerstück**“ finden Sie unter <https://t1p.de/ulke9> (frei).

(Danke an Günther Egidi für den Hinweis – sein *Beitrag im heutigen Benefit* entfällt).

► Akuter Migräneanfall – Triptane am wirksamsten

Ein internationales Autorenteam (Dänemark, UK, Griechenland, Belgien, Deutschland) hat im *BMJ* zum Thema **medikamentöse Behandlung eines akuten Migräne-Anfalls** eine systematische Übersicht mit Netzwerk-Metaanalyse von randomisierten, doppelblinden Studien publiziert. (NB: Eine Netzwerk-Metaanalyse ermöglicht einen Vergleich von nicht nur einer, sondern von drei oder mehr verschiedenen Interventionen in einer einzigen Analyse).

Die kurzgefassten Ergebnisse sehen Sie im folgenden visuellen Abstract:



- Das wirksamste Arzneimittel (gemessen am ersten primären Endpunkt *Schmerzfreiheit nach zwei Stunden*) war *Eletriptan*, gefolgt von *Rizatriptan*, *Sumatriptan* und *Zolmitriptan*.
- Das beste Medikament gemäß dem zweiten primären Endpunkt *Anhaltende Schmerzfreiheit (Stunden 3 bis 24)* war *Ibuprofen* – hier sollte man aber beachten, dass dieses Resultat durch *eine einzige Studie mit einer bemerkenswert niedrigen Plazebowirkung* zustande kam.
- Alle hier aufgeführten oralen Triptane werden durch die Krankenkassen erstattet - bis zur Höhe des Festbetrags (Zuzahlung bei bestimmten Dosierungen und Packungsgrößen u.U. 0,0 €). Details finden Sie in der 1069 Seiten umfassenden *Festbetragsliste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)* vom 15.10.2024 unter <https://t1p.de/l0jo1> (auf den Seiten 925 – 933).
- Die Originalstudie *Comparative effects of drug interventions for the acute management of migraine episodes in adults: systematic review and network meta-analysis* ist unter <https://t1p.de/fuvf7> frei verfügbar.

► Verdacht auf Marburg-Virus in Hamburg - Husarenstück einer Amtsbehörde



Ein aus Ruanda zurückkehrender, 27-jähriger Medizinstudent mit leichten grippalen Symptomen, aber ohne Fieber, meldete sich am Abend des 2. Oktober telefonisch aus dem ICE von Frankfurt Flughafen nach Hamburg. Er und seine Begleiterin könnten sich im Rahmen eines Aufenthalts **in einem Krankenhaus in Ruanda mit dem hochgefährlichen Marburg-Virus infiziert** haben (zweimaliger Kontakt zu Patienten *in voller Schutzkleidung*).

► Zum Ausbruch in Ruanda s. <https://t1p.de/qfog0> (frei)

- Der Zug wurde bereits in Hamburg-Harburg von der Bundespolizei gestoppt und beide Personen mit einem Spezialfahrzeug zur Untersuchung in das UKE gebracht. *Kontaktdaten der Fahrgäste wurden (entgegen der initialen Behördenmitteilung) nicht erhoben.*
- Das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin untersuchte noch in der Nacht Blut-, Plasma-, Urin- und Speichelproben der Betroffenen. **Bereits um 2:45 Uhr morgens wurden die negativen Ergebnisse an die Hamburger Sozialbehörde weitergeleitet.**
- Die aber veröffentlichte erst **acht Stunden später** die Mitteilung mit dem Betreff "Verdacht auf Marburg-Virus in Hamburg nicht bestätigt".
- Auf die Frage des Magazins *Der Spiegel*, warum die Behörde – angesichts der potentiellen Gefahren für die ICE-Passagiere - so lange gebraucht hätte, kam die Antwort: „Wir wollten lieber ein umfassendes Lagebild herausgeben als schnell und stückchenweise zu informieren ... zudem mussten wir Rücksprache mit den Lagegruppen halten“.

