

Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 12/2020

Stiftung LebensBlicke / Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI): "Notwendige Arzt- und Vorsorgetermine nichtaufschieben"

BDI – 22.12.2020

BDI-Präsidentin:

"Notwendige Arzt- und Vorsorgetermine nichtaufschieben" änd – 23.12.2020

Dr. Ivo Grebe:

"Wir müssen froh sein über jeden Kollegen, der Hausbesuche macht" änd – 27.12.2020

BDI-Präsidentin:

"Wir sind in unserer Praxis als Team noch einmaldeutlich zusammengewachsen" and - 31.12.2020

Presseinformation

Notwendige Arzttermine und Vorsorgeuntersuchungen nicht aufschieben

Wiesbaden/Ludwigshafen, 22.12.2020 – Die Stiftung LebensBlicke, Früherkennung Darmkrebs, und der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) werben dafür, notwendige Arzttermine und Vorsorgeuntersuchungen auch in der Pandemie nicht aufzuschieben.

Während der ersten Erkrankungswelle der Corona-Pandemie haben viele Patientinnen und Patienten geplante Arzttermine aus Angst vor einer Infektion mit dem neuen SARS-CoV-2-Virus abgesagt; auch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ging merklich zurück. So verzeichneten zum Beispiel über 80 Prozent der gastroenterologischen Praxen einen deutlichen Rückgang der Nachfrage bei der Darmkrebsvorsorge. Nicht nur die Angst vor Ansteckung oder neue Hygienevorgaben waren ursächlich verantwortlich. Auch der Klinik- und Praxisbetrieb musste anfangs wegen mangelnder Schutzausrüstung stark eingeschränkt werden.

Heute, in der zweiten Welle, spielen diese Faktoren keine Rolle mehr. Kliniken und Praxen haben sich mit umfangreichen Hygienemaßnahmen sehr gut auf die Pandemiebedingungen eingestellt. Das gilt nicht nur für die Intensivbetreuung von Schwerstkranken, sondern auch für den Normalbetrieb der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. "Bürgerinnen und Bürger können ohne Sorge ins Krankenhaus oder die Arztpraxis gehen. Es besteht kein Grund, notwendige Arztbesuche aufzuschieben", betont die Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Christine Neumann-Grutzeck. Das gilt besonders für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. "Wir empfehlen den Patientinnen und Patienten Kontakt mit ihrem Arzt aufzunehmen oder bei akuten Fällen unbedingt das nächste Krankenhaus aufzusuchen", so Neumann-Grutzeck weiter.

Das gilt insbesondere auch für die Darmkrebsvorsorge. "Dem sehr geringen Risiko einer Ansteckung steht der eindeutige Nutzen gegenüber: Prävention rettet Leben! Und das ist dringend notwendig, da immer noch circa 25.000 Menschen pro Jahr allein an Darmkrebs sterben", erläutert Professor Dr. Jürgen F. Riemann, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke. "Auch diese Todesfälle sind vermeidbar und sollten gerade in der COVID-19-Pandemie Anlass genug sein, mit Nachdruck immer wieder auf die Vorsorge, wie zum Beispiel die Darmkrebs-Früherkennung, hinzuweisen. Vermeiden statt leiden!"





Pressekontakt:

Bastian Schroeder (Stellv. Geschäftsführer)

Tel.: 0611 18133-0 / -12 Fax: 0611 18133-50 bschroeder@bdi.de

Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)

Haus der Internisten Schöne Aussicht 5 65193 Wiesbaden

www.bdi.de www.internisten-im-netz.de Facebook: @Ihr.BDI Twitter: @BDI_eV

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) ist mit rund 21.000 Mitgliedern Europas größter Fachärzteverband. Er vertritt Internistinnen und Internisten aller Versorgungsbereiche.



Appell an Bevölkerung

"Notwendige Arzt- und Vorsorgetermine nicht aufschieben"

Die Stiftung LebensBlicke, Früherkennung Darmkrebs, und der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) werben dafür, notwendige Arzttermine und Vorsorgeuntersuchungen auch in der Pandemie nicht aufzuschieben.



Neumann-Grutzeck: "Bürger können ohne Sorge ins Krankenhaus oder die Arztpraxis gehen."

