Schöne neue Welt: Geht das kommerzielle Geschäftsmodell der Altenpflege zu Ende?

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

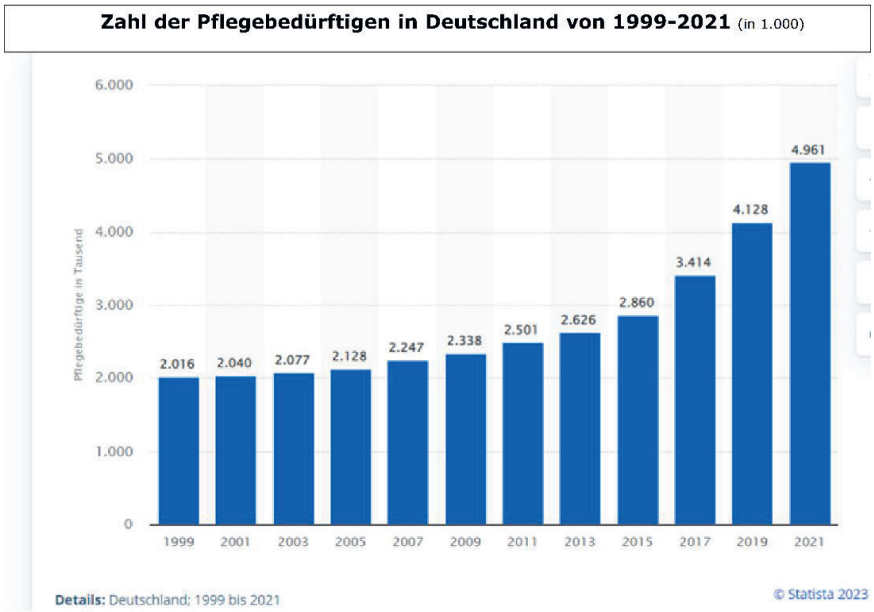
vor fast genau vier Jahren, im Mai 2019, schrieb ich ein Benefit mit dem Titel „***Der Pflegeskandal***". Ich möchte Ihnen heute zeigen, dass sich nicht nur in den vier Jahren, sondern im Grunde seit fast dreißig Jahren an der grundlegenden Misere nichts geändert hat. Leider ist zu befürchten, dass das auf absehbare Zeit so bleiben wird…

Im Text von 2019 habe ich den Journalisten und SPIEGEL-Autor Ulrich Fichtner zitiert, der 2018 in einer Titelgeschichte des Magazins („*Am Ende aller Kräfte*") Folgendes schrieb:

„Bis dahin (1994) war die Pflege Sache der Kommunen, sie planten den Bedarf, organisierten gemeinsam mit kirchlichen und gemeinnützigen Organisationen, das Angebot an Heimen und ambulanten Diensten und bekamen das Geld dafür aus den Landeskassen. Die ***Blüm-Reform*** *nahm den Staat als Planer aus dem Spiel und übereignete die Pflege – dem Geist der damaligen Zeit gehorchend – den Kräften des Marktes…" Fichtner hat noch mehr gesagt – das können Sie am Ende dieses Punktes lesen.*

Wie ist der Stand heute?

- die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich in Deutschland von 1999 - 2021 von zwei auf knapp fünf Millionen erhöht (letzte verfügbare Zahlen des Statistischen Bundesamtes). Nach Schätzungen soll diese Zahl durch die wachsende Zahl Älterer bis 2035 auf 5.6 Millionen steigen.



Lag die durchschnittliche Pflegequote in der deutschen Bevölkerung 2001 noch bei 2.5%, beträgt sie aktuell 6% (ca. 11% bei über 75-Jährigen und ca. 71% bei über 90-Jährigen; Rainer Radtke, Statista). In Deutschland gibt es aktuell (noch) 16.750 Pflegeheime (922.000 Plätze) und 15.376 ambulante Pflegedienste.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

- ***Die Pflege alter und/oder kranker Menschen in Deutschland beruht weitgehend auf den Leistungen der (meist weiblichen) Familienangehörigen***: Vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden rund 922.000 Menschen, *gut vier Millionen zu Hause*. Von diesen vier Millionen bezieht ¼ *häusliche Pflege auch durch ambulante Pflegedienste (oft Privatagenturen)*.
- *Mit steigendem Pflegegrad wächst der Anteil der Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden*. Doch ***selbst unter denjenigen, die den höchsten Pflegegrad 5 hatten, werden noch 51,4 % zu Hause versorgt***.

Die folgende, vielen Leserinnen und Lesern der Benefits wahrscheinlich gut bekannte, Tabelle zeigt, dass der maximale Betrag des ausgezahlten Pflegegeldes 901 Euro beträgt. Eine wahrlich stolze Summe…

Pflegegrad:	1	2	3	4	5
Pflegegeld	-	316 €	545 €	729 €	901 €

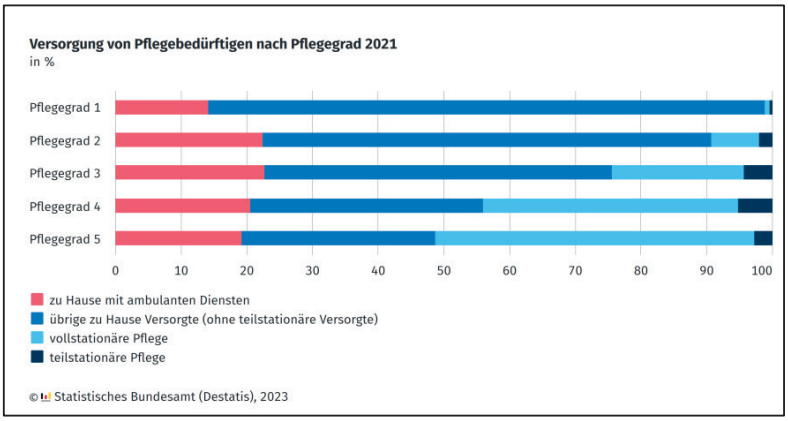
Personen mit Pflegegrad 1 erhalten kein Pflegegeld. Die Zusatzleistungen können Sie einer etwas umfangreichen Tabelle entnehmen https://t1p.de/x57tl).

