

wo sprechende Medizin, Prävention, psychosoziale Versorgung oder strukturierte Beratung zu kurz kommen.

Die Ursachen finden sich im Versorgungsalltag: Zeitdruck, Sorge vor Behandlungsfehlern, Patientenerwartungen, ökonomische Anreize und unzureichend vergütete Gespräche beeinflussen Entscheidungen. Dazu kommen ärztliche Routinen und der Gedanke, eine zusätzliche Untersuchung könne kaum schaden. Doch Maßnahmen ohne Nutzen können verunsichern, Folgeuntersuchungen auslösen, Komplikationen verursachen und Ressourcen binden.

Gastroenterologie: Risiken erkennen, Überdiagnostik vermeiden

Drei neue Empfehlungen kamen aus der Gastroenterologie. Bei Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen soll der Ernährungsstatus ab der Diagnose regelmäßig mit validierten Instrumenten erfasst werden. Besteht ein Risiko oder bereits eine Mangelernährung, soll frühzeitig eine Ernährungstherapie eingeleitet werden. Damit rückt ein Problem in den Fokus, das im klinischen Alltag häufig unterschätzt wird, obwohl Mangelernährung prognostisch relevant ist.

Eine zweite Empfehlung betrifft die langjährige gastroösophageale Refluxkrankheit. Bei Patientinnen und Patienten mit langjährigem Sodbrennen und Refluxbeschwerden soll eine Magenspiegelung erfolgen, um einen Barrett-Ösophagus nachzuweisen oder auszuschließen. Entscheidend ist hier, relevante Folgeerkrankungen rechtzeitig zu erkennen.

Die gastroenterologische Negativempfehlung betrifft das Reizdarmsyndrom. Nach Ausschluss von Alarmzeichen und relevanten Differenzialdiagnosen soll die Diagnose klar benannt und erklärt werden. Wiederholte Koloskopien, Bildgebungen oder Magenspiegelungen ohne neue Hinweise helfen meist nicht weiter. Sie können Ängste verstärken und führen zu Überversorgung. Sinnvoll bleiben eine gründliche Erstabklärung, danach eine symptomorientierte Behandlung und gute ärztliche Begleitung.

Kardiologie: Risiko abwägen, Bewegung stärken

Aus der Kardiologie wurden zwei Empfehlungen vorgestellt. Bei Vorhofflimmern steht die Entscheidung zur Antikoagulation im Mittelpunkt. Das Schlaganfallrisiko soll individuell anhand klinischer Faktoren bewertet werden. Das weibliche Geschlecht soll nicht mehr pauschal als eigener Risikofaktor in den Score eingehen. So lassen sich Übertherapie und unnötige Blutungsrisiken bei niedrigem Risiko vermeiden. Bei erhöhtem Risiko bleibt Antikoagulation eine wirksame Maßnahme.

Die zweite kardiologische Empfehlung betrifft körperliches Training bei koronarer Herzkrankheit. Regelmäßige Bewegung soll konsequent als Teil der Therapie verstanden und ärztlich empfohlen werden. Entscheidend ist die Beratung: Patientinnen und Patienten brauchen konkrete Anleitung, Motivation und wiederholte Ansprache. Apps und Wearables können unterstützen, ersetzen aber nicht die persönliche Betreuung.

Beratung als ärztliche Leistung

Die Beispiele zeigen, wie eng „Klug entscheiden“ mit sprechender Medizin verbunden ist. Wer eine unnötige Untersuchung vermeidet, muss erklären, warum Verzicht schützt. Wer Bewegung, Ernährungstherapie oder Risikoabwägung stärken will, braucht Zeit für Beratung. Im Kongress-TV-Gespräch wurde deshalb deutlich: Die Empfehlungen helfen im Patientengespräch, doch ihre Umsetzung hängt auch von den Rahmenbedingungen ab. Sprechende Medizin bleibt im Versorgungssystem schlechter abgebildet als technische Leistungen.

Der Blick in die Schweiz ergänzte die Diskussion. Die Initiative „Smarter Medicine“ arbeitet mit Top-5-Listen, Patienteninformation und einer stärkeren Verankerung in Aus-, Weiter- und Fortbildung. Empfehlungen müssen bekannt, verständlich und im Alltag verfügbar sein.