(c) BDI

"Während der ersten Erkrankungswelle der Corona-Pandemie haben viele Patienten geplante Arzttermine aus Angst vor einer Infektion mit dem neuen SARS-CoV-2-Virus abgesagt – auch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ging merklich zurück", betonen die Organisationen in einer gemeinsamen aktuellen Mitteilung. So hätten zum Beispiel über 80 Prozent der gastroenterologischen Praxen einen deutlichen Rückgang der Nachfrage bei der Darmkrebsvorsorge verzeichnet. "Nicht nur die Angst vor Ansteckung oder neue Hygienevorgaben waren ursächlich verantwortlich. Auch der Klinik- und Praxisbetrieb musste anfangs wegen mangelnder Schutzausrüstung stark eingeschränkt werden."

Heute, in der zweiten Welle, spielten diese Faktoren keine Rolle mehr. Kliniken und Praxen hätten sich mit umfangreichen Hygienemaßnahmen sehr gut auf die Pandemiebedingungen eingestellt. Das gelte nicht nur für die Intensivbetreuung von Schwerstkranken, sondern auch für den Normalbetrieb der niedergelassenen Ärzte. "Bürgerinnen und Bürger

können ohne Sorge ins Krankenhaus oder die Arztpraxis gehen. Es besteht kein Grund, notwendige Arztbesuche aufzuschieben", betont die Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Christine Neumann-Grutzeck. Das gelte besonders für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. "Wir empfehlen den Patientinnen und Patienten Kontakt mit ihrem Arzt aufzunehmen oder bei akuten Fällen unbedingt das nächste Krankenhaus aufzusuchen", so Neumann-Grutzeck weiter.

Das gelte insbesondere auch für die Darmkrebsvorsorge. "Dem sehr geringen Risiko einer Ansteckung steht der eindeutige Nutzen gegenüber: Prävention rettet Leben. Und das ist dringend notwendig, da immer noch circa 25.000 Menschen pro Jahr allein an Darmkrebs sterben", ergänzt Professor Dr. Jürgen F. Riemann, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke. "Auch diese Todesfälle sind vermeidbar und sollten gerade in der COVID-19-Pandemie Anlass genug sein, mit Nachdruck immer wieder auf die Vorsorge, wie zum Beispiel die Darmkrebs-Früherkennung, hinzuweisen. Vermeiden statt leiden!"

23.12.2020 09:07, Autor: js, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: https://www.aend.de/article/209582



Kolumne

"Wir müssen froh sein über jeden Kollegen, der Hausbesuche macht"

Zu zeitaufwändig, zu schlecht bezahlt: Der Hausbesuch erfreut sich bei Niedergelassenen keiner großen Beliebtheit. Dabei sei er eine elementare Tätigkeit des Hausarztes und gehöre zu einer vollumfänglichen Behandlung der Patienten unbedingt dazu – egal, wie die Vergütung aussehe, sagt Dr. Ivo Grebe. Der Internist hat für den änd seine Gedanken zum Thema aufgeschrieben.



"Der Hausarzt wird zum Zuschauer, wenn Profis die Begleitung des Sterbeprozesses seines langjährigen Patienten übernehmen", sagt Grebe.

(c) privat

In vielen Köpfen existiert das idealisierte Bild des "Landarztes" – in einigen Gemeinden von Eifel, Mark-Brandenburg oder im Bayrischen Wald ist dies noch Realität. Was wir aber sehen und hören, ist ein langsames und stetiges Sterben dieser Romantik: die Überalterung der Hausärzte, Probleme bei der Nachbesetzung von Einzelpraxen auf dem Land, Praxisschließungen.

Der Wunsch vieler junger Kollegen*innen nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf betrifft auch die Hausbesuchstätigkeit, Mittwochnachmittags und am Wochenende werden dringliche Hausbesuche schon seit vielen Jahren über den organisierten Notdienst der KV abgewickelt.

Hat also der Hausbesuch an Attraktivität verloren und wenn ja, woran liegt das? Junge Studierende lernen die aufsuchende ärztliche Tätigkeit meist erst in der Famulatur oder im Praktikum der Allgemeinmedizin kennen. Gefragt nach den Eindrücken, kommt häufig die Antwort: beim Hausbesuch sehe ich den Patienten ganz anders, lerne sein Umfeld, seine Angehörigen kennen und bekomme ein besseres Verständnis für seine Situation -

anders als im Krankenhaus, wo in Spezialabteilungen nur partielle Aspekten des Kranken sichtbar werden.

