

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

► **Notfälle im Flugzeug – 2x so häufig wie bisher angenommen**

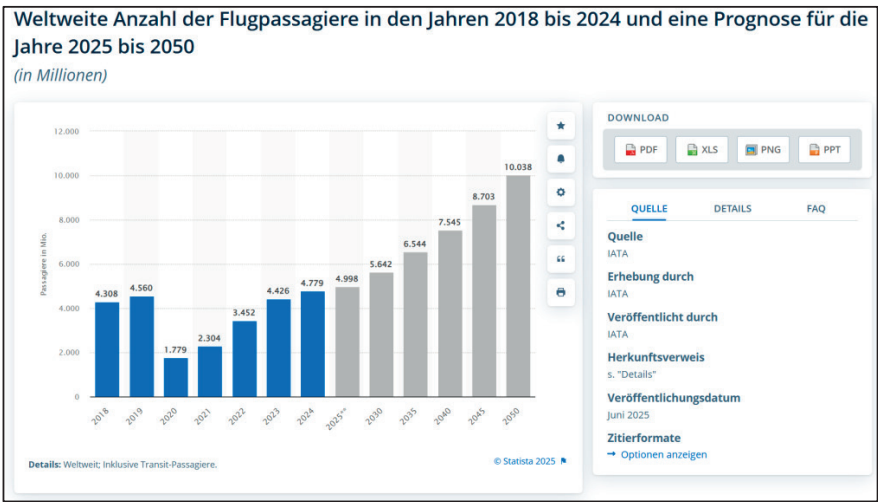
Eine neue (Kohorten)Studie von Autoren des *Duke University Medical Center im US-Bundesstaat North Carolina* zeigt, dass medizinische Notfälle deutlich häufiger vorkommen als bislang angenommen.

Bevor ich Ihnen diese Arbeit vorstelle, zunächst einige Anmerkungen zu Flugdaten, aber auch zu den Alternativen des Reisens.

- Im vergangenen Jahr sind fast fünf Milliarden Passagiere geflogen – zu jedem Zeitpunkt waren 1.5 Millionen Menschen in einem Flugzeug unterwegs.
- Das Fluggastaufkommen *in der EU* ist nach Ende der Pandemie wieder erheblich angestiegen, hat aber noch nicht das Niveau von 2019 erreicht: 2019 sind 755 Millionen/Jahr geflogen, 2024 774 Millionen (*Tabelle: EU-Statistikbehörde Eurostat 2019 – 2024*)

TIME	2019	2020	2021	2022	2023	2024
EUROPEISCHE UNION - 27 Länder (ab 2020)	755.899.145	299.413.361	292.167.334	688.585.264	716.618.766	774.723.876
Belgien	17.684.965	4.679.255	6.769.734	13.911.182	16.175.419	17.384.158
Bulgarien	6.028.987	1.939.868	2.637.628	4.558.493	5.417.771	5.623.184
Tschechien	9.373.823	1.938.912	2.371.332	5.764.342	7.463.653	8.865.538
Dänemark	18.894.261	4.561.852	5.861.777	13.987.533	16.411.586	17.948.887
Deutschland	124.422.887	31.311.257	39.229.138	82.885.861	98.185.338	185.336.278
Estland	1.653.398	408.242	651.863	1.378.112	1.474.978	1.745.588
Irland	19.933.728	4.132.865	4.582.736	16.282.880	19.681.384	29.468.265
Griechenland	32.449.631	18.885.782	19.455.142	34.149.785	36.623.882	48.857.688
Spanien	135.291.589	37.628.465	58.490.838	128.626.398	148.827.569	153.984.276
Frankreich	99.882.783	32.219.375	42.189.531	81.123.233	92.852.451	95.898.478
Kroatien	5.578.856	1.858.438	2.329.486	4.883.317	5.621.853	6.526.519
Italien	96.365.945	26.482.941	48.281.463	82.297.846	98.523.358	189.258.797
Zypern	5.623.658	1.142.936	2.539.423	4.588.481	5.818.166	6.128.451
Lettland	3.892.582	995.348	1.173.282	2.688.431	3.313.994	3.553.421
Litauen	3.238.363	985.164	1.219.838	2.682.242	3.885.512	3.254.873
Luxemburg	2.189.584	789.676	1.882.954	2.839.728	2.487.329	2.584.564
Ungarn	8.395.992	2.823.944	2.325.782	6.238.388	7.464.868	8.982.617
Malta	3.656.821	883.738	1.268.386	2.928.388	3.897.342	4.481.366
Niederlande	48.732.817	11.735.425	14.622.889	38.526.827	35.643.684	38.872.858
Österreich	18.148.181	4.663.896	5.685.694	13.276.448	16.658.441	17.728.635
Polen	24.446.881	7.245.278	9.716.148	28.688.234	26.864.575	29.418.119
Portugal	38.865.372	9.263.255	12.647.988	28.135.755	33.548.692	35.119.652
Rumänien	11.444.821	3.578.124	5.568.999	18.262.889	11.886.456	12.743.988
Slowenien	858.868	144.323	286.447	484.567	631.347	714.514
Slowakei	1.428.528	252.548	323.873	975.693	1.218.464	1.342.628
Finnland	13.172.672	3.187.571	2.719.888	7.778.368	9.183.962	9.858.548
Schweden	22.858.988	5.498.125	6.485.547	14.587.847	16.915.589	16.896.958

- Die Zahlen des *Statistischen Bundesamts* zeigen die Entwicklung der *weltweiten* Zahl der Flugpassagiere 2018-2024 inkl. einer Prognose für 2025-2050.



