

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Vorschlag zur Satzungsänderung

Der Facharzt im Wandel

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

war vor 20 Jahren der niedergelassene Internist überwiegend hausärztlich tätig, ist er heute in vielen Fällen hoch spezialisiert und geht nur noch einem Teilgebiet nach. Die im § 73 des SGB V definierte vertragsärztliche Versorgung gliedert dabei strikt in eine hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Aber kann die Behandlung spezialisierter Krankheitsbilder überhaupt durch eine Spaltung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung sichergestellt werden?

Seit einigen Jahren gibt es hier möglicherweise ein Umdenken. Seit Januar 2014 wurde die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) eingeführt, die seit 2015 auch für fachärztlich tätige Internisten gilt. Als innovative, Sektor übergreifende Versorgung wurde 2013 die ambulant spezialfachärztliche Versorgung (ASV, 116b SGB V) neu definiert. In der ASV können Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren oder seltenen Erkrankungen in einem interdisziplinären Team gemeinsam von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten behandelt werden, die zuvor oft ausschließlich ambulant in Krankenhausambulanzen versorgt wurden. Dazu wurden zunächst Regelungen für die Tuberkulose, inzwischen auch für gastrointestinale Tumore geschaffen. Folgen werden u. a. Bestimmungen für die Behandlung von gynäkologischen Tumoren, rheumatologischen Erkrankungen oder die primär sklerosierende Cholangitis. Die Entwicklung ist hier langsam aber stetig.

Unterstützt werden dabei die Belange der Fachärzte durch den Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa), in dem der der bng seit der Gründung ordentliches Mitglied ist. Aus Sicht der Fachärzte ist die derzeit politisch einseitig bevorzugte Unterstützung der hausärztlichen Versorgung falsch. Sollte es kein politischer Wille sein, das Leistungsspektrum für den Versicherten einzuschränken, wird es unumgänglich sein, insbesondere die fachärztliche Ver-

sorgung weiter zu fördern. Hier ist noch viel Arbeit nötig, um die Politik vom Wert der fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Fachärzte zu überzeugen.

Aber auch in vielen Facharztpraxen kündigt sich ein Wandel an. Zunehmend werden die Praxiskonstrukte größer. Die Zahl der Einzelpraxen schwindet und die Anzahl der Gemeinschaftspraxen und auch der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wächst. Leider sind die MVZ häufig nicht mehr in ärztlicher Trägerschaft, sondern in der Hand von Krankenhäusern oder Klinikkonzernen. Dieses widerspricht grundsätzlich den Kriterien der Freiberuflichkeit des Arztes. Dennoch entspricht die Zusammenlegung von Praxen wirtschaftlichen Überlegungen und kommt zudem häufig dem Wunsch der Kolleginnen und Kollegen näher, Familie und Beruf besser zu koordinieren. Es ist selbstsprechend, dass sich hierdurch die Zahl der angestellten Ärzte in der ambulanten Versorgung vermehrt.

In der Gründungsphase des bng wurde die Freiberuflichkeit des niedergelassenen Arztes als ein wichtiges Kriterium der bng-Mitgliedschaft in der Satzung festgelegt. Der Schutz der Freiberuflichkeit wird weiter als vorrangiges Verbandsziel in unserer Satzung verankert bleiben. Bei einer zunehmend größeren Anzahl an ambulant tätigen, angestellten Gastroenterologen ist es jedoch unabdingbar, diesen Kolleginnen und Kollegen im bng eine berufspolitische Heimat, die nicht gewerkschaftlich ausgerichtet ist, anzubieten. Aus diesem Grund diskutiert die Mitgliederversammlung in Dresden, ob und wie wir uns noch weiter für als Angestellte ambulant tätige Kollegen öffnen müssen, um auch in Zukunft eine große Mehrheit der Ärzte in Praxen und MVZ zu vertreten und uns so optimal in der ambulanten Versorgung aufstellen zu können.

