

# Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



## Editorial

### Das Preisdumping – Gastroskopie in der „Regelversorgung“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

In dieser Ausgabe der bng-Infos schildert Leopold Ludwig die positive Entwicklung im Rahmen der Selektivverträge in Baden-Württemberg. Sowohl die teilnehmenden Ärzte als auch die teilnehmenden Patienten profitieren von den dort vertraglich geschaffenen Strukturen. Die Vergütung der Gastroskopie ist in diesem vertraglichen Konzept doppelt so hoch wie in der sogenannten „Regelversorgung“.

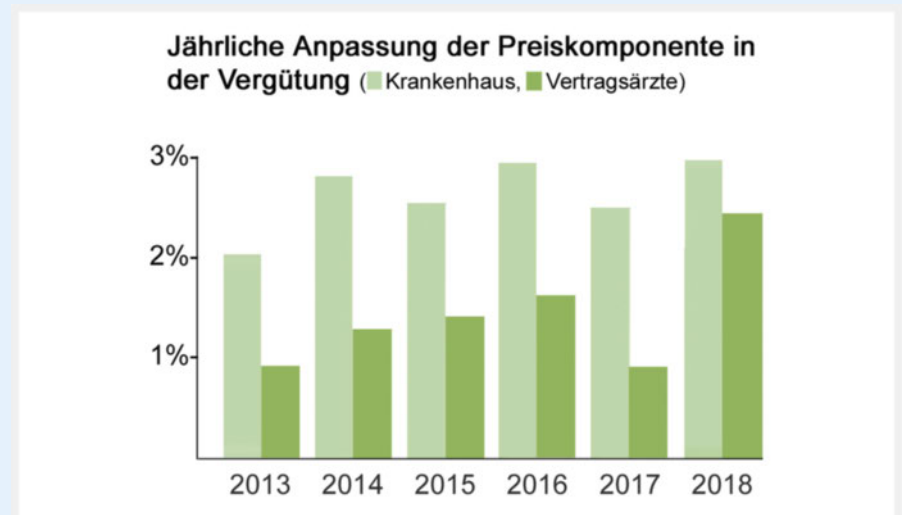
Warum ist die Unzufriedenheit mit der Vergütung der Gastroskopie so groß und wächst zunehmend? Ich habe für mich einmal die Eckdaten von Vergütungs- und Kostenentwicklung seit 2009 in meiner Praxis zusammengestellt (► **Tab. 1**). Dem stelle ich die allgemeine Vergütungsentwicklung in Praxis und Klinik (Daten des ZI) seit 2013 gegenüber (► **Abb. 1**).

Meine einfache Tabelle spricht nur die halbe Wahrheit. Steigende Kosten der Aufbereitung wurden ebenso wenig eingepreist wie die doppelte Zahl an Assistentinnen, die gegenüber 2009 wegen der Sedierungsassistenz bei einer Gastroskopie vorgehalten werden muss. Zusätzliche Effekte wie die Einrechnung der Gastroskopie in die Regelvolumina, die die Vergütung noch weiter senkt, sind ebenfalls nicht berücksichtigt.

Die Technik der Preisgestaltung im EBM will uns glauben machen, dass – durch Anpassung der Preiskomponente der „Technischen Leistung“ – Verwerfungen und Kostenentwicklungen „aufgefangen“ werden. Ich kann dies nicht erkennen; die Preisentwicklung im Bereich der Gastroskopie folgt exakt der allgemeinen Preisentwicklung im ambulanten

Bereich, die gegenüber dem stationären Bereich um 50 Prozent zurückliegt.

Aus unterschiedlichsten Gründen geht der Trend bei der Verwendung von endoskopischem Zusatzinstrumentarium der Kategorie „Kritisch B“ in Richtung der vollumfänglich verfügbaren Einwegprodukte. Nicht zuletzt bieten Einwegprodukte die größte



► **Abb. 1** Die jährliche Anpassung der Preiskomponente verläuft bei den Vertragsärzten und im Krankenhausbereich seit Jahren sehr unterschiedlich. Im Zeitraum 2013 bis 2018 stieg die Preiskomponente im Krankenhausbereich insgesamt um 15,8 Prozent, während die Vertragsärzte im selben Zeitraum lediglich 7,3 Prozent mehr erhielten. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI).

