


Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

► Intradermal appliziertes, steriles Wasser wirksam gegen Nierenkoliken – Märchen aus 1001 Nacht?

Best Evidence Topic reports

Best evidence topic report: can intradermal sterile water injections provide effective pain relief in patients with renal colic?

Edited by Alexander Hunt , Niall Pumfrey

Kann man bei Erwachsenen, die sich mit einer Nierenkolik in der Notaufnahme vorstellen, mit einer i.c.-Injektion von sterilem Wasser (ISWI) eine wirksame Schmerzlinderung erzielen?

Auch wenn Sie skeptisch sind oder es partout nicht glauben wollen: Mit dem Attribut „Märchen...“ würde man der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz Unrecht tun. Ich beziehe mich damit auf einen kurzen (2.5 Seiten!) systematischen Review im *Emergency Medicine Journal* (Ausgabe Februar 2025; BMJ-Group).

Das *EMJ* bezeichnet die regelmäßig publizierten, kurzen Analysen als **BET = Best Evidence Topic reports**. Jedes BET beschreibt ein klinisches Szenario und endet mit einer Schlussfolgerung. Letztere soll – auf der Grundlage der gefundenen wissenschaftlichen Belege – die Leserin oder den Leser befähigen, in einer identischen Situation angemessen zu handeln.

- Autor dieser Arbeit ist *Alexander Hunt* (Arzt im 2. Pflichtjahr der im UK für alle Ärzte obligaten, allgemeinen Weiterbildung); Evidenzprüfer ist *Niall Pumfrey* (Junior Clinical Fellow) - beide aus dem *Manchester Royal Infirmary*.
- In die Studie eingeflossen sind *eine* prospektive Kohortenstudie und *fünf* RCTs: Die Autorenteams arbeiten in der Türkei (n=3), im Iran (n=2), im Libanon und in China (jeweils n=1). Die erste Arbeit erschien 2004, die neueste 2024.
- Vergleichssubstanzen: Diclofenac, Morphin, Tramadol, Kochsalz bzw. Paracetamol.
- Die Suchstrategie des Verfassers umfasste die Datenbanken *Medline*, *Embase*, *Cochrane* und *Google Scholar* ohne sprachliche Einschränkungen. *Für Skeptiker beschreibe ich etwas genauer, wie bei der Suche vorgegangen wurde*:
 - ▷ Der Autor fand 205 Veröffentlichungen - 50 Duplikate wurden ausgeschlossen, ebenso weitere 134 Texte, die bei näherer Betrachtung am Thema vorbei gingen. 21 Veröffentlichungen wurden vollständig analysiert – neun waren Leserbriefe, zwei Übersichten und je eines ein Konferenz-Abstract bzw. ein Einzelfall-Bericht. Weitere Ausschlüsse betrafen sieben Publikationen, welche der Fragestellung nicht genau genug entsprachen.
- Der exemplarische Fallbericht beschreibt einen sonst gesunden 32-jährigen Mann mit heftigen Flankenschmerzen, die in die Leiste ausstrahlen. Das in der Notaufnahme angefertigte CT zeigte einen 5 mm großen Stein am Eintritt eines Ureters in die Blase.
- Die in der folgenden Tabelle **aufgeführten Studien** zeigen auch ihre methodischen Schwächen. Die *Änderung der Schmerzstärke ist primärer Endpunkt*.

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

Table 1 - Relevant papers

Author, date and country	Patient group	Study type level of evidence	Outcomes	Key results	Study weaknesses
Az <i>et al</i> , 2024, Turkey ¹	ED patients with renal colic and radiologically proven (Computerised Tomography of the Kidneys, Ureters and Bladder) renal tract stones n=320 Mean age: 45 (range 18–60) Male: 48% Four intervention groups (A–D): A=0.5 mL × 4 intradermal sterile water injection (ISWI) (n=80) B=75 mg diclofenac intramuscularly (n=80) C=1 g paracetamol intravenously (n=80) D=100 mg tramadol intramuscularly (n=80)	Randomised controlled trial (RCT) Level 2	Subjective pain improvement, Visual Analogue Scale (VAS) Use of rescue analgesia Adverse effects (not predefined)	No difference at baseline. At 15 min, significant difference (p<0.001) in VAS score: 1.25 in ISWI group (A) compared with 3.45 (B), 5.03 (C) and 3.49 (D). No difference in 1 hour. No significant difference in use of rescue analgesia compared with (B) and (C). No adverse effects in ISWI group.	Excluded patients>60 or with diabetes, renal impairment, pregnant or moderate-severe hydronephrosis. Short period (60 min) of follow-up only; unclear if ISWI provides sustained pain relief comparable to comparison groups. Recruitment of patients after radiology limits applicability of findings to emergency care where analgesia is typically prescribed earlier when renal colic is suspected.
Aykanat <i>et al</i> , 2023, Turkey ²	ED patients with suspected severe renal colic (NRS>6) n=85 Mean age: 39 (range 18–65) Male: 91% Three intervention groups: (A–C): A=0.5 mL ISWI × 4+diclofenac 75 mg intramuscularly (n=29) B=75 mg diclofenac intramuscularly alone (n=28) C=75 mg diclofenac intramuscularly+1 mcg/kg fentanyl intravenously (n=28)	RCT Level 2	Subjective pain improvement, Numerical Rating Score (NRS) Use of rescue analgesia Adverse effects (not predefined)	Significant (p<0.001) reduction in pain intensity at 1, 5, 30, 60 min for (A) versus (B) and (C). No difference at 120 min. No significant difference in use of rescue analgesia. Less patients reported adverse effects n=2 than (B) n=8 and (C) n=9, but no statistical analysis.	Excluded patients>65, patients with milder pain (NRS<7). No consecutive recruitment, patients only recruited when researchers on shift. Limited information provided about treatment protocol: unclear which side injection given on. Women were under-represented (9%) in the trial sample, even considering higher incidence of renal colic in men.
Moussa <i>et al</i> , 2021, Lebanon ³	ED patients with renal colic and radiologically proven (CTKUB) renal tract stones, n=150 Mean age: 38 (range 18–55) Male: 78% Three intervention groups: (A–C): A=0.5 mL ISWI (n=50) B=75 mg diclofenac intramuscularly (n=50) C=0.5 mL isotonic saline injection (n=50)	RCT Level 2	Subjective pain improvement (VAS) Use of rescue analgesia Adverse effects (not predefined)	No difference in VAS at baseline. ISWI as effective in relieving pain at 30 min as diclofenac and better than isotonic saline. 1.98 (A) vs 1.88 (B) vs 6.5 (C). Comparable effect to diclofenac at 45 and 60 min. ISWI had comparable use to diclofenac. Both ISWI and diclofenac had lower need for rescue analgesia than (C), p<0.0001. 6% had adverse event to ISWI compared with 32% for (B).	Short follow-up time (60 min). Control group significantly younger than others. Limited information provided about treatment protocol: unclear how many ISWI injections were given.
Mozafari <i>et al</i> , 2020, Iran ⁴	ED patients with renal colic and radiologically proven renal tract stones, n=94 Mean age: 35 (range 18–55) Male: 93% Two intervention groups (A, B): A=0.5 mL × 4 ISWI (n=46) B=morphine 0.1 mg/kg intravenously (n=48)	RCT Level 2	Subjective pain improvement (VAS) Use of rescue analgesia Adverse effects (not predefined)	Lower starting VAS in (A) group. At 15 min, VAS in (A) 4.85 vs 6.2 in (B), p=0.02. From 30 min onwards, morphine group had significantly lower VAS scores. Three in (A), one in (B). No statistical analysis. 22% in (A), 10% in (B), p<0.001	Excluded age>55 and weight>100 kg. Significantly lower baseline VAS in (B), p<0.001. Recruitment of patients after radiology limits applicability of findings to emergency care where analgesia is typically prescribed earlier when renal colic is suspected. Women under-represented (7%) in trial sample even considering higher incidence of renal colic in men.
Aras <i>et al</i> , 2017, Turkey ⁵	ED patients with renal colic and radiologically proven (Ultrasound+X-Ray of the Kidneys, Ureters and Bladder ± CTKUB) renal tract stones, n=31 Mean age: 37 Male: 58% One intervention: 0.1 mL × 4 ISWI	Prospective cohort study Level 4	Subjective pain improvement (VAS) Adverse effects (not predefined)	ISWI significantly reduced VAS from 9.25 to 0.75 (p<0.001) in the first minute post-injection. This analgesic effect remained for the full 120 min of follow-up. Four patients declined further ISWI due to the pain experienced during application.	Some patients also received non-steroidal anti-inflammatory drugs, no subgroup analysis. 20% received rescue analgesia, does not state which or whether these patients were excluded. Limited information about recruitment: unclear if patients were given treatment based on suspicion or radiological confirmation of stone. Lack of control group. No clarification of imaging modality used to confirm stone.
Xue <i>et al</i> , 2013, China ⁶	Pregnant ED patients with renal colic and radiologically proven (USS) renal tract stones, n=45 Mean age: 27 Male: 0% Two intervention groups (A, B): A=0.5 mL ISWI × 1 (n=21) B=1 g paracetamol orally (n=24)	RCT Level 2	Subjective pain improvement (VAS) Use of rescue analgesia Adverse effects (not predefined)	No significant difference in baseline VAS. At 15 min, VAS 3.1 in (A) and 6.9 in (B), p<0.001. Significantly lower VAS in (A) across whole 60 min. 5% in (A), 33% in (B). None in either group.	Selection bias: patients required USS confirmation of stone to be included, may have excluded patients with smaller or more distal stones. No blinding. Small sample size (n=45). Only pregnant women studies limits generalisability. Short follow-up (60 min). No comparison to typical first-line analgesia for renal colic.
Ahmadnia <i>et al</i> , 2004, Iran ⁷	ED patients with renal colic and radiologically proven (USS+IVP) renal tract stones, n=100 Mean age: 35 (range 21–55) Male: 72% Two intervention groups (A, B): A=0.5 mL ISWI × 1 (n=50) B=0.5 mL normal saline × 1 (n=50)	RCT Level 2	Subjective pain improvement (VAS) Use of rescue analgesia Adverse effects (not predefined)	No significant difference in baseline VAS. At 30 min, VAS in (A) 0.76, 6.7 in (B), p<0.0001. VAS in (A) remained significantly lower at 90 min. 6% in (A), 34% in (B), p<0.0001. None in either group.	Narrow range of ages. Patients treated after imaging confirmation and not on suspicion of stones. No comparison to typical first-line analgesia for renal colic

