Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert

bng

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

derzeit wird in Berlin sehr intensiv über die neue Bedarfsplanung diskutiert.

Wichtig für die Fachärztlichen Internisten und damit für uns Gastroenterologen ist dabei, dass die Planungsbereiche nach KBV-Vorstellungen überregional strukturiert und damit sehr viel größer werden sollen als bisher. Es soll nur noch 96 Planungsregionen für den „Sonderbereich I", also die wohnortnahe fachärztliche Versorgung, geben. Sie decken sich mit den Raumordungsregionen der Landesentwicklungspläne, d.h. das Saarland entspricht z.B. einer Raumordnungsregion.

Entscheidend ist aber nicht nur die Größe der Planungsbereiche, sondern auch, welche Verhältniszahlen zur Berechnung des Ärztebedarfs zu Grunde gelegt werden, und vor allem, ob die Fachärztlichen Internisten als eine gemeinsame Planungsgruppe aufgefasst werden oder ob für jedes Teilgebiet eine eigene Gruppe gebildet wird. Bei Beplanung der einzelnen Schwerpunkte stiege nach dem KBV-Modell der Bedarf an Fachärztlichen Internisten in Deutschland um mehr als 1300 Ärzte, der an Gastroenterologen um 136 Ärzte.

Dr. Franz Josef Heil

Da die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) davon aber nicht berührt wird und die Kassen nicht bereit sind, zusätzliches Geld zur Verfügung zu stellen, kann die Ausweisung von zusätzlichen Arztsitzen nicht in unserem Interesse sein. Derzeit spricht alles dafür, dass es bei einer modifizierten, gemeinsamen Beplanung der Fachärztlichen Internisten bleiben wird. Dafür hat sich auch der bng nach Diskussion in Vorstand und Beirat ausgesprochen.

Weil sich tendenziell immer weniger Mediziner zum Gastroenterologen ausbilden lassen, wird in Zukunft nicht nur die Besetzung von Gastroenterologenstellen immer schwieriger werden. Es wird bald auch ein Problem sein, einen Praxisnachfolger zu finden.

Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)

Nachwuchsmangel

Immer weniger junge Ärzte wollen in die Gastroenterologie

Das Versorgungsstrukturgesetz (VStG) regelt seit 2012 die Bedarfsplanung neu. Es hat einen „gefährlichen" Punkt für Praxisinhaber, denn es legt fest, dass der Zulassungsausschuss bei „regionaler Überversorgung" über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes entscheiden und ggf. durch Aufkauf eines Vertragsarztsitzes den Kassensitz „vom Markt" nehmen kann.

Hier ist zwar juristisch noch nicht das letzte Wort gesprochen, aber die Weitergabe eines Vertragsarztsitzes kann in überversorgten Gebieten in Zukunft schwieriger werden. Günstigenfalls führt ein Verwandter die Praxis weiter, aber auch in Praxiskooperationen erscheint eine Nachbesetzung durch schon in der Praxis angestellte Ärzte in einem überversorgtem Gebiet als gesichert. Für die aktuellen Praxisinhaber bedeutet dies, dass sie sich frühzeitig um einen Nachfolger bemühen sollten. Aber das ist oft gar nicht so einfach, wie eine kürzliche Recherche des bng zeigt. 2009 hatte der BVGD ermittelt, dass in Deutschland mehr als 3800 Gastroenterologen tätig sind, davon ca. 30 Prozent (1154) in der niedergelassenen Praxis. Die Analyse der Weiterbildungszahlen (abgelegte Prüfungen) zwischen 2003 und 2007 signalisierte einen kontinuierlichen Anstieg um bis zu 40 Prozent (Z Gastroenterol, 2009). Die Entwicklung kehrte sich in den letzten drei Jahren um! Eine Analyse des bng zum Jahresende 2011 belegt dies.

