

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

einen Monat lang war es hier ruhig, weil mich die Vorbereitungen für **Golden Nuggets LIVE** voll gefordert haben. Die Speaker sind begeistert und ich kann es kaum erwarten.

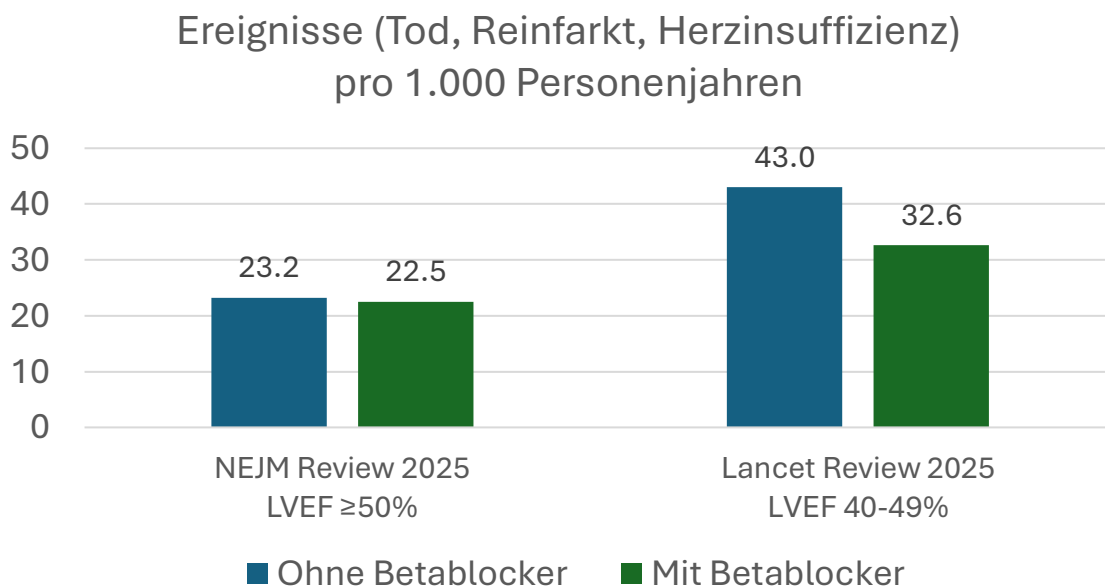
Heute geht es um ein altes Kardiologie-Dogma, das gerade kippt, um problematische GLP-1-Infos aus den Medien und um ein Experiment, das zeigt, wie unbedachte Worte echte Nebenwirkungen erzeugen.

#1 Betablocker nach Herzinfarkt absetzen?

Wir haben uns so sehr an Betablocker nach Herzinfarkt gewöhnt, dass wir vergessen haben, woher die Daten stammen. Die Geschichte begann mit Sir James Black, der 1988 den [Nobelpreis](#) für den ersten Betablocker (Propranolol) erhielt. Die Studien, die seitdem den Standard setzten, zeigten tatsächlich weniger Todesfälle. Aber sie stammen aus einer Zeit vor Stents und Statinen.

Überraschenderweise hat 40 Jahre lang niemand ernsthaft überprüft, ob das Paradigma noch gilt. Ein RCT von 2001 war lange die [einzige](#) größere Studie. Das änderte sich erst [2018](#), gefolgt von weiteren RCTs [2024](#) und [2025](#). Zwei aktuelle Reviews ([NEJM](#), [Lancet](#)) zeigen nun:

- **Kein Nutzen** von Betablockern nach Herzinfarkt bei **LVEF $\geq 50\%$**
- **Nutzen** von Betablockern nach Herzinfarkt bei **LVEF 40-49%**



Sollen wir deshalb Betablocker bei erhaltener LVEF absetzen?

Genau diese Frage hat [SMART-DECISION \(NEJM\)](#) erstmals untersucht:

- **Studie:** Multizentrischer RCT aus Südkorea.
- **Teilnehmer:** 2.500 Patienten, >1 Jahr (Median 5 Jahre) nach MI. Altersschnitt 63 Jahre, 87% Männer.
- **Intervention:** Betablocker absetzen vs. fortführen.
- **Ergebnis:** Das Absetzen zeigte Nichtunterlegenheit. Es traten über 3 Jahre hinweg sogar *weniger* Ereignisse (Todesfälle, Reinfarkte und Hospitalisierungen) auf: **7,2% vs 9,0%**.
- **Kritische Interpretation:**
 - Die Studie lieferte keine direkte Evidenz für ein **frühes Absetzen**, da die Patienten die Betablocker bereits jahrelang einnahmen.
 - Der **Frauenanteil** war mit 13% bedenklich gering, zumal frühere Daten ([REBOOT](#)) gerade bei Frauen *mehr* Todesfälle unter Betablockern zeigten.
 - Problematisch ist, dass 10% der Patienten eine LVEF von **40-49%** hatten - genau jene Gruppe, die laut dem neuen Lancet-Review deutlich von der Fortführung profitiert.