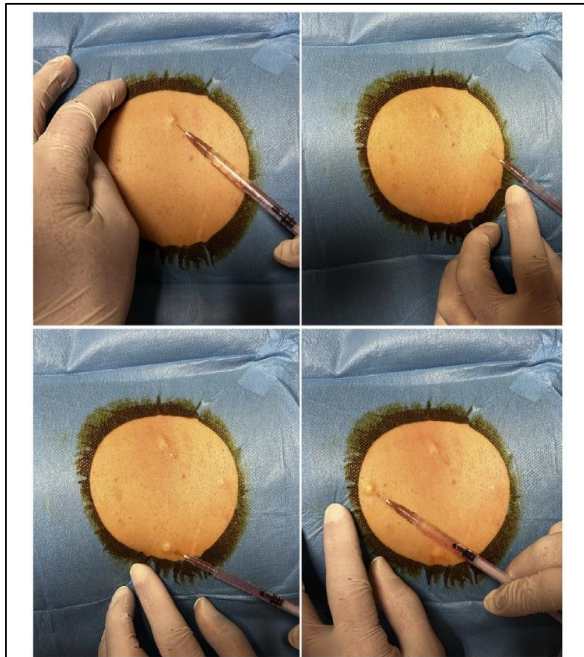


Figure 1. Administration of intradermal sterile water at four points around the most painful flank area for pain relief in renal colic in a 22-year-old male patient.

Wie man i.c.-Injektion technisch anwendet, zeigt die nebenstehende Abbildung

<https://t1p.de/jpirid> (nicht frei)

- Bereits 2022 erschien im *Scandinavian Journal of Urology* eine Metaanalyse, die sechs RCTs mit n=894 Patienten einschloss (darunter eine Arbeit aus Dänemark von 1981, die - aus unklaren Gründen - in der EMJ-Publikation nicht enthalten war). Die Autoren kommen praktisch zum gleichen Ergebnis wie die EMJ-Studie, äußern jedoch *leise Kritik aufgrund der niedrigen Patientenzahl und hoher Heterogenität* <https://t1p.de/7fdiu> (frei).
- Ein Blick in die internationale Literatur offenbart zahlreiche, allerdings ältere Untersuchungen, die zeigen, dass **ISWI auch bei Rücken- Nacken- oder Schulterschmerzen (insbesondere bei Schwangeren) wirkt**.
- Als Pathomechanismen werden u.a. diskutiert: ▷ Ausschüttung endogener Opiode durch die Hautreizung; ▷ Überlagerung der viszeralen Schmerzempfindung durch den akuten Injektionschmerz; ▷ Stimulation von Rezeptoren in der Haut mit Reiz-Weiterleitung ins Rückenmark und Gehirn - *der Wirkungsmechanismus bleibt aber letztlich unklar*.

Quintessenz:

- Folgt man allen diesen Daten, **führt intradermal verabreichtes, steriles Wasser bei erwachsenen Patienten mit Harnleiterstein zu einer schnellen und effektiven Schmerzlinderung** – besonders in den ersten 15 – 30 Minuten.
- Die Wirksamkeit scheint vergleichbar mit Diclofenac, Paracetamol oder Opiaten. Wasser hat aber deutlich weniger Nebenwirkungen und ist vielleicht eine *überlegenswerte Behandlungsalternative bei unterschiedlichen Schmerzsituationen*.

Best evidence topic report: can intradermal sterile water injections provide effective pain relief in patients with renal colic? <https://emj.bmj.com/content/42/2/138.long>

Die Publikation selbst ist zwar *nicht frei*, der Text auf dem **Portal für alle BETs** aber sehr wohl – Sie finden ihn unter <https://bestbets.org/bets/bet.php?id=3379>

► Zu Fuß gehen oder radeln – was ist gesünder?

Sowohl Fahrradfahren als auch Gehen sind bekanntlich der Gesundheit förderlich – welche von beiden Bewegungsarten aber ist (*körperlich wie auch mental*) gesünder?

- Zur Beantwortung dieser Frage (zu der es bislang nur limitierte Daten gibt) rekrutierte die *Scottish Longitudinal Study* aus der Zensus-Datenbank des Landes 82.297 Personen im Alter von 16-74 Jahren.
- Die Nachverfolgung (mit Daten zu Todesfällen, Krankenhausaufnahmen und Arzneimittelverordnungen) ging von 2001 bis 2018. Menschen, die täglich *mit dem Fahrrad oder als Fußgänger zu ihrem Arbeitsplatz fahren/gingen* wurden **mit Personen verglichen, die weder mit dem Fahrrad noch mit ihren Beinen ihren Arbeitsplatz erreichten** (kontrolliert wurden Vorerkrankungen und demographische bzw. ökonomische Charakteristika).

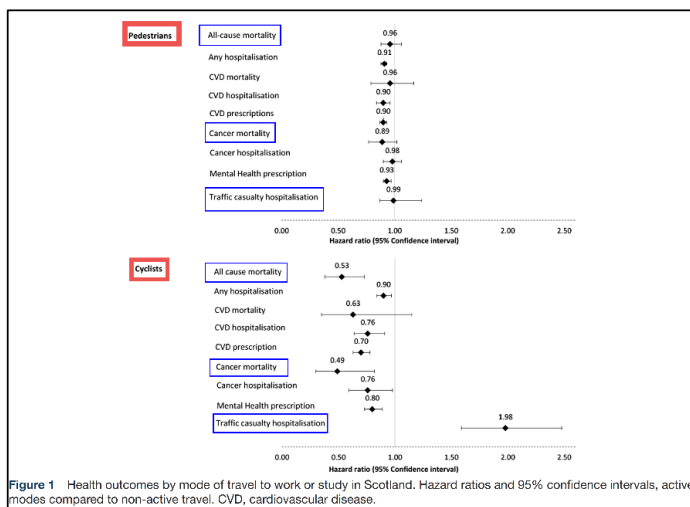


Figure 1 Health outcomes by mode of travel to work or study in Scotland. Hazard ratios and 95% confidence intervals, active modes compared to non-active travel. CVD, cardiovascular disease.

Die wichtigsten Ergebnisse sehen Sie in der folgenden Tabelle:

Menschen, die täglich mit dem Fahrrad zu ihrem Arbeitsplatz gelangen, leben zwar noch gesünder als Fußgänger – aber auf Kosten eines deutlich höheren Unfallrisikos.

Health benefits of pedestrian and cyclist commuting: evidence from the Scottish Longitudinal Study <https://t1p.de/8774n> (frei)

► Altersmedizin einmal anders

Im hausärztlichen Alltag spielen ja bekannterweise nicht nur Zahlen und Daten über rein medizinische Aspekte eine Rolle, sondern auch vorgebrachte Sorgen und Befürchtungen von (insbesondere alten) Patientinnen und Patienten. In diesem Zusammenhang eine aktuelle Meldung der Stiftung Warentest:

- Der 90 Jahre alte, langjährige Richter *Friedrich Heither* hat vor Gericht erstritten, dass er das Recht auf eine Kreditkarte hat. Das Landgericht Kassel urteilte, dass ihm eine Bank bei ausreichender Bonität die Kreditkarte nicht einfach verweigern darf. Heither bekommt nicht nur eine Kreditkarte, sondern auch 3.000 Euro Entschädigung.
- Die Stiftung schreibt wörtlich: „*Es ist das erste Urteil zu diesem Thema. Potenziell betroffen sind viele Menschen. Denn es ist ein offenes Geheimnis, dass viele Banken ungern Kreditkarten an alte Menschen ausgeben ... die Banken scheuen den Aufwand, den es bedeutet, nach dem Tod die ausstehenden Zahlungen von den Erben einzutreiben. Genau das aber ist Altersdiskriminierung und damit rechtlich nicht zulässig*“.

