

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

► Zoster-Impfung gegen Demenz?

Nach Zahlen des *Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen* (DZNE – eines der 18 Forschungseinrichtungen der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren) lebten 2023 in Deutschland rund 1,8 Millionen Menschen mit Demenz, die Mehrzahl Frauen – zwei Drittel leiden an der Alzheimer Erkrankung. Nach prognostischen Schätzungen könnte die Anzahl der Betroffenen (im Alter ab 65 Jahren) im Jahr 2030 auf bis zu 1,9 Millionen ansteigen, im Jahr 2040 auf bis zu 2,3 Millionen und im Jahr 2050 auf bis zu 2,7 Millionen.

Laut RKI lag im Jahr 2022 die Prävalenz von Demenzerkrankungen in der deutschen Bevölkerung ab 40 Jahren bei 2,8 % (Frauen 3,3 %, Männer 2,4 %) *Demenzerkrankungen – Prävalenz, Trends und regionale Verteilung in Deutschland. Eine Auswertung auf Basis von GKV-Routinedaten* <https://t1p.de/98a4j> [frei].

Nach der gängigen Theorie kommt es bei der Alzheimer-Demenz im Gehirn von Betroffenen zu einem fortschreitenden Verlust von Neuronen und einer Dysfunktion von Synapsen, begleitet von der Ablagerung von Amyloid- β -Peptiden, die zu Plaques verklumpen. Diese Ablagerungen führen zu einer entzündlichen Reaktion umgebender Immun- und Gliazellen, die auf unterschiedliche Weise die Krankheitsprozesse vorantreiben.

Ob diese Veränderungen aber die Ursache oder die Folgen der Erkrankung sind, liegt bis heute völlig im Dunkeln. Demzufolge werden auch aktuelle therapeutische Ansätze (z.B. monoklonale Antikörper wie *Lecanemab*), welche diese Ablagerungen vermindern oder gar beseitigen sollen, heftig angezweifelt.

- Bereits 2016 veröffentlichte eine internationale Autorengruppe unter der Federführung der Oxforder Neurowissenschaftlerin *Ruth F. Itzhaki* einen Text, in dem dargelegt wird, warum Viren oder Bakterien als Ursache einer Demenz viel stärker berücksichtigt werden müssten als es die o.g. aktuellen Theorien tun (*Microbes and Alzheimer's Disease* <https://t1p.de/0qq33> [frei]).
- Die Verfasser sagen, dass infektiöse Erreger wie z.B. das Herpesvirus HSV1, Chlamydien oder Spirochäten das ZNS erreichen und dort in latenter Form verbleiben. Durch die im Alter nachlassende Immunität (zelluläre Seneszenz) und andere Faktoren käme es zu einer Aktivierung der latenten Erreger und in der Folge zu einer fortschreitenden Fehlfunktion von Synapsen und zum Verlust von Neuronen. Amyloid- β -Peptide seien lediglich eine Art von reaktiver Verteidigungsbarriere.

Vor wenigen Tagen hat ein multinationales und fächerübergreifendes Autorenteam (Division of Primary Care and Population Health, Department of Medicine und Neurosciences Institute, Stanford University, CA; Leibniz-Institut für Finanzmarktforschung, Frankfurt am Main; Fakultät für Rechts- und Wirtschaftswissenschaften, Universität Mainz; Heidelberger Institut für Global Health; Wirtschaftsuniversität Wien; Chan Zuckerberg Biohub – San Francisco, CA) eine aus meiner Sicht bahnbrechende (und frei verfügbare!) Publikation im Wissenschaftsmagazin *Nature* publiziert, das den Titel **„A natural experiment on the effect of herpes zoster vaccination on dementia“** trägt.

- Für den Beweis, dass ein Impfstoff gegen ein potentiell demenzinduzierendes Virus wirksam ist und auf diese Weise die Erkrankung verhindern oder verzögern kann, bräuchte es normalerweise eine randomisierte Studie mit einer

großen Zahl von Personen, die nicht an einer Demenz leiden – und einer Nachverfolgungszeit von vielen Jahren. Kaum zu realisieren...

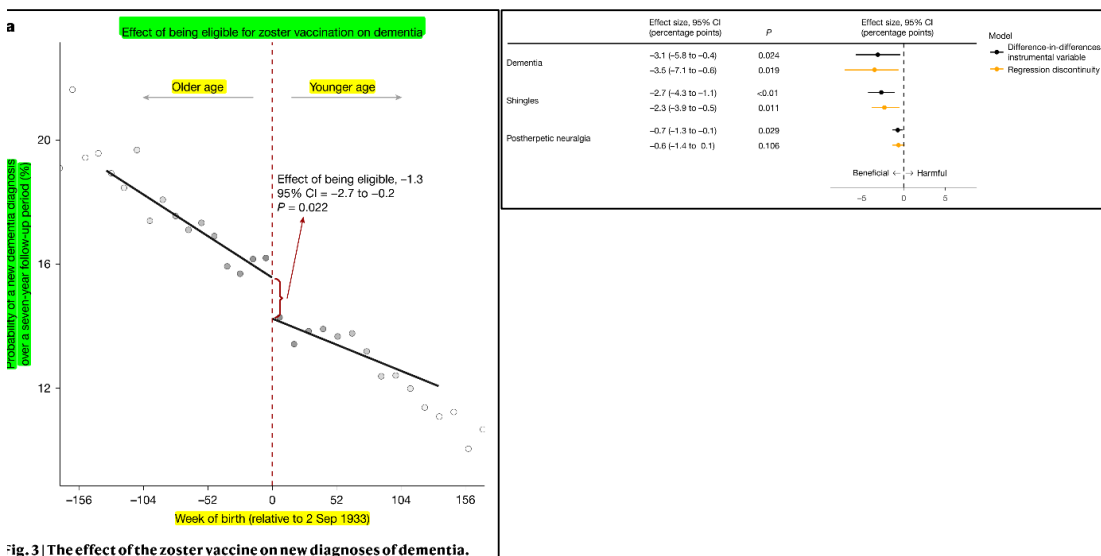
Das o.g. Autorenteam machte sich stattdessen eine zufällig entdeckte, gesundheitspolitische *Entscheidung über Impfstoff-Erstattungen des National Health Service (NHS) aus dem Jahr 2013* zunutze. In diesem Jahr wurde im britischen Wales entschieden, dass nur diejenigen Personen, die **nach dem 2.9.1933 geboren waren, den Lebendimpfstoff gegen Herpes Zoster (Zostavax®) erstattet bekommen - die vorher Geborenen aber nicht**
<https://t1p.de/t1oka>.

Die Auswertung großer Datenbestände mittels einer Regressionsanalyse zeigte daraufhin, dass die entsprechende **Impfrate bei den Berechtigten (im Vergleich zu den z.T. nur wenige Tage älteren, „leer ausgegangenen“ Personen) von 0.01% auf 47.2% anstieg**. Dieser Vergleich von zwei großen Gruppen demografisch praktisch gleicher Individuen stellt eine Art von natürlichem Experiment dar (Quasi-Randomisierung).

Die Autoren prüften dann mehrfach, ob Ihr Gruppenvergleich störanfällig war.

- ▷ Sie fanden zum Beispiel, dass der Zoster-Impfstoff ausschließlich zwei Krankheiten beeinflusste (Windpocken [*shingles*] und ... Demenz, siehe Abbildung weiter unten, rechte Grafik) und zu keiner anderen Gesundheitsvorsorge führte.
- ▷ Es waren auch keine anderen Faktoren erkennbar, die eine Demenz beeinflussen konnten (auch bei 200 Arzneimitteln, die theoretisch bei Gürtelrose zum Einsatz kommen konnten, wurde nichts gefunden, was das Vorkommen einer Demenz hätte verändern können).
- ▷ Die rigorose Prüfung auf Validität der Daten war noch viel umfangreicher, als es hier aus Platzgründen darstellbar ist.

