

Gastroenterologie 2020 · 15:431–433  
<https://doi.org/10.1007/s11377-020-00471-6>  
© 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](mailto:info@bdi.de) | [www.bdi.de](http://www.bdi.de)

Folgen Sie uns auf  
 [www.facebook.com/IhrBDI](https://www.facebook.com/IhrBDI)  
 [twitter.com/BDI\\_eV](https://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

### Verschiebung der Mitgliederversammlung in Leipzig

Die DGVS mit ihren Partnern hat beschlossen, in diesem Jahr keinen Präsenzkongress für Viszeralmedizin in Leipzig durchzuführen. Das bedeutet, dass auch unsere traditionelle Mitgliederversammlung der Sektion Gastroenterologie im BDI entfällt. Falls es von den Mitgliedern gewünscht wird, könnte die nächste Mitgliederversammlung im Rahmen der DGIM-Tagung 2021 in Wiesbaden stattfinden.

In jedem Fall muss im Rahmen der Mitgliederversamm-

lung im Herbst 2021, auf dem verschobenen Kongress für Viszeralmedizin in Leipzig, ein neuer Vorstand der Sektion gewählt werden.

Ich wünsche allen Sektionsmitgliedern eine glückliche Hand bei den bevorstehenden Herausforderungen.

Ihr

**Siegfried Heuer**  
Vorsitzender der Sektion  
Gastroenterologie im BDI

## Leopoldina wagt sich an Versorgungsstrukturen ran

Welche Lehren sind aus der Corona-Pandemie zu ziehen? Und wie muss sich unser Gesundheitswe-

sen verändern? Die Wissenschaftler der Leopoldina sehen hier künftig die Universitätsmedizin stärker im

### Fokus der Versorgung. Warum das kritisch ist.

Wiederholt hat sich in den letzten Jahren die „Leopoldina“ zur Situation im deutschen Gesundheitswesen geäußert. Dabei hatte man jedoch stets den Eindruck, dass nicht das gesamte deutsche Gesundheitswesen mit all seiner Komplexität im Blick stand, sondern die Akademie vielmehr eingeengt von der Universitätsmedizin herdenkend ihre Einschätzungen und Forderungen abzugeben hat.

Die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina existiert bereits seit 1652 und ist damit nach eigenen Angaben die älteste ununterbrochen existierende naturwissenschaftlich-medizinische Akademie der Welt. Im Juli 2008 wurde sie zur Nationalen Akademie der Wissenschaften ernannt und steht seitdem unter der Schirmherrschaft des Bundespräsidenten. Auch wenn sie sich unabhängig und dem Gemeinwohl gegenüber verpflichtet fühlt, erfolgt ihre Finanzierung aus Mitteln des Bundes sowie des Bundeslandes Sachsen-Anhalt, in dem sich ihr Hauptsitz befindet. Rund 1600 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus mehr als 30 Ländern sind in ihr organisiert.

Dies vorausgeschickt zu haben ist wichtig, um die nun veröffentlichte vierte „Ad-hoc-Stellungnahme zur Corona-Pandemie“ bewerten zu können. Hierin beschreibt die Akademie die aus ihrer Sicht notwendigen Schritte zur Wiederaufnahme der allgemeinen medizinischen Versorgung sowie Ideen zur langfristigen Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens. Während erst genanntes sich vor-

nehmlich unter der Betrachtung der medizinischen/wissenschaftlichen Aspekte durchaus nachvollziehen lässt, fehlt es bei den Vorschlägen zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens doch maßgeblich an Substanz.

### » Ambulante Medizin nicht vergessen!

Es ist absolut richtig, nach den, mit der Corona-Pandemie einhergehenden behördlichen Einschränkungen, schnellstmöglich zu einem gewissen „Normalbetrieb“ im deutschen Gesundheitswesen zurückzukehren. Hierbei ist es insbesondere notwendig, den Patienten vor allem die Angst zu nehmen, sie würden sich im Krankenhaus oder in der Praxis einer erhöhten Infektionsgefahr aussetzen mit der Folge, dass die Patienten selbst bei akuten Beschwerden den Besuch einer Arztpraxis und/oder eines Krankenhauses meiden. Hierzu können sicher alle Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen beitragen, neben der Universitätsmedizin aber insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsverbände und nicht zuletzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder die Politik selbst.

Dazu gehört mit Sicherheit auch die Forderung, stärker zu akzentuieren und endlich den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie einzuführen. Dieser ist prädestiniert, die Patienten in solchen pandemischen Ausnahmesituationen zu versorgen.

