

WIRTSCHAFTSBRIEF GASTROENTEROLOGIE

Abrechnung | Recht | Praxisführung | Medizin

 RECORDATI

Ausgabe 2 | Mai 2024

Kassenabrechnung | Recht

EBM-Nrn. 86900 und 86901 für eArztbriefe bleiben berechnungsfähig!

Im Zusammenhang mit der Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) hatte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die eArztbrief-Übermittlungspauschalen nach den Nrn. 86900 und 86901 mit Wirkung zum 01.07.2023 aufgehoben. Doch gegen diese Maßnahme hatte die KBV Klage erhoben – mit Erfolg, wie eine Gerichtsmitteilung dazu zeigt (siehe KBV-Praxisnachrichten: iww.de/s10653).

Das angerufene Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg hat klargestellt, dass die Regelungen zu den Übermittlungspauschalen weiterhin gelten. Daher können laut einer Mitteilung der KBV die vereinbarten Pauschalen in Höhe von

- 0,28 Euro (Nr. 86900 für den Versand eines eArztbriefs) und
 - 0,27 Euro (Nr. 86901 für den Empfang eines eArztbriefs)
- bis zu einem Gesamt-Höchstbetrag von 23,40 Euro je Arzt und Quartal weiterhin berechnet werden – auch für zurückliegende Zeiträume.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Informationsserie zum eArztbrief in den KBV-Praxisnachrichten online unter iww.de/s10652

Gesetzgebung

Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen soll auf 300 Euro steigen

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) sieht eine Erhöhung der Geringfügigkeitsgrenze für ärztlich verordnete Leistungen auf 300 Euro vor, und zwar je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal. Bis zu dieser Grenze können dann von den Krankenkassen keine Regresse mehr beantragt werden. Über etwaige Änderungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren und über das Inkrafttreten werden wir zu gegebener Zeit berichten (aktuelle Informationen zum Gesetzgebungsverfahren u. a. bei der AOK online unter iww.de/s10654).

Überweisungen

Arztpraxen wählen für histopathologische Leistungen Muster 10

Bisher konnten histopathologische Untersuchungen der EBM-Abschnitte 1.7, 19.3 und 19.4 je nach Untersuchung mit dem „Überweisungsschein“ (Muster 6) oder dem bisherigen „Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung“ (Muster 10) veranlasst werden. KBV und Krankenkassen haben klargestellt, dass alle Materialeinsendungen für in-vitro-diagnostische Untersuchungen nach den Abschnitten 1.7 und 30.12.2 EBM sowie nach den Kapiteln 11, 19 und 32 EBM als Auftragsleistungen einheitlich seit dem 01.04.2024 mit Muster 10 beauftragt werden.

Muster 10 wurde in dem Zuge zum 01.04.2024 umbenannt in „Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen“. Zudem wird das Ankreuzfeld „SER“ gegen das bisherige Feld „Behandlung gemäß § 116b SGB V“ im rechten, oberen Bereich des Musters ausgetauscht. Die Abkürzung SER steht für Soziales Entschädigungsrecht, das seit dem 01.01.2024 im neuen Sozialgesetzbuch (SGB) XIV zusammengefasst ist. Besteht bei Patienten ein Anspruch nach SER, ist dies in dem neuen SER-Feld durch ein Kreuz zu kennzeichnen. Vorhandene Vordrucke des Musters 10 können weiterhin verwendet und aufgebraucht werden.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Details zur In-vitro-Diagnostik bei der KBV unter iww.de/s10608

Finanzen

KV-Honorare der Gastroenterologen in 2022 um ein Prozent gestiegen

Privatliquidation

24-stündige Ösophagus-Impedanzmessung über die Nase in Kombination mit einer ph-Metrie – wie abrechnen?

