

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Gesundheitspolitik 2016

Nur Bedrohungen oder auch Chancen?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

was beschert uns die Gesundheitspolitik in 2016? Wir haben in den vergangenen zwei Jahren erlebt, dass Bundesgesundheitsminister Gröhe „nach Plan“ den Koalitionsvertrag abgearbeitet und dazu kräftig in die Gesetzeskiste gegriffen hat. Nun müssen viele der neuen gesetzlichen Bestimmungen umgesetzt werden, von KBV, KVen und vor allem dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der neuen Supermacht im Gesundheitssystem. Ich hoffe, dabei wird man mit etwas mehr Ruhe und Besonnenheit vorgehen als bei der Gesetzgebung, auch wenn der Gesetzgeber oft enge Fristen gesetzt hat.

Wir haben die Neuregelung der Bedarfsplanung mit der inzwischen allseits bekannten „Soll“-Regelung zum Aufkauf von Facharztpraxen in „übersorgten“ Gebieten. Ich erinnere daran, dass ganz Deutschland angeblich von fachärztlichen Internisten „überschwemmt“ ist: Überall liegt der Versorgungsgrad über 150 Prozent! Nun wissen zwar alle Beteiligten, dass hier keine echte Überversorgung vorliegt, weil die Anhaltzahlen in der Bedarfsplanung mit medizinischem Bedarf überhaupt nichts zu tun haben, sondern mangels Planungsgrundlage nur durch Festschreibung eines veralteten Ist-Zustands entstanden sind.

Ich hoffe, dass bei der Neuregelung im G-BA Besonnenheit herrscht und die Vernunft sich durchsetzen kann. Doch auch wenn die Umsetzung des Gesetzes noch nicht abgeschlossen ist, so ist die Absicht des Gesetzgebers eindeutig: Die Zahl der Facharztpraxen und der niedergelassenen Fachärzte soll sinken.

Gleichzeitig wird aber erwartet, dass mit der schrumpfenden Zahl von niedergelassenen Fachärzten die Wartezeiten auf Termine sinken. Um das sicherzustellen mussten die KVen zum 23.01.2016 „Terminservicestellen“ (TSS) einrichten (und wir müssen sie bezahlen!). Inzwischen läuft das System, je nach KV unterschiedlich gestaltet. Ich bin gespannt, was daraus wird. Es ist in unserem Interesse, dass die KVen belegen können, dass die TSS nicht notwendig ist: Wir alle müssen – wie bisher schon – offen sein, dringliche Patienten kurzfristig zu untersuchen und zu behandeln. Es sollte selbstverständlich sein, dass jeder Facharzt mit den zuweisenden Ärzten ein kollegiales Netz hat, das den Umweg über die TSS unnötig macht. Um aber ein Abwandern der Patienten (und des Geldes) an die Krankenhäuser zu verhindern, sollte jeder von uns einige Termine an die TSS melden. Das können natürlich nur einfache, kurze Sprechstundentermine sein, in

denen man die Weichen zu der evtl. erforderlichen weiteren Diagnostik und Therapie stellt. Da die TSS weder einen Wunschtermin noch einen Wunscharzt vermitteln kann, werden die Patienten vermutlich nicht



Franz Josef Heil

sehr begeistert von der Sache sein. Dass der GKV-Spitzenverband dabei gleich wieder Bösartigkeit von KVen und Ärzten vermutet, entspricht dem üblichen Reflex der Kassen.

Auch wenn ich hoffe, dass die Bedarfsplanung nicht zu einer existentiellen Gefahr für die niedergelassenen Fachärzte und die TSS keine erfolgreiche Sache werden wird, darf man aber eine konsequente Zielrichtung der Gröhe-Gesetze nicht übersehen: Die Freiberuflichkeit, Planungssicherheit und Entwicklung der niedergelassenen Fachärzte wird eingeschränkt. Die Politik setzt im Gesundheitssystem offensichtlich nicht mehr auf Ärzte in freier Praxis. Vielmehr werden die Krankenhäuser gestärkt, die Sektorengrenze einseitig geöffnet und die ambulanten Behandlungen in den Krankenhäusern gefördert: Unbudgetierte Vergütung für die Behandlung von TSS-vermittelten Patienten, Portalpraxen an den Krankenhäusern, unbeschränkte Zulassung der Universitätsambulanzen, Aufhebung der Vergütungsabschläge für ambulante Behandlungen, Verbesserung der Vergütung der Notfallbehandlung in Krankenhäusern.

