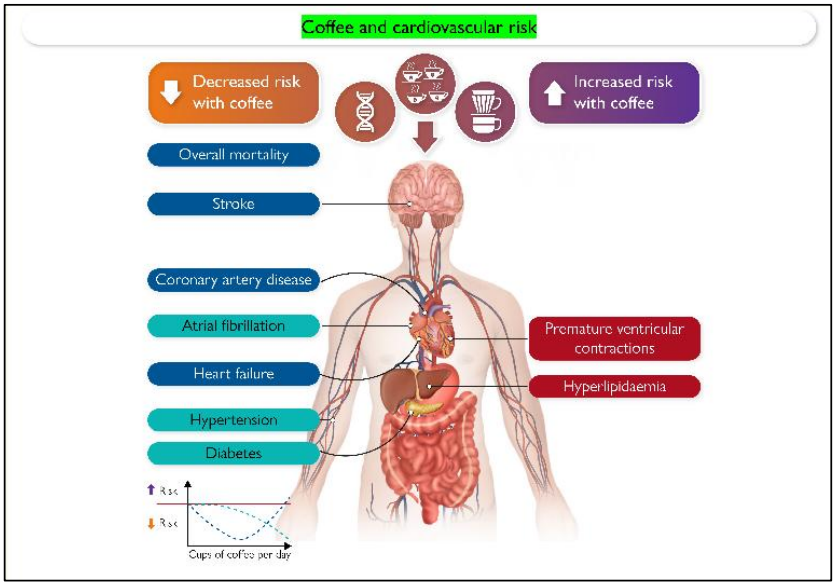
Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

▶ Hoch die Tassen – Kaffee reduziert Rezidiv von Vorhofflimmern

Noch vor etlichen Jahren galt regelmäßiges Kaffeetrinken als schädlich, bei Herzkranken gar als arrhythmogen, bei Hypertonikern als blutdrucksteigernd. Die wissenschaftliche Evidenz zeichnet heute ein komplett anderes Bild.



Die nebenstehende Abbildung (*European Heart Journal 2025*) zeigt auf der linken Seite, ***bei welchen Erkrankungen Kaffee das Risiko erniedrigt – z.B. Schlaganfall, KHK, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz, Hypertonie oder Diabetes***.
Dabei spielt es offenbar keine Rolle, ob der Kaffee koffeinhaltig ist oder nicht.

Coffee and cardiovascular disease
https://t1p.de/9o1su (frei)

Table 1. Coffee consumption and overall mortality in large-scale prospective cohort studies.

Authors (Year)	Cohort Study	Number of Participants (Rounded to 10,000)	Geographic Area	Consumption Associated with the Lowest Risk	Multivariable Adjusted Hazard Ratios (HRs)
Klatsky et al. (1993) [11]	KPMHC	130,000	United States	>6 cups/day	0.88
Kleemola et al. (2000) [12]	---------	20,000	Finland	4–7 cups/day	0.61 in men 0.49 in women
Andersen et al. (2006) [13]	IWHS	30,000	United States	4–5 cups/day	0.81
Tamakoshi et al. (2011) [14]	JACC	100,000	Japan	2–3 cups/day	0.86 in men 0.83 in women
Freedman et al. (2012) [15]	NIH-AARP	400,000	United States	4–5 cups/day	0.88 in men 0.84 in women
Liu et al. (2013) [16]	ACLS	40,000	United States	2–3 cups/day	1.04 in men 0.85 in women
Loftfield et al. (2015) [17]	PLCO	90,000	United States	4–5 cups/day	0.79
Ding et al. (2015) [18]	NHS, NHS II, and HPFS	200,000	United States	3–5 cups/day	0.94 in all 0.84 in never-smokers
Löf et al. (2015) [19]	---------	50,000	Sweden	2–5 cups/day	0.81
Gunter et al. (2017) [20]	EPIC	520,000	Europe (10 countries)	≥3 cups/day	0.82 in men 0.92 in women
Park et al. (2017) [21]	MEC	180,000	United States	≥2 cups/day	0.82
Loftfield et al. (2018) [22]	UK Biobank	500,000	United Kingdom	6–7 cups/day	0.84
Shin et al. (2022) [23]	ACC	530,000	Asia (4 countries)	3–5 cups/day	0.76 in men 0.65 in women

Diese Abbildung (*Nutrients 2025*) listet zahlreiche Kohortenstudien aus den letzten 30 Jahren, die eine ***Verminderung der Gesamtmortalität durch Kaffeekonsum*** belegen.

Coffee's Impact on Health and Well-Being
https://t1p.de/s3nx6 (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

Die meisten Untersuchungen, auf denen diese Evidenz beruht, sind – schon aufgrund der sehr hohen Teilnehmerzahlen – keine RCTs, sondern Kohortenstudien, die bekanntermaßen Störfaktoren aufweisen können.

Ein ***gerade publizierter RCT aus dem JAMA bei Patienten mit persistierendem Vorhofflimmern*** *(DECAF = **D**oes **E**liminating **C**offee **A**void **F**ibrillation?)*, ist jedoch prospektiv, multizentrisch sowie randomisiert (offen) und bestätigt die bisherigen Belege.

Was haben die Autoren gemacht?

- Ausgewählt wurden 226 der 1.965 kaffeetrinkenden Personen >21 Jahre aus fünf tertiären Krankenhäusern in den USA, Australien und Kanada, *die unter permanentem Vorhofflimmern bzw. -flattern litten und zur Kardioversion vorgesehen waren*.
- Unter den 1.739 von der Teilnahme Ausgeschlossenen waren 427, die nicht auf Kaffee verzichten wollten und 219, die keinen Kaffee tranken. Nachdem bei 26 die Kardioversion erfolglos war, wurden ***200 Patienten randomisiert*** (Alter 69 Jahre; 71% Männer; BMI ca. 30; vor Studienbeginn Konsum von 7 Tassen Kaffee pro Woche):
  - ▷ Personen in Gruppe 1 wurden aufgefordert, sechs Monate lang *mindestens eine Tasse koffeinhaltigen Kaffee pro Tag* zu trinken (Zahl der Tassen war nach oben nicht begrenzt).
  - ▷ Personen in Gruppe 2 wurden aufgefordert, während dieser sechs Monate keinen Kaffee zu trinken, weder koffeinhaltig noch koffeinfrei.
  - ▷ Primärer Endpunkt war (innerhalb von sechs Monaten) Wiederauftreten von Vorhofflimmern oder – flattern, das vom Arzt per EKG bestätigt werden musste.
- **Die wichtigsten Ergebnisse** nach Ablauf eines halben Jahres:
  - ▷ Die Teilnehmer der *Gruppe 1* (Kaffeetrinker) tranken 7 Tassen Kaffee/Woche, die der *Gruppe 2* Null (0-2) Tassen/Woche. „0-2" bedeutete, dass de facto nur 69% dieser Gruppe komplett auf das Kaffeetrinken verzichteten. Eine völlige Enthaltsamkeit hätte den Unterschied zur Gruppe der Kaffeetrinker eher noch vergrößert.
  - ▷ Ein Rezidiv von Vorhofflimmern bzw. -flattern erlitten *insgesamt* n=111 Patienten – 47 (47%) in der Gruppe 1 und 64 (64%) in der Gruppe 2. Dieser Unterschied war signifikant: Hazard ratio 0.61 (95% KI 0.42-0.89; P = .01). Zudem war die Zeit bis zum Auftreten eines Rezidivs bei den Kaffeetrinkern deutlich länger.
  - ▷ Unerwünschte Wirkungen gab es in keiner der beiden Gruppen.
- Als **Quintessenz** dieser Arbeit und unter Berücksichtigung der vielen anderen Untersuchungen zum Thema, lässt sich festhalten, dass ***Kaffeetrinken – im Gegensatz zu herkömmlichen Überzeugungen – für die kardiovaskuläre Gesundheit, wohl auch für die Gesamtmortalität vorteilhaft ist.***
- Wie bei allen Studien kann man natürlich auch hier Kritik anbringen: Es gab weder eine Verblindung noch ein Protokoll einer von der Symptomatik unabhängigen, regelmäßigen Rhythmusdiagnostik. Zudem war die Teilnehmerzahl rel. gering, u.a. weil viele Gescreenten auf Kaffee nicht verzichten wollten.
- *Halt, das hätte ich beinahe vergessen: Der Datenaustausch zwischen den beteiligten drei Ländern konnte zollfrei erfolgen (wurde dem US-Präsidenten verheimlicht...* 😎*)*

Caffeinated Coffee Consumption or Abstinence to Reduce Atrial Fibrillation - The DECAF Randomized Clinical Trial https://t1p.de/ohqkt (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

▶ Tiefe Hirnstimulation bei Stottern – ein Lichtblick?

Stottern kommt nach vorliegenden Daten bei rund 1% aller Kinder und Jugendlichen und bei 0.5% der Erwachsenen vor (bei erwachsenen Frauen deutlich seltener als bei Männern) und kann die Lebensqualität Betroffener erheblich beeinträchtigen.

- Vor 30 Jahren wurde Stottern noch als weitgehend psychogen und erziehungsabhängig angesehen; heute geht man von einer zerebralen Störung mit genetischen und epigenetischen Einflüssen aus.

- Als Behandlung wird das Erlernen einer neuartigen Sprechweise empfohlen - *„z. B. weicher Stimmeinsatz, gedehntes Sprechen, wodurch Stotter-Ereignisse vermieden werden [fluency shaping]"*). Allerdings vermindern bisherige Therapieansätze die Sprechstörung – wenn überhaupt - *höchstens moderat*.

