

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Zwangsparität in den KVen

Hausärzte sind gleicher

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Im Entwurf des GKV-VSG ist eine Änderung des § 79 SGB-V geplant, nach der bei Abstimmungen in den Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vertretungen „die Stimmen so zu gewichten (sind), dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht“.

Damit soll, so die Absicht des Gesetzgebers, ein Ausgleich der Interessen von Haus- und Fachärzten erreicht werden: Die paritätische Stimmenverteilung bei gemeinsamen Abstimmungen verfolgt das Ziel, die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltungskörperschaften sicherzustellen. Sie kommt insbesondere den Vertretern der hausärztlichen Versorgung zugute, da sie diesen das gleiche Stimmengewicht einräumt wie den Vertretern der fachärztlichen Versorgung, auch wenn Hausärzte regelhaft weniger als die Hälfte der Sitze in den Kassenärztlichen Vereinigungen inne haben“, so steht es im Referentenentwurf.

Auch wenn dem ein oder anderen angesichts des zu erwartenden Rückgangs der Zahl der Hausärzte diese Regelung sinnvoll erscheinen mag, mir erscheint diese Zwangsparität weder durchdacht noch vernünftig.

Man kommt nicht umhin, in der Regelung einen Verstoß gegen demokratische Grundsätze zu sehen. Gewählt werden die Mitglieder der KV-Vertreterversammlung nach § 80 SGB-V „in unmittelbarer und geheimer Wahl“ von den Kassenärzten. Nun sollen aber die Stimmen der gewählten Mitglieder in der Vertreterversammlung unabhängig von der Entscheidung der Wähler unterschiedlich viel Gewicht haben. Hausärzte, wenn sie in der Minderheit sind, werden dann Mitglieder 1. Klasse mit einem Stimmengewicht von vielleicht 1,2, und Fachärzte werden zu Mitgliedern 2. Klasse mit einem Stimmengewicht von vielleicht nur noch 0,8.

So eine Regelung ist einmalig und widerspricht nicht nur meinem demokratischen Verständnis und jeder normalen Situation in gewählten Gremien, sondern nach Ansicht von Juristen auch dem



Franz Josef Heil

Grundgesetz. Es ist zu erwarten, dass eine gerichtliche Prüfung erfolgen wird, falls der Gesetzgeber diese Regelung tatsächlich beschließen sollte.

Mit großer Sorge sehe ich außerdem die unmittelbaren Auswirkungen auf die Arbeit in der Vertreterversammlung. In vielen KVen gibt es bisher eine gute und sachliche Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten. Bei uns in Rheinland-Pfalz gibt es sogar eine Koalition zwischen der Fraktion des Hausärzterverbandes und der Fraktion des Facharztverbandes. Es ist schlecht vorstellbar, wie eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gelingen soll, wenn in Zukunft Vertreter 1. und 2. Klasse nebeneinander sitzen, gemeinsam beraten, aber mit verschiedener Wertigkeit abstimmen. Ganz absurd würde die Situation übrigens in gemischten Listen, in denen Haus- und Fachärzte zwar gemeinsam kandidieren, aber nach der Wahl die gewählten Mitglieder der Fraktion unterschiedliches Gewicht bekämen.

Es ist abzusehen, dass die geplante Regelung zu einer tiefgreifenden Störung der Arbeit und des Vertrauens in den Vertreterversammlungen führen wird. Konflikte sind vorprogrammiert, und auf Dauer wird so einer Spaltung der KVen der Weg gebahnt. Im September 2014 haben 58 Berufsverbände eine gemeinsame Resolution mit dem Bekenntnis zum Erhalt eines einheitlichen KV-Systems beschlossen. Jetzt beabsichtigt die Politik offensichtlich die Spaltung voranzutreiben. Werden wir uns also an die Vorstellung von getrennten KVen für Hausärzte und für die Fachärzte und eine dritte für die Psychotherapeuten gewöhnen müssen?

Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)

Kapselendoskopie des Dünndarms

Ein Resümee nach zehn Monaten Kassenleistung

Seit dem 1.7.2014 ist die Kapselendoskopie des Dünndarms (KE) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als „Kassenleistung“ aufgenommen. Außerdem konnten sich alle niedergelassenen Gastroenterologen und (bis zum 31.12.14) Internisten um eine Zulassung bemühen. So allmählich werden die in den QM-Vereinbarungen (s. Homepage der KBV) festgelegten Verfahren in den lokalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) umgesetzt. Zeit für ein Resümee.

Die Zulassung zur KE

Die erste Hürde zum Zugang zu der KE stellt die Zulassung dar. Hier gab es eine Übergangsregelung, die es erfahrenen Gastroenterologen und vor allem auch Internisten ohne Schwerpunkt ermöglichte, die Zulassung zu erlangen. Seit dem 1.1.15 gilt jedoch: Zugelassen werden nur noch Internisten mit der Zusatzbezeichnung Gastroenterologie (nach der alten oder neuen Weiterbildungsordnung).

Das seit diesem Jahr stark sinkende Interesse an Kapselkursen könnte als Zeichen für eine Sättigung des Marktes oder als falsche Auslegung dieser Übergangsregelung verstanden werden. Fakt ist, dass nach einer Umfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen bis jetzt rund 320 Genehmigungen erteilt wurden. Wenn davon ausgegangen werden kann, dass ein großer Anteil an Gemeinschaftspraxen mit mehreren Untersuchern in diese Zahl der Einzelzulassungen eingehen, so haben bisher schätzungsweise 250 Zentren die Zulassung erhalten. Das sind weit weniger als gedacht. Landesweit gibt es Regionen, in denen keine flächendeckende Versorgung besteht (z. B. neue Bundesländer), aber auch Städte, die überproportional vertreten sind (z. B. Berlin 20 Zulassungen).

Andererseits ist der Weg zur Zulassung auch nach Ablauf der Übergangsfrist nicht verlegt. So muss der applizierende Arzt die Applikation von fünf Kapseln in zwölf Monaten vor Antragstellung sowie den Besuch eines anerkannten Kapselkurses nachweisen. Das ist ohne Probleme durch Hospitation in einem entsprechenden Zentrum durchführbar und steht in keinem Verhältnis zu den Hürden bei der Anerkennung des Schwerpunktes Gastroenterologie (z. B. mit der Anzahl der durchzuführenden ERCP).

Der auswertende Arzt muss zudem die Auswertung von 25 Kapselvideos unter Anleitung nachweisen. In den Kapselkursen des Kapselclubs, die über die bng-Service GmbH gebucht werden können, werden die geforderten Kapselvideos unter Anleitung von zur Weiterbildung berechtigten Gastroenterologen ausgewertet. Somit kann auch diese Qualifikation relativ leicht erworben werden. Die Termine zu den Kapselkursen 2015 erfahren Interessierte über die bng-Service GmbH oder die Geschäftsstelle des bng.

Indikationsstellung zur KE

Die Indikationen zur KE werden nach strengen Kriterien gestellt. Diese sind vom applizierenden Arzt zu prüfen und zu dokumen-

tieren. Die Indikationen zur KE sind die obscure GI-Blutung mit Anämie oder die unklare Eisenmangelanämie. Vorab müssen alle anderen in Frage kommenden Blutungsquellen ausgeschlossen werden. Die konventionelle Endoskopie (ÖGD und Koloskopie)



Horst Hohn

müssen vorab ergebnislos gewesen sein, die endoskopischen Untersuchungen sollen nicht länger als drei Monate zurück liegen. Ein Auslassversuch blutungsfördernder Medikamente ist, sofern die Grunderkrankung dies zulässt, vorab durchzuführen. Somit ergeben sich zwei mögliche Szenarien:

1. unklare GI-Blutung mit Anämie: overte oder okkulte GI-Blutung mit relevant erniedrigtem Hb (unabhängig der Form der Anämie);
2. unklare Eisenmangelanämie: relevante mikrozytäre, hypochrome Anämie mit erniedrigtem Ferritinwert.