Ergebnis: Nach einer Nachverfolgung von sieben Jahren wiesen die Geimpften (im Vergleich zu den praktisch gleichaltrigen Nichtgeimpften) eine relative Verminderung einer Demenz von 20% auf (absoluter Wert: 3.5%; 95% KI 0.6-7.1; $p = 0.019$). Bei Frauen war der Effekt noch stärker!



- Noch ein Wort zur Zoster-Lebendvaccine: **Die rekombinante Version des Impfstoffs scheint noch wirksamer zu sein**, als die Lebendvaccine, wie eine im Juli 2024 veröffentlichte Studie aus den USA zeigt. Auch hier nutzten die Autoren eine administrative Entscheidung im Oktober 2017, als die Lebendvaccine von einem auf den anderen Tag ersetzt wurde (*The recombinant shingles vaccine is associated with lower risk of dementia* <https://t1p.de/qmy40> [frei]).
- Die Autoren offerieren als **Erklärung für den gefundenen Effekt**, dass die Impfung die *Reaktivierung des latent in Gehirnzellen „schlafenden“ Virus vermindert*. Eine solche Aktivierung sei toxisch für Neuronen bzw. verstärke eine zerebrale Entzündungsreaktion. Eine indirekte Bestätigung dieser Hypothese zeigte sich bei den Personen, die mehrfach an Gürtelrose erkrankten – sie wiesen eine höhere Demenzrate auf.

A natural experiment on the effect of herpes zoster vaccination on dementia <https://t1p.de/r4s75> (frei).

Nun kommt – kleines Experiment - der *Beitrag von Günther Egidi, diesmal nicht als pdf-Anhang, sondern als Text.*

► **Thrombozytenaggregationshemmung nach akutem Koronarsyndrom: Kleine Deeskalation**

Seit den 1980er Jahren wird *Acetylsalicylsäure* (ASS) routinemäßig im Zusammenhang mit Herzinfarkten eingesetzt. 1977 führte *Andreas Grüntzig* die erste koronare Ballondilatation (PCI) durch. In den 1990er Jahren wurden Metall-Stents entwickelt, um zu verhindern, dass die dilatierten Koronargefäße wieder kollabierten. Gegen die Thrombogenität dieser Metall-Gitter (also zur Verhinderung von Stent-Thrombosen) wurde dann 1993 **Ticlopidin** zusammen mit ASS eingesetzt - wegen seiner potenziellen Blutbild-Toxizität wurde Ticlopidin 1999 durch **Clopidogrel** ersetzt.

Seit dem Jahr 2002 kamen dann **beschichtete Stents** auf den Markt, welche die Restenosierungs-Rate im Vergleich zu unbeschichteten Stents um 20-30% senken konnten - allerdings auf Kosten von vermehrten Stent-Thrombosen. Im Zusammenhang damit setzten sich bei akutem Koronarsyndrom zunehmend die neueren **P2Y12-Rezeptor-Hemmer Ticagrelor** bzw. bei Unverträglichkeit **Prasugrel** gegenüber Clopidogrel durch.

Ein P2Y12-Hemmer wird (so beschrieben auch in der 2015 veröffentlichten DE-GAM-Leitlinie zum Einsatz neuer Thrombozytenaggregationshemmer in der Hausarztpraxis) in der Regel *für ein Jahr nach akutem Koronarsyndrom empfohlen*. Diese Leitlinie wurde allerdings im Jahr 2024 vom Netz genommen, da wesentliche Inhalte in der Nationalen VersorgungsLeitlinie KHK abgebildet sind.

Zum Thema **Thrombozytenaggregationshemmung nach Infarkt/Akutem Koronarsyndrom (ACS)** sind aktuell einige interessante Studien veröffentlicht worden, die versprechen, das deutlich erhöhte Blutungsrisiko unter einer **doppelten Plättchenhemmung (DAPT)** senken zu können.

- Ein systematischer Review mit Metaanalyse aus 15 RCTs mit 35.326 Patient*innen mit ACS (*Short-Term Dual Antiplatelet Therapy After Drug-Eluting Stenting in Patients With Acute Coronary Syndromes* <https://t1p.de/ufvba> [nicht frei]) untersuchte, was passiert, wenn nach initialer DAPT über einen Zeitraum von 1-3 Monaten

anschließend Ticagrelor bzw. Prasugrel als Monotherapie bis zum Ende des ersten Jahres gegeben - und danach mit ASS-Monotherapie weiterbehandelt wird.

- ▷ Durch dieses Behandlungsregime halbierte sich die Rate größerer Blutungen (RR 0,47; 95%-CI 0,26-0,74), ohne dass es zu mehr ischämischen Endpunkten kam (RR 1,00; 95%-CI 0,70-1,41). Eine Sensitivitätsanalyse ergab, dass zur *Vermeidung größerer Blutungen* eine DAPT von *einem Monat*, zur *Verhinderung ischämischer Ereignisse* jedoch eine drei Monate dauernde am günstigsten ist.
- ▷ Ob nun nach akutem Koronarsyndrom *ASS in Kombination mit Ticagrelor für einen Monat oder drei Monate eingesetzt wird*, sollte letztlich vom individuellen Blutungs- und Ischämie-Risiko abhängig gemacht werden. Danach wird (bis zum Ende des ersten Jahres) Ticagrelor als Monotherapie gegeben – und anschließend ASS auf Dauer.

Ein weiterer systematischer Review mit Metaanalyse aus sechs RCTs (*Ticagrelor or Clopidogrel Monotherapy vs Dual Antiplatelet Therapy After Percutaneous Coronary Intervention* <https://t1p.de/8p832> [frei]) ergab, dass eine verkürzte DAPT und der Ersatz durch eine Monotherapie mit Ticagrelor oder Clopidogrel bei beiden Monotherapien zu einem Rückgang an größeren Blutungen führte.

- ▷ Eine Nicht-Unterlegenheit gegenüber DAPT bezüglich des kombinierten Endpunktes Tod, Herzinfarkt oder Schlaganfall zeigte sich aber nur bei der Monotherapie des ACS mit Ticagrelor, nicht jedoch bei der Monotherapie mit Clopidogrel. Bei stabiler KHK wird üblicherweise ja nach Stent Clopidogrel in Kombination mit ASS verwendet. Wurde eine solche DAPT bei stabiler KHK aus Clopidogrel und ASS verkürzt und auf Clopidogrel allein reduziert, sank zwar die Häufigkeit größerer Blutungen, es kam allerdings vermehrt zu ischämischen Ereignissen.

Eine Metaanalyse aus drei RCTs (*De-escalating Dual Antiplatelet Therapy to Ticagrelor Monotherapy in Acute Coronary Syndrome* <https://t1p.de/x74ut> [nicht frei]) mit 9.130 Patient*innen mit ACS untersuchte, welche Effekte die Verkürzung einer DAPT auf drei Monate (erst DAPT 3 Monate, danach 9 Monate nur Ticagrelor und weiter nur ASS) auf klinische Outcomes hatte: Ischämische Endpunkte unterschieden sich nicht signifikant (1,7 vs. 2,1%, HR 0,85; 95%-CI 0,61-1,13), zu größeren Blutungen kam es aber erheblich seltener (0,8 vs. 2,5%; HR 0,30; 95%-CI 0,21-0,45).

- ▷ Ganz offensichtlich kann (passager) problemlos auf ASS verzichtet werden und es kommt zu deutlich weniger größeren Blutungen.

