

Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

Termin: Donnerstag, 4. Februar 2021, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: online

Link zur Anmeldung: <https://attendee.gotowebinar.com/register/5004790424205701903>

Themen und Referenten:

Ein Jahr nach Pandemiebeginn: aktuelle internistische Erkenntnisse zu COVID-19 und den Langzeitfolgen

Professor Dr. med. Christoph Sarrazin

Direktor Zentrum Innere Medizin und Medizinische Klinik 2, St. Josefs-Hospital und Leberzentrum Wiesbaden, und Leiter Forschergruppe Virushepatitis, Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Von Impfgegnern und Corona-Leugnern: Innere Medizin im postfaktischen Zeitalter

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Leistungen sinnvoller einsetzen, Ressourcen schützen: was die Innere Medizin von der Coronakrise lernen kann

Professor Dr. med. Sebastian M. Schellong

Vorsitzender der DGIM 2020/2021 und Chefarzt der II. Medizinischen Klinik am Städtischen Klinikum Dresden

Mit oder ohne Corona: warum wir den Facharzt für Infektiologie brauchen

Professor Dr. med. Bernd Salzberger

Leiter der Infektiologie am Universitätsklinikum Regensburg, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI)

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der DGIM, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle – Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-313 / Fax: 0711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev | www.dgim2021.de

Twittern Sie mit uns über den Internistenkongress unter **#DGIM2021** – wir freuen uns auf Sie!

Pressemitteilung

Leistungen sinnvoller einsetzen, Ressourcen schützen

Was die Medizin von der Coronakrise lernen kann

Wiesbaden, 4. Februar 2021 – Für die Behandlung von Coronapatienten umgewidmete oder geschlossene Stationen in Krankenhäusern, verschobene elektive Eingriffe und Konzentration auf medizinisch unbedingt notwendige Behandlungen: Mit diesen Maßnahmen haben Krankenhäuser Kapazitäten für die Behandlung von Coronapatienten geschaffen. In wie fern die ergriffenen Maßnahmen Vorbild für die Zeit nach der Pandemie sein können, diskutieren Experten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) auf der heutigen Online-Pressekonferenz. Dabei diskutieren die Experten auch die Frage, wie eine Reduktion ärztlicher Leistungen dabei helfen kann, knappe personelle und finanzielle Ressourcen zu schützen und das Gesundheitswesen zukunftssicher aufzustellen.

Nicht erst seit die Coronapandemie die Gesundheitsversorgung in Teilen an den Rand der Belastungsgrenze gebracht hat, steht fest: An vielen Stellen fehlen im Gesundheitswesen dringend benötigte finanzielle Mittel. „Dieser Zustand wird sich auch nach Ende der Coronakrise nicht ändern, sondern sich im Gegenteil eher noch verstärken“, sagt Professor Dr. Sebastian Schellong, Vorsitzender der DGIM und Chefarzt der zweiten Medizinischen Klinik am Städtischen Klinikum Dresden. Angesichts sinkender Steuereinnahmen und eines erhöhten Schuldenstandes sei nicht zu erwarten, dass die öffentliche Hand den zu erwartenden Rückgang an Krankenversicherungsbeiträgen kompensieren könne – oder wolle, so der Dresdener Angiologe. „Daher müssen wir uns mit Blick auf die Zukunft überlegen, wie wir Art und Umfang der Leistungserbringung in Krankenhaus und Praxis an die zur Verfügung stehenden Mittel anpassen können“, sagt Schellong.

Priorität für medizinisch notwendige Behandlungen

Um Kapazitäten für die Versorgung von COVID-19-Patienten zu schaffen, haben Krankenhäuser ihr Leistungsangebot derzeit deutlich zurückgefahren und medizinisch nicht

unbedingt notwendige Eingriffe aufgeschoben. Auch die Nachfrage auf Seiten der Patienten ging während der vergangenen Monate deutlich zurück. „Bei akut lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall ist es bedenklich, dass derzeit weniger Patienten einen Arzt aufrufen. Bei weniger gefährlichen Erkrankungen dagegen hat nicht jede aufgeschobene oder abgesagte Behandlung negative Folgen“, so Schellong. Dem Dresdener Internisten zufolge müssten daher nun die Folgen der aktuellen Versorgungssituation für die Patientinnen und Patienten erforscht werden. „So können wir herausfinden, welche Bereiche der medizinischen Versorgung unverzichtbar sind und in welchen die derzeitige Verknappung keine negativen Folgen für die Prognose bestimmter Krankheitsverläufe hatte“, so Schellong.

Arztuntergrenzen nach dem Vorbild der Pflege?

