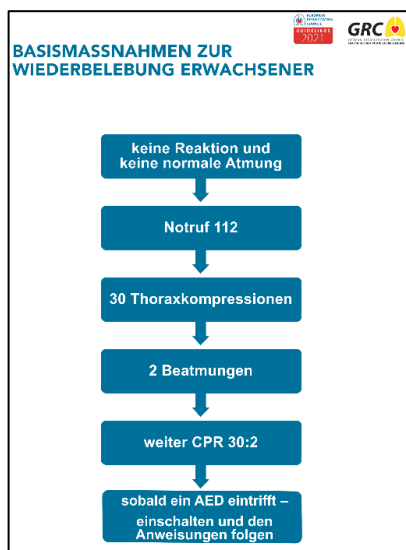


Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ich hoffe, dass Sie wohlbehalten im neuen Jahr angekommen sind.

► Laut dem 2007 gegründeten Deutschen Rat für Wiederbelebung (*German Resuscitation Council*; GRC <https://www.grc-org.de/>) erleiden jährlich mehr als 120.000 Menschen deutschlandweit außerhalb eines Krankenhauses einen **plötzlichen Herzkreislauf-Stillstand**. Ca. 60.000 davon werden reanimiert. Der Rettungsdienst benötigt im Mittel neun Minuten bis zum Ort des Geschehens und kommt damit oft zu spät.

- In Europa beträgt die geschätzte jährliche Inzidenz des außerklinischen Herzkreislauf-Stillstands (*out of hospital cardiac arrest – OHCA*) 84.0 pro 100.000 Personennjahre; die 30-Tage-Überlebensrate beläuft sich auf rund 10%.
- In mehr als der Hälfte der Fälle von Herzkreislaufstillstand sind Personen anwesend, die eingreifen und durch Wiederbelebungsmaßnahmen die Zeit bis zum Eintreffen des professionellen Rettungsdienstes überbrücken könnten (im Englischen werden diese „zufällig anwesenden Laien“ **bystander** genannt). Das würde die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffene Person überlebt, um das Dreifache erhöhen. Die Quote der Laienreanimation war im Jahr 2023 in Deutschland jedoch mit 51% niedrig und lag deutlich unter den Quoten anderer europäischer Länder (in Schweden oder in den Niederlanden werden bis zu 80% erreicht).



So sehen die *aktuell geltenden Leitlinien* für die Wiederbelebung durch Laien aus (erstmalig 1966 von der US *National Academy of Sciences* als Empfehlung publiziert) <https://t1p.de/xpi55> (frei).

- Prof. *Dietrich Andresen*, prominenter Berliner Kardiologe und ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Herzstiftung, sagte zur Situation in Deutschland: „Leider trauen sich zu viele Laien-Ersthelfer nicht mit Wiederbelebungsmaßnahmen zu beginnen, weil ihnen die Regeln zu kompliziert sind... und sie **die Herzdruckmassage zwingend in Kombination mit der Mund-zu-Mund-Beatmung** sehen, was aber keineswegs der Fall ist“.

Seine Empfehlung brachte er auf die Formel: „Je einfacher die Erste Hilfe wird, desto mehr Menschen trauen sie sich zu. Puls prüfen, 112 wählen, dann drücken, drücken, drücken ...“. → Diese Feststellung sollte man jedoch *in einem Punkt ändern*: **Den Puls zu fühlen, ist für ungeübte Laien eine unsichere Angelegenheit. Deutlich besser ist es, nach leichtem Rütteln und dem Versuch der Ansprache, zu prüfen, ob der Mensch noch atmet.**

▶ Bitte stellen Sie sich folgendes, reales Szenario vor: Sie gehen mit Ihrer Familie am Sonntagnachmittag spazieren und sehen vor sich, wie ein Mann plötzlich kollabiert. In der unmittelbaren Umgebung ist keine weitere Person sichtbar.