► **Tab. 1** Eckdaten von Vergütungs- und Kostenentwicklung seit 2009 in einer exemplarischen gastroenterologischen Praxis.

Jahr	2009	2012	2015	2018	Differenz gesamt
EBM-Preis	82,61 €	82,71 €	85,77 €	88,96 €	+ 7,7 %
Listenpreis Neugerät	19454,72 €			22372,00 €	+ 15,0 %
Tariflohn MFA (Tätigkeitsgruppe 2, 4.-6. Berufsjahr)	1632,00 €	1723,00 €	1964,72 €	2152,35 €	+ 31,9 %

Patientensicherheit, sodass in anderen europäischen Ländern die Verwendung von Mehrwegprodukten untersagt ist, wenn Einwegprodukte für sie als Ersatz zur Verfügung stehen. Zahlreiche Hersteller ziehen aus diesen Gründen derzeit ihre Mehrwegprodukte aus dem deutschen Handel zurück, sodass wir in naher Zukunft mit einer kompletten Umstellung des Endoskopiezubehörs auf Einmalprodukte rechnen und dies auch für sinnvoll erachten.

Auch dazu gehen Gedanken des GKV-Spitzenverbandes in die Richtung potenzieller weiterer Einsparungen. Man könnte ja aus der jetzigen technischen Leistung die Aufbereitungskosten und Personaleinsparungen für die dann nicht mehr vorhandene

Aufbereitung von Mehrwegprodukten „herausrechnen“ und bei der Erstattung von Einmalprodukten die technische Leistung dementsprechend kürzen – so die „Gedankenspiele“.

Ich kann davor nur warnen. Die Vergütung der Gastroskopie im EBM ist im Vergleich zum Aufwand inzwischen lächerlich und im europäischen Vergleich auf den letzten Plätzen. Kostendeckend kann diese Untersuchung kaum mehr erbracht werden. Wer eine angebliche Kostenersparnis bei der Verwendung von Einmalprodukten einpreisen möchte, muss zunächst die stattgehabten Kostensteigerungen ebenfalls vollumfänglich einpreisen.

Bereits 2009 gab es von niedergelassener Seite die Bereitschaft, notfalls für eine adäquate Vergütung dieser Leistung zu kämpfen und diese Leistung vorübergehend ambulant nicht mehr anzubieten.

Die betriebswirtschaftliche Kalkulation dieser Leistung hat sich seither eher nochmals deutlich verschlechtert. Meines Erachtens könnten daher die o. g. Gedankenspiele das Fass zum Überlaufen bringen.



**Dr. Albert Beyer**  
(bng-Vorstand)

## Erfolgsgeschichte

### Sieben Jahre Facharztvertrag Gastroenterologie

Im Januar 2011 startete in Baden-Württemberg der Facharztvertrag Gastroenterologie. Inzwischen hat er sich als bessere Alternative zur KV-Regelversorgung fest etabliert. Derzeit nehmen 175 Gastroenterologen des bng und des BNFI an dem Vertrag teil. Der Anteil der teilnehmenden bng-Mitglieder beträgt 80 Prozent.

Der Vertrag dockt an den 2008 gestarteten Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg mit mehr als 1,5 Millionen Versicherten an. Mittlerweile nehmen bereits knapp 40 Prozent aller AOK-Versicherten teil. Der HZV-Start bedeutete zugleich den Aufbruch in eine Selektivvertragswelt – ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung und mit Bereinigung der Vergütung. Entsprechend massiv war anfangs die Gegenwehr der Altstrukturen. In Baden-Württemberg gibt es unter der KV-Führung von Norbert Metke längst ein konstruktives Miteinander von Selektiv- und Kollektivvertrag, was allen Ärzten hilft.

