prevention first® journal

Oktober | 2026



WIE ALLES BEGANN: PREVENTION FIRST S. 1

PREVENTION UPDATE (TEIL 2) S. 5

- DEMENZ S. 5
- SUPPLEMENTS S. 9
- KREBS S.11

BLUTDRUCK-MESSUNG AM FINGER S. 15

PICANHA GRELHADA S. 17

GEREIFTE BORDEAUX S. 18

EDITORIAL



25 Jahre Prevention First

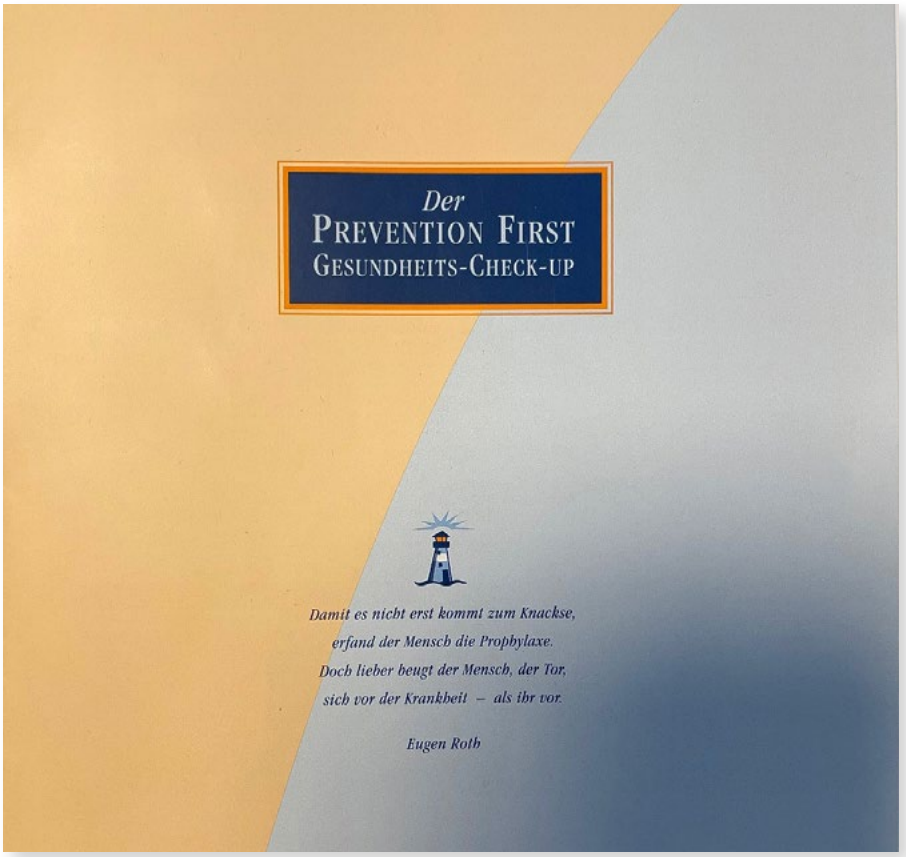
Gerade hat Prevention First zum zweiten Mal nacheinander den Deutschen Gesundheits-Award in der Kategorie „Beste Check-up-Zentren" erhalten. Dieser Award wird vom Nachrichtensender ntv und dem Deutschen Institut für Service-Qualität auf Basis von mehr als 40.000 Kundenurteilen vergeben.

Die Auszeichnung ist für uns insofern nicht überraschend, als unsere eigene Zufriedenheitsanalyse eine Weiterempfehlungsquote von über 98% zeigt. Die Empfehlung zufriedener Patientinnen und Patienten war und ist unser wichtigstes Marketing-Instrument.

Wie es zur Idee „Prevention First" kam

In meiner Facharztausbildung machte ich die Erfahrung, dass wir Ärzte beim Thema Krebserkrankungen, aber auch bei Herzinfarkt und Schlaganfall „immer zu spät kamen". In internationalen Fachzeitschriften wie dem British Medical Journal oder dem Lancet dachte man weiter: Die wichtigsten Studien zum Thema Prävention kamen damals aus Oxford und Cambridge und faszinierten mich. So wurde ich autodidaktisch zum Präventivmediziner, den es damals als Zusatzqualifikation in Deutschland noch nicht gab. Mir wurde nach und nach klar, dass ich auf diesem neuen Feld tätig werden wollte, ohne jedoch einen Plan zu haben, wie dies gelingen könnte.

Schließlich arbeitete ich knapp 2 Jahre bei einem arbeitsmedizinischen Dienstleister, der Gesundheits-Check-ups für Führungskräfte durchführte. Die bestanden damals vor allem aus dem „Anschauen des Status quo". Ein konkretes Beratungskonzept bzw. Referenzwerte für die Untersuchungen der Halsschlagader oder für die Fitness existierten noch nicht. Das wollte ich besser machen und entschied mich, in die Selbstständigkeit zu gehen.



Die erste Praxisbroschüre 2001

Als ich vor 25 Jahren meine erste Praxis in Rüdesheim am Rhein gründete, war der heutige Erfolg von Prevention First nicht abzusehen. Als Facharzt für Innere Medizin mit den Zusatzqualifikationen Ernährungsmedizin und Sportmedizin wollte ich mich ganz auf den selbst gewählten Schwerpunkt Präventivmedizin konzentrieren. Ich hatte jedoch kein Marketing, keinen Patientenstamm und keine großen finanziellen Reserven.

Vor dem Praxisstart hatte ich mich auf den Weg nach Dallas/Texas gemacht, um beim Pionier der Präventivmedizin in den USA, Dr. Kenneth Cooper, nicht nur eine Ausbildung zum Personal Trainer zu machen, sondern auch sein Check-up-Konzept kennenzulernen. Im Gegensatz zur Vorgehensweise an der Mayo Clinic, in der die Bildgebung im Vordergrund stand, legte Cooper seinen Schwerpunkt auf die individuelle Beratung zu Risikofaktoren, Ernährung und Fitness. Niemand verließ die Cooper Clinic ohne einen konkreten Trainingsplan.

In einem persönlichen Gespräch, das fast einer Privataudienz beim Papst gleichkam, gab mir Kenneth Cooper einen sehr wichtigen Rat: Mit der Gründung meiner Praxis solle ich unbedingt auch eine wissenschaftliche Datenbank anlegen, um später einmal in der Längsschnittanalyse den Erfolg der Check-up-Untersuchungen belegen zu können.

Cooper damals sinngemäß: „Die Kollegen in Deiner Umgebung werden lästern: <<Der Scholl will Gesunde untersuchen>>. So war das auch bei mir, als ich 1970 in Dallas angefangen habe. Ich musste vor dem Medical Board of Texas erscheinen, um mein Konzept zu rechtfertigen."

Die Einrichtung dieser wissenschaftlichen Datenbank war für Prevention First eine entscheidende Weichenstellung. Schon früh konnte ich daraus für unsere Firmenkunden anonymisierte Analysen ableiten, die den Nutzen der Check-ups eindeutig belegten.

2018 veröffentlichte ich gemeinsam mit dem renommierten Sportmediziner Prof. Jürgen Scharhag (Universität Wien) die VO2-max-Referenzwerte für die Fitness der Deutschen. Ich

Open Access Research

BMJ Open

Reference values for peak oxygen uptake: cross-sectional analysis of cycle ergometry-based cardiopulmonary exercise tests of 10 090 adult German volunteers from the Prevention First Registry

Daniel Rapp,[1] Jürgen Scharhag,[2,3] Stefan Wagenpfeil,[1] Johannes Scholl[4]

widmete sie Kenneth Cooper, der sich darüber sehr freute. Er ist mittlerweile 95 Jahre alt, trainiert täglich und hält sich fit, wie er kürzlich in einer Fernseh-Show berichtete.

Kein Business-Plan, aber viel Motivation

Mein Sprung in die Selbstständigkeit war wagemutig: Ich nahm einen Kredit in Höhe von 300.000 DM auf, um die notwendige Medizintechnik (Ultraschallgerät, Spiroergometrie-Anlage und damals auch noch eine Endoskopie-Anlage) anzuschaffen.

Ich hatte allerdings keinen Business-Plan und kein Marketing-Konzept, sondern vertraute darauf, dass sich die gute Untersuchungs- und Beratungsqualität herumsprechen würde. Der Start mit einer medizinischen Fachangestellten (Frau Tron, die heute noch bei Prevention First arbeitet) und einer Auszubildenden war nicht leicht. Im ersten Jahr hatten wir weniger als 150 Check-up-Untersuchungen.

Mit den beiden ersten Firmenkunden Deutsche Bank und Boehringer Ingelheim gelang dann 2002 der Durchbruch. Der damalige Gesundheitsmanager der Deutschen Bank, Torsten Braun, hatte nach Recherche im Internet den Weg nach Rüdesheim gefunden, fand mein Konzept überzeugend und verschaffte mir einen Vertrag für die Check-up-Untersuchungen der Führungskräfte der Deutschen Bank.

Die individuelle Beratung und der persönliche Service beim Prevention-First-Check-up führten dazu, dass bereits 2004 mehr Führungskräfte der Deutschen Bank bei Prevention First untersucht wurden als an der DKD in Wiesbaden.

Das sprach sich in Bankenkreisen schnell herum, sodass mit der KfW und der UBS 2004 weitere Unternehmen Verträge für die Check-up-Untersuchungen ihrer Führungskräfte bei Prevention First abschlossen.

Der Nachfolger von Torsten Braun in der Deutschen Bank, Jens Huchting, nahm sich ab 2006 vor, aus dem Führungskräfte-Programm ein Programm für alle Mitarbeitenden der Deutschen Bank ab dem 40. Lebensjahr zu machen. Den gemeinsam mit mir entwickelten Check-up 40+ setzte er gegen große Widerstände innerhalb der Bank durch, sodass ab 2008 schließlich das größte Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Bankensektor gestartet wurde. Und bereits 2014 konnte ich gemeinsam mit der BKK Deutsche Bank und der Personalabteilung zeigen, dass die Check-up-Programme der Bank einen positiven Return-on-Investment ROI von mindestens 2,6 bringen.

Prävention in der Arbeitsmedizin – Pionier Michael Schneider

Bei Boehringer Ingelheim hatte 2001 zeitgleich mit meiner Praxisgründung ein neuer, leitender Werksarzt, der Arbeitsmediziner Dr. med. Michael Schneider, seinen Posten angetreten. Als ich mich Anfang 2002 mit meinem Konzept bei ihm vorstellte, erkannte er das Potenzial der Präventivmedizin für die Arbeitswelt.

Viele Beschäftigte sahen fast nie ihren Hausarzt, konnten jedoch im Betrieb für Gesundheitsförderung und Prävention angesprochen werden. Nach einem Pilotprojekt mit 3 Testgruppen in den Jahren 2002 und 2003 setzte Michael Schneider 2004 mit großzügiger Unterstützung der Eigentümer-Familien das Programm „Fit im Leben – Fit im Job" für alle Mitarbeitenden von Boehringer Ingelheim ab dem 40. Lebensjahr auf.

Das kam einer Revolution in der Arbeitsmedizin gleich, für die er anfangs kritisiert oder belächelt wurde, je nachdem. Mittlerweile nehmen die arbeitsmedizinischen Abteilungen sämtlicher großer Unternehmen in Deutschland das Fortbildungsangebot zum „Präventivmediziner DAPM" wahr, an dessen Entwicklung Michael Schneider gemeinsam mit mir ab 2005 gearbeitet hat.

Da die Führungsspitze von Boehringer Ingelheim aktiv für das Programm warb, nahmen in der ersten Untersuchungsrunde mehr als 93 % der Berechtigten die Check-up-Untersuchung in Rüdesheim wahr. Eine überragende Teilnahmequote!

Gemeinsam mit Michael Schneider evaluierte ich das Programm einige Jahre später in Querschnitts- und Längsschnittanalysen, die wir schließlich 2015 in der Zeitschrift ASU (Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin) publizierten. Damit konnten wir belegen, wie viele zuvor unerkannte Probleme und Risikofaktoren durch die Check-ups entdeckt und welche Verbesserungen im weiteren Verlauf erreicht wurden.

Ernährungsempfehlungen „gegen den Strom" – Nicolai Worm

Durch meine schon seit 1998 bestehende, wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Dr. Nicolai Worm aus München wurde Prevention First zur ersten Praxis in Deutschland, die den Schwerpunkt in der Beratung von Menschen mit Übergewicht, Prädiabetes und Leberverfettung auf die Kohlenhydratreduktion in der Ernährung

legte. Die Wirksamkeit der LOGI-Methode – ursprünglich an der Harvard-Universität von Prof. David Ludwig entwickelt und von Nicolai Worm in Deutschland bekannt gemacht – sprach sich schnell herum.

Doch bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen „schwammen Nicolai und ich lange Zeit gegen den Strom" und mussten harte Kritik und manchmal auch Beleidigungen aushalten. Dass „mehr Fett von der richtigen Sorte" gesünder wäre als die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung propagierte fettarme Kost, konnte doch einfach nicht wahr sein. Wussten wir das nicht seit den 80er Jahren, dass Fett der Bösewicht war? Nun ja, wie sich mittlerweile herausgestellt hat, kam diese Hypothese mit freundlicher Unterstützung der Zuckerlobbyisten in den USA und erheblichen Bestechungsgeldern zustande …

Erst seit ein paar Jahren steht das, was wir seit 2003 als beste wissenschaftliche Evidenz vertreten hatten, in den offiziellen Leitlinien der Amerikanischen Diabetesgesellschaft ADA und der Deutschen Diabetesgesellschaft DDG.