Ob sogar eine noch kürzere intensivierete Plättchenhemmung ausreicht, untersuchte eine chinesische randomisierte Studie (*Stepwise dual antiplatelet therapy de-escalation in patients after drug coated balloon angioplasty REC-CAGEFREE II* <https://t1p.de/8uqxk> [frei]) mit 1.948 Personen mit akutem Koronarsyndrom (Behandlung mit beschichtetem Ballon). Eine Gruppe erhielt einen Monat eine doppelte Plättchenhemmung (DAPT) mit Ticagrelor und ASS, die fünf folgenden Monate nur Ticagrelor und anschließend nur noch ASS, die andere Gruppe die üblichen 12 Monate DAPT mit Ticagrelor und ASS. Primärer Endpunkt: Die Rate größerer Blutungen wurde von der Summe aus Gesamtsterblichkeit, Schlaganfall, Infarkt oder Revaskularisation abgezogen. Dieser Netto-Endpunkt ereignete sich nach 12 Monaten bei 8,9 vs. 8,6%, p für Nichtunterlegenheit 0,013.

- ▷ Ich persönlich wäre aber vorsichtig, aus dieser einen Studie den Schluss zu ziehen, nur ein halbes Jahr lang nach akutem Koronarsyndrom mit Ticagrelor zu behandeln, zumal es unter dieser verkürzten Zeit numerisch zu mehr ischämischen Ereignissen gekommen war (8,6 vs. 7,6%; Diff. 1,05; 95%-CI -1,37 - 3,47%, p=0,396).

Quintessenz:

Auf der Grundlage aller vorgestellten Studien zur Thrombozytenaggregationshemmung nach Infarkt/akutem Koronarsyndrom reicht es ganz offensichtlich, 1-3 Monate lang mit Ticagrelor und ASS zu behandeln, danach bis zum Ende des Jahres mit Ticagrelor – um anschließend auf eine Dauer-Behandlung mit ASS zurückzugehen.

Ich danke folgenden Kolleg*innen für die kritische Durchsicht des Textes, um Fehler zu identifizieren und zu beseitigen: Sabine Gehrke-Beck, Hanna Kaduszkiewicz, Michael M. Kochen, Jan-Hendrik Oltrogge, Hans Wille.

Noch zwei kurze Anmerkungen (von Günther Egidi) zu anderen Themen:

- In meinem letzten Benefit-Beitrag hatte ich darauf hingewiesen, dass die internistischen Fachgesellschaften den interdisziplinären Prozess der Nationalen Versorgungsleitlinie KHK verlassen haben. Jetzt haben einige nicht-internistische, an der NVL KHK beteiligte Fachgesellschaften sehr sachlich und konstruktiv Stellung genommen – und rufen die internistischen Gesellschaften dazu auf, an den gemeinsamen Tisch zurückzukehren: <https://tinyurl.com/rcj6e6ef>.
- Wie fast immer in meinen letzten Benefit-Beiträgen kommt auch hier wieder Kritisches zur elektronischen Patient*innen-Akte (ePA). Die Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage der Linken zu den unzähligen Sicherheitslücken bei der ePA finden Sie hier: <https://tinyurl.com/3wrp8xnu>. Der IT-Fachmann *Martin Tschirsich vom Chaos-Computer-Club* äußert sich hier äußerst enttäuscht darüber, dass ganz offensichtlich keine Maßnahmen getroffen wurden, die Sicherheitslücken zu schließen: <https://tinyurl.com/yc4rakws>.
- Noch eine aktuelle Meldung zur ePA von mir (*Michael M. Kochen*): Der SPIEGEL-Journalist und Kollege *Martin U. Müller* hat bei Krankenkassen nachgefragt, wie hoch denn die Widerspruchsraten lägen <https://t1p.de/dmena> (frei).
- **Die angegebenen Widerspruchsquoten:** Spitzenverband „gut fünf Prozent“, TK 7%, IKK classic 9%, Barmer 5.6%, AOK plus >7%.

Ab hier geht es jetzt weiter wie immer...

► **Krebssterblichkeit: Screening-Koloskopie oder immunologischer Stuhltest?**

Seit 2002 wird in Deutschland ein Screening-Programm zur Früherkennung von Darmkrebs für Frauen und Männer angeboten: Anspruchsberechtigte (seit 1.4.2025 auch für Frauen ab 50 Jahren) können sich entscheiden: Immunologischer Test auf okultes Blut im Stuhl (**iFOB-Test**; alle 2 Jahre) oder Koloskopie alle 10 Jahre.

Trotz der jahrelangen Existenz des Screenings gab es **bislang keine randomisierte Studie, welche die krebspezifische Mortalität der beiden Methoden verglich**. Ein solcher Vergleich (auf Nichtunterlegenheit des Stuhltests) ist soeben von spanischen Autoren im *Lancet* publiziert worden.

Was haben die Verfasser gemacht?

- Die Studie fand zwischen Juni 2009 und Dezember 2021 an 15 tertiären Krankenhäusern in Spanien statt. 57.404 Personen zwischen 50 und 69 Jahren meldeten sich überwiegend auf Zeitungsanzeigen mit Informationen zu den

beiden Screeningverfahren und erhielten *nach der Randomisierung in eine Koloskopie- und eine Stuhltestgruppe* Einladungen zum Screening. Personen, die nicht reagierten, bekamen zwei zusätzliche Erinnerungsschreiben nach drei bzw. sechs Monaten.

- Randomisiert wurden 28.708 Personen in die Koloskopiegruppe (1x/10 Jahre) und 28.696 in die Stuhltestgruppe (alle 2 Jahre).

▷ Da die *Akzeptanz der Randomisierungs-Zuteilung* in den Gruppen aber viel geringer war als vorgesehen und sich Teilnehmer einer Gruppe auch noch umentscheiden konnten (jeder Wechsel war gestattet), sahen die Zahlen letztlich so aus: → **5.293 unterzogen sich einer Koloskopie (20.1%) und → 10.525 (39.4%) einem Stuhltest.**

Die **Berechnung der Stichprobengröße** ging von folgenden Annahmen aus: Teilnehmerate 30%, krebsspezifische 10-Jahres-Mortalität 0.7%, Verminderung der Kolonkarzinom-Mortalität durch die Koloskopie von 75%, durch den Stuhltest von 51%. Auf Grundlage dieser Annahmen musste (als Nachweis der Nichtunterlegenheit) der absolute Unterschied zwischen den beiden Gruppen weniger als 0.16% betragen.

- Primärer Endpunkt war die krebsspezifische Mortalität nach 10 Jahren in der **Intention-to-screen Population** (n=26.332 bzw. n=26.719). Sekundäre Endpunkte waren die Mortalität in der **Per-Protokoll-Population** und die Karzinominzidenz am Ende der Nachverfolgung.

- Die oben fettgedruckten *Begriffe intention-to-screen* (entspricht hier dem intention-to-treat-Prinzip) und *Per-Protokoll* sind für die Interpretation der Ergebnisse wichtig. Daher folgen hier die Definitionen für die beiden Auswertungsmethoden (IQWiG).

▷ Das **Intention-to-treat-Prinzip (ITT-Prinzip)** heißt, dass alle Teilnehmer einer Studie in die Endauswertung eingeschlossen werden (so wie es zu Beginn der Studie die Absicht [Intention] war) - auch dann, wenn sie im Laufe einer Studie ausscheiden oder die Therapie wechseln. Das soll die Gefahr minimieren, dass die Ergebnisse für eine Gruppe fälschlicherweise besser aussehen, als sie bei fairer Betrachtung aller Patienten wären.