Die Verträge bieten den teilnehmenden Ärzten insbesondere mehr Freiräume und Anreize für die Versorgung chronisch Kranker und multimorbider Patienten. Der

Chronikeranteil in der HZV ist daher mit 60 Prozent doppelt so hoch wie in der Regelversorgung. Derzeit gibt es insgesamt sechs Facharztverträge, die zusammen das AOK-Facharztprogramm bilden und rund 600 000 Versicherte versorgen. Voraussetzung für eine Teilnahme am Facharztprogramm ist die Einschreibung ins Hausarztprogramm, die sowohl vom Hausarzt als auch vom Facharzt vorgenommen werden kann. Der Anteil der Facharztprogramm-Teilnehmer stieg durch die Zunahme der Verträge in den letzten Jahren konstant, mit jährlichen Wachstumsraten im zweistelligen Bereich – von 18 Prozent in 2013 auf 39 Prozent im Jahr 2017.

Vertraglich festgelegt sind strukturierte Schnittstellen zwischen dem Haus- und den Facharztverträgen – zum Beispiel für das Überweisungsmanagement. Dafür gilt, dass die Weiterüberweisung/Weiterleitung an andere Fachärzte immer unter Einbeziehung (Information) des Hausarztes erfolgen soll. Auch die Terminvergabe ist vertraglich geregelt – etwa für reguläre Termine innerhalb von zwei Wochen.

Wir begrüßen diese bessere Versorgungssteuerung durch den Hausarzt. Der Wegfall

der Praxisgebühr (Q1/2013) führte zum Beispiel bei den Nicht-HZV-Versicherten zu einer deutlichen Zunahme unkoordinierter Facharztkontakte. Für die HZV-Versicherten

#### MEHR ANREIZE FÜR FACHARZT-VERTRÄGE!

Ohne die AOK Baden-Württemberg als innovativer Partner wäre diese positive Entwicklung so nicht möglich gewesen. Für die meisten Kassen ist der Kollektivvertrag zu bequem: Selektivverträge machen Arbeit und brauchen eine Anschubfinanzierung. Viele KVen, mit Ausnahme der KV Baden-Württemberg, unterstützen die Verträge nicht, weil sie von der Gesamtvergütung nichts abgeben möchten. Daher fordern wir von der Bundesregierung deutlich mehr Anreize für den Abschluss von Facharztverträgen. Dem Bundesministerium für Gesundheit liegen dazu Vorschläge vor, und wir hoffen sehr, dass sie baldmöglichst berücksichtigt werden. – Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland

blieben diese Kontakte auf einem unverändert niedrigen Niveau.

Auch wenn der Vertrag insbesondere zu Beginn Mehrarbeit erfordert hat, sind die meisten Kollegen, wie auch ich, mit der Entwicklung mehr als zufrieden: Der Fallwert

#### **KEIN BUDGET, KEINE ABSTAFFELUNG**

Der Gastro-Vertrag bietet uns die einzige Möglichkeit, für in der Regelversorgung völlig unterfinanzierte Leistungen ein höheres Honorar zu bekommen. So wird die Gastroskopie doppelt so hoch vergütet wie in der Regelversorgung – was auch bitter nötig ist. Anerkennenswert ist zudem, dass es kein Budget und keine abgestaffelten Preise gibt. Über Zusatzpauschalen würdigt der Vertrag in gewisser Weise auch, dass wir Patienten mit komplexen Krankheitsbildern wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa mehr Zeit widmen müssen, um sie adäquat behandeln zu können. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. – Dr. Karl M. Teubner, Stuttgart

liegt durchschnittlich rund 20 Prozent höher, es gibt kein Budget und keine Abstufung.

