

# Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert

# bng

## Editorial

### Fachgruppenarbeit im bng

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der bng ist in vielen Bereichen aktiv. Während auf Vorstandsebene Themen des EBM und der GOÄ bearbeitet, Fragen der Erstattung von Leistungen mit KBV und Kassen erörtert werden, ferner Vernetzungen mit anderen Berufsverbänden stattfinden oder Kontakte mit Verbänden gemeinsamer Interessenvertretung geknüpft werden, ist ein wichtiger Baustein im Verband der niedergelassenen Gastroenterologen die Leistung im Bereich der Fachgruppen.

So hat die Fachgruppe Hepatologie (unter Karl-Georg Simon und Stefan Maus) uns in den letzten Jahren im Bereich des GBA vertreten. Sie war tatkräftig bei der Leitlinien-erstellung aktiv und hat bei Änderungen der verschreibungsfähigen Therapiemöglichkeiten im Rahmen auch des AMNOG zeitnah informiert. Neben dem sehr erfolgreichen Hepatitis-C-Register wird derzeit ein Projekt zur Fettleber auf die Beine gestellt (FLAG-Studie). Dieses erfolgt durch die neuen Vertreter der Fachgruppe Wolf-Peter Hofmann und Peter Buggisch.

Ebenso erfolgreiche Aktivitäten sind im Bereich der Fachgruppe CED zu sehen, die seit langem durch Bernd Bokemeyer geführt wird. Neben der engen Verzahnung mit dem Kompetenznetz CED konnten regionale und überregionale Selektivverträge abgeschlossen werden. In Westfalen-Lippe konnte zum 1. April eine Extravergütung für die Bundesärztekammer- anerkannte Versorgungsassistenz CED abgeschlossen werden. Die Anerkennung dieser Fortbildung auch auf Kassenebene zeigt, dass sich Bemühungen langfristig auszahlen. Delegationsfähige Leistungen müssen in Zukunft ausgebaut, aber auch honoriert werden.

Die zahlreichen Aktivitäten im Beirat und auf Fachgruppenebene sind ein Aushängeschild für den Verband und zahlen sich für die Mitglieder aus. Horst Hohn konnte im Rahmen der Fachgruppe Kapselendoskopie ein Positionspapier zur Crohn-Kapsel erstellen. Bei isoliertem Crohn-Befall des Dünndarms kann die Kapsel hier eine elegante Methode sein, um eine Diagnosestellung zu ermöglichen. Die Kombination, sogar

Dünn- und Dickdarm zu beurteilen ist ein Novum und kann ein strukturiertes Staging der Erkrankung ermöglichen.

Jens Aschebeck als steter Vertreter der Fachgruppe Kolorektales Karzinom hat in dem heutigen Beitrag einen Überblick zum iFOBT erstellt. Die Leistungen von Christoph Schmidt, der als Botschafter des Jahres 2018 der Stiftung Lebensblicke gekürt wurde oder von Kai Uwe Rehbehn im Bereich der Pankreatologie wurden bereits in der letzten Ausgabe gewürdigt. Es wird nicht möglich sein, alle Aktivitäten in diesem kurzen Artikel zusammenzufassen. Wir können nur allen Kollegen, die sich aktiv einbinden herzlich danken.



Dr. Ulrich Tappe  
(bng-Vorstand)

## Morbus Crohn

### Neue Indikation für die Dünndarm-Kapselendoskopie

Der bng und damit die Fachgruppe Kapselendoskopie haben sich der Aufnahme neuer Indikationen für die Kapselendoskopie (KE) -Dünndarm angenommen. 2017 wurde eine entsprechende Anfrage an die KBV gestellt. Es geht darum, die KE Dünndarm vor allem bei M. Crohn bzw. zum Therapiemonitoring bei der Behandlung eines M. Crohn mit Dünndarmbefall als sogenannte Kassenleistung durchführen zu können.

Dazu stellte die Fachgruppe zunächst die Studien zusammen, die den Sachverhalt belegen. Aus den Studien geht klar hervor, dass die MRT-Untersuchung des Dünndarms zur Detektion eines M. Crohn des Dünndarms der KE-Dünndarm unterlegen ist. Das wurde ja auch schon in den Leitlinien für M. Crohn von 2014 festgestellt, auch wenn daraus keine allgemeine Empfehlung abgeleitet wurde.