Dr. Ulrich Tappe (bng-Vorstand)



Ulrich Tappe

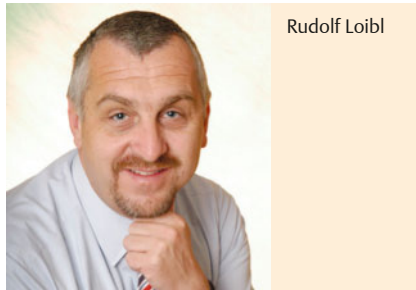
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands

Was hat der bng davon?

Ich möchte Ihnen heute den Spitzenverband Fachärzte vorstellen und warum es wichtig ist, dass der bng diesen durch eine Mitgliedschaft seit mehreren Jahren unterstützt.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa), Deutschlands größter Facharzt Dachverband, wurde ursprünglich 2005/2006 als informeller Gesprächskreis unter dem Namen „Potsdamer Runde“ ins Leben gerufen. In diesem Rahmen begann der Austausch unter den angeschlossenen Berufsverbänden zu den Anliegen der Fachärzte. Ziel der Teilnehmer war es, eine zufriedenstellende, einheitlich abgestimmte, effektive fachärztliche

che Interessenvertretung gegenüber Bundespolitik und Kassen zu erreichen. Im Juli 2012 benannte sich die „Potsdamer Runde“ in Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) um. Seitdem ist der SpiFa kontinuierlich gewachsen. Derzeit sind 27 Berufsverbände mit über 90 000 Mitgliedern im SpiFa zusammengeschlossen, die mittlerweile praktisch die gesamte Bandbreite der fachärztlichen Tätigkeit abdecken.



Rudolf Loibl

Zu den Grundsätzen der Arbeit des SpiFa zählt, dass die Mitgliedsverbände weiterhin selbstständig für die Belange der eigenen Fachgruppenpolitik verantwortlich sind. Der SpiFa achtet die Autonomie der Mitgliedsverbände in ihren eigenen spezifischen Angelegenheiten und konzentriert sich auf die Formulierung und Durchsetzung fachübergreifender fachärztlicher Positionen. Er sucht und transportiert sozusagen den größtmöglichen gemeinsamen Nenner der Fachärzteschaft in Klinik und Praxis. Daraus hat sich mittlerweile eine gute und reibungsarme innerverbandliche Zusammenarbeit entwickelt.

Der SpiFa ist in den Dialog mit den politischen Entscheidern eingetreten. Er hat in den letzten 2,5 Jahren durch seine Entwicklung und Professionalisierung eine Durchsetzungsfähigkeit erreicht, die einen Meinungs austausch zu den Herausforderungen der Versorgungsorganisation der Zukunft auf Augenhöhe ermöglicht. Dieser Dialog soll auf Sektoren verbindenden patientenorientierten Konzepten basieren. Über seine dauerhaften Ausschüsse (Schnittstellenausschüsse ambulant/stationär und Hausarzt/Facharzt, Methodenorientierte Fächer und Europa-

schuss) und temporären Arbeitsgemeinschaften (ASV) definiert der SpiFa diese Versorgungsstrukturen und damit die Tätigkeitsfelder der Fachärzte. Im Jahr 2016 werden diese Ausschüsse, an denen sich jeder Mitgliedsverband beteiligen kann, im Vorfeld der Bundestagswahl 2017 Positionen zum Thema „Facharzt 2020“ erarbeiten / definieren. Wir als bng sind sehr intensiv in die Arbeitsgruppe ASV eingebunden, weil dies gerade für die GE in der nahen Zukunft ein sehr wichtiges Thema ist.

Über die eigentliche Verbandsarbeit hinaus ist dem SpiFa die Sanakey-Gruppe angegliedert, die sich aus Wirtschaftsplattform und Thinktank, Beratungs- und IT-Dienstleister, Vertragsdienstleister sowie Beratungs- und Projektentwicklungsgesellschaft zusammensetzt.

