

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

was für ein Jahr 2012. Obwohl wir ja auf eine Reihe von Erfahrungen mit unserem Gesundheitssystem zurückblicken, hatten wir zu Beginn des Jahres Hoffnungen. Wir hätten es besser wissen müssen.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist in Kraft getreten, verändert hat das in den meisten Regionalverbänden nichts. Das Honorar wird verteilt wie zuvor, real existieren die Regelleistungsvolumina (RLV) weiter. Verhandlungen mit den Kostenträgern auf Landesebene verlaufen schleppend bis im Sand. Von einer bundesweiten besseren Lösung, die extrabudgetäre Vergütung der Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) betreffend, sind wir weit entfernt.

Dann die Milliarden-Überschüsse der Krankenkassen. Wer sollte daran partizipieren? Doch die, die Leistung erbringen. Erst recht vor dem Hintergrund, dass es schon lange anstelle von Steigerungen nur noch Kürzungen gegeben hat. Große Worte, große Aktionsplanungen ließen hoffen. Endlich Solidarität unter den Ärzten! Gestützt durch eine unnachgiebige KBV. Am Ende war es selbst mit der Solidarität innerhalb der Fachärzte nicht so weit her. Die Einigung der KV mit den Spitzenverbänden der GKV ist im Ergebnis enttäuschend.

Es bleiben viele ungelöste Probleme. Die aufwändige Versorgung unserer CED- und Hepatitis-Patienten wird weiter nicht entsprechend bewertet, die technischen Leistungen sollen abgewertet werden. Nach den Daten des ZIPP verdienen wir angeblich zu viel. Die Grundversorgung muss aus unserem Topf subventioniert werden. Aber was sind denn schon 400 Millionen. So wie hier die ZIPP-Erhebung Beachtung findet, wird sie, wenn es um andere Berechnungen geht, angezweifelt. Nämlich bei unserer Arbeitszeit. Laut GKV-Spitzenverband sind die Angaben willkürlich. Es liegt keine Zeiterfassung vor. Die Arbeitszeit wird somit bei den Honorarverhandlungen ein Streitpunkt werden.

Und fachlich? In der Hepatologie blicken wir nun auf über ein Jahr Triple-Therapie zurück mit neuen Chancen für Patienten mit Hepatitis C und sehr guten Erfolgen. Aber halt – da gibt's ja noch das IQWIG! Das sieht erst mal keinen Zusatznutzen der neuen antiviralen Substanzen gegeben. Und die Verordnungsfähigkeit außerhalb des Budgets ist offiziell auch nicht verhandelt worden. Na ja – bei unserem Verdienst können wir die Regressansprüche, die vielleicht in fünf Jahren nachträglich auf uns zu kommen, doch leicht stemmen.



Dr. Dagmar Mainz

Was kann man also tun? Als Berufsverband muss man möglichst stark sein, auch an Mitgliedern, damit man in den entsprechenden Gremien dabei ist, bei Verhandlungen die Interessen der Fachgruppe vortragen und argumentieren kann.

Als Ärztin oder Arzt kann man sich – die Wirtschaftlichkeit noch im „Seiten“blick – auf seinen Beruf, seine Berufung konzentrieren. Wir schauen auf einen äußerst erfolgreichen und anregenden Kongress unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft zurück. Die Jugend war mit am Start und wird gefördert. Das ist gut so, kompetenter Nachwuchs ist die Zukunft. Fachlich brauchen wir uns in Deutschland schon lange nicht mehr zu verstecken. Dies wird auch auf unserer bng-Jahrestagung im April 2013 deutlich werden mit interessanten Themen und Referenten.

Was wünschen wir uns also für 2013? Nicht nur eine angemessene Vergütung, sondern auch lebbareren medizinischen Fortschritt. Dies sind Bausteine für das vielleicht Wichtigste: Freude an unserem Beruf für unsere Patientinnen und Patienten. Und seien wir mal ehrlich: Wir niedergelassenen Gastroenterologen sind in der Ausübung unserer ärztlichen Tätigkeit in der Praxis oft noch viel freier als viele Leiter einer entsprechenden Klinikabteilung.

