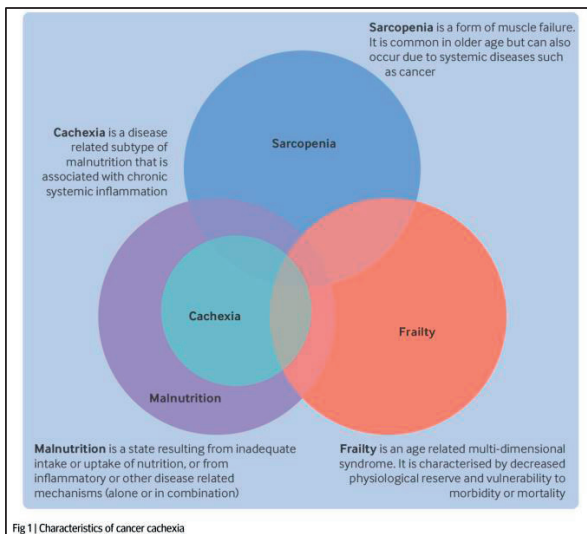


Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

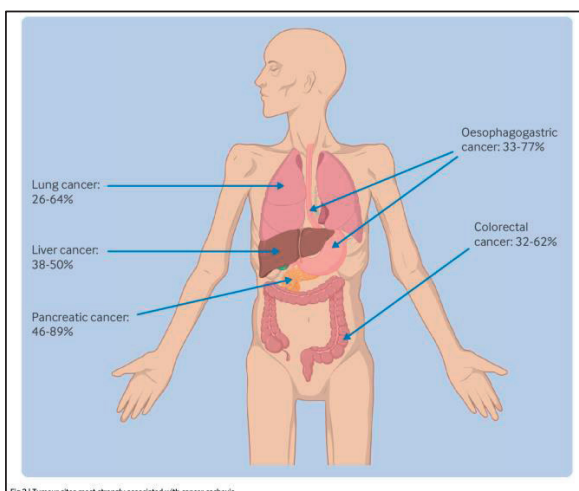
► Tumorkachexie – was tun?

Die Tumorkachexie (*cancer cachexia*) ist ein durch chronische Entzündungsvorgänge und metabolische Fehlfunktion verursachtes Syndrom bei Krebskranken. Kennzeichen sind ► Abbau von Fett- und Muskelmasse, ► verminderter Appetit, ► Müdigkeit (*fatigue*) und ► reduzierte Aktivität bzw. Gebrechlichkeit (*frailty*). Eine Behandlung z.B. durch Chemotherapie kann verstärkend wirken.



Alle Abbildungen aus Yule MS, Brown LR, Waller R, Wigmore SJ. **Cancer cachexia (clinical update)**. *BMJ* 2024; 387: e080040 <https://t1p.de/jwyna> (nicht frei).

- Die Häufigkeit des Auftretens ist bei verschiedenen Tumorerkrankungen durchaus unterschiedlich (häufigstes Vorkommen: Pankreaskarzinom) und hängt auch vom Stadium ab.



- Obwohl die Tumorkachexie nicht alleine durch Unterstützung oder Umstellung der Ernährung revidiert werden kann, sollte man **die drei wichtigsten Zeichen der Fehlernährung** kennen:

- ▷ Gewichtsverlust von >5% innerhalb der letzten sechs Monate oder >10% in einem Zeitraum, der ein halbes Jahr überschreitet;
- ▷ BMI <20 (Alter 70+) oder <22 (bei Jüngeren);
- ▷ niedrige Muskelmasse (theoretisch messbar durch die duale Röntgenabsorptiometrie [DEXA] oder durch eine Körperanalysewaage, die mit bioelektrischer Impedanzanalyse arbeitet – im klinischen Alltag wird man meist auf die genaue Messung verzichten).
- Therapeutisch hat man früher häufig Corticosteroide (gelegentlich auch Megestrolazetat) verabreicht, die kurzfristig zu Appetitsteigerung und Gewichtszunahme führen, mittel- und längerfristig aber oft inakzeptable Nebenwirkungen haben.
- 2023 wurde ein RCT publiziert, bei dem 124 Erwachsene im mittleren Alter von 55 Jahren mit fortgeschrittenen Tumoren des Gastrointestinaltrakts oder der Lunge **12 Wochen lang mit einer niedrigen Olanzapin-Dosis (1x 2.5 mg) behandelt** wurden („Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Study of Olanzapine for Chemotherapy-Related Anorexia in Patients With Locally Advanced or Metastatic Gastric, Hepatopancreaticobiliary, and Lung Cancer“ <https://t1p.de/ii0l1> [nicht frei]).
 - ▷ Unter Olanzapin stieg das mittlere Gewicht von 53.1 auf 55.7 kg und fiel in der Placebogruppe von 53.6 auf 51.7 kg. 60% der Patienten in der Verumgruppe wiesen einen Gewichtsanstieg um >5% auf (und verbesserten Appetit), in der Placebogruppe waren es nur 9%.
 - ▷ Olanzapin verbesserte auch die Chemotherapie-induzierte Toxizität und hatte *nur minimale Nebenwirkungen*.
 - ▷ Diese Studie hat die *US-amerikanische Krebsgesellschaft (American Society of Clinical Oncology – ASCO)* veranlasst, in ihrer Leitlinie (2023) **Olanzapin als medikamentöse Therapie der Wahl für die Tumorkachexie zu empfehlen** „Cancer Cachexia: ASCO Guideline Update“ <https://t1p.de/ag4f8> (frei).
- **Was kann man sonst noch tun?**
 - ▷ *Psychosoziale Unterstützung*.
 - ▷ *Orale Nahrungsergänzungsmittel* – sind unwirksam; die Einschaltung einer Diätassistentin kann dennoch versucht werden.
 - ▷ *Physikalische Übungsprogramme* - die Evidenz dafür ist laut einem Cochrane-Review aus 2021 schlecht: <https://t1p.de/2jwsq> (frei).
 - ▷ Wenn ich mir ein persönliches Votum erlauben darf, würde ich ggf. eine weitere Option ausprobieren: **Cannabis und Cannabinoide**. Hier gibt es – leider – einen spürbaren Mangel an wissenschaftlichen Belegen.
 - ⇒ Die ASCO hat im März 2024 eine **Leitlinie zum Einsatz von Cannabis und Cannabinoiden bei krebskranken Erwachsenen** veröffentlicht. Basis waren 366 Publikationen, darunter 13 systematische Reviews, vier RCTs und eine Kohortenstudie. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (*certainty of evidence*) dieser Studien wurde von den Verfassern allerdings als niedrig bis sehr niedrig eingestuft.
 - ⇒ Der Begriff *cancer cachexia* kommt im gesamten Text nicht vor. In der Empfehlungstabelle wird lediglich „*low weight or poor appetite*“ aufgeführt.

- ⇒ Die Leitlinie fokussiert fast ausschließlich auf *Chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen*; **Dronabinol** (Marinol®) und **Nabilon** (Cane-mes®) könnten *als Ergänzung zu bewährten antiemetisch wirksamen Arzneimitteln eine weitere Verbesserung der Symptomatik bewirken*.
- ⇒ In der Zeitschrift „Schmerzmedizin“ (Bd. 39, 2023) erschien ein Pro und Kontra zum Thema. „**Pro**: Cannabinoide stimulieren die Nahrungsaufnahme und wirken antikachektisch“. „**Kontra**: Die Datenlage ist zu begrenzt, um eine Anwendung zu rechtfertigen“. „Sind Cannabinoide bei Tumorkachexie verantwortlich?“ <https://t1p.de/wvwe5> (frei).
- ⇒ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat 2023 einen informativen Text über Cannabisarzneimittel publiziert, *frei erhältlich über* <https://t1p.de/427jw>. NB: Seit 1. April 2024 können Cannabisprodukte auf einem normalen Rezept verordnet werden (Ausnahme Nabilon).