In der Praxis helfen „Klug entscheiden“-Empfehlungen, das eigene ärztliche Handeln zu prüfen, Patientenerwartungen einzuordnen und begründete Entscheidungen zu vermitteln. Der Verzicht auf eine Maßnahme erscheint dann nicht als Sparen oder Abwarten, sondern als aktive ärztliche Entscheidung.



Kommission Leitlinien

Leitlinie zu metabolischen Lebererkrankungen um Resmetirom ergänzt

Aktuell sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 80 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. So auch am Amendment „Resmetirom“ zur S2k-Leitlinie „Metabolische Lebererkrankungen“ (vormals „Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung“ v.2.0/April 2022). Für die DGIM arbeitete Dr. med. Rainer Günther, Leiter des Bereichs Hepatologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel, an den Empfehlungen mit. Er fasst die Key Facts zusammen.

Das vorliegende Amendment vom November 2025 ergänzt die bestehende S2k-Leitlinie „Metabolische Lebererkrankungen“ (MASLD) der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). Die Aktualisierung wurde durch die bedingte Zulassung des neuen Wirkstoffs Resmetirom durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) und die US-



▲ Dr. Rainer Günther

Fettsäuren in den Hepatozyten fördert und so gezielt hepatische Steatose, Steatohepatitis und Fibrose reduzieren soll. Ziel dieses Leitlinien-Addendums ist es, einen evidenzbasierten und sicheren Handlungskorridor für die Anwendung dieser neuen Substanz in der klinischen Praxis zu definieren.

Indikation und Patientenauswahl

Die Indikationsstellung für Resmetirom erfordert eine sorgfältige Selektion der Patienten. Das Medikament ist nicht für alle MASLD-Patienten zugelassen, sondern zielt auf eine spezifische Risikogruppe ab.

- **Zielgruppe:** Die Therapie richtet sich an erwachsene Patienten mit einer nicht-zirrhotischen, metabolischen Dysfunktion-assoziierten Steatohepatitis (MASH), die eine mittelschwere bis fortgeschrittene Leberfibrose (Fibrostadien F2 bis F3) aufweisen.
- **Hohes Progressionsrisiko:** Besonders berücksichtigt werden sollten Patienten mit zusätzlichen Risikofaktoren wie Typ-2-Diabetes, Übergewicht, persistierend erhöhten Transaminasen oder mindestens einem weiteren kardiometabolischen Risikofaktor.
- **Basistherapie obligat:** Resmetirom ist strikt in Kombination mit einer Lebensstilmodifikation (Diät, körperliche Bewegung) und einer optimierten medikamentösen Therapie der Begleiterkrankungen anzuwenden.
- **Kombinationstherapien:** Der Einsatz von GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA), SGLT2-Inhibitoren oder dualen Inkretin-Mimetika zur Behandlung von Komorbiditäten wie Typ-2-Diabetes oder Adipositas ist additiv möglich und wird als Standardtherapie empfohlen, da diese Substanzen ebenfalls günstige Effekte auf die MASLD aufweisen.
- **Dosierung:** Die Standarddosierung beträgt 100 mg/Tag bei einem Körpergewicht ab 100 kg und 80 mg/Tag bei einem Körpergewicht unter 100 kg.

Diagnostik vor Therapiebeginn (Staging)

Da die Diagnose einer MASH eigentlich nur histologisch (mittels Leberbiopsie) gestellt werden kann, die Leitlinie für die Therapieindikation von Resmetirom aber keine Biopsie zwingend vorschreibt, kommt den nicht-invasiven Testverfahren (NITs) eine entscheidende Rolle bei der Risikostratifizierung zu. Blut-basierte Scores (wie

der FIB-4-Score) eignen sich zwar zum Ausschluss einer Zirrhose, sind jedoch nicht genau genug, um die signifikanten Fibrosestadien (F2/F3) ausreichend zuverlässig zu identifizieren.

