

Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 10/2022

Experten erwarten Grippewelle

Grippeimpfung: Warum sie dieses Jahr besonders wichtig ist

t-online.de – 24. Oktober 2022

BDI-Präsidentin im Interview

„Wir brauchen echte Reformen und kein Stückwerk“

änd – 07. November 2022

Experten erwarten Grippewelle

Grippeimpfung: Warum sie dieses Jahr besonders wichtig ist

Von Ann-Kathrin Landzettel

24.10.2022 - 11:46 Uhr

Lesedauer: 4 Min.

 **Qualitativ geprüfter Inhalt**



Risikogruppen, wie Schwangere oder Erwachsene ab einem Alter von 60 Jahren, wird eine Grippeimpfung empfohlen. (Quelle: YurolaitsAlbert/Getty Images)



Masken tragen, Abstand halten und regelmäßige Händedesinfektion haben nicht nur vor Ansteckungen mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 geschützt, sondern auch vor Erkältungen.

Das Risiko für andere Infektionskrankheiten, etwa Erkältungen und Grippe wurde deutlich gesenkt. Einhergehend mit den gelockerten Coronaschutzmaßnahmen befürchten Experten diesen Winter nun eine heftigere Grippewelle als in den Jahren zuvor und raten zur Grippe-

Impfung. Für wen die Grippe-Impfung sinnvoll ist und ob sie einer Corona-Impfung im Weg steht.

Wie gefährlich ist die Grippe?

Die echte Grippe, Influenza genannt, ist eine ernstzunehmende Erkrankung, die bei Menschen mit einem geschwächten Immunsystem im schlimmsten Fall lebensbedrohlich werden kann. Gefährdet für schwere Krankheitsverläufe sind vor allem ältere Menschen ab 60 Jahren, chronisch Kranke und Schwangere. Die häufigste Komplikation einer Ansteckung mit Grippeviren ist eine Lungenentzündung. Seltener entwickeln sich Entzündungen des Herzmuskels oder des Gehirns. Die Grippe-Impfung soll helfen, schweren Verläufen vorzubeugen.

Da sich das Grippevirus immer wieder verändert, wird über die Zusammensetzung der Grippe-Impfung jedes Jahr erneut beraten und die Weltgesundheitsorganisation WHO spricht entsprechende Empfehlungen aus. In Deutschland ist das am Robert Koch-Institut angesiedelte Nationale Referenzzentrum für Influenza dafür zuständig.

Was Sie zur Influenza-Impfung wissen müssen

+1

Droht im Winter 2022/2023 eine schwere Grippe-Welle?

Experten rechnen diesen Winter mit einer stärkeren Grippe-Welle als die Jahre zuvor. Das liegt unter anderem daran, dass die reduzierten Kontakte, das Tragen von Masken sowie die verstärkten Hygienemaßnahmen das Ansteckungsrisiko in den letzten zwei Jahren gesenkt hatten. Mit der Lockerung dieser Maßnahmen ist davon auszugehen, dass Erkrankungen wie Erkältung, die Grippe und Magen-Darm-Infekte wieder zunehmen. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat mit Stand 16. Oktober 2022 bereits mehr als 26 Millionen Impfdosen gegen die Grippe freigegeben. Darunter auch eine Hochdosis-Impfung.

"Vorhersagen lässt sich die Schwere der Grippezeit nicht. Es ist aufgrund der aktuellen Situation aber nicht auszuschließen, dass die Grippezeit dieses Jahr deutlich stärker ausfällt als die Jahre zuvor", sagt Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI). "Käme zu einer starken Grippe-Welle noch eine starke Corona-Welle hinzu, bestünde nicht nur ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe. Auch droht dann eine Überlastung des Gesundheitssystems und damit eine Unterversorgung von Patienten."

Wer hat ein erhöhtes Risiko für einen schweren Grippe-Verlauf?