Zu den berufspolitischen Überlegungen hinsichtlich der

Neuorientierung des Gesundheitssystems sind die Forderungen nach einem stärker patientenorientierten, qualitätsgesicherten und weniger gewinnorientierten Gesundheitssystem und damit einhergehende Reformvorschläge vom Grundsatz her zu begrüßen. Insbesondere zur Weiterentwicklung des DRG-Systems hat sich der BDI bereits umfangreiche Gedanken gemacht, die im Herbst 2020 in einem Vorschlag zur Weiterentwicklung des DRG-Systems münden werden. Hierbei sind insbesondere Elemente zu berücksichtigen, die den Leistungsbezug, strukturelle Entwicklungen und Vorhaltekosten gleichermaßen berücksichtigen. Solche Überlegungen stehen nur scheinbar im Widerspruch zum aktuellen System und können womöglich durch die Kombination verschiedener Finanzierungssysteme künftig für eine bessere Patientenversorgung genutzt werden.

Deutlich zu kritisieren sind die getroffenen Aussagen und Empfehlungen der Ad-hoc-Stellungnahme jedoch dahingehend, dass sie allesamt ohne Beleg durch Literaturnachweise oder Quellenangabe erfolgten. Demnach handelt es sich wohl eher um eine eminenz-basierte Stellungnahme, denn um eine wissenschaftlich/medizinisch fundierte Analyse. Die weit überwiegende Zahl der in Deutschland behandelten

Covid-19-Infizierten wurde ambulant und in den fast 1300 an das DIVI-Intensivregister meldenden Krankenhäusern versorgt. Eine Fokussierung allein auf die Universitätsmedizin im Gesamtzusammenhang mit der Bewältigung der Pandemie ist damit eher als herkunftstreu aus Sicht der Leopoldina-Autoren zu bezeichnen und bildet keinesfalls das deutsche Gesundheitswesen mit all seinen Akteuren angemessen ab. Insofern vermag man der Leopoldina zu empfehlen, zukünftig ihren Fokus auf medizinisch/wissenschaftliche Aspekte zu legen, anstatt mit berufspolitisch motivierten einseitigen Aussagen andere Akteure in der Patientenversorgung in Deutschland unberücksichtigt zu lassen und so zu brüskieren.

**Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister**

Präsident des BDI



**Tilo Radau**

Geschäftsführer des BDI



an der Arbeitsweise des GBA. Vermisst wurde u.a. die Einbindung von Berufsverbänden bei der Ersteinschätzung, eine eindeutige Definition der evidenzbasierten Medizin bei der Beschlussfassung und in den tragenden Gründen, vor allem aber die Berücksichtigung von Versorgungsnotwendigkeiten von Verfahren mit niedriger Evidenz.

Kritisiert wurde insbesondere die oft zu lange Verfahrensdauer, die dazu führen konnte, dass die Entscheidung zu einem Zeitpunkt getroffen wurde, wo die evaluierte Methode schon vom medizinischen Fortschritt überholt worden war. Zusammen mit dem unterschiedlichen Leistungsrecht, nämlich dem Erlaubnisvorbehalt im ambulanten und dem Verbotsvorbehalt im stationären Sektor, führte dies dazu, dass sinnvolle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur im Krankenhaus zur Verfügung standen, obwohl sie auch hätten ambulant erbracht werden können. Der Verordnungsentwurf könnte tatsächlich zu einer qualitativ verbesserten ambulanten Versorgung führen. Eine Analyse des Entwurfs aus dem Hause Spahn:

§2Antrag: Die Antragstellung wurde nicht verändert. Sie bleibt den unparteiischen Mitgliedern des GBA, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem Spitzenverband der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) oder den Vertretern der Krankenhäuser vorbehalten. Fachgesellschaften und Verbände können somit weiter nur über diese Personen und Körperschaften und über die Vertreter der Krankenhäuser Vorschläge einbringen. Deren Entscheidung, ob sie den Vorschlag zur Beratung übernehmen, ist dabei meist intransparent. Es wäre wünschenswert, wenn die Träger des GBA ihre Entscheidung und deren Gründe auch im Vorfeld transparent machen müssten.

Ob der Antrag beraten wird, soll der GBA laut Verordnungsentwurf dann binnen drei Monaten entscheiden.

§3.Ankündigung der Bewertung und Einholung einer Ersteinschätzung: Die Annahme des Antrags und des Beratungsthemas muss umgehend veröffentlicht werden. Dabei dürfen auch weitere Sachverständige einschließlich der Verbände von Leistungserbringern Stellungnahmen abgeben. Sie haben dafür mindestens einen Monat Zeit.