- Eine ***S3-Leitlinie der AWMF*** zum Thema stammt aus dem Jahre 2016 (Vorstellung im *Deutschen Ärzteblatt* 2017 https://t1p.de/ia05g *(frei)* und ist seit dem Auslaufen vor fünf Jahren (2021) in Überarbeitung...

- Autoren aus Frankfurt und Münster, die z.T. identisch mit den Verfassern der o.g. Leitlinie sind, berichten jetzt über die Methode der tiefen Hirnstimulation (*Deep Brain Stimulation - DBS*), einer neurochirurgischen Behandlung, bei der Elektroden in das Gehirn implantiert werden, um elektrische Impulse an bestimmte Gehirnbereiche abzugeben.

  ▷ Beschrieben wird ein 24-jähriger Mann, der seit der Kindheit schwer stottert und der Therapie mit DBS zustimmte.

  ⇨ ***Nach Angaben der Autoren war es das erste Mal, dass diese Methode bei Stottern angewendet wurde*** (schon häufiger allerdings bei Depressionen oder M. Parkinson).

  ▷ Nach Abschluss der 24 Monate dauernden Stimulation ging die Häufigkeit des Stotterns um 46 % zurück, die Symptomschwere um 29%. Der betroffene Patient stufte die Verbesserung mit 38% ein.

  ▷ Es handelt sich hier zwar nur um einen Fallbericht, bei dem auch eine Plazebowirkung eine Rolle gespielt haben könnte – angesichts der bisher mageren bis frustranen Behandlungserfolge aber vielleicht ein therapeutischer Lichtblick.

Left thalamic deep brain stimulation for persistent developmental stuttering https://t1p.de/hw550 *(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

▶ Akute unkomplizierte Appendizitis bei Kindern – doch besser operieren

Bei *Erwachsenen* mit akuter Appendizitis wird die Antibiotikatherapie als weitgehend gleichwertig mit der Operation angesehen – in rund zwei Dritteln aller Patienten kann damit die chirurgische Intervention innerhalb eines Jahres vermieden werden.

Bei *Kindern* aber bleiben erhebliche Unsicherheiten, obwohl in den letzten Jahren zunehmend nichtoperative Behandlungsoptionen (**NOM**) als Alternative zur Operation herausgestellt wurden (in den Benefits wiederholt erwähnt).

Brasilianische und US-amerikanische Autoren haben soeben eine ***systematische Übersicht mit Metaanalyse zum Thema*** publiziert.

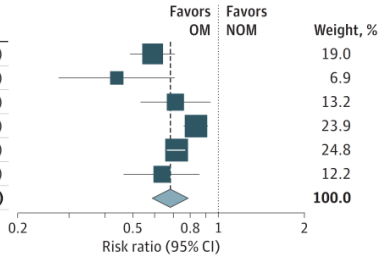
- Aus 1.246 gescreenten Studien wurden sieben RCTs mit 1.480 Kindern selektiert (Kinder = Alter <18 Jahren).
- Nach einem Jahr zeigte sich in der NOM-Gruppe ein therapeutischer Misserfolg signifikant häufiger als bei den appendektomierten Patienten (Risk ratio [RR] 4.97; 95% KI 3.57-6.91).
- Auch ernsthafte Komplikationen ergaben sich bei den Nichtoperierten erheblich häufiger (RR 33.37; 95% KI 7.89-141.05), z.B. ein Rezidiv mit 18.47 Ereignissen/100 Beobachtungen (95% KI 12.62-25.07)

Figure 1. Risk Ratios for Overall Treatment Success and for Treatment Success in 1 Year

A Overall treatment success

Source	Events, No./total No. NOM	Events, No./total No. OM	Risk ratio, MH, random (95% CI)	Weight, %
Adams et al,[13] 2024	68/127	82/90	0.59 (0.49-0.70)	19.0
Hall et al,[19] 2021	11/27	25/27	0.44 (0.28-0.70)	6.9
Perez Otero et al,[22] 2022	14/20	19/19	0.71 (0.54-0.93)	13.2
Sajjad et al,[21] 2021	75/90	90/90	0.83 (0.76-0.91)	23.9
St Peter et al,[12] 2025	299/452	366/394	0.71 (0.66-0.76)	24.8
Svensson et al,[23] 2015	15/24	26/26	0.63 (0.47-0.86)	12.2
Total	**482/740**	**608/646**	**0.68 (0.59-0.78)**	**100.0**

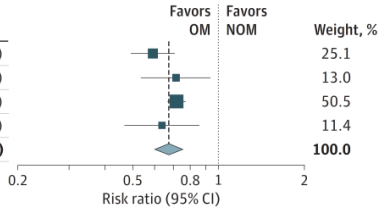
Heterogeneity: $\tau^2 = 0.0202$; $\chi^2_5 = 19.94$ ($P = .001$); $I^2 = 74.9\%$
Test for overall effect: $z = -5.30$ ($P < .001$)



B Treatment success in 1 y

Source	Events, No./total No. NOM	Events, No./total No. OM	Risk ratio, MH, random (95% CI)	Weight, %
Adams et al,[13] 2024	68/127	82/90	0.59 (0.49-0.70)	25.1
Perez Otero et al,[22] 2022	14/20	19/19	0.71 (0.54-0.93)	13.0
St Peter et al,[12] 2025	299/452	366/394	0.71 (0.66-0.76)	50.5
Svensson et al,[23] 2015	15/24	26/26	0.63 (0.47-0.86)	11.4
Total	**396/623**	**493/529**	**0.67 (0.60-0.75)**	**100.0**

Heterogeneity: $\tau^2 = 0.0052$; $\chi^2_3 = 4.35$ ($P = .23$); $I^2 = 31.1\%$
Test for overall effect: $z = -7.00$ ($P < .001$)



A random-effects restricted maximum likelihood model was used to determine the risk ratio for overall treatment success (A) and treatment success in 1 year (B). The sizes of the squares reflect the weight of each study; width of the diamond, the 95% CI for the point estimate of the pooled effect. MH indicates Mantel-Haenszel; NOM, nonoperative management; OM, operative management.

Selbstverständlich ändern diese Ergebnisse nichts daran, dass ***therapeutische Entscheidungen immer zusammen mit den Familienangehörigen getroffen werden sollten*** – auch abhängig von der regional verfügbaren Expertise im kinderchirurgischen Bereich.

Reevaluating Nonoperative Management for Pediatric Uncomplicated Acute Appendicitis https://t1p.de/s7v0d *(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

▶ „Teure Medikamente für Hochbetagte"

Der Bonner Virologe und heutige Bundestagsabgeordnete der CDU (sowie Drogenbeauftragter der Bundesregierung) ***Hendrik Streeck*** hat sich kürzlich zur medizinischen Versorgung Älterer geäußert und ***teure Medikamente für Hochbetagte*** infrage gestellt (*Welt-Talk „Meinungsfreiheit"* https://t1p.de/mi8ld *[frei])*. Diese Äußerungen kamen allerdings, auch bei der zuständigen Gesundheitsministerin, nicht so gut an https://t1p.de/b352f *(frei).*

Der hier mitlesende Kollege und Redakteur beim Hamburger Nachrichten-Magazin *Der Spiegel, Martin U. Müller,* hat nun in einem lesenswerten Leitartikel ***(„Warum pauschale Altersgrenzen der falsche Weg sind und das Problem woanders liegt")*** dazu Stellung genommen.

- In dem Text erinnert er an frühere, ethisch z.T. zweifelhafte Statements von Prominenten des öffentlichen Lebens zum Thema:

  *„Schon vor über zwanzig Jahren forderte der **damalige JU-Vorsitzende Philipp Mißfelder**, teure Behandlungen wie Gelenkprothesen für über 85-Jährige zu streichen – »Früher sind die Leute auch auf Krücken gelaufen«, sagte er. Unterstützung bekam er von der jungen Abgeordneten **Katherina Reiche**, heute Bundeswirtschaftsministerin. Der **Theologe Joachim Wiemeyer** sprach sich gegen jede lebensverlängernde Maßnahme im hohen Alter aus, der **Ökonom Friedrich Breyer** wollte Herzoperationen ab 75 nicht mehr zahlen, und **Ärztekammerpräsident Karsten Vilmar** prägte 1995 das berüchtigte »sozialverträgliche Frühableben«.*

- Weiter heißt es (Auszug):

  „Eine 90-Jährige mit höhergradiger, symptomatischer Aortenklappenverengung kann von einer TAVI (einer per Katheter eingeführten künstlichen Herzklappe) spürbar profitieren – weniger Luftnot, weniger Herzenge, mehr körperliche Stabilität. Ein künstliches Gelenk in der Hüfte oder im Knie kann Mobilität und Teilhabe wiederherstellen, auch im sehr hohen Alter. Umgekehrt ist eine komplexe Chemoimmuntherapie bei chronischer Leukämie einer Hundertjährigen nahezu Körperverletzung, wenn sie keine realistische Aussicht auf Symptomlinderung bietet. Das ist keine Absage an Hightech, sondern geordnete Indikation: Therapie dort, wo sie wirkt".

  Ob der folgende Geschenk-Link von allen Leserinnen und Lesern der Benefits geöffnet werden kann, weiß ich nicht *https://t1p.de/e0oqw*.