Junge Weiterbildungsassistenten*innen kommen schnell an ihre Grenzen

Nachhaltig bleiben diese positiven Eindrücke allerdings nicht. Der Anteil von Weiterbildungsabschlüssen in Allgemeinmedizin stagniert seit Jahren, in Nordrhein zuletzt bei 8,1 Prozent (Allgemeine Innere Medizin 18,3 Prozent). Und die Hausbesuche? Junge Weiterbildungsassistenten*innen nehmen zwar die Herausforderung an, kommen aber schnell an ihre Grenzen, wenn es um die Versorgung schwerstkranker Patient geht, palliative Entscheidungen im Wohnzimmer getroffen werden müssen oder schwierige Gespräche mit Angehörigen anstehen.

Vor über 30 Jahren habe ich eine internistische Praxis im Zentrum einer mittelgroßen Universitätsstadt übernommen. Damals waren die Unterschiede zwischen einzelnen Disziplinen in der Grundversorgung deutlich unschärfer, jeder war so tätig, wie er es in seiner Aus- und Weiterbildung gelernt hatte. Der Internist war eben der Internist, der eine hatte eine Röntgenanlage, der andere ein Gastroskop, der dritte ein kleines Labor oder alles zusammen.

Mit Einführung der Hausarzt-/Facharzttrennung Ende der 1990er Jahre änderte sich die Situation nachhaltig. Die Honorarverteilung erfolgte aus getrennten Töpfen, der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wurde angepasst und plötzlich mutierte ich zu einem Internisten in der hausärztlichen Versorgung. Die Kooperation in einer Gemeinschaftspraxis, später BAG, mit einem internistischen Rheumatologen erwies sich als guter Kompromiss, um nicht vollends den gefühlten Status als Facharzt zu verlieren.

Und dann wird der Hausarzt zum Zuschauer

Von Beginn an führte ich regelmäßig Hausbesuche durch, zunächst an freien Nachmittagen, oft auch Samstagvormittag oder im Kassenärztlichen Notdienst. Für meinen Patientenstamm war mir wichtig, die Kontinuität in der Versorgung aufrechtzuhalten. Konnte jemand nicht mehr laufen, hatte einen Schlaganfall erlitten oder musste in ein Seniorenheim verlegt werden, übernahm ich wenn irgend möglich die weitere häusliche Betreuung. Das war mir wichtig, ich hatte das Gefühl, damit etwas Gutes zu tun, es dem Patienten/der Patientin schuldig zu sein.

Die Sterbebegleitung betrachte ich auch heute noch als eine elementare ärztliche Aufgabe, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung. In vielen Fällen bin ich nicht einverstanden damit, dass bei der Diagnose einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung durch das Krankenhaus oder auf anderem Wege sofort ein spezialisierter Palliativdienst zur Rundum-Versorgung engagiert wird. In einigen Fällen mag das richtig sein, häufig ist es eine Überreaktion. Der Hausarzt wird zum Zuschauer, wenn Profis die Begleitung des Sterbeprozesses "seines" langjährigen Patienten übernehmen. Besonders in Hospizen wird das deutlich: die meisten Hospize haben eine festen Stamm an versorgenden Ärzten/*innen, so dass der Hausarzt nur auf gezieltes Drängen seine eigenen Patienten dort weiter versorgen darf.

"Entscheidend ist die Grundhaltung"

Hausbesuche waren und bleiben schlecht vergütet - ein Argument dafür, warum sich diese Tätigkeit bei Ärzten*innen nie großer Beliebtheit erfreut hat. Entscheidend aber ist die Grundhaltung: Will ich meine Patienten umfänglich und kontinuierlich betreuen, gehört die aufsuchende Behandlung, der Hausbesuch, unbedingt dazu, egal wie gut oder schlecht die Bezahlung ist. Immerhin ist die Vergütung eines Besuches bei Privatpatienten zwei- bis dreimal so hoch wie bei einem GKV-Patienten, im Notdienst wird auch für Kassenpatienten nicht schlecht gezahlt - außerhalb der MGV.