Der bng hatte hierzu alle Landesärztekammern (LÄK) befragt. 14 der 17 angefragten LÄK haben geantwortet, vier LÄK konnten auch eine Differenzierung nach Geschlecht angeben. Wie aus der nebenstehenden Grafik (**Abb. 1**) zu ersehen ist, hat die Anzahl der abgelegten Prüfungen zum Gastroenterologen (alte und neue Weiterbildungsordnung zusammengeführt) in den Jahren 2007 mit 285 einen Höhepunkt erreicht. Zuletzt sanken die Prüfungszahlen um mehr als 20 Prozent. In 2010 wollten nur noch 227 junge Kolleginnen und Kollegen Gastroenterologe werden.

Die Prüfungszahlen aus dem Jahre 2011 zeigen, dass der Trend anhält. Zugleich wird die Gastroenterologie weiblicher. Die Zahl

Dr. Dietrich Hüppe

der weiblichen Prüfungsabsolventen steigt im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen. Es liegen zwar nur Zahlen von vier Landesärztekammern vor, aber darunter ist mit der LÄK Westfalen-Lippe eine der größten Regionen, in der in den Jahren 2005 bis 2010 immerhin über 240 Prüfungen zum Gastroenterologen abgelegt worden sind.

Gerade in dieser großen LÄK wird deutlich, wie stark sich der Rückgang der Prüfungen auf das Geschlechterverhältnis auswirkt. Zwischen 2008 und 2010 sank die Zahl der männlichen Prüflinge um knapp 65 Prozent. Absolut sank auch hier die Anzahl der Frauen, die sich dieser Weiterbildungsprüfung unterzogen, aber ihre Zahl sank langsamer.

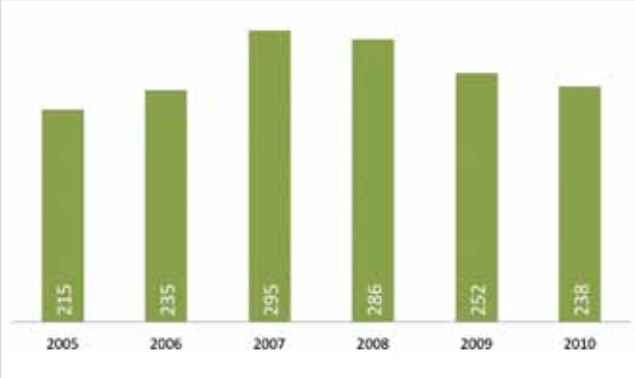

Abb. 1 Prüfungen zum Gastroenterologen und zum Facharzt für Innere und Gastroenterologie (Quelle: LÄK, Grafik bng)

In der Vertragsarztpraxis sind Gastroenterologinnen stark unterrepräsentiert. 1997 waren nur 7 Prozent der bng-Mitglieder Frauen. Immerhin ist ihr Anteil bis 2011 auf 11 Prozent gestiegen.

Dr. Dietrich Hüppe (bng-Vorstand)
Rudolf Loibl (bng-Verbandsmanager)

Keine medizinisch unbegründeten Steigerungen

Entwicklung der kurativen Koloskopien 2006–2010

Ende 2010 wurde das Wachstum von Leistung und Honorar in der ambulanten medizinischen Versorgung für die Jahre 2011/2012 gesetzlich auf 1,25 Prozent begrenzt. Dies betraf auch das „ambulante Operieren" (AOP), zu dem die kurative Koloskopie (EBM-GOP 13321) gehört. Der bng hat sich gegen diese Maßnahme gewandt, denn: Koloskopie budgetieren heißt, das Engagement gegen Darmkrebs zu reduzieren! In einigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) konnten Krankenkassen damit überzeugt werden, auf die Budgetierung der kurativen Koloskopie zu verzichten.