  Der „normale" Link lautet: *Medizin kennt kein Verfallsdatum* https://t1p.de/2kigv *(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

▶ IQWIG: Kardiales MRT bei KHK-Diagnostik sinnvolle Ergänzung

IQWiG ÜBER UNS PROJEKTE SICH EINBRINGEN VERANSTALTUNGEN PRESSECENTER KONTAKT

PRESSECENTER > PRESSEMITTEILUNGEN > KORONARE HERZKRANKHEIT: KARDIALE MAGNETRESONANZTOMOGRAFIE IST SINNVOLLE ERGÄNZUNG ZUR BISHERIGEN KHK-DIAGNOSTIK

30.10.2025

Koronare Herzkrankheit: Kardiale Magnetresonanztomografie ist sinnvolle Ergänzung zur bisherigen KHK-Diagnostik

Zur funktionellen Diagnostik bei KHK liefert die kardiale MRT Ergebnisse vergleichbarer Qualität wie die SPECT – allerdings ohne Strahlenbelastung für die Betroffenen.

Die MRT erweitert das Spektrum der diagnostischen Möglichkeiten bei KHK-Verdacht in sinnvoller Weise. Wir erwarten, dass in der Praxis wie bisher die KHK-Diagnostik differenziert eingesetzt wird gemäß der individuellen Patientensituation und Doppeldiagnostik vermieden wird.

Martina Lietz, Projektleitung im Ressort Nichtmedikamentöse Verfahren beim IQWiG, zur Nutzenbewertung von kardialer Magnetresonanztomografie bei koronarer Herzkrankheit, 10/2025

Das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* hat im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die ***Vor- und Nachteile der kardialen MRT im Vergleich zu einer Diagnosestrategie ohne MRT bei chronischer KHK*** überprüft. Verglichen wurde das MRT insbesondere mit *SPECT* (*Einzelphotonen-Emissionscomputertomografie-Myokardszintigrafie*).

Die Anwendung unterschiedlicher diagnostischer Verfahren bei der KHK *(neben der Basis-Diagnostik mit EKG, Echokardiographie und u.U. Ergometrie, bislang Stress-Echokardiografie, SPECT, Koronar-CT und – allerdings bei VWT >85% - die Konoronarangiographie)* hängt von der ***Vortestwahrscheinlichkeit (VTW)***, der individuellen Patientensituation und der lokalen Verfügbarkeit der Diagnostik ab.

In der *Nationalen Versorgungs-Leitlinie* (*8-2024 https://t1p.de/xa9u2*) spricht sich die DEGAM für eine bevorzugte Anwendung der Koronar-CT nicht nur bei einer VWT bis 50%, sondern auch noch bis 85% aus.

- Das CT geht allerdings mit einer Strahlenbelastung einher - das vom IQWIG jetzt als sinnvolle, diagnostische Ergänzung eingestufte kardiale MRT hingegen kommt ohne Strahlenbelastung aus. Ob das MRT, insbesondere aus diesem Grunde, das CT ersetzen wird, bleibt abzuwarten.

Kardiale Magnetresonanztomografie bei koronarer Herzkrankheit. Abschlussbericht des IQWIG https://t1p.de/o5ma5 (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

▶ Kognitive Einschränkungen bei Long COVID: RCT zeigt keinen Erfolg

Das Bundesforschungsministerium hat gerade beschlossen, Forschung zu „postinfektiösen Krankheiten", zu denen hauptsächlich Long COVID und das chronische Fatigue-Syndrom ME/CFS gehören, gestreckt über die nächsten zehn Jahre mit 500 Millionen Euro zu fördern.

Zum ***Symptomenkomplex von Long COVID*** *(RKI 6-2025 https://t1p.de/mw9ff)* zählen im Wesentlichen

- ▷ starke Erschöpfung (Fatigue) mit geringer körperlicher oder mentaler Belastbarkeit,
- ▷ Atembeschwerden
- ▷ und *kognitive Beeinträchtigungen (Brain Fog)*.

- US-amerikanische Auroren unter Federführung der *Mayo Clinic* in Rochester haben soeben einen multizentrischen RCT im *JAMA Neurology* veröffentlicht, der **klären sollte, ob drei verschiedene Interventionsstrategien zu einer relevanten Besserung der kognitiven Beschwerden führen können**. Zwei davon waren Online-Gehirntrainingsprogramme (*BrainHQ* und *PASC-CoRE*; 5x30 Minuten/Woche am PC; Details in der frei verfügbaren Arbeit) sowie die *transkranielle Gleichstromstimulation*, eine nicht-invasive Methode, bei der schwache elektrische Ströme (ausgehend von auf der Kopfhaut applizierten Elektroden) die Gehirnaktivität beeinflussen sollen.

- Ergebnis: ***Leider kein Nutzen!***

Evaluation of Interventions for Cognitive Symptoms in Long COVID: A Randomized Clinical Trial https://t1p.de/hk2pq (frei).

▶ Behandlung der Anaphylaxie – fünf Merksätze auf einer Seite

Das *Canadian Medical Association Journal* listet auf *einer Druckseite* fünf Empfehlungen, die im Fall einer Anaphylaxie beachtet werden sollten.

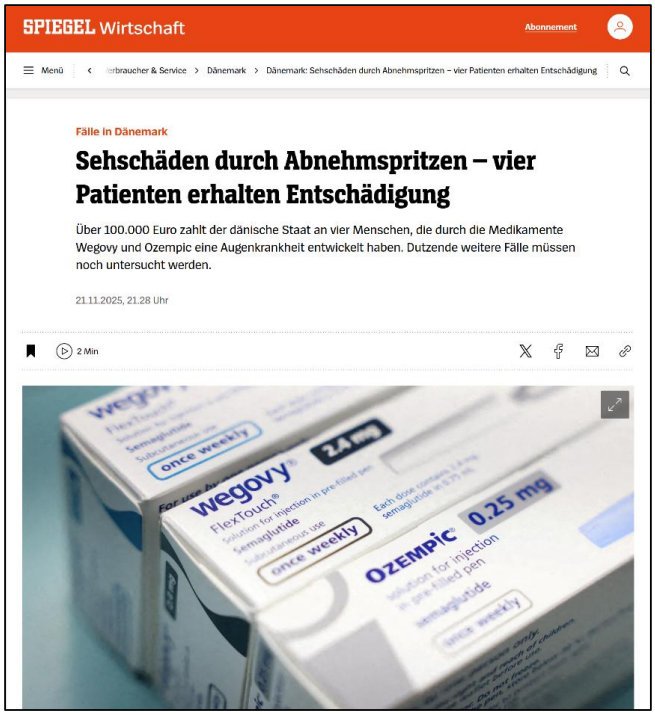
Hier nur die Überschriften:

- Adrenalin ist die einzige Therapie, die bei einer Anaphylaxie den Tod verhindern kann.
- Antihistaminika der zweiten Generation sind als Begleitmedikation den Substanzen der ersten Generation vorzuziehen.
- Intranasal verabreichtes Adrenalin ist eine passable Alternative bei "Spritzenangst".
- Leitlinien empfehlen nach Applikation von Adrenalin ein differenziertes Vorgehen bei der Alarmierung des Rettungsdienstes.
- Die Anwendung eines Adrenalin-Autoinjektors sollte individualisiert werden.

Wer den freiverfügbaren Text lesen möchte: *Management of anaphylaxis https://t1p.de/i1jxr (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

▶ Semaglutid (Wegovy®; Ozempic®) - erhöhtes Risiko einer nAION (nicht-arteriitische anteriore ischämische Optikusneuropathie)


SPIEGEL Wirtschaft

Abonnement

Menü › Verbraucher & Service › Dänemark › Dänemark: Sehschäden durch Abnehmspritzen – vier Patienten erhalten Entschädigung

Fälle in Dänemark

Sehschäden durch Abnehmspritzen – vier Patienten erhalten Entschädigung

Über 100.000 Euro zahlt der dänische Staat an vier Menschen, die durch die Medikamente Wegovy und Ozempic eine Augenkrankheit entwickelt haben. Dutzende weitere Fälle müssen noch untersucht werden.

21.11.2025, 21.28 Uhr

2 Min

Der *Spiegel* bringt am Abend des 21. Novembers die Meldung, dass der dänische Staat über 100.000 Euro an vier Menschen zahlt, bei denen der *Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist* ***Semaglutid*** *(Wegovy®; Ozempic®)* eine **nAION (nicht-arteriitische anteriore ischämische Optikusneuropathie)** verursacht hat.

Vermutlich dürften die Entschädigungszahlungen (in Dänemark und u.U. auch in anderen Ländern) künftig noch sehr viel höher werden *https://t1p.de/3s4s4*.