Einige der älteren Leserinnen und Leser des Prevention-First-Journals werden sich vielleicht an das Buch von Thomas S. Kuhn „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen" erinnern, das in den 80er Jahren für Aufsehen sorgte. Kuhn beschreibt darin die Beharrlichkeit des Wissenschaftssystems, in dem über lange Zeit Autorität wichtiger war als Evidenz und falsche Theorien sich erstaunlich lange halten konnten. Letztlich brauche es eine neue Generation von Wissenschaftlern, die die althergebrachten Weisheiten hinterfragten und sich ein eigenes Bild aufgrund neuer wissenschaftlicher Experimente machten. Und das braucht erfahrungsgemäß – leider – sehr viel Zeit.

Deutsche Akademie für Präventivmedizin

Auch die Gründung der Deutschen Akademie für Präventivmedizin e. V. im Jahr 2005 war ein mutiger Schritt. Ich wollte damals unbedingt der Scharlatanerie auf dem Anti-Aging-Markt seriöse Ärztefortbildungen entgegensetzen. Explizit ohne Sponsoren und auf Basis der evidenzbasierten Medizin habe ich seitdem mit einem Kreis gleichgesinnter Kolleginnen und Kollegen neue Maßstäbe auf dem Gebiet der Präventivmedizin in Deutschland gesetzt.

2006 stellten wir die erste einwöchige Fortbildungsveranstaltung zum Präventivmediziner DAPM auf die Beine, die damals mit gerade mal 24 Teilnehmenden an der Fachhochschule in Geisenheim stattfand. 13 weitere 80-Stunden-Kurse folgten im Verlaufe der Jahre.

Nachdem wir während der Corona-Pandemie die Basisausbildung in einem On-Demand-Online-Kurs digitalisiert hatten, explodierte geradezu das Interesse unter den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, sodass aktuell jährlich mehr als 200 von ihnen unser Fortbildungsprogramm zum Präventivmediziner DAPM durchlaufen.

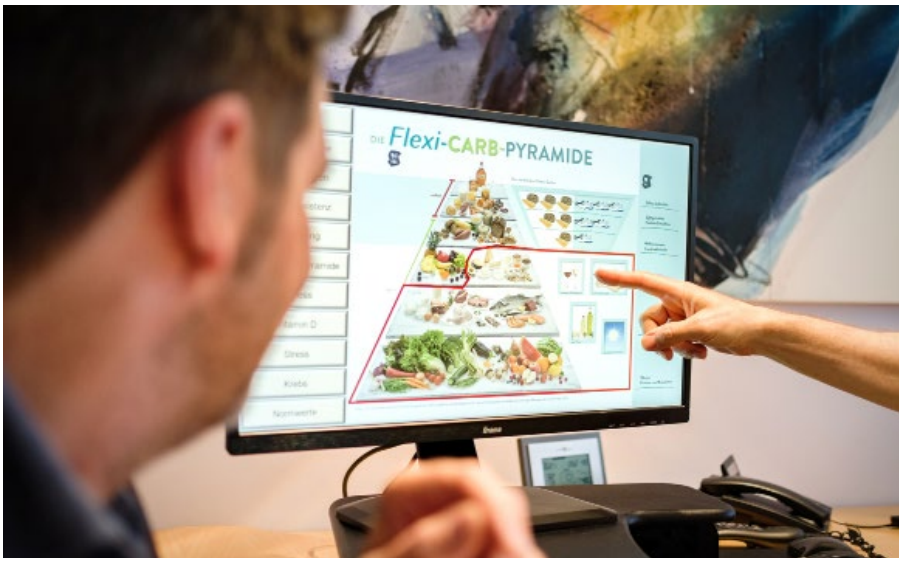
Zurück zu Prevention First

Meine erste MFA Heike Tron, die noch immer bei Prevention First in Rüdesheim arbeitet, hatte einen wesentlichen Anteil daran, dass wir als erster Check-up-Anbieter bereits 2004 ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System aufbauten. Dieses ermöglichte uns später die Expansion nach Frankfurt und München.

Nachdem in Rüdesheim die ersten beiden angestellten Ärzte bei mir arbeiteten, kam es mit der Planung des Check-up 40+ bei der Deutschen Bank 2006 zur Gründung der ersten Zweigpraxis in Frankfurt. Die Nachfrage wurde schnell so groß, dass wir bereits 2007 entschieden, den Standort auf 600 m² Praxisfläche zu verdoppeln. „Optimistischerweise" hatte ich während der Planungen 2005 in dem Neubau in der Solmsstraße die benachbarte Fläche von 300 m² bereits vorreserviert.

2008 folgte auf Wunsch der Deutschen Bank für das Programm Check-up 40+ der Standort München. Hier übernahm ab 2009 Dr. Peter Kurz die Leitung, mit dem ich schon meine Facharztausbildung in München-Bogenhausen gemeinsam absolviert hatte. Er ist seitdem Mitgesellschafter bei Prevention First und eine unersetzliche Stütze für mich.

2023 starteten wir schließlich unseren neuen Standort in Berlin. Das Prevention-First-Team hat mittlerweile 45-50 Mitarbeitende an 4 Standorten. Alle Ärzte sind Fachärzte für Innere Medizin und/oder Kardiologie mit der Zusatzqualifikation Präventivmediziner DAPM. Wir führen mittlerweile an die 7000 Check-up-Untersuchungen pro Jahr durch, die weiterhin wissenschaftlich evaluiert werden. Über viele Jahre hat das Prevention First-Team eine tolle Arbeit geleistet, die sich in der konstant hohen Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, aber auch unserer Firmenkunden widerspiegelt.



Viele Probleme, die unser Gesundheitswesen ignoriert oder übersieht, werden beim Prevention-First-Check-up entdeckt und adressiert. Unser individuelles Beratungskonzept hat vielen Menschen einen Weg aufgezeigt, wie sie selbst „zum Kapitän ihres Gesundheitsschiffs" werden können. Das Bewusstsein für die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenszeit-Perspektive schafft bei den Teilnehmenden am Prevention-First-Check-up die Voraussetzungen, ihre Gesundheit und Lebensqualität langfristig zu erhalten.

Dieses Wissen um die Möglichkeiten der Prävention gebe ich auch an die Studierenden im 10. Semester Humanmedizin an der Universität Mainz weiter, wo ich als Gastdozent Vorlesungen zum Thema Diabetesprävention und Demenzprävention halte. Meine Hoffnung ist, dass die

Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich in unserem „Krankheitswesen" für Gesundheitsförderung und Prävention engagieren, stetig weiterwachsen wird.

Und vielleicht denkt auch die Gesundheitspolitik irgendwann um. Aktuell erarbeitet eine Kommission (ehemals für Gesundheitsministerin Warken, jetzt für Gesundheitsminister Lindemann) eine Strategie, wie die langfristige Finanzierung unseres Gesundheitswesens ermöglicht werden soll. Von der Deutschen Akademie für Präventivmedizin hat sie eine ausführliche Stellungnahme erhalten, warum die Prävention in dieser Strategie die entscheidende Rolle spielen muss. Voraussichtlich im Dezember werden wir mehr dazu hören.

In dieser Jubiläumsausgabe des Prevention-First-Journals folgt Teil 2 der Zusammenfassung des Prevention Update 2026 mit den Themen Demenzprävention, Nahrungsergänzungsmittel und Krebserkrankungen. Außerdem berichte ich über neue Methoden der Blutdruckmessung. Eine davon könnte in Kürze die bisherige Langzeit-Blutdruckmessung mit der Oberarm-Manschette ablösen.

Wie immer kommt auch der Genuss nicht zu kurz: Ich wollte einmal etwas Besonderes grillen – Picanha (ausgesprochen Picanja) ist in Brasilien ein Klassiker. Und sollten Sie demnächst einen runden Geburtstag haben oder zu einem anderen Anlass einen gereiften, aber bezahlbaren Top-Bordeaux suchen, beispielsweise aus dem Millennium-Jahrgang 2000, dann habe ich einen Geheimtipp für Sie.

Das gesamte Prevention-First-Team wünscht Ihnen einen bewusst aktiven Herbst und viel Vergnügen beim Lesen des Prevention-First-Journals.

Herzliche Grüße
Ihr
Johannes Scholl



Prevention First-Team Oktober 2026

DAS NEUESTE VOM PREVENTION UPDATE 2026 (TEIL 2)

Zusammengefasst von Dr. Johannes Scholl

Genau vor 20 Jahren fand in Geisenheim am Rhein der erste Fortbildungskurs zum Präventivmediziner DAPM statt. Seitdem haben mehr als 1000 Kolleginnen und Kollegen diese Zusatzqualifikation erworben. Seit 2023 besteht sie aus einem On-Demand Online-Fortbildungskurs auf der Plattform Ablefy gefolgt von dem nächsten Prevention Update und 2 Workshops. Alle Infos dazu finden sich auf www.akaprev.de. Vielleicht empfehlen Sie die DAPM mal Ihrem Hausarzt.

Das Prevention Update 2026 fand mit 230 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten am 8. und 9. Mai in Mainz statt. Es brachte neue Studiendaten und Übersichtsarbeiten zur Herz-Kreislauf-Prävention, Diabetes- und Demenzprävention, zu körperlicher Aktivität und Ernährung, Krebsfrüherkennung, Gendermedizin und allgemeiner Präventionspolitik.

In dieser Ausgabe des Prevention-First-Journals folgt Teil 2 der Zusammenfassung mit praktisch relevanten, neuen Erkenntnissen zu einigen dieser Themen.



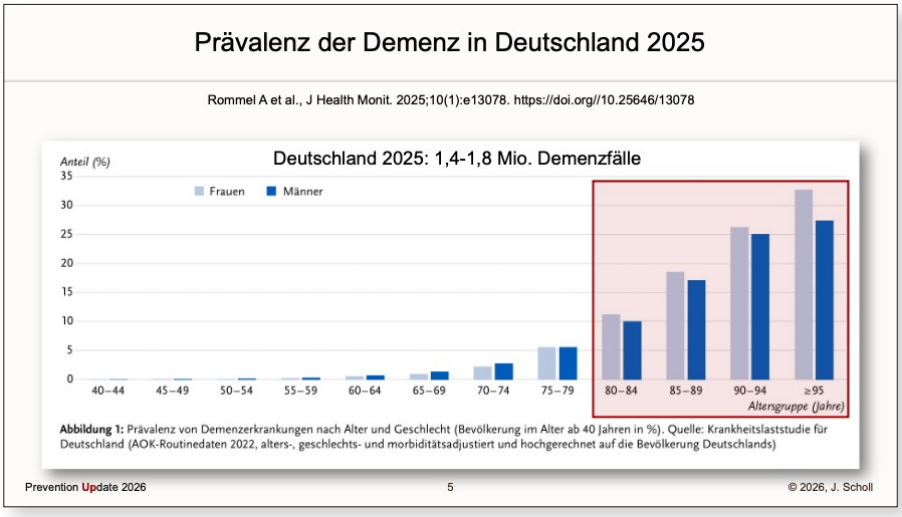
Prevention Update 2026

4) PRÄVENTION DER DEMENZ

(Dr. Johannes Scholl)

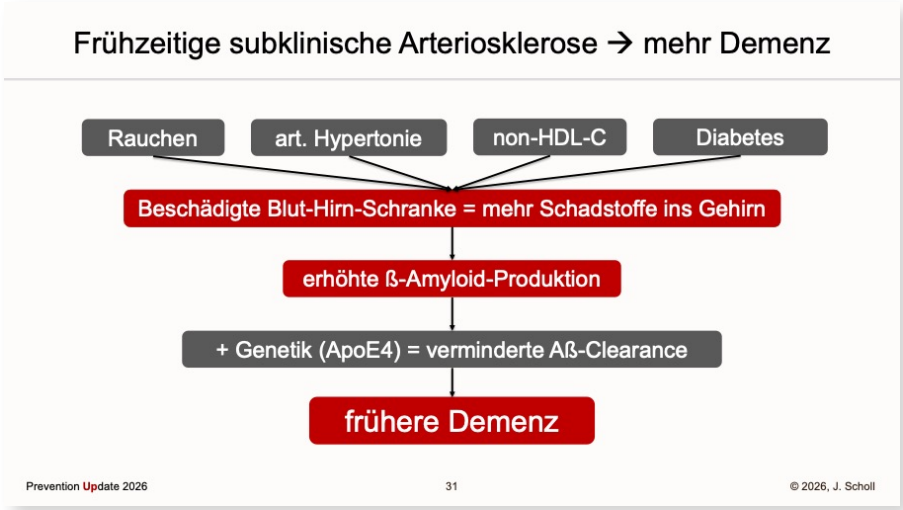
Demenzerkrankungen gehören zu den wichtigsten medizinischen, sozialen und ökonomischen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft. In Deutschland leben aktuell etwa 1,4-1,8 Millionen Menschen mit Demenz. Da die Lebenserwartung weiter steigt, wird die absolute Zahl der Betroffenen trotz medizinischer Fortschritte zunehmen. Man rechnet mit bis zu 3 Millionen Demenzkranken im Jahr 2040. Andererseits kann man bei den altersstandardisierten Demenzraten erkennen, dass durch eine bessere Kontrolle von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren (insbesondere beim Rauchen und Bluthochdruck) das Auftreten einer Demenz leicht rückläufig ist.

Wichtig zu wissen: Die Entwicklung zu einer Demenz beginnt mindestens 20-30 Jahre, bevor die ersten kognitiven Beeinträchtigungen auffallen. Demenzprävention muss also spätestens ab dem 40. Lebensjahr starten, um langfristig etwas zu bewirken.



Dabei steht im Vordergrund, arteriosklerotische Veränderungen zu vermeiden, damit die Blut-Hirn-Schranke nicht beschädigt wird. Denn wird das Gehirn bei undichter Blut-Hirn-Schranke häufiger äußeren Schadstoffen ausgesetzt, steigt die Produktion von Beta-Amyloid an. Das ist das sich außerhalb der Nervenzellen in Plaques ansammelnde Eiweiß, das erstmals 1906 von Alois Alzheimer beschrieben wurde.

Die konsequente Erkennung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren ist deshalb zur Demenzprävention enorm wichtig. Nichtrauchen, ein guter Blutdruck, gute Cholesterinwerte und ein normaler Zuckerstoffwechsel tragen allesamt zur Prävention der Demenz bei.



