Gastroenterologie 2020 · 15:498–505
<https://doi.org/10.1007/s11377-020-00480-5>
Online publiziert: 27. Oktober 2020
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2020

Redaktion

S. Ciesek, Frankfurt am Main
J. F. Riemann, Ludwigshafen

Thomas Frieling

Medizinische Klinik II, Innere Medizin mit Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie,
Neurogastroenterologie, Gastrointestinaler Onkologie, Hämatonkologie und Palliativmedizin, HELIOS
Klinikum Krefeld, Krefeld, Deutschland

Folgen der COVID-19/ SARS-CoV-2-Pandemie für die Gastroenterologie in Deutschland

Die Pandemie mit dem neuen Coironavirus SARS („severe acute respiratory syndrome“)–CoV („coronavirus“)–2 hält uns weiter in Atem, auch wenn sich langsam eine Entspannung abzeichnet. Für die Gastroenterologen bedeutet dies, dass wir jetzt langsam die aufgeschobenen elektiven Untersuchungen, die übrigens viele Patienten auch von sich aus abgesagt hatten, wieder hochfahren können. Da uns nach den aktuellen Prognosen der Virologen das SARS-CoV-2-Virus noch mehrere Monate, vielleicht sogar Jahre begleiten wird, müssen wir Gastroenterologen uns speziell hierauf einstellen, da ein großer Teil unserer Leistungen, nämlich die Endoskopie und die Sonographie, nur mit engem Patientenkontakt durchgeführt werden können. Hierzu gibt es mittlerweile Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), die auf ihrer Homepage veröffentlicht wurden und unter „Informationen zu COVID-19 bei gastroenterologischen Patienten“ (<https://www.dgvs.de/covid-19/>) einsehbar sind. Hier können unter den Rubriken „Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen/Patienten mit Lebererkrankungen und Lebertransplantation/Patienten mit Krebserkrankungen/gastroenterologische Manifestation bei COVID-19-Patienten/Allgemeine Informationen für die Patientenversorgung/Endoskopie/Intensiv- und Notfallmedizin/Informationen zu Studien/

Linksammlung der UEG/Weiterführende Informationen/Kodierbarkeit COVID-19/Sonderregelungen des G-BA zu COVID-19“ aktuelle Informationen abgerufen werden. Unter „Endoskopie“ finden sich die in der wissenschaftlichen Fachzeitschrift *Clinical Gastroenterology and Hepatology* kürzlich erschienen Empfehlungen zum Umgang mit „Funktionstests des Ösophagus während der COVID-19-Pandemie“ (■ Abb. 1). Diese Empfehlungen zur Ösophagusfunktionsdiagnostik sind nicht trivial, da Antirefluxoperationen ohne Ösophagusfunktionsuntersuchungen in zwei Dritteln der Fälle unnötig und ineffektiv sind [1, 2].

Schutz für den Endoskopiker und den Patienten

Die Frage nach einem optimalen Schutz für den endoskopierenden Gastroenterologen und seinen Patienten ist komplex und hat sich während der Pandemie gewandelt. Auch der Maskenschutz (Mund-Nasen-Schutz, MNS) für den Patienten löst das Problem bei der Gastroskopie sicher nicht. Zum Schutz vor SARS-CoV-2 gibt es Empfehlungen der European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) und der European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA; [3, 4]; ■ Abb. 2). Nach einer deutschlandweiten Erhebung von Endoskopiezentren durch die Universität Halle [5] können die von der britischen und der US-amerikanischen Fachgesellschaft [6, 7] empfohle-

nen stärkeren Schutzmaßnahmen mit getrennten Endoskopieräumen für Hochrisikopatienten zurzeit nur von 20 % der Endoskopiezentren erfüllt werden. Diese und die empfohlenen Unterdruckuntersuchungsräume sollten aber Gegenstand der Planung zukünftiger Endoskopiezentren sein.

