

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Editorial

IGeL – das spielt bei uns doch keine Rolle

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„IGeL“ – wir doch nicht! In unserer täglichen Arbeit spielen die sogenannten „individuellen Gesundheitsleistungen“ keine große Rolle. Fast keiner von uns stellt in einem nennenswerten Umfang sogenannte IGeL seinen Patienten privat nach der GOÄ in Rechnung. Warum ist das bei uns anders als in anderen Fächern? Ich behaupte: Wir haben es zum Glück nicht nötig. Dabei wäre es aus medizinischen Gründen seit Jahren mehr als überfällig.

Der Leistungskatalog im Kapitel 13.3.3 „Gastroenterologie“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist mit 24 Nummern, davon nur 14 endoskopischen Leistungen, sehr übersichtlich, präzise gesagt: Er ist lückenhaft und völlig veraltet. Innovationen sucht man im EBM vergeblich. Viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen der modernen Gastroenterologie sind dort nicht abgebildet. Wir haben eine Liste von im EBM fehlenden gastroenterologischen Leistungen zusammengestellt, die ambulant bzw. in der Praxis von Gastroenterologen erbracht werden können:

Keine der Leistungen ist überflüssig. Die meisten sind medizinisch nicht nur begründet, sondern Stand der Wissenschaft. Keine dieser Leistungen wird aber im ambulanten Bereich von den gesetzlichen Kassen bezahlt. Wenn sie also ambulant erbracht werden, dann müssten sie eigentlich als IGeL privat den Patienten in Rechnung gestellt werden. Tatsächlich geschieht das aber nur sehr selten.



Franz Josef Heil

Was also tun, wenn man als niedergelassener Gastroenterologe solche Leistungen für notwendig hält, sie wegen des Verbotsvorbehaltes im ambulanten Bereich aber nicht selbst erbringen darf? Man wird den Patienten ins Krankenhaus einweisen, denn dort werden innovative Leistungen bezahlt (Stichwort NUB-Vereinbarung zur Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus). Nach der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des G-BA vom April 2015 ist eine stationäre Krankenhausbehandlung allerdings nur „notwendig, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses aus medizinischen Gründen erfolgen muss. Die ambulante Behandlung hat Vorrang vor

Prozedur	Indikation, z. T. in Leitlinien gefordert	Anmerkung
Dünndarmkapselendoskopie	M. Crohn, Tumore, HNPCC u.a. fam. Syndrome	im EBM nur zur Abklärung von Blutungen
iFOBT	Vorsorge	Aufnahme in EBM geplant zum 01.04.2017
CO ₂ -Insufflation bei der Koloskopie	Koloskopie	
Chromoendoskopie	Koloskopie bei CED und Polypen	auch Sachkosten werden nicht erstattet
Aufsetzen von Endoclips und OTC-Clips	Endoskopie bei/mit Blutungen	im stationären Bereich vergütet
Blutstillung mit Hämospray	Endoskopie bei/mit Blutungen	im stationären Bereich vergütet
Endomukosale Resektion (EMR) von Polypen und Tumoren	Endoskopie mit Tumor-/Polypektomie	im stationären Bereich vergütet
Endoskopische Submucosa-Dissektion (ESD) von Polypen und Tumoren	Endoskopie mit Tumor-/Polypektomie	im stationären Bereich vergütet
Endoskopische Ballondilatation in Magen und Darm	Stenosen in Magen und Darm	im stationären Bereich vergütet
Endoskopisches Einsetzen eines Stents im Magen-Darmtrakt	Stenosen in Magen und Darm	im stationären Bereich vergütet
Radiofrequenzablation von Barrett-Mucosa	Barrett-Metaplasie mit Dysplasie	im stationären Bereich vergütet
Doppelballon-Enteroskopie von oral und anal	Dünndarmdiagnostik	im stationären Bereich vergütet
Kontrastmittel-Sonografie	Tumoren in Leber, Pankreas etc.	im stationären Bereich vergütet
Fibroscan der Leber	chron. Leberkrankheit, Fibrose, Zirrhose	im stationären Bereich vergütet
Endosonografie des Magen-Darmtraktes	Tumor-Staging	im stationären Bereich vergütet
Impfungen außerhalb des Standard-Impfkalenders	Immunsuppression	Abrechenbarkeit nicht sicher, viele Rückfragen etc.