ANTI-AMYLOID-ANTIKÖRPER: GERINGER NUTZEN, HOHE RISIKEN

Außerhalb der Nervenzellen gelegene Beta-Amyloid-Plaques sind einer von 2 wesentlichen Mechanismen in der Entstehung der Demenz neben den sich in den Nervenzellen ansammelnden Tau-Fibrillen. In den letzten Jahrzehnten wurden Antikörper entwickelt, die an Beta-Amyloid binden und für dessen Abtransport aus dem Gehirn sorgen sollen. Mit Lecanemab und Donanemab stehen erstmals zwei Antikörper zur Therapie der frühen Demenz zur Verfügung, die nach jüngsten Studien den kognitiven Abbau leicht verzögern können. Im Durchschnitt wird die Entwicklung zur Demenz um 5 Monate verzögert. Ob dies die hohen jährlichen Therapiekosten von ca. 24.000 € rechtfertigt, ist umstritten.

Außerdem sind die Nebenwirkungen der Therapie beträchtlich: Es kann zu einem Hirnödem und zu Hirnblutungen kommen. Ausgerechnet bei jenen Patienten, die aufgrund von 2 Apolipoprotein-E4-Allelen (APOE4/4) das höchste Demenzrisiko haben, traten in den Zulassungsstudien in bis zu 50 % der Fälle solche Komplikationen auf. Deshalb dürfen Menschen mit 2 APOE4-Allelen nicht mit diesen Antikörpern behandelt werden. Doch auch für die anderen Betroffenen besteht ein Risiko von immerhin 15-30 % für ein Hirnödem oder Hirnblutungen.

Grundsätzlich gilt, dass man mit dieser Antikörpertherapie erst sehr spät im Krankheitsprozess eingreift. Die Ablagerungen von Beta-Amyloid beginnen im Durchschnitt 25 Jahre vor der ersten feststellbaren kognitiven Beeinträchtigung. Ob bei Risikokandidaten deshalb eine präventive, frühzeitige Therapie hilfreich wäre, ist Gegenstand der Diskussion. Studien dazu durchzuführen wäre allerdings extrem kostspielig. Deshalb bleibt die Prävention der Demenz über Lebensstilmaßnahmen bis auf Weiteres die beste Option.

PRÄDIABETES UND DIABETES: UNTERSCHÄTZTE RISIKOFAKTOREN FÜR DEMENZ

Wer einen Typ-2-Diabetes hat, dessen Demenzrisiko steigt um 60 % an im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes. Eine lange Diabetesdauer bzw. eine frühe Diabetesmanifestation vor dem 60. Lebensjahr steigern das Risiko zusätzlich.

Doch auch der Prädiabetes mit Leberverfettung (MAFLD) und erhöhten Insulinspiegeln bewirkt über die Störung des zerebralen Energiestoffwechsels die vermehrte Bildung von Tau-Fibrillen in den Nervenzellen. Dadurch wird der gezielte Transport von Botenstoffen zu den Synapsen erschwert.

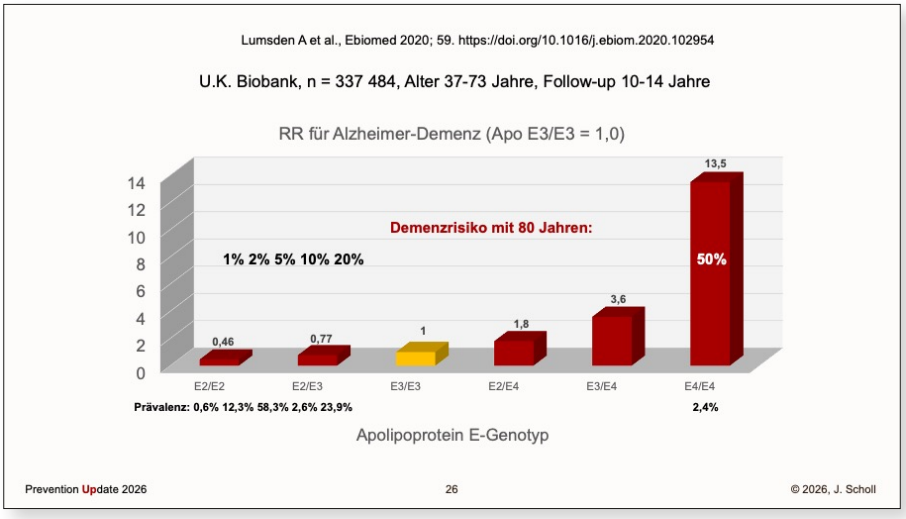
Umgekehrt hat sich gezeigt, dass eine ketogene Ernährung, also eine strikte Kohlenhydratreduktion auf < 50 g/Tag, die kognitive Leistungsfähigkeit bei beginnender Demenz verbessern kann. Dies liegt vermutlich daran, dass sich das Gehirn dann auf die alternative Energieversorgung aus Ketonkörpern umstellt.

APOLIPOPROTEIN E: WICHTIGSTER GENETISCHER RISIKOFAKTOR

Apolipoprotein E, abgekürzt APOE, transportiert Cholesterin und Lipide ins Gehirn und trägt zum Abbau von Amyloid-Plaques bei. Bei Menschen existiert es in 3 Varianten: APOE2, APOE3 und APOE4. Da wir von Vater und Mutter jeweils ein Allel erben, existieren insgesamt 6 Kombinationsmöglichkeiten: APOE2/2, APOE2/3, APOE2/4, APOE3/3, APOE3/4, APOE4/4.

Bei den Varianten APOE2 und APOE3 ist das Demenzrisiko im Alter von 80 Jahren mit < 5 % gering. Jeder Vierte in der Bevölkerung trägt ein APOE4-Allel. Für diese Menschen liegt das Demenzrisiko mit 80 Jahren bei 20 %. Für die kleine Gruppe von 3-4 % derer, die das APOE4 doppelt tragen, steigt das Demenzrisiko mit 80 Jahren auf 50 % an.

Ob man wissen will, was man wissen könnte, ist eine Frage, die nicht leicht zu beantworten ist. Theoretisch könnte die Erkennung einer erhöhten Gefährdung zu einer intensi-



veren Prävention im mittleren Lebensalter führen: durch eine Optimierung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, eine optimale Zufuhr von langkettigen Omega-3-Fettsäuren und ein gezieltes Sportprogramm inklusive Krafttraining. Über diese Maßnahmen kann man eine relative Risikoreduktion von etwa 30 % erwarten.

Andererseits könnte das Wissen um den APOE4-Status psychisch sehr belastend sein und gegebenenfalls Folgen für den Abschluss von Versicherungen haben, wenn man verpflichtet wäre, bestimmte Risiken anzugeben.

In jedem Fall sollte man vor Bestimmung seines persönlichen Apolipoprotein-E-Status gründlich darüber nachdenken, wie man mit einem möglichen negativen Ergebnis umgehen würde. Die Kosten für die Bestimmung sind ebenfalls relevant: Sie liegen in Deutschland bei gut 200 €.

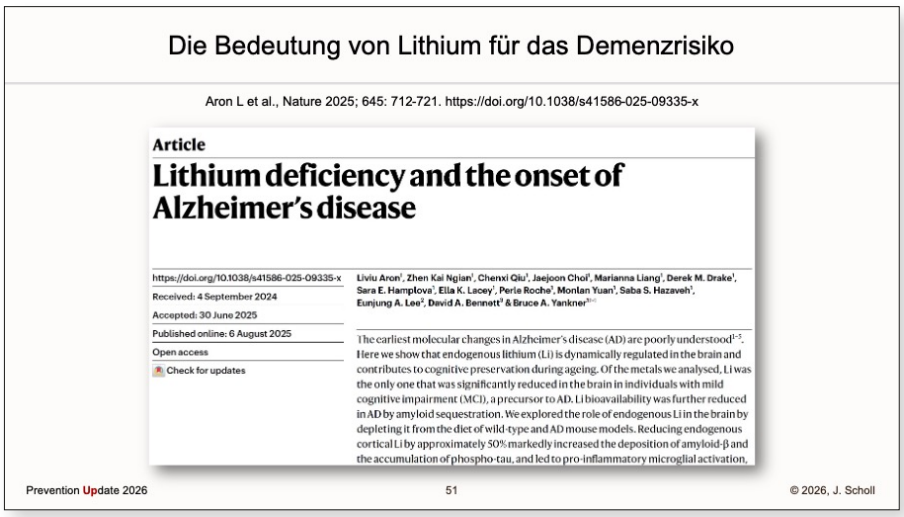
NEUE BLUTTESTS ZUR DEMENZDIAGNOSTIK

In den USA sind Bluttests auf phosphoryliertes Tau zugelassen, mit denen man ein erhöhtes Demenzrisiko bereits 20 Jahre vor dem Auftreten kognitiver Beeinträchtigungen entdecken könnte. Als bester Test hat sich die Bestimmung von p-Tau217 herausgestellt: Sie hat eine hohe Sensitivität und Spezifität von jeweils mehr als 95 %. Die Frage ist jedoch, welche Konsequenzen man bei Menschen, die noch keine kognitive Beeinträchtigung haben, aus einem positiven p-Tau217-Test ziehen würde. Ein positiver Biomarker ist nicht gleichzusetzen mit einer klinisch relevanten Beeinträchtigung, und der zeitliche Verlauf kann variieren. Wenn erste kognitive Beeinträchtigungen auffallen, kann dieser Test allerdings mit hoher Wahrscheinlichkeit die Diagnose sichern. In der Prävention sollte er bestenfalls in Studien zum Einsatz kommen.

LITHIUM: SPANNENDE MÄUSEDATEN

Lithium, ein Alkali-Metall, ist nicht nur für die Batterieherstellung ein wichtiger Rohstoff, sondern spielt offensichtlich auch für unser Gehirn eine bedeutsame Rolle. Aus der Grundlagenforschung ist bekannt, dass Lithium zur Erhaltung der Signalwege innerhalb der Nervenzellen beiträgt und die Phosphorylierung von Tau-Proteinen hemmt. Phosphorylierung des Tau spielt neben den Beta-Amyloid-Plaques eine zentrale Rolle in der Schädigung der Nervenzellen auf dem Weg zur Demenz.

In der Psychiatrie ist Lithium als Lithiumcarbonat seit mehr als 100 Jahren im Einsatz. Es ist wirksam bei bipolarer Störung, hat allerdings eine geringe therapeutische Bandbreite. Es kann schnell zu Überdosierungen mit dem Risiko von Schädigungen der Nieren und der Schilddrüse kommen.



Ende 2025 ist in der Fachzeitschrift Nature eine bahnbrechende Arbeit erschienen, die Lithium eine bisher unbekannte Rolle in der Entwicklung der Demenz zuschreibt. Man hat festgestellt, dass bei Menschen mit Demenz sich eine erhöhte Konzentration von Lithium in den Beta-Amyloid-Plaques bei gleichzeitig niedrigerem Lithium-Gehalt des normalen, gesunden Hirngewebes findet. Die Hypothese der Forschenden ist, dass bei Akkumulation von Beta-Amyloid-Plaques diese bevorzugt das Lithium wegspeichern, sodass im Gehirn ein Lithiummangel entsteht.

Die therapeutische Gabe von Lithiumcarbonat führte jedoch im Mäuse-Experiment nicht zu positiven Effekten. Vielmehr wurde es sehr schnell von den Beta-Amyloid-Plaques „aufgefressen". Man stellte allerdings fest, dass bestimmte organische Lithiumformen, insbesondere Lithium-Orotat, weniger in den Beta-Amyloid-Plaques gebunden werden und zu einer Erhöhung des Lithiumspiegels im Gehirn führten. Gab man bei Mäusen mit genetisch bedingter, früher Demenz Lithium-Orotat zum Futter, dann verbesserte sich deren kognitive Leistungsfähigkeit in bestimmten Experimenten deutlich.

Noch ist es zu früh für den therapeutischen Einsatz von Lithium in der Behandlung der Demenz. Vor kurzem wurde die erste Studie mit Lithium-Orotat am Menschen an der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore gestartet, die als Pilotprojekt die Sicherheit der Lithium-Orotat-Therapie an einer kleinen Gruppe mit einem Frühstadium der Alzheimer-Demenz prüfen soll.

GÜRTELROSE-IMPFUNG ZUR DEMENZPRÄVENTION

Studiendaten aus Australien sprechen dafür, dass eine Impfung gegen Gürtelrose (Herpes zoster) das Risiko für eine spätere Demenz senken kann. Vermutlich ist die Verminderung von Entzündungsaktivität im Gehirn der dafür verantwortliche Mechanismus.

In jedem Fall sollte man sich ab dem 60. Lebensjahr 2 x gegen Herpes zoster impfen lassen, weil schon die Zoster-Erkrankung selbst mit langwierigen, lästigen Nervenschmerzen verbunden sein kann. Wenn sie dann auch noch gegen Demenz schützt, umso besser.

LANGKETTIGE OMEGA-3-FETTSÄUREN

In einer Metaanalyse von Beobachtungsstudien stellte man fest, dass die langjährige Einnahme von langkettigen Omega-3-Fettsäuren (DHA plus EPA) mit einem geringeren Demenzrisiko assoziiert war. Den



stärksten Effekt sah man bei Menschen mit einem oder zwei APOE4-Allelen, also genau bei denen mit dem erhöhten Demenzrisiko.

Daraus ergibt sich – wie bereits früher hier berichtet – die klare Prevention-First-Empfehlung zu einer optimierten Omega-3-Versorgung, gerade wenn es in der Familie einen Fall mit einer frühzeitigen Demenz vor dem 80. Lebensjahr gab.