§4 Ermittlung und Auswertung der vorliegenden Erkenntnisse: Sowohl für den Ausschuss selbst als auch für die eventuell beauftragten wissenschaftlichen Institutionen wie z.B. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) muss spätestens nach einem Jahr der Bericht vorliegen. Dies gilt auch für die Präzisierung der Entscheidung nach den in der Verordnung beschriebenen Kriterien der evidenzbasierten Medizin.

§§5,6,7 Bewertung und Beschlussfassung: Der GBA erhält für seine Stellungnahme ebenfalls drei Monate Zeit. Die Frist läuft, nachdem der Bericht (siehe Paragraph 4) vorliegt. Bis zu diesem Punkt der Entscheidung sind somit maximal 18 Monate seit dem veröffentlichten Antrag vergangen, im Vergleich zu den bisherigen Regelungen, die einen Zeitrahmen von zwei Jahren vorsahen, insgesamt eine deutliche Verkürzung.

Der GBA hat vier Entscheidungsmöglichkeiten:

- Anerkennung der Methode.
- Hinweise auf das Potenzial als Behandlungsalternative. Sollte jedoch die hinreichende Evidenz dazu fehlen, kann eine Erprobungsrichtlinie nach Paragraph 137 e Abs. 1 und 2 SGB V veranlasst werden.
- Die Methode ist schädlich und/oder unwirksam.
- Aussetzen der Entscheidung für einen befristeten Zeitraum, da in naher Zukunft wissenschaftliche Ergebnisse zu erwarten sind, die eine Entscheidung ermöglichen.

Droht eine unzumutbare Verlängerung des Verfahrens durch die Entscheidungsmöglichkeit

## Spahn geht Bewertungsverfahren an

**Der Gesundheitsminister will mehr Tempo in die GBA-Verfahren bringen. Damit könnte auch die unterschiedliche Handhabung neuer Behandlungsmethoden in stationärer und ambulanter Versorgung ein Ende haben.**

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sollen künftig schneller in die Regelversorgung kommen. Um das zu

erreichen, greift Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zum bewährten Mittel einer Verordnung.

Mit der „Methodenbewertungsverfahrensverordnung“ (MBVerf) soll das NUB-Bewertungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beschleunigt und weiterentwickelt werden. Hier gab es in der Vergangenheit aus verschiedenen Gründen berechtigte Kritik

ten, haben die unparteiischen Mitglieder nach weiteren sechs Monaten einen eigenen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Damit werden 36 Monate in der Regel in der Entscheidungspraxis nicht überschritten.

Bei der dann folgenden Beschlussfassung wird dem unterschiedlichen Leistungsrecht ambulant und stationär zusätzlich Rechnung getragen, bei der die stationäre Leistung solange erbringbar ist, wie eine negative Entscheidung im GBA nicht getroffen wurde. Nach Paragraph 7 Abs. 3 muss nach dem Entwurf nämlich entschieden werden, ob diese Praxis weiter erlaubt ist oder ob das Verfahren auch im Krankenhaus in Zukunft nicht mehr zur Verfügung stehen wird. Damit würden die Folgen des unterschiedlichen Leistungsrechtes reduziert, in dem auch unwirksame oder schädliche Verfahren

in der Krankenhausversorgung nicht mehr zugelassen sind.

**§ 8 Tragende Gründe:** Bei den tragenden Gründen des anschließenden GBA-Beschlusses muss die Versorgungsrealität genauso berücksichtigt werden, wie die Tatsache, dass alternative Behandlungsverfahren nicht zur Verfügung stehen, damit die ambulante Versorgung nicht qualitativ gefährdet wird. Damit können z. B. diagnostische Verfahren, die für bestimmte sinnvolle Behandlungen erforderlich sind, trotz fehlender Evidenz vom Gemeinsamen Bundesausschuss positiv entschieden werden.

**Dr. med. Hans-Friedrich Spies**



Vorstandsmitglied  
des BDI

## Chance statt Risiko: Mit Daten Leben retten

**Digitalisierungsexperten der Union wollen den Nutzen der E-Patientenakte erhöhen. Die Bürger sollen für eine bessere Medizin nicht nur ein Recht auf eine Datenspende erhalten. Die Akte soll ihnen auch direkt Infos zu neuen Behandlungsmethoden liefern.**

Pünktlich zur Debatte ums Patientendatenschutz-Gesetz (PDSG) und den damit einhergehenden Regelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA) haben sich nun Gesundheits- und Digitalisierungsexperten der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag zu Wort gemeldet. In einem gemeinsamen Positionspapier stellen sie fest, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen aufgrund regional uneinheitlicher Rechtsvorgaben, aber auch wegen einer „risikobeschwerten“ Debattenkultur in Deutschland regelmäßig ins Stocken gerät.