Auch 90-Jährige haben das Recht auf eine Kreditkarte <https://t1p.de/wzsub> (frei)

► Unser südlicher Nachbar – Fax ade



„Das Fax ist im österreichischen Gesundheitswesen seit Anfang Jänner 2025 eigentlich verboten“. So beginnt ein Artikel aus der österreichischen Tageszeitung *Der Standard*.

Und weiter: „Doch offenbar wurde man in manchen Bereichen vom Verbot kalt erwischt. Das ist umso erstaunlicher, als das Faxverbot eigentlich schon früher in Kraft hätte treten sollen. Wegen der Coronapandemie wurde aber eine Ausnahme gemacht, weil viele Bundesländer die Seuchendaten nicht anders nach Wien schicken konnten als mit dem Fax. Seit 1. Jänner 2025 ist allerdings Schluss: Das Gesundheitstelematikgesetz besagt, dass keine Gesundheitsdaten oder genetische Daten mehr per Fax übermittelt werden dürfen. Ausnahmen? Keine. ...

Wie DER STANDARD erfuhr, gibt es (neben der Steiermark, MMK) auch in Niederösterreich erhebliche Kommunikationsprobleme. So soll es vorkommen, dass **USB-Sticks mit Befunden oder CD-ROMs mit Röntgenbildern mit dem Taxi oder dem Rettungsdienst zwischen Wien und Niederösterreich hin und her transportiert werden**, weil die Kommunikationskanäle inkompatibel sind“.

Wer den ganzen Artikel lesen will (der – Pardon - m.E. klingt, als wenn er aus Deutschland käme... 😊): <https://t1p.de/n721n> (frei).

Im Vertrauen: Ich persönlich bitte Kolleginnen und Kollegen immer darum, Arztbriefe an mich *per Fax* zu schicken. **Die kommen aber nicht als Papierfax an, sondern als e-mail samt Anhang**, der dann unmittelbar auf dem PC gespeichert werden kann. → Einfach in die Einstellungen des Routers gehen... (der Rat des Fritzbox-Herstellers AVM: <https://t1p.de/n76sp> [frei]).

► Was kostet das letzte Lebensjahr?

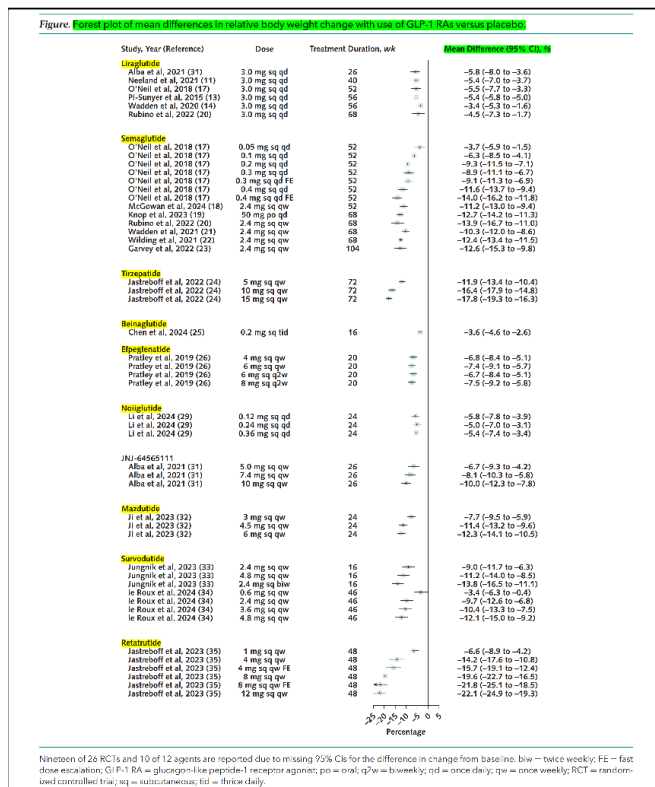
Daten über das Lebensende gibt es zur Genüge, exakte Zahlen über die *Kosten des letzten Lebensjahres* sind allerdings Mangelware. Der *Nuffield Trust*, eine industrieunabhängige Stiftung im UK möchte Chancengleichheit und Gleichbehandlung im Gesundheitssystem durch evidenzbasierte Forschung verbessern.

- Auf der Grundlage diverser Datenquellen hat der Trust für das Jahr 2022 geschätzt, dass sich die öffentlichen Ausgaben für das letzte Lebensjahr auf 22 Milliarden Pfund Sterling belaufen (£33,960 pro Person), davon rund **53% (£12 Milliarden) für die Gesundheitsversorgung**. Von dieser Summe gingen 81% in den Krankenhausesektor (56% davon in die Notfallversorgung) - das wären nicht weniger als **10% aller Krankenhauskosten im UK**.
- Aus meiner Sicht sprechen die Zahlen für eine noch viel stärkere Stellung der Hausarztmedizin!!
- Details der Analyse: *Public expenditure in the last year of life* <https://t1p.de/v0rga> (frei)

► GLP-1-Rezeptoragonisten - Anteil am wachsenden Kuchen

Seit die ursprünglich als Antidiabetika entwickelten GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA) das *Gewicht auch adipöser Personen ohne Diabetes* deutlich senken können, hat sich international ein regelrechter **Wettlauf um neue Substanzen** eingestellt. Vielleicht ist darunter ja ein Mittel, das weniger (insbesondere gastro-intestinale) unerwünschte Wirkungen hat als die bereits vermarkteten Konkurrenten. Von den durchaus schweren Nebenwirkungen, wie z.B. dem möglichen Suizidrisiko oder der anterioren ischämischen Optikusneuropathie ganz zu schweigen - aktuelle Studie in *JAMA Ophthalmology* <https://t1p.de/adqbb> [nicht frei].

Man darf aber vielleicht vermuten, dass es bei dieser Entwicklung primär um den **Anteil am immer größer werdenden, finanziellen Kuchen** geht.



Die nebenstehende Darstellung aus einer **aktuellen Metaanalyse von RCTs** aus den *Annals of Internal Medicine* zeigt die bisherige **Datenlage Efficacy and Safety of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists for Weight Loss Among Adults Without Diabetes** <https://t1p.de/wtg1u> [nicht frei]

Expected dates of US approval for new types of weight-loss drugs heading to market.

Estimated year	Drug	Company	Description
2026	Orforglipron	Eli Lilly	An oral, small-molecule drug that activates the glucagon-like peptide 1 (GLP-1) receptor.
2026	CagriSema	Novo Nordisk	An injectable that activates the amylin and GLP-1 receptors.
2027	Survodutide	Boehringer Ingelheim	An injectable that activates the glucagon and GLP-1 receptors.
2027	Retatrutide	Eli Lilly	An injectable that activates GLP-1, gastric inhibitory polypeptide (GIP) and glucagon receptors.
2028 and beyond	MarTide	Amgen	An injectable that activates the GLP-1 receptor while blocking GIP signalling.
2028 and beyond	Bimagrumab	Eli Lilly	An injectable that blocks receptors involved in myostatin signalling.
2028 and beyond	Monlunabant	Novo Nordisk	An oral drug that inhibits the CB1 cannabinoid receptor.

Und diese Tabelle (links) aus *Nature* zeigt, was in den nächsten Jahren zu erwarten ist **Dozens of new obesity drugs are coming: these are the ones to watch** <https://t1p.de/ims10> (frei)

► Gefährliche „Paracetamol Challenge“

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat in einer *Drug Safety Mail* auf die Gefahren einer sogenannten „Paracetamol Challenge“ hingewiesen.


Unter diesem Begriff versteht man, dass Jugendliche **bewusst Mengen an Paracetamol einnehmen, die über der zugelassenen Dosierung liegen (max. 4x1g/d). Das wahnwitzige Ziel dieser Aktivitäten: Eine möglichst hohe Dosis zu überleben und davon in den sog. sozialen Medien zu berichten.**

Die AkdÄ schreibt: „Paracetamol ist in einer Gesamtwirkstoffmenge von bis zu 10 g je Packung zur symptomatischen Behandlung leichter bis mäßig starker Schmerzen wie Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, Regelschmerzen und/oder von Fieber ohne Rezept erhältlich. Eine missbräuchliche Einnahme von hohen Dosen von Paracetamol, die die zugelassene Dosierung um ein Vielfaches überschreiten (schon länger als Suizidmethode jüngerer Menschen besonders im UK bekannt, MMK) kann zu **schwerwiegenden, z.T. tödlichen Leberschäden** führen.

