

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert

bng

Terminservicestellen

Lösung des Problems „Wartezeiten“?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Einer der „Aufreger“ im Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ist die Einrichtung von Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Mal abgesehen von den Kosten, die völlig unnötig entstehen und natürlich – wer hätte anderes erwartet – von den niedergelassenen Kassenärzten aufzubringen sind, so fehlt mir auch aus anderen Gründen das Verständnis für diese Maßnahme.

Es ist sicher allgemeine Auffassung bei den niedergelassenen Ärzten, dass mit den Servicestellen ein Luxus- und Neidthema bearbeitet bzw. befriedigt werden soll: Privatpatienten werden angeblich bevorzugt behandelt und müssen kürzer als Kassenpatienten auf einen Termin warten. Nur darum geht es. Was ist da aber wirklich dran? Und können die neu einzurichtenden Servicestellen diese angeblichen Probleme lösen?

Jeder von uns weiß, dass es in Deutschland keinen relevanten Unterschied zwischen der medizinischen Behandlung von Privat- und von Kassenpatienten gibt. Alle Patienten werden nach dem aktuellen wissenschaftlich-medizinischen Standard behandelt. Zum Glück gibt es bei uns bisher für Kassenpatienten gar keine schlechtere Medizin als für Privatpatienten, auch wenn immer mehr Kassenpatienten inzwischen befürchten, dass ihre Kasse ihnen eine gute Versorgung nicht mehr anbietet, d.h. die sogenannte WANZ-Medizin nach SGB-V nicht mehr dem besten medizinischen Standard entspricht. Ich glaube, noch ist die Befürchtung unbegründet. Ob es langfristig so bleibt, wage ich allerdings zu bezweifeln. Vielleicht erhalten wir neue Antworten auf dem

berufspolitischen Vormittag „Steigende Therapiekosten heute – Ende der Therapiefreiheit morgen?“ am 2. Mai 2015 auf unserer bng-Jahrestagung in Hamburg.



Dr. Franz-Josef Heil

Es bleibt also das Terminproblem übrig:

Privatpatienten erhalten vielerorts schneller einen Termin. Dabei wäre das, wie ich schon vor Jahren geschrieben habe, leicht zu ändern: Abschaffung der Budgetierung, damit die Praxen die zu erbringenden Leistungen auch bezahlt bekommen. Wartezeiten für Kassenpatienten sind systembedingt und keine bösartige Marotte von niedergelassenen Ärzten. Ärzte sitzen auch nicht Däumchen drehend in der Praxis und warten auf den nächsten Privatpatienten. Es ist außerdem schwer nachzuvollziehen, wie 11 Prozent Privatpatienten, die auch noch seltener zum Arzt gehen als Kassenpatienten, die deutschen Praxen verstopfen sollten. Selbst ohne die Privatpatiententermine würde sich an der Situation nichts ändern. Wobei man nicht übersehen darf, dass auch Privatpatienten Menschen sind, die einen Anspruch auf medizinische Versorgung haben.

Natürlich führen auch echte Kapazitätsgrenzen zu unvermeidbaren Wartezeiten. Eine Endoskopie kann nicht beschleunigt werden, und die Ressource „Arzt“ ist begrenzt. Wie aber soll eine Terminservicestelle dieses Kapazitätsproblem lösen? Sie kann möglicherweise Termine bei Kollegen vermitteln, die nicht ausgelastet sind. Das wird vermutlich nicht der Wunsch der anfragenden Patienten sein. Und es darf die Frage erlaubt sein, warum in einer Region die eine Facharztpraxis überlaufen ist und entsprechend lange Wartezeiten hat, während vielleicht in einer

16. Gesprächsforum Gastroenterologische Praxis

bng-Jahrestagung mit Vorstandswahlen - 30.04. bis 02.05.2015 in Hamburg

Nachbarpraxis Kapazitäten frei sind. Könnte das etwas mit der Beliebtheit oder sogar fachlichen Kompetenz zu tun haben? Wiederholt habe ich Politikern die süffisante Frage gestellt, wo sie eher abends mit Freund oder Familie essen gehen möchten: In einem Restaurant, wo man zuvor rechtzeitig einen Tisch reservieren muss, oder in einem Lokal, in dem die Tische alle leer sind. Mein Eindruck: Den Vergleich versteht jeder.