Um die im Gesundheitswesen immer weiter klaffende Schere zwischen knappen finanziellen Mitteln und steigenden Anforderungen zu schließen, sollten auch Maßnahmen wie eine Personaluntergrenzen für Ärzte diskutiert werden. „Die Personaluntergrenzen in der Pflege könnten dabei als Vorbild dienen“, schlägt Schellong vor. Die Neuordnung der Krankenhauslandschaft und die bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg seien weitere mögliche Lösungsansätze. „Das Ziel aller Maßnahmen muss sein, mit den begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen weiterhin eine hohe Qualität der medizinischen Leistungen zu gewährleisten“, so der Vorsitzende der DGIM.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Andreas Mehdorn
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-313
Fax: 0711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev

Pressemitteilung

Mediziner als Meinungsbildner

Den Fakten verpflichtet – gerade in Coronazeiten

Wiesbaden, 4. Februar 2021 – Ärztinnen und Ärzte tragen eine besondere Verantwortung – vor allem aktuell während der Coronapandemie: Sie müssen Verschwörungsmythen um das Coronavirus und die COVID-19-Impfung mit evidenzbasierten Fakten begegnen. Im Patientengespräch in der Praxis, erst recht aber bei öffentlichen Äußerungen kommt den Worten von Medizinern auch eine politische Dimension zu. Welche Verpflichtung ihnen daraus erwächst, diskutieren Experten auf der heutigen Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM). Außerdem sprechen die Experten über mögliche Gründe, warum Teile der Bevölkerung die Gefahren und Folgen einer COVID-19-Erkrankung nicht erkennen können oder wollen.

5G-Strahlen als Ursache für COVID-19, Mikrochips im Corona-Impfstoff oder Sars-CoV-2 als Biowaffe aus einem Labor: Verschwörungstheorien sind von alters her eine Begleiterscheinung von Katastrophen und Seuchen und erleben auch in der aktuellen Corona-Pandemie einen regelrechten Boom. Weit verbreitet ist auch der Mythos, eine COVID-19-Erkrankung sei nicht gefährlicher als eine gewöhnliche Grippe. „Inzwischen ist klar, dass COVID-19 eindeutig die gefährlichere Erkrankung ist, was die Übertragbarkeit, die Krankheitslast und die Sterblichkeit angeht“, erklärt Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM. Mediziner sehen in ihrem täglichen Kontakt mit Kranken und Sterbenden, wie gefährlich COVID-19 gerade für Ältere, aber auch jüngere, chronisch kranke Risikopersonen sein kann.

Unterschiedliche Blickwinkel auf die Pandemie bedenken

Während Mediziner das durch COVID-19 verursachte Leid und die bis an die Grenzen gehende Belastung der in der Krankenversorgung tätigen Ärzte und Pflegekräfte vor Augen haben, bleibt die Pandemie für einen großen Teil der Bevölkerung abstrakt. Denn anders als

bei früheren Seuchen wie den Pocken oder der Kinderlähmung werden viele Menschen nicht direkt mit den gesundheitlichen Schäden von COVID-19 konfrontiert. „Man kennt hauptsächlich Betroffene, die gar keine oder nur leichte Symptome haben. Schwere Verläufe oder Todesfälle betreffen meist ältere Patienten“, so Ertl. „Das wird dann oft als schicksalhaft hingenommen oder gar genutzt, um die Gefährlichkeit der Erkrankung zu relativieren“, sagt der Internist.

Gerade jetzt: Ärzte müssen verantwortungsvoll kommunizieren

Wohl niemals zuvor haben Experten aus Wissenschaft und Medizin bei Politikern so viel Gehör gefunden wie derzeit und so politische Entscheidungen und das öffentliche Leben mitbestimmt. Lautstarke, in der Öffentlichkeit vorgebrachte Äußerungen, die etwa die Genauigkeit der Corona-Tests oder Maßnahmen des Infektionsschutzes infrage stellen, sieht der DGIM-Generalsekretär in der aktuellen Lage als kontraproduktiv (1). „In der Pandemiesituation kommt dem Wort von Medizinern ein besonderes, auch politisches Gewicht zu“, sagt Ertl. Ärzte seien in dieser Lage verpflichtet, sich seriös mit unsachlichen Argumentationen auseinanderzusetzen und gegen Falschbehauptungen Stellung zu beziehen, betont der Würzburger Experte.