▷ Bei der **Per-Protokoll-Analyse (PPA)** werden nur die Teilnehmer ausgewertet, bei denen die Studie wie im Studienprotokoll geplant, durchgeführt wurde (z.B. werden die Ein- und Ausschlusskriterien eingehalten, es gibt keine Abweichungen bei der Durchführung der Therapien, die Follow-up-Untersuchungen erfolgen wie vorgesehen).

▷ **Bei der Auswertung von Studienresultaten gilt das ITT-Prinzip als das objektivere.** „Das ITT-Prinzip stärkt die Verlässlichkeit von Studienergebnissen und soll Verzerrung vorbeugen: Wenn sich nach einer ITT-Analyse ein Unterschied zeigt, erhöht das die Sicherheit, dass der Unterschied tatsächlich auf die überprüfte Therapie zurückzuführen ist“ (IQWiG).

- Zu den **Resultaten**:

▷ Die **Akzeptanz** des Stuhltest war deutlich besser als die der Koloskopie.

▷ Da rund 30% der Teilnehmer in der Stuhltestgruppe wegen positivem Testausfall (nach)koloskopiert werden mussten, interessiert natürlich auch die **Rate an entdeckten Polypen** in beiden Gruppen (sie wird von einigen Autoren als bester Qualitätsindikator des Verfahrens angesehen). Sie war in der Koloskopiegruppe mit **0.2%** doppelt so hoch wie in der Stuhltestgruppe (**0.1%**).

⇒ **Histologisch als Darmkrebsvorstufen klassifizierte Polypen** (advanced colorectal lesions) wurden in der Koloskopiegruppe bei 853 (**3.2%** von geplanten 26.332 Teilnehmern) und in der Stuhltestgruppe bei 630 Personen (**2.4%** von geplanten 26.719 Teilnehmern) festgestellt. Diese Differenz war statistisch signifikant (RR 1.39 [1.25-1.54]).

- ▷ **Komplikationen** gab es in der Koloskopiegruppe bei n=82 (**0.3%** von geplanten 26.332 Teilnehmern; davon 26 Blutungen und vier Perforationen) und bei den Koloskopierte der Stuhltestgruppe bei n=80 (**0.3%** von geplanten 26.719 Teilnehmern, davon 24 Blutungen und fünf Perforationen). RR 1.04 [95% CI 0.76–1.41] – *kein signifikanter Unterschied*.
- ▷ Nach Ablauf der zehn Jahre unterschied sich in der ITT weder die Inzidenz eines Kolonkarzinoms noch die Gesamtmortalität zwischen den beiden Gruppen, in der Per-Protokoll-Analyse war die Koloskopie signifikant besser.
- ▷ Das **Mortalitätsrisiko nach 10 Jahren** in der *intention-to-screen Population* betrug in der Koloskopiegruppe **0.22%** (55 Todesfälle) und in der Stuhltestgruppe **0.24%** (60 Todesfälle). *Der Unterschied war nicht signifikant*.

	Colonoscopy (n=26 332)		Faecal immunochemical test (n= 26 719)		Colonoscopy versus faecal immunochemical test	
	Individuals with event, n	10-year risk % (95% CI)	Individuals with event, n	10-year risk % (95% CI)	Risk difference (95% CI)	Risk ratio (95% CI)
Colorectal cancer-related mortality	55	0.22% (0.16 to 0.28)	60	0.24% (0.18 to 0.30)	-0.02 (-0.11 to 0.06)	0.92 (0.64 to 1.32)
Colorectal cancer incidence	286	1.13% (1.00 to 1.26)	314	1.22% (1.09 to 1.36)	-0.09 (-0.28 to 0.10)	0.92 (0.79 to 1.08)
All-cause mortality*	1989	7.64% (7.32 to 8.01)	2034	7.68% (7.36 to 7.96)	-0.04 (-0.50 to 0.42)	0.99 (0.94 to 1.06)

*All-cause mortality was a post-hoc endpoint.

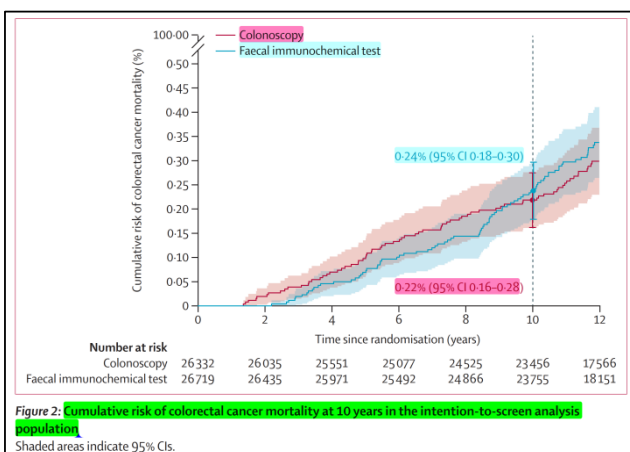
Table 1: Primary and key selected secondary endpoints in the intention-to-screen analysis

- ▷ Schaut man sich die Zahlen jedoch in der **PPA** an (die von den Autoren aus methodischen Gründen aber nicht gewertet wurde), so war das **Mortalitätsrisiko der Koloskopie deutlich niedriger als beim Stuhltest – 0.02 (Koloskopie) vs. 0.11 (i-FOB)**.

Quintessenz: Die Studie zeigt (ITT) – in Bezug auf den primären Endpunkt krebsspezifische Mortalität - keinen Unterschied zwischen einer Koloskopie alle 10 Jahre und einem immunologischen Stuhltest alle zwei Jahre.

Für den *gesellschaftlichen* Nutzen ist der Stuhltest (höhere Akzeptanzrate) also mit der Koloskopie gleichwertig, nicht unbedingt für den *individuellen* Benefit.

- ▷ Bitte sehen Sie sich dazu die folgende Abbildung an. Dort sieht man, dass nach Ende der 10 Jahre Nachverfolgungszeit die *Linien für den Stuhltest in Richtung höherer, für die Koloskopie aber in Richtung niedrigerer krebsspezifischer Mortalität* gehen.



- ▷ Schon vor 3 Jahren votierten zwei amerikanische Gastroenterologen im *NEJM* für eine **längere Nachverfolgungszeit als 10 Jahre** (<https://t1p.de/dxmcx> [nicht frei]). Die Autoren der Lancet-Arbeit kennen dieses Papier – und wollen die Studie fortsetzen. Bericht folgt...

Effect of invitation to colonoscopy versus faecal immunochemical test screening on colorectal cancer mortality (COLONPREV) <https://t1p.de/87fq0> (nicht frei)

► Herzkreislauf-Stillstand – im Altenheim

Der Herzkreislauf-Stillstand (**HKS**) *außerhalb eines Krankenhauses* (englisch: *out-of-hospital cardiac arrest*) war schon öfter Thema in den Benefits.

Vielleicht erinnern Sie sich noch an einige Fakten aus dem Januar 2025: Betroffenen sind alleine in Deutschland jährlich rund 120.000 Personen, wovon ca. 60.000 reanimiert werden. Die 30-Tage-Überlebensrate beläuft sich auf 10%.

Auch Altenheime befinden sich außerhalb eines Krankenhauses – die dort lebenden Patientinnen und Patienten werden in den meisten Fällen von Hausärzten betreut. Zwei wichtige Unterschiede zu den Betroffenen im „freien Feld“ sind:

1. Altenheimbewohner sind praktisch immer multimorbide;
 2. In den Altenheimen arbeiten Schwestern und Pfleger, die häufig mit Kreislaufstillständen zu tun haben und (so hofft man...) routiniert darauf reagieren.
- Britische Kliniker wollten wissen, wie es mit den **Überlebenschancen dieser Patienten** aussieht und haben (2015-2021) eine Kohortenstudie bei 4.779 Altenheimbewohnerinnen mit HKS durchgeführt (52.5% Frauen; 82% >70 Jahre).

