

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

► **Schlaganfall – deutlicher Nutzen der systemischen Thrombolyse auch nach Ablauf von 4.5 Stunden**

In Deutschland erleiden jährlich 270.000 Menschen einen Schlaganfall, davon 85% durch Gefäßverschluss. Rund 50 % aller Schlaganfälle ereignen sich bei Menschen über 75 Jahren und 30 % bei über 85-jährigen. 16.000 Patienten sterben jedes Jahr <https://t1p.de/ihu7l>.

In der **gültigen S2e Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls** (am 6. Juni 2024 „nach inhaltlicher Überprüfung durch das Leitliniensekretariat“ bis 9.5.2026 verlängert <https://t1p.de/yyri4> [frei]) steht: „*Patienten mit ischämischen Schlaganfall, die innerhalb von 4,5 Stunden nach Symptombeginn bzw. dem Zeitpunkt, an dem sie zuletzt gesund gesehen wurden, behandelt werden können und keine Kontraindikationen aufweisen, sollen mit einer systemischen Thrombolyse mit Alteplase (0,9 mg/kg, Maximaldosis 90 mg über 60 Minuten, initial 10 % der Dosis als Bolus über eine Minute) behandelt werden*“.

In einem aktuellen Übersichtsartikel (Reith und Bachhuber 2025) heißt es, dass nur „*die mechanische Thrombektomie bei großen Gefäßverschlüssen bis zu 24 h nach dem Schlaganfall in bestimmten Fällen indiziert sein kann*“.

In einem Interview im Magazin der Süddeutschen Zeitung (18. März 2025; <https://t1p.de/kuge7> [nicht frei]) sagte der Leiter des Zentrums für Schlaganfallforschung an der Charité in Berlin, Andreas Meisel, auf die *Frage, wie viel Behandlungszeit man nach einem Schlaganfall im Schnitt habe, um ohne Schäden davonzukommen*:

„*Beim ischämischen Schlaganfall, der durch verstopfte Blutgefäße bedingt ist, gilt die klassische viereinhalb Stunden-Regel. Innerhalb dieser Zeit können Schäden reduziert oder im optimalen Fall ganz vermieden werden, in dem man das Gerinnsel entfernt. Das geht mithilfe der sogenannten Lysetherapie, der medikamentösen Auflösung eines Blutgerinnsels – oder mithilfe der Thrombektomie... Andererseits gibt es für wenige Patienten auch nach viereinhalb Stunden noch Möglichkeiten, durch die Wiederherstellung der gestörten Durchblutung Hirnfunktionen zu retten. Deshalb reden wir ungern von einem absoluten Zeitfenster. Wir müssen beim Schlaganfall so schnell wie möglich handeln – „time is brain“.*

- In der maßgebenden Zeitschrift für Schlaganfallforschung *Stroke* veröffentlichte eine internationale Autorengruppe eine systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse zu **Nutzen und Risiken einer Thrombolyse, die über die 4.5-Stunden-Regel hinausgeht – im Vergleich mit üblicher Standardbehandlung**.
- In den Datenbanken *MEDLINE*, *Embase*, *Cochrane* und *ClinicalTrials.gov* fanden die Verfasser zu dieser spezifischen Fragestellung acht RCTs mit 1.742 Patienten (mittleres Alter 69.8 Jahre, 63.5% Männer – kein Patient hatte eine mechanische Thrombektomie erhalten). Die Zeit, die nach Auftreten klinischer Zeichen bis zum Therapiebeginn verging, betrug auf jeden Fall länger als 4.5 Stunden, in einigen Studien bis zu 24 Stunden.
- Primäre Endpunkte waren nach 90 Tagen → ein exzellenter bzw. guter klinischer Ausgang, gemessen mit der international üblichen, modifizierten **Rankin**

Scale mRS (exzellent 0-1 = keine wesentliche Einschränkung; gut 0-2 = geringfügige Behinderung), → eine symptomatische intrazerebrale Blutung und → Tod.

Der Vergleich zeigte (s. nachfolgende Abbildungen), dass

- ▷ die Behandlung mit intravenöser Lyse signifikant besser war als die übliche Behandlung (Endpunkt *exzellenter mRS*, OR 1.43 [95% KI, 1.17-1.75]; *guter mRS*, OR, 1.36 [95% KI, 1.12-1.66]);
- ▷ intrazerebrale Blutungen – wie bei Lyse *innerhalb von 4.5 Stunden* - anstiegen (OR 4.25 [95% KI, 1.67-10.84]) und
- ▷ die Mortalität zwar numerisch höher war, aber keinen signifikanten Unterschied aufwies (OR 1.28 [95% KI, 0.87-1.89]).
- ▷ Tenecteplase war insgesamt besser als Alteplase.

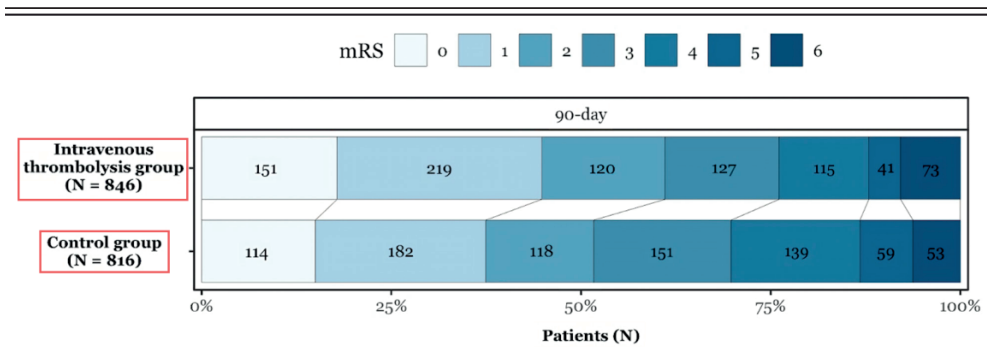


Figure 2. Ordinal modified Rankin Scale (mRS) distribution at 90 days. Scores on the mRS range from 0 to 6: 0 indicates no symptoms, 1 indicates no clinically significant disability, 2 indicates slight disability, 3 indicates moderate disability, 4 indicates moderately severe disability, 5 indicates severe disability, and 6 indicates death.

Table 3. Summary of the Pooled Statistical Findings

Outcomes	Odds ratios (95% CI), P value	I ² (%)	Q statistic, P value	No. of studies	IVT vs control group, events/total
Overall					
Efficacy					
Primary outcomes					
mRS score 0-1 at 90 d	1.43 (1.17-1.75), 0.0005	0	2.30, P=0.94	8	385/877 vs 303/842
mRS score 0-2 at 90 d	1.36 (1.12-1.66), 0.002	0	2.07, P=0.96	8	508/885 vs 428/847
Secondary outcomes					
Ordinal mRS distribution at 90 d	NA	NA	NA	7	Displayed in Figure 2
Recanalization	2.65 (1.96-3.58), <0.0001	0	1.12, P=0.57	3	209/373 vs 122/368
Reperfusion	2.31 (1.62-3.29), <0.0001	0	1.76, P=0.42	3	123/383 vs 66/369
Early neurological improvement	2.70 (1.82-4.01), <0.0001	0	2.68, P=0.44	4	102/451 vs 45/450
Safety					
Primary outcomes					
sICr	4.25 (1.67-10.84), 0.002	0	0.48, P=0.99	7	23/848 vs 4/812
90-d all-cause mortality	1.28 (0.87-1.89), 0.21	0	4.63, P=0.96	7	71/848 vs 53/813

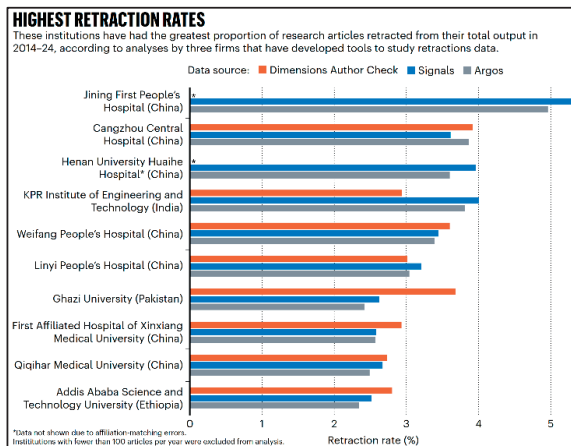
Quintessenz: Auch nach Ablauf von 4.5 Stunden sollten betroffene Patienten *inverzüglich [NAW]* eine Bildgebung und – bei fehlenden Kontraindikationen – eine intravenöse Lysetherapie (bzw. mech. Thrombektomie) erhalten.

