

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Editorial

Chancen der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Vergangenheit waren die meisten gesetzlichen Ansätze, die Sektorengrenze aufzuheben, ganz einseitig. Sie zielten darauf ab, Kliniken und ihre Ambulanzen zu öffnen und auf lange Sicht zumindest die „hochspezialisierten“ oder „krankenhausnahen“ niedergelassenen Fachärzte abzuschaffen. Als Begründung wurde das Schlagwort „doppelte Facharztschiene“ erfunden.

Die reale Situation der fachärztlichen Versorgung sieht zum Glück anders aus. Die meisten Patienten mit chronischen gastro-intestinalen Erkrankungen, auch mit schweren Verläufen, werden heute ambulant behandelt. Komplexe Therapien wie TNF α -Blocker oder kombinierte Immunsuppressionen bei CED sind Alltagsgeschäft. Die infektiösen und nicht-infektiösen Hepatitiden sieht man im Krankenhaus kaum mehr in den chronischen Phasen, sondern allenfalls akut oder im Rahmen von dekompensierten Spätstadien. Genauso ist es mit der großen Mehrzahl der intravenösen und erst recht der zunehmend aufkommenden oralen Chemotherapien der gastrointestinalen Tumoren.

Diese Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor wird noch weitergehen, denn das Potenzial ist nicht ausgeschöpft: Kontrastmittelsonografien, Endosonografien, Doppelballonendoskopien, endomukosale Resektionen, Dilatationen und weitere neue Techniken in Diagnostik und Therapie können ambulant und / oder in Praxen von niedergelassenen Gastroenterologen durchgeführt werden. Hinderungsgrund ist derzeit nicht die Machbarkeit, sondern die fehlende Vergütung im ambulanten Bereich und das weitgehende Fehlen von Strukturen zur reibungslosen Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg.

Die fachärztliche Versorgung muss in Zukunft durch eine faire und funktionierende Kooperation der Sektoren gestaltet werden,

bei der keine Seite begünstigt oder benachteiligt wird. Dabei sollte nicht die starre und teure Organisationsstruktur des Krankenhauses Vorbild für die ambulante Medizin sein, sondern die Strukturen der Praxen mit ihren kollegialen Systemen und kurzen Leitungs- und Entscheidungsketten von eigenständig medizinisch und wirtschaftlich verantwortlichen Ärzten.



Dr. Franz Josef Heil

Deshalb geht die Neugestaltung der ASV im § 116b auch prinzipiell den richtigen Weg. Eine Teambildung auf Augenhöhe von Ärzten mit gleichem Versorgungsniveau. Kooperative, kollegiale Strukturen mit möglichst kurzen Wegen zwischen den beteiligten Fachdisziplinen und Fachärzten. Man muss sich kennen, schnell miteinander reden können, gemeinsame Behandlungsziele definieren, Informationen über die Patienten schnell austauschen und gemeinsam nutzen.

Ich sehe die Chance, dass über die neuen Strukturen auch sehr betreuungsintensive Krankheiten endlich einen angemessenen Rahmen zur Behandlung finden können. Leider sind neben den onkologischen Erkrankungen bisher nur einige sehr seltene Krankheiten unseres Fachgebietes vorgesehen. Und nach den aktuellen Informationen wird es noch mindestens ein Jahr dauern, bis für die ersten Krankheiten ASV-Teams gebildet werden können.

Alles andere liegt noch in weiter Ferne. So bleibt es wohl für die nächsten Jahre ein Traum, dass auch chronisch entzündliche Darmerkrankungen und das große Spektrum der Leberentzündungen, die den gastroenterologischen Spezialisten wesentlich häufiger beschäftigen und viel häufiger eine gute Zusammenarbeit über die Sektorengrenze erfordern, in die ASV aufgenommen werden.

Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)

Richtiges Kodieren in der Praxis

Kodierung ist in unserem eigenen Interesse

Im Jahr 1994 hat der Gesetzgeber mit dem Risikostrukturausgleich einen umfassenden Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt. Der Grund war, dass bis zum Jahr 1995 die meisten Versicherten den einzelnen Krankenkassen gesetzlich zugewiesen wurden. Einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gab es nicht. Seit dem Jahr 1996 können aber die Mitglieder zwischen den Krankenkassen frei wählen.

Das Solidarprinzip des GKV-Beitrages zur Krankenkasse besteht darin, dass er nicht vom Krankheitsrisiko des Einzelnen abhängt. Die Beiträge sind einkommensabhängig gestaltet, so dass Mitglieder mit hohem Einkommen Mitglieder mit niedrigerem Einkommen unterstützen. Weiterhin können Familienangehörige – z. B. ohne eigenes Einkommen – beitragsfrei mitversichert sein.

Gäbe es keinen Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, bliebe der Solidarausgleich auf die Mitglieder einer Krankenkasse beschränkt. In der Weiterentwicklung führte dies zum Gesundheitsfond und dem unter der Bezeichnung bekannten „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ kurz: „Morbi-RSA“.

So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich

Die Krankenkasse erhält für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV. Es erfolgen dann alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge sowie Zuschläge bei Erwerbsminderung, Krankengeld und Kostenerstatterfällen. Darüber hinaus werden Zu- und Abschläge für Auslandsversicherte berücksichtigt. Für die Einstufung nach Alter und Geschlecht hat das Bundesversicherungsamt 40 Gruppen gebildet, für die Erwerbsminderungsrentner sind sechs Gruppen und für die Einstufung in eine (zuschlagsauslösende) Krankheitsgruppe 155 Morbiditätsgruppen vorgesehen.

Wie kommt der Morbiditätszuschlag zustande? Hier sind die ärztlich dokumentierten Diagnosen gefragt. Sowohl ambulante Ärzte als auch Krankenhäuser müssen für ihre Abrechnungen mit den Krankenkassen jede Diagnose nach einem vorgegebenen Klassifikationssystem (ICD-10) verschlüsseln. Von den ca. 13 400 ICD-10-Codes stehen ungefähr 4 100 Codes mit einer der 80 ausgewählten Krankheiten in Verbindung und werden so einer der Morbiditätsgruppen zugeordnet.

Während die stationären Diagnosen stets zu einer Zuordnung zu einer Morbiditätsgruppe führen, erfolgt bei niedergelassenen Ärzten die Einstufung des Versicherten in eine Morbiditätsgruppe erst, wenn dieser das sogenannte M2Q-Kriterium (mindestens zwei Quartale) erfüllt. Dies bedeutet, dass die berücksichtigungs-

Tab. 1 Beispiele für die Höhe der täglichen / monatlichen Zuschläge für Kostenerstatterfälle (Quelle: Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2013)