- ▷ Herzkreislauf-Stillstände wurden in über 50% von einer anwesenden Person beobachtet und in 80.2% dieser Fälle wurde eine Reanimation begonnen (*in nur ein einem Fall gab es eine Patientenverfügung [hierzulande bei 32% <https://t1p.de/g6cjm>]). In lediglich 426 Fällen gab es im Heim einen *Automatischen Externen Defibrillator*, der in 78% zum Einsatz kam.*
- ▷ Der vielleicht wichtigste Parameter war die **Rückkehr eines Spontankreislaufs (ROSC) bei der Übergabe eines Patienten an die Besatzung eines Notfallfahrzeuges**: n=1.061 (22.3%) der Reanimierten Fall.
- ▷ Trotzdem **konnten nur 97 (2.1%) das Krankenhaus lebend verlassen**. Diese Rate war altersabhängig: Unter einem Alter von 60 Jahren betrug sie 6.3%, unter 70 3.7%, zwischen 70 und 80 1.8% und ab 80 1.3% bzw. 1.4%.
- ▷ Die wesentlichen Zahlen können Sie der folgenden Tabelle entnehmen.

Table 2 Comparison of demographics, interventions and outcomes by age group

	Age group					P value
	18–60 (n=423)	60–70 (n=446)	70–80 (n=1008)	80–90 (n=1917)	≥90 (n=985)	
Female sex, n (%)	152 (37.0)	172 (39.5)	457 (45.8)	1062 (55.9)	631 (65.0)	<0.001
Witnessed by, n (%)						<0.001
Unwitnessed	231 (55.8)	181 (41.1)	366 (37.1)	681 (36.3)	334 (34.8)	
EMS witnessed	30 (7.2)	41 (9.3)	99 (10.0)	213 (11.4)	110 (11.5)	
Bystander witnessed	153 (37.0)	218 (49.5)	522 (52.9)	981 (52.3)	516 (53.8)	
Medical aetiology, n (%)	334 (79.5)	381 (85.8)	873 (88.0)	1709 (90.3)	893 (92.5)	<0.001
Initial rhythm, n (%)						<0.001
Shockable	26 (6.4)	43 (9.9)	69 (7.1)	140 (7.8)	65 (7.0)	
Asystole	299 (73.6)	286 (65.7)	643 (66.2)	1112 (61.6)	582 (62.4)	
Pulseless electrical activity	74 (18.2)	99 (22.8)	247 (25.4)	532 (29.5)	275 (29.5)	
AED non-shockable	7 (1.7)	7 (1.6)	12 (1.2)	22 (1.2)	11 (1.2)	
Bystander CPR, n (%)	337 (82.8)	364 (83.8)	780 (80.5)	1479 (79.6)	738 (78.7)	0.179
AED used, n (%)	56 (16.2)	32 (8.9)	60 (7.5)	133 (8.7)	50 (6.8)	<0.001
Intravenous access, n (%)	149 (50.9)	161 (56.1)	423 (66.0)	810 (65.8)	425 (68.3)	<0.001
Intraosseous access, n (%)	132 (57.1)	107 (50.2)	217 (43.1)	395 (41.7)	171 (36.2)	<0.001
Epinephrine administration, n (%)	301 (86.2)	315 (88.2)	678 (87.6)	1331 (87.4)	649 (85.1)	0.460
Amiodarone administration, n (%)	14 (4.3)	19 (5.6)	44 (6.1)	67 (4.8)	36 (5.1)	0.652
Supraglottic airway used, n (%)	236 (74.9)	232 (69.9)	483 (69.4)	910 (66.1)	451 (64.4)	0.007
Tracheal tube used, n (%)	83 (26.4)	82 (25.2)	156 (22.9)	330 (24.3)	152 (22.0)	0.517
ROSC at any time, n (%)	147 (36.8)	158 (36.8)	353 (37.7)	654 (37.0)	302 (35.0)	0.818
ROSC sustained to hospital handover, n (%)	117 (27.8)	116 (26.1)	230 (22.9)	405 (21.2)	193 (19.9)	0.003
Survival*, n (%)	26 (6.3)	16 (3.7)	18 (1.8)	24 (1.3)	13 (1.4)	<0.001

P values were calculated using a χ^2 test and significance level of 0.05.
 * Defined as survival to hospital discharge (2015–2020) or survival at 30 days (2021).
 AED, automated external defibrillator; CPR, cardiopulmonary resuscitation; EMS, emergency medical service; ROSC, return of spontaneous circulation.

Outcomes from out-of-hospital cardiac arrest in nursing and care homes: a cohort study <https://t1p.de/Ooreh> (nicht frei)

► Die Sterblichkeit des „Wochenend-Kriegers“

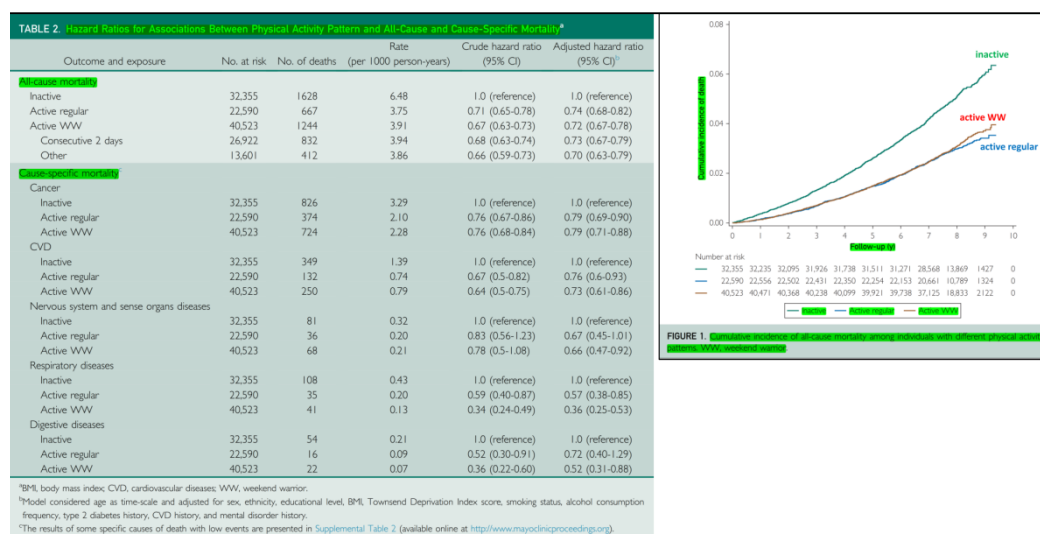
Unter dem Begriff „Wochenend-Krieger“ (*weekend warrior*) versteht man Personen, die körperliche/sportliche Aktivitäten vorwiegend oder ausschließlich an ein oder zwei Tagen des Wochenendes ausüben und während der Woche arbeiten.

Der Begriff beschrieb ursprünglich Soldaten, die während des 2. Weltkriegs nur am Wochenende dienten (später auch Amateursportler, die während der Woche arbeiten mussten).

Nach den aktuellen Empfehlungen der WHO sollen Erwachsene mindestens 150 Minuten pro Woche moderat (oder 75 Minuten intensiv) körperlich aktiv sein.