Was sagen Leitlinien dazu?

Diese konnten die neuesten Studien noch nicht berücksichtigen:

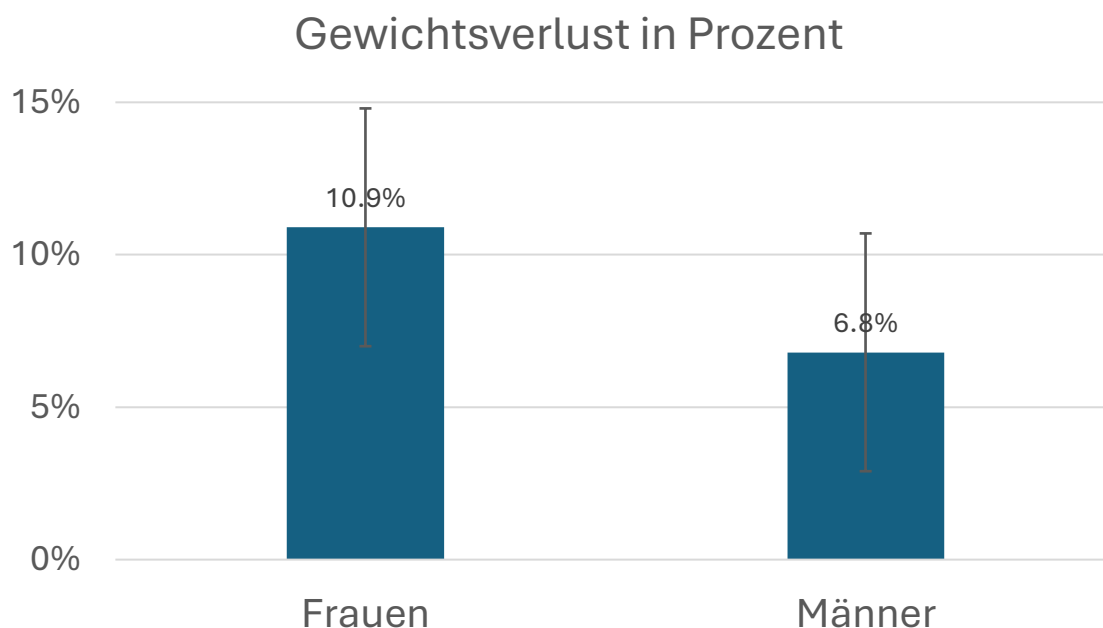
- [NICE 2020](#): „erwäge Betablocker für **12 Monate** nach MI **bei erhaltener LVEF**“
- [ESC 2023](#): „Betablocker sollten **für alle ACS-Patienten** ... erwogen werden“
- [AHA/ACC 2023](#): „es kann sinnvoll sein, die Indikation für eine langfristige Betablocker-Gabe (>1 Jahr) **neu zu evaluieren**“
- [ACC/AHA 2025](#): „die optimale Therapiedauer mit Betablockern bei Patienten mit erhaltener LVEF **bleibt unklar**.“

Fazit für die Praxis

Die lebenslange Betablocker-Gabe nach MI stammt aus der Zeit vor Stents und Statinen. Bei LVEF $\geq 50\%$ zeigten neue Studien keinen Nutzen und das Absetzen nach einem Jahr war sicher, sofern keine andere Indikation besteht. Die Leitlinien werden nachziehen, aber schon heute sollte das Echo über die Betablocker-Gabe entscheiden - nicht die Gewohnheit.

#2 Wirken GLP-1-RA bei Frauen wirklich besser?

