Gastroenterologie 2020 · 15:348–350
<https://doi.org/10.1007/s11377-020-00461-8>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Redaktion
Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister, Wiesbaden (v. i. S. d. P.)

Korrespondenzadresse
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden
Tel.: 0611 18133-0
Fax: 0611 18133-50
info@bdi.de | www.bdi.de

Folgen Sie uns auf
www.facebook.com/lhr.BDI
twitter.com/BDI_eV

Sektion Gastroenterologie – Vorsitzende

Prof. Dr. med. J. Labenz
Ev. Jung-Stilling Krankenhaus,
Medizinische Klinik, Wichernstr. 40,
57074 Siegen

Dr. med. Siegfried Heuer
Gastroenterologisches Zentrum
Dr. Heuer, Eckendorfer Str. 91-93,
33609 Bielefeld

Editorial

Der Sommer hat begonnen und in den gastroenterologischen Praxen ist hoffentlich die „neue Normalität“ eingeleitet.

COVID-19 war in den letzten Monaten DAS alles beherrschende Thema.

Im Bereich der gastrologischen Krankheitsbilder stellt dieses Virus aber keinerlei Hauptlast im Bereich der Erkrankungen dar.

Es ist daher wichtig für unsere Patienten, unter Berücksichtigung der entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen, die „neue Normalität“ zu leben. Falls diese nicht geschieht kann dies zu einer Verschiebung wichtiger Endoskopien und damit zu einer Verspätung der Diagnosesicherung führen und damit Krankheitsverläufe negativ beeinflussen oder gar eine Über-Sterblichkeit hervorrufen. Insbesondere die Patientinnen und Patienten mit chronischen Darmerkrankun-

gen bedürfen einer besonderen Betreuung.

Die wesentliche Voraussetzung für eine Routineversorgung ist, dass die Praxen über ausreichende persönliche Schutzausrüstung verfügen. Mit der ausreichenden Schutzausrüstung steht und fällt alles.

Wie sollten nun endoskopische Untersuchungen unter den Rahmenbedingungen in der „neuen Normalität“ durchgeführt werden?

1. Indizierte Endoskopien werden bei einer low-risk-Situation zeitnah durchgeführt.
2. Bei einer Hoch-Risiko-Situation wird zunächst die Infektion durch einen Test ausgeschlossen und es wird dann über die Durchführung der Endoskopie entschieden.
3. Elektive Untersuchungen und Vorsorgekoloskopien werden wieder angeboten und einvernehmlich mit dem

Patienten durchgeführt und zwar unter Berücksichtigung der Risiko-Stratifizierung.

4. Vor der Untersuchung wird durch eine kurze Anamnese eine Covid-19-Erkrankung anhand der bestehenden Möglichkeiten so weit wie möglich ausgeschlossen.
5. Patienten und Mitarbeiter tragen Mundschutz.
6. Die Terminverwaltung wird so gestaltet, dass die Wartezeiten kurz und die Nutzung der Wartebereiche auf ein Mindestmaß reduziert werden.
7. Arbeitsschutzmaßnahmen sind sowohl von den Ärzten und Ärztinnen als auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzuhalten.
8. Das Praxispersonal sollte regelmäßig auf COVID-19 Infektionen getestet werden.

Da wir mit dem Virus in den nächsten Monaten vielleicht auch Jahren leben müssen, sollten wir den „neuen Normalbetrieb“ unter Berücksichtigung von pragmatischen Lösungen zum Wohle unserer Patienten und Patientinnen unter Berücksichtigung des Mitarbeiterschutzes und unter Einhaltung unseres Versorgungsauftrages umsetzen.

Neuere Erkenntnisse werden jeweils zu Nachbesserungen führen.

Lassen Sie uns dem Motto der KBV folgen: BACK TO LIFE.

Dr. med. Siegfried Heuer
Vorsitzender der Sektion
Gastroenterologie im BDI

E-Akte: Der Arzt als Datenberater

Minister Spahns Patientendatenschutz-Gesetz hat das Bundeskabinett passiert. Damit ist der Weg für die E-Patientenakte und zusätzliche Aufgaben für Ärzte geebnet. Letztere könnten noch in diesem Jahr auf die Mediziner zukommen.