Eine objektive Messung der körperlichen Aktivität (im Vergleich zur Ruhe) erfolgt international in sog. *Metabolic Equivalents of Task*, abgekürzt **MET**, die den Energieverbrauch verschiedener körperlicher Aktivitäten vergleichen. Ein MET entspricht dem Sauerstoffverbrauch eines 70 kg schweren 40-jährigen Mannes in Ruhe. Es gibt **drei Kategorien körperlicher Aktivität**: *Leicht* < 3 MET; *moderat* 3-6 MET; *intensiv* > 6 MET. Details unter <https://t1p.de/3sui8> (frei).

- Autoren vom *Shanghai Medical College* haben jetzt in den *Mayo Clinic Proceedings* eine Kohortenstudie publiziert, in der 95.468 Teilnehmer aus der *UK Biobank* (<https://t1p.de/63ans> [frei]) mit Hilfe eines am Handgelenk getragenen Beschleunigungsmessers (*Wrist Worn Accelerometer* <https://t1p.de/914p6> [frei]) ihre körperliche Aktivität dokumentierten. Die Daten der fast 8 Jahre nachverfolgten Personen wurden mit der Gesamt- und ursachenspezifischen Mortalität assoziiert. Die Ergebnisse der Studie sehen Sie in den folgenden Abbildungen:



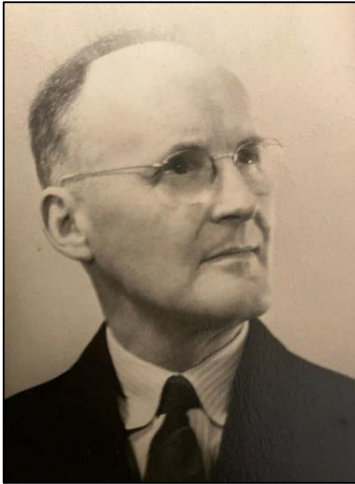
Quintessenz: Ob über die Woche verteilt oder nur am Wochenende: Beide Bewegungsmuster verminderten die Sterblichkeit signifikant gegenüber Inaktivität.

Aber Vorsicht: Aus meiner Sicht ist eher Zurückhaltung angesagt, bevor man nun allen Patienten mitteilt, dass sie sich problemlos an ein oder zwei Tagen des Wochenendes, statt während der ganzen Woche körperlich bewegen können. Denn nicht so wenige ältere, u.U. kardiovaskulär erkrankte Menschen weisen eine erheblich eingeschränkte Belastbarkeit auf (MET<4), so dass extreme Anstrengungen durchaus riskant sein können. Auch bei Diabetikern ist Vorsicht geboten.

Bitte daran denken, dass auch sehr kurze Aktivitäten von wenigen Minuten (z.B. Treppensteigen statt Aufzugfahren) zur Zielerreichung beitragen können.

Accelerometer-Derived "Weekend Warrior" Physical Activity and All-Cause and Cause-Specific Mortality <https://t1p.de/rswq9> (nicht frei).

► Lennox Johnston - der erste Kämpfer gegen die Nikotinsucht



Ein gerade im *London Review of Books* erschienener Artikel macht auf den 1899 in Schottland geborenen Allgemeinarzt *Lennox Johnston* aufmerksam.

Lange vor den Pionierarbeiten von *Richard Doll* und *Austin Bradford Hill*

→ *British Doctors' Study*; Publikationen im *BMJ* 1950 – 2004; <https://t1p.de/87lep> (frei)

versuchte er – mit teils rabiaten, aber gescheiterten Methoden (z.B. einem Brandanschlag auf das BMA-Haus in London oder dem Versuch, Winston Churchill die Zigarre aus dem Mund zu schlagen) - Politiker von der Schädlichkeit des Rauchens und der Suchterzeugung durch Nikotin zu überzeugen.

Sein 1957 veröffentlichtes Buch "*The Disease of Tobacco Smoking and its Cure*" fand kaum öffentliche Beachtung.

Erst 1976 veranstaltete das *Royal College of Physicians* ein Abendessen zu seinen Ehren. Der damalige Präsident des RCP, *Cyril Clarke*, verglich in seiner Rede Lennox mit dem Entdecker des Kindbettfiebers, *Ignaz Semmelweis*, dessen bahnbrechende Erkenntnisse zu seinen Lebzeiten weitgehend ignoriert wurden.

The Disease of Tobacco Smoking and Its Cure <https://www.lrb.co.uk/blog/2025/march/the-disease-of-tobacco-smoking-and-its-cure> (frei)

► Impfpfehlungen Covid-19: Nur 15 Jahre Unterschied...

Nachfolgend sehen Sie Empfehlungen für die *jährliche Covid-19 Auffrischimpfung bei älteren Menschen in drei Ländern*: → UK (UKHSA): ab 75 Jahre; → Schweiz (BAG): ab 65 Jahre; → Deutschland (STIKO/RKI): ab 60 Jahre.

<p>GOV.UK Blog UK Health Security Agency Organisations: UK Health Security Agency</p> <p>Who's eligible for the 2025 COVID-19 vaccine, or 'Spring Booster'?</p> <p><small>Blog Editor, 25 March 2025 - Coronavirus (COVID-19), Immunisation and vaccination</small></p>	<p>Eligibility for the COVID-19 vaccination this spring</p> <p>The eligibility criteria is the same as for spring 2024, and similar to spring 2022 and spring 2023, with the addition of immunocompromised people in younger age groups:</p> <ul style="list-style-type: none">• adults aged 75 years and over• residents in a care home for older adults• individuals aged 6 months and over who have a weakened immune system <p>The eligibility is the same across the 4 nations of the UK (England, Scotland, Wales and Northern Ireland).</p>
<p>Empfehlung für die Covid-19-Impfung</p> <p>So schützen wir uns. Aktualisiert am 17.02.2025 1 2</p> <p>Informationen zur Covid-19-Impfung</p> <p>Das Wichtigste in Kürze</p> <ul style="list-style-type: none">• Für folgende Personengruppen wird im Herbst/Winter die Covid-19-Impfung empfohlen:<ul style="list-style-type: none">– Personen ab 65 Jahren– Personen ab 16 Jahren mit einer chronischen Krankheit– Personen ab 16 Jahren mit Diabetes 21– Schwangere Personen• Diese Personengruppen können mit der Impfung ihren Schutz vor schweren Krankheitsverläufen für mehrere Monate verlängern.	<p>Personengruppen mit erhöhtem Risiko werden zusätzlich jährliche Auffrischimpfungen im Herbst empfohlen.</p> <p>Das gilt für:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alle Personen ab 60 Jahren• Bewohnende in Einrichtungen der Pflege• Alle Personen ab dem Alter von sechs Monaten mit relevanten Grundkrankheiten• Personen jeden Alters mit einem erhöhten beruflichen Infektionsrisiko in der medizinischen und pflegerischen Versorgung mit direktem Kontakt zu Patientinnen und Patienten oder Bewohnenden• Familienangehörige und enge Kontaktpersonen von Personen, bei denen durch die COVID-19-Impfung vermutlich keine schützende Immunantwort erzielt werden kann <p>Für Personen dieser Gruppen, deren Immunsystem nicht beeinträchtigt ist und die im laufenden Jahr bereits eine SARS-CoV-2-Infektion hatten, ist die jährliche COVID-19-Auffrischimpfung im Herbst in der Regel nicht notwendig.</p>

Beim Versuch, in den Texten eine **Begründung für die unterschiedlichen Empfehlungen** zu finden, bin ich leider ... gescheitert!

► Katarakt-Chirurgie – live

Vermutlich hat noch keine/r von Ihnen bei einer Katarakt-Operation zugesehen (einige haben den Eingriff aber bereits über sich ergehen lassen)

Das *JAMA* hat gerade ein frei zugängliches Video von neun Minuten Dauer veröffentlicht, in dem der Operateur den Eingriff zeigt und erklärt.