Dazu ging gerade ein neuer [JAMA Review](#) durch die [Medien](#). Der Review (6 RCTs, 20.000 Patient*innen) zeigt auf den ersten Blick einen höheren Gewichtsverlust bei Frauen:



Die kritische Interpretation:

Erstens, der Unterschied ist statistisch **nicht signifikant** - die statistische Analyse ergab $P=0,08$. Das steht zwar korrekt im Volltext, wird im Abstract aber nicht erwähnt. Es ist also ein Trend, kein Nachweis. *Zweitens*, das Gewicht ist nur ein **Surrogat-Parameter**. Ein weiterer aktueller [Review](#) (11 RCTs, 85.000 Patient*innen) zeigte auch bei **klinisch relevanten Parametern** wie Todesfällen, Herzinfarkten und Schlaganfällen keine statistisch signifikanten Geschlechts-Unterschiede.

Fazit für die Praxis

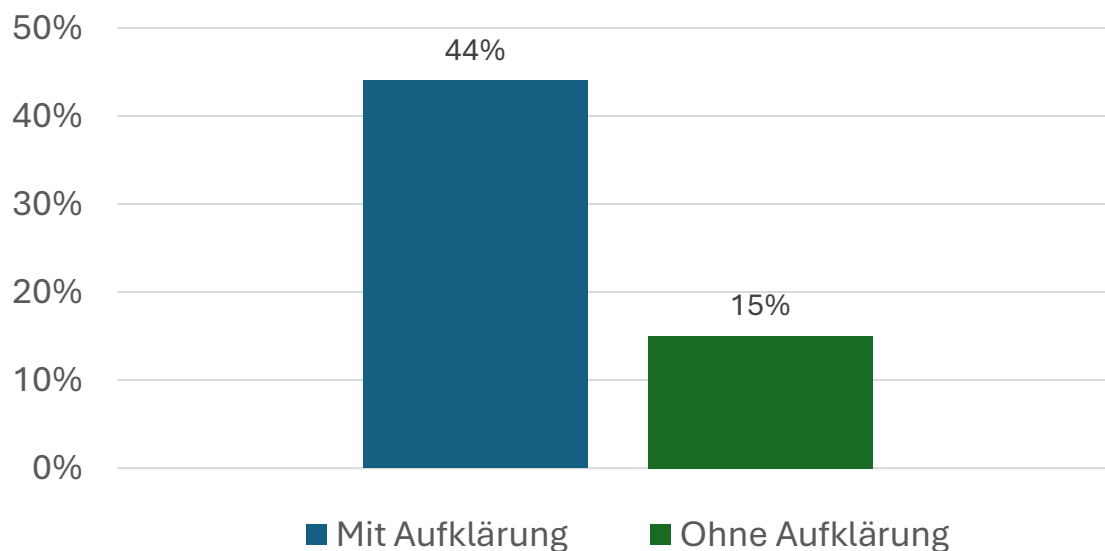
Ob Frauen unter GLP-1-RA mehr Gewicht abnehmen, ist unbewiesen. Auch beim kardio-/zerebrovaskulären und nephrologischen Schutz zeigten sich keine Geschlechts-Unterschiede. Die Info „wirkt bei Frauen besser“ könnte bei männlichen Patienten die Therapiemotivation senken.

#3 Der Nocebo-Effekt ist real

Wie sehr erzeugen unbedachte Worte echte Nebenwirkungen?

- **Studie:** [RCT](#) mit 107 sexuell aktive Patienten mit BPH
- **Intervention:** Alle erhielten 5 mg Finasterid. Die Hälfte wurde aufgeklärt, dass es „zu erektiler Dysfunktion, Libidoverlust und Ejakulationsstörungen kommen kann - diese jedoch selten seien.“ Der anderen Hälfte wurde hiervon nichts erzählt.
- **Ergebnis** nach 6-12 Monaten (signifikant, $p=0,03$):

Häufigkeit sexueller Nebenwirkungen



Fazit für die Praxis

Der Nocebo-Effekt ist nachweisbar. Deshalb kollidiert die rechtliche Aufklärungspflicht täglich mit dem Grundsatz *Primum non nocere*. Eine umsetzbare, [evidenzbasierte](#) Empfehlung lautet **positives Framing**, z.B. „95 von 100 Männern haben damit keine sexuellen Probleme.“

Mehr zu *Golden Nuggets LIVE*:



DDr. Florian Stigler, MPH
Allgemeinmediziner, Gesundheitswissenschaftler
Herausgeber der „[Golden Nuggets der Allgemeinmedizin](#)“
[LinkedIn](#) / [Lebenslauf](#)