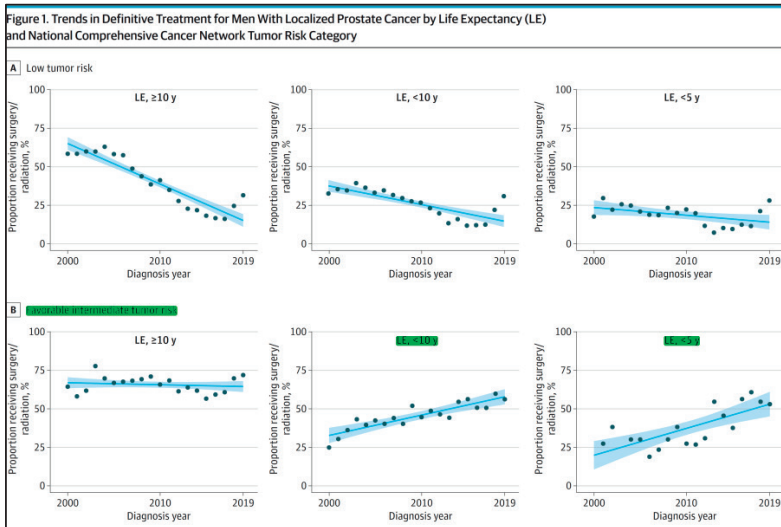
► Behandlung des Prostatakarzinoms: **Übertherapie**

Das Prostatakarzinom ist der häufigste Tumor bei Männern. Das Zentrum für Krebsregisterdaten beim RKI dokumentierte im Jahre 2020 in Deutschland 65.820 Neuerkrankungen. Das Risiko für einen 35-jährigen Mann, in den nächsten 10 Jahren zu erkranken, liegt unter 0,1%, das eines 75-jährigen Mannes hingegen bei etwa 7%. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate für Männer mit Prostatakrebs beträgt aktuell 91%.

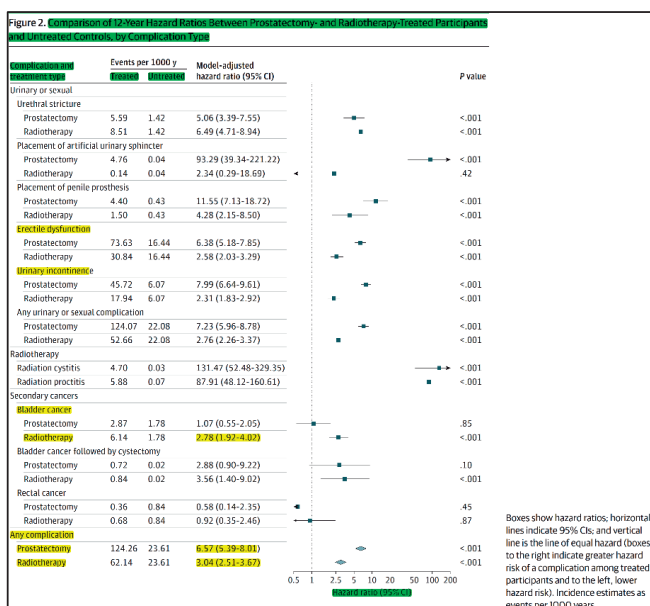
- Die *Internationale Gesellschaft für Urologische Pathologie* (ISUP) teilt Prostatakarzinome in **5 Gruppen** ein - je höher die **ISUP-Gruppe**, desto aggressiver der Tumor. Die ISUP-Gruppen sind mit dem prognostisch wichtigen **Gleason-Score** assoziiert, der Ausmaß und Grad der Gewebeveränderung beschreibt

ISUP-Gruppe	Eigenschaften
1	Gleason Score ≤ 6
2	Gleason Score 3+4=7a
3	Gleason Score 4+3=7b
4	Gleason Score 4+4=8, 3+5=8, 5+3=8
5	Gleason Score 9-10

- In der neuen Version 7.0 der **S3-Leitlinie Prostatakarzinom** vom Mai 2024 <https://t1p.de/qrh9> (frei) wird die **Aktive Überwachung (Active Surveillance; Verzicht auf therapeutische Intervention, aber regelmäßige Überwachung durch Bestimmung des PSA und multiparametrische NMR)** „explizit für Patienten mit lokal begrenztem Niedrigrisiko-Prostatakarzinom empfohlen“ und „auch als Möglichkeit für ausgewählte Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom der **ISUP-Gruppe 2** und günstigem Risikoprofil“ benannt.
- Diese Feststellung ist wichtig, weil **bei lokal begrenzten Prostatakarzinomen nicht selten immer noch eine Übertherapie (hauptsächlich durch Bestrahlung) erfolgt**, wie eine gerade publizierte Studie im *JAMA Internal Medicine* zeigt. Titel: „Overtreatment of Prostate Cancer Among Men With Limited Longevity in the Active Surveillance Era“ <https://t1p.de/t9a5a> (nicht frei).
- Die folgende Abbildung aus der o.g. Publikation zeigt, dass bei der ISUP-Gruppe 2 (*favorable intermediate tumor risk*) und einer Lebenserwartung < 10 Jahren die therapeutischen Interventionen jährlich ansteigen, statt zu fallen.



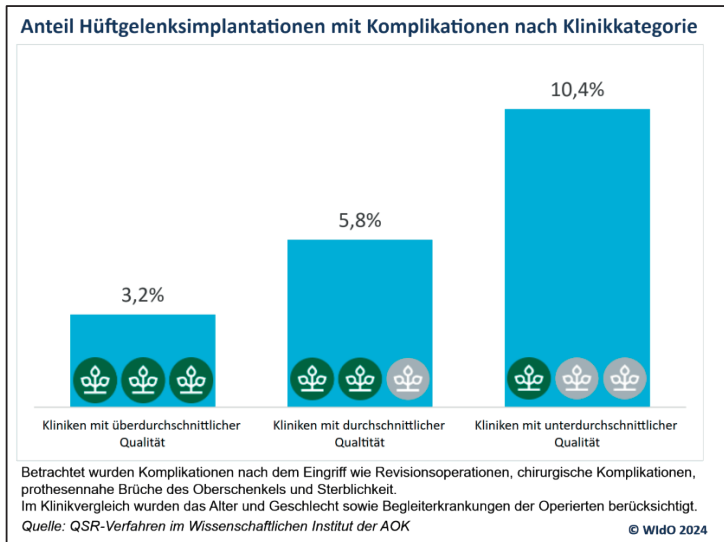
- Ob die o.g. Empfehlungen der S3-Leitlinie dazu beitragen werden, die Häufigkeit **unnötiger operativer bzw. strahlentherapeutischer Interventionen (overtreatment)** bei der ISUP-Gruppe 2 zu vermindern, bleibt abzuwarten.
- Diese Vorbemerkung ist m.E. wichtig für das Verständnis einer amerikanischen Kohortenstudie (1999 - 2019), in der 3.946 Patienten mit Prostatakarzinom über 12 Jahre nachverfolgt wurden. Die Arbeit analysierte **therapiebezogene Komplikationen**, die während der Nachverfolgungszeit auftraten.
 - ▷ 655 der 3.946 Männer unterzogen sich einer Prostatektomie, 1.056 einer (externen) Strahlentherapie, 2.235 wurden nicht behandelt.
 - ▷ Die Resultate zeigen, dass **therapeutische Interventionen in keinem Fall harmlos** sind und die **Prostatektomie deutlich mehr Komplikationen aufwies als die Strahlentherapie** (Ausnahme: Blasenkarzinom).