Thrombolysis for Ischemic Stroke Beyond the 4.5-Hour Window <https://t1p.de/2t0za> (nicht frei)

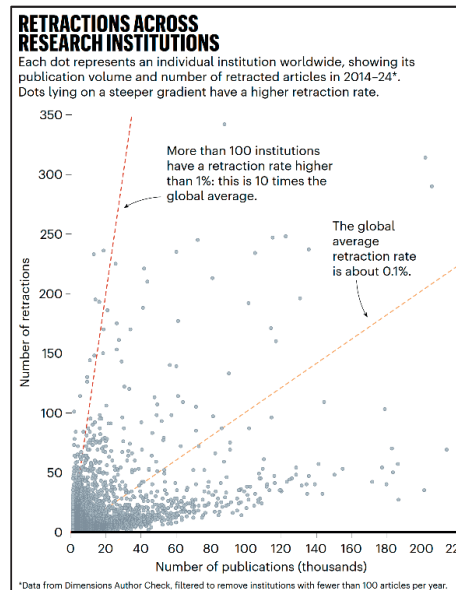
► Wissenschaftl. Publikationen – wo wird am häufigsten getrickst?

Zahlen zum zunehmend schwindenden Vertrauen in die Validität von wissenschaftlichen Publikationen wurden jetzt erstmals in der Zeitschrift Nature veröffentlicht – in Form von (meist erzwungenen) Artikel-Rücknahmen.

Wie die nachfolgenden Tabellen zeigen, finden sich auf den ersten drei Plätzen akademische Einrichtungen in der Volksrepublik China.



Exclusive: These universities have the most retracted scientific articles. A first-of-its-kind analysis by Nature reveals which institutions are retraction hotspots <https://t1p.de/s9cd0> (frei).



► HPV-Impfung - gegen aktinische Keatosen

Von aktinischen Keratosen **AK** (häufigste Ursache für ambulante Vorstellungen bei Dermatologen) sind alle Personen gefährdet, die über viele Jahre einer intensiven Sonnenbestrahlung ausgesetzt waren, besonders Hellhäutige, mit blonden oder roten Haaren sowie Immungeschwächte. Die Präkanzerose entsteht oft im Gesicht und auf der Kopfhaut, vor allem bei Glatzentägern.

Nachdem bereits seit Jahren über mögliche Zusammenhänge zwischen der AK und dem humanen Papillomvirus (*häufig in der Histologie bei immunsupprimierten Patienten mit AK entdeckt*) diskutiert wurde, liegt jetzt ein RCT (3 Dosen 9-valente HPV-Impfung vs. 0.9% NaCl) bei 70 immunkompetenten Personen aus Dänemark vor.

Die nachfolgende Tabelle zeigt (in der *intention-to-treat-Analyse*) nach 12 Monaten eine moderate, aber signifikante Senkung der AK-Läsionen.

Variable	Median (IQR), %		P value
	HPV group (n = 35)	Sham group (n = 32-35) ^a	
Primary end point			
Intention-to-treat analysis			
Reduction in baseline AKs			
Month 2 (n = 69)	35.00 (25.00-44.00)	25.00 (18.00-33.00)	.03
Month 6 (n = 69)	47.00 (33.00-53.00)	29.00 (16.00-44.00)	.01
Month 9 (n = 67)	58.00 (37.00-63.00)	42.00 (33.00-57.00)	.09
Month 12 (n = 68)	58.00 (47.00-65.00)	40.07 (32.00-65.00)	.05
Intention-to-treat analysis			
Reduction in baseline AKs			
Month 2 (n = 70)	35 (25-44)	25 (18-33)	.03
Month 6 (n = 70)	47 (35-53)	29 (17-44)	.004
Month 9 (n = 70)	58 (37-63)	38 (33-56)	.04
Month 12 (n = 70)	58 (47-69)	41 (30-65)	.03

Human Papillomavirus Vaccination and Actinic Keratosis Burden <https://t1p.de/ipxz9> (frei).

▶ Apropos HPV-Impfung (für die klassische Indikation): Das *Deutsche Ärzteblatt* publizierte Anfang März ein Interview mit dem Dermatologen Prof. Brockmeyer, in dem eine *Risikominderung auch im Alter von 18-30 Jahren* angesprochen wird. *5 Fragen an Norbert H. Brockmeyer: Auch nach dem 18. bis zum 30. Lebensjahr gegen HPV-Geimpfte zeigen eine Risikominderung* <https://t1p.de/mc79x> (frei)

▶ Lichttherapie zur Behandlung von saisonalen depressiven Störungen („Winterdepressionen“)

Unter einer saisonalen Depression versteht man das wiederkehrende Auftreten von depressiven Schüben (oft begleitet von atypischen Symptomen wie Hypersomnie, „Fress-Sucht“, Heißhunger nach Kohlehydraten und starker Müdigkeit) – meist beginnend im Spätherbst oder Winter mit einer Remission im Frühjahr bzw. Sommer.

Die multifaktorielle Ätiologie der Erkrankung ist nicht vollständig aufgeklärt – die Intensität von Tageslicht in Abhängigkeit der Entfernung vom Äquator spielen aber ebenso eine Rolle wie z.B. die Serumspiegel von Melatonin und Serotonin.

Das Anschalten von Lichtlampen mit einer Intensität von 10.000 Lux über 30 Minuten (bevorzugt in den frühen Morgenstunden) ist eine etablierte Therapieoption, die nach ca. 2-3 Wochen wirksam wird. Ergänzend können Kognitive Verhaltenstherapie, Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Vitamin D zum Einsatz kommen – die wissenschaftliche Evidenz dieser Maßnahmen ist jedoch nicht über jeden Zweifel erhaben.

Laut einem Cochrane Review aus 2019 kann der Beginn einer Behandlung mit *Bupropion* von September bis November (also vor dem Einsetzen der Symptome) die Häufigkeit depressiver Episoden in den Wintermonaten vermindern <https://t1p.de/h08wi> (frei).

Laut dem **Igel-Monitor** <https://www.igel-monitor.de/> (frei) ist die Behandlung der saisonalen depressiven Störung mittels Lichttherapie eine **individuelle Gesundheitsleistung, wenn die Anwendungen in einer ärztlichen Praxis stattfinden**. Dann entstehen Kosten pro Sitzung zwischen 6 und 12 Euro, für die Beratung können zusätzliche Beträge anfallen. In einer kürzlich publizierten Analyse kommt der Monitor zur Bewertung „tendenziell positiv“ <https://t1p.de/jxtoa> (frei).

- Wer die Abhandlung (erstellt von Autoren des Bereichs Evidenzbasierte Medizin, Medizinischer Dienst Bund, Essen) liest, **fragt sich allerdings, warum man – außer zur initialen Beratung – die Sitzungen in einer Praxis statt zuhause durchführen sollte**.
- Im Netz gibt es zahlreiche, gut fundierte Ratschläge über die Modalitäten und Kosten der Lampen (z.B. „*Lichttherapie: Wie eine Tageslichtlampe Stimmungsschwankungen entgegenwirken soll*“ - Stern 2024 <https://t1p.de/2wdtr> [frei]).
- Aus meiner Sicht sind etliche Analysen des Igel-Monitors vorwiegend für Patienten, aber auch für Ärztinnen und Ärzte gut zu gebrauchen - der vorliegende Text sollte aber die Leserschaft in erster Linie darüber informieren, dass die *Anwendung in einer ärztlichen Praxis ... überflüssig ist*.

► Tinnitus – weiterhin keine Belege für wirksame Behandlung

In Deutschland sind laut der Deutschen Tinnitus-Liga rund 2,7 Millionen Menschen von Tinnitus betroffen. Im Laufe der letzten 20 Jahre wurde in den Benefits mehrfach auf die fehlende Evidenz für *pharmakotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten* hingewiesen, die Betroffenen auch heute noch von einigen INO-Ärzten angeboten werden.

Auf der Patientenseite des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist eine Stellungnahme zu therapeutischen Optionen verfügbar: „Was hilft bei chronischem Tinnitus – und was nicht?“

<https://t1p.de/iqw4c> (frei). Dort steht: *Es gibt keine wissenschaftlichen Belege, dass Medikamente gegen einen chronischen Tinnitus wirken.*

Auch die S3-Leitlinie der AWMF zu chronischem Tinnitus (September 2021) <https://t1p.de/l3wax> (frei) sagt: „Es gibt keine ausreichenden Daten für die Wirksamkeit von medikamentösen Behandlungen speziell gegen Tinnitus, jedoch Belege für potenziell signifikante Nebenwirkungen... Evidenz für Nichtempfehlung: Betahistin, Ginkgo, Antidepressiva, Benzodiazepine, Zink, Melatonin, Cannabis, Oxytocin, Steroide und Gabapentin.“

Im JAMA ORL wurde soeben eine klinische Leitlinie des *US Department of Veterans Affairs* veröffentlicht, in der **alle (nicht nur die pharmakotherapeutischen) Interventionen** bewertet werden. Sie sehen sie in der folgenden Tabelle:

Topic	No.	Recommendation	Strength
Monitoring	1	We suggest using validated subjective outcome measures (eg, Tinnitus Functional Index, Tinnitus Handicap Inventory) to monitor the effectiveness of tinnitus management.	Weak for
	2	We suggest against psychoacoustic measures (eg, minimum masking level, loudness matching) to monitor the effectiveness of tinnitus management.	Weak against
Education and self-management	3	We suggest educational counseling to reduce the functional impact of tinnitus.	Weak for
	4	There is insufficient evidence to recommend for or against the use of web-based or app-based self-management for tinnitus.	Neither for nor against
	5	There is insufficient evidence to recommend for or against the use of computer-based games, training programs, or both for tinnitus self-care.	Neither for nor against
Amplification devices	6	We suggest hearing aids for tinnitus management in adults with hearing loss (see narrative for discussion of patients without hearing loss).	Weak for
	7	There is insufficient evidence to recommend for or against CROS hearing aids for tinnitus management in adults with single-sided deafness.	Neither for nor against
	8	We suggest cochlear implantation for tinnitus management in adults who meet candidacy requirements.	Weak for
	9	There is insufficient evidence to recommend for or against implantable BCDs for tinnitus management in adults with single-sided deafness.	Neither for nor against
Sound-based intervention alone	10	We suggest cochlear implants vs implantable BCD or CROS hearing aids for tinnitus management in adults with single-sided deafness who meet candidacy requirements.	Weak for
	11	There is insufficient evidence to recommend for or against auditory cognitive training (eg, frequency discrimination training, auditory attention training) for the reduction of tinnitus distress and functional impact.	Neither for nor against
	12	We suggest the therapeutic use of sound for tinnitus self-care.	Weak for
	13	There is insufficient evidence to recommend for or against sound therapy with altered music (eg, notched music therapy, spectrally altered music) to reduce the impact of tinnitus.	Neither for nor against
Behavioral intervention alone	14	We suggest CBT by a trained clinician for adults with bothersome tinnitus.	Weak for
	15	There is insufficient evidence to recommend for or against the following psychological interventions by a trained clinician for adults with bothersome tinnitus (unranked): acceptance and commitment therapy, mindfulness-based therapies, and mindfulness-based stress reduction.	Neither for nor against
Combined sound-based and behavioral intervention	16	We suggest sound therapy combined with CBT for tinnitus management by a multidisciplinary team.	Weak for
	17	We suggest sound enrichment with ongoing directed tinnitus education by an audiologist.	Weak for
Neuromodulation/neurostimulation	18	There is insufficient evidence to recommend for or against repetitive transcranial magnetic stimulation for tinnitus management.	Neither for nor against
	19	There is insufficient evidence to recommend for or against transcutaneous electric nerve stimulation for tinnitus management.	Neither for nor against
	20	There is insufficient evidence to recommend for or against transcranial direct current stimulation for tinnitus management.	Neither for nor against
	21	We suggest against low-level laser therapy for tinnitus management.	Weak against
Annual therapy	22	We suggest a multidisciplinary approach for assessing and treating patients with bothersome tinnitus and temporomandibular disorder, cervical spine dysfunction, or both to reduce the functional impact of tinnitus.	Weak for
Complementary and integrative health	23	There is insufficient evidence to recommend for or against acupuncture for tinnitus management.	Neither for nor against
Herbals, nutraceuticals, and supplements	24	We suggest against the use of ginkgo biloba, dietary or herbal supplements, or nutraceuticals for tinnitus management.	Weak against
Pharmacotherapy	25	We suggest against the use of anticonvulsants, antidepressants, antiemetics, antithrombotics, betahistine, intratympanic corticosteroid injections, or N-methyl-D-aspartic acid receptor antagonists for tinnitus management.	Weak against

Abbreviations: app, application; BCD, bone conduction device; CBT, cognitive behavioral therapy; CROS, contralateral routing of signal/sound.

Clinical Practice Guideline for Management of Tinnitus <https://t1p.de/g0ca1> (nicht frei)

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

Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

► Masern weiterhin auf dem Vormarsch

- Nach einer Analyse der WHO und des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF) wurden für das Jahr 2024 in der Europäischen Region (umfasst 53 Länder in Europa und Zentralasien) 127.350 Masernfälle gemeldet - doppelt so viele wie im Jahr 2023 und die höchste Zahl seit 1997. Mehr als 40 % der gemeldeten Fälle betrafen Kinder unter fünf Jahren. In mehr als der Hälfte der gemeldeten Fälle war ein Krankenhausaufenthalt erforderlich. Auf der Grundlage der bis 6. März 2025 eingegangenen vorläufigen Daten wurden insgesamt 38 Todesfälle gemeldet.
- Auch in den USA breiten sich die Masern aus, obwohl sie dort seit 2000 als ausgerottet galten. Bis zum 14. März 2025 wurden landesweit 301 Fälle gemeldet, wobei Texas besonders betroffen ist (n=279). Ende Februar kam es zum ersten Masern-Todesfall in den USA seit zehn Jahren, als ein ungeimpftes Schulkind im Krankenhaus verstarb. In New Mexico wurde ein weiterer Todesfall posthum bestätigt.
- Nach vielen Meldungen über den neuen amerikanischen Gesundheitsminister *Robert F. Kennedy Jr.* werden Sie kaum verwundert sein, dass er gegen Masern Vitamin A und Lebertran empfiehlt. Die renommierte Wissenschaftszeitschrift *Nature* fragte in Anlehnung an den bekannten Trump-Spruch *Make America Great Again* „**Will RFK Jr’s vaccine agenda Make America ... Contagious Again?**“ <https://t1p.de/uk264> (frei und lesenswert).
- Interessierte können zum Thema die Fachinformationen des RKI lesen <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/M/Masern/masern-node.html> und in der FAZ ein Interview mit *Leif Erik Sander* (Direktor der Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin an der Berliner Charité): *Masern in den USA: „Das Geschehen in den USA sollte uns daran erinnern, wie gefährlich Masern sind“* <https://t1p.de/upaqp> (frei).

An dieser Stelle zeige ich Ihnen einige Bilder eines kleinen Jungen. Er wurde von seiner Mutter mit Fieber von 39° C und einem schmerzlosen, nicht-juckenden Ausschlag vorgestellt, der seit einer Woche bestand und zuerst an Rücken, Brust und Bauch begann, bevor er sich auf den ganzen Körper ausbreitete.



In einem lokalen Krankenhaus wurde dem kleinen Patienten wegen eines vermuteten Atemwegsinfektes für 3 Tage orales Cefixim verabreicht (diese *herausragende Therapie* kommentiere ich jetzt nicht...) – das Fieber blieb aber bestehen.

Zusätzlich entwickelte er jetzt weißliches Sputum und klagte über Halsschmerzen.

Ihre Verdachtsdiagnose? Masern?

Absichtlich etwas verzögert, kommen wir jetzt zur weiteren Befunderhebung: Die Tonsillen waren stark gerötet und seine Zunge sah so aus:



Beim Anblick dieser Himbeerzunge muss man vermutlich keine weiteren Worte verlieren. **Diagnose: Scharlach.**

A young boy with fever and red rash all over the body <https://t1p.de/zueaa> (nicht frei).

► Was der ADAC seinen kranken Mitgliedern empfiehlt

„Ob Sie mit gesundheitlichen Problemen Auto fahren können, sollten Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen. Bluthochdruck, ADHS oder beginnende Demenz – in vielen Fällen ist der individuelle Zustand entscheidend. Für einige Krankheitsbilder gelten konkrete Leitlinien, an die sich Verkehrsteilnehmer halten müssen“, heißt es in einem Newsletter, den der ADAC an seine 22 Millionen Mitglieder verschickt hat.

Die behandelten Themen gehen von Verhalten nach ambulanter OP, über Autofahren mit Bluthochdruck, ADHS, Schlaganfall, Demenz, Tragen eines Gipses bis hin zu Rückenschmerzen.

Wer prüfen will, ob die Empfehlungen evidenzbasiert sind bzw. mit der eigenen Praxis übereinstimmen: Der Report ist frei verfügbar <https://t1p.de/mbk3r>.

► S3-Leitlinie Demenzen – neue Version 5.0 erschienen

Die Deutschen Gesellschaften für Neurologie (DGN) und für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) haben die S3-Leitlinie zu Demenzen aktualisiert.

Sechs der bisher 109 Empfehlungen wurden überarbeitet, sechs weitere in die Leitlinie aufgenommen. Ein detaillierter Blick in die Neuerungen folgt in einem späteren Benefit <https://t1p.de/kt59l> (frei).

► Vitiligo

Alles, was Sie zu dieser immunvermittelten Hauterkrankung, die 0.5-2.0% aller Menschen unterschiedlicher Hautfarben betrifft, wissen müssen – in fünf Punkten auf einer Druckseite

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

► US-Wissenschaftler – Auswanderung nach Deutschland?

Wie es scheint, will die neue US-Administration die Universitäten des Landes durch massive Kürzungen der Forschungsetats und Stellenstreichungen „auf Linie bringen“. Fabian Fellmann schreibt in der *Süddeutschen Zeitung*, die Idee dahinter sei, „die akademische Welt zu vorauseilendem Gehorsam zu erziehen... Im Kongress liegen Gesetzesvorschläge bereit, um die Milliardenvermögen der reichen Privatuniversitäten mit Steuererhöhungen abzusaugen“.

Dagegen protestieren tausende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Land – ihre Webseite kann man unter <https://standupforscience2025.org> (frei) erreichen.