In diesem Sinne hoffe ich, dass unsere Wünsche im Jahr 2013 wenigstens zum Teil in Erfüllung gehen, und wir uns spätestens zur bng-Jahrestagung im April in Freiburg wiedersehen!

Dr. Dagmar Mainz (bng-Vorstand)

Sinkende Resektionsraten in den USA

Und sie lohnt sich doch!

Seit Einführung der Vorsorge-Koloskopie in den USA sinken die Resektionsraten für distale und proximale kolorektale Karzinome.

Die Vorsorge-Koloskopie wurde in Deutschland im Oktober 2002 eingeführt obwohl es bis dato keine prospektiven Studien über die Reduktion der Mortalität des KRK durch eine solche Maßnahme gab. Es gab aber eine Menge Evidenz aus Sigmoidoskopie- und Hämoccult-Studien, die eine verminderte Mortalität nachweisen. Nachweislich führt die Vorsorge-Koloskopie zu einem „Stadienshift“, wobei zu 70 Prozent Karzinome des Stadiums UICC I und II diagnostiziert werden und bei ca. 20 Prozent der Bevölkerung werden gutartige Vorstufen (adenomatöse Polypen) entfernt (Sieg A, Theilmeier A. Ergebnisse der Vorsorge-Koloskopie 2005. Internet-basierte Dokumentation. DMW 2006; 131: 379–381). Dieser Trend setzt sich bis heute fort (Pox CP et al. Efficacy of a nationwide screening colonoscopy program for colorectal cancer. Gastroenterology 2012; 142: 1460–1467). Innerhalb von 5 Jahren wurden nach Berechnungen 150 000 Karzinomfälle verhindert (Brenner H et al. Eight years of colonoscopic bowel cancer screening in Germany: initial findings and projections. Dtsch Ärztbl. 2010; 107: 753–759).



Foto: Sieg

Koloskopie: Diagnose und Intervention in einem Zug

Die Kritiker der Screening-Koloskopie bemängeln die hohe Komplikationsrate, die inzwischen widerlegt wurde (s. o. Sieg et al., Pox et al.), und die fehlende Evidenz.



Prof. Dr. Andreas Sieg

Kürzlich erschien eine große retrospektive Studie in den USA, die die Resektionsraten von 1993 bis 2009 untersuchte und sich auf die Ergebnisse des „Nationwide Inpatient Sample“ stützte, der größten Datenbank der USA für stationäre Fälle (Myer PA et al. Proximal and distal colorectal cancer resection rates in the United States since widespread screening by colonoscopy. Gastroenterol 2012; 143: 1227–1238). Über die vollständige Anzahl der Resektionsraten lassen sich populationsbezogene Rückschlüsse auf die Inzidenz ziehen. 2001 hatte Medicare die Kosten für die Screening-Koloskopie übernommen. In der Studie fiel die Resektionsrate für distale kolorektale Karzinome von 38,7 pro 100 000 auf 23,2 pro 100 000 mit einer jährlichen Reduktion nach 1999 von 3,8 Prozent und die Rate der proximalen Karzinome von 30,0 auf 22,7, wobei ein signifikanter Abfall der Rate von 3,1 Prozent erst nach 2002 zu verzeichnen war.

Der Beweis ist erbracht

Die Einführung der Screening-Koloskopie führte also zur signifikanten Reduktion auch der proximalen kolorektalen Karzinome. Damit ist der Beweis erbracht, dass die Koloskopie zu einer verminderten Resektionsrate von proximalem KRK führt. Den Befürwortern der Sigmoidoskopie sollten diese Zahlen zu denken geben, denn die Resektionsraten proximaler Karzinome wären durch ein Sigmoidoskopie-Screeningprogramm unverändert. Die Vorsorge-Koloskopie muss auch in Deutschland in Zukunft erhalten bleiben!

Prof. Dr. Andreas Sieg (Heidelberg)

Gut oder schlecht?

Praxisgebühr abgeschafft

Am 9. November 2012 hat der Deutsche Bundestag entschieden, dass es ab 2013 keine Praxisgebühr mehr geben wird. Für die meisten Patienten und für die Praxisorganisation ist dies sicher eine gute Nachricht, weil dieses Bürokratiemonster doch einiges an Arbeitsbelastung gebracht hat. Andererseits fehlt auch Geld im Gesundheitswesen.