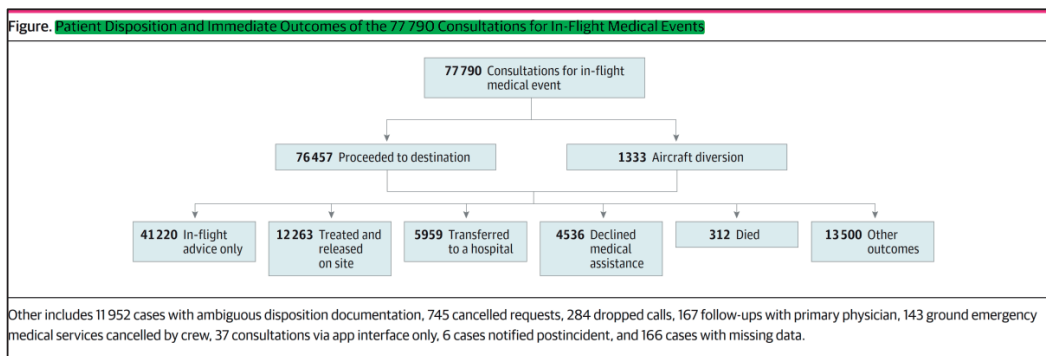
- ▷ Bevor man sich für eine Flugreise entscheidet: Zugreisen sind deutlich umweltfreundlicher als Reisen per Flug und verursachen bis zu 96,5 % weniger CO₂-Emissionen pro Person und Kilometer. Ich weiß natürlich nicht, wie Sie persönlich mit diesem Thema umgehen – in Deutschland, nach Österreich und in die Schweiz fliege ich schon seit Jahren nicht mehr. Auch zu anderen europäischen Zielen werde ich künftig versuchen, nicht zu fliegen.
- ▷ Allerdings: Zugfahren in Deutschland ist oft mit erheblichen Verspätungen verbunden und erfordert z.Zt. enorme „Resilienz“ der Reisenden. Es ist auch meist erheblich teurer als die momentanen Flugpreise und macht bei vielen entfernteren Reisen eine kostenträchtige Übernachtung nötig. Die Deutsche Bahn hat ihr Nachtzugangebot bereits vor zehn Jahren vollständig eingestellt. Vivien Timmler schreibt in der *Süddeutschen Zeitung* (13.10.2025), dass sich die Nachfrage jedoch unverändert positiv entwickelt habe und viele Nachtzugverbindungen überdurchschnittlich gut ausgelastet sind. Das Problem ist offenbar nicht die Nachfrage, sondern die Kosten – die Nachtzüge mit ihren speziellen Schlafwagen stehen tagsüber auf Abstellgleisen. Dafür gäbe es Lösungen, die aber niemand aufgreift.
- Zurück zum eigentlichen Thema: Vermutlich gibt es unter den Leserinnen und Lesern der Benefits nicht wenige, die persönliche Erfahrungen mit medizinischen Notfällen auf einem Flug gemacht haben
 - ▷ *Ich selbst erinnere mich an einen Transatlantikflug vor vielen Jahren, auf dem ich zu einer etwa 60-jährigen Diabetikerin gerufen wurde. Die Frau war neben ihrem Mann plötzlich im Sitz kollabiert und erlitt einen Krampfanfall. Der Blutzucker war moderat erhöht, Blutdruck 110/80 mm Hg, Puls 58/min, Sauerstoffsättigung (Pulsoxymeter) 91%, moderate Lippenzyanose. Außer O₂-Gabe und Flüssigkeit über einen peripheren Zugang konnte man wenig machen. **Eigentlich wusste ich nicht, was die Frau hatte, die Bradykardie aber beunruhigte mich und mein Bauchgefühl signalisierte Lebensgefahr.** Nach Rücksprache mit dem medizinischen Einsatzzentrum am Boden kam der Kapitän meiner deutlich vorgetragenen Bitte nach und landete in der isländischen Hauptstadt Reykjavík, wo eine 4-köpfige Crew die Frau aus der Maschine holte und in ein Notarztfahrzeug brachte.*
Auf meine elektronische Nachfrage zwei Tage später kam umgehend die Antwort eines Kardiologen aus der Uniklinik in Reykjavík: Hinterwandinfarkt, PTCA erfolgreich, Patientin wohlauf („you saved her life“).

Zu Notfällen in Passagiermaschinen gibt es zahlreiche Publikationen von *bemerkenswert unterschiedlicher Qualität*, beginnend in den späten Achtzigerjahren des letzten Jahrhunderts. Ich erwähne hier nur einige dieser Veröffentlichungen.

- Laut einer Erhebung der US-amerikanischen Luftfahrtbehörde aus dem Jahr 2000 (Daten von 1986-1987; *kleines Sample*), mussten 13% aller Inlandsflüge wegen *überwiegend kardialen* Notfällen ihre Route ändern. <https://t1p.de/hmndx> (frei).
- Amerikanische Autoren (2013) sahen sich die Daten eines Notfallzentrums an, das von fünf Fluggesellschaften mit insgesamt *744 Millionen Fluggäste in drei Jahren* genutzt wurde. In diesen drei Jahren wurden 11.920 Notfälle gemeldet – 875 führten zu einer Routenänderung; 901 Personen wurden stationär aufgenommen; 36 starben an Bord. <https://t1p.de/ookti> (nicht frei).
- Zwei Autoren aus Istanbul und Ankara (2021) analysierten Daten einer *nicht namentlich genannten* Fluggesellschaft und kamen innerhalb von drei Jahren bei 177 Millionen Passagieren auf 22.541 (0.012%) medizinische Notfälle <https://t1p.de/qmm0k> (frei).
- Eine systematische Übersicht mit Metaanalyse (2021) extrahierte aus allen bekannten medizinischen Datenbanken Kohortenstudien, die 1945-2020 publiziert wurden. Von 18 Studien mit rund 1.5 Milliarden Passagieren lieferten elf Inzidenzzahlen für medizinische Notfälle an Bord: Pro 1 Million Fluggästen traten 18.2 Notfälle und 0.21 Todesfälle auf (*low certainty*). 11.1 von 100.000 Flügen mussten ihre Route ändern. <https://t1p.de/k46gx> (nicht frei).

Was haben die Autoren der neuen Beobachtungsstudie gemacht?

- Sie erhoben zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 31. Dezember 2023 alle verfügbaren Daten von **MedAire** <https://www.medaire.com/commercial-aviation>. Das ist eine Organisation, die seit 1985 alle angeschlossenen Fluggesellschaften u.a. bei der medizinischen Beratung und Betreuung von Passagieren und Crew während des gesamten Fluges unterstützt. Jeder einzelne Kontakt wird dort elektronisch dokumentiert.
- Bei der Analyse wurde unterschieden zwischen Kurz- (<1.500km), Mittel- (1.500-3.999km), Lang- (4.000-12.000km), und Ultralang-Strecken (>12.000km).
- *Primärer Endpunkt* war die Routenänderung aufgrund eines medizinischen Zwischenfalls, *sekundäre Endpunkte* waren Transport in ein Krankenhaus und Todesfälle im Flugzeug.
- Zwei Drittel der Flüge waren auf internationalen Routen unterwegs, fast die Hälfte auf langen Strecken (4.000 – 12.000 km).
- **Die erhobenen Daten stammten von 84 Fluggesellschaften, die während der 24 Monate fast 2 Milliarden Passagiere transportierten.**
- **Die Zahl der medizinischen Notfälle betrug 77.790, entspricht n=39 pro 1 Million Passagiere und n=1 pro 212 Flüge.**
- Am häufigsten waren kardiovaskuläre und neurologische Ereignisse.
- 1.333 Flüge (1.7%) mussten ihre Route ändern; 5.959 Passagiere wurden hospitalisiert und 312 Personen starben.



