

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ich hoffe, Sie alle haben die Sommerpause unbeschadet überstanden – die Benefits erscheinen wieder im ca. 4-wöchigen Rhythmus (ergänzt durch blitz-ats des arznei-telegramms und ggf. andere aktuelle Meldungen).

Für neue Abonnentinnen und Abonnenten ([mmk-benefits-subscribe@gwdg.de](mailto:mmk-benefits-subscribe@gwdg.de)): Die Quellenangabe erfolgt jeweils in Form eines abgekürzten Hyperlinks (mit der Anmerkung, ob die Quelle frei verfügbar ist oder nicht).

In den vergangenen Wochen haben sich viele neue, hausärztlich relevante Studien angesammelt, aus denen ich aufgrund des begrenzten Raums eine nicht immer leichte Auswahl treffen musste.

## ► **Vitamin D lebt noch – neue Leitlinie der Endocrine Society**

Unabhängig von wissenschaftlichen Arbeiten oder ärztlichem Rat nehmen bekanntlich sehr viele Menschen frei verkäufliches Vitamin D ein – und viele Patienten wollen auch, dass Ihre Hausärztinnen den jeweiligen Vitamin D3-Serumspiegel bestimmen (gemessen wird 25-Hydroxyvitamin-D [25(OH)D]).

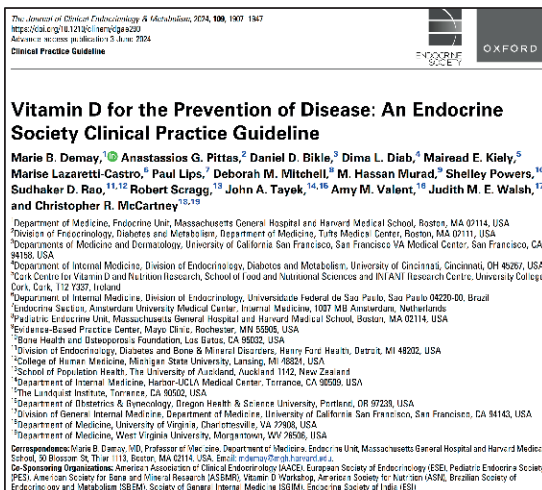
▷ Laut RKI bedeuten  $<30 \text{ nmol/l} = <12 \text{ ng/ml}$  „mangelhafte Versorgung mit einem erhöhten Risiko für Krankheiten wie Rachitis, Osteomalazie und Osteoporose“;  $30-<50 \text{ nmol/l} = 12-<20 \text{ ng/ml}$  „suboptimale Versorgung mit möglichen Folgen für die Knochengesundheit“ (<https://t1p.de/ir0u> [frei]).

Nach Publikation der großen RCTs (vor etlichen Jahren), die in Bezug auf Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, Stürze und Diabetes keinen signifikanten Benefit von Vitamin D3 fanden (z.B. VITAL <https://t1p.de/4e3j0> [frei], ViDA <https://t1p.de/vywhu> [nicht frei], D2d <https://t1p.de/w61sn> [frei]; Übersicht: <https://t1p.de/6oa9w> [frei]) sind vermutlich etliche Kolleginnen und Kollegen der Ansicht, dass das Thema Vitamin D zu den Akten gelegt worden ist.

In der Zusammenfassung eines vor zwei Jahren publizierten Übersichtsartikels heißt es demnach auch: “In conclusion, supplementation of vitamin D-replete individuals does not provide demonstrable health benefits” (The health effects of vitamin D supplementation: evidence from human studies; Nature Rev Endocrinol 2022 <https://t1p.de/fzt9l> [frei]).

Die wissenschaftliche Evidenz zu Vitamin D ist allerdings nicht auf halbem Wege stehen geblieben – vor wenigen Monaten ist eine **neue Leitlinie** in einer der weltweit renommiertesten Zeitschriften für Endokrinologie und Stoffwechsel publiziert worden.

Der nebenstehende Screenshot zeigt Ihnen, wer daran mitgearbeitet hat.



Ohne an dieser Stelle auf alle Details einzugehen (und Ihrer eigenen Lektüre vorzugreifen...): Die neue Leitlinie beruht auf neuen Studien, systematischen Übersichtsarbeiten/Metaanalysen sowie der Reanalyse früherer Arbeiten.

Das Autorenteam **empfiehlt die empirische Therapie (d.h. ohne vorherige Prüfung eines möglichen Mangels) mit Vitamin D** bei

- *allen Kindern und Jugendlichen von 1 - 18 Jahren*, um ernährungsbedingte Rachitis zu verhindern und das Risiko respiratorischer Infekte zu vermindern;
- *allen Personen über 75 Jahren* aufgrund des Potentials von Vitamin D, das Sterberisiko zu reduzieren;
- *allen Schwangeren*, um das Risiko von Präeklampsie, intrauteriner Wachstumsverzögerung und Mortalität, vorzeitiger Geburt und neonataler Sterblichkeit zu vermindern;
- *allen Menschen mit sog. prädiabetischer Stoffwechsellage*, um ein Fortschreiten zu einem klinisch manifesten Diabetes mellitus zu verlangsamen.
- Die Verfasser plädieren außerdem dafür,
  - ▷ Vitamin D **ausschließlich täglich** p.o. einzunehmen (>2.500 IE/d sollten wegen möglicher Toxizität vermieden werden <https://t1p.de/d7ms6>) und sprechen sich **deziert gegen intermittierende Gaben von hohen Dosen** aus, die das Sturzrisiko erhöhen können - *in früheren Untersuchungen wurden z.T. verschiedene Dosierungsschemata zusammen, statt getrennt analysiert.*
  - ▷ **auf die Bestimmung des Vitamin-Serumspiegels ebenso zu verzichten** wie auf das Screening der Allgemeinbevölkerung.

In der Schlussfolgerung der mit 285 Literaturzitaten unterlegten Arbeit heißt es:

*"The panel judged that, in most situations, empiric vitamin D supplementation is inexpensive, feasible, acceptable to both healthy individuals and health care professionals, and has no negative effect on health equity".*

Sowohl die Leitlinie (*die in der Kollegenschaft vermutlich nicht unumstritten sein dürfte...*) als auch ein *begleitender systematic review* sind frei verfügbar.

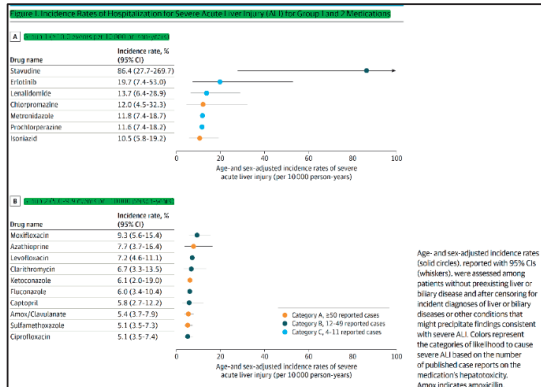
- ▷ *Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline* <https://t1p.de/l6dy7> (frei).
- ▷ *A Systematic Review Supporting the Endocrine Society Clinical Practice Guidelines on Vitamin D* <https://t1p.de/aktk9> (frei).

## ▶ **Lebertoxische Arzneimittel – welche Substanzen haben das höchste Risiko?**

US-amerikanische Autoren haben in einer Serie von Kohortenstudien in den 20 Jahren von 2001 bis 2021 bei annähernd acht Millionen lebergesunden Personen **17 Arzneimittel identifiziert, die schwere lebertoxische Reaktionen auslösten**. Interessanterweise tauchten elf dieser 17 Substanzen in bislang publizierten Fallberichten *nicht* auf.