Nebenbei zeigte sich in einer anderen Studie, dass der regelmäßige Genuss von Kaffee im Umfang von 2-3 Tassen pro Tag bzw. von Tee im Umfang von 1-2 Tassen pro Tag über den Koffein-Effekt eine mögliche demenzpräventive Wirkung hat. Koffeinfreier Kaffee hatte dagegen keine Wirkung. <<

PRAKTISCHER LIFESTYLE-PLAN ZUR DEMENZPRÄVENTION

1. Risiko erfassen: Familienvorgeschichte, Herz-Kreislauf-Risikoprofil, Blutdruck, HbA1c, HOMA-Index, Cholesterinwerte, Nierenfunktion, Leberverfettung, Schlafgewohnheiten, körperliche Fitness. Ggf. unter Abwägung von Nutzen und Risiko APOE-Bestimmung.
2. Konsequente Behandlung bzw. Beseitigung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren zur Erhaltung der Gefäßgesundheit und einer intakten Blut-Hirn-Schranke.
3. Prädiabetes und Diabetes verhindern, Insulinresistenz zurückbilden durch mediterrane Low-Carb-Ernährung und regelmäßigen Sport.
4. Körperliche Aktivität: 2-3 x/Woche Ausdauer-Training und 2 x/Woche Krafttraining als Basisprogramm zur Erhaltung einer guten Muskelmasse und Fitness.
5. Langfristig eine gute Omega-3-Versorgung sichern: 3 Portionen fetter Fisch pro Woche (Sardinen, Hering, Makrele, Lachs) oder alternativ Einnahme eines guten Omega-3-Präparates mit DHA plus EPA (z. B. Omega-3-vegan von Norsan®).
6. Impfen zur Prävention: 2-malige Impfung gegen Herpes zoster ab dem 60. Lebensjahr
7. Regelmäßiger Koffein-Genuss: Bis zu 5 Tassen Kaffee am Tag sind erlaubt.
8. Wir geben ausdrücklich keine Empfehlung zur Selbstmedikation mit Lithium-Orotat! Das könnte gefährlich sein. Denn zunächst sollten Studien am Menschen die richtige Dosis ermitteln und anschließend die Sicherheit und Wirksamkeit prüfen.



Omega-3-Präparate aus Algenöl als Alternative zu fettem Fisch

1. Livingston G, Huntley J, Liu KY. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet 2024; 404: 572–628. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0
2. Cao F, Yang F, Li J. The relationship between diabetes and dementia risk: a meta-analysis. Diabetol Metab Syndr 2024; 16: 101. https://doi.org/10.1186/s13098-024-01346-4
3. Lumsden AL, Mulugeta A, Zhou A. Apolipoprotein E (APOE) genotype-associated disease risks: a phenome-wide, registry-based, case-control study utilising the UK Biobank. EBioMedicine 2020; 59: 102954. https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102954
4. Aron L, Ngian ZK, Qiu C. Lithium deficiency and the onset of Alzheimer's dise¬ase. Nature 2025; 645: 712–721. https://doi.org/10.1038/s41586-025-09335-x
5. Teunissen CE, Kolster R, Triana-Baltzer G. Plasma p-tau immunoassays in clinical research for Alzheimer's disease. Alzheimers Dement 2025 ;21: e14397. https://doi.org/10.1002/alz.14397
6. Smith JR, Pike JR, Gottesman RF. Contribution of Modifiable Midlife and Late-Life Vascular Risk Factors to Incident Dementia. JAMA Neurol 2025; 82: 644–654. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.1495
7. Eyting M, Xie M, Michalik F. A natural experiment on the effect of herpes zoster vaccination on dementia. Nature 2025; 641: 438–446. https://doi.org/10.1038/s41586-025-08800-x
8. Wei BZ, Li L, Dong CW. The relationship of omega-3 fatty acids with dementia and cognitive decline: evidence from prospective cohort studies of supplementation, dietary intake, and blood markers. Am J Clin Nutr 2023; 117: 1096–1109. https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2023.04.001
9. Zhang Y, Liu Y, Li Y. Coffee and Tea Intake, Dementia Risk, and Cognitive Function. JAMA 2026; 335: 961–974. https://doi.org/10.1001/jama.2025.27259

5) NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL IM FAKTENCHECK: NUTZEN, RISIKEN UND EVIDENZ (Alessandro Falcone)

Der Markt für Nahrungsergänzungsmittel ist riesig und für Laien wie Fachleute schwer überschaubar. Nahrungsergänzungsmittel sind rechtlich betrachtet Lebensmittel und keine Arzneimittel. Für sie gelten deutlich geringere Anforderungen an den Nachweis einer Wirksamkeit bzw. Sicherheit als für Arzneimittel. Die Werbung dafür bringt clever formulierte Health Claims, teilweise mit Bezug auf Studien.

Alessandro Falcone ist ein junger Arzt, der in Düsseldorf seine Facharztausbildung in Innerer Medizin begonnen hat. Er hat einen sehr populären Gesundheits-Podcast namens **„Modern Medicine“**. Zu aktuell diskutierten Nahrungsergänzungsmitteln hat er für das Prävention Update 2026 die Fakten recherchiert.

MIKRONÄHRSTOFFE

Bei Nährstoffen gilt grundsätzlich, dass mehr davon nicht automatisch besser ist. Zwischen Mangel, optimaler Versorgung und Überversorgung besteht häufig eine U-förmige Beziehung. Bei manchen Mikronährstoffen gibt es in Deutschland teilweise oder häufig eine suboptimale Versorgung. Dazu zählen Vitamin D, Jod, Eisen und Vitamin B12.

Vitamin D sollte jeder im Winterhalbjahr supplementieren, um den ansonsten auf dem 50. Breitengrad bis zum Ende des Winters eintretenden Vitamin-D-Mangel zu vermeiden. Als optimal gilt ein Vitamin-D-Spiegel von 40-60 ng/ml. Ganzjährig sollte man mindestens bei > 30 ng/ml liegen.

Jod nehmen wir dann ausreichend auf, wenn wir Meersalz oder jodiertes Speisesalz verwenden.

Ein Eisenmangel ist häufig bei Frauen, die monatlich über die Menstruation relevante Eisenmengen verlieren.

Ein Vitamin-B12-Mangel kommt vor bei der eher seltenen, autoimmunen Gastritis, wenn durch Fehlen des Intrinsic-Faktors die Aufnahme von Vitamin B12 im unteren Dünndarm vermindert ist bzw. im Falle einer veganen Ernährung, wenn die Supplementation mit Vitamin B12 vergessen wird. Dann tritt nach 12 bis 18 Monaten ein Vitamin-B12-Mangel auf, der sich durch neurologische Symptome wie Parästhesien (Missempfindungen), Gang- und Gleichgewichtsstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bemerkbar machen kann.

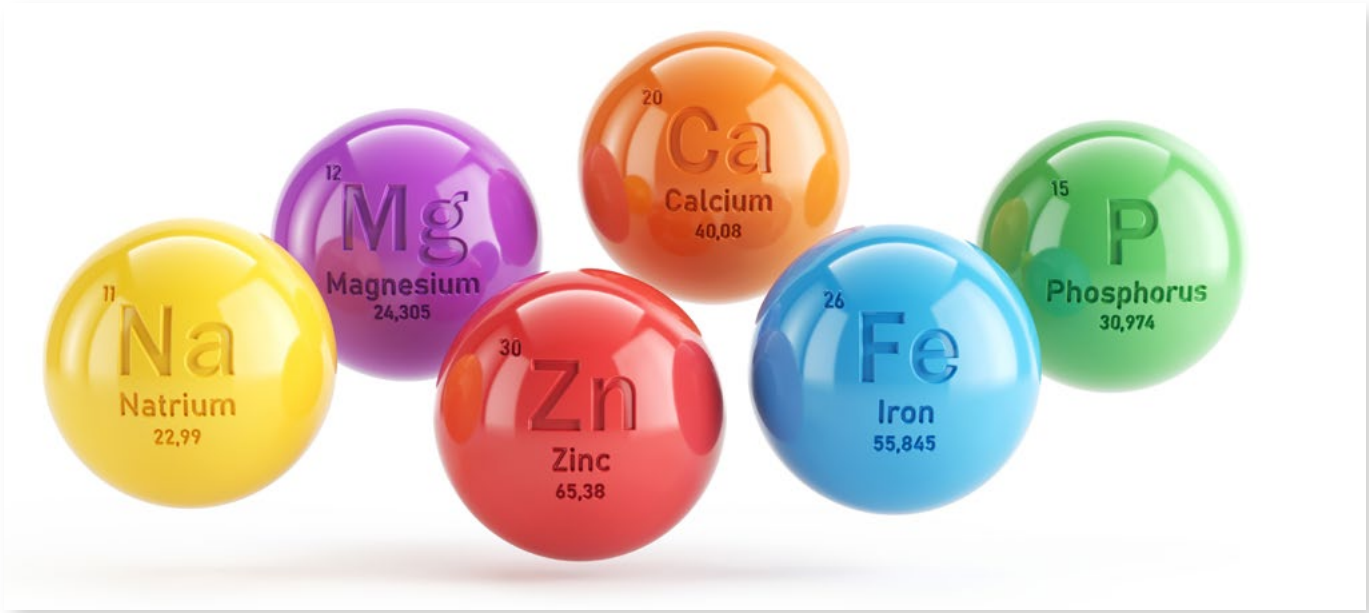
ZINK GEGEN ERKÄLTUNGEN

Wenn man zum Beginn eines Infektes der oberen Atemwege hochdosiert Zink-Lutschtabletten (75 mg/Tag) anwendet, kann dies die Erkältungsdauer um 2-3 Tage verkürzen. Eine dauerhafte Zink-Einnahme zum Schutz vor Erkältungen ist nach Studienlage jedoch nicht wirksam.

OMEGA-3-FETTSÄUREN

Die durchschnittliche Versorgung mit langkettigen Omega-3-Fettsäuren ist nach epidemiologischen Daten suboptimal. Viele Menschen denken, sie könnten mit Leinöl, Rapsöl oder Walnüssen den Bedarf an Omega-3-Fettsäuren decken.

Wenig bekannt ist, dass von der darin enthaltenen Alpha-Linolensäure (ALA) im menschlichen Körper nur 6 % zu Eicosapentaensäure (EPA) umgewandelt werden, die wichtig für das Herz ist, und nur 0,1 % als Docosahexaensäure (DHA) ins Gehirn gelangt. Insbesondere Letzteres ist viel zu wenig, sodass Menschen, die keinen Fisch verzehren, unbedingt eine Nahrungsergänzung mit langkettigen Omega-3-Fettsäuren durchführen sollten.



KREATIN

Kreatin wird vor allem in der Muskulatur, aber auch im Gehirn und anderen Organen gespeichert und dient als schnell verfügbares Energiepuffersystem (ATP-Resynthese). Die muskulären Kreatinspeicher lassen sich durch Supplementierung um ca. 20 % erhöhen. Bei Schnellkraftsportarten und beim Krafttraining hat dies einen positiven Effekt auf die sportliche Leistungsfähigkeit. Im Ausdauersport bringt es allerdings keine Vorteile. Die Einnahme von Kreatinmonohydrat in einer Dosis von 3-5 g/Tag gilt als sicher. Ob Kreatin kognitive Vorteile bringt, ist unsicher. In bestimmten Belastungssituationen (Schlafentzug oder Schädel-Hirn-Trauma) scheint es zu helfen.

MELATONIN

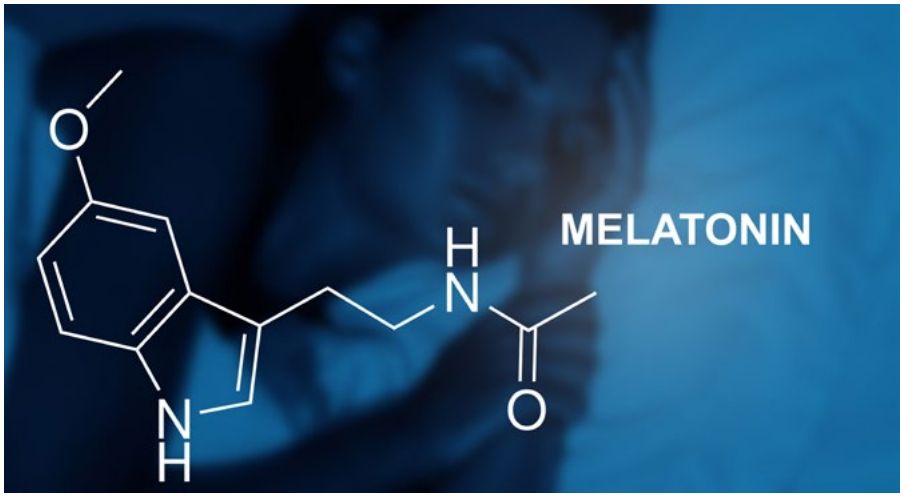
Die Wirksamkeit von Melatonin bei Jetlag ist gut belegt, um den Einschlafzeitpunkt vorzuziehen. In einer Dosierung von 1-3 mg hilft es, nach einem Flug nach Osten abends früher einschlafen zu können. Zusätzlich ist die Beachtung von Sonnenexposition bzw. Sonnenvermeidung für die Umstellung auf eine neue Zeitzone wichtig.

Bei allgemeinen Schlafstörungen ist der Effekt auf die Einschlafzeit mit ca. 7 Minuten Verkürzung eher gering. Bei längerer Anwendung und in hohen Dosen gibt es möglicherweise ungünstige Auswirkungen auf den Zuckerstoffwechsel.

Von der Supplementierung bei Kindern, Jugendlichen, Schwangeren oder Stillenden wird abgeraten.

NAD-BOOSTER

NAD+ ist ein zentrales Molekül im zellulären Stoffwechsel. Die NAD-Spiegel nehmen mit steigendem Alter ab. Im Mausmodell zeigten sich bei der Supplementation von NAD-Vorstufen positive Effekte auf die Leistungsfähigkeit, jedoch ist die Datenlage bei Menschen unsicher.