- Sie laufen sofort zu diesem Mann und stellen fest, dass er nicht mehr atmet. Ob eine Asystolie oder Kammerflimmern besteht, lässt sich selbstredend ohne ein EKG nicht feststellen. Zeit für eine Suche (per App) nach einem ggf. in der Nähe befindlichen, *automatisierten externen Defibrillator (AED)* gibt es realistischerweise nicht.
- Sie haben keinerlei Notfallausrüstung dabei und greifen zum Handy, um über die Telefonnummer 112 ein Notarzteeinsatzfahrzeug zu alarmieren (im besten Fall bitten Sie Ihre Frau/Ihren Mann darum). Wenn Sie selbst telefonieren, schalten Sie die *Lautsprecherfunktion* ein, damit Sie ggf. während der beginnenden Reanimation telefonieren können.

- Sie sind also alleine ohne Hilfsmittel (die Kennzeichen eines *bystanders*) und beginnen nun unverzüglich mit Wiederbelebungsmaßnahmen.  
Wie sehen die aus?

▷ **30 Herzdruckmassagen im Wechsel mit je zwei Atemspenden (wie es immer noch in den Leitlinien steht)**

▷ **oder nur Herzdruckmassage?**

- Die *American Heart Association* hat 2017 empfohlen, dass alle Laienhelfer (ob trainiert oder nicht) **Personen mit Herzkreislauf-Stillstand ausschließlich mit Herzdruckmassage (compression only CPR) reanimieren**. Auch Telefonzentralen sollten diesen Ratschlag an die Ersthelfer weitergeben. Bei Menschen, die eine klassische Reanimation beherrschten (**standard CPR**) sei es *jedoch auch „vernünftig, Herzmassage und Beatmung“ zu praktizieren...*
- Die widersprüchliche Unsicherheit dieser Aussage beruht auf der Tatsache, dass es in der wissenschaftlichen Literatur nur wenige randomisierte Studien gibt, die sich der Frage widmen, welche Art der Reanimation wirksamer ist.

Die Schwierigkeiten, solche Studien zu konzipieren, liegen auf der Hand – eine Randomisierung ist nur möglich, wenn die alarmierte Telefonzentrale eine zufällige Zuteilung der anrufenden Ersthelfer vornimmt. Oft fehlen in den publizierten Daten auch wichtige Endpunkte wie die mittel- bis langfristige neurologische Funktion der Überlebenden. Ob solche Studienergebnisse ohne Einschränkungen auf die Realität übertragbar sind, erscheint zumindest fraglich.

▷ Eine 2024 publizierte Studie aus Schweden (Datenerhebung 1. Januar 2017 – 12. März 2020; 18 Telefonzentralen) konnte von 11.838 Anrufen weniger als 20% randomisieren. Beim Endpunkt 24-Stunden-Überleben ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

*Compression-Only or Standard Cardiopulmonary Resuscitation for Trained Laypersons in Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Nationwide Randomized Trial in Sweden*  
<https://t1p.de/olcgg> (frei).

▷ Die neueste systematische Übersicht mit Metaanalyse beruht auf ganzen vier RCTs (4.987 Patienten – 2.482 in der *compression only*-CPR- und 2.505 in der *standard*-CPR-Gruppe). Die Resultate zeigen, dass **Herzdruckmassage alleine signifikant besser war als der Standard** und zwar bei den Endpunkten → **24-Stunden-Überleben** (OR 1.15; 95% KI: 1.02-1.31; p = .03) und → **Krankenhausentlassung** (OR 1.25; 95% CI: 1.01-1.55; p = .04).

*Compression-only versus standard cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest: A meta-analysis of randomized controlled trials* <https://t1p.de/ptm5u> (nicht frei).

- Die Rate an **Rippenfrakturen** beträgt bei mechanischen Reanimationen (nach einer kürzlichen Metaanalyse <https://t1p.de/gqclld> [frei]) 45% - als Ersthelfer sollte man sich durch die Frakturgeräusche *nicht unterbrechen lassen!*
- Soeben wurden zwei Studien im *NEJM* zur Frage publiziert, ob ein **intraossärer Zugang besser sei als ein intravenöser** (höhere Überlebensrate, schnellere Kreislaufstabilisierung). Antwort: Nein! <https://t1p.de/994zo>; <https://t1p.de/w3qbc> (nicht frei).