Nach einer Onlineumfrage unter den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Leitender Gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK) über die Folgen der COVID-Pandemie [8] werden FFP2 („filtering face piece 2“)–Masken bei Endoskopien im oberen Verdauungstrakt nur bei 50 % und im unteren Verdauungstrakt nur bei 30 % der Untersuchungen eingesetzt. 50 % der Befragten gaben an, überhaupt keine FFP2-Maske zu benutzen. FFP3-Masken werden praktisch gar nicht genutzt. Ein alleiniger MNS wird in 40–60 % der Fälle eingesetzt. 55 % der Kliniken mussten im Verlauf mindestens einen Mitarbeiter in Quarantäne schicken, 18 % der Häuser sogar mehr als 5. Nur eine Klinik musste wegen COVID-19 („coronavirus disease 2019“) geschlossen werden.

Auch vom Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. (bng) liegt eine aktuelle Umfrage ihrer Mitglieder vor [9]. Hiernach mussten weniger als 5 % der Praxen wegen Quarantäne, aber immerhin 7 % wegen Mangels an Schutzausrüstung geschlossen werden. Auch konnten aus diesem Grunde mehr als 20 % der Koloskopien nicht durchgeführt werden.

Einordnung	Klinik	Funktionsuntersuchung
Dringlich	V. a. Achalasie: Dysphagie, Gewichtsverlust, Regurgitation	HRM
Dringlich	Vor geplanter Myotomie	HRM
Dringlich	Vor geplanter anti-Refluxoperation: große Hiatushernie, Risiko der Aspiration, chronische Lungenerkrankung vor Lungentransplantation	HRM 24h pH-Metrie-Impedanz
Semi-Dringlich	Dysphagie mit Gewichtsverlust < 2 – 4 Wochen	HRM
Semi-Dringlich	Dysphagie ohne Gewichtsverlust	HRM
Semi-Dringlich	Brustschmerzen	HRM
Elektiv	Refluxdiagnostik vor anti-Refluxoperation	HRM 24h pH-Metrie-Impedanz
Elektiv	Ösophagusbezogene Symptome, Aufstoßen, Rumination	HRM

Abb. 1 ▲ Empfehlungen für die Ösophagusfunktionsuntersuchungen bei COVID-19 („coronavirus disease 2019“; [1]; HRM hochauflösende Ösophagusmanometrie)

Niedriges Risiko <ul style="list-style-type: none"> Asymptomatische Patienten, d.h. kein Fieber, keinen Husten, keine Atemnot, keine Diarrhoe <u>und</u> Patienten ohne Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall in den letzten 14 Tagen <u>und</u> Keine Reisen in Risikogebieten < 14 Tage <u>und</u> Negativer Corona-Test
<ul style="list-style-type: none"> Mund-Nasen-Schutz (MNS) Schutzbrille/ Visier (Mehrfachnutzung) Flüssigkeitsdichter Einmalschutzkittel (gelb) Einmalschutzhandschuhe Fußschutz
Hohes Risiko <ul style="list-style-type: none"> Symptomatische Patienten (Husten, Fieber, Dyspnoe, Diarrhoe) oder Reisen in Risikogebieten < 14 Tage oder Asymptomatische Patienten mit Kontakt zu COVID-19-Patienten oder COVID-19 Positive oder Notfallendoskopien ohne Möglichkeit der Anamneseerhebung
<ul style="list-style-type: none"> FFP 2 Maske* / FFP 3 Maske (nur für Bronchoskopie)* Doppelte Handschuhe Fußschutz Kopfhaube Schutzbrille/Visier (Mehrfachnutzung) Flüssigkeitsdichter Schutzkittel

Abb. 2 ◀ Schutzmaßnahmen nach Risikoprofil: bei Bronchoskopien und niedrigem Risiko FFP2 („filtering face piece 2“), bei hohem Risiko FFP3-Masken. (Modifiziert nach [4, 6, 7])

Die Schutzausrüstungen waren auch in mehr als 60 % der Fälle nicht erhältlich. In mehr als 50 % der Fälle wurden Video- bzw. Telefonsprechstunden eingeführt. Bei der ALGK-Umfrage [8] lag die Rate der Video- bzw. Telefonsprechstunden im stationären Bereich bei 30 %.