Ich meine, die Gesundheitspolitik geht hier einen völlig verkehrten Weg. Deutschland ist mit den Ärzten in freier Praxis bisher hervorragend gefahren. Die niedergelassenen Ärzte sichern die vermutlich am besten funktionierende ambulante ärztliche Versorgung weltweit, und das zu unvergleichlich niedrigen Preisen. Niedergelassene Ärzte wissen doch viel besser als die Krankenhäuser, wie man ambulante Medizin macht! Die Zusammenarbeit über die Sektorengrenze hinweg sollte deshalb nicht von der stationären Seite her geplant werden, sondern wir freiberuflichen Ärzte sollten Modelle entwickeln, wie wir unser funktionierendes Praxissystem in die Kliniken tragen können. Das wäre ein mutiger Schritt und würde erhebliche Strukturänderungen in den Krankenhäusern erforderlich machen. Ich will aber die Hoffnung nicht aufgeben, dass es gelingen kann, Krankenhäuser und Politik davon zu überzeugen, dass hier eine große Chance liegt. Im SpiFa (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V.) haben wir uns auf den Weg gemacht, hier weiter zu kommen.

Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)

bng-Mitglieder-Befragung zur Terminvergabe

Terminvermittlungsstellen zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Alle niedergelassenen Fachärzte bekamen Mitte Dezember 2015 von Ihrer KV die Mitteilung, dass die gesetzlich beschlossenen Terminvergabestellen ab Januar 2016 von den regionalen KVen umgesetzt werden.

Wieso werden Terminvergabestellen eingerichtet?

Fachärzte sehen sich seitens der Politik immer wieder mit dem Vorwurf konfrontiert, dass gesetzlich versicherte Patienten zu lange auf Termine warten müssen, wohingegen privat Versicherte umgehend einen Facharzttermin erhielten. Dies führte im Koalitionsvertrag der großen Koalition 2013 zur politischen Forderung, dass sich dies ändern müsse. Der Gesetzgeber hat den Koalitionsvertrag jetzt umgesetzt. Eine zentrale Terminvergabestelle sollte regeln, dass ein GKV-Patient innerhalb einer Woche einen Termin beim Facharzt binnen vier Wochen erhält, wenn eine entsprechende Überweisung vorliegt und er sich an die Terminvergabestelle bei der jeweiligen KV wendet. Erhält er keinen Termin beim ambulanten Facharzt, so wird auf Kosten des Facharztbudgets durch die Terminvergabestelle ein Termin mit Behandlung im stationären Bereich gesucht.

Dieses Vorhaben bietet schon einiges an Brisanz! Die Umsetzung wurde der Selbstverwaltung überlassen. Die Rahmenbedingungen dazu wurden größtenteils nicht abgesteckt. Wer darf überhaupt den Dienst in Anspruch nehmen? Wie überprüft die Terminvergabestelle die Validität der Überweisung? Was ist mit auf Wochen bis Monaten planbaren Routineuntersuchungen? Wie erfährt man von freien Terminen in der Klinik? Muss dort ein Facharztstandard gelten?

Terminvergabe in der gastroenterologischen Praxis

In der gastroenterologischen Praxis müssen Untersuchungen geplant werden. Es gibt eine definierte Anzahl an Untersuchungen, die sich aus der Arbeitszeit des Arztes und den Untersuchungszeiten ergeben. Niemand möchte eine verkürzte Untersuchungs- oder Aufbereitungszeit auf Kosten der Sicherheit des Patienten und der Qualität der Untersuchung. Die Anzahl der Untersuchungen pro Arzt und Praxis sind begrenzt. Sehr viele Gastroenterologen klagen andererseits darüber, dass Vorstellung- und Untersuchungstermine ausfallen, weil Patienten unentschuldigt zu vereinbarten Terminen nicht erscheinen.