Herdenimmunität nützt der gesamten Gesellschaft

Einiger Aufklärungsarbeit bedürfe es auch im Zusammenhang mit der COVID-19-Impfung mit dem Ziel, dass sich möglichst viele Menschen impfen lassen. „Solange der Impfstoff knapp ist, geht es vor allem um den Schutz der Älteren und der chronisch kranken Risikopatienten“, sagt Ertl. Langfristig bestehe die Hoffnung, dass die Impfung auch gegen die Übertragung des Virus schütze und so eine „Herdenimmunität“ unterstütze, das heißt, die Gesellschaft insgesamt gegen das Virus schütze. „Damit würden Voraussetzungen geschaffen, das gesellschaftliche Leben wieder zu normalisieren und weitere wirtschaftliche Schäden durch Lockdowns abzuwenden“, so Ertl abschließend.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Quellen:

(1) Aufruf der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM), der internistischen Schwerpunktgesellschaften und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) zur verantwortungsbewussten Kommunikation von Ärzten und Wissenschaftlern in der Corona-Pandemie, Wiesbaden, Berlin, Dezember 2020.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-313

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev

REDEMANUSKRIPT

Ein Jahr nach Pandemiebeginn: aktuelle internistische Erkenntnisse zu COVID-19 und den Langzeitfolgen

Professor Dr. med. Christoph Sarrazin, Direktor Zentrum Innere Medizin und Medizinische Klinik 2, St. Josefs-Hospital und Leberzentrum Wiesbaden, und Leiter Forschergruppe Virushepatitis, Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Berichte über teilweise verheerende Pandemien und Epidemien begleiten die Menschheit seit jeher. In den letzten hundert Jahren kam es nach der „Spanischen Grippe“ 1918, der „Asiatischen Grippe“ 1957 und der „Hongkong-Grippe“ 1968 als größere Pandemien des 20. Jahrhunderts (1) nun mit einem ersten Ausbruch in Wuhan, China, im Dezember 2019 zu einer erneuten Pandemie mit der weltweiten Verbreitung eines neuartigen Corona-Virus (2).

Die Übertragung von SARS-CoV-2 erfolgt durch Tröpfchen und Aerosole. Ein Schutz in der Allgemeinbevölkerung und insbesondere in der Betreuung von COVID-19-Patienten durch entsprechende Hygieneregeln, bei denen Abstandhalten und das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes von zentraler Bedeutung sind, haben sich auf der Grundlage von zahlreichen Studien als wirksam etabliert (3).

SARS-CoV-2 löst nach einer mittleren Inkubationszeit von circa fünf Tagen primär eine Infektion der oberen Atemwege aus, die asymptomatisch oder gering symptomatisch in Abhängigkeit vom Alter und von anderen Risikofaktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und anderen mit zunehmender Wahrscheinlichkeit zusätzlich zu einer schweren Lungenentzündung und zahlreichen weiteren Begleiterscheinungen wie Geschmacksverlust, Thrombosierungen et cetera führen kann (2, 4). Die häufigsten Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion sind trockener Husten, Fieber, Schnupfen und Störungen des Geruchs- beziehungsweise Geschmackssinns.

In Deutschland werden circa sieben Prozent der infizierten Patienten mit einer COVID-19-Erkrankung stationär im Krankenhaus behandelt, was insbesondere in den letzten Monaten zu einer erheblichen Belastung der Krankenhaus-Mitarbeiter mit hoher Auslastung der Normal- und Intensivstationen mit COVID-19-Patienten und entsprechenden Veränderungen der Versorgung von Patienten mit anderen Erkrankungen geführt hat. Für die übrigen Patienten mit COVID-19 bedeutet dies, dass bei über 90 Prozent die Behandlung durch die niedergelassenen Internisten und Allgemeinmediziner erfolgt, die damit eine Hauptlast bei der ärztlichen Versorgung tragen.

Die Therapie einer COVID-19-Erkrankung erfolgt primär symptomorientiert. Bei stationärer Therapie, schwererem Verlauf und bei Risikopatienten hat sich aufgrund häufiger thrombembolischer

Komplikationen eine Antikoagulation mit vorzugsweise niedermolekularem Heparin in prophylaktischer Dosierung etabliert (5, 6). Dabei konnte in großen Studien eine Reduktion der 30-Tage-Mortalität um 27 Prozent durch eine prophylaktische Antikoagulation im Krankenhaus nachgewiesen werden (7).

Für die stationäre Behandlung steht eine aktuelle S2k-Leitlinie (Stand November 2020) zur Verfügung. Eine effektive antivirale Therapie von SARS-CoV-2 existiert bisher nicht, aber es befinden sich zahlreiche Therapieansätze von antiviralen Substanzen über Immunmodulatoren bis hin zur Behandlung mit (synthetischen) Antikörpern in klinischen Studien (8). Das Virostatikum Remdesivir kann in der Frühphase bei nicht beatmeten Patienten mit Pneumonie und Sauerstoffbedarf gegeben werden und war insbesondere bei diesen Patienten in Studien mit einer signifikanten Verkürzung der Zeit bis zur Genesung, nicht jedoch einer geringeren Mortalität assoziiert (9). Bei Patienten mit schwerer Lungenentzündung und einer Sauerstoffsättigung unter 90 Prozent soll eine immunmodulatorische Therapie mit Dexamethason erfolgen, da hier eine signifikante Reduktion der Sterblichkeit nachweisbar war (10).