### **Quintessenz:**

Viele ungeschulte Laien-Ersthelfer beginnen nicht mit Wiederbelebensmaßnahmen, weil sie Angst haben (aber auch Ekel verspüren), bei der - *fälschlicherweise als Standard angesehenen* - Kombination von Herzdruckmassage mit Mund-zu-Mund-Beatmung etwas falsch zu machen.

- In einer Situation, in der ein alarmierter Rettungsdienst innerhalb von 10-15 Minuten am Ort des Geschehens eintrifft, gibt es keinen handfesten Beleg dafür, dass Erwachsene mit Herzkreislaufstillstand *in diesem limitierten Zeitraum* von der zusätzlichen Beatmung profitieren. Im Gegenteil: Wenn Ungeübte die Herzdruckmassage für Beatmungen unterbrechen, können sie den Betroffenen durch die entstehenden Zeitverzögerungen schaden.
- **Wenn Sie als Ärztin oder Arzt (alleine und ohne Hilfsmittel) – nach Alarmierung des Rettungsdienstes – reanimieren, sollten Sie gleichfalls ausschließlich Herzdruckmassage ohne Beatmung praktizieren.**
  - ▶ Wichtige Ausnahme von dieser Regel sind Kinder, deren Herz-Kreislaufstillstand oft durch Verlegung der Atemwege verursacht wird – **hier ist die Beatmung essentiell** (initial 5 Beatmungshübe; empfohlenes Kompressions-Beatmungsverhältnis für Laien 30:2 [für professionelle Helfer 15:2]). Details unter <https://t1p.de/vtkkv> (frei).

### **Noch einige Nachbemerkingen:**

- ▷ Wenn Sie sich für das Thema **Anlieferung eines automatisierten externen Defibrillators (AED) per Drohne** interessieren, können Sie sich eine aktuelle Übersicht aus 2024 ansehen: *Drones delivering automated external defibrillators for out-of-hospital cardiac arrest: A scoping review* <https://t1p.de/6pmno> (frei).

Bereits sieben Jahre vorher (2017) erschien in der ZFA ein Editorial zum Thema: *Kommt ein Vogel geflogen* <https://t1p.de/9wp1x> (frei).

- ▷ Ein auch musikalisch sehr gelungenes **Lehr-Video** erinnert u.a. daran, dass die **Herzmassage mit einer Frequenz von mindestens 100/Minute durchgeführt werden muss**: „Lebensretter - Der Song“ <https://t1p.de/twdz5> (frei).
- ▷ **Rhythmusgeber als reines Musikstück**: „Stayin' Alive“ <https://t1p.de/u4sp0> (frei). Falls Ihnen das nicht reicht, finden Sie 86 (!) Songs auf <https://t1p.de/n5gr3> (frei).
- ▷ Sie können sich auch die **kostenlose App „Pro Metronome“** herunterladen und die gewünschte Frequenz voreinstellen.

→ Danke an *Wolfgang Tonn* (Heidelb. Medizinakademie) für die kritische Durchsicht des Textes.

## ► Appendizitis bei Kindern - OP besser als Antibiose

Kinder haben ein Risiko von 7-8%, während ihres Lebens eine Appendizitis zu erleiden, die am häufigsten während der Teenagerjahre auftritt. Behandlungsstandard ist bislang die operative Entfernung des Wurmfortsatzes (erstmals vor 138 Jahren beschrieben).

Zur Frage *OP versus Antibiose bei Kindern* existierten bislang lediglich eine nicht-randomisierte Studie und zwei kleine Pilotstudien. Bei Erwachsenen hingegen zeigte ein RCT bei 1.552 Teilnehmern, dass beide Verfahren gleichwertig waren, in der Antibiotikagruppe jedoch 30% der Patienten letztlich doch operiert werden mussten.

- Im *Lancet* wurde jetzt ein multizentrischer, offener RCT (Nichtunterlegenheitsmarge 20%) publiziert, an dem 11 Kinderkrankenhäuser in Kanada, den USA, Finnland, Schweden und Singapur teilnahmen.
- Zwischen dem 20.1.2016 und dem 3.12.2021 wurden 9.988 Patienten zwischen 11 und 16 Jahren gescreent und den Familien angeboten, an der Studie teilzunehmen oder ihre Kinder operieren zu lassen. 936 Kinder wurden randomisiert und 12 Monate nachverfolgt.
- Der **primäre Endpunkt war Therapieversagen innerhalb eines Jahres nach Randomisierung:**
  - ▷ In der Antibiotikagruppe hieß das, dass die Kinder operiert werden mussten,
  - ▷ in der OP-Gruppe, dass bei der Operation die Appendix (histologisch gesichert) normal war.