Auch die Corona-Krise bewegt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) nicht dazu, sein Tempo beim Auflegen neuer Gesetze und Verordnungen zu drosseln. Ganz im Gegenteil. Doch

neben Gesetzeswerken, die ihm helfen sollen, die Krise zu meistern, hat er auch noch die ein oder andere Überraschung für die Versorgung parat. So legte sein Ministerium zum 1. April den Kabinettsentwurf für das Patientendatenschutz-Gesetz (PDSG) vor.

Das Gesetz beinhaltet wesentliche Bestandteile der Digitalisierungsstrategien und wurde zwischenzeitlich vom Bundeskabinett verabschiedet. Da das

PDSG im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig ist, ist davon auszugehen, dass es nach der Beratung durch den Bundestag im Mai/Juni dann nach der parlamentarischen Sommerpause in Kraft tritt. Dabei ist nicht mit großen Änderungen zu rechnen.

Im Zentrum des PDSG steht die elektronische Patientenakte (ePA). Für den Versicherten ist die Nutzung der ePA freiwillig, für Ärzte hingegen nicht. Zudem ist geregelt, dass der Versicherte von Anfang an entscheiden soll, welche Daten gespeichert werden, wer zugreifen darf und ob Daten wieder gelöscht werden. Dabei soll die ePA, um ihren Start voranzubringen, in mehreren Ausbaustufen kontinuierlich weiterentwickelt werden.

» Zehn Euro fürs Befüllen

Ein wichtiger Aspekt für Ärzte: Die Einführung der ePA ist im Gesetz mit einem Anspruch des Versicherten auf Unterstützung durch Ärzte sowie Krankenkassen verknüpft. Ärzte sollen als Aufwandsentschädigung für das erstmalige Befüllen einer ePA zehn Euro pro Patienten erhalten; für Kliniken gibt es einen Zuschuss. Ebenso sollen die Ärzte für die weiterführende, kontinuierliche Unterstützung ihrer Patienten bei der Verwaltung der ePA eine Vergütung erhalten. Deren Höhe wird von den Partnern der Selbstverwaltung noch festgelegt.

Während die Honorarfrage laut in der Öffentlichkeit diskutiert wurde, blieb es um die neue Verpflichtung, Patienten beim Befüllen der Akte zu unterstützen, bislang eher leise. Dabei hat es gerade diese Bestimmung, die für ambulant und stationär tätige Ärzte gleichermaßen gilt, in sich. Denn die Unterstützung bezieht sich nicht nur auf das Befüllen der Akte mit womöglich aus der aktuellen Behandlungssituation vorliegenden Daten – nein, auch die Aktualisierung und die Pflege der ePA soll mit tatkräftiger Hilfe

der Ärzte erfolgen. Da bringt es wenig, dass diese Aufgaben laut Gesetzgeber delegierbar sind. Die neuen Pflichten werden gravierende Auswirkungen auf die Praxisabläufe haben. Im stationären Bereich wird entweder der Pflege oder den weiterzubildenden Ärzten der zusätzliche Bürokratieaufwand aufgebürdet.

Darüber hinaus sollen Ärzte ihren Patienten auch noch die Funktionsweise der ePA erläutern, in dem dargelegt wird, welche Daten an welchen Positionen der Akte hinterlegt werden. Dieses Szenario stelle man sich nun einmal für 160 Krankenkassen vor, welche im schlechtesten Fall alle eine eigene E-Akte entwickeln. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte mit der gematik lassen derzeit nicht hoffen, dass man sich auf eine einheitliche Struktur einigen wird.

Selbstverständlich ist die Ärzteschaft bereit, notwendige Daten dergestalt zur Verfügung zu stellen, dass sie Eingang in die ePA finden können. Alle darüber hinaus gehenden Aufklärungsarbeiten sowie Pflegehinweise und Vorgaben zum Umgang mit den Daten haben in unseren Augen durch die Aufklärungsarbeit der Krankenkassen zu erfolgen. Dort können sich die Versicherten auch über Funktionsweise, Pflege und Inhalt ihrer ePA ausführlich informieren. Dies ist keine originäre Aufgabe von Ärzten, deren Arbeitszeit sodann nicht für die eigentliche Patientenversorgung zur Verfügung steht.

Neben den Befunden, Arztberichten oder Röntgenbildern sollen ab 2022 auch der Impfausweis, der Mutterpass, das U-Heft für Kindervorsorgeuntersuchungen sowie das Zahn-Bonus-Heft in der ePA gespeichert werden können. Der Patient kann zudem der Verarbeitung seiner Daten zu Forschungszwecken zustimmen. Dies wird über das sogenannte Opt-in-Verfahren ermöglicht.

