

# Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



## Editorial

### Was kommt in der Gesundheitspolitik auf uns zu?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

während ich diesen Artikel schreibe, ist alles noch offen. Sondierungsgespräche zwischen der Union und FDP (und Grünen) sind gescheitert. Eine liberale Gesundheitspolitik mit Betonung der Bedeutung der Freiberuflichkeit (im Sinne des § 18 Einkommensteuergesetzes) der niedergelassenen Ärzte wird es also nicht geben, da die FDP offensichtlich noch nicht fähig war, Regierungsverantwortung zu übernehmen. Sondierungs- und vielleicht auch Koalitionsgespräche zwischen CDU, CSU und SPD werden nun geführt. Gesundheitspolitisch verheißt eine Fortsetzung der großen Koalition aber nichts Gutes.

Die SPD singt bereits so laut wie nie zuvor das Loblied auf die „Bürgerversicherung“, obwohl inzwischen immer mehr Beteiligte bis hin zu den Gesetzlichen Krankenversicherungen verstehen, dass an diesem Konzept nur der Name gut ist. Hinter der „Bürgerversicherung“ steht aber mehr als die doppelzüngige Jammerei über zu lange Wartezeiten oder eine angeblich „ungerechte“ 2-Klassen-Medizin. Wir alle wissen, dass sich in den meisten Situationen der Unterschied zwischen GKV und PKV auf ein wenig mehr Komfort für die Privatversicherten beschränkt. Allerdings ermöglicht die Freiheit der „privaten“ Behandlung (nach GOÄ) auch eine Medizin, die über staatlich geregelte Begrenzungen der immer mehr gegängelten „Selbstverwaltung“ hinausgeht.

Hier liegt eines der wirklichen Probleme: Wenn neue Methoden nur mit jahrelanger Verzögerung oder gar nicht in der GKV-Praxis angeboten werden dürfen, dann öffnet sich ein staatlich gewolltes System einer unterschiedlichen Qualität der medizini-

schen Versorgung für GKV-Mitglieder im Vergleich zu den Selbstzahlern bzw. PKV-versicherten Patienten. Unser medizinisch gut begründeter Katalog „Neue Leistungen im EBM“ liegt der KBV seit über zweieinhalb Jahren vor. Eingeführt wurde bisher keine einzige neue Methode. Die Äußerung von Karl Lauterbach, MdB, „Es gibt keine medizinische Innovation, die über die PKV ins System gekommen wäre“ (aus: Karl Lauterbach, Informationspapier zur Bürgerversicherung, 12.12.2017) ist einfach falsch. In unseren Praxen können wir alle von uns zur Aufnahme in den EBM vorgeschlagenen medizinischen Behandlungen unseren Privatpatienten seit Jahren anbieten, aber GKV-Patienten erhalten sie nicht. Nur ein Beispiel: Kapselendoskopie bei M. Crohn, wie im nachfolgenden Artikel von Jochen Purrman dargestellt wird.

Tatsächlich geht es aber gar nicht um gute Medizin. Vielmehr steht hinter dem Lauterbach'schen Konzept der Einheitsversicherung eine Ideologie, die vor allem die Arzthonorare im Visier hat: „Damit [mit der Bürgerversicherung] endet die Zwei-Klassen-Medizin. Jeder Patient bringt dem Arzt das gleiche Einkommen.“ (Aus: Karl Lauterbach, s. o.)

Mit der Bürgerversicherung und der dazu notwendigen „Einheitlichen Gebührenordnung (EGO)“ verbunden ist also der Verlust an Freiberuflichkeit für die Ärzte und die Freiheit der medizinischen Behandlung unserer Patienten: Angeboten und erbracht werden dürfen nur noch die Leistungen, die in der neuen EGO enthalten sind. Das wird dann auch in Zukunft in jahrelangen Diskussionen im G-BA entschieden. Alles, was darüber hinausgeht, wird vermutlich nur noch Paramedizinern und Heilpraktikern erlaubt sein. Ganz sicher aber auch den Kranken-

häusern, die nicht dem Erlaubnisvorbehalt unterliegen und deren wirtschaftliche Förderung allen politischen Parteien am Herzen liegt.