Horst Hohn

vereinbarten Terminen nicht erscheinen.

Wir wollten konkret wissen, wie viele Termine seitens der Patienten versäumt werden und welche zeitlichen Folgen daraus resultieren. Dazu starteten wir eine

Versäumte Aufklärungstermine zur Koloskopie (pro Quartal)

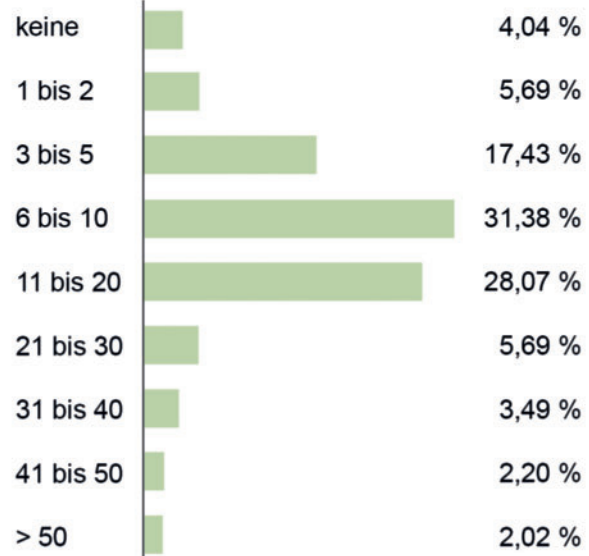


Abb. 1 bng-Mitgliederbefragung 2015, Quelle: Rudolf Loibl.

entsprechende Umfrage unter den bng-Mitgliedern. Von etwa 848 bng-Praxen gaben 560 Rückmeldung. Die Verteilung auf die Bundesländer war repräsentativ. Die Beteiligung an der Umfrage mit über 60 Prozent aller bng-Mitglieder war sehr hoch. Ein Zeichen dafür, dass alle Kollegen / innen sich angesprochen fühlten.

Versäumte Termine zur Koloskopie-Aufklärung?

Durchschnittlich erscheinen 15 Patienten pro Quartal und Praxis nicht zum vereinbarten Aufklärungstermin zur Koloskopie (Abb. 1). Bei einer Kalkulationszeit von zehn Minuten pro Gespräch fallen in den bng-Praxen über 2100 Stunden Zeit pro

Versäumte Termine zur Koloskopie (pro Quartal)

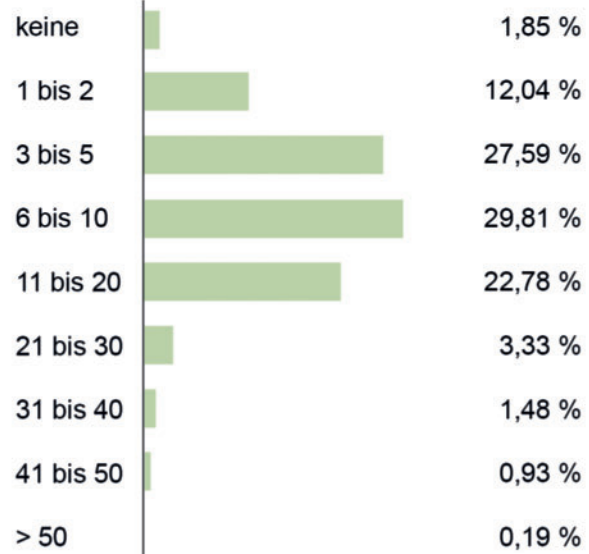


Abb. 2 bng-Mitgliederbefragung 2015, Quelle: Rudolf Loibl.

