

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ich hoffe, Sie alle haben die Sommerpause unbeschadet überstanden – die Benefits erscheinen wieder im ca. 4-wöchigen Rhythmus (ergänzt durch blitz-ats des arznei-telegramms und ggf. andere aktuelle Meldungen).

Für neue Abonnentinnen und Abonnenten ([mmk-benefits-subscribe@gwdg.de](mailto:mmk-benefits-subscribe@gwdg.de)): Die Quellenangabe erfolgt jeweils in Form eines abgekürzten Hyperlinks (mit der Anmerkung, ob die Quelle frei verfügbar ist oder nicht).

In den vergangenen Wochen haben sich viele neue, hausärztlich relevante Studien angesammelt, aus denen ich aufgrund des begrenzten Raums eine nicht immer leichte Auswahl treffen musste.

### ► **Vitamin D lebt noch – neue Leitlinie der Endocrine Society**

Unabhängig von wissenschaftlichen Arbeiten oder ärztlichem Rat nehmen bekanntlich sehr viele Menschen frei verkäufliches Vitamin D ein – und viele Patienten wollen auch, dass Ihre Hausärztinnen den jeweiligen Vitamin D3-Serumspiegel bestimmen (gemessen wird 25-Hydroxyvitamin-D [25(OH)D]).

- ▷ Laut RKI bedeuten  $<30 \text{ nmol/l} = <12 \text{ ng/ml}$  „mangelhafte Versorgung mit einem erhöhten Risiko für Krankheiten wie Rachitis, Osteomalazie und Osteoporose“;  $30-<50 \text{ nmol/l} = 12-<20 \text{ ng/ml}$  „suboptimale Versorgung mit möglichen Folgen für die Knochengesundheit“ <https://t1p.de/irOu> [frei]).

Nach Publikation der großen RCTs (vor etlichen Jahren), die in Bezug auf Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, Stürze und Diabetes keinen signifikanten Benefit von Vitamin D3 fanden (z.B. VITAL <https://t1p.de/4e3j0> [frei], ViDA <https://t1p.de/vywh> [nicht frei], D2d <https://t1p.de/w61sn> [frei]; Übersicht: <https://t1p.de/6oa9w> [frei]) sind vermutlich etliche Kolleginnen und Kollegen der Ansicht, dass das Thema Vitamin D zu den Akten gelegt worden ist.

In der Zusammenfassung eines vor zwei Jahren publizierten Übersichtsartikels heißt es demnach auch: “In conclusion, supplementation of vitamin D-replete individuals does not provide demonstrable health benefits” (The health effects of vitamin D supplementation: evidence from human studies; *Nature Rev Endocrinol* 2022 <https://t1p.de/fzt9l> [frei]).

Die wissenschaftliche Evidenz zu Vitamin D ist allerdings nicht auf halbem Wege stehen geblieben – vor wenigen Monaten ist eine **neue Leitlinie** in einer der weltweit renommiertesten Zeitschriften für Endokrinologie und Stoffwechsel publiziert worden.

The screenshot shows the title page of a clinical practice guideline from the Endocrine Society. The title is "Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline". The authors listed are Marie B. Demay, Anastassios G. Pittas, Daniel D. Bikle, Dima L. Diab, Mairead E. Kiely, Marise Lazaretti-Castro, Paul Lips, Deborah M. Mitchell, M. Hassan Murad, Shelley Powers, Sudhaker D. Rao, Robert Scragg, John A. Tayek, Amy M. Valent, Judith M. E. Walsh, and Christopher R. McCartney. The document is published in *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2024, 106, 1907-1947. The Endocrine Society logo and Oxford University Press logo are also visible.

Der nebenstehende Screenshot zeigt Ihnen, wer daran mitgearbeitet hat.

Ohne an dieser Stelle auf alle Details einzugehen (und Ihrer eigenen Lektüre vorzugreifen...): Die neue Leitlinie beruht auf neuen Studien, systematischen Übersichtsarbeiten/Metaanalysen sowie der Reanalyse früherer Arbeiten.

Das Autorenteam **empfiehlt die empirische Therapie (d.h. ohne vorherige Prüfung eines möglichen Mangels) mit Vitamin D** bei

- *allen Kindern und Jugendlichen von 1 - 18 Jahren*, um ernährungsbedingte Rachitis zu verhindern und das Risiko respiratorischer Infekte zu vermindern;
- *allen Personen über 75 Jahren* aufgrund des Potentials von Vitamin D, das Sterberisiko zu reduzieren;
- *allen Schwangeren*, um das Risiko von Präeklampsie, intrauteriner Wachstumsverzögerung und Mortalität, vorzeitiger Geburt und neonataler Sterblichkeit zu vermindern;
- *allen Menschen mit sog. prädiabetischer Stoffwechsellage*, um ein Fortschreiten zu einem klinisch manifesten Diabetes mellitus zu verlangsamen.
- Die Verfasser plädieren außerdem dafür,
  - ▷ *Vitamin D **ausschließlich täglich** p.o. einzunehmen* (>2.500 IE/d sollten wegen möglicher Toxizität vermieden werden <https://t1p.de/d7ms6>) und sprechen sich *dezi- diert **gegen intermittierende Gaben von hohen Dosen** aus*, die das Sturzrisiko erhöhen können - *in früheren Untersuchungen wurden z.T. verschiedene Dosierungsschemata zusammen, statt getrennt analysiert.*
  - ▷ ***auf die Bestimmung des Vitamin-Serumspiegels ebenso zu verzichten** wie auf das Screening der Allgemeinbevölkerung.*

In der Schlussfolgerung der mit 285 Literaturzitate unterlegten Arbeit heißt es:

*"The panel judged that, in most situations, empiric vitamin D supplementation is inexpensive, feasible, acceptable to both healthy individuals and health care professionals, and has no negative effect on health equity".*

Sowohl die Leitlinie (*die in der Kollegenschaft vermutlich nicht unumstritten sein dürfte...*) als auch ein *begleitender systematic review* sind frei verfügbar.