Priorisierung: Welche Patienten sollen vordringlich versorgt werden?

Ob nach der ersten COVID-19-Welle weiterhin eine Priorisierung gastroenterologischer Leistungen erfolgen muss, ist zurzeit noch unklar. Nach dem Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG; Stand 27.04.2020) werden

folgende Leistungsumstände als besonders dringlich betrachtet [10]:

- Patienten, bei denen eine Verschiebung der Behandlung zu einer Verkürzung der Lebenserwartung führen würde, auch im Verdachtsfall;
- Patienten, bei denen eine Verschiebung der Behandlung zu einer dauerhaften und unverhältnismäßigen Funktionseinschränkung führen würde, auch im Verdachtsfall;

- Patienten mit deutlich lebensqualitäts einschränkenden Symptomen.

Hier müssen nach der DKG die sofort erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten jederzeit freigehalten werden. Im Gegensatz hierzu können ambulante Behandlungen wieder flächendeckend aufgenommen werden, sodass Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht stationär aufgenommen werden müssen, wieder in vollem Umfang behandelt werden können [10].

Mittlerweile liegen verlässliche Zahlen über die Reduktion der stationären Fallzahlen unseres Fachgebiets in Deutschland vor. So zeigt der Report des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK; WIdO) über die Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns vom 26.06.2020 [11] einen Rückgang von Krankheiten des Verdauungstrakts um 46 % und von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten um 47 % (■ Abb. 3). Bei operativen Eingriffen aufgrund eines kolorektalen Karzinoms (Dick- und Enddarmkrebs) lag die Fallzahl im Untersuchungszeitraum 2020 beim Ersteintritt insgesamt um 27 % unter den entsprechenden Fallzahlen des Vorjahreszeitraums (1157 auf 904 Fälle). Dabei sanken die Fallzahlen für Zweiteingriffe von 129 im Untersuchungszeitraum 2019 auf 39 im Untersuchungszeitraum 2020 (–70 %). Bei den Ersteintritten war eine Reduktion um 22 % zu verzeichnen.

Auch für die Endoskopie liegen jetzt Daten vor. So konnte in der deutschlandweiten Erhebung von Endoskopiezentren [5] gezeigt werden, dass das Verhalten der Endoskopiker in Deutschland zweigeteilt ist. Nur etwa 30 % der Zentren setzten die Empfehlungen um und sagten mehr als 60 % ihrer Prozeduren ab, hierunter überwiegend krankenhausgebundene Endoskopiezentren (70 %). Demgegenüber führten etwa 40 % der häufig privat geführten Endoskopiezentren mehr als 60 % ihrer Endoskopien weiter.

Die ALGK-Onlineumfrage unter ihren Mitgliedern [8] stellte fest, dass in von den ALGK-Mitgliedern geführten Kliniken/Abteilungen etwa 25 % stationäre Patienten weniger versorgt wurden.

Gastroenterologie 2020 · 15:498–505 <https://doi.org/10.1007/s11377-020-00480-5>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

T. Frieling

Folgen der COVID-19/SARS-CoV-2-Pandemie für die Gastroenterologie in Deutschland

Zusammenfassung

Die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zu COVID-19 („coronavirus disease 2019“) bei gastroenterologischen Patienten sind auf der Homepage unter „Informationen“ (<https://www.dgvs.de/covid-19/>) einsehbar. Zum Schutz vor SARS („severe acute respiratory syndrome“)–CoV („coronavirus“)–2 gibt es Empfehlungen der European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) und der European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA). Getrennte Endoskopieräume für Hochrisikopatienten bzw. Unterdruckuntersuchungsräume sollten Gegenstand der Planung zukünftiger Endoskopiezentren sein. Ob nach der ersten COVID-19-Welle weiterhin eine Priorisierung gastroenterologischer Leistungen erfolgen muss, ist zurzeit noch unklar. Der Report des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK; WIdO) bzw. Umfragen von ALGK