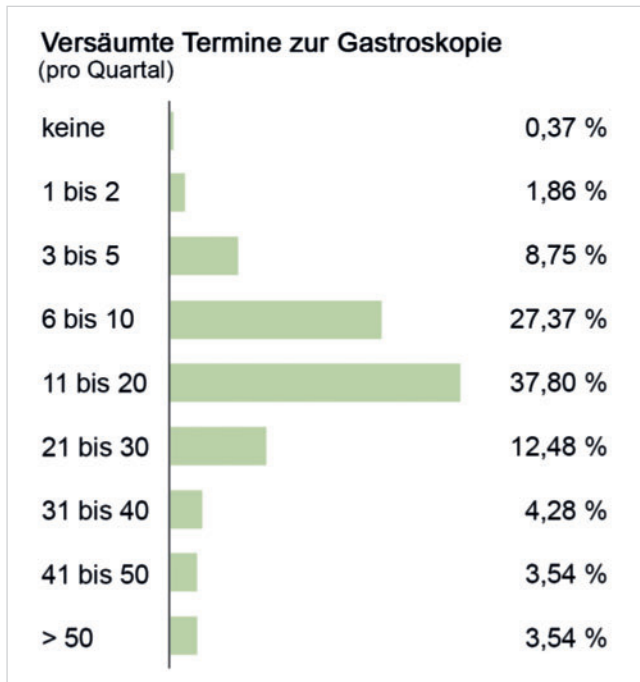


Abb. 3 bng-Mitgliederbefragung 2015, Quelle: Rudolf Loibl.

Quartal für den Patienten aus. Ein versäumter Koloskopie-Termin, für den i. d. R. zwischen 30 und 45 Minuten geplant wird, ist natürlich viel gravierender (Abb. 2). Dass Patienten überhaupt unentschuldig nicht zum Koloskopie-Termin erscheinen, ist erstaunlich.

Trotz erfolgter Aufklärung und Vorbereitung zur Koloskopie kommen durchschnittlich sechs bis zehn Patienten nicht zum vereinbarten Termin. Konkret bedeutet dies: durchschnittlich 6700 Stunden pro Quartal stehen die bng-Ärzte und deren Untersuchungsteam bereit, ohne dass Patienten dem vereinbarten Ter-

min nachkommen. Es wär interessant, die Motivation für das unentschuldigte Fehlen zu einem Koloskopie-Termin zu erfahren. Die meisten Praxen haben jedoch weder die Zeit, noch die Nerven, der Frage nachzugehen oder den finanziellen Verlust in Rechnung zu stellen.

Sehr spannend war die Frage nach den nicht wahrgenommenen Terminen zur Gastroskopie (Abb. 3). Gerade bei dieser Untersuchung kommt es oft zu langen Wartezeiten. Die korrekte Indikationsstellung soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Lange Wartezeiten machen jedoch deutlich, dass die Ressource Gastroskopie knapp ist.

Das Ergebnis der Befragung zeigt: Durchschnittlich fallen 15 Termine pro Quartal wegen unentschuldigtem Versäumnis seitens des Patienten aus. Dies entspricht einem Zeitbudget von drei bis vier Stunden pro Quartal pro Praxis (über 4000 Stunden in allen bng-Praxen/Quartal). Über die Motivation der Patienten kann nur spekuliert werden: Ist die Wartezeit im Schnitt zu lang, so dass sich das Problem von selbst erledigt hat (und / oder die Indikation nicht sicher war)? Hat der Patient sich in mehreren Praxen Termine geben lassen und den besten ausgesucht, ohne die anderen abzuzagen? Wurde der Patient inzwischen anderweitig versorgt?

Zusammengefasst wird deutlich, dass die Knappheit an der Ressource Facharzt auch durch unentschuldigtes Nicht-Erscheinen der Patienten verschärft wird. Alleine durch größere Termintreue von Patienten könnten sich die Wartezeiten beim Gastroenterologen verkürzen. Ob eine gesetzlich vorgegebene Terminvergabe bei der KV die Wartezeit beim Facharzt zu reduzieren vermag und wie diese Institution mit den vielen Alltagsproblemen in der Terminvergabe einer Facharztpraxis umgehen kann, darf gespannt abgewartet werden.