- **Bevorzugte Verfahren:** Zur Beurteilung der Leberfibrose sollten bildgebende nicht-invasive Verfahren wie die transiente Elastographie (z. B. VCTE), die Magnetresonanz-Elastographie (MRE) oder andere ultraschallbasierte Scherwellen-Elastographien (ARFI, SWE) eingesetzt werden.
- **Grenzwerte für F2/F3-Fibrose:** Von einer signifikanten Fibrose, und damit einer potenziellen Indikation für Resmetirom, ist auszugehen, wenn die Lebersteifigkeit in der VCTE zwischen 10 und maximal 19,9 kPa liegt.
- **Graubereich:** Bei Werten zwischen 8 und 10 kPa besteht eine individuelle Therapieindikation. Hier wird eine erneute Messung nach 6 Monaten empfohlen.
- **Zirrhose-Ausschluss:** Eine manifeste Leberzirrhose ist vor Therapiebeginn klinisch, bildgebend oder laborchemisch zwingend auszuschließen, da Resmetirom für dieses Stadium nicht zugelassen ist. Werte ab 20 kPa in der Elastographie weisen auf eine Zirrhose hin.

Kontraindikationen und medikamentöse Interaktionen

Aufgrund des Eingriffs in den Schilddrüsen- und Lipidstoffwechsel sowie wegen möglicher hepatischer Nebenwirkungen definiert die Leitlinie klare Vorgaben zur Arzneimittelsicherheit und zu Kontraindikationen.

- **Absolute Kontraindikationen:** Resmetirom darf nicht eingesetzt werden bei Vorliegen einer dekompensierten Leberzirrhose, bei instabilen kardiovaskulären Erkrankungen, bei akuten Gallenblasen- oder Gallengangserkrankungen sowie bei relevantem Alkoholkonsum (> 50 g/d bei Frauen, > 60 g/d bei Männern).
- **Schilddrüsenerkrankungen:** Vorbestehende Schilddrüsenerkrankungen müssen vor Beginn der Therapie zwingend behandelt und gut eingestellt sein.

Stop & Think 1

Für welche Patientengruppe ist die Therapie mit Resmetirom gemäß der aktuellen Leitlinie zugelassen und indiziert?

- A) Erwachsene Patienten mit einer nicht-zirrhotischen MASH und einer mittelschweren bis fortgeschrittenen Leberfibrose (F2-F3)
- B) Patienten mit einer dekompensierten Leberzirrhose und Typ-2-Diabetes
- C) Patienten mit einer isolierten hepatischen Steatose (F0) ohne Anzeichen einer Fibrose

- A) Richtig. Resmetirom ist exakt für diese spezifische Risikogruppe zugelassen, idealerweise eingebettet in eine Lebensstilmodifikation und begleitende Therapie von Komorbiditäten.
- B) Falsch. Das Vorliegen einer dekompensierten Leberzirrhose stellt eine absolute Kontraindikation für den Einsatz von Resmetirom dar.
- C) Falsch. Für Patienten ohne signifikante Fibrose oder ohne klinisch relevante Krankheitsaktivität ist das Medikament nicht indiziert, da die Therapie speziell auf die Rückbildung einer manifesten MASH und Fibrose (F2/F3) abzielt.

Tab. 1 Empfehlungen zum Therapiemonitoring im klinischen Alltag

	Baseline	1. Monat	3. Monat	6. Monat	12. Monat	Nachfolgend alle 6 Monate
Leberprofil*	+	+	+	+	+	+
Schilddrüse	+	+	+	+	+	+
Lipidprofil	+	+	+	+	+	+
Fibrosetest	+	o	o	o	o	Alle 12 Monate

*Leberprofil: AST, ALT, GGT, AP, Bilirubin, TPZnOquick/INR, Thrombozyten

Tab. 2 Empfehlungen zum Langzeitmanagement und Abbruchkriterien

	1 Jahr Therapie	Fortführung	Absetzen	Nach Absetzen
Intention	Entscheidung über Fortführung der Therapie	Optimierung der Langzeiteffekte	Reduktion der Risiken und Therapie-kosten	Früherkennung einer Progression
Intervention	Wiederholung der Base-line Parameter	Nachweisbare Verbesserung der Fibroseparameter <i>und</i> gute Verträglichkeit	Kein Therapieansprechen <i>oder</i> relevante UAW* <i>oder</i> Progression zur Zirrhose	Monitoring: – Leber- und Lipid-profil – Fibrosetest all 12 Monate