- **Durch die geschilderte politische Entwicklung in den USA könnte eine Situation entstehen, in der prominente US-amerikanische Wissenschaftler (nicht selten deutscher Herkunft) nach Deutschland zurückkehren.**
- Der Präsident der Max-Planck-Gesellschaft, Patrick Cramer, wirbt bereits aktiv um Spitzenforscher

SPIEGEL Wissenschaft Abonnement

Menü > Wissenschaft > Wissenschaft > Deutschland und Donald Trump: Max-Planck-Gesellschaft wirbt um US-Spitzenforscher

Gespräch mit MPG-Präsident Cramer

»Haben Sie vielleicht Interesse, nach Deutschland zu kommen?«

Ist Deutschland am Ende Nutznießer von Trumps Feldzug gegen die Wissenschaft? Die Max-Planck-Gesellschaft meldet viel mehr Bewerbungen aus den USA als früher. Präsident Patrick Cramer will dort gezielt um Spitzenforscher werben.

<https://t1p.de/qbgmb> (nicht frei, Zahlsschranke).

Die Beiträge der anderen Kollegen

▶ **Günther Egidi Anlage**

- ▷ Gut Ding will Weile haben

▶ **Bernd Hontschik Anlage**

- ▷ Bittere Folgen - über die Zerstörung internationaler Gesundheitspolitik

▶ **Florian Stigler (*Golden Nugget 11*) Anlage**

- ▷ Ungewollter Gewichtsverlust – über die bisher größte Studie mit Hausarzt-Patienten

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).

Wer anderen eine Grube gräbt...

Es gab einmal eine Zeit, in der Spezialist*innen den Hausärzt*innen erzählten, wo es lang geht. Das transportierte Wissen beruhte vor allem auf sogenanntem Erfahrungswissen, pathophysiologischen Überlegungen und der festen Gewissheit, Hausärzt*innen müssten von Expert*innen belehrt werden. Nach und nach setzten sich die Regeln der evidenzbasierten Medizin durch, und es wurde klar, dass Interessenkonflikte und insbesondere Verbindungen zur Pharmaindustrie Verhalten und Empfehlungen wesentlich beeinflussen. Die evidenzbasierte Medizin hielt Einzug in Deutschland – und mit ihr eine selbstbewusste Allgemeinmedizin. Um möglichst „gutes“ medizinisches Handeln zu ermöglichen und den Einfluss der Industrie zu minimieren, wurden Regeln für die Erstellung von hochwertigen Leitlinien in Deutschland festgelegt. Das Ergebnis dieser Bemühungen ist unter anderem das Programm der *Nationalen Versorgungsleitlinien* (NVL), das alle beteiligten Fachgesellschaften auf Augenhöhe an einen Tisch bringt – zum Nutzen von Patient:innen und Gesellschaft.

Verschiedene Fachgesellschaften praktizieren jetzt eine Rolle rückwärts. Bei der Anhörung zur Überarbeitung des DMP KHK beim *Gemeinsamen Bundesausschuss* war zu erleben, dass die fünf internistischen Fachgesellschaften DGK, DDG, DGIM, DGfN und DGPR zum Sturm auf die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) KHK (<https://tinyurl.com/4vcwnf4f>) blasen. Auf dem Portal "Herzmedizin" war zu lesen: <https://tinyurl.com/2jv9mrah> - die Ärztezeitung berichtete bereits darüber: <https://tinyurl.com/bddwbpbn>. Die Antikorruptions-Initiative MEZIS wies bereits im Juni letzten Jahres auf die enge Verflechtung von Pharmaindustrie und „Herzmedizin“ hin. Alleine die fünf größten Pharmafirmen finanzieren das Portal jeweils mit 150.000 Euro jährlich. Eine industrieunabhängige Berichterstattung ist hier kaum zu erwarten.

Auf „Herzmedizin“ und in der Ärztezeitung ist zu lesen, DGK, DGIM und DGPR sprächen sich gegen die Empfehlungen der NVL KHK aus. Die Evidenz-Begründung sei unzureichend, eine Befolgung der NVL-Empfehlungen würde zu einer Verschlechterung der Lage von Patient*innen mit KHK führen.

Wir DEGAM-Vertreter*innen haben (zusammen mit vielen anderen) jahrelang mit den Vertreter*innen von DGK, DGIM und DGPR an der Erstellung der NVL KHK zusammengearbeitet. Gemeinsam haben wir sämtliche Empfehlungen der NVL KHK konsentiert. Wir haben diskutiert, gerungen – gestritten.

Alle Empfehlungen sind mit Evidenz belegt. In einem hoch aufwändigen Prozess hatten die Frauen vom ÄZQ Evidenzrecherchen durchgeführt und die Studien nach Amstar, Cochrane-risk-of-bias-tool und GRADE bewertet und Evidenztabelle erstellt. Die dann verfassten Texte waren auf Basis der Diskussionen mit allen (!) Fachgesellschaften unter Beachtung der Vorschriften des AWMF-Regelwerkes niedergeschrieben worden – in einer Qualität, wie es in Leitlinien einzelner Fachgesellschaften meist nicht möglich ist. Leitlinien-Watch vergibt an die NVL die beachtenswerte Zahl von 15 Punkten: <https://tinyurl.com/5rnzhf4s>. Und nun ein solcher schwerwiegender Vorwurf?

Kardiolog*innen beziehen sich vor allem auf die sogenannten ESC-Guidelines, die zu einem großen Teil ohne systematische Evidenzrecherche niedergeschrieben werden. Der Erstautor der *ESC-guideline on cardiovascular prevention* Frank

Visseren hatte auf wiederholte Anfrage in entwaffnender Offenheit erklärt: „*The ESC Guidelines are consensus guidelines. There are no systematic literature searches done.*“ Auch das Management zum Umgang mit Interessenkonflikten ist dort völlig unzureichend: Die „ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes“ erreicht bei Leitlinien-Watch gerade einmal drei Punkte (<https://tinyurl.com/39cadwds>).

Die – leider für viele deutsche Kardiolog*innen offensichtlich sakrosankten - ESC-Leitlinien werden von Angehörigen einer einzigen Fachgruppe – offensichtlich ohne systematische Evidenz-Recherche niedergeschrieben.

In den Nationalen VersorgungsLeitlinien dagegen werden die differenten Aspekte aus Sicht der verschiedensten Fachgesellschaften und Versorgungs-Kontexte zusammengetragen. Widersprüche sind zu erwarten – bisher konnten wir trotzdem jedoch immer wieder konstruktiv miteinander weiterarbeiten. Kompromisse und Konsens sind gerade in heutigen Zeiten elementar wichtig.

Im April 2024 hatte ich in einem Benefit-Beitrag („Die Katastrophe abwenden“) meiner Sorge Ausdruck gegeben, dass durch eine kurzsichtige Fehlentscheidung von Bundesärztekammer und KBV die Zukunft der NVL gefährdet sei.

Inzwischen wurde eine Lösung gefunden, die NVL in etwas abgespeckter Form unter dem Dach des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (ZI) weiterzuführen.

Offensichtlich wollen sich die genannten Fachgesellschaften die Meinungsführerschaft für Deutschland zurückholen und bevorzugen eine **eminenzbasierte** Medizin. Auch der DEGAM-LL Brustschmerz verweigerten die DGK und im Gefolge die DGIM und DGP die Zustimmung, ohne dies in der entsprechenden Erklärung plausibel darzulegen (<https://tinyurl.com/3ymy3zr5>).

DGK und DGIM verweigerten dann im Herbst letzten Jahres auch der NVL KHK völlig unerwartet die Unterschrift, ohne je entsprechend kritische Einwände geäußert zu haben.

Der Verdacht drängt sich auf: Wenn man die Empfehlungen der ESC (böse Stimmen nennen sie „*European Society of Corruption*“) schon nicht im Austausch der Argumente durchsetzen konnte, dann zerschlägt man eben die evidenzbasierte Leitlinie.

Welche Kritikpunkte äußern DGK, DGIM und DGPR an der NVL KHK, und wie sehen die Fakten aus?