Zudem haben wir die Möglichkeit, regional aktiv mitzugestalten – nicht zuletzt auch dank des langjährigen Engagements unseres Partners MEDI Baden-Württemberg. Bestes Beispiel dafür ist die Bereitschaft und Flexibilität, die Darmkrebsfrüherkennung fundiert weiterzuentwickeln. Schon seit Beginn gibt es ein persönliches Einladungsverfahren zur Koloskopie für 55- bis 59-Jährige auf freiwilliger Basis. 2014 haben wir das auf die Altersklasse der 50- bis 54-Jährigen ausgeweitet und die Sinnhaftigkeit gemeinsam mit dem DKFZ in einer großen Studie an 85 000 Versicherten belegt. Gerade angelaufen ist eine weitere Studie mit dem DKFZ, die überprüft, welchen Nutzen eine Zusendung des neuen immunologischen Stuhlbluttests in der gleichen Altersklasse hat. Ergebnisse erwarten wir 2019.

Auch für die Patienten hat sich einiges verbessert, unter anderem die schnelleren Termine, in der Regel binnen zwei Wochen. Und sie sparen sich die Zuzahlung bei vielen rabattierten Medikamenten. Wichtig sind neue kostenfreie Leistungen, allen voran die Vorsorgekoloskopie ab 50.



**Prof. Dr. Leopold Ludwig**  
(Sprecher der Regionalgruppe Baden-Württemberg im bng)

#### **WÜRDIGUNG UNSERER LEISTUNGEN**

Ein Arzt kann nur dann gut arbeiten, wenn auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gut sind. Im deutschen GKV-System wird die Gastroskopie miserabel vergütet, was einer Herabwürdigung unserer Leistungen gleichkommt. Demgegenüber bietet uns der Facharztvertrag Gastroenterologie erhebliche Vorteile und wesentlich bessere Rahmenbedingungen. Für mich und meine Kollegen bedeutet das, wir müssen nicht husch, husch arbeiten, wir arbeiten motivierter – und können uns für unsere Patienten wieder mehr Zeit nehmen. – Dr. Hermann Paul, Heilbronn

### **Der besondere Fall**

## **Endoskopische Entfernung großer Adenome und Frühkarzinome im Rektum**

Große Rektumadenome stellen für den ambulant tätigen Endoskopiker eine besondere Herausforderung dar. Zum einen ist natürlich immer der zeitliche Aufwand zu berücksichtigen, den eine anspruchsvollere Resektion erfordert, zum anderen wird aber besonders im Rektum bei fraglicher Frühneoplasie wenn möglich eine En-bloc-Resektion gefordert. Neben der aufgrund der Kosten und der zeitlichen Beanspruchung für die ambulante Medizin obsoleten Technik der endoskopischen Submukosadisektion (ESD) bietet sich aber im ambulanten Bereich die seit Jahren bekannte endoskopische Mukosaresektion mit vorheriger submukosaler Umschneidung (CSI EMR) an.

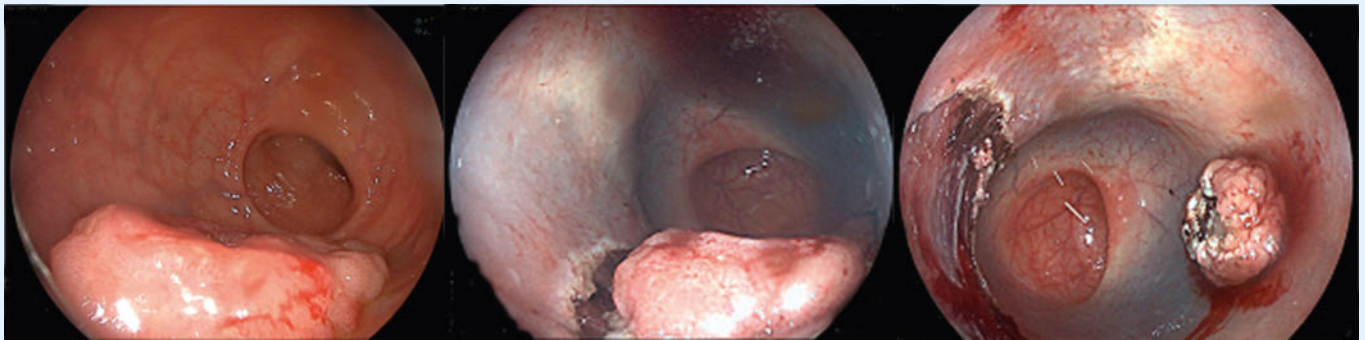
Bei dieser handelt es sich um eine Variante der EMR mit dem Ziel, eine „En-bloc“-Re-