Leider zeigt die Praxis, dass sehr häufig Patienten zur KE überwiesen werden, ohne dass die obigen Kriterien erfüllt oder die zur Dokumentation erforderlichen Unterlagen vorhanden sind. Oft genug ist die endoskopische Untersuchung weit älter als drei Monate und muss dann, um einer Prüfung standzuhalten, gegebenenfalls wiederholt werden. Das alles ist unnötig, kostet Zeit und verschwendet Ressourcen. Deshalb ist es sehr wichtig, die Zuweiser ausreichend über obige Kriterien zu informieren. Der Patient sollte zum Vorgespräch die Befunde der ÖGD, der Koloskopie und ggf. anderer Untersuchungen sowie einen repräsentativen Auszug aus dem Laborblatt in Kopie mitbringen, damit schnell und sicher die Indikation zur KE gestellt werden kann.

Erfüllung und Kontrolle der Qualität

Analog zur Vorsorgekoloskopie wird nach Zulassung die Erfüllung der Qualitätskriterien durch die örtliche KV überprüft. Dazu muss der Untersucher zunächst nachweisen, dass er mindestens zehn KE pro Jahr selbstständig ausgewertet hat. Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausgewertete KE können auf die nachzuweisenden Zahlen angerechnet werden. Eine Auswertung der KE darf weder delegiert werden noch durch nicht-ärztliches Personal durchgeführt werden. Sie ist eine ärztliche Leistung, die persönlich zu erbringen ist.

Seit dem 1.4.2015 müssen alle Untersuchungen in einer Jahresstatistik erfasst werden. Die KBV wird dazu ein elektronisches Meldeformular erstellen, das über das KV-Safenet ausgefüllt werden kann. Leider wird dieses Formular erst Mitte des Jahres zur Verfügung stehen, so dass es sich empfiehlt, die Dokumentation bis dahin „zu Fuß“ zu machen. Die KV Rheinland-Pfalz stellt hierzu ein Formular zu Verfügung, das auf der bng-Webseite im Mitgliederbereich bei der Fachgruppe Kapselendoskopie zu finden ist.

Die Lektüre dieses Formulars ist empfehlenswert, denn es werden alle Parameter aufgelistet, die im Befund der KE zu Dokumentation kommen sollten. Die Jahresstatistik ist alljährlich ein-

zureichen. Erst nach Auswertung der gesammelten Daten wird später festgelegt, welche harten Kriterien in Zukunft geprüft werden.

Sachkosten

Es gibt keine bundeseinheitliche Regelung zur Abrechnung der Sachkosten (Einmalkapsel). Die regionalen KVen haben dazu eine eigene Lösung finden müssen. In keiner KV wurde die Kapsel in den Sprechstundenbedarf (SSB) aufgenommen. Das ist schade, denn das wäre die unbürokratischste Lösung gewesen. Jetzt gibt es in einigen KVen die Abrechnung über eine Sonderziffer oder über gesonderte Ausweisung der Sachkosten in der Quartalsabrechnung.

Andere KVen verweisen auf die direkte Abrechnung mit der jeweiligen Krankenkasse. In diesem Fall muss mit den Angaben der Patientendaten eine Rechnung mit entsprechendem Kostennachweis an die Krankenkasse des Patienten ausgestellt und direkt an diese gesendet werden. Die Rechnung muss alle relevanten Praxisdaten enthalten. Ein Institutionskennzeichen (IK) ist keine Pflicht, aber empfehlenswert. Die IK kann relativ leicht und schnell über die IK-Stelle (über Internet ohne Probleme auffindbar) nach Antrag erhalten werden. Sie garantiert dem Rechnungsempfänger die Echtheit der angegebenen Kontodaten und erhöht so die Sicherheit.