In der folgenden Tabelle auf der nächsten Seite sehen Sie (für die drei Endpunkte),

- ▷ welche Personen an Bord halfen,
- ▷ welche Diagnosen gestellt
- ▷ und ob Sauerstoff verabreicht wurde/n.

Table 4. Multivariable Analysis and Absolute Event Rates for Covariates Associated With Selected Outcomes

Covariate	Aircraft Diverted		Transported to Hospital		Died	
	Rate per 1000 covariate events	AOR (95% CI)	Rate per 1000 covariate events	AOR (95% CI)	Rate per 1000 covariate events	AOR (95% CI)
Age, y ^a	NA	1.01 (1.01-1.02)	NA	1.01 (1.01-1.02)	NA	1.00 (1.00-1.00)
Flight distance (km)						
Short haul (<1500)	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]
Medium haul (1500-3999)	21.4	1.48 (1.09-2.00)	99.3	0.64 (0.53-0.78)	3.9	0.91 (0.52-1.60)
Long haul (4000-12 000)	14.2	1.44 (0.97-2.14)	54.1	0.38 (0.27-0.53)	4.2	0.99 (0.58-1.68)
Ultralong haul (>12 000)	12.9	1.84 (1.19-2.84)	36.7	0.27 (0.17-0.43)	4.0	0.92 (0.55-1.54)
Healthcare professional ^b						
None	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]
Physician	46.7	7.86 (4.49-13.78)	129.8	2.41 (1.67-3.47)	3.5	0.84 (0.64-1.10)
Nurse	34.6	5.67 (3.32-9.68)	125.7	2.05 (1.47-2.85)	4.0	0.95 (0.67-1.34)
Paramedic or EMT	31.8	5.24 (3.29-8.35)	137.8	2.32 (1.67-3.24)	2.6	0.51 (0.14-1.93)
Other ^b	29.8	4.28 (2.48-7.37)	119.7	1.93 (1.40-2.66)	6.4	1.76 (1.08-2.86)
Selected diagnoses ^c						
Other ^d	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]
Syncope or near syncope	7.0	0.52 (0.42-0.65)	52.1	0.54 (0.46-0.64)	4.0	0.97 (0.73-1.27)
Dyspnea	22.4	1.79 (1.28-2.50)	113.5	1.20 (1.02-1.41)	2.7	0.61 (0.28-1.33)
Seizure	49.5	4.68 (3.84-5.71)	170.6	2.45 (1.93-3.11)	3.2	0.88 (0.54-1.44)
Abdominal pain	13.7	1.97 (1.48-2.64)	91.7	1.74 (1.44-2.10)	5.4	1.28 (0.81-2.04)
Chest pain	64.8	4.89 (4.01-5.97)	194.9	2.33 (1.99-2.73)	2.3	0.57 (0.25-1.29)
Acute cardiac emergency	121.9	8.16 (6.38-10.42)	173.6	1.87 (1.44-2.43)	3.6	0.79 (0.31-2.06)
Altered mental status	105.4	6.96 (5.98-8.11)	214.6	2.40 (1.87-3.08)	5.0	1.20 (0.60-2.42)
Suspected stroke	244.9	20.35 (12.98-31.91)	349.9	4.48 (2.92-6.87)	2.9	0.78 (0.10-6.24)
Treatment						
No oxygen	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]
Oxygen	26.6	1.59 (1.44-1.75)	98.4	1.34 (1.20-1.50)	4.1	1.09 (0.82-1.44)

Quintessenz:

- Bei der im *JAMA Open* veröffentlichten Analyse handelt es sich m.W. um die weltweit größte Studie zu medizinischen Notfällen in Verkehrsflugzeugen. Wie bei allen Beobachtungsstudien können Störfaktoren die Ergebnisse beeinflussen.
- Sowohl die hier dokumentierte Häufigkeit von medizinischen Zwischenfällen (39 / 1 Million Passagiere = 1 / 212 Flüge; überwiegend bei internationalen Langstreckenflügen), als auch die Zahl der geänderten Flugrouten, Krankenhausaufnahmen und Todesfälle an Bord waren >2x so hoch wie bislang angenommen (18 Ereignisse pro 1 Million Fluggäste [Publikationen mit kleineren Samples]).
- Die meisten ernsthaften Erkrankungen, die eine Routenänderung erforderten (und im weiteren Verlauf zu Einweisungen bzw. Todesfällen führten) lagen auf dem Gebiet von Neurologie und Herz-Kreislauf-System.
- Wer als Ärztin oder Arzt im Flugzeug reist, sollte sich geistig darauf einstellen, zu einem Notfall gerufen zu werden.** Die dann vermutlich vorherrschenden Bedingungen sind meist *immer gleich schlecht*: → Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung und ggf. Behandlung auf sehr engem Raum; → z.T. limitierte Hilfsmittel im Notfall-Kit; → hoher Stress-Level; → zahlreiche Zuschauer; → u.U. mehrere Stunden bis zum nächsten Flugplatz.
- Ohne Frage sind alle Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, im Notfall zu helfen (und sind dabei immer durch die Fluggesellschaft haftpflichtversichert). Wer sich aber in solchen Situationen absolut überfordert fühlt und keine praktischen Erfahrungen hat, sollte sich überlegen, was er tut, wenn es im Lautsprecher heißt: *Is there a doctor on board?* Bei meinen eigenen Einsätzen war ich nur im absoluten Ausnahmefall der einzige Arzt vor Ort.
 - NB: Im Notfall-Kit der *Lufthansa* finden sich **AED (Defibrillator)** und **Intubationsbesteck**; auch ein **EKG (aber nur auf Langstrecken)**, das via iPad von allen Crew-Mitgliedern, ggf. auch allen Ärzten an Bord und in der Bodenstation gesehen werden kann. Für den Fall eines **sichtbaren ST-Hebungsinfarkts** wird empfohlen, unverzüglich eine Zwischenlandung in der Nähe einer Klinik mit Katheterlabor anzustreben (<https://t1p.de/sv85u> [frei]).

In-Flight Medical Events on Commercial Airline Flights <https://t1p.de/3bpdo> (frei).

► Langfristige Anwendung von Corticoid-Cremes bei atopischer Dermatitis: Ungewöhnliche Risiken

Unter **atopischer Dermatitis (AD)**, der weltweit häufigsten chronisch-entzündlichen Hauterkrankung, leiden über 200 Millionen Menschen (geschätzte Prävalenz im Kindesalter [„Neurodermitis“] 15-25%, bei Erwachsenen 3-7%). Aus bislang unbekannten Gründen tritt bei einem Teil der Betroffenen eine langfristige Remission ein, andere leiden lebenslang. Bei AD können auch vermehrt Asthma, allergische Rhinitis oder eine Lebensmittelallergie auftreten.