Im Gegensatz dazu zahlt die Pflegekasse (ab Pflegegrad 2) folgende monatliche Leistungen an das Pflegeheim:

- ▷ Pflegegrad 2 = 770 Euro
- ▷ Pflegegrad 3 = 1.262 Euro
- ▷ Pflegegrad 4 = 1.775 Euro
- ▷ Pflegegrad 5 = 2.005 Euro

Details zu der Berechnung von Pflegegraden bei der Verbraucherzentrale unter https://t1p.de/9kw69.

- ***Und wer zahlt den Rest? Die Heimbewohnerinnen und -bewohner***: Dank der *fehlkonstruierten* Pflegeversicherung (eingeführt 1995 durch Minister „Die-Rente-ist-sicher" Norbert Blüm; s. Zitate Ulrich Fichtner am Anfang und am Ende dieses Punktes) steigt deren *Eigenanteil* kontinuierlich - z.Zt. beträgt er durchschnittlich 2.400 Euro/Monat. Da sich die durchschnittliche *Rente* z.Zt. auf 1.300 €/Monat, das durchschnittliche *Einkommen* auf 1.700 €/Monat beläuft, ist *ein Drittel aller Pflegebedürftigen auf staatliche Zuschüsse angewiesen* … nachdem zuvor Kontoauszüge, Rentenbescheide, Besitzverhältnisse *und das Einkommen der Kinder* detailliert geprüft wurden.



Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

Die Bundesregierung möchte nun die Pflegeversicherung „reformieren"

Reform der Pflegeversicherung (Gesetzentwurf des BMG https://t1p.de/m9c7e; *„Koalitionskompromiss in letzter Minute"* (23.5.) https://t1p.de/n99wm.

Ab 1. Juli 2023

- Der allgemeine Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird um 0,35 % auf 3.4% angehoben – bringt Mehreinnahmen von rund 6,6 Mrd. Euro/Jahr.
- Der Beitragssatz wird nach der Kinderzahl differenziert (Bundesverfassungsgericht vom 7.4.2022). Eltern zahlen dann ab dem 1. Kind einen Beitragssatz von 3.4%, Kinderlose 4%. Ab 2-5 Kindern wird der Beitrag *während der Erziehungsphase bis zum 25. Lebensjahr* um 0,25 Beitragssatzpunkte pro Kind abgesenkt.

Ab 24. Januar 2024:

- Das Pflegegeld (für die *häusliche* Pflege) wird um 4,5% erhöht.
- Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden um 4,5% angehoben.
- Pflege*unterstützungsgeld* kann von Angehörigen künftig ***pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person*** in Anspruch genommen werden (ist also nicht mehr beschränkt auf *einmalig insgesamt zehn Arbeitstage*).
- Die Zuschläge der Pflegekasse an die Pflegebedürftigen *in vollstationären Pflegeeinrichtungen* werden erhöht
  - bei 0 - 12 Monaten Verweildauer von 5% auf 15%,
  - bei 13 - 24 Monaten von 25% auf 30%,
  - bei 25 - 36 Monaten von 45% auf 50 %
  - bei mehr als 36 Monaten von 70% auf 75%.
- Zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 werden die Geld- und Sachleistungen in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert.
- Die Regeln zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden „neu strukturiert".

- ***Just zu diesem Zeitpunkt gehen in Deutschland reihenweise - auch große, meist börsennotierte - Bettenkonzerne pleite*** (und dazu noch etliche Häuser von Wohlfahrtsverbänden): ▶ 2022 verschwanden 142 Heime und 431 Pflegedienststandorte vom Markt. ▶ Von Januar bis März 2023 wurden ca. 200 Insolvenzen gemeldet.
- Eine der gravierendsten Folgen: Viele alten Heimbewohnerinnen stehen vor einem regelrechten Unterkunfts-Desaster.

Die wichtigsten Gründe für diese Entwicklung:

- Erheblicher Mangel an Fachkräften (derzeitiger Fehlbestand n=18.000).
- Bürokratische Hindernisse bei der Anwerbung ausländischer Kolleginnen, monatelange Wartezeiten in Botschaften/Konsulaten (die Bundesminister Heil und Baerbock planen aktuell, Pflegekräfte aus Brasilien anzuwerben).
- Inflation und hohe Zinsen (Strom, Heizung, Lebensmittel werden immer teurer; Bankenkredite werden zunehmend restriktiv gehandhabt).
- Nur „nebenbei": Pflegekräfte werden immer noch zu schlecht bezahlt.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

„***In diesen Wochen wird der Pflegemarkt von einer Pleitewelle überrollt**, die Experten fassungslos macht*", schreiben SPIEGEL-Redakteurinnen in einer gut recherchierten Analyse Anfang Mai. Der Artikel endet mit der Aussage:

„Jene Arbeitsteilung, auf die sich die moderne Gesellschaft über Jahre eingestellt hat (erwerbstätige Erwachsene suchen professionelle Anbieter, die sich um die Älteren kümmern) gerät an ihre Grenzen".