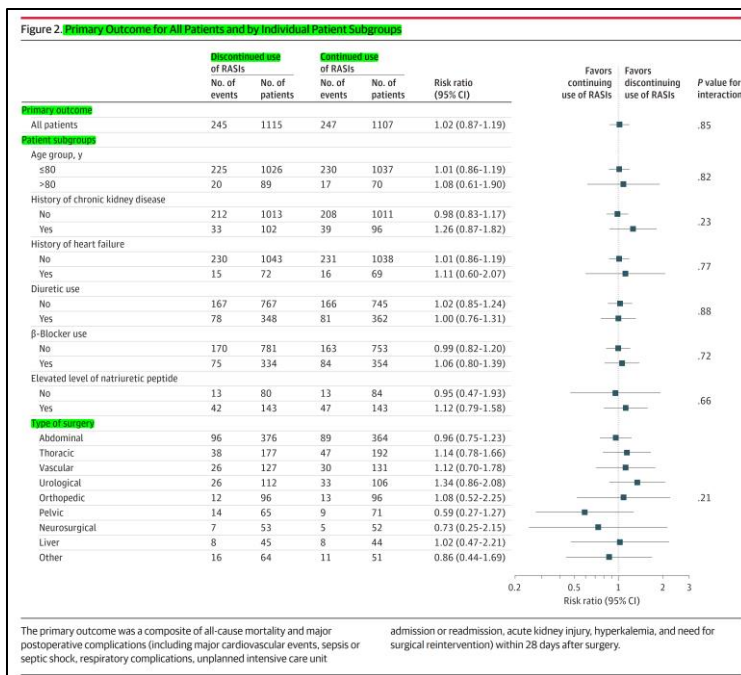
Ein wahrlich lehrreiches Schauspiel für den Ernstfall...

► ACE-Hemmer/Sartane – vor größerer OP absetzen?

Wegen gelegentlich auftretender, plötzlicher Blutdruckabfällen ist die Absetzung von ACE-Hemmern/Sartanen vor größeren Operationen (nicht am Herzen) **unter Anästhesisten schon lange umstritten** – weil damit das Risiko eines postoperativen Blutdruckanstiegs und damit von Herzinsuffizienz und Arrhythmien erhöht sein kann.

- Die **Meinungen der beteiligten Fachgesellschaften gehen kunterbunt durcheinander**: → Die *European Society of Cardiology* und die *European Society of Anaesthesiology* raten zur *Absetzung* vor der Operation; → das *American College of Cardiology* und die *American Heart Association* sprechen sich hingegen für eine *Fortsetzung* der Therapie aus. Hausärztinnen und Hausärzte dürften – je nach Praxisort – mit unterschiedlichen Empfehlungen konfrontiert sein.
- Aus Frankreich (40 Kliniken) kommt jetzt eine multizentrische, randomisierte (aber offene) Studie mit 2.222, im Mittel 67 Jahre alten Patienten, die mindestens drei Monate mit ACE-Hemmern (46%) bzw. Sartanen (54%) antihypertensiv behandelt wurden.
- Primärer (zusammengesetzter) Endpunkt war die Gesamtmortalität und ernsthafte postoperative Komplikationen innerhalb von 28 Tagen nach OP.

Das Ergebnis sehen Sie in der folgenden Tabelle



Kurz zusammengefasst:

- In der „Absetz“-Gruppe erreichten 245 von 1.115 Patienten den primären Endpunkt (22%); in der „Fortsetzungs“-Gruppe 247 von 1.107 (22%) – kein Unterschied.
- Perioperative Blutdruckabfälle (*kein primärer Endpunkt*) ereigneten sich in 41% in der Absetzgruppe und 54% in der Fortsetzungsgruppe – dieser Unterschied war statistisch signifikant (*risk ratio 1.31[95% KI 1.19-1.44]*).