Der Anteil Verstorbener (case fatality rate) hängt wesentlich vom Alter und von weiteren Risikofaktoren ab, er liegt in Deutschland bei Patienten bis zum Alter von 50 Jahren bei 0,1 Prozent und steigt bei höherem Alter bis zu über zehn Prozent an. Die Letalität der SARS-CoV-2-Infektion ist bisher nicht bekannt, da von einer hohen Dunkelziffer an asymptomatischen Infizierten ausgegangen werden muss.

Anders als bei allen vorherigen Pandemien stellt die Gesamtstrategie zur Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie eine medizinhistorische Premiere dar: Statt sich letztlich dem in der Vergangenheit bisher unausweichlichen Aufbau einer Herdenimmunität zu stellen, versucht die Menschheit aktuell, mit Hygiene-Maßnahmen die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen, während parallel eine effektive Impfung entwickelt wird.

In weniger als einem Jahr wurden für SARS-CoV-2 von der Sequenzierung des Virus über die Etablierung einer molekularen Diagnostik, verlässlicher Antikörper- und Antigen-Tests bis hin zur molekularbiologischen Charakterisierung des Virus schließlich mehrere Impfstoffkandidaten entwickelt und Phase-1- bis -3-Studien abgeschlossen.

Die erfolgreiche Umsetzung einer solchen Strategie ist nicht von vornherein klar. Impfungen stehen für zahlreiche seit vielen Jahren bekannte Viren bisher nicht (zum Beispiel HIV, Hepatitis C, Zika) beziehungsweise erst nach jahrelanger Forschung (zum Beispiel HPV, Varizellen) oder mit wesentlich geringerer Effektivität (zum Beispiel Influenza) zur Verfügung (11, 12). Die aktuell in Deutschland

zugelassenen Impfstoffe für SARS-CoV-2 (BNT162b2 und mRNA-1273) sind ähnlich verträglich wie eine Influenza-Impfung und führen zu einem Schutz von 94 bis 95 Prozent, dessen Dauer jedoch bisher nicht bekannt ist (13, 14). Allerdings müssen für eine effektive Eindämmung der Pandemie circa 70 Prozent der Bevölkerung geimpft werden. Die Durchführung der Impfung stellt dabei neben der notwendigen Überzeugungsarbeit in der Bevölkerung eine immense logistische Herausforderung dar.

Daher ist in den kommenden Monaten weiterhin mit einer hohen Zahl an COVID-19-Patienten zu rechnen. Aktuell besteht dabei die Sorge einer Verbreitung neuer Virusvarianten (zum Beispiel B.1.1.7/VOC 202012/01), die mit erhöhten Reproduktionszahlen beziehungsweise höheren Viruslasten und damit einer rascheren Verbreitung assoziiert sein könnten. Die Schwere der Erkrankung und die Wirksamkeit der Impfung scheinen nach bisherigen Erkenntnissen nicht beeinflusst zu sein. Die neue Variante soll jedoch in England und Irland bereits für mehr als 50 Prozent der Infektionen verantwortlich und damit ursächlich für eine wesentliche Zunahme des Infektionsgeschehens sein. In Kontinentaleuropa wurde sie ebenfalls bereits nachgewiesen, wobei die Verbreitung aktuell noch deutlich niedriger liegt, mit jedoch möglicherweise rasch zunehmender Tendenz (15, 16, 17).

Anhaltende Beschwerden nach einer überstandenen COVID-19-Erkrankung wie Müdigkeit, Atem- und Herz-Kreislauf-Beschwerden, psychosoziale Probleme und Haarausfall werden häufig beschrieben (zehn bis 50 Prozent) und scheinen auch Monate nach der Infektion noch vorhanden zu sein. Möglicherweise besteht hier eine Verbindung mit der Schwere der Erkrankung, dem Alter und dem Geschlecht (18). Eine entsprechende medizinische Versorgung in Schwerpunktpraxen und speziellen „post-COVID-Syndrom“-Sprechstunden ist notwendig und wird gegenwärtig etabliert.

Es gilt das gesprochene Wort!

Wiesbaden, Februar 2021

Referenzen

1. Mujica G et al. Defusing COVID-19: Lessons learned from a Century of Pandemics. *Trop Med Inf Dis*, 5(4):182; Nov 2020.
2. Hu B et al. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Rev Microbiol*, 1-14; Oct 2020. doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7.
3. Chu DK et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 395(10242):1973-87; Jun 2020.