der stationären Behandlung, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für die Patientin oder den Patienten mit den Mitteln der ambulanten Versorgung ... erreicht werden kann“. Weiter wird ausgeführt: „Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung kommt allein aus medizinischen Gründen in Betracht.“ Nach der Richtlinie muss also zwingend eine medizinische Begründung für eine stationäre Behandlung bestehen, so wird an mehreren Stellen ausdrücklich betont. Von abrechnungstechnischen Gründen oder Lücken im EBM steht hier nichts.

Man kann es nach den geltenden Bestimmungen also nicht richtig machen: Eine stationäre Einweisung ist medizinisch oft nicht erforderlich. Im EBM sind die Leistungen nicht enthalten. Als IGeL sind die meisten Leistungen viel zu aufwendig und dem Patienten kaum zumutbar. Außerdem werden IGeL von Kassen und Politik systematisch diskriminiert. So kann man im Entwurf des SPD-Wahlprogramms 2017 nachlesen: „Die Flut kostenpflichtiger, medizinisch aber oft überflüssiger IGeL-Leistungen wollen wir eindämmen. In den Praxen müssen vereinheitlichte Informationen ausgehängt werden, warum IGeL-Leistungen nicht von den Krankenkassen bezahlt werden, weil z. B. der medizinische Sinn zweifelhaft ist. Ohne einen schriftlichen Behandlungsvertrag und verbindliche schriftliche Informationen zu Nutzen und Risiken der jeweiligen IGeL-Leistung („Produktformationsblatt“) darf eine Zahlungspflicht des Patienten gar nicht erst entstehen. Um das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zu belasten, sind Behandlungen nach dem GKV-Katalog und IGeL-Leistungen klar voneinander zu trennen.“

In diesem Dilemma entscheiden viele von uns, eine medizinisch sinnvolle und notwendige Leistung zu erbringen, auch wenn es keine Abrechnungsmöglichkeit im EBM gibt: Die EMR wird als Polypektomie abgerechnet, Blutstillungen, Ballondilatationen, Chromoendoskopien, KM-Sonografien, Fibroscan werden gar nicht als Leistung neben der Endoskopie und Sonografie in Rechnung gestellt.

Würden wir korrekt abrechnen, dann müssten wir also eigentlich, wenn wir in unseren Praxen eine moderne Gastroenterologie anbieten wollen, jede Menge IGeL anbieten. Wir tun es aber nicht, im Interesse unserer Patienten, obwohl unser Verhalten etwas von Selbstaubeutung hat und sich die Kassen vermutlich ins Fäustchen lachen.

Das entscheidende Problem ist, dass Innovationen aus finanziellen Gründen nicht oder nur extrem verzögert in das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden, Ärzte und Patienten aber mit Recht nicht jahrelang auf entsprechende Entscheidungen der Kassen warten können und dürfen. Immerhin kann der Verzicht auf neue Untersuchungen und Behandlungen ein medizinischer Behandlungsfehler sein, wie der BGH bereits vor Jahren festgestellt hat.

Drei typische, alltägliche Beispiele für die Problematik im Umgang mit medizinisch sinnvollen IGeL:

1. Der immunologische Stuhltest wird seit Jahren gefordert, wurde von vielen Hausärzten, Urologen und Gynäkologen medizinisch korrekt als IGeL in die Darmkrebsvorsorge eingeführt und ist bereits vom G-BA positiv bewertet wor-

den. Er bleibt aber mindestens bis April 2017 keine Kassenleistung. Soll und darf man ihn weiterhin den Patienten vor-enthalten? Muss man den Patienten darüber aufklären, wenn man noch den schlechteren Guajak-basierten FOBt durchführt, obwohl er nicht mehr den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht?

