

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

welchen Einfluss hat die Adenomdetektionsrate (ADR) eines Untersuchers auf die Rate der Intervallkarzinome nach endoskopischer Therapie kolorektaler Adenome? Nach Abtragung von Polypen beruhen die Nachsorgeempfehlungen bisher auf Anzahl und Eigenschaften der abgetragenen Adenome. Es wäre denkbar, dass die Intervallkarzinomrate von der Qualität des Untersuchers abhängig ist. Möglicherweise hat dieses Einfluss auf die Polypen-Nachsorgeempfehlung.

Von Wieszczy et al. wurde eine retrospektive Analyse der Daten aus dem polnischen Koloskopie-Screening Programm durchgeführt. Die Ergebnisse des österreichischen Koloskopie-Screening Programms dienten als Validierung. Die Qualität des Untersuchers wurde anhand der ADR festgelegt.

Die Intervallkarzinomrate war in der polnischen Untersuchung in allen drei untersuchten Gruppen (high risk, low risk, kein Adenom) signifikant niedriger bei Endoskopikern mit hoher Untersuchungsqualität. Die Validierungsgruppe in Österreich bestätigte das Karzinomrisiko abhängig von der Untersucherqualität.

Dieses könnte bei gegebener Untersucherqualität für eine weitere Ausweitung des Nachsorgeintervalls für PatientInnen mit niedrigem Risiko auf zehn Jahre sprechen.

Gastroenterologie 2022 · 17:138–140
<https://doi.org/10.1007/s11377-022-00600-3>
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Die amerikanischen Leitlinien empfehlen dieses bereits so. Die Aussagekraft der Studie bleibt jedoch leider beschränkt. Die durchschnittliche ADR der Untersucher betrug in dieser Studie 17,1 %. Im Gegensatz dazu betrug die Adenomdetektionsrate bereits 2012 bei Darmspiegelungen in Deutschland 25,1 %. Es ist daher unklar wo die Grenze der ADR zwischen Untersuchern mit hoher und niedriger Qualität liegt. Keine Berücksichtigung fand auch die Darmreinigungsqualität.

Somit kann man sicher zusammenfassend sagen, dass die Qualität des Untersuchers einen wesentlichen Einfluss auf die Rate von Intervallkarzinomen hat. Dieses Ergebnis könnte bei Patientinnen und Patienten mit geringem Risiko zu einer Verlängerung der Nachsorgeintervalle führen.

Ihr

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

IM FOKUS

Impfpflicht – Projekt mit Hindernissen

In seiner Ad-hoc-Empfehlung hat sich der Deutsche Ethikrat für eine Ausweitung der Corona-Impfpflicht ausgesprochen. Während die öffentliche Diskussion zwischen Delta-Peak und Omikron darüber in voller Fahrt ist, tut die Politik sich mit einer Umsetzung schwer.

Ab dem 15. März müssen Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen einen Immunitätsnachweis vorlegen, um weiter ihrer Arbeit nachgehen zu dürfen. Viele Betroffene empfinden diese Regelung als unfair; anderen geht die Entscheidung nicht weit genug. Schließlich ist die Pandemie kein branchenspezifisches, sondern ein gesamtgesellschaftliches Problem. Bundeskanzler Olaf Scholz (SPD) hatte nach dem Regierungsantritt im Dezember deshalb angekündigt, bis Februar/März einen Gesetzentwurf für eine allgemeine Corona-Impfpflicht vorzulegen.