Für Risikogruppen ist die Grippe-Impfung laut der Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie in jedem Fall empfehlenswert, um einer Infektion entgegenzuwirken beziehungsweise einem schweren Verlauf vorzubeugen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt die Grippe-Impfung für:

Menschen ab 60 Jahren

Schwangeren ab dem vierten Schwangerschaftsmonat

Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung durch ein Grundleiden

Menschen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten oder HIV-Infektion

Bewohnern von Alten- oder Pflegeheimen

Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können

Medizinischem Personal und Personal in Pflegeeinrichtungen

"Darüber hinaus gilt die Impfempfehlung für alle Personen, die durch Kontakt zu vielen Menschen ein erhöhtes Ansteckungsrisiko haben", sagt Neumann-Grutzeck. "Das gilt auch für junge Menschen."

Wann soll man sich gegen Grippe impfen lassen?

Die Impfung gegen Grippe sollte jedes Jahr, vorzugsweise ab Oktober bis Mitte Dezember, durchgeführt werden, um zu Beginn der Grippe-Welle einen ausreichenden Schutz gegen die Grippe-Viren aufgebaut zu haben. "Lassen Sie sich jetzt impfen und nicht erst dann, wenn die Grippezeit bereits da ist", so die Empfehlung der Internistin. Wer unsicher ist, ob er sich

impfen lassen soll – oder darf – kann mit seinem Hausarzt oder der Hausärztin ins Gespräch gehen. Auch zu einem späteren Zeitpunkt kann die Impfung gegen Grippe noch sinnvoll sein.

(Quelle: Privat)

Christine Neumann-Grutzeck ist Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI). Die Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie arbeitet in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis im Hamburg.

Wie sicher schützt die Grippe-Impfung?

Nach der Impfung gegen die Grippeviren – dieses Jahr enthält der Impfstoff Antigene für die Virusstämme Influenza A(H1N1) und A(H3N2) sowie die zwei Influenza-B-Viren Austria und Phuket – dauert es etwa 10 bis 14 Tage, bis ein ausreichender Immunschutz aufgebaut ist. Bei einer sehr guten Übereinstimmung der vorherrschenden Grippeviren mit dem Impfstoff kann die Schutzwirkung bei jungen Erwachsenen mit Blick auf die letzten Grippe-Impfungen bis zu 80 Prozent betragen. Bei älteren Erwachsenen liegt die mittlere Wirksamkeit bei 40 Prozent.

"Eine Impfung schützt nie zu 100 Prozent. Das hat mehrere Gründe. Beispielsweise ist es möglich, dass man sich kurz vor oder nach der Impfung ansteckt, wenn noch kein ausreichender Impfschutz besteht. Auch kann es passieren, dass der Körper keinen ausreichenden Impfschutz aufbaut – etwa aufgrund eines höheren Alters", sagt Neumann-Grutzeck. "Auch spielt es eine Rolle, wie gut die Voraussage zu den vermutlich dominierenden

Grippe-Viren war, auf der die Zusammensetzung des Impfstoffs basiert. Doch auch, wenn man trotz Grippe-Impfung erkrankt: Bei Geimpften verläuft die Grippe meist milder und schwere Verläufe sind seltener."

Für wen ist ein Hochdosis-Impfstoff empfohlen?

Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko, aufgrund einer Komplikation in Folge einer Grippe im Krankenhaus behandelt werden zu müssen. Die meisten Todesfälle durch Grippe betreffen Ältere. Ein Grund ist eine schwächere Immunantwort. Das Immunsystem älterer Menschen kann Krankheitserreger schlechter abwehren – und oftmals auch keinen vollständigen Impfschutz aufbauen. Aus diesem Grund ist für ältere Menschen die Impfung mit einem Hochdosis-Impfstoff gegen Grippe empfohlen.