Trotzdem wurden die Hürden für die Einbringung in ein Zulassungsverfahren vom Gesetzgeber so hoch gelegt, dass die derzeitige Studienlage nicht zum Erfolg eines Antrages auf Indikationserweiterung führen würde. Das gleiche Schicksal betrifft übrigens auch andere, längst etablierte Leistungen wie die Ballondilatation von kurzstreckigen Stenosen. Derzeit prüfen wir, ob entsprechende Studien, die eine sogenannte Therapie- oder auch Diagnose-

sicherung der KE nachweisen, in der Pipeline sind oder aufgelegt werden können.

Zu definieren sind auch die Eingangskriterien zur Durchführung der KE-Dünndarm vor allem bei M. Crohn. Hier scheinen sich die Parameter CRP und Calprotectin im Stuhl als sogenannte Plussympptome zu der üblichen Klinik zu etablieren. Das Verfahren wird sich also noch in die Länge ziehen. Dennoch sind wir optimistisch, dass die Zulassung zu dieser wichtigen Indikation kommen wird.

## Neues Verfahren Crohn-Kapsel

2016 wurde als neuartiges Kapselverfahren die sogenannte Crohn-Kapsel auf den Markt gebracht. Es handelt sich bei der Hardware um eine Kolonkapsel mit zwei Objektiven. Allerdings wurden die Software und der Untersuchungsalgorithmus so modifiziert, dass mit diesem neuen Untersuchungsverfahren der Dünndarm und das Kolon in einem Untersuchungsgang dargestellt werden können. Die Beurteilung erfolgt in der Software mit dem Lewis-Score. Bei Kontrolluntersuchungen kann relativ objektiv der Verlauf der Erkrankung dokumentiert werden (Staging).

Die Kapselgruppe beschäftigt sich seit 2017 mit dem neuen Verfahren. Dabei spielen auch allgemeine Fragen der CED-Behandlung eine Rolle: Z. B. wieviel Bildkontrolle benötigen wir zur exakten Diagnosesiche-

rung und dem Staging der Erkrankung oder dem Therapiemonitoring? Die Crohn-Kapsel scheint eine attraktive Alternative bei der Erstdiagnose oder auch der Therapieüberwachung des M. Crohn zu sein. Wir sammeln zurzeit praktische Erfahrungen und sind auf erste Studienergebnisse gespannt.

## Auswertung von KE-Leistungen kann nicht delegiert werden!

Die Sichtung und insbesondere die Auswertung des Videomaterials der Kapselendoskopien sind zeitaufwändig, sodass immer wieder die Frage nach der Delegation an nicht-ärztliches Personal aufkommt. In diesem Zusammenhang weist die Fachgruppe – in Übereinstimmung mit Informationen der KBV – darauf hin, dass die Kapselendoskopie des Dünndarms mit Beschluss des G-BA vom 11.11.2010 als Nr. 16 in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-Richtlinie) aufgenommen wurde, siehe <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1233/>. Für die Kapselendoskopie wird in der Nr. 16 bereits im dortigen § 2 deutlich, dass die Durchführung und Auswertung der Kapselendoskopie durch Fachärzte zu erfolgen hat.

Die Erbringung der Leistungen der Kapselendoskopie ist im vertragsärztlichen Bereich an eine Genehmigung der jeweils zuständigen KV gebunden, für die die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Kap-

selendoskopie („QS-V Kapselendoskopie“) nach § 135 Abs. 2 SGB V gelten. Diese Genehmigung erfolgt facharztbezogen. Unter anderen legen die §§ 2 Abs. 1, 3 und 6 der QS-V Kapselendoskopie fest, dass Leistungen der Kapselendoskopie und bestimmte Leistungsfrequenzen oder -mengen vom Arzt nachzuweisen sind, also auch Bestandteil seiner Qualifikation sind.