Continuation vs Discontinuation of Renin-Angiotensin System Inhibitors Before Major Noncardiac Surgery <https://t1p.de/igsjd> (nicht frei)

► **Mycoplasma pneumoniae-Infekte – massiver Post-Covid-Anstieg**

Weltweit wird zur Zeit eine **massive Häufung von Infektionen mit Mycoplasma pneumoniae („atypische Pneumonie“)** registriert, insbesondere bei Schulkindern und Jugendlichen.

- Der erstmals 1938 entdeckte Erreger hat keine Zellwand, vermehrt sich langsam und benötigt zur Ansteckung engen Körperkontakt.
- Typisch klinischer Verlauf: Wenige Tage grippale Symptome, gefolgt von länger persistierendem Husten (gelegentlich Hals-/Ohrenschmerzen) und verstärktem Krankheitsgefühl. Diagnostischer Goldstandard: PCR. Therapie mit Makroliden verkürzt den Verlauf, die meisten Patienten erholen sich ohne Therapie.
- Im Vergleich zur Vor-Corona-Zeit wird der Anstieg der Infektionen auf das 10- bis 20-fache geschätzt.
- ▷ **In Deutschland gibt es eine Meldepflicht für den Erregernachweis nur in Sachsen.** Nach Angaben der sächsischen Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen gab es in diesem Jahr bis Mitte September mehr als 12.000 Meldungen (2023 lag die Zahl zu diesem Zeitpunkt bei rund 2.000, im Vor-Corona-Jahr 2019 bei knapp 1.200).
- Die Ursache liegt den meisten Experten zufolge im Wegfall der Hygienemaßnahmen, die während der Pandemie Kontakte mit dem Erreger weitgehend verhinderten („*delayed re-emergence after COVID-19 pandemic restrictions*“).
- Wer sich über die Mycoplasmen-Pneumonie weiter informieren will (auf den Seiten des RKI finde ich dazu keine aktuellen Informationen): Das *Canadian Medical Association Journal* hat den momentanen Wissensstand auf knapp einer Druckseite zusammengefasst <https://t1p.de/a93c7> (frei).

► **Deklaration von Helsinki revidiert**



Die vom Weltärztebund (World Medical Association) erstmals 1964 verabschiedete Deklaration von Helsinki, die weltweit geltende ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen formuliert und vulnerable Gruppen schützen soll, ist **mit Datum vom 19. Oktober revidiert** worden.

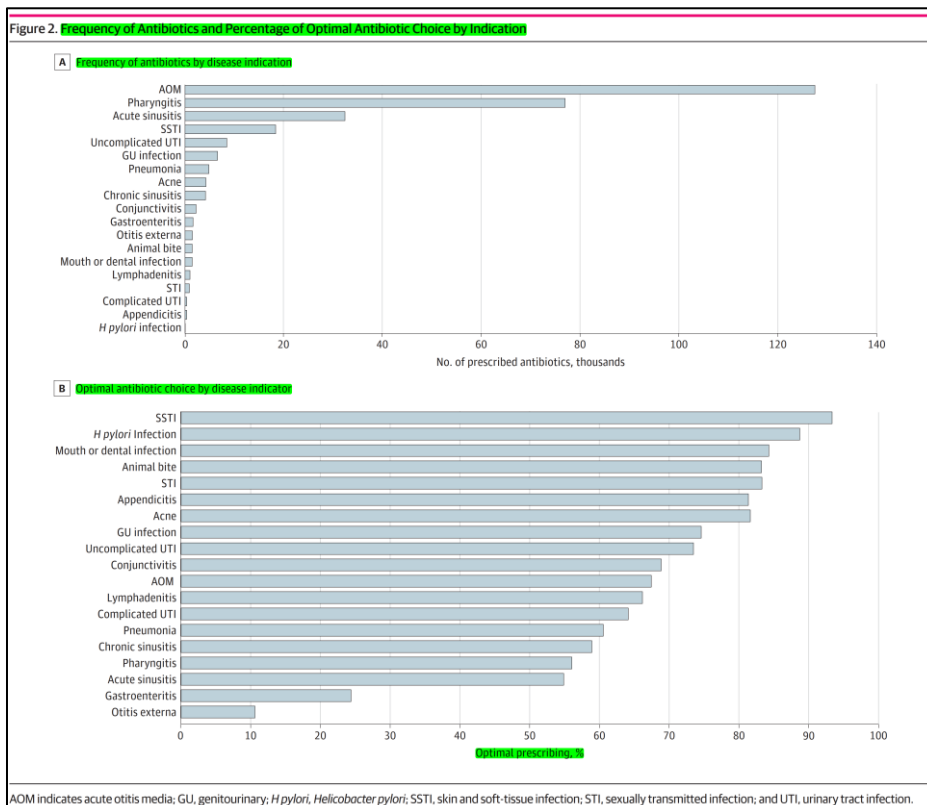
Das *Journal of the American Medical Association (JAMA)* widmet diesem Thema eine ganze Ausgabe– **alle Artikel sind frei verfügbar**