4. Li H et al. A comprehensive review of coronavirus disease 2019: epidemiology, transmission, risk factors and international responses. *Yonsei Med J*, 62(1):1-11; Jan 2021.
5. Kluge et al. S2k-Leitlinie – Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19. AWMF-Register-Nr. 113/001.
6. Handlungsempfehlung, DEGAM S1. Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Informationen für die hausärztliche Praxis. AWMF-Register-Nr. 053-054.
7. Rentsch Ch et al. Early initiation of prophylactic anticoagulation for prevention of COVID-19 mortality: a nationwide cohort study of hospitalized patients in the United States. *medRxiv*, preprint. Dec 2020. doi.org/10.1101/2020.12.09.20246579.
8. Singh A and Gupta V. SARS-CoV-2 therapeutics: how far do we stand from a remedy? *Pharmacol Rep*, Jan 2021. doi.org/10.1007/s43440-020-00204-0.
9. Beigel J et al. Remdesivir for the treatment of COVID-19 – Final report. *N Engl J Med*, 383(19):1813-26; Nov 2020.
10. Recovery Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19 – Preliminary report. *N Engl J Med*, Jul 2020. doi:10.1056/NEJMoa2021436.
11. Wiedermann U et al. Entwicklungen von Impfstoffen. *Österr. Ärztezeitung* 23/24, Dez 2017.
12. Redlberger-Fritz M et al. Heterogeneity of circulating influenza viruses and their impact on influenza virus vaccine effectiveness during the influenza seasons 2016/17 to 2018/19 in Austria. *Front Immunol*, 11:434; Mar 2020. doi:10.3389/fimmu.2020.00434.
13. Polack FP et al. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine. *N Engl J Med*, 383(27):2603-2615; Dec 2020. doi:10.1056/NEJMoa2034577.
14. Baden LR et al. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *N Engl J Med*, Dec 2020. doi:10.1056/NEJMoa2035389.
15. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/949639/Technical_Briefing_VOC202012-2_Briefing_2_FINAL.pdf
16. <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2021/ny-status-pa-forekomst-af-cluster-b117-i-danmark>
17. <https://cmmid.github.io/topics/covid19/uk-novel-variant.html>
18. Xiong Q et al. Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clin Microbiol Inf*, 27(1):89-95; Jan 2021.

REDEMANUSKRIFT

Von Impfgegnern und Corona-Leugnern: Innere Medizin im postfaktischen Zeitalter

Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Die Medizin, allen voran die Innere Medizin, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten zu einer Evidenz-basierten, also auf beweisbaren Fakten beruhenden Medizin entwickelt. Die moderne Forschung, insbesondere auch die Versorgungsforschung, hat Instrumente entwickelt, die Wirkung von Medikamenten, Eingriffen oder Versorgungsformen zu belegen. Voraussetzung für die behördliche Zulassung eines Impfstoffs ist der Nachweis seiner Wirksamkeit und seiner Sicherheit mit diesen wissenschaftlichen Methoden. Beides ist in erstaunlich kurzer Zeit für die CORONA-Impfstoffe gelungen oder auf dem Weg.

Der Wirkungsnachweis eines Medikamentes bedeutet jedoch nicht dessen zwingende Anwendung, der stehen die Therapiefreiheit des Arztes und die Patientenrechte entgegen. Eine Impfpflicht würde diesem Prinzip widersprechen. Normalerweise dient die Impfung dem Schutz des Geimpften, dies ist bei der COVID-19-Impfung nur bedingt der Fall, da die Infektion gerade bei jüngeren Gesunden meist milde oder sogar ganz ohne Krankheitszeichen verläuft. Solange der Impfstoff knapp ist, geht es also um den Schutz der Älteren, aber auch jüngerer, chronisch kranker Risikopersonen, wofür sich die DGIM im Sinne ihrer Patienten besonders einsetzt. Erreichen wir eine Herdenimmunität, können wir die Gesellschaft insgesamt schützen, nicht nur vor Krankheit, sondern auch vor Kollateralschäden einschließlich des eminenten wirtschaftlichen Schadens aufgrund von Schutzmaßnahmen. Für die Herdenimmunität ist allerdings eine ausreichend hohe Durchdringung der Bevölkerung mit der Impfung notwendig. Die Kinderlähmung (Polio) konnte so in ganz Europa und auf dem amerikanischen Kontinent, die Pocken sogar weltweit ausgerottet werden.

Die Impfwillingkeit der Bevölkerung wechselte immer schon auch in Abhängigkeit von der Belastung durch die Krankheit; Aufklärung und Überzeugungsarbeit waren und sind auch heute noch vorrangig ärztliche Aufgabe. Bei Kinderlähmung und Pocken waren die Seuchen immer sehr deutlich in der Gesellschaft wahrnehmbar. Bei COVID-19 trifft die große Mehrheit der Bevölkerung nur auf Infizierte mit asymptomatischen oder leichten Verläufen oder sehr alte Patienten, die an COVID-19 versterben, was als schicksalhaft hingenommen wird. Hieraus, und genährt durch kontraproduktive öffentliche Diskussionen um die Wertigkeit der Diagnostik, entsteht die Meinung, dass Statistiken tendenziös dargestellt und dass in der Öffentlichkeit aus unlauteren Beweggründen gezielt übertrieben berichtet würde.