Im System der Sanakey-Gruppe verankert ist auch das neu gegründete Deutsche Institut für fachärztliche Versorgungsforschung (DIFA). Da der Bedarf an der Gewinnung umfassender Erkenntnisse über den Alltag der Versorgung, über die Entwicklung epidemiologischer Tendenzen, über Zusammenhänge von diagnostischen und therapeutischen Ansätzen, vorhandenen Ressourcen, bestehenden Versorgungsstrukturen und -prozessen und ihrer Wirksamkeit so hoch ist wie nie zuvor, hat sich der SpiFa zur Gründung des DIFA entschlossen. Hier ist das nächste Ziel einen kontinuierlichen Index aufzubauen, ähnlich dem Wirtschaftsklimaindex. Dieser DIFA-Index soll zeigen, wie sich die Fachärzteschaft gerade fühlt bzw. wie sie auf Veränderungen der gesundheitspolitischen Landschaft reagiert.

Der SpiFa ist ein wichtiger Bestandteil im Netzwerk des bng und hilft uns, wichtige berufspolitische Informationen möglichst frühzeitig zu erhalten und darauf schnell zu reagieren. Darüber hinaus verleiht uns dieser Verbund auch eine weitere Stärke in der Durchsetzung unserer Interessen.

Rudolf Loibl (bng-Verbandsmanager)

Ausreichend versichert?

Einbruchdiebstahl in der Praxis

Im Sommer 2015 wurden die GastroPraxis Löhr Center in Koblenz Opfer einer bundesweiten Einbruchserie, in deren Rahmen Kliniken und Praxen heimgesucht und gezielt medizintechnische Geräte entwendet wurden. Ein Erfahrungsbericht.

Der Einbruch in die Praxisräume erfolgte an einem Freitagnachmittag nach Praxisschluss. Die Täter räumten zwei der drei Endoskopie-Einheiten komplett leer. Prozessoren inklusive Absaug-einrichtungen, Monitore, Überwachungsmonitore, weitere Lichtquellen, ein Kontrastmittel fähiges Ultraschallgerät und Endoskope wurden entwendet.

Nach den Formalitäten der (unergiebig) Spurensicherung der Kripo, einer Bestandsaufnahme der noch vorhandenen Technik und der Planung der Reorganisation des Praxisbetriebes haben wir unsere Versicherung in Kenntnis gesetzt und ein Blick in die Police geworfen. Im Rahmen einer Betriebsvielschutzversicherung waren alle Praxisgüter zum Neuwert sowie der Betriebsausfall mit einer Deckungssumme versichert, die etwa doppelt so hoch war, wie der hochgerechnete Schaden für den Ersatz der

entwendeten Technik.

Grund zur Entspannung? Die Ernüchterung folgte unmittelbar. Vorstellig wurde unser Makler nebst Schadenregulierer der Versicherungszentrale und ein Versicherungsmathematiker als Gutachter. Erstes ‚Angebot‘ der Versicherung war die Null-Euro-Lösung. Der Einbruchdiebstahl wurde angezweifelt, stattdessen ein einfacher Diebstahl vermutet, für den kein Versicherungsschutz besteht, also keine Leistung der Versicherung folgt.

Nachdem der Einbruchstatbestand aufwändig unter Hinzunahme eines weiteren Gutachters bewiesen war, folgte ‚Angebot Nr. 2‘ der Versicherung. Im Rahmen der Neuwertversicherung ist Grundlage der Praxiswertermittlung und damit Grundlage der zu versichernden Summe der Gesamtpraxiswert mit allen beweglichen und eingebauten Gütern zum Neuwert. Also die Kos-



Udo Benner

ten für z. B. den Fall, dass die Praxis völlig niederbrennt und komplett neu aufgebaut werden muss. Aus dieser uns so nicht bekannten Berechnungsgrundlage resultierte ein exorbitant hoher Praxiswert und damit eine dramatische Unterversicherung.