Risiko- gruppe	Bezeichnung	monatliche Zu- und Ab- schläge je Versicherten	Zu- und Abschläge je Versichertentag
HMG001	HIV/AIDS mit Dauermedikation	1450,88	47,70
HMG015	Diabetes mit renalen oder multiplen Manifestationen	179,80	5,91
HMG019	Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	48,38	1,59
HMG020	Typ I Diabetes mellitus	159,84	5,25
HMG025	Terminale Lebererkrankung	490,33	16,12
HMG026	Leberzirrhose	97,99	3,22
HMG027	Chronische Virushepatitis ohne Dauermedikation	165,34	5,44
HMG033	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ohne Dauermedikation	57,99	1,91
HMG035	Hämophile mit Dauermedikation	18393,25	604,71
HMG051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	271,66	8,93
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	132,94	4,37
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom	65,62	2,16
HMG134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	348,84	11,47
HMG169	Schwere angeborene Fehlbildungen der Atmungs- und Verdauungsorgane	1589,13	52,25
HMG170	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells und der Verdauungsorgane	420,39	13,82
HMG174	Transplantation von Lunge, Graft-versus-host-Krankheit	1426,74	46,91
HMG175	Transplantation von Leber, Herz oder Pankreas	1009,39	33,19
HMG184	HIV/AIDS ohne Dauermedikation	352,55	11,59
HMG268	Lungenmetastasen, Metastasen der Verdauungsorgane, Tumorlyse-Syndrom	1290,16	42,42
HMG269	Metastasen sonstiger Lokalisation	919,28	30,22
HMG270	Lymphknotenmetastasen	676,73	22,25
HMG271	Bösartige Neubildung der Leber, des Pankreas sowie des ZNS	543,41	17,87
HMG272	Bösartige Neubildung des Ösophagus, Dünndarms, Peritoneums und Retroperitoneums, der Gallenblase, der Gallengänge	441,58	14,52
HMG277	Bösartige Neubildung der Prostata, des Kolons und multipler oder nicht näher bezeichneter Lokalisationen	84,97	2,79
HMG287	Ösophagusvarizen	267,57	8,80
HMG288	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation	505,69	16,63
HMG289	Chronische Hepatitis (nicht durch Viren bedingt), sonstige sekundäre Lebererkrankung	22,54	0,74
HMG290	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit Dauermedikation	264,35	8,69

fähige Codierung bei ambulanter Behandlung zweimal in unterschiedlichen Quartalen erfolgen muss. Bei einigen Krankheiten ist zusätzlich ein entsprechender medikamentöser Therapie-nachweis erforderlich (z.B. mindestens 183 Tagesdosen bei bestimmten chronischen Krankheiten).

Nach **Tab. 1** erhält die Krankenkasse pro nachweislich Versicherten mit entsprechendem Krankheitsbild somit einen erheblichen Zuschuss. Beispielsweise ist bei Kodierung einer Leberzirrhose ein monatlicher Zuschlag von 97 Euro, bei einer Hämophilie mit Dauermedikation von 18393 Euro möglich.

Bei fehlender oder unzureichender Kodierung in einer Region steht dieser, trotz erbrachter Leistung somit weniger Geld zur Verfügung. Insbesondere regionale Kassen werden hiervon erheblich benachteiligt. Letztlich gründen hieraus auch weniger

Möglichkeiten, z.B. im Rahmen regionaler Verhandlungen, ein zusätzliches Honorar zu erwirken. Aus diesem Grund sind die korrekte Kodierung der fachgebundenen Diagnosen, welche mit einem Diagnose bzw. Behandlungsaufwand einhergehend zwingend zu kodieren.

Dr. Ulrich Tappe
(Sprecher der Regionalgruppe Westfalen-Lippe im bng)



Dr.
Ulrich Tappe

Chronische Obstipation

Messung der Kolontransitzeit mit radioopaken Markern

Der anamnestische Verdacht auf eine Slow-Transit Obstipation kann mit Hilfe einer gastrointestinalen Transitmessung (GIT) mit radioopaken Markern objektiviert werden. Wir möchten zwei praktikable Wege der Kolontransitzeitmessung vorstellen.

Mit einer Prävalenz von bis zu 15 Prozent zählt die chronische Obstipation zu den häufigen Gesundheitsstörungen in Deutschland. Eine chronische Obstipation liegt vor, wenn von unbefriedigenden Stuhlentleerungen berichtet wird, die seit mindestens drei Monaten bestehen und mindestens zwei der folgenden Leitsymptome aufweisen:

- ▶ starkes Pressen
- ▶ klumpiger oder harter Stuhl
- ▶ subjektiv unvollständige Entleerung
- ▶ subjektive Obstruktion oder manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation bei 25 Prozent der Stuhlentleerungen
- ▶ weniger als drei Stühle pro Woche.

Wichtig ist dabei, dass es sich nicht um eine Befindlichkeitsstörung handelt, sondern dass die chronische Obstipation mit einer signifikanten Verminderung der Lebensqualität einhergeht und es daher einer Würdigung in Diagnostik und Therapie bedarf.