- ***Leider ist zu befürchten, dass die weitgehende Profitorientierung der Pflege in Deutschland weder durch die Pläne der Bundesregierung noch durch die momentane Pleitewelle endet.***

- Eine würdevolle Altenpflege erfordert aus meiner Sicht zu allererst ▶ ***Gemeinwohlorientierung***. Dazu könnte u.a. beitragen:
  - ▷ Verbot des Aufkaufs von Pflegeheimen und ärztlichen Praxen (!) durch profitorientierte, oft börsennotierte Investmentgesellschaften.
  - ▷ Einzahlung *aller* Bürgerinnen und Bürger in eine *gemeinsame* Kranken- und Pflegeversicherung.
  - ▷ Beitragsstaffelung nach Einkommensverhältnissen.
  - ▷ Rechtsanspruch für jedermann auf einen Pflegeplatz (u.U. im Grundgesetz verankert).
  - ▷ *Deutliche* Erhöhung des Pflegegeldes an pflegende Angehörige.
  - ▷ *„Von Nachbarn lernen"* (z.B. Pflegesysteme im internationalen Vergleich *„Pflegereport 2020* https://t1p.de/qyz12).

  Weiterführende Texte zu diesem Thema (alle frei verfügbar)

  - ▷ *„Gewinn first – warum renditehungrige Investoren unseren Sozialstaat ausbeuten dürfen"*, Stern https://t1p.de/9pbb;
  - ▷ *„Das Milliardengeschäft Altenpflege"*, Tagespiegel https://t1p.de/7echn;
  - ▷ *„Wie private Investoren Profit aus der Altenpflege schlagen"*, Der Standard (Wien) https://t1p.de/g3q9n.
  - ▷ *„Gute Pflege für alle, jetzt!"*, TAZ https://taz.de/Die-These/!5792346/

- Um hier alle denkbaren ***alternativen Organisationsformen der Pflege*** anzusprechen, fehlt der Platz. Interessierte können sich aber – ohne Anspruch auf Vollständigkeit - verschiedene Modelle online ansehen, z.B.
  - ▷ Wohngemeinschaften https://t1p.de/yemm3;
  - ▷ Pflegedörfer https://t1p.de/nxsa9; oder die
  - ▷ Unterbringung im Ausland https://t1p.de/2w11m, https://t1p.de/qyz12).

  NB: ▶ Staatsangehörige der EU-Mitgliedstaaten, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz genießen Arbeitnehmerfreizügigkeit und können ohne besondere Genehmigung auch als Pflegekräfte in Deutschland arbeiten. ▶ Zahlen und Fakten zur *Pflegeversicherung*: https://t1p.de/02pi7.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

NB: Im anfangs angesprochenen Benefit von 2019 wies ich auf den Film „*Der Pflegestillstand*" von Valerie Henschel hin – der Film (fünf Minuten Dauer) ist noch im Netz vorhanden und sehenswert https://t1p.de/2qz04

Und zum Schluss folgt noch der angekündigte Rest des Zitats von *Ulrich Fichtner:*

„Vorrangig am Geld und an Kostenkontrolle orientiert, verfehlt (das System) die Menschen, für die es gedacht ist, die pflegebedürftigen Alten zuerst, die sich unwürdigen Begutachtungen zur Bestimmung ihres Pflegegrads unterziehen müssen, um mit dem System um ein paar Hundert Euro zu feilschen.

Danach die Familien und vor allem die Frauen, die aufgrund eines überkommenen Familien- und Rollenbilds in Deutschland als Angehörige in die Lücken springen müssen. Dann die eine Million Beschäftigten, die als stationäre und ambulante Pflegerinnen und Pfleger unter den gegebenen Umständen kaum anders denn als Ausgebeutete zu bezeichnen sind. Dann die Gesellschaft, die eine Pflichtversicherung mit Beiträgen speisen muss, deren Leistungen insgesamt völlig inakzeptabel sind. Es braucht keine Reform, es braucht einen Neuanfang …

Dass in Deutschland, einem der reichsten Länder der Welt, selbst dann der Geldbeutel zugehalten wird, wenn es darum geht, den eigenen Vätern und Müttern, den Groß- und Urgroßeltern einen guten, friedlichen, angenehmen Lebensabend zu ermöglichen, ist ein peinlicher, unwürdiger Zustand … Ein überaltertes Land, das seine Alten geringschätzt, hat keine Zukunft".

Weitere Kurzmeldungen

▶ Nach einer gemeinsamen Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) und des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung im *European Journal of Epidemiology* war die ***Lebenserwartung im westeuropäischen Vergleich*** (2019) bei Frauen in Spanien (86,2 Jahre) am größten, bei Männern in der Schweiz (81,9 Jahre). In Deutschland lag die Lebenserwartung bei Frauen bei 83,5 Jahren und bei Männern bei 78,7 Jahren.

Und das trotz unseres tollen Pflegesystems…

The underwhelming German life expectancy https://t1p.de/lu0f8.

▶ Eine bevölkerungsbasierte Kohortenstudie aus Großbritannien analysierte die ***Epidemiologie von Autoimmunkrankheiten*** bei 22 Millionen Menschen im UK.

Die umseitige Tabelle aus der nicht frei zugänglichen Publikation im *Lancet* zeigt

- einen insgesamt moderaten Anstieg zwischen 2000-2002 und 2017-2019.
- Für Erkrankungen wie z.B. M. Addison, M. Basedow oder Zöliakie waren die Inzidenzraten allerdings erheblich höher.
- Lediglich die Hashimoto-Thyreoiditis wurde deutlich seltener diagnostiziert.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

