

19. Juni 2021

P r e s s e m i t t e i l u n g

Nr. 22

**31. Sächsischer Ärztetag / 64. Tagung der Kammerversammlung
10-Punkte-Papier zur Pandemiebewältigung**

Dresden: Seit März 2020 wird Deutschland vom Thema SARS-CoV2 bestimmt. Um die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen möglicher Pandemien zu bewältigen, fordern die sächsischen Ärzte anlässlich ihrer 64. Kammerversammlung die Sächsische Landesregierung auf, einen eigens erarbeiteten 10-Punkte-Plan in den Pandemieplan des Freistaates Sachsen aufzunehmen.

„Auch, wenn Deutschland im Allgemeinen und Sachsen im Besonderen einigermaßen glimpflich durch die Pandemie gekommen sind, zeigen sich doch immer wieder erhebliche Schwachstellen beim Umgang mit der Situation.“ begründet Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, die Forderung.

Eine Optimierung der Strategien sei aus Sicht der sächsischen Ärzteschaft dringend geboten. Essentiell sei darüber hinaus das frühzeitige aktive Einbeziehen aller an einer Krisenbewältigung Beteiligten.

Das 10-Punkte-Papier finden Sie ab S. 2.

Weitere Informationen unter 0351 8267-160 oder Mobil 0173 6242315.



Knut Köhler M.A., Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

10 Punkte für eine optimierte Krisenbewältigung in einer Pandemiesituation

Die letzten Monate in der Corona-Pandemie haben sowohl den Betroffenen, den Angehörigen als auch Entscheidungsträgern in der Politik, bei den Krankenkassen und vor allem aber bei Versorgenden (Ärzten, Kranken- und Gesundheitspflegekräften, MFA's) deutlich vor Augen geführt, dass es für eine ähnliche alle herausfordernde Situation regionale und nationale Maßnahmenpakete braucht.

Besonderer Kritikpunkt ist eine aus unserer Sicht nicht sachgerecht wahrgenommene Beratung ausgewiesener Fachexperten durch die Entscheidungsträger.

Bereits im letzten Jahr hatte der 30. Sächsische Ärztetag fünf Forderungen zur Corona-Pandemie und deren Auswirkungen und Schlussfolgerungen aufgestellt. Zu diesen immens wichtigen Fragen wurden bislang wenige befriedigende und zielführende Antworten vorgelegt.

Der 31. Sächsische Ärztetag wendet sich mit zehn gesundheitspolitischen Forderungen, die für eine Bewältigung einer zukünftigen Krise, ebenso wie die frühzeitige aktive Einbeziehung aller an der Krisenbewältigung Beteiligten, essentiell sind, an die Verantwortlichen:

1. Primärversorgende Fachdisziplinen stärken, vorbereiten und unterstützen

Dazu gehören sowohl ausreichend und schnellstmöglich verfügbare notwendige Schutzausrüstungen und Testmaterialien als auch eine bürokratiearme und nicht zusätzlich belastende Dokumentation und entsprechende Abrechnungsvorgaben. Ebenso ist eine ausreichende Personalausstattung zu ermöglichen.

2. Hochgefährdete Bevölkerungsgruppen so zeitig wie möglich schützen

Dazu gehören bspw. Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen. Deren Schutz sowie der Schutz der Pflegeberufe muss durch ausreichende und vergleichbare Maßnahmen (Schutzausrüstung, Teststrategien) sichergestellt werden. Hierbei gilt insbesondere in Akutsituationen der Grundsatz ambulant vor stationär durch geeignete Maßnahmen vor Ort (bspw. Sauerstoffgabe, Schulungen der Pflegenden). Die Schulung des Personals im Umgang mit erkrankten Patienten und krisenhaften Situationen, sowie eine psychosoziale Unterstützung vor, während und nach der Pandemie, sind dabei unabdingbar.

3. Öffentlichen Gesundheitsdienst ausreichend ausstatten und vorbereiten

Dies beinhaltet eine vorausschauende personelle und finanzielle Ausstattung der Behörden, ein effektives Krisenmanagement und die unbedingte digitale Vernetzung und Nutzung digitaler Kommunikationswege ohne überbordende Bürokratie aller Beteiligten sowie eine Vereinheitlichung in den Maßnahmen, z. B. beim Erlass von Quarantäneregelungen. Im Pandemiefall sollte ein schneller Rückgriff auf bereits geschultes zusätzliches Personal und die notwendige Infrastruktur im Rahmen eines Notfallplans möglich sein, außerdem muss der ÖGD in Sachsen im Pandemiefall durch das SMS zentral gesteuert werden.