Dr. Horst Hohn
(Sprecher der Fachgruppe Kapselendoskopie im bng)

Krebsvorsorge in der gastroenterologischen Fachpraxis

Nützt ein Recall-System?

Zweifelsfrei stehen Vorsorge und Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (KRK) im Mittelpunkt der gastroenterologischen Fachpraxis. Zwar betreut die Fachpraxis keine primären, d.h. hausärztlichen Patienten, bei denen Risikoprofile anamnestisch zu erfassen sind und gesetzlich vorgegebene Vorsorgeprogramme beworben werden können. Aber der Gastroenterologe hat das Fachwissen, die Zulassung und Expertise, die Vorsorge durch endoskopische Leistungen zu erbringen und entsprechende Befunde zu bewerten.

Auch wenn sich in den letzten zwölf Jahren nur ca. 23 Prozent der Anspruchsberechtigten einer Vorsorgekoloskopie unterzogen haben, so führt doch diese Intervention in der Zusammenschau mit allen kurativen Koloskopien zu einem erkennbaren Rückgang der Morbidität und Mortalität des KRK. Statistiken des RKI sowie Studien aus dem deutschen Vorsorgeregister belegen dies. Dass sich dieser Trend trotz eines höheren demographischen Risikos (einer älter werdenden Bevölkerung) verstetigt, steigert die Aussagekraft zum tatsächlichen Nutzen der Prävention. Bei einer Indexkoloskopie findet sich je nach Anamnese in ein bis drei Pro-

zent aller Untersuchten ein KRK, bei ca. 20 bis 30 Prozent werden Adenome entdeckt, die mittels Polypektomie oder Biopsie entfernt werden können. In einer eigenen Untersuchung konnten wir zeigen: Wird ein asymptomatisches KRK bei einer Vorsorgekoloskopie festgestellt, so ist die Prognose dieses Tumors signifikant besser als wenn ein symptomatisches KRK im Rahmen einer kurativen Koloskopie entdeckt wird.



Dietrich Hüppe

Deshalb sollte es die Aufgabe der gastroenterologischen Praxis sein, Risikogruppen zu identifizieren und eine Überwachung zu organisieren. Zu den Risikogruppen für ein KRK gehören Patienten mit festgestellten Adenomen, einem familiären Darmkrebsrisiko oder nach erfolgter Darmkrebstherapie. Eine eigene Untersuchung an 1367 Patienten zeigt, dass ein entsprechendes praxisinternes Recallsystem eine hohe Akzeptanz erfährt, insbeson-

Save the Date bng-Jahrestagung 2016

21.04. – 23.04.2016 in Dresden



dere auch bei Männern. Durch ein solches Erinnerungsschreiben konnten mehr als 60 Prozent der Patienten motiviert werden, sich einer koloskopischen Kontrolle nach drei bis fünf Jahren zu unterziehen. Bei fast 40 Prozent fanden sich bei der Untersuchung neue oder inkomplett entfernte Adenome. Immerhin bei 0.5 Prozent der Kohorte stellte sich nach drei bis fünf Jahren ein Intervallkarzinom ein und wurde frühzeitig erkannt. Genetisch begründete Patienten mit familiärem Darmkrebs (z. B. HNPCC, FAP) sind in der Fachpraxis selten, bedürfen jedoch besonderer Aufmerksamkeit.

Andere Risikofaktoren wie Adipositas, Diabetes mellitus, vermehrter Alkoholkonsum oder Schilddrüsenfunktionsstörungen können in der fachärztlichen Praxis nicht adressiert werden. Hier kommt der hausärztlichen Betreuung von Risikogruppen Priorität zu.