Der Verlauf einer Paracetamol-Vergiftung ist häufig schleichend, mit unspezifischen Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen im Oberbauch. **Patienten können in den ersten 24–48 Stunden symptomfrei sein. Bereits beim hinreichenden Verdacht auf eine Paracetamol-Überdosierung ist die intravenöse Gabe von Acetylcystein indiziert** (und damit die stationäre Einweisung!).

AkdÄ Drug Safety Mail 2025-07 <https://t1p.de/jyt36> (frei)

► Pharmafirmen bezahlen jetzt auch **Manuskriptformatierungen**

<h3>Altersadaptierte Diagnose und Versorgung der Neurofibromatose Typ 1</h3> <p>Said Farschtschi, Pia Vaassen, Lan Kluwe, Tabea Hartung, Johannes Salamon, Thorsten Rosenbaum</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Hintergrund: Die Neurofibromatose Typ 1 (NF1) ist eine seltene genetisch bedingte Multisystem-Erkrankung mit einer Inzidenz in Deutschland von circa 1 von 3 000 Neugeborenen; die zu einer erhöhten Tumorphäseprävalenz führt. Aufgrund der sehr komplexen klinischen Ausprägungen sind die Diagnose und Versorgung ohne spezielle Kenntnisse und Erfahrungen herausfordernd. Zudem fehlen nationale Leitlinien beziehungsweise Empfehlungen, was ein standardisiertes und fachgerechtes Vorgehen weiter erschwert.</p> <p>Methode: Die Vorschläge in diesem Beitrag basieren auf einer selektiven Literaturrecherche, internationalen Leitlinien und langjährigen eigenen klinischen Erfahrungen.</p> <p>Ergebnisse: Es wird ein Vorschlag für eine altersadaptierte Diagnose und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit NF1 unterbreitet, der sich in vier Bereiche gliedert. Es werden jährliche bis zweijährliche Untersuchungsintervalle vorgeschlagen, die sich am typischen Krankheitsverlauf und an administrativen Aspekten wie der Versorgung bei Kinderärztinnen und -ärzten orientieren. Eine Ganzkörper-Magnetresonanztomografie (MRT) ist nach der Diagnose sinnvoll. Weiterführend können daneben lokale MRTs und Sonografien vorgenommen werden. Das NF1-Gen sollte sequenziert werden, um die ursächliche pathogene Variante zu bestimmen und die genetische Beratung zu unterstützen. Bei fehlendem Nachweis einer pathogenen Variante sollte zusätzlich das NF1-Gen im Tumor-</p>	<p>Finanzierung</p> <p>Einige Formulierungen und die Formatierung des Manuskripts wurden von der co.faktor GmbH (Berlin, Deutschland) unterstützt. Die entstandenen Kosten wurden durch Alexion Pharma Germany GmbH (München, Deutschland) finanziert. Der Inhalt des Manuskripts ist ausschließlich von den Autorinnen und Autoren erstellt. Die Revision inklusive der Formulierung und Formatierung wurde ausschließlich von den Autorinnen und Autoren selbst erarbeitet. Die Autorinnen und Autoren haben in diesem Zusammenhang keine Honorare, weder direkt noch indirekt, erhalten.</p>
	

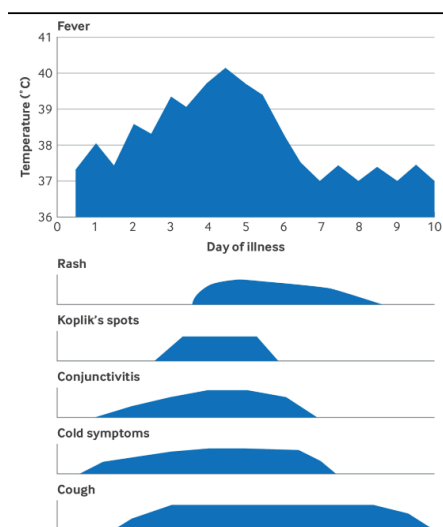
Dass Autoren wissenschaftlicher Publikationen in Bezug auf Pharmaunternehmen nicht selten finanzielle Interessenkonflikte haben, ist nicht neu.

Dass **Firmen jetzt auch noch „einige Formulierungen“ und Manuskriptformatierungen für die Verfasser bezahlen, ist eine doch recht eigentümliche Innovation ...** <https://t1p.de/4uudt> (frei).

► Kleine Gedächtnisauffrischung: Masern

Das *BMJ* bringt unter der Rubrik *Practice Pointer* einen lesenswerten Text zum Thema **Masern**, der sich – besonders *visuell* - gut zur Wissens-Auffrischung eignet.

- Die durch Tröpfchen übertragbare, meldepflichtige Infektionskrankheit ist mit einer **Basis-Reproduktionszahl (R0)** zwischen 12 und 18 (*eine infizierte Person steckt durchschnittlich 12-18 andere, nichtimmune Personen an*) **hochinfektiös - ca. zehn Mal höher als bei Covid-19!** Abgesehen von den Risiken für Immunsupprimierte und Schwangere: Wesentlicher Grund für tödliche Verläufe ist, dass **Masernviren eine vorübergehende Schwächung des Immunsystems induzieren, die auch bei sonst Gesunden Monate bis Jahre anhalten kann.**
- Komplikationen** erleiden überwiegend Säuglinge (Frühe K: Otitis media, Pneumonie, Durchfälle, Fieberkrämpfe. Späte K: Enzephalitis (1-2‰) und die i.d.R. tödliche *subakute, sklerosierende Panenzephalitis SSPE* (Kinder <5 Jahren 0.064% - laut RKI bis zu 0.17%). **Fallsterblichkeit:** 0.1% in Ländern mit hohem, bis zu 15% mit niedrigem Einkommen.
- Von 2000-2020 hat die **Masernimpfung** weltweit (geschätzt) 57 Millionen Todesfälle verhindert. Während der Pandemie haben allein in Europa ca. 1.2 Millionen Kinder keine reguläre Masernimpfung erhalten, was zu einem **Anstieg der Erkrankungsfälle um den Faktor 30** führte (2022: n=941 Fälle; 2023: n=30.000).
- Die **Hauptsymptome sind Fieber, Husten, Schnupfen und Konjunktivitis**. Die folgenden Bilder zeigen die Ihnen allen bekannten **Hauptbefunde - der makulopapulöse Ausschlag** (*wenn Sie den sehen, fragen Sie bitte gleich nach dem Impfstatus 🙌*) und die **Koplikflecken an der Mundschleimhaut:**



Und die nebenstehende Abbildung demonstriert den **klinischen Verlauf in der Zeitachse**.

Wer mehr als die oben nur rudimentär zusammengefassten Daten wissen möchte:

RKI-Ratgeber Masern (11-2024)
unter <https://t1p.de/envda> (frei)

How to recognise and manage measles
<https://t1p.de/i7dkp> (nicht frei)

Fig 1 | Clinical course in measles (adapted from WHO *Manual for the laboratory diagnosis of measles and rubella virus infection*¹³)

(Fast) am Ende dieses Benefits noch schnell Hinweise auf aktuelle Übersichten:

► Diagnose und Therapie der chronischen Rhinosinuitis

Die chronische Rhinosinuitis (CRS) ist definiert als symptomatische Entzündung der Schleimhäute von Nase und Nasennebenhöhlen, die mindestens drei Monate anhält. Symptome sind meist Druckgefühl in der Stirn oder hinter dem Kiefer, Kopfschmerzen insbesondere beim Vorbeugen und eingeschränkter Geruchssinn.

- Trotz der Existenz diverser **diagnostischer Methoden** (angefangen vom Klopfest über Nasenspiegelung, Ultraschall, Endoskopie bis hin zum CT), fehlen in vielen Studien Angaben *einer beweisenden Diagnostik*, so dass die Prävalenzschätzungen ungenau bleiben: Sie reichen von 2% - 15%. Betroffen sind oft Erwachsene in mittlerem Alter, Frauen etwas häufiger als Männer. *Oft bestehen gleichzeitig Asthma bronchiale, COPD und obstruktive Schlaf-Apnoe bzw. eine Überempfindlichkeit gegenüber ASS.*
- Obwohl die CRS häufig lediglich als lästige Alltagserscheinung bezeichnet wird, kann sie zu Schlafproblemen, Erschöpfungszuständen und Depressionen führen.
- In Kanada, dem Land der Autoren der u.g. Übersicht, sind Betroffene im Durchschnitt fast 21 Tage lang **krankgeschrieben**, was zu erheblichen ökonomischen Auswirkungen führt. Im Gesundheitsreport der TK (2024) werden für Krankheiten des Atmungssystems 5.9 Tage für Männer und 6.2 Tage für Frauen dokumentiert.
- Die **konservative Standardtherapie** sehen Sie in der folgenden Tabelle (NB: laut der AWMF-Leitlinie [2017] gibt es noch keine Evidenz für eine Empfehlung pro oder kontra Phytotherapie).
- *Die u.g. Empfehlung für eine kurzfristige Antibiotikatherapie bei akuter Exazerbation habe ich gestrichen, weil es dafür bislang keine zweifelsfreien wissenschaftlichen Belege gibt. Wer sich trotzdem für eine Antibiose entscheidet, sollte aus meiner Sicht **im hausärztlichen Bereich statt Amoxicillin/Clavulansäure eher einem Makrolid**, wie z.B. Clarithromycin oder Azithromycin **den Vorzug geben** (The role of macrolides in chronic rhinosinusitis and nasal polyps <https://t1p.de/9ip82> [nicht frei]).*

Treatment	Example agent	Common dosing regimen
Topical saline irrigation	Commercially available sinus rinse or saline mist	1-2 times daily
Topical steroid spray	Mometasone furoate, fluticasone furoate	2 sprays to both nostrils daily for minimum 8 wk
Oral steroids for nasal polyps	Prednisone	30 mg/d for 7 d
Oral antibiotics for acute flares	Amoxicillin-clavulanate	875 mg twice daily for 10 d

Diagnosis and management of chronic rhinosinusitis <https://t1p.de/5twei> (frei)

► Elektronische Zigaretten helfen beim Rauchentzug

Autoren aus dem UK, den USA, Australien und Neuseeland haben einen neuen *Cochrane Review* zur Frage publiziert, **ob elektronische Zigaretten beim Rauchentzug helfen können**. Kurze Antwort: ja, das können sie.