- Die typische Anamnese von nAION-PatientInnen ist eine akute, fast immer einseitige und schmerzlose Sehverschlechterung – oft früh nach dem Aufwachen. Mit einer Inzidenz von 1–10/100.000 ist das zwar eine seltene Erkrankung. Aber: Die Frequenz dürfte bei der immer häufiger angewendeten Behandlung von Diabetes und Adipositas mit *Glucagon-Like Peptide-1 Rezeptoragonisten* deutlich steigen. Und: ***Die durch nAION eingetretene Sehverschlechterung ist meist permanent***.
- Unbedingt abzugrenzen ist die *arteriitische Verlaufsform* mit Kopfschmerz, Kau- oder Schulterschmerz, z.T. Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust) und einer tastbaren Temporalarterie (BSG bzw. CRP fast immer massiv erhöht).
- Das *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC)* der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) hatte Mitte Januar 2025 ein Prüfverfahren zum Zusammenhang zwischen Semaglutid und nAION begonnen https://t1p.de/ohkhe und kam am 6. Juni 2025 zum Schluss, dass nAION sehr selten sei und *„nur" bei bis zu 1:10.000 Anwendern auftreten würde* https://t1p.de/i3iyp.
- Ein Blick in die aktuelle Literatur offenbart, dass ***mehrere Studien mit hohen Teilnehmerzahlen bei Semaglutid-Patienten ein signifikant erhöhtes Risiko für nAION zeigen***. Hier eine selektive Auswahl an *frei verfügbaren* Untersuchungen:
  - *Danish cohort of 424,152 persons with type 2 diabetes https://t1p.de/sghdl.*
  - *Danish–Norwegian cohort study of 61.377 with type 2 diabetes https://t1p.de/hougw.*
  - *GLP-1 Receptor Agonists and Sight-Threatening Ophthalmic Complications in 185. 066 Patients With Type 2 Diabetes https://t1p.de/wjm5o.*
  - *Semaglutide and non-arteritic anterior ischaemic optic neuropathy: Review and interpretation of reported association https://t1p.de/21q4g.*

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

Die Beiträge der anderen Kollegen

▶ Günther Egidi

▷ „Die Abnehmspritze (2) - Indikation Adipositas" **Anlage**

▶ Bernd Hontschik

▷ „Neues vom Europäischen Gesundheitsdatenraum" **Anlage**

▶ Florian Stigler (Golden Nuggets)

▷ „Gewohnheiten großartiger Hausärzte" **Anlage**

Herzliche Grüße

Michael M. Kochen

(Informationen u.a. zum kostenlosen Bezug der Benefits auf der nächsten Seite)

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

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

- **An**melden im Benefit-Verteiler: mmk-benefits-subscribe@gwdg.de
- **Ab**melden 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).

Die Abnehmspritze (2) - Indikation Adipositas

Ich freue mich immer, wenn meine Benefit-Beiträge aufmerksam gelesen werden.

Mein Bremer Hausarzt-Kollege **Bernhard Lache** wies mich auf einen fehlerhaften Satz in meinem Diabetes-Beitrag hin, der weder mir noch den netten Reviewer*innen aufgefallen war:

„An der Stelle muss aber daran erinnert werden, dass es für eine medikamentöse HbA1c-Senkung bei Typ-2-Diabetes keine Nutzenbelege gibt." Dieser Satz ist so natürlich falsch. Richtig muss er heißen: *„An der Stelle muss aber daran erinnert werden, dass es für eine medikamentöse HbA1c-Senkung **unter 7,0%** bei Typ-2-Diabetes keine Nutzenbelege gibt.*"

- Wenn das HbA1c von 15 auf 11% gesenkt wird, ist es fast egal, welche antihyperglykämische Substanz verwendet wird – man wird fast immer einen Nutzen erzielen – Hauptsache, die Substanz kann tatsächlich das HbA1c senken.
- Je näher sich das HbA1c dem Bereich von 7,0-8,0% nähert, den DEGAM und AKdÄ für jüngere und mittelalte Patient*innen mit Diabetes empfehlen, umso stärker differiert der Nutzen der verschiedenen verwendeten Antidiabetika.
- Für eine medikamentöse HbA1c-Senkung unter 7,0% gibt es keinerlei Nutzenbelege, wenn Diabetes die Indikation für die Therapie ist. Bei chronischer Nierenkrankheit (CKD) mit eGFR <45 ml/min (aber > 20 ml/min!) und bei schwerer Herzinsuffizienz (HFrEF) mit EF ~ 30% dagegen ist die Wirkung des meist zu empfehlenden Dapagliflozin völlig unabhängig von der glykämischen Situation – also auch bei HbA1c <7,0% zu erwarten.

Florian Stigler wiederum, dessen tolle Golden Nuggets ebenfalls immer den Benefits anhängen, wies mich zu Recht darauf hin, dass es für Semaglutid mit der Studie SELECT (https://tinyurl.com/y3an9wt4) sehr wohl einen Nachweis für einen relevanten kardiovaskulären Nutzen gebe. In SELECT war jedoch Semaglutid bei Personen **ohne** Diabetes und mit kardiovaskulären Vorerkrankungen eingesetzt worden, weshalb ich diese Studie erst in einem dritten Beitrag zu GLP-1-Analoga (GLP-1-RA) besprechen werde.

Von **Uwe Popert** wiederum kam der berechtigte Hinweis, dass der link zur LEADER-Studie nicht funktionierte. Hier ein – hoffentlich – funktionierender Link: https://tinyurl.com/3pvvzk54

In meinem letzten Beitrag hatte ich erwähnt, dass die Firma Novo ihr Liraglutid-Präparat Victoza® aus finanziellen Erwägungen vom Markt zurückziehen wird. Erfreulicherweise ist zu vermelden, dass Liraglutid als einziger GLP-1-RA mit eindeutigem Wirksamkeits-Nachweis bei Diabetes auch weiterhin als Generikum verfügbar sein wird.

XXXX

Foto lizenzfrei
im Netz verfügbar

Im April 2024 hatten Olaf Scholz, Karl Lauterbach und Malu Dreyer im pfälzischen Alzey einen symbolischen Spatenstich für das neue Werk des Konzerns Eli Lilly durchgeführt – Lilly stellt Mounjaro® her.

Im Oktober 2024 verbreitete dann Michael Kochen in seinem Benefit die skandalöse Meldung von Panorama und Süddeutscher Zeitung, dass der seinerzeitige Gesundheitsminister Lauterbach in seinem Medizinforschungsgesetz (MFG) festgelegt hatte, dass Pharmaunternehmen künftig die Preise, die sie für ihre neuen Medikamente von den Krankenkassen erstattet bekommen, geheim halten dürfen – eine Entscheidung, die auch unseren europäischen Nachbarländern noch ziemlichen Schaden zufügen dürfte.

Welche Krankheit soll denn mit Tirzepatid behandelt werden?

Beim Diabetes hatte der Gemeinsame Bundesausschuss festgestellt: ein Zusatznutzen von Tirzepatid ist nicht belegt (https://tinyurl.com/ypmxdsvf).

Genau passend zu diesem Benefit-Beitrag wurden drei Cochrane-Reviews zum Thema GLP-1-RA/Twinkretine bei der Indikation Adipositas (https://tinyurl.com/yrphavtc; https://tinyurl.com/2svekhd7; https://tinyurl.com/42wkh9uw veröffentlicht, die kürzlich beim DEGAM-Kongress in Hannover vorgestellt worden waren. (DEGAM-Mitglieder haben über den internen Bereich der DEGAM-Homepage Zugriff auf die Inhalte der Cochrane Library).

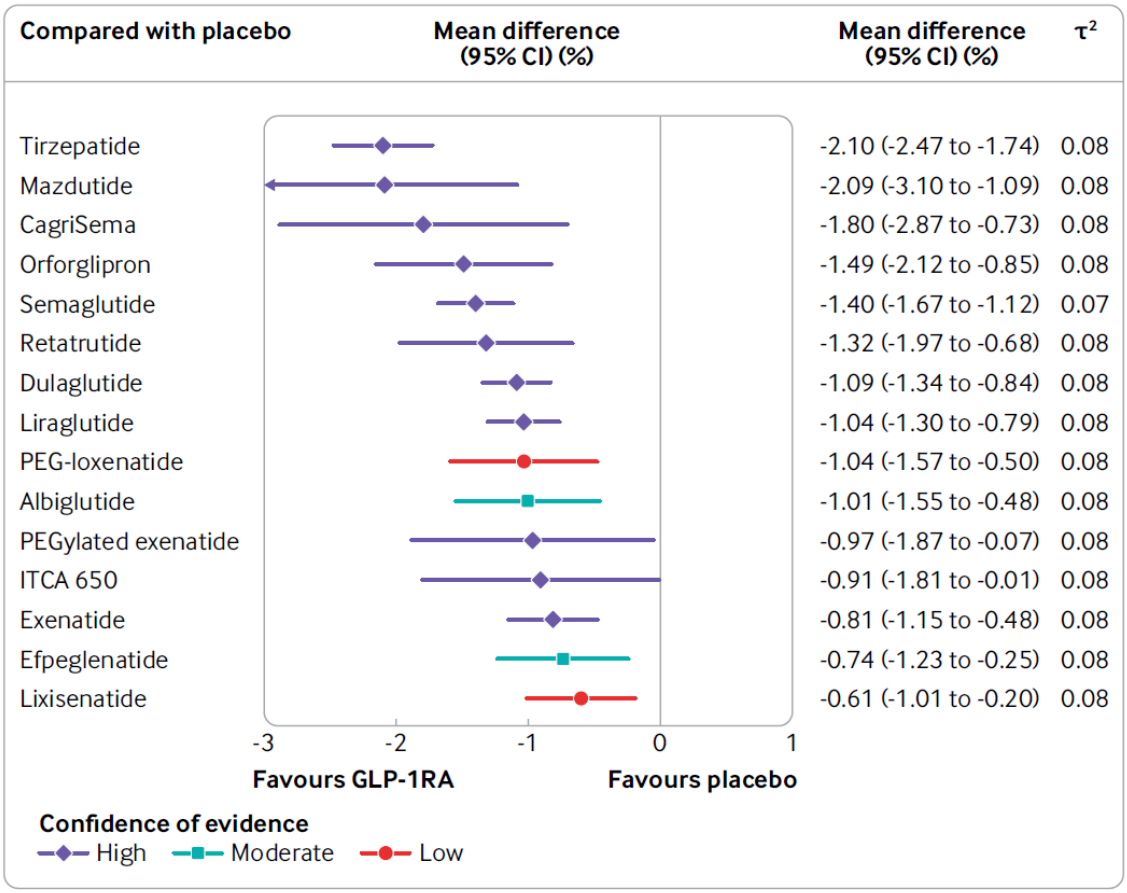
- Liraglutid bewirkt allenfalls eine geringe, nicht sehr bedeutsame Gewichtsabnahme. Ob kardiovaskuläre Ereignisse und/oder Sterblichkeit beeinflusst werden, kann nicht eindeutig gesagt werden. Auswirkungen auf die Lebensqualität sind bestenfalls gering.