Der Rest ist kleines Einmaleins. 50 Prozent Unterversicherung bedeuten auch: Ersatz von nur 50 Prozent des errechneten Schadens. Im Einzelfall bedeutet dies je nach Schadenhöhe ein erhebliches Problem. Das kann man akzeptieren, in einer gerichtlichen Auseinandersetzung oder in einem Gutacherverfahren weiterverfolgen: langwierig, zeitraubend und oft ohne Aussicht auf Erfolg.

Unser Fazit: Vor einem möglichen Schadensereignis lohnt ein Blick in die Police. Fragen Sie sich:

- ▶ Was genau ist inhaltlich zu welchen Bedingungen und Werten (Neuwert, Zeitwert, etc.) versichert?
- ▶ Was ist Grundlage der Wertermittlung der Praxis im Schadensfall?
- ▶ Ist die abgesicherte Summe ausreichend hoch und eine Unterversicherung ausgeschlossen?
- ▶ Sind die Kosten eines Gutachterverfahrens abgesichert?

Nur wenn diese Dinge in ausreichender Form abgesichert sind, kommen zum Stress der Reorganisation, der alltäglichen Arbeit nicht auch noch zusätzliche finanzielle Belastungen.

Dr. Udo Benner (GastroPraxis Löhr Center, Koblenz)

Immunsuppressive Therapie

Komplikationen bei Gemeinschaftsunterbringung

Wir berichten über einen 29 Jahre alten Patienten, der sich mit einer vordiagnostizierten Colitis ulcerosa in unserer Ambulanz vorstellte. Der Patient war Anfang 2014 aus Syrien nach Deutschland gekommen und befand sich zum Zeitpunkt der Vorstellung im Asyl-Anerkennungsverfahren, das inzwischen positiv für den Antragsteller abgeschlossen wurde. Der Patient lebte in einer Gemeinschaftsunterkunft, in der bis zu vier Personen in einem Raum untergebracht waren.

Seit der Ankunft in Deutschland litt der Patient unter Diarrhoen, die zum Teil blutig waren, und Unterbauchbeschwerden. Eine endoskopische Diagnostik in einem auswärtigen Krankenhaus zeigte eine Pancolitis mit Schwerpunkt des linksseitigen Kolons. Dort wurde eine Steroidtherapie eingeleitet, die zu einer Remission führte. Der Patient wurde aus der stationären Behandlung entlassen und stellte sich dann zur Weiterbehandlung in unserer Praxis vor. Die Steroidmedikation war inzwischen auf 10 mg Prednisolon reduziert, wir leiteten eine Therapie mit Mesalazin ein und besprachen die weitere Steroidreduktion.

Eine Kontroll-Ileokoloskopie zeigte 7/14 eine endoskopische Vollremission mit einzelnen Pseudopolypen in dem linksseitigen Kolon (◉ **Abb. 1**). Auch histologisch waren keine Entzündungsresiduen nachzuweisen. Unter der weiteren Reduktion von Corti-

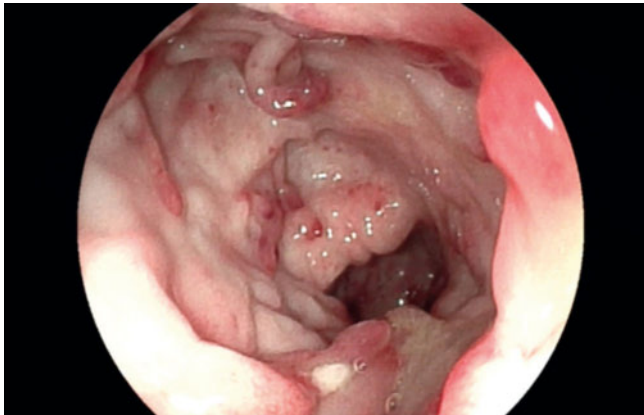


Abb. 1 Koloskopie: Colitis in Remission.

son kam es dann aber zu einer Verschlechterung der Symptomatik mit erneut blutigen Durchfällen und auch Tenesmen. Der Calprotectinwert stieg auf 800 µg/g Stuhl an und im Blutbild zeigte sich eine Thrombozytose. Unter der Diagnose eines steroidabhängigen Verlaufs begannen wir mit einer Therapie mit Azathioprin. Vorher wurde eine chronische Hepatitis B ausgeschlossen und auch ein „Y-Interferon release“-Test zum Nachweis eines Kontakts mit Tuberkulose Erregern war negativ.