Über geeignete Endgeräte wie Smartphone oder Tablet soll die ePA ab spätestens 1. Januar 2022 die Möglichkeit bieten, für gespeicherte Dokumente einzeln

festzulegen, wer darauf zugreifen kann. So können die Versicherten also festlegen, dass ein Arzt zwar auf die ePA zugreifen darf, dass aber bestimmte Befunde nicht gezeigt werden. Auch die Einsicht in die jeweilige ePA soll über das eigene Smartphone funktionieren.

» Eine App fürs E-Rezept

Das Gesetz sieht zudem vor, digitale Lösungen für Gesundheitsanwendungen weiter zu beschleunigen. Beispielsweise wird es ab 2021 für das einzurichtende E-Rezept eine von der Patientenakte unabhängige App-Lösung geben, mit der sich das E-Rezept auf das Smartphone laden und in der Apotheke vor Ort einlösen bzw. an eine Online-Apotheke weitersenden lässt. Im gleichen

Zuge wird die Selbstverwaltung beauftragt, einen elektronischen Vordruck für die Empfehlungen apotheken- und nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu vereinbaren. Gleiches gilt für den digitalen Überweisungsschein.

Den Erfolg der ePA schätzt das BMG nur sehr vorsichtig: Sofern Ende 2021 einige Millionen (kalkuliert wird mit rund 20 %) der 72 Millionen gesetzlich Krankenversicherten eine ePA nutzen würden, wäre das BMG zufrieden. Den Kassen würden im ersten Jahr Mehrausgaben von ca. 140 Millionen Euro entstehen.

Tilo Radau

Geschäftsführer
des BDI

Triage: Wenn Ärzte entscheiden müssen

Die Corona-Pandemie konfrontiert Ärzte und die Gesellschaft – bei knappen Ressourcen – auch mit dem schwierigen Thema Triage. Der Deutsche Ethikrat hat sich nun dazu positioniert. Doch inwieweit hilft das Ärzten weiter?

Der Deutsche Ethikrat hat sich ausführlich mit den Folgen der Coronakrise beschäftigt und diese – neben einer Detailbetrachtung – vor allem in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext gestellt. Vorweg stellt er in seiner Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ fest, dass er die Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionen, die ergriffen wurden, unterstützt, allerdings mit dem Hinweis, dass die vielfältigen sozialen und ökonomischen Folgekosten geprüft und ggf. gelockert werden sollten.

Der dahinterstehende ethische Gesamtkonflikt wird defi-

niert. Ziel ist ein hochwertiges, leistungsfähiges Gesundheitssystem zu erhalten oder aufzubauen, damit die Nebenfolgen möglichst gering gehalten werden. Im Klartext: Die medizinischen Ressourcen müssen so aufgebaut und organisiert werden, dass alle Patienten behandelt werden können. Man will die Infektionsrate geringhalten, was leider die Dauer der Epidemie deutlich verlängern dürfte, denn Ziel muss die vollständige Durchseuchung der Bevölkerung sein. Nur so kann diese Virusinfektion ausgerottet werden.

Der Ethikrat legt Wert darauf, dass in Deutschland weiter menschliches Leben nicht bewertet werden darf, besonders wenn es um eine medizinische Behandlung geht. Der Staat – so wörtlich – darf nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation zu retten ist. Dieses Grundprinzip scheint die Grundlage für

die politischen Entscheidungen mit den derzeitigen Vorschriften zur Eindämmung der Infektionsrate zu sein.

Man will Triage-Situationen vermeiden, in denen die Ärzte entscheiden müssen, wer vorrangig eine intensivmedizinische Versorgung erhält. Denkbare Triage-Szenarien im Rahmen der Corona-Krise werden aber angedacht.

» Unterlassen der Therapie?

Einmal ist eine Ex-Ante Konkurrenz denkbar. Die Zahl der freien Beatmungsplätze ist kleiner als die der behandlungsbedürftigen Patienten. Normativ ist dies weniger problematisch, weil der betroffene Arzt durch Unterlassen der Therapie den Patienten nicht behandelt. Dieser kann nur aus Gründen einer tragischen Unmöglichkeit vor dem krankheitsbedürftigen Sterben nicht gerettet werden – so der O-Ton des Rates.