Ich erwarte also, dass der Patient mit dem Angebot der Terminservicestelle nicht glücklich sein wird. Auch der Verweis auf eine Krankenhausambulanz, bei der nicht einmal bekannt ist mit welcher Qualifikation („Facharztstandard“) welcher Arzt behandeln wird, wird daran nichts ändern. Außerdem wird hiermit der Grundsatz der freien Arztwahl erheblich beeinträchtigt. Dass die unklare und möglicherweise höhere und unbudgetierte Bezahlung der vermittelten ambulanten Behandlung im Krankenhaus aus dem Topf der niedergelassenen Fachärzte eine dreiste Ungerechtigkeit darstellt, will ich nur andeuten.

Hinzu kommt als Problem für die Terminservicestelle, dass es keine einfache Sache ist, einen Termin mit einem Patienten zu vereinbaren. Jeder Praxisinhaber weiß, dass die Terminvergabe nichts für Anfänger ist. Man setzt keine Auszubildende ans Telefon, sondern braucht eine erfahrene MFA, die das Fachgebiet und die Besonderheit der eigenen Praxis gut kennt. Sie muss oft mit viel Einfühlungsvermögen und aufwendigen Nachfragen erst mal ermitteln, um was es eigentlich geht, was auf der Überweisung steht und wie dringlich die Überweisung ist. Erst danach kann ein geeigneter Termin gesucht werden, der in der Praxis frei ist und auch noch dem Patienten passt. Auch eine erfahrene MFA in einer gastroenterologischen Praxis könnte eine Terminvergabe

sicher nicht so ohne weiteres für eine Kinderarztpraxis machen und umgekehrt. Wie das Personal einer Terminservicestelle eine Terminvermittlung für alle Fachrichtungen beherrschen soll, ist mir unklar. Es kann also nur ein ungezielter, allgemeiner Termin angeboten werden, was letztlich zu unnötigen Nachfolgeterminen führen wird, also Zeitverschwendung darstellt.

Sollen wir, um das Problem Wartezeit zu lösen, eine freie Sprechstunde anbieten? So z. B. eine Stunde pro Woche, wo jeder Patient ohne Anmeldung hinkommen kann bzw. kurzfristig einen Termin wahrnehmen kann. Das Zeitfenster pro Patient müsste in dieser Sprechstunde natürlich drastisch auf ein bis zwei Minuten pro Patienten vermindert werden. Man könnte dann zeitnah entscheiden, ob der Patient wirklich einen schnellen Termin benötigt oder nicht. Mehr als eine Notfalleinweisung und -behandlung erfolgt zwar nicht, aber das Problem Wartezeit wäre zumindest vordergründig weg. Eine befriedigende Form der Behandlung wäre so allerdings sicher völlig unmöglich. Der Nutzen für den Patienten ist gering, die Kosten würden unnötig steigen. Da erscheint eine sinnvolle Auswahl durch den Hausarzt, den unsere Patienten in der Regel vorher aufsuchen, sinnvoller.

Alles zusammen sehe ich nicht, dass die Einrichtung einer Terminservicestelle bei der KV zu einem Nutzen für die Patienten oder einer Verbesserung der fachärztlichen Versorgung führen wird. Da die Politik keine Anstrengung macht, über eine wirksame Lösung von Versorgungsengpässen nachzudenken, sucht sie ein Feigenblatt, das zwar nur politischer Aktionismus ist, aber uns niedergelassene Ärzte viel Geld kosten wird.

Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)

Experten-Workshop der Stiftung LebensBlicke

Bagatellpolypen als Kostentreiber?

Am 4.2.15 traf sich auf Einladung der Stiftung LebensBlicke eine Expertenrunde, um von verschiedenen Seiten zu beleuchten, welche Bedeutung (erhabene) kleine Polypen im Kolon haben. Anlass des Treffens waren immer wieder auftretende Diskussionen mit den Kostenträgern, dass durch Abtragung von Bagatellbefunden unnötige und teure Kontrollkoloskopien generiert würden.

Die Teilnehmer des Workshops waren Gastroenterologen aus Kliniken und Praxen, Pathologen und Vertreter der Stiftung LebensBlicke. Für unseren Verband war es sehr erfreulich, dass der Organisator des Meetings, unser Ehrenmitglied Prof. J.F. Riemann, auch drei Vertreter des bng eingeladen hatte. So konnten vom wissenschaftlichen Hintergrund bis hin zu ganz praktischen Implikationen wie Kosten und Abrechnung viele Aspekte erörtert werden.