Gero Moog

Nach dem Beginn der Therapie mit Azathioprin kam es erwartungsgemäß nicht zu einer raschen Besserung. Die Prednisolontherapie, die inzwischen auf 40 mg/die erhöht war, konnte bei weiter bestehenden Beschwerden und auch erhöhten Calprotectin-Wert im Stuhl nicht reduziert werden. Um die Zeit bis zur Wirkung des Azathioprins zu überbrücken, entschlossen wir uns zu einem „bridging“ mit Infliximab. Der Patient erhielt die übliche Induktionstherapie mit einer Dosis von 5 mg/kg Körpergewicht an den Tagen 1, 14 und 42. Zuvor wurde ein erneuter Quantiferontest durchgeführt, der wiederum negativ ausfiel. Auch ein Röntgen-Thorax-Bild war unauffällig (◉ **Abb. 2**).

Fünf Wochen nach der dritten Infusion stellte sich der Patient Anfang Januar dieses Jahres mit Fieber und Dyspnoe vor. Die körperliche Untersuchung ergab rechts basal ein abgeschwächtes Atemgeräusch, die weitere Diagnostik mittels Sonografie und Röntgen-Thorax ergab einen Pleuraerguss rechts basal. Ein CT des Thorax zeigte eine mediastinale LK-Vergrößerung und den erwähnten Pleuraerguss, aber weiter keine Hinweise auf ein Infiltrat.

Der Patient wurde stationär aufgenommen und erhielt zweimalig eine Bronchoskopie ohne den Nachweis einer TBC. Dabei wurde das Bronchialsekret mittels PCR, Mikroskopie und Kultur untersucht. Auch konnte in einer endobronchialen/endoösophagealen Ultraschalluntersuchung kein Gewebe gewonnen werden, welches zytologisch die Lymphknotenvergrößerung erklärte. Erst durch eine Mediastinoskopie gelang die Asservierung aus-

son kam es dann aber zu einer Verschlechterung der Symptomatik mit erneut blutigen Durchfällen und auch Tenesmen. Der Calprotectinwert stieg auf 800 µg/g Stuhl an und im Blutbild zeigte sich eine Thrombozytose. Unter der Diagnose eines steroidabhängigen Verlaufs begannen wir mit einer Therapie mit Azathioprin. Vorher wurde eine chronische Hepatitis B ausgeschlossen und auch ein „Y-Interferon release“-Test zum Nachweis eines Kontakts mit Tuberkulose Erregern war negativ.

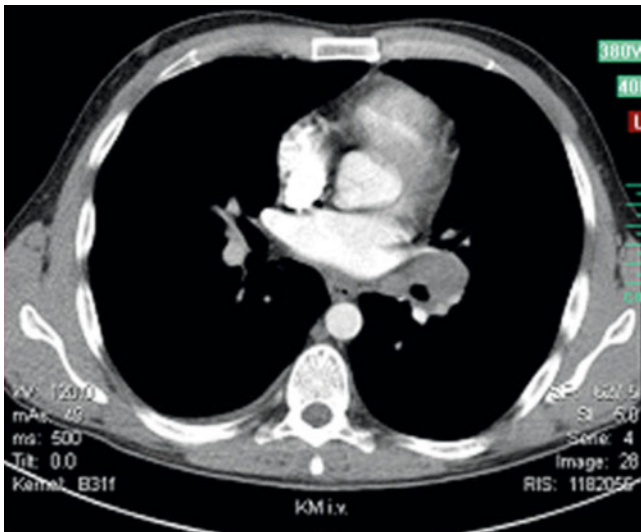


Abb. 2 CT Thorax - mediastinale Lymphknoten.