Für Interessierte: *Small Incision Cataract Surgery* <https://t1p.de/5ior7> (frei).

► Hautablösung an den Fußsohlen – Ihre Diagnose?



Die oben abgebildeten Fußsohlen gehören einem 56-jährigen Mann, der mit stärksten Schmerzen in ein Krankenhaus eingeliefert wurde. Worum handelt es sich? Etwa um ein *Lyell-* oder ein *Stevens-Johnson-Syndrom*?

Das Bild zeigt **zweitgradige Verbrennungen**. Der Patient war in alkoholisiertem Zustand eine Minute auf heißem Asphalt gelaufen und zwar während des **Pacific Northwest heat dome** im Sommer 2021. Außentemperatur: 42 Grad C.

Mach 18 Tagen Behandlung in einer Brandverletzten-Station waren die Wunden in Abheilung begriffen.

Pavement Burns ("Pflasterverbrennungen") <https://t1p.de/z8qf7> (nicht frei)

Die Beiträge der anderen Kollegen

► Bernd Hontschik **Anlage**

▷ „Andere Länder, andere Sitten: Wie man in Frankreich mit Organisationsversagen umgeht“

► Florian Stigler (**Golden Nugget 12**) **Anlage**

▷ „Das „Bauchgefühl“ von Hausärzten“

► Zu "guter" Letzt...

Schnapp heißt die jeden Donnerstag erscheinende Anzeigenbeilage der *Badi-schen Zeitung*. Ich selbst lese dieses Blatt nicht, aber meine Frau hat mich auf die nachfolgende Anzeige aufmerksam gemacht, die ich – ohne weiteren Kommentar – Ihrer Lektüre empfehle.

Donnerstag, 17. April 2025 schnapp.de / 19

Fundgrube
Dina & Dini
Ankünd um Schreit und Merfien
Kochschnecken...
Friedrich Metzler
06 4622 4420

Landesrechtlich Sanitär
Wohnung 3422 11. 36 m² zum
geplanten 1. Juli 2025
06 4622 4420

Einzelne Minderere oder Quasi
06 4622 4420

Minerarbeitliche
Wohnung 3422 11. 36 m² zum
geplanten 1. Juli 2025
06 4622 4420

Alte Biedersteiner
Wohnung 3422 11. 36 m² zum
geplanten 1. Juli 2025
06 4622 4420

Heißes Jahr 170
06 4622 4420

Best-Perfekt-LPS
06 4622 4420

Versehen
06 4622 4420

Bügelmaschine Mula
06 4622 4420

Beziehungslos
06 4622 4420

Er sucht sie
06 4622 4420

Wölche Frau möchte
06 4622 4420

Ein Lebenspartner zu leben
06 4622 4420

Amphibie
06 4622 4420

Wohl zu suchen
06 4622 4420

Einem ersten Treffen
06 4622 4420

Waffen gesucht
06 4622 4420

Wann, 55 sucht Sie od. Paar
06 4622 4420

Bindung
06 4622 4420

Redendheit auf Welle 7
06 4622 4420

Pett macht Deed
06 4622 4420

0000/Heilsparner
06 4622 4420

UNGEIMPFT sucht UNGEIMPFTEN Partner
W, 43 Jahre, fröhlich, liebevoll, herzlich,
ohne Kids & Tiere su. ebenso. fröhl., un-
geimpften **UNTERNEHMUNGSLUSTIGEN,**
normalen, ungeimpften Kerl (35-52 J), z.
Aufb. einer Beziehung. Keine F+ oder
sowas, o. Bindungsangst 0152 371 10 437

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).

Frankfurter Rundschau; Samstag, 19.04.2025
„**Dr. Hontschiks Diagnose**“

Andere Länder -andere Sitten

Wie man in Frankreich mit Organisationsversagen umgeht

Mitte Februar bestätigte das Oberste Kassationsgericht in Paris Schuldsprüche gegen den



Vorstandsvorsitzenden und seinen Stellvertreter des Telekommunikationskonzerns „France Télécom“ (heute „Orange“), womit sie für eine Serie von mehr als 35 Suiziden unter ihren



Mitarbeitern verantwortlich gemacht wurden, die vor 15 Jahren Frankreich erschütterte. „Management durch Terror“ hatte ein Mitarbeiter den

massiven Stellenabbau mit Zwangsversetzungen, Einschüchterungen und Mobbing in seinem Abschiedsbrief damals genannt, bevor er sich das Leben nahm.

Einige Tage nach diesem Urteilsspruch ist mir eine kurze Nachricht aufgefallen, die daran direkt anschließt, und die es in einer vergleichbaren Form in Deutschland noch nicht gegeben hat. Berichtet wurde von einer Klage, die am 10. April bei dem französischen Gericht eingereicht worden ist, das für mögliche

Vergehen von Regierungsmitgliedern bei der Ausübung ihres Amtes zuständig ist. Die Klage richtet sich gleichzeitig gegen die Arbeits- und Familienministerin Catherine Vautrin, Gesundheitsminister Yannick Neuder und Hochschulministerin Elisabeth Borne.



Catherine Vautrin, Yannick Neuder, Élisabeth Borne | Bilder: Wikimedia Commons / PD

Gegenstand der Klage von zwanzig Klägerinnen und Klägern sind die Arbeitsbedingungen in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, die für mehrere Selbstmorde unter Ärzten und Pflegekräften verantwortlich gemacht werden. Besondere Erschütterung hatte in Frankreich der Selbstmord eines Notarztes in Poissy-Saint-Germain-en-Laye im September 2023 und einer Krankenschwester in Béziers im Juni 2024 ausgelöst. In der Klageschrift werden unmenschliche Arbeitszeiten, übermäßige Arbeitsbelastung und systematisch erhöhter Arbeitsdruck durch schlechtes Krankenhausmanagement für diese Selbstmorde verantwortlich gemacht. Die Minister hätten unter ihrer Führung eine destruktive Arbeitsorganisation in den Krankenhäusern mit dramatischen Folgen zugelassen. Das Engagement des Krankenhauspersonals habe man besonders während der Corona-Pandemie ausgenutzt, um strukturelle Missstände zu verschleiern.

Empörende Missachtung des Pflegepersonals ist also kein spezifisch deutsches Phänomen. Während der Corona-Pandemie hat sich der Deutsche Bundestag sogar zu peinlichem Applaus hinreißen lassen, gleichzeitig aber der enormen Arbeitsleistung dieses Berufsstandes in keiner Weise Rechnung getragen. Der vollmundige „Dank an Pflegekräfte für besonderen Einsatz“ mündete im März 2022 in der Auszahlung eines lächerlichen einmaligen Pflegebonus von 300 bis 550 Euro. Den erhiel-



ten aber keineswegs alle, sondern nur diejenigen, die 2021 in Krankenhäusern gearbeitet hatten, die mehr als zehn Infizierte mit mehr als 48 Stunden beatmet hatten. Pech, wenn es nur 9 Infizierte waren, Pech, wenn nur 47 Stunden Beatmung nötig waren, und Pech, wenn man sich in Arztpraxen oder Allgemeinstationen um die Versorgung von Hunderten, von Tausenden Corona-Patient:innen gekümmert hatte. Im Bereich der Altenpflege musste man mindestens drei Monate in einer dafür zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig gewesen sein, um einen Bonus zu erhalten, gestaffelt nach Versorgungsnähe, Versorgungsumfang und Qualifikation. Pech, wenn es nur zwei Monate waren. Pech, wenn die Einrichtung nicht zugelassen war – wofür eigentlich?