(Arbeitsgemeinschaft gastroenterologischer Klinikärzte) und bng (Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands) zeigen, dass der Coronavirus-Lockdown zu einem deutlichen Rückgang der Krankheiten des Verdauungstrakts und der gastroenterologischen Leistungen inkl. der Vorsorgekoloskopie geführt hat. Es ist anzunehmen, dass der Abbau der Überkapazitäten mit Reduktion der stationären Leistungen im deutschen Gesundheitswesen auch nach Bewältigung der Coronapandemie weitergeführt wird. Entscheidend ist, wie wir den Arztberuf für junge Kollegen attraktiv erhalten und gestalten können. Die hohe Rate an Burn-outs und Suiziden sowie die schwierige Vereinbarkeit mit den Ansprüchen einer ausgewogenen „life balance“ sind Alarmsignale, die beachtet werden müssen.

Schlüsselwörter

Coronavirus · Pandemie · Koloskopie · Endoskopie · Priorisierung

Consequences of the COVID-19/SARS-CoV-2 pandemic for gastroenterology in Germany

Abstract

The recommendations of the German Society of Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) on coronavirus disease 2019 (COVID-19) in gastroenterological patients are accessible on the homepage of the Society under information at <https://www.dgvs.de/covid-19/>. Recommendations for protection against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) have been published by the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and the European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA). Separate endoscopy rooms for high-risk patients and negative pressure rooms should be included in the planning of future endoscopy unit projects. It is unclear whether a continuing prioritization of gastroenterological services after the first wave of COVID-19 is necessary in the future. The report of the Scientific Institute of the AOK health insurance company (WIdO) and

surveys of the Working Group of Clinical Gastroenterologists (ALGK) and the Professional Association of Private Gastroenterologists in Germany (bng) demonstrated that the coronavirus lockdown led to a significant reduction of gastrointestinal diseases and gastroenterological services including screening colonoscopy. It is likely that the reduction of the overcapacity of the German healthcare system will also be continued by reduction of inpatient services after the corona pandemic has been overcome. It is essential to keep the medical profession attractive for young colleagues. The high rates of burnout and suicide and the difficult compatibility with the requirements of a life balance are alarm signals that have to be solved.

Keywords

Coronavirus · Pandemic · Colonoscopy · Endoscopy · Prioritization

Abb. 3 ◀ Veränderung stationärer Behandlungszahlen im Lockdown im Vergleich zum Vorjahr nach ICD(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)-10-Kapiteln. (Nach WiDO [Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkasse, AOK]; [11])

Die Gründe waren in über 80 % selbst oder durch die Ärzte abgesagte Termine bzw. ein geringeres Patientenaufkommen, aber nur in 16 % der Fälle Verschiebungen in den ambulanten Bereich. Auch stationäre bzw. ambulante Notfälle wurden mit 27 % bzw. 12 % deutlich weniger aufgeführt.

Auch die bng-Umfrage [9] zeigt, dass etwa die Hälfte der diagnostischen Koloskopien und mehr als 70 % aller elektiven bzw. Vorsorgekoloskopien von den Kollegen teilweise aus Mangel an Schutzkleidung (siehe oben) aktiv abgesagt werden mussten. Besonders gravierend ist, dass die Nachfrage nach Vorsorgekoloskopien um mehr als 80 % zurückgegangen ist.