Die Ergebnisse sehen Sie in der folgenden Tabelle

	Treatment failure, n (%)
<b>Appendectomy group (n=394)</b>	
Normal pathology	27 (7%)
Complication requiring general anaesthetic within 1 year*	1 (<1%)
<b>Antibiotic group (n=452)</b>	
Failure of initial antibiotic treatment†	72 (16%)
Recurrence and subsequent appendectomy	81 (18%)

Data are from the population with 12-month follow-up data. \*Patient returned to hospital for laparoscopic evacuation of haematoma. †Appendectomy was done if patient's clinical condition deteriorated on first day of treatment or did not improve enough after 2 days of antibiotic treatment.

Table 2: Breakdown of primary outcomes

### Therapieversagen trat

- bei 153 der 452 Patienten (34%) in der Antibiotika-Gruppe und bei
- 28 von 394 (7%) in der Appendektomie-Gruppe auf
- Unterschied 26.7% (90% KI 22.4–30.9).

- [NB: Von den 459 in die OP-Gruppe randomisierten Patienten wiesen 28 (6%) eine histologisch gesicherte Perforation auf, von den 72 Patienten der Antibiotika-Gruppe, bei denen die Therapie frühzeitig versagte, waren es 25 (35%)].

**Auf der Grundlage dieser Ergebnisse bleibt bei Kindern mit Appendizitis die Operation Therapie der Wahl.**

*Appendectomy versus antibiotics for acute uncomplicated appendicitis in children: an open-label, international, multicentre, randomised, non-inferiority trial* <https://t1p.de/yzxy1> (nicht frei).

## ► Gewichtszunahme bei Einnahme von Psychopharmaka – neue Leitlinie ... bringt *keine* neuen Erkenntnisse

- Weltweit sind schätzungsweise annähernd 500 Millionen Menschen von psychischen Störungen betroffen. Nach Zahlen der TK hat die Einnahme von Psychopharmaka in den letzten zehn Jahren um 34% zugenommen (laut Arzneimittelbrief bei Antidepressiva um 40% und bei Antipsychotika um 15%).
- Seit vielen Jahren ist bekannt, dass die Einnahme von Antidepressiva und besonders von Antipsychotika (wie Clozapin und Olanzapin) mit dem hohen Risiko einer erheblichen Gewichtszunahme und entsprechenden metabolischen Veränderungen assoziiert ist.
- Die möglichen Mechanismen der mit der Einnahme von Psychopharmaka verbundenen Gewichtsveränderungen haben Autoren aus der Psychiatrie der LMU München und der Oberbergklinik in Bad Tölz zusammengestellt <https://t1p.de/7tfyq> (frei).

Tab. 4 Mechanismen der psychopharmakaassoziierten Gewichtsregulation	
Peripher	Zentral
Bauchfettakkumulation	Vermindertes Sättigungsgefühl
Hormon- und Peptidregulation (Adipokine)	Gesteigerter Heißhunger
Insulinresistenz	Veränderungen in der zentralen Steuerung des Metabolismus
Direkt	Indirekt
Wirkung auf Adipozyten, Leber- und Skelettmuskeln, Insulinsekretion und Hormone	Verminderte körperliche Aktivität durch sedierende medikamentöse Effekte
	Erhöhte Nahrungsaufnahme durch gesteigerten Appetit
Pharmakologisch	Individuell
Wirkung über „Risikorezeptoren“ wie H1-Antagonismus, 5-HT2c-Antagonismus	„Life-style“-Faktoren wie Ausmaß der körperlichen Aktivität, Art der Ernährung, Regelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme
Vermehrte Wirkung auf peripheres Gewebe wie Adipozyten oder Insulinsekretion	Genetische Prädisposition
H1 Histamin-1-Rezeptor, 5-HT2c Serotonin-2c-Rezeptor	

Ein internationales Team von Autorinnen und Autoren hat jetzt eine **Leitlinie** publiziert, die Kriterien formuliert, wann Metformin eingesetzt werden sollte bzw. ob das Mittel bereits zur Vorbeugung zusammen mit Antipsychotika eingenommen werden sollte: *Metformin for the Prevention of Antipsychotic-Induced Weight Gain: Guideline Development and Consensus Validation* <https://t1p.de/9ynbh> (frei).