Dabei setzt er voraus, dass die Entscheidung „nach wohlüberlegten, begründeten, transparenten und möglichst einheitlichen Kriterien gesehen“ getroffen wurde. Es geht praktisch um die Frage, ob der betroffene Arzt für seine Entscheidung zur juristischen Verantwortung gezogen werden kann. Dies soll durch den Grundsatz verhindert werden, dass „niemand zu Unmöglichem“ verpflichtet werden kann – meint der Rat.

Das zweite Szenario mit einer Triage mit Ex-Post Konkurrenz bewegt sich auf noch dünnerem Eis. Dabei sind alle Beatmungsplätze belegt. Bei neuen Patienten könnte sich die Frage stellen, eine lebenserhaltende Maßnahme zu beenden, um das Leben eines anderen zu retten. Das kann strafrechtliche Folgen haben. Hier

hofft der Rat, dass die Gerichte mit einer Nachsicht, dass aus einer prekären Entscheidungssituation heraus gehandelt wurde, milde urteilen – mehr nicht.

» Keine Rechtssicherheit

Der Rat ist der Auffassung, dass trotz des denkbaren Dilemmas eines Ex-Post-Szenarios nicht an dem Prinzip unserer Rechtsordnung gerüttelt werden darf, dass alle Patienten gleich gut behandelt werden müssen, weil menschliches Leben grundsätzlich nicht bewertet werden darf. Damit bleibt in einer Triage-Situation die juristische Verantwortung mit allen Konsequenzen beim behandelnden Arzt.

Am Ende der Stellungnahme beschäftigt sich der Rat mit dem Lockdown, das heißt, unter welchen Bedingungen können die Restriktionen für die Gesellschaft wieder gelockert werden. Hier bleibt man natürlich im Unverbindlichen, da konkrete Daten für die Effektivität einzelner getroffener Maßnahmen kaum vorliegen, sie werden aber eingefordert. Man hofft, die Epidemiedauer vor allem durch eine effektive Impfung zu verkürzen oder zumindest die Erkrankungsverläufe durch wirksame Medikamente zu verbessern. Sonst fürchtet der Rat, dass die Pandemie noch ein bis zwei Jahre dauern könnte.

Die Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates finden Sie als Download unter: www.ethikrat.org

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

Vorstandsmitglied des BDI

Patientenplattform informiert über Corona

Der BDI bietet Ihren Patienten seriöse Informationen über das Virus. Millionen Patienten nutzen die Plattform bereits.

Das Coronavirus SARS-CoV-2 ist noch weitgehend unbekannt, umso größer ist der Informationsbedarf an Meldungen aus seriösen Quellen. Der BDI veröffentlicht auf seiner Patientenplattform www.internistenim-netz.de aktuelle Meldungen aus Forschung und Praxis über das Virus, einen Übersichtsartikel zum Krankheitsbild Covid-19 sowie einen Corona-Ticker mit täglich neuen Meldungen der Deutschen Presse Agentur (dpa) über die Auswirkungen der Pandemie auf Alltag und Gesellschaft. Außerdem wurden wichtige Hotlines und Adressen mit Patienteninformationen und die hauptsächlichen Symptome von Covid-19 im Vergleich zu Erkältung und Grippe auf der Startseite zusammengestellt.

All diese Informationen zu Corona werden auch direkt in die PraxisApp „Mein Internist“ eingespeist, die der BDI für die Kommunikation zwischen PatientInnen und InternistInnen

falls erwünscht auch mit Chat und Videofunktion (inkl. Zertifizierung, die vor dem Abschluss steht) – realisiert hat, ohne dass die PatientInnen dazu in die Praxis kommen müssen. So können unnötige Termine in der Praxis gerade in Zeiten einer sich ausbreitenden Pandemie vermieden werden.

Die Freischaltung der PraxisApp „Mein Internist“ ist ganz einfach und kann online unter www.monksaerzteimnetz.de/praxisapp/anmeldung/ beantragt werden. Sie sollten dann auch Ihre eigenen PatientInnen über das neue Angebot informieren, die sich bei Interesse die PraxisApp „Mein Internist“ kostenlos im App Store (iPhone) oder bei Google Play (Android Smartphone) herunterladen können, den eigenen Arzt aus der Arztliste auswählen und sich registrieren.

Für weitere Informationen wenden Sie sich gerne direkt an:

info@monks-aerzte-im-netz.de

Tel: 089 642482-12

(eb)