- Von den 90 eingeschlossenen Studien mit insgesamt 29.044 Teilnehmern (49 RCTs) wurden zehn mit dem Attribut *low risk of bias*, 61 mit *high risk* und die verbliebenen mit *unklarem Risiko* eingestuft.
- Mit elektronischen Zigaretten konnte ein deutlicher Therapieerfolg erzielt werden: Die Entzugsraten waren im Vergleich zum konventionellen Nikotin-Ersatz signifikant besser (RR 1.59, 95% KI 1.30 - 1.93).
- Der Text mit einem Umfang von *lediglich 359 Seiten* 😊 ist frei verfügbar *Electronic cigarettes for smoking cessation* <https://t1p.de/3zh0m> (frei)

Die Beiträge der anderen Kollegen

▶ Günther Egidi **Anlage**

- ▷ Jetzt dürfen wir doch unseren Patient*innen Spritzen gegen die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz geben
- ▷ Sollen wir doch nach einem Vorhofflimmern suchen? (aus dem arznei-telegramm <https://www.arznei-telegramm.de/01index.php3> zur Empfehlung der ESC)
- ▷ Und ewig grüßt das Murmeltier – die elektronische Patient*innen-Akte (ePA)

▶ Bernd Hontschik **Anlage**

- ▷ „Bitte abmelden“ – elektronische Patientenakte

▶ Florian Stigler (Golden Nugget 10) **Anlage**

- ▷ Wie schluckt man Tabletten „richtig“?
- ▷ Neues Journal: "The Lancet Primary Care"

... zum Thema ePA noch der ...

▶ **Spruch der Woche**



„Würde ich noch in Deutschland leben, würde ich mich persönlich aktuell gegen die ePA aussprechen und werde das auch meiner Familie vorerst empfehlen. Gesundheitsdaten, und damit auch das ärztliche Geheimnis sind heilig & hochsensibel. Man sollte das Vertrauen darin nicht verspielen. Sowohl unerlaubter Zugriff von außen, aber auch missbräuchlicher legaler Zugriff durch Anbieter oder Dritte darf niemals passieren, gerade in unberechenbaren Zeiten wie diesen. Und ja, ich weiß selbst aus meiner klinischen Zeit, wie desaströs das Teilen von Informationen ist.“

Isabella Eckerle, Professorin für Virologie, Ko-Leiterin des Zentrums für Neuartige Viruserkrankungen, Universitätskliniken Genf.

<https://t1p.de/b3mtt> („frei“ auf **X** [das ich übrigens zugunsten von Bluesky <https://bsky.app/> verlassen habe])

NB: Der bundesweite Rollout der elektronischen Patientenakte ist vor wenigen Tagen *auf Frühjahr 2026 verschoben* worden.

➔ An dieser Stelle nochmals meinen Dank an (die immer im Hintergrund tätigen) *Hanna Kaduszkiewicz* und *Josef Pömsl* für ihr unermüdliches Korrekturlesen.

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>

a.o. 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: <https://family-medicine.org/de/mmk-benefits/>

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).

Jetzt dürfen wir doch unseren Patient*innen Spritzen gegen die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz geben

In meinem Benefit-Beitrag vom März letzten Jahres („Die Spritze gegen das Vergessen“) hatte ich einen syst. Review vorgestellt, in dem der gegen Amyloid-Ab-lagerungen im Gehirn wirksame monoklonale Antikörper Lecanemab untersucht wurde: die Substanz hat zwar eine statistisch signifikante Wirksamkeit – aber der Effekt ist klinisch völlig irrelevant. Zudem verzehnfacht Lecanemab die Wahrscheinlichkeit von Hirnödemen (number needed to harm 9) und erhöht in relevantem Ausmaß das Risiko von Hirnblutungen (number needed to harm 13). In die Benefit-Aussendung vom Dezember 2024 war auszugsweise ein „Golden Nugget“ des Grazer Kollegen Florian Stigler hineinkopiert, in dem er sich ebenfalls kritisch mit der Entscheidung der EMA auseinandersetzte. Florian ist möglicherweise zu höflich, einen böartigen Gedanken wie meinen zu äußern: der Verdacht liegt doch sehr nahe, dass die Revisions-Entscheidung der EMA (nach anfänglicher Ablehnung) wesentlich von anderen als medizinischen Argumenten getriggert worden sein könnte...

Im allgemeinmedizinischen Listserver wies der kluge Hallenser Hausarzt Stefan Ladders auf eine der – im von mir besprochenen syst. Review enthaltenen - Studien zu Lecanemab hin. Ich habe seine Ausführungen mit seiner Genehmigung hier im Wesentlichen in meinen Beitrag hineinkopiert. In der Zwischenzeit ließ die europäische Zulassungsbehörde EMA nach anfänglich negativer Entscheidung die Substanz doch für den europäischen Markt zu.

In der Studie CLARITY-AD (<https://tinyurl.com/e9b25cfs>) bekamen knapp 1.800 Teilnehmende Lecanemab oder Placebo. Untersucht wurde ein Effekt auf den CDR-SB-Score (0-18 Punkte, ein höherer Score zeigt eine stärkere Beeinträchtigung an). Nach 18 Monaten fand man einen statistisch signifikanten Unterschied von 0,45 Punkten zugunsten von Lecanemab (im von mir letztes Jahr besprochenen syst. Review (<https://tinyurl.com/4nbya6fd>) hatte die Differenz sogar nur bei 0,18 Punkten gelegen). Aber auch dieser Unterschied liegt noch knapp unter der Schwelle von 0,5 Punkten, die als **Minimal Clinically Important Difference (MCID)** in der frühen Alzheimer-Phase angesehen wird.s

Nur bei einer leichten Demenz gilt der knapp verpasste Unterschied von 0,5 als klinisch relevant, bei moderater braucht man einen Punkt. D.h. Je länger die Studie gelaufen wäre, desto mehr Personen wären in die Gruppe mit einer schweren Demenz gerutscht und die klinische Relevanz wäre wieder verpasst worden. Industriegesponserte Studien überschätzen den klinischen Effekt um etwa 20% (<https://tinyurl.com/2d2a5ypy>). Teilweise durch (unbewusste) Designentscheidungen, aber auch durch Selbstzensur und -korrektur von Studienbeteiligten. Man arbeitet ja gemeinsam am "Erfolg" des Projekts. D.h. der gefundene Unterschied von 0,45 ist in Wahrheit kleiner, vermutlich um die 0,4 und liegt damit gar nicht mehr so knapp unterhalb der klinischen Relevanz.

Die Ergebnisse werfen die Frage auf, ob eine statistisch signifikante Veränderung, die aber nicht klinisch relevant ist, also keine für die Patient*innen spürbaren Verbesserungen bringt, eine Zulassung rechtfertigen kann.

Hinzu kommt: Lecanemab wird ausschließlich in frühen Alzheimer-Stadien empfohlen. Das könnte dazu führen, dass vermehrt Früherkennung betrieben würde. Daraus entsteht eine ethische Herausforderung: In frühen Stadien könnten altersgerechte kognitive Veränderungen leicht als pathologisch interpretiert

werden, was den Übergang zu einer klinischen Diagnose beschleunigen würde. Die psychologische Last einer frühen Alzheimer-Diagnose, die potenziell noch keine belastenden Symptome im Alltag verursacht, ist erheblich und könnte die Lebensqualität der Betroffenen schon vor einem signifikanten Krankheitsausbruch negativ beeinflussen.

Hier springt dann Lecanemab als Heilsversprecher ein, kann das Versprechen aber nicht halten (oder ist zumindest den Nachweis schuldig).

Ein zusätzliches Problem ist die Nebenwirkungsrate, insbesondere in Form von Hirnschwellungen und Mikroblutungen, die regelmäßige MRT-Überwachungen erforderlich machen und damit das ohnehin fragile System der weiterhin solidarischen Krankenversicherung belasten würden. Hinzu kämen die Kosten für teure Testungen auf Biomarker.