- Der primäre Endpunkt der Studie war die stationäre Aufnahme wegen einer Leberschädigung (definiert als GPT-Erhöhung >120 U/L plus Bilirubin-Erhöhung >2.0 mg/dl oder INR >1.5 plus Bilirubin-Erhöhung >2.0 mg/dl).

- Die Verfasser bildeten – je nach beobachteter Häufigkeit pro 10.000 Personenjahre – fünf Gruppen ( $\geq 10.0$  [1]; 5.0-9.9 [2]; 3.0-4.9 [3]; 1.0-2.9 [4] und  $< 1.0$  [5]). Die folgende Abbildung zeigt die Gruppen 1 und 2:



Severe Acute Liver Injury After Hepatotoxic Medication Initiation in Real-World Data

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

**NB:** Eine **regelmäßig auf Aktualität geprüfte, alphabetisch sortierte Datenbank zu medikamentösen Leberschäden** (Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases) finden Sie unter <https://t1p.de/vl5ne> (frei)

## ► Der gute, alte Gonadenschutz – unwirksam

Wer von Ihnen schon mal beim Röntgen war, kennt die Prozedur: Man bekommt in vielen Radiologiepraxen (unabhängig vom Alter!) vor der Aufnahme einen „Lendenschurz“ umgehängt. Dieser sog. Gonadenschutz „ist eine Abschirmung der Keimdrüsen während einer Röntgenaufnahme... 1 mm dicken Bleischichten, welche die Strahlung in sehr hohem Maße zurückhalten“ <https://www.radiologie.de/ihre-fragen-zum-strahlenschutz/>.

Das UK und Österreich haben diese Maßnahme 2020 gestoppt – **wegen Unwirksamkeit:**

EMPFEHLUNGEN (ÜBERSICHT)	
<b>RÖNTGENAUFNAHMEN</b>	
<b>Lebensbereich:</b> außerhalb der Halbzählung (z.B. Thoraxaufnahmen)	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> , auch nicht bei Schwangeren • sehr geringes Strahlendosispotential • Risikostratifikationsvermeidung, unabhängig von Alter und Geschlecht
<b>Lebensbereich:</b> innerhalb des Netzschalenbereichs	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • bei Patienten nicht vorhanden, da die Gefahr besteht, die Organe nicht korrekt abdecken und/oder wichtige Bereiche abzuschatten • mögliches Nutzenrisiko aufgrund ungenügender Verlässlichkeit • Gefahr der Beeinträchtigung der Expositionsautorität
<b>Andere Strahlenschutzmittel:</b> Schilddrüsenschutz, Augenabdeckungen, Brustabdeckungen	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • sehr geringes Dosisrisikopotential • Risikostratifikationsvermeidung, unabhängig von Alter und Geschlecht
<b>NAMMOGRAFIE</b>	
<b>Strahlenschutzmittel</b>	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • Gonadenschutz; Dosisleistung ist nur unzureichend gering
<b>DURCHLEUCHTUNGEN/INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE</b>	
<b>Strahlenschutzmittel</b>	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • hängt sich jedoch NICHT an Protokollanforderungen, da dies Strahlenschutz des Patienten überfordert
<b>COMPUTERTOMOGRAFIE</b>	
<b>Lebensbereich:</b>	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • CT-Untersuchung des Abdomens; Nutzen ist gering im Vergleich zu anderen Diagnostikmaßnahmen (z.B. Scanbereich reduzieren, Röhrenstrommodulation)
<b>Schilddrüsenschutz</b>	<b>NICHT EMPFOHLEN</b>
<b>Augenlinsen-</b> <b>schutz</b>	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • falls möglich: Guckklappe, entspannende Kopfhaltung oder sekundäre Röhrenstrahlungsabschirmung
<b>Brustschilde</b>	<b>NICHT EMPFOHLEN</b>

Verband für med. Strahlenschutz in Österreich, 2023  
<https://t1p.de/4is2j> (frei)

Auf den Seiten des *British Institute of Radiology* finden sich medizinische Evidenz <https://t1p.de/wri55> und Patienteninformationen <https://t1p.de/tkp11> (frei).

**Zitat: "Im Strahlenschutz wiegt ein Gramm Gehirn mehr als eine Tonne Blei!"** (Felix Wachsmann; 1904-1995; Elektrotechniker und Röntgenphysiker, zuletzt Direktor des Instituts für Strahlenschutz an der TU München).

## ► **Orale Antikoagulantien (DOACs) - Perioperatives Management**

Vermutlich müssen die meisten von Ihnen nicht mehr nachschauen, wann sie bei antikoagulierten Patienten, die zu einer OP anstehen, DOACs absetzen sollten. Eine kleine Erinnerung kann aber vielleicht nicht schaden...

In den folgenden beiden Abbildungen aus dem *JAMA* sind die relevanten Daten und die Unterbrechungsdauer der verfügbaren Substanzen aufgelistet.

DOAC	Mechanism of action	Elimination half-life (t <sub>1/2</sub> ), h	Peak action (t <sub>max</sub> ), h	Kidney clearance, %	Potential drug interactions	Reversal agents
Apixaban	Factor Xa inhibition	9-11	2-3	25	Inhibitors <sup>a</sup> and inducers <sup>b</sup> of P-gp and CYP3A43	Andexanet-α or PCC
Dabigatran	Factor IIa inhibition	12-14 <sup>c</sup>	2-3	80	Inhibitors <sup>a</sup> and inducers <sup>b</sup> of P-gp	Idarucizumab, PCC, or activated PCC
Edoxaban	Factor Xa inhibition	10-14	2-3	50	Inhibitors <sup>a</sup> and inducers <sup>b</sup> of P-gp	Andexanet-α or PCC
Rivaroxaban	Factor Xa inhibition	9-11	2-3	33	Inhibitors <sup>a</sup> and inducers <sup>b</sup> of P-gp and CYP3A43	Andexanet-α or PCC

Abbreviations: CYP, cytochrome P; P-gp, P-glycoprotein; PCC, prothrombin complex concentrates.

<sup>a</sup> Inhibitors of P-gp and/or CYP3A43, which may increase the bioavailability of DOACs and have the potential to increase bleeding risk include antifungal drugs (ketoconazole, itraconazole), antiviral drugs (ritonavir), dronedarone, verapamil, macrolide antibiotics (clarithromycin, azithromycin), tamoxifen, kinase inhibitors, and immunosuppressant drugs (cyclosporine, tacrolimus).

<sup>b</sup> Inducers of P-gp and/or CYP3A43, which may decrease the bioavailability of DOACs and have the potential to increase thrombosis risk include rifampin, anticonvulsant drugs (phenytoin, carbamazepine, phenobarbital), dexamethasone, doxorubicin, vinblastine, enzalutamide, and St. John's wort.

<sup>c</sup> Elimination half-life of 18-24 hours in patients with a creatinine clearance of 30-50 mL/min.