	Number of patients*	Standardised incidence per 100 000 person-years		Temporal trend
	All years 2000–19	2000–02	2017–19	IRR (95% CI) 2017–19 vs 2000–02
Addison's disease	4319	2·0	4·0	1·87 (1·61–2·16)
Ankylosing spondylitis	12 663	6·9	11·8	1·78 (1·61–1·97)
Coeliac disease	31 447	13·1	29·6	2·19 (2·05–2·35)
Graves' disease	75 524	33·6	66·0	2·07 (1·92–2·22)
Hashimoto's thyroiditis	284 755	216·0	161·5	0·81 (0·75–0·86)
Inflammatory bowel disease	66 173	40·7	49·0	1·21 (1·14–1·28)
Multiple sclerosis	15 634	10·6	10·4	1·01 (0·91–1·13)
Myasthenia gravis	3655	2·1	2·8	1·49 (1·27–1·76)
Pernicious anaemia	62 582	40·6	34·9	0·79 (0·72–0·86)
Polymyalgia rheumatica	90 853	59·9	62·5	1·07 (0·94–1·23)
Primary biliary cholangitis	5683	3·0	3·6	1·10 (0·95–1·28)
Psoriasis	236 027	144·3	149·2	1·04 (0·99–1·10)
Rheumatoid arthritis	107 559	58·4	94·0	1·64 (1·52–1·78)
Sjögren's syndrome	12 292	6·0	10·7	2·09 (1·84–2·37)
Systemic lupus erythematosus	14 164	8·8	9·4	1·15 (1·03–1·28)
Systemic sclerosis	4880	2·6	3·3	1·23 (1·06–1·43)
Type 1 diabetes	9022	5·3	5·9	1·13 (0·90–1·41)
Vasculitis	58 919	36·2	42·5	1·20 (1·13–1·28)
Vitiligo	27 638	13·6	18·4	1·28 (1·19–1·38)
Any autoimmune disorder	**978 872**	**681·6**	**700·8**	**1·04 (1·00–1·09)**

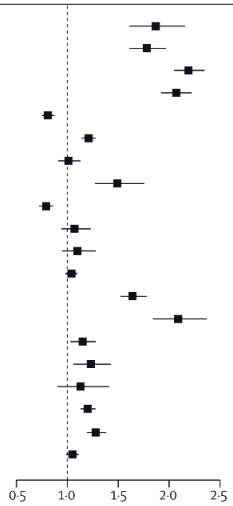


Figure 1: Incidence of autoimmune disorders over time from 2000 to 2019
Incidence rates are per 100 000 person-years at risk and are age and sex standardised to the 2013 European Standard Population. Any autoimmune disorder refers to the primary incidence of the 19 autoimmune disorders investigated in this study (ie, the number of patients first diagnosed with one autoimmune disease). IRR=incidence rate ratio. *The number of patients newly diagnosed with autoimmune disease during the study period.

Incidence, prevalence, and co-occurrence of autoimmune disorders over time and by age, sex, and socioeconomic status: a population-based cohort study of 22 million individuals in the UK https://t1p.de/1iv4e.

▶ Die quadrivalente ***Impfung gegen das humane Papillomvirus (HPV)*** ist nicht nur – wie bisher bereits bekannt - gegen hochgradige Zellveränderungen der Zervikalschleimhaut, sondern auch ***gegen das invasive Zervix-Karzinom (ZK) wirksam.*** Das zeigt jetzt eine nationale schwedische Studie (2006-2017) an 1.672.983 Mädchen und Frauen im Alter von 10-30 Jahren.

Im Endergebnis wurde ein invasives ZK

- ▷ bei 19 von 527.871 geimpften Frauen und bei 538 von 1.145.112 ungeimpften Frauen festgestellt.
- ▷ Nach Adjustierung für alle Kovariabeln wie z.B. Alter, Herkunftsland, Bildungsniveau ergab sich eine Inzidenzratio von 0.37 (95% KI 0.21-0.57).
- ▷ Bei Mädchen bis 17 Jahren (Annahme, dass bis dahin noch keine sexuelle Aktivität erfolgte) war diese Rate noch niedriger: 0.12 (0.00–0.34)

Table 2. HPV Vaccination and Invasive Cervical Cancer.

HPV Vaccination Status	No. of Cases of Cervical Cancer	Crude Incidence Rate per 100,000 Person-Yr (95% CI)	Age-Adjusted Incidence Rate Ratio (95% CI)	Adjusted Incidence Rate Ratio (95% CI)*
Unvaccinated	538	5.27 (4.84–5.73)	Reference	Reference
Vaccinated	19	0.73 (0.47–1.14)	0.51 (0.32–0.82)	0.37 (0.21–0.57)
Status according to age cutoff of 17 yr				
Vaccinated before age 17 yr	2	0.10 (0.02–0.39)	0.19 (0.05–0.75)	0.12 (0.00–0.34)
Vaccinated at age 17–30 yr	17	3.02 (1.88–4.86)	0.64 (0.39–1.04)	0.47 (0.27–0.75)
Status according to age cutoff of 20 yr				
Vaccinated before age 20 yr	12	0.49 (0.28–5.73)	0.52 (0.29–0.94)	0.36 (0.18–0.61)
Vaccinated at age 20–30 yr	7	5.16 (2.46–10.83)	0.50 (0.24–1.06)	0.38 (0.12–0.72)

HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer https://t1p.de/wb4w1.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

▶ Die ***Notwendigkeit, nach einem Herzinfarkt ohne bestehende Herzinsuffizienz Betablocker länger als 12 Monate einzunehmen***, wird durch eine Analyse in der britischen Zeitschrift *Heart erneut* in Frage gestellt.

- Schwedische Wissenschaftler haben in dieser nationalen Kohortenstudie 43.618 Patienten (mittleres Alter 64 Jahre, 25.5% Frauen) nach überstandenem Herzinfarkt nachverfolgt – beginnend 12 Monate nach dem Ereignis.
- Patienten mit bestehender Herzinsuffizienz bzw. linksventrikulärer Funktionsstörungen wurden ausgeschlossen. Von den Studienteilnehmern erhielten 78.5% Betablocker. Nachverfolgungszeit im Mittel 4.5 Jahre.
- Primärer Endpunkt war die Kombination aus Gesamtmortalität, Reinfarkt, ungeplanter Revaskularisation und Krankenhausaufnahme wegen neu aufgetretener Herzinsuffizienz.
- Die folgende Tabelle zeigt den Vergleich der Ergebnisse (*Betablocker vs. keine Betablocker*) nach multivariabler Adjustierung – die Differenz war nicht signifikant!