Von therapeutischer Bedeutung ist es, zwei Untergruppen der chronischen Obstipation abzugrenzen:

1. Die Outlet Obstipation ist eine Entleerungsstörung, bei der der zunächst normal weiter beförderte Darminhalt, im Enddarm nicht regulär entleert werden kann.
1. Bei der Slow-Transit-Obstipation handelt es sich um eine erhebliche funktionelle Passageverzögerung im gesamten Kolon, so dass die Kolontransitzeit über 72 Stunden (drei Tage) beträgt.

Typischerweise sind es Frauen, die von einer Slow-Transit-Obstipation betroffen sind und darüber berichten, dass sie seit der Pubertät weniger als zwei Stuhlgänge pro Woche haben, aber ansonsten kaum unter anderen Symptomen leiden.

Der anamnestische Verdacht auf eine Slow-Transit Obstipation kann mit Hilfe einer gastrointestinalen Transitmessung (GIT) mit radioopaken Markern objektiviert werden. Da der weit überwiegende Zeitanteil des Gesamttransits auf das Kolorektum entfällt, kann man die GIT als Maß des kolorektalen Transits einsetzen. Das Prinzip dieser Methode wurde 1969 von Hinton erstmals beschrieben.

Durchführung, Bezug und Kosten

Wir möchten zwei praktikable Wege der Kolontransitzeitmessung vorstellen.

1. Bei der Firma Sanochemica (Tel.: 02131/15108-0, www.sanochemia.de) erhältlich ist Colognost® (20,40€, Packung mit 10 Kapseln, die jeweils 24 strahlenundurchlässige Ringe enthalten). Laut der Produktinformation des Tests nimmt der Patient einmalig eine Kapsel mit 24 Ringen oral ein (Kosten 2,40€). Nach fünf Tagen wird dann eine Röntgen-Abdomen-Leeraufnahme durchgeführt. Bei 80 Prozent oder mehr ausgeschiedenen Markern (also weniger als fünf verbliebenen Markern) hat der Patient keine pathologisch verzögerte Kolontransitzeit. Dieser Test ist aufgrund der einmaligen Gabe der Marker eher ungenau.
2. Eine andere Form der Transitzeitmessung ist eine Messung, bei der der Patient über sechs Tage hinweg (oder bei Bedarf mehr als sechs Tage) morgens eine Kapsel mit jeweils zehn radioopaken Markern oral einnimmt (also insgesamt 60 Marker) und am 7. Tag (oder entsprechend später) eine Röntgen-Abdomen-Leeraufnahme mit Erfassung des Beckens durchgeführt wird. Durch die kontinuierliche Einnahme wird ein „steady state“ des Kolontransits geschaffen, was die Objektivität der Messung verbessert. Bei der Auswertung wird die verbliebene Anzahl der eingenommen 60 Marker mit dem Faktor 2,4 multipliziert. Der ermittelte Wert entspricht der



Prof. Dr.
Heiner
Kramer



Prof. Dr. Alex Herold

Kolontransitzeit in Stunden. Sind z. B. mehr als 30 Marker verblieben, entspricht das einer Kolontransitzeit von über 72 Stunden als Ausdruck einer Slow-Transit Obstipation.

Erhältlich ist dieser Test mit sechs Kapseln, die jeweils zehn

Marker unterschiedlicher Form enthalten (41,65€) bei Medical Instruments Cooperation (Tel.: 05221/122530 www.gi-produkte.de). Da bei diesem Test die Marker pro Kapsel unterschiedliche Formen besitzen, können diese bei der Auswertung zeitlich dem jeweiligen Einnahmetag zugeordnet werden. Wichtig ist und häufig vergessen wird, dass der Patient während der Testung ein tägliches Stuhlprotokoll durchführen muss, in dem neben dem Stuhlgang auch Besonderheiten, wie dringend erforderliche Laxantieneinnahme und Beschwerden, dokumentiert werden, um falsch negative Ergebnisse zu erkennen.