DOAC DOSING REGIMEN	PREOPERATIVE DOAC INTERRUPTION SCHEDULE					SURGERY DAY Day 0	POSTOPERATIVE DOAC RESUMPTION SCHEDULE		
	Day -5	Day -4	Day -3	Day -2	Day -1		Day +1	Day +2	Day +3
<b>Procedures associated with low or moderate bleeding risk:</b> • Laparoscopic cholecystectomy • Abdominal hernia repair • Abdominal hysterectomy • Lymph node biopsy • Foot or hand surgery • Coronary angiography using femoral artery access • Gastrointestinal endoscopy with or without biopsy • Colonoscopy with or without biopsy • Hemorrhoidal surgery • Bronchoscopy with or without biopsy	Rivaroxaban Once a day	●	●	●	●	■	●	●	●
	Edoxaban Once a day	●	●	●	●	■	●	●	●
	Apixaban Twice a day	●	●	●	●	■	●	●	●
	Dabigatran Twice a day CrCl ≥50 mL/min	●	●	●	●	■	●	●	●
	Dabigatran Twice a day CrCl <50 mL/min	●	●	●	■	■	●	●	●
	<b>Procedures associated with high bleeding risk:</b> • Any surgery with spinal or epidural anesthesia • Major cancer surgery (eg, lung, esophagus, gastric, colon, kidney, or hepatobiliary) • Major orthopedic surgery (eg, hip or knee replacement) • Major reconstructive plastic surgery (eg, cancer resection) • Noncancer major thoracoabdominal surgery (eg, colectomy) • Transurethral prostate or bladder resection • Selected biopsies (eg, kidney) • Selected gastrointestinal procedures (eg, endoscopic retrograde cholangiopancreatography) • Surgery involving highly vascular organs (eg, kidneys) • Surgery involving closed space areas (eg, cardiac) • Deep nerve block procedures	Rivaroxaban Once a day	●	●	■	■	■	●	●
Edoxaban Once a day		●	●	■	■	■	●	●	●
Apixaban Twice a day		●	●	■	■	■	●	●	●
Dabigatran Twice a day CrCl ≥50 mL/min		●	●	■	■	■	●	●	●
Dabigatran Twice a day CrCl <50 mL/min		●	■	■	■	■	●	●	●
● DOAC dose taken    ● DOAC dose taken if hemostasis secured    ■ DOAC not taken									

Perioperative Management of Patients Taking Direct Oral Anticoagulants - A Review  
<https://t1p.de/47cpo>  
 (nicht frei)

## ► **Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY)**

Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY-Diabetes, MODY-Syndrom) ist ein erblicher „**Erwachsenendiabetes, der im Jugendalter, meist bis zum Alter von 25 Jahren auftritt**“ (weder Typ 1 noch Typ 2) und durch genetische Defekte der Betazellfunktion gekennzeichnet ist. Die Häufigkeit wird auf 2-5 % aller Menschen mit Diabetes geschätzt.

Alles, was Sie dazu wissen wollen, ist im *Canadian Medical Association Journal* auf einer Druckseite zusammengefasst: *Young-onset type 2 diabetes* <https://t1p.de/36p0u> (frei)

► **Frankreich verbietet Laienwerbung für Ibuprofen 400 mg**

Das *arznei-telegramm* <https://www.arznei-telegramm.de/01index.php3> hat kürzlich darauf hingewiesen, dass **Werbung für frei verkäufliches Ibuprofen (400mg) in französischen Laienmedien seit dem 2. April 2024 untersagt** ist.

**arznei-telegramm**<sup>®</sup> Die Information für medizinische Fachkreise  
Neutral, unabhängig und anzeigefrei

e a-t 7/2024a  
Kurz und bündig

**Frankreich verbietet Laienwerbung für Ibuprofen 400 mg**

In Frankreich darf seit April 2024 für rezeptfreie Ibuprofen-Präparate (AKTREN FORTE u.a.) zu 400 mg nicht mehr in der breiten Öffentlichkeit (z.B. im Fernsehen) geworben werden. Hintergrund ist laut französischer Arzneimittelagentur ANSM eine in Verbindung mit häufiger Werbung und gestiegenen Verkaufszahlen beobachtete Zunahme schwerer unerwünschter Wirkungen, vor allem gastrointestinaler Blutungen und Störungen der Nierenfunktion.<sup>1</sup> Das Werbeverbot reiht sich ein in die anderen bereits getroffenen Maßnahmen der Behörde zur Verbesserung der Sicherheit des gebräuchlichen Schmerzmittels (a-t 2019; 50: 47).<sup>2,3</sup> darunter eine von der ANSM beantragte Untersuchung durch den europäischen Pharmakovigilanzsausschuss PRAC. Seitdem wird in den europäischen Produktinformationen vor der Anwendung bei Fieber und Schmerzen im Rahmen einer Infektionskrankheit gewarnt: Symptome der Infektion könnten maskiert und die Diagnose und Behandlung damit verzögert werden.<sup>3,5</sup> Die französische Behörde gibt bei Fieber und Schmerzen im Rahmen von Infektionskrankheiten grundsätzlich Paracetamol (BEN-U-RON, Generika) den Vorrang.<sup>3</sup> Vorsicht ist unter anderem bei älteren Patientinnen und Patienten mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko geboten, die wegen der Gefahr kardiovaskulärer Störwirkungen auf nichtsteroidale Antirheumatika im Rahmen von Atemwegsinfekten ohnehin möglichst verzichten sollten (a-t 2017; 48: 29). Generell soll Ibuprofen in der niedrigsten wirksamen Dosis für die kürzeste Dauer zur Linderung der Symptome verwendet werden, also zuerst 200 mg für maximal drei bis vier Tage bei rezeptfreien Präparaten.<sup>3</sup>

1 ANSM: Pressemitteilung vom 08. Febr. 2024, Update 12. März 2024; <https://a-turl.de/mwuk>  
2 ANSM: Pressemitteilung vom 17. Dez. 2019; <https://a-turl.de/gshn>  
3 ANSM: Pressemitteilung vom 27. Apr. 2023; <https://a-turl.de/gjhr>  
4 EMA: PRAC recommendations on signals, 14. Apr. 2020; <https://a-turl.de/4wvf>  
5 Bayer: Fachinformation AKTREN FORTE, Stand Jan. 2024

© 2024 *arznei-telegramm*, publiziert am 5. Juli 2024  
Autor: [Redaktion \*arznei-telegramm\* - Wer wir sind und wie wir arbeiten](#)

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung des *arznei-telegramm* gestattet.

Die Begründung können Sie dem linksstehenden Text aus dem **e a-t** entnehmen (Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Herausgebers *Wolfgang Becker-Brüser*).

► **Atemwegsinfekt – Kochsalzspray verkürzt Krankheitsdauer**

Die Wirksamkeit von nasal applizierten 0.9% NaCl-Spray bei Atemwegsinfekten (was viele betroffene Patienten sowieso schon tun) ist jetzt in einem großen, offenen RCT in 1.332 britischen Hausarztpraxen nachgewiesen worden (13.799 Patienten >18 Jahre). Die bisherigen Arbeiten zum Thema waren klein (14 Studien mit insgesamt 1.377 Teilnehmern) und methodisch oft mangelhaft.

- Primärer Endpunkt der aktuellen Studie aus dem *Lancet Respiratory Medicine* war die **Gesamtzahl der selbstberichteten Krankheitstage in sechs Monaten**. Kochsalzspray (bis zu sechsmal täglich 2 Hübe pro Nasenloch bei den ersten Infektzeichen bzw. nach entsprechender Exposition) verkürzte diese Zahl klinisch moderat, aber statistisch signifikant, im Mittel von 8.2 auf 6.4 Tage.