Einig war man sich, dass grundsätzlich die Abtragung auch jedes kleinen Polypen erfolgen sollte und die Technik der „kalten Schlinge“ in Deutschland aus Kostengründen leider noch nicht ausreichend etabliert werden konnte. Diskutiert wurde u. a., ob und unter welchen Umständen man eine „Resect and Discard“-

Strategie empfehlen kann, die in den USA immer mehr praktiziert wird. Aus verschiedenen Gründen, wie z. B. der viel niedrigeren Kosten für die pathologischen Untersuchungen in Deutschland, kann man derzeit dieses Verfahren nicht ohne Einschränkungen empfehlen.

Klar wurde auch, dass die Koloskopie nicht beschleunigt werden darf, d. h. eine Erhöhung der „Produktivität“ nicht ohne Qualitätsverlust möglich ist. Anzustreben ist außerdem eine vollständige (Online-)Dokumentation aller Koloskopien und Polypektomien, wie es sie für die Vorsorgekoloskopie seit 2002 gibt. Dazu sei angemerkt, dass es bereits einen praktikablen Vorschlag für einen aktualisierten, EDV-fähigen Dokumentationsbogen gibt, der zusammen mit Vertretern der Felix-Burda-Stiftung, dem BDI, dem bng, dem BVGD und der KBV 2014 beschlossen wurde. Leider konnte eine Umsetzung bisher nicht erreicht werden.

Nach einer fruchtbaren und lebhaften Diskussion wurde als Ergebnis ein Positionspapier erstellt, das in der ZfG veröffentlicht werden soll. Der bng kann als eigenes Fazit feststellen, dass das Treffen eine überaus spannende und wertvolle Diskussion ermöglichte mit wichtigen Konsequenzen auch für die finanzielle Bewertung der Koloskopie. Der Stiftung LebensBlicke und insbesondere seinem Vorstand J. F. Riemann von unserer Seite ein Dankeschön und Glückwunsch zu dieser gelungenen Aktion.

Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)

Stiftung LebensBlicke

Engagement für die Darmkrebsvorsorge

Die Stiftung LebensBlicke präsentiert jeden Monat auf ihrer Website www.lebensblicke.de eine öffentlichkeitswirksame Aktion oder Veranstaltung, die von einem ihrer bundesweit rund 200 Regionalbeauftragten (RB) durchgeführt wurde. RB setzen sich für die Information über die Vorsorge und Früherkennungsangebote zur Darmkrebsvermeidung ein, wobei die Zielgruppe in der Regel die breite Öffentlichkeit ist.

Als „RB des Monats“ ausgezeichnet werden Regionalbeauftragte, die sich besonders in Sachen Darmkrebsvorsorge und Früherkennung engagieren, sei es durch außergewöhnliche Aktionen, interessante Projektarbeiten, öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen, Pressegespräche oder ähnliches mehr. In den letzten Monaten haben sich hier drei bng-Mitglieder besonders hervorgetan und wurden dementsprechend ausgezeichnet.

Im Dezember 2014 wurde diese Ehre Dr. Siegfried Heuer aus Bielefeld zuteil. In den Jahren 2012 bis 2014 hat er einen Artikel zum Thema Darmkrebs und Darmkrebsvorsorge in der Apothekenumschau veröffentlicht und sich in der Aktion „1.000 mutige Männer für Bielefeld“ maßgeblich engagiert. Außerdem hat er im WDR über dieses wichtige Thema gesprochen.

Der RB im Januar 2015, unser bng-Regionalvorsitzender Prof. Dr. Leopold Ludwig, hat im letzten Jahr gemeinsam mit der AOK in Baden-Württemberg die Informationskampagne „Darmcheck“ ins Leben gerufen, bei der über 100.000 Versicherte im Alter zwi-



Prof. Dr. Leopold Ludwig, Prof. Dr. Stephan Miehle, Dr. Siegfried Heuer.

schen 55 und 59 Jahren angeschrieben wurden. Erste Analysen deuten darauf hin, dass sich die Teilnahmequote an der Darmkrebsvorsorge dadurch signifikant erhöht hat.

bng-Mitglied Prof. Dr. Stephan Miehle wurde im Februar 2015 für vorbildliche interdisziplinäre Zusammenarbeit in seinem Facharztzentrum in Hamburg Eppendorf ausgezeichnet. In der Vorsorge wird u.a. gezielt Wert auf die Information von erstgradigen Verwandten von Darmkrebspatienten gelegt, die ausführlich über das dadurch deutlich erhöhte familiär bedingte Risiko hingewiesen werden. Die betroffenen Darmkrebspatienten selbst werden in regelmäßigen Tumorkonferenzen engmaschig versorgt.