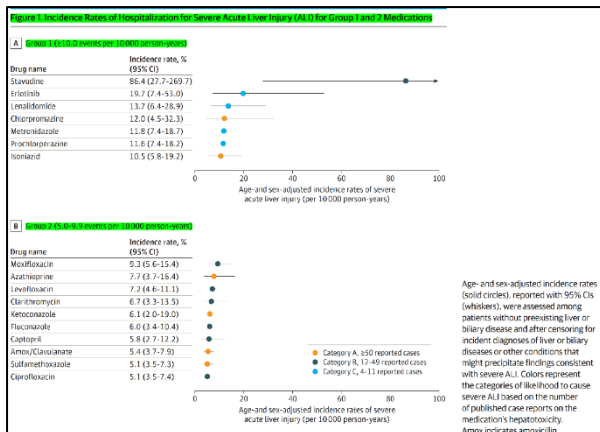
- ▷ *Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline* <https://t1p.de/l6dy7> (frei).
- ▷ *A Systematic Review Supporting the Endocrine Society Clinical Practice Guidelines on Vitamin D* <https://t1p.de/aktk9> (frei).

### ▶ **Lebertoxische Arzneimittel – welche Substanzen haben das höchste Risiko?**

US-amerikanische Autoren haben in einer Serie von Kohortenstudien in den 20 Jahren von 2001 bis 2021 bei annähernd acht Millionen lebergesunden Personen **17 Arzneimittel identifiziert, die schwere lebertoxische Reaktionen auslösten**. Interessanterweise tauchten elf dieser 17 Substanzen in bislang publizierten Fallberichten *nicht* auf.

- Der primäre Endpunkt der Studie war die stationäre Aufnahme wegen einer Leberschädigung (definiert als GPT-Erhöhung >120 U/L plus Bilirubin-Erhöhung >2.0 mg/dl oder INR >1.5 plus Bilirubin-Erhöhung >2.0 mg/dl).

- Die Verfasser bildeten – je nach beobachteter Häufigkeit pro 10.000 Personenjahre - fünf Gruppen ( $\geq 10.0$  [1]; 5.0-9.9 [2]; 3.0-4.9 [3]; 1.0-2.9 [4] und  $< 1.0$  [5]). Die folgende Abbildung zeigt die Gruppen 1 und 2:



Severe Acute Liver Injury After Hepatotoxic Medication Initiation in Real-World Data

<https://t1p.de/hfixf> (nicht frei)

**NB:** Eine **regelmäßig auf Aktualität geprüfte, alphabetisch sortierte Datenbank zu medikamentösen Leberschäden** (Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases) finden Sie unter <https://t1p.de/yl5ne> (frei)

### ► Der gute, alte Gonadenschutz – unwirksam

Wer von Ihnen schon mal beim Röntgen war, kennt die Prozedur: Man bekommt in vielen Radiologiepraxen (unabhängig vom Alter!) vor der Aufnahme einen „Lendenschurz“ umgehängt. Dieser sog. Gonadenschutz „ist eine Abschirmung der Keimdrüsen während einer Röntgenaufnahme... 1 mm dicken Bleischichten, welche die Strahlung in sehr hohem Maße zurückhalten“ <https://www.radiologie.de/ihre-fragen-zum-strahlenschutz/>.

Das UK und Österreich haben diese Maßnahme 2020 gestoppt – **wegen Unwirksamkeit:**

EMPFEHLUNGEN (ÜBERSICHT)	
<b>RÖNTGENAUFNAHMEN</b>	
<b>Gonadenschutz</b> außerhalb der Nutzstrahlung (z. B. Thoraxaufnahmen)	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> , auch nicht bei Schwangeren • sehr geringes Dosisertragspotential • Risikoreduktion vernachlässigbar, unabhängig von Alter und Geschlecht
<b>Gonadenschutz</b> innerhalb des Nutzstrahlenbereichs	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • bei Patientinnen problematisch, da die Gefahr besteht, die Drüsen nicht korrekt abzudecken und/oder wichtige Bereiche abzuschatten • mangelnde Tiefenwirkung aufgrund anatomischer Variabilität • Gefahr der Beeinträchtigung der Expositionsautomatik
Andere Strahlenschutzmittel: Schilddrüsenschutz, Augenbleedungen, Brustbleedungen	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • sehr geringes Dosisertragspotential • Risikoreduktion vernachlässigbar, unabhängig von Alter und Geschlecht
<b>MÄMMOGRAPHIE</b>	
Strahlenschutzmittel	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • Gonadenschutz: Dosisreduzierung nahezu unmessbar gering
<b>DURCHLEUCHTUNGEN/INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE</b>	
Strahlenschutzmittel	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • bezieht sich jedoch NICHT auf Patienten/Innenaufklebungen, die den Strahlenschutz des Personals dienen
<b>COMPUTERTOMOGRAPHIE</b>	
<b>Gonadenschutz</b>	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • CT-Untersuchung des Abdomens: Nutzen ist gering im Vergleich zu anderen Optimierungsmöglichkeiten (z. B. Scanbereich reduzieren, Röhrenstrommodulation)
Schilddrüsenschutz	<b>NICHT EMPFOHLEN</b>
Augenbleedenschutz	<b>NICHT EMPFOHLEN</b> • falls möglich: Gammablinnung, retroreflektierende Kopfabgrenzung oder sekundäre Filterstrahlenschutzbrille
Brustschilde	<b>NICHT EMPFOHLEN</b>

Verband für med. Strahlenschutz in Österreich, 2023 <https://t1p.de/4is2j> (frei)

Auf den Seiten des *British Institute of Radiology* finden sich medizinische Evidenz <https://t1p.de/wri55> und Patienteninformationen <https://t1p.de/tkp11> (frei).