"Die Hochdosis-Impfstoffe haben im Vergleich zu den Standard-Impfstoffen gegen Grippe eine bessere Wirksamkeit bei Älteren gezeigt", sagt Neumann-Grutzeck. "Hochdosis-Impfstoffe können daher helfen, in dieser Risikogruppe Grippe-Fälle und schweren Verläufe zu verhindern. Die STIKO empfiehlt für Personen ab 60 Jahren eine Hochdosis- Grippeimpfung."

Grippe-Impfung und Corona-Impfung zusammen – geht das?

Viele sind verunsichert: Sowohl die Impfung gegen Grippe als auch gegen COVID-19 ist empfohlen. Doch kann man ohne Risiko beide Impfungen bekommen? Oder ist das Immunsystem dann überfordert und die Gefahr einer Ansteckung gegeben? Experten zufolge, darunter das RKI und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), ist die gleichzeitige Verabreichung beider Impfstoffe möglich. Die saisonale Grippeimpfung sowie die Impfung gegen Covid-19 sei in der Regel gut verträglich.

Ihre Meinung ist gefragt!

Bitte nehmen Sie sich 5 Minuten Zeit und beantworten Sie uns einige Fragen zum Thema Versicherungen.

JETZT TEILNEHMEN

"Es ist nicht ungewöhnlich, dass gegen mehrere Erreger zeitgleich geimpft wird. Das sehen wir beispielsweise an den Mehrfach-Impfstoffen für Kinder. So ist es auch möglich, zeitgleich gegen Grippe und das Corona-Virus zu impfen. Allerdings sollten die Impfungen nicht in den gleichen Arm, sondern in verschiedene Extremitäten injiziert werden", so die Internistin.

Neue Impfstoff-Empfehlung für Ältere: Wie gut schützt die Grippeimpfung?

Saison startet: Das ist in diesem Jahr ungewöhnlich in Sachen Grippe

Wer, wann, warum?: Mythen und Fakten zur Gripeschutzimpfung

Bei einer gleichzeitigen Verabreichung kann es allerdings häufiger zu Impfreaktionen kommen. Das betrifft laut der Ärztin vor allem lokale Nebenwirkungen an der Injektionsstelle wie Schmerz, Rötung und Schwellung sowie systemische Reaktionen wie Fieber, Schüttelrost, Gliederschmerzen und Müdigkeit. Die Beschwerden würden in der Regel nach einigen Tagen verschwinden.

Wichtiger Hinweis: Die Informationen ersetzen auf keinen Fall eine professionelle Beratung oder Behandlung durch ausgebildete und anerkannte Ärzte. Die Inhalte von t-online können und dürfen nicht verwendet werden, um eigenständig Diagnosen zu stellen oder Behandlungen anzufangen.