Schließlich wurde Lecanemab gegen Placebo und nicht gegen Acetylcholinesterasehemmer als Substanzgruppe mit zwar geringer, aber immerhin nachgewiesener Wirksamkeit getestet (bei allen methodischen Problemen der Studien). Man hat also nicht gegen „standard care“ getestet, sondern in einem unfairen Vergleich gegen etwas Unwirksames.

Stefan Lodders folgert m.E. zu Recht: „Insgesamt denke ich, dass die Zulassung von Lecanemab vorschnell war und möglicherweise eine Verlängerung der Studiendauer oder zusätzliche Langzeitstudien notwendig gewesen wären, um die klinische Relevanz des Medikaments eindeutig zu bestätigen.“

Im Netzwerk evidenzbasierte Medizin erschien ganz aktuell eine kritische Auseinandersetzung von Gabriele Meyer und Ingrid Mühlhauser mit dem Medikament Lecanemab, die ich Ihnen ebenfalls nicht vorenthalten möchte: <https://tinyurl.com/2d8ymwrn>

Sollen wir doch nach einem Vorhofflimmern suchen?

Im November 2022 hatte ich mich in meinem Benefit-Beitrag „Hüpfende Herzen“ kritisch mit einem Screening auf Vorhofflimmern auseinandergesetzt.

Im Folgenden leite ich mit Genehmigung der Redaktion einen Artikel aus dem Arzneitelegramm zur Empfehlung der European Society of Cardiology (ESC) zu eben diesem Thema weiter:

ESC-Leitlinie empfiehlt Screening auf Vorhofflimmern – trotz neuer Negativstudien

*In den vergangenen Jahren haben wir uns mehrmals mit der Frage befasst, ob bei asymptomatischen Personen eine Suche nach Vorhofflimmern sinnvoll ist, um gegebenenfalls eine die Prognose verbessernde Therapie einzuleiten – und sind zu einem negativen Ergebnis gekommen (a-t 2021; **52**: 73-5, 2023; **54**: 78-9, 2024; **55**: 4-5). Die gerade aktualisierte Leitlinie der europäischen kardiologischen Gesellschaft (ESC - <https://tinyurl.com/3pyhdbw5>) zum Vorhofflimmern hat ihre IIa-Empfehlung zum Screening auf die Rhythmusstörung konkretisiert und rät zu nichtinvasiven „prolongierten“, das heißt wiederholten oder kontinuierlichen Aufzeichnungen bei Personen ab 75 Jahre und ab 65 Jahre, wenn ein weiterer Risikofaktor laut CHA2DS2-VA-Score* vorliegt. Zeitgleich werden zwei*

randomisierte Studien publiziert, die einen klinischen Nutzen des Screenings nicht belegen können: In **GUARD-AF** (<https://tinyurl.com/yc33kkck>) nehmen in den USA 11.905 mindestens 70-Jährige aus dem hausärztlichen Bereich ohne vorbekanntes Vorhofflimmern teil und erhalten für 14 Tage einen so genannten Patch-Monitor zur kontinuierlichen Einkanal-Aufzeichnung eines Elektrokardiogramms (EKG) oder werden wie üblich versorgt. Die im Median 75-jährigen Teilnehmer (57% Frauen, mittlerer CHA2DS2-VASc-Score 3,2) werden 15,3 Monate lang nachbeobachtet. Vorhofflimmern nach Kriterien der ESC wird mit Screening bei 5,0% gefunden und ohne bei 3,3%, eine Therapie mit oralen Antikoagulanzen bei 4,2% bzw. 2,8% eingeleitet. Von den gescreenten Teilnehmern müssen 0,7% wegen Schlaganfällen jeder Ursache stationär aufgenommen werden (primärer Endpunkt), bei üblicher Versorgung 0,6% (Hazard Ratio [HR] 1,10; 95% Konfidenzintervall [CI] 0,69-1,75). Stationäre Aufnahmen wegen Blutungen (1,0% vs. 1,1%; Sicherheitsendpunkt) und die Mortalität (2,1% versus 2,3%) unterscheiden sich ebenfalls nicht signifikant. In der Register-basierten **STROKE-STOP-II-Studie** (<https://tinyurl.com/4mdthc4a>) wird die eine Hälfte aller 27.789 75- bis 76-jährigen Bewohner eines Bezirks in Stockholm schriftlich zum Screening auf Vorhofflimmern eingeladen, die andere Hälfte dient als Kontrolle. 49,2% kommen der Einladung nach und erhalten zunächst eine NT-proBNP**-Bestimmung. Bei Werten unter 125 ng/l wird einmalig über 30 Sekunden ein Einkanal-EKG aufgezeichnet, bei Werten ab 125 ng/l (60% der Gruppe) erfolgt ein prolongiertes Screening über zwei Wochen, mit viermal täglichen Einkanal-Aufzeichnungen für jeweils 30 Sekunden, bei Werten über 900 ng/l wird direkt zum Kardiologen überwiesen. Die Probanden sind im Mittel 76,5 Jahre alt (53% Frauen) und weisen einen mittleren CHA2DS2-VASc-Score von 3,5 auf. Vorhofflimmern wird durch das Screening bei 2,4% neu entdeckt, nach fünf Jahren ist es in beiden Gruppen gleich häufig (17,4% vs. 18,6%, nicht signifikant) und wird bei je 82% mit oralen Antikoagulanzen behandelt. Innerhalb von im Median 5,1 Jahren treten pro 100 Beobachtungsjahre mit Einladung zum Screening 0,99 Embolien oder Schlaganfälle jeder Ursache auf (primärer Endpunkt), bei den Kontrollen 1,03 (HR 0,96, 95% CI 0,86-1,06, p = 0,41). Stationäre Aufnahmen wegen Blutungen (0,30 vs. 0,31) und Todesfälle insgesamt (3,06 vs. 2,98) unterscheiden sich ebenfalls nicht signifikant. Auch diese Studien können den Nutzen eines systematischen Screenings auf Vorhofflimmern oder Einladungen dazu somit selbst bei Älteren nicht belegen. – Red.

*Der **CHA2DS2-VA-Score** ist neu eingeführt, ersetzt den CHA2DS2-VASc-Score und berücksichtigt nicht mehr das Geschlecht: Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes, vaskuläre Erkrankung und Alter 65 bis 74 Jahre je 1 Punkt; TIA, Insult oder Embolie in der Anamnese und Alter \geq 75 Jahre je 2 Punkte.

****NT-proBNP**: Marker zur Früherkennung und Überwachung von Herzinsuffizienz

Falls es unter Ihnen noch jemanden geben sollte, der nicht das Arzneitelegramm abonniert hat: in dieser seit 1970 erscheinenden, unabhängigen Zeitschrift finden Sie stets die aktuelle Evidenz kritisch aufgearbeitet.

Das digitale Abo kostet 64,50 € im Jahr, die ebenfalls sehr zu empfehlende AT-Datenbank zusätzliche 75 € pro Jahr.

Sie können beides bestellen unter <https://tinyurl.com/yk53kddr>

Und ewig grüßt das Murmeltier – die elektronische Patient*innen-Akte (ePA)

In meinem letzten Benefit-Beitrag hatte ich darauf hingewiesen, wie leicht sich die Cracks vom Chaos Computer Club Zugang zu 70 Millionen elektronischen Patient*innen-Akten verschafft hatten.

Die Tageszeitung taz berichtet hier darüber, wie sich Hacker in Dänemark Zugriff auf 130.000 medizinische Akten verschafft hatten: <https://taz.de/Datenleck-in-Daenemark/!6064263&s=Hacker%2Bstellen%2Bd%C3%A4nische%2BPatienten%2Bblo%C3%9F/>

Wenn Sie wie ich skeptisch sind gegenüber

- Notwendigkeit
- Datensicherheit und
- Funktionalität

einer zentralen Speicherung der Gesundheitsdaten nahezu der gesamten Bevölkerung, weisen Sie Ihre Patient*innen auf die Möglichkeit einer Sperrung ihrer Daten hin unter

1. Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA):

<https://widerspruch-epa.de/widerspruch-gegen-elektronische-patientenakte-epa/>

2. Widerspruch gegen die Auswertung von Abrechnungsdaten für persönliche Mitteilungen zu Gesundheitsrisiken. Falls zwar eine ePA, aber darin keine Abrechnungsdaten gewünscht werden, kann man hier widersprechen: <https://widerspruch-epa.de/widerspruch-gegen-uebernahme-abrechnungsdaten/>

Wohl gemerkt: ich bin alles andere als ein Gegner einer Digitalisierung im Gesundheitswesen – wenn diese denn eine **dezentrale** Datenspeicherung beinhaltet.

Meine Kritik richtet sich gegen die **Zentralisierung** sämtlicher Daten auf nur wenigen Servern!