- Die NVL fokussiere nur auf das Symptom Brustschmerz und blende das Symptom Dyspnoe aus.
 - Bereits im ersten Kapitel der NVL KHK zu Definition und Diagnostik einer KHK wird auf Dyspnoe als Wegweisendes Symptom verwiesen. Im Kapitel 1.2. zu Schweregraden und Klassifikationen ist davon die Rede, dass „Betroffene ... asymptomatisch sein und ...unter Belastungsdyspnoe ... leiden“ können.
 - Selbst wenn Teile dieser Kritik als gerechtfertigt empfunden werden – warum haben die kardiologischen Vertreter dann nicht im Prozess der Erarbeitung der NVL auf eine stärkere Berücksichtigung dieses Symptoms gedrängt?
- Eine an LDL-Zielwerten orientierten Therapie mit Lipidsenkern sei evidenzbasiert, dem gegenüber empfehle die NVL eine Festdosis-Strategie

- In der NVL KHK stehen die kardiologische Empfehlungen, das LDL bei KHK unter 55 mg/dl (<1,4 mmol/l) zu senken und Statine in fixer Dosis einzusetzen, gleichberechtigt nebeneinander. Das reflektiert die Tatsache, dass zwar einerseits die Evidenz für einen LDL-Zielwert von unter 55 mg/dl ungenügend ist, andererseits aber auch keine ausreichende Evidenz dafür besteht, dass eine Zielwert-Strategie **unterlegen** sei. Anders, als die DGK behauptet, empfiehlt die NVL KHK eben nicht eine Fixdosis-Strategie, sondern stellt beide Strategien als möglich nebeneinander.
- Im Übrigen: es existiert keine einzige randomisierte Studie, in der eine LDL-Senkung unter 55 mg/dl (<1,4 mmol/l) untersucht worden war! In nur einer randomisierten Studie (<https://tinyurl.com/yafvuj84>) wurde eine Zielwert- mit einer fixen Statin- Hochdosis verglichen. Diese Studie litt unter derartigen Mängeln, dass eine Nicht-Unterlegenheit einer LDL-Dosistitration nicht klar nachgewiesen werden konnte (**NB**: es erscheint schon merkwürdig, eine intensivere Therapie auf Nicht-Unterlegenheit testen zu wollen – im Interventions-Arm der Studie LODESTAR war es zu einem verstärkten Einsatz weiterer Lipid senkender Substanzen wie Ezetimib gekommen).
- Drei weitere Studien untersuchten keine Fixdosis, sondern verglichen den Outcome bei Verfolgung verschiedener Zielwerte bei der Dosis-Titration miteinander. Alle drei Studien waren - nicht verblindet - im methodisch problematischen PROBE-Design durchgeführt worden.
- In keiner dieser drei Studien war das LDL unter 55 mg/dl (<1,4 mmol/l) gesenkt worden.
- Zwei der drei Studien (<https://tinyurl.com/5t5x2knp> und <https://tinyurl.com/3vbrsbuy>) zeigten keinen Vorteil niedrigerer LDL-Zielwerte. Die Aussagekraft der einzigen Studie, die einen Vorteil einer LDL-Senkung unter 70 mg/dl (<1,8 mmol/l) nahelegte (<https://tinyurl.com/ffmwwh6b>) ist dadurch eingeschränkt, dass die Studie aus nicht medizinischen Gründen vorzeitig beendet worden war.
- Die NVL nutze verwirrende Entscheidungshilfen für Koronarangiographien, indem sie die Einwilligung zu einer Koronarangiographie immer mit dem prinzipiellen Einverständnis zu einer Bypass-Operation verknüpfe. Die generelle Forderung, das Ergebnis von Koronarangiographien im Herzteam zu erörtern, sei nicht praktikabel. Zudem berücksichtige die NVL ungenügend die Möglichkeiten der Myokardrevaskularisation, um die Infarktrate zu senken.
 - Für die Version 6.0 der NVL KHK hatte das ÄZQ eine umfangreiche Evidenzrecherche durchgeführt - mit dem Ergebnis, dass ein die Prognose verbessernder Effekt im Vergleich mit einer optimalen medikamentösen Therapie eben nicht belegt ist. Evidenztabelle und zusammenfassende tabellarische Übersichten zu einzelnen Endpunkten umfassen mehr als 50 Seiten (Leitlinienreport zu Version 6.0).

Der regelmäßig von kardiologischer Seite wiederholte Hinweis, in einer Nach-Untersuchung der ISCHEMIA-Studie (<https://tinyurl.com/42e4fkdd>) habe in der PCI-Gruppe die Rate v.a. periprozeduraler Infarkte niedriger gelegen als in der konservativen Vergleichsgruppe, ist ein schwaches Argument: die Betroffenen haben im Schnitt keinen Tag länger gelebt, als wenn sie nur medikamentös behandelt worden wären. Dabei ist es in erster Linie eine Prognose-Verbesserung, die unsere Patient*innen treibt, sich kathetern zu lassen (<https://tinyurl.com/2p9y6dt7>).
 - Die Aussage der DGK, Bypass-Operationen würden in der NVL bei fast allen Patientinnen und Patienten mit komplexer KHK empfohlen, ist irreführend. In der NVL wird in Tabelle 22 differenziert ausgeführt, dass bei Mehrgefäßerkrankung, bei

Diabetes und bei Syntax-Score ≥ 33 der Bypass der PCI signifikant und bei Hauptstammstenose nur numerisch überlegen ist und dass es für den Bypass bei begleitender Herzinsuffizienz diesbezüglich keine Daten gibt.

- Anders als von der DGK behauptet wird in der Entscheidungshilfe nicht behauptet, es stürben nach Bypass-OP nach 5 Jahren 3 Personen weniger, als wenn sie eine PCI bekommen hätten. Vielmehr wurde **a)** die Aussage eingegrenzt auf Personen mit Herzinsuffizienz, Hauptstammstenose, Diabetes und „ausgeprägte“ KHK, **b)** von 3-5 Todesfällen weniger auf 100 Operierte gesprochen, und **c)** wurde mit optimaler medikamentöser Therapie und nicht mit der – diesbezüglich in den allermeisten Fällen prognostisch nicht hilfreichen PCI verglichen. Genau heißt es hier im Text der Entscheidungshilfe: „Ob **Stents** vorteilhaft sind, wenn eine OP nicht in Frage kommt, weiß man nicht.“
- Geradezu verräterisch erscheint die Aussage der DGK, die Anforderung, vor jeder PCI eine Herz-Team-Besprechung durchzuführen, bevor eine Stenose dilatiert werden dürfe, sei übertrieben und unrealistisch. Es geht ja gerade darum, unnötige „okulostenotische Reflexe“ zu verhindern (siehe ich eine Stenose, dilatiere ich sie gleich): Es werden in Deutschland viel zu viele Koronarangiographien durchgeführt und Stents implantiert. Kommen in vergleichbaren OECD-Ländern drei PCI auf einen Bypass, sind es in Deutschland zehn (<https://tinyurl.com/2s3ddenn>). Auch aus anderen Ländern gibt es Belege, dass bei koronaren Stenosen bei stabiler KHK häufig zu schnell dilatiert wird, statt in Ruhe das Vorgehen zu überlegen (<https://tinyurl.com/3eyzz55t>).
- Zudem ist seit Anfang 2025 die koronare Computertomographie Kassenleistung. Allein ihre Verfügbarkeit wird nach und nach die Zahl von etwa 350.000 rein diagnostischen Koronarangiographien relevant reduzieren.

Die internistischen Fachgesellschaften sollten sich einmal eine nicht ganz unwesentliche Frage stellen: Welche Vorstellung haben sie vom Endergebnis, wenn sie mit ihrem Sondervotum zu Gunsten einer Zielwert-Strategie bei der LDL-Senkung den NVL-Prozess verlassen?

Ist ihnen klar, dass ihr Sondervotum dazu führen wird, dass dann keine einzige evidenzbasierte deutsche Leitlinie mehr eine LDL-Dosis-Titration empfiehlt?

Selbst wenn man die Aspekte Interessenkonflikte und fehlende Evidenz (für die Empfehlungen von ESC und DGK) beiseitelässt: Einen Konsensprozess zu verlassen, wenn einem das Ergebnis der Evidenzrecherche und der geheimen demokratischen Abstimmung nicht passt, erscheint besorgniserregend. Denn dieses Vorgehen stellt das Bemühen um Evidenzbasierung und die in der NVL praktizierte Interdisziplinarität in Frage.

- ⇒ Wenn ich mir eine Bitte an Sie erlauben darf: Falls Sie in Ihrer Nachbarschaft gute Kardiolog*innen kennen (die gibt es unzweifelhaft!): sprechen Sie sie mit der Bitte an, auf ihre Fachgesellschaft dahin gehend einzuwirken, dass sie wieder zur Evidenz und zur interdisziplinären Zusammenarbeit zurückkehrt.
- ⇒ Nutzen Sie intensiv die hervorragenden Patient*innen-Informationen aus der NVL KHK – Sie helfen damit, ihre Verbreitung und Akzeptanz zu erhöhen:
 - Statin in mittlerer oder hoher Dosis? <https://tinyurl.com/2s3725kh>
 - Statin in fester Dosis oder nach Cholesterinwert?

<https://tinyurl.com/3645u8z6>

- Brauche ich eine Herzkatheteruntersuchung? <https://tinyurl.com/29cnjdc7>

- Herzkatheter: Stent oder erst mal abwarten? <https://tinyurl.com/yck65efw>

- Stent oder Bypass? <https://tinyurl.com/2s48nx89>

XX

Schon wiederholt hatte ich mich in meinen Benefit-Beiträgen kritisch mit der elektronischen Patient*innen-Akte auseinandergesetzt.

Hier finden Sie eine kritische Auseinandersetzung des ehemaligen IQWiG-Chefs Jürgen Windeler mit der Behauptung, wir bräuchten dringend eine zentrale Speicherung der Gesundheitsdaten, um vernünftige medizinische Forschung betreiben zu können: <https://observer-gesundheit.de/forschung-mit-epa-daten-ein-blick-in-die-truebe-zukunft/>

Hier lesen Sie die kritischen Gedanken des Kölner Hausarztes Stefan Streit zum Projekt einer zentralen Speicherung der Gesundheitsdaten/einer Arzt-Geheimnis-Cloud: <https://tinyurl.com/yu2ajy3> .