Zur Behandlung werden neben Feuchtigkeitscremes am häufigsten topische Corticosteroide eingesetzt. Die können aber – *bei längerer Anwendungsdauer (90 Tage bzw. 1 Jahr)* – offenbar unerwünschte Wirkungen (UAW) haben, die man bislang nur bei systemischer Verabreichung kannte.

- Dermatologen aus der taiwanesischen Hauptstadt Taipeh fanden (2003-2019) in der zentralen Datenbank der nationalen Krankenkasse nicht weniger als 435.138 Personen, die an AD litten. Diejenigen *mit* einer neu diagnostizierten peptischen Ulkuserkrankung wurden mit denen *ohne* verglichen - unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Stadt/Land-Region, Komorbidität sowie der Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika und ASS.
- Die folgende Tabelle zeigt, dass selbst bei eher kurzdauernder Exposition (bis zu 90 Tage) **Komplikationen des oberen Gastrointestinaltraktes signifikant erhöht** waren (*adjustierte odds ratio 1.667 [95% KI 1.619 – 1.716]*).
- Längere Exposition (bis 12 Monate), höheres Alter und männliches Geschlecht steigerten das Risiko weiter (*adjustierte odds ratio bis 1.825 [95% KI 1.741 – 1.913]*).

	aOR (90 days within index date)		aOR (1 year within index date)	
	Point estimate	95% CI	Point estimate	95% CI
All cases and controls				
No TCS exposure	Reference		Reference	
TCS exposure—low	1.667	1.619-1.716	1.691	1.66-1.724
TCS exposure—high	1.688	1.634-1.743	1.799	1.762-1.837
Age ≥65 years				
No TCS exposure	Reference		Reference	
TCS exposure	1.757	1.646-1.877	1.825	1.741-1.913
Age <65 years				
No TCS exposure	Reference		Reference	
TCS exposure	1.663	1.624-1.702	1.726	1.699-1.753
Interaction (P value)	.0995		.0212	
Male				
No TCS exposure	Reference		Reference	
TCS exposure	1.76	1.697-1.826	1.81	1.764-1.856
Female				
No TCS exposure	Reference		Reference	
TCS exposure	1.63	1.585-1.676	1.702	1.671-1.734
Interaction (P value)	.0012		.0002	

aOR, adjusted odds ratio; TCS, topical corticosteroid

Association Between Topical Corticosteroids and Risk of Upper Gastrointestinal Complications
<https://t1p.de/eyh2y> (frei)

► Drohende Versorgungslücken bei Antibiotika, Schmerzmitteln und Antidiabetika durch Abhängigkeit von China

Nein, ich besitze keine Pharmaaktien und habe auch keine Verbindungen zum Institut der deutschen Wirtschaft (**IW**) oder deren Kooperationspartnern.

Nichtsdestotrotz möchte ich Sie auf eine am 20.10. publizierte Studie des IW (im Auftrag des Branchenverbands *Pro Generika*) hinweisen, die zeigt, **wie stark Deutschland bei einer großen Zahl wichtiger Medikamente von chinesischen (z.T. auch indischen) Importen abhängig ist.**

- In der aktuellen politischen Situation scheint es nicht undenkbar, dass es bei einem möglichen Konflikt Deutschlands, oder auch der EU mit China zu Versorgungslücken bei z.B. **Enoxaparin, Metamizol oder Azithromycin** kommen könnte. Der chinesische Produktionsanteil an den drei genannten Substanzen beträgt 100%, 80% bzw. 42%.
- Auch Indien spielt bei der Arzneimittelproduktion eine große Rolle. Bei **Metformin**, so das IW, sind 15 der 22 wichtigsten Hersteller in Indien ansässig, zwei in China und drei in Europa. Noch viel bedeutsamer ist, dass 80% des für Metformin essentiellen Vorläuferstoffs *Dicyandiamid* in China hergestellt wird.
- ▷ Siehe zum Thema auch die **brandaktuellen Lieferprobleme bei Halbleitern für die Autoindustrie** - nachdem die niederländische Regierung die Kontrolle über die bisher von einer chinesischen Konzernmutter geführte Firma **Nexperia** übernommen hatte [weltweit größter Hersteller von Halbleitern], stoppte China die Ausfuhr von Chips.

Wer an der Studie „Strategische Abhängigkeiten bei wichtigen Arzneimitteln von China“ interessiert ist, kann das frei verfügbare pdf lesen <https://t1p.de/8n9d0>.

► Tramadol bei chronischen Schmerzen – keine gute Wahl

Dänische Wissenschaftler haben in einer systematischen Übersichtsarbeit mit Metaanalyse bewertet, wie es um **Nutzen und Risiken von Tramadol** steht, einem synthetischen Opioid, das – insbesondere bei längerer Dauer und höheren Dosen - zu Toleranz, physischer und psychischer Abhängigkeit führen kann.

- ▷ 2024 wurde eine vom Pharmakovigilanzausschuss (PRAC) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) empfohlene Verschärfung der Warnhinweise für Abhängigkeit und Missbrauch umgesetzt.
- Tramadol ist nach Tilidin das am häufigsten (auch gegen Rückenschmerzen) verschriebene Opioid in Deutschland. Es unterliegt *nicht* dem Betäubungsmittelgesetz und gilt bei Experten als Einstiegsdroge. Der Hersteller Grünenthal lobbyierte 2011 erfolgreich gegen die Änderung dieser BtMG-Einstufung („körperliche Abhängigkeit tritt nur selten auf“). In den USA, Kanada, Australien, Frankreich und im UK ist Tramadol ein rezeptpflichtiges Betäubungsmittel.
- In die Analyse der Verfasser gingen 19 RCTs (alle gegen Placebo) mit 6.506 Patienten aus den Datenbanken *Cochrane Library*, *MEDLINE*, *Embase*, *Science Citation Index* and *BIOSIS* (bis Februar 2025) ein.
- Primäre Endpunkte waren die erzielte Schmerzlinderung, ernsthafte Nebenwirkungen und Lebensqualität. Sekundäre Endpunkte: Nicht-ernsthafte unerwünschte Wirkungen, depressive Symptome (*Hamilton Depression Rating Scale*), Abhängigkeit und Missbrauch.