Long-Term Adverse Effects and Complications After Prostate Cancer Treatment <https://t1p.de/ionuz> (nicht frei)

► Hüftgelenksimplantation: Komplikationsrate von 3.2% - 10.4%

Das *Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO)* hat 124.000 Hüftgelenkersatz-Operationen von AOK-Versicherten in den Jahren 2020 bis 2022 ausgewertet (Nachverfolgungszeit: Ein Jahr). Bei insgesamt 5,7 Prozent der Fälle trat eine Komplikation auf: **In den 20% der Krankenhäuser mit den schlechtesten Ergebnissen lag die Komplikationsrate bei 10,4 Prozent, im Fünftel der Krankenhäuser mit den besten Ergebnissen aber lediglich bei 3,2 Prozent.**



Implantation von Hüftgelenken: Deutliche Qualitätsunterschiede zwischen operierenden Kliniken
<https://t1p.de/2kn0u> (frei)

► Major Depression: Transkranielle Gleichstromstimulation zuhause

Die Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (2022) <https://t1p.de/lpog7> (frei) schreibt: „*Depressionen zählen zu den häufigsten, aber hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung meistunterschätzten Erkrankungen. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt national wie international bei 16–20%.* In Deutschland dürfte die Zahl der in einem Zeitraum von 12 Monaten an einer unipolaren Depression Erkrankten ca. 5,3 Mio. betragen.

Die traditionellen Behandlungsoptionen für eine Major Depression (Antidepressiva und Psychotherapie) führen bei mehr als einem Drittel der betroffenen Patienten nicht zu einem Erfolg. Die **Transkranielle Gleichstromstimulation (transcranial direct current stimulation; tDCS)** ist eine nichtinvasive, schmerzlose Methode der Hirnstimulation, die seit ca. 15 Jahren wissenschaftlich erforscht wird. Dabei wird ein Gleichstrom sehr geringer Stärke (0.5–2 mA) über geeignete Elektroden durch Haut und Schädel in das Hirngewebe geleitet.

- Britische und amerikanische Wissenschaftler haben jetzt in der renommierten Zeitschrift *Nature Medicine* eine „Placebo“-kontrollierte Doppelblindstudie publiziert, an der 174 Patienten mit Depression mindestens moderater Ausprägung (mittlerer Wert der *Hamilton Depression Rating Scale* **HDRS**: 19) teilnahmen.

- ▷ Die Teilnehmer wurden in zwei Gruppen randomisiert: Die Interventionsgruppe (n = 87, mittleres Alter 37 Jahre) und die „sham“-Gruppe (nur simulierter Stromfluss; n = 87, mittleres Alter 38 Jahre).
- ▷ Innerhalb von drei Wochen fanden pro Woche fünf 30-minütige Sitzungen, in den nächsten sieben Wochen drei Sitzungen/Woche statt. Anschließend folgte eine zehnwöchige unverblindete Phase.
- ▷ Primärer Endpunkt war eine **signifikante Verbesserung auf der HDRS**: Deren mittlerer Wert lag in der Interventionsgruppe bei 9.41, in der Sham-Gruppe bei 7.14 (95% Konfidenzintervall = 0.51–4.01, P = 0.012).
- ▷ Die Resultate für die - auch klinisch relevante - Wirksamkeit und die (wenigen) unerwünschten Wirkungen sehen Sie in den nächsten zwei Tabellen:

Table 2 | Primary and secondary outcomes: changes in depressive severity as measured using the HDRS, MADRS and MADRS-s, and quality of life as measured using the EQ-5D-3L after a 10-week course of active or sham tDCS

Measure	Active (n=87)	Sham (n=86)	Difference or OR (95% CI)	Cohen's d or NNT	P
Primary outcomes					
Decrease in HDRS score	9.41±6.25	7.14±6.10	2.26 (0.51 to 4.01)	0.37	0.012
Secondary outcomes					
HDRS					
Clinical response	44 (58.3%)	29 (37.8%)	2.31 (1.17 to 4.55)	5	0.017
Clinical remission	34 (44.9%)	17 (21.8%)	2.93 (1.41 to 6.09)	4	0.004
MADRS					
Decrease in score	11.31±8.81	7.74±8.47	3.57 (1.06 to 6.07)	0.41	0.006
Clinical response	47 (64.2%)	26 (32.3%)	3.76 (1.83 to 7.74)	4	0.0002
Clinical remission	42 (57.5%)	25 (29.4%)	3.26 (1.53 to 6.94)	4	0.002
MADRS-s					
Decrease in score	9.90±8.94	6.23±9.13	3.66 (0.93 to 6.40)	0.41	0.009
Clinical response	32 (51.8%)	15 (25.1%)	3.22 (1.50 to 6.94)	4	0.002
Clinical remission	32 (53.8%)	18 (23.4%)	3.83 (1.61 to 9.13)	3	0.002
EQ-5D-3L					
Change in score	0.07±0.15	0.07±0.17	0.02 (-0.02 to 0.06)	-	0.326

EQ-5D-3L is a quality-of-life measure^{38,39} (<https://euroqol.org>). Mean values are presented ± the s.d. A change in rating for the HDRS, MADRS and MADRS-s represents a decrease in total ratings from baseline to week 10. Between-group differences are shown for the changes in scores from baseline to week 10. ORs are shown for clinical response and remission outcomes. The percentages for clinical response and remission outcomes are estimated based on ORs. HDRS scores range from 0 to 52; MADRS scores range from 0 to 60; MADRS-s scores range from 0 to 54, with higher scores indicating increased depressive symptom severity. Clinical response was defined as a decrease in score (indicating reduced depressive severity) of 50% or more from baseline to week 10. Clinical remission was defined as follows: HDRS score of 7 or less; MADRS score of 10 or less; MADRS-s score of 12 or less. An FCS approach was used to produce 20 multiply imputed complete datasets. All models included age, sex, if undergoing psychotherapy at baseline, if using any antidepressant at baseline and treatment group. The resulting complete datasets were combined using Rubin's rules. The estimated standard effect size (Cohen's d) is the group difference in the estimated means divided by the pooled within-group s.d.

Table 4 | Anticipated adverse events at 10 weeks as measured using the tDCS Adverse Events Questionnaire³⁹

Adverse event category	Active (n=87)				Sham (n=86)				P
	Total	Mild	Moderate	Severe	Total	Mild	Moderate	Severe	
Headache	36 (42.4)	24 (28.2)	11 (12.9)	1 (1.2)	29 (35.8)	18 (22.2)	9 (11.1)	2 (2.5)	0.43
Neck pain	2 (2.4)	0 (0)	2 (2.4)	0 (0)	4 (4.9)	1 (1.2)	3 (3.7)	0 (0)	0.44
Scalp pain	18 (21.2)	14 (16.5)	3 (3.5)	1 (1.2)	10 (12.3)	7 (8.6)	3 (3.7)	0 (0)	0.15
Itching	43 (50.6)	37 (43.5)	3 (3.5)	3 (3.5)	35 (43.2)	28 (34.6)	7 (8.6)	0 (0)	0.08
Burning sensation	37 (43.5)	32 (37.6)	4 (4.7)	1 (1.2)	31 (38.3)	25 (30.9)	6 (7.4)	0 (0)	0.43
Skin redness	54 (63.5)	42 (49.4)	11 (12.9)	1 (1.2)	15 (18.5)	13 (16.0)	2 (2.5%)	0 (0)	<0.001*
Sleepiness	10 (11.8)	5 (5.9)	4 (4.7)	1 (1.2)	12 (14.8)	9 (11.1)	2 (2.5)	1 (1.1)	0.65
Trouble concentrating	12 (14.1)	8 (9.4)	3 (3.5)	1 (1.2)	3 (3.7)	2 (2.5)	1 (1.2)	0 (0)	0.03
Acute mood change	7 (8.2)	3 (3.5)	3 (3.5)	1 (1.2)	6 (7.4)	5 (6.2)	1 (1.2)	0 (0)	1.00

Data are n (%). An adverse event was present if the participant rated that it was at least remotely possible that it was associated with the intervention. Participants rated the severity of the adverse events as mild, moderate or severe. P values, determined with a two-sided Fisher's exact test, represent the group differences of the total number of events per event category. *Exact P value for skin redness (0.00000003).

