

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

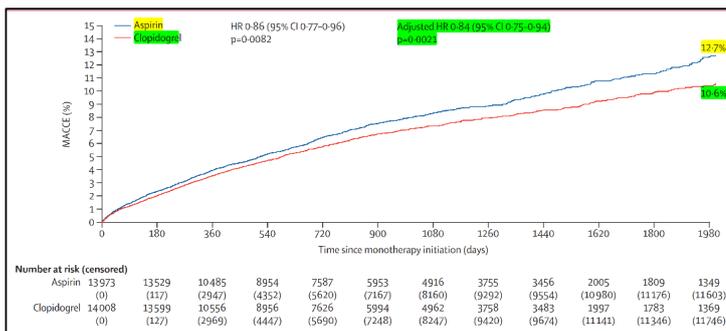
► Sekundärprävention der KHK: Ist Clopidogrel besser als ASS?

Etlliche Studien haben in den letzten Monaten überprüft, **ob die bisherige Routine, ASS als Sekundärprophylaxe bei KHK bzw. nach perkutaner Koronarintervention einzusetzen, noch als Standard gelten kann.**

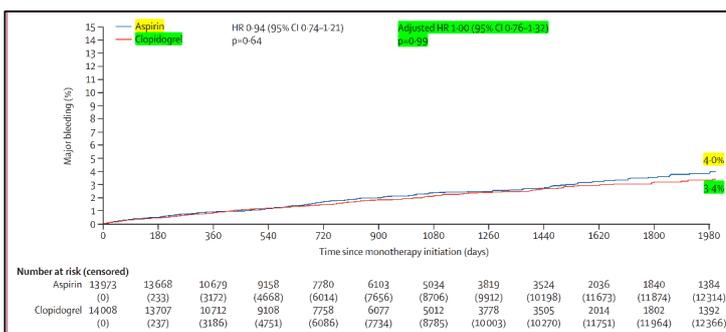
Vor wenigen Tagen hat ein multinationales Autorenteam im *Lancet* einen **systematischen Review mit Metaanalyse individueller Patientendaten** zu dieser Frage publiziert.

- Die Autoren suchten in den Datenbanken PubMed, Scopus, Web of Science und Embase alle verfügbaren RCTs, in denen Clopidogrel mit Acetylsalicylsäure (ASS) als Monotherapien bei Patienten mit KHK verglichen wurden. Die meisten Studienteilnehmer hatten sich einer perkutanen Koronarintervention unterzogen oder litten an einem akuten Koronarsyndrom.
- Die Verfasser fanden sieben RCTs mit insgesamt 28.982 Patienten, von denen 14.507 Clopidogrel und 14.475 ASS erhielten.
- Primäre Endpunkte waren für die → **Wirksamkeit**: Eine Zusammensetzung aus kardiovaskulärem Tod, Myokardinfarkt oder Schlaganfall („**MACCE**“); für die → **Sicherheit**: Schwere Blutungen.
 - ▷ Nach 5.5 Jahren war MACCE bei Patienten, die Clopidogrel einnahmen (929 Ereignisse; 2.61 pro 100 Patientenjahre), signifikant seltener eingetreten als bei denen, die ASS nahmen (1062 Ereignisse; 2.99 pro 100 Patientenjahre). Hazard ratio 0.86 (95% KI 0.77-0.96); p=0.0082.
 - ▷ Mortalität bzw. schwere Blutungen: *Keine signifikanten Unterschiede.*

Die folgenden zwei Abbildungen stellen die Unterschiede grafisch dar.



Primärer Wirksamkeits-Endpunkt
(zusammengesetzt aus kardiovaskulärem Tod, Myokardinfarkt, oder Schlaganfall)

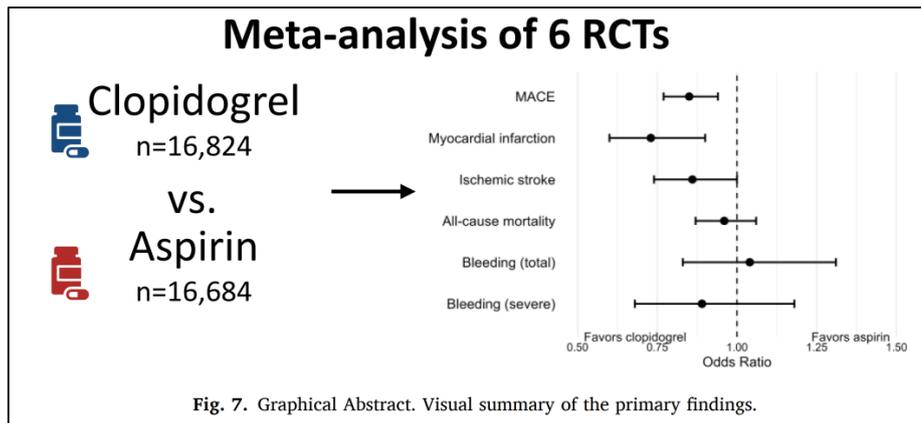


Primärer Sicherheits-Endpunkt (schwere Blutung)

Clopidogrel versus aspirin for secondary prevention of coronary artery disease: a systematic review and individual patient data meta-analysis <https://t1p.de/ycqae> (nicht frei).

Fast zeitgleich erschien in der Zeitschrift *Artherosclerosis* ein Systematischer Review mit Metaanalyse von österreichischen Autoren:

- Die Arbeit mit sechs eingeschlossenen RCTs und insgesamt 33.508 Patienten zeigte praktisch identische Ergebnisse.



Antiplatelet therapy with clopidogrel versus aspirin in atherosclerotic cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis <https://t1p.de/nq58p> (nicht frei).

Quintessenz: Nach den aktuell vorliegenden Daten ist in der Sekundärprophylaxe der KHK (z.B. akutes Koronarsyndrom; Z.n. perkutaner Koronarintervention) **Clopidogrel der Acetylsalicylsäure überlegen, ohne dass das Blutungsrisiko erhöht ist.**

► Wirksamkeitsrechner für medikamentöse Blutdrucksenkung

Ein internationales Team von Autoren hat kürzlich im *Lancet* einen systematischen Review mit Metaanalyse publiziert, der sich der **Frage** widmete, **welche Wirksamkeit verschiedene Antihypertensiva alleine oder in Kombination haben**. Die Studie umfasste nicht weniger als 484 RCTs mit 104.176 Teilnehmern (mittleres Alter 54 Jahre, 55% Männer; systolischer Ausgangsblutdruck 154/100 mm Hg).

- Stichwortartig hier nur einige wenige Ergebnisse:
 - ▷ Eine Monotherapie verminderte den systolischen Blutdruck *durchschnittlich* um 8.7 mm Hg,
 - ▷ eine Zweifachtherapie um 14.9 mm Hg (jeweils in Standarddosierung).
- Aus den Daten der eingeschlossenen Studien berechneten die Autoren ein
 - Modell für die **Intensität der antihypertensiven Wirksamkeit**
 - ▷ bei 79% von 57 Arzneimitteln zur Monotherapie wurde sie als niedrig, bei 58% von 189 Zweifachkombinationen als moderat und bei 11% als hochwirksam eingeschätzt (siehe auch die nachfolgende Tabelle mit fünf ausgewählten Substanzen).