Stratifizierung gastro-intestinaler Endoskopien

Bei der Wiederaufnahme gastrointestinaler Endoskopien sollte eine Stratifizierung nach Dringlichkeit der Endoskopieindikationen erfolgen. Hierbei ist die Definition der Dringlichkeit nicht einheitlich vorgegeben und muss natürlich auch die Wünsche und Ängste der Patienten berücksichtigen. Gemäß den Behandlungsgrundsätzen für Krankenhäuser [12]

- müssen grundsätzlich alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe, soweit medizinisch vertretbar, ausgesetzt werden, soweit dadurch personelle und sonstige Kapazitäten für die Behandlung von Patienten mit COVID-19 oder Verdacht hierauf freigesetzt werden können.
- dürfen keine Einschränkung der Versorgungssicherheit im Fall einer Zunahme von Patienten mit COVID-19 durch Ressourcenverbrauch (Normalstation, Intensivtherapiestation [ITS] und Operationssaal) auftreten.
- muss der Mitarbeiterschutz in der aktuell erhöhten Infektionssituation gewährleistet sein.

Ein aus meiner Sicht praktikables Vorgehen für den stationären Bereich ist in **Abb. 4** dargestellt.

Während bei den Kategorien 1 und 2 keine inhaltlichen Fragen aufkommen dürften, liegt die Kategorie 3 im Graubereich, und es muss individuell entschieden werden. Hierbei bestehen häufig bereits längere Wartezeiten und potenziell lebensverkürzende Erkrankungen. Folgende Punkte sollten im Rahmen einer Risiko-Nutzen-Überlegung beachtet werden:

- Aufklärung über das möglicherweise erhöhte Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion,
- keine potenzielle Intensivpflichtigkeit durch Endoskopie,
- ausreichende Personalressourcen,
- keine längerfristige Behandlung.

Die Vorsorgekoloskopie würde nach dieser stationären Priorisierung in die Kategorie 4 fallen. Dies dürfte keine größere Relevanz haben, da die Vorsorgekoloskopien ja ein Schwerpunkt der niedergelassenen Gastroenterologen sind. Die zeigt sich auch in der ALGK-Onlineumfrage [8], derzufolge etwa 90 % der stationären Vorsorgekoloskopien wegfielen. Patienten, die aufgrund von z. B. Risikofaktoren einer stationären Vorsorgekoloskopie oder Polypektomie bedürfen, fallen in die Kategorie 3.

Wie geht es weiter?

Die Coronapandemie wirft viele Fragen auf und wird das deutsche Gesundheitssystem wahrscheinlich nachhaltig verändern. Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Finanzen [13] und ein Gutachten der Bertelsmann-Stiftung [14, 15] konstatieren die in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern vorhandene Überversorgung mit Krankenhausbetten, die verschlechterten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen vieler Krankenhäuser, den Mehrbedarf an Ärzten und den Mangel an Pflege sowie die Fehlsteuerungen im DRG(Diagnosis Related Groups)-System [16–18]. Politisch beschlossen ist daher neben der Steuerung durch das DRG-System das Instrument der Qualitätsmessung mit der Perspektive der

Etablierung eines qualitätsgesteuerten Systems. Die Krankenhausplanung soll hierbei um planungsrelevante Qualitätskriterien erweitert werden, um Krankenhäuser aus dem Krankenhausplan herauszunehmen [19, 20].

Im Rahmen der Coronapandemie mehrten sich jetzt die Kritiker und die Stimmen, die die Aufrechterhaltung einer Überkapazität im Gesundheitswesen zur Bewältigung großer Krisen fordern [21, 22]. Sogar die *Neue Zürcher Zeitung* konstatiert, dass die Bundesrepublik in der Vergangenheit für ihr teures Gesundheitssystem mit zu vielen Betten und Operationen kritisiert worden, jetzt aber Vorbild sei [23]. Aus meiner Sicht wird der Abbau der Überkapazitäten mit Reduktion der stationären Leistungen im deutschen Gesundheitswesen auch nach Bewältigung der Coronapandemie weitergeführt werden. Die zukünftigen Diskussionen werden klären müssen, wieviel Überkapazität ein Gesundheitssystem im Alltag für den seltenen Fall einer extremen Ausnahmesituation vorhalten muss und ob dieses Problem eher durch mehr Flexibilität, Strukturierung und Organisation einer schnellen Verfügbarkeit von Reserveressourcen gelöst werden kann.