Seit vielen Jahren steht die Forderung nach einer Anpassung, sprich Erhöhung der Vergütung für die Hausbesuchstätigkeit bei der KBV auf der Agenda, bisher Fehlanzeige. Bei der letzten EBM-"Reform" Anfang 2020 wurde das strittige Thema zwischen GKV-Spitzenverband und KBV auf unbestimmte Zeit verschoben, dann kam Corona. Ob 2021 eine spürbare finanzielle Aufwertung für Hausbesuche erreicht wird, bleibt abzuwarten.

Nicht-ärztliches Personal bringt spürbare Entlastung

Eine sinnvolle Ergänzung ist die aufsuchende Tätigkeit durch nicht-ärztliches Personal – Näpa, Verah oder Eva. Dadurch wird ärztliche Tätigkeit spürbar entlastet, das Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Bestimmung von Vitalparametern oder Messungen von INR, RR oder anderen Basiswerten ist eine enorme Arbeitserleichterung und spült gleichzeitig Geld in die Praxen. Allerdings sind Arzt-ersetzende Tätigkeiten wie zum Beispiel durch PA ("Physician Assistent") keine gute Option - der Arzt oder die Ärztin sind diejenigen, die über diagnostische und therapeutische Schritte entscheiden, niemand anderes. Der durch die Corona-Pandemie beschleunigte Ausbau von Videosprechstunden und anderen Mitteln der Online-Kommunikation wird zukünftig den ein oder anderen Hausbesuch überflüssig machen - den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt allerdings können auf Dauer weder Hilfskräfte noch das Internet ersetzen.

In Pflegeheimen hat der Hausbesuch einen besonderen Stellenwert, in vielerlei Hinsicht. Zunächst geht es darum, einen "Draht" zum Pflegepersonal zu finden. Gelingt dies und ist eine gute Kooperation eingerichtet, ist die Arbeit für alle Seiten befriedigend. Kommt es zu Störungen in der Kommunikation oder der Logistik (Rezepte kommen nicht rechtzeitig an, der Arzt/die Ärztin ist nicht erreichbar, Anfragen des Pflegpersonals werden nicht zielgerichtet bearbeitet), ist rasch von einem Wechsel des Hausarztes die Rede: Man sei mit den Angehörigen übereingekommen, einen anderen Arzt zu wählen, dieser betreue bereits etliche Patienten im Hause etc.

Selbstverständlich muss bei jeder Heimvisite noch rasch der geänderte Medikamentenplan unterschrieben werden oder ein Eintrag in der Kartei erfolgen, dass man von dem Gewichtsverlust des "Bewohners" Kenntnis genommen habe und die Gabe hochkalorischer Trinknahrung befürworte.

Personalnotstand in Pflegeheimen immer deutlicher erkennbar

In den letzten Jahren ist der Personalnotstand immer deutlicher erkennbar. Nicht selten ist eine examinierte Pflegekraft für zwei Stationen zuständig, so dass bei ärztlichen Visiten Praktikanten oder Hilfskräfte auf Nachfragen oft ratlos die Schultern heben. Damit kein falscher Eindruck entsteht: es gibt auch die "guten" Heime, mit freundlichem Personal in ausreichender Anzahl, einem angenehmen Ambiente ohne Uringeruch auf den Fluren, liebevoll serviertem Essen und einer verständnisvollen Pflegedienstleitung. Diese Häuser wirken wie eine Oase in der Wüste von Mangelverwaltung.

Bei meiner langjährigen Tätigkeit hatte ich nie den Eindruck, dass Patienten einen Besuch aus Bequemlichkeit oder Langeweile anfordern. Im Gegenteil, in den meisten Fällen spürt man die Dankbarkeit und Erleichterung, wenn ein Arzt nach Hause kommt, sich der Situation annimmt und sich um den kranken und geschwächten Menschen kümmert. Natürlich bestimmen soziale Faktoren den Kontext: Häufig sind es die einsamen, hilflosen Patienten*innen ohne nähere Angehörige, die eine häusliche Betreuung benötigen, oft über Jahre hinweg. Die Dankbarkeit dieser Patienten drückt sich oft in kleinen Geschenken aus - einer Flasche Wein, Pralinen oder selbstgebackene Kekse. Auch wenn die Berufsordnung uns die Annahme von Zuwendungen verbietet, wäre es fatal diese Gesten seitens der Patienten auszuschlagen. Ich kenne keine Kollegen*innen, die nicht Ähnliches berichten.