Verschwörungstheorien sind von alters her eine Begleiterscheinung von Katastrophen und Seuchen. Sie werden, wie auch heute, politisch genutzt, wobei die Beweggründe in den Gruppierungen, die sich

diesen anschließen, vermutlich sehr unterschiedlich sind. Hier ist jeder einzelne Arzt aufgerufen, auch politische Verantwortung zu übernehmen. Es geht explizit nicht um unautorisierte und unabgestimmte öffentliche Auftritte, sondern um die Aufklärung und Überzeugung eines jeden einzelnen unserer Patienten. Wir sind verpflichtet, uns immer wieder ernsthaft mit unsachlicher Argumentation auseinanderzusetzen, da die Fakten für die Gesellschaft nicht immer einsichtig sind. Der Blickwinkel des Mediziners geht vom Kranken und Sterbenden aus. Wir wissen von den schwerkranken und sterbenden COVID-19-Patienten. Das Argument, dass auch die Influenza in regelmäßigen Abständen Menschenleben kostete, ist dabei nicht stichhaltig. Es wird inzwischen deutlich, dass COVID-19 die gefährlichere Seuche ist, was Kontagiosität, Morbidität und Mortalität betrifft. Und wir haben aus der COVID-19-Pandemie gelernt, dass wir bei jeder Virusepidemie entsprechende Maßnahmen einschließlich der Impfung ergreifen müssen, die dann auch nicht so eingreifend sein müssen wie heute, wo wir an den Grenzen unseres Gesundheitssystems stehen. Wir als Ärzte müssen in der Öffentlichkeit für die Verpflichtung unseres Rechtsstaates auf den Schutz des Einzelnen, die Rechte des Schutzbedürftigen, kurzum die Grundrechte, eintreten.

Es gilt das gesprochene Wort!

Würzburg, Februar 2021

REDEMANUSKRIFT

Leistungen sinnvoller einsetzen, Ressourcen schützen: was die Innere Medizin von der Coronakrise lernen kann

Professor Dr. med. Sebastian M. Schellong, Vorsitzender der DGIM 2020/2021 und Chefarzt der II. Medizinischen Klinik am Städtischen Klinikum Dresden

Unser Gesundheitswesen wird nach dem Ende der Krise veränderte Rahmenbedingungen vorfinden: Durch den Rückgang der wirtschaftlichen Tätigkeit insgesamt wird die Grundlohnsumme in Deutschland gesunken sein. Da daran die Beiträge für Krankenversicherung hängen, die Beitragssätze der verbliebenen sozialversicherungspflichtigen Einkommen aber nicht im selben Maße angehoben werden können, wird weniger Geld für Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen. Eine Kompensation aus Steuermitteln ist bei gesunkenem Steueraufkommen nicht zu erwarten und für das Gesamtsystem wohl auch nicht unbedingt wünschenswert.

Die am wenigsten nachhaltige Reaktion auf diese Situation bestünde darin, zu versuchen, die durch die Corona-Pandemie derzeit einschneidend veränderte Art und Menge der Gesundheitsleistungen auf den selben Stand wie vor der Krise zu bringen – und das bei geringeren Kosten. Denn bereits vor der Krise ist die Wahrnehmung immer stärker geworden, dass das Gesundheitswesen an vielen Stellen unterfinanziert sei. Die pauschal immer wieder erhobene Forderung an „die Politik“, der gefühlten Unterfinanzierung endlich abzuhelfen, blieb schon zuvor und wird weiter ohne Wirkung bleiben, da „die Politik“ zur Finanzierung der zusätzlichen Ausgaben keine anderen als die bereits genannten Instrumente hat.

Eine weiter in die Zukunft weisende Reaktion besteht darin, dass die Akteure innerhalb der Medizin sich selbst damit auseinandersetzen, wie die Art und der Umfang der Leistungserbringung, sowohl im Krankenhaus als auch in der freien Praxis, an die zur Verfügung stehenden Mittel angepasst werden können. Die Erfahrungen während der Corona-Pandemie können hierfür einen wesentlichen Beitrag leisten.

Krankenhäuser haben ihre Leistungen um bis zu 50 Prozent zurückgefahren, um die COVID-19-Erkrankten versorgen zu können. Sie haben Stationen umgewidmet oder ganz geschlossen und sie haben elektive Eingriffe, operative wie interventionelle, wenn nicht ganz abgesagt, doch wesentlich eingeschränkt. In den meisten Krankenhäusern bestand – und besteht ja derzeit noch – der größte Engpass in der Pflege: Bereits zuvor minder ausgestattete Teams werden zusammengefasst und sind täglich instabil, da immer wieder Mitarbeitende selbst erkranken. Es hat sich ein Mechanismus beschleunigt und verstärkt, der bereits vor der Pandemie durch die Einführung der

Pflegepersonaluntergrenzen wirksam geworden ist: Leistungsbereiche werden aus der Versorgung herausgenommen, das heißt stillgelegt, da die erforderliche Zahl der Pflegenden fehlt. Nicht von ungefähr wurde die Pflegepetition an den Bundestag auf dem Höhepunkt dieser Entwicklung eingereicht.