» Es ist zu klären, wieviel Überkapazität ein Gesundheitssystem für eine Ausnahmesituation vorhalten muss

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW), Karl-Josef Laumann, plant eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung in NRW. Mit der Neuaufstellung wird das Ziel verfolgt, eine hochwertige, innovative und flächendeckende Versorgung zu sichern. Es ist davon auszugehen, dass im Verlauf auch andere Bundesländer betroffen sein werden. Grundlage für die Planung ist das von der PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH mit Hilfe der Lohfert & Lohfert AG sowie vom Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin erstellte Gutachten, das als zentrales Ergeb-

Hier steht eine Anzeige.

Kategorie	Krankheiten	Versorgung
Eins	Notfälle, Patienten aus Rettungsstelle: z.B. GI-Blutung, Cholangiosepsis, akute Pankreatitis, etc.	umgehend und zeitnah stationäre Aufnahme
Zwei	Zeitkritisch behandlungspflichtige Patienten: Ikterus, Hepatitis, Anämie, blutige Diarrhoe, akute entzündliche und infektiöse GI-Erkrankungen, Diagnostik und Therapie von gesicherten und vermuteten Tumoren, dekompensierte Leberzirrhose, komplizierte chronische Pankreatitis: 2.1 Patienten, bei denen eine Verschiebung der Behandlung zu einer Verkürzung der Lebenserwartung führen würde. 2.2 Patienten bei denen eine Verschiebung der Behandlung zu einer dauerhaften und unverhältnismäßigen Funktionseinschränkung führen würde. 2.3 Patienten, die den Verdacht auf eine Erkrankung haben, auf die Punkt 2.1. und 2.2. zutrifft.	schnellstmöglich und leitliniengerecht
Drei	Patienten, mit begrenzt verschiebbaren Behandlungen: Therapie von Präneoplasien, Therapie von Ösophagusvarizen, mässiggradiger Schub einer CED,geplanter Stentwechsel - Patienten, mit deutlich lebensqualitätseinschränkenden Symptomen (Schmerz, Luftnot, Behinderung etc.) - Patienten mit zunehmender Gefahr einer lebensverkürzenden Erkrankung	individuell
Vier	Patienten mit längerfristig verschiebbaren Behandlungen: z.B. Vorsorgekoloskopie, Surveillance-Untersuchungen, Abklärung chronischer GI-Beschwerden >6 Monate ohne Alarmsymptome, prä-Op. Gastroskopie bei bariatrischen Patienten, funktionelle GI-Erkrankungen	keine stationäre Behandlung ambulantes Potential prüfen

Abb. 4 ◀ Klassifizierung von stationären Endoskopien bei Erkrankungen, Eingriffen und Symptomen sowie relevante Priorisierung von Erkrankungen

nis in NRW zwar eine – mit wenigen Ausnahmen – nahezu flächendeckende Versorgung mit stationären Angeboten, jedoch deren fehlende Orientierung am tatsächlichen Bedarf und an der Behandlungsqualität konstatiert [19]. Das Gutachten empfiehlt daher eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung: weg von der unzureichenden Planung nach Bettenzahlen hin zu einer detaillierten Ausweisung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen anhand von ICD-Schlüsseln und OPS(Operationen- und Prozedurenschlüssel)-Codes. Die Leistungsbereiche bilden hierbei den übergeordneten medizinischen Rahmen. Sie orientieren sich an den Weiterbildungsordnungen der nordrhein-westfälischen Ärztekammern und dienen der Strukturierung der Leistungsgruppen, die dann die konkreten medizinischen Leistungen abbilden [24].

Für die stationäre Gastroenterologie ergeben sich hierbei aus meiner Sicht folgende Besonderheiten:

- Zum einen umfassen gastroenterologische Abteilungen/Kliniken in Deutschland nach einer repräsentativen Umfrage der ALGK [25] in der Mehrheit auch andere Fachbereiche der Inneren Medizin und nur zu etwa einem Viertel ausschließlich die Gastroenterologie.
- Zum anderen können viele Leistungen in der Gastroenterologie ambulant durchgeführt werden.