- Die folgende Tabelle zeigt, dass – im Vergleich zu Placebo –
 - Tramadol eine gewisse Wirksamkeit hat – sie war allerdings unterhalb des vorher festgelegten Relevanzniveaus (*predefined minimal important difference*).
 - Unerwünschte Wirkungen hingegen waren durch die Bank klinisch relevant und statistisch signifikant unterschiedlich (OR 2.13; 97.5% KI 1.29-3.51; $p=0.001$)

Table 2. Summary of findings for tramadol versus placebo

Certainty assessment						N° of patients		Effect			Certainty	Importance
N° of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Tramadol	Placebo	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
13	Randomised trials	Serious* (assessed with: NRS)	Not serious	Not serious	Not serious†	Publication bias strongly suspected‡	2199	1256	–	MD 0.93 NRS lower (1.22 lower to 0.64 lower)	⊕⊕○ Low*††	CRITICAL
Serious adverse events (assessed with: Number of participants with at least one event)												
8	Randomised trials	Serious*	Not serious	Not serious	Serious§	Strong association¶	130/3050 (4.3%)	26/1533 (1.7%)	OR 2.12 (1.37 to 3.29)	18 more per 1,000 (from 6 more to 37 more)	⊕⊕⊕ Moderate*§¶	CRITICAL
Non-serious adverse events (assessed with: Number of participants with at least one event)												
14	Randomised trials	Serious*	Serious**	Not serious	Not serious†	Publication bias strongly suspected‡	1975/3249 (60.8%)	739/1821 (40.6%)	RR 1.40 (1.15 to 1.70)	162 more per 1,000 (from 61 more to 284 more)	⊕○○ Very low*††**	IMPORTANT

*Downgraded one level for risk of bias due to incomplete outcome data or selective reporting. Several trials excluded patients during open-label run-in phases, leading to potential overestimation of treatment effects.

†The cumulative Z-curve crosses the monitoring boundaries for benefit, harm, or futility, or DARIS is reached. Therefore, we did not downgrade.

‡Downgraded one level for publication bias because visual inspection of funnel plots and Harbord regression tests suggested asymmetry indicating small study effects.

§Downgraded one level for imprecision due to wide CIs reflecting uncertainty about the magnitude of harm.

¶Upgraded one level for strong association due to large effect size (OR > 2).

**Downgraded one level for inconsistency because of moderate to high heterogeneity ($I^2 > 50\%$), prediction interval including no difference and Tau2 statistic ($\tau^2 = 0.1$; $\tau = 0.32$).

MD, mean difference; NRS, Numerical Rating Scale; RR, Risk Ratio.

Wer Interesse an weiteren Details hat – die Arbeit ist frei zugänglich

Tramadol versus placebo for chronic pain: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis <https://t1p.de/qd5qr> (frei).

► Syphilis – neue Höchststände

Syphilis, eine durch gramnegative, spiralförmige Bakterien ausgelöste Geschlechtskrankheit, tritt (weltweit, aber auch in Deutschland) immer häufiger auf.

Im Jahr 2022 wurden acht Millionen Erwachsene im Alter von 18-49 Jahren dokumentiert (hohe Dunkelziffer wahrscheinlich).

Wie die folgende Tabelle zeigt, stiegen die **Fallzahlen in den USA** von 2019 bis 2023 um 61% (bei Frauen sogar um 112% und bei Neugeborenen [kongenitale Lues] um 106%). Syphilis – a review <https://t1p.de/ypj35> (nicht frei).

Table 1. Epidemiology of Syphilis in the US, 2019-2023

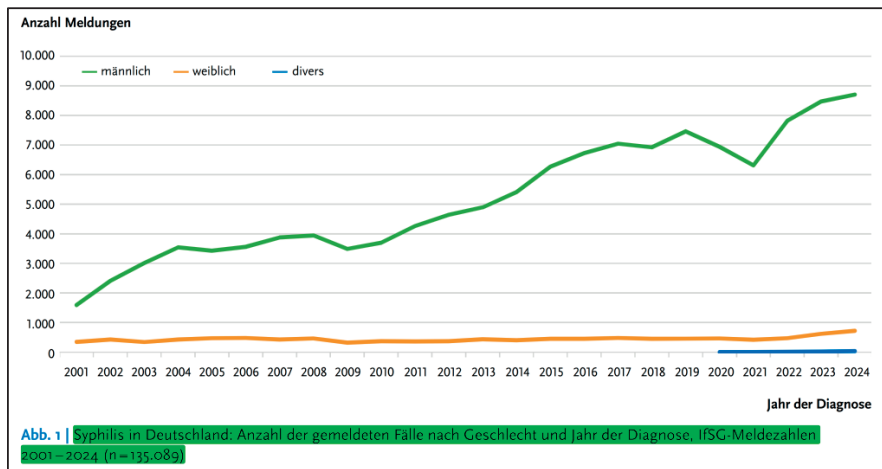
Subtype	No. of newly reported syphilis cases by year of diagnosis (annual rate per 100 000 persons)				
	2019	2020	2021	2022	2023
Total syphilis ^a	129 827 (39.6)	133 960 (40.4)	176 739 (53.3)	207 269 (62.2)	209 253 (62.3)
Congenital syphilis ^b	1884 (50.3)	2163 (59.9)	2881 (78.6)	3769 (102.8)	3882 (105.8)
Primary and secondary syphilis					
Male and female	38 992 (11.9)	41 655 (12.6)	53 767 (16.2)	59 016 (17.7)	53 007 (15.8)
Male	32 402 (20.0)	33 646 (20.5)	41 349 (25.2)	44 309 (26.8)	39 188 (23.6)
Female	6493 (3.9)	7901 (4.7)	12 265 (7.3)	14 652 (8.7)	13 763 (8.1)

^a Includes primary, secondary, early latent, and late latent syphilis.

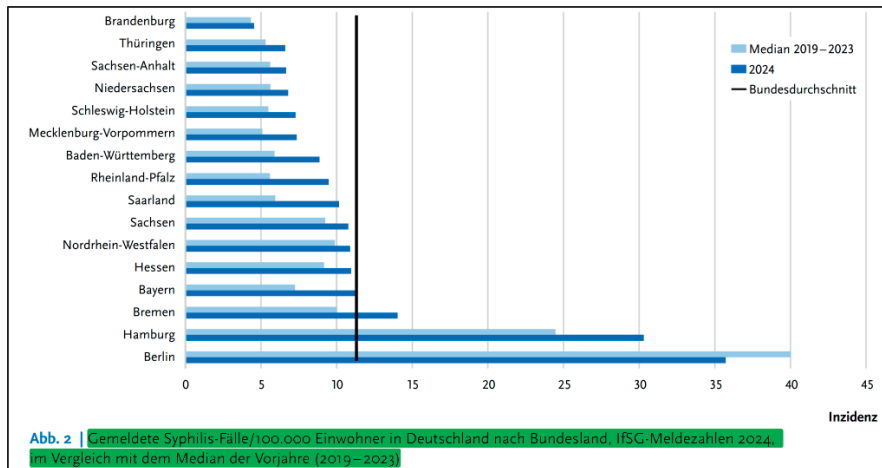
^b Number of reported congenital syphilis cases per 100 000 live births.

Das RKI hat am 25. September 2025 einen aktualisierten Bericht publiziert unter dem Titel „**Syphilis in Deutschland in den Jahren 2023 und 2024 - neuer Höchststand von Infektionen mit verlangsamter Dynamik**“.

