[mmk-benefits]

18. 12. 2023

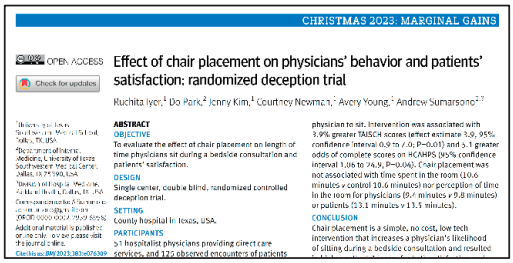
Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

kurz vor Weihnachten kommt das 17. Benefit des Jahres 2023.

▶ Es gibt renommierte Zeitschriften wie z.B. das ***BMJ***, die versuchen, ihre Leserinnen und Leser ***zu Weihnachten auf den Arm zu nehmen*** - mit phantasievoll erdachten, oft nach wenigen Zeilen als Spaß erkennbaren „Studien“:

Zum Beispiel findet man in der Weihnachtsausgabe von 2006 einen Artikel mit dem Titel ***„Sword swallowing and its side effects“*** https://t1p.de/adiea (frei); in 2014 ***„The Darwin Awards: sex differences in idiotic behaviour“*** https://t1p.de/9si5x (frei).

Die Ausgabe 2023 erscheint am 18.12.2023. Hier schon mal zwei Ausschnitte (links ein wahrlich weltbewegender RCT – man achte auf das Attribut *„randomized deception trial“* [randomisierte Betrugs-Studie…😎] https://t1p.de/9q5on).


CHRISTMAS 2023: MARGINAL GAINS

OPEN ACCESS

Check for updates

Effect of chair placement on physicians' behavior and patients' satisfaction: randomized deception trial

Ruchita Iyer,[1] Do Park,[2] Jenny Kim,[1] Courtney Newman,[1] Avery Young,[1] Andrew Sumarsono[2,3]

ABSTRACT

OBJECTIVE

To evaluate the effect of chair placement on length of time physicians sit during a bedside consultation and patients' satisfaction.

DESIGN

Single center, double blind, randomized controlled deception trial.

SETTING

County hospital in Texas, USA.

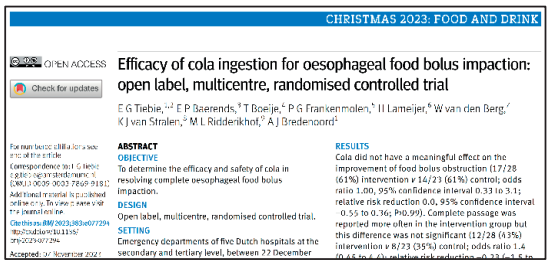
PARTICIPANTS

51 hospitalist physicians providing direct care services, and 125 observed encounters of patients

physician to sit. Intervention was associated with 3.9% greater TAISCH scores (effect estimate 3.9, 95% confidence interval 0.9 to 7.0, P=0.01) and 3.1 greater odds of complete scores on HCAHPS (95% confidence interval 1.06 to 7.4, P=0.04). Chair placement was not associated with time spent in the room (10.6 minutes v control 10.6 minutes) nor perception of time in the room for physicians (9.4 minutes v 9.8 minutes) or patients (13.1 minutes v 13.5 minutes).

CONCLUSION

Chair placement is a simple, no cost, low tech intervention that increases a physician's likelihood of sitting during a bedside consultation and resulted


CHRISTMAS 2023: FOOD AND DRINK

OPEN ACCESS

Check for updates

Efficacy of cola ingestion for oesophageal food bolus impaction: open label, multicentre, randomised controlled trial

E G Tiebie,[1,2] E P Baerends,[3] T Boelje,[4] P G Frankenmolen,[5] H Lameijer,[6] W van den Berg,[7] K J van Stralen,[8] M L Ridderikhof,[9] A J Bredenoord[1]

ABSTRACT

OBJECTIVE

To determine the efficacy and safety of cola in resolving complete oesophageal food bolus impaction.

DESIGN

Open label, multicentre, randomised controlled trial.

SETTING

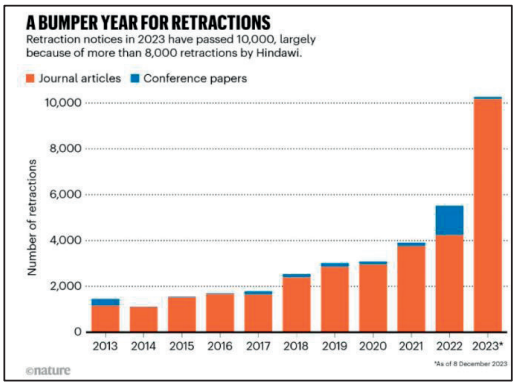
Emergency departments of five Dutch hospitals at the secondary and tertiary level, between 27 December

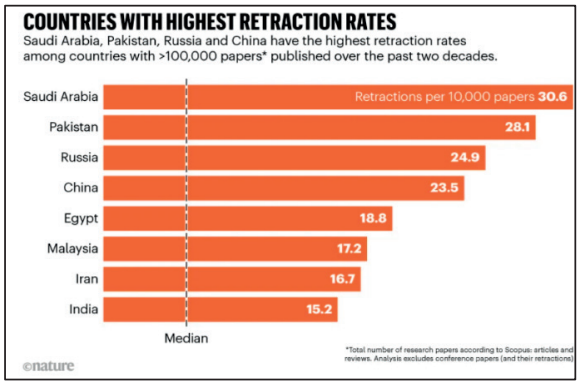
RESULTS

Cola did not have a meaningful effect on the improvement of food bolus obstruction (17/28 (61%) intervention v 16/23 (61%) control; odds ratio 1.00, 95% confidence interval 0.33 to 3.1; relative risk reduction 0.0, 95% confidence interval 0.55 to 0.36; P=0.99). Complete passage was reported more often in the intervention group but this difference was not significant (12/28 (43%) intervention v 8/23 (35%) control; odds ratio 1.4

▶ Im Gegensatz zu dieser eher entspannenden Literatur gibt es mehr oder weniger gut gefälschte Texte zuhauf. Sie werden mehrheitlich in (inzwischen unfassbar vielen) eher halbseidenen Journalen publiziert.

Nach einer gerade erschienenen Analyse in *Nature* https://t1p.de/bpn2i wurden ***im Jahre 2023 über 10.000 Publikationen nach bereits erfolgter Veröffentlichung wieder zurückgezogen*** (externe Betrugshinweise; nicht angegebene Nutzung künstlicher Intelligenz; grob fehlerhafter Peer Review). Die meisten dieser Zeitschriften erscheinen bei *Hindawi* (einem Tochterunternehmen der Londoner Verlagsgesellschaft *Wiley*); die inkriminierten Artikel stammen in erster Linie von (meist männlichen) Autoren aus Saudi-Arabien, Pakistan, Russland, China, Ägypten, Malaysia oder Iran.





Seit geraumer Zeit gibt es übrigens eine Webseite namens ***Retraction Watch***, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, solchen Betrugsversuchen nachzuspüren https://t1p.de/54zqm (frei).

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

▶ Mit dem ansehnlichen Papierstapel auf meinem Schreibtisch (der keine gefälschten oder zurückgezogenen Artikel enthält) mache ich es mir heute einfach: Quasi als vorgezogenes Weihnachtsgeschenk für mich, aber auch für die in diesen Tagen mit Feiertagsvorbereitungen wohl gut beschäftigen Leserinnen und Leser enthält das aktuelle Benefit *nur* - mehr oder weniger umfangreiche - *sog. Kurzmeldungen*. (Zur Erinnerung: Bei Angaben zur Internetpräsenz einer Studie steht neben dem Hyperlink immer „frei" oder „nicht frei").