2. Die Abtragung von großen, flachen Adenomen mittels EMR ist ambulant ohne Zweifel möglich, aber für 25 Euro (EBM 13 521) keinesfalls kostendeckend zu machen. Muss man den Patienten darüber aufklären, dass aus finanziellen, aber nicht aus medizinischen Gründen eine aufwendige Mukosaresektion nicht in gleicher Sitzung während der ersten Endoskopie erfolgen kann, sondern eine zweite Koloskopie unter stationären Bedingungen erfolgen muss, obwohl man dem Patienten nicht nur die Belastung, sondern auch das Risiko einer zweiten Koloskopie zumutet?
3. Ballondilatationen von Crohn-bedingten Stenosen oder Anostomosenstenosen sind etabliert und leitliniengerecht (z. B. S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn 2014“). Sie sind ohne besonderes Risiko ambulant durchführbar und werden von vielen Gastroenterologen auch gemacht. Inzwischen verweigern Techniker Krankenkasse und DAK aus formalen Gründen – im EBM gibt es die Leistung Dilatation nicht – sogar die Kostenübernahme für die Dilatationsinstrumente, obwohl sie wissen, dass die dann erforderliche stationäre Behandlung um ein Vielfaches teurer ist. Alternativ müsse die Dilatation als IGeL dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

Im sogenannten „IGeL-Monitor“ der Krankenkassen wird übrigens interessanterweise keine einzige der von uns gelisteten IGeL-Leistungen erwähnt oder bewertet. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Wir Ärzte, die Krankenkassen, die KBV, die Politik – alle wissen, dass der EBM veraltet ist. Eine Lösung ist nicht in Sicht. Selbst die schon lange angekündigte EBM-Reform steht unter dem Diktat der Kostenneutralität. In dieser lähmenden Patt-Situation würde ich mir einen differenzierteren Umgang mit dem Angebot leitlinienkonformer medizinischer Leistungen wünschen, die ihren Weg noch nicht in den ambulanten Leistungsbereich der GKV gefunden haben. Statt mit dem Finger auf die Ärzte zu zeigen, sollten die Verantwortlichen in KBV, GKV, GBA und Politik lieber die Voraussetzungen, dafür schaffen, dass Innovationen unbürokratisch und zeitnah in der ambulanten Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Die NUB-Vereinbarung könnte hier ein Vorbild sein.

Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)

Terminologie in der Endoskopie

Ein neuer Vorstoß der DGVS

Der Begriff Terminologie in der Medizin ist überwiegend negativ besetzt. Allgemein verbindet man hiermit eine eher langweilige bis unnütze Pflichtveranstaltung während der Studienzeit, die in einem meist schnell vergessenen Testat mündete. Im klinischen Alltag verwenden wir natürlich ständig medizinische Termini, verstecken uns auch gerne hinter Ihnen, wenn wir schwierige Sachverhalte so darstellen wollen, dass kein Laie sie je verstehen kann.

Klar ist, dass wir eine solche Terminologie benötigen und dass ein schneller und vor allem auch sicherer Informationsaustausch zwischen Ärztinnen und Ärzten ohne eine allgemein gültige und anerkannte Terminologie nicht möglich wäre. Dies gilt umso mehr, wenn es um die Beschreibung visueller Eindrücke gilt, deren Wahrnehmung bekannterweise höchst subjektiv ist. Diese Subjektivität kann durch die konsequente Anwendung einer allgemein verwendeten Terminologie gemindert werden.

Diese Überlegungen sind natürlich nicht neu und waren auch Grundlage der 1999 publizierten LL Terminologie. Die Autoren versprachen sich mit dieser LL eine Verbesserung des Befundungsstandards, was insbesondere für computergestützte Befundstrukturen wichtig sein müsste. Sie verknüpften dies mit der Hoffnung, dass durch den intensivierten Datenaustausch eine Reduktion von Wiederholungsuntersuchungen zu erwarten sei. Dies alles sollte zu einer allgemeinen Qualitätsverbesserung führen.