Manche Patienten haben sicher auch schon vorab für 2013 eine Zuzahlung bis zur Belastungsgrenze (zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens) bezahlt, um einen sog. Härtefallausweis zu bekommen und so von allen Zuzahlungen befreit zu sein. Nachdem die Praxisgebühr oft einen Großteil der Zuzahlungen ausmacht, kann es sein, dass sich das genannte Vorgehen für die Patienten gar nicht mehr lohnt. Es ist wichtig, dass Ihre Patienten hier nochmal genau nachrechnen und evtl. die Vorabzahlung von

der Krankenkasse zurückfordern.

Betrachtet man rein den Arbeitsaufwand, die diese Kassengebühr in den Arztpraxen ausgelöst hat, dann kann man schon jubeln. Es fallen folgende Arbeiten weg:

- ▶ ausreichend Wechselgeld parat halten,
- ▶ nachfragen, ob schon irgendwo bezahlt wurde (was manche Patienten einfach nicht mehr wissen),
- ▶ Quittung ausstellen,
- ▶ ins Kassenbuch eintragen,



Rudolf Loibl



Foto: hb/skriptstudio.de

Praxisgebühr: Ärgerlich von Anfang bis Ende

- ▶ manchmal wurde ein Pfand genommen, bis die Überweisung oder ein Bezahlbestätigung kam,
- ▶ nicht bezahlen in der Praxis-EDV dokumentieren,
- ▶ Geld zur Bank bringen,
- ▶ KV-Abrechnung mit dem Kassenbuch abgleichen, ob auch genau so viel Geld da ist, wie von der KV abgezogen wurde.

Vorschussabzug einfordern!

Die Praxisgebühr ist / war ein Vorschuss auf das Honorar der Praxis, den nicht die Krankenkassen bezahlt haben, sondern eben

die Versicherten/Patienten. Dieser Vorschuss wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung vom Honorar abgezogen. Hat also eine Hausarztpraxis bei 1000 Patienten zehn Euro kassiert, dann wurden diese 10000 Euro von der Gesamtsumme der KV-Einnahmen wieder abgezogen. Sicher ist es für reine Facharztpraxen kein so hoher Betrag, aber dennoch sollten Sie sich die Rundschreiben Ihrer KV ansehen, ob die in der Vergangenheit vielfach gekürzten Vorschusszahlungen ab dem Januar 2013 wieder erhöht werden. Wenn Sie nichts finden, fragen Sie einfach mal nach.

Auch in der Praxis-EDV wird sich sicher etwas ändern müssen, denn die Einstellung ob ein Patienten von der Praxisgebühr befreit ist, wird durch das nächste Update wohl nicht mehr vorhanden sein. Problematisch wird es dann für Patienten, die nachträglich abgerechnet werden. Hier werden Sie wahrscheinlich die entsprechende Pseudoziffer (z. B. 80032 für Praxisgebührenbefreiung) manuell eintragen müssen.

Der Wegfall der Praxisgebühr sollte uns aber wirtschaftlich zu denken geben. Die Krankenkassen müssen nun ca. zwei Mrd. Euro mehr aufbringen, denn das ist ungefähr die Summe, die mit diesen zehn Euro ins ambulante Gesundheitssystem geflossen ist. Manch eine Krankenkasse, vor allem Betriebskrankenkassen, befürchten, dass der Ausgleich dieser fehlenden Gelder über den Gesundheitsfond nicht funktionieren wird.

Rudolf Loibl (bng-Verbandsmanager)

Der Gastroenterologische Qualitätszirkel in Herne

100 Sitzungen Sektoren übergreifende Qualitätsarbeit

Am 3. Dezember 2012 fand die 100. Sitzung des Gastroenterologischen Arbeitskreises Herne statt. Als sich am 13. März 1995 sieben Ärzte zur Gründung dieses Qualitätszirkels trafen, hatten die Initiatoren Dr. med. Ulli Ernst (Internist und Hausarzt), Dr. med. Dietrich Hüppe (Internist und Gastroenterologe) und PD Dr. med. Anton Gillissen (ehemaliger Leiter der gastroenterologischen Abteilung des Marienhospitals Herne – Universitätsklinik Bochum) nicht erwartet, dass sich daraus eine so lange Tradition entwickeln würde.

