

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert

bng

Wieder ein neues Jahr

Wir sehen uns in Dresden!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das neue Jahr hat begonnen und schon steht wieder unsere bng-Jahrestagung vor der Tür! Vom 21. bis zum 23.04.2016 treffen wir uns in Dresden. Das Programm wird wie immer vielfältig sein und auf die Praxis zugeschnitten. Wir werden Neues von der ECCO und der EASL hören, uns mit autoimmunen Erkrankungen, dem Ösophaguskarzinom und nicht zuletzt mit der Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie aus verschiedenen Perspektiven beschäftigen. Alles – wie ich finde – spannende Themen mit großer Relevanz für die Versorgung der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten.

In der Praxis sind wir aber nicht nur ärztlich tätig. Wir sind auch „Firmeninhaber“ und müssen uns mit den damit verbundenen alltäglichen Problemen auseinandersetzen. Was, wenn ein Wassertank den Betrieb lahmlegt, Geräte durch höhere Gewalt oder ganz reale Gewalt nach einem Diebstahl nicht mehr zur Verfügung stehen? Was, wenn die eigene Gesundheit ein Arbeiten wie gewohnt nicht mehr ermöglicht? Mit diesen und noch vielen weiteren Fragen beschäftigen wir uns am Donnerstag im Vorgesymposium, wenn es darum geht, wie sicher Versicherungen wirklich sind.

Den Spagat zwischen ärztlichem Handeln mit guter Patientenversorgung und den zusätzlichen Aufgaben der Praxis- und Mitarbeiterführung bewältigt man mal besser und mal schlechter. Begrenzungen durch das eigene System, Kassen und Politik machen dies nicht leichter. Wie kann man Erwartungen, seien es die anderer, oder die, die man selbst an sich hat, erfüllen? Ist man in Zwängen gefangen oder kann man frei entscheiden? Was kann man selbst tun, um längerfristige Ziele und Wünsche zu verwirklichen? Vielleicht wird uns Herr Professor Joachim Bauer im Festvortrag am Freitag Antworten geben. Titel ist „Selbststeuerung und Selbstfürsorge als „Innerer Arzt“ – Wie bekommen wir ihn an die Seite des äußeren, realen Arztes?“.



Dagmar Mainz

Ich bin schon sehr gespannt und freue mich auf angeregte Diskussionen und Gespräche!

Auf Wiedersehen in Dresden!

Dr. Dagmar Mainz (bng-Vorstand)

Die Anzahl der Vorsorgekoloskopien nimmt wieder leicht zu

Koloskopie bleibt weiterhin keine „boombare“ Leistung!

Wie auch in den letzten Jahren analysiert der bng die Entwicklung der Koloskopien. Diese Untersuchung ist eine Kernleistung der Gastroenterologen. Aktuell liegen Daten von allen Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV für 2014 vor. Hier zeigt sich ein positiver Trend für die Teilnahmezahlen an der Vorsorgekoloskopie in den Jahren 2013 und 2014.

War die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von 2006 (629 250) bis 2012 (389 925) um insgesamt 38 Prozent gesunken (• Tab. 1), so steigen die Abrechnungszahlen für 2013 (410 332) und 2014 (444 513) um insgesamt 13,5 Prozent wieder an. Dieser erfreuliche Anstieg reflektiert zwei Ursachen. Einmal wird deutlich, dass Bürger und Ärzte Vertrauen in diese Untersuchungen haben. Der Vorsorgeeffekt tritt wirklich ein. Die Morbidität und Mortalität des kolorektalen Karzinoms sinkt. Dies beschreiben aktuelle epidemiologische Untersuchungen des RKI. Zudem haben Bürger,

die schon 2002 ff. an der Vorsorgekoloskopie teilgenommen haben, jetzt nach zehn Jahren die Möglichkeit, sich zum zweiten Mal einer solchen Untersuchung zu unterziehen. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Trend anhält.



Dietrich Hüppe

Bei der Analyse der Vorsorgezahlen (weitere Details bei der Fachgruppe Kolorektales Karzinom auf www.gastro-bng.de) wird darüber hinaus deutlich, dass der Zuwachs in den letzten zwei Jahren nicht gleichmäßig über Deutschland verteilt ist: In Mecklenburg-Vorpommern (+22,4%), Schleswig-Holstein (+17,5%), Bremen (+13,5%) und Niedersachsen (+11,7%) zeigen sich die größten Zuwächse in der Teilnahmerate. Die Ursache dieses Nord-Süd-Gefälles in der Inanspruchnahme der Vorsorge bleibt unklar.

Kurative Koloskopien nehmen seit 2006 (957 313 Untersuchungen) kontinuierlich bis 2014 (1 291 830) zu. Der Zuwachs beträgt insgesamt fast 35 Prozent. Dabei kommt es in den letzten fünf Jahren zu einer Abflachung des Zuwachses auf zwei bis drei Prozent jährlich. Die Ursachen für diesen Zuwachs sind vielfältig. Bei der Vorsorgekoloskopie ergeben sich 15 bis 30 Prozent kontrollbedürftige Befunde nach Abtragen von Polypen (Adenomen) oder Krebsnachsorge. Daraus resultieren abrechnungstechnisch kurative Koloskopien im Verlauf. Auch jede Abklärung eines positiven Hämoccult-Testes („Blut im Stuhl“) ist keine Vorsorge - sondern eine kurative Koloskopie. Der berechnete Wunsch von Menschen, sich vor dem 56. Lebensjahre einer Vorsorgekoloskopie zu unterziehen, insbesondere wenn ein familiäres Darmkrebsrisiko vorliegt, kann nur als kurative Koloskopie abgerechnet werden. Diese Aspekte machen den Zuwachs gut nachvollziehbar und bele-

gen: die Koloskopie ist auch weiterhin keine „boombare“ Leistung.

Addiert man Vorsorgekoloskopien und kurative Untersuchungen, so ergibt sich jährlich nur ein minimaler Zuwachs.