*UAW: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Nebenwirkungen)

- **Interaktion mit Statinen:** Resmetirom verstärkt die Wirkung von Statinen. Die Statin-Dosis muss entsprechend angepasst werden (z. B. Atorvastatin maximal 40 mg, Rosuvastatin/Simvastatin maximal 20 mg).
- **Interaktion mit CYP2C8-Hemmern:** Bei gleichzeitiger Einnahme moderater Cytochrom-P450-2C8-Hemmer (z. B. Clopidogrel, Amiodaron, Verapamil) muss die Resmetirom-Dosis auf 80 mg/Tag (bei ≥ 100 kg Körpergewicht) bzw. 60 mg/Tag (bei < 100 kg Körpergewicht) reduziert werden.
- **Nebenwirkungen:** Zu den häufigsten Nebenwirkungen, insbesondere in den ersten Wochen, zählen gastrointestinale Beschwerden wie Durchfall und Übelkeit.

zu detektieren. Auch Veränderungen im Sexualhormonstoffwechsel (Anstieg des Sexualhormon-bindenden Globulins, SHBG) sollen im Verlauf bedacht werden.

Langzeitmanagement und Abbruchkriterien

Die Leitlinie formuliert pragmatische Richtlinien für das Langzeitmanagement (**Tab. 2**), da harte Endpunktdaten (Reduktion von Leberkrebs, Lebertransplantationen oder kardiovaskulären Ereignissen) aus Langzeitstudien aktuell noch nicht vorliegen und voraussichtlich erst für das Jahr 2027 zu erwarten sind. Der wichtigste Re-Evaluationszeitpunkt ist nach 12 Monaten.

Therapieabbruch (Stop): Die Behandlung ist nach 12 Monaten zu beenden, wenn kein klinisches Ansprechen nachweisbar ist, an-

Strukturiertes Therapiemonitoring

Um die Wirksamkeit zu überprüfen, schwerwiegende unerwünschte Ereignisse frühzeitig zu erkennen und das Nutzen-Risiko-Verhältnis zu wahren, fordert die Leitlinie ein engmaschiges und strukturiertes Monitoring (s. auch [Tab. 1](#)).

- **Kontrollintervalle:** Die Untersuchungen sollten vor Therapiebeginn (Baseline), nach 4 Wochen, nach 3 Monaten, nach 6 Monaten sowie nach 12 Monaten durchgeführt werden. Danach erfolgen halbjährliche Laborkontrollen.
- **Leberprofil:** AST, ALT, GGT, Bilirubin, INR und Thrombozyten sind regelmäßig zu kontrollieren, da in Einzelfällen Transaminasenerhöhungen auftreten können.
- **Lipidprofil:** Cholesterin, LDL, HDL und Triglyceride werden überwacht, da Resmetirom starke lipidsenkende Effekte hat und Anpassungen der Statin-Therapie notwendig machen kann.
- **Schilddrüsen- und Sexualhormone:** Da Resmetirom als Schilddrüsenhormon-Rezeptor-Agonist wirkt, müssen die Schilddrüsenwerte (TSH, fT3, fT4) kontrolliert werden, um Veränderungen an der Hypophysen-Schilddrüsenhormon-Achse

Stop & Think 2

Welche pharmakologische Interaktion muss man bei der Verordnung von Resmetirom zwingend im Management beachten?