Neben diesem erzwungenen Leistungsrückgang auf der Angebotsseite ist in manchen Bereichen auch die Nachfrage durch die Patienten bedeutsam zurückgegangen. Nicht nur in Deutschland, sondern in den meisten von der Pandemie betroffenen Ländern kommen circa 30 Prozent weniger Patienten mit Herzinfarkt oder Schlaganfall zur stationären Aufnahme – ein überraschender Befund bei diesen akut lebensbedrohlichen Krankheitsbildern. Niedergelassene Ärzte, vor allem Fachärzte, verzeichnen ebenfalls weniger Besuche in ungefähr diesem Ausmaß.

Offenbar haben sich Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten derzeit auf ein gesundheitspolitisches Vorhaben eingelassen, das in Deutschland stark negativ angesehen war und daher bisher nicht verfolgt wurde: das Vorhaben einer Priorisierung der Leistungserbringung. Aus unterschiedlichen Richtungen kommend und mit für die Patientenseite nur zum Teil verstandener Motivation, werden unausgesprochen Kriterien in Geltung gesetzt, die Nachfrage nach und die Erbringung von Gesundheitsleistungen nach Dringlichkeit zu stufen. Dies geschieht, und das macht das positive Potenzial aus, ohne von oben verordnete inhaltliche Vorgaben. Es ist wahrscheinlich, dass die temporäre Verknappung von Gesundheitsleistungen in manchen Bereichen ungünstige Krankheitsverläufe provoziert. Es wäre aber töricht, ganz pauschal zu behaupten, dass jeder ausgelassene Arztbesuch oder jeder abgesagte Wahleingriff per se einen messbaren Schaden setzt. Schon lange vor der Pandemie hat die DGIM begonnen, als Teil ihrer „Klug-Entscheiden“-Initiative evidenzbasierte Negativempfehlungen für bestimmte diagnostische oder therapeutische Prozeduren zu erarbeiten.

Was nun begonnen werden muss, ist eine begleitende Versorgungsforschung, die diesen Prozess in Zahlen fassbar macht, die Kriterien der Priorisierung explizit macht, sodass sie diskutiert werden können, und die vor allem nach den Folgen für die Patientinnen und Patienten fragt. Es ist mehr als wahrscheinlich, dass Leistungsbereiche identifiziert werden, deren Verknappung keine negativen Folgen für die Prognose verschiedener Krankheitsverläufe hätte. Die Ergebnisse dieser Begleitforschung wären eine große Hilfestellung bei der Umsetzung bereits vor der Krise begonnener, notwendiger Strukturveränderungen des Gesundheitswesens: zum Beispiel der flächendeckenden Anwendung von Pflegepersonaluntergrenzen, der Initiative für die Einführung von Untergrenzen auch im ärztlichen Bereich, der Neuordnung der Krankenhauslandschaft wie jetzt in Nordrhein-Westfalen oder der besseren Verzahnung der sektoralen Leistungserbringung. Denn die Fokussierung auf höher

priorisierte Leistungen und der Verzicht auf niedrig priorisierte („low value medicine“) ist in der Lage, die in jedem Falle begrenzten Ressourcen dorthin zu lenken, wo sie für eine hohe Qualität der medizinischen Leistungen benötigt werden.

Es gilt das gesprochene Wort!

Dresden, Februar 2021

REDEMANUSKRIFT

Mit oder ohne Corona: warum wir den Facharzt für Infektiologie brauchen

Professor Dr. med. Bernd Salzberger, Leiter der Infektiologie am Universitätsklinikum Regensburg,
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI)

Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie – warum ist das notwendig?

Impfungen, bessere Hygiene und Lebensbedingungen sowie Antibiotika haben die Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten dramatisch verändert, Infektionskrankheiten zeigen in den letzten Jahrzehnten weltweit, vor allem in den Industriestaaten, einen sinkenden Anteil an der Krankheitslast. Mit der abnehmenden Bedeutung dieser Krankheiten wurden auch die Kompetenz und das Wissen in der Behandlung von Infektionskrankheiten bei Ärztinnen und Ärzten ständig weniger wichtig.

Die HIV-Pandemie und die Zunahme von Antibiotikaresistenzen bei vielen humanpathogenen Erregern haben bei paralleler Zunahme der Zahl immunsupprimierter Patienten dazu geführt, dass hier ein Umdenken eingesetzt hat.