In dem Gründungsprotokoll des Arbeitskreises ist zu lesen: „Es war der Wunsch aller Anwesenden, einen solchen AK als ‚Qualitätszirkel‘ zu gründen. Prinzip: Selbstorganisation, ggf. Einladung von Experten, wechselnde Moderation. Die Themen werden jeweils auf der letzten Sitzung festgelegt. Termine alle sechs bis acht Wochen. Eingeladen werden sollen alle Hausärzte, fachärztliche Internisten und Krankenhausärzte, die sich um gastroenterologische Patienten kümmern.“ Auf der ersten Sitzung haben wir inhaltlich die Möglichkeiten und die ethischen Grenzen der Ernährung durch eine Magensonde (PEG) diskutiert. Bei der zweiten Sitzung stand die Bedeutung des Helicobacter pylori für die Entstehung von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren auf der Tagesordnung. Schon zur dritten Sitzung mit

dem Thema „Refluxkrankheit“ kamen 19 Teilnehmer zur Gruppendiskussion zusammen.

Kommunikationsgrenzen überwinden

Von Beginn an war es das Ziel der Organisatoren, Hausärzte, Fachärzte und Krankenhausärzte „an einen Tisch zu bringen“, um gemeinsam die besten Behandlungsmöglichkeiten für ihre Patienten zu diskutieren und zugleich Kommunikationsgrenzen zu überwinden. Dies gelang zunehmend. Eine sachliche, kollegiale und von Empathie getragene Atmosphäre wurde zur Grundlage des Erfolgs und der Nachhaltigkeit des Zirkels. Als Dr. Gillissen Chefarzt in Münster wurde und Dr. Ernst „in den Ruhestand“ ging, übernahm Frau Dr. med. Iris Veit (Hausärztin und Psychotherapeutin) zusammen mit Dr. Hüppe die Moderation des Qualitätszirkels.

Der Arbeitskreis – als Fortbildungseinrichtung von der Landesärztekammer zertifiziert – zählt zu den ältesten und erfolgreichsten seiner Art im Bereich Westfalen-Lippe. Dr. Dietrich Hüppe, Mitbegründer des Kreises und auch Bundesvor-



Dr. Dietrich Hüppe

sitzender des Berufsverbandes niedergelassener Gastroenterologen (bng) formulierte schon zum 10-jährigen Bestehen: „Im Mittelpunkt unserer Qualitätsarbeit steht immer der Patient, für den Ärzte aus der Praxis und Klinik ein optimales Diagnostik- und Behandlungsprogramm auf lokaler Ebene entwickeln.“

Heute trifft sich der Qualitätszirkel abwechselnd im Evangelischen Krankenhaus oder im Marienhospital in Herne. Für das Wartezimmer der Gastroenterologischen Praxis war die Teilnehmergruppe zu groß geworden. Im Durchschnitt kommen 22 Teilnehmer zu jeder Sitzung. Am besten besucht waren mit 35 Teilnehmern das „10-jährigen Jubiläum“ am 14. März 2005 und die Sitzung im Dezember 2009 mit 34 Teilnehmern. Der Gastroenterologische Arbeitskreis hat eine hohe personelle Konstanz. Von insgesamt 58 Teilnehmern haben 30 Mitglieder an mehr als der Hälfte aller Sitzungen teilgenommen.

Fallbesprechungen rücken in den Fokus

In den ersten Jahren stand jeweils ein gastroenterologisches Schwerpunktthema im Mittelpunkt (z.B. Refluxkrankheit, CED oder Darmkrebs) der Diskussion. In den letzten Jahren hat sich die Form der Arbeit deutlich geändert. Übersichtsvorträge sind selten, Nunmehr stehen Fallbesprechungen im Mittelpunkt der interaktiven Diskussion. Es geht um Patienten, die in verschiedenen Versorgungsebenen (Hausarzt – Facharzt – Krankenhaus) betreut worden sind. Es ist unser Ziel, die für den Einzelfall optimale Diagnostik und Therapie für den Patienten zu besprechen.