Table 2 Primary and secondary outcomes in the intention-to-treat analysis

Outcome	Beta-blockers (n=34 253) Events/100 patient-years (incidence rate)	No beta-blockers (n=9365) Events/100 patient-years (incidence rate)	Hazard ratio (95% CI) for beta-blockers (unadjusted)	Hazard ratio (95% CI) for beta-blockers (adjusted)
Primary composite outcome	6475/1709 (3.8)	2028/414 (4.9)	0.76 (0.73 to 0.80)	0.99 (0.93 to 1.04)
All-cause mortality	2872/1733 (1.7)	945/420 (2.3)	0.72 (0.67 to 0.78)	1.00 (0.92 to 1.09)
Myocardial infarction	2598/1733 (1.5)	787/420 (1.9)	0.82 (0.76 to 0.89)	1.00 (0.91 to 1.09)
Unscheduled revascularisation	1415/1709 (0.8)	372/414 (0.9)	0.95 (0.84 to 1.06)	0.96 (0.85 to 1.09)
Heart failure hospitalisation	462/1733 (0.3)	145/420 (0.4)	0.78 (0.65 to 0.94)	1.05 (0.85 to 1.31)
Other secondary outcomes				
Cardiovascular mortality	760/1481 (0.5)	270/355 (0.8)	0.68 (0.59 to 0.78)	0.98 (0.83 to 1.14)
Stroke	1136/1704 (0.7)	318/412 (0.8)	0.88 (0.78 to 1.00)	1.02 (0.89 to 1.17)
Negative control outcome				
Pneumonia	1314/1707 (0.8)	375/414 (0.9)	0.86 (0.77 to 0.97)	1.07 (0.94 to 1.22)

The primary composite outcome was a composite of all-cause mortality, myocardial infarction, hospitalisation for heart failure and unscheduled coronary revascularisation. Person time and incidence rate is given in 100 person-years. Hazard ratios are given with 95% confidence intervals. The no beta-blockers group is the reference group.

Association of beta-blockers beyond 1 year after myocardial infarction and cardiovascular outcomes https://t1p.de/9hurz.

▶ ***Beim Einsatz von Adrenalin (Epinephrin) bei Anaphylaxien sollte man fünf Fakten beherzigen*** (*Canadian Medical Association Journal*):

1. Anaphylaxien sind in den letzten Jahren *erheblich* häufiger geworden.
2. Adrenalin bei klinisch erkennbarer Anaphylaxie *unverzüglich* applizieren; Notarzt alarmieren (lassen).
3. Initiale Gabe immer intramuskulär - 0.5mg in den Deltoideus oder lateralen Oberschenkel, ggf. Wiederholung nach 5-15 Minuten.
   (Wolfgang Tonn, Notarzt und Leiter der Heidelberger Medizinakademie https://www.hdmed.de/ betont in jedem seiner Kurse die einfache Formel: ***½ Ampulle unverdünntes Adrenalin durch die Kleidung in den seitlichen Oberschenkel injizieren***).
4. Auf Fehlerquellen achten: Nicht i.v. geben! Auf korrekte Dosis achten.
5. Bei Therapieresistenz (erfolglose zweimalige Applikation; in ca. 1% der Fälle) Infusion von 1mg auf 1.000 ml Ringerlösung, 5-20 ml/Minute. *Zu diesem Zeitpunkt sollte allerdings der alarmierte NAW eingetroffen sein…*

   Epinephrine in anaphylaxis https://t1p.de/u0rc3.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

▶ Nicht nur passionierte Pilzsammler dürften beim Anblick des folgenden Bildes eine gewisse Unruhe verspüren – es handelt sich um einen ***Knollenblätterpilz***, der trügerischerweise Wiesenchampions ähnelt.

- Insbesondere der Grüne Knollenblätterpilz (*Amanita phalloides*) ist weltweit für mehr als 90% der Todesfälle - meist durch akutes Leberversagen - nach Pilzvergiftungen verantwortlich (in Deutschland laut Bundesinstitut für Risikobewertung in > 80 Prozent). Der genaue Schädigungsmechanismus ist nur in Teilen aufgeklärt.
- Die bisherigen, letztlich frustranen Behandlungsansätze reichen von einer „Antidottherapie" in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts über Cytochrom C, Prednisolon, Thioctsäure, Phenylbutazon, Sulfamethoxazol, Chloramphenicol bis hin zu N-Acetylcystein und Penicillin.
- *Silibinin* gilt bislang als wirksamste Therapieoption, handfeste Wirksamkeitsbelege fehlen aber. Viele Patienten überleben nur mithilfe einer Lebertransplantation***. Der wichtigste Prognosefaktor ist die Latenzzeit von der Giftaufnahme bis zur Therapie*** – etliche Betroffene kommen zu spät in die Klinik, weil sie sich nach initialem Durchfall bzw. Erbrechen häufig zunächst besser fühlen.
- Chinesische und australische Wissenschaftler haben nun die molekulare Struktur von α-Amanitin entschlüsselt und gezeigt, dass das Protein *STT3B* für dessen Toxizität verantwortlich ist. Gleichzeitig fanden sie durch Screening von zahlreichen Wirkstoffen, dass STT3B *durch* ***Indocyaningrün*** gehemmt wird (der fluoreszierende Farbstoff wird schon länger zur diagnostischen Darstellung von Lymphknoten, Lymphbahnen, Gefäßen und Gewebegrenzen eingesetzt).
- Die Experimente an Zellkulturen und Mäusen ergaben eine Wirksamkeit von 50% (vs. 90% ohne Therapie) - allerdings *nur dann, wenn die Gabe innerhalb von vier Stunden nach Verabreichung des Toxins erfolgte*.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

▶ ***Cranberries*** sind eine nordamerikanische Verwandte der Heidelbeere, die im Laborexperiment die Adhäsion von E. coli an die Harnblasenwand verhindern. Seit Jahrzehnten werden sie als ***Selbstmedikation zur Prävention von Harnwegsinfekten*** eingesetzt.