Wird es von der CDU/CSU langfristig Widerstand gegen die Bürger-Einheitsversicherung geben? Ich glaube nicht. Jeder, der den Vortrag von Michael Hennrich, MdB, auf unserer Jahrestagung am 13.5.2017 gehört hat, weiß, dass auch die CDU auf eine EGO hinsteuert. Die Differenzen zwischen dem CDU-Konzept und der SPD-Bürgerversicherung werden – so meine Einschätzung – politisch „überwindbar“ sein. Die Öffnung der GKV für Beamte ist in diesem Zusammenhang ein logischer Schritt.

Trotz aller Lippenbekenntnisse steht der Selbstständige und Freiberufler nicht im Fokus der CDU/CSU-Wirtschaftspolitik. Zumindest gab es in der letzten Legislaturperiode kein Gesetz, das dem freiberuflichen Unternehmer oder dem Handwerker die Arbeit erleichtert und seine wirtschaftliche Situation verbessert hat. Die steuerliche Ungleichbehandlung zwischen Selbstständigen und Kapitalgesellschaften besteht unverändert. Unsinnige Regelungen wie z. B. die Arbeitszeiterfassung bei der Einführung des Mindestlohnes erhöhen die Bürokratie. Gleichzeitig drängen sich Gewerkschaften wie der Marburger Bund massiv hinein in die Vertragsverhältnisse von angestellten Ärzten in Arztpraxen. Angeführt wird der MB von einem CDU-MdB.

Der Trend zur Übernahme von Einrichtungen der ambulanten Versorgung durch Gesellschaften wie Medizinkonzernen, Krankenhäusern oder auch Kommunen wird zunehmen. Eine faire Konkurrenz zu solchen Strukturen wird für uns immer schwerer, denn die Wirtschaftlichkeit solcher

MVZ z. B. durch öffentlichen Ausgleich von Verlusten oder durch Quersubventionierung innerhalb der Gesellschaft ist in vielen Fällen nicht mehr notwendig. Außerdem ist zu beobachten, dass die nicht-inhabergeführten MVZ sich immer straffer auf wirtschaftlich lohnende Versorgungsbereiche beschränken.

Ambulante Kardiologie ist als Zuweisung für die Herzkatheterlabore offensichtlich lohnend: Wir beobachten, dass fachinterne Zulassungen überall von kardiologisch ausgerichteten Kliniken aufgekauft und umgewidmet werden. Die gezahlten Preise sind mitunter horrend, sodass der abgabewillige Arzt gegen seine Überzeugung einknickt und ein interessierter Praxisübernehmer abwinken muss. Dass über solche Strukturen die Breite der medizinischen Versorgung verlorengeht, scheint

keine Rolle zu spielen und kaum jemanden zu interessieren, ist aber längst Realität.

Wenn ich mir in der Rückschau ansehe, was vier Jahre Große Koalition im Gesundheitssystem verändert haben, dann ging der Trend eindeutig weg von der fachärztlichen Medizin in inhabergeführten Arztpraxen. Gibt es ein Überleben für uns selbstständige Freiberufler? Ich bin skeptisch und suche bisher vergeblich nach Unterstützung im politischen Raum. Einer unserer Vorteile ist, dass wir seit Jahrzehnten eine sehr hohe Patientenankennung genießen und konkurrenzlos preiswert hochwertige Medizin anbieten. Damit sichern wir eines der besten oder das beste ambulante Gesundheitssystem der Welt. Das sind hohe Güter, die wir in die Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems aktiv und immer wieder einbringen müssen.

Ich wiederhole, was ich zu Beginn der letzten Legislaturperiode an dieser Stelle schon einmal schrieb: Sorgen wir gemeinsam dafür, dass die Arbeit in der Praxis den Ärzten/Ärztinnen und ihren Mitarbeitern/-innen heute und in Zukunft Freude macht, was natürlich den Patienten zugutekommt! Nur dann wird die nachwachsende Ärztegeneration den Weg in die Praxis gehen wollen.



Dr. Franz Josef Heil  
(bng-Vorstand)

## Massive gastrointestinale Blutung bei M. Crohn

### Diagnostische Bedeutung der Dünndarm-Kapselendoskopie

Der Fall eines 80-jährigen Patienten beleuchtet den Stellenwert der Kapselendoskopie des Dünndarms in der Diagnostik gastroenterologischer Erkrankungen sowie das besondere Erscheinungsbild eines Morbus Crohn mit isoliertem Dünndarmbefall.