Spezielles Wissen und Kompetenz in der Prävention, Prophylaxe und Behandlung von Infektionen gilt zunehmend in allen Fächern der klinischen Medizin als notwendig.

Nach der HIV- ist die COVID-Pandemie ein weiteres Signal, dass Infektionserkrankungen keinesfalls überwunden sind, sondern stattdessen eine sich rasch wandelnde Herausforderung darstellen. Dies erfordert eine klinische Spezialisierung durch intensive fachspezifische Weiterbildung.

Die Bundesärztekammer hat beim Aufbau einer solchen Weiterbildung diese zunächst als Zusatzweiterbildung mit einem Jahr Weiterbildungszeit festgelegt. Diese Weiterbildung haben vor allem Fachärzte der Inneren Medizin und Pädiatrie erworben, anderen Fachgebieten stand sie nicht bundesweit zur Verfügung. Hieraus resultieren zwei Probleme: Kompetenzen in Infektiologie konnten nicht breit in allen Fachgebieten der klinischen Medizin auf dem Niveau der Weiterbildung erworben werden und für die vielfältigen, sehr speziellen Probleme in der Infektiologie ist diese Weiterbildung nicht tief und intensiv genug. Viele Fachgesellschaften in der Infektionsmedizin haben diese Probleme erkannt und dringend vorgeschlagen, die Weiterbildung in Infektiologie sowohl in der Breite als auch in der Tiefe zu intensivieren.

Die Bundesärztekammer hat deshalb die Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ geändert und für alle klinischen Fachärzte und die Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie neu definiert.

Parallel dazu wurde von den Fachgesellschaften eine intensivere und tiefere Weiterbildung innerhalb der Inneren Medizin vorgeschlagen.

Die Einordnung eines Facharztes für Infektiologie in die Innere Medizin ist naheliegend: Untersuchungs- und Behandlungstechniken der Inneren Medizin sind zentral in der Behandlung von Infektionskrankheiten. Auch die Abgrenzung von Infektions- zu anders bedingten Entzündungsprozessen macht exzellente Kenntnisse der Erkrankungen aus der Inneren Medizin notwendig. Dieses Konzept folgt international erprobten und erfolgreichen Curricula, zum Beispiel aus den USA und vielen europäischen Ländern.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie haben basierend auf diesen Erkenntnissen und Erfahrungen in enger Beratung mit anderen Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer ein Curriculum für die Weiterbildung von Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie erarbeitet und wollen damit erreichen, dass die Behandlung von Infektionen durch gut aus- und weitergebildete spezialisierte Internisten auf internationalem Standard auch in Deutschland zur Regel wird.

Die Etablierung von klinischen Weiterbildungen hat neben der Steigerung der Qualität in der Patientenbehandlung eine Reihe von synergistischen Sekundäreffekten: Wenn wir Ärzte besser weiterbilden, wird dies auch in besserer Forschung und Lehre münden, zwei Feldern, die sowohl wichtige Betätigungsfelder für Ärzte und medizinische Wissenschaftler als auch von nationaler und internationaler Bedeutung sind.

Es gilt das gesprochene Wort!
Regensburg, Februar 2021

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Gegründet 1882, vertritt die DGIM bis heute die Interessen der gesamten Inneren Medizin: Sie vereint als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft aller Internisten sämtlicher internistischen Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatookologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärzten als auch Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Im Austausch zwischen den internistischen Schwerpunkten sieht die DGIM auch einen wichtigen Aspekt in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die DGIM setzt dies im Rahmen verschiedener Projekte um. Zudem engagiert sie sich für wissenschaftlich fundierte Weiterbildung und Fortbildung von Internisten in Klinik und Praxis.

Innere Medizin ist das zentrale Fach der konservativen Medizin. Als solches vermittelt sie allen Disziplinen unverzichtbares Wissen in Diagnostik und Therapie. Insbesondere der spezialisierte Internist benötigt eine solide Basis internistischer Kenntnisse. Denn er muss Ursachen, Entstehung und Verlauf, Diagnostik und Therapie der wichtigsten internistischen Krankheitsbilder kennen, einschätzen und im Zusammenhang verstehen. Zentrales Element sind dabei das Kennenlernen von Krankheitsverläufen über längere Zeitstrecken und das Verständnis für die Komplexität der Erkrankung des einzelnen Patienten. Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten das dafür notwendige Wissen zu vermitteln. Zudem setzt sie sich dafür ein, dass jeder Internist ein internistisches Selbstverständnis entwickelt und behält.

Die DGIM hat zurzeit über 27 000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands. Innerhalb der vergangenen Jahre hat sich die Zahl ihrer Mitglieder mehr als verdoppelt. Der Zuspruch insbesondere junger Ärzte bestärkt die DGIM einmal mehr in ihrem Anliegen, eine modern ausgerichtete Fachgesellschaft auf traditioneller Basis zu sein.