		None	Losartan		Lisinopril		Metoprolol	
Hydrochlorothiazide	Amlodipine	0 mg	50 mg	100 mg	10 mg	20 mg	50 mg	100 mg
0 mg	0 mg		7 (6-8)	8 (7-9)	7 (6-8)	10 (7-11)	7 (5-8)	7 (6-8)
0 mg	5 mg	9 (8-10)	15 (13-16)	16 (14-17)	15 (13-16)	18 (15-19)	15 (13-16)	15 (14-17)
0 mg	10 mg	12 (10-15)	18 (15-19)	19 (16-21)	18 (16-20)	21 (17-22)	18 (16-20)	18 (16-21)
12.5 mg	0 mg	6 (5-7)	12 (11-13)	13 (12-14)	12 (11-13)	15 (13-16)	12 (11-13)	12 (11-14)
12.5 mg	5 mg	14 (13-15)	19 (17-20)	20 (18-21)	20 (18-21)	22 (19-24)	19 (17-21)	20 (17-21)
12.5 mg	10 mg	17 (15-19)	22 (19-24)	23 (20-25)	22 (20-24)	25 (21-27)	22 (19-24)	22 (19-24)
25 mg	0 mg	8 (7-9)	14 (12-15)	15 (13-16)	14 (12-15)	17 (15-18)	14 (12-15)	14 (12-15)
25 mg	5 mg	16 (14-17)	21 (19-22)	22 (19-23)	21 (19-22)	24 (21-25)	21 (19-22)	21 (18-23)
25 mg	10 mg	19 (17-21)	23 (20-25)	24 (21-26)	24 (21-25)	26 (22-28)	23 (20-25)	23 (20-25)

Efficacy
■ Low intensity ■ Moderate intensity ■ High intensity

Figure 4: Predicted reductions in systolic blood pressure for different combinations of five antihypertensives at different doses as single, dual, or triple therapy for a baseline systolic blood pressure of 154 mm Hg

Blood pressure-lowering efficacy of antihypertensive drugs and their combinations: a systematic review and meta-analysis of randomised, double-blind, placebo-controlled trials <https://t1p.de/kou35> (nicht frei)

So interessant die Lektüre der Arbeit ist - für die tägliche Praxis scheint mir wichtiger, dass **aus diesen Daten ein frei verfügbarer Wirksamkeitsrechner konstruiert** wurde, der so aussieht:

Systolic BP		Diastolic BP	
Baseline (mmHg)	Avg. reduction (mmHg)	Baseline (mmHg)	Avg. reduction (mmHg)
130	11	80	5
140	14	85	7
150	18	90	8
160	21	95	10
170	25	100	11
180	29	105	13

- Alle verfügbaren Arzneimittel sowie sämtliche Tagesdosierungen sind schon vorgegeben und können durch einen Klick auf den Pfeil verändert werden.
- Linker Teil der Seite: Hier habe ich probeweise drei Medikamente in den Rechner eingegeben: Losartan (50mg), Amlodipin (5mg) und Hydrochlorothiazid (12.5mg). Nach Anklicken des **blau eingerahmten Feldes „Calculate Predicted Efficacy“** sehen Sie dann im rechten Teil der Abbildung die geschätzte Wirksamkeit der gewählten Kombination auf den angenommenen Ausgangs-Blutdruck von 154/100 mg Hg (im gewählten Fall resultiert eine *moderate Wirksamkeit*).
- Erhöht man – bei gleichbleibender Dosis von HCT - die Tagesdosis von Amlodipin auf 10mg *oder* die von Losartan auf 100mg, verändert sich die Effektivität von moderat auf intensiv.
- Ausprobieren!

Blood Pressure Treatment Efficacy Calculator <https://t1p.de/owqyk> (frei).

► **Martha´s Rule - das Recht auf eine zweite Meinung**

Der Begriff „**Martha´s Rule**“ geht auf ein Ereignis aus dem Jahre 2021 zurück. Am 26. Juli 2021 wurde Martha Mills, ein 13-jähriges Mädchen, nach einem Fahrradsturz mit Verletzung des Pankreas auf eine Normalstation des *King´s College Hospital* in London eingeliefert.

Ihre Eltern beobachteten bei dem Kind bereits nach wenigen Tagen eine Verschlechterung seines Zustandes (u.a. hohes Fieber, Tachykardie, Durchfälle, niedriger Blutdruck) und informierten mehrmals die behandelnden Ärzte. Die aber versicherten, alles sei in bester Ordnung. Selbst nachdem Blutungen und ein ominöser Hautausschlag aufgetreten waren, hielt der diensthabende *Consultant*, Prof. Richard Thompson (*in den Medien des UK werden Namen meist voll ausgeschrieben*), eine Verlegung der jungen Patientin nicht für notwendig. **Martha starb 35 Tage nach ihrer Einlieferung (wenige Tage nach der dann doch erfolgten Verlegung auf die Intensivstation) am septischen Schock.**

- Der Fall wurde nur deswegen bekannt, weil die Eltern des Mädchens bekannte Journalisten sind: Die Mutter *Merope Mills*, ist Herausgeberin des Samstagmagazin der renommierten Tageszeitung *The Guardian*, der Vater, *Paul Laity*, Schriftsteller und einer der Herausgeber der *London Review of Books*.
- Ein von den Eltern veranlasstes gerichtsmedizinisches Gutachten stellte ein Jahr nach Marthas Tod unmissverständlich fest, dass die rechtzeitige Verlegung auf eine Intensivstation das Leben des Kindes gerettet hätte. Ein Gericht befand Prof. Thompson zwar für schuldig, weitere Konsequenzen blieben jedoch aus. Bemerkenswert ist, dass die Klinik nach dem Gutachten den Schuldspruch klaglos akzeptierte und keine Revision beantragte.
- Im Mai 2024, fast drei Jahre nach dem Ereignis, führte die zuständige Behörde *Martha´s Rule* probeweise in 143 Akut-Krankenhäusern in sieben Regionen des Landes ein, um zu prüfen, wie gut oder schlecht sich die folgenden Regeln im Alltag bewährten:
 - ▷ Mindestens einmal täglich wird in der Akte die Aussage von Patienten dokumentiert, ob es ihnen besser oder schlechter geht. Sollte es dem Patienten schlechter gehen und wird vor Ort nicht angemessen auf die vorgebrachten Sorgen eingegangen, kann ein anderes Team angefordert werden, das die Situation überprüft.
 - ▷ Diese „Eskalation“ kann sowohl durch das pflegerische und ärztliche Personal, als auch durch die Patienten und deren Angehörige ausgelöst werden. Für letztere wurde eine landesweite Telefonnummer eingerichtet, über die man um Hilfe bitten kann.
 - ▷ Die Regeln werden in allen Akut-Krankenhäusern und in den Medien bekannt gegeben.

Im Juli 2025, zwei Jahre nach der probeweisen Einführung, wurden Zahlen publiziert, die vermuten lassen, dass die Maßnahmen wirken:

- *Martha´s Rule* wurde in den „Erprobungs-Kliniken“ vom September 2024 bis Juni 2025 4.906 Mal aktiviert – in 71.9% der Fälle durch Angehörige.
- 2.132 der Anrufe (43%) bezogen sich auf eine akute Verschlechterung der betroffenen Patienten. In 241 Fällen wurde eine potentiell lebensrettende Änderung der Behandlung eingeleitet (n=93 sofortige Verlegung auf eine Intensivstation; n=49 Verlegung in ein Krankenhaus der Maximalversorgung).
- In 720 Fällen wurden neue Medikamente (oft Antibiotika gegen bakterielle Infektionen) eingesetzt oder zusätzliche diagnostische Maßnahmen veranlasst.

Seit Anfang September ist Martha´s Rule in jedem britischen Akut-Krankenhaus etabliert (inkl. Kinderkliniken, Neugeborenen-Stationen und psychiatrische Abteilungen). Die Versorgungsdaten werden monatlich veröffentlicht und sind für jedermann zugänglich.