Medizin

- Neuer DNA-Stuhltest sensitiver als FIT
- Empfehlungen zum Zöliakie-Screening bei Kindern mit Diabetes Typ I
- Gallensteine: Cholecystektomie versus konservative Behandlung

INHALT

KBV-Honorarberichte

KV-Honorare der Gastroenterologen in 2022 um ein Prozent gestiegen

Der Honorarumsatz der vertragsärztlich tätigen Gastroenterologen hat im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr 2021 bundesweit um ein Prozent bzw. um rund 5,6 Mio. Euro zugelegt. Gleichzeitig ist die Fallzahl in der Fachgruppe um 0,4 Prozent angestiegen. Dies entspricht einer Steigerung des Fallwerts um 0,6 Prozent – von 127,05 Euro im Jahr 2021 auf 127,85 Euro in 2022. Das geht aus den Honorarberichten für die vier Quartale des Jahres 2022 hervor, die die KBV nun veröffentlicht hat (siehe www.de/s6114).

Weniger Honorar für den einzelnen Gastroenterologen

Bezogen auf den einzelnen Gastroenterologen – berechnet nach Teilnahmeumfang – weist der Honorarbericht allerdings einen leichten Umsatzrückgang im Vergleich zu 2021 in Höhe von 0,3 Prozent aus – bei einer um 0,9 Prozent niedrigeren Fallzahl. Die Auszahlungsquote für alle abgerechneten Leistungen betrug in 2022 bundesweit ca. 98 Prozent und liegt auf dem Niveau des Jahres 2021.

Unterschiede zwischen den KVen

In lediglich acht KV-Bezirken ist der Honorarumsatz innerhalb der Fachgruppe der Gastroenterologen gegenüber 2021 angestiegen. Spitzenreiter ist Rheinland-Pfalz mit einem um 5,9 Prozent höheren Honorarumsatz, gefolgt von Hamburg (+5,4 Prozent). Eine negative Umsatzentwicklung zeigt sich in neun KV-Bezirken: In der KV Saarland ist der Honorarumsatz der Fachgruppe um 3,4 Prozent, in den KVen Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern um jeweils 1,8 Prozent zurückgegangen. Die Fallzahl ist in ebenfalls neun KVen im Vergleich zum Vorjahr 2021 gesunken, im KV-Bezirk Brandenburg sogar um 5,8 Prozent.

Gastroenterologen in Bremen Umsatz-Spitzenreiter

In der nachfolgenden Tabelle sind die Umsätze, Fallzahlen und Fallwerte des gesamten Jahres 2022 nach KVen dargestellt. Den höchsten durchschnittlichen Honorarumsatz erzielten die Gastroenterologen in der KV Bremen mit 129.307 Euro; Schlusslicht in der Umsatzstatistik ist die KV Saarland mit 82.287 Euro. Die Fallwerte schwanken zwischen 143,89 Euro in Hessen und 102,27 Euro in Brandenburg.

Gastroenterologen: KV-Umsatz, Fallzahlen und Fallwerte im Jahr 2022

KV	KV-Umsatz je Arzt* und Quartal	Fälle je Arzt* und Quartal	Fallwert
Baden-Württemberg	85.229 Euro	681	125,06 Euro
Bayern	101.829 Euro	715	142,35 Euro
Berlin	108.067 Euro	821	131,66 Euro
Brandenburg	92.609 Euro	906	102,27 Euro
Bremen	129.307 Euro	806	160,33 Euro
Hamburg	98.868 Euro	760	130,14 Euro
Hessen	107.141 Euro	745	143,89 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	110.358 Euro	838	131,74 Euro
Niedersachsen	98.410 Euro	840	117,20 Euro
Nordrhein	99.228 Euro	797	124,45 Euro
Rheinland-Pfalz	93.491 Euro	680	137,53 Euro
Saarland	82.287 Euro	728	113,05 Euro
Sachsen	95.838 Euro	891	107,51 Euro
Sachsen-Anhalt	103.243 Euro	885	116,64 Euro
Schleswig-Holstein	112.322 Euro	816	137,67 Euro
Thüringen	90.483 Euro	774	116,97 Euro
Westfalen-Lippe	118.732 Euro	976	121,63 Euro
Durchschnitt alle KVen	100.270 Euro	784	127,85 Euro

* nach Teilnahmeumfang

☑ QUELLE

- Abrechnungsstatistik der KBV; zugelassene und angestellte Ärzte; eigene Berechnungen

Leserforum GOÄ

24-stündige Ösophagus-Impedanzmessung über die Nase in Kombination mit einer ph-Metrie – wie abrechnen?