- Jetzt liegt ein neuer Cochrane-Review vor – der fünfte (der erste wurde 1998 publiziert). Eingeschlossen: 50 RCTs mit 8.857 Teilnehmerinnen.
- Wie die folgende Tabelle zeigt, besteht eine (nur grenzwertig signifikante) Wirksamkeit bei Frauen mit rezidivierenden Harnwegsinfekten. Bei älteren Frauen und Männern sind Cranberries allerdings unwirksam.

Cranberries for preventing urinary tract infections (Review)

Copyright © 2023 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

SUMMARY OF FINDINGS

Summary of findings 1. Any cranberry product versus placebo or control for preventing urinary tract infection

Cranberry product versus placebo or control for preventing UTI

Patient or population: preventing UTI
Setting: multiple different settings
Intervention: any cranberry product
Comparison: placebo or control

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No. of participants (RCTs)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with placebo/control	Risk with any cranberry product			
Symptomatic, culture-verified UTI Women with recurrent UTI	243 per 1,000	180 per 1,000 (134 to 241)	RR 0.74 (0.55 to 0.99)	1555 (8)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE [1]
Symptomatic, culture-verified UTI Elderly men and women in institutions	113 per 1,000	105 per 1,000 (76 to 147)	RR 0.93 (0.67 to 1.30)	1489 (3)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE [2]
Symptomatic, culture-verified UTI Children	289 per 1,000	153 per 1,000 (104 to 225)	RR 0.53 (0.36 to 0.78)	428 (4)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE [3]
Symptomatic, culture-verified UTI Adults with bladder emptying issues or multiple sclerosis	440 per 1,000	427 per 1,000 (343 to 524)	RR 0.97 (0.78 to 1.19)	464 (3)	⊕⊕⊖⊖ LOW [2 3]
Symptomatic, culture-verified UTI People with a susceptibility to a UTI due to an intervention	231 per 1000	109 per 1000 85 to 141	RR 0.47 (o.37 to 0.61)	1434 (6)	⊕⊕⊖⊖ LOW [2 3]
Gastrointestinal adverse events	41 per 1,000	54 per 1,000 (41 to 73)	RR 1.33 (1.00 to 1.77)	2166 (10)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE [2]

*The risk in the intervention group (and its 95% CI) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).
CI: confidence interval; **RR:** risk ratio; **UTI:** urinary tract infection

GRADE Working Group grades of evidence

3

Cochrane Library
Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

Cochrane Database of Systematic Reviews

NB: Ich finde es inakzeptabel, dass Cochrane Reviews immer noch nicht für jedermann einsehbar sind (soll sich angeblich ab Januar 2025 ändern).

Cranberries for preventing urinary tract infections https://t1p.de/uoa8q.

▶ Im zweiteiligen Beitrag von *Günther Egidi* geht es im heutigen *ersten Teil* um die Empfehlungen zur Lipidsenkung der *European Society for Cardiology* (im *zweiten Teil* [Juni-Benefit] um die Frage, ob es ***Nutzennachweise zu Statin-Hochdosis und LDL-Dosistitration*** gibt; **Anlage**).

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
Emeritus, Universitätsmedizin Göttingen | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

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

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

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).

LDL – as low as possible? Teil 1.

In seinem Benefit vom 26.3.2023 hatte Michael Kochen auf den Leitfaden „*Medikamentöse Cholesterinsenkung zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse*" der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hingewiesen, der im März veröffentlicht worden war: tinyurl.com/mr2kavh9.

Der Grund für eine ausführliche Darstellung an dieser Stelle ist nicht nur, dass ich selbst an der Erstellung dieses Leitfadens beteiligt war. Vielmehr sind Hausärzt*innen flächendeckend mit Empfehlungen kardiologischer Kliniken konfrontiert, die allesamt das Ziel verfolgen, das LDL möglichst weit zu senken. Auf der Strecke bleiben verunsicherte Patient*innen und ähnlich unsichere Hausärzt*innen, die es sich häufig nicht trauen, den Klinik-Empfehlungen zuwider zu handeln.

Womit haben wir es zu tun?

In Deutschland gibt es bedauerlicherweise keine nationalen, evidenzbasierten kardiologischen Leitlinien – alle wesentlichen Empfehlungen werden von der European Society for Corruption – pardon: for Cardiology (ESC) importiert.

Wie der Arzneimittelbrief im Jahr 2019 in einem Artikel zum Thema herausstellte (tinyurl.com/2e3f6mwd), wird die ESC zum größten Teil direkt von der Industrie bezahlt. Der Arzneimittelbrief fragte seinerzeit, ob derartige „Fachgesellschaften" überhaupt Leitlinien erstellen sollten.

Welche Empfehlungen zur Lipidsenkung in der kardiovaskulären Prävention der ESC gibt es? (tinyurl.com/4j5srcj4):