	Usual care (n=3451)	Gel-based spray (n=3448)	Saline spray (n=3450)	Behavioural website (n=3450)
<b>Number of days of illness due to self-reported respiratory tract illness in previous 6 months</b>				
n	1626	1587	1613	1422
Median (IQR)	10 (5-16)	7 (4-14)	7 (5-14)	8 (5-15)
Mean (SD)	15.1 (19.2)	12.0 (15.3)	11.8 (14.9)	14.2 (17.9)
<b>Number of days of illness among all participants in previous 6 months</b>				
n	2983	2935	2967	2727
Missing, n (%)	468 (13.6%)	513 (14.9%)	483 (14.0%)	723 (21.0%)
Median (IQR)	3 (0-10)	3 (0-8)	3 (0-8)	2 (0-9)
Mean (SD)	8.2 (16.1)	6.5 (12.8)	6.4 (12.4)	7.4 (14.7)
Adjusted IRR*†	1 (ref)	0.82 (0.76-0.90); p<0.0001	0.81 (0.74-0.88); p<0.0001	0.97 (0.89-1.06); p=0.46

IRR=incidence rate ratio. \*Adjusted for baseline number of days of respiratory tract infection symptoms and stratum. †p-value for comparison with usual care.

*Nasal sprays and behavioural interventions compared with usual care for acute respiratory illness in primary care* <https://t1p.de/cdr1c> (frei)



## ► Hypertonie – Blutdruckentwicklung ohne Behandlung

Autoren aus Hongkong und dem UK widmeten sich kürzlich der Frage, **wie häufig sich der Blutdruck bei unbehandelten Hypertonikern normalisiert** (<140/90 mmHg) und publizierten ihre Resultate in *eClinicalMedicine* (Lancet-Gruppe).

- Teilnehmer: 2.760 Personen (mittleres Alter 60 J; ca. 70% übergewichtig oder adipös. 2.243 mit RR 140–159/90–99 mmHg [Stadium 1]; 517 mit  $\geq 160/100$  mmHg [Stadium 2]). Der erhöhte RR war im Rahmen von zwei Kohortenstudien gemessen worden.
- Die Teilnehmer waren bislang noch nie antihypertensiv therapiert worden und nach eigenen Angaben noch nie kardiovaskulär erkrankt.
- Nachverfolgungszeit: Sechs Jahre (ohne Medikamente!).
- Die **Ergebnisse** sehen Sie in den beiden folgenden Tabellen

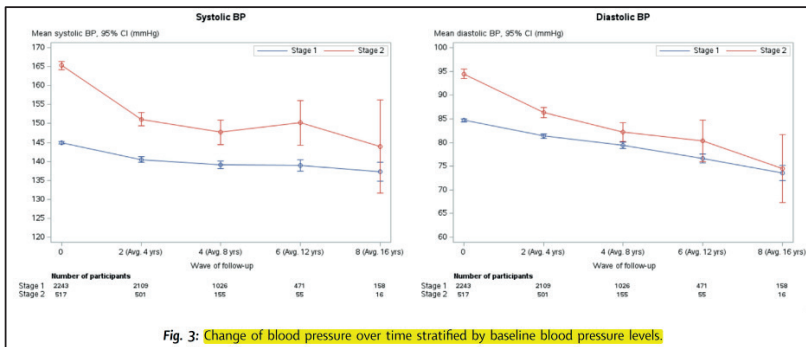


Fig. 3: Change of blood pressure over time stratified by baseline blood pressure levels.

Baseline blood pressure	Number of participants with different levels of change in <b>systolic</b> blood pressure				Mean change of systolic blood pressure (mmHg)	Number of participants with different levels of change in <b>diastolic</b> blood pressure				Mean change of diastolic blood pressure (mmHg)
	Decrease $\geq 6$ mmHg	Decrease <6 mmHg	Increase <6 mmHg	Increase $\geq 6$ mmHg		Decrease $\geq 3$ mmHg	Decrease <3 mmHg	Increase <3 mmHg	Increase $\geq 3$ mmHg	
Hypertension (n = 2760)	1439 (52.14)	377 (13.66)	253 (9.17)	691 (25.04)	-6.06*	1659 (60.11)	271 (9.82)	167 (6.05)	663 (24.02)	-5.43*
Stage 1 (n = 2243)	1095 (48.82)	313 (13.95)	227 (10.12)	608 (27.11)	-4.24*	1299 (57.91)	229 (10.21)	146 (6.51)	569 (25.37)	-4.61*
Stage 2 (n = 517)	344 (66.54)	64 (12.38)	26 (5.03)	83 (16.05)	-13.97*	360 (69.63)	42 (8.12)	21 (4.06)	94 (18.18)	-8.97*

\*p < 0.001 (paired t-test).

Table 2: Change of blood pressure from baseline to the end of follow-up.

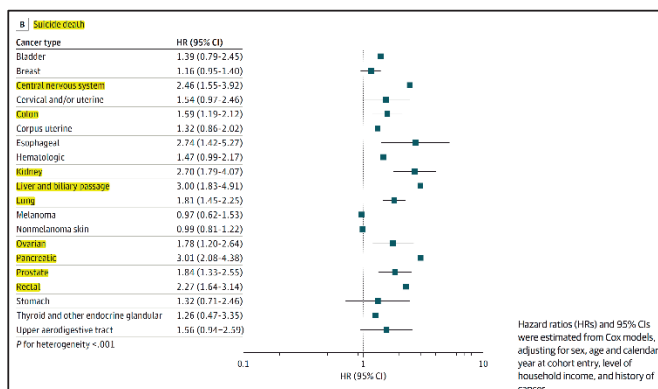
- 1.171 (42%) der Teilnehmer hatten bei der letzten Messung einen normalen Blutdruck, 52% wiesen eine RR<sub>Syst</sub>-Reduktion um  $\geq 6$  mmHg auf.
- Vorläufige Auswertungen zeigen, dass ein  $\rightarrow$ Nichtraucherstatus bei Aufnahme sowie die  $\rightarrow$ Erzielung eines normalen BMIs und der  $\rightarrow$ Verzicht auf Alkohol während der 6 Jahre mit einer Normalisierung des Blutdrucks assoziiert waren.

Remission to normal blood pressure in older adults with hypertension who did not receive antihypertensive medication <https://t1p.de/ws1dh> (frei)

## ► Krebserkrankung – erhöhtes Suizidrisiko von Ehepartner/in!

Eine 30 Jahre (1986-2016) umfassende, dänische Kohortenstudie aus den epidemiologischen Registern des Landes (Danish National Patient Register; Danish Psychiatric Central Research Register, Danish Causes of Death Register) untersuchte 409.338 Ehepartner/innen von an Krebs Erkrankten (mittleres Alter 63 Jahre; 55.4% Frauen) mit einer Kontrollgruppe von 2.046.682 Personen, deren Ehepartner nicht an einer Tumorerkrankung litten.