Der bng ist stolz auf die engagierte Arbeit seiner Mitglieder und möchte herzlich zu dieser Auszeichnung gratulieren. Wenn auch Sie Mitglieder kennen, die sich für unsere Sache stark einsetzen, freuen wir uns über Ihren Hinweis. Schreiben Sie diesen an loibl@bng-gastro.de.

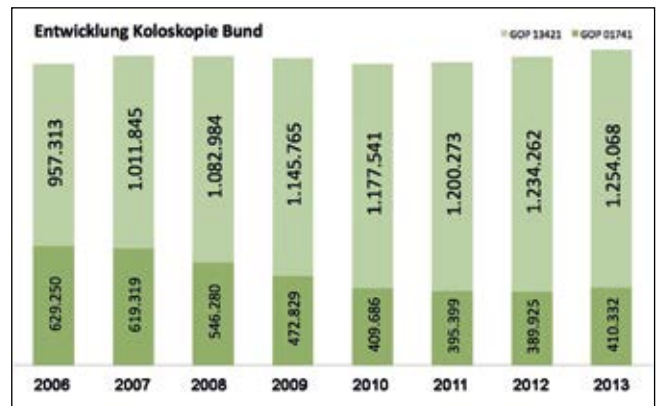
Rudolf Loibl (bng-Verbandsmanager)

Weithin sehr stabil

Koloskopie im Überblick

Jährlich fragt der bng die Anzahl der durchgeführten kurativen und präventiven Koloskopien bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV ab und analysiert die Daten. Betrachtet man den Zeitraum von 2006 bis 2013 (die Zahlen von 2014 werden erst im Mai von der KBV ermittelt), zeigt sich ein von uns schon seit Jahren festgestellter Trend zu bewahren: Es passiert wenig. Eine Steigerung von insgesamt 4,91 Prozent über acht Jahre ist wohl eher als Stagnation zu bezeichnen.

Die Vorsorgekoloskopien (GOP 01 741) sind erfreulicherweise in 2013 gegenüber dem Vorjahr erstmals wieder gestiegen, doch in den Vorjahren waren diese immer rückläufig. Es scheint hier einen leichten Trend nach oben zu geben. Offensichtlich tragen die Bemühungen von Institutionen wie der Felix-Burda-Stiftung oder der Stiftung LebensBlicke, aber auch zahlreiche regionale



Vorsorgekampagnen unserer Mitglieder langsam Früchte und das Bewusstsein der Bevölkerung, sich vor Darmkrebs zu schützen, steigt.

KV	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vorsorge	629.250	619.319	546.280	472.829	409.686	395.399	389.925	410.332
Im Vergleich zum Vorjahr:		-1,58%	-11,79%	-13,45%	-13,35%	-3,49%	-1,38%	5,23%
Im Vergleich zu 2006:		-1,58%	-13,19%	-24,86%	-34,89%	-37,16%	-38,03%	-34,79%
kurativ	957.313	1.011.845	1.082.984	1.145.765	1.177.541	1.200.273	1.234.262	1.254.068
Im Vergleich zum Vorjahr:		5,70%	7,03%	5,80%	2,77%	1,93%	2,83%	1,60%
Im Vergleich zu 2006:		5,70%	13,13%	19,69%	23,00%	25,38%	28,93%	31,00%
Gesamt im Vergleich zu 2006:		2,81%	2,69%	2,02%	0,04%	0,57%	2,37%	4,91%

Die Gesamtzahl der Koloskopien steigt in den acht Jahren nur wenig, obwohl man aus medizinischen und demografischen Gründen mit einem stärkeren Wachstum rechnen müsste. Von den manchmal geäußerten Vorwürfen, dass die Zahl dieser unbudgetierten Leistungen ohne medizinische Begründung aus pekuniären Gründen ansteige, kann augenscheinlich nicht die Rede sein.

Der besondere Fall

Unklarer Befund bedeutet nicht immer Reizdarm

Die Patientin, die sich zunächst zum Gespräch, später auch zur Sonografie des Abdomens vorstellte, wies alle Aspekte einer zu erwartenden frustranen Diagnostik auf. Sie hatte seit Jahren abdominelle Beschwerden und war bei verschiedenen Kollegen vielfältig untersucht worden. So waren Laboruntersuchungen, Sonografie und auch Koloskopien abgesehen von einer Divertikulose des Sigmas ergebnislos geblieben.