Martha´s Rule <https://www.enland.nhs.uk/patient-safety/marthas-rule/> (frei)

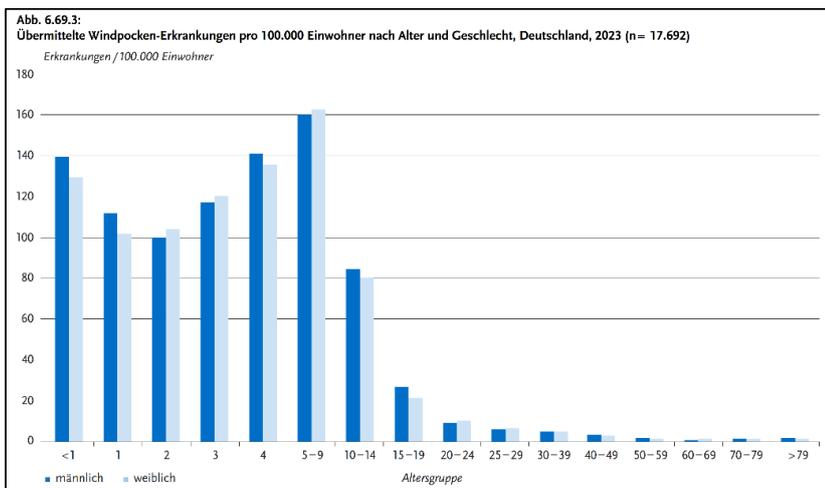
► Ihre Diagnose?

Die folgenden Fotos *aus dem New England Journal of Medicine* (<https://t1p.de/ai81d> [nicht frei]) stammen von einem bislang gesunden, 44 Jahre alten Mann, der seit 4 Tagen über einen juckenden Ausschlag und seit 2 Tagen über Fieber und Krankheitsgefühl klagt.



Im rechten Foto sehen Sie unterschiedlich ausgeprägte Bläschen-Stadien – wer sich noch an prominente Merksätze aus dem Studium erinnert, dem fällt der Begriff „Sternenhimmel“ und die **Diagnose Windpocken** ein.

- Die (meldepflichtige) Infektion wird durch das *Varicella-zoster-Virus* ausgelöst und trägt nicht umsonst den Beinamen „Kinderkrankheit“, weil sie durch ihre extrem hohe Kontagiösität über 90 von 100 empfänglichen Personen ansteckt (Kontagionsindex nahe 1,0). Vor der allgemeinen Impfpflicht gab es in Deutschland bis zu 750.000 Erkrankungen pro Jahr (die allermeisten Kinder hatten die Erkrankung schon im Schulalter durchgemacht). Die Inkubationszeit der Varizellen beträgt 14 – 16, max. 8 – 21 Tage.
- **Windpocken können aber** (selten, s. folgende Abbildung) **auch bei Erwachsenen vorkommen und sind hier häufiger mit Komplikationen assoziiert** (am häufigsten, in ca. 20%, mit der Varizellen-Pneumonie. Selten sind neurologische Erkrankungen wie aseptische Meningitis, Enzephalitis, Myelitis transversa oder ein Guillain-Barré-Syndrom).
- Die Abbildung (neueste Daten 2023) zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung in Deutschland. **Von n=17.692 Erkrankten waren >65% ungeimpft** <https://t1p.de/7pbh2> (frei).



Weitere Details (u.a. zu Inkubationsimpfung und postexpositionellen Prophylaxe durch passive Immunisierung) in dem **am 19.9. aktualisierten RKI-Ratgeber** <https://t1p.de/zsmf> (frei).

► Postoperatives Delir (Durchgangssyndrom) bei Älteren

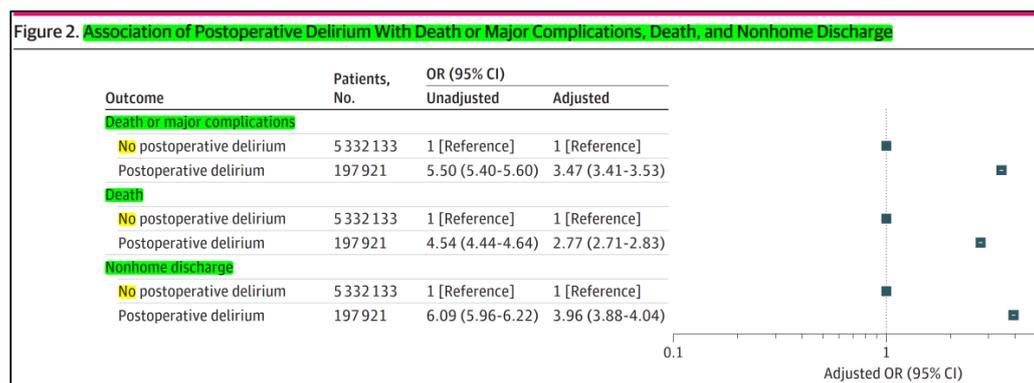
Als postoperatives Delir - früher meist *Durchgangssyndrom* genannt - wird eine häufig, aber nicht immer, reversible Phase von Agitation, Verwirrtheit und Bewusstseinsstörungen vorwiegend bei älteren Patienten bezeichnet. Dabei kann es vorkommen, dass Patienten Katheter und Drainagen gewaltsam entfernen oder zum Beispiel aus einem ungesicherten Bett fallen.

Die Häufigkeit wird auf 25% geschätzt.

▷ *Ich erinnere mich an meinen eigenen Vater, der im Alter von fast 80 Jahren wegen eines Verwachsungs-Ileus akut operiert werden musste. In der chirurgischen Abteilung des Münchner Universitäts-Klinikums r. d. Isar lag er postoperativ in einem **Bett ohne Seitengitter**. Mitten in der Nacht stieg er aus dem Bett, stürzte ungeschützt auf den Boden und brach sich dabei einen Brustwirbel. Im abschließenden Arztbrief hieß es wörtlich: Unkomplizierter Verlauf...*

US-amerikanische Autoren aus der *University of Rochester School of Medicine* (New York State) haben jetzt eine retrospektive Kohortenstudie zum Thema publiziert. Retrospektiv (potentiell fehleranfällig), aber umfangreich...

- Untersucht wurden 5.530.054 stationäre Patienten (mittleres Alter 74.7 Jahre; 57.2% Frauen) in 3.169 Krankenhäusern, die sich von 2017 – 2020 einem nichtkardialen chirurgischen Eingriff unterzogen.
- Bei diesen Zahlen muss man wissen, dass rund 40% aller in den USA operierten Patienten über 65 Jahre alt sind und die Folgekosten des postoperativen Delirs für das ganze Land zwischen 26 und 42 Milliarden US\$ liegen.
- Wie die folgende Abbildung aus der Studie zeigt, lag im Vergleich mit den Patienten ohne Delir die **Mortalität um den Faktor 2.77 höher** [95% KI 2.71-2.83; $P < .001$].
- Auch andere Endpunkte wie z.B. die Verlegung in ein Pflegeheim statt nach Hause (*nonhome discharge*) waren signifikant erhöht.



Postoperative Delirium in Older Adults Undergoing Noncardiac Surgery <https://t1p.de/q5uep> (frei).

► Über die Segnungen der KI

Künstliche Intelligenz (insbesondere sog. *Große Sprachmodelle* [Large Language Models, **LLM**] wie ChatGPT, die Texte analysieren und verstehen, kohärente Antworten generieren und sprachbezogene Aufgaben ausführen können) kommt zunehmend auch bei der **Abfassung von wissenschaftlichen Arbeiten** zum Tragen.

- Eine Veröffentlichung in einer renommierten Zeitschrift schätzt, dass allein im Jahre 2024 13.5% aller Abstracts in der Datenbank PubMed mit Hilfe von LLMs verfasst wurden (*Delving into LLM-assisted writing in biomedical publications through excess vocabulary* <https://t1p.de/nt97j> [frei]).