Vorgestellt wird ein Patient, der primär wegen einer koronaren Herzerkrankung stationär in einer kardiologischen Abteilung war. Die Therapie erfolgte unter anderem mit ASS 100. Im Rahmen der standardmäßigen Laboruntersuchungen fiel eine normochrome normozytäre Anämie bei positivem Hämoocult-Test auf. Zur weiteren Diagnostik wurde der Patient auf die gastroenterologische Abteilung verlegt.

Eine ÖGD bis in das proximale Jejunum erbrachte bis auf eine Helicobacter-positive Gastritis keinen wesentlichen Befund, insbesondere keinen Hinweis auf eine potenzielle Blutungsquelle. Abdomensonografie und abdominelle CT-Angiografie blieben ohne wegweisenden Befund. Eine erste Ileokoloskopie erbrachte Teerstuhl im

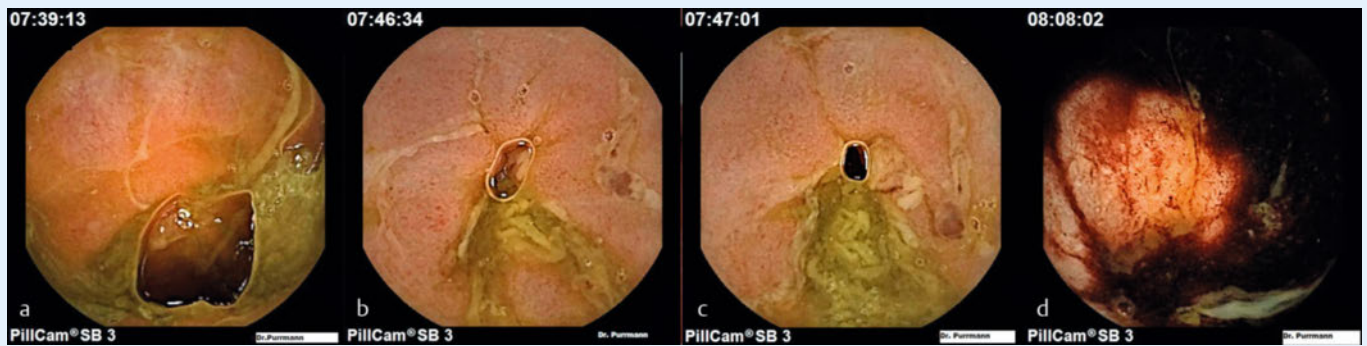
Colon ascendens, ansonsten einzelne Koagel, reichlich Divertikel, einzelne Polypen, allerdings ohne aktuelle Blutungsstigmata. Das terminale Ileum war frei von frischem Blut oder Koagel. Es wurde zuerst an eine Divertikelblutung gedacht.

Der weitere Verlauf gestaltete sich relativ dramatisch. Während einer Woche trotz Gabe von insgesamt sieben EK immer wieder Hb-Abfall und Absetzen von Teerstuhl. Eine Single-Ballon-Enteroskopie peranal (Eindringtiefe zwischen 100 und 150 cm ab Bauhin) erbrachte leichte flüssige Blutreste im Kolon, der eingesehene Dünndarm war komplett unauffällig. Nach einem erneuten intensiven Blutungsereignis zwei Tage später wurde nochmals eine Ileokoloskopie durchgeführt. Dabei ergaben sich trotz Abführmaßnahmen geringe Mengen frischen Blutes im terminalen Ileum und Blutreste im Coecum.

Im Rahmen einer gewachsenen Sektorenübergreifenden Zusammenarbeit wurde uns der Patient zu einer unmittelbaren not-

fallmäßigen Kapselendoskopie des Dünndarms konsiliarisch vorgestellt. Bei primär ordentlichen Untersuchungsbedingungen fand sich kein Hinweis auf Angiodysplasien oder ein Meckel'sches Divertikel. Nach knapp 7,5 Stunden nach Übertritt der Kapsel vom Magen in den Bulbus zeigten sich erste Crohn-verdächtige Schleimhautveränderungen (► **Abb. 1a**), im weiteren Verlauf dann auch landkartenartige Ulzera (► **Abb. 1b, c**).