- In den 30 Jahren unternahmen 2.714 Ehepartner der an Krebs Erkrankten einen **erfolglosen Suizidversuch** (Inzidenzrate *IR* 62.6 pro 100 000 Personenjahre), in der Vergleichsgruppe (n=9.994) betrug die Rate 50.5 pro 100 000 Personenjahre).
- Bei den „**erfolgreichen**“ **Selbstmorden** betrug die Zahlen n=711 (Inzidenzrate *IR* 16.3 pro 100 000 Personenjahre) und n=2.270 (*IR* 11.4).
- Das Risiko war im ersten Jahr der Erkrankung besonders hoch. Die *hazard ratio HR* betrug für Suizidversuche 1.45 (95% KI 1.27-1.66), für vollendete Selbstmorde 2.56 (95% KI 2.03-3.22).
- Tod durch Suizid war bei den in der folgenden Tabelle gelb markierten Tumorerkrankungen signifikant erhöht:



Suicide Attempt and Suicide Death Among Spouses of Patients With Cancer

<https://t1p.de/lmq97> (nicht frei)- s.a. <https://www.telefonseelsorge.de>

## ► Neue Leitlinien erschienen – Gicht, Asthma, chron. KHK

- **S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Gicht** (inkl. fünf IQWiG-Berichten) *erstmalig publiziert* und am 27.8. erschienen <https://t1p.de/8whbb> (frei)
- **Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma**, Version 5, am 23.8. erschienen <https://t1p.de/0ah33> (frei)
- **Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische KHK**, Version 7, am 30.8.2024 erschienen <https://t1p.de/wvs43> (frei)

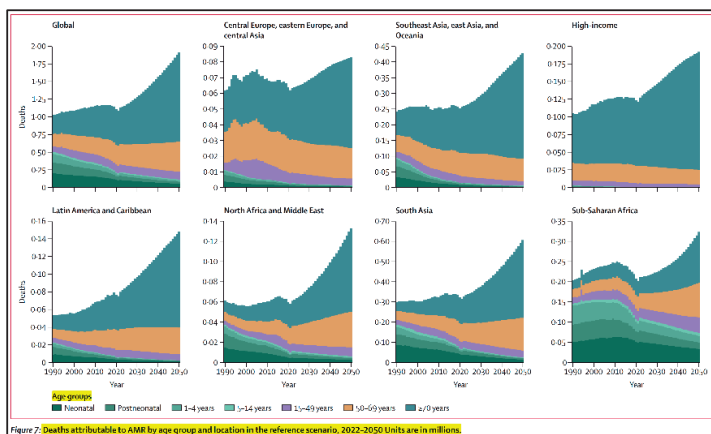
## ► Antibiotikaresistenzen – beängstigende Entwicklungen

Soeben wurde im *Lancet* eine auf bisherigen Daten (1990-2021; 204 Länder, 22 bakterielle Erreger) beruhende **Vorhersage über die Entwicklung der Antibiotikaresistenzen** veröffentlicht.

- Die Schätzung zeigt, dass sich *alleine im Jahre 2050* geschätzt 1·91 Millionen Todesfälle (95% KI 1·56–2·26) in Folge von Antibiotikaresistenzen und zusätzlich 8·22 Millionen (95% KI 6·85–9·65), die „*mit Antibiotikaresistenzen*“

assoziiert<sup>4</sup> sind, ereignen werden. Am stärksten betroffen sind die „Super-Regionen“ Asien, Lateinamerika und die Karibikstaaten und dort Menschen >70 Jahren.

- Im optimalen Fall (u.a. → Eindämmung frei verfügbarer Antibiotika auf den jeweiligen Märkten, → massive Reduktion unnötiger Verordnungen, → Verfügbarkeit dringend benötigter Substanzen, → Entwicklung wirksamer Antibiotika, insbesondere gegen gram-negative Sepsis-Erreger) könnten **zwischen 2025 und 2050 ca. 92 Millionen Todesfälle vermieden** werden.



Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050, <https://t1p.de/1qxv9> (frei)

## ► Brief aus Neuseeland

Ende Februar erhielt ich unerwartet eine elektronische Nachricht von Dennis M. Döcker, einem Abonnenten der Benefits, der seit kurzem am anderen Ende der Welt, in Neuseeland, wohnt und als Allgemeinarzt praktiziert.

Dennis hat mir einen kurzen Text geschickt, aus dem ich *auszugsweise* zitiere:

„...Die Fläche der beiden großen und über 700 kleinen Inseln im Südpazifik entspricht in etwa der von Deutschland. Mit nur gut 5 Millionen Einwohnern ist Neuseeland jedoch deutlich dünner besiedelt und im Vergleich zu Australien sehr grün (und es gibt keine giftigen Tiere). Klimatisch ist alles von subtropisch bis alpin anzutreffen - Berge, Flüsse, Seen und knapp 15.000 km Küstenlinie.

Eine Gemeinsamkeit mit vielen anderen Ländern dieser Erde ist der Ärztemangel, insbesondere in kleineren Städten und im ländlichen Bereich. Meine Familie und ich haben uns nach einer längeren Weltreise nicht mehr so richtig in Deutschland einleben wollen und haben vor gut einem Jahr die großartige Entscheidung getroffen, unseren Traum wahr werden zu lassen – und sind ausgewandert. Im Vorfeld gab es einige bürokratische Hürden (Sprachtest, Anerkennung, Visum etc.), aber es hat sich definitiv gelohnt. Unsere Kinder sind sehr glücklich in ihrer Schule und im Kindergarten.

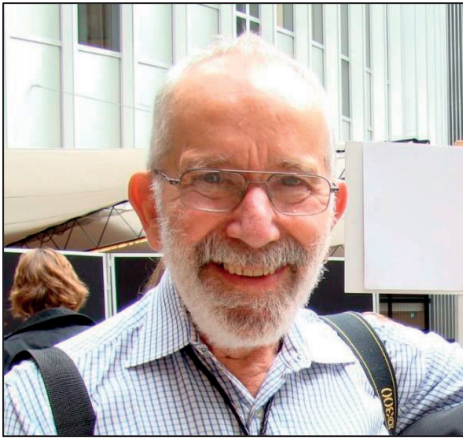
Man kann sich hier zum Beispiel bei der Coastguard (Seenotrettung) einbringen. Für mich ist es immer wieder ein absolutes Highlight, mit den Kollegen bei Wind und Wetter auszurücken und zu helfen... Selbstverständlich ist auch in Neuseeland nicht alles perfekt. Insbesondere für mich, der vorher noch nie in einem staatlichen Gesundheitssystem gearbeitet hat, ist hier einiges neu und ungewohnt. Und natürlich haben die internationalen Entwicklungen mit Unterfinanzierung und Personalmangel auch vor Neuseeland nicht Halt gemacht. Dafür ist das Spektrum für Allgemeinärzte (General Practitioners) extrem vielseitig und spannend. Man kann und muss wirklich ein Allrounder sein und kann auch chirurgisch einiges selbst machen, was man in Deutschland u.U. überwiesen hätte.

Ob man für immer bleiben will oder nur für wenige Jahre: Es ist den Aufwand auf jeden Fall wert!“

In den letzten Monaten haben ihn einige Anfragen von Auswanderungswilligen aus Deutschland erreicht, ob er nicht mit der Anerkennung der ärztlichen Unterlagen beim *Medical Council* helfen könnte. Wer an einem Kontakt interessiert ist: [dennis.doecker@googlemail.com](mailto:dennis.doecker@googlemail.com).



► **Nachruf: John Robin Warren** (\* 11. Juni 1937; † 23. Juli 2024)



John Robin Warren, australischer Pathologe, erhielt zusammen mit seinem Kollegen Barry Marshall (73) im Dezember 2005 den **No-belpreis für Physiologie oder Medizin für die Entdeckung des Magenbakteriums *Helicobacter pylori***.