Dass alle, und zwar wirklich alle im Gesundheitswesen Tätigen während der Corona-Pandemie weit über das normale Maß hinaus

gearbeitet und zum Überwinden der Krise beigetragen hatten, egal wie fern oder nah, egal wieviele Beatmete oder nur Bettlägerige man versorgt hatte, das war dem Ministerium zu hoch. Noch dazu wurde der gesamte ambulante Bereich der medizinischen Versorgung schlicht ignoriert. Aber auch da wurde hart und über alle Maßen vieltausendfach gearbeitet, wenn auch niemand beatmet wurde. Das war keinen Bonus wert.

„Wir werden es nicht bei diesem Bonus belassen. Arbeitsbedingungen und Bezahlung von Pflegekräften müssen insgesamt deutlich besser werden. Gute Pflege ist eine immer wichtiger werdende Stütze unserer Gesellschaft“, tönte der Gesundheitsminister damals vollmundig. Passiert ist seitdem nichts, schon gar nichts Gutes.

In Frankreich kann man für ein solch staatliches Organisationsversagen wenigstens verklagt werden. In Deutschland kann man sich dafür leider nur schämen. Aber nicht einmal davon ist etwas zu spüren.

www.medizinHuman.de

chirurg@hontschik.de

In den letzten „Golden Nuggets“ habe ich euch um Rückmeldungen zum Thema Gewichtsverlust gebeten. Eure vielen, praxisrelevanten Antworten waren überwältigend! Deshalb möchte ich die „Golden Nuggets“ in Zukunft noch interaktiver gestalten ... **mehr dazu am Ende dieser E-Mail** 😊

Zuerst aber eine Zusammenfassung eurer Antworten, Evidenz zum „Bauchgefühl“ von Hausärzten und ein nützlicher Krebs-Risikorechner. Danach, bei #4, kannst du selbst aktiv werden. Viel Spaß beim Lesen!

#1 Eure Rückmeldungen

Im letzten Newsletter habe ich um Erfahrungen zum „ungewollten Gewichtsverlust“ gebeten. Hier Zusammenfassung eurer Antworten:

- Gewichtsverlust objektivieren
 - Die Differenz zwischen subjektivem/objektivem Gewichtsverlust wird durch einen Blick in die Karteikarte oft aufgelöst. Deshalb das Gewicht regelmäßig dokumentieren (passiert oft nicht).
 - Ansonsten alternative Fragen stellen: „Ist die Kleidung zu groß geworden?“ oder „Wurde der Gürtel lockerer?“
- Abklärung
 - Im Gegensatz zu den Leitlinien kam die begründete Empfehlung erst Sono und dann erst ein Thorax-Rö durchzuführen. Einfach da viele Hausärzte ein Sono haben.
 - Ggf. auch an Prostata/PSA denken (für andere sei Gewichtsverlust hierbei zu selten; nur im Endstadium oder bei Zuckererregnis).
- Unsicherheiten
 - Es kam der Rat, gegenüber Patienten und sich selbst anzuerkennen, dass es bei ungewolltem Gewichtsverlust meist darum geht, mit Unsicherheiten umzugehen.
 - „Häufiges ist häufig, Seltenes ist selten“ bzw. „wenn du Hufgetrampel hörst, denk an Pferde, nicht Zebras“.

#2 Das „Bauchgefühl“ von Hausärzten

Passend zum Thema stellt sich die Frage, wie relevant das „Bauchgefühl“ von Hausärzten bei der Krebsdiagnostik ist. Genau das haben zwei Systematic Reviews untersucht. Hier das Wesentliche:

Review 1 - British Journal of General Practice (2020):

- 12 europäische Studien wurden inkludiert (6 qualitative Studien, methodisch hochwertig; 4 Kohortenstudien und 2 Querschnittsstudien, mit starkem Bias).
- Wenn Hausärzte ihr *Bauchgefühl* dokumentierten, war eine Krebsdiagnose **viermal** wahrscheinlicher (OR 4,24, 95% CI 2,3-7,9).
- Viele der Hausärzte notierten ihr *Bauchgefühl* jedoch nicht auf die Überweisung.
- Wie entsteht das Bauchgefühl? Durch „rasche Synthese verbaler und nonverbaler Signale im Kontext von klinischem Wissen und Erfahrung.“

Review 2 – BMJ Open (2023):

- 4 Studien wurden analysiert (alle waren auch im obigen 2020 Review inkludiert).
- „Bauchgefühl“ hatte für Krebs eine **Sensitivität von 40%** (95% CI 28-53%) und eine **Spezifität von 85%** (95% CI 75-92%).
- Die Autoren berechneten, dass die meisten **symptomatischen Patienten** bei einem „Bauchgefühl“ des Hausarztes ein **Krebsrisiko von über 3% haben** (im UK die Schwelle zur raschen Abklärung)!

Conclusio

- Das eigene Bauchgefühl bezüglich Karzinom ist ausgesprochen relevant. Denn wenn es zusammen mit Symptomen auftritt, rechtfertigt es bereits eine rasche Abklärung (das Krebsrisiko liegt über der „3%-Schwelle“):
 - **Symptomatischer Patient + „Bauchgefühl“ -> rasche Abklärung**
- Das „Bauchgefühl“ alleine erkennt die meisten Krebserkrankungen jedoch nicht (die Sensitivität ist nur 40%)! Der Patient kann Krebs haben, ohne dass man als Arzt etwas „spürt“. Nur darauf zu vertrauen würde viele Erkrankungen übersehen.
- Es ist korrekt zu sagen, dass das Bauchgefühl auf eine Überweisung zu schreiben evidenzbasiert ist. Auch wenn die Studienlage – 4 Studien mit Bias und Heterogenität – wie so oft noch dünn ist und „Bauchgefühl“ außerdem unterschiedlich definiert werden kann.

#3 Der „Risikorechner“ zur Krebsdiagnostik

Neben dem Bauchgefühl gibt es natürlich auch einen Risikorechner aus dem UK zum Krebsrisiko (seit 2013; validiert; für Hausärzte): www.qcancer.org

Zu bedenken:

- Er wurde auf die britische Bevölkerung kalibriert; die Übertragbarkeit auf andere Länder ist daher unsicher.
- Die Genauigkeit hängt von der präzisen und vollständigen Symptomerfassung ab (zeitaufwändig...).
- Der 3%-Schwellenwert der britischen Leitlinien ist zwar anerkannt, aber zu einem gewissen Grad willkürlich.

#4 Stell deine Frage an die (Hausarzt-)Welt!

Unser Survey zum Gewichtsverlust war fantastisch und richtig motivierend. Er hat deutlich gezeigt, wie wertvoll kollegialer Austausch ist. Jetzt möchte ich den nächsten Schritt gehen und eure Neugier in den Mittelpunkt stellen...

Mit über 2.500 Newsletter-Abonnenten und 100.000 Blog-Aufrufen bilden wir hier eine große internationale Gemeinschaft. Nutzen wir dieses Potential, um gemeinsam voneinander zu lernen!

Deshalb bist jetzt *du* gefragt!

Ich plane den ersten „Global Family Medicine Community Survey“, aber die Fragen sollen von *dir* kommen, von *deiner* Neugier!

Welche Frage möchtest du Hausärzten in aller Welt stellen?

Was interessiert dich? Was möchtest du wissen? Egal ob es um den Praxisalltag, Patientenversorgung, Herausforderungen oder Innovationen geht – jede Frage ist willkommen:

- **Schreib mir eine E-Mail** an florian.stigler@family-medicine.org.
- Oder **melde dich [hier anonym!](#)**

Aus euren Einsendungen erstellen wir einen spannenden Survey. Die Ergebnisse werden mit euch geteilt. Ich freue mich auf deinen Input!

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