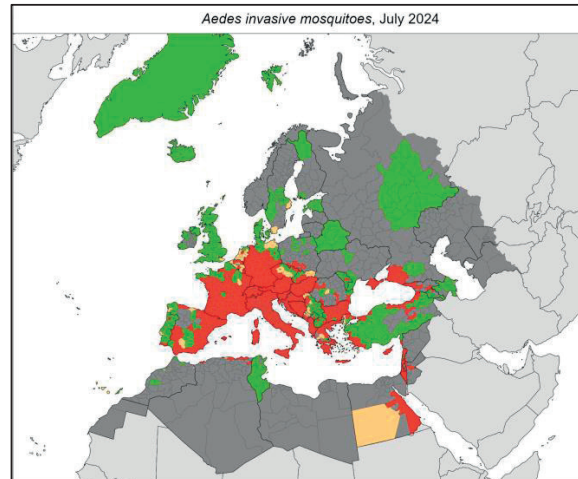
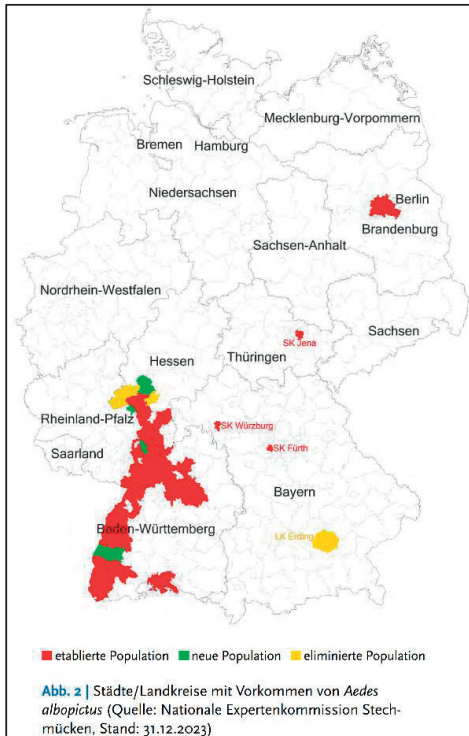
Home-based transcranial direct current stimulation treatment for major depressive disorder
<https://t1p.de/4ujr6>
 (frei)

▷ Taubheit bei *Aedes aegypti* (♂) unterdrückt Paarungsverhalten

Nein, diese Arbeit hat (noch) nichts mit hausärztlicher Medizin zu tun – die Auswirkungen könnten aber künftig die Häufigkeit tropischer Krankheiten auch in unseren Breitengraden und damit Ihre Patientinnen und Patienten betreffen. Es geht um die **Ägyptische bzw. Asiatische Tigermücke (*Aedes aegypti* bzw. *Aedes albopictus*)**, die Virusinfektionen wie Gelbfieber, Dengue-Fieber, Zika oder Chikungunya übertragen können.

Bislang sind diese Infektionen in Deutschland nur von Tropenrückkehrern „heimgebracht“ worden – eine autochthone Übertragung ist hierzulande noch nicht vorgekommen (sehr wohl aber in Italien <https://t1p.de/wvwe5> [frei], Frankreich oder Kroatien)

Die folgenden Karten (RKI 12-2023; ECDC 7-2024) zeigen die aktuellen Ausbreitungsgebiete der Tigermücke in Deutschland und Europa.



<https://t1p.de/9jb6r> (frei)

<https://t1p.de/wj5qu> (frei)

- Autoren der *University of California in Santa Barbara* haben soeben eine spannende Arbeit in den *Proceedings of the National Academy of Science (PNAS)* veröffentlicht. Sie konnten **bei männlichen Mücken ein Protein ausschalten, das für das Hörvermögen maßgebend ist – die Insekten wurden taub.**
 - ▷ **Erste Folge:** Die Männchen konnten das für die Partnersuche essentielle Geräusch des Flügelschlagens nicht mehr hören, die Paarung funktionierte nicht mehr und der Nachwuchs blieb aus.
 - ▷ **Zweite Folge:** Die Weibchen stechen nicht mehr (= keine Virusübertragung) – das können sie nämlich nur, wenn sie befruchtet sind.
- Im Labor funktionierte das Experiment perfekt, ob auch in der freien Natur, wird sich zeigen, wenn die ersten Feldversuche gestartet werden.

Deafness due to loss of a TRPV channel eliminates mating behavior in Aedes aegypti males
<https://t1p.de/mnt1s> (frei).

► **Nächtliche Wadenkrämpfe – neue Behandlungsoption?**

Jede/r von Ihnen kennt vermutlich Patientinnen und Patienten, die in die Praxis kommen und über nächtliche Wadenkrämpfe klagen. In einer amerikanischen Publikation aus 2012 wird von 60% der Bevölkerung gesprochen und

nachfolgende Veröffentlichungen beziehen sich auf diese Zahl - wie groß die Häufigkeit tatsächlich ist, hat aber m.W. noch niemand genau untersucht.

Ursachen lassen sich in den allermeisten Fällen nicht finden, als wirksame Behandlungsoptionen gelten Chinin und Magnesium. Ersteres verbietet sich allerdings wegen des Risikos ernsthafter Nebenwirkungen; das zweite ist nach evidenzbasierten Kriterien unwirksam (*Effect of Magnesium Oxide Supplementation on Nocturnal Leg Cramps - A Randomized Clinical Trial* <https://t1p.de/mliwh> [frei]).

- Chinesische Wissenschaftler haben jetzt im *JAMA Internal Medicine* einen multizentrischen, Plazebo-kontrollierten RCT publiziert, der (vielleicht) ein neues Therapieprinzip offeriert: Zwischen September 2022 und Dezember 2023 wurden 199 Personen (mittleres Alter 72 Jahre) in zwei Gruppen randomisiert und acht Wochen entweder mit 180 mcg/d **Vitamin K2 (Menaquinone 7)** oder Plazebo behandelt.

▷ Zu Vitamin K gibt es in den Literaturdatenbanken zahlreiche Texte. Eine Arbeit von renommierten Autoren aus Finnland und Dänemark aus 2023 beschreibt, was man bislang weiß (und was nicht): „Vitamin K – a scoping review for Nordic Nutrition Recommendations 2023“ <https://t1p.de/7zjbo> (frei).

▷ **Kurz:** Das fettlösliche Vitamin K umfasst zwei Formen, Phylloquinon (Vitamin K1) und Menaquinon (Vitamin K2), die in grünem Blattgemüse und in Milch, Milchprodukten, Fleisch sowie Eiern vorkommen. **Vitamin K ist für die Aktivierung von speziellen Proteinen essentiell, die bei der Blutgerinnung und beim Knochenstoffwechsel eine wichtige Rolle spielen. Ein Mangel kann zu Blutungen führen.** Wegen einer niedrigen Konzentration in der Muttermilch haben gestillte Säuglinge ein Risiko für einen Vitamin-K-Mangel und erhalten zum Schutz vor Blutungsneigungen prophylaktisch 1mg i.m. direkt nach der Geburt verabreicht (<https://t1p.de/1ty0f> [frei]). Vitamin K2 kann man in zahllosen Internetshops kaufen.