Studierende trainieren offenbar schon fleißig... Ende Juli berichtete die *Tageszeitung taz* <https://taz.de/> (deren Texte – im Gegensatz zu vielen anderen seriösen Blättern – jederzeit online frei verfügbar sind) über eine **„neue Ära des Studierens“ – mit Hilfe Künstlicher Intelligenz.**

- *Martin Wan*, Projektleiter der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) beim Hochschulforum Digitalisierung, wird mit der Aussage zitiert: *„Ein KI-Modell kann bestenfalls Daten zusammenfassen, wobei ich selbst da skeptisch bin. Wenn es heißt, ein KI-Modell fasst Informationen eines Textes zusammen, dann fasst es diese in der Regel nicht analytisch verstehend zusammen, sondern es kürzt bzw. verkürzt sie algorithmisch.“* Wer hätte das gedacht...
- Im Artikel kommt auch ein Student der TU München zu Wort, der anonym bleiben möchte. Zitat:

„Ich habe keinen Satz selber geschrieben in meiner Bachelorarbeit.“ Er habe aber natürlich selbst die inhaltlichen Überlegungen gemacht, Literatursichtung mal ausgenommen, da habe ihm auch eine KI geholfen. Dafür hat er seine Stichpunkte der KI gegeben und gesagt: **„Paraphasiere mir das mal in einem scientific Ton.“**

Angesichts dieser Entwicklungen könnte man fortgeschrittenen Studierenden der Medizin folgenden Rat für ihre spätere ärztliche Tätigkeit geben (nur so ´ne Idee von mir):

- Wenn Sie vor einem Patienten mit Brustschmerzen stehen, geben Sie wortlos den Begriff *„Brustschmerz“* sowie Alter und Geschlecht des Patienten in eines der populären KI-Portale ein.
- Das sofort verfügbare Ergebnis drucken Sie dann zusammen mit einer Einweisung aus. Auf letztere schreiben Sie **„zum Beispiel Herz/Lunge“**.
- Danach geben Sie beide Blätter dem Betroffenen in die Hand und sagen ihm **„Gehen Sie (zu Fuß) ins nächste Krankenhaus“**.
- Am Tag danach rufen Sie im Krankenhaus an und erkundigen sich, ob der Patient in der Klinik angekommen ist und noch lebt. Falls ja: Glückwunsch! Falls nein: Pech gehabt.

Über 90 Prozent der Studierenden nutzen im Studium KI. Experten und Beteiligte streiten, ob das der Lehre und dem Lernen hilft oder schadet <https://t1p.de/kfx29> (frei).

► S3-Leitlinie Fiebermanagement bei Kindern und Jugendlichen

Im Mai dieses Jahres wurde zum ersten Mal eine **S3-Leitlinie zum Thema „Fiebermanagement bei Kindern und Jugendlichen“** publiziert.

Hier kommen einige wenige Empfehlungen für Kinder ab einem Jahr und Jugendliche [die meisten Hausärztinnen und Hausärzte betreuen keine Neugeborenen und Säuglinge]:

- Wenn nach korrekter Messung Fieber besteht, sollte dieses immer im Zusammenhang mit dem Allgemeinzustand, Wohlbefinden, den Warnzeichen sowie der Unsicherheit und Sorge der Bezugspersonen interpretiert werden.
 - ▷ **Warnzeichen** sind insbesondere Bewusstseinsstörungen, Berührungsempfindlichkeit, starke Schmerzen, schrilles Schreien, Hauteinblutungen (nicht-wegdrückbarer Hautausschlag), Austrocknung, sehr schnelles Atmen, Rekapillarierungszeit über 3 Sekunden, sehr blasse, graue oder blaue Haut, ein schwerkrankes Kind oder Fieberdauer länger als 3 Tage.
- Bei zuvor gesunden fiebernden Kindern/Jugendlichen gibt es **keine Indikation, das Fieber aufgrund der Höhe der Temperatur zu senken.**
- **Fiebersenkende Medikamente verhindern Fieberkrämpfe nicht** und sollen nicht speziell für diesen Zweck eingesetzt werden. Keine prophylaktische Gabe von fiebersenkenden Medikamenten bei Impfungen.
- **Das Ansprechen auf Antipyretika korreliert nicht mit der Schwere oder Ätiologie von Infektionskrankheiten (viral oder bakteriell)** und sollte deshalb nicht zu dieser Unterscheidung eingesetzt werden.
- Kinder und Jugendliche sollten mindestens einen Tag fit und fieberfrei sein, bevor sie wieder den Kindergarten oder die Schule besuchen.

S3-Leitlinie Fiebermanagement bei Kindern und Jugendlichen <https://t1p.de/a0nkt> (frei).

► Leise Erinnerung: Risiken von NSAR

Das australische Drug Bulletin *Australian Prescriber* bringt in seiner neuesten Ausgabe eine lesenswerte **Übersicht über Nutzen und Risiken des Einsatzes nichtsteroidaler Antirheumatika** als Schmerzmittel. Aus der Arbeit stammt die folgende Tabelle für die **unterschiedlichen gastrointestinalen und kardialen Risiken** der verfügbaren Substanzen:

Table 2 Relative gastrointestinal and cardiovascular risk from individual nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)

	Gastrointestinal risk ^{21,22}	Cardiovascular risk ^{23,25-26}
High risk	piroxicam ketorolac high-dose aspirin (when used as an anti-inflammatory)	etoricoxib ketorolac
Moderate risk	naproxen indometacin mefenamic acid	ibuprofen diclofenac meloxicam indometacin mefenamic acid high-dose aspirin (when used as an anti-inflammatory)
Low risk	meloxicam diclofenac parecoxib etoricoxib	parecoxib piroxicam
Very low risk	ibuprofen celecoxib (lowest)	celecoxib naproxen (lowest)

Choosing a nonsteroidal anti-inflammatory drug for pain <https://t1p.de/kcc5s> (frei).

► Evidenzrecherche: Was, wenn PubMed & ClinicalTrials ausfallen?

Vermutlich nutzen nicht wenige der Benefit-Abonnentinnen und -abonnenten für die Suche nach wissenschaftlicher Literatur bislang frei verfügbare US-amerikanische Informationsquellen wie die bibliografische Datenbank **PubMed** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) oder das Studienregister **ClinicalTrials.gov** (<https://clinicaltrials.gov/>).

Die gegenwärtige US-Administration unter ihrem glorreichen Präsidenten Donald J. Trump und seinem Gesundheitsminister, dem abgedrifteten Desinformator Robert F. Kennedy Jr., hat bei den zuständigen Institutionen schon jetzt erhebliche finanzielle Kürzungen und Personalentlassungen durchgesetzt und droht, diese Maßnahmen auszuweiten – mit möglichen Folgen auch für Deutschland.

Thomas Kaiser, der Leiter des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) hat in einem mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (**G-BA**) und *Cochrane Deutschland* abgestimmten Papier (12.8.2025) dazu Stellung genommen, **wie wissenschaftliche Informationsbeschaffung bei einem Ausfall der genannten Datenbanken funktionieren könnte**.



„ Es gilt, die Recherche nach medizinischer Evidenz zu sichern – unabhängig von politischen Veränderungen.
Wir wollen vorbereitet sein für den Fall der Fälle und gegebenenfalls einen Plan B in der Tasche haben. Natürlich hoffen wir alle, dass es nicht so weit kommt.“

Thomas Kaiser, Leiter des IQWiG 8/2025

„Das vorliegende Dokument soll Unterstützung bieten, falls der Zugriff auf diese beiden Angebote nicht mehr möglich sein sollte“.

Das Papier ist frei verfügbar unter <https://t1p.de/rv3bj>.