Recommendations	Class[a]	Level[b]
It is recommended that a high-intensity statin is prescribed up to the highest tolerated dose to reach the LDL-C goals set for the specific risk group.[21,520,521]	I	A
An ultimate[c] LDL-C goal of <1.4 mmol/L (55 mg/dL) and LDL-C reduction of ≥50% from baseline should be considered in apparently healthy persons <70 years at very high risk.[21,22,522]	IIa	C
An ultimate[c] LDL-C goal of <1.8 mmol/L (70 mg/dL) and LDL-C reduction of ≥50% from baseline should be considered in apparently healthy persons <70 years at high risk.[21,22,522]	IIa	C
In patients with established ASCVD, lipid-lowering treatment with an ultimate[c] LDL-C goal of <1.4 mmol/L (55 mg/dL) and a ≥50% reduction in LDL-C vs. baseline is recommended.[21,508,515–517,522]	I	A
If the goals are not achieved with the maximum tolerated dose of a statin, combination with ezetimibe is recommended.[515]	I	B
For primary prevention patients at very high risk, but without FH, if the LDL-C goal is not achieved on a maximum tolerated dose of a statin and ezetimibe, combination therapy including a PCSK9 inhibitor may be considered.	IIb	C
For secondary prevention patients not achieving their goals on a maximum tolerated dose of a statin and ezetimibe, combination therapy including a PCSK9 inhibitor is recommended.[516,517]	I	A
For very-high-risk FH patients (that is, with ASCVD or with another major risk factor) who do not achieve their goals on a maximum tolerated dose of a statin and ezetimibe, combination therapy including a PCSK9 inhibitor is recommended.	I	C
If a statin-based regimen is not tolerated at any dosage (even after rechallenge), ezetimibe should be considered.[515,523–525]	IIa	B
If a statin-based regimen is not tolerated at any dosage (even after rechallenge), a PCSK9 inhibitor added to ezetimibe may be considered.[523,524,526]	IIb	C

Diese ESC-Empfehlungen (die des Verdachts der Korruption nicht frei sind) kann man wie folgt zusammenfassen:

- Statine in höchstmöglicher Dosierung einsetzen
- Bei unter 70-Jährigen mit sehr hohem Risiko LDL-Ziel <1,4 mmol/l (<55 mg/dl)
- Bei unter 70-Jährigen mit hohem Risiko LDL-Ziel <1,8 mmol/l (<70 mg/dl)
- In der Sekundärprävention bei gesicherter KHK LDL-Ziel <1,4 mmol/l (<55 mg/dl)
- Wenn das Ziel nicht allein mit Statinen erreicht werden kann, Kombination mit Ezetimib
- Wenn das Ziel bei Personen mit sehr hohem Risiko in der Primärprävention nicht allein mit Statinen erreicht werden kann, Kombination mit PCSK-9-Antikörper
- Wenn das Ziel in der Sekundärprävention nicht mit Statinen und Ezetimib erreicht werden kann, Kombination mit PCSK-9-Antikörper
- Bei Unverträglichkeit von Statinen Ezetimib, ggfs. noch erweitert um PCSK-9-Antikörper

Anfang Februar dieses Jahres hatte ich das zweifelhafte Vergnügen, anlässlich eines Kongresses für Kardiochirurgie Professor Dr. Oliver Weingärtner aus Jena kennenzulernen – die Jenaer Kardiologie rühmte sich 2021, als eine der ersten deutschlandweit PCSK-9-Hemmer einzusetzen (tinyurl.com/bdmnh4cr). Übrigens: Eine Monats-Dosis Repatha® (Evolocumab) kostet zwischen 478,76 und 855,56 €….

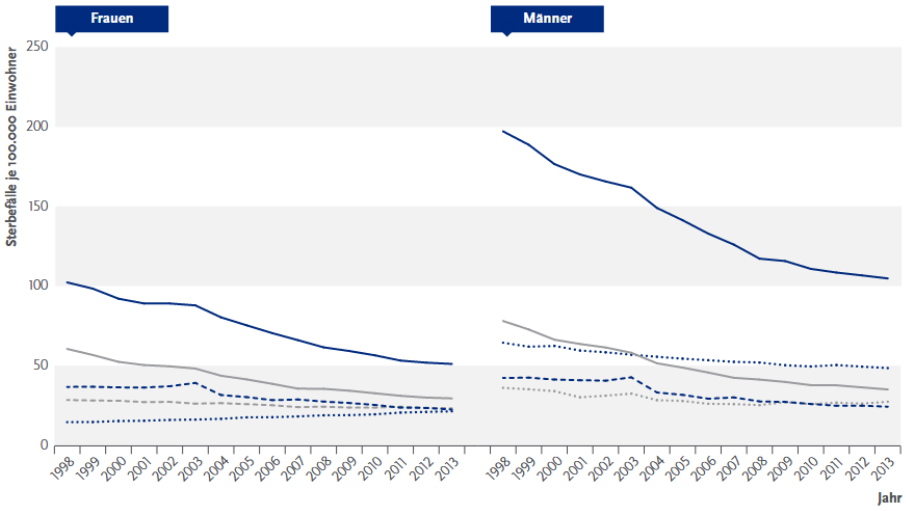
Herr Weingärtner verstieg sich in seinem Vortrag sogar zu folgender Spekulation (basierend auf Ergebnissen von Tierversuchen): Man könne doch bei erhöhtem *Lipoprotein a** die PCSK-9 mit Hilfe der Genschere CRISPR/Cas (einem molekularbiologischen Verfahren, um einen DNA-Strang an einer vorgegebenen Stelle zu durchschneiden und dort gezielt zu verändern) aus dem Genom heraustrennen und damit sämtliche künftigen kardiovaskulären Ereignisse verhindern.

* die Bestimmung dieses Laborparameters verbessert die Prädiktion kardiovaskulärer Ereignisse nicht!

Bevor wir auf diesen verwegenen Gedanken eingehen, lohnt doch ein Blick auf die epidemiologische Situation mit der Frage: **Wie häufig sterben denn Menschen in Deutschland am Herzinfarkt?**

Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (tinyurl.com/5n6jdm5u) kann man entnehmen, dass sich in den Jahren 1998 bis 2013 die Zahl tödlich verlaufender Herzinfarkte in Deutschland halbiert hat!

In der folgenden Grafik werden die Sterberaten an verschiedenen Krankheiten dargestellt – die blaue, durchgezogene Linie zeigt die Sterblichkeit an ischämischen, die graue die an zerebrovaskulären Krankheiten.