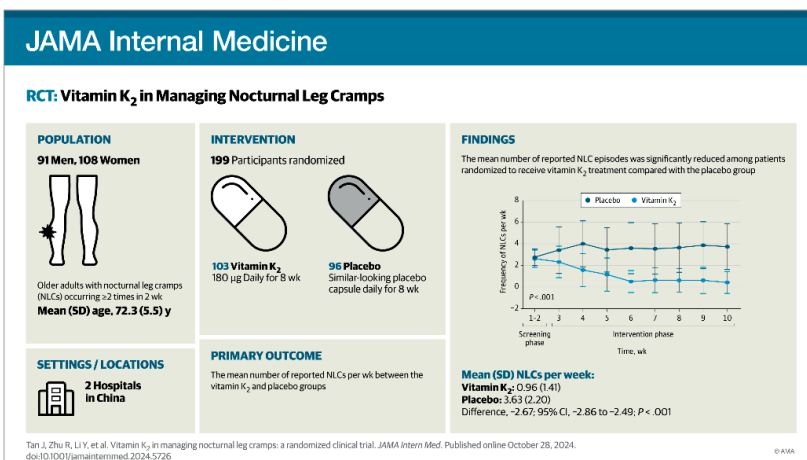
- Die wichtigsten Ergebnisse der Studie sehen Sie in der folgenden Tabelle... (für einen handfesten wissenschaftlichen Beleg sollte man vielleicht weitere Studien abwarten).

Table 2. Study Outcomes

Outcome	Mean (SD)		Between-group difference, mean (95% CI)	P value
	Vitamin K ₂ (n = 103)	Placebo (n = 96)		
Primary outcome				
Frequency of NLCs per wk	0.96 (1.41)	3.63 (2.20)	-2.67 (-2.86 to -2.49)	<.001
Secondary outcomes				
Duration of NLCs, min	0.25 (0.47)	0.98 (0.98)	-0.73 (-0.80 to -0.65)	NA
Severity of NLCs ^a	1.12 (1.82)	2.08 (1.72)	-0.97 (-1.14 to -0.79)	NA

Abbreviations: NA, not applicable; NLCs, nocturnal leg cramps.
^a Determined using an analog scale ranging from 1 to 10.

...und im visuellen Abstract



Vitamin K2 in Managing Nocturnal Leg Cramps <https://t1p.de/54kqi> (frei).

► Psoriasis – Lichttherapie zuhause

Die Psoriasis ist eine immunologische Systemerkrankung mit vorwiegender Manifestation an der Haut, an der weltweit rund 140 Millionen Menschen leiden (in Deutschland schätzungsweise zwei Millionen).

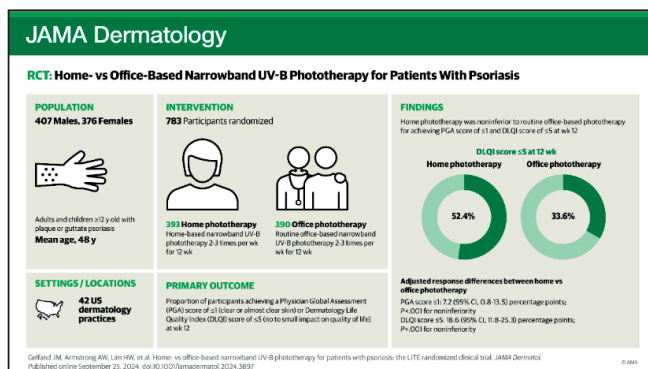
Neben verschiedenen Externa und systemisch wirkenden Arzneimitteln hat auch die Lichttherapie einen hohen Stellenwert bei der Behandlung, vor allem bei großflächigem Auftreten. Eingesetzt werden heute vorwiegend Schmalspektrum UVB-Lampen, die Licht mit einer Wellenlänge von 311-313 nm freisetzen. Die Behandlungsdauer beträgt meist mehrere Wochen bis Monate (zur Vermeidung eines erhöhten Risikos von Basaliomen und Plattenepithelkarzinomen sollten nicht mehr als 20-30 Behandlungen durchgeführt werden).

[NB: Die UVA-Licht-Bestrahlung mit Psoralen bzw. die Bade-Licht-Therapie (*Balneophototherapie*) werden an dieser Stelle nicht besprochen].

Gesundheitsinformation.de, die Patientenseite des *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* schreibt: „Die Behandlung findet in der Regel 3-mal pro Woche in einer spezialisierten hautärztlichen Praxis oder im Krankenhaus statt“ <https://t1p.de/r9dln> (frei).

Wer die Preise für medizinische/ärztliche Dienstleistungen in den USA kennt, wird sich nicht wundern, dass amerikanische Autoren gefragt haben, ob denn eine viel kostengünstigere und logistisch einfachere, zuhause durchgeführte Lichtbehandlung genau so wirksam ist wie die in einer medizinischen Institution. Ist sie...

- Bei der im *JAMA Dermatology* publizierten Studie handelt es sich um einen multizentrischen, offenen RCT, der (vom 1. März 2019 bis zum 4. Dezember 2023; Nachverfolgung bis Juni 2024) in 42 amerikanischen Hochschulambulanzen und Privatpraxen durchgeführt wurde.
 - ▷ Randomisiert wurden 783 Patienten - mittleres Alter 48 Jahre - mit Plaque- bzw. punktförmiger Psoriasis in zwei Gruppen: UV-B-Maschine zuhause oder Bestrahlung in der Ambulanz/Praxis. Therapiedauer: 12 Wochen.
 - ▷ Nach 12 Wochen wiesen 129 Patienten (32.8%) mit Heimtherapie und 100 Patienten (25.6%) mit Praxisbehandlung eine klare bzw. fast klare Haut auf. Diejenigen, die sich zuhause bestraht hatten, waren auch deutlich adhärenter als die Teilnehmer in der Vergleichsgruppe. Neben diesen Wirksamkeitsdaten (**numerischer Vorteil für die Heimbehandlung, statistisch aber kein signifikanter Unterschied**) ergaben sich auch erhebliche Vorteile in Bezug auf Kosten und logistischen Aufwand.
 - ▷ Hier sehen Sie den visuellen Abstrakt der Studie



Home- vs. Office-Based Narrowband UV-B Phototherapy for Patients With Psoriasis <https://t1p.de/jioez> (nicht frei)

► Telefonische Krankschreibung per Telefon

Wer die Benefits schon länger liest, weiß, dass ich mich nur sehr selten mit berufspolitischen Themen beschäftige. Heute will ich eine Ausnahme machen – es geht um die *politischen Angriffe gegen die telefonische Krankschreibung*. Deren Regeln sehen seit dem 7. Dezember 2023 so aus:

Regelungen im Detail

- Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (AU) kann nun auch nach telefonischer Anamnese erfolgen.
- Dies gilt für Erkrankungen, die keine schwere Symptomatik vorweisen. Ob das im konkreten Fall so ist, entscheiden die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.
- Es liegt im Ermessen der Ärztin oder des Arztes, ob die Feststellung der AU telefonisch erfolgen kann oder eine Untersuchung per Video oder unmittelbar persönlich nötig ist.
- Bedingung ist, dass Patientinnen und Patienten in der Praxis bekannt sind.
- Die erstmalige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kann telefonisch höchstens bis zu fünf Kalendertage ausgestellt werden.
- Die telefonische Krankschreibung stellt die Bedeutung eines direkten Arzt-Patienten-Kontaktes nicht in Frage. Standard bleibt die unmittelbar persönliche Untersuchung.