Seine spannende, von ihm selbst verfasste Lebensgeschichte findet man unter <https://t1p.de/vk9ma> (frei).

Warren starb am 23. Juli 2024 im westaustralischen Perth. Er wurde 87 Jahre alt.

► **Aus für renommierte Schweizer Zeitschriften**

„Swiss Medical Forum“, eine auch von deutschen Kolleginnen und Kollegen geschätzte, frei zugängliche Fortbildungszeitschrift, wird es künftig nicht mehr geben. Am 22. August 2024 hat der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH Foederatio Medicorum Helveticorum), die Zusammenarbeit mit dem in Basel beheimateten Schweizerischen Ärzteverlag EMH per sofort gekündigt. Betroffen ist u.a. auch „Primary and Hospital Care“, das Organ der Fachgesellschaft für Allgemeine Innere Medizin [die Facharztbezeichnung *Allgemeinmedizin* gibt es in der Schweiz nicht mehr, sie heißt dort *Allgemeine Innere Medizin* und umfasst Allgemeinmedizin & Innere Medizin].



Näheres zum Streit zwischen FMH und EMH: <https://t1p.de/pnaiz> (frei)

→ Weil wir gerade bei unserem südlichen Nachbarland sind: Ende Juni war ich zur 26. Fortbildungstagung des *Schweizer Kollegiums für Hausarztmedizin* nach *Luzern* eingeladen.

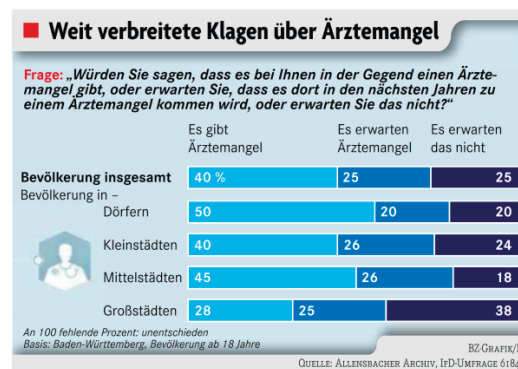
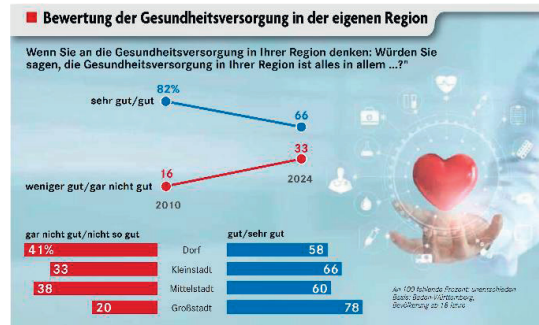


Zu meinem Erstaunen waren viele Räume und Gänge des Kongresszentrums vollgepackt mit Ständen der Arzneimittelindustrie.

*Selbst auf dem WC war man vor der überbordenden Pharmawerbung nicht sicher (wie schön!)*

► Das *Institut für Demoskopie Allensbach* führt jedes Jahr eine *repräsentative Umfrage (BaWü-Check)* für die baden-württembergischen Tageszeitungen durch:

Der soeben veröffentlichte **BaWü-Check Gesundheit** (1.010 Online-Interviews der deutschsprachigen Bevölkerung ab 18 Jahren, Befragungszeitraum 19.-28.8.2024) zeigt – im Vergleich zu früheren Untersuchungen - eine tendenziell negative Bewertung (insbesondere bei der auf dem Lande lebenden Bevölkerung).



© *Badische Zeitung*

► *Günther Egidis* heutiger Beitrag heißt „**Trotz Gegenwind – die Karawane zieht weiter...**“ und beschäftigt sich mit dem weiteren Schicksal des „Gesundes-Herz-Gesetz“, das bereits am 19.8. Thema seines eigenen Benefits war. **Anlage**

► *Bernd Hontschik* hat seit dem letzten Benefit am 19.6. drei Beiträge publiziert. darunter die Kolumne für die FR – diese (vom 29.6.) habe ich ausgewählt. Sie trägt den Titel „**Mutlose an der Macht**“ und behandelt den **§ 218** **Anlage**

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>

AG Infektiologie und Leitliniengruppe Neues Coronavirus, DEGAM

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

Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

## **Alle MMK-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](mailto:mmk-benefits-subscribe@gwdg.de)
- Abmelden im Benefit-Verteiler: [mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de](mailto:mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de)

Bei Adressänderungen:

- Neue Adresse: [mmk-benefits-subscribe@gwdg.de](mailto:mmk-benefits-subscribe@gwdg.de)
- Alte Adresse: [mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de](mailto:mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de)

**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.**

## ***Trotz Gegenwind – die Karawane zieht weiter...***

In meinem letzten Benefit-Beitrag hatte ich mich mit dem Entwurf für ein „Gesundes-Herz-Gesetz“ auseinandergesetzt, das inzwischen im Bundeskabinett (noch nicht im Bundestag!) beschlossen wurde <https://tinyurl.com/2jk92ndm>.

An dieser Stelle herzlichen Dank an alle Kolleg\*innen, die sich die Mühe gemacht haben, ihre Bundestags-Abgeordneten zu bitten, etwas gegen das Inkrafttreten des Gesetzes zu unternehmen.

Einige besonders üble Passagen sind dank der vielen kritischen Initiativen aus dem Gesetz entfernt worden:

- Die einfache Umgehung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch Parlamentsbeschlüsse wurde zurückgenommen.
- In den Vorgaben zur Risikoabschätzung ist jetzt neben dem ESC-Rechner SCORE auch von arriba® die Rede.
- Es wird nicht mehr von Statin-Hochdosen, sondern allgemein von einer Statin-Behandlung gesprochen.
- Der vormalige IQWiG-Chef Jürgen Windeler brachte es aber in seinem Beispiel für die Plattform „Observer“ hervorragend auf den Punkt (<https://tinyurl.com/tadvdtw9>): Der Gesetzesentwurf regelt mit einer derartigen Detail-Tiefe alle Angelegenheiten der kardiovaskulären Prävention (besser: Früherkennung!), dass „nur noch der Hinweis auf den Winkel fehle, mit dem die Nadel bei der Blutentnahme angesetzt werden solle“.
- Der G-BA behält zwar seine Kompetenz – aber der Rahmen, in dem er zu agieren hat, wird ihm detailliert vorgeschrieben (übrigens wird es beim DEGAM-Kongress am 27.9. um 13 Uhr eine öffentliche Podcast-Aufnahme mit Jürgen Windeler, dem DEGAM-Präsidenten Martin Scherer und Denis Nößler von der Ärztezeitung zum Thema geben):

Es bleibt allerdings bei...