- Die wesentlichen zwei Feststellungen: Beginn mit Metformin, wenn Zunahme des Ausgangsgewichtes (vor Beginn der Psychopharmaka-Behandlung) > 3%; mittlerer Gewichtsverlust bei initialer Komedikation: ca. vier kg.
- Wörtlich heißt es in der Veröffentlichung: „*This is the first published evidence-based guideline using the AGREE II framework and GRADE methods for the use of metformin to prevent AIWG incorporating recommendations for co-commencement*“. Ein Blick auf die *bescheidene Zahl der Teilnehmer (n=697 in 18 RCTs* und einer Kohortenstudie) und die geringe Ergebnissicherheit wecken allerdings Zweifel an der Aussagekraft der Leitlinie.

Bereits im Oktober 2022 hat ein *Cochrane Review zum Thema Gewichtszunahme bei Patienten mit Schizophrenie* (17 Studien, 1.388 Patienten) auf deutliche methodische Mängel der erfassten Studien hingewiesen.

*Pharmacological interventions for prevention of weight gain in people with schizophrenia* <https://t1p.de/ipleu> (frei)

**Quintessenz:** Leider bringt auch die veränderte Zusammenfassung der Ergebnisse in Form einer Leitlinie **keine neuen Erkenntnisse**.

→ Danke an Josef Pömsl für den Hinweis auf den Artikel



## ► Kopflausbefall – RKI aktualisiert seinen Ratgeber

In der ersten Nummer des *Epidemiologischen Bulletins* 2025 publiziert das RKI die aktualisierte Version seines Ratgebers „Kopflausbefall“. Ihnen allen sicherlich bekannt: Keine Inkubationszeit, klinisches Leitsymptom ist Juckreiz.

Im Text heißt es u.a. „Kopflausbefall hat nichts mit fehlender Sauberkeit zu tun, da Kopfläuse durch das Waschen der Haare mit gewöhnlichem Shampoo nicht beseitigt werden. Enge zwischenmenschliche Kontakte, bei denen sich Haare verschiedener Personen berühren können, begünstigen die Verbreitung von Kopfläusen. Sie können zu allen Jahreszeiten auftreten“ <https://t1p.de/3nyoZ> (frei)

► An dieser Stelle noch eine Meldung des RKI, die mit dem Namen des augenscheinlichen Hitler-Bewunderers *Elon Musk* assoziiert ist...

### **RKI verlässt X – und kommuniziert jetzt auch auf Bluesky**

„Die Entwicklungen auf X in den vergangenen Wochen und Monaten haben uns veranlasst, die Plattform zu verlassen. Mit diesem Schritt schließen wir uns den Hochschulen und Forschungsinstitutionen an, die vor wenigen Tagen angekündigt haben, X ebenfalls nicht mehr zu betreiben. In Zukunft werden wir unsere wissenschaftlichen Inhalte und Public-Health-Informationen auch auf Bluesky spielen – zusätzlich zu unseren aktuellen Kanälen auf Mastodon, Instagram, YouTube...“

## ► The gang of four – das BMJ in den letzten 50 Jahren



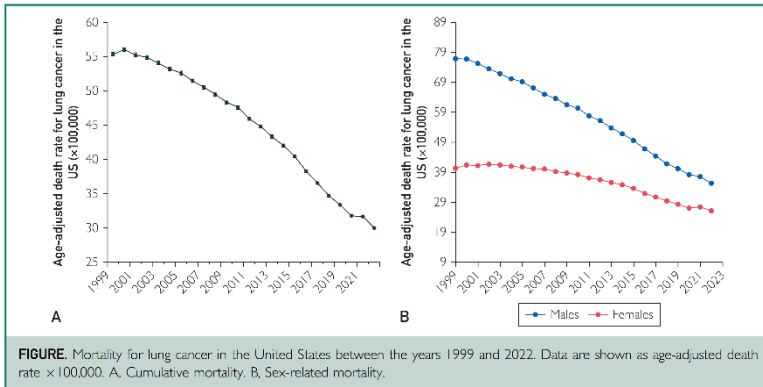
Die vier abgebildeten Herausgeber der letzten 50 Jahre (insgesamt waren es seit den 184 Jahren seit Gründung n= 17) haben sich in London zum Jubiläum getroffen.