Wegen der Beschwerden wurde dann eine Sigmaresektion durchgeführt. Der Eingriff verlief komplikationslos. Nach dem Eingriff war die Patientin allerdings nie beschwerdefrei. Schmerzen bestanden weiterhin, wobei sich der Schmerzcharakter verändert hatte. Die Beschwerden waren jetzt mehr stechend und auch bewegungsabhängig.



Abb. 1 Sonographischer Befund nach Sigmaresektion:

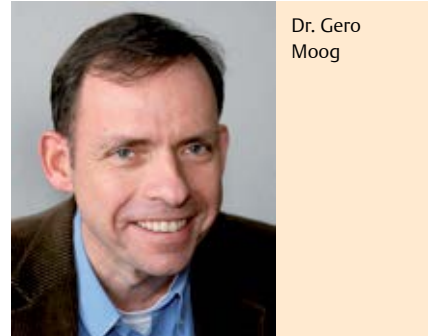
Nach Durchsicht der Akten und nach der Anamnese lag die Verdachtsdiagnose eines Reizdarmsyndroms nahe, denkbar waren auch jetzt vorliegende Adhäsionen durch den vermutlich wenig sinnvollen chirurgischen Eingriff. Ohne große Überzeugung ließ ich mich zur Sonographie des Abdomens überreden, die dann überraschend im Unterbauch den in **Abb. 1** gezeigten Befund ergab.

Nach kurzem Überlegen war klar, dass es sich hier um einen Fremdkörper handeln musste, der nicht intraperitoneal sondern über der Faszia lag. Bis auf die Sigmaresektion konnte sich die Patientin an keinerlei Ereignisse erinnern, die den Fremdkörper in dieser Position erklären konnten. Die Patientin entschied sich zu einer chirurgischen Intervention. Der chirurgische Kollege befand die sonographische Bildgebung für nicht ausreichend. Er

Die Zahlen belegen, dass die Koloskopie keine boombare Leistung ist, weil sie einen nicht zu verkürzenden Zeitbedarf hat, dadurch nicht rationalisierbar ist und die Zahl der Untersuchungen in der Praxis bzw. pro Arzt nicht beliebig gesteigert werden kann.

Rudolf Loibl (bng-Verbandsmanager)

veranlasste ein CT des Abdomens, das keine Veränderung aufzeigen konnte.



Dr. Gero Moog

Erst auf persönliches Bitten waren die chirurgischen Kollegen bereit dem Wunsch des Internisten nachzukommen. Umso größer war das Erstaunen, als dann intraoperativ eine abgerissene Redondrainage gefunden wurde, die direkt auf der Faszia saß.

Die Patientin war nach dem Eingriff zunächst beschwerdefrei, entwickelte aber im weiteren Verlauf erneut Beschwerden. Der Drainageschlauch dürfte folglich sicher nicht die einzige Erklärung für alle Beschwerden gewesen sein. Trotzdem zeigt der kleine Fall, dass man mit der Verdachtsdiagnose Reizdarm vorsichtig umgehen muss und immer wieder andere mögliche Ursachen ausschließen sollte.

Dr. Gero Moog (Sprecher der Fachgruppe Endoskopie im bng)

Die Rubrik „Der besondere Fall“

Die Informationen des Berufsverbandes bieten eine Plattform für den Austausch unter Kollegen. Abgesehen davon, dass jedes bng-Mitglied aufgefordert ist, über Vorgänge aus dem Praxialtag, die für andere Kollegen relevant sein könnten, an dieser Stelle zu berichten, können in der Rubrik „Der besondere Fall“ bemerkenswerte Kasuistiken dargestellt werden. Scheuen Sie sich nicht, über Interessantes oder auch Kurioses kurz zu berichten. Es werden keine langen Texte erwartet und Sie erhalten redaktionelle Unterstützung.

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
30.04.2015	Gesprächsforum Gastroenterologie und bng-Jahrestagung	Hamburg
08.05.2015	Hepato Update 2015	Berlin
08.05.2015	Hepatolog. Workshop	Heidelberg
18.05.2015	G2-Sedierungskurs	Mainz
12.06.2015	Sachkunde Endoskopie	Nürnberg
15.06.2015	G2-Sedierungskurs	Mainz
29.06.2015	G2-Sedierungskurs	Mainz
01.07.2015	Gastro-Leitlinie Zöliakie	Berlin
17.07.2015	Hepatolog. Workshop	Ulm