Ebenfalls in der Ärztezeitung (log-in-Schranke!) setzt sich ein fränkischer Kollege mit der Testphase zur ePA auseinander – „das kann man nicht Testbetrieb nennen!“: <https://tinyurl.com/3um5aefu>

In der Hoffnung, dass wir es gemeinsam schaffen können, sowohl die kardiologische Abkehr von Evidenz und Interdisziplinarität als auch das große Geschäft mit den Gesundheitsdaten gesetzlich Krankenversicherter aufhalten zu können, bleibe ich

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: Sandra Blumenthal, Jörg Haasenritter, Ilja Karl, Michael M. Kochen, Uwe Popert, Marco Roos)

„Dr. Hontschiks Diagnose“

Bittere Folgen

Über die Zerstörung internationaler Gesundheitspolitik

Der 75jährige Claude Malhuret leitete von 1978 bis 1986 die Ärzteorganisation Médecins Sans Frontières, wurde Staatssekretär unter Jaques Chirac, später Mitglied des Europäischen Parlaments. Er schreibt seine Reden selbst, spricht oft frei und ist bekannt für eine brillante Rhetorik. Er ist Arzt, Epidemiologe und seit 2014 Mitglied des französischen Senats. Am 4. März dieses Jahres hielt er dort eine Rede, die wie ein Donnerhall auch in den von ihm so genannten „asozialen Medien“ weltweit Furore machte. In seiner Abrechnung mit Donald Trump verglich er das Weiße Haus mit dem Palast Neros, der als diktatorischer Kaiser



Rom in Brand steckte. Elon Musk bezeichnete er als einen „Hofnarr unter Ketamin“. Trump habe seine Alliierten verraten

und die amerikanische Demokratie fast so schnell beschädigt wie Hitler in Deutschland 1933.

Ein Teil seines fassungslosen Entsetzens rührte auch von der Zerstörung der United States Agency for International Development her, kurz USAID. Diese über sechzig Jahre alte Behörde hatte bis vor kurzem etwa 10.000 Angestellte und einen Jahresetat von etwas knapp fünfzig Milliarden Dollar. Sie realisierte weltweit die gesamte Entwicklungszusammenarbeit der USA, sollte u.a. demokratische Entwicklungen stärken, Umweltschutz und landwirtschaftliche Projekte finanzieren und Nothilfe in Katastrophen- und Krisenfällen leisten. Am 20. Januar 2025 ordnete Trump die sofortige Aussetzung jeglicher Entwicklungshilfe an. Elon Musk, der Schattenpräsident, bezeichnete die USAID als kriminelle Vereinigung, die von "radikalen Verrückten" geführt war. Die Behörde müsse geschlossen werden. Fast alle USAID-Verträge wurden gekündigt. Die Anzahl der Stellen wurde auf 300 gekürzt.

Für die betroffenen Länder von Indien bis Südafrika, von Afghanistan bis Brasilien war und ist das eine unvorstellbare Katastrophe. Programme zur Krankheitsbekämpfung, Epidemieprävention und Aufbau einer medizinischen Grundversorgung in Lateinamerika, Asien und vielen afrikanischen Ländern brachen abrupt in sich zusammen. Tausende von Beschäftigten dort verloren von heute auf morgen ihren Arbeitsplatz. Jean Kasey, der Direktor der afrikanischen Gesundheitsbehörde CDC, warnte, dass knapp

vierzig Millionen Menschen in Armut gestürzt würden und mit zwei bis vier Millionen zusätzlichen Todesfällen zu rechnen sei, weil verbreitete Krankheiten nicht mehr vermieden oder behandelt werden können. Fatal daran ist, dass dieser irre Kahlschlag früher oder später wie ein Bumerang auf die USA und damit auch auf Europa zurückschlagen wird, indem sie von unkontrollierbaren Ausbrüchen alter und neuer Infektionskrankheiten in Afrika und Asien unentrinnbar mit erfasst werden.

Das ist die eine Seite der Medaille dieses Trumpschen Zerstörungswerks. Zwar ist das eine Katastrophe für Millionen Menschen weltweit, die andere Seite der Medaille aber ist, dass USAID niemals eine Unterabteilung der Caritas war. Sie war immer auch ein finanzieller Arm der US-amerikanischen Außenpolitik. Sie war immer auch ein Element der Destabilisierung von linken und progressiven Regierungen, besonders in Lateinamerika. Sie hat Menschenrechtsverletzungen und Diktaturen unterstützt. Bolivien und Ecuador haben USAID schon 2013 wegen der Einmischung in deren innere Angelegenheiten des Landes verwiesen. Auch in Venezuela und Kolumbien nimmt die Kritik an der erheblichen Abhängigkeit von den USA immer mehr zu.

In unserem Land hört man inzwischen ähnliche Töne. Der CSU-Politiker Huber warf der Regierung vor, sie verteile Geld in aller Welt, aber „für unsere hart arbeitenden Bäuerinnen und Bauern“ sei nichts übrig. Auch der FDP-Politiker Kubicki tönnte, dass immer Geld für andere da sei, „aber nicht für die eigenen Bürger“. Und der CDU-Politiker Frei verlangte, alles müsse viel stärker „entlang nationaler Interessen“ entschieden werden. Der dümmliche Gipfel dieser Kirchturmpolitik war die demagogische Behauptung der AfD, Deutschland finanziere Radwege in Peru mit 315 Millionen Euro. Tatsächlich aber war es der CSU-Minister Müller, der Kredite und Zuschüsse für ein umweltschonendes Verkehrssystem in Peru in Höhe von 44 Millionen Euro bewilligt hatte.

Wessen Blick über den Tellerrand reicht, der muss rasch sehen, dass Frieden, Freiheit und vor allem auch Gesundheit in unserem Land direkt abhängig sind von klugen internationalen Hilfsinterventionen. Gegenwärtig ist dieses Wissen in den USA völlig unter die Räder gekommen. Da fällt mir der italienische Kommunist Antonio Gramsci ein, der 1930 aus dem Gefängnis schrieb: «Die alte Welt liegt im Sterben, die neue ist noch nicht geboren. Es ist die Zeit der Monster.»

Die Monster von heute haben einen Namen, aber wie die neue Welt von morgen aussehen wird, ist noch völlig offen.

Diese „Golden Nuggets“ zu schreiben war ausgesprochen spannend für mich. Ich habe viel über „**ungewollter Gewichtsverlust**“ gelernt und möchte euch nun die beiden relevantesten Studien sowie Guidelines präsentieren, die jeder Hausarzt kennen sollte. Viel Spaß dabei ☺

#1 Die bisher größte Studie mit Hausarzt-Patienten

Diese UK Studie hat eine turbulente Vorgeschichte:

- Im **August 2020** wurde sie im [BMJ](#) publiziert.
- Im **März 2024** fanden die Autoren einen Fehler in ihrer eigenen Arbeit (siehe BMJ's [Expression of Concern](#)). Offenbar wurden fälschlicherweise einige Probanden aus ihrer Studie ausgeschlossen und dadurch das Krebsrisiko in bestimmten Gruppen unterschätzt.
- Im **Oktober 2024** hat das [BMJ](#) die Studie zurückgezogen und als Update neu publiziert.

Warum schreibe ich über eine solche Studie? Einerseits, weil die Inhalte immer noch wichtig für Hausärzte und Patienten sind. Andererseits, weil die Autoren zwar einen Fehler machten, zu diesem aber standen und ihn korrigierten. Das ist vorbildlich und eine seltene Ausnahme. Laut einer [Nature](#) Analyse wurden 2022 nur 0,2% aller Publikationen zurückgezogen, die wenigsten davon aufgrund eines „ehrlichen Fehlers“ wie hier. Das sollte viel häufiger passieren, denn immerhin sei die meisten (!) Publikationen „[falsch](#)“ oder „[unbrauchbar](#)“ (z.B. weil Studien oft zu klein sind oder keine neue Fragestellung beantworten).