4. Zentrales Management der stationären Kapazitäten im Pandemiefall für akut Betroffene und Optimierung der Vergütung

Einweisungsmanagement und Leitstellen sind durch speziell geschultes Personal gezielter in der Lage, Kapazitäten für z. B. beatmungspflichtige und intensivpflichtige Patienten zu steuern und zu koordinieren. Fehlanreize wie bspw. eine Leerbettenpauschale sollten durch besser differenzierte Zuschläge der infektionsassoziierten DRG ersetzt werden und damit realistische Meldungen der Kapazitäten bewirken. Zuschläge bei der DRG-Abrechnung der Krankenhäuser für Infektionsbehandlung sollten differenziert nach ITS und Normalstation und gestaffelt nach Wocheninzidenz gezahlt werden, damit die Bereitschaft aller Krankenhäuser gefördert wird, an der Versorgung teilzunehmen.

5. Stufenkonzept zur Belegung von Reha- und Kureinrichtungen

Ein abgestimmter Behandlungspfad sollte nicht mehr stationär im Akutkrankenhaus zu versorgende Pandemiepatienten, welche nicht oder noch nicht zurück in Pflegeeinrichtung oder Häuslichkeit genommen werden können, in Reha und Kureinrichtungen umleiten, um Krankenhauskapazitäten für Neuaufnahmen zu schaffen.

6. Engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung einschließlich Rehabilitation

In einer Pandemie muss es Möglichkeiten geben, stationäre Diagnostikoptionen (bspw. bildgebende Verfahren) auch ambulant zu nutzen sowie Ressourcen zu bündeln und die Patienten noch besser zu betreuen. Die Maßnahmen der ambulanten und stationären Rehabilitation dürfen nicht eingeschränkt werden. Eine mögliche Option wäre eine Ausweitung ambulanter Verordnungen im Einzelfall. Patienten sollen ein bedarfsangepasstes Rehabilitationsangebot erhalten, um die Teilhabe weiterhin zu ermöglichen. Die Nachfolgeschäden sollen so minimiert werden.

7. Minimierung von Einschränkungen des Regelbetriebes

Um Patientengefährdungen zu vermeiden sollte eine Priorisierung der stationären Kapazitäten (bspw. OP-Kapazität) erfolgen. Ein Aufschieben bspw. von Tumoroperationen oder nachfolgender Behandlungen darf nicht die Regel sein. Die Versorgung der nicht pandemiebedingten akut und chronisch erkrankten Patienten darf nicht leiden.

8. Kollateralschäden einer Krisensituation zeitnah in den Fokus rücken

Schul- und Kindereinrichtungen sollten nur dann geschlossen werden, wenn tatsächliche Infektionsketten nur durch diese Maßnahmen unterbrochen werden können. Eine Abstimmung mit insbesondere ärztlichen Experten ist hier unabdingbar. Neben den negativen Folgen für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen müssen ebenso bereits frühzeitig die Auswirkungen auf Bereiche wie Psyche und häusliche Gewalt bedacht und entsprechende Präventionskonzepte erarbeitet werden.

9. Politische Kontrollfunktion der kritischen Öffentlichkeit bewahren

Dies beinhaltet eine Auseinandersetzung und Diskussion mit Medienvertretern und Wissenschaftlern ohne Polarisierung, Verängstigung oder Vereinheitlichung von Debatten. Dazu bedarf es ebenso einer zielgruppengerechten offenen Kommunikation.

10. Impfungen schnellstmöglich in die Primärversorgung (Vertragsärzte, Betriebsärzte) überführen

Impfungen gehören in die Primärversorgung. Impfzentren sollten mittelfristig nur noch in einzelnen Großstädten an der Versorgung teilnehmen. Die Impfstoffverteilung muss flexibilisiert werden. Eine kritische Erfassung von Impfnebenwirkungen muss ohne politische oder mediale Einflussnahme gewährleistet sein.