- **Deklaration im Volltext:**
World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants <https://t1p.de/k2u4x> (frei).
- **Einleitender Artikel:**
The 2024 Revision to the Declaration of Helsinki - Modern Ethics for Medical Research <https://t1p.de/2q1se> (frei). Im Literaturverzeichnis dieses Editorials finden sich alle Texte der Ausgabe.

► **US-Studie – mehr als zwei Drittel aller ambulanten Antibiotika-Verordnungen für Kinder unnötig oder ungeeignet**

Amerikaner unter 18 Jahren erhielten im Jahre 2022 im nationalen Durchschnitt 598 Antibiotika-Verordnungen pro 1.000 Personen. Die höchsten Zahlen wurden in den US-Bundesstaaten des Südostens registriert: In Tennessee (dem Bundesstaat, aus dem die Autoren der nachfolgend beschriebenen Studie kommen [Vanderbilt University Medical Center, Nashville]) waren die Raten 50% höher als der nationale Durchschnitt.

- Die Verfasser dokumentierten in ihrer Querschnittsuntersuchung über ein Jahr (2022) alle oralen Antibiotika-Verschreibungen in Tennessee (zusätzlich parenterale Ceftriaxon- und Penicillinverordnungen) bei Personen unter 20 Jahren.
- Zur besseren Beurteilung wurden **drei Stufen** gebildet und *mit den Empfehlungen der nationalen Leitlinien verglichen*. ► Stufe 1: Antibiose fast immer notwendig; ► Stufe 2: gelegentlich nötig; ► Stufe 3: fast nie indiziert.
- Bei 488.818 Arzt-Patienten-Kontakten (mittleres Alter 8.36 Jahre) wurden 506.633 Antibiotika verordnet – ► 4.2% in Stufe 1; ► 56.9% in Stufe 2 und ► 39.0% in Stufe 3.
- Als optimal klassifiziert wurden n=194.906 (38.5%) der Verordnungen bezüglich der *Wahl des Arzneimittels*, n=259.786 (51.3%) bez. der *Anwendungsdauer* und n=159.050 bez. *beider Kriterien*.
- Eine optimale Bewertung erfolgte bei *Otitis media* in 67.3% und bei *Pharyngitis* in 55.9% (den zwei häufigsten Indikationen). Bei der ambulant erworbenen Pneumonie erfolgte die *empfohlene Dauer von 5 Tagen* nur in 5.7% der Fälle.
- In den folgenden Tabellen sind wesentliche Resultate zusammengefasst



Optimal Pediatric Outpatient Antibiotic Prescribing <https://t1p.de/ac58r> (frei).

► Schwere kutane Nebenwirkungen von oralen Antibiotika

Um das **Risiko unerwünschter, kutaner Wirkungen oraler Antibiotika** zu dokumentieren, publizierten Autoren aus Toronto die Ergebnisse einer über zwanzig Jahre (2002 – 2022) durchgeführten *Fall-Kontroll-Studie bei Personen über 66 Jahren* - in der bevölkerungsreichsten Provinz Kanadas (Ontario; 15 Millionen Einwohner, 18% über 65).