Erstattungsfähigkeit

Für den Gastroenterologen oder Koloproktologen gibt es für den Test keine Ziffer im EBM. Auch kann man nach Auskunft der KV-Baden-Württemberg die radioopaken Marker nicht als Sprechstundenbedarf bestellen oder auf Kassenrezept verordnen.

Die Röntgenuntersuchung des Hintontests wird vom Radiologen im EBM mit der Ziffer 34243 (Röntgen-Abdomen 1 Ebene) mit 270 Punkten abgerechnet. Somit würde der Radiologe die Marker erwerben und dem Patienten in einem Vorgespräch aushändigen. Dies könnte aus praktischen Gründen auch beim behandelnden Arzt, z. B. Gastroenterologen / Koloproktologen, erfolgen.

Der Nachweis einer Slow-Transit Obstipation durch die Kolontransitzeitmessung ist für die Diagnostik und Therapie eines schwer chronisch obstipierten Patienten, aber auch für die Erstattungsfähigkeit von Laxantien oder Prokinetika (z. B. Prucaloprid®) von großer Bedeutung. Da bei Patienten mit Slow-Transit-Obstipation u. a. ein Verlust an enterischen Nervenzellen (interstitiale Hypoganglionose) festgestellt wurde (Wedel T, Spiegler J, Söllner S, Roblick UJ, Schiedeck THK, Bruch HP, Krammer HJ (2002) Interstitial cells of Cajal and the enteric nervous system are concomitantly altered in patients with slow-transit constipation and megacolon. *Gastroenterology* 123: 1459–1467), kann man von einer (intrinsischen) neurogenen Darmlähmung sprechen. Die neurogene Darmlähmung ist, wie auch z. B. die opiatbedingte Obstipation, eine Ausnahmeindikation in der Erstattungsfähigkeit. Das heißt, dass Laxantien und Prokinetika nach den gültigen Arzneimittelrichtlinien bei diesen Patienten zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind.

Da diese Patienten regelmäßig und meistens dauerhaft Medikamente wie Makrogol, Bisacodyl, Natrium-Picosulfat oder Prucalopride benötigen, ist die Verordnung auf einem Kassenrezept mit dem Hinweis auf die Ausnahmeindikation „neurogene Darmlähmung“ (in der Patientenakte) möglich.

Informationen über den Bezug, Auswertungen sowie Vordrucke für Stuhlprotokolle sind gerne erhältlich über: Prof. Dr. med. H. Krammer, Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel.: 0621/401 011, krammer@magendarm-zentrum.de.

Prof. Dr. Heiner Krammer
(Sprecher der Fachgruppe Proktologie im bng)

Prof. Dr. Alex Herold (End- und Dickdarmzentrum Mannheim)

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
16.09.–18.09.2013	S3 Sedierungsleitlinienkurs	Mainz
06.09.–07.09.2013	Kapselendoskopiekurs	Hamburg
27.09.–28.09.2013	CED compact	Würzburg
11.11.–13.11.2013	S3 Sedierungsleitlinienkurs	Mainz
25.11.–27.11.2013	S3 Sedierungsleitlinienkurs	Mainz
06.12.–07.12.2013	Hepatitis Nurse	Berlin

Jobbörse

Gastroenterologe/-in gesucht

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

Köln und Umgebung gesucht

Gastroenterologe und erfahrener Endoskopiker sucht einen **fachinternistisch-gastroenterologischen KV-Sitz** zur Übernahme oder eine Assoziation mit bestehender gastroenterologischer Praxis. Zuschriften bitte unter gastro-koeln@gmx.de.

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Erfahren in Sonographie und Endoskopie (ERCP, Endosonographie, Gastro- und Koloskopie mit Interventionen) sucht ab sofort **Einstieg/Festanstellung in einer gastroenterologischen Praxis** in Leipzig und Umgebung. Rückmeldungen gerne per Email oder Telefon (01577-3976697).

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