

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert

bng

Editorial

Was uns 2018 auf jeden Fall beschäftigen wird

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

einige der folgenden Punkte werden 2018 auf jeden Fall unserer intensiven Aufmerksamkeit bedürfen, egal, ob sie im Rahmen einer Koalitionsvereinbarung festgelegt werden oder nicht.

Sektorenübergreifende Versorgung

Bereits August 2017 hat der GKV-Spitzenverband zwei Positionspapiere zur sektorenübergreifenden Versorgung formuliert. In dem einen geht es um die Verknüpfung der ambulanten und stationären Notfallversorgung. Das Nebeneinander von stationären und ambulanten Notfallambulanzen sollte aufgehoben und zentrale Anlaufstellen sollten unter einem Dach geschaffen werden. Ferner soll es nur eine Notfallnummer geben. Auch wenn es so nicht eindeutig formuliert wird, geht es überwiegend zu Lasten bzw. auf Kosten des ambulanten Versorgungssektors, da alle Änderungen kostenneutral formuliert werden.

Ein weiterer Punkt ist der Wunsch zur Gleichstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung in Praxis und Klinik. Hier soll es eine einheitliche Qualitätssicherung geben, d. h. auch in den Krankenhausambulanzen sollen die Leistungen auf Facharzteebe abgebildet werden. Bei derzeit z. T. deutlicher Differenz in der Vergütung ist auch hier eine Angleichung angestrebt. Zunächst erscheint dies positiv. Dann heißt es in dem Papier: „Kern der Vorschläge ist es, die Teilnahme von Krankenhausambulanzen an der ambulanten Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln“. Also keine Förderung der bereits bestehenden etablierten Strukturen

und Verzahnungen derselben, sondern nur Öffnung der Krankenhausambulanzen?

Erste Schritte wurden bereits im Bereich der ASV (ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung) getan, weitere Bereiche sollten nach dem Positionspapier aber noch folgen, so z. B. die Erweiterung des Kataloges für das ambulante Operieren (§ 115 SGB V), die Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116 SGB V), Hinzufügung von Versorgungssegmenten der psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) sowie Integration von Behandlungen der teilstationären und vollstationären Versorgung

(§ 39 SGB V). Die Finanzierung soll erneut kostenneutral aus den bestehenden Sektoren generiert werden. Auch wenn es einen eigenständigen Leistungskatalog geben sollte, so wird das Prinzip der Begrenzung von Preis und Mengenentwicklung beibehalten.

Ziel soll es weiterhin sein, nur noch zeitlich befristete Zulassungen auszusprechen und die Bedarfsplanung mit den Ressourcen der Klinikversorgung abzugleichen. Dieses Konzept der Planwirtschaft hat sich bereits in früheren Jahren nicht durchsetzen können und wird wenig zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.



Digitalisierung

Sich der Digitalisierung in der Medizin zu widersetzen, macht wenig Sinn. Google, Amazon und Apple setzen hier bereits Zeichen. Die Bewegungsmuster, Kaufinteressen etc. werden von jedem Kunden festgehalten und analysiert. Amazon weiß bereits jetzt meine Hobbys und bietet mir entsprechende Angebote an. Google und Apple sagen mir, wann ich nach Hause gehe bzw. wie der Verkehr auf dem Heimweg ist. In den neuen Autogenerationen werden verpflichtend ab 2018 Sender eingebaut, die miteinander kommunizieren können. Genauso wird aber auch mit den Gesundheitsdaten umgegangen. So sagt mir das Smartphone, wie viele Schritte ich gegangen bzw. Treppen ich gestiegen bin. Zahlreiche APPs lassen Blutzuckerdaten, Blutdruckwerte oder Körpergewichte dokumentieren und gleichen diese in der Cloud ab.

Es ist daher wichtig sich dieser Entwicklung zu stellen. Elektronischer Arztbrief, elektro-

nische Patientenakte, Videosprechstunde werden unaufhaltsam kommen. Muss dann nicht vor dem Hintergrund, dass jeder mittlerweile ein Smartphone mit zahlreichen gespeicherten Daten hat und hierüber z. B. das digitale Bezahlsystem aufgebaut wird, eine Gesundheitskarte als „Schnee von gestern“ bewertet werden? Hier sind Politik und Kostenträger gefordert, sich einer zeitgemäßen Entwicklung zu stellen.

Für uns niedergelassene Gastroenterologen bleibt es wichtig, unser Profil zu schärfen und uns weiter im gesamten Spektrum unseres Fachgebietes aufzustellen. Dazu gehört auch die Qualifikation unseres Fachpersonals. 2017 konnte z. B. die CED-Fachassistenz als bundesweite Weiterbildung anerkannt werden. Ein weiterer Schritt die Praxen weiter zu qualifizieren. Diese Versorgungsassistenz konnte bereits im Rahmen von CED Selektivverträgen Anerkennung finden.