Frage: „Bei einem Privatpatienten haben wir eine 24-stündige Ösophagus-Impedanzmessung über die Nase durchgeführt. Gleichzeitig haben wir eine ph-Metrie vorgenommen. Welche GOÄ-Ziffern können dafür berechnet werden?“

Antwort: Bei Kombination der Impedanzmessung mit der ph-Metrie, dem am häufigsten angewandten Verfahren, ist Nr. 693 GOÄ als alleinige Gebührenposition berechnungsfähig. Es wird nur eine einzige Sonde eingebracht, über die sowohl die Impedanz als auch der ph-Wert gemessen werden.

Ein erhöhter zeitlicher Aufwand kann hierbei nur über den Steigerungssatz berücksichtigt werden. Die Ösophagus-Impedanzmessung über 24 Stunden kann analog über Nr. 693 GOÄ berechnet werden, sofern sie tatsächlich nicht in Kombination mit der ph-Metrie erfolgt.

Sofern für eine korrekte Platzierung der Katheterspitze vor der pH-Metrie eine Speiseröhren-Druckmessung („Ösophagus-Manometrie“) erfolgt, so ist diese nach Nr. 694 GOÄ berechnungsfähig.

Darmkrebsvorsorge

Neuer DNA-Stuhltest sensitiver als FIT

Ein neuer Stuhltest zur Früherkennung von Darmkrebs war hinsichtlich der Sensitivität besser als ein FIT. Bei der Spezifität schnitt aber der FIT (= Fecal immunochemical test) besser ab als der neue „next-generation multitarget DNA test“.

Die durch den Hersteller „Exact Sciences“ gesponserte Studie an 186 US-Zentren schloss über 26.000 asymptomatische und zum Screening mit Koloskopie angemeldete Personen ein. Zuvor wurde eine Stuhlprobe sowohl mittels FIT als auch dem „next-generation multitarget stool DNA test“ untersucht. Letzterer kann diverse DNA-Marker wie LASS4 oder LRRC4 erkennen. Wegen fehlender Befunde konnten die Resultate nur bei etwa 20.000 Personen verglichen werden. Der DNA-Test erkannte 92 von 98 Karzinomen, die bei der Koloskopie gefunden wurden. Das ergab eine Sensitivität von rund 94 Prozent (FIT: 68 Prozent). Bei den fortgeschrittenen, präkanzerösen Läsionen betrug sie 43 Prozent (FIT: 23 Prozent). Die Spezifität – verglichen mit einer Koloskopie, bei der nichts Auffälliges entdeckt wurde – lag bei 93 Prozent (FIT: 96 Prozent).

↘ QUELLE

- Omperiale Thomas F. et al., Next-Generation Multitarget Stool DNA Test for Colorectal Cancer Screening. „N Engl J Med“ 2024;390:984-93; Abstract: www.de/s10693

Anzeige

Früherkennung

Empfehlungen zum Zöliakie-Screening bei Kindern mit Diabetes Typ I

Eine jährliche Früherkennungsuntersuchung auf Zöliakie für alle sei nicht nötig, finden schwedische Mediziner. Sie raten zu größeren Intervallen. Bei bestimmten HLA-Genotypen sei das Screening unnötig.

90 Prozent der schwedischen Kinder mit DMI erfasst

Die nationale „Better Diabetes Diagnosis“ Kohortenstudie in Schweden erfasst mehr als 90 Prozent aller Kinder, die dort an Diabetes Typ I (DMI) erkranken. Die Autoren suchten bei diesen Kindern nach Faktoren, die mit einer Zöliakie einhergehen. Fast 60 Prozent der Kinder mit Zöliakie und DMI erhielten zuerst oder gleichzeitig die Diagnose Zöliakie. Im umgekehrten Fall wurde die Diagnose Zöliakie bei 96 Prozent innerhalb von fünf Jahren nach der Diabetes-Diagnose gestellt. Betroffen waren ausschließlich Kinder mit den HLA-Genotypen DQ2 oder DQ8.