Gesamtstrategie gefragt

Kurz vor Weihnachten hat der Deutsche Ethikrat in einer Ad-hoc-Empfehlung seine Einschätzung zu den ethischen Aspekten einer allgemeinen Impfpflicht abgegeben und sich mehrheitlich (20 zu 4 Stimmen) für eine Ausweitung der bestehenden gesetzlichen Regelung ausgesprochen. Eine Impfpflicht sei zwar ein massiver Eingriff in die persönlichen Freiheitsrechte, sie lasse sich jedoch rechtfertigen, „[...] wenn sie gravierende negative Folgen möglicher künftiger Pandemiewellen wie eine hohe Sterblichkeit, langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen signifikanter Teile der Bevölkerung oder einen drohenden Kollaps des Gesundheitssystems abzuschwächen oder zu verhindern vermag.“

Die Empfehlung des Ethikrates kommt jedoch nicht ohne Auflagen. Die Einschätzung ist eng an die dominierende Virusvariante geknüpft und kann sich je nach Gefahrenlage wieder ändern. Das hat die Vorsitzende des Ethikrates, Alena Buyx, erst kürzlich noch einmal betont. Zudem müsse eine Impfpflicht immer Teil einer Gesamtstrategie sein und dürfe nicht dazu führen, dass andere Instrumente zur Steigerung der Impfquote vernachlässigt werden. Aus Sicht des Ethikrates muss eine Impfpflicht deshalb mit niedrigschwelligem Impfangebot, einer direkten Aufforderung zur Impfung und einem nationalen Impfregister einhergehen. Zudem betont der Rat, dass eine Impfpflicht keinen Impfwang bedeutet: „Die Durchsetzung der Impfpflicht unter Anwendung körperlicher Gewalt („Zwangsimpfung“) muss ausgeschlossen werden.“

Seit Beginn der Impfkampagne hatte der Ethikrat davon gesprochen, dass die Corona-Schutzimpfung vor allem auch zum Schutz anderer eine moralische Verpflichtung ist. Für eine rechtliche Verpflichtung, die über die einrichtungsbezogene Pflicht für einige wenige hinausgeht, gibt es mehrere Möglichkeiten einer konkreten Ausgestaltung. Das sehen auch die Mitglieder des Ethikrates so und nehmen unterschiedliche Positionen ein: 13 der 24 Mitglieder plädieren für eine allgemeine Impfpflicht für Erwachsene. Sieben Mitglieder halten eine Impfpflicht für besonders vulnerable Gruppen für ausreichend. Einigkeit besteht bei allen Befürwortern im Rat jedoch darin, dass die Pflicht ausschließlich für Erwachsene gelten soll.

Ärztenschaft uneins, Politik zögert

Unbestritten ist, dass die Impfung das wirksamste Instrument aus der Pandemie ist. Wissenschaftliche Experten, so auch der Ethikrat, gehen jedoch davon aus, dass die aktuellen Impfquoten nicht ausreichen, um von einer unkontrollierten pandemischen in eine kontrollierte endemische Lage überzugehen. Im Angesicht von Delta, Omikron und weiteren Virusvarianten sind dafür höhere Quoten notwendig als noch im Sommer gedacht: mindestens 90 % bei den über 60-Jährigen und 85 % bei den 18- bis 59-Jährigen.

Durch die Booster-/Impfkampagne der letzten beiden Monate konnte zwar etwas Boden gutgemacht werden. Bei den Erst- und Zweitimpfungen fehlen aber immer noch einige entscheidende Prozent. Unterdessen droht dem Gesundheitssystem der Kollaps. Das Personal ist nach zwei Jahren Pandemie an der Grenze seiner Belastung. Auch vor diesem Hintergrund werden die Stimmen aus der Ärzteschaft nach einer Impfpflicht immer lauter. Bundesärz-

tekammer, Landesärztekammern und diverse Berufsverbände, darunter auch der BDI, sind für eine allgemeine Impfpflicht. KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hingegen hat sich dagegen ausgesprochen. Das zeigt, dass die Debatte auch innerhalb der Ärzteschaft kontrovers geführt wird.

Eine Gewissensfrage?