▶ Hunde als *Fitness-* und *Mentaltrainer*

Dieses Thema eignet sich besonders gut zu Weihnachten, eine Zeit, in der manche alleine lebenden, oft älteren Menschen ihre Vereinsamung besonders stark empfinden. Schon lange ist nachgewiesen, dass Hunde (*nicht aber Katzen*) die körperliche Fitness ihrer Besitzer steigern, deren mentale Gesundheit verbessern (https://t1p.de/rl467 [frei]; https://t1p.de/vqd5r [frei]) und sogar die Lebenszeit verlängern können (https://t1p.de/3o7as [frei]). Die Erkenntnisse der nachfolgend beschriebenen, aktuellen Veröffentlichungen sind daher eigentlich nicht überraschend.

- Die Resultate aus der ***Baltimore Longitudinal Study of Aging*** sollen – nach Angaben der Verfasser – die ersten Belege darstellen, dass Hunde die physische Fitness ihrer Besitzer (unabhängig in der Gemeinde wohnende Ältere zwischen 50 und 100 Jahre) über ***mehr als 10 Jahre*** aufrechterhalten bzw. die physiologische Verschlechterung verlangsamen können.
- Die Ergebnisse beruhen nicht alleine auf Antworten in Fragebögen, sondern auch auf objektiven Messungen (z.B. der Zeit, um 400 Meter zu gehen).
- *Pet Ownership and Maintenance of Physical function in older adults - evidence from the Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA) https://t1p.de/5sf1o (frei).*

- Aus der **Schweiz** (wo nach Prognosen der *Anteil der über 60-Jährigen von 24.1% in 2017 auf 35% in 2050 steigen soll*) wurden kürzlich die Ergebnisse einer ***landesweit repräsentativen Untersuchung über den Nutzen, aber auch manche Probleme*** *bei Haustier-Besitzern über 55 Jahre* publiziert.
- Die Antworten stammen von 1.832 Personen, die 2017 am (auch in der EU und Israel durchgeführten) ***Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe*** teilnahmen https://share-eric.eu/.
- Rund ein Drittel der Befragten hatten Haustiere und berichteten überwiegend über positive Erfahrungen (besonders häufig alleine Lebende; Frauen häufiger als Männer). *Allerdings stellt der Besitz eines Haustiers manche weniger betuchte und bildungsferne Menschen vor finanzielle Probleme*.
- *Buddy or burden? Patterns, perceptions, and experiences of pet ownership among older adults in Switzerland https://t1p.de/slpav (frei).*

▶ Auch im UK könnte der Besitz eines Hundes vielleicht eine bessere Idee für die *Behandlung leichterer Depressionen* sein als die ***ansteigende Rate an verordneten Antidepressiva*** (von 2011 [47.3 Mio] bis 2022/23 [85.6 Mio] hat sich die Zahl fast verdoppelt; fast 20% aller Erwachsenen erhalten im Jahr mindestens *ein* Rezept).

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

Eine Gruppe von medizinischen *Professionals,* Patientenvertretern und Politikern appellieren an die britische Regierung, sich für eine *„Umkehr"* zu engagieren.

LETTERS

Check for updates

For numbered affiliations see end of article.
jp.davies@roehampton.ac.uk
Cite this as: *BMJ* 2023;383:p2730
http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p2730
Published: 05 December 2023

REVERSING THE RATE OF ANTIDEPRESSANT PRESCRIBING

Politicians, experts, and patient representatives call for the UK government to reverse the rate of antidepressant prescribing

James Davies,[1] John Read,[2] Danny Kruger,[3] Nigel Crisp,[3] Norman Lamb,[4] Michael Dixon,[5] Sam Everington,[5,6] Sheila Hollins,[7,8] Joanna Moncrieff,[9] Bogdan Chiva Giurca,[10] Chris van Tulleken,[9] Guy Chouinard,[11] Michael Dooley,[5] Anne Guy,[3] Mark Horowitz,[12] Peter Kinderman,[13] Lucy Johnstone,[14] Luke Montagu,[15] Antonio E Nardi,[16] Sarah Stacey,[17] Martin Bell,[18] Andrew Tresidder,[19] Jo Watson,[20] Stevie Lewis,[21] Marcantonio Spada,[22] Rupert Payne,[23] Naveed Akhtar,[24,5] Christian Buckland,[25] Jon Levett,[25] Sue Whitcombe,[26] Laura Marshall-Andrews[27]

https://t1p.de/jqn7x (frei).

▶ Operation unter Vollnarkose*: Drei Herzstillstände auf 10.000 Eingriffe*

- "***At the Heart of the Matter***" heißt die Überschrift des kürzlich veröffentlichten *7th National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists examining Perioperative Cardiac Arrest*.
- Der Bericht untersuchte während eines Jahres (beginnend im Juni 2021) alle Fälle von Herzstillstand bei 2.71 Millionen Vollnarkose-pflichtigen Operationen in > 300 britischen Krankenhäusern. Es fanden sich insgesamt n=881 Fälle, eine Rate von 3 pro 10.000. Bei gesunden Patienten, die „lediglich" einen Routineeingriff erhielten, sank die Rate auf 1: 10.000.
- Obwohl sie 52% aller operierten Patienten ausmachten, erlitten Männer 56% aller Herzstillstände. Alte Menschen über 75 waren zu 25% unter den Fällen vertreten, Säuglinge zu 8%.
- *At the heart of the matter: report and findings of the 7th national audit project of the Royal College of Anaesthetists examining perioperative cardiac arrest. Royal College of Anaesthetists 2023.* https://t1p.de/9frdo (Vollversion 566 Seiten!).
- Es gibt auch noch eine Webseite, auf der jedes Kapitel einzeln heruntergeladen werden kann https://t1p.de/gccau.

▶ *Wie harmlos ist eine tiefe Beinvenenthrombose im Unterschenkel?*

Eine isolierte Wadenthrombose macht – je nach Studie - zwischen 20 und 50% aller tiefen Beinvenenthrombosen (TBVT) aus. Ich habe noch im Studium gelernt, dass diese Lokalisation – im Vergleich zu einer proximalen TBVT - eine eher harmlose Angelegenheit sei und lediglich mit einem Zinkleimverband und fleißigem Gehen behandelt werden müsse.

- Heute weiß man, dass ***isolierte Wadenthrombosen doch nicht so ungefährlich sind, wie früher angenommen***: Ohne Behandlung kann eine proximale Ausdehnung bei bis zu 25% erfolgen und das Rezidivrisiko (insbesondere bei onkologischen Patienten, aber auch ohne apparente Risikofaktoren) bis zu einem Fünftel betragen.
- Eine *Behandlung mit Rivaroxaban* führte in einem kürzlich im *BMJ* publizierten RCT zu einem signifikanten Vorteil in der Verum- gegenüber der

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

Placebogruppe (Auftreten des zusammengesetzten klinischen Endpunkts [Ausdehnung der Waden-Thrombose, Rezidiv, proximale TBVT, Lungenembolie] in der Verumgruppe 11%, in der Placebogruppe 19% - RR 0.59, 95% KI 0.36-0.95; NNT 13). Details unter https://t1p.de/uetv5 (frei).