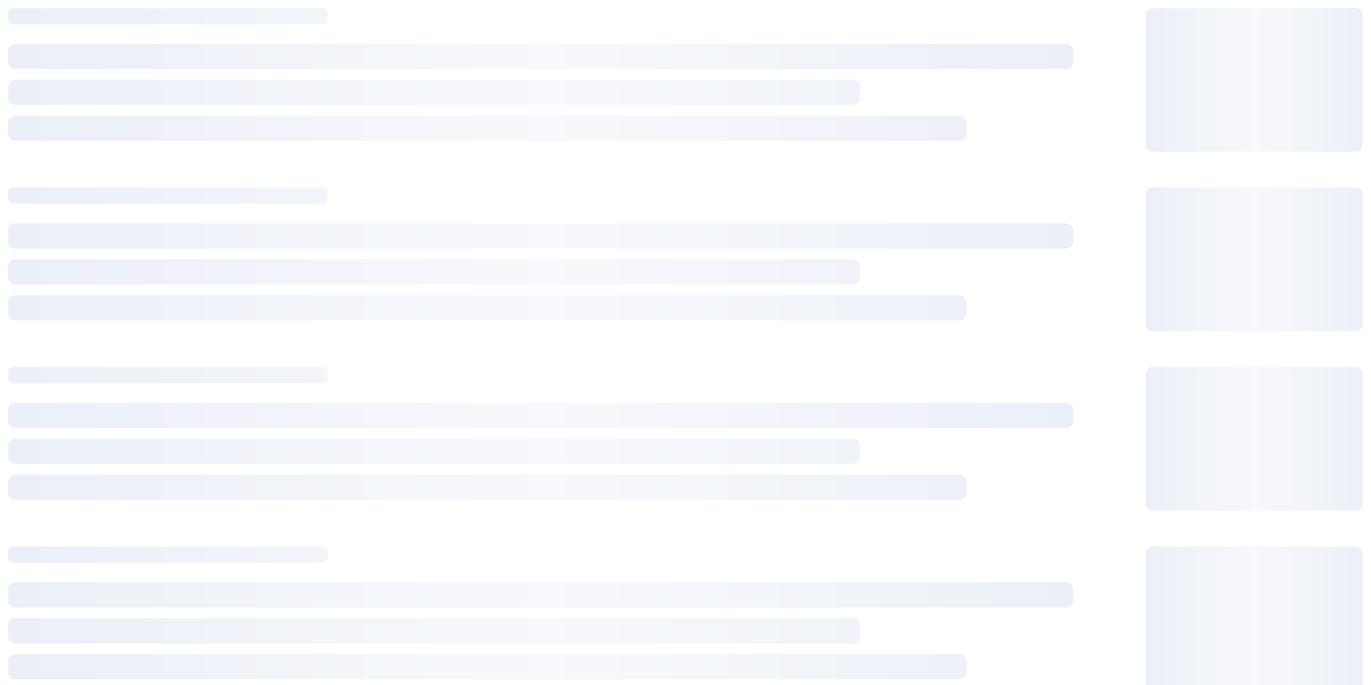


Verwendete Quellen

rki.de: "Gripeschutzimpfung". Online-Information des Robert Koch-Instituts (RKI). (Stand: 16. September 2022)

impfen-info.de: "Grippeimpfung bei Erwachsenen". Online-Information der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (Stand: Aufgerufen am 17. Oktober 2022)

Weitere Quellen anzeigen 



Neueste Artikel

BDI-Präsidentin im Interview

„Wir brauchen echte Reformen und kein Stückwerk“

Die Gesundheitspolitik verliert sich zu sehr im Klein-Klein, findet Christine Neumann-Grutzeck. Bestes Beispiel: das jüngst beschlossene GKV-Spargesetz. Dieses werde die Kassenfinanzen nicht nachhaltig stabilisieren, sagt die Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI). Welche Herausforderungen sie für ihre eigene Fachgruppe sieht und was sie sich vom Bundesgesundheitsminister wünscht, verrät die niedergelassene Diabetologin im änd-Interview.



Neumann-Grutzeck: „Es war wichtig, dass wir mit den Protesten gemeinsam ein Zeichen gesetzt haben – auch wenn wir am Ende nicht das erreicht haben, was wir wollten.“

©BDI

Frau Neumann-Grutzeck, vor zwei Wochen hat der Deutsche Bundestag das in der niedergelassenen Ärzteschaft umstrittene GKV-Finanzstabilisierungsgesetz samt Abschaffung der Neupatienten-Regelung beschlossen. Haben die Proteste der Vertragsärztinnen und -ärzte also nichts genützt? Oder sollte weiterprotestiert werden?

Die Proteste waren wichtig und sinnvoll, weil eine Regelung abgeschafft wurde, die im Grunde genommen der erste Schritt in Richtung Entbudgetierung des ärztlichen Honorars war. Und das ist bekanntlich eine unserer wichtigsten Forderungen. Mit unseren Protesten haben wir niedergelassene Ärztinnen und Ärzte deutlich gemacht, dass wir überzeugt sind, dass die Streichung der Regelung und die damit einhergehende Honorarkürzung die Versorgung verschlechtern werden. Es war wichtig, dass wir mit den Protesten gemeinsam ein Zeichen gesetzt haben – auch wenn wir am Ende nicht das erreicht haben, was wir wollten.