Knapp acht Stunden nach Übertritt der Kapsel trat massiv dunkles Blut (► **Abb. 1d**) auf, bis zum Aufzeichnungsende nach gut zehn Stunden pendelte die Kapsel am gleichen Ort intensiv hin- und her. Offensichtlich bestand hier eine Stenose. Eine Feinbeurteilung der Schleimhaut war nicht möglich. Differenzialdiagnostisch kam allenfalls noch ein malignes Lymphom infrage, was aufgrund der weiter proximal gesehenen makroskopischen Veränderungen aber äußerst unwahrscheinlich war.



► **Abb. 1** Befunde aus dem Verlauf der Kapselendoskopie, Einzelheiten im Text.

Zwischenzeitlich war auch noch das Calprotectin im Stuhl mit 245 mg/l gemessen worden. Unter den genannten Umständen entschlossen wir uns zu einer hochdosierten iv-Cortison-Stoßtherapie, flankiert von 3 g Mesalazin/die per os. Unmittelbar nach Beginn der Therapie wurden keinerlei Blutungen mehr beobachtet. Der Patient stabilisierte sich zusehends, die Therapie mit ASS konnte wieder aufgenommen werden, auch darunter keinerlei Blutung.

Eine Abdomen-Leeraufnahme sechs Tage nach Applikation der Kapsel zeigte diese in Projektion auf den Übergang Colon descendens/Sigma. Die Kapsel hatte also zwischenzeitlich die Stenose passiert. Elf Tage nach Durchführung der Kapselendoskopie des Dünndarms – bereits poststationär – erfolgte ein MRT-Sellink mit folgender Beurteilung: „Bei guter Kontrastierung zeigten alle Dünndarmschlingen eine regelrechte Lumenweite, unauffällige Wanddarstellung ohne Nachweis einer Diffusionsstörung oder vermehrten Kontrastmittelaufnahme oder einer Wandverdickung. Zeitgerechte Dünndarmpassage.“

Auf den Versuch einer histologischen Absicherung des M. Crohn wurde aus verschiedenen Gründen verzichtet. Eine Gewinnung von Proben wäre aufgrund der Lage der Veränderungen nur über eine Ballonenteroskopie zu bewerkstelligen gewesen, was wegen der anzunehmenden Dauer der Untersuchung für den nicht nur koronar vorgeschädigten, betagten Patienten eine erneute Stresssituation bedeutet hätte. Die durchaus dramatische Situation mit immer wieder erforderlichen Bluttransfusionen bei intestinalen Blutungen war nicht spurlos an dem Patienten vorübergegangen. Die

„erdrückenden Indizien“ durch makroskopischen Befund, deutlich erhöhten Calprotectinwert im Stuhl sowie klinischem Verlauf mit promptem Ansprechen auf Gabe von Kortison ließen in ihrer Gesamtheit auch so keinen ernsthaften Zweifel an der Diagnose eines M. Crohn.

Der vorliegende Fall rückt einige Aspekte in den Fokus, die im Rahmen dieser kurzen Darstellung nur angerissen und keinesfalls ausreichend diskutiert werden können. Abgesehen von dem sehr hohen Alter bei der Erstmanifestation ist hervorzuheben, dass der Patient vorher keine der ansonsten als führende Symptome bei M. Crohn beschriebenen Beschwerden hatte. Ungewöhnlich ist sicherlich auch, dass der M. Crohn im vorliegenden Fall nur einen eng begrenzten Abschnitt im Jejunum betraf.

Das MRT-Sellink ist bezüglich der diagnostischen Treffsicherheit der Kapselendoskopie des Dünndarms unterlegen, was auch durch den vorliegenden Fall unterstrichen wird. Wenn elf Tage nach Diagnosestellung durch die Kapselendoskopie mit ausgeprägten entzündlichen Veränderungen und offensichtlich hochgradiger Stenose, sodass die Kapsel nicht passieren konnte, anlässlich eines MRT-Sellink die Schleimhaut im Dünndarm – wenn auch unter laufender Therapie – als völlig unauffällig beschrieben wurde, müsste es schon zu einer „Turbo-Heilung“ gekommen sein. Aus hiesiger Sicht sollte zumindest bei der Fragestellung M. Crohn des Dünndarms das MRT-Sellink als diagnostische Methode zugunsten der Kapselendoskopie des Dünndarms verlassen werden.

