



Interfraktionelles Gespräch am 29. März 2023 in Berlin mit Parlamentariern des Gesundheitsausschusses des Bundestages

- Kurzprotokoll -

Teilnehmer

Prof. Dr. Armin Grau (Bündnis 90/Die Grünen)
Dietrich Monstadt (CDU) mit Assistentin
Stephan Pilsinger (CSU)
Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP) mit Assistent
Dr. Rüdiger Berndt (Verein gastroenterologisch tätiger Internisten in Berlin)
Prof. Dr. Wolfgang Fischbach (Gastro-Liga)
Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (Stiftung LebensBlicke [SLB])

Prävention / Darmkrebsprävention

Das deutsche bimodale Darmkrebs-Screening ist ein echter Fortschritt und hat zu einer signifikanten Reduktion von Inzidenz und Mortalität der Erkrankung geführt. Es hat dennoch Schwächen, die angesprochen wurden: **Ressourcenverschwendung** durch **Übersversorgung** (zu häufige Nachkontrollen, kleine Polypen). Keine Recall-Systeme gegen **Unterversorgung** (nach Entfernung fortgeschrittener Polypen) **Fehlentwicklungen**: die indikationslose (und abrechenbare) Ausgabe von Stuhlbluttests, z. B. auch nach Koloskopie (durch Fachärzte wie Gynäkologen, Urologen). **Weiterentwicklungen**: wie z. B. die digitale Einladung (BARMER Modell).

Die Parlamentarier sehen hier die Selbstverwaltung in der Pflicht, solche Fehlentwicklungen zu adressieren und zur Korrektur aufzufordern. Dabei müsse zugleich aber auch die ärztliche Freiheit in Diagnostik und Therapie beachtet werden. Die Politik dürfe hier nicht zum Oberregulierer werden.

Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, insbesondere das mangelhafte Gesundheitswissen junger Menschen, ist erschreckend (Bielefeld Studie). Die Beteiligten sind sich einig, dass gerade deshalb das **Heilberufe-Gesetz zeitnah** weiterentwickelt werden muss, insbesondere für Personen, die nicht-ärztliche Tätigkeiten ausüben. Das gilt für qualifizierte **Schulfachschwestern** genauso wie für **Medizinische Fachangestellte** (MFA-Projekt der Stiftung LebensBlicke). Es besteht Handlungsbedarf durch den Bund, auch um dem dringenden Personalmangel entgegenzuwirken. Dabei gilt das Motto: Delegation ja, Substitution in definierten Ausnahme-fällen.

Regionale **Gesundheitskonferenzen** sind ein Weg, um anstehende Probleme vor Ort zu lösen. Es gibt gute Beispiele wie in der Metropolregion Rhein-Neckar, wo sie bereits existieren. Eigene Budgets wären höchst willkommen; der Bund könnte Druck auf die Länder ausüben, die Kommunen finanziell besser auszustatten, um für solche Aktionen gerüstet zu sein.

Datenschutz

Nach Ansicht des Datenschutzbeauftragten Professor Kelber ist Datenschutz in Deutschland kein Hindernis für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die Wirklichkeit sieht leider anders aus. Die **elektronische Patientenakte (ePA)** ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Dazu gehören auch klare, vom Bund vorgegebene Rahmenbedingungen wie die Definition einer **digitalen Identität**. Ärztlicher Widerstand muss überwunden werden.

Die fundamentalen Datenschätze des Gesundheitswesens müssen durch eine vernünftige **Datenschutzregelung** umfassend gehoben werden und Wissenschaft wie Versorgung zur Verfügung stehen können! Der derzeitige Interpretationsspielraum ist zu groß. Deshalb besteht generelle Übereinstimmung, dass der **Datenschutz reformbedürftig** ist. Von Politiker-Seite wurde dringender Handlungsbedarf in Richtung Fachgesellschaften eingefordert. Wenn Politiker sich dazu äußern, werden sie nicht so wahrgenommen wie ärztliche Fachgesellschaften. SLB wird daher bei der nächsten Ausschusssitzung die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin auffordern, sich nicht nur durch Papiere, sondern auch durch regelmäßige und intensive Öffentlichkeitsarbeit über diverse Medien dem Thema "Datenschutz-Wissenschaft-qualifizierte Versorgung" zu lautstark äußern.

Klare Forderung der Politik, dass es zu einer engeren Verzahnung von klassischer Forschung und Versorgungsforschung kommen muss. Das wird derzeit als häufig viel zu parallel und unabhängig voneinander empfunden. Hier wäre zum Beispiel die AWMF ein entsprechender Ansprechpartner.

Wichtiger Nachtrag: (aus Zeitgründen nicht angesprochen)

Erbliche Tumorerkrankungen und Versorgung von Patienten mit erblichen Tumorrisiken

Größenordnung: 5-10% der Tumorerkrankungen sind erblich prädisponiert. Das Risiko liegt zwischen 30 und 100%. Eine Risikoabschätzung durch Testsicherung (Risikoanalyse) ist möglich. **Problem:** Anpassung der ICD10-Kodierung notwendig! **Derzeitige Lage in Deutschland:** eine genetische Risiko-Prädisposition hat keinen Krankheitswertwert. Diagnostische Analyse zur Erfassung zwar Kassenleistung, präventive Konsequenzen daraus aber nicht.

Prof. Dr. J. F. Riemann

SLB

Prof. Dr. W. Fischbach

Gastro-Liga

04. April 2023