Das hört sich ein bisschen resignierend an. Also war es das jetzt mit dem Protest?

Das kommt darauf an, was jetzt passiert. Zum einen müssen wir bewerten, wie sich das Gesetz tatsächlich auf die Versorgung auswirkt. Und wir müssen abwarten, welche weiteren Sparmaßnahmen kommen sollen. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wird die Kassenfinanzen ja nicht nachhaltig stabilisieren. Dafür brauchen wir echte Reformen im Gesundheitssystem und kein Stückwerk.

Wie beurteilen Sie denn die Honorarzuschläge, die es jetzt – sozusagen als Alternative zur Neupatientenregelung – für Haus- und Fachärzte für schnelle Termin-Vermittlungen beziehungsweise Behandlungen geben soll?

Diese Zuschläge sind ja nichts Neues, sie wurden lediglich ein bisschen erhöht und können den Wegfall der Neupatientenregelung nicht kompensieren. Außerdem sehe ich noch zwei zentrale Probleme. Das erste: Es wird mit dem 200-Prozent-Zuschlag für Akutfälle geworben. Der muss aber erst einmal noch durch den Bewertungsausschuss. Ob es dann am Ende tatsächlich 200 Prozent werden, bleibt abzuwarten.

Zweitens finde ich problematisch, dass es für Fachärztinnen und Fachärzte für die Behandlung von Akutfällen nur einen Zuschlag gibt, wenn sie über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurden – eine Einrichtung, die übrigens die Vertragsärzte aus ihrer eigenen Tasche bezahlen. Offensichtlich findet der Gesetzgeber die Vermittlung über die TSS höherwertiger als die Vermittlung über den Hausarzt oder die Hausärztin. Das halte ich für widersinnig und sollte ein massives Warnzeichen für uns sein.

Sie sagten eben schon, dass viele Niedergelassene die Neupatientenregelung als einen ersten kleinen Schritt Richtung Entbudgetierung des ärztlichen Honorars angesehen haben. Wie sehr ist eigentlich Ihre Fachgruppe von Budgetierung betroffen?

Das variiert je nach KV-Bereich, von Quartal zu Quartal und auch innerhalb der internistischen Fachgruppen ist es teilweise unterschiedlich. Insofern lässt sich das Maß der Budgetierung bei den niedergelassenen Internistinnen und Internisten gar nicht pauschal bestimmen – aber wir sprechen von circa 15 bis 20 Prozent des Honorars, das Quartal für Quartal durch die Kassen nicht vergütet wird. Wir sehen, dass überall nicht voll ausgezahlt wird. Gerade das führt zu einer großen Unsicherheit bei den Kolleginnen und Kollegen: Man weiß nie genau, was man eigentlich ausgezahlt bekommt.

In der niedergelassenen Ärzteschaft fühlt man sich zunehmend von der Politik im Stich gelassen. Jüngstes Beispiel: Das neue Energie-Entlastungspaket von Bund und Ländern sieht keine Extra-Hilfen für Arztpraxen vor, dafür aber insgesamt acht Milliarden Euro für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Finden Sie auch, dass die ambulante Versorgung zu wenig unterstützt wird?

Ja, ich sehe da ganz klar eine Missachtung. Die Kosten für Energie und Strom steigen rasant, auch für Vertragsärztinnen und -ärzte. Der Orientierungspunktwert für das vertragsärztliche Honorar ist aber nur um zwei Prozent gestiegen. Zusätzliche Entlastungen der Praxen wie einen Inflationsausgleich oder eine Energiekostenpauschale haben die Krankenkassen abgelehnt. Auch die Politik plant nichts dergleichen für die Niedergelassenen. Insofern kann man doch nur den Schluss daraus ziehen, dass die Wertschätzung gegenüber den Vertragsärztinnen und -ärzten und ihrem Praxispersonal fehlt.