Die Analyse der Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat gezeigt, dass die Beteiligung an der Vorsorgekoloskopie (EBM-GOP 01741) seit 2006 rückläufig ist [Hüppe D, Loibl R. Z Gastroenterol 2012; 50, 170]. Die Anzahl sank von 629 250 (2006) auf 409 686 (2010) um 35 Prozent. Dieser Rückgang wird – bundesweit gesehen – nicht durch den Anstieg der kurativen Koloskopien (GOP 13241) ausgeglichen und führt dazu, dass die Anzahl der Koloskopien insgesamt auf gleichem Niveau bleibt. Die Zunahme betrug lediglich 664 Koloskopien (0,04 Prozent). Die Zunahme der kurativen Koloskopien ist dadurch begründet, dass infolge der Polypektomie von Adenomen und der Detektion von Karzinomen im Rahmen der Vorsorgekoloskopien der letzten Jahre leitliniengerecht mehr Nachsorgen erforderlich wurden.

Betrachtet man die Leistungserbringung in einzelnen Regionen, so findet sich ein absoluter Rückgang der Koloskopien in zehn KV-Bereichen. Hier wird der Rückgang der Vorsorgekoloskopien durch die Zunahme der kurativen Koloskopien nicht mehr kompensiert. Die Folge: Die reale Möglichkeit zur Darmkrebsfrüherkennung nimmt ab!

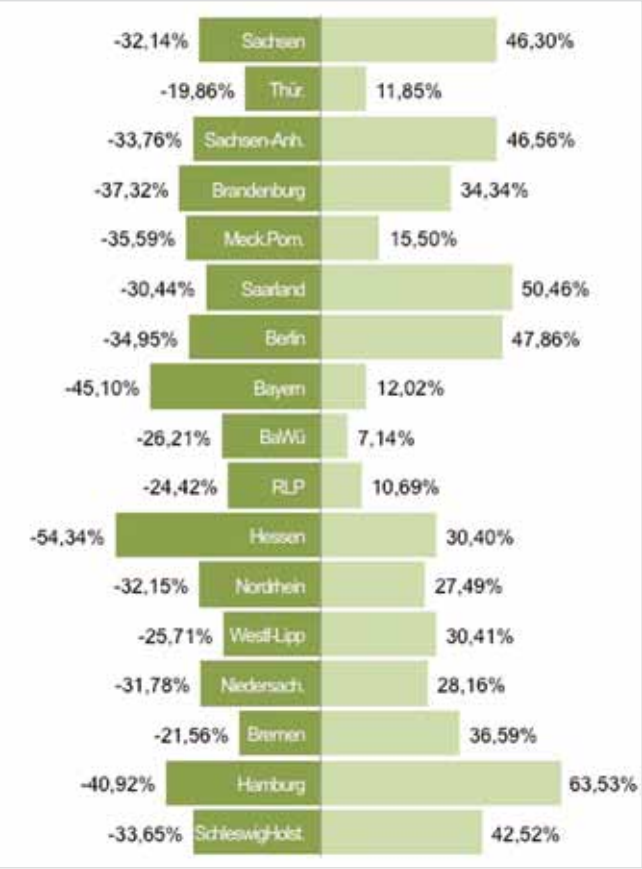

Abb. 1 Rückgang der präventiven (li.) und Zunahme der kurativen Koloskopien (re.) nach Regionen (Quelle: KBV, Grafik bng)

Wie schon erwähnt, hat sich die Situation für die niedergelassenen Gastroenterologen im Jahr 2011 zusätzlich verschärft, weil in manchen KVen die kurativen Koloskopien zwar nicht unter das Regelleistungsvolumen fallen, aber als freie Leistung einer Mengenbegrenzung unterliegen. Diese Mengenbegrenzung wurde