» Im Einklang mit Gesundheitsweisen

In ein ähnliches Horn stieß vor wenigen Monaten erst der Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen als er mahnte, dass die Chancen und Risiken der Digitalisierung immer sorgsam gegeneinander abgewogen werden müssten und Datenschutz kein Selbstzweck sei (wir berichteten).

Die Autoren des Papiers mit dem Titel „Mit Daten Leben retten: Für eine bessere Patientenversorgung durch Digitalisierung und Gesundheitsforschung“ lassen keinen Zweifel daran, dass die Bürger ein uneingeschränktes Recht auf datenschutzrechtliche Selbstbestimmung haben. Das beinhaltet sowohl die Entscheidung, Daten der Wissenschaft vorzuenthalten als auch das Recht, Daten der Forschung

zu spenden. Dieses Recht dürfe nicht beschnitten werden. Denn Datenspenden böten eine „Chance, Krankheiten durch eine enge Vernetzung von Arzt, Patient und Forschung effektiver zu bekämpfen“. Die Politik müsse auch diesem Wunsch der Bevölkerung gerecht werden. Insbesondere da die Mehrheit der Deutschen in Umfragen angibt, ihre Daten der Wissenschaft zur Verfügung stellen zu wollen.

Deswegen fordern sie, die Möglichkeit einer Datenspende für Forschungszwecke in der E-Patientenakte schneller als geplant zu verankern. Bislang sollte diese Funktion erst ab 2023 möglich sein.

Weiterhin machen sie sich für eine Harmonisierung des Datenschutzes auf Bundesebene stark, damit Forschungsvorhaben auch länderübergreifend möglich werden und nicht mehr an restriktiven datenschutzrechtlichen Regelungen einzelner Bundesländer scheiterten. Im Rahmen dessen sei auch die Einrichtung einer nationalen Koordinierungsinstanz zu prüfen, damit eine verlässliche und deutschlandweit funktionierende Dateninfrastruktur geschaffen werden könne.

Die Nutzung der Daten sollte auch nicht, wie bislang im PDSG vorgesehen, auf die Universitäten beschränkt bleiben, sondern auch der in Deutschland ansässigen Gesundheitswirtschaft möglich sein. Dies wäre sowohl im Interesse der Patienten als auch im Sinne des Wirtschaftsstandortes Deutschland. Damit mit den Daten auch innovative und sinnvolle Forschung möglich ist, müsse zudem sichergestellt werden, dass der Forschungsdatensatz qualitativ hochwertig und unter ethisch und rechtlich einwandfreien Bedingungen entstanden sei. Hierzu müssten die Akteure im Gesundheitswesen positiv incentiviert werden – finanziell wie mit Know-how. Der Weg, die Digitalisierung mit Sanktionen voranzutreiben, wie bei den TI-Konnektoren, hätte sich nämlich als unwirksam erwiesen.

Besonders interessant ist, dass die Autoren davon ausgehen, dass die Nutzung der pseudonymisierten Versorgungsdaten der Schlüssel zu einer individualisierten und auf den neuesten Erkenntnissen beruhenden Patientenversorgung ist. Wer bis jetzt dachte, der Datenfluss solle einer Einbahnstraße gleichen – vom Patienten zum Forscher – hat sich getäuscht. Nein, in den Augen der Politiker muss die ePA „zugleich ermöglichen, dass neue Erkenntnisse aus der Forschung direkt den Patienten erreichen können.“ Nur so könne personalisierte Medizin Realität werden.

Konkret könnte das also heißen, dass ein Patient aufgrund der in seiner ePA abgespeicherten Daten Hinweise zu neuen oder ggf. noch nicht ausgeschöpften Behandlungsoptionen erhält. Technisch ist so etwas theoretisch möglich, ohne dass patientenspezifische Infos zentral verarbeitet werden müssen. Auch wenn eine solche Funktion viele Chancen und Vorteile bringen könnte, hätte sie einen erheblichen Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis und würde zumindest in dieser Form die Übermittlung von medizinischen Informationen entmenschlichen.

» Auswirkung aufs Arztverhältnis

Neu ist auch die Idee, die ePA dahingehend weiterzuentwickeln, dass ein Austausch von Patienten untereinander möglich wird.

Das Positionspapier hat ganz offensichtlich das Ziel, dem Entwurf des PDSG einen noch etwas progressiveren Anstrich zu verpassen. Daher ist es wichtig, dass der BDI hier in einen konstruktiven Dialog geht und seine Expertise einfließen lässt.

**Dr. med. Kevin Schulte**



Vorstandsmitglied  
der außerordentl.  
Mitglieder des BDI  
Sprecher Junges  
Forum im BDI