reichender Gewebsmengen, die dann die Diagnose einer TBC erbrachte. Der Keim erwies sich als resistent gegen Streptomycin und INH, so dass in der tuberkulostatischen Therapie auf diese

Substanzen verzichtet werden musste. Der Patient wurde initial mit dieser Kombination behandelt: Eremfat 600 mg 1-0-0; Myambutol 400 mg 3-0-0; Pyrafat 500 mg 3-0-0; Ciprofloxacin 500 mg 2-0-0, Tarivid 400 mg 2-0-0. Die Colitis Medikation wurde bis auf Mesalazin komplett abgesetzt, was erstaunlicherweise jetzt ohne Probleme machbar war.

Retrospektiv muss man von einer Ansteckung in der Unterkunft des Patienten ausgehen, in der bei wechselnder Belegung durch Neuankommlinge aus „Endemiegebieten“ eine Neuansteckung durchaus denkbar ist. Die vom Gesundheitsamt durchgeführten Umgebungsuntersuchungen haben allerdings keinen weiteren TB-Verdacht im Bekanntenkreis des Patienten erbracht. Der Fall zeigt exemplarisch, vor welchen Problemen man bei der Behandlung von Patienten steht, die in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind und aus sogenannten „Endemiegebieten“ stammen. Da für die Zukunft mit deutlich mehr Patienten zu rechnen ist, sollte auf die genannten Aspekte besonders geachtet werden.

Dr. Gero Moog, Dr. Alp Bastian, PD Dr. Andreas Bastian (gastroenterologische Fachpraxis am Marienkrankenhaus und pulmonologische Abteilung im Marienkrankenhaus, Kassel)

Frauen in der Viszeralmedizin

Informationen aus der Fachgruppe Gendermedizin

Im Rahmen des 133. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie tagt die gemeinsame AG Gendermedizin am Freitag, den 29.4.16 von 12.00–13.00 Uhr im City Cube, Messedamm 26, 14055 Berlin, Raum R8, zur Planung der zukünftigen Aktivitäten. Außerdem findet eine wissenschaftliche Sitzung zu genderspezifischen Themen statt am Donnerstag, 28.4.16, 12.00–13.00 Uhr, Raum 12, mit einem spannenden Programm. Es wäre schön, wenn möglichst viele Interessierte kämen.

Der Bundeskongress GenderGesundheit findet statt unter Leitung von Dr. Martina Klöpfer am 12. und 13. Mai 2016 in Berlin. Wissenschaftlichen Leiter des Kongresses ist Prof. Dr. Wolf-Dieter



Marie-Luise Hermans

Ludwig, der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Schwerpunkte werden sein die geschlechtsspezifische onkologische Versorgung und die Berücksichtigung von Genderaspekten in Arzneimittelstudien und Leitlinien.

Außerdem wird die KBV das neue Qualitätszirkelmodul zur geschlechterspezifischen Gesundheitsversorgung von Frauen und Männern vorstellen.

Dr. Marie-Luise Hermans (Sprecherin der Fachgruppe FIV im bng)

Jobbörse

Angebot	Kontakt
Schwerpunktpraxis in HH gesucht	HHInnere@gmail.com
Gastroenterologe für MVZ in Münster gesucht	bewerbungen@mvz-portal10.de

Weitere Inserate: www.bng-gastro.de.

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
02.–04.05.2016	G2-Sedierungskurs für MFA	Mainz
18.–20.05.2016	G2-Sedierungskurs für MFA	Mainz
20.–21.05.2016	Dünndarm Kapselkurs	Frankfurt
20.–21.05.2016	Hepatitis Nurse	Nürnberg
30.05.–01.06.2016	G2-Sedierungskurs für MFA	Mainz
17.–18.06.2016	Sachkunde Endoskopie für MFA	Nürnberg
22.–23.06.2016	Hepato. Workshop	Ulm

Weitere Termine unter: www.bng-service.de.

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