

Sie sprechen in Ihrem Leserbrief auch an, dass etwa 25 % der Studienteilnehmenden eine Zuzahlung im Rahmen ihrer augenärztlichen Vorstellung geleistet haben. Dazu ist prinzipiell zu sagen, dass jeder versicherten Person eine adäquate augenärztliche Vorsorge im Rahmen ihrer Diabeteserkrankung zusteht. Eine Spaltlampenuntersuchung mit Funduskopie ist dabei durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt und in den meisten Fällen ausreichend, um typische diabetische Veränderungen (z. B. eine Rubeosis iridis oder Netzhautveränderungen) zu erkennen.

Da die Sehorgane jedoch verschiedene altersbedingte Veränderungen durchlaufen, liegen bei Patienten mit Diabetes in vielen Fällen augenärztliche Komorbiditäten vor, die bei der Screeninguntersuchung auffallen und eine weitergehende Diagnostik sinnvoll erscheinen lassen können. An dieser Stelle ist es für die behandelnden Augenärzte sehr wichtig, derartige Veränderungen vor dem Patien-

ten klar und scharf von typischen Diabetesveränderungen abzugrenzen, damit keine Verwirrung bezüglich der Notwendigkeit dieser Untersuchungen im Rahmen der Diabetesvorsorge aufkommt. Leider wird eine derartige klare Abgrenzung jedoch nicht allen (teils komplexen) ophthalmologischen Krankheitsbildern gerecht. In Einzelfällen kann eine weiterführende apparative Diagnostik (wie eine OCT-Bildgebung, die zumeist nicht von der Krankenkasse übernommen wird) auch im Rahmen der augenärztlichen Diabetesvorsorge sinnvoll sein, um bestimmte Veränderungen (wie z. B. die Intensität eines Makulaödems) oder zeitliche Veränderungen im Verlauf genauer und präziser beurteilen zu können. Solche Fälle sollten jedoch sehr streng abgewogen und nur im klaren Bedarfsfall seitens des Augenarztes auch konkret empfohlen werden. Dabei sollte der potenzielle Mehrwert klar geschildert und kontextualisiert werden. In keinem Fall sollten Patienten Untersuchungen erhalten, die keinen oder

einen im jeweiligen Zusammenhang unverhältnismäßig geringen Mehrwert bieten. Auch das Ausüben von Druck auf den Patienten sollte selbstverständlich vermieden werden! Im Zweifel handelt es sich beim Diabetes-Screening zumeist nicht um einen Notfall, weshalb das Einholen einer Zweitmeinung vor Durchführung von weiteren Untersuchungen sinnvoll sein kann.

Insgesamt sind weiterhin große interdisziplinäre Herausforderungen vonnöten, um die Qualität und Flächendeckung des augenärztlichen Diabetescreening zu verbessern. Augenärztliche und internistische Kollegen sind genau wie die Politik angehalten, sich des bekannten Problems zeitnah und mit hoher Priorisierung anzunehmen.

**Dr. med. Marvin Lucas Biller**  
**Dr. med. univ. Klemens Paul Kaiser**  
**Dr. med. Elena Plawetzki**  
**Dr. med. Julian Bucur**  
**Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Kohnen**

*Leserbrief zum Editorial von Dr. med. Edgar Pinkowski und Co-Editorial von Dr. med. Wolf Andreas Fach, HÄBL 11/2024*

## Gedanken nach 45 Berufsjahren

Ich zolle denen Respekt, die sich für die Ärzteparlamente aufstellen lassen und wertvolle Zeit dafür aufbringen. Sie müssen weiter den Spagat zwischen Interessensvertretung der KollegInnen und auch der PatientInnen aushalten. Der Präsident der Landesärztekammer Hessen Dr. med. Edgar Pinkowski, dessen Arbeit gegen die Windmühlen der Umstände sehr zu würdigen ist, bezieht als Vertreter der Ärzteschaft wiederholt Stellung. Genauso wie auch Kollege Dr. med. Wolf Andreas Fach die derzeitige Zerreißprobe zutreffend beschreibt.

Der Begriff Teamgeist im Sinne eines kollegialen Miteinanders der ärztlichen Berufsausübung in Kliniken und Praxen stammt aus einer früheren Welt mit anderen als den derzeitigen Werten. Eine „verfasste Krankenkassenlobby“ mit all den Versprechungen den (meist unwisenden, ggf. auch gleichgültigen) Versicherten gegenüber und den gesetzlich abgesetzten Forderungen und Zwangs-

maßnahmen gegenüber uns „Leistungserbringern“ (da kann es schon gar keinen Teamgeist mehr per Definition geben) behält als immer noch bestehender Wasserkopf aus noch derzeit über 90 Krankenkassen (1990 waren es noch über 1.100) die Oberhoheit – auch mit Hinweisen auf den sog. Sicherstellungsauftrag und den Appell an das ärztliche Ethos. Was regelmäßig folgt, sind Anstrengungen zur Beschwichtigung eines wieder neu erkannten Problems, in der Regel für irgendeine Arztgruppe nicht von Vorteil. Bemerken wir nicht das Aufeinanderprallen dieser verschiedenen Welten?

Dringend notwendige wirtschaftliche Planungssicherheit ärztlicher Tätigkeit in niedergelassener Praxis oder im Krankenhaus darf sich nicht an Gewinnsucht gewisser Medizinkonzerne oder außerärztlicher „Player“ orientieren. Das Schwungrad dreht sich ungebremst jeglicher Erkenntnisse in eine Zukunft, die von politischer und gesellschaftlicher Seite, aber auch von

philosophischer und ethischer Seite zum zwingenden Umdenken hinsichtlich einer Teambildung schreit. Die heutigen „Machtstrukturen“ sind offenkundig. Die Hilflosigkeit – die von den meisten so empfundene – muss einem neuen WIR im empathischen Sinne Platz machen, was es gesellschaftlich neu zu definieren gilt. Da können wir von den Strukturen humanitärer Projekte (Rotes Kreuz, Malteser, Johanniter, Ärzte ohne Grenzen) vielleicht etwas lernen. NGOs, die orientiert an „alten“ Werten Menschlichkeit in die Zukunft retten – und das fängt in der Basisarbeit an mit vielen kleinen Projekten miteinander. Vielleicht wäre die verpflichtende Wiedereinführung eines einjährigen sozialen Dienstes ein Schritt in die richtige Richtung – ein Schritt, der von Politikern leise angesprochen wird, aber schnell wegen äußeren Gründen infrage gestellt wird.. Hier wünsche ich mir Mut in Planung und Durchhaltevermögen auf lange Frist.

**Dr. med. Peter C. Rainer**, Fulda