Die QS-V Kapselendoskopie legt für die Auswertung im § 3 Abs. 3 fest, dass Ärzte als reine Auswerter genehmigt werden können. Während eine Vorbereitung der Auswertung der Kapselendoskopieuntersuchungen durch nichtärztliches Personal möglich ist, stellt § 7 Abs. 4 der QS-V Kapselendoskopie jedoch unmissverständlich klar: „Im Rahmen der Auswertung der Untersuchungsaufnahmen ist das gesamte aufgezeichnete Material von dem auswertenden Arzt zu sichten.“

Eine Delegation dieser Leistung ist also nicht gestattet und wird von der Fachgruppe Kapselendoskopie folglich abgelehnt.



**Dr. Horst Hohn (Sprecher der Fachgruppe Kapselendoskopie im bng)**

## Quantitative immunologische Stuhltests (iFOBT)

### Was wird die Einführung an der Vorsorge verändern?

Quantitative immunologische Stuhltests (iFOBT) sind zur Früherkennung von Darmkrebs seit dem 1. April 2017 für Versicherte ab 50 Jahren Kassenleistung. Der neue Test auf okkultes Blut im Stuhl hat den bisherigen Papierstreifen-Test abgelöst. Daher ist auch diese Methode eine kostenfreie Leistung der gesetzlichen Krankenkassen für alle ab 50 Lebensjahren.

Der neue Stuhltest reagiert im Gegensatz zum alten Test ausschließlich auf humanes

Blut. Vorteil: Es gibt keine Diätfehler und es ist ein einmaliger Test (nicht drei Stuhlproben, wie beim alten Hämocult-Test). Das heißt, es gibt weniger falsch-positive Ergebnisse. Zudem erkennt der neue Test deutlich mehr Karzinome, nämlich 70 %, während der alte Test nur ca. 20 % der vorhandenen Karzinome erkannte. Allen, die den Stuhltest statt einer Vorsorgedarmspiegelung machen, muss klar sein: Ist der Test positiv, d. h. gab es Blutspuren im Stuhl, dann muss dieser Befund zwingend

durch eine Darmspiegelung abgeklärt werden. Er ist für alle Menschen mit einem familiären Risiko oder einem genetischen Risiko nicht empfehlenswert. Sobald es einen direkten Verwandten (Vater, Mutter, Geschwister) mit Darmkrebs gibt, sollten diese direkt eine Darmspiegelung machen lassen.

Nach aktuellem Beschluss des Bewertungsausschusses werden Ausgabe und Rücknahme des neuen Stuhltests und die dazu-

gehörige Beratung, auch nach positivem Ergebnis, ab April 2017 nach GOP01737 im EBM mit 57 Punkten, entsprechend 6 Euro, extrabudgetär honoriert. Die Auswertung der neuen quantitativen immunologischen Stuhltests erfolgt ausschließlich im Speziallabor und wird nach GOP01738 im EBM mit 7,90 Euro (75 Punkten) vergütet.

Die möglicherweise verlängerte Versorgungskette (Hausarzt/Labor/Hausarzt) stellt ein Problem dar, denn qualitative immunologische Stuhltests (Point-of-Care-Tests) mit einem festgelegten Grenzwert für die Konzentration des Hämoglobins, die in der Arztpraxis ausgewertet werden, hatte der G-BA bei der Neuregelung der Früherkennung nicht berücksichtigt.

## Einschätzung

Der Stuhltest ersetzt die wichtige Darmspiegelung nicht! Stuhltest und Darmkrebsvorsorgeplanung wird fast ausschließlich in der Hausarztpraxis (auch Gynäkologie- und Urologie-Praxis) durchgeführt. Die Quote von alleiniger Beratung in der Hausarztpraxis zu nachfolgender Darmspiegelung beträgt teilweise neun Beratungen bei einer Darmspiegelung. Diejenigen, die keine

Darmspiegelung wünschen, werden entweder nicht die Praxis aufsuchen oder/und ev. den Test machen. Hier wird man die Auswertung der KV benötigen, um die Anzahl von positiven Tests zu erfahren und die Quote der daraufhin erfolgten Spiegelungen zu belegen.

Wir dürfen nicht nachlassen, die Darmkrebsvorsorge zu bewerben, insbesondere die Spiegelung als Goldstandard. Diese Untersuchung liegt in Deutschland in der Hand der niedergelassenen Gastroenterologen und ist eine sehr sichere (Komplikationen bei ca. 0,08%) und qualitativ hochwertige Leistung (Fachqualifikation Vorsorge-Darmspiegelung notwendig). Mit dieser Untersuchung sind nicht nur die Darmkrebsfälle nachweisbar, sondern auch die Vorstufen von Darmkrebs (ca. 1/3 aller beschwerdefreien Vorsorge-Patienten haben ein Adenom!). Diese Polypen werden sicher abgetragen und ein Darmkrebs kann vermieden werden.