<https://t1p.de/6oaqc> (frei)

Der (Ko)Vorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, *Markus Beier*, hat kürzlich dem Spiegel-Redakteur *Florian Gontek* ein Interview gegeben - in einer bemerkenswert klaren Sprache...

Geplante Abschaffung der telefonischen Krankschreibung

»Im Wartezimmer besteht immer das Risiko, eine Infektion weiterzutragen«

Die Möglichkeit, sich am Telefon krankschreiben zu lassen, könnte bald wieder abgeschafft werden – weil die Krankenstände so hoch sind. Markus Beier, Vorsitzender des Hausärzteverbandes, erklärt, warum das fatal wäre.

Ein Interview von **Florian Gontek**
05.11.2024, 06.18 Uhr

Auszüge:

SPIEGEL: Finanzminister Christian Lindner (FDP) hat sich vor Kurzem dafür ausgesprochen, die telefonische Krankschreibung zu beenden. Sie als Vorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes lehnen seinen Vorstoß ab. Warum?

Markus Beier: Dafür gibt es mindestens zwei gute Gründe: Wir arbeiten am Limit, gerade jetzt in der Infektzeit. Wenn sich nun auch wieder alle mit leichten Symptomen in die Praxen schleppen, ist niemandem geholfen – und es entstehen neue Infektionscluster.

SPIEGEL: Und der zweite Grund?

Beier: Herr Lindner propagiert eine Scheinlösung. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der telefonischen Arbeitsunfähigkeit und den vermehrten Krankschreibungen. Schaffen wir die telefonische Krankschreibung ab, könnten die Krankenzahlen sogar weiter steigen. Denn: Auf dem Weg in die Praxis oder im Wartezimmer besteht immer das Risiko, eine Infektion weiterzutragen.

...

Beier: ... Es gibt keine Zahlen, die einen Zusammenhang zwischen der telefonischen Krankschreibung und den gestiegenen Krankenständen belegen. Und bei Patienten, die wir lange kennen, stellen wir auch nicht fest, dass sie die Maßnahme missbrauchen...

...

SPIEGEL: Was halten Sie von dem Vorschlag des Ärztepräsidenten, dass Beschäftigte auch [»Teilzeit-Krankschreibungen«](#) bekommen könnten?

Beier: Teilzeit-Krankschreibungen bei akuten Infekten halte ich weder für sinnvoll noch für praktikabel. Die Erkrankten sind ja, wie es der Begriff schon sagt, schlicht und einfach arbeitsunfähig – und das nicht nur für wenige Stunden am Tag. Zudem ist so ein Infekt, gerade, wenn man ihn gut auskuriert, nach ein paar Tagen wieder weg. Etwas ganz anderes ist das bei Langzeiterkrankungen wie etwa psychischen Leiden. Da braucht es dringend mehr Ansätze...

Wer den ganzen Text lesen will: <https://t1p.de/jbkws> (dieser verlinkte *Geschenkttext* kann leider nur von zehn Personen gelesen werden. Wer zu spät kommt, kann diesen Link öffnen: <https://t1p.de/1bk5n> (der ist allerdings nicht frei - Zahlschranke).

▶ Günther Egidis Beitrag für das heutige Benefit heißt: „Nur ein bisschen Kochsalzlösung“ [Anlage](#)

▶ Bernd Hontschiks letzte FR-Kolumne (26.10.2024) trägt den Titel „Tot ist tot - aber wie und wann ist man tot?“ [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>

Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

<https://t1p.de/6ykb8>

Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

Alle Benefits sind (auf individueller Ebene) „vogelfrei“...

Jede/r kann sich selbst in den Verteiler ein- oder austragen

- **Anmelden** im Benefit-Verteiler: mmk-benefits-subscribe@gwdg.de
- **Abmelden** im Benefit-Verteiler: mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de

Bei Adressänderungen:

- Neue Adresse: mmk-benefits-subscribe@gwdg.de
- Alte Adresse: mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de

Frühere Benefits (ab 3-2020): <https://www.tgam.at/>

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).

Nur ein bisschen Kochsalzlösung

In seinem Benefit-Beitrag vom 19.9.2024 hatte Michael Kochen schon kurz auf eine Studie hingewiesen, die es m.E. verdient, noch ein wenig prominenter dargestellt zu werden:

<https://t1p.de/cdr1c>

Das Besondere an dieser Studie: es wurde mit der Anwendung von Kochsalz-Nasenspray eine spottbillige Intervention untersucht. Logischerweise steckte also auch kein umsatzstarker Pharmakonzern hinter der Studie – finanziert wurde sie vom staatlichen britischen National Institute for Health and Care Research (NIHR).

Ohnehin sind uns die Briten seit vielen, vielen Jahren voraus, weil sie über eine hoch entwickelte Struktur von Forschungspraxen verfügen. In kleinen Schritten folgen wir Deutschen mit unseren Forschungs-Praxen-Netzen (<https://desam.de/forschungspraxennetze>).

Am konkreten Projekt nahmen 332 britische Hausarztpraxen teil. Sie rekrutierten 13.799 erwachsene Teilnehmer*innen mit erhöhtem Risiko für Atemwegsinfekte und teilten sie randomisiert in 4 Gruppen ein:

1. „usual care“ – ein kurzer ärztlicher Ratschlag wie üblich,
2. Gel-basiertes Nasenspray bei den ersten Zeichen eines Atemwegsinfektes bis zu 6x täglich. Oder nach Kontakt mit Erkrankten oder wenn sie einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt waren (öffentliche Verkehrsmittel, Supermärkte, usw)
3. Kochsalz-Nasenspray ebenfalls bis zu 6x täglich bei den ersten Infektzeichen oder nach Kontakten/Infektrisiken wie beschrieben - oder
4. Link zu einer Homepage, auf der man Tipps zu ausreichender Bewegung und zum Stress-Abbau bekam.

Die Gruppen waren teilweise verblindet – die Teilnehmenden wussten nicht, welches Nasenspray sie verwendeten.

Primärer Outcome waren selbst berichtete Tage, an denen die Teilnehmenden in den letzten 6 Monaten an Atemwegsinfekten erkrankt waren.

Verglichen mit der usual care Gruppe waren Anwender*innen eines der beiden Nasensprays 1,7 bzw. 1,8 Tage weniger krank. Der Hinweis auf die hilfreichen Tipps auf der Homepage führte dagegen nicht zu einer signifikanten Verkürzung der Krankheitsdauer.

	Usual care (n=3451)	Gel-based spray (n=3448)	Saline spray (n=3450)	Behavioural website (n=3450)
Number of days of illness due to self-reported respiratory tract illness in previous 6 months				
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)
Number of days of illness among all participants in previous 6 months				
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	0.81	0.97
(99% CI); p value		(0.76-0.90); p<0.0001	(0.74-0.88); p<0.0001	(0.89-1.06); p=0.46
IRR=incidence rate ratio. *Adjusted for baseline number of days of respiratory tract infection symptoms and stratum. †Complete cases analysis; IRR for intervention vs usual care.				
Table 2: Primary outcome (total days of illness in previous 6 months)				

Wenn wir daran denken, dass bei vielen Infekten die Symptombdauer durch eine antibiotische Behandlung um maximal einen halben Tag verkürzt wird, stellt das Ergebnis dieser großen, primärmedizinischen und sehr gut durchgeführten Studie eine regelrechte Sensation dar.