Es bleiben somit außer der Bürgerversicherung noch weitere zahlreiche Themen, um die wir uns gemeinsam kümmern müssen. In diesem Rahmen sollte erwähnt sein, dass unter Rot-Grün auch das DRG-System in die Krankenhäuser eingeführt wurde. Dieses hat zu zahlreichen Fehlanreizen im Krankenhaussektor geführt und auf keinen Fall die Versorgung verbessert. Auch bei der Bürgerversicherung wird der von Herrn Lauterbach geforderte Qualitätsgewinn wohl offenbleiben. Wir bleiben am Ball.



Dr. Ulrich Tappe
(bng-Vorstand)

Praxisvertreter

Freier Mitarbeiter oder abhängig Beschäftigter?

Ob ein Praxisvertreter in selbstständiger Tätigkeit oder in abhängiger (sozialversicherungspflichtiger) Beschäftigung tätig wird, lässt sich nicht pauschal beantworten, sondern nur unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles. Während nach allgemeiner Auffassung in der Vergangenheit Praxisvertreter grundsätzlich als selbstständig tätige Ärzte qualifiziert worden sind, wird dies im Zuge von Überprüfungen durch die Deutsche Rentenversicherung Bund vermehrt in Zweifel gezogen.

Nach der ständigen Rechtsprechung der Sozialgerichte liegt eine abhängige, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung dann vor, wenn die beschäftigte Person in einen fremden Betrieb eingegliedert und dabei insbesondere hinsichtlich Zeit, Dauer, Ort und Art ihrer Tätigkeit weisungsgebunden ist. Eine selbstständige Tätigkeit ist demgegenüber gekennzeichnet durch die freie Gestaltung der Tätigkeit und der Arbeitszeit. Als weitere Merkmale für eine selbstständige Tätigkeit werden das Vor-

handensein einer eigenen Betriebsstätte und eines unternehmerischen Risikos angesehen (vgl. BSG, Urteil vom 30.4.2013, B 12 KR 19/11 R). Zur Beurteilung sind also allein die konkreten Umstände des Einzelfalles maßgeblich.

In diesem Zusammenhang ist zunächst auf eine (sehr alte) Entscheidung des BSG aus dem Jahr 1959 hinzuweisen, in der festgestellt worden ist, dass ein Vertreter eines niedergelassenen Arztes im Regelfall kein abhängiges Beschäftigungsverhältnis mit dem Praxisinhaber begründe (Urteil vom 27.5.1959, 3 RK 18/55). In dieser Entscheidung wird ausgeführt:

Der Vertreter trägt alleine die Verantwortung für die Behandlung der Patienten und die sachgemäße Fortführung der ihm anvertrauten Praxis. Er ist – anders als der angestellte Assistenzarzt – nicht in der Lage, die Verantwortung für sein ärztliches Handeln auf den Praxisinhaber „abzuwälzen“, und er ist andererseits aber auch nicht verpflichtet, dessen

Weisungen zu folgen. Seine Tätigkeit ist zwar nicht schon deshalb als selbständig anzusehen, weil er über die ärztliche Behandlung frei entscheiden kann, ein solches Recht könnte z. B. auch dem leitenden Arzt einer Krankenhausabteilung, der Angestellter ist, vertraglich eingeräumt sein; wesentlich ist vielmehr, dass der Vertreter darüber hinaus auch bei der Einteilung und Ausführung aller ihm als Arztvertreter obliegenden Arbeiten grundsätzlich nicht den Weisungen des Praxisinhabers unterworfen ist, sondern die Praxis in eigener Verantwortung führt [...]. Die in der Regel gegenüber dem Praxisinhaber bestehenden Verpflichtungen des Vertreters, die Praxis in der gewohnten und ausdrücklich vereinbarten Weise, d. h. in der Regel in den Praxisräumen und unter Einhaltung der üblichen Sprechstunden, fortzuführen und dabei auch die Kassenärztlichen Verpflichtungen [...] bei der Behandlung der Versicherten zu erfüllen, stellen vertragliche Bindungen gegenüber dem Praxisinhaber dar, die sich zwar auch auf die zu leistenden Dienste beziehen, deren Erfüllung der Vertreter aber aufgrund freier

Entschießung verspricht, ohne damit dem Praxisinhaber ein nach seinem Ermessen auszuübendes Weisungsrecht zuzugestehen. Würde der Vertreter dem Praxisinhaber ein derartiges Weisungsrecht einräumen, so würde er seinen Willen und seine Verantwortung dem Willen und der Verantwortung des Praxisinhabers unterordnen, um sich damit in persönliche Abhängigkeit, wie sie das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis kennzeichnet, begeben; er würde fremdbestimmte Arbeit leisten.