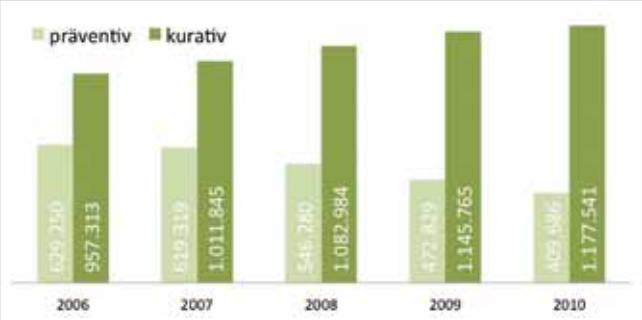

Abb. 2 Entwicklung der kurativen und präventiven Koloskopien in Deutschland (Quelle: KBV, Grafik bng)

aufgrund „medizinisch nicht begründbarer Steigerungen" der freien Leistungen gesetzlich eingeführt. Die Gastroenterologen haben sich nachweislich an diesen Steigerungen nicht beteiligt, wie die vorliegenden Statistiken klar zeigen. Mittlerweile ist die Budgetierung der AOP-Leistungen mit dem Versorgungsstrukturgesetz ab Januar 2012 wieder aufgehoben. Der Gesetzgeber hat erkannt, dass die Budgetierung eigentlich besonders förderungswürdiger Leistungen „kontraproduktiv" ist. Zu dieser Einsicht hat sicher auch die nachhaltige politische Kommunikation des bng beigetragen!

Dr. Dietrich Hüppe (bng-Vorstand)
Rudolf Loibl (bng-Verbandsmanager)

Neue Methode auf dem Weg zur Anerkennung

Kapselendoskopie

Vor mehr als zehn Jahren wurde die Kapselendoskopie des Dünndarms (KE) eingeführt und seitdem konsequent weiterentwickelt. Zahlreiche Publikationen belegen inzwischen den klinischen Nutzen der Untersuchung. Da die KE den Patienten während der Untersuchung kaum einschränkt, ist sie für den Einsatz in der ambulanten Medizin prädestiniert. Folgerichtig wird die KE zunehmend in Ambulanzen und gastroenterologischen Schwerpunktpraxen eingesetzt. Derzeit bieten bereits über 100 Praxen, die im bng organisiert sind, die KE an. Dieser Trend dürfte sich nach einer Honorierung der KE durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV, s. u.) zügig fortsetzen.

2005 wurde die Honorierung der KE mit den privaten Krankenkassen geregelt. Erst 2010 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss für Gebührenfragen (GBA), die KE in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. Seitdem liegt die Entscheidung über die Bewertung der KE beim gemeinsamen Bewertungsausschuss, der von Vertretern der kassenärztlichen Vereinigung und den gesetzlichen Krankenkassen gebildet wird. Eine Entscheidung wird 2012 erwartet. Bis dahin ist keine Abrechnung über den EBM möglich.

Es bleibt abzuwarten, wie die KE in Zukunft honoriert wird, aus welchem Honorartopf sie bezahlt werden soll und wie die bereits definierten Qualitätskriterien in der Praxis umgesetzt werden. Neben der fachlichen Qualifikation (Fachärzte für Innere und Gastroenterologie mit nachgewiesenen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in Durchführung und Auswertung der KE) muss die Qualität der zum Einsatz kommenden KE-Systeme nachgewiesen werden. Die Überprüfung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Die Erteilung von Ermächtigungen der Krankenhausärzte wird sich nach der Verfügbarkeit durch die niedergelassenen Vertragsärzte richten. Der bng setzt sich für eine Sicherung der Qualität der KE sowie eine adäquaten Honorierung ein.

Fachgruppe Kapselendoskopie im bng

Die Fachgruppe Kapselendoskopie hat sich 2011 konstituiert. Sie ist eine offene Arbeitsgruppe im bng, die aus erfahrenen Kapselendoskopeuren besteht. Jeder, der sich hier engagieren möchte, kann sich an den Koordinator der Fachgruppe, Dr. Horst Hohn aus Koblenz, wenden. Im Vordergrund der Aktivitäten steht zurzeit die Bewertung der KE. Neben der Information der Mitglieder über den aktuellen Stand versuchen wir, unser fundiertes Wissen um die ambulante Durchführung dieser Leistung in den Zulassungsausschuss einzubringen.