⇨ **Wir können festhalten: Während die kardiovaskuläre Sterblichkeit massiv sank, haben sich die ESC und deren in Deutschland weitgehend gültigen Empfehlungen zur Lipid-Therapie massiv radikalisiert.**

Nun könnte man argumentieren, dass die Verbesserung der kardiovaskulären Epidemiologie nicht ausreicht, gegen niedrigere LDL-Ziele zu argumentieren – wenn es denn aktuelle Studien zu *Statin-Hochdosis*, LDL-Dosistitration, Ezetimib und PCSK-9-Antikörpern mit überzeugendem Nutzennachweis gäbe.

Ob und welche evidenzbasierten Belege es dafür (insbesondere zur Hochdosis) tatsächlich gibt, wird im nächsten Benefit Thema meines diesbezüglich zweiten Beitrages sein.

<u>Nachtrag zum letzten Beitrag (vom 23.4.2023) zur Renaissance des Glibenclamid</u>:
Frederik Mader aus Nittendorf und Eberhard Biermann aus München wiesen mich auf einen Fehler hin: in der Darstellung der UKPDS 33 hatte ich versehentlich zwei Aussagen zusammengefasst, die nicht zusammengehören: das Ausmaß der HbA1c-Senkung hat möglicherweise nicht viel mit dem Rückgang der mikrovaskulären Endpunkte zu tun - es hätte heißen müssen: die mikrovaskulären Ereignisse sind der Haupt-Bestandteil der Senkung des gesamten Sammelendpunktes.

Dr. med. Günther Egidi, Bremen
guenther.egidi@posteo.de

Frankfurter Rundschau; Samstag, 13. Mai 2023
„**Dr. Hontschiks Diagnose**“

Die Scheinheiligen?

Ist die Revolution im Krankenhaus grundgesetzwidrig?

Alles soll jetzt anders werden. „So wie jetzt kann es nicht weitergehen. Wir haben es mit der Ökonomisierung der Medizin übertrieben,“ sagt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Und er setzt noch einen drauf: „Nicht die Ökonomie, sondern die Patienten müssen wieder im Mittelpunkt stehen.“ Eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung auch in ländlichen Regionen soll sichergestellt werden. Endlich sagt das mal jemand, der was zu sagen hat, endlich. Aber halt! Da gibt es noch drei Länder-Gesundheitminister:innen, nämlich Klaus Holetschek aus Bayern (CSU), aus Nordrhein-Westfalen Karl-Josef Laumann (CDU) und aus Schleswig-Holstein Kerstin von der Decken (CDU), die mit einem Rechtsgutachten des Augsburger Professors für Öffentliches Recht Ferdinand Wollenschläger an die Öffentlichkeit getreten sind, das es in sich hat.

Die entscheidende Aussage des Gutachtens lautet, dass das ganze Lauterbachsche Reformprojekt verfassungswidrig sei, unvereinbar mit dem Grundgesetz. In dem Gutachten heißt es: „Das Grundgesetz sieht weder für das Krankenhauswesen im Allgemeinen noch für die Krankenhausplanung im Besonderen eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes vor.“ Dazu muss man die Besonderheit der dualen Krankenhausfinanzierung kennen, die seit 1972 gilt. Für den Bau und die bestandserhaltenden Investitionen der Krankenhäuser, also sozusagen für die Hardware, sind allein die Länder zuständig. Für die laufenden Betriebskosten für Personal, Instrumente, Geräte und sonstige Verbrauchsmaterialien, also sozusagen für die Software, sind hingegen die Krankenkassen zuständig, was über Fallpauschalen abgerechnet wird.

Zur Zuständigkeit der Länder gehört demnach insbesondere die Krankenhausplanung. Es ist Sache der Länder zu entscheiden, wo welches stationäre Behandlungsangebot vorgehalten wird. Der Bund, sprich das Gesundheitsministerium, darf die Planungshoheit der Länder nicht beschneiden, sagt der Gutachter.

Der Gutachter und alle drei Minister:innen verschweigen aber geflissentlich, worin der eigentliche Gesetzesbruch besteht – nicht durch Karl Lauterbach, sondern durch sie selbst. Seit dreißig Jahren kommen die Länder ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionen nicht nach. Diese haben weder mit der Inflation noch mit der Steigerung des Bruttoinlandprodukts Schritt gehalten, im Gegenteil, sie sind sogar ständig gesunken. Zahlten die Länder 1993 noch 3,9 Mrd. Euro, so waren es 2020 nur noch 3,3 Mrd. Euro! Die Bundesländer haben sehenden Auges und ohne Skrupel ein Krankenhaus nach dem anderen dazu gezwungen, Investitionen entweder aus den Einnahmen der Krankenkassen oder mit Krediten zu finanzieren, was Schritt für Schritt in den Ruin führte. Eine Krankenhausschließung nach der anderen, ein Notverkauf an private, börsennotierte Krankenhauskonzerne nach dem anderen, nicht nach Bedarf, sondern nach Bilanz war die Folge. In Hessen konnte man genau das am Krankenhaus Offenbach oder an den Universitätskliniken Marburg/Gießen beobachten. Von einer vernünftigen Krankenhausplanung konnte und kann bis heute in keinem einzigen Bundesland die Rede sein.

Wenn die gleichen Gesetzesbrecher in all den Länderministerien, die dafür niemals belangt worden sind, nun mit einem Gutachten an die Öffentlichkeit treten, in dem sie mit scheinheiligem Pochen auf dem Grundgesetz eine Gesetzestreue einfordern, die sie selbst über Jahrzehnte mit Füßen getreten haben, dann kann man das nur als dreist bezeichnen. Die Lauterbachsche „Revolution im Krankenhauswesen“ mag voller Schwächen und Ungereimtheiten sein, aber ausgerechnet die Länder sind die letzten, die lautstark Alarm rufen dürfen, solange sie selbst geltendes Recht konsequent und grundgesetzwidrig ignoriert haben und immer noch ignorieren.

www.medizinHuman.de **chirurg@hontschik.de**