Die Häufigkeit und die Sterblichkeit an Darmkrebs sinken bereits aufgrund der Vorsorge (Daten seit 2002 vom Zentralinstitut der KV). Das Einladungsverfahren zur Darmspiegelung über die Krankenkassen ab 55 Lebensjahren (liegt fertig in der Schubla-

de) wird die Vorsorge sehr wahrscheinlich entscheidend verändern, Beispiele aus Holland sind hier wegweisend.

## Fazit

Der iFOBT wird zwar eine Rolle spielen, er stellt jedoch eher ein niederschwelliges Angebot hinter der Vorsorgekoloskopie dar. Durch diesen Test mag sich daher die Bereitschaft, am Darmkrebscreening teilzunehmen, ein wenig erhöhen; die Zahl der Koloskopien wird aber wahrscheinlich nicht reduziert. Eine entscheidende Veränderung der Vorsorgepraktiken der Bevölkerung ist nicht zu erwarten, dies wird aber hoffentlich das Einladungsverfahren bringen.



**Dr. Jens Aschenbeck**  
(Sprecher der Fachgruppe  
Kolonreales Karzinom im  
bng)

## Der besondere Fall

# Chemotherapie nach cholangiozellulärem Karzinom

In den beiden hier beschriebenen Fällen handelt es sich um männliche Patienten mit intrahepatischem Karzinom, das als Zufallsbefund in einer Routinesonografie beim Hausarzt nachgewiesen wurde. Beide waren in fortgeschrittenem Alter (75/81 Jahre) und bis zum Zeitpunkt der Diagnosestellung gesund und in einem guten, nicht adipösen Ernährungszustand. Medikamente wurden nicht eingenommen. Die weitere Diagnostik in unserer Ambulanz und stationär ergab den Befund eines cholangiozellulären Karzinoms (CCC). In beiden Fällen bestand radiologisch kein Hinweis auf eine Fernmetastasierung.

Die Patienten wurden zur chirurgischen Therapie an einen in der hepatobiliären Chirurgie sehr erfahrenen Kollegen überwiesen. Bei einem Patienten war eine kurative Resektion möglich, bei dem zweiten Patienten war es

trotz Pfortaderembolisation rechts und zweimaliger transarterieller Chemoembolisation (TACE) nicht möglich, eine R0-Resektion zu erreichen. Leider kam es aber auch bei dem ersten Patienten nur wenige Monate später zu einer ausgeprägten intrahepatischen Metastasierung und in der weiteren Folge auch zu einer ossären Filialisierung mit einer pathologischen Fraktur des linken Femurs.

Es bestand also bei beiden Patienten eine Indikation zu einer systemischen Chemotherapie. Dies vor allem auch deshalb, weil zum einen ein Behandlungswunsch geäußert wurde, zum anderen, weil beide Patienten trotz der durchgeführten Maßnahmen weiterhin in einem erstaunlichen guten Allgemeinzustand waren.

Die systemische palliative Chemotherapie bei CCC besteht seit 2009 in erster Linie

aus der Kombination Gemcitabine und Cisplatin. In einer Metaanalyse aus dem Jahre 2010 konnte eine deutliche Überlegenheit gegenüber einer Gemcitabine-Monotherapie gesehen werden. Das mediane Überleben kann durch diese Therapie im Vergleich mit Gemcitabine als Monotherapie bei vergleichbarer Toxizität signifikant von 8,1 auf 11,7 Monate verlängert werden.

Leider vertrugen beide Patienten die genannte Chemotherapie schlecht. Es kam zu deutlichen Blutbildveränderungen, außerdem limitierte in beiden Fällen der Anstieg des Serumkreatinins den Einsatz von Cisplatin. Evidenzbasierte Empfehlungen für eine Zweitlinientherapie liegen bisher nur in begrenztem Umfang vor. Unter anderem wurden in mehreren kleineren Studien auch EGFR-Antagonisten in Kombination mit Gemcitabine und/oder einem

platinhaltigen Medikament eingesetzt. Eingesetzt wurden Erlotinib, Lapatinib, Sorafenib und Selumetinib.