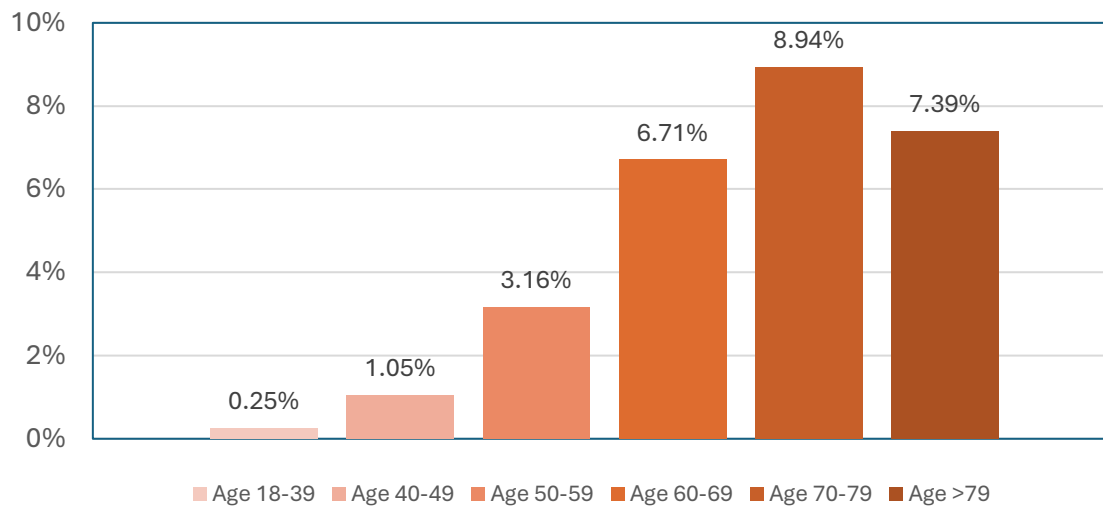
Nun zum Inhalt dieser [BMJ Studie](#):

- **Probanden:** 330.000 Erwachsene (54% über 60 Jahre) mit ungewolltem Gewichtsverlust (mind. 5% in 6 Monaten) in Großbritannien
- **Methode:** Retrospektive Analyse von Daten aus der Allgemeinmedizin (Elektronische Gesundheitsakten) und des Nationalen Krebsregisters
- **Ergebnis:** 4,8% hatten innerhalb von 6 Monaten eine Krebsdiagnose (96% davon waren über 50 Jahre alt). Bei ungewolltem Gewichtsverlust wird laut UK Guidelines ab **3% Krebswahrscheinlichkeit** eine rasche, spezifische Abklärung empfohlen. Das betrifft laut dieser Studie:
 - Alle **Männer ab 50** und alle **Frauen ab 60**
 - Jüngere Patienten mit **zusätzlichen** klinischen Merkmalen

Ist das Alter wirklich relevant?

Ja. Ungewollter Gewichtsverlust führte bei 18-39 Jährigen **35-Mal (!)** seltener zu einer Krebsdiagnose als bei 70-79 Jährigen:

Krebs-Wahrscheinlichkeit* bei Ungewolltem Gewichtsverlust

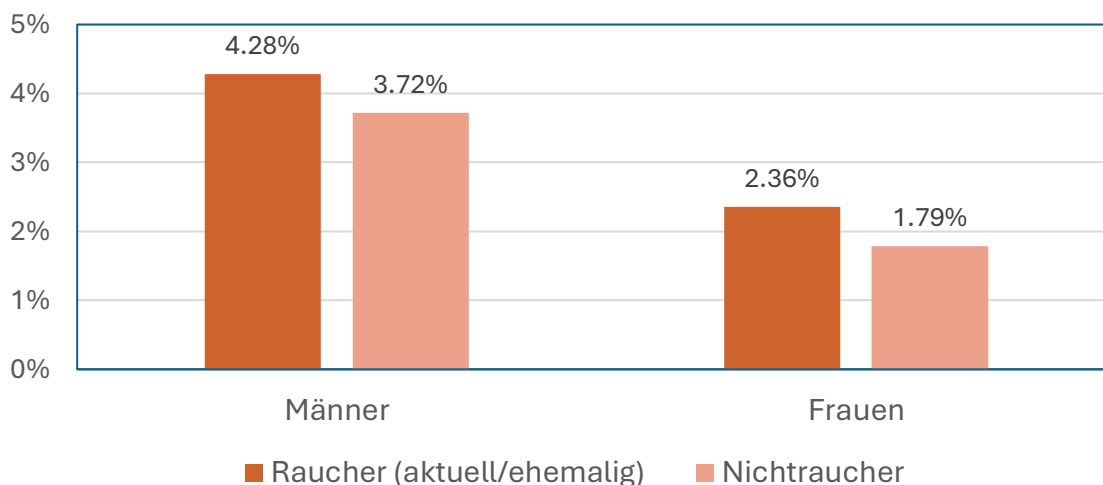


*Definiert als Krebsdiagnose innerhalb der nächsten 6 Monate

Ist das Geschlecht wirklich relevant?

Ja. Männer hatten in allen Altersgruppen etwa die **doppelte** Krebswahrscheinlichkeit. Deshalb wird, aufgrund des Cut-Offs von 3%, bei allen Männern schon ab 50 und bei allen Frauen erst ab 60 eine rasche, spezifische Abklärung empfohlen:

50 bis 59 Jährige: Krebs-Wahrscheinlichkeit* bei Ungewolltem Gewichtsverlust



*Definiert als Krebsdiagnose innerhalb der nächsten 6 Monate

Welche Zeichen, Symptome und Laborergebnisse sind relevant?

Viele. Etwa 30 wurden identifiziert. Trat **eines** davon auf, war Krebs meist 2-3 Mal wahrscheinlicher. Traten **mehrere** davon gleichzeitig auf, stieg die Krebswahrscheinlichkeit noch mehr. Die vollständige Liste ist in der [Publikation](#). Hier die häufigsten, relevantesten Befunde:

- **Doppeltes Krebsrisiko (Symptome):**
 - Abdominelle Schmerzen, Appetitverlust, Dysphagie, Übelkeit und Erbrechen (sowie Obstipation und Pruritus beim Mann)
- **Dreifaches Krebsrisiko (Labor):**
 - Reduziertes Hämoglobin; erhöhte Thrombozyten und Leukozyten
 - Reduziertes Albumin; erhöhte CRP, BSG und AP
- **6-21 Mal höheres Krebsrisiko (Zeichen):**
 - Raumforderungen abdominell (sowie Becken und Brust bei Frauen); Ikterus

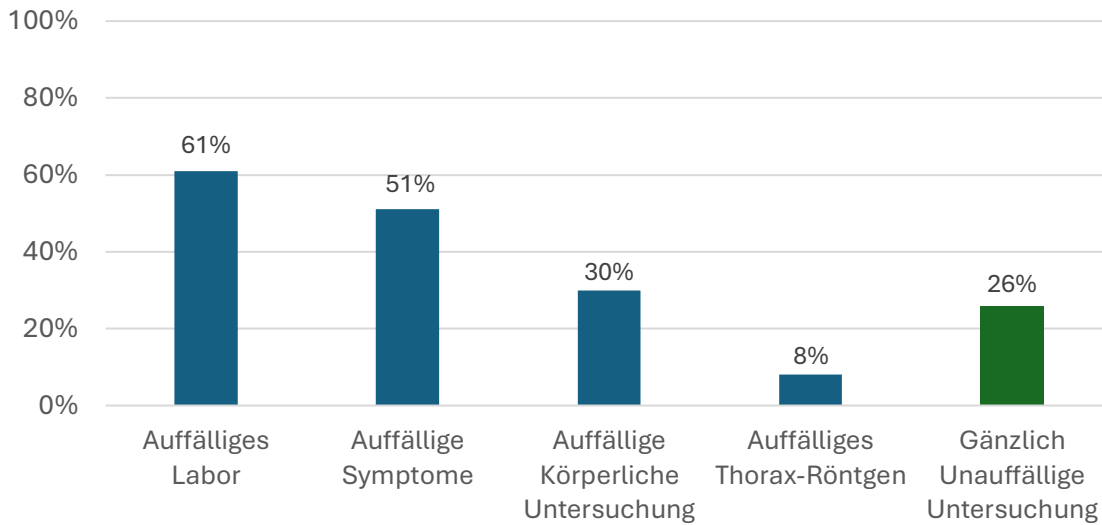
#2 Die bisher größte prospektive Kohortenstudie

Publiziert 2017 in [PLoS One](#):

- **Probanden:** 2.700 Erwachsene (Mittelwert 64 Jahre) in Barcelona mit ungewolltem Gewichtsverlust (mind. 5% in 6-12 Monaten)
- **Methode:** Prospektive Kohortenstudie einer Spezialambulanz zur Abklärung von Patienten mit ungewolltem Gewichtsverlust
- **Ergebnis:** 33% erhielten eine Krebsdiagnose (Durchschnittsalter 69)