**Zitat: "Im Strahlenschutz wiegt ein Gramm Gehirn mehr als eine Tonne Blei!"** (Felix Wachsmann; 1904-1995; Elektrotechniker und Röntgenphysiker, zuletzt Direktor des Instituts für Strahlenschutz an der TU München).

## ► **Orale Antikoagulantien (DOACs) - Perioperatives Management**

Vermutlich müssen die meisten von Ihnen nicht mehr nachschauen, wann sie bei antikoagulierten Patienten, die zu einer OP anstehen, DOACs absetzen sollten. Eine kleine Erinnerung kann aber vielleicht nicht schaden...

In den folgenden beiden Abbildungen aus dem *JAMA* sind die relevanten Daten und die Unterbrechungsdauer der verfügbaren Substanzen aufgelistet.

DOAC	Mechanism of action	Elimination half-life ( $t_{1/2}$ ), h	Peak action ( $t_{max}$ ), h	Kidney clearance, %	Potential drug interactions	Reversal agents
Apixaban	Factor Xa inhibition	9-11	2-3	25	Inhibitors <sup>a</sup> and inducers <sup>b</sup> of P-gp and CYP3A43	Andexanet-α or PCC
Dabigatran	Factor IIa inhibition	12-14 <sup>c</sup>	2-3	80	Inhibitors <sup>a</sup> and inducers <sup>b</sup> of P-gp	Idarucizumab, PCC, or activated PCC
Edoxaban	Factor Xa inhibition	10-14	2-3	50	Inhibitors <sup>a</sup> and inducers <sup>b</sup> of P-gp	Andexanet-α or PCC
Rivaroxaban	Factor Xa inhibition	9-11	2-3	33	Inhibitors <sup>a</sup> and inducers <sup>b</sup> of P-gp and CYP3A43	Andexanet-α or PCC

Abbreviations: CYP, cytochrome P; P-gp, P-glycoprotein; PCC, prothrombin complex concentrates.

<sup>a</sup> Inhibitors of P-gp and/or CYP3A43, which may increase the bioavailability of DOACs and have the potential to increase bleeding risk include antifungal drugs (ketoconazole, itraconazole), antiviral drugs (ritonavir), dronedarone, verapamil, macrolide antibiotics (clarithromycin, azithromycin), tamoxifen, kinase inhibitors, and immunosuppressant drugs (cyclosporine, tacrolimus).

<sup>b</sup> Inducers of P-gp and/or CYP3A43, which may decrease the bioavailability of DOACs and have the potential to increase thrombosis risk include rifampin, anticonvulsant drugs (phenytoin, carbamazepine, phenobarbital), dexamethasone, doxorubicin, vinblastine, enzalutamide, and St. John's wort.

<sup>c</sup> Elimination half-life of 18-24 hours in patients with a creatinine clearance of 30-50 mL/min.

DOAC DOSING REGIMEN	PREOPERATIVE DOAC INTERRUPTION SCHEDULE					SURGERY DAY	POSTOPERATIVE DOAC RESUMPTION SCHEDULE			
	Day -5	Day -4	Day -3	Day -2	Day -1		Day +1	Day +2	Day +3	
<b>Procedures associated with low or moderate bleeding risk</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laparoscopic cholecystectomy</li> <li>Abdominal hernia repair</li> <li>Abdominal hysterectomy</li> <li>Lymph node biopsy</li> <li>Foot or hand surgery</li> <li>Coronary angiography using femoral artery access</li> <li>Gastrointestinal endoscopy with or without biopsy</li> <li>Colonoscopy with or without biopsy</li> <li>Hemorrhoidal surgery</li> <li>Bronchoscopy with or without biopsy</li> </ul>	Rivaroxaban Once a day	●	●	●	●	■	■	●	●	●
	Edoxaban Once a day	●	●	●	●	■	■	●	●	●
	Apixaban Twice a day	●	●	●	●	■	■	●	●	●
	Dabigatran Twice a day CrCl ≥50 mL/min	●	●	●	●	■	■	●	●	●
	Dabigatran Twice a day CrCl <50 mL/min	●	●	●	■	■	■	●	●	●
<b>Procedures associated with high bleeding risk</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Any surgery with spinal or epidural anesthesia</li> <li>Major cancer surgery (eg, lung, esophagus, gastric, colon, kidney, or hepatobiliary)</li> <li>Major orthopedic surgery (eg, hip or knee replacement)</li> <li>Major reconstructive plastic surgery (eg, cancer resection)</li> <li>Noncancer major thoracoabdominal surgery (eg, colectomy)</li> <li>Transurethral prostate or bladder resection</li> <li>Selected biopsies (eg, kidney)</li> <li>Selected gastrointestinal procedures (eg, endoscopic retrograde cholangiopancreatography)</li> <li>Surgery involving highly vascular organs (eg, kidneys)</li> <li>Surgery involving closed space areas (eg, cardiac)</li> <li>Deep nerve block procedures</li> </ul>	Rivaroxaban Once a day	●	●	●	■	■	■	●	●	
	Edoxaban Once a day	●	●	■	■	■	■	●	●	
	Apixaban Twice a day	●	●	●	■	■	■	●	●	
	Dabigatran Twice a day CrCl ≥50 mL/min	●	●	●	■	■	■	●	●	
	Dabigatran Twice a day CrCl <50 mL/min	●	■	■	■	■	■	●	●	