Erlotinib wurde bereits 2005 in einer Phase-II-Studie untersucht. Dabei wurden 42 Patienten mit einem fortgeschrittenen CCC über 28 Tage mit 150 mg Erlotinib behandelt. Die Mehrzahl der Patienten zeigte dabei einen stabilen Verlauf, drei Patienten hatten allerdings nach RECIST-Kriterien eine partielle Remission. In einer anderen Phase-III-Studie wurde das Medikament in Kombination mit Gemcitabine und Oxaliplatin eingesetzt. 268 Patienten wurden eingeschlossen. Die Kombination Erlotinib und Chemotherapie zeigte ein deutlich höheres objektives Ansprechen (40 vs. 21 Patienten).

In Deutschland ist Erlotinib für die Therapie von Patienten mit nicht kleinzelligem Lungenkarzinom zugelassen, die eine aktivierende EGFR-Mutation aufweisen. Außerdem auch für die Behandlung des metastasierten Pankreaskarzinoms. Bei beiden Erkrankungen gilt wie für andere AK gegen den EGFR-Rezeptor auch, dass eine positive kutane Reaktion die Wirkung des Medikamentes

anzeigt und deshalb auch als Marker für die Fortsetzung der Therapie gesehen wird.

Da unsere beiden Patienten aufgrund des Alters und einer in beiden Fällen eingeschränkten Nierenfunktion für eine platinhaltige Therapie nicht mehr in Frage kamen, stellten wir bei der Versicherung einen Kostenübernahmeantrag für eine Monotherapie mit dem Medikament Erlotinib. Beide Patienten zeigten eine positive Hautreaktion und konnten so auch nach der Initiierungsphase weiter behandelt werden. Besonders eindrucksvoll war die Wirkung des mit jeweils 150 mg/die gegebenen Medikamentes bei dem ersten Patienten, der ja nach seiner Operation mit einer ausgeprägten Lebermetastasierung vorstellig wurde. Dieser Patient zeigte eine deutliche Erhöhung der Cholestase-Enzyme und natürlich auch des Tumormarkers CA 19-9.

Dieser Marker zeigte innerhalb weniger Wochen einen eindrucksvollen Abfall ebenso wie die Transaminasen. Dabei waren bis auf die beschriebenen Hautreaktionen keine wesentlichen Nebenwirkungen zu verzeichnen. Der Patient hat bis heute (28 Mo-

nate nach Diagnosestellung bei diffuser hepatischer Metastasierung) nur einen geringen Progress seiner Erkrankung gezeigt.

Wir sehen in diesem Medikament, was bisher nicht für diese Tumorerkrankung zugelassen ist, eine Alternative in der Monotherapie für ältere und polymorbide Patienten. Außerdem ist es sicher ein interessanter Kombinationspartner für die Standard-Chemotherapie.



**Dr. Alp Bastian**  
(Gastroenterologie am  
Marienkrankenhaus in  
Kassel)



**Dr. Gero Moog**  
(Gastroenterologie am  
Marienkrankenhaus in  
Kassel)



bng-Termine im Rahmen des Kongresses  
**Viszeralmedizin 2018  
in München**  
13.09.2018 um 15:00 Uhr  
bng-Mitgliederversammlung

**Termine**

06.-07.07.2018	Sachkunde Endoskopie	Stuttgart
20.-21.07.2018	Hepatologischer Workshop	Ulm
31.08-01.09.2018	Gastro-Forum NRW 2018	Essen

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

**Jobbörse**

Gastroenterologin sucht Niederlassung	<a href="mailto:gastroenterologin@mail.de">gastroenterologin@mail.de</a>
Gastroenterologe in Nordbaden gesucht	<a href="mailto:gottfried.leber@t-online.de">gottfried.leber@t-online.de</a>
Praxisnachfolge im Raum Aachen gesucht	<a href="mailto:em@mdl-praxis.de">em@mdl-praxis.de</a>

Nutzen Sie die Jobbörse auf der bng-Homepage: <http://www.bng-gastro.de>.

**IMPRESSUM**

**Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V.**

Holdergärten 13, 89 081 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)