Beispielsweise hat auch das Bay. Landessozialgericht in einem Urteil vom 28.3.2012 (L 2 U 424/00) bestätigt, dass ein Praxisvertreter, der seine Tätigkeit weitestgehend selbst gestaltet, nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist. In diese Richtung geht auch eine Entscheidung des LSG Rheinland-Pfalz vom 20.4.2016 (L 4 R 318/14). Gleichwohl verbietet sich eine allgemeine Aussage. Dies können Sie an folgendem Beispiel erkennen:

Wenn ein Praxisinhaber für die Dauer von mehreren Wochen urlaubs- oder krank-

heitsbedingt abwesend ist und sich in der Praxis durch einen Praxisvertreter vertreten lässt, spricht in diesem Fall mehr dafür, dass dieser Praxisvertreter die Vertretungstätigkeit in selbstständiger Tätigkeit erbringt, jedenfalls dann, wenn er nicht nur seine inhaltliche, sondern auch seine organisatorische Praxistätigkeit weisungsfrei wahrnimmt. Wenn demgegenüber tageweise in der Praxis ein Vertreter beschäftigt wird (vorbehaltlich der vertragsarztrechtlichen Zulässigkeit), spricht dies eher dafür, dass dieser Vertreter seine Vertretungstätigkeit gerade nicht frei gestalten kann, da er bei einem tageweisen Einsatz stärker in die bestehende Praxisstruktur und -organisation eingegliedert sein wird, als ein Vertreter, der die Praxis eigenverantwortlich über mehrere Wochen in Abwesenheit des Praxisinhabers führt.

Wie der Vertrag im Einzelnen ausgestaltet ist, spielt insoweit eine untergeordnete Rolle. Allein aus der Tatsache, dass mit einem Praxisvertreter ein Vertrag über eine selbstständige Vertretung abgeschlossen worden ist, bedeutet nicht, dass es sich dann

tatsächlich auch um eine nicht sozialversicherungspflichtige Beschäftigung handelt. Es gilt für die juristische Beurteilung immer das „gelebte Vertragsverhältnis“ und nie die „Überschrift über einem Vertrag“.

Wer Zweifel an dem sozialversicherungsrechtlichen Status seines Praxisvertreters hat, sollte die Durchführung eines Statusfeststellungsverfahrens nach § 7a Abs. 1 Satz 1 SGB IV in Erwägung ziehen. Jedenfalls dürfen Sie sich nicht auf Musterverträge und deren Ausgestaltung verlassen.



Sven Rothfuß (Fachanwalt für Medizinrecht, Köln)

Der besondere Fall

Progressive familiäre intrahepatische Cholestase Typ 2

Wir berichten über eine 55 Jahre alte Patientin, die sich zur Abklärung erhöhter Leberwerte in unserer Ambulanz vorstellte. Sie berichtete, dass diese Laborveränderungen bereits vor Jahren nachgewiesen wurden und damals auch der Grund zu einer Cholezystektomie gewesen seien. Dabei wurden auch Gallensteine nachgewiesen, die Leberwertveränderung sei aber auch nach der Gallenblasenentfernung in gleicher Höhe nachzuweisen gewesen. Außerdem wurden abdominelle Beschwerden angegeben, die bevorzugt postprandial im gesamten Abdomen auftraten, Ikterus, Fieber oder ungewöhnliche Gewichtsveränderungen bestanden nicht.

Bei der Patientin waren aus der Anamnese multiple abdominelle Voroperationen aufgrund gynäkologischer Erkrankungen bekannt. Im Rahmen dieser Operationen wurden auch Adhäsionen beschrieben und eine

Adhäsiolektomie durchgeführt. Die Laborveränderungen zeigten das Bild einer Cholestase mit einer im Vergleich zur γ GT ungewöhnlichen Erhöhung der AP mit 260 U/l, GPT und GOT waren nur knapp über dem Normbereich erhöht, die γ GT dabei im Normbereich. Die weiteren Laborparameter, Serumelektrophorese, AMA, ANA, SMA sowie Virusserologie ergaben keine Auffälligkeiten. Wir bestimmten zusätzlich die Isoenzyme der AP, die ein Überwiegen der Leber-spezifischen AP zeigten. In der sonografischen Bildgebung zeigte sich eine normgroße Leber mit homogenem, gering verdichtetem Parenchymmuster, die Gallenwege waren nicht erweitert, die Gallenblase entfernt.