- Als Fälle wurden Patienten definiert, die innerhalb von 60 Tagen nach einer *ambulant* Antibiotikaverordnung wegen **schwerer Hauterscheinungen (cADR)** eine Notfallstation aufsuchten oder stationär aufgenommen wurden. Jeder Fall wurde mit vier Kontrollen (ohne eine solche Anamnese) verglichen.
- Während der 20 Jahre erlitten 21.758 Personen (medianes Alter 75 Jahre; 64% Frauen) eine cADR – **am häufigsten waren Sulfonamide und Cephalosporine die Auslöser.**

eTable 4A. Association Between Oral Antibiotics and Serious cADRs in Non-Hospitalized Cases and Their Matched Controls

Antibiotic class	Cases N (%)	Controls N (%)	Univariate OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
Sulfonamides	1,681 (8.9)	3,984 (5.3)	3.0 (2.8 to 3.2)	2.9 (2.7 to 3.2)
Cephalosporins	4,994 (26.4)	12,278 (16.2)	2.9 (2.7 to 3.1)	2.7 (2.6 to 2.9)
Other antibiotics	1,738 (9.2)	5,035 (6.7)	2.5 (2.3 to 2.6)	2.4 (2.2 to 2.6)
Nitrofurantoin	1,873 (9.9)	6,275 (8.3)	2.1 (2.0 to 2.3)	2.2 (2.0 to 2.4)
Penicillins	4,411 (23.3)	23,352 (30.9)	1.3 (1.3 to 1.4)	1.5 (1.4 to 1.6)
Fluoroquinolones	2,424 (12.8)	12,381 (16.4)	1.4 (1.3 to 1.5)	1.3 (1.2 to 1.4)
Macrolides	1,785 (9.4)	12,317 (16.3)	1.0	1.0

Oral Antibiotics and Risk of Serious Cutaneous Adverse Drug Reactions <https://t1p.de/tdkj4> (nicht frei)

► Lieferengpässe für Arzneimittel – einige Fakten und Fiktionen



Jeden Tag kommen – überwiegend alarmistisch gefärbte – Meldungen in den Medien über Lieferengpässe für Arzneimittel. Laut WidO liegt die Verfügbarkeitsquote verordneter Arzneimitteln bei 99,9 Prozent. Dass Deutschland zu sehr am Tropf von internationalen Lieferketten hängt, wenn es um lebenswichtige Medikamente geht, ist inzwischen allgemein bekannt. Der eigentliche Grund für die Misere wird seltener analysiert – *Profitmaximierung um (fast) jeden Preis.*

Der SPIEGEL-Journalist und Kollege *Martin U. Müller* hat über die verschiedenen Konflikte zwischen den beteiligten Interessenträgern bei diesem aktuellen Thema einen lesenswerten Artikel geschrieben (<https://t1p.de/8119y> [nicht frei - Zahlschranke]).

Auszüge:

- „... die Zahl der beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldeten Lieferengpässe hat im Vergleich zum Vorjahr insgesamt abgenommen. 2023 gab es 1017 gemeldete Engpässe, Stand jetzt sei man bei rund 600, teilt die Behörde mit“;
 - „... selbst dann, wenn die Wirkstoffproduktion wieder mehr in Europa stattfinden würde, die wichtigen Vorprodukte kommen noch immer fast ausschließlich aus dem fernen Ausland, vor allem China. Eine wirkliche Unabhängigkeit ist also auch dann nicht möglich, wenn wir in Europa Wirkstoffe produzieren würden“.
- ➔ Wer sich über die aktuelle Situation auf den Seiten des *Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte* informieren will: *Lieferengpässe für Humanarzneimittel* <https://t1p.de/tv4jq>

▶ **Krankschreibung auf Wunsch per Internet?**

 CAN ANSAY

Millionär durch Krankschreibungen

Von Sebastian Balzter

04.10.2024, 18:38 Lesezeit: 9 Min.