- einem Lipid-Screening zwischen dem 5. und dem 15. Geburtstag mit Einladungs-System statt eines **Kaskaden**-Screenings (wenn ungewöhnlich früh ein kardiovaskuläres Ereignis auftritt und eine familiäre Hypercholesterinämie diagnostiziert wird, erfolgt danach auch die Untersuchung der unmittelbaren familiären Umgebung). Dabei hatte das IQWiG – kaum anders zu erwarten – gerade das Ergebnis seiner Recherche veröffentlicht, dass ein Nutzen eines **generellen** Screenings auf Hypercholesterinämie nicht belegt ist: <https://tinyurl.com/mrxjdupp>;
- einer Erweiterung der DMP Diabetes und KHK auf „Risikopersonen“ – also solche mit Hypertonie, „Prädiabetes“ und „Dyslipidämie“, d.h. ohne die eigentlichen DMP-Krankheiten – obwohl die AOK-Vorstandsvorsitzende Reimann schon vor der finanziellen Überlastung der Krankenkassen gewarnt hatte: <https://tinyurl.com/3prurfzw>;
- Drei standardisierten Gesundheitsuntersuchungen (GU) mit Einladung durch die Krankenkassen zum 25., 35. und 50. Geburtstag. Stellen Sie es sich nur vor: eine Nachbarpraxis oder auch Sie selbst haben gerade im vergangenen Jahr eine GU nach den bislang geltenden Regeln durchgeführt. Dann dürfen Sie jetzt erwarten, dass Ihre Patientin sich mit dem von der Kasse zugesendeten Gutschein erneut zu einer GU vorstellen wird – und dies, obwohl ein Nutzen solcher Gesundheitsuntersuchungen sehr

unsicher ist. Zumal hier häufig ein „healthy user effect“ zu beobachten ist: gerade eher begüterte und gut gebildete Menschen, deren kardiovaskuläres Risiko niedriger ist, nehmen besonders häufig an Gesundheitsuntersuchungen teil – während arme, stärker gefährdete Personen oft fernbleiben;

- dem Einbezug der Apotheken zur optional jährlichen Messung des Blutdrucks und Erhebung des BMI sowie Messung von Glukose und Lipiden – mit der Folge eines weiter erhöhten Beratungsaufwandes für die ohnehin schon überlasteten Hausarztpraxen.

Gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen protestiert die DEGAM auf das Schärfste – man prüft gemeinsam mit den Kassen die Möglichkeit einer Verfassungs-Beschwerde, sollte das Gesetz wie vorgelegt durch den Bundestag gelangen: <https://tinyurl.com/bdewx69n> sowie ein Observer—Beitrag des DEGAM-Präsidenten Martin Scherer: <https://tinyurl.com/3rak3cxj>

Bitte bleiben auch Sie mit am Ball – und kontaktieren Sie, falls Sie es bislang noch nicht geschafft haben, die Bundestagsabgeordneten Ihres Wahlkreises, vor allem die der Regierungsfractionen mit der Bitte, diesen fehlgeleiteten, die hausärztliche Versorgung gravierend gefährdenden Gesetzesentwurf zu oder zumindest auf sinnvolle Punkte wie eine verbesserte Nikotinentwöhnung zu reduzieren.

Ganz offensichtlich hatten der Bundesgesundheitsminister und auch einige seiner engsten Mitarbeiter ihr Ohr den Einflüsterungen aus der deutschen Kardiologie geliehen. Die sieht sich ja – bei allen hervorragenden Verdiensten v.a. in der Akutversorgung von Menschen mit akutem Koronarsyndrom - bedauerlicherweise nicht in der Lage, selbst evidenzbasierte Leitlinien zu erstellen, sondern importiert ausschließlich die Leitlinien der European Society of Cardiology (die ich jetzt nicht erneut Society of Corruption nenne). Womöglich stellt die Lipid-Therapie für die deutschen Kardiolog\*innen ein neues Betätigungsfeld dar – falls die Nutzung der koronaren Computertomographie tatsächlich zu dem (notwendigen!) Einbruch bei den Koronarangiographien führen sollte...

Vom Erst-Autor der ESC-Leitlinie zur Dyslipidämie (<https://tinyurl.com/44nurkee>) Frank Visseren liegen mir zwei e-mails vor, in denen er mit entwaffnender Offenheit erklärte:

**„The ESC Guidelines are consensus guidelines. There are no systematic literature searches done.“**

Mit anderen Worten: das haben die sich einfach nur zusammengebastelt – **GOBSAT** eben: **Good – old – boys – sitting - around a - table**

Gegenbeispiel für eine wirklich evidenzbasierte Leitlinie ist die Nationale VersorgungsLeitlinie KHK, die nach ihrer Aktualisierung frisch veröffentlicht worden ist: <https://www.leitlinien.de/themen/khk>.

In meinem Benefit-Beitrag „Die Katastrophe abwenden“ vom 20.4.2024 hatte ich ja darüber berichtet, dass Bundesärztekammer und KBV offensichtlich, ohne die Folgen recht zu bedenken, das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ), das die Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) bislang herausgegeben hatte, zu Ende des Jahres schließen wollten. Eine Menge an Protest-Aktivitäten auch hierzu konnte wenigstens einen Teilerfolg erzielen: auch wenn eine Reihe der sehr qualifizierten ÄZQ-Mitarbeiterinnen inzwischen woanders Arbeitsverträge unterschrieben haben, wird es unter dem Dach des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung der KBV sowie der Länder-KVen (ZI) in deutlich abgespeckter Form weiter fortgeführt werden.



Bitte lassen Sie auch hier nicht nach – und nutzen Ihren Einfluss in Ihrer KV, um sich v.a. dafür einzusetzen, dass das Programm mit den wirklich hervorragenden Patient\*innen-Informationen weiter fortgesetzt wird.

Unter <https://www.leitlinien.de/themen/khk/patientenblaetter> finden Sie evidenzbasierte Entscheidungs-Hilfen u.a. zu den Themen

- brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?
- Katheter-Untersuchung bei koronarer Herzkrankheit: Stents einsetzen oder erst mal abwarten?
- KHK – Statin in festgelegter Dosis einnehmen? Oder abhängig von meinem Cholesterin-Werten?
- KHK – verengte Herzkranzgefäße: Stent oder Bypass?
- KHK – Statin in mittlerer oder hoher Dosis einnehmen?
- u.a. mehr

Bislang waren einige der Entscheider der Ansicht, Patient\*innen-Informationen seien in der Versorgung nicht nötig. Sie werden aber erleben, dass viele unserer Patient\*innen von ESC-Empfehlungen durch Kardiolog\*innen, Neurolog\*innen und die entsprechenden Kliniken massiv verunsichert sind. Die NVL-Entscheidungshilfen können hier eine riesige Hilfe sein.

Bitte sorgen Sie mit dafür, dass künftig unter dem Dach des ZI das NVL-Programm so ausgestattet ist, dass es auch weiter Patient\*innen-Informationen geben wird.

Und was finden wir neu in der aktualisierten Fassung der NVL KHK?

- entscheidend neu ist bei der Diagnose einer KHK, dass bei einer mittleren Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) für eine KHK (15-50%) bevorzugt eine koronare Computertomographie veranlasst werden soll (vielleicht erinnern Sie sich an meinen Benefit-Beitrag „Bypass zum Bypass“ vom November 2022): für diesen Risikobereich ist es belegt, dass die koronare CT weniger periprozedurale Myokardinfarkte erzeugt und dass eine Vielzahl invasiver Prozeduren vermieden werden kann („okulostenotischer Reflex: der/die angiographierende Arzt/Ärztin legt, auch wenn es hierfür keine Nutzenbelege gibt, gleich einen Stent).

Wenn eine koronare CT nicht verfügbar ist, können andere funktionelle Verfahren (Stress-Echo, Szintigraphie...) eingesetzt werden.

Das klassische Belastungs-EKG (Ergometrie) wird weiterhin nur noch als Option bei einer VTW von 15-30% genannt.