- A) Resmetirom verstärkt die Wirkung von Statinen.
 - B) Resmetirom darf unter keinen Umständen mit GLP-1-Rezeptoragonisten kombiniert werden.
 - C) Der gleichzeitige Einsatz von moderaten Cytochrom-P450-2C8-Hemmern (wie Clopidogrel) erfordert eine Erhöhung der Resmetirom-Dosis.
- Antwort: A) Richtig. Unter Resmetirom kann die Wirkung von Statinen zunehmen, weshalb eine Dosisanpassung (z. B. Atorvastatin auf maximal 40 mg, Rosuvastatin auf 20 mg) erforderlich ist, um Überdosierungen und Nebenwirkungen zu vermeiden.
- B) Falsch. Die Leitlinie besagt explizit, dass Resmetirom sehr gut mit gewichtsmodulierenden oder antidiabetischen Therapien wie GLP-1-RA oder SGLT2-Hemmern kombiniert werden kann, was sogar oft empfohlen wird.
- C) Falsch. Bei Einnahme von CYP2C8-Hemmern muss die Dosis von Resmetirom reduziert (auf 80 mg bzw. 60 mg/Tag) und nicht erhöht werden.

haltende klinisch relevante Nebenwirkungen auftreten oder die Krankheit zur Zirrhose fortschreitet.

Definition des Therapieerfolgs: Ein Therapieerfolg wird nicht-invasiv definiert als eine Abnahme der Lebersteifigkeit in der transi- enten Elastographie um mindestens 25 % (bzw. auf einen absoluten Wert von unter 10 kPa) oder in der Magnetresonanz-Elastographie um mindestens 20 % gegenüber dem Ausgangswert.

Therapiefortführung: Bei nachweisbarer Verbesserung der Fi- brose oder MASH, stabiler Erkrankung sowie guter Verträglichkeit sollte die Therapie dauerhaft fortgesetzt werden, um die positiven Effekte auf die Leberhistologie und den Lipidstoffwechsel zu sta- bilisieren.

Post-Therapie-Monitoring: Auch nach einem eventuellen Abset- zen des Medikaments müssen Leberprofil, Lipidprofil und Fibrose- Werte jährlich weiter kontrolliert werden, um eine erneute Krank- heitsprogression frühzeitig zu erkennen.

Das Amendment „Resmetirom“ findet sich im Register der AWMF als ergänzendes Dokument zur S2k-Leitlinie „Metaboli- sche Lebererkrankungen“ (Nummer 021-025) und wurde zudem hier veröffentlicht: Roeb E, Canbay A, Bantel H et al. Amendment „Resmetirom“ zur S2k-Leitlinie „Metabolische Lebererkrankun- gen“ (vormals „Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung“ v.2.0/April 2022) der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdau- ungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) (Version 2.3). Z Gast- roenterol 2026; 64: 386–413. <https://doi.org/10.1055/a-2769-2397>



Preise & Stipendien

Clinician Scientist Programm

Makrophagen als therapeu- tische Zielstruktur: Neue Wege in der Immuntherapie kardiovaskulärer Erkran- kungen

Während seiner Weiterbildung hat PD Dr. Kai-Uwe Jarr eines der begehrten Stipendien des Clinician Scientist Programms (CSP) der DGIM erhalten. In seinem Projekt, das er von Januar 2023 bis Dezember 2025 durchführte, untersuchte er den Einsatz neu- artiger immuntherapeutischer Strategien bei kardiovaskulä- ren Erkrankungen. Hier berichtet der Kardiologe, der aktuell als Oberarzt und Arbeitsgruppenleiter an der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie des Universitätsklinikums Heidel- berg tätig ist, über die Meilensteine seiner Arbeit.

Ein zentraler Fokus meiner Forschung liegt auf der sogenannten Makrophagen-Checkpoint-Hemmung. Atherosklerotische Plaques sind durch eine gestörte Beseitigung apoptotischer Zellen gekenn- zeichnet. Genau hier setzen wir therapeutisch an. Im Förderzeit- raum ist es uns gelungen, unsere Ergebnisse in mehreren hoch- rangigen Fachzeitschriften zu publizieren oder zur Begutachtung



▲ Verleihung des Uta und Jürgen Breunig Forschungspreises der Deutschen Herzstiftung. Von links: Professor Nisar Malek (Vorsitzender der DGIM-Kommission Wissenschafts- und Nachwuchsförderung), Dr. Kai-Uwe Jarr, Dr. Sinann Al Najem (Deutsche Herzstiftung e.V.), Paul Birenfeld (AG JUNGE DGIM)