Aktuell sind NAD-Infusionen – promotet in der Influencer-Szene – ein Lifestyle-Trend in sogenannten „Longevity-Kliniken". Wissenschaftlich ist diese Anwendung jedoch beim Menschen bisher gar nicht untersucht. Häufig werden Nebenwirkungen wie Angst, Kopfschmerzen, Übelkeit oder andere Magen-Darm-Beschwerden berichtet. Von NAD-Infusionen raten wir deshalb explizit ab.

PEPTIDE

Im sogenannten Biohacking-Bereich gibt es vor allem in den USA einen Boom mit dem Einsatz von Peptiden. Peptide sind Ketten von Aminosäuren-Molekülen mit einer Länge von 10-100 Aminosäuren. Bei mehr als 100 Aminosäuren spricht man von Proteinen. Beispielsweise sind auch Semaglutid und Tirzepatid, die Inhaltsstoffe der modernen Abnehm-Spritzen, solche Peptide.

Als chemische Botenstoffe regulieren Peptide (z. B. Insulin oder Glucagon) den Stoffwechsel. Peptide aktivieren Rezeptoren, um Prozesse wie Wachstum oder Entzündungsreaktionen zu steuern. Einige Peptide wirken auch als Antibiotikum, um Krankheitserreger abzuwehren.

Aktuell werden Peptide für Muskelaufbau, Fettverbrennung, Anti-Aging und andere Anwendungen beworben. Viele dieser Substanzen sind nicht zugelassen und verfügen über keine belastbare Evidenz aus randomisierten, kontrollierten Studien am Menschen.

Darüber hinaus ist oft die Produktqualität unklar, Verunreinigungen sind möglich. Da die Sicherheit einer solchen Peptid-Einnahme nach aktuellem Stand nicht gewährleistet werden kann, raten wir von deren Einsatz ab. <<

1. Bendadani C et al. Dietary supplement use in Germany – Results of the NEMONIT study. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2025; 68: 293–303. https://doi.org/10.1007/s00103-025-04134-1
2. Rabenberg M et al. Implications of standardization of serum 25-hydroxyvitamin D data for the evaluation of vitamin D status in Germany, including a temporal analysis. BMC Public Health. 2018; 18: 1273. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5769-y
3. Nault D, Machingo TA, Shipper AG et al. Zinc for prevention and treatment of the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2024; 5: CD014914. https://doi.org/10.1002/14651858.CD014914.pub2
4. Schuchardt JP et al. Omega-3 world map: 2024 update. Prog Lipid Res. 2024; 96: 101286. https://doi.org/10.1016/j.plipres.2024.101286
5. Kreider RB, Kalman DS, Antonio J et al. International Society of Sports Nutrition position stand: safety and efficacy of creatine supplementation in exercise, sport, and medicine. J Int Soc Sports Nutr. 2017; 14: 18. https://doi.org/10.1186/s12970-017-0173-z
6. Herxheimer A, Petrie KJ. Melatonin for the prevention and treatment of jet lag. Cochrane Database Syst Rev. 2002;2:CD001520. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001520
7. Ferracioli-Oda E et al. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. PLoS ONE. 2013; 8(5): e63773. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063773
8. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). Melatoninhaltige Nahrungsergänzungsmittel: BfR weist auf mögliche Gesundheitsrisiken hin. BfR-Stellungnahme Nr. 42/2024. Berlin: BfR, 2024. https://doi.org/10.17590/20240917-100539-0
9. Zhang H et al. Emerging strategies, applications and challenges of targeting NAD+ in the clinic. Nature Aging. 2025; 5: 847–862. https://doi.org/10.1038/s43587-025-00947-6
10. NAD supplementation for anti-aging and wellness: A PRISMA-guided systematic review of preclinical and clinical evidence. Ageing Res Rev. 2026; 103057. https://doi.org/10.1016/j.arr.2026.103057

6) KREBS: NEUES ZU PRÄVENTION UND FRÜHERKENNUNG (Dr. med. Johannes Scholl)

EPIDEMIOLOGIE: KREBS-PRÄVENTION BLEIBT EINE KERNAUFGABE DER MEDIZIN

Mehr als eine halbe Million Menschen erkranken jährlich in Deutschland an Krebs, knapp die Hälfte davon verstirbt an ihrer Krebserkrankung.

Bei der Entstehung von Krebs spielen genetische Faktoren, Umweltfaktoren und Lebensstil sowie zufällige Ablesefehler der Erbsubstanz DNA bei der Zellteilung eine Rolle. Zu den Lebensstilfaktoren, die Krebs begünstigen, zählen das Rauchen, die Adipositas, ein hoher Alkoholkonsum, ein Mangel an körperlicher Aktivität sowie bestimmte Virusinfektionen und eine hohe Sonnenexposition für den Hautkrebs.

SIND KONSERVIERUNGSMITTEL KREBSERREGEND?

Auch Lebensmittelzusatzstoffe sind in den Verdacht geraten, krebserregend zu sein. Die französische NutriNet-Santé-Studie verknüpfte umfangreiche, markenspezifische Ernährungsfragebögen mit einer komplexen Datenbank aller Lebensmittelzusatzstoffe und Konservierungsmittel.

Bereits vor einigen Jahren hatte man festgestellt, dass bestimmte Emulgatoren das Krebsrisiko zu steigern scheinen, z. B. Carrageen und Mono- und Diglyceride von Speisefetten.

2025 erschien eine weitere Analyse, die dies für nicht-antioxidative Konservierungsmittel wie Nitrate, Nitrite und Sulfite zeigte. Bei häufigem Verzehr von Lebensmitteln, die diese Konservierungsmittel enthielten, kam es zu mehr Fällen von Krebs, insbesondere Prostatakrebs und Brustkrebs.

Dies ist ein weiterer Grund dafür, hochverarbeitete Lebensmittel mit langer Zutatenliste aus dem Speiseplan zu streichen.

KREBSTESTS AUS DEM BLUT?

Mehr als 150 Arztpraxen bieten in Deutschland in Kooperation mit einer privaten Krankenversicherung, der Hanse-Merkur, den PanTum Detect-Test als sogenannten „Krebs-Scan" an.

Dieser Test wurde niemals in der gesunden Allgemeinbevölkerung validiert. Die einzige Publikation dazu steckt voller Fehler und genügt nach den Resultaten eines Untersuchungsausschusses am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf nicht den üblichen wissenschaftlichen Standards.

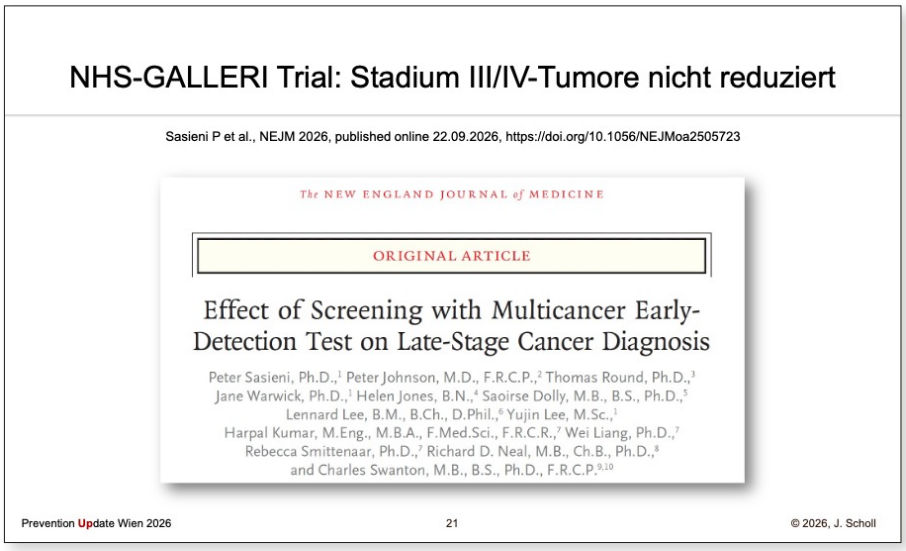
Die Wahrscheinlichkeit für falsch-positive Resultate dieses Tests ist so hoch, dass er zu vielen unnötigen Abklärungen wegen Krebsverdacht mit relevanter Strahlenbelastung im Rahmen eines PET-CT führen wird.

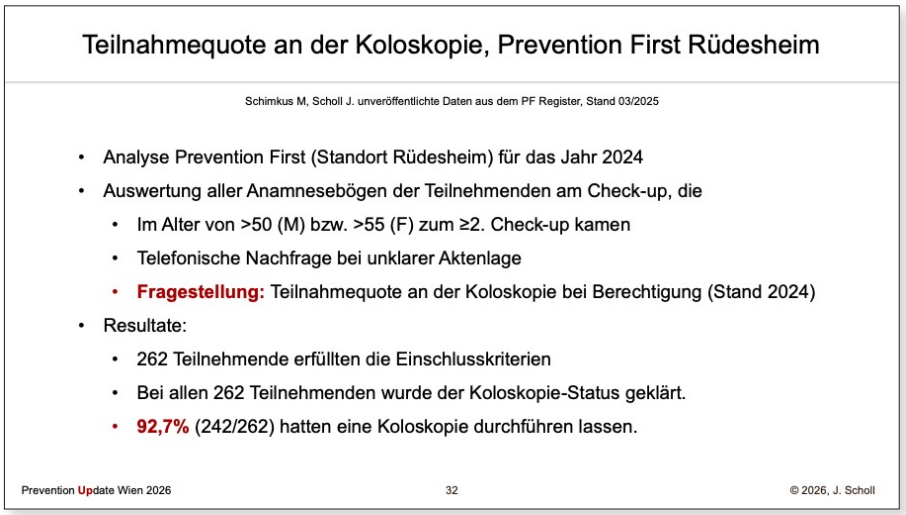
Von seinem Einsatz rät die Deutsche Akademie für Präventivmedizin genauso wie das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg explizit ab. Ein besonderes Geschmäckle hat die Tatsache, dass die Hanse-Merkur-Versicherung, die eine spezielle Versicherung zur Krebsfrüherkennung anbietet, Miteigentümer der Holding des Herstellers ist. Man verdient allem Anschein nach gleich doppelt an diesem unseriösen Krebstest.

In den USA hat ein anderer Bluttest auf Krebs für Aufsehen gesorgt: In der Halbzeitpause des Super Bowl 2025 lief Werbung für den GALLERI®-Test zum Preis von knapp 1000 US-Dollar, der als „Multi-cancer early detection test" angepriesen wird. In einer Pilotstudie entdeckte man 133 von 329 Krebsfällen (Sensitivität 40,4 %) und hatte nur relativ wenig falsch-positive Resultate (Spezifität > 99 %). Allerdings betrugen die Kosten für einen zusätzlich entdeckten Krebsfall 270.000 US-Dollar, was nicht als kosteneffizient gilt.

Vor wenigen Wochen wurden im renommierten New England Journal of Medicine die Ergebnisse der großen NHS-GALLERI-Studie veröffentlicht, die mehr als 140.000 Personen im Alter von 50-77 Jahren zufällig auf eine Gruppe mit dem GALLERI-Test und auf eine mit den üblichen Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen randomisiert hatte. Der vorher festgelegte Endpunkt einer Senkung des Auftretens von Krebserkrankungen in den späten Stadien III und IV wurde nicht erreicht. GALLERI entdeckte zwar 47-63 % aller neuen Krebsfälle, kam jedoch offensichtlich in den meisten Fällen zu spät.

Denn dies müsste ja das Ziel sein: Krebserkrankungen im Stadium I oder II so früh zu erkennen, dass sie noch heilbar sind, bevor eine Metastasierung eintritt. Und genau dies konnte der Galleri®-Test nicht erreichen.





Dennoch hat diese Studie wichtige Erkenntnisse geliefert, die bei der Weiterentwicklung des Konzepts helfen können. In Zukunft wird es sicherlich Neuentwicklungen geben, die Krebserkrankungen in einem frühen Stadium oder sogar die Vorstufen zuverlässiger erkennen können.

DARMKREBS

Auch der Versuch, Darmkrebs mittels einer Blutuntersuchung auf krebstypische DNA-Veränderungen zu entdecken, ist gescheitert: Der PREEMPT-CRC-Test entdeckte nur 4 von 5 Darmkrebsfällen und nur einen von 8 Darmpolypen, dabei schlug er viel zu häufig Fehlalarm.

Der Goldstandard zur Darmkrebsfrüherkennung bzw. -prävention ist und bleibt die Koloskopie, also die vollständige Dickdarmspiegelung, bei der man schon die Vorstufen von Darmkrebs (Kolonadenome) entfernen will. Damit reduziert man bei regelmäßiger Teilnahme ab dem 50. Lebensjahr die Sterblichkeit an Darmkrebs um über 80 %.

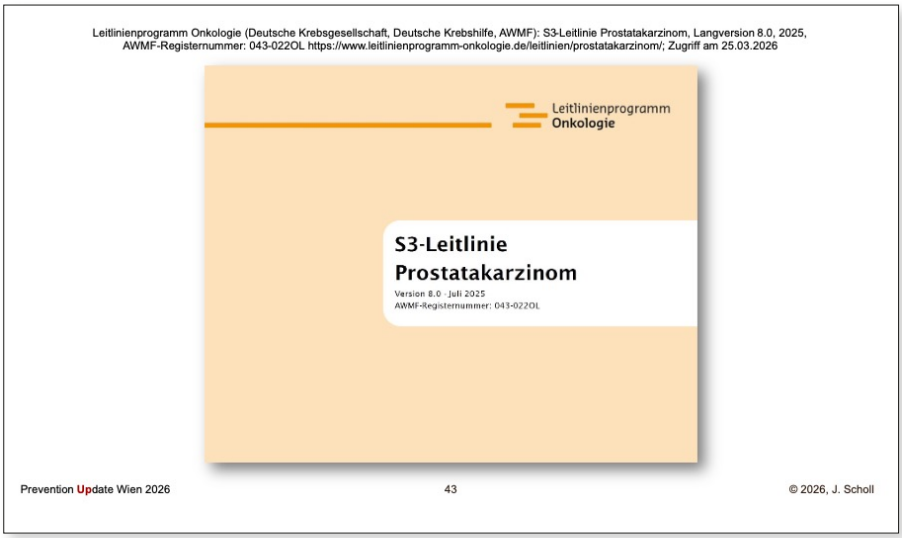
Im Zusammenhang mit der Adipositas- und Diabetes-Epidemie beobachtet man weltweit eine Zunahme von Darmkrebs-Fällen vor dem 50. Lebensjahr. Insofern empfehlen auch wir bei Prevention First bei schwerer Adipositas oder frühem Typ-2-Diabetes die Durchführung der Koloskopie spätestens ab dem 45. Lebensjahr.