► Der hohe Preis der Wohnungslosigkeit

Wohnungslose Menschen in Ländern mit hohem Einkommen (früher sagte man noch „westliche Industriestaaten“, diese geographische Definition ist aber überholt) haben eine Mortalität, die bis zu 12-mal höher ist als die der Allgemeinbevölkerung.

Die Situation unterscheidet sich allerdings von Land zu Land:

- Eine Studie aus den USA (2015 – 2019) zeigt, dass die Gesamtsterblichkeit 2.8-mal, die Mortalität durch Drogenkonsum aber 35-mal höher liegt.
- Im Deutschen Ärzteblatt sind mehrfach Arbeiten zum Thema erschienen (u.a. eine lesenswerte systematische Übersichtsarbeit von Hanna Kaduszkiewicz et al. aus dem Jahre 2017: „Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen“ <https://t1p.de/v7g8e> [frei]).

Dänische Autoren legen jetzt eine **nationale Kohortenstudie von 6.286.512 Personen (Alter 17 – 100 Jahre)** vor, die zwischen Januar 2002 und Dezember 2020 in Dänemark lebten. Wie schon mehrfach in den Benefits erwähnt ist Dänemark eine Art von „Paradies“ für epidemiologische Untersuchungen, da das

Land über zahlreiche landesweite Register verfügt, auf die Wissenschaftler zugreifen können – im vorliegenden Fall auf das allgemeine Personenregister, das Register für Wohnungslosigkeit und das Sterberegister.

- Unter den 6.286.512 Bewohnern hatten während des Untersuchungszeitraums 58.376 (0.9%) Menschen mindestens einmal Kontakt mit einer Wohnungslosenunterkunft.
- Die Gesamtmortalität dieser Gruppe betrug 240.3, die der Allgemeinbevölkerung hingegen nur 117.8 pro 10.000 Personenjahre.
- Wie die folgende, nach Geschlechtern eingeteilte, tabellarische Darstellung zeigt, führen *unbeabsichtigte Verletzungen, Suizide, andere psychiatrische Erkrankungen, sowie gastroenterologische und Infektionskrankheiten* zum höchsten Verlust an Lebensjahren.

	Males				Females			
	Homeless, life-years lost (%)*	General population, life-years lost (%)*	Excess life-years lost† (95% CI)‡	Percentage of total life-years lost*	Homeless, life-years lost (%)*	General population, life-years lost (%)*	Excess life-years lost† (95% CI)‡	Percentage of total life-years lost*
External	6.2 (16.6%)	1.0 (4.7%)	5.2 (5.0 to 5.5)	32.7%	4.4 (13.3%)	0.6 (3.4%)	3.9 (3.5 to 4.2)	25.5%
Suicide	1.4 (3.7%)	0.4 (1.9%)	1.1 (1.0 to 1.2)	6.9%	1.2 (3.6%)	0.1 (0.6%)	1.1 (0.9 to 1.3)	7.2%
Unintentional injuries	4.0 (10.7%)	0.6 (2.8%)	3.4 (3.2 to 3.6)	21.4%	2.7 (8.1%)	0.4 (2.2%)	2.3 (2.0 to 2.6)	15.0%
Other external causes	0.8 (2.1%)	0.1 (0.5%)	0.7 (0.6 to 0.8)	4.4%	0.5 (1.5%)	0.0 (0.0%)	0.5 (0.4 to 0.6)	3.3%
Psychiatric disorders	6.2 (16.6%)	1.0 (4.7%)	5.2 (4.9 to 5.4)	32.7%	4.6 (13.9%)	0.9 (5.0%)	3.8 (3.3 to 4.2)	24.8%
Diseases of the liver and digestive system	4.6 (12.3%)	1.0 (4.7%)	3.6 (3.3 to 3.8)	22.6%	4.3 (13.0%)	0.8 (4.5%)	3.5 (3.1 to 3.9)	22.9%
Infectious disease	3.5 (9.4%)	2.0 (9.3%)	1.5 (1.3 to 1.7)	9.4%	3.5 (10.5%)	1.7 (9.5%)	1.8 (1.4 to 2.3)	11.8%
Respiratory disease	2.9 (7.8%)	2.0 (9.3%)	0.9 (0.7 to 1.1)	5.7%	4.2 (12.7%)	2.0 (11.2%)	2.3 (1.8 to 2.8)	15.0%
Diabetes	0.9 (2.4%)	0.8 (3.7%)	0.2 (0.0 to 0.3)	1.3%	0.9 (2.7%)	0.6 (3.4%)	0.3 (0.1 to 0.6)	2.0%
Heart disease	3.3 (8.8%)	3.5 (16.4%)	-0.2 (-0.4 to 0.0)	-1.3%	1.9 (5.7%)	2.4 (13.4%)	-0.5 (-0.8 to -0.1)	-3.3%
Circulatory conditions	0.5 (1.3%)	0.5 (2.3%)	-0.1 (-0.2 to 0.0)	-0.6%	0.5 (1.5%)	0.4 (2.2%)	0.1 (-0.0 to 0.4)	0.7%
Nervous system disease	0.6 (1.6%)	0.7 (3.3%)	-0.1 (-0.2 to 0.0)	-0.6%	0.3 (0.9%)	0.7 (3.9%)	-0.4 (-0.5 to -0.3)	-2.6%
Cerebrovascular disease	1.1 (2.9%)	1.2 (5.6%)	-0.1 (-0.3 to 0.0)	-0.6%	1.0 (3.0%)	1.2 (6.7%)	-0.2 (-0.5 to 0.0)	-1.3%
Cancer	5.3 (14.2%)	6.5 (30.4%)	-1.2 (-1.5 to -0.9)	-7.5%	5.3 (16.0%)	5.8 (32.4%)	-0.5 (-1.0 to 0.1)	-3.3%
Other	0.7 (1.9%)	0.3 (1.4%)	0.4 (0.3 to 0.5)	2.5%	0.9 (2.7%)	0.3 (1.7%)	0.6 (0.4 to 0.8)	3.9%
Ill-defined symptoms	1.6 (4.3%)	0.8 (3.7%)	0.8 (0.6 to 0.9)	5.0%	1.3 (3.9%)	0.7 (3.9%)	0.7 (0.4 to 1.0)	4.6%
Total life-years lost	37.4 (100%)	21.4 (100%)	15.9 (15.8 to 16.2)	100%	33.2 (100%)	17.9 (100%)	15.3 (14.8 to 15.7)	100%

Definitions and ICD-10 codes for causes of death can be found in the appendix (p.1). *Not summing up to 100 because of rounding. †Minus indicates more loss of life-years in people from the general population than in people experiencing homelessness. ‡95% CIs based on 1000 bootstrap iterations.

Table 1: Distribution of life-years lost by cause of death in people experiencing homelessness and in the general population aged 17–100 years stratified by sex, 2002–20

Life-years lost in people experiencing homelessness and other high-risk groups in Denmark: a population-based, register-based, cohort study <https://t1p.de/xlr13> (frei).

Die Beiträge der anderen Kollegen

▶ **Günther Egidi**

- ▷ „Blutdruckpillen morgens – oder abends?“ [Anlage](#)

▶ **Bernd Hontschik**

- ▷ „Einschnitte - Argumente für ein 'Sondervermögen Sozialstaat'“ [Anlage](#)

▶ **Florian Stigler (Golden Nuggets)**

- ▷ „Ist Intervallfasten besser? Ein neuer BMJ-Review sagt Nein“ [Anlage](#)

Herzliche Grüße

Michael M. Kochen

(Informationen u.a. zum kostenlosen Bezug der Benefits auf der nächsten Seite)

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

Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen

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

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

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

a.o. Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

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

Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

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

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

- **Anmelden** im Benefit-Verteiler: mmk-benefits-subscribe@gwdg.de
- **Abmelden** im Benefit-Verteiler: mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de

Bei Adressänderungen:

- Neue Adresse: mmk-benefits-subscribe@gwdg.de
- Alte Adresse: mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de

Frühere Benefits: <https://family-medicine.org/de/mmk-benefits/>

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

Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

In der Verteiler-Datenbank der MMK-Benefits sind ausschließlich e-mail-Adressen (und keine weiteren persönlichen Daten) gespeichert. Sie haben das Recht, jederzeit ohne Angabe von Gründen, dieser Speicherung zu widersprechen und die Löschung Ihrer e-mail-Adresse zu beantragen (mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de).