Trotz der ethisch-rechtlichen Hilfestellung des Ethikrates ist die Bundesregierung ihrer Ankündigung bislang nicht nachgekommen. Olaf Scholz hatte die Initiative darüber umgehend wieder an den Bundestag verwiesen und zu einer parteiübergreifenden Gewissensfrage erklärt, bei der die Abgeordneten von ihrer Fraktionsdisziplin entbunden wären. Das Ganze mutet wie ein Spiel auf Zeit an, denn bei einer notwendigen, politischen Entscheidung wäre eine Gewissensfrage eigentlich obsolet.

Eine erste Orientierungsdebatte im Bundestag ist Ende Januar geplant. Die SPD hat angekündigt, kurz danach einen Gesetzentwurf vorzulegen. Ob weitere parteiübergreifende Arbeitsgruppen einen Gegenentwurf präsentieren, ist bislang nicht bekannt – abgesehen von einem Antrag des FDP-Politikers Wolfgang Kubicki, der sich gegen eine Impfpflicht ausspricht. Angesichts dieses Zeitplans ist eine Abstimmung vor März unrealistisch.



Bastian Schroeder
Stellv. Geschäftsführer

Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Das „Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19“ bringt die Verpflichtung mit sich, eine Corona-Impfpflicht für Ärzte, MFA und andere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Arztpraxis einzuführen. Das sollten Sie zur Impfpflicht wissen:

Mit der Anpassung des IfSG und der damit verbundenen Einfügung des § 20a hat der Gesetzgeber eine Impfpflicht für Personal in Gesundheitsberufen eingeführt. Damit folgt der Bundestag der Empfehlung des Deutschen Ethikrates, der sich bereits seit Längerem für die Einführung einer berufsbezogenen Impfpflicht im Gesundheits- und Pflegebereich ausgesprochen hatte. Darunter zählen neben Arzt- und Zahnarztpraxen auch Krankenhäuser, Pflegeheime und Heilpraktiker.

Gilt die Impfpflicht in den genannten Einrichtungen für alle dort tätigen Personen oder nur für medizinisch tätiges Personal?

Die Pflicht zum Immunitätsnachweis gilt sowohl für das medizinische Personal als auch für alle weiteren in der Praxis oder Einrichtung tätigen Personen, wie Reinigungskräfte, Hausmeister, Transport- oder Küchenpersonal. Auch spielt die Art der Beschäftigung

keine Rolle, sodass auch neben den Vollzeit-/Teilzeitbeschäftigten (auch Leiharbeitsverhältnis) auch Praktikanten, geringfügig Beschäftigte oder Aushilfen mit umfasst sind.

Basiert das Tätigsein nicht auf einem Beschäftigungsverhältnis, sondern z. B. aufgrund eines nur sehr kurzen „Tätigseins“, wie beispielsweise bedingt durch einen Botendienst, so fallen diese Personen nicht unter die Pflichten des § 20 b IfSG.

Für welche Personen gilt die Impfpflicht nach § 20 b IfSG nicht?

Die in § 20 b IfSG geregelten Immunitätsnachweise müssen nicht von **Patienten** erbracht werden (Personen, die in der betreffenden Arztpraxis oder Einrichtung behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht sind). Auch deren Begleitpersonen (z. B. Eltern von Minderjährigen) oder Begleitpersonen gebrechlicher Patienten sind nicht von der Impfpflicht nach § 20 b IfSG umfasst.

Welche Pflichten hat der Arbeitnehmer nach § 20 b IfSG?

Für bestehende und bis zum 15. März 2022 einzugehende Tätigkeitsverhältnisse gilt: Bis zu diesem Datum müssen alle Angestellten einer Arztpraxis oder einer Gesundheitseinrichtung im Sinne des § 20 b IfSG dem Praxisinhaber einen Impfnachweis, einen Genesenennachweis oder ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können, vorlegen. Als genesen gelten Personen, die eine Infektion mit dem Coronavirus überstanden haben und bei denen die Erkrankung mindestens 28 Tage sowie maximal sechs Monate zurückliegt.