Während die Teilnahmequote an der Koloskopie zur Darmkrebsfrüherkennung nach Krankenkassendaten im Durchschnitt bei weniger als 20 % liegt, erreichten wir in einer Analyse der Prevention-First-Daten am Standort Rüdesheim eine Teilnahmequote von > 90 %!

ben und nicht Fahrrad zu fahren, weil dies zu einem falsch positiven PSA-Wert führen kann". Diesen Aspekt hatte ich in einer Eingabe zur Konsultationsfassung der Leitlinie angesprochen. Die Leitlinienkommission nahm meine Anregung auf, was mich gefreut hat. Denn dadurch wird die Rate an Fehlalarmen bei der Bestimmung des PSA deutlich reduziert.

Die digitale rektale Untersuchung soll nicht mehr als Früherkennungsmethode eingesetzt werden. Bei auffälligem PSA folgen zunächst eine Kontrollmessung unter den genannten Vorsichtsmaßnahmen und in jedem Fall vor einer Biopsie ein multiparametrisches MRT.

Die Kernspintomografie kann die Wahrscheinlichkeit für einen relevant bösartigen Tumor am besten abschätzen. Nur wenn sich hier ein



PROSTATAKARZINOM: PSA-SCREENING WIRD ERWACHSEN

Das Prostatakarzinom ist ein Musterbeispiel für das Spannungsfeld zwischen Früherkennung, Überdiagnosen und Folgeschäden. Unkritisches PSA-Screening kann zu unnötigen Biopsien, Diagnosen harmloser Tumoren und zur Übertherapie mit den Folgen von Impotenz und Inkontinenz führen.

Deshalb hat die aktualisierte S3-Leitlinie nun das schwedische Modell in den Mittelpunkt gestellt: Männer ab 45 Jahren sollen nach ergebnisoffener Beratung bei Wunsch eine PSA-Bestimmung angeboten bekommen. Explizit wird darauf hingewiesen, dass „spätestens bei der zweiten Untersuchung darüber aufgeklärt werden soll, am Vortag keinen Sex zu haben und nicht Fahrrad zu fahren, weil dies zu einem falsch positiven PSA-Wert führen kann". Diesen Aspekt hatte ich in einer Eingabe zur Konsultationsfassung der Leitlinie angesprochen. Die Leitlinienkommission nahm meine Anregung auf, was mich gefreut hat. Denn dadurch wird die Rate an Fehlalarmen bei der Bestimmung des PSA deutlich reduziert.

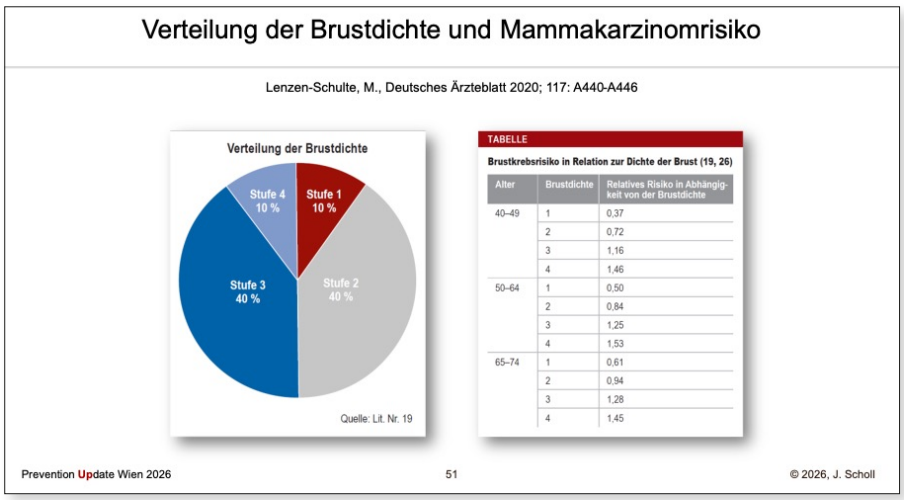
Die digitale rektale Untersuchung soll nicht mehr als Früherkennungsmethode eingesetzt werden. Bei auffälligem PSA folgen zunächst eine Kontrollmessung unter den genannten Vorsichtsmaßnahmen und in jedem Fall vor einer Biopsie ein multiparametrisches MRT.

Die Kernspintomografie kann die Wahrscheinlichkeit für einen relevant bösartigen Tumor am besten abschätzen. Nur wenn sich hier ein sogenanntes PI-RADS-Stadium IV oder V zeigt, sollte eine gezielte Biopsie erfolgen.

MAMMAKARZINOM: BEI DICHTEM BRUSTGEWEBE MRT

Das Mammographie-Screening liefert eine geringere Trefferquote, wenn das Brustgewebe besonders dicht ist. Frauen mit dichter Brust erhalten deshalb durch eine normale Mammographie nicht denselben Sicherheitsgewinn wie Frauen mit weniger dichtem Drüsengewebe.

Die BRAID-Studie verglich bei Frauen mit dichter Brust und unauffälliger Mammographie ergänzende Verfahren. Das abgekürzte MRT entdeckte deutlich mehr invasive Karzinome als ein automatisierter Ultraschall.



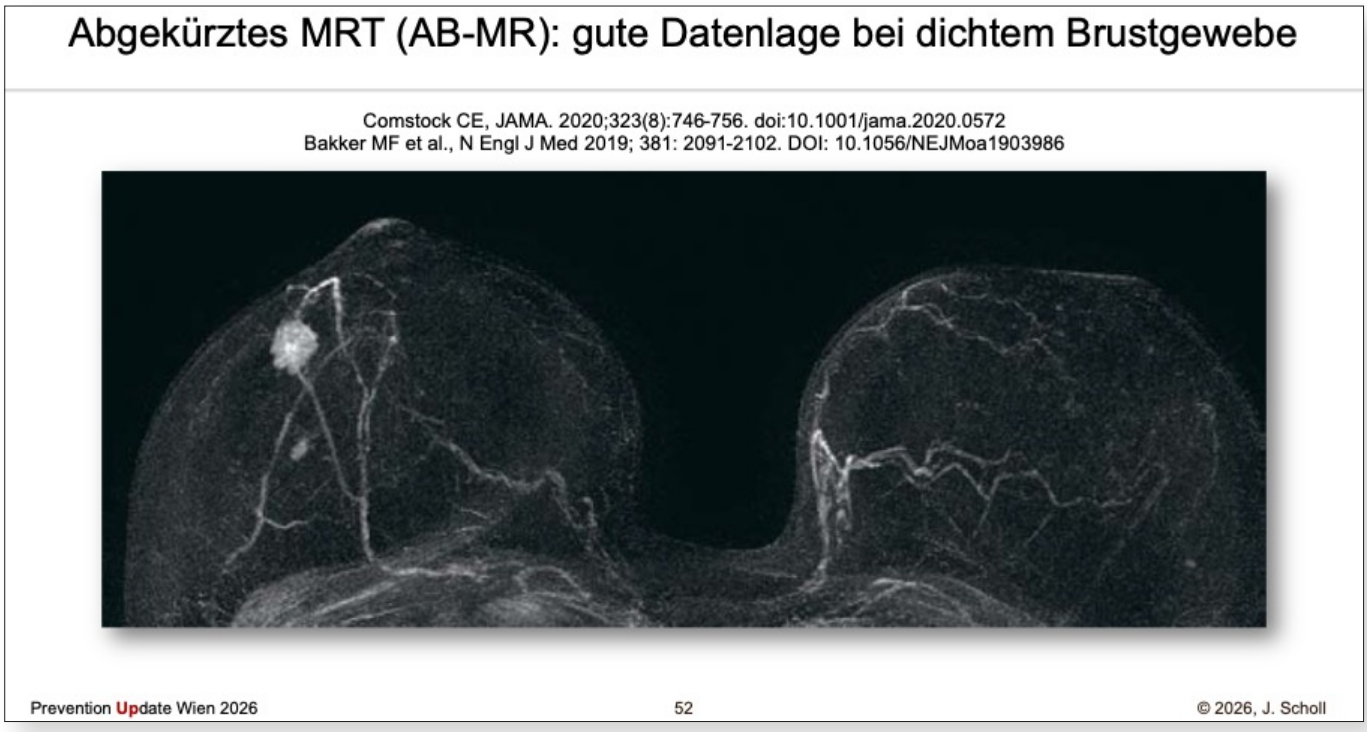
Wie gut der Ultraschall in den Händen eines erfahrenen Gynäkologen sein kann, wurde hier nicht untersucht. Frauen mit dichtem Brustgewebe sollte man jedoch über die zweijährliche Mammografie hinaus ein weiteres bildgebendes Verfahren, vorzugsweise das MRT, im Zwischenjahr empfehlen.

EIERSTOCKKREBS: PRÄVENTION DURCH ENTFERNUNG DER EILEITER

Das Ovarialkarzinom hat wegen der meist zu späten Diagnose eine sehr ungünstige Prognose. Die Hoffnung, durch einen Bluttest (CA-125) bzw. den transvaginalen Ultraschall ein wirksames Bevölkerungsscreening zu etablieren, hat sich nicht erfüllt. Die Sterblichkeit am Ovarialkarzinom konnte dadurch nicht reduziert werden. Auch bei Hochrisikopatientinnen ist das Screening nur begrenzt zuverlässig; Prävention und genetische Risikostratifizierung sind wichtig.

Wenn eine Familienvorgeschichte für Brustkrebs oder Eierstockkrebs vorliegt, dann sollte man ein Screening auf typische Genveränderungen durchführen und Patientinnen mit erhöhtem Risiko dann zur prophylaktischen Entfernung der Eileiter raten.

Die biologische Grundlage ist überzeugend: Die meisten serösen Ovarialkarzinome entstehen im Bereich der Tubenfimbrien, das sind die kleinen Härchen am Ende der Eileiter, die die Eizellen auffangen sollten. Daher ist gemäß den neuen europäischen Konsensus-Empfehlungen die Entfernung der Tuben bei Erhalt der Ovarien ein plausibler präventiver Eingriff für Frauen ohne Hochrisikogenetik, wenn aus anderen Gründen ohnehin eine laparoskopische Operation erfolgt und kein Kinderwunsch mehr besteht.



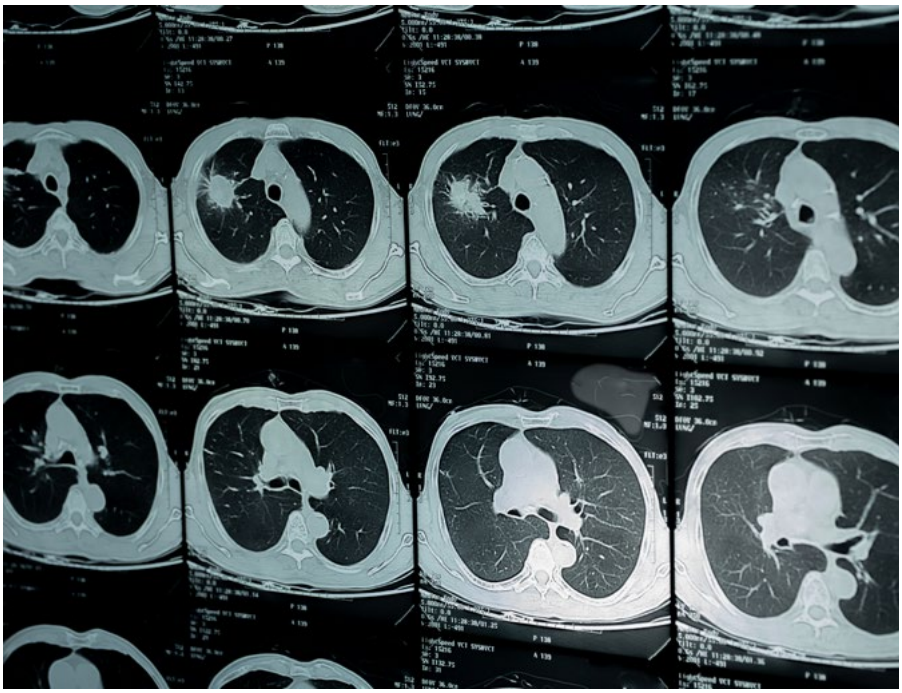
LUNGENKREBS: RAUCHSTOPP BESSER ALS CT!

Seit April 2026 gibt es in Deutschland ein Low-dose-CT-Früherkennungsangebot für aktive und ehemalige starke Raucherinnen und Raucher zwischen 50 und 75 Jahren. Voraussetzung sind unter anderem langjährige Rauchdauer und eine Gesamtbelastung von mindestens 15 pack-years. Die Untersuchung ist für die Berechtigten einmal pro Jahr vorgesehen.

Der absolute Nutzen der CT-Untersuchung ist gering und beschränkt sich auf die leicht um 20 % verminderte Sterblichkeit am Lungenkrebs. Die Gesamtsterblichkeit wird dagegen nicht signifikant beeinflusst. Falsch-positive Befunde, Überdiagnosen und invasive Folgeabklärungen sind häufig und sollten vorab transparent besprochen werden.