Zudem hatte Michael Kochen im selben Benefit eine ebenfalls im Lancet publizierte Studie vorgestellt, in der auf die beunruhigende Zunahme von Antibiotika-Resistenzen weltweit hingewiesen wurde (<https://t1p.de/1qxxv9>).

Die britische Nasenspray-Studie konnte über die Verkürzung der Symptombdauer hinaus auch die Rate von Antibiotika-Verordnungen senken: in der Gruppe mit Gel-Nasenspray um relativ 35%, in der mit Kochsalz-Nasenspray um 31% und durch Besuch der Website um 26%.

Auch diese Senkung der Häufigkeit von Antibiotika-Verordnungen um fast ein Drittel halte ich für eine so sensationelle Nachricht, dass es mir ein Bedürfnis war, die britische Studie noch einmal etwas ausführlicher vorzustellen. Allerdings werden in Großbritannien Antibiotika häufiger verordnet als in Deutschland (<https://tinyurl.com/y5bym38d> und <https://tinyurl.com/ab9xcuf5>), so dass in Deutschland möglicherweise nur ein etwas geringerer Effekt zu erwarten wäre.

Die häufigste Nebenwirkung waren Kopf- oder Nebenhöhlen-Schmerzen (4,8 vs. 7,7 vs. 4,5 vs. 4,5%), also in der Gruppe mit dem Gel-basierten Nasenspray am häufigsten.

Netzwerk-Metaanalyse zu Migränetherapeutika

In seinem Benefit vom 22.10.2024 hatte Michael Kochen zudem einen im BMJ veröffentlichten systematischen Review mit Netzwerk-Metaanalyse zum Thema Migräne vorgestellt (<https://t1p.de/fuvf7>) – nicht ohne darauf hinzuweisen, dass die Triptane hinsichtlich anhaltender Kopfschmerzfreiheit nicht überlegen waren.

Nur mit etwas Mühe gelang es mir, im Web-Appendix der Arbeit (<https://tinyurl.com/3aszpuyw>) eine Übersicht über die eingeschlossenen 137 randomisierten Studien zu bekommen.

Interessant – und einer Veröffentlichung im BMJ eigentlich nicht würdig - fand ich zunächst unter den 137 Studien zwei Duplikate einer Arbeit des deutschen Neurologen Diener, einen gerade mal eine Seite langen narrativen Review, ein Kongress-Abstract und ein direkt von einer pharmazeutischen Firma zu einem Kongress eingereichtes Poster.

Solche Arbeiten dürften für einen systematischen Review eigentlich nicht gewertet werden, da die darin eingeschlossenen Daten gar nicht nachvollzogen werden können.

- 2 Studien fanden ASS (i.v. zusammen mit MCP oder als Brausetablette) gleichwertig mit Sumatriptan und mit Ibuprofen.
- Eine Studie fand keinen Wirk-Unterschied zwischen Diclofenac und Sumatriptan.
- Drei Studien ergaben eine Überlegenheit der Kombination von Naproxen mit Sumatriptan gegenüber den Einzelsubstanzen (zwischen denen kein Wirk-Unterschied nachgewiesen werden konnte).
- Eine Untersuchung fand eine bessere Schmerzlinderung durch Kombination von Rizatriptan mit Paracetamol im Vergleich zu Paracetamol allein, aber auch nur eine numerische, nicht signifikante Besserung im Vergleich der Einzelsubstanzen.
- Nur eine einzige randomisierte Studie (<https://tinyurl.com/2vj4y38y>) zeigte eine Überlegenheit von Rizatriptan gegenüber Ibuprofen bei 155 Migräne-Patient*innen (Schmerzfreiheit nach zwei Stunden 73 vs. 53,8%). Dieser Vorteil war nach mehr als zwei Stunden nicht mehr nachweisbar.

Die übrigen 129 Studien untersuchten Triptane nur im Vergleich mit anderen Triptanen, mit Placebo sowie mit den neuen, teuren Migränemitteln, die im direkten Vergleich nicht besser abschnitten - oder es waren Doubletten, Kongress-Abstracts oder Poster.

Zusammengefasst zeigten also die meisten Studien: Triptane sind im Vergleich mit NSAR nicht überlegen.

Nun zeichnet es Netzwerk-Metaanalysen nicht selten aus, dass sie auch indirekte Vergleiche als Basis für ihre Wirksamkeitsvergleiche nutzen. Dieses Verfahren erscheint mir aber bei einem extrem variablen Krankheitsbild wie bei Migräneanfällen problematisch. Wenn beispielsweise Messwerte wie Blutdruck oder HbA1c als Endpunkte untersucht werden, ist ein indirekter Vergleich gut möglich, um zu schauen: welche Substanz senkt den Blutdruck bzw. das HbA1c am stärksten. Bei einer Migräne dagegen wird die Schwere der Beschwerden in den verschiedenen Studienkollektiven so unterschiedlich sein, dass man aus einem indirekten Vergleich bestenfalls Hypothesen ableiten kann – jedoch keine Schlussfolgerung wie die im übernächsten Absatz zitierte.

Von 20 durchsuchten Cochrane-Reviews hatte einer von 2012 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22336849/>) als einzigen Vergleich den bereits zitierten RCT von Diener eingeschlossen, ein anderer (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6485805/>) umfasste nur Vergleiche mit Placebo oder von Triptanen untereinander.

Nicht nur die Co-Autorenschaft des für seine außerordentliche Nähe zur pharmazeutischen Industrie bekannten Neurologen Hans-Christoph Diener hatte mich ein wenig alarmiert – auch die Conclusio der Netzwerk-Metaanalyse „Triptans are currently widely underused, and access to the most effective triptans should be promoted globally and international guidelines updated accordingly“ hatte mir Sorgenfalten auf die Stirn getrieben – sind doch Triptane eine derjenigen Substanzen, die mit am häufigsten zu Analgetika-induziertem Kopfschmerz führen:

Ein häufigerer Gebrauch von Triptanen ist mit der Entwicklung eines Analgetika-induzierten Kopfschmerzes assoziiert. In einer bevölkerungsbasierten Erfassung aus den Niederlanden (<https://tinyurl.com/4vu67nx4>) nutzten 1,3% der Bevölkerung regelmäßig Triptane – von denen 10,3% einen Übergebrauch betrieben – und damit, ohne dies natürlich zu wollen, eine Perpetuierung ihrer Symptome betrieben.

Zudem sollte uns folgende Aussage in der BMJ-Netzwerk-Metaanalyse alarmieren: „Eletriptan was the only intervention more frequently associated with chest pain or discomfort (odds ratios from 1.42 to 1.78).“

- ⇒ Es fragt sich, ob die Aussage der Autor*innen der Netzwerk-Metaanalyse, dass Triptane zu wenig genutzt würden und dass die entsprechenden Leitlinien überarbeitet werden müssten, ganz frei von den Verwertungsinteressen der Pharmafirmen zustande kam, die an alle Autor*innen bis auf eine Honorare gezahlt hatten (Pfizer, Merck, Angelini Pharma, Lundbeck, Teva, AbbVie, Eli Lilly, Amgen, Astra Zeneca, GlaxoSmithKline und Novartis).
- ⇒ Mein Fazit: Verordnen Sie Triptane, wenn NSAR wie Ibuprofen oder Naproxen nicht ausreichend wirken. Aber behalten Sie dabei immer die Verordnungs-Frequenz im Blick: wenn an mehr als 10 Tagen im Monat Triptane verwendet werden, ist das Risiko von Triptan-induzierten Kopfschmerzen groß.