- Auch bei höherer Vortestwahrscheinlichkeit spricht sich die DEGAM in einem Sondervotum für den bevorzugten Einsatz der koronaren CT aus. Ziel: unnötige Koronar-Angiographien und v.a. Stents bei stabiler KHK verhindern!
- Im hausärztlichen Versorgungsbereich soll weiterhin bei stenokardischen Symptomen die klinische Wahrscheinlichkeit für eine KHK mit Hilfe des Marburger Herz-Scores (<https://tinyurl.com/2y2avx65>) abgeschätzt werden.
- Bei Nebenwirkungen von Statinen soll die Dosis reduziert oder auf ein anderes Statin umgestellt werden.

- Simvastatin soll nicht in einer Dosis von 80 mg/d verwendet werden (einige Statin-Studien zeigten deutlich, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis in dieser Dosis ungünstig ist).
- DEGAM und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) empfehlen nicht mehr eine Statin-Hochdosis, sondern geben eine offene Empfehlung, Vor- und Nachteile der Statin-Dosis partizipativ mit den Patient\*innen zu klären – siehe die Patient\*innen-Information „KHK – Statin in mittlerer oder hoher Dosis einnehmen?“ und siehe auch meine Benefit-Beiträge zum Thema „LDL – as low as possible“ vom Mai und Juni 2023.
- Bei der echten, seltenen Statin-Intoleranz kann auf Bempedoinsäure, Ezetimib oder einen PCSK-9-Hemmer ausgewichen werden.
- Weiterhin heißt es in der NVL: *„Patient\*innen, die zu einer Bypass-OP mit dem Ziel der Lebensverlängerung nicht bereit sind oder bei denen eine Kontraindikation dafür besteht, sollen keine invasive Diagnostik zur Abklärung der koronaren Morphologie erhalten.“* Sie *„sollen darüber aufgeklärt werden, dass für einen möglichen Überlebensvorteil der PCI keine Evidenz aus randomisierten Studien vorliegt.“*
- Es soll die Teilnahme am DMP KHK angeboten werden.

Sie sehen: Diese NVL hat einen normativen Charakter. Ihre Empfehlungen weichen stark von der aktuell erlebten Realität ab.

Lassen Sie uns gemeinsam dafür streiten, dass sich auch in diesem Versorgungsbereich perspektivisch Evidenz und Vernunft durchsetzen – dass unsere evidenzbasierte Karawane trotz reichlich Gegenwind doch ihr Ziel erreicht!

Es bedankt sich mit freundlichen Grüßen  
Günther Egidi

(der im Übrigen auch den folgenden Kolleg\*innen dafür dankt, dass sie diesen Text kritisch auf etwaige Fehler hin durchgeschaut haben: Erika Baum, Jörg Haasenritter, Thomas Kühlein, Michael M. Kochen, Uwe Popert und Martin Scherer)

Dr. med. Günther Egidi  
guenther.egidi@posteo.de

## Mutlose an der Macht

Der §218 wird auch diese Regierung überleben

Es gibt Themen, die sind ganz und gar ausdiskutiert. Bei solchen Themen ist schon seit ewigen Zeiten absolut alles gesagt, mehrfach. Da kommt kein einziges neues Argument dazu. Trotzdem wird immer weiter diskutiert und diskutiert. Eine solche Diskussion ist die über den Schwangerschaftsabbruch.

Über den in der ganzen Welt einmaligen deutschen Weg, einer Entscheidung aus dem Weg zu gehen, ist hierzulande unerbittlich gestritten worden. Ein seltsamer Kompromiss ist dabei herausgekommen: Der Schwangerschaftsabbruch ist rechtswidrig, auch in den ersten zwölf Wochen, aber er wird nicht bestraft. Dieser „gesellschaftliche Konsens“ kriminalisiert Frauen, aber bestraft sie nicht. Wo gibt es sowas noch?

Als der Druck wieder einmal zu groß geworden war, gab der damalige Gesundheitsminister Spahn vor fünf Jahren eine Studie über die gesundheitlichen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen und über mögliche psychische Auswirkungen für die betroffenen Frauen in Auftrag. Zwar war und ist dieses Thema seit Jahrzehnten in alle Richtungen ausführlich beforscht, aber so wurde die brodelnde Debatte wieder für weitere fünf Jahre gedeckelt. Von dieser Studie hat man danach nichts mehr Wichtiges gehört.

Kaum im Amt, setzte die neue Bundesregierung wieder eine Kommission ein, diesmal für „reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin“. Wieder ging es um Zeitgewinn, denn eigentlich war und ist ja alles längst beforscht und bekannt. Aber da überrumpelte die Kommission die Regierungsparteien vor kurzem mit einer unmissverständlichen und eindeutigen Stellungnahme: Abbrüche in den ersten zwölf Wochen einer Schwangerschaft dürften nicht länger rechtswidrig sein. Mit anderen Worten: Der §218 muss aus dem Strafgesetzbuch gestrichen werden. Damit würde sich nichts ändern, außer eben der längst überfälligen Entkriminalisierung. Es würde damit kein einziger Abbruch mehr geschehen als mit der gegenwärtigen verlogenen Lösung.

In Lateinamerika ist Abtreibung in Guyana, Kuba, Uruguay, Argentinien, Kolumbien, Puerto Rico und Teilen von Mexiko legalisiert, ebenso in Australien und

Neuseeland. In Europa hat nur noch Malta ein extrem strenges Abtreibungsgesetz, dass sogar medizinische Indikationen unter Strafe stellt. Selbst in den katholischen Hochburgen Irland und Polen ist Abtreibung straffrei oder kurz vor einer solchen Neuregelung. Das Europaparlament will das Recht auf Schwangerschaftsabbruch in die europäische Grundrechtecharta aufnehmen. In Frankreich hat das Recht auf Schwangerschaftsabbruch inzwischen sogar Verfassungsrang.



Die Empfehlungen der Kommission sind fundiert, und sie sind eindeutig. Die CDU schäumt und warnt vor einer gesellschaftlichen Polarisierung. Das ist nichts Neues, da möchte man nichts dazulernen. Wie gut ist es aber, dass

wir eine Regierung haben, in der sich alle drei Parteien schon lange als Gegner des §218 geoutet haben. Ist jetzt endlich Schluss mit der Kriminalisierung? Weit gefehlt! „Einen stabilen, funktionierenden gesellschaftlichen Konsens“ gibt man nicht ohne Not auf, sagt die FDP. Es bestünde kein Handlungsbedarf. Was ist das für ein funktionierender Konsens, wenn nach einer jüngsten Umfrage achtzig Prozent der Bevölkerung den Schwangerschaftsabbruch nicht im Strafgesetzbuch geregelt sehen will? Die SPD, die seit über hundert Jahren für die Streichung des §218 kämpft, ist mit ihrer Bundestagsfraktion zwar für die Streichung des §218, aber sie wird sich von ihrem Kanzler bestimmt noch ausbremsen lassen, der wieder im Nebulösen bleibt. Er warnt nur vor zu viel Streit. Ihm geht es nicht so sehr um die Frauen, sondern darum, „Polarisierung“ zu vermeiden. Nur die Grünen sind ohne Vorbehalte dafür, die Empfehlungen der Kommission umzusetzen. Aber welche Position haben die Grünen in den vergangenen zwei Jahren noch nicht aufgegeben, wenn die Teilhabe an der Macht in Gefahr zu geraten drohte? Es wird also wohl alles beim Alten bleiben. Und so schnell kommt diese Chance wahrscheinlich nicht wieder.