- Semaglutid senkt das Körpergewicht bedeutsam um ca. 11%. Effekte auf Lebensqualität, kardiovaskuläre Ereignisse und/oder Mortalität sind begrenzt und klinisch nicht bedeutsam (zumindest solange nicht bereits kardiovaskuläre oder Nierenerkrankungen vorliegen).
- Tirzepatid senkt das Körpergewicht noch stärker um ca. 15%. Es bleibt unklar, ob es ansonsten Effekte auf klinisch relevante Endpunkte hat.

Zusätzlich kann ich Ihnen einen systematischen Review vorstellen, der die Effektivität verschiedener Medikamente zur Gewichtsreduktion miteinander verglich (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39761578/). Eingeschlossen waren 26 RCTs mit 15.491 Personen mit Übergewicht oder Adipositas (durchschnittlicher BMI 30-41 kg/m2), aber ohne Diabetes. Die Behandlung dauerte 16-104, im Schnitt 43 Wochen.
Im Vergleich zu Placebo senkten die untersuchten Medikamente bei Anwendung mit Indikation Adipositas (nicht Diabetes) das Gewicht folgendermaßen:

- Tirzepatid 15 mg wöchentlich: um 17,8% (95-%-CI 16,3-19,3%)
- Semaglutid 2,4 mg wöchentlich: um 13,9% (95-%-CI 11,0-16,7%)
- Liraglutid 3 mg täglich: um 5,8% (95-%-CI 3,6-8,0%)
- **Unter den auf dem deutschen Markt zugelassenen Medikamenten ist die Gewichtsreduktion unter Tirzepatid am stärksten** (das im syst. Review mitbeurteilte Retatrutid senkte das Gewicht mit einer Abnahme um 22,1% noch stärker – das letzte Wort zu diesem Thema ist mit Sicherheit aber noch nicht gesprochen – der Markt ist in Bewegung).

In einem weiteren syst. Review (https://tinyurl.com/4fh4kbbv) – allerdings bei Personen mit Diabetes – fand sich dieses Bild bei der Gewichtsreduktion:



- Lixisenatid und Exenatid waren gar nicht, Liraglutid mit einer durchschnittlichen Abnahme um 1,33 kg kaum wirksam hinsichtlich des Körpergewichtes. Unter den hierzulande zugelassenen Substanzen sieht man auch hier Tirzepatid an der Spitze – aber man erkennt auch, dass die Entwicklung hier höchstwahrscheinlich weiter voranschreiten wird.

Klar ist in jedem Fall: Die durch die genannten Medikamente erreichte Gewichtsreduktion hält nur so lange, wie sie angewendet werden – bei Beendigung folgt meist unverzüglich ein Gewichts-Rebound.
Ca. ein Viertel der deutschen Bevölkerung ist – zumindest nach Selbstangabe - adipös (https://tinyurl.com/3pxmbuun).

Ist denn Adipositas überhaupt eine Krankheit?

Dies ist eine der am schwersten zu beantwortenden Fragen.
Unter dem Kriterium des subjektiven Leidens ist Adipositas mit Sicherheit eher eine Krankheit als z.B. Arterielle Hypertonie oder Typ-2-Diabetes - letztere sind Risikofaktoren, aber in den meisten Fällen nicht wirklich

Krankheiten.
Und gerade wegen der sozialen Komponente bei der Adipositas-Entstehung leiden viele Betroffene auch besonders an ihrem Dick-Sein – „man sieht ja schon von außen, dass ich wahrscheinlich zum ärmeren Teil der Bevölkerung gehört".

Die S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (https://tinyurl.com/4xasuk5t) zitiert hier die WHO und stützt das Konzept von Adipositas als Krankheit. Die DEGAM sieht dagegen „Adipositas als pathologischen Zustand oder Risikofaktor nur im Kontext der Begleiterkrankungen, des Alters und anderer Faktoren .... somit komme ihr auch keine automatische Zuordnung als Krankheit zu."
Immerhin spricht sich die Leitlinie sehr eindeutig gegen eine Stigmatisierung adipöser Menschen aus.

Adipositas hat eine massive soziale Komponente – ärmere Menschen sind wesentlich häufiger dick als reichere (https://tinyurl.com/yy6f46vu).
Die DEGAM hat sich eindeutig gegen die Einführung eines DMP Adipositas positioniert (https://tinyurl.com/2j3vk43r). Zentrale Kritikpunkte:

- Es gibt keine ausreichende Evidenz für einen Nutzen von Therapien gegen Adipositas hinsichtlich weniger kardiovaskulärer Ereignisse und einer gesenkten Sterblichkeit (zumindest wenn nicht kardiovaskuläre Vorerkrankungen oder eine Niereninsuffizienz bestehen)
- Adipositas hängt wesentlich von der sozialen Herkunft ab – ein DMP wird eher die Reicheren ansprechen („healthy user effect")
- Ein DMP wird finanzielle und Zeitressourcen verschlingen, ohne dass ein Nutzen belegt ist.
- Wir brauchen eher Verhältnisprävention: Zuckersteuer, ein gutes Kita- und Schulessen, Werbeverbot für ungesunde Lebensmittel wie von der FDP in der Ampel-Regierung verhindert – und v.a.m.
- Eine gute Sozialpolitik mit einer Umverteilung von oben nach unten.

Und sollten wir GLP-1-RA/Twinkretine zur Gewichtsreduktion rezeptieren?

- Bitte nicht auf Kassenrezept! Die Krankenkassen übernehmen die Kosten nur bei Diabetes.
- Auch bei Diabetes nur dann, wenn die antidiabetische Medikation „ausgereizt" war. Wie das folgende Rechenbeispiel zeigt, werden die Kassen aus wirtschaftlichen Gründen gar nicht anders können, als Überschreitungen des Fachgruppendurchschnittes mit Regressen zu verfolgen.

Meine persönliche Prognose: Die Gesetzliche Krankenversicherung wird gar nicht anders können, als hier zu priorisieren. Eine Verordnung der GLP-1-RA/Twinkretine zur Gewichtsreduktion zu Lasten der GKV wird nicht möglich sein.

Ein Rechenexempel: 83,5 Mio. Menschen leben in Deutschland. 90% von ihnen sind gesetzlich versichert – 75,15 Mio. 24% der Bevölkerung sind adipös. Vermutlich sind dies unter gesetzlich Versicherten mehr als unter Privatpatient*innen. Nehmen wir aber der Einfachheit halber die 24%, demnach sind gut 18 Mio. Kassenpatient*innen adipös.

Die jährlichen Therapiekosten für Mounjaro® betragen günstigstenfalls 3.310 €. Es ergeben sich multipliziert jährliche Kosten allein für Mounjaro® von 59,7 Mrd. € zu Lasten der GKV.

Im Jahr 2024 lagen die Leistungsausgaben der GKV bei 312,29 Mrd. €, diejenige für Medikamente bei 55,2 Mrd. € und die für ärztliche Honorare bei 50,26 Mrd. €… mit Medikamenten wie Mounjaro würde die GKV in den Ruin getrieben werden. Der AOK-Bundesverband warnt auch bereits vor den auf die Kassen zukommenden Kosten: https://tinyurl.com/bdhvtx48.

Eine weitere – leicht dystopische – Prognose: Die soziale Spreizung würde noch weiter zunehmen – wenn sich eine dicke Person um einen Job bewirbt, könnte sie zu hören bekommen: „warum benutzen Sie kein Mounjaro®?
Die zunehmende soziale Spreizung würde am Ende die Prävalenz der Adipositas möglicherweise noch erhöhen. Ein soziales Problem kann man nicht allein mit Medikamenten behandeln!

XXXX

Again: Die elektronische Patient*innenakte

Wie so oft belästige ich Sie auch in diesem Schreiben mit dem Thema elektronische Patient*innenakte (ePA). Der Kölner Hausarzt Stefan Streit ist in der Sache sehr engagiert. Er fragt, wie wichtig eine Intervention wie die ePA eigentlich ist, wenn man sie privat versicherten Patient*innen vorenthält. Hier können Sie lesen, wie er zu der Einschätzung kommt, dass die ePA aktuell für 16-21% der Bevölkerung gar nicht existiert: https://tinyurl.com/mr2794py

XXXX

schadet vermutlich viel mehr.

XXXX

80 Jahre
Frankfurter Rundschau

QR-Code scannen und
Artikel online lesen:

www.fr.de/-94038166.html

Zentrale Server kennen keine Schweigepflicht

14.11.2025, 15:05 Uhr
Von: Bernd Hontschik

Ein Element der ePA: die elektronische Gesundheitskarte. © Jens Kalaene/dpa

Neues vom Europäischen Gesundheitsdatenraum

Es ist still geworden um die elektronische Patientenakte (ePA), obwohl deren entscheidende Phase jetzt beginnt. Seit der zweiten Hälfte des Jahres 2024 informieren nämlich alle Krankenkassen ihre Versicherten über diese elektronische Patientenakte. An dem gigantischen Datensammelprojekt wurde seit 2003 gearbeitet, also mehr als zwanzig Jahre. Sieben Gesundheitsminister:innen waren und sind damit befasst, zwei von der FDP, zwei von der SPD und drei von der CDU.