"Wir brauchen auch Fachärzte, die eine häusliche Versorgung sicherstellen"

Die meisten internistischen Kollegen in hausärztlicher Tätigkeit machen Hausbesuche und arbeiten sogar mit einem Allgemeinmediziner in der Praxis zusammen Wir müssen froh sein über jeden Kollegen/jede Kollegin, der/die Hausbesuche macht – egal ob Allgemeinmediziner, Internist oder Facharzt. Ja, richtig, wir brauchen auch Fachärzte, die eine häusliche Versorgung sicherstellen, sei es die Gynäkologen, Urologen, Neurologen oder andere. Bei Zunahme der Singlehaushalte, insbesondere in den Großstädten und der Multimorbidität bei steigender Lebenserwartung, werden wir zukünftig mehr Kollegen*innen benötigen, die Hausbesuche machen. Deswegen führt kein Weg daran vorbei: Die Vergütung muss endlich angemessen sein, um diese wichtige ärztliche Tätigkeit nicht verkümmern zu lassen und ihr eine besondere Wertschätzung zu zeigen

"Herr Doktor, ich glaube, Sie brauchen jetzt einen Cognac!"

Zum Schluss eine kleine Geschichte, eine von unzähligen. Denn eines ist sicher: Hausbesuche sind niemals langweilig, es gibt immer wieder Überraschungen. Eines Tages war ich bei einer alleinstehenden älteren Dame zu einem Routinebesuch. Seit längerem war bekannt, dass sie der Einsamkeit durch regelmäßigen, aber moderaten Genuss von hochprozentigen Getränken zu entkommen suchte. Sie hatte an diesem Tag akute Rückenschmerzen und ich bot ihre eine i.m. Injektion an. Die Spritze war gesetzt und ich machte in elegantem Bogen um den Stuhl drei Schritte in Richtung meines Arztkoffers. Allerdings wölbte sich in diesem Augenblick der Teppich unter meinen Füßen zu einer bedrohlichen Falte auf, ich rutschte aus und fiel seitlich auf die kantige Lehne des Holzstuhls. Ein heftiger Schmerz im lateralen Brustkorb packte mich, ich rang nach Luft und ging zu Boden. Die ältere Dame, meine Patientin, reagierte gefasst. Nach kurzer Schrecksekunde kam wie aus der Pistole geschossen: "Herr Doktor ich glaube, Sie brauchen jetzt einen Cognac!" Tatsächlich nippte ich an dem Glas und verabschiedete mich nach einigen Minuten mit schmerzverzerrten Gesicht. Die spätere Diagnose beim Radiologen lautete: Fraktur der 7. Rippe rechts ohne Dislokation – die Schmerzen hielten zwei Wochen an.

Zur Person

Dr. Ivo Grebe ist als Internist und Hausarzt im Medizinischen Versorgungszentrum Aachen Zentrum tätig, bei dem es sich um eine akademische Lehrpraxis des UK-Aachen handelt. Er ist dort für eine Weiterbildungsassistentin in Allgemeinmedizin zuständig, die als angestellte Ärztin im MVZ arbeitet.

Grebe ist zudem Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein sowie Vorsitzender der Kreisstelle Aachen der ÄKNO.

Außerdem engagiert er sich im Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI) und ist Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Hausärztlich tätige Internisten.



Jahresrückblick

"Wir sind in unserer Praxis als Team noch einmal deutlich zusammengewachsen"

Eine neue Lungenerkrankung, aber nur wenige Fälle, und weit weg in China: Als die ersten Meldungen über das neue Coronavirus die Runde machten, hat wohl keiner geahnt, wie sich das Leben auch in Deutschland im Laufe dieses Jahres ändern würde. Vor allem denen, die im Gesundheitswesen tätig sind, wurde unglaublich viel abverlangt. Im Jahresrückblick fragt der änd bei ihnen nach, wie sie durch dieses Jahr gekommen sind. Heute: Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI).