Nach Einschätzung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG verhindert das Low-dose-CT-Screening bei 1.000 Hochrisikopersonen innerhalb von etwa zehn Jahren ungefähr fünf Lungenkrebstodesfälle. Das bedeutet, dass zur Vermeidung eines Todesfalls ungefähr 2000 CT-Untersuchungen durchgeführt werden müssen, die in diesem Programm mit „nur" 95 € pro Untersuchung honoriert werden. Theoretisch kostet der vermiedene Todesfall also 190.000 €.

Betrachtet man die Kosten der Tabakentwöhnung, dann betragen sie zwischen 400 und 1200 US$ für die erfolgreiche Entwöhnung eines Rauchenden. Wenn 7 Rauchende im Alter von 40 Jahren das Zigarettenrauchen einstellen, wird einer weniger an Lungenkrebs sterben. Hier kostet der vermiedene Todesfall also nur 2800-8400 US$. Unter dem Gesichtspunkt der Kosteneffektivität wäre die Investition in die Tabakprävention und Tabakentwöhnung also ein Vielfaches besser als das Screening mittels Low-dose-CT. «



Lungenkrebs in der CT-Untersuchung.

Literatur:

1. Hasenböhler A, Javaux G, Payen de la Garanderie M. Intake of food additive preservatives and incidence of cancer: results from the NutriNet-Santé prospective cohort. BMJ 2026; 392: e084917. https://doi.org/10.1136/bmj-2025-084917
2. Sasieni P et al., Effect of Screening with Multicancer Early-Detection Test on Late-Stage Cancer Diagnosis. NEJM 2026, published online 22.09.2026, https://doi.org/10.1056/NEJMoa2505723
3. Castells A, Quintero E, Bujanda L. Effect of invitation to colonoscopy versus faecal immunochemical test on colorectal cancer mortality in population screening (COLONPREV): a pragmatic, randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet 2025; 405: 1231–1239. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00145-X
4. Leitlinienprogramm Onkologie. S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 8.1, AWMF-Registernummer 043-022OL. 2025. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/2025-08-22_LL_Prostatakarzinom_Langversion_8.1.pdf
5. Gilbert FJ, Payne NR, Allajbeu I. Comparison of supplemental breast cancer imaging techniques—interim results from the BRAID randomised controlled trial. Lancet 2025; 405: 1935–1944. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00582-3
6. Comstock CE, Gatsonis C, Newstead GM. Comparison of Abbreviated Breast MRI vs Digital Breast Tomosynthesis for Breast Cancer Detection Among Women with Dense Breasts Undergoing Screening. JAMA 2020;323:746–756. https://doi.org/10.1001/jama.2020.0572
7. Stone R, Sakran JV, Long Roche K. Salpingectomy in Ovarian Cancer Prevention. JAMA 2023; 329: 2015–2016.https://doi.org/10.1001/jama.2023.6979
8. Piek JM, Schauwaert J, Ellis LB. Opportunistic Salpingectomy for Prevention of Tubo-Ovarian Carcinoma: The European Society of Gynaecological Oncology Consensus Statements. JAMA 2026; 335: 894–902. https://doi.org/10.1001/jama.2025.24510
9. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Lungenkrebsscreening mittels Low-Dose-CT: Rapid Report S23-02, Version 1.1. Köln: IQWiG 2024. Kein Zeitschriftenbeitrag; projektspezifischer DOI: https://doi.org/10.60584/S23-02_en

BLUTHOCHDRUCK – NEUE METHODE ZUR LANGZEIT-BLUTDRUCKMESSUNG AB 2027

Von Dr. Johannes Scholl

Sehr oft entdecken wir beim Prevention-First-Check-up einen bisher nicht bekannten Bluthochdruck, manchmal auch mit einer im Herzultraschall feststellbaren Anpassung des Herzens. Dann ist der Vorhof vergrößert, der Herzmuskel verdickt oder die Entspannungsfähigkeit der linken Herzkammer in der Füllungsphase vermindert.

Langfristig kann daraus auch eine Herzinsuffizienz namens HFpEF werden, womit die Herzschwäche trotz erhaltener Pumpfunktion gemeint ist, die besser „Herzschwäche durch Versteifung des Herzmuskels" heißen sollte. Wie ich das immer ganz einfach erkläre: Wenn sich die linke Herzkammer nur wenig füllt, dann kann sie auch nur wenig nach vorne herauspumpen. Dadurch sinkt die Leistungsfähigkeit des Herzens.

BLUTHOCHDRUCK: DER KILLER NUMMER 1

Von allen Herz-Kreislauf-Risikofaktoren auf Bevölkerungsebene ist Bluthochdruck der Killer Nummer 1. Weil im mittleren Erwachsenenalter fast jeder Zweite einen Bluthochdruck hat, jedoch nur noch ca. 20 % Zigaretten rauchen, haben erhöhte Blutdruckwerte im Hinblick auf die Verursachung von Herzinfarkt und Schlaganfall den Spitzenplatz erobert.

Nicht jeder erhöhte Blutdruckwert in der Praxis bedeutet gleich Bluthochdruck. Sehr häufig findet man einen „Weißkittel-Effekt", also durch Aufregung bei der Untersuchung erhöhte Blutdruckwerte. Mit der automatischen Office-Blutdruckmessung in ruhiger Umgebung können wir den Weißkitteleffekt weitgehend ausblenden.

Sind auch hier in ruhiger Umgebung und ohne Anwesenheit von Personal die Blutdruckwerte erhöht, dann liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Bluthochdruck vor. Vor Beginn einer medikamentösen Blutdrucksenkung bestimmen wir dann in einer Langzeit-Blutdruckmessung über 24 Stunden die Ausgangswerte.



OBERARMMANSCHETTE STÖRT

Diese Untersuchung ist nicht wirklich beliebt, denn man muss 24 Stunden lang eine Oberarmmanschette tragen, die tagsüber alle 15 Minuten und nachts alle 30 Minuten zwecks Blutdruckmessung aufgepumpt wird.

Tagsüber muss man den Arm stillhalten, nachts nervt die Blutdruckmessung viele Menschen und weckt sie auf. Doch gibt es Alternativen dazu?

Mittlerweile werden etliche Gesundheits-Gadgets beworben, deren Hersteller behaupten, ohne Blutdruckmanschette den Blutdruck messen zu können. Darunter sind verschiedene Smart-Watches sowie besonders populär ein Armband namens HILO (Hersteller: Aktiia monitor, Neuchâtel, Schweiz).

HILO-ARMBAND: POPULÄR, ABER UNZUVERLÄSSIG

Was viele nicht wissen: In der Validierung der Messgenauigkeit von HILO zeigte sich, dass bei der Ruhemessung im Sitzen die Blutdruckwerte eine Standardabweichung von ca. 12 mmHg nach oben und unten hatten. Die Mittelwerte passten zwar recht gut, Einzelmessungen waren jedoch ungenau.

Nachts dagegen lagen die gemessenen Blutdruckwerte im Durchschnitt 12 mmHg höher als beim Goldstandard der Langzeit-Blutdruckmessung mit Oberarmmanschette. Zudem streuten die nächtlichen Werte bei HILO um 14 mmHg nach oben und unten. Damit sind sie für die Beurteilung der Qualität einer Hochdruck-Behandlung nicht brauchbar.

Diese Daten wurden von Mitarbeitenden der Hersteller-Firma 2025 im Journal of Hypertension veröffentlicht und verständlicherweise in der Zusammenfassung der Studie etwas „schöngeredet".

Nach den Kriterien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie ESC für die Zulassung von Geräten zur Blutdruckmessung wäre HILO damit glatt durchgefallen. Es ist demzufolge auch nicht als Medizinprodukt zugelassen.

Was auf der HILO-Website auffällt: Hier finden sich zum Thema Blutdruck gemeingefährliche Falschaussagen, beispielsweise dass ab einem Alter von 60 Jahren ein systolischer (oberer) Blutdruck von 150 mmHg in Ordnung sei [https://hilo.com/de-eu/blogs/art/normale-blutdruckwerte-je-nach-alter]. Der amerikanische Kardiologe, der das angeblich geschrieben hat, sollte sich dafür schämen.

Wie Sie von Ihrem Prevention-First-Check-up vielleicht schon wissen, hat sich in der SPRINT-Studie gezeigt, dass bei einem durchschnittlichen Blutdruck von 121 mmHg im Vergleich zu einem Blutdruck von 136 mmHg die Rate an Herzinfarkten und Schlaganfällen sowie die Gesamtsterblichkeit deutlich reduziert waren.

Und seit der Veröffentlichung der neuen europäischen Hochdruck-Leitlinien 2024 gilt: Man soll in der Behandlung eines Bluthochdrucks Tages-Durchschnittswerte möglichst nah an 120/70 mmHg anstreben.

NEUE ENTWICKLUNG AUS SÜDKOREA

Eine andere Herangehensweise zur Blutdruckmessung verfolgt der südkoreanische Hersteller SkyLabs mit seinem Smartring CART BP Pro. Hier erfolgt eine KI-unterstützte „Photoplethysmografie" am Finger. Zunächst wird mit mehreren Messungen mit einem Standard-Blutdruckmessgerät der Ring am Finger geeicht. Danach erfasst er kontinuierlich die Blutdruckwerte, ohne dass man davon etwas spürt.

Aktuelle Daten zum CART BP Pro wurden gerade auf dem europäischen Kardiologenkongress 2026 in München präsentiert. Bei den Präsentationen in München war ich vor Ort und war überrascht, wie gut die Messwerte mit dem Goldstandard der Langzeit-Blutdruckmessung übereinstimmten. Die durchschnittliche Abweichung der Mittelwerte lag bei 0-1 mmHg, die Streubreite der Einzelmessungen bei 5-6 mmHg.

4 von 6 von der ESC geforderten Validierungsstudien (Static Test, Device Position Test, Awake/Asleep Test und Exercise Test) wurden bereits publiziert, 2 weitere sind zur Publikation eingereicht.

CART BP Pro hat in Deutschland die Zulassung nach dem Medizinprodukte-gesetz erhalten und wird ab Januar 2027 verfügbar sein.

Wir werden bei Prevention First diese neue, elegante Methode zur Langzeit-Blutdruckmessung testen und als Alternative zur Oberarm-Blutdruckmessung einsetzen. Mehr dazu dann im nächsten Prevention-First-Journal Anfang 2027. <<



Prevention First-Rezeptidee:

PICANHA – IM GANZEN GEGRILLT





Mengenangaben für 4 Personen:

ZUTATEN

1 ganzes Picanha, ca. 1,6 kg,
mit Fettdeckel
Grobes Meersalz
Frisch gemahlener schwarzer Pfeffer

ZUBEREITUNG AUF DEM GASGRILL

Fleisch trocken tupfen und eventuell vorhandene Silberhaut auf der Unterseite entfernen. Den Fettdeckel belassen und vorsichtig rautenförmig einritzen, ohne ins Fleisch zu schneiden. Unmittelbar vor dem Grillen kräftig salzen.

Den Fühler des Grillthermometers seitlich bis in die Mitte der dicksten Fleischstelle stecken.

Den Gasgrill mit einer heißen und einer indirekten Zone vorbereiten: Ein Brenner bleibt ausgeschaltet. Picanha über dem eingeschalteten Brenner zunächst auf der Fettseite etwa 2–4 Minuten goldbraun angrillen. Bei aufsteigenden Flammen sofort auf die indirekte Seite ziehen. Wenden und die Fleischseite weitere 1–2 Minuten anrösten.

Anschließend mit dem Fettdeckel nach oben über den ausgeschalteten Brenner legen. Temperatur reduzieren, Deckel schließen und bei etwa 160-180 °C Garraumtemperatur indirekt weitergrillen.

Wann kommt das Fleisch vom Grill?

» **Medium-rare:** bei 50–52 °C Kerntemperatur.
» **Medium:** bei 54–55 °C Kerntemperatur.

Danach etwa 5 Minuten locker mit Alufolie bedeckt ruhen lassen. Das Fleisch gart nach; die Kerntemperatur steigt meist noch um etwa 2–4 °C. Angestrebt werden rund 54–55 °C für medium-rare beziehungsweise 57–58 °C für medium. Das Thermometer während der Ruhezeit im Fleisch lassen.

Quer zur Faser in dünne Scheiben schneiden, auf vorgewärmten Tellern servieren und mit Pfeffer und bei Bedarf etwas Salz abschmecken. «



GEHEIMTIPP:
BEZAHLBARE, GEREIFTE BORDEAUX



Château Les Bouzigues: Das alte Gutshaus.

EINE BLINDVERKOSTUNG MIT ÜBERRASCHENDEM AUSGANG

Der Jahrgang 2000 brachte Bordeaux in einen Ausnahmezustand. Zur Begeisterung über die Qualität kam die Magie der vier Ziffern: ein Millennium-Jahrgang für den Keller, für runde Geburtstage und für besondere Anlässe. Weinkritiker und Händler schürten hohe Erwartungen. Viele Liebhaber kauften in Subskription, lange bevor die Weine abgefüllt waren. Man bezahlte für ein Versprechen, dessen Einlösung Jahrzehnte dauern konnte.

In den folgenden Boomjahren rückten die berühmtesten Bordeaux zunehmend in Preisregionen, die mit dem Budget vieler Weinfreunde nichts mehr zu tun hatten. Große Namen wurden zugleich zu Sammlerobjekten. Auch wenn der Markt inzwischen deutliche Preiskorrekturen erlebt hat, bleibt die praktische Frage: Wo bekommt man heute einen wirklich guten, gereiften Bordeaux, ohne dafür ein kleines Vermögen auszugeben?

Eine Antwort liefert Château Les Bouzigues. Seine Réserve-Weine haben sich bei unserer jüngsten Blindverkostung eindrucksvoll behauptet. Und das Beste daran: Ausgewählte alte Jahrgänge kann man noch regulär kaufen. Die Flaschen, die uns besonders überzeugten, kosten im Online-Shop derzeit zwischen 18,80 und 35,80 Euro.