sektion auch bei großen (> 2 cm Durchmesser) Läsionen zu erhalten. Dabei wird nach der Markierung und submukosalen Unterspritzung in Analogie zur ESD-Technik eine zirkumferenzielle Umschneidung der kompletten Mukosa um die Läsion herum vorgenommen. Anschließend wird eine HF-Schlinge entsprechender Größe in die Inzisionsfalte gelegt, die komplette Läsion gefasst, mit monopolarer Schneidestrom koaguliert und reseziert.

Größere Datenserien liegen für den Magen und vor allem aus dem Kolon für nonpolypöide Typ-IIa-Läsionen bis zu einer maximalen Größe bis 50 mm vor. Neben der schnellen Durchführbarkeit sind es vor allem auch die Kostenaspekte, die einen deutlichen Vorteil im Vergleich zur ESD aufweisen. Ins-

besondere die Verwendung der HF-Schlinge als „ESD-Messer“ ist aus Zeit- und Kostengründen interessant. Dabei wird nach ausgiebiger Unterspritzung der Läsion die Schlinge nur ein wenig ausgefahren, und es erfolgt die Umschneidung der Läsion mit der Spitze der Schlinge wie mit einem ESD-Messer oder einem Nadelpapillotom.

Am folgenden Beispiel soll dies exemplarisch bei einem 80 Jahre alten Patienten gezeigt werden, der sich bei pos. FOBT zu einer Koloskopie bei uns vorstellte. Es fand sich im mittleren Rektumdrittel ein großes, zentral eingesunken wirkendes Adenom (Paris-Klassifikation Typ IIa). Da die Veränderung größer als 2 cm war, wurde das Adenom als LST (lateral spreading tumor) mit der Spezifizierung „granular type“ eingestuft. Die rektale

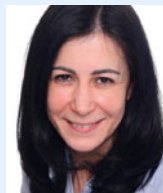


(v. li.) Adenom vor der Resektion; zirkumferenzielle Umschneidung; Zustand nach Resektion.

Endosonografie konnte eine Beteiligung der Muscularis ausschließen, eine Submukosainfiltration war fraglich. Kein Nachweis vergrößerter Lymphknoten, kein Nachweis einer Fernmetastasierung.

Der Tumor wurde ohne vorherige Biopsie en bloc in der beschriebenen Weise abgetragen. Die Maßnahme war komplikationslos, keine Nachblutung bei sorgfältiger Koagulation aller Gefäße in der Resektionsfläche. Histologisch zeigte sich ein 2,7 × 2,5 cm großes Rektumkarzinom; die endgültige histologische Klassifikation lautet: p T1, (sm2), pNx, L0, V0, R0. Der Tumor wird als Low-Risk-Karzinom eingestuft. Die übliche Nachsorge ist ausreichend.

Zusammenfassend ist die CSI EMR (circumferential submucosal incision prior to EMR) auch für den ambitionierten niedergelassenen Endoskopiker eine attraktive Option, um im Rektum größere Adenome en bloc zu entfernen.



**Dr. Alp Bastian**  
(Gastroenterologie am  
Marienkrankenhaus in  
Kassel)



**Dr. Gero Moog**  
(Gastroenterologie am  
Marienkrankenhaus in  
Kassel)



**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

**Termine**

07.09.–08.09.2018	Kurs Dünndarm Kapsel	Hamburg
12.09.–14.09.2018	G2-Basiskurs Sedierung für MFA	Mainz
13.09.2018	bng-MV im Rahmen der DGVS	München

Weitere Einzelheiten auf der bng-Service-Seite: <http://www.bng-service.de>.

**Jobbörse**

Gastroenterologe in Süddeutschland gesucht	Chiffre 18 070 200
Gastroenterologe in Ulm gesucht	dewitz@dr-von-dewitz.com

Nutzen Sie die Jobbörse auf der bng-Homepage: <http://www.bng-gastro.de>.