Die meisten Krankenkassen akzeptieren einen Sachkostennachweis, so wie dies bei den privaten Krankenkassen üblich ist. Nur

wenige scheren aus und verlangen Originalrechnungen. Das ist ärgerlich, da die meisten Praxen die Kapseln nicht einzeln bestellen und so ggf. eine Sammelrechnung mit Schwärzung anderer Posten, die nicht abrechnungsrelevant sind, eingereicht werden muss. Also wieder ein bisschen mehr Verwaltungsaufwand ohne inhaltlichen Mehrwert. Eine Einzelbestellung von Kapseln ist in der Regel 20 bis 30 Prozent teurer. Die Vorgehensweise sollte in diesen Fällen mit den betreffenden Krankenkassen direkt besprochen werden. Auch hier gibt es starke regionale Unterschiede, die nur vor Ort geklärt werden können.

Zusammenfassung

Die Zulassungszahlen der KE zeigen, dass die Versorgung zurzeit noch nicht flächendeckend ist. Eine Zulassung ist relativ leicht zu erlangen, anerkannte Kapselkurse sind landesweit verfügbar. In den unterversorgten Gebieten sollten die dort ansässigen Gastroenterologen zur Zulassung motiviert werden.

Die Pflicht zur Untersuchungsdokumentation gilt seit 1.4.15. Der Erhalt der Zulassung wird nach 24 Monaten überprüft. In Bezug auf die korrekte Indikationsstellung besteht weiterhin ein starkes Informationsdefizit bei den Zuweisern. Das sollte durch gezielte Information verbessert werden. Die Abrechnung der Sachkosten ist regional sehr unterschiedlich und teils kompliziert. Auch hier gibt es Verbesserungspotential.

Dr. Horst Hohn

(Sprecher der Fachgruppe Kapselendoskopie im bng)

Gesundheitspolitisches Forum zur fachärztlichen Versorgung

Nur ein gemeinsames Vorgehen kann eine Lösung bringen

Im November 2014 beleuchtete eine hochkarätig besetzte Veranstaltung in Kassel Chancen und Möglichkeiten einer besseren Verzahnung zwischen ambulanter fachärztlicher Medizin und stationärer fachärztlicher Versorgung.

Immer wieder sorgt die so genannte „doppelte Facharztschiene“ als ein typisches Merkmal des deutschen Gesundheitssystems für öffentliche Diskussionen. Gemeint ist damit, dass einerseits niedergelassene Fachärzte die ambulante Versorgung übernehmen, andererseits aber eine fachärztliche Betreuung auch in Kliniken stattfindet. In zahlreichen gesundheitspolitischen Diskussionen wird immer wieder angeführt, dass dieses System ineffizient sei. Hinzu kommt, dass sich durch die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) und deren Betrieb durch die Fachärzte der Kliniken auch die Krankenhäuser mittlerweile auf gesetzlicher Grundlage für den ambulanten Sektor öffnen können und sich viele niedergelassene Fachärzte dadurch zunehmend einer Konkurrenz durch die Kliniken ausgesetzt sehen.

Qualität der Versorgung darf nicht leiden

„In diesem Spannungsfeld kommt es immer wieder zu Reibungsverlusten, die sich letztendlich negativ auf die Qualität der Pa-

tientenversorgung auswirken. Es gilt, hier intelligente Lösungen zu finden, wie der ambulante und stationäre Bereich besser verzahnt werden können. Denn eines ist klar: Kliniken können nicht auf die Kooperation mit niedergelassenen fachärztlichen Partnern verzichten, soll die medizinische Versorgung auf hohem Niveau aufrecht erhalten werden“, machte Michael Schmidt, Geschäftsführer des Marienkrankenhauses in Kassel und Mitveranstalter des 1. Gesundheitspolitischen Forums an der Klinik, deutlich.

Als Diskussionspartner der mit rund 40 Teilnehmern gut besuchten Veranstaltung waren der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung in Hessen, Dr. med. Frank Dastych, der 2. Vorsitzende des Bundes deutscher Internisten, Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Michael-Arne Schüssl, Regionalgeschäftsführer der BEK – Barmer Ersatzkasse, Dr. med. Uwe Popert, Vorsitzender des GNN – Gesundheitsnetz Nordhessen und Vorstand bei hessenmed sowie Dr. med. Gero Moog vom bng – Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen.