Blutdruckpillen morgens – oder abends?

In der evidenzbasierten Medizin hat es sich etabliert, sich nicht mit der Messung von so genannten Surrogatparametern zufrieden zu geben, sondern die Beeinflussung klinisch relevanter Parameter wie Sterblichkeit, Herzinfarkt- oder Frakturrate zu fordern.

Ein klassisches Beispiel, warum das Eine nicht notwendig mit dem Anderen zu tun haben muss, ist die Fluorid-Behandlung bei Osteoporose (wie z.B. in diesem Ärzteblatt-Artikel von 1998 gefordert: <https://tinyurl.com/3bkp2v6t>). Fluoride erhöhen sehr zuverlässig den Surrogatparameter Knochendichte – senken aber nicht, wie man schon in dieser randomisierten Studie (<https://tinyurl.com/55p39jva>) 1990 lesen konnte, die Frakturrate. Ja, die Häufigkeit nichtvertebraler Frakturen nimmt unter Fluorid-Einnahme sogar zu, weswegen die Empfehlung zu Gunsten einer Fluorid-Therapie schon lange aus den Leitlinien verschwunden ist.

Die Senkung des Blutdrucks (ab der Lebensmitte ist v.a. die Senkung des systolischen Blutdrucks relevant) gilt dagegen als ein recht valider Surrogatparameter für das Eintreten kardiovaskulärer Ereignisse, v.a. für Schlaganfälle.

Allerdings legen die Ergebnisse der großen US-amerikanischen ALLHAT-Studie (<https://tinyurl.com/3rwm57n9>) die Schlussfolgerung nahe, dass nicht alle Antihypertensiva gleich wirksam sind. Beispielsweise gehören Thiazide mit zur ersten Wahl, Alphablocker wie Doxazosin sollten dagegen nach Möglichkeit vermieden werden.

Jetzt fragen wir uns vielleicht (oder unsere Patient*innen), WANN am Tag die Antihypertensiva eingenommen werden sollten. Die Studienlage zu dieser recht einfachen Frage ist übersichtlich.

- Zunächst gibt es einen frisch erschienenen systematischen Review mit Metaanalyse aus 56 randomisierten Studien (doi: 10.1007/s40256-025-00731-2) zum Thema Chronotherapie der Hypertonie. Die Quintessenz dieser Arbeit: „*Chronotherapy for hypertension may not be completely ineffective*“. Wenn man die umstrittenen Resultate der im Folgenden erwähnten HYGIA-Studie (s.u.) nicht berücksichtigte, blieb ein geringer Vorteil der Abendgabe hinsichtlich der Blutdrucksenkung bei adipösen Menschen. Diese Aussage ist dadurch eingeschränkt, dass zum Einen nur Blutdruckwerte und nicht klinische Ereignisse als Endpunkt untersucht wurden – und zum Anderen sämtliche eingeschlossenen Studien nicht verblindet waren.
- Im Jahr 2019 erschien die spanische HYGIA-Studie (<https://tinyurl.com/3v9c9t83>). 19.084 Patient*innen mit

Bluthochdruck (mittels Langzeit-RR gesichert) nahmen ihre gesamte antihypertensive Tagesdosis zur Schlafenszeit ein – oder morgens gleich nach dem Aufstehen. Nach durchschnittlich 6,3 Jahren war es zu 1.752 kardiovaskulären Ereignissen gekommen. Bei abendlicher Einnahme der Tabletten trat der kardiovaskuläre Sammelendpunkt relativ um 45% seltener auf (HR 0,55; 95%-CI 0,50-0,61). Die abendliche Einnahme war auch bei allen Einzelendpunkten überlegen.

Die Patient*innen waren im Durchschnitt 60,5 Jahre alt, die Studie war nicht verblindet. Zu den Ausschlusskriterien zählten u.a. Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, Niereninsuffizienz, höhergradige Retinopathie und Schichtarbeit.

Die HYGIA-Studie wurde methodisch massiv kritisiert (<https://tinyurl.com/ycx35s76>): U.a. wurde bezweifelt, ob es technisch überhaupt möglich war, bei fast 20.000 Patient*innen 48 Stunden dauernde automatische Blutdruckmessungen zu gewährleisten. Zu Beginn der Studie lag der Blutdruck durchschnittlich bei 131/77 mm Hg lag – ein erheblicher Teil der Teilnehmenden hatte also gar keine Hypertonie (eine getrennte Auswertung von Personen mit und ohne Hypertonie wurde nicht berichtet). Der o.g. große Unterschied bei den kardiovaskulären Ereignissen soll also bei einer nur um 1,3/0,9 mm Hg unterschiedlichen Blutdrucksenkung zustande gekommen sein?

- Drei Jahre nach HYGIA wurde die etwas größere britische TIME-Studie veröffentlicht (<https://tinyurl.com/35ey5vch>). 21.104 Erwachsene mit Bluthochdruck und mindestens einem Antihypertensivum wurden randomisiert. Das mittlere Alter lag bei 65,1 Jahre Jahren, 13% waren kardiovaskulär krank. Personen, die im Schichtdienst arbeiteten, wurden ausgeschlossen, ebenso solche, die auf mehrere Tagesdosen ihrer Antihypertensiva angewiesen waren.

Die Proband*innen wurden aufgefordert, ihre Blutdruckpillen zwischen 6 und 10 morgens oder zwischen 20 und 24 Uhr abends einzunehmen.

Primärer Sammelendpunkt waren vaskulärer Tod oder Hospitalisierung wegen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Die Studie lief 5,2 Jahre.

Bei abendlicher Einnahme verließen 5,0% der Proband*innen die Studie und waren nicht mehr auszuwerten, bei morgendlicher Einnahme 3%. 39,0 vs. 22,5% waren „nicht adhärenz zur Studienmedikation“.

Den primären Endpunkt erreichten 3,4% vs 3,7%/ bezogen auf 100 Pat-Jahre (HR 0,95; 95%-CI 0,83-1,10). Beide Gruppen unterschieden sich somit nicht signifikant.

Bei abendlicher Einnahme traten etwas weniger (21,1 vs. 22,2%, $p=0,048$) Stürze auf.

Auch die TIME-Studie war nicht verblindet.