Wie sieht es heute, 17 Jahre nach der Publikation dieser Leitlinie aus. Hat sich die damals als MAG (Münchener Arbeitsgruppe Gastroenterologie) Terminologie bezeichnete Begrifflichkeit durchgesetzt? Ist sie Standard in den automatisierten Befundungssystemen geworden und konnte sie sich in den Jahren dem endoskopischen Standard anpassen?

Alle diese Fragen muss man verneinen. Weder ist es in der endoskopischen Praxis allgemein üblich einen Befundungsstandard zu pflegen noch haben sich automatisierte Befundungssysteme auf breiter Front etablieren können, zumindest nicht im ambulanten Bereich.

Herr Prof. Meining (Universität Ulm) hat nun im Auftrag der DGVS einen neuen Vorstoß unternommen an Hand der bestehenden Leitlinie diese zu modernisieren und zusammen mit den großen Anbietern automatisierter Befundungssysteme einen DGVS geprüften Standard zu erarbeiten. Ziel dieser dann kommerziell erwerblichen Systeme muss neben der korrekten Erfassung des endoskopischen Befundes in Bild und Schriftform auch die Codierung der Diagnosen sowie die Erstellung der abrechnungsrelevanten Ziffern sein.

Im Auftrag des bng sind aus der Reihe der niedergelassenen Kollegen Herr Dr. Törmer aus Köln und meine Person beteiligt. Letztlich kann und muss das Ergebnis dieser Arbeit eine allgemeine und sowohl in Praxis als auch Klinik gleichermaßen verwendbare Dokumentationslösung sein, die sich auch mit den meisten in den Praxen verwendeten EDV Systemen kombinieren lässt.

Bisher ist der Prozentsatz der in den Praxen verwendeten automatisierten Befundungssysteme sehr klein. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen sind diese Systeme nach wie vor relativ teuer. Zum anderen gibt es bisher keine Schnittstellen zu den gebräuchlichen EDV Systemen in der Praxis und viele dieser Systeme sind starr und unflexibel. Die Hersteller räumen ein, dass Ihnen der ambulante Markt bisher zu unbedeutend erschien und sie aus dem Grund keine Notwendigkeit sahen in diesen Bereich zu investieren.



Gero Moog

Nun kann ein Markt, der ungefähr 1400 niedergelassene Gastroenterologen umfasst, ja so unbedeutend nicht sein. Aber richtig ist, dass die meisten niedergelassenen Kollegen hier nicht die Notwendigkeit sahen zu investieren. Nach meiner Überzeugung muss sich dies ändern. Wir sollten die Chancen, die sich mit der Überarbeitung der endoskopischen Terminologie ergeben, nutzen und in enger Kooperation mit den klinischen Kollegen und den Softwareherstellern eine für den ambulanten Bereich sinnvolle Lösung erarbeiten, die den Datenaustausch auf elektronischem Weg auch mit der Klinik problemlos ermöglicht.

Dies erfordert natürlich auch ein Umdenken der Software-Hersteller. Sie müssen den ambulanten Bereich als Markt erst einmal für sich entdecken und die besondere Situation in diesem Sektor, auch was die Preisgestaltung betrifft, verstanden haben. Von unserer Seite ist eine größere Aufgeschlossenheit gegenüber diesen Systemen notwendig, in naher Zukunft werden sich die Bedingungen in der stationär oder ambulant durchgeführten Endoskopie vollständig angeglichen haben und die Anforderungen an korrekte Dokumentation werden sicher nicht geringer werden.