Wer mehr über die Geschichte des BMJ (Gründung am 3. Oktober 1840 als *Provincial Medical and Surgical Journal*) erfahren möchte: <https://t1p.de/dmpfqj> (frei).

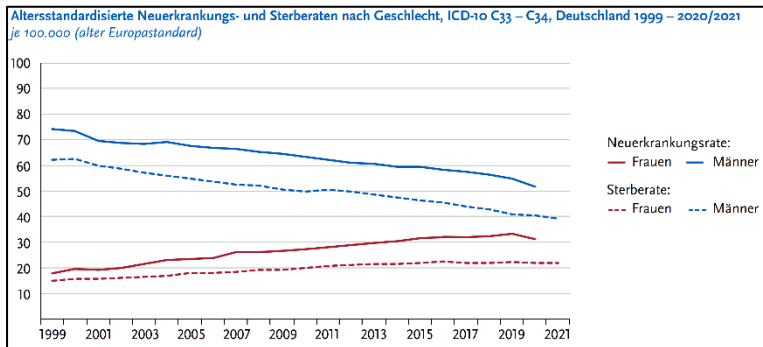
## ► Bronchialkarzinom – Mortalität fällt (bei ♂ stärker als bei ♀)

Die Häufigkeit des Bronchialkarzinoms in Deutschland (höchste Sterberate unter allen Tumorarten) steht bei Männern hinter dem Prostatakarzinom an zweiter, bei Frauen hinter Mamma- und Kolonkarzinom an dritter Stelle.

Die Mortalitätsstatistik des Bronchialkarzinoms in den USA und Deutschland zeigt allerdings - *cum grano salis* - eine ähnliche Tendenz: Nach unten. [In Deutschland ist die Aktualität der Daten rel. schlecht; verfügbare Statistiken hinken um Jahre hinterher. In der Leitlinie Lungenkarzinom der AWMF von 2024 werden Mortalitätsdaten von 2018 angegeben!].



Twenty-Four Years of Lung Cancer Mortality in the United States <https://t1p.de/9dm49> (nicht frei).



Zentrum für Krebsregisterdaten <https://t1p.de/gg05> (frei).

→ Die beiden Autoren vermuten, dass *innovative Behandlungsverfahren* und *frühzeitige Entdeckung* für diese Entwicklung verantwortlich sind.

## ► Taxifahrer sterben seltener an Morbus Alzheimer – wirklich?

An 17. Dezember 2024 publizierte das *BMJ* eine Arbeit mit dem Titel „Alzheimer's disease mortality among taxi and ambulance drivers: population based cross sectional study“ <https://t1p.de/vw80i> (frei). Der Text erschien in der **jährlichen Weihnachtsgabe, für die Kolleginnen und Kollegen traditionellerweise erfundene Daten als echte Studie** präsentieren:

thebmj covid-19 Research Education News & Views Campaigns Jobs

Research » Christmas 2024: Death is Just Around the Corner

**Alzheimer's disease mortality among taxi and ambulance drivers: population based cross sectional study**

BMJ 2024 ; 387 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-082194> (Published 17 December 2024)  
Cite this as: BMJ 2024;387:e082194

Wer das BMJ regelmäßig liest, freut sich schon auf die jeweils Mitte Dezember erscheinende Ausgabe und die dort phantasievoll konzipierten (besser: konfabulierten) „Studien“.