● DOAC dose taken    ● DOAC dose taken if hemostasis secured    ■ DOAC not taken

Perioperative Management of Patients Taking Direct Oral Anticoagulants - A Review  
<https://t1p.de/47cpo>  
 (nicht frei)

## ► **Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY)**

Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY-Diabetes, MODY-Syndrom) ist ein erblicher „**Erwachsenendiabetes, der im Jugendalter, meist bis zum Alter von 25 Jahren auftritt**“ (weder Typ 1 noch Typ 2) und durch genetische Defekte der Betazellfunktion gekennzeichnet ist. Die Häufigkeit wird auf 2-5 % aller Menschen mit Diabetes geschätzt.

Alles, was Sie dazu wissen wollen, ist im *Canadian Medical Association Journal* auf einer Druckseite zusammengefasst: *Young-onset type 2 diabetes* <https://t1p.de/36p0u> (frei)

## ► Frankreich verbietet Laienwerbung für Ibuprofen 400 mg

Das *arznei-telegramm* <https://www.arznei-telegramm.de/01index.php3> hat kürzlich darauf hingewiesen, dass **Werbung für frei verkäufliches Ibuprofen (400mg) in französischen Laienmedien seit dem 2. April 2024 untersagt** ist.

**arznei-telegramm**<sup>®</sup> Die Information für medizinische Fachkreise  
Neutral, unabhängig und anzeigefrei

e a-t 7/2024a  
Kurz und bündig

**Frankreich verbietet Laienwerbung für Ibuprofen 400 mg**

In Frankreich darf seit April 2024 für rezeptfreie Ibuprofen-Präparate (AKTREN FORTE u.a.) zu 400 mg nicht mehr in der breiten Öffentlichkeit (z.B. im Fernsehen) geworben werden. Hintergrund ist laut französischer Arzneimittelagentur ANSM eine in Verbindung mit häufiger Werbung und gestiegenen Verkaufszahlen beobachtete Zunahme schwerer unerwünschter Wirkungen, vor allem gastrointestinaler Blutungen und Störungen der Nierenfunktion.<sup>1</sup> Das Werbeverbot reiht sich ein in die anderen bereits getroffenen Maßnahmen der Behörde zur Verbesserung der Sicherheit des gebräuchlichen Schmerzmittels (a-t 2019; 50: 47),<sup>2,3</sup> darunter eine von der ANSM beantragte Untersuchung durch den europäischen Pharmakovigilanzausschuss PRAC. Seitdem wird in den europäischen Produktinformationen vor der Anwendung bei Fieber und Schmerzen im Rahmen einer Infektionskrankheit gewarnt: Symptome der Infektion könnten maskiert und die Diagnose und Behandlung damit verzögert werden.<sup>3-5</sup> Die französische Behörde gibt bei Fieber und Schmerzen im Rahmen von Infektionskrankheiten grundsätzlich Paracetamol (BEN-U-RON, Generika) den Vorzug.<sup>3</sup> Vorsicht ist unter anderem bei älteren Patientinnen und Patienten mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko geboten, die wegen der Gefahr kardiovaskulärer Störwirkungen auf nichtsteroidale Antirheumatika im Rahmen von Atemwegsinfekten ohnehin möglichst verzichten sollen (a-t 2017; 48: 29). Generell soll Ibuprofen in der niedrigsten wirksamen Dosis für die kürzeste Dauer zur Linderung der Symptome verwendet werden, also zuerst 200 mg für maximal drei bis vier Tage bei rezeptfreien Präparaten.<sup>5</sup>

1 ANSM: Pressemitteilung vom 08. Febr. 2024, Update 12. März 2024; <https://a-turl.de/mwuk>  
2 ANSM: Pressemitteilung vom 17. Dez. 2019; <https://a-turl.de/gshn>  
3 ANSM: Pressemitteilung vom 27. Apr. 2023; <https://a-turl.de/ejbr>  
4 EMA: PRAC recommendations on signals, 14. Apr. 2020; <https://a-turl.de/4wt6>  
5 Bayer: Fachinformation AKTREN FORTE, Stand Jan. 2024

© 2024 *arznei-telegramm*, publiziert am 5. Juli 2024  
Autor: [Redaktion \*arznei-telegramm\*](#) - [Wer wir sind und wie wir arbeiten](#)

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung des *arznei-telegramm*® gestattet.

Die Begründung können Sie dem linksstehenden Text aus dem **e a-t** entnehmen (Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Herausgebers *Wolfgang Becker-Brüser*).