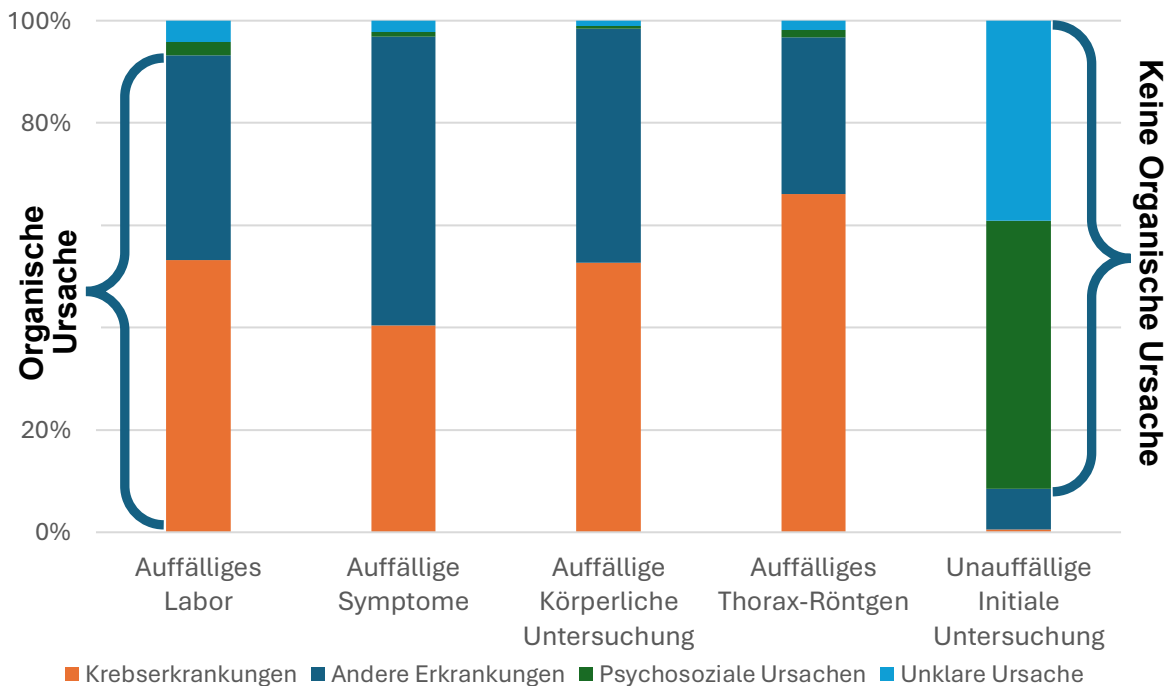
Der Anteil der Krebserkrankungen war in dieser [PLoS One](#) Studie (33%) deutlich höher als in der vorherigen [BMJ](#) Studie (5%). Vermutlich, weil diese Patienten **länger beobachtet** wurden (meist 15 statt 6 Monate) und weil sie ein **höheres Grundrisiko** hatten (sie wurden bewusst in eine Spezialambulanz überwiesen!). Das ist zu berücksichtigen, wenn man die Ergebnisse auf ein hausärztliches Setting (mit einem vielfach geringeren Krebsrisiko!) umlegt!

Initiale Untersuchungsergebnisse...



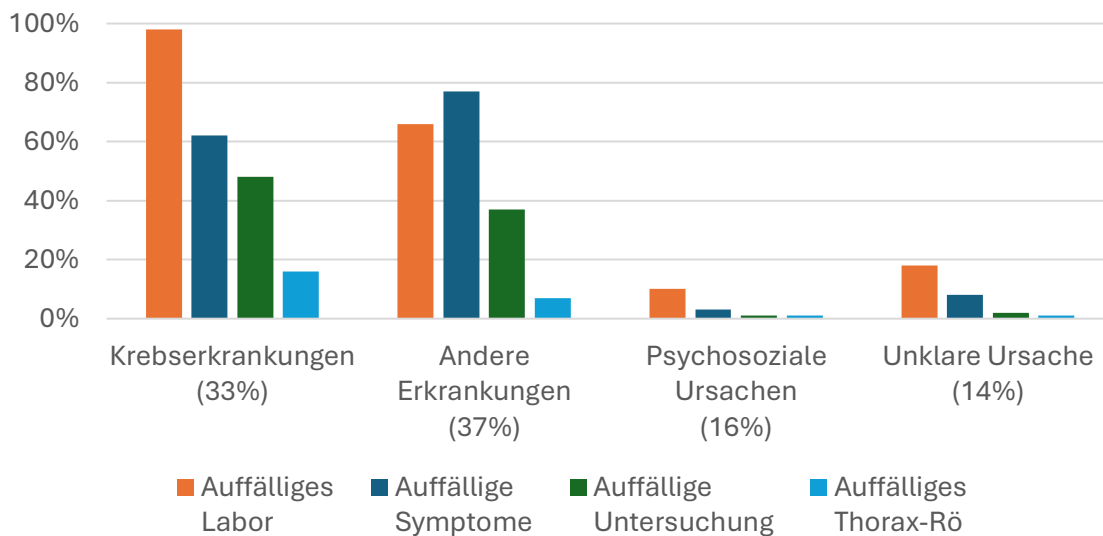
In dieser Spezialambulanz für ungewollten Gewichtsverlust hatten **74%** aller Patienten zumindest eine Auffälligkeit.

...spätere Diagnosen



Patienten mit zumindest einem **positiven Befund** hatten zu **93%-98%** eine organische Erkrankung (maligne oder nicht-maligne). Patienten mit gänzlich **negativen Befunden** hatten nur zu **0,6%** eine Krebserkrankung (aber zu 8% eine andere organische Erkrankung). All diese Zahlen sind in der Allgemeinmedizin höchstwahrscheinlich niedriger.

Spätere Diagnosen & Initiale Untersuchungsergebnisse



Dies hier sind die gleichen Daten aus einer anderen Perspektive dargestellt. **98%** aller Krebserkrankungen zeigen sich im Labor. Die meisten organischen Erkrankungen zeigen sich mit **mehreren** positiven Befunden.

#3 Was empfehlen Guidelines?

Basisdiagnostik: Die eingeschlossenen Guidelines ([AAFP](#), [NICE](#), [UpToDate](#), [Deximed](#)) betonen Anamnese, körperliche Untersuchung und Labor. Thorax-Röntgen wird meist empfohlen, Sono-Abdomen nur manchmal:

- **Anamnese**
 - *Allgemeinsymptome?* Nachtschweiß, Hämoptyse, Angst vor Gewichtszunahme...
 - *Ernährung und Appetit?*
 - *GI Symptome?* Dysphagie, Übelkeit, Diarrhoe, Obstipation, Blut im Stuhl...
 - *Medikamente?* Hier eine Liste der möglichen [Medikamente \(AAFP\)](#)
 - *Psychosozial?* Depression, Demenz, Stress, Ressourcen...
- **Körperliche Untersuchung**, z.B. Zahnstatus, Lymphknotenstatus...
- **Labor**, z.B. Blutbild, CRP/BSG, Blutzucker, TSH, AP/Albumin, LDH, Ca, okkultes Blut im Stuhl... (Manches davon um spezifische Erkrankungen zu erkennen, anderes weil es mit 2-3-fachem Krebsrisiko assoziiert ist. Siehe [BMJ 2024](#) Table 4)
- **Thorax-Röntgen** (Lungen-CA...)
- **Evtl. Sono-Abdomen** (abdominelle Karzinome, Hepatosplenomegalie...)

Weitere Abklärung

- *Auffällige Basisdiagnostik*: Endoskopien bzw. CT/MR je nach Befund.
- *Red Flags*: sofortige Spezialdiagnostik (z.B. bei Dysphagie, sichtbares Blut im Stuhl, Hämoptyse, Nachtschweiß, Lymphknotenschwellungen).
- *Unauffällige Basisdiagnostik*: „[watchful waiting](#)“ statt „Diagnostik ins Blaue“ (z.B. [3 Monate](#) oder [3-6 Monate](#)), weitere Abklärung bei Persistenz.

Wo sind die **Unterschiede** zwischen den Leitlinien und den beiden Studien?
Die Studien zeigen, dass auch Personen ohne Symptomatik und körperlichen Auffälligkeiten ein erhöhtes (über 3%) Krebsrisiko haben, wenn sie über 60 sind.
[Danke an Dr. Günther Egidi für die Änderungsvorschläge zu diesem Abschnitt]

Conclusio

- **Das Alter ist ausgesprochen relevant. Das Geschlecht auch.**
Auch ein [Systematic Review](#) (2018) hat 25 diesbezügliche Studien analysiert und kam zum Schluss, dass **Männer ab 50** und **Frauen ab 60** ein Krebsrisiko von über 3% haben und weiter abgeklärt werden sollten.
- Was tun **bei jüngeren Patienten**? Eine aktuelle [qualitative Studie](#) aus England hat 23 Hausärzte befragt, „die meisten interpretieren Alterskriterien flexibel und folgen ihrer eigenen Einschätzung und Erfahrung“.
- **Symptome, Laborbefunde, klinische Zeichen und Thorax-Rö-Befunde** können das Risiko verdoppeln, verdreifachen und noch weiter steigern. Mehrere positive Befunde steigen das Risiko noch weiter.
- Bei einer **unauffälligen initialen Abklärung** ist eine Krebserkrankung unwahrscheinlich (0,6% bei Spezialambulanz-Patienten).
- Patienten mit **anderen organischen Erkrankungen** hatten meist Verdauungsstörungen und oftmals Zahnprobleme, Ulzera oder Kolitis.
- Patienten mit **psychosozialen Belastungen** hatten meist Depression oder somatoforme Störungen.
- Auch Patienten **OHNE** ungewolltem Gewichtsverlust können Krebs haben. Denn er steigert die Krebswahrscheinlichkeit „nur“ um das 3-fache (bei Männern) bzw. 2-fache (bei Frauen).
- Auch Patienten **MIT** ungewolltem Gewichtsverlust können keinen Krebs haben. Das traf sogar auf 95% aller allgemeinmedizinischen Patienten zu.

Es bleibt eine Wissenschaft und Kunst, mit unterschiedlichen Zugängen!
Deshalb...

...was sind deine Erfahrungen/Zugänge zu ungewolltem Gewichtsverlust?

Schreib mir einfach hier (florian.stigler@family-medicine.org) oder hier als [anonyme Umfrage](#)! Im nächsten Newsletter kommt eine Zusammenfassung eurer Antworten. ☺

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](#)

Anmeldung: family-medicine.org