Dr. Horst Hohn

Die wichtigsten Informationen zum Zulassungsverfahren wurden auf die Fachgruppenseite der bng-Webseite (www.gastromed-bng.de) eingestellt. Diese ist exklusiv für bng-Mitglieder verfügbar. Dort findet sich auch ein Downloadbereich mit den wichtigsten Dokumenten und Formularen zur KE und deren Abrechnung.

Der bng beteiligt sich an den bewährten Kursen des Kapselclubs. Die Kurse, die für die Plattformen Given und Olympus in ganz Deutschland angeboten werden, sind für bng-Mitglieder verbilligt buchbar. Informationen zu den Terminen, den Veranstaltungsorten und der Buchung finden sich auf der Webseite der bng-Service GmbH sowie des bng. Die Geschäftsstelle des bng ist bei Fragen gerne behilflich. Mitglieder der Fachgruppe sind als Referenten an den Kursen beteiligt.

Kurse zur Dünndarmkapselendoskopie (Given)	
03.03.2012	Berlin
02.06.2012	Frankfurt
01.09.2012	Hamburg
02.09.2012	Hamburg
19.11.2012	München
Grundlagenkurs Videokapselendoskopie (Olympus)	
04.05.2012	Heppenheim
12.12.2012	Hamburg

Abrechnung in der ambulanten Medizin Stand 2011

Bis zur endgültigen Bewertung der KE bleibt weiterhin die Abrechnung nach GOÄ nach Einzelfallprüfung durch die zuständige gesetzliche Krankenkasse (Anträge finden sich im Downloadbe-

reich der Fachgruppenseite). Die KE (Ziffer A707) ist lt. GOÄ eine personengebundene Leistung des Facharztes für Innere Medizin mit der Gebietsbezeichnung Gastroenterologie. Wie eine juristische Stellungnahme im Auftrag des bng ergeben hat, darf eine externe Auswertung (z. B. durch einen Auswerteservice) nicht abgerechnet werden. Lt. § 12 der Berufsordnung für Ärzte muss darüber hinaus die Honorarforderung angemessen sein. Das entspricht einem 2,3-fachen Satz der Ziffer A707. Die Honorarforderung darf weder unter- (z. B. 1-facher Satz) noch überschritten werden (z. B. 3,5-facher Satz).

KE Dünndarm – Systeme und Hauptindikation

Die führenden Systeme bieten zur Zeit Given Imaging und Olympus an. Beide Systeme arbeiten mit Einmalkapseln, die die Bilder über Radiowellen im 400 MHZ-Bereich auf einen Datenrekorder übertragen. Beide Systeme bieten einen Echtzeitmonitor, der eine Lagekontrolle während der Untersuchung erlaubt. Die Validität der Systeme ist in zahlreichen Studien belegt (s. Positionspapier der DGVS 7/10). Ein weiteres System, die Capsocam, wird von der Fa. Nicolai vertreten. Hier werden die Bilder in der Kapsel, die aufgefangen werden muss, gespeichert. Das koreanische System MiroCam wird seit kurzem wieder über die Fa. IntroMedic vertreten.

Hauptindikation zur Kapselendoskopie des Dünndarms ist die obskure GI-Blutung (positiver FOB-Test und/oder Eisenmangelanämie bei unauffälliger Gastroskopie/Koloskopie). Andere Indikationen (v. a. M.Crohn, Polyposis-Syndrome etc.) sind gut belegt (s. Positionspapier der DGVS 2010), können derzeit jedoch nur in Einzelfällen nach entsprechender Prüfung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse abgerechnet werden.