## ► Atemwegsinfekt – Kochsalzspray verkürzt Krankheitsdauer

Die Wirksamkeit von nasal applizierten 0.9% NaCl-Spray bei Atemwegsinfekten (was viele betroffene Patienten sowieso schon tun) ist jetzt in einem großen, offenen RCT in 1.332 britischen Hausarztpraxen nachgewiesen worden (13.799 Patienten >18 Jahre). Die bisherigen Arbeiten zum Thema waren klein (14 Studien mit insgesamt 1.377 Teilnehmern) und methodisch oft mangelhaft.

- Primärer Endpunkt der aktuellen Studie aus dem *Lancet Respiratory Medicine* war die **Gesamtzahl der selbstberichteten Krankheitstage in sechs Monaten**. Kochsalzspray (bis zu sechsmal täglich 2 Hübe pro Nasenloch bei den ersten Infektzeichen bzw. nach entsprechender Exposition) verkürzte diese Zahl klinisch moderat, aber statistisch signifikant, im Mittel von 8.2 auf 6.4 Tage.

	Usual care (n=3451)	Gel-based spray (n=3448)	Saline spray (n=3450)	Behavioural website (n=3450)
<b>Number of days of illness due to self-reported respiratory tract illness in previous 6 months</b>				
n	1676	1587	1613	1472
Median (IQR)	10 (5-16)	7 (4-14)	7 (5-14)	8 (5-15)
Mean (SD)	15.1 (19.2)	12.0 (15.3)	11.8 (14.9)	14.2 (17.9)
<b>Number of days of illness among all participants in previous 6 months</b>				
n	2983	2935	2967	2727
Missing, n (%)	468 (13.6%)	513 (14.9%)	483 (14.0%)	723 (21.0%)
Median (IQR)	3 (0-10)	3 (0-8)	3 (0-8)	2 (0-9)
Mean (SD)	8.2 (16.1)	6.5 (12.8)	6.4 (12.4)	7.4 (14.7)
Adjusted IRR**†	1 (ref)	0.82	<b>0.81</b>	0.97
(99% CI); p value		(0.76-0.90); p<0.0001	<b>(0.74-0.88); p&lt;0.0001</b>	(0.89-1.06); p=0.46

IRR=incidence rate ratio. \*Adjusted for baseline number of days of respiratory tract infection symptoms and stratum.  
†Complete cases analysis; IRR for intervention vs usual care.

**Table 2: Primary outcome (total days of illness in previous 6 months)**

*Nasal sprays and behavioural interventions compared with usual care for acute respiratory illness in primary care* <https://t1p.de/cdr1c> (frei)

## ► Hypertonie – Blutdruckentwicklung ohne Behandlung

Autoren aus Hongkong und dem UK widmeten sich kürzlich der Frage, **wie häufig sich der Blutdruck bei unbehandelten Hypertonikern normalisiert** (<140/90 mmHg) und publizierten ihre Resultate in *eClinicalMedicine* (Lancet-Gruppe).

- Teilnehmer: 2.760 Personen (mittleres Alter 60 J; ca. 70% übergewichtig oder adipös. 2.243 mit RR 140–159/90–99 mmHg [Stadium 1]; 517 mit  $\geq 160/100$  mmHg [Stadium 2]). Der erhöhte RR war im Rahmen von zwei Kohortenstudien gemessen worden.
- Die Teilnehmer waren bislang noch nie antihypertensiv therapiert worden und nach eigenen Angaben noch nie kardiovaskulär erkrankt.
- Nachverfolgungszeit: Sechs Jahre (ohne Medikamente!).
- Die **Ergebnisse** sehen Sie in den beiden folgenden Tabellen

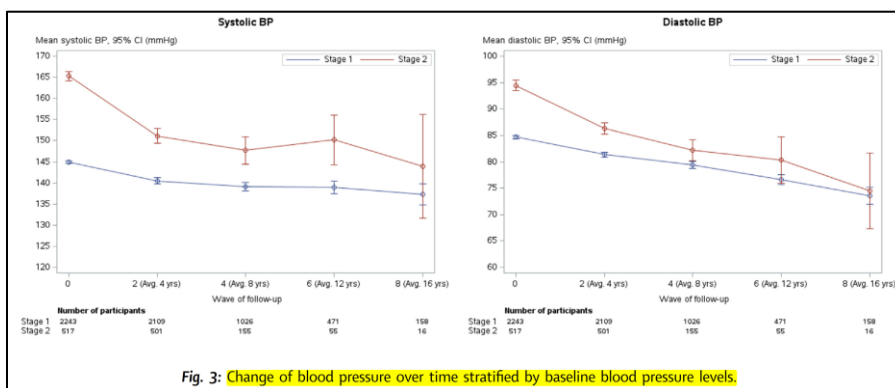


Fig. 3: Change of blood pressure over time stratified by baseline blood pressure levels.

Baseline blood pressure	Number of participants with different levels of change in <b>systolic</b> blood pressure				Mean change of systolic blood pressure (mmHg)	Number of participants with different levels of change in <b>diastolic</b> blood pressure				Mean change of diastolic blood pressure (mmHg)
	Decrease $\geq 6$ mmHg	Decrease <6 mmHg	Increase <6 mmHg	Increase $\geq 6$ mmHg		Decrease $\geq 3$ mmHg	Decrease <3 mmHg	Increase <3 mmHg	Increase $\geq 3$ mmHg	
Hypertension (n = 2760)	1439 (52.14)	377 (13.66)	253 (9.17)	691 (25.04)	-6.06*	1659 (60.11)	271 (9.82)	167 (6.05)	663 (24.02)	-5.43*
Stage 1 (n = 2243)	1095 (48.82)	313 (13.95)	227 (10.12)	608 (27.11)	-4.24*	1299 (57.91)	229 (10.21)	146 (6.51)	569 (25.37)	-4.61*
Stage 2 (n = 517)	344 (66.54)	64 (12.38)	26 (5.03)	83 (16.05)	-13.97*	360 (69.63)	42 (8.12)	21 (4.06)	94 (18.18)	-8.97*

\*p < 0.001 (paired t-test).