Als neueste Meldung kam gerade eine Aussage des wegen seines Verhaltens im Bundestages in die Kritik geratenen CDU-Kanzlerkandidaten Friedrich Merz: Versicherte, die der zentralen Speicherung ihrer Daten zustimmen, sollen 10% weniger Krankenkassenbeitrag bezahlen. Dies wird im direkten Kontext mit Begehrlichkeiten des IT-Konzerns Microsoft berichtet...

Die Meldung aus der Seite www.heise.de finden Sie hier:

<https://tinyurl.com/38xfnfev>

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Dr. med. Günther Egidi

guenther.egidi@posteo.de

(... der den folgenden Kolleg*innen dafür dankt, dass sie kritisch seinen Text durchgearbeitet haben, um Fehler zu identifizieren und zu beseitigen: Sabine

Gehrke-Beck, Hanna Kaduskiewicz, Michael M. Kochen, Stefan Ladders, Michael Pentzek, Horst-Christian Vollmer)



Bitte abmelden!

07.02.2025, 16:26 Uhr

Von: Bernd Hontschik



Informationsmaterial zur elektronischen Patientenakte. © IMAGO / onemorepicture

Ärztliche Schweigepflicht war gestern. Bei der elektronischen Patientenakte müssen Grundprobleme des Datenschutzes angesprochen und beantwortet werden.

Große Veränderungen stehen im beginnenden Jahr ins Haus. Zwei davon sind besonders hervorzuheben.

Da ist zum einen die mit viel Getöse angekündigte Revolution im Krankensektor. Die ist, zerredet und gestutzt, im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) gelandet. Dass Gesetze seit einiger Zeit mit suggestiven Namen versehen werden, ist schon zur Gewohnheit geworden. Dass sich die Krankenhauslandschaft durch dieses Gesetz verbessern wird, ist höchst umstritten. Man wird sehen.

Und da ist zum anderen die elektronische Patientenakte (ePA). Ob sich wie versprochen die Behandlungsabläufe in Arztpraxen und Krankenhäusern tatsächlich vereinfachen werden, wird man sehen. Nicht umstritten ist aber, dass mit der ePA Grundprobleme des Datenschutzes angesprochen werden, die beantwortet werden müssen. Welche Daten kommen in diese Akte? Wie kommen die Daten in die Akte? Wer kann die Daten lesen? Was geschieht mit diesen Daten? Wo werden sie gespeichert?

Wer hat auf meine individuellen Daten Zugriff? Wer hat auf diese immens große Datensammlung Zugriff?

Dieses Projekt braucht Vertrauen, sonst wird es nicht funktionieren. Leider haben viele Beteiligte jeden Vertrauensvorschuss komplett beschädigt, bevor die ePA überhaupt an den Start geht. Hierzu vier Beispiele:

Beispiel eins, was ist „opt-out“? Wegen des absehbar geringen Interesses der Bevölkerung hat man den Anmeldevorgang einfach umgedreht. Erfahrungsgemäß beschäftigt man sich nicht mit Krankheit, solange man aktuell nicht betroffen ist. Daher sind alle und jede:r qua Gesetz automatisch zu Teilnehmer:innen erklärt worden. Man muss sich also nicht aktiv anmelden („opt-in“), sondern abmelden, weil man schon angemeldet ist, ohne gefragt worden zu sein. Das nennt man die Opt-out-Regelung. Das ist nicht gerade vertrauensbildend.

Beispiel zwei, Originalton Karl Lauterbach: „Daher interessieren sich auch die Hersteller aller großen KI-Systeme für diesen Datensatz. Wir sind im Gespräch mit Meta, mit OpenAI, mit Google, alle sind daran interessiert, ihre Sprachmodelle für diesen Datensatz zu nutzen beziehungsweise an diesem Datensatz zu arbeiten.“ Natürlich versuche man auch, „deutsche Lösungen nach vorne zu bringen, das kann ich Ihnen versichern, aber ich kann Ihnen auch versichern, das Interesse an diesem Datensatz wird weltweit sehr groß sein.“ Preisfrage: Kann man Meta, Google oder OpenAI vertrauen?

Beispiel drei, Strafe muss sein: Als wäre nicht schon genug Skepsis angebracht, eröffnete der CDU-Vorsitzende Friedrich Merz jüngst seine zukünftigen Absichten im Umgang mit ePA-Verweigerern. Er versprach denjenigen, die ihre Gesundheitsdaten auf der ePA speichern, zehn Prozent weniger Krankenkassenbeiträge als den Skeptiker:innen, die Bedenken haben und nicht mitmachen. Wie verlockend ist das bei ständig steigenden Beiträgen!

Beispiel vier, Beschlagnahmen: Carsten Linnemann, der Generalsekretär der CDU, erklärte jüngst im Deutschlandfunk unter dem Eindruck der Bluttaten von Magdeburg und Aschaffenburg, dass man in Deutschland polizeiliche Register nicht nur für Rechtsextreme und Islamisten brauche, sondern auch eines für psychisch kranke Gewalttäter. Zwar unterliegen Ärztinnen und Ärzte der Schweigepflicht, somit gilt für sie ein Beschlagnahmeverbot. Der § 97 der Strafprozessordnung nennt allerdings als Voraussetzung, dass sich die zu beschlagnahmenden Informationen „im Gewahrsam der zur Verweigerung des Zeugnisses Berechtigten“ befinden. Die ePA befindet sich aber nicht mehr in ärztlichem Gewahrsam, sondern liegt irgendwo auf zentralen Servern. Einer möglichen polizeilichen Beschlagnahme steht somit nichts im Wege. Wer kann sich da noch furchtlos und ohne Angst vor staatlichem Zugriff in ärztliche Behandlung begeben?

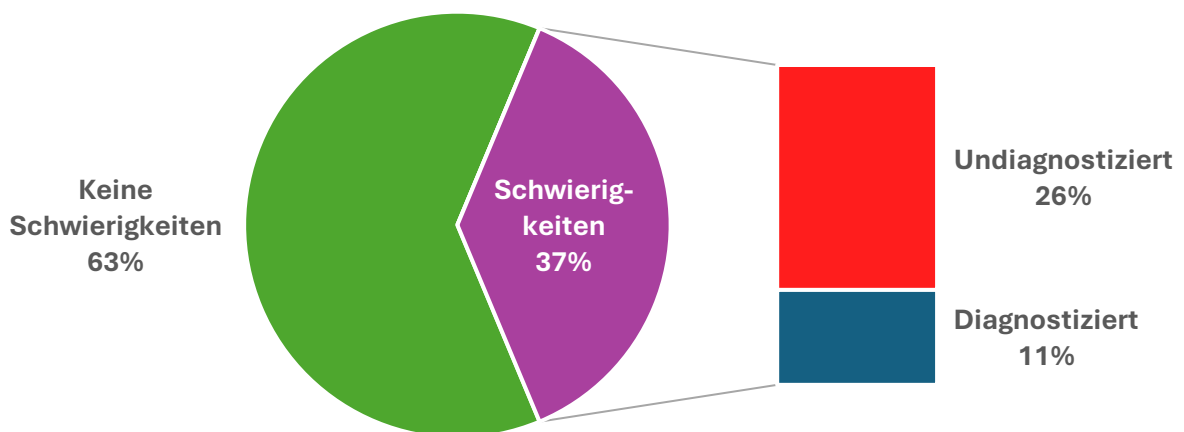
Damit ist alles Vertrauen, sind die möglichen Vorteile der ePA fürs Erste verspielt. Leider, denn es ist ja eigentlich keine schlechte Idee. Ich rate allen, die mich fragen, daher dringend, sich bei der ePA alsbald abzumelden. „Opt out“ ist bei jeder Krankenkasse ganz einfach möglich, schriftlich oder online.

Heute geht es um ein Thema, das auf den ersten Blick ziemlich „fad“ wirkt. Auf den zweiten Blick hoffentlich ziemlich relevant & interessant (insbesondere für den hausärztlichen Praxisalltag!). Des Weiteren auch etwas Neues & Altes...

#1 Wie schluckt man Tabletten „richtig“?

Laut einer Studie von 1.051 allgemeinmedizinischen Patienten in Heidelberg haben **37%** Schwierigkeiten Medikamente zu schlucken. Meist ohne, dass ihr Hausarzt davon weiß:

Allgemeinmedizinische Patienten mit Schwierigkeiten Tabletten oder Kapseln zu schlucken



Quelle: Schiele JT et al, 2013

Diese Schluck-Schwierigkeiten nicht zu diagnostizieren hat handfeste Konsequenzen. Denn oftmals wird die Medikamenten-Einnahme von diesen Patienten selbstständig modifiziert oder gar beendet:

Allgemeinmedizinische Patienten mit Schwierigkeiten Tabletten oder Kapseln zu schlucken



Quelle: Schiele JT et al, 2013

Wer ist warum betroffen?