- Die bis dahin erschienenen Studien zur „Chronotherapie“ einer Hypertonie wurden bereits vor zwei Jahren metaanalytisch zusammengefasst (<https://tinyurl.com/2ez862nx>). In diesem syst. Review wurden kardiovaskuläre Ereignisse durch eine abendliche Dosis der Blutdruck-Tabletten nur numerisch aber nicht signifikant gesenkt (OR 0,68; 95%-CI 0,46-1,01). Wurde bei der Metaanalyse die umstrittene HYGIA-Studie nicht berücksichtigt, blieb gar kein Vorteil einer abendlichen Einnahme mehr übrig.
- Im Jahr 2025 erschien nun die in 436 kanadischen Hausarztpraxen durchgeführte, unverblindete BedMed-Studie (doi:10.1001/jama.2025.4390): 3.357 Patient*innen mit Hypertonie nahmen ihre Antihypertensiva abends oder morgens ein. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden lag bei 67 Jahren. Begleiterkrankungen wie Schlafapnoe (22,5 vs. 20,3% der Teilnehmenden), KHK (10,3 vs. 12,3%), Niereninsuffizienz (7,1 vs. 7,7%), Schlaganfall (4,5%) und Herzinsuffizienz (1,7 vs. 1,9%) waren nicht ausgeschlossen worden. 54% der Teilnehmenden nahmen ein, Antihypertensivum, 35% zwei, 10% drei und 2% vier und mehr Antihypertensiva ein.
Zu den Ausschlusskriterien gehörten: Schichtarbeit, Glaukom (das kann sich bei nächtlicher Hypotonie verschlechtern) und Versorgung in einem Pflegeheim.
Nach durchschnittlich 4,6 Jahren ereignete sich der Sammelendpunkt aus Tod und/oder Notfallbehandlung wegen kardiovaskulärer Erkrankungen in 2,3 vs. 2,4/100 Patient*innen-Jahren (Abend- vs. Morgen-Einnahme).
Es fand sich kein Unterschied bei Stürzen, Frakturen, neuen Glaukom-Diagnosen oder kognitivem Abbau nach 18 Monaten.
Dieselbe Autor*innengruppe untersuchte auch 776 Patient*innen in 13 kanadischen Pflegeheimen zu Unterschieden der morgendlichen vs. einer abendlichen Einnahme von Antihypertensiva (<https://tinyurl.com/8pm2msxu>). Die Patient*innen waren im Schnitt 88 Jahre alt, 72,4% waren Frauen, 85,6% hatten kognitive Einschränkungen/Demenz.
Nach durchschnittlich 415 Tagen ereignete sich der primäre Outcome in 320 Fällen, darunter waren 293 Todesfälle (bei 88-Jährigen nicht überraschend). Bei abendlicher vs. Einnahme am Morgen kam es zu 29,4 vs. 31,5 Ereignissen/100 Pat-Jahre (HR 0,88; 95%-CI 0,71-1,11) – kein signifikanter Unterschied, auch nicht bei den einzelnen kardiovaskulären Endpunkten. Es kam nur zu weniger Notfallbehandlungen bei Abendeinnahme (22,6 vs.

30,0/100 Pat-Jahre, HR 0,74; 95%-CI 0,57-0,96; p=0,02).
Frakturen (2,3 vs. 2,6/100 Pat-Jahre), Stürze im letzten Monat
(15,4 vs. 15,9), Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Widerstand gegen die
Pflege) (14,5 vs. 12,4; n.s.) und Verschlechterung der Kognition
(9,3 vs. 10,3) unterschieden sich nicht signifikant.

Was können wir aus den genannten Studien schließen?

- ⇒ Die Adhärenz zur antihypertensiven Therapie ist bei abendlicher Einnahme deutlich schlechter (<https://tinyurl.com/5efpb8ec>).
- ⇒ Ansonsten ist es weitgehend egal, ob Blutdrucktabletten morgens oder abends genommen werden. Wir sollten es unseren Patient*innen selbst überlassen, ob sie eher morgens oder abends daran denken, ihre Blutdruck-Tablette(n) zu nehmen.
- ⇒ Bei übergewichtigen Menschen mit Hypertonie könnte es sein, dass eine abendliche Einnahme ihrer Antihypertensiva den nachts automatisch gemessenen Blutdruck stärker senkt – wir wissen aber nicht, ob dies klinisch vorteilhaft ist.
- ⇒ Die abendliche Einnahme ist möglicherweise mit geringfügig weniger Stürzen assoziiert.

XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Wiederholt habe ich mich kritisch mit der elektronischen Patient*innenakte (ePA) auseinandergesetzt. Eines der Argumente für ihren Einsatz ist der Hinweis darauf, dass durch die ePA eine bessere Übersicht über die laufende Medikation entstehe und Medikationsfehler damit wirksam vermieden werden könnten.

Als eine Art „defensive Folgsamkeit“ hat sich im e-mail-Forum „allgemeinmedizinischer Listserver“ (<https://www.degam.de/im-dialog>) die Haltung vieler Hausarzt*innen etabliert, das Honorar für die Befüllung der ePA zwar „mitzunehmen“, aber sich dabei auf das Einstellen des Bundesweiten Medikationsplans (BMP) zu beschränken.

Im Journal „KVH Aktuell“ der hessischen KV (<https://www.kvhaktuell.de/>) hat sich PD Nils von Hentig kritisch mit dem Argument beschäftigt, ob die ePA tatsächlich zur Vermeidung von Medikationsfehlern beitragen könne: <https://tinyurl.com/54myau3y>

In seinen „Streitschriften“ (<https://tinyurl.com/yyu4n5ee>) beschäftigt sich auch der Kölner Hausarzt Stefan Streit kritisch mit der ePA.

So weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) im Deutschen Ärzteblatt darauf hin, dass die ärztliche Aufklärung vor einer

Dateneinstellung in die ePA bei psychischen Erkrankungen „mündlich oder per Aushang erfolgen (könne).“ Dazu stelle sie einen entsprechenden Aushang bereit.

„Die Befüllung der ePA findet jedoch in einem immer komplizierter werdenden juristisch-politischen Umfeld statt:

Die Politik forderte bereits nach dem Attentat von Magdeburg ein Register und den Zugriff auf Daten von psychisch kranken Menschen zur Einschätzung der individuellen Gefährdung.

Im Gegensatz zur ärztlichen Behandlungsakte, die sich im Gewahrsam der Praxis befindet, kann die elektronische Patientenakte (ePA) beschlagnahmt werden.

Weil die Daten in der elektronische Patientenakte (ePA) keinem Beschlagnahmeschutz unterliegen, können sie im Gerichtsverfahren als Beweismittel verwendet und zukünftig ggf. von Behörden zur Gefährdungsanalyse herangezogen werden.

Es bestehen erhebliche Zweifel, dass mit einem Posteraushang den gesetzlichen Anforderungen an eine ärztliche Aufklärung genüge getan sein könnte.“

Herzliche Grüße

Ihr Dr. med. Günther Egidi

guenther.egidi@posteo.de

(... der den folgenden Kolleg*innen dafür dankt, dass sie kritisch seinen Text durchgearbeitet haben, um Fehler zu identifizieren und zu beseitigen: Sabine Gehrke-Beck, Mara Eberl, Bernhard Lache, Jan-Hendrik Oltrogge, Guido Schmiemann)

Einschnitte

Argumente für ein „Sondervermögen Sozialstaat“

Jüngst fielen im Wahlkampf in Nordrhein-Westfalen harte Worte. "Wir können uns dieses System, das wir heute so haben, einfach nicht mehr leisten", sagte der CDU-Chef und Kanzler Friedrich Merz auf dem nordrhein-westfälischen Landesparteitag der Christdemokraten in Bonn. Da fragt man sich sogleich, warum wir uns „dieses System“ jahrzehntelang leisten konnten, und jetzt plötzlich nicht mehr. Was ist passiert? "Das wird schmerzhafteste Einschnitte bedeuten", erklärte Merz. Zwar seien Kranken-, Pflege und Rentenversicherung "die großen Errungenschaften unseres Sozialstaates", aber damit diese nicht verloren gehen, leistungsfähig bleiben und nicht überfordert seien, müsse auch die Eigenverantwortung stärker werden, denn der deutsche Sozialstaat sei „nicht mehr finanzierbar“. Kein Tag vergeht inzwischen, an dem nicht aufgeregt die Unfinanzierbarkeit unseres Sozialsystems behauptet wird.