Can Ansay verkauft massenhaft Krankschreibungen im Internet. Ärzte und Arbeitgeber versuchen ihm beizukommen. Aber er macht einfach immer weiter. Geht das mit rechten Dingen zu?

„29 Euro kostet die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU), die danach im Handumdrehen als PDF-Datei im Postfach liegt. Ein „gelber Schein“ samt Stempel und Unterschrift, einmal für den Arbeitgeber, einmal für die Kasse“. So beginnt ein Artikel von Wirtschaftsredakteur Sebastian Balzter, der am 4.10.2024 in der *Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung* erschien.

- Der Verkäufer der Bescheinigungen, der promovierte Jurist Can Ansay (47), bietet seine Dienste bereits seit 2018 an (damals kosteten die Bescheinigungen nur 9 Euro). Bisher hat es niemand geschafft, ihm das Handwerk zu legen. Seit vier Jahren, so heißt es, habe er in keinem Land länger als sechs Monate gelebt, seinen Steuerwohnsitz hat er nach Malta und Zypern verlegt („vor allem, weil ich die Sonne liebe“).
- Bereits vor fünf Jahren hat ein Spiegel-Redakteur (*Felix Keßler*) einen Selbstversuch gemacht, sich per WhatsApp für 9 Euro krankschreiben zu lassen. Es

funktionierte („Attest per WhatsApp - Blaumacher sind nicht das Problem“ <https://t1p.de/w14wf> [frei]).

- Am 5.2.2024 warnte die Ärztekammer Nordrhein vor drei Personen, die AU-Bescheinigungen unterzeichnet hatten, aber nicht als Mitglieder der ÄK geführt werden <https://t1p.de/09o7u> (frei).
- Auf dem Bewertungsportal „Trustpilot“ werden für Dr. Ansay 805 Urteile dokumentiert – 83% mit fünf Sternen (der Höchstbewertung) <https://t1p.de/8vtqf> (frei).
 - ▷ Wer den Artikel in der FAS vom 4.10. lesen möchte: „Millionär durch Krankenschreibungen“ <https://t1p.de/j9izc> (leider nicht frei - Zahlschranke).
 - ▷ Ein längeres Interview mit Ansay, in dem die Prinzipien dieses „Modells“ ersichtlich werden, erschien 2019 in der Zeit und ist frei verfügbar („Wir zeigen, dass es auch so geht“ <https://t1p.de/r588v>).

▶ **Neue Version erschienen: S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit“**

Auf den Seiten der AWMF ist vor kurzem die Version 4.1. der Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit“ publiziert worden.

<https://t1p.de/hncw5> (frei)

- ▶ **Bernd Hontschiks** letzte FR-Kolumne (4.10.2024) behandelt das Thema „echte“ und „alternative“ Nobelpreise“. Titel **„Noble Preise - es gibt sie noch, die nutzlosen Dinge“** [Anlage](#)



Am 8. Juli 2024 hat die russische Armee durch einen Raketenangriff das größte Kinderkrankenhaus der Ukraine in Kiew - Okmatdyt - zerstört. Die Klinik hatte 720 Betten, versorgte jährlich >20.000 kranke Kinder und führte mehr als 10.000 Operationen durch. 600 z.T. schwerkranke Kinder mussten auf andere Kliniken in Kiew und Umgebung, auch nach Polen und Deutschland verlegt werden.

Der Wiederaufbau des Krankenhauses, das in Teilen wieder funktionsfähig gemacht wurde, dürfte rund 19 Mio € kosten. **Wer spenden möchte:** <https://t1p.de/wosnm>

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>

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

Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

Alle 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

Frühere Benefits (ab 3-2020): <https://www.tgam.at/>

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

Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

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