Die letzten fünf Jahre, von 2019 bis 2024, hat Professor Ulrich Kelber (57) als Bundesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit den Prozess der Fertigstellung und Veröffentlichung der ePA begleitet. Kurz bevor er von seiner eigenen Partei, der SPD, fallengelassen wurde und von der neuen Bundesregierung wegen seiner vielen kritischen Anmerkungen – nicht nur zu diesem Projekt – entlassen wurde, hat er dem Ärztlichen Nachrichtendienst noch ein Interview gegeben.

Darin beschreibt er, welchen Attacken er ausgesetzt war, als er auf datenschutzrechtlichen Minimalstandards beharrte. Die fehlenden Daten wegen übertriebenem Datenschutz machte man für den Tod von Hunderttausenden verantwortlich. Für diese griffige Propaganda blieb man bis heute aber jeden Beweis schuldig. Und alle anderen Länder in Europa würden mit dem Datenschutz viel pragmatischer umgehen als die ideologisch verbremsten und ängstlichen Deutschen.

Wenn Kelber sich aber mit Amtskolleg:innen traf, musste er feststellen, dass sie in anderen Ländern mit genau dem gleichen Satz unter Druck gesetzt wurden. Als die elektronische Patientenakte mit der Widerspruchslösung verknüpft wurde, äußerte Kelber Bedenken, dass das zu Misstrauen bei den Versicherten führen könnte. Er hielt die ePA zwar für enorm wichtig, kritisierte aber die mangelnden Steuerungsmöglichkeiten der Patient:innen bei Zugriffen. Er prangerte die nachträgliche Entfernung von Sicherheitsmaßnahmen bei der individuellen Verschlüsselung an.

Aus ärztlicher Sicht kommt zu all diesen schwerwiegenden Bedenken noch dazu, dass die Patientendaten nicht mehr da gelagert sein werden, wo sie entstanden sind, also in den Arztpraxen, sondern auf zentralen Servern. In einer Arztpraxis sind Daten vor Zugriffen geschützt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Zentrale Server kennen aber keine Schweigepflicht.

Ganz außerhalb unserer Kontrolle ist die Weitergabe aller Daten an den „Europäischen Gesundheitsdatenraum“. Mit diesen Millionen und Abermillionen Daten soll die Wissenschaft arbeiten, um unser aller Gesundheit zu verbessern. Was sind das für Daten, die in diesem Gesundheitsdatenraum landen? Daten aus Arztpraxen spiegeln weniger den tatsächlichen Gesundheitszustand als die tatsächliche Ausschöpfung aller Tricks im Umgang mit den Gebührenordnungen wider, bei denen man mit kleinen Veränderungen große Veränderungen des Einkommens generieren kann. Daten aus Krankenhäusern lassen auch ausreichende Evidenz vermissen, solange sie mit den Diagnosis Related Groups an die Vergütung geknüpft sind. Sie spiegeln nur die bestmögliche Bezahlung, nicht aber die bestmögliche Medizin wider. Ob die Sammlung solch großer Datenmengen wirklich dazu geeignet ist, etwas am Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, darf bezweifelt werden.

Wenn man also davon ausgehen kann, dass es bei der elektronischen Patientenakte weniger um Gesundheit geht als um Daten, Daten, Daten, auf die die Versicherungskonzerne, die gesetzlichen und privaten Krankenkassen und Pharmafirmen Zugriff haben wollen, dann ist die Entlassung von Ulrich Kelber nur folgerichtig. Ein Störfaktor weniger!

Vorgestern ist dann auch noch Susanne Ozegowski (41) in den „einstweiligen Ruhestand“ entlassen worden. Sie war als Abteilungsleiterin seit April 2022 für „Digitalisierung und Innovation“ im Bundesgesundheitsministerium als Digitalexpertin für die Einführung des E-Rezepts und der elektronischen Patientenakte verantwortlich. Noch Anfang des Jahres wurde sie von der Universität Dresden als „Digitalaffine Managerin des Jahres“ ausgezeichnet. Man darf gespannt sein, wessen Interessen sie geopfert werden musste.

Die 7 Gewohnheiten Großartiger Hausärzte.

Erkenntnisse einer weltweiten Befragung von 468 Hausärzten in 48 Ländern.

Was wäre, wenn du den hilfreichsten Ratschlag von hunderten Kollegen aus aller Welt erhalten könntest? Genau das wollten wir herausfinden. Wir baten 468 Hausärzte aus 48 Ländern um ihre wertvollste Empfehlung – und extrahierten daraus sieben Gewohnheiten, ergänzt um vier zusätzliche Themen. Außerdem entwickelten wir eine 4-Wochen-Challenge, mit der du all diese Gewohnheiten ausprobieren und in den Praxisalltag integrieren kannst.

Über den Global Family Medicine Community Survey	
Wie?	Die Umfrage wurde über die Newsletter *Golden Nuggets*, *WONCA World* und *WONCA Europe* verbreitet.
Wer?	**468** Hausärzte aus **48** Ländern nahmen anonym teil.
Was?	**531** „wertvollste Ratschläge“ wurden gesammelt, umformuliert, gezählt, thematisch geclustert und zu **sieben** Schlüsselgewohnheiten plus **vier** weiteren Themen verdichtet.

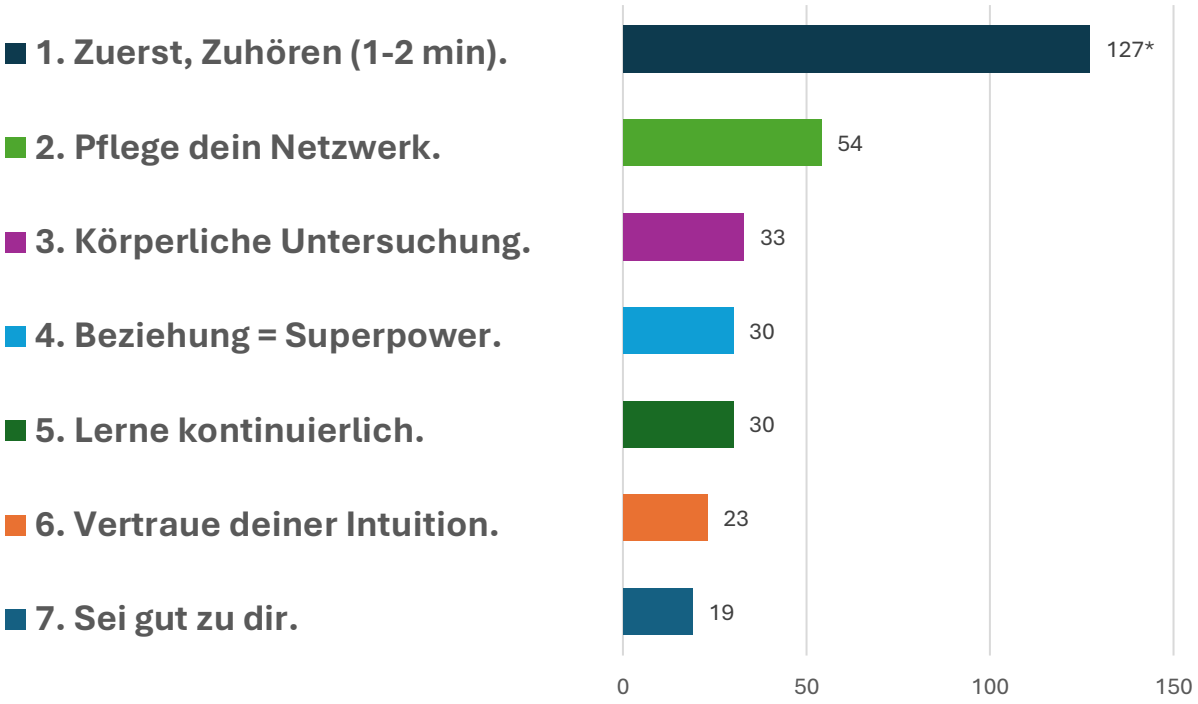
Inhaltsverzeichnis

- **Die 7 Gewohnheiten Großartiger Hausärzte**
- **Vier zusätzliche Themen**
- **Die Family-Medicine-Challenge (4-Wochen-Plan)**
- **Kommentare von WONCA Präsidenten**

Die 7 Gewohnheiten Großartiger Hausärzte

In der Befragung gaben 468 Hausärzte insgesamt 531 Ratschläge. Viele davon wiederholten sich – hier sind die sieben am häufigsten genannten Empfehlungen.

Die 7 Gewohnheiten Großartiger Hausärzte
(laut 468 Hausärzten aus 48 Ländern)



* Diese Zahlen zeigen wie viele der 468 Hausärzte im Global Survey diesen Ratschlag gaben.

© family-medicine.org

1. Zuerst, Zuhören (1-2 min).

127 Mal genannt. Kein anderer Ratschlag wurde so häufig geteilt. Die kollektive Erfahrung ist eindeutig: Kommunikation ist **Priorität #1**.

Warum? Ein frühes „ausreden lassen“ verbessert die Beziehung und liefert oft schon die Diagnose.

Konkret empfohlen wurde:

- **Aufmerksam zuhören.** Ungeteilte Aufmerksamkeit schenken. (58)
- **Ausreden lassen.** 60, 90 oder 120 Sekunden. (26)
- **Gute Fragen stellen.** Offen; ICE (Ideas, Concerns, Expectations) bzw. FIFE (Feelings, Ideas, Fears, Expectations). (12)
- **Neugierig und offen** bleiben. Nicht zu früh schlussfolgern. (9)
- **Sinnesorgane nutzen.** „Gute Anamnese liefert in 80 % die Diagnose.“ (7)

Wie ein berühmtes Zitat sagt: *„Höre deinem Patienten zu; er erzählt dir die Diagnose.“*

2. Pflege dein Netzwerk.

54 Mal genannt. Großartige Hausärzte sind **Teamplayer**, keine Einzelkämpfer.

Warum? Niemand weiß alles und ein starkes Netzwerk reduziert Unsicherheiten, schützt vor dem Tunnelblick und macht Freude.