Es wird in Zukunft zu klären sein, welche der bisher durchgeführten stationären Leistungen ambulant durchgeführt und wie diese adäquat und stellenrelevant vergütet werden können. In diese Diskussion müssen sich BVGD (Berufsverband Gastroenterologie Deutschland), DGVS,

ALGK, Gastro-Liga und bng konstruktiv einbringen. In diesem Zusammenhang sei auf die Stellungnahmen/Beiträge der DGVS [26] und der ALGK [27, 28] hingewiesen, die hoffentlich Einfluss haben werden.

Ein wesentliches Problem wird auch nach der Coronapandemie bestehen bleiben, nämlich die Frage, wie wir den Arztberuf für junge Kollegen attraktiv erhalten und gestalten können. Die hohe Rate an Burn-outs und Suiziden sowie die schwierige Vereinbarkeit mit den Ansprüchen einer ausgewogenen „life balance“ sind Alarmsignale, die beachtet werden müssen. Eine wesentliche Hilfe ist hierbei die Übertragung von arzt-fremden Leistungen mit überbordender Dokumentation und Kodierung an andere Berufsgruppen. Die ALGK unterstützt daher einen offenen Brief des Bündnis Junger Ärzte an Frau Merkel und Herrn

Spahn und hat sich an einer Aktion der Wochenzeitung *Die Zeit* beteiligt.

Zu guter Letzt. Zweidrittel der ALGK Mitglieder glauben, dass die Coronakrise nicht zu einer Ambulantisierung der Gastroenterologie führen wird. Über 70 % finden den Rückgang von Veranstaltungen und Fortbildungen mit physischer Präsenz nachteilig [8].

Fazit für die Praxis

- Die Coronaviruskrise betrifft auch die Gastroenterologie in Klinik und Praxis.
- Zu den empfohlenen Schutzmaßnahmen zählen der Mund-Nasen-Schutz bei niedrigem und die FFP2 („filtering face piece 2“) -Maske bei hohem Risiko.
- Bei der Wiederaufnahme gastroenterologischer Endoskopien sollten eine Stratifizierung nach Dringlichkeit der Endoskopieindikationen und eine Überprüfung der ambulanten Untersuchungsmöglichkeiten erfolgen. Hierzu gehören auch die Vorsorgekoloskopien, die wie viele andere gastroenterologische Leistungen deutlich zurückgegangen sind.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Thomas Frieling

Medizinische Klinik II, Innere Medizin mit Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie, Neurogastroenterologie, Gastrointestinaler Onkologie, Hämatonkologie und Palliativmedizin, HELIOS Klinikum Krefeld Lutherplatz 40, 47805 Krefeld, Deutschland
thomas.frieling@helios-kliniken.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Frieling gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Lee YY, Bredenoord AJ, Gyawali CP (2020) Recommendations for essential esophageal physiologic