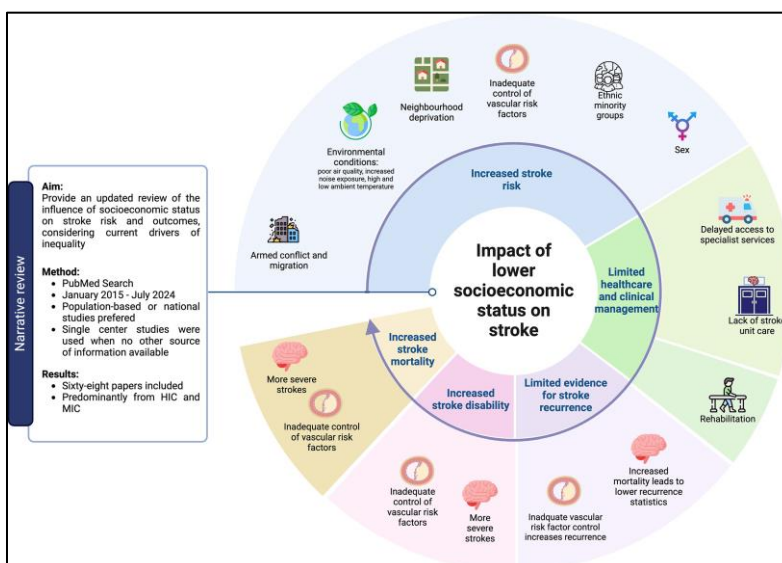
Dieses Jahr hat nicht nur das *Deutsche Ärzteblatt* <https://t1p.de/ar2kv> (frei), sondern auch das *Science Media Center* die Arbeiten für bare Münze genommen. Letzteres interviewte drei Wissenschaftler (die offenbar nicht zu den regelmäßigen Lesern des BMJ gehören) und fragte sie nach ihrer Interpretation der Daten <https://t1p.de/bslxw> (frei).



## ► Schlaganfall und sozioökonomischer Hintergrund

Ein aktueller Artikel aus *Stroke* erinnert an den Einfluss eines **geringen sozioökonomischen Status** (Beschäftigungsart, Einkommen, Bildung, Beruf der Eltern) auf Schlaganfälle. **Ein niedriger Status ist mit einem höheren Erkrankungsrisiko, niedrigerer Versorgungsqualität und schlechteren Behandlungsergebnissen assoziiert.**

In reichen Industrieländern (hohe Einkommen) geht ein niedriger sozioökonomischer Status mit unzureichender Kontrolle kardiovaskulärer Risiken (Hypertonie, Diabetes, Adipositas) einher; in Ländern mit geringem oder mittlerem Einkommen vorwiegend mit Luftverschmutzung. Weitere Details im grafischen Abstract:



*Socioeconomic Status and Stroke: A Review of the Latest Evidence on Inequalities and Their Drivers* <https://t1p.de/s0bat> (nicht frei).



## ► **"Shkreli awards" – zehn silberne Zitronen für skrupellose Profitgeier im US-amerikanischen Gesundheitswesen**

Das in Massachusetts beheimatete *Lown*-Institut verlieh zum achten Mal seit 2017 die **10 Shkreli awards an skrupellose Profitgeier im amerikanischen Gesundheitswesen** (das Institut ist benannt nach dem Kardiologen und Mitbegründer der IPPNW [*International Physicians for the Prevention of Nuclear War*] *Bernard Lown*, der 1985 zusammen mit seinem sowjetischen Kollegen *Jewgeni Tschasow* den Friedensnobelpreis erhielt).

Namensgeber der Preise ist der 1983 in New York geborenen **Martin Shkreli**, ein rechtskräftig verurteilter Hedgefondsmanager mit Schwerpunkt auf Medikamentengeschäfte. Er kaufte im Jahr 2015 das Pharmaunternehmen *Turing Pharmaceuticals* und erhöhte den Preis des - heute als Generikum verfügbaren - Toxoplasma-Mittels Pyrimethamin (Daraprim®) *um mehr als das fünfzigfache von 13,50 auf 750 US-Dollar pro Tablette*.