Konkret empfohlen wurde:

- **Persönliches Netzwerk aufbauen.** Kollegen, Spezialisten, Gesundheitsberufe. (23)
- **Bei Unsicherheit:** aktiv um Rat fragen. Als Routine etablieren. (15)
- **Mentor** finden. Besonders zu Berufsbeginn. (7)
- **Beziehungen pflegen**. Regelmäßig treffen/telefonieren/schreiben; eine Chatgruppe oder E-Mail-Verteiler initiieren. (3)
- **Eigene Fehler** besprechen. Alle machen Fehler – nicht aufgeben. (2)
- **Balint-Gruppe** beitreten. (2)

3. Körperliche Untersuchung.

34 Mal genannt. Mehrere haben geschrieben: „Untersuchen, untersuchen, untersuchen." Der körperliche Befund bleibt ein Eckpfeiler der Allgemeinmedizin.

Warum? Berührung ist diagnostisch wertvoll, therapeutisch heilsam und vertrauensbildend.

Konkret empfohlen wurde:

- Immer untersuchen. Auch wenn „nichts" zu erwarten ist. (25)
- Keine Angst vor Berührung. Hands-on! (5)
- Es heilt und baut Vertrauen auf. (3)
- Fokussierte Untersuchung zum Ausschluss einer schweren Erkrankung. (2)
- Eine Stimme war dagegen: „Anamnese ist alles, Untersuchung überschätzt." (1)

4. Beziehung = Superpower.

30 Mal genannt. Der große Vorteil der Allgemeinmedizin ist die langfristige Arzt-Patient-Beziehung – und das daraus erwachsende Vertrauen.

Warum? Vertrauen verbessert die Kommunikation, erleichtert die Diagnostik, verstärkt Placeboeffekte und erhöht die Compliance. Sie ist das unsichtbare Heilmittel der Allgemeinmedizin.

Konkret empfohlen wurde:

- **Zeit investieren**, um Patienten wirklich kennenzulernen. (14)
- **Vertrauen als Superkraft** pflegen und nutzen. (9)
- **Placebo/Nocebo** verstehen. Wortwahl bewusst wählen. (3)
- **Übertragung/Gegenübertragung** verstehen und reflektieren. (2)
- **Patienten nie „verlassen“.** Auch wenn Empfehlungen nicht befolgt werden. (1)

5. Lerne kontinuierlich.

30 Mal genannt. Gute Medizin ist eine Reise ohne Ziellinie.

Warum? Medizin entwickelt sich ständig weiter. Nur wenn wir lebenslang neugierig und offen bleiben, entwickeln wir uns mit ihr mit.

Konkret empfohlen wurde:

- Lernen, lernen, lernen. (14)
- Von Kollegen lernen. Aktiv um **Rat fragen**. (14)
- **Neugierig und offen** bleiben. Neues ausprobieren. (4)
- **Gute Bücher lesen.** z. B. McWhinney's Textbook of Family Medicine, Bernard Lown's Verlorene Kunst zu Heilen. (2)
- Golden Nuggets-Newsletter lesen. ;-)

6. Vertraue deiner Intuition.

23 Mal genannt. Es ist schwer in Worte zu fassen; genannt wurden „Intuition“, „Bauchgefühl“, „erster Eindruck“, „Instinkt“, oder „irgendetwas stimmt nicht“.

Warum? Intuition ist eine unbewusste Mustererkennung basierend auf Erfahrungen. Sie kann lebensbedrohliches subtil erkennen, bevor rationale Befunde vorliegen.

Konkret empfohlen wurde:

- Intuition **ernst nehmen**. (21)
- **Vertraue** deinem Gefühl, wenn es sich komisch anfühlt, wenn etwas „nicht stimmt“: der Patient könnte krank sein – auch ohne rationale Erklärung. (21)
- **Sicherheitsnetz**. Bedenken dokumentieren, zeitnahen Follow-up planen, ggf. Zweitmeinung einholen.

7. Sei gut zu dir.

19 Mal genannt. Du bist dein wichtigster Patient!

Warum? Nur wer selbst gesund bleibt, kann für Andere da sein. Selbstfürsorge ist kein Egoismus oder Luxus, sondern ärztliche Verantwortung.

Konkret empfohlen wurde:

- **Führe ein gesundes Leben.** Praktiziere Selbstfürsorge. (11)
- Sei **freundlich** zu dir selbst. **Verzeihe** dir Fehler. Du bist auch nur ein Mensch. (8)
- Nimm mehr **Pausen und Urlaub**. (3)
- Akzeptiere deine **eigenen Grenzen**. Schütze deine Zeit und Energie. (2)

Vier zusätzliche Themen

Die weiteren Empfehlungen wurden auf vier Themenbereiche aufgeteilt.

1. Wenn du nicht weißt, was zu tun ist…

Drei Optionen wurden genannt:

- **Watchful Waiting** (18)
  - Zeit als **diagnostisches Instrument**. Nicht immer braucht es sofort eine Antwort. (11)

  - Wie? **Akute Bedrohungen** ausschließen und Red Flags beachten. Klare Sicherheitsanweisungen geben („Worauf achten? Wie Hilfe suchen?“), oder gleich ein Follow-up vereinbaren. (1)
  - Und dann? Die Zeit nutzen: Kollegen konsultieren, Literatur checken, Verlauf beobachten. (3)
  - Es ist eine „bewusste Zeitverzögerung.“ (1)
- **Anders Denken** (14)
  - **Psychosoziale** Ursachen erwägen, zuvor somatisch sorgfältig abklären. (6)
  - **Nochmal** nachdenken, nochmal untersuchen (inkl. Basics). (3)
  - Frage nach Sorgen und **Erklärungen des Patienten**. (2)
  - Durch die **Differenzialdiagnostik** durcharbeiten, von häufig nach selten. (1)
  - „Wenn ratlos: Harnstreifentest.“ (1)
  - „Wenn nichts zusammenpasst, ans Bindegewebe denken.“ (1)
- **Überweisung** an einen Spezialisten (3)

2. Konsultationen gut beginnen und beenden

Guter Start:

- Früh **priorisieren**, um die knappe Zeit optimal zu nutzen.
  - Frage: „Was ist heute Ihre **größte** Sorge?“ (1)

Gutes Ende:

- Frage: „Was sollten wir heute **noch** besprechen?“ – oft kommt Wichtiges (aber das kann dauern…). (4)
- Alternativen: Weitere Anliegen für nächsten Besuch **notieren** oder fragen „Was sollten wir beim **nächsten** Mal besprechen?“ (1)
- **Schriftliche** Anleitungen oder vorbereitete **Infoblätter** für häufige Themen mitgeben. (2)
- Nutze die **Teach-Back-Methode**, um Verständnis und Erinnerung zu fördern. (1)

3. Moderne Wissenschaft und Technologie nutzen

- **Nützliche Tools anwenden.** z.B. POCUS (v.a. Lunge), Pulsoxymeter, Dermatoskop, Auskultation bei forcierter Exspiration, POC-Evidenztools (z.B. DEXIMED), AI-Scribe; bei Blutabnahme Zeit nehmen. (9)
- **Organisiert arbeiten.** Systematisch, einfach halten, sauber dokumentieren; Scores, Rechner, Notfallalgorithmen nutzen. (9)

- **Vortest-Wahrscheinlichkeit** verstehen. Prävalenzen in der Hausarztpraxis sind meist niedriger – das reduziert die Aussagekraft von Tests. (4)
- **Studien lesen lernen.** Kritisch bewerten können. (3)
- **Häufiges ist häufig, Seltenes ist selten.** „Wenn du Hufgeräusche hörst, denk an Pferde, nicht an Zebras." (3)
- **Evidenzbasiert arbeiten** – und zugleich die Patienten-Perspektive respektieren. (2)
- „Sei nicht der Erste und nicht der Letzte bei der **Anwendung von Neuem**." (1)

4. Allgemeinmedizinische Werte leben

- Sei **authentisch** und **ehrlich**. Du musst nicht alles wissen. (18)
- Sei **empathisch** und **fürsorglich**. (13)
- **Primum non nocere.** Weniger ist oft mehr: weniger verschreiben, untersuchen, überweisen; nicht alles umsetzen, was Spezialisten vorschlagen; gleichzeitig Red Flags erkennen und „**better safe than sorry**". (8)
- Sei **geduldig** und bleibe **ruhig**. (7)
- **Respektiere** deine Patienten. Sie sind die Experten ihres Lebens – auch bei Dissens. (5)
- **Medizin ≠ Geldmaschine.** (3)
- „Der Patient ist dein **Freund**." (2)
- „Behandle deinen Patienten, als wäre er ein **Familienmitglied**." (1)

Die Family-Medicine-Challenge (4-Wochen-Plan)

Dieser Artikel fasst die kollektive Weisheit von 468 Hausärzten aus 48 Ländern zusammen. Das Ergebnis sind praktische Empfehlungen – erlernbare Gewohnheiten. Es ist interessant sie zu lesen, aber Patienten profitieren erst dann davon, wenn man sie regelmäßig anwendet! Deshalb haben wir dieses 4-Wochen-Trainings-Programm entwickelt, um sie auszuprobieren und sich anzueignen. Bist du bereit für diese Herausforderung?