Table 2: Change of blood pressure from baseline to the end of follow-up.

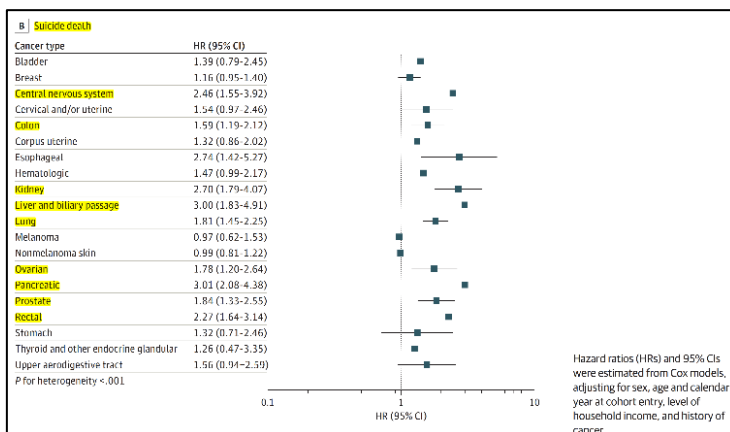
- 1.171 (42%) der Teilnehmer hatten bei der letzten Messung einen normalen Blutdruck, 52% wiesen eine RR<sub>system</sub>-Reduktion um  $\geq 6$  mmHg auf.
- Vorläufige Auswertungen zeigen, dass ein  $\rightarrow$ Nichtraucherstatus bei Aufnahme sowie die  $\rightarrow$ Erzielung eines normalen BMIs und der  $\rightarrow$ Verzicht auf Alkohol während der 6 Jahre mit einer Normalisierung des Blutdrucks assoziiert waren.

Remission to normal blood pressure in older adults with hypertension who did not receive antihypertensive medication <https://t1p.de/ws1dh> (frei)

## ► Krebskrankung – erhöhtes Suizidrisiko von Ehepartner/in!

Eine 30 Jahre (1986–2016) umfassende, dänische Kohortenstudie aus den epidemiologischen Registern des Landes (Danish National Patient Register; Danish Psychiatric Central Research Register, Danish Causes of Death Register) untersuchte 409.338 Ehepartner/innen von an Krebs Erkrankten (mittleres Alter 63 Jahre; 55.4% Frauen) mit einer Kontrollgruppe von 2.046.682 Personen, deren Ehepartner nicht an einer Tumorerkrankung litten.

- In den 30 Jahren unternahmen 2.714 Ehepartner der an Krebs Erkrankten einen **erfolglosen Suizidversuch** (Inzidenzrate *IR* 62.6 *pro 100 000 Personenjahre*), in der Vergleichsgruppe (n=9.994) betrug die Rate 50.5 pro 100 000 Personenjahre).
- Bei den „**erfolgreichen**“ **Selbstmorden** betrug die Zahlen n=711 (Inzidenzrate *IR* 16.3 pro 100 000 Personenjahre) und n=2.270 (*IR* 11.4).
- Das Risiko war im ersten Jahr der Erkrankung besonders hoch. Die *hazard ratio HR* betrug für Suizidversuche 1.45 (95% KI 1.27-1.66), für vollendete Selbstmorde 2.56 (95% KI 2.03-3.22).
- Tod durch Suizid war bei den in der folgenden Tabelle gelb markierten Tumorerkrankungen signifikant erhöht:



Suicide Attempt and Suicide Death Among Spouses of Patients With Cancer  
<https://t1p.de/lmq97> (nicht frei)- s.a. <https://www.telefonseelsorge.de>

## ► Neue Leitlinien erschienen – Gicht, Asthma, chron. KHK

- **S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Gicht** (inkl. fünf IQWiG-Berichten) *erstmalig publiziert* und am 27.8. erschienen  
<https://t1p.de/8whbb> (frei)
- **Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma**, Version 5, am 23.8. erschienen  
<https://t1p.de/0ah33> (frei)
- **Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische KHK**, Version 7, am 30.8.2024 erschienen  
<https://t1p.de/wvs43> (frei)

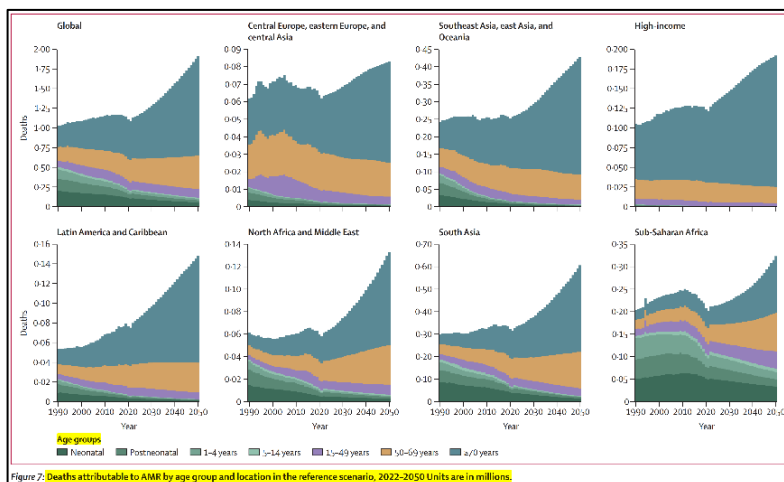
## ► Antibiotikaresistenzen – beängstigende Entwicklungen

Soeben wurde im *Lancet* eine auf bisherigen Daten (1990-2021; 204 Länder, 22 bakterielle Erreger) beruhende **Vorhersage über die Entwicklung der Antibiotikaresistenzen** veröffentlicht.