Im Rahmen der Abklärung von Oberbauchbeschwerden, Reflux oder gastrointestinalen Blutungen werden selten Karzinome im oberen Gastrointestinaltrakt in der Fachpraxis entdeckt. Nur bei 0.3 bis 0.4 Prozent aller Untersuchungen finden sich Ösophagus- oder Magenkarzinome. Ein Risikofaktor für die Entstehung eines Adenokarzinoms des Ösophagus ist das Vorliegen eines Barrett-Ösophagus. Leitlinien empfehlen hier regelmäßig Kontrollen. Auch hier hat unsere Praxis ein Recallsystem für entsprechende Patienten etabliert. Die Teilnahme rate in Folge des Recalls ist auch hier hoch, die Effizienz jedoch gering. Zumeist stellen sich Patienten mit einem schon manifesten Karzinom neu vor oder sind dem Recall nicht gefolgt.

Risikofaktoren für ein Karzinom im Magen stellen der Helicobacter pylorus, ein nicht abheilendes Ulcus ventriculi und ein familiäres Magenkrebsrisiko dar. Insbesondere bei Risikogruppen empfehlen wir die HP-Eradikation. Patienten mit einem Ulcus ventriculi, das nicht abheilt, und Personen mit familiärem Magenkrebsrisiko sollten regelmäßig überwacht werden.

Eine gastroenterologische Fachpraxis, soweit sie sich in der Betreuung von Patienten mit CED und chronischen Lebererkrankungen engagiert, wird weitere Patienten mit erhöhtem Krebsrisiko identifizieren. So bedürfen Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn mit hoher entzündlicher Aktivität im Langzeitverlauf nach aktuellen Leitlinien regelmäßiger endoskopischer Kontrollen. Nach eigenen Erfahrungen und aktuellen Untersuchungen sollten jährliche Kontrollen jedoch in Frage gestellt werden, insbesondere wenn es durch effektive Medikamente gelingt, eine Remission und Mucosaheilung der Erkrankung zu erzielen.

Die Leberzirrhose ist schon lange als Präkanzerose bekannt. Erschien die Zirrhose noch vor 25 Jahren als prognostisch „unumkehrbare“ Erkrankung, so kann heute oftmals der „Treiber“ der Leberentzündung (chron. Hepatitis C, chron. Hepatitis B, Alkohol, Eisen bei Hämocromatose, PBC, NASH) durch effektive Therapien gestoppt werden. Infolge dessen bilden sich bei einem Teil der Patienten nicht fortgeschrittene Leberzirrhosen zurück. Die Elastographie (Fibroscan®) ist eine exzellente Methode, einen solchen Bindegewebsrückbau zu überwachen. Dennoch bleibt das Risiko, insbesondere bei fortgeschrittenen Zirrhosen, dass ein Leberzellkrebs (HCC) oder cholangiozelluläres Karzinom (CCC) in der zirrhotischen Leber entsteht. In einem eigenen Zirrhosekollektiv von mittlerweile fast 400 Patienten hat sich in den letzten acht Jahren bei fast 20 Prozent ein HCC oder CCC entwickelt. Durch Früherkennung kann die Prognose durch effektivere Behandlungsmöglichkeiten einschließlich LTX deutlich verbessert werden. Dies begründet eine sorgfältige Überwachung dieser Patienten durch Ausschaltung oder Kontrolle des „Entzündungstreibers“, Sonographie und AFP-Bestimmung und lässt ein Recallsystem auch hier sinnvoll erscheinen. Denn in einer auch hepatologischen ausgerichteten Fachpraxis wird der Anteil dieser Tumorprieten aufgrund der verbesserten Therapie der Grunderkrankung und dem damit einhergehenden längeren Überleben eindeutig zunehmen.

Dr. Dietrich Hüppe
(Sprecher der Fachgruppe Kolorektales Karzinom im bng)

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
04.–05.03.2016	bng-Workshop Sonographie	Regensburg
11.–12.03.2016	Sachkunde Endoskopie für MFA	Bonn-Hardtberg
21.–23.04.2016	bng-Jahrestagung	Dresden
22.–23.04.2016	Sachkunde Endoskopie für MFA	Berlin
29.–30.04.2016	Hepatol. Workshop	Heidelberg
22.–23.07.2016	Hepatol. Workshop	Ulm

Weitere Einzelheiten auf der bng-Service-Seite: <http://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