Elektronische Patientenakte

Im August letzten Jahres hatte ich mich kritisch mit der elektronischen Patientenakte (ePA) auseinandergesetzt.

Jetzt wirbt der erste Anbieter eines Praxisverwaltungssystems unter Ärzt*innen darum, ihm – wie auch immer – anonymisierte Daten ihrer Patient*innen zu verkaufen: <https://tinyurl.com/yc5spkey>
Darum geht es in erster Linie: die Daten unserer Patient*innen sind für viele auf dem Gesundheitsmarkt Tätige ein hoch interessantes Anlage-Objekt.

Weder die Ärzt*innen noch die Patient*innen wollten so richtig auf das Projekt ePA aufspringen. Statt diesen Unwillen zu akzeptieren und einfach zur Kenntnis zu nehmen, wird jetzt nach dem Motto „Bist du nicht willig, gebrauche ich Gewalt“ der Spieß herumgedreht: nur wer – wie ich - aktiv einer Speicherung der eigenen Gesundheitsdaten widerspricht, dessen/deren Daten werden für eine solche Speicherung gesperrt.

Um Menschen bei einem “opt-out” zu unterstützen, wurden drei Generatoren geschaltet, die verschiedene Aspekte behandeln können:

1. [Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte \(ePA\)](#)
2. [Widerspruch gegen die Auswertung von Abrechnungsdaten](#) für persönliche Mitteilungen zu Gesundheitsrisiken

Falls zwar eine ePA, aber darin keine Abrechnungsdaten gewünscht werden, kann man mit dem dritten Generator dem widersprechen:

3. [Widerspruch gegen das Einstellen der Abrechnungsdaten in ihre ePA](#)

⇒ Überlegen Sie es sich in Ihren Praxis-Teams: wollen Sie im Sinn der Datensicherheit Ihre Patient*innen auffordern, einer Speicherung ihrer Gesundheitsdaten zu widersprechen?
- dann verbreiten Sie diese drei Links.

Lange Zeit war der ehemalige Schleswig-Holsteiner Gesundheits-Datenschützer Thilo Weichert ein Befürworter der ePA.

Hier setzt er sich in seiner Laudatio für Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Rahmen des „Big Brother Awards“ sehr kritisch mit der ePA als Teil eines „europäischen Gesundheitsdatenraumes“ auseinander: <https://tinyurl.com/34vxbjj8>

Ich danke den folgenden Kolleg*innen dafür, dass sie diesen Text kritisch auf etwaige Fehler durchgeschaut haben: Ildikó Gágyor, Sabine Gehrke-Beck, Hanna Kaduszkiewicz, Jan Hendrik Oltrogge und Guido Schmiemann.

Dr. med. Günther Egidi

guenther.egidi@posteo.de

Tot ist tot

Aber wie und wann ist man tot?

Es ist nicht nur nicht schön, sondern es ist beunruhigend, dass die Organtransplantation in Deutschland auf der Stelle tritt, und zwar auf einer sehr bescheidenen Stelle. Immer wieder wird in allen Medien thematisiert, dass es zehn Mal mehr Organe zur Transplantation geben müsste, um Schwerkranken ausreichend versorgen zu können. Immer wieder wird von herzzerreißenden Fällen sterbender Menschen berichtet. Den Organverweigerern wird immer wieder ein schlechtes Gewissen gemacht. Bislang aber haben alle Appelle nichts gefruchtet. Die Organe fehlen, und das macht den Verantwortlichen Kopfzerbrechen. Man hat sich vieles ausgedacht, um die Situation zu verändern. Die beteiligten Krankenhäuser wurden finanziell bessergestellt, Transplantationsbeauftragte wurden berufen, Hausärzte und Meldeämter wurden zur Thematisierung des Organspendeausweises aufgefordert, ein digitales Spendenregister wurde online geschaffen. Das hat nichts verändert. Vor allem aber hat bislang niemand verstanden, warum das so ist, warum Deutschland im internationalen Vergleich so sehr hinterherhinkt.

Es muss etwas geben, das die Menschen davon abhält, sich mit einem Organspendeausweis auszustatten. Vielleicht spielt es eine Rolle, dass zumindest in der älteren Generation die Berichte über die unvorstellbar grausamen medizinischen Menschenversuche in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern ein Misstrauen gegenüber der Medizin in ihr Gedächtnis tief eingegraben haben. Das ist die Furcht vor der Situation des Ausgeliefertseins. Vielleicht sind es aber auch nur die unglaublichen



Transplantationskandale der jüngsten Zeit, die weiteres Misstrauen in die medizinischen Entscheidungen gesät haben, verbunden mit

der Tatsache, dass die gesamte Koordination aller Transplantationen in den Händen einer privaten gemeinnützigen Stiftung liegt, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Es wäre nun die Aufgabe der Verantwortlichen, die Ursachen des recht weit verbreiteten Misstrauens zu erforschen und gegebenenfalls abzubauen.

Leider geschieht das komplette Gegenteil: Bislang musste man sich aktiv für eine Transplantation entscheiden. Das ist gut so, das nennt man die Entscheidungslösung. Dagegen gab es Anfang 2020 im Bundestag eine interfraktionelle Initiative für eine Widerspruchslösung. Dabei muss man sich aktiv gegen eine Transplantation entscheiden, also widersprochen haben. Hat man das nicht getan, so ist man automatisch und ungefragt mit einer Organentnahme einverstanden. Im Bundestag wurde das mehrheitlich abgelehnt. Aber nun soll das Transplantationsgesetz nach nur vier Jahren schon wieder geändert werden, um doch noch die Widerspruchslösung einzuführen. Wird neuerdings wieder und wieder abgestimmt, bis das Ergebnis endlich passt? Das ist nicht gerade eine gute Voraussetzung, um Misstrauen abzubauen, denn das dient allein der Beschaffung, nicht dem Konsens. Es gibt aber kein Recht auf ein neues Organ. Es gibt dagegen ein Recht auf ein selbstbestimmtes Leben und Sterben, ohne dass man gegen dessen Beschneidung zunächst Widerspruch hat einlegen müssen.

Vielleicht haben manche Menschen auch darüber nachgedacht, warum im Organspendeausweis geschrieben steht, dass man sich mit einer Organtransplantation „nach meinem Tod“ einverstanden erklärt. Nicht nur ich bin der Meinung, dass das eine Irreführung ist. Organe eines toten Menschen kann man nicht transplantieren. Tot ist tot. Man muss also vor dem Eintritt des Todes tätig werden, den Tod sozusagen ein Stück ins Leben vorverlegen. Genau deswegen hat man ja den Hirntod erfunden, als eine Vorstufe des Todes, die die Organentnahme erlaubt.

Aber jetzt wird es noch beunruhigender: Die FDP im Bundestag spricht sich dafür aus, dass nicht mehr der Hirntod, sondern schon der Herztod ausreichen solle, um Organe entnehmen zu dürfen. Der Hirntod sei viel zu kompliziert festzustellen, und vor dem Hirntod kommt der Herztod, der sei ganz einfach festzustellen. Der Tod soll also noch ein Stück weiter ins Leben vorverlegt werden. Die Begründung ist keine wissenschaftliche, keine medizinische, sondern eine rein utilitaristische: Es könnten damit die Spenderzahlen gesteigert werden. So wird das Misstrauen aber immer noch größer. Mir graust davor, dass ich als Notarzt bei einer Wiederbelebung schon gleich auch eine potentielle Organentnahme mitdenken soll.

Mit solchen Ideen wird man kein einziges zusätzliches Organ gewinnen.