Neumann-Grutzeck: "Seit Jens Spahn das Gesundheitsministerium übernommen hat, war uns ja eigentlich nie langweilig."

(c) BDI

Wenn Sie auf die vergangenen Monate zurückblicken: Wie haben Sie das Jahr 2020 erlebt?

Es war definitiv ein ereignisreiches und lehrreiches Jahr. Beruflich wie privat hat die Corona-Pandemie dominiert. Die meisten Menschen werden eine Pandemie dieses Ausmaßes – wenn überhaupt – hoffentlich nur einmal in ihrem Leben erleben. Entsprechend unvorbereitet waren wir natürlich auf ein solches Ereignis. Umso steiler war auch die Lernkurve: das gilt für mich als Privatperson ebenso wie für uns alle im Gesundheitswesen und als Gesellschaft insgesamt.

Aber auch abseits von Corona hat es spannende Veränderung gegeben. Im BDI haben wir einen neuen Vorstand und ein neues Präsidium gewählt. Norbert Smetak, Kevin Schulte und ich sind jetzt gut 100 Tage im Amt. Seit Jens Spahn das Gesundheitsministerium übernommen hat, war uns ja eigentlich nie langweilig. Die neue Aufgabe als Präsidentin hat die Taktzahl für mich persönlich jedoch noch einmal deutlich erhöht. Wir wollen berufspolitisch einige Dinge auf den Weg bringen und auch den Verband

zukunftsorientiert aufstellen. Ich denke, dass wir schon einige Veränderungen angestoßen haben. Aber auch das ist eine Entwicklung, die über 2020 andauern wird.

Was hat Sie am meisten belastet?

Die Organisation und Logistik der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie waren sicherlich eine Herausforderung, vor allem im Arbeitsalltag: die Praxisorganisation samt der Beschaffung von Schutzmaterial, das dauerhafte Tragen von FFP2-Masken oder die Quarantäne nach Kontakt mit Infizierten. Hinzu kommt, dass es in diesem Jahr schwierig war, einen adäquaten Ausgleich für den Stress im Beruf zu finden, sei es durch ausgefallene Urlaube oder geschlossene Fitnessstudios. Aber auch das Herunterfahren der sozialen Kontakte sollte man nicht unterschätzen. Im Endeffekt ist es dann die Summe kleinerer Dinge über einen längeren Zeitraum, die an einem zehrt.

Gab es auch gute Momente?

Ich habe bemerkt, dass wir in unserer Praxis als Team in der der Krise noch einmal deutlich zusammengewachsen sind und ich bin stolz, dass ich so tolle Kolleginnen und Kollegen habe. Auch im BDI haben wir es gut geschafft, uns auf die Situation einzustellen. Man kann fast sagen, dass Corona den Verband digitalisiert hat: Fortbildungen, Gremiensitzungen und politische Termine finden mittlerweile wie selbstverständlich auch digital statt. Das schafft einen ganz neuen, niedrigschwelligen Zugang zum Verbandsleben. Diese positiven Effekte wollen wir natürlich mit in die Zukunft nehmen, auch wenn wir auf den analogen, persönlichen Austausch ebenso wenig verzichten wollen.

Wenn Sie der Politik/der Regierung eine Note geben sollten für den Umgang mit der Pandemie, welche wäre das? Und warum?

Ich würde eine Zwei Minus vergeben. Bis zum 4. Quartal 2020 sind wir in Deutschland gut durch die Pandemie gekommen. Natürlich war es an der ein oder anderen Stelle im Frühjahr etwas holprig, zum Beispiel bei der Beschaffung von Schutzkleidung. Aber trotz aller Probleme sind wir vergleichsweise gut durch die Krise gekommen. Das sehen wir auch, wenn wir ins europäische und außereuropäische Ausland blicken. Ganz maßgeblich für diesen Erfolg war – neben dem Einsatz aller im Gesundheitswesen – der Zusammenhalt von Politik und Gesellschaft in dieser Phase.