Laut einer aktuellen Studie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) stellen Internistinnen und Internisten inzwischen mehr als 30 Prozent aller Hausärztinnen und Hausärzte. Dennoch seien sie den hausärztlichen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in vielen Punkten nach wie vor nicht gleichgestellt, sagt die DGIM. Auch der BDI kritisiert schon seit längerem eine Benachteiligung hausärztlich tätiger Internistinnen und Internisten gegenüber Allgemeinärztinnen und -ärzten. Woran konkret zeigt sich diese Ungleichbehandlung?

Zunächst einmal zeigen diese Zahlen der DGIM erfreulicherweise, dass der Anteil der Internistinnen und Internisten an der hausärztlichen Versorgung steigt – und zwar trotz fehlender Förderung. Denn bislang wird nur die allgemeinmedizinische Weiterbildung gefördert, nicht aber die internistische. Diese geht im Prinzip voll auf Kosten der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers. Das macht es nicht gerade attraktiv, junge Internistinnen und Internisten ambulant weiterzubilden. Für mich ist diese fehlende Förderung angesichts des Hausärztemangels überhaupt nicht nachvollziehbar. Absurd ist auch die Situation, dass die Mittel zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oftmals gar nicht vollständig abgerufen werden. Trotzdem werden sie aber nicht an die hausärztlichen Internistinnen und Internisten weitergereicht.

Gibt es weitere Punkte der Ungleichbehandlung?

Ja, und zwar in der Nachbesetzung von Praxissitzen. Da ist es immer noch so, dass Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner den Vorrang vor ihren internistischen Kolleginnen und Kollegen haben. Das spielt jetzt vielleicht nicht mehr an allen Stellen eine so große Rolle, weil es vielerorts gar keine Nachfolgerinnen oder Nachfolger mehr gibt, die eine Praxis übernehmen wollen. Dennoch ist es eine Ungleichbehandlung, denn die Regel suggeriert: Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner leisten bessere hausärztliche Versorgung als Internistinnen und Internisten.

Ein dritter Punkt sind die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV). Da gibt es die Regel, dass Vertragsgemeinschaften mindestens 50 Prozent der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner – und nicht der Hausärzte – eines KV-Bezirks vertreten müssen. Allein die hausärztliche Tätigkeit reicht nicht. Hausärztliche Internistinnen und Internisten sind also auch hier benachteiligt.

Die Studie der DGIM hat auch gezeigt, welche internistischen Bereiche im Aufwind sind und in welchen es immer weniger Kolleginnen und Kollegen gibt. So ist die Zahl der Internistinnen und Internisten in der Kardiologie und Geriatrie seit 2016 stark gewachsen, während es in der Endokrinologie und Rheumatologie einen Abfall beziehungsweise kaum Bewegung gab. Woran könnte das liegen?

Das liegt größtenteils am am DRG-System, das die Vergütung in den Kliniken steuert. In diesem System sind technische und interventionelle Fächer immer besser abgebildet als zum Beispiel Fächer, die hauptsächlich sprechende Medizin erbringen und in denen man eher medikamentös unterwegs ist. Das betrifft gerade die Endokrinologie und die Rheumatologie. Weil diese Abteilungen nicht so lukrativ sind, werden sie von den Krankenhausträgern auch nicht so stark oder vielleicht sogar gar nicht gefördert.

Welche Folgen hat das für die Versorgung?