Gero Moog

Spezialisierung als Lösungskonzept

Auch wenn nach Einschätzung aller Diskussionsteilnehmer „der große Wurf“ für eine intelligente und sinnvolle Gestaltung der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung seitens des Gesetzgebers derzeit nicht in Sicht ist, so ergeben sich doch bereits aus der Praxis taugliche Ansätze für eine strukturierte Zusammenarbeit, wie Dr. Gero Moog, der seine Praxis als niedergelassener Gastroenterologe am Marienkrankenhaus betreibt, schilderte: „Die fachärztliche Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationären Bereich stellt sich in aller Regel eher als komplementär und weniger als redundant dar. Dies ergibt sich schon alleine aus den unterschiedlichen Spezialisierungen und Anforderungen, die in den beiden Sektoren bestehen.“ Geschäftsführer Schmidt ergänzte: „Am Marienkrankenhaus praktizieren wir dies beispielsweise im Bereich Gastroenterologie, in dem eine sehr enge Kooperation mit unserem niedergelassenen Partner besteht.“

Als Fazit aus der regen Diskussion dieser Pilotveranstaltung soll das Gesundheitspolitische Forum künftig einmal jährlich am Marienkrankenhaus stattfinden. Dazu Schmidt abschließend: „Es ist sehr deutlich geworden, dass eine offene Fachdiskussion zwischen den beteiligten Akteuren konstruktiv zur Lösung gesundheitspolitischer Fragen beitragen kann.“ Letztlich ist klar, dass nur ein gemeinsames Vorgehen aller Akteure im Gesundheitswesen die anstehenden Probleme lösen wird. Wir, das heißt die Vertreter der Ärzte, dürfen uns dabei nicht von der Politik in ein Haus – und fachärztliches Lager treiben lassen, ebenso wie es keinen echten Dissens zwischen stationärer und ambulanter Medizin geben sollte. Denn die partikuläre Sicht schwächt unsere Position und macht uns zum Spielball der Politik, deren Gestaltungswille ja auch in der Vergangenheit eher schwach war und häufig in die falsche Richtung ging.

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

Vorstand bestätigt

Dr. Tappe rückt für Dr. Eisenbach nach

Mit großer Einmütigkeit bei wenigen Enthaltungen bzw. ungültigen Stimmen haben die bng-Mitglieder im Rahmen ihrer Jahrestagung am 2. Mai im Anschluss an das 16. Gesprächsforum Gastroenterologische Praxis in Hamburg Dr. Franz Josef Heil (li.) als 1. Vorsitzenden, Dr. Albert Beyer (2. v. re.) als 2. Vorsitzenden, Dr. Dagmar Mainz (2. v. li.) als Verbandssprecherin und Dr. Ulrich Tappe (re.) als Schatzmeister gewählt. Unter großem Beifall wurde Dr. Thomas Eisenbach, der nicht wieder zur Wahl stand, aus dem bisherigen Vorstand verabschiedet.



Dr. Eisenbach, der sich seit Gründung der Berufsvertretung der niedergelassenen Gastroenterologen für seine Kollegen eingesetzt hat, hat in seiner Amtszeit unter anderem das Schadensregister Endoskopie sowie die Etablierung des bng-Shops auf den Weg gebracht.

Dr. Tappe ist bng-Regionalvorsitzender in Westfalen-Lippe und langjähriger Weggefährte des ehemaligen Verbandsvorsitzenden Dr. Dietrich Hüppe. Im Rahmen des bng-Beirates engagiert es sich bereits seit Jahren auch auf der Bundesebene des Verbandes.

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
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
28.08.2015	Gastro Forum NRW	Essen

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

Jobbörse

Angebot	Kontakt
Praxiseinstieg im Großraum München gesucht	Chiffre 15040700
Partner in Südbaden gesucht	Chiffre 15031800
Gastroenterologe in Baden-Württemberg gesucht	Chiffre 15031300
Praxis am Bodensee zur Übernahme	Chiffre 14102700

Weitere Einzelheiten in der Jobbörse auf der bng-Homepage: <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