Nachweise, die ab dem 16. März 2022 durch Zeitablauf ihre Gültigkeit verlieren, z. B. weil mehr als 6 Monate seit einer Genesung vergangen sind, müssen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit bei der Einrichtungs- oder Unternehmensleitung durch Vorlage eines neuen gültigen Nachweises ersetzt werden.

Welche Pflichten hat der Arbeitgeber nach § 20 b IfSG?

Wenn der Nachweis nicht bis zum Ablauf des 15. März 2022 vorgelegt wird oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens unverzüglich das zuständige Gesundheitsamt darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt die erforderlichen personenbezogenen Daten (Umfang ergibt sich aus § 2 Nummer 16 IfSG) weiterzuleiten. Das Gesundheitsamt wird den Fall untersuchen und die Person zur Vorlage des entsprechenden Nachweises auffordern. Wenn kein entsprechender Nachweis bis zum Ablauf des 15. März 2022 vorgelegt wird, kann das Gesundheitsamt der betroffenen Person gegenüber ein Betretungs- bzw. Tätigkeitsverbot im Hinblick auf die im § 20a Absatz 1 Satz 1 IfSG genannten Einrichtungen und Unternehmen aussprechen bzw. ein Bußgeldverfahren einleiten.

Zuständig ist das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet.

Arbeitsrechtliche Konsequenzen

Im Hinblick auf Personen, die bereits in den betroffenen Einrichtungen und Unternehmen tätig sind, sind mögliche arbeitsrechtliche Rechtsfolgen abhängig von der Entscheidung des Gesundheitsamtes.

Bis das Gesundheitsamt über den Fall entschieden hat und ggf. ein Betretungs- bzw. Tätigkeitsverbot ausgesprochen hat, ist eine Weiterbeschäftigung der betroffenen Person möglich. Die öffentlich-rechtliche Vorschrift des § 20a IfSG begründet kein Recht des Arbeitgebers zur Freistellung. Wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer weiterbeschäftigt werden können, besteht auch keine Grundlage für kündigungsrechtliche Konsequenzen.

In den Fällen, in denen das Gesundheitsamt ein Tätigkeits- oder Betretensverbot ausgesprochen hat, kann die betroffene Arbeitnehmerin bzw. der betroffene Arbeitnehmer in der Einrichtung nicht mehr tätig werden. Damit dürfte für betroffene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Vergütungsanspruch in der Regel entfallen. Weigert sich der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin, einen Nachweis nach § 20a IfSG vorzulegen, kann als letztes Mittel eine Kündigung in Betracht kommen. Hier dürfte der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit jedoch regelmäßig zunächst eine Abmahnung erfordern. Ob die Voraussetzungen für eine Kündigung im Einzelfall vorliegen, können verbindlich nur die zuständigen Gerichte für Arbeitssachen entscheiden. Insbesondere die Befristung des Gesetzes auf den 31. Dezember 2022 dürfte ebenfalls eine Rolle spielen.

Personen, die noch nicht in einer betroffenen Einrichtung oder in einem betroffenen Unternehmen tätig sind, dies aber beabsichtigen, dürfen ab dem 16. März 2022 ohne Vorlage eines entsprechenden Nachweises nicht beschäftigt werden bzw. keine Tätigkeit in den betroffenen Einrichtungen und Unternehmen aufnehmen.

Weiterhin sollten die Aufforderung zur Vorlage der Bescheinigungen über den Impf-/Genesenenstatus oder die medizinische Kontraindikation gegen SARS-CoV-2 Impfung bis zum 15. März 2022 hierüber in der Personalakte dokumentiert werden. Dies gilt auch für Äußerungen der Mitarbeiter dahingehend, dass sie keine Immunitätsnachweise vorlegen möchten.



Ass. iur. Christina Zastrow-Baldauf
Justitiarin des BDI

Impressum

Redaktion

PD Dr. med. Kevin Schulte, Wiesbaden (v. i. S. d. P.)

Korrespondenzadresse

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