Fünf Empfehlungen

Die Autoren leiten aus ihren Befunden fünf Empfehlungen ab:

- Falls HLA-Typisierung durchgeführt: Kein Screening auf Zöliakie bei Kindern mit DMI ohne HLA DQ2 oder DQ8.
- Bei unter Fünfjährigen Zöliakie-Screening anlässlich der Diagnose des DMI sowie zwei und fünf Jahre später.
- Bei 5- bis 10-Jährigen Zöliakie-Screening anlässlich der Diagnose des DMI und nach fünf Jahren.
- Bei Kindern ab 10 Jahren Zöliakie-Screening nur anlässlich der Diagnose des DMI.
- Erneutes Screening bei allen Kindern mit DMI bevor sie in die Erwachsenenmedizin übertreten.

QUELLE

- Lindgren M. et al.: Prevalence and Predictive Factors for Celiac Disease in Children With Type 1 Diabetes: Whom and When to Screen? A Nationwide Longitudinal Cohort Study of Swedish Children. „Diabetes Care“ 2024; 47:756-760; Volltext: www.de/s10669

Therapieoptionen

Gallensteine: Cholecystektomie versus konservative Behandlung

Im Rahmen einer britischen Studie sind die Schmerzen bei Patienten mit Gallensteinen untersucht worden, die entweder cholecystektomiert oder konservativ behandelt wurden. Die Forscher stellten nach 18 Monaten hinsichtlich der Schmerzen keine signifikanten Unterschiede fest.

217 Patienten mit Gallensteinen

An der randomisierten Studie, die an 20 britischen Zentren stattfand, nahmen 217 Personen mit Gallensteinen (aber ohne

akute Komplikationen) in jeder Gruppe teil. Das Durchschnittsalter betrug rund 50 Jahre. Zu Beginn sowie nach 3, 9, 12 und 18 Monaten wurde der Gesundheitszustand mit Fragebögen abgefragt. Der primäre Outcome war die „area under the curve“ (AUC) in puncto Schmerzen (erhoben mit dem SF-36) im Zeitraum von 18 Monaten nach der Randomisierung. Nach 3 Monaten berichtete die konservativ behandelte Gruppe über weniger Schmerzen, danach die cholecystektomierte. Über die 18 Monate hinweg (und auch nach 24 Monaten) unterschied sich die AUC in beiden Gruppen nicht. Die konservative Behandlung ergebe demnach eine Kosteneinsparung von rund 1.000 britischen Pfund (umgerechnet etwa 1.170 Euro).

Komplikationsrate in Laparoskopie-Gruppe höher

Es kam indes zu erheblichem Cross-over: Ein Viertel der Personen in der Gruppe der konservativ Behandelten war nach 18 Monaten cholecystektomiert. In der laparoskopisch behandelten Gruppe waren zu diesem Zeitpunkt 33 Prozent noch nicht operiert. Komplikationen erlitten 15 Prozent in der Gruppe der konservativ Behandelten (meist Cholecystitis) und 20 Prozent in der Gruppe, die für die Laparoskopie eingeteilt war (meist Auslaufen von Galle oder Abhandenkommen von Gallensteinen).

QUELLE

- Ahmed I. et al.: Electiveness of conservative management versus laparoscopic cholecystectomy in the prevention of recurrent symptoms and complications in adults with uncomplicated symptomatic gallstone disease (C-GALL trial): pragmatic, multicentre randomised controlled trial. „BMJ“ 2023; 383:3075383; Volltext: www.de/s10670

Impressum



Herausgeber

Recordati Pharma GmbH, Eberhard-Finckh-Straße 55, 89075 Ulm, Telefon: 0731 7047-0

Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Str. 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß M. A. (Chefredakteur),
Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Recordati Pharma GmbH**

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Der Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Recordati Pharma GmbH wieder. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d). Dies beinhaltet jedoch keine Wertung.