Im Sommer haben wir das gemeinsame Ziel dann aber etwas aus dem Blick verloren und rückblickend wichtige Vorkehrungen nicht ausreichend getroffen. Obwohl Ärztinnen und Ärzte immer davor gewarnt haben, dass die Infektionen im Herbst und Winter wieder zunehmen werden, haben viele wohl gedacht, dass die Krise überstanden sei. Das hat dazu geführt, dass langfristige Strategien für den Umgang mit der Pandemie nicht entwickelt wurden. Gerade sind wir von einem weichen in einen harten Lockdown übergegangen, um die Infektionszahlen wieder in den Griff zu bekommen. Die politische Strategie baut größtenteils darauf, dass in den nächsten Tagen ein Impfstoff zugelassen wird. Aber auch dann wird es noch dauern, bis wir in der Bevölkerung eine Herdenimmunität erreicht haben. Bis dahin brauchen wir eine nachvollziehbare, langfristige Strategie, um den gesellschaftlichen Konsens über Notwendigkeit der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, der noch im Frühjahr galt, zu erhalten. Hier müssen wir dringend nachsteuern.

Die Pandemie hat vieles in den Hintergrund geschoben. Was war gesundheits-/berufspolitisch gesehen für Sie in diesem Jahr noch wichtig?

Corona hat viele Probleme nicht nur in unserer Gesellschaft, sondern auch ganz spezifisch im Gesundheitswesen wie ein Brennglas vergrößert. Dass in der Politik pandemiebedingt die Einsicht gewachsen ist, dass das Fallpauschalen-System im Krankenhaus reformbedürftig ist, war sicherlich eine wichtige gesundheitspolitische Entwicklung. Eine ehrliche Debatte über die Krankenhausfinanzierung erfordert dann auch die Abkehr von dem Prinzip, Krankenhausplanung durch die Hintertür zu betreiben. Hier müssen wir offen und ehrlich über den Einsatz unserer finanziellen und vor allem auch personellen Ressourcen sprechen. Wenn die Politik es ernst mit ihrer zuletzt immer wieder artikulierten Wertschätzung für Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte meint, dann muss etwas passieren.

Die Pandemie hat auch gezeigt, dass digitale Anwendungen unser Gesundheitswesen deutlich aufwerten können. Wir brauchen kluge Angebote, die am Bedarf der Ärztinnen und Ärzte und Patienten orientiert sind. Dann steigt auch die Bereitschaft in der Ärzteschaft, diesen Weg konsequent mitzugehen. Das gilt für die Telematik-Infrastruktur gleichermaßen wie für die elektronischen Patientenakte, DIGAs oder die Corona-Warn-App. Ich persönlich kenne keine Kollegen, die sich sinnvollen Angeboten verschließen würden.

Ein anderer Punkt ist, dass wir uns als BDI das Ziel gesetzt haben, die Internistinnen und Internisten in der hausärztlichen Versorgung zu stärken. Deshalb haben wir uns dieses Jahr auch stark bei der Ausgestaltung diverser Landarztquoten engagiert. Viele Bundesländer sehen in den Quoten ja ein notwendiges Mittel, die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen. Hier werben wir für eine differenzierte Sicht und auch dafür, dass alle Fachgruppen, die nach Paragraf 73 Absatz 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, eingebunden werden. Wenn es schon eine Quote geben soll, dass muss diese auch entsprechend der Versorgungsrealität ausgestaltet sein.

Ein kurzer Blick in die Zukunft: Was wird das kommende Jahr bringen?

Hoffentlich einen Impfstoff und eine bessere Bewältigung der Pandemie. Über die Verordnung beziehungsweise das Gesetz zur Impfverordnung wird gerade noch beraten. Hier brauchen wir klare und transparente Vorgaben, die für die Menschen nachvollziehbar sind. Das gilt besonders für Patientinnen und Patienten mit Vorerkrankungen. Das kommt auch den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zugute, die voraussichtlich die Indikationen stellen müssen.

Dann wünsche ich mir natürlich, dass wir aus der Krise lernen. Den stationären Bereich hatte ich ja bereits angesprochen. Die Wertschätzung verdienen aber auch die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die maßgeblich zur Bewältigung der Pandemie beigetragen haben. Entsprechend muss auch die ambulante Versorgung gestärkt werden. Das geht einerseits über die Abschaffung der Budgets, andererseits aber auch durch rigorosen Bürokratieabbau.

31.12.2020 07:56, Autor: sk, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: https://www.aend.de/article/209483