Der bng kann diesen Prozess begleiten, könnte entsprechend der DGVS ein Gütesiegel für die Hersteller ausgeben, die besonders gut den genannten Anforderungen entsprechen und kann durch Bündelung möglicher Kaufinteressenten einen preisgestalterischen Einfluss ausüben. Es liegt an uns, ob wir bei diesem wichtigen Prozess eine passive oder aktive Rolle einnehmen, aber ich bin fest davon überzeugt, dass die Mehrzahl der Kolleginnen und Kollegen auch hier, wie in den anderen Bereichen, eine aktive Rolle ihres Berufsverbandes wünscht.

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



Verbandsmanager Rudolf Loibl erzielte am bng Stand große Aufmerksamkeit und fand guten Absatz für die Info-Flyer.



Die Teilnehmer des Golfturniers waren gerne bereit, vor der bng-Fahne mit unseren Flyern Flagge zu zeigen.

Vorbeugen hilft

Werbe-Aktion für Golfspieler

Der Berufsverband der niedergelassenen Gastroenterologen sieht eine seiner Hauptaufgaben darin, die nach wie vor nicht zufriedenstellend in Anspruch genommene Darmkrebs-Vorsorge in Deutschland weiter voran zu bringen. Vor diesem Hintergrund sind alle Aktionen von Verbandsmitgliedern zu begrüßen, die dieses Ziel unterstützen. Wie man publikumswirksame Maßnahmen umsetzen kann, zeigt beispielhaft eine Initiative unseres Verbandsmanagers Rudolf Loibl.

Als Rahmen für seine Aktion hat er ein Golfturnier gewählt, das als Sponsoring-Event der DEL-Mannschaft Straubing Tigers zur Unterstützung der Jugend des Straubinger Eishockeyclubs organisiert worden ist. Seine Idee: Das Bild eines „sich vorbeugenden Golfspielers“ liefert eine einprägsame Metapher zum Thema „Vorbeugen hilft“. Der bng hat ein Bahn-Sponsoring zugunsten der Sportjugend in Höhe von 250 Euro übernommen. Zusätzlich hat der bng einen Sonderpreis ausgelobt für den Spieler, dem es gelingt, seinen Ball am nächsten an eine ca. 150 Meter entfernte Linie zu bringen.

Aufmerksamkeit erzielte die Fahne mit Logo der Magen-Darm-Ärzte und Vorsorge-Aufruf an Bahn 10. Dazu hat Rudolf Loibl einen kleinen Infostand aufgebaut und an jeden Mitspieler Flyer mit dem Motto „Vorbeugen hilft – Damit Darmkrebs nicht zum Handicap wird.“ verteilt. Der Erfolg ließ sich an der Bereitschaft der Teilnehmer ablesen, mit Flyer in der Hand vor dem Logo der Magen-Darm-Ärzte für ein Foto zu posieren. Und sowohl Profieishockeyspieler als auch die teilnehmenden Straubinger Geschäftsleute informierten sich gerne über Darmkrebsvorsorge und familiäres Darmkrebsrisiko. Auch das regionale Fernsehen hat das Thema aufgegriffen und die Aktion ausführlich gewürdigt (<http://kurzlink.de/VorbeugenHilft> – ab 01:30).

„Alle Verbandsmitglieder können gerne auch eine solche Aktion durchführen und erhalten als Unterstützung kostenlos die Fahne und den Messestand (auf Leihbasis), spezielle Flyer, Logo-Tees und Tipps zur Umsetzung“, sagt der bng-Verbandsmanager. „Wir hoffen auf rege Nachfrage.“

Dr. rer. nat. Holger Böhm (Redaktion bng-Infos in der ZfG)

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
04.11.–05.11.2016	Hep-Nurse Fortgeschrittene	Nürnberg
14.11.–16.11.2016	G2-Sedierung für MFA	Mainz
18.11.–19.11.2016	bng-WS Endoskopie	Köln
21.11.–25.11.2016	Endoskopie für MFA	Kassel
25.11.–26.11.2016	Endoskopie für MFA	Augsburg
03.03.–04.03.2017	Sachkunde Endoskopie	Stuttgart
28.04.–29.04.2017	Sachkunde Endoskopie	Hannover

Weitere Einzelheiten 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