Aufgrund der unklaren abdominellen Beschwerden wurde zum sicheren Ausschluss einer möglichen Veränderung in und an den Gallenwegen ergänzend eine MRCP durchgeführt, die leicht irregulär konfigu-

rierte intrahepatische Gallenwege in dem linken Leberlappen beschrieb, ansonsten aber keine Veränderungen zeigen konnte. Da wir sonografisch den MRT-Befund nicht nachvollziehen konnten, konnten wir uns nicht zu einer ERC entschließen, zumal auch bei weiteren Kontrollen die Konstellation der Laborwerte (hohe AP bei normaler/gering erhöhter γ GT) erhalten blieb.

Wir führten deshalb zunächst eine molekulargenetische Untersuchung auf eine mögliche Mutation des ABCB-Gens durch. Hier konnte eine homozygote Mutation in dem ABCB-11-Gen nachgewiesen werden. Das ABCB-11-Gen codiert für einen Membrantransporter, der Taurocholat und andere Cholatkonjugate in die Galle transportiert. Mutationen führen zu einer progressiven familiären intrahepatischen Cholestase Typ 2. Häufiger kommt es allerdings zu einer benignen rekurrenden intrahepa-

tischen Cholestase Typ 2 (BRIC2). Diskutiert wird, ob Genträger ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung eines HCC haben.

Neben den klinisch symptomatischen Verläufen gibt es klinisch weitgehend unauffällige Verläufe mit lediglich einer geringen Erhöhung der Transaminasen. Typisch ist auch hier das gehäufte Auftreten einer Cholelithiasis/Cholezystolithiasis. Im Zusammenhang mit einer Hepatitis-C-Infektion konnte insbesondere bei der hier vorliegenden

Mutation auch das gehäufte Auftreten einer Leberzirrhose beobachtet werden. Insgesamt ist der Verlauf aber gutartig und führt selten zur Fibrose.

Ein Therapieversuch mit UDC ist sinnvoll und in der Literatur beschrieben und wurde auch bei der Patientin eingeleitet. Die ersten Laborkontrollen zeigen einen Abfall der AP.

Literatur beim Verfasser.



Dr. Gero Moog (Foto) und Dr. Alp Bastian (Fachpraxis für Gastroenterologie am Marienkrankenhaus in Kassel)

Empfehlenswertes Material für die Homepage

Videoclip zur Darmkrebsvorsorge

Der bng hat auf Initiative und mit Unterstützung des Integrativen Darmzentrums Bonn/Rhein-Sieg (IDZB) und der Barmer zusammen mit der Stiftung Lebensblicke und der ILCO einen Film zur Darmkrebsvorsorge produziert. Dabei ging es weniger um umfangreiche Aufklärung als vielmehr um Motivation, zur Darmspiegelung zu gehen. Wer das Leben genießen will, der sollte zur Vorsorgekoloskopie gehen. Zielgruppe des Filmes sind besonders familiäre Angehörige von Darmkrebspatienten und Männer, die die Vorsorgemöglichkeiten eher seltener

nutzen. Prominente sollten für die Vorsorgekoloskopie werben. Oliver Welke ist da sicher ein geeigneter Fürsprecher. Ich bin froh, dass ich ihn für diesen Film gewinnen konnte und er sowie A. Schürle sich hier ehrenamtlich engagiert haben. Die Produktion hat mit Planungen, Terminabsprachen, Entwicklung des Storyboards etc. fast das ganze Jahr gedauert. Der Film ist auf YouTube veröffentlicht und kann unter der Adresse <https://youtu.be/4AluN7WMPcY> verlinkt werden. Der Videoclip kann auch als iframe in die eigene Homepage eingebunden werden, und zwar

unter Verwendung des HTML-Codes, den YouTube unter „Teilen/Einbetten“ bereitstellt.



Priv. Doz. Dr. Christoph Schmidt (Projektleiter der „Initiative Familiärer Darmkrebs“ in der Fachgruppe Kolorektales Karzinom)

<https://www.youtube.com/watch?v=4AluN7WMPcY&feature=youtu.be>

Termine		
2. – 3.3.2018	Sachkundekurs Endoskopie	Wiesbaden
16. – 17.3.2018	Sachkundekurs Endoskopie	Nürnberg
16. – 17.3.2018	Hepatologischer Workshop	Iserlohn

Weitere Einzelheiten unter: <http://www.bng-service.de>.

Jobbörse	
Job-Sharing-Partner in Koblenz gesucht	gerd.hermesdorf@online.de
Gastroenterologe in Görlitz gesucht	gastroenterologie@octamed-goerlitz.de
Gastroenterologe im Raum München gesucht	gastropraxis.tp@gmail.com
MFA in Teilzeit gesucht	camilla.behn@gmx.de

Nutzen Sie die bng-Jobbörse unter: <http://www.bng-gastro.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