Inspiziert durch den vorliegenden Fall wurden die Daten von rund 240 Kapselendoskopien des Dünndarms während der letzten zweieinhalb Jahre reevaluiert. Dabei handelte es sich ausnahmslos um Patienten mit der Fragestellung obscure Blutung bei unauffälliger ÖGD und Koloskopie ohne Crohn-Symptomatik und ohne offensichtliche Blutung wie im oben geschilderten Fall. Wir fanden drei weitere männliche Patienten, alle über 60 Jahre alt, bei denen sich makroskopisch eindeutig ein M. Crohn im Dünndarm darstellen ließ. Bei zwei Patienten im Jejunum, bei einem Patienten im terminalem Ileum.

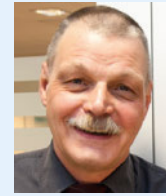
Bei letzterem waren wir vorher an der Intubation im Rahmen der Koloskopie gescheitert. In einer weiteren Sitzung gelang es uns dann doch mit einem schlankeren Gerät (Olympus PCF PH 190I) nach Mühen, das terminale Ileum zu intubieren und Proben zu gewinnen. Die Diagnose eines M. Crohn wurde dann auch histologisch gesichert. Auch wenn es sich hier nur um unkontrollierte Beobachtungen handelt, muss man sich möglicherweise von gängigen Vorstellungen zur Symptomatik eines M. Crohn verabschieden, wenn es um einen reinen Dünndarmbefall geht.

Problematisch ist die Frage nach dem Behandlungskonzept und der Verlaufskontrolle. Fast „reflexhaft“ würde man einen solchen Patienten mit reinem Dünndarmbefall wohl zuerst einmal mit Kortison behandeln. Dann aber ergibt sich die nächste Frage nach der Dauer der Therapie, wenn der Patient von vornherein keinerlei Crohn-Symptomatik hatte, an deren Verlauf man sich gegebenenfalls im Hinblick auf die medikamentöse Strategie orientieren könnte.

Mit standardmäßigen endoskopischen Maßnahmen wie Ileokoloskopie wäre ein isolierter Befall im Jejunum auch nicht zu kontrollieren. Eine schlichte Kontrolle des Calprotectin im Verlauf wäre vermutlich zu kurz gesprungen. Keiner der von uns beobachteten Patienten hatte erhöhte Entzündungswerte im Blut. Insofern entfällt auch ein solcher Parameter.

Verfolgt man die Strategie des „mucosal healing“ – von einigen Autoren in letzter Zeit wieder infrage gestellt –, wobei Patienten auch ohne klinische Symptomatik nur aufgrund endoskopisch-bioptischer Befunde mit teilweise sehr teuren Medikamenten

behandelt werden, müsste man konsequenterweise zur Verlaufsbeurteilung gegebenenfalls wiederholt Kapselendoskopien des Dünndarms durchführen – von wiederholten Ballonenteroskopen zur Gewinnung von Gewebeproben wollen wir gar nicht erst reden. Eine solche Strategie wäre aus Kostengründen nicht unproblematisch, zumal die Kapselendoskopie bisher nicht einmal im Rahmen des Staging bei Erstdiagnose eines M. Crohn zumindest im GKV-Bereich zulässig ist. Eine Erweiterung der Indikation für die Durchführung von Kapselendoskopien des Dünndarms erscheint aus gastroenterologischer Sicht allerdings dringend erforderlich.



**PD Dr. Jochen Purmann**  
(bng-Mitglied, Gesundheitszentrum Moers)



#### Termine

2.–3.2.2018	Sachkundekurs Endoskopie	Düsseldorf
2.–3.2.2018	Hepatology trifft Infektiologie	Berlin
2.–3.3.2018	Sachkundekurs Endoskopie	Wiesbaden
16.–17.3.2018	Sachkundekurs Endoskopie	Nürnberg
16.–17.3.2018	Hepatologischer Workshop	Iserlohn

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

#### Jobbörse

Gastroenterologe in Süddeutschland gesucht	Chiffre 17 110 300
Praxisvertretung gesucht	Chiffre 17 111 500

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](http://www.bng-gastro.de),

[Kontakt@bng-gastro.de](mailto:Kontakt@bng-gastro.de)

Redaktion:

Dr. Holger Böhm,

[www.skriptstudio.de](http://www.skriptstudio.de),

[bng@skriptstudio.de](mailto:bng@skriptstudio.de)