Kapselendoskopie Kolon

Eine interessante Alternative zur (strahlenbelastenden) virtuellen Koloskopie bietet in den Fällen, in denen eine komplette Koloskopie nicht möglich ist, die Kolonkapselendoskopie, die derzeit nur Given Imaging anbietet. Auch die Kolonkapsel ist für den ambulanten Einsatz hervorragend geeignet. War die Sensitivität bzgl. der Detektion von Läsionen mit der 1. Generation der Kolonkapsel noch nicht zufriedenstellend, so bietet die 2. Kapselgeneration mit einer variablen Bildrate mit bis zu 35 Bilder pro Sekunde eine Sensitivität bis zu 88 Prozent (Spada et al. GIE 2011). Die Studien waren allerdings klein (n = 117), größere Studien bleiben also abzuwarten. Die Kolonkapselendoskopie stellt zurzeit noch keine Alternative zur konventionellen Koloskopie dar, ist aber eine sinnvolle Ergänzung bei inkompletter Koloskopie (Alarcon-Fernandez – DDW 2011). Die Erstattungssituation zur Kolonkapsel ist noch ungeklärt.

Dr. Horst Hohn
(Fachgruppenkoordinatior Kapselendoskopie im bng)

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
02.04.–04.04.2012	G2 Kurs, S3 Sedierungsleitlinien	Mainz
04.05.–05.05.2012	Hepatologischer Workshop	Heidelberg
10.05.–12.05.2012	13. Gesprächsforum Gastroenterologie/bng-Jahrestagung	Bonn
21.05.–23.05.2012	G2 Kurs, S3 Sedierungsleitlinien	Mainz

Anmeldungen online über www.bng-service.de.

Jobbörse

Job-Sharing-Partner/in im Saarland gesucht

Gastroenterologische SP-Praxis im Saarland sucht **Job-Sharing Partner/in** für 15 bis 20 Stunden pro Woche zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Flexible Arbeitszeiten. WB-Berechtigung 18 Monate Vollzeit. Hoher endoskopischer Anteil, CED und Hepatitis, Proktologie, Ultraschall. Kontakt: drstrubel@gastropraxis-strubel.de, 06821/22225, www.gastropraxis-strubel.de.

Teilzeitvertretung für Praxis in Stuttgart gesucht

Suche für gastroenterologische Schwerpunktpraxis in Stuttgart zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine **Teilzeitvertretung**. Zuschriften bitte unter Chiffre 12020201.

Teilzeitstelle in Schwerpunktpraxis

Wir suchen zur Unterstützung in unserer gastroenterologischen Schwerpunktpraxis in Neu-Ulm eine/n **Kollegin/en in Teilzeitanstellung**. Die Arbeitsmodalitäten sind noch völlig flexibel gestaltbar, auf Wunsch kann eine Weiterbildungszeit für Gastroenterologie über 1,5 Jahre beantragt werden. Eine abgeschlossene Facharztausbildung für Innere Medizin wäre wünschenswert. Zuschriften bitte unter Chiffre 12011901.

Nachfolger für Seniorpartner in Nordbayern gesucht

Internistisch-gastroenterologische Schwerpunktpraxis sucht Nachfolger für Seniorpartner zum 01.01.2014. Gesucht wird ein/e **Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie**. Mehrjährige Endoskopieerfahrung und spezielle Kenntnisse in der Therapie von CED-Erkrankungen wünschenswert. Einstiegs- bzw. Einarbeitungsvarianten im Jahr 2013 möglich. Langjährig etablierte, ertragsstarke gastroenterologische Gemeinschaftspraxis (2 Ärzte). Schwerpunkte Endoskopie-Proktologie-Ultraschall. Große CED-Spezialambulanz. Univ. Stadt in Nordbayern. Hoher Freizeitwert im Umland. Zuschriften bitte unter Chiffre 12012601 oder Kontakt per Handy: 0163-8287287.

Impressum

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V., Holdergärten 13, 89081 Ulm
http://www.gastromed-bng.de, info@gastromed-bng.de

Redaktion und Jobbörse:
Dr. Holger Böhm, www.skriptstudio.de, bng@skriptstudio.de