Die folgende Abbildung zeigt die Gesamtentwicklung von 2001 bis 2024...



... und die Zahlen aus den Bundesländern



Syphilis in Deutschland in den Jahren 2023 und 2024 <https://t1p.de/ew57e> (frei)

► Don't Take Your Organs To Heaven...

Bei diesem hörenswerten Musikvideo (youtube) geht es um die **Förderung der Organspende** – produziert wurde es von unserem Mainzer Kollegen Karl B. Brantzen (dessen musikalische Aktivitäten vor Jahren schon mal in den Benefits erwähnt wurde).

Kurzversion (1:48) - <https://www.youtube.com/watch?v=EQS2afTKSX0>

Langversion (5:13) - <https://www.youtube.com/watch?v=pOfPsZNu2c4>

Die Beiträge der anderen Kollegen

► Günther Egidi

▷ „Die Abnehmspritze: (1) - Indikation Diabetes“ [Anlage](#)

► Bernd Hontschik

▷ „Kinder, Kinder - Die Medizin geht verloren, es regiert der Gewinn“ [Anlage](#)

► Florian Stigler (Golden Nuggets)

▷ „Paracetamol in der Schwangerschaft und Autismus: Ein evidenzbasiertes Update“
[Anlage](#)

► Zu guter Letzt: **Lieferengpässe Medikamente** (SZ 22.9.2025)



Dirk Meissner <https://www.meissnerdirk.de/> (frei).

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 | Institut f. Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg | Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Ludwigstr. 37, D-79104 Freiburg/Germany

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).

Die Abnehmspritze (1) - Indikation Diabetes

Vor 20 Jahren standen ausschließlich Metformin, Sulfonylharnstoffe und Insulin (sowie die inzwischen verlassenen Glitazone und α -Glukosidasehemmer) zur Verfügung, inzwischen haben wir die Wahl: Beginnen Sie eine medikamentöse Behandlung mit den alt bekannten Substanzen oder bevorzugen sie eines der GLP-1-Analoga (GLP-1-RA) in der Hoffnung, damit nicht nur das HbA1c, sondern zugleich auch das Körpergewicht ihrer häufig übergewichtigen Patient*innen mit Typ-2-Diabetes senken zu können?

Es soll sogar Kolleg*innen geben, welche die Vorgaben zur Verordnungsfähigkeit ignorieren – und übergewichtigen Patient*innen einen Diabetes andichten, um deren Wunsch nach einer medikamentösen Gewichtsreduktion zu erfüllen.

An dieser Stelle sicherheitshalber noch einmal der Hinweis:

- Semaglutid gibt es in zwei verschiedenen Präparaten auf dem Markt: als Ozempic® zum Einsatz bei Diabetes – und, deutlich höher dosiert - als Wegovy® mit der Indikation Adipositas.
- Sowohl die Verordnung von Ozempic® auf einem Privat Rezept (außer bei Privatversicherten) – als auch die von Wegovy® auf einem Kassenrezept sind nicht zulässig.
- Auch wenn es in den letzten Jahren kaum Arzneimittelregresse gegeben hat: Angesichts der erheblichen Preis-Differenzen kann man sicher davon ausgehen: die Krankenkassen werden auf Regressen bestehen (müssen), wenn eine Arztpraxis in ihren Verordnungen von GLP-1-RA deutlich über dem Fachgruppenschnitt liegt – und wenn die entsprechenden Verordnungen nicht ausreichend begründet sind (HbA1c kaum erhöht, antidiabetische Medikation nicht zuvor „ausgereizt“).

In diesem ersten Beitrag soll es zunächst aber um Menschen mit einem Typ-2-Diabetes gehen.

Die *Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Diabetes* (<https://ti-nyurl.com/bdy6s9bn>) empfiehlt in ihrem zentralen Therapie-Algorithmus bei komorbiden kardiovaskulären Erkrankungen einen Therapie-Beginn mit Metformin plus einem SGLT-2-Hemmer oder einem GLP-1-RA. Die DEGAM-Vertreter*innen brachten einen Zusatz in den Algorithmus, dass bei HbA1c < 7,0% für die beiden Substanzklassen keine ausreichenden Nutzenbelege vorliegen. So ist nun mal die Evidenzlage.

In ihrer Anwenderversion zur NVL Diabetes (<https://tinyurl.com/24p7j6nt>) empfehlen DEGAM und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft SGLT-2-Hemmer und GLP-1-RA auch bei kardiovaskulär Kranken nur, wenn das individuelle HbA1c-Ziel mit Metformin allein nicht zu erreichen ist. An der Stelle muss aber daran erinnert werden, dass es für eine medikamentöse HbA1c-Senkung bei Typ-2-Diabetes keine Nutzenbelege gibt. Bei kardiovaskulär gesunden Menschen mit Diabetes sehen sie einen Stellenwert für SGLT-2-Hemmer und GLP-1-RA dann, wenn eine Kombination von Metformin und Glibenclamid nicht zur HbA1c-Senkung auf 7,0-8,0% ausreicht (bei älteren Menschen <9,0%) – bevor basales Humaninsulin zum Einsatz kommt.

Jetzt stellen wir uns eine 56-jährige adipöse Patientin mit Typ-2-Diabetes ohne weitere Begleiterkrankungen vor und fragen uns: Welche Antidiabetika-Klasse ist bei kardiovaskulär gesunden Menschen mit Typ-2-Diabetes zu bevorzugen?

2016 erschien eine sehr gut gemachte, riesige Metaanalyse (doi: 10.1001/jama.2016.9400). Aus 301 (!) randomisierten Studien wurden alle verfügbaren Antidiabetika miteinander verglichen. In der Monotherapie fand sich für sämtliche Antidiabetika im Vergleich zu Metformin kein signifikanter Unterschied in Bezug auf Herzinfarkt, Schlaganfall, (kardiovaskulärer und gesamter) Sterblichkeit und schwere unerwünschte Wirkungen. Nur das Gewicht sank unter GLP-1-RA deutlich.

Auch im Vergleich mit der Kombination von Metformin mit Sulfonylharnstoff war keine andere Kombination hinsichtlich der genannten Endpunkte überlegen – bis auf die GLP-1-RA, die zu einer Gewichtsreduktion führten.

Welche Schlussfolgerung können (und sollten wir m.E.) aus dieser Metaanalyse ziehen?

- ⇒ Wenn es hinsichtlich klinisch relevanter Endpunkte keine wesentlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Antidiabetika gibt, dann sollten Verträglichkeit – und angesichts der prekären finanziellen Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung – Preis der verschiedenen Medikamente entscheiden.

Was kosten denn verschiedenen Antidiabetika?