- Die Schätzung zeigt, dass sich *alleine im Jahre 2050* geschätzt 1.91 Millionen Todesfälle (95% KI 1.56–2.26) in Folge von Antibiotikaresistenzen und zusätzlich 8.22 Millionen (95% KI 6.85–9.65), die „mit Antibiotikaresistenzen

assoziiert“ sind, ereignen werden. Am stärksten betroffen sind die „Super-Regionen“ Asien, Lateinamerika und die Karibikstaaten und dort Menschen > 70 Jahren.

- Im optimalen Fall (u.a. → Eindämmung frei verfügbarer Antibiotika auf den jeweiligen Märkten, → massive Reduktion unnötiger Verordnungen, → Verfügbarkeit dringend benötigter Substanzen, → Entwicklung wirksamer Antibiotika, insbesondere gegen gram-negative Sepsis-Erreger) könnten **zwischen 2025 und 2050 ca. 92 Millionen Todesfälle vermieden** werden.



Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050, <https://t1p.de/1qxv9> (frei)

## ► Brief aus Neuseeland

Ende Februar erhielt ich unerwartet eine elektronische Nachricht von Dennis M. Döcker, einem Abonnenten der Benefits, der seit kurzem am anderen Ende der Welt, in Neuseeland, wohnt und als Allgemeinarzt praktiziert.

Dennis hat mir einen kurzen Text geschickt, aus dem ich *auszugsweise* zitiere:

*„...Die Fläche der beiden großen und über 700 kleinen Inseln im Südpazifik entspricht in etwa der von Deutschland. Mit nur gut 5 Millionen Einwohnern ist Neuseeland jedoch deutlich dünner besiedelt und im Vergleich zu Australien sehr grün (und es gibt keine giftigen Tiere). Klimatisch ist alles von subtropisch bis alpin anzutreffen - Berge, Flüsse, Seen und knapp 15.000 km Küstenlinie.*

*Eine Gemeinsamkeit mit vielen anderen Ländern dieser Erde ist der Ärztemangel, insbesondere in kleineren Städten und im ländlichen Bereich. Meine Familie und ich haben uns nach einer längeren Weltreise nicht mehr so richtig in Deutschland einleben wollen und haben vor gut einem Jahr die großartige Entscheidung getroffen, unseren Traum wahr werden zu lassen – und sind ausgewandert. Im Vorfeld gab es einige bürokratische Hürden (Sprachtest, Anerkennung, Visum etc.), aber es hat sich definitiv gelohnt. Unsere Kinder sind sehr glücklich in ihrer Schule und im Kindergarten.*

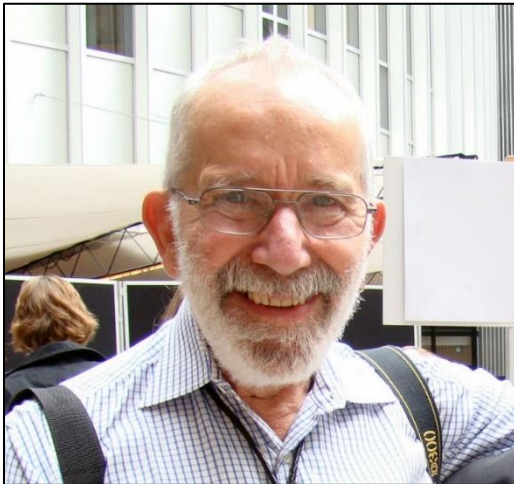
*Man kann sich hier zum Beispiel bei der Coastguard (Seenotrettung) einbringen. Für mich ist es immer wieder ein absolutes Highlight, mit den Kollegen bei Wind und Wetter auszurücken und zu helfen... Selbstverständlich ist auch in Neuseeland nicht alles perfekt. Insbesondere für mich, der vorher noch nie in einem staatlichen Gesundheitssystem gearbeitet hat, ist hier einiges neu und ungewohnt. Und natürlich haben die internationalen Entwicklungen mit Unterfinanzierung und Personalmangel auch vor Neuseeland nicht Halt gemacht. Dafür ist das Spektrum für Allgemeinärzte (General Practitioners) extrem vielseitig und spannend. Man kann und muss wirklich ein Allrounder sein und kann auch chirurgisch einiges selbst machen, was man in Deutschland u.U. überwiesen hätte.*

*Ob man für immer bleiben will oder nur für wenige Jahre: Es ist den Aufwand auf jeden Fall wert!“*

In den letzten Monaten haben ihn einige Anfragen von Auswanderungswilligen aus Deutschland erreicht, ob er nicht mit der Anerkennung der ärztlichen Unterlagen beim *Medical Council* helfen könnte. Wer an einem Kontakt interessiert ist: [dennis.doecker@googlemail.com](mailto:dennis.doecker@googlemail.com).