Ist die Diskussion erst so weit eskaliert, so wird an dieser Stelle seit Jahren regelmäßig und immer wieder die gleiche Karte gezogen und als Trumpf eingesetzt, von immer den gleichen Akteuren. Zuerst ist da die CDU zu nennen, gleich darauf tönen die „Wirtschaftsweisen“ in das gleiche Horn, und die vielen Arbeitgeberorganisationen vervollständigen das Orchester: Eigenbeteiligung!

Erste Frage: Warum sind die Ausgaben plötzlich so hoch,



nicht mehr bezahlbar? Das hat viele Gründe. Ein Hauptgrund sind die versicherungsfremden Leistungen. Dieser nirgends exakt

definierte Begriff umschreibt Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen, die nachträglich zu ihrem eigentlichen Auftrag hinzugefügt wurden, wie zum Beispiel Leistungen der Prävention und Krankheitsverhütung. Auch Gesundheitskampagnen, Aufklärungsmaßnahmen und infrastrukturelle Maßnahmen zur Modernisierung von Gesundheitseinrichtungen sind ohne Zweifel wichtig, aber keine originären Leistungen einer Gesetzlichen Krankenkasse, denn sie sind keine Absicherung eines gesundheitlichen Schadensfalles. Sie gehören zu den Aufgaben staatlicher Daseinsvorsorge. Was hat denn eine Krankenkasse mit dem Aufbau der

Telematik-Infrastruktur zu tun? Wieso müssen die Gesetzlichen Krankenkassen mehr als 90 Prozent der Kosten tragen, die durch die Lauterbachsche „Krankenhausrevolution“ entstehen? Warum müssen Krankenkassen für die Refinanzierung der Krankenhauskosten bezahlen, wo dies doch allein Ländersache ist? Warum müssen Krankenkassen einen Zuschuss zum Bürgergeld leisten? Gleiches gilt für die Digitalisierung des Gesundheitswesens oder die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften. Die Liste ließe sich immer weiter fortsetzen, aber diese Art von Kosten haben alle eines gemeinsam: Es handelt sich um Kernaufgaben des Staates im sozialen Bereich, die aus dem Steueraufkommen finanziert werden müssten. In einem Gutachten werden versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 59,8 Mrd. Euro identifiziert. Diese Summe entspricht bei Versicherten mit durchschnittlichem Einkommen einer versicherungsfremden Belastung von circa 750 Euro im Jahr.

Zum anderen muss man fragen, wofür wir eigentlich 94 gesetzliche Krankenkassen brauchen. 1970 waren es noch knapp zweitausend! Krankenkassen sind keine Wirtschaftsbetriebe, sie haben keinen Gewinn zu erwirtschaften und sie haben in ihrem gesetzlichen Auftrag keinerlei Konkurrenz zueinander. Eine Krankenkasse wäre genug, 94 Krankenkassen sind reine Verschwendung.

Wenn unser Bundeskanzler öffentlich behauptet, dass ein großer Teil der hohen Kosten im Gesundheitswesen dadurch entstünde, dass die Deutschen mit im Schnitt zehn Arztbesuchen pro Kopf und Jahr einen „einsamen europäischen Rekord“ aufstellten, dann macht er damit deutlich, dass er vom Gesundheitswesen nichts versteht. Die Anzahl der Arztbesuche kann nicht europäisch verglichen werden, denn die verschiedenen Gesundheitssysteme in Europa haben völlig verschiedene Versorgungswege. Beispiele: In den Niederlanden braucht es für eine Krankmeldung oder ein Wiederholungsrezept keinen Arztbesuch, denn das wird in Sozialzentren geregelt. In Schweden regeln qualifizierte Pflegepersonen die Versorgung, auch den Zugang zu ärztlicher Versorgung.

Nichts spricht gegen eine Überprüfung der Ausgaben der Sozialversicherungen. Wem da aber nur die „Eigenbeteiligung“ einfällt, der will das System auf Kosten der Beitragszahlen gesundstoßen. Stattdessen könnte man doch über ein „Sondervermögen Sozialstaat“ nachdenken.

Der Sozialstaat war bezahlbar, ist bezahlbar und wird bezahlbar bleiben. Man muss es aber auch wollen.

Ist Intervallfasten besser? Ein neuer BMJ-Review sagt Nein.

Ein [systematischer Review](#) im *BMJ* vom Juni 2025 kommt zu dem Schluss, dass Intervallfasten einer traditionellen kalorienreduzierten Diät zur Gewichtsreduktion nicht überlegen ist.

Der Review

Die umfassende Übersichtsarbeit analysierte **99 RCTs** mit **6.582** Erwachsenen (medianer BMI 31, medianes Alter 45). Es wurden vier populäre Diätformen mit einer uneingeschränkten („ad-libitum“) Ernährung verglichen:

- **Alternierendes Fasten** (ein Tag mit, ein Tag ohne Einschränkungen)
- **Ganztägiges Fasten** (ein oder zwei Tage pro Woche Einschränkungen)
- **Zeitliche Einschränkungen** (Essensfenster von 4-10 Stunden pro Tag)
- **Kontinuierliche Kalorienrestriktion** (klassische kalorienreduzierte Diät)

Klinische Kernaussagen

- **Kein Wundermittel:** Keine der Diätformen (einschließlich der kalorienreduzierten Diät) führte zu einem „klinisch relevanten“ Gewichtsverlust, meist [definiert](#) mit 5% des Körpergewichts.
- **Ein knapper Sieger:** Nur das alternierende Fasten führte zu einem geringfügig höheren Gewichtsverlust als eine klassische kalorienreduzierte Diät (-1,3 kg). Dieser Unterschied ist zwar statistisch signifikant, aber klinisch nicht bedeutsam.
- **Jo-Jo Effekt:** Die Autoren schlussfolgerten, „die Erfolge aller Diätstrategien gingen in länger andauernden Studien verloren.“ Eine universelle Herausforderung aller Interventionen zur Gewichtsabnahme.
- **Limitationen:** Während die inkludierte Evidenz als moderat-bis-hoch eingestuft wird (GRADE), waren die Studien kurz (Median: 12 Wochen) und fast 90% der Teilnehmenden hatten Vorerkrankungen. Daher bleiben Langzeiteffekte und Wirkung bei gesunden Personen unklar.

Gewichtsabnahme mit vier Diäten
(Vergleichsgruppe: keine Diät)



Klinisches Fazit

Intervallfasten ist beliebt, erzielt aber – wie andere Diäten – meist keinen klinisch relevanten Gewichtsverlust. Meine Empfehlung für Patientengespräche:

1. **Als eine Option kommunizieren.** Intervallfasten kann für manche Patienten hilfreich sein, es ist aber kein Allheilmittel und nicht grundsätzlich besser als andere Diäten.
2. **Fokus auf Was statt Wann.** Die Qualität der Ernährung ist deutlich relevanter (und evidenzbasierter) als das Timing. Insbesondere die mediterrane Ernährung ist nachweislich für die kardiovaskuläre Primär- und Sekundärprävention hochwirksam ([NEJM 2018](#), [Lancet 2022](#)). Deshalb sollte jede Diät auf gesunden Lebensmitteln basieren.

Wenn das nützlich war, könnte auch mein Artikel über [evidenzbasierte Strategien zur Gewichtsabnahme](#) (und warum sie meist scheitern) interessant sein.

P.S. Übrigens werde ich auf der WONCA World Conference in Lissabon sein und freue mich über Austausch - für einen Kaffee einfach ein E-Mail schreiben!

Um diesen Newsletter regelmäßig zu erhalten, hier klicken:

[Anmeldung:](#)

[„Golden Nuggets der Allgemeinmedizin“](#)

Der Newsletter von & für Allgemeinmediziner.
Spannend, praktisch, evidenzbasiert & kurz.
Kostenlos & ohne Industrie-Finanzierung.



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

Anmeldung: family-medicine.org