Um deinen Fortschritt einfach messen zu können, **lade die PDF-Version hier herunter** und drucke sie aus.

"Die Family Medicine Challenge":
Erlernte die Gewohnheiten Großartiger Hausärzte

Wann?	Was?	Erledigt?
Woche 1		
Montag	Lass deinen ersten Patienten **90 Sekunden** lang ausreden.	
Dienstag	**Rufe** einen Kollegen an, frage um medizinischen Rat.	
Mittwoch	Checke **Vitalfunktionen** und mache eine fokussierte **Untersuchung**, auch wenn du „schon weißt" was los ist.	
Donnerstag	Wende die **Teach-Back** **Methode** an, um Verständnis und Erinnerung des Patienten zu verbessern.	
Freitag	Mache eine 15 min **Nachbesprechung** mit einem vertrauenswürdigen Kollegen.	
Wochenende	Mache Bewegung/**Sport** (was macht dir am meisten Spaß?).	
Woche 2		
Montag	Erfahre die **Lebensgeschichte** eines recht neuen Patienten.	
Dienstag	Erstelle eine **Liste** von relevanten Kollegen/Spezialisten. Nimm mit einem **wieder** Kontakt auf.	
Mittwoch	Gründe eine **WhatsApp-Gruppe** und lade Kollegen ein.	
Donnerstag	Gib einem Patienten **schriftliche Anleitungen** mit.	
Freitag	Mache eine **Nachbesprechung** über **Fehler** (bei Vertrauen).	
Wochenende	Mach etwas **Entspannendes** (z.B. Meditation, Yoga, Sauna)	
Woche 3		
Montag	**Beende** eine Konsultation mit „was sollten wir heute noch besprechen?" – wenn du Zeit hast.	
Dienstag	Erstelle eine Liste **guter Fragen**. Probiere heute eine davon.	
Mittwoch	Suche eine **Balint-Gruppe** und vereinbare einen Termin.	
Donnerstag	Lade einen potentiellen **Mentor** auf einen Kaffee ein.	
Freitag	Mache eine **Nachbesprechung** über einen Fall zur **Intuition**.	
Wochenende	Triff einen **guten Freund**, bei dem du dich wohl fühlst.	
Woche 4		
Montag	Mache eine zusätzliche **Pause** (ohne digitale Ablenkung).	
Dienstag	Lies über **Placebo/Nocebo** und plane das Wissen zu nutzen.	
Mittwoch	Lies über **Vortest-Wahrscheinlichkeit** und ihre diagnostischen Auswirkungen.	
Donnerstag	Bestelle dir ein gutes, inspirierendes **Buch** über Medizin.	
Freitag	Mache eine Nachbesprechung über die **Lehren** der Woche.	
Wochenende	Plane deinen nächsten, längeren **Urlaub**.	

Zusatz:

- Die **Freitags-Nachbesprechung** (kurzes, reflektierendes Gespräch) soll motivieren und dabei helfen, dranzubleiben.
- Oftmals ist es motivierender, eine solche Challenge **gemeinsam** zu machen.
- Danach stelle dir diese **Reflexionsfragen**:
  - Welche Gewohnheiten setzt du **bereits** regelmäßig um? ~~Durchstreichen~~.
  - Welche möchtest du **neu** starten? Markieren.
  - Wie kannst du daraus eine Routine entwickeln? *Notiere deinen Plan.*

Bereit für die Challenge?

Ich hoffe, diese Umfrage und dieser Artikel waren interessant und nützlich für dich. Zum Schluss möchte ich noch einen Hausarzt aus dem Global Survey zitieren:

> *"Jedes Mal, wenn ein Patient deine Praxis betritt, ist dies ein heiliger Moment – einer, der Achtsamkeit und Fürsorge erfordert… in diesem Moment sind wir da, um zu dienen – mit Qualität, Sicherheit und Mitgefühl."*

Kommentare von WONCA Präsidenten

Dr. Anna Stavdal

WONCA Präsidentin 2023-2024

„Die Werte und Prinzipien der Allgemeinmedizin bilden die Basis unserer Disziplin. Gesellschaftliche Trends spiegeln sich immer im Gesundheitswesen wider, vor allem in der Primärversorgung. Veränderung ist ein kontinuierlicher Prozess. Um die Basis der Allgemeinmedizin zu erhalten und

weiterzuentwickeln, ist es notwendig stetig über Werte und Prinzipien unseres Berufes zu reflektieren. Das ermöglicht uns eine Anpassung an Veränderung, ohne unsere Werte und Arbeitsmethoden aus dem Blickfeld zu verlieren.

Diese Umfrage vermittelt einen Eindruck davon, wie Hausärzte weltweit daran arbeiten, ihre berufliche Identität zu erhalten und weiterzuentwickeln. Die Form der "Ratschläge" und die Beschreibung der "Gewohnheiten" machen die Ergebnisse der Umfrage für Hausärzte auf allen Stufen ihrer beruflichen Laufbahn zugänglich und nützlich.

Das Format wird einer alten Weisheit gerecht: "Der Mensch muss mehr erinnert als belehrt werden".

Vielen Dank an Florian für seine "Golden Nuggets" und für die Durchführung dieser Umfrage."

Prof Richard Roberts

WONCA Präsident 2010-2013

„Mein Kommentar besteht aus zwei Teilen: die spezifischen Gewohnheiten und Themen, die identifiziert wurden, und die möglichen wissenschaftlichen Auswirkungen der Umfrage. Ich habe versucht meinen Kommentar wie einen Review für ein wissenschaftliches Journal zu gestalten.

Die 7 beschriebenen Gewohnheiten erscheinen vernünftig. Der Ratschlag mit den meisten Antworten (127) war, den Patienten aufzufordern, seine Geschichte ohne Unterbrechung zu erzählen. Bloßes Zuhören ist nicht genug. Aktives Zuhören setzt voraus, dass man in einer offenen Position sitzt, Augenkontakt herstellt und Ablenkungen wie Bildschirmen widersteht. Ich stimme zu, dass Beziehungen für Hausärzte eine Superkraft sein können, da sie helfen, Vertrauen aufzubauen und die Zufriedenheit der Patienten und des Berufs zu verbessern. Doch die meisten Patienten werden nur wenige Male von einem Arzt gesehen. Wir brauchen mehr Fähigkeiten, um die

therapeutischen Beziehungen bei jedem Besuch mit jedem Patienten zu optimieren. Mehrere der Gewohnheiten konzentrieren sich darauf, wie man zu einer korrekten Diagnose kommt. Doch nur etwa 1 von 4 Konsultationen beinhaltet ein neues Problem. Die größere Herausforderung besteht heute darin, Fähigkeiten zu entwickeln, um Menschen dabei zu helfen, den Lebensstil zu ändern und chronische Krankheiten zu bewältigen. Kontinuierliches Lernen ist eine wichtige Gewohnheit für jeden Professionisten. Ich war überrascht, dass keiner der Befragten anscheinend dazu riet, kritische Beurteilungsfähigkeiten zu erlernen (z.B. POEMs vs. DOES) oder das sich verändernde Lernumfeld mit dem Aufkommen der künstlichen Intelligenz (KI) vorwegzunehmen.

Die 4 Themen sind schwer zu kritisieren, obwohl ich einen anderen Eröffnungssatz vorschlagen würde als “Was ist heute Ihre größte Sorge?” Dies suggeriert, dass jeder Besuch ein Anliegen oder Problem beinhaltet. So viele Besuche werden heutzutage zur Prävention oder zu administrativen Zwecken angeordnet, dass der Patient nicht das Gefühl haben muss, dass er ein Anliegen oder Problem hat. Besser ist etwas Allgemeineres wie: “Was möchten Sie heute besprechen?” oder “Wie kann ich Ihnen heute helfen?”
In dem Artikel wird angemessen auf die Herausforderungen bei der Umsetzung dieser Ratschläge in die Praxis hingewiesen. Ich glaube, dass die Strategien und Instrumente der Human Factors Science bekannter werden und häufiger zum Einsatz kommen, da sie den besten Ansatz für sinnvolle und nachhaltige Veränderungen zu bieten scheinen. Die Qualitätsbewegung hat auch Beispiele für Ansätze zur Qualitätsverbesserung geliefert, die sich in der Primärversorgung als hilfreich erwiesen haben, wie z.B. Qualitätszirkel, Praxistutoren, Audits, Fallbesprechungen durch das Behandlungsteam etc.

Wie die meisten Studien wirft auch diese mehr Fragen auf, als sie beantwortet. Welchen Rat würden Patienten oder ärztliches Personal ihren Hausärzten geben? Welche Eigenschaften oder Verhaltensweisen wünschen sich die Leiter von Gesundheitssystemen bei Hausärzten? Schließlich wurde selbst der am häufigsten genannte Ratschlag (“Höre deinem Patienten aufmerksam zu”) nur von 1 von 4 Befragten (127 von 468) genannt. Was hielten die anderen 3 von 4 Befragten von diesem Ratschlag, oder von irgendeinem anderen Ratschlag? Diese zusätzlichen Fragen könnten durch ein erweitertes Studiendesign beantwortet werden, das qualitative und quantitative Daten mit gemischten Methoden (Fokusgruppen, Einzelinterviews, halbstrukturierte Umfragen bei Patienten, Ärzten, Mitarbeitern und Führungskräften usw.) kombiniert.“

War dieser Artikel hilfreich? Dann teile ihn bitte mit Kollegen, die auch davon profitieren könnten! Danke.

Neugierig geworden? Hier ist mehr davon.

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