- testing during the COVID-19 pandemic. Clin Gastroenterol Hepatol 18:1906–1908
2. Spechler SJ, Hunter JG, Jones KM et al (2019) Randomized trial of medical versus surgical treatment for refractory heartburn. N Engl J Med 381(16):1513–1523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1811424>
3. Recipi et al (2020) Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know. Gastrointest Endosc. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.019>
4. Gralnek IM et al (2020) ESGE and ESGENA position statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. Endoscopy 52:891–898
5. Garbe J, Eisenmann S, Walter S, Lammert F, Darwiche K, Rosendahl J (2020) German endoscopy unit preparations for the coronavirus disease 2019 pandemic: a nationwide survey. Gastroenterology 159:778–780
6. British Society of Gastroenterology (2020) <https://www.bsg.org.uk/covid-19-advice/endoscopy-activity-and-covid-19-bsgand-jag-guidance/>. Zugriffen: 3. April 2020
7. Sultan S, Lim JK, Altayar O, Davitkov P, Feuerstein JD, Siddique SM, Falck-Ytter Y, El-Serag HB (2020) AGA rapid recommendations for gastrointestinal procedures during the COVID-19 pandemic. Gastroenterology 159:739–758
8. ALGK (Hrsg) Online-Umfrage unter den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft Leitender Gastroenterologischer Krankenhausärzte (ALGK) über die Folgen der COVID-Pandemie. <https://www.algk.de/>. Zugriffen: 10. Oktober 2020
9. bng Umfrage: Corona-Pandemie. <https://www.bng-gastro.de/>. Zugriffen: 10. Oktober 2020
10. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2020/Anlage_Konzept_DKG_Balance_COVID-19_und_Regelsystem.pdf. Zugriffen: 20. August 2020
11. Günster C, Drogan D, Hentschker C, Klaubner J, Malzahn J, Schillinger G, Mostert C Wido-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns nach ICD-10-Diagnosekapiteln und ausgewählten Behandlungsanlässen. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/krankenhaus/wido-report_fz-entwicklung_lockdown.pdf. Zugriffen: 20. August 2020
12. Verordnung zur Eindämmung des Coronavirus in Berlin vom 2.4.2020, §5, Abs.2
13. Bundesministerium der Finanzen (2018) Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Grunde und Reformoptionen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschäftsbereich/Wissenschaftlicher_Berat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewählte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.html. Zugriffen: 26. Juni 2019
14. https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_KhQualitaet_Pat-Sicht_dt_final.pdf. Zugriffen: 20. August 2020
15. http://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_37173_37191_2.pdf. Zugriffen: 20. August 2020
16. Gnirke K, Hulsen I, Müller MU (2016) Gesundheit: Ein krankes Haus. Spiegel 51:14–22
17. Osterloh F (2016) Qualitätssicherung in der Gastroenterologie. Dtsch Arztebl 113:B1286–7
18. Frieling T (2017) Die ALGK informiert. Qualität in der Medizin – Ein Instrument zur Schließung von Krankenhäusern. Z Gastroenterol 55:1–3
19. Partnerschaft Deutschland, Lohfert und Lohfert, TU Berlin (2020) Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen Berlin, August 2019. https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/gutachten_kurz_krankenhauslandschaft_nrw_-_kurzfassung_-_stand_05.09.2019.pdf. Zugriffen: 10. September 2020
20. Frieling T, Leifeld L (2019) Qualitätssicherung in der Gastroenterologie. In: Lammert F, Lynen Jansen P, Lerch MM (Hrsg) Weißbuch Gastroenterologie 2020/2021. De Gruyter, Berlin, S 277–280. ISBN 978-3-11-064232-2
21. Paske M (2020) Gesundheitswesen – Nicht für den Notfall ausgelegt, der das komplexe Problem des Sparens und Abbau der Ressourcen im Gesundheitssystem. Dtsch Arztebl 117(15):A770/B653
22. Mahler A (2020) Lebensretter „Überkapazität“. Dtsch Arztebl 117(14):A723
23. Stehle A. Corona-Wunder Deutschland: Warum die Bundesrepublik ganz passabel durch die Pandemie steuert. Neue Zürcher Zeitung, 18. April 2020
24. Frieling T (2020) Die ALGK informiert. Z Gastroenterol 58:909–912
25. Frieling T et al (2019) Structure of the gastroenterologic departments/clinics in Germany—a survey by the working group of the guiding gastroenterologic clinicians (ALGK). Z Gastroenterol 57(12):1467–1475
26. https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2020/04/STN_Kommission-MKG-AG-Sektoren%C3%BCbergreifende-Versorgung_AOP-Katalog_18.02.2020.pdf. Zugriffen: 20. August 2020
27. Madisch A (2020) Das MDK Reformgesetz wirft seine Schatten voraus. Z Gastroenterol 58:96–98
28. Frieling T et al (2020) ALGK Stellungnahme zum MDK Reformgesetz. Gastroenterol 58:289–291