- [Häufiger](#) betroffen sind Frauen, junge Patienten sowie Patienten mit Dysphagie (z.B. nach Insult) oder psychischen Erkrankungen.
- Manche Autoren nehmen eine psychische [Pillen-Abneigung](#) an.
- Andere Autoren betonen physiologische Unterschiede, denn schon eine kleine Mundhöhle oder viele Geschmacksrezeptoren zu haben [verdreifacht](#) das Risiko.

Was ist die ideale Schluck-Technik?

Obwohl das Problem ausgesprochen häufig ist, gibt es dazu kaum Studien. Diese zwei Interventions-Studien sind jedoch sehr praxisrelevant:

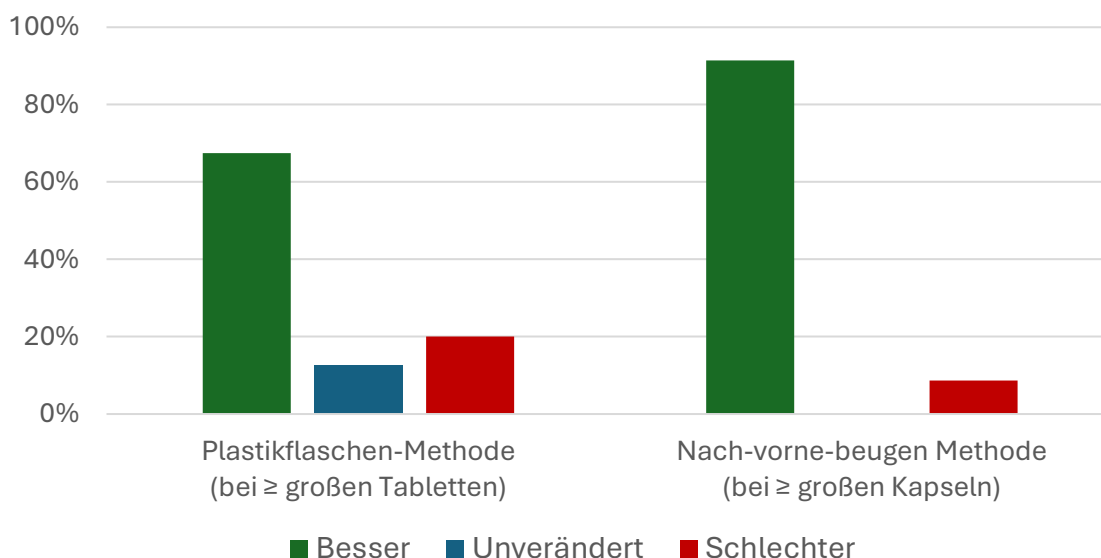
Studie 1: Zwei Schluck-Techniken

Diese einfach verblindete [Studie](#) (2014) aus Deutschland testete zwei Schluck-Techniken (mit je 20mL Wasser). Die erste Technik wurde 283 mal getestet, die zweite nur 35 mal:

- **Plastikflaschen-Methode bei Tabletten** (Flasche an Mund anlegen; Wasser ansaugen und dabei Kopf nach hinten bewegen).
- **Nach-vorne-beugen Methode bei Kapseln** (Wasser in den Mund ohne zu schlucken; Kinn zur Brust und dabei das Wasser schlucken).
- Hier werden beide Techniken als [Bild](#) und [16sec Videos](#) erklärt (Englisch).

Das Studien-Ergebnis:

Auswirkungen auf Schluck-Schwierigkeit

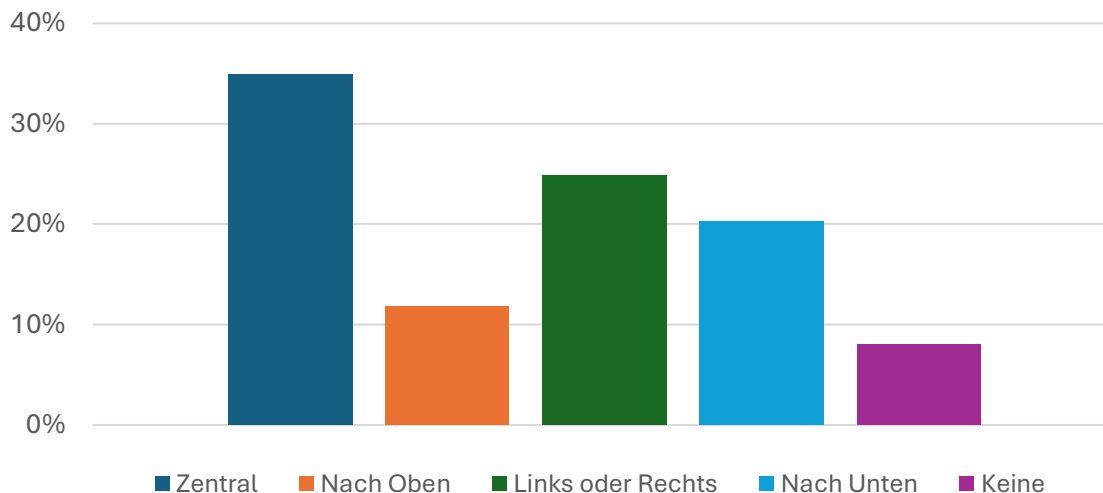


Quelle: Schiele JT et al, 2014

Studie 2: Fünf Kopf-Positionen

Diese [Studie](#) (2010) aus Kanada ließ 381 Probanden beim Tabletten-Schlucken fünf unterschiedliche Kopf-Positionen ausprobieren. Die Probanden waren Erwachsene und Kinder, die meisten gesund und ohne Schluck-Beschwerden. Dabei zeigte sich, dass die bevorzugte Kopf-Position höchst individuell ist:

Bevorzugte Kopfposition beim Schlucken



Quelle: Kaplan BJ et al, 2010

Was ist noch zu beachten?

- Wenn **keine** dieser Methoden oder Kopf-Positionen hilft, empfiehlt ein [Review](#) andere Hilfsmittel, eine Änderung der Medikation oder Applikationsart, eine Modifizierung und Mischung in Getränke/Speisen oder Deprescribing zu überlegen.
- Bei Patienten mit **Dysphagie** (z.B. nach Insult) kann es beim Medikamente-Schlucken zu Verletzungen oder Aspiration kommen. Eine [Studie](#) empfiehlt hier die Nach-vorne-beugen Technik, eine andere [Studie](#) zeigte, dass dies nur bei der Hälfte dieser Patienten eine Aspiration vermeidet.

Zusammenfassung

- 37% der allgemeinmedizinischen Patienten sind betroffen.
- Die meisten sind undiagnostiziert und ändern selbst die Medikation.
- Manche haben eine Abneigung, andere einfach eine kleine Mundhöhle.
- Zwei Schluck-Techniken und fünf Kopf-Positionen wurden in Studien getestet. Auch andere Maßnahmen sind verfügbar. Es ist unklar, was bei wem am besten wirkt.
- Vorsicht insbesondere bei Dysphagie (z.B. nach Insult).

#2 Neues Journal: “The Lancet Primary Care”

Seit Anfang Februar gibt es “[The Lancet Primary Care](#)”, ein open-access Journal der Lancet-Gruppe speziell für die Primärversorgung. Das sind gute Nachrichten für die allgemeinmedizinische Forschung und eine relevante neue Quelle für mögliche „Golden Nuggets“!

Warum ist der Lancet relevant? Er ist laut dem [JCR](#) (2024) das medizinische Journal mit dem (knapp) höchsten „Impact Factor“:

- The Lancet (98)
- New England Journal of Medicine (96)
- British Medical Journal (94)

Warum ist der „Impact Factor“ relevant? Der Impact Factor (IF) wird von der Firma [Clarivate](#) berechnet und gibt an, wie oft ein durchschnittlicher Artikel in diesem Journal pro Jahr zitiert wird (im Durchschnitt der letzten beiden Jahre). Er entscheidet auch in der Allgemeinmedizin oftmals über Wissenschaftler-Karrieren und Instituts-Finanzierung, hat aber deutliche Schwächen:

- Manche Fachrichtungen zitieren häufiger als andere und haben deshalb einen höheren IF, sind deshalb aber nicht „wichtiger“.
- Auch Studien in einem „Top-Journal“ können irrelevant, schlecht oder manipuliert sein. Den Autoren wird dennoch der hohe IF zugeschrieben.
- Der IF gibt Wissenschaftlern den Anreiz einem Journal zu gefallen und Risiken zu minimieren, statt ungewöhnliche Hypothesen zu testen und dafür notwendige Risiken einzugehen.

Um diesen Newsletter regelmäßig zu erhalten, hier klicken:

Anmeldung:
„Golden Nuggets der Allgemeinmedizin“

Der Newsletter von & für Allgemeinmediziner.
Spannend, praktisch, evidenzbasiert & kurz.
Kostenlos & ohne Industrie-Finanzierung.



DDr. Florian Stigler, MPH
Allgemeinmediziner, Gesundheitswissenschaftler
Herausgeber der „[Golden Nuggets der Allgemeinmedizin](#)“
[LinkedIn](#) / [Lebenslauf](#)

Beim Newsletter anmelden? ➔ [Klick Hier.](#)