Das ist hochproblematisch. Denn es besteht ja ein Bedarf an endokrinologischer und rheumatologischer Behandlung. Die Patientinnen und Patienten, die ebensolche Therapien brauchen, sind nicht weniger geworden. Im Gegenteil, der Bedarf steigt, gleichzeitig sinkt aber die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte in diesen Bereichen. Und auch das liegt im Übrigen an einer fehlenden Weiterbildungsförderung. Die Weiterbildung ist nun mal das Nadelöhr, um junge Kolleginnen und Kollegen für einen bestimmten Fachbereich zu rekrutieren. Doch wenn diese nicht unterstützt wird, führt das am Ende zu Versorgungsmängeln, weil einfach der ärztliche Nachwuchs fehlt.

Medizinische Eingriffe und kleine Operationen finden immer mehr ambulant statt, auch oder gerade in der Inneren Medizin. Eigentlich eine positive Entwicklung. Doch schaffen Politik und Selbstverwaltung auch die passenden Rahmenbedingungen für diesen Trend?

Das Grundprinzip „ambulant vor stationär“ ist aus den unterschiedlichsten Gründen richtig und das ist mittlerweile auch in der Politik angekommen. Aber wir müssen aufpassen, dass das keine Einbahnstraße wird. In diese Richtung geht nämlich der Vorschlag zur Tagesbehandlung im Krankenhaus von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach..

Was schlagen Sie stattdessen vor?

Unsere Vorstellung ist, dass sowohl Krankenhäuser als auch die Niedergelassenen intersektorale Leistungen unter gleichen Bedingungen erbringen. Hier muss es eine Gleichberechtigung geben.

Gleiche Bedingungen bedeuten auch, dass die Vergütung für beide Bereiche übereinstimmen muss. Wie könnte das geregelt werden?

Der BDI hat im September beim Internistentag ein Positionspapier zur intersektoralen Versorgung vorgelegt. Darin stellen wir unter anderen unsere Vorschläge zur Vergütung vor. Aus unserer Sicht sollten der Schweregrad des Eingriffs sowie der notwendige personelle und technische Aufwand die Höhe der Vergütung bestimmen. Wir plädieren für ein Drei-Stufen-Modell: Stufe eins orientiert sich am Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die Stufen zwei und drei orientieren sich am DRG-System. Da es aufwändig und teuer ist, neue Versorgungsprozesse zu etablieren, halten wir außerdem eine Konvergenzphase für notwendig, in der es Vergütungszuschläge gibt. Denn sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich müssen sich auf die neue Systematik vorbereiten und die Voraussetzungen dafür schaffen.

Auch spricht sich Ihr Verband für eine verpflichtende Kooperation zwischen Vertragsärztinnen und-ärzten sowie Krankenhäusern aus. Warum ist Ihnen das so wichtig?

In erster Linie, um die Patientinnen und Patienten, die ambulant behandelt werden, für den Notfall abzusichern. Es kann immer zu Komplikationen kommen, die dann doch eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Insofern ist man auf der sicheren Seite, wenn man schon im Vorfeld abklärt, wo diese gegebenenfalls stattfinden kann. Und auch die Kliniken profitieren von Kooperationen mit Niedergelassenen, wenn es darum geht, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu erfüllen. Zudem gibt es Bereiche, in denen in den Kliniken gar keine ambulante Weiterbildung mehr stattfindet. Hier muss es eine Zusammenarbeit mit den Arztpraxen geben, um jungen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zu geben, ihre Weiterbildung in beiden Sektoren zu absolvieren. Und um das alles sicherzustellen, sollte man für die intersektorale Versorgung Kooperationen zwischen Niedergelassenen und Kliniken verpflichtend machen.

Wenn Sie einen Wunsch gegenüber dem Bundesgesundheitsminister äußern dürften, wie würde der aussehen?

Ich würde mir von ihm wünschen, dass er sich das Gesundheitssystem im Ganzen anschaut und wirkliche Strukturreformen auf den Weg bringt, die nachhaltig wirken. Das erfordert Mut. Es bringt nichts, immer nur an kleinen Stellschrauben zu drehen.