Die Präsentationen erfolgen zumeist aus dem Kreis der Mitglieder, nur selten werden externe Experten eingeladen. Seit fast einem Jahrzehnt ist Frau Prof. Dr. Tannapfel, Leiterin der Pathologie der Universität Bochum, ständige Begleiterin unserer Sitzungen. Sie hat mit ihren kurzen, aber stets anschaulichen Demonstrationen von krankhaften Gewebefunden den „Klinikern“ die Pathologie eindrücklich nahe gebracht.

In den letzten 17 Jahren hat sich die gastroenterologische Medizin grundlegend geändert, neue Erkrankungen wurden charakterisiert (z.B. GIST-Tumoren), alte Krankheiten wie das Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür) sind durch die Behandlung des Helicobacters selten geworden. Therapien, zum Beispiel zur Behandlung der Hepatitis C und der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen mit anti-TNF waren bei der Gründung des Qualitätszirkels noch unbekannt. Das Gleiche gilt für den Einsatz unserer Medien. Waren zu Beginn „Folien“ und „Dias“ bei der Präsentation üblich, sind heute „Powerpoint“, Beamer und „Video-Clips“ nicht mehr wegzudenken. Zum Jubiläum gab es dazu eine nicht ganz so ernst gemeinte Selbstreflexion mit dem Titel: „Das nächste Dia bitte ... Glanz und Elend deutscher Vortragskunst“.

Dr. Dietrich Hüppe (Mitinitiator des Qualitätszirkels in Herne)

Impressum

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V., Holdergärten 13, 89081 Ulm
www.bng-gastro.de, kontakt@bng-gastro.de

Redaktion:

Dr. Holger Böhm, www.skriptstudio.de, bng@skriptstudio.de

Mit einem Klick

Hepatologische Informationen

Der bng bietet seinen Mitgliedern einen neuen Service: Über einen Banner im Mitgliederbereich können Interessierte in Kürze auf ein neues Arztportal zugreifen. Unter www.hepatitis-akademie.de informieren 15 Experten aktuell und umfassend von den großen internationalen Leberkongressen. Sie kommentieren die neuesten Erkenntnisse rund um die Hepatologie in Hinsicht auf Praxisrelevanz und Leitlinienbezug. Zusätzlich stehen die Experten für Kollegenfragen per E-Mail zur Verfügung. Bereits online sind die Berichte vom AASLD 2012, der Mitte November in Boston stattfand.

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
04.–06.02.2013	Sedierungsleitlinien Endoskopie G2 für MFA	Mainz
14.–16.02.2013	ECCO-Kongress	Wien
22.–23.02.2013	Sachkundekurse gemäß § 4 (3) MPBetreibV	Hannover
25.–27.02.2013	Sedierungsleitlinien Endoskopie G2 für MFA	Mainz
18.–20.03.2013	Sedierungsleitlinien Endoskopie G2 für MFA	Mainz
08.–09.03.2013	Hepatologischer Workshop	Iserlohn
08.–09.03.2013	Kapselendoskopiekurse	Berlin

Zu den Veranstaltungen können sich bng-Mitglieder und Interessierte online über www.bng-service.de anmelden. Dort finden Sie auch weitere Veranstaltungen, die der bng für seine Mitglieder veranstaltet.

Jobbörse

Auf der bng-Homepage können kostenfrei Stellenanzeigen für Gastroenterologen und medizinisches Personal sowie für Weiterbildungsstellen geschaltet werden. Diese Inserate werden auch in die Jobbörse der bng-Verbandsnachrichten in der Zeitschrift für Gastroenterologie übernommen. Nutzen Sie die Möglichkeit, Ihre Angebote zu platzieren.

Gastroenterologe/-in gesucht

Ertragsstarke gastroenterologische GP in attraktiver Lage sucht **Gastroenterologe/-in** zur Assoziation oder Weiterbildung. Kontakt: gastro.rheinneckar@yahoo.de.

Weiterbildungsstelle im Ruhrgebiet

Biete einjährige **Weiterbildungsstelle** in gastroenterologischer Einzelpraxis im Ruhrgebiet an. Gerne auch als Teilzeitstelle. Bei Interesse mailen Sie bitte an meyer-hilse@versanet.de.