EINE MÜNCHNER FAMILIENGESCHICHTE

Die Geschichte beginnt 1949 in Untergiesing. Justina und Karlheinz Krawczyk handelten zunächst mit Schokolade und Lebensmitteln und belieferten u. a. auch die Wiesn-Wirte beim Oktoberfest. Um 1960 kam der erste Laden in der Hans-Mielich-Straße hinzu.

In den 1970er Jahren richtete die zweite Generation, Karl Heinz sr. und Silvia Krawczyk, das Geschäft zunehmend auf Wein aus. 1985 entstand die World of Wine GmbH, die ihren ersten Sitz am Hans-Mielich-Platz 1 in Giesing hatte und sukzessive weitere Filialen in München gründete.

Ihr Sohn Karl Heinz Krawczyk junior besuchte Fortbildungen in Weinbau in Geisenheim am Rhein und trat Ende 1988 in den Familienbetrieb ein. Nachdem die Familie bereits 1983 ein Weingut in der Toskana, die Fattoria Vadiavolo, erworben hatte, plante der Junior sein eigenes Bordeaux-Weingut.

Im März 1991 begann er, bei Sainte-Gemme im Bordelais, knapp 30 km südlich von Saint-Émilion, sein Lieblingsprojekt Château Les Bouzigues aufzubauen.

Mitte der 90er Jahre, während meiner eigenen Facharztausbildung in München, begann ich mich mit dem Thema Wein zu beschäftigen und „erforschte" gemeinsam mit Kollegen aus dem Krankenhaus München-Bogenhausen die eine oder andere Weinhandlung in München. So entdeckte ich auch das Stammhaus am Hans-Mielich-Platz und kam ins Gespräch mit einem jungen Winzer, der voller Begeisterung über sein Projekt in Bordeaux erzählte. Schon die ersten Jahrgänge, die ich probierte, ich meine mich an 1993 und 1994 zu erinnern, waren ganz fantastisch.



Das kleine Château Les Bouzigues von oben.

In den Anfangsjahren stellte Karl Heinz Krawczyk junior seine Jahrgänge 1995 und 1996 u. a. beim deutschen Weinmagazin Vinum und beim österreichischen Weinmagazin Falstaff zu Blindverkostungen an. Dass der Château Les Bouzigues Réserve 1995 in einer Blindverkostung mit 50 Bordeaux unter 50,00 DM auf Platz 2 landete (und damals nur 19,90 DM kostete) und der Jahrgang 1996 im Falstaff nur knapp von Château Mouton Rothschild (sic!) geschlagen wurde, führte zu unerwünschten Konsequenzen in der Weinhandlung Krawczyk. Es setzte ein solcher Run auf diese „Schnäppchen-Bordeaux" ein, dass man Schwierigkeiten hatte, die Stammkunden noch zu versorgen. Deshalb verzichtete Karl Heinz Krawczyk junior in der Folge auf die Teilnahme an Wettbewerben, wie er mir kürzlich berichtete.

1999 übernahm er World of Wine von seinen Eltern. Heute verbindet die Familie ihre eigenen Weingüter mit zwei Weinläden in München und dem großen Weinlager mit Weinhaus am Starnberger See in Berg/Höhenrain.

Krawczyks Anspruch war von Beginn an, Weine mit der Qualität und Lagerfähigkeit großer Bordeaux zu erzeugen, die bezahlbar bleiben. Kalkgeprägte Böden, alte Reben und niedrige Erträge bilden dafür die Grundlage. Das Weingut nennt Erträge von lediglich 27 bis 40 Hektolitern pro Hektar.

ZEIT GEHÖRT ZUM KONZEPT

Die Réserve stammt aus den besten alten Weinbergen. Merlot (ca. 50 %), Cabernet Sauvignon (ca. 30 %) und Cabernet Franc (ca. 20 %) werden zur Cuvée des jeweiligen Jahres zusammengestellt.

Kennzeichnend ist der lange Ausbau im Barrique-Fass, der zwischen 25 und 30 Monate betragen kann. Zusätzlich nutzt das Weingut seit 2009 auch große Eichenfuder mit 3500 l Inhalt für den Château Les Bouzigues Réserve. Dadurch kommt die Frucht stärker zur Geltung und der Holzeinfluss wird etwas geringer, wodurch der Wein bereits früher zugänglich wird.

Nach meiner eigenen Erfahrung aus den 90er und 2000er Jahren musste ich einen Château Les Bouzigues Réserve erst einmal für 8-10 Jahre in den Keller legen. Und selbst dann



Hier reifen die Réserve-Weine im Barrique-Keller.

brauchte er immer noch viel Luft im Dekanter. Für eine frühere Trinkreife griff man besser auf den ebenfalls sehr guten, „einfacheren" Château Les Bouzigues Tradition zurück.

Die Verbindung zur Familie Krawczyk hielt auch nach meinem Abschied aus München. Als wir 2006 in Frankfurt unseren neuen Prevention-First-Standort eröffneten, schenkte neben Wilhelm Weil, der selbstverständlich für den Kiedricher Riesling zuständig war, Karl Heinz Krawczyk junior seinen Château Les Bouzigues Réserve 1995 aus und sorgte damit für große Begeisterung.



Die Rebstöcke für den Bouzigues Réserve sind über 60 Jahre alt.

WIE SCHMECKEN GEREIFTE BORDEAUX NACH 20-30 JAHREN?

Für diese Ausgabe des Prevention-First-Journals wollte ich wissen, wie sich Krawczyks Weine im reifen Alter im Vergleich zu wahren Koryphäen aus Bordeaux schlagen. Dazu bestellte ich vom bekannten Weinhändler Heiner Lobenberg zwei renommierte 2000er: 1 Flasche Château L'Arrosée 2000, St. Émilion Grand Cru und 1 Flasche Château Montrose, St. Estèphe Deuxième Grand Cru.

An der Verkostung nahmen die Experten Wilhelm Weil und Jochen Becker-Köhn vom Weingut Robert Weil sowie weitere Weinliebhaber teil.

Alle Weine wurden 2 Stunden vor der Probe aufgezogen. Keiner hatte Kork, zum Glück! Und alle Korken waren sauber zu entfernen, teilweise allerdings unter Zuhilfenahme eines Durand-Korkenziehers. Das ist der Korkenzieher mit den 2 schmalen Blättern, die zwischen Glas und Korken durchgleiten.

Die Kapseln der Flaschen hatte ich vorab entfernt. Eine vollständige Verblindung der Flaschen wurde dadurch gewährleistet, dass sie in schwarzen Socken steckten.

Im ersten Flight stellte ich die beiden teuren 2000er L'Arrosée und Montrose den Jahrgängen 2000 und 1998 von Bouzigues gegenüber, die ich für besonders stark hielt. Im zweiten Flight kamen die Bouzigues-Jahrgänge 1999, 2003, 2010 und 2015 zur Verkostung.

Jeder Teilnehmer beschrieb und bewertete zunächst die ersten 4 Weine und erstellte ein persönliches Ranking von 1-4. Durch Aufsummierung der Punkte für jeden Wein ergab sich dann ein Gesamt-Ranking, bei dem die niedrigste Punktzahl auf dem ersten Platz landete.

BLIND IM GLAS UND ÜBERRASCHEND KLAR IM URTEIL

Zur allgemeinen Überraschung gab es ein Kopf-an-Kopf-Rennen zwischen dem Château L'Arrosée und dem Château Les Bouzigues Réserve 2000, während der teuerste Wein des Abends, der Château Montrose 2000, bei der Mehrzahl der Verkoster nur auf Platz 3 landete.

Ich kannte L'Arrosée von einem früheren Jahrgang. 2000 war unter den Weinkritikern zunächst nicht gut angekommen und hatte durchschnittliche Punktzahlen von nur 90-92/100 in den Primeur-Verkostungen erhalten. Unter den drei 2000ern im ersten Flight hatte L'Arrosée die schönste Balance und die größte Länge. Wir bewerteten ihn mit 97/100 Punkten. Wilhelm Weil notierte: Viel Stoff, intensive, reife Tannine, gut balanciert, aber auch fein. Er ist bei Lobenberg für knapp 80 € noch immer verfügbar.

Knapp dahinter mit 96/100 Punkten setzten wir den Château Les Bouzigues Réserve 2000. Ein Wein abseits der berühmten Klassifikationen, der im direkten Vergleich auf Augenhöhe mit dem sehr guten gereiften Saint-Émilion stand. Das frühe Versprechen von Karl Heinz Krawczyk junior, dieser Jahrgang habe ein langes Leben vor sich, hatte sich für unsere Flasche erfüllt. Wir notierten: Körperreicher Wein, sehr intensiv und lang, reife Tannine mit perfekter Balance.

Montrose 2000 hatte dagegen mit Ausnahme eines einzelnen „Abweichlers" keine Chance. Die Flasche war nach unserem Urteil einwandfrei; ein Weinfehler erklärte das Abschneiden nicht. Trotzdem störten weiterhin harte Tannine und eine gewisse Bitterkeit im Abgang. Der Cabernet Sauvignon dominiert hier, und vielleicht war der starke Barrique-Einsatz in diesem erwarteten „Jahrhundertjahrgang" etwas zu viel des Guten. Im Durchschnitt gaben wir diesem Wein 93/100 Punkte.

Der Château Les Bouzigues Réserve 1998 hat je nach Urteil der einzelnen Verkoster seinen Zenit erreicht – oder vielleicht schon ein bisschen überschritten. Ich mag bei reifen

Rotweinen diese etwas süßlich anmutenden Tertiär-Aromen, aber das ist nicht jedermanns Sache. 91/100 Punkte im Durchschnitt waren unsere Bewertung.

Im zweiten Flight stachen 2 Jahrgänge als klare Favoriten heraus: Château Les Bouzigues Réserve 2003 und 2015. Während der 2003er aktuell die perfekte Trinkreife hat und von Wilhelm Weil am höchsten bewertet wurde mit 98/100 Punkten, brauchte der 2015er noch viel Luft. Im Verlaufe des Abends entwickelte er sich dann aber so fantastisch, dass er schließlich zum Kreis der Sieger gezählt wurde. Unsere Bewertung 96+/100 Punkte. Wenn man bedenkt, dass dieser Wein aktuell für 18,80 € zu haben ist, dann ist dies ohne jeden Zweifel ein sensationelles Preis-Leistungs-Verhältnis.

DIE EMPFEHLUNGEN FÜR DEN EINKAUF

Wer für einen besonderen Anlass einen großen, gereiften Bordeaux sucht, sollte Château Les Bouzigues auf seiner Liste haben. Unsere Favoriten 2003, 2000 und 2015 bieten bemerkenswerten Genuss zu sehr vernünftigen Preisen.

Aktuell rate ich zum Château Les Bouzigues Réserve 2000 oder 2003. Wer ausdrücklich einen Millennium-Wein sucht, bekommt mit 2000 eine ausgezeichnete Alternative zu den berühmten Namen. Und wer mehrere Flaschen kaufen möchte, um eine davon jetzt und weitere später zu öffnen, sollte sich unbedingt 2015 weglegen. Der wird sich großartig entwickeln.

In jedem Fall zeigt die Story von Karl Heinz Krawczyk junior und Château Les Bouzigues, wozu ein guter Winzer im Bordeaux auch auf weniger berühmtem, wenngleich immer noch hervorragendem Terroir in der Lage ist.

Dass der 2000er in der Blindprobe Montrose hinter sich ließ, macht die Entdeckung besonders erfreulich. Entscheidend ist nicht die internationale Presse oder das Renommee, sondern die Qualität im Glas!

Bezugsquelle: www.world-of-wine.de

Château Les Bouzigues Réserve 2000
Produktseite und Bestellung

Château Les Bouzigues Réserve 2003
Produktseite und Bestellung

Château Les Bouzigues Réserve 2015
Produktseite und Bestellung

Hinweis: Weder ich noch Prevention First bekommen einen Rabatt beim Einkauf oder andere Vergünstigungen von World-of-Wine bzw. der Familie Krawczyk.



MILLENNIUM-JAHRGANG 2000
auf Augenhöhe mit Grands Crus



SUPER-SOMMER 2003
aktuell der stärkste der drei



Jahrgang 2015
großes Potenzial zum Schnäppchenpreis



Rüdesheim am Rhein
Europastraße 10
65385 Rüdesheim am Rhein
Fon: +49 (0) 67 22-40 67 00
Fax: +49 (0) 67 22-40 67 01
ruedesheim @ preventionfirst.de

Frankfurt am Main
Solmsstraße 41
60486 Frankfurt am Main
Fon: +49 (0) 69-79 53 48 60
Fax: +49 (0) 69-79 53 48 622
frankfurt @ preventionfirst.de

München
Leopoldstraße 175
80804 München
Fon: +49 (0) 89-30 66 88 160
Fax: +49 (0) 89-30 66 88 161
muenchen @ preventionfirst.de

Köln
Jungbluthgasse 5
50858 Köln
Fon: +49 (0) 221-59 554 47
Fax: +49 (0) 221-59 55 48 38
koeln@ preventionfirst.de

Berlin
Turmstraße 65
10551 Berlin
Fon: +49 (0) 30-58 58 450 0
Fax: +49 (0) 30-58 58 450 22
berlin @ preventionfirst.de

Impressum
Die Prevention First – Praxisverbund präventivmedizinischer Praxen – Dr. Scholl und andere GbR ist ein Praxisverbund gemäß § 23 d) der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Sitz der Gesellschaft: Europastraße 10, 65385 Rüdesheim am Rhein. Geschäftsführer: Dr. med. Johannes Scholl. Prevention First Journal © 3/2026 – Verantwortlich für Inhalt und Text: Dr. med. Johannes Scholl – Layout: Gaby Bittner, Abb. S.8 © Sergey - adobestock.com; S.9 © Sashkin - adobestock.com; S.10 © blackday - adobestock.com; S.14 © kae_nata - shutterstock. com; S.15 © angellodeco - adobestock.com; S.17 © rocharibeiro - shutterstock. com; © Andrey Starostin - shutterstock. com; Salz © vxnaghiyev - adobestock.com; S.18-21 © Château Les Bouzigues