- Den ersten Preis erhielt 2024 die *University of North Texas Health Science Center* (UNTHSC) in Fort Worth. Sie **verkaufte ohne Rücksprache mit den Angehörigen die Organe Verstorbener**.
  - ▷ Nur ein Beispiel: Vom Körper eines namentlich genannten Veterans wurde das rechte Bein für 341 USD an einen schwedischen Hersteller von Medizingeräten, der Torso für 900 USD an ein privates Institut für medizinische Ausbildung und Schädelknochen für 210 USD an die US-Armee verkauft
- Der vierte Preis ging an einen Onkologen aus Montana, der **einen Mann neun (kostenträchtige und nebenwirkungsreiche) Jahre lang mit Chemotherapie behandelte – der Patient hatte aber gar kein Malignom** und wurde von seinem Arzt bedrängt, den Biopsien keinen Glauben zu schenken.

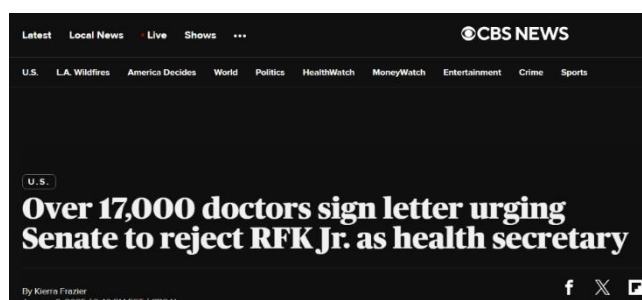
In Pressekommentaren wurde sarkastisch vermerkt, dass leider keiner der Ausgezeichneten persönlich erschienen war, um seinen Preis in Empfang zu nehmen.

Details der zehn Preise unter <https://t1p.de/xta6a> (frei).

► Im letzten Benefit hatte ich kurz erwähnt, dass der neue US-Präsident Donald Trump **Robert F. Kennedy als neuen Gesundheitsminister nominiert** hat.

*Der früher heroinabhängige Mann behauptet u.a., dass Impfstoffe Autismus verursachen und Covid-19 aschkenasische Juden und Chinesen aus genetischen Gründen verschonen würden; er hatte 2021 bei der FDA den Lizenzentzug für Coronaimpfstoffe beantragt und kürzlich über seinen Anwalt versucht, die Poliovakzine zu verbieten* <https://t1p.de/vrlcy> (frei).

Nachdem bereits im Dezember 77 Nobelpreisträger (darunter 33 für Medizin) beim US-Senat gegen die Ernennung von Kennedy protestierten, haben nun **mehr als 17.000 Kolleginnen und Kollegen dazu aufgerufen, Kennedy die behördliche Bestätigung zu verweigern**.



<https://t1p.de/wc4sf> (frei).

... noch etwas Unerfreuliches:



**Die USA sind aus der WHO ausgetreten** – 2023 zahlte das Land 15% des Budgets, 495 Mio USD (Deutschland: 31 Mio USD Pflichtanteil plus 600 Mio freiwilliger Beitrag). Größter privater Financier ist die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung, die elf Prozent des Budgets trägt.

*Ein lesenswerter Kommentar zum Thema aus dem BMJ:*

*The US withdrawal from the WHO: a global health crisis in the making*  
<https://t1p.de/r1s1h> (frei)

## **Die Beiträge der anderen Kollegen**

### ▶ **Günther Egidi** [Anlage](#)

„Gut Ding will Weile haben“

- ▷ Koronarangiographie versus koronare Computertomographie (CCTA) bei der Diagnostik der KHK
- ▷ Widerspruchsmöglichkeiten bei der elektronischen Patienten-Akte (ePA)
- ▷ Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs

### ▶ **Bernd Hontschik** [Anlage](#)

- ▷ „Termin-Neid“ – Bürgerversicherung und Zweiklassenmedizin

### ▶ **Florian Stigler** (*Golden Nugget 9*) [Anlage](#)

- ▷ First Things First: Mit Patienten über Rauchentwöhnung sprechen
- ▷ SGLT-2 Inhibitoren bei Herzinsuffizienz
- ▷ Wie viel Wasser soll man trinken?

Herzliche Grüße

Michael M. Kochen

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

Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen

<https://generalpractice.umg.eu/team/>

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

<https://www.uniklinik-freiburg.de/allgemeinmedizin.html>

a.o. Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

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

Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

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

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

- **Anmelden** im Benefit-Verteiler: [mmk-benefits-subscribe@gwdg.de](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)

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](mailto:mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de)).