- **Bislang nicht so klar war das Risiko einer Lungenembolie**. Eine chinesische Arbeitsgruppe publizierte jetzt eine retrospektive 10-Jahres-Analyse (1.1.2012 – 31.7.2022) in einer Klinik der Maximalversorgung mit 1.838 Betten.

  Von insgesamt 671.456 Patienten wiesen 2.363 (mittleres Alter 67.6 Jahre) eine - per Ultraschall-Doppler diagnostizierte - ***tiefe Beinvenenthrombose im Unterschenkel*** auf: 66.1% einseitig, 33.9% beidseitig; 71.4% distaler und 28.6% proximaler US. Nachdem die Diagnose feststand, entwickelten n=185 der *offenbar Unbehandelten* (7.83%) eine Lungenembolie.

  Das Risiko war je nach Lage und Ausdehnung unterschiedlich: Einseitig im distalen Unterschenkel 4.07%; beidseitig im proximalen Unterschenkel 14.55%.

  Anatomic distribution of *lower extremity deep venous thrombosis* is associated with an increased risk of pulmonary embolism: A 10-year retrospective analysis https://t1p.de/jh2ld (frei).

▶ *UK Primary Care: Englische Apotheken übernehmen*...

Wer die Benefits schon länger liest, weiß, dass ich mich nur extrem selten mit berufspolitischen Themen beschäftige. Dass der *Deutsche Hausärztinnen- und Hausärzteverband* die von Bundesgesundheitsminister Lauterbach angekündigten Messungen von Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckerwerten in Apotheken (m.E. aus guten Gründen) ablehnt, ist aber natürlich nicht an mir vorbeigegangen.

- Im UK stehen Hausärzte besonders seit Beginn der Pandemie unter enormer Arbeitsbelastung. Die Wartezimmer sind überfüllt, die Terminvergabe zieht sich in die Länge.
- Gründe sind u.a.: ▶ Niedergelassene Spezialisten gibt es im UK nicht; ▶ der Mangel an qualifizierten GPs, welche die gesamte ambulante Versorgung alleine stemmen müssen, ist mindestens so ausgeprägt wie hierzulande; ▶ üblicherweise dauern hausärztliche Konsultationen dort durchschnittlich länger als bei uns. Die durchschnittliche Zahl von pro GP registrierten Patienten war mit n=2.300 noch nie so hoch wie aktuell; mehr Hausärztinnen und Hausärzte verlassen die Versorgung als neue hinzukommen.
- Am 16. November 2023 wurden Vereinbarungen zwischen Gesundheitsbehörden und medizinischen Verbänden endgültig besiegelt, die *speziell registrierten Apotheken* folgende Leistungen bei Patienten ermöglichen (***Pharmacy First scheme***):
  - ▷ Abgabe von oralen Kontrazeptiva ohne vorherigen Arztbesuch,
  - ▷ Beratung bei Ohrenschmerzen, Impetigo, infizierten Insektenstichen, Sinusitis, Windpocken, Halsschmerzen, unkomplizierten Harnwegsinfekten *inkl. der (rezeptlosen) Aushändigung von Antibiotika*.

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

- ▷ Hinzu kommen Blutdruckmessungen und Blutentnahmen für einfache Laborbestimmungen – auch Teile der einheitlichen, elektronischen Patientenakte werden zur Verfügung gestellt.
- ▷ Dafür erhalten die teilnehmenden Apotheken umgerechnet eine Monatspauschale von 1.160 Euro.

- Bereits ab September 2023 dürfen Apotheker impfen - gegen Diphtherie, Masern, Meningokokken, Mumps, Pertussis, Röteln und Tetanus (bei Personen ab dem Alter von fünf Jahren), sowie gegen HPV (ab neun Jahre).
- In dieser Situation ist der Widerstand des *Royal College of General Practitioners* ziemlich leise geblieben: Man weiß um die Arbeitsbelastung der Praxen und den wachsenden Unmut der Patienten (deren Verbände die Vereinbarung begrüßen), will aber nicht, dass hausärztliche Leistungen ungebremst an Apotheken abgegeben werden.

Wer an weiteren Details interessiert ist, kann die folgenden Webseiten kostenfrei einsehen: https://t1p.de/2vq35; https://t1p.de/2vq35.

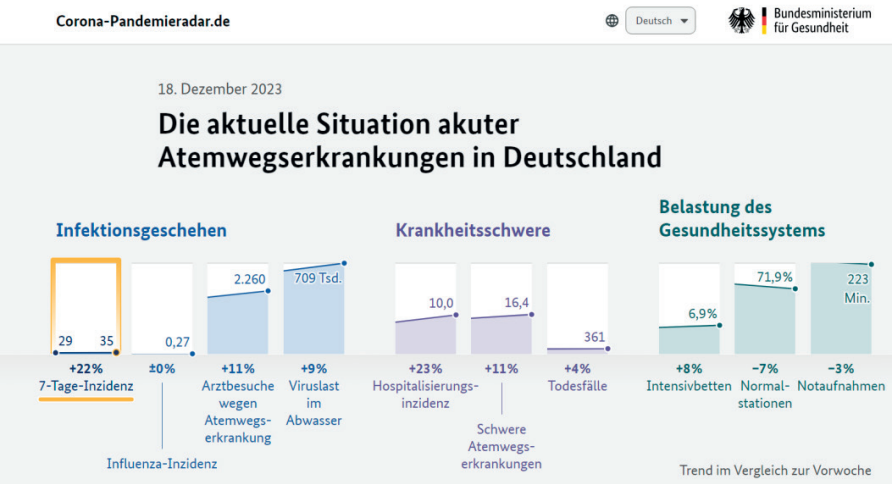
▶ *Die Rotatorenmanschettenruptur...*

ist eine keineswegs selten auftretende, muskuloskelettale Erkrankung des Schultergürtels. Die Prävalenz soll nach Obduktionsstudien 13% für Komplettrupturen und 10% für Partialrupturen, nach Ultraschall-Screening-Untersuchungen 22 % (bei Beschwerden 36 %) und 17 % betragen.

Als *Risikofaktoren* gelten das männliche Geschlecht, ein hoher BMI, Trauma in der Anamnese, dominanter Arm und zunehmendes Alter.

Eine m.E. ***lesenswerte Übersicht*** ist kürzlich im *Swiss Health Web* erschienen (frei, aber für Nichtschweizer nur online verfügbar): https://t1p.de/vof1g.

▶ Wer sich *schnell und tagesaktuell* über den ***Stand der Atemwegsinfektionen*** informieren möchte:



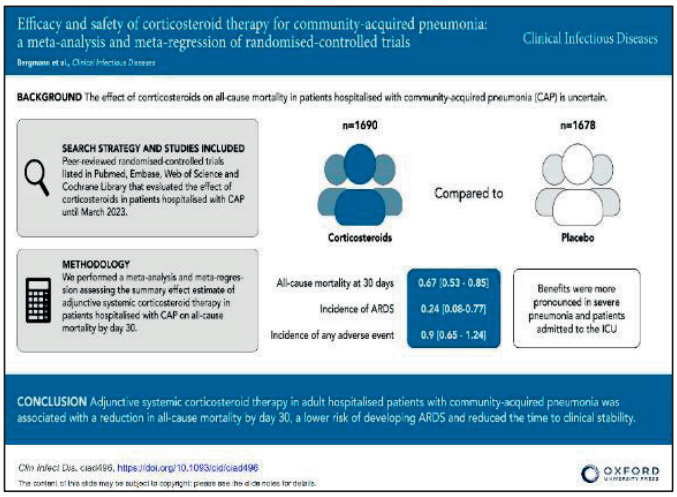
https://corona-pandemieradar.de/

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

▶ *Grafische Zusammenfassungen immer häufiger – eine gute Idee*

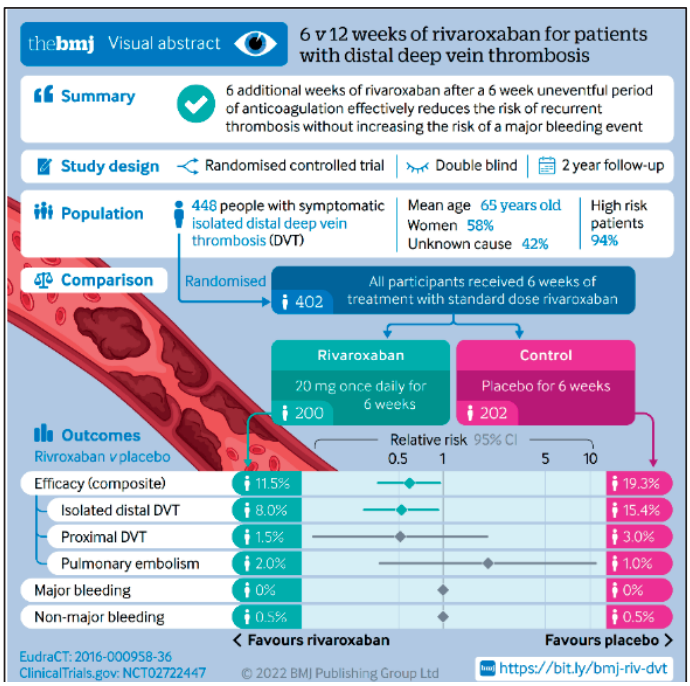
Immer öfter bringen medizinische Zeitschriften neben einer textbasierten, auch eine grafisch gestaltete Zusammenfassung. Hier drei Beispiele (nur das erste beschreibe ich kurz, weil mir die Ergebnisse interessant erscheinen):

⇨ ***Clinical Infectious Diseases***. Placebo-kontrollierter RCT: *Bei der Behandlung einer ambulant erworbenen Pneumonie senkt der Zusatz von Corticosteroiden 30-Tages-Mortalität und Inzidenz eines akuten Atemnotsyndroms*, ohne unerwünschte Wirkungen in der Interventionsgruppe zu steigern



Efficacy and Safety of Corticosteroid Therapy for Community-Acquired Pneumonia: A Meta-Analysis and Meta-Regression of Randomized, Controlled Trials https://t1p.de/hzikj *(nicht frei)*

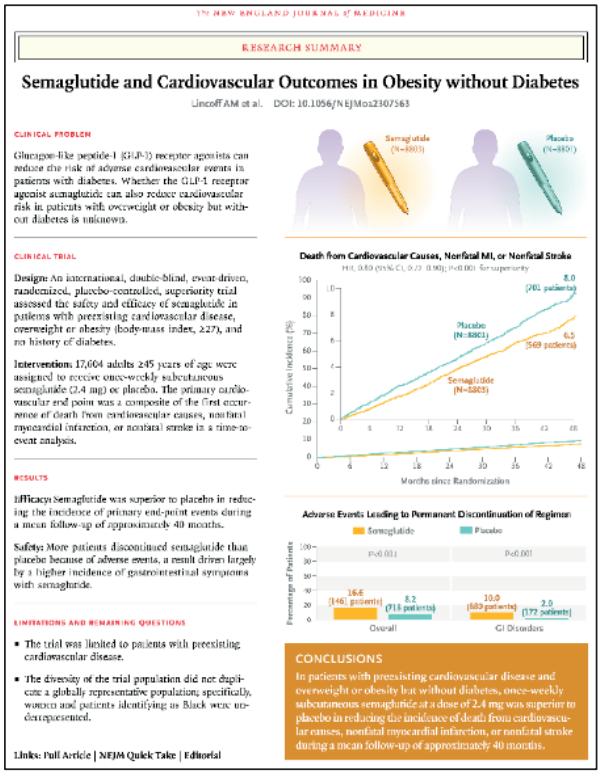
⇨ ***BMJ***. RCT zur Behandlung einer TBVT im Unterschenkel mit Rivaroxaban (weiter oben unter dem Punkt Wadenthrombose ausführlicher beschrieben).



Rivaroxaban treatment for six weeks versus three months in patients with symptomatic isolated distal deep vein thrombosis https://t1p.de/uetv5 (frei)

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

⇨ ***NEJM***. Wöchentliche Gabe von 2.4 mg s.c. Semaglutid reduziert bei kardiovaskulär erkrankten Adipösen Mortalität wirksamer als Placebo.



THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

RESEARCH SUMMARY

Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes

Lincoff AM et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2307563

CLINICAL PROBLEM

Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists can reduce the risk of adverse cardiovascular events in patients with diabetes. Whether the GLP-1 receptor agonist semaglutide can also reduce cardiovascular risk in patients with overweight or obesity but without diabetes is unknown.

CLINICAL TRIAL

Design: An international, double-blind, event-driven, randomized, placebo-controlled, superiority trial assessed the safety and efficacy of semaglutide in patients with preexisting cardiovascular disease, overweight or obesity (body-mass index, ≥27), and no history of diabetes.

Interventions: 17,604 adults ≥45 years of age were assigned to receive once-weekly subcutaneous semaglutide (2.4 mg) or placebo. The primary cardiovascular end point was a composite of the first occurrence of death from cardiovascular causes, nonfatal myocardial infarction, or nonfatal stroke in a time-to-event analysis.

RESULTS

Efficacy: Semaglutide was superior to placebo in reducing the incidence of primary end-point events during a mean follow-up of approximately 40 months.

Safety: More patients discontinued semaglutide than placebo because of adverse events, a result driven largely by a higher incidence of gastrointestinal symptoms with semaglutide.

LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

- The trial was limited to patients with preexisting cardiovascular disease.
- The diversity of the trial population did not duplicate a globally representative population; specifically, women and patients identifying as Black were underrepresented.

Links: Full Article | NEJM Quick Take | Editorial

Semaglutide (N=8803) Placebo (N=8801)

Death from Cardiovascular Causes, Nonfatal MI, or Nonfatal Stroke

HR, 0.80 (95% CI, 0.72–0.90); P<0.001 for superiority

Cumulative incidence (%)

Placebo (N=8801) 8.0 (701 patients)

Semaglutide (N=8803) 6.5 (569 patients)

Months since Randomization

Adverse Events Leading to Permanent Discontinuation of Regimen

Semaglutide Placebo

Percentage of Patients

P<0.001 P<0.001

Overall: 16.6 (146 patients) 8.2 (71.8 patients)

GI Disorders: 10.0 (88.9 patients) 2.0 (17.7 patients)

CONCLUSIONS

In patients with preexisting cardiovascular disease and overweight or obesity but without diabetes, once-weekly subcutaneous semaglutide at a dose of 2.4 mg was superior to placebo in reducing the incidence of death from cardiovascular causes, nonfatal myocardial infarction, or nonfatal stroke during a mean follow-up of approximately 40 months.

Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes https://t1p.de/v0b50 (nicht frei).

Eine ganze Reihe von bekannten Zeitschriften (z.B. *Lancet, Stroke, Circulation*) haben bisher noch keine zusammenfassende Grafik, einige (z.B. *Gastroenterology*) nur vereinzelt eingeführt.

Welche der Grafikformen informativer und inhaltlich schneller zu erfassen ist, muss jede/r für sich selbst entscheiden.

▶ *Günther Egidis* heutige Analyse beschäftigt sich mit der ***Nationalen Versorgungsleitlinie Hypertonie*** **Anlage.**

▶ *Bernd Hontschik* (dessen letzter Beitrag im Benefit vom 17.6.2023 erschien), gebührt ein herzliches Willkommen. Nach überwundener schwerer Krankheit (seine eigenen Abonnenten wurden schon vor geraumer Zeit darüber informiert) schreibt er wieder regelmäßig alle 14 Tage eine Kolumne in der *Frankfurter Rundschau*.

„Mit dem Thema ´Krankenhaus´ könnte man mühelos 10 Kolumnen füllen", sagt er, „aber heute wollte ich mich besonders mit dem schändlichen Missbrauch des Wortes „Revolution" beschäftigen". Sein Beitrag „***Revolution sieht anders aus – Krankenhäuser mit dem Rücken zur Wand***" befindet sich in der **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

Zu guter (?) Letzt…

zeige ich Ihnen das Titelbild einer Beilage, die am 9. Dezember 2023 meiner Papierausgabe der *Süddeutschen Zeitung* beilag. Titel: *„Spitzenmedizin regional"*.

Auf Seite eins steht die Webadresse http://www.spitzenmedizin-regional.de, auf der zu lesen ist: *„Wir portraitieren Ärzte, Kliniken und ihre Teams und geben Einblick in neueste Behandlungsmethoden. Eine ansprechende Gestaltung als Advertorial gibt viel Raum für eine redaktionelle Begleitung und ansprechende Fotos"*. Ausgaben gibt es demnach für „Nord", Nordrhein-Westfalen, „Südwest", Baden-Württemberg und Bayern, die sich jeweils komplett herunterladen lassen.

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

Das Inhaltsverzeichnis enthält *unverblümte Werbung* für diverse Einrichtungen der Region mit Fotos der jeweiligen Leiter (20 Männer, zwei Frauen).

ANZEIGE

Inhalt

Zahnmedizin
Dr. Kraus Zahnärzte & Implantatklinik Mainz 5

Krankenkasse
BKK Pfalz 6

Augenheilkunde
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier – Zentrum für Augenheilkunde 7

Innere Medizin
Ein früher Diabetes Typ 2 lässt sich rückgängig machen 8
Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda – Innere Medizin 9
St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH – Innere Medizin 10
DKD Helios Klinik Wiesbaden – Innere Medizin I 12

Kardiologie
CCB Privatklinik Frankfurt am Main 13
Gesunder Schlaf ist eine Wohltat für Herz und Gefäße 14

Herzchirurgie
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier – Herzzentrum Trier 15

Onkologie
Krankenhaus Nordwest (KHNW) –
Interdisziplinär-Onkologisches Zentrum (IOZ) Frankfurt a. Main 16

Prävention
Rauf aufs E-Bike! 18

Endoprothetik
LILIUM Klinik Wiesbaden 19
St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau – Zertifiziertes EndoProthetikZentrum (EPZ) 20

Chirurgie
St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau –Sektion Wirbelsäulenchirurgie 21

Geriatrie
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen Trier 22

Orthopädie
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen Trier 23
Muskuloskelettales Zentrum am Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Neuwied
und am Marienhaus Klinikum St. Wendel-Ottweiler 24

Neurologie
DKD Helios Klinik Wiesbaden – Fachbereich Neurologie 26

Geriatrie
Digitalisierung in der Altersmedizin
soll Sterberate bei Menschen ab 70 deutlich senken 27

Impressum

Verlag
Hanseatisches MedienKontor
Dirk Seidel (V.i.S.d.P.)
Elbchaussee 289a
22605 Hamburg
d.seidel@hhmeko.de
040 - 37 08 11 17
0175 - 722 31 07

Redaktion
Michael Hotze

Konzept / Layout
Thomas Liebscher

Druck
Sattler Premium Print
Carl-Zeiss-Straße 4
32549 Bad Oeynhausen

Vermarktung
EBS Media Sales GmbH
040/866 22 – 0
info@ebshamburg.de

Titelfoto
AdobeStock

www.spitzenmedizin-regional.de

HANSEATISCHES MEDIENKONTOR

Hinweis zum Gendern: Wir folgen dem Rat für deutsche Rechtschreibung und verzichten auf Schreibweisen mit Gendersternchen, Binnen-I oder Doppelpunkt. Wir verwenden die weibliche und männliche Form (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter), jedoch ohne dem Zwang zu unterliegen, einen Artikel von Anfang bis Ende durchgendern zu müssen. Wenn möglich, verwenden wir zudem neutrale Formulierungen (Pflegende, Angestellte).
Für die Inhalte, die über die in diesem Magazin abgedruckten QR Codes verlinkt werden, übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Sie liegt bei den Unternehmen, die uns mit der Erstellung der jeweiligen Advertorials inkl. QR Code beauftragt haben.

Solcherlei Reklamebroschüren sind offenbar erlaubt (*DÄB 2017* https://t1p.de/k55p2), dürften aber die Leserschaft – *analog der Werbung für Wein auf der letzten Seite der Broschüre* – m.E. lediglich zum *Kauf einer Katze im Sack* verleiten. Auf Wiktionary heißt es zu dieser Redewendung:

„Früher stopften Händler auf Märkten oft eine wertlose Katze statt des ausgemachten Ferkels, Kaninchens oder Hasen in einen Sack, um einen unaufmerksamen Kunden zu betrügen".

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

Mit besten Wünschen für *geruhsame* Feiertage (in vielen Fällen wohl ein frommer Wunsch…) und eine gelungene Jahreswende,

sende ich Ihnen und Ihren Familien
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.

Der Berg kreißte… die neue Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie

Seit 2002 hat das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ), eine Tochtergründung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, acht Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) erarbeitet, zuletzt in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF).

Die jüngste Veröffentlichung betrifft mit der Hypertonie eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis.

Die 119 Seiten fassende Langfassung der NVL Hypertonie finden Sie unter https://tinyurl.com/mrxam4vn, die immer noch 45 Seiten lange Kurzfassung unter https://tinyurl.com/3844jh29.

Vorbemerkung:
Es liegt auf der Hand, dass sich in einer interdisziplinären und interprofessionellen Leitlinie passende Empfehlungen nicht nur zum hausärztlichen Setting finden können. Durch persönlichen Kontakt weiß ich, dass die DEGAM-Vertreter*innen Aniela Angelow, Markus Bleckwenn, Karl-Heinz Moser und Uwe Popert, alles gegeben haben, um eine hausärztliche Sicht auf das Problem Hypertonie abzubilden. Unter allen Fachvertreter*innen ist es unstrittig, dass die Behandlung einer Hypertonie zu den effektivsten Interventionen zur Senkung des kardiovaskulären Risikos gehört [Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364;937-952].
Bei Patient*innen mit Diabetes ist die Blutdruck-Normalisierung sogar deutlich effektiver als die Senkung einer erhöhten Blutglukose, um vorzeitige Sterbefälle und kardiovaskuläre Ereignisse zu verhindern (https://tinyurl.com/42txem4y).

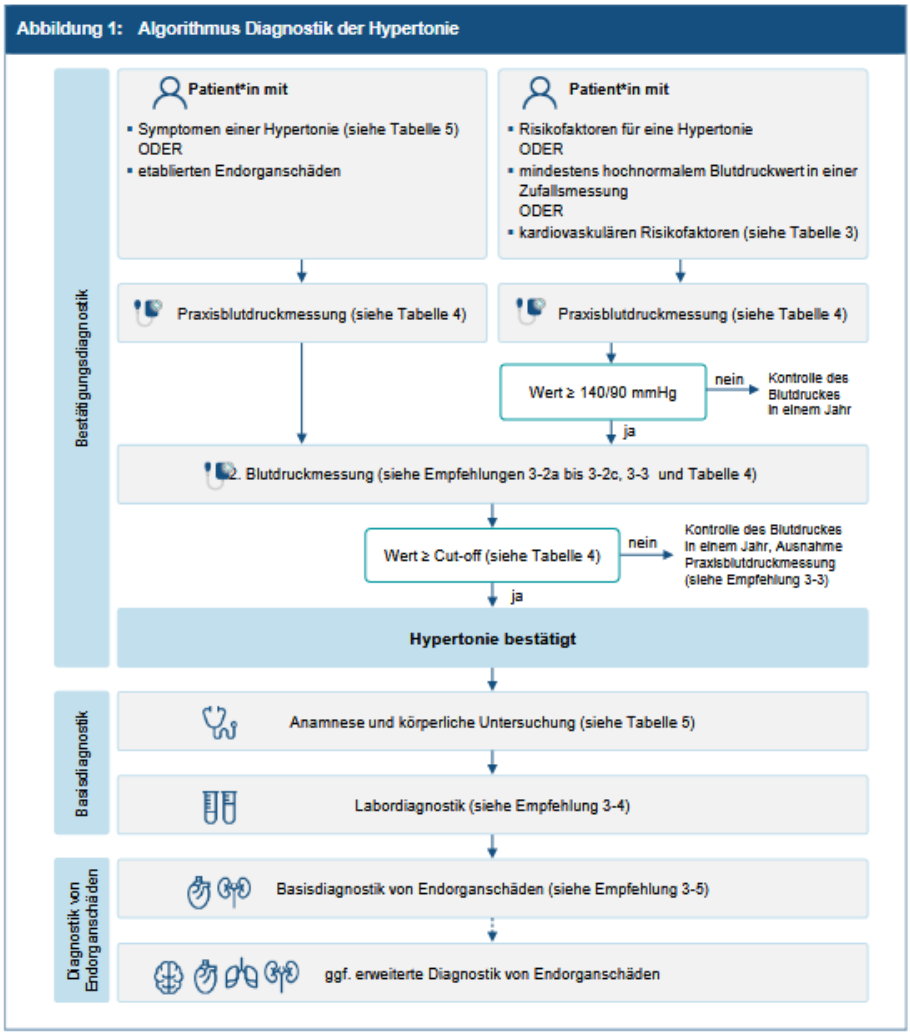
Insofern bitte ich darum, die folgenden kritischen Anmerkungen zur NVL Hypertonie unter der Prämisse zu lesen, dass keineswegs die Senkung erhöhter Blutdruckwerte bei Personen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko relativiert werden soll. Die Kritikpunkte hatte ich bereits im Konsultationsprozess der Leitlinie geäußert - natürlich besteht kein Anspruch darauf, dass sie in die NVL übernommen werden. Dass ich sie jetzt einer größeren, überwiegend primärärztlichen Leserschaft zur Verfügung stelle, reflektiert die Tatsache, dass die Behandlung einer Hypertonie vorrangig in hausärztlichen Praxen stattfindet – und dass eine Nationale Leitlinie diese Tatsache berücksichtigen sollte.

Die einzelnen Kritikpunkte:

- Die NVL empfiehlt, dass eine Hypertonie nach „Schweregraden" klassifiziert werden solle (hier übernimmt die NVL die Definition aus der ESC/ESH-Guideline [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165516/]. Die entsprechende Tabelle suggeriert allerdings eine Pseudo-Genauigkeit. Wir wissen alle, wie stark durchschnittliche Blutdruck-Werte schwanken. Die unterschiedliche Grad-Einteilung erschwert in der primärärztlichen Versorgung die Diagnose-Kodierung (so müsste bei erfolgreicher Therapie eine Hypertonie Grad II evtl. in eine Hypertonie Grad I umkodiert werden. Letzten Endes wird diese Umkodierung aber niemand umsetzen). Hausärztliche Praxen leiden bereits jetzt schon unter überbordender Bürokratie - die Umsetzung der Empfehlung würde die Arbeit weiter erschweren. NB: Eine solche Klassifikation ist auch

nicht Bestandteil der hausärztlichen Kodier-Klassifikation ICPC-3 (https://tinyurl.com/5extvvap).

- „Die Diagnostik der Hypertonie soll gemäß Abbildung 1 erfolgen."



Hier fehlt ganz entscheidend eine Differenzierung nach dem Alter der Patient*innen: Bei jungen Menschen mit niedrigem kardiovaskulärem Risiko ist der Nutzen einer frühen Identifizierung einer Hypertonie und deren Behandlung fraglich – es gibt offensichtlich keinen „*legacy effect*": Unter diesem Begriff versteht man, dass der Effekt einer über viele Jahre guten Blutdruckeinstellung langfristig kardiovaskuläre Komplikationen verhindern kann. Der Nutzen einer antihypertensiven Behandlung *bei jungen Menschen mit niedrigem kardiovaskulärem Risiko* lässt sich allerdings nur so lange nachweisen, wie die Behandlung durchgeführt wird (Jaeger B, Bress A, Bundy J, et al. Longer-Term All-Cause and Cardiovascular Mortality With Intensive Blood Pressure Control. A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol 2022; 7: 1138-1146.) Daraus ergibt sich, dass hier eine Hypertonie nicht notwendigerweise diagnostiziert und behandelt werden muss. Schlaganfälle durch eine Hypertonie kommen bei jungen Menschen häufiger vor (https://tinyurl.com/2vukam2z), sind aber in absoluten Zahlen so selten, dass sich hieraus keine generellen Therapie-Empfehlungen ableiten lassen. Letztlich bleibt es unsicher, ob die in der Regel lange Lebenszeit

junger Menschen die geringe Ereignisrate aufwiegt.

Auch gibt es Hinweise, dass bei alten Menschen eine Hypertonie weniger streng gesenkt werden muss. Möglicherweise nützt eine Behandlung bei alten Menschen sogar weniger als bei jüngeren https://tinyurl.com/empssbn7, https://tinyurl.com/3py5v3ey, https://tinyurl.com/eubcmsyp, https://tinyurl.com/5xkehpbu, https://tinyurl.com/2p9422sn, https://tinyurl.com/66pw7n95. (Allerdings sollte meine Anmerkung nicht dahin gehend missverstanden werden, dass bei alten Menschen unkritisch Antihypertensiva abgesetzt werden sollten – es gibt Hinweise darauf, dass ein solches Absetzen zu unerwünschten Wirkungen führen kann [https://tinyurl.com/43dtrw85]).

- „Besteht bei Patient*innen nach der Praxisblutdruckmessung weiterhin der Verdacht auf eine Hypertonie, soll eine ambulante 24h-Blutdruckmessung empfohlen werden".

  => Diese Empfehlung sollte m.E. begrenzt werden auf die Fälle, in denen man sich nicht sicher ist, ob die bislang von den Pat. selbst oder in der Praxis gemessenen Werte repräsentativ sind. Bei deutlich erhöhten RR-Werten kann eine 24-h-Messung eine Qual sein. Zudem existiert mit der Selbstmessung des Blutdrucks durch die Patient*innen eine Alternative zur Messung in der Praxis (https://tinyurl.com/fx8r4x7r, https://tinyurl.com/bdjtrkse).

- Die erneute Praxisblutdruckmessung nach 3 - 4 Wochen sollte nicht als alleiniges Messverfahren zum Ausschluss der Diagnose Hypertonie herangezogen werden.

  => Diese Empfehlung ist im hausärztlichen Alltag unrealistisch. In den meisten Fällen wird der Blutdruck in der Praxis eher zu hoch gemessen. Damit steigt die Sensitivität des Verfahrens. Hausärzt*innen und ihre MFAs haben sicherlich genug anderes zu tun, als bei Patient*innen ohne Hypertonie ständig den Blutdruck zu messen.

- „Allen Personen mit bestätigter Diagnose Hypertonie soll die Bestimmung folgender Parameter empfohlen werden:

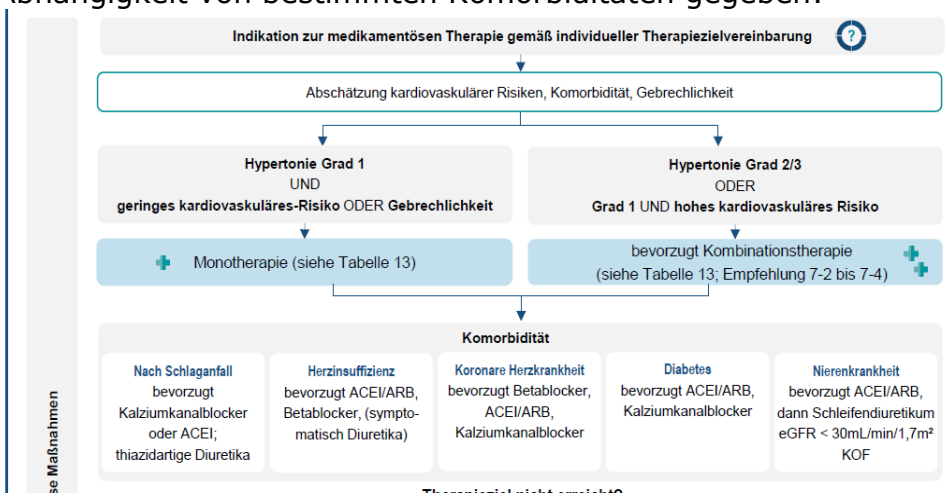
  - Natrium,
  - Kalium,
  - eGFR (Serumkreatinin),
  - Lipidstatus,
  - Nüchternplasmaglukose, ggf. HbA1c,
  - Urinstatus (z. B. mittels Urinstreifentest).

  ⇑⇑

  => sollte diese Empfehlung nicht um die Worte „soll im Laufe der Behandlung die Bestimmung…" ergänzt werden? Die Behandlung einer Hypertonie ist eine „Langstrecken-Angelegenheit" – man hat doch Zeit! Wichtig ist v.a., dass unter dem Einsatz von Medikamenten, die die Nierenfunktion beeinflussen können, (z.B. ACE-Hemmer, ARB und Diuretika) eGFR, Natrium und Kalium regelmäßig kontrolliert werden.

- „Allen Personen mit bestätigter Diagnose Hypertonie sollte zur Identifikation von Endorganschäden ein Ruhe-EKG mit zwölf Ableitungen empfohlen werden."
  => Im Text selbst steht, dass die Testeigenschaften des EKGs zum Erkennen einer linksventrikulären Hypertonie sehr schlecht sind

(https://tinyurl.com/2tktay8t). Von daher ist der Sinn einer solchen Routine-Untersuchung fraglich.

- Im Therapie-Algorithmus werden konkrete Empfehlungen zur Behandlung in Abhängigkeit von bestimmten Komorbiditäten gegeben:
- 

- Es sollen bei koronarer Herzkrankheit bevorzugt Betablocker, ACEI/ARB und/oder Kalziumkanalblocker eingesetzt werden.
  => es bleibt unklar, warum hier kein Thiaziddiuretikum genannt wird. Kalzium-Antagonisten bergen ein nicht unerhebliches Risiko einer kardialen Dekompensation (https://tinyurl.com/k7dbfyk6). Betablocker haben nur in den ersten 12 Monaten nach einem Infarkt einen spezifischen Nutzen (wenn keine Herzinsuffizienz vorliegt und wenn die Indikation nicht in einer antianginösen Wirkung besteht [https://tinyurl.com/36an4trp, https://tinyurl.com/3xkcasar]). Im DMP KHK sind die Betablocker darum deutlich zurückgestuft worden (https://tinyurl.com/27njb4as).
- Bei Nierenkrankheit mit einer eGFR < 30mL/min/1,7m² KOF soll ein Schleifendiuretikum eingesetzt werden – dabei kann auch hier u.U. ein Thiazid zur Blutdrucksenkung verwendet werden (https://tinyurl.com/3mnw8xwk).
- Bei Diabetes sollen bevorzugt ACEI/ARB und Kalziumkanalblocker zum Einsatz kommen. Dabei spricht auch hier nichts gegen ein Thiazid, das nach ALLHAT (https://tinyurl.com/k7dbfyk6) hinsichtlich der kardialen Situation deutlich besser abschneidet. Der oft postulierte diabetogene Effekt ist a) nicht gravierend – und b) beeinflusst er nicht den Outcome der Patient*innen (https://tinyurl.com/2s4y3d2y).
- „Erfolgt eine Kombinationstherapie, sollte diese bevorzugt als Fixkombination angeboten werden."
  => hier bleibt die Leitliniengruppe einen Beleg schuldig. Sicherlich ist die Therapie-Adhärenz höher, wenn täglich nur eine Tablette eingenommen werden muss. Auf der anderen Seite stellt sich z.B. bei Unverträglichkeiten die Frage, welcher Bestandteil einer Fixkombination diese möglicherweise verursachte. Behutsame Dosisveränderungen sind bei Fixkombinationen schwieriger. Zudem gibt es keine Kombinationen mit Chlortalidon; Kombinationen von HCT mit Ramipril dagegen sind häufig entweder unter- (Ramipril-Teil) oder überdosiert (HCT-Teil).

- „Wenn eine Eskalation indiziert ist, sollte zunächst ein zweiter Wirkstoff hinzugefügt werden, bevor ein Wirkstoff maximal ausdosiert wird."
  => Die Tatsache, dass dies eine Konsens-basierte Empfehlung ist, weist bereits darauf hin, dass hier die Evidenz fehlt. Diese Empfehlung beißt sich nun wieder mit der Adhärenz
- „Wenn Patient*innen mit Hypertonie das individuelle Therapieziel trotz Ausschöpfen der leitliniengerechten Therapie (Medikation und Lebensstil) nicht erreichen, kann eine renale Denervation angeboten werden."
  => diese Empfehlung sollte ergänzt werden um den Satz: „Dabei soll darüber aufgeklärt werden, dass es sich um einen irreversiblen Eingriff mit der möglichen Folge u.a. der Induktion einer Nierenarterienstenose handelt (https://tinyurl.com/2zypffym)."
- „Bei Abfall der eGFR um >20% oder bei glomerulärer Filtrationsrate (GFR) <45 ml/min/1,73 m2 sowie bei Verdacht auf Nierenarterienstenose und neu aufgetretener Proteinurie soll zum/r Nephrologen/in überwiesen werden.
  => Hier muss dringend ein Altersbezug hinzugefügt werden. Wenn wir Hausärzt*innen alle unsere alten Patient*innen mit eGFR < 30 ml/min zur nephrologischen Praxis schicken würden, wären diese Praxen auf einen Schlag nicht mehr arbeitsfähig! Mit fortschreitendem Alter sinkt die eGFR physiologischer Weise. Zudem nützen Diagnose und Dilatation einer Nierenarterienstenose kaum mehr als eine adäquate medikamentöse Blutdruck-Senkung - v.a. nicht bei älteren Menschen (https://tinyurl.com/52hr3a8e).

Zusammenfassend ist festzuhalten: Es ist gut, dass nun auch zur Hypertonie Empfehlungen einer Nationalen VersorgungsLeitlinie vorliegen.
Diese bedürfen aber an etlichen Stellen noch besserer Evidenzbelege – und einer Anpassung an den hausärztlichen Versorgungs-Kontext.

Nachtrag zum letzten Beitrag (vom 25.6.2023) zur LDL-Senkung:

- Einige Kolleg*innen signalisierten mir, dass meine Sätze mit doppelter Verneinung zur Definition von kardiovaskulärer Primär- und Sekundärprävention missverständlich waren. Um es noch einmal eindeutig auszudrücken: ein sonografischer Kalk-Nachweis in der A. Carotis „qualifiziert" **nicht** zur Einstufung als Sekundärprävention und somit ebenfalls **nicht** zur Therapie mit ASS und/oder einem Statin.
- In meinen Ausführungen zur Statin-Hochdosis mit Simvastatin (80 mg) fehlte ein Satz: „Für Simvastatin-Dosierungen >40 mg konnte kein Nutzen belegt werden – dagegen kommt es gehäuft zu unerwünschten Wirkungen".
- In meine Angaben zur Häufigkeit von Lipid-Kontrollen in Deutschland und zu deren Preis hatte sich ein Sinn entstellender Fehler eingeschlichen: aus der mir vorliegenden Quelle mit Daten vom ZI der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergeben sich für das Jahr 2021 69,4 Millionen (nicht 100.000!) Lipidmessungen zu Lasten der GKV durch Kassenärzt*innen – die Kosten dafür liegen bei 17,4 Mio. €.

Ich bitte, diese ärgerlichen Fehler zu entschuldigen.

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

Frankfurter Rundschau; Samstag, 9. Dezember 2023
„Dr. Hontschiks Diagnose“

Revolution sieht anders aus

Krankenhäuser mit dem Rücken zur Wand

Nie zuvor gab es so viel Unruhe und Chaos in der Krankenhauslandschaft unseres Landes. Die Ankündigung einer Revolution vor einem Jahr schien daher überfällig. Als Grundübel benannte Gesundheitsminister Lauterbach das Vergütungssystem der Krankenhäuser, das sogenannte DRG-System: „Es geht darum, dass wir das System der Fallpauschalen systematisch überwinden“. Insider staunten, schließlich hatte Lauterbach doch maßgeblich zu dessen Einführung im Jahr 2003 beigetragen und es zwanzig Jahre lang verteidigt, bis auch er jetzt endlich erkannte, dass eine Krankenhausfinanzierung nach Fallzahlen und Schwere der behandelten Diagnosen den eigentlichen Auftrag des Gesundheitswesens pervertierte. Plötzlich waren die Krankenhäuser zu einem ökonomischen Denken in Gewinn- und Verlustkategorien gezwungen. Gewinne machte der, dem es gelang, mit möglichst wenig Personal und möglichst geringen Kosten möglichst viele Kranke in möglichst kurzer Zeit zu behandeln. Verluste machte, wer in erster Linie zeitraubende, empathische Medizin betreiben wollte und erst in zweiter Linie auf die Vergütung achtete. Nicht mehr der Kranke war Gegenstand der Heilkunst, sondern die Krankheit wurde zum Gegenstand von Fallpauschalen. Wo diese Fallpauschalen Bilanzgewinne versprachen, da blühten die Abteilungen auf, so etwa in der operativen Augenheilkunde oder der Orthopädie, besonders in der Chirurgie der Wirbelsäule und den Gelenkersatzoperationen. Da explodierten die Fallzahlen. Wo die Fallpauschalen regelmäßig zu Defiziten führten, verkümmerten die Abteilungen und wurden reihenweise geschlossen, so etwa in der Kinderheilkunde oder den Entbindungsstationen. Mit Medizin hatte das alles fortan nichts mehr zu tun.

Das System der Fallpauschalen ist aber nicht allein dafür verantwortlich, dass in den vergangenen vier Jahren knapp sechzig Krankenhäuser geschlossen wurden und über siebzig akut von Schließung bedroht sind. Der zweite Grund ist, dass sämtliche Landesregierungen allesamt über Jahrzehnte ihren gesetzlichen Auftrag ignorierten, in die Krankenhaussubstanz zu investieren. Sie ließen ihre Krankenhäuser sozusagen verhungern und eines nach dem anderen in die Schuldenfalle laufen. Und so kommt es, dass heute knapp siebzig Prozent der Kliniken ihre Existenz akut gefährdet sehen. Fast kein Krankenhaus kann seine Ausgaben aus den laufenden Einnahmen decken. Die Situation der Krankenhäuser ist also im ganzen Land dramatisch.

Doch halt: Da gibt es noch die privaten Klinikkonzerne. Dort ist gar keine Rede von Schließungen oder von Unterdeckung der laufenden Ausgaben. Im Gegenteil: Die vier größten Konzerne expandieren ständig und erwirtschaften im Jahr rund eine Milliarde Gewinn für ihre Aktionäre. Wie geht das denn? Das Rätsel ist schnell gelöst: Kündigung der Tarifverträge, Outsourcing aller nichtmedizinischen Leistungen, Personalverknappung über Schmerzgrenzen hinaus und Konzentration auf lukrative Leistungen, mit anderen Worten: Kosten senken und Einnahmen steigern. Medizin wird nur noch in lukrativen Sektoren betrieben. Ein allgemeiner Versorgungsauftrag im Sinne einer öffentlichen Daseinsvorsorge gilt für börsennotierte Konzerne nicht.

Eine wirkliche Revolution im Krankenhauswesen müsste völlig anders aussehen. Erstens: Zunächst muss man das Fallpauschalensystem nicht nur ein wenig zurückdrängen, wie jetzt geplant, sondern ganz und gar abschaffen. Stattdessen muss ein Selbstkostendeckungsprinzip auf der Basis einer klugen Bedarfsplanung zum Zuge kommen. Damit würden dem Krankenhaus die entstandenen Kosten von den Krankenkassen erstattet, rote Zahlen gäbe es nicht mehr. Zweitens: Das macht aber nur Sinn, wenn der profitorientierten Medizin endlich ein Ende gemacht wird, andernfalls würde die Allgemeinheit weiterhin die Dividenden von Aktionären mit ihren Krankenkassenbeiträgen finanzieren. Krankenhäuser müssen der staatlich garantierten Daseinsvorsorge, also der Gemeinnützigkeit verpflichtet werden - kein Platz mehr für die Börse. Drittens und nicht zu vergessen: Die Länder müssten endlich ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen.

Ohne diese drei Maßnahmen wird der Kahlschlag unter den Krankenhäusern weitergehen. Nur das halbherzige Zurückdrängen der Fallpauschalen alleine ist noch keine Rettung. Und schon gar keine Revolution.

www.medizinHuman.de chirurg@hontschik.de