► **Nachruf: John Robin Warren** (\* 11. Juni 1937; † 23. Juli 2024)



John Robin Warren, australischer Pathologe, erhielt zusammen mit seinem Kollegen Barry Marshall (73) im Dezember 2005 den **Nobelpreis für Physiologie oder Medizin für die Entdeckung des Magenbakteriums *Helicobacter pylori***.

Seine spannende, von ihm selbst verfasste Lebensgeschichte findet man unter <https://t1p.de/vk9ma> (frei).

Warren starb am 23. Juli 2024 im westaustralischen Perth. Er wurde 87 Jahre alt.

► **Aus für renommierte Schweizer Zeitschriften**

„Swiss Medical Forum“, eine auch von deutschen Kolleginnen und Kollegen geschätzte, frei zugängliche Fortbildungszeitschrift, wird es künftig nicht mehr geben. Am 22. August 2024 hat der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH Foederatio Medicorum Helveticorum), die Zusammenarbeit mit dem in Basel beheimateten Schweizerischen Ärzteverlag EMH per sofort gekündigt. Betroffen ist u.a. auch „Primary and Hospital Care“, das Organ der Fachgesellschaft für Allgemeine Innere Medizin [die Facharztbezeichnung *Allgemeinmedizin* gibt es in der Schweiz nicht mehr, sie heißt dort *Allgemeine Innere Medizin* und umfasst Allgemeinmedizin & Innere Medizin].



Näheres zum Streit zwischen FMH und EMH: <https://t1p.de/pnaiz> (frei)

→ Weil wir gerade bei unserem südlichen Nachbarland sind: Ende Juni war ich zur 26. Fortbildungstagung des *Schweizer Kollegiums für Hausarztmedizin* nach *Luzern* eingeladen.

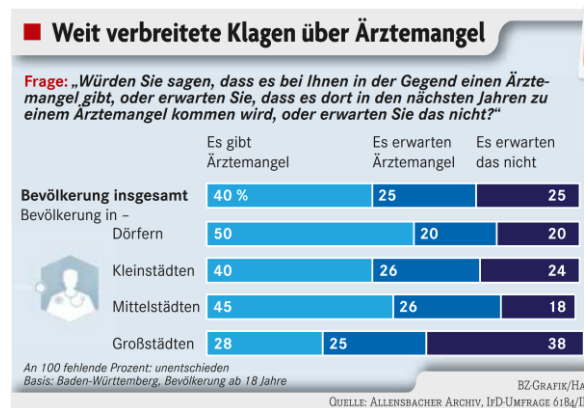
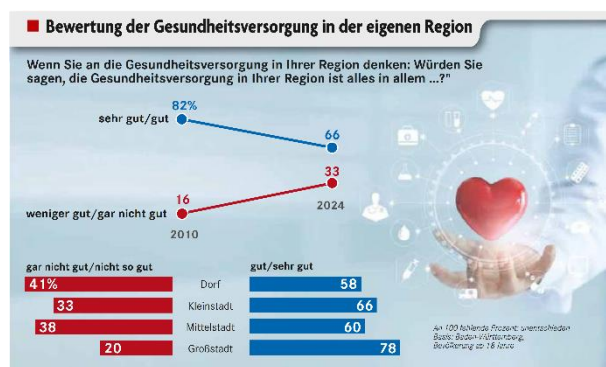


Zu meinem Erstaunen waren viele Räume und Gänge des Kongresszentrums vollgepackt mit Ständen der Arzneimittelindustrie.

*Selbst auf dem WC war man vor der überbordenden Pharmawerbung nicht sicher (wie schön!)*

► Das *Institut für Demoskopie Allensbach* führt jedes Jahr eine *repräsentative Umfrage (BaWü-Check)* für die baden-württembergischen Tageszeitungen durch:

Der soeben veröffentlichte **BaWü-Check Gesundheit** (1.010 Online-Interviews der deutschsprachigen Bevölkerung ab 18 Jahren, Befragungszeitraum 19.-28.8.2024) zeigt – im Vergleich zu früheren Untersuchungen - eine tendenziell negative Bewertung (insbesondere bei der auf dem Lande lebenden Bevölkerung).



© Badische Zeitung

► *Günther Egidis* heutiger Beitrag heißt „**Trotz Gegenwind – die Karawane zieht weiter...**“ und beschäftigt sich mit dem weiteren Schicksal des „Gesundes-Herz-Gesetz“, das bereits am 19.8. Thema seines eigenen Benefits war. **Anlage**

► *Bernd Hontschik* hat seit dem letzten Benefit am 19.6. drei Beiträge publiziert, darunter die Kolumne für die FR – diese (vom 29.6.) habe ich ausgewählt. Sie trägt den Titel „**Mutlose an der Macht**“ und behandelt den **§ 218** **Anlage**

Herzliche Grüße

Michael M. Kochen

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

Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen  
<https://generalpractice.umg.eu/team/>

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg  
<https://www.uniklinik-freiburg.de/allgemeinmedizin.html>

AG Infektiologie und Leitliniengruppe Neues Coronavirus, DEGAM

Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft  
<https://t1p.de/6ykb8>

Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

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

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

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

Bei Adressänderungen:

- Neue Adresse: [mmk-benefits-subscribe@gwdg.de](mailto:mmk-benefits-subscribe@gwdg.de)
- Alte Adresse: [mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de](mailto:mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de)

**Die Wiedergabe der durch Copyright geschützten Benefits in Zeitschriften, Portalen und ähnlichen Foren (elektronisch oder Print) erfordert in jedem Falle eine vorherige schriftliche Genehmigung durch den Autor.**