- ⇒ Tagestherapiekosten
 - Metformin 850 mg 0,10-0,30 €
 - Glibenclamid 3,5 mg 0,09-0,26 €
 - Humanes Basalinsulin 12 IE 0,27-0,36 € (allerdings ohne Nadeln und Teststreifen)

Empagliflozin 10 mg 2,39 €
Dapagliflozin 10 mg 2,23-3,57 €
Liraglutid je nach Dosis 2,33-6,99 €
Tirzepatid 13,67 €

- ⇒ Welche Schlussfolgerungen sollten wir zum Thema GLP-1-RA bei der Indikation Diabetes ziehen? Bei kardiovaskulär gesunden Menschen mit Diabetes sollte vorrangig Glibenclamid verordnet werden, wenn allein mit Metformin das HbA1c nicht dauerhaft < 8,0% (bzw. < 9,0% bei über 75-Jährigen) zu senken ist.
- ⇒ Die Gewichtszunahme unter Sulfonylharnstoffen ist übrigens marginal und zu vernachlässigen: in der UKPDS 33 (<https://tinyurl.com/48844pje>) lag sie bei gerade einmal 1,7 kg bei einer Studienlaufzeit von 10 Jahren. Im direkten Vergleich von Glimepirid mit dem DPP4-Hemmer Linagliptin (<https://tinyurl.com/32kzxbxj>) nahmen die untersuchten Patient*innen sogar unter Linagliptin häufiger mehr als 2% ihres Körpergewichtes zu. Die Häufigkeit von Hypoglykämien unter Sulfonylharnstoffen hängt wesentlich vom gewählten HbA1c-Ziel ab – es sollte dann keinesfalls unter 7,0-7,5% liegen.

Wenn aber aus einem berechtigten Grund ein GLP-1-RA in der Indikation Diabetes verschrieben werden soll, für welchen sollen wir uns entscheiden? Direkte Vergleiche zwischen konkurrierenden GLP-1-RA liegen nicht vor, darum sind wir auf den indirekten Vergleich auf Grundlage der Zulassung-Studien angewiesen.

- In der LEADER-Studie (<https://tinyurl.com/4pm225v6u>) senkte Liraglutid bei 9.340 kardiovaskulär kranken Proband*innen die Gesamtsterblichkeit nach 3,8 Jahren signifikant um 1,4% die kardiovaskuläre Sterblichkeit um 1,3%.
- In der SUSTAIN-6-Studie (<https://tinyurl.com/m7mw4e6v>) konnte ein entsprechender Mortalitäts-Benefit bei 3.297 Patient*innen (83% davon kardiovaskulär krank) eben nicht nachgewiesen werden – die mit dem nur einmal wöchentlich injizierten Semaglutid behandelten Personen lebten nicht länger. Es traten bei ihnen nur 1% weniger nicht tödliche Herzinfarkte und 1,1% weniger überlebte Schlaganfälle auf. Die Tatsache, dass die allermeisten in SUSTAIN-6 eingeschlossenen Proband*innen kardiovaskulär krank waren (wie alle in LEADER eingeschlossenen) spricht dagegen, dass die ausgebliebene Mortalitäts-Senkung nur daran lag, dass es sich um ein gesünderes Patient*innen-Kollektiv gehandelt hatte.
- Auch für Dulaglutid (REWIND <https://tinyurl.com/27kb4wh6>) und das HbA1c und Körpergewicht noch stärker als Semaglutid senkende Tirzepatid (SURPASS-4 <https://tinyurl.com/mt3sczt2>) konnte ein das Leben

verlängernder Nutzen, bei Tirzepatid nicht einmal eine Senkung kardiovaskulärer Ereignisse nachgewiesen werden.

⇒ Wenn ein GLP-1-RA mit der Indikation Diabetes verordnet werden soll, sollte vorzugsweise Liraglutid verwendet werden.

Natürlich müssen hier Kompromisse eingegangen werden, wenn, wie wir es in den zurückliegenden Jahren erleben mussten, Lieferengpässe die Auslieferung von Victoza® (Liraglutid) behindern – oder wenn uns unsere Patient*innen drängen, die stärker das Gewicht senkenden Substanzen Semaglutid oder Tirzepatid (doi:10.7326/ANNALS-24-01590) zu bevorzugen.

In einem nächsten Benefit-Beitrag werde ich mich mit der Gewichtsreduktion durch GLP-1-RA beschäftigen, auch mit der Frage, für welchen GLP-1-RA wir uns bei Indikation Adipositas entscheiden sollten, auch wenn zugleich ein Diabetes vorliegt.

XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT) – warum einfach, wenn es auch kompliziert geht?

Wie erwähnt empfehlen DEGAM und AKdÄ, SGLT-2-Hemmer (meist vorrangig) oder GLP-1-RA (eher nachrangig) noch vor Insulin einzusetzen. WENN denn Insulin verwendet wird, sollte nach Ansicht von DEGAM, AKdÄ und GB-A intermediär wirksames NPH-Insulin zur Nacht verordnet werden. Bei einer gewichtsadaptierten Startdosis von 0,11 IE/kg (aufgerundet) kommt es zu einer relevanten Besserung des HbA1c ohne Gewichtszunahme und ohne Hypoglykämien.

Tagsüber wirksame Insuline sollten wegen ihres hohen Hypoglykämie-Potenzials (<https://tinyurl.com/3scu7fsa> und <https://tinyurl.com/ayudf3jh>) so spät wie möglich verordnet werden, eine intensivierte konventionelle Insulinbehandlung (ICT) nur in begründeten Ausnahmefällen bei absolutem Insulinmangel. Und den gibt es nur bei weniger als 7 % der insulinbehandelten Menschen mit Typ-2-Diabetes der Fall (<https://tinyurl.com/ycy926h9>).

Bernardo Mertes ist ein sehr netter und engagierter Diabetologe aus Frankfurt, der in der DEGAM-AG Diabetes mitarbeitet. Er untersuchte, welche Form einer Insulin-Therapie am häufigsten angewendet wird (DOI: 10.1055/s-0044-1785354) – erschreckenderweise ist es ebendiese Maximalform der Insulintherapie.

In einer Interventionsstudie konnte bei 97,3% der eingeschlossenen Patient*innen nach Deeskalation der ICT das HbA1c von 8,6 auf 8,0% gesenkt werden. Aber viel wichtiger war die Reduktion schwerer Hypoglykämien um das 13-fache.

XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Die wissenschaftsfeindliche Haltung der aktuellen US-amerikanischen Regierung ist ja bereits sprichwörtlich geworden.
Viele von uns wollen es vielleicht nicht wahrhaben, aber „den Westen“ gibt es nicht mehr, seit eine faschistoide Truppe das Weiße Haus erobert hat. Wie bereits im letzten MMK-Benefit vom September gemeldet, gerät auch die Gewissheit, dass wir weiter bei Studien-Recherchen problemlos auf die riesige US-amerikanische Medizin-Datenbank Pubmed und das Studienregister ClinicalTrials.gov zurückgreifen können, ins Wanken. Das deutsche IQWiG hat sich dazu in einem gemeinsam mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss und mit Cochrane-Deutschland erstellten Papier geäußert (ebenfalls im letzten MMK-Benefit verlinkt): <https://tinyurl.com/bdzxw94w>

XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nutzen Sie noch ein Praxisverwaltungssystem (PVS) der Compugroup Medical (CGM)? Ich danke dem in Bad Honnef praktizierenden Kollegen Klaus Weckbecker für den Hinweis auf Ergebnisse einer Recherche von Correctiv zum Zusammenhang der CGM mit dem rechten Netzwerk Nius - <https://tinyurl.com/bd6kcmjr> - und schäme mich ehrlich gesagt dafür, dass ich in meiner eigenen Praxis den Ausstieg aus Turbomed blockiert habe, weil ich mich vor dem Ende meiner hausärztlichen Tätigkeit nicht noch an ein neues PVS gewöhnen wollte.

XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Gerade trifft eine Hiobsmeldung ein:
die Firma Novo wird nach der Produktion von Humaninsulin auch die von Liraglutid (Victoza®) einstellen!
=> <https://tinyurl.com/275mckds>
Zentrales Zitat: „Die Einstellung der Vermarktung erfolgt aus kommerziellen Gründen und nicht aufgrund von Sicherheits- oder Qualitätsproblemen.“
=> das bedeutet letztlich: ohne die Substanz mit den besten Evidenz-Belegen wird der Stellenwert der GLP-1-RA bei der Indikation Diabetes völlig unklar werden!

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:
Hiwa Dashti, Sabine Gehrke-Beck, Bernardo Mertes, Til Uebel)



Kinder, Kinder

03.10.2025, 10:10 Uhr

Von: Bernd Hontschik



Eine Kinderärztin untersucht ein Kleinkind in einer Kinderarztpraxis. © Christoph Boeckheler/epd

Die Medizin geht verloren – es regiert der Gewinn / Die Kolumne von Bernd Hontschik

Was ist eigentlich eine Arztpraxis? Wikipedia schreibt dazu: „Eine Arztpraxis umfasst die Räumlichkeiten eines niedergelassenen (praktizierenden) Arztes. Eine Arztpraxis ist ein freiberuflicher Wirtschaftsbetrieb.“ Von dieser Definition dürfte niemand wirklich überrascht sein.

Daher gleich die zweite Frage: Was ist eigentlich ein Medizinisches Versorgungszentrum? Wir lesen wieder bei Wikipedia nach: „Ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 eingeführte Einrichtung zur ambulanten medizinischen Versorgung. In Medizinischen Versorgungszentren können beliebig viele zugelassene Ärzte oder Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis arbeiten, was in den herkömmlichen Praxen nur sehr eingeschränkt erlaubt ist. MVZ können fachübergreifend

Fachärzte unterschiedlicher Richtungen und psychologische Psychotherapeuten beschäftigen oder nur aus Ärzten einer Fachrichtung bzw. nur aus Psychotherapeuten bestehen.“ Da es das MVZ also erst seit etwas über 20 Jahren gibt, ist es bis heute weithin unbekannt, wie es sich von einer normalen Arztpraxis unterscheidet. Vereinfacht gesagt: Man muss kein Arzt, keine Ärztin sein, um ein MVZ zu gründen. Gemeinnützige Träger, Kommunen, Versicherungen und andere mehr können ein MVZ gründen. MVZs sollen kostengünstiger arbeiten, engere Kooperationen ermöglichen und Verwaltung von der Medizin trennen. Das war jedenfalls die gute Absicht.

Kommen wir also zur dritten Frage: Wer ist Medcover? Nie gehört! Und dennoch: Medcover ist seit seiner Gründung 1995 in Schweden ein führender Anbieter von Gesundheitsleistungen geworden, mit Niederlassungen in Polen, Deutschland, in der Ukraine, Rumänien und Indien. Medcover verfügt über ein riesiges Netzwerk in neun Ländern mit 184 medizinischen Zentren, 42 Apotheken, 42 Krankenhäusern, 115 zahnmedizinischen Zentren und vielem anderem mehr.

Und jetzt die vierte und entscheidende Frage: Was hat denn das alles miteinander zu tun? „Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Eltern, wir bedauern, Ihnen mitteilen zu müssen, dass unsere Kinder- und Jugendheilkunde bis spätestens Ende November 2025 schließt. Wir bitten Sie, sich eine neue Kinderarztpraxis zu suchen.“ Medcover unterhält im Frankfurter Westend ein MVZ mit neun Behandlungsbereichen, darunter auch die Kinder- und Jugendmedizin, letztere aber eben nur noch wenige Wochen.

Über die Gründe kann man nur spekulieren. Medcover sagt, dass mit ihren Personalressourcen eine verlässliche Akutversorgung nicht mehr tragfähig sei. Eine seltsame Formulierung ist das. Da leuchtet es doch schon eher ein, dass mit der Kinder- und Jugendmedizin kein großes Geld verdient werden kann. Sie ist durch eine überholte Gebührenordnung chronisch unterfinanziert, und die Medizin mit den kleinen Menschen ist sehr zeit- und personalaufwändig. Private Träger wie Medcover dulden aber keine ewig roten Zahlen, sie sind auch nicht zu einer Querfinanzierung bereit. Also werden sich jetzt rund 2400 kleine Patient:innen mit ihren Eltern auf die Suche nach einer neuen Kinderarztpraxis machen müssen. Sie sind nicht zu beneiden, denn Kinderarztpraxen sind in Frankfurt hoffnungslos überlaufen, sie nehmen keine neuen Patient:innen mehr an. Was nun?

Der Widerstand gegen die immer rascher zunehmende Privatisierung im Gesundheitswesen, in den Versorgungszentren und den Krankenhäusern, wird oft als Ausdruck einer „linken“ politischen Haltung abgetan. Das trifft aber nicht zu. Private, profitorientierte und börsennotierte Gesundheitskonzerne haben an Gesundheit nur insoweit Interesse, als sie Gewinn verspricht. Wenn das nicht der Fall ist, wie eben in der Kinderheilkunde, bedauert man, uns mitteilen zu müssen, dass die Schließung bevorsteht.

Dafür gibt es nur eine Lösung: das Gesundheitswesen gehört insgesamt und ohne Abstriche zur staatlichen Daseinsvorsorge. Gewinne müssen andere und woanders machen.

Bernd Hontschik ist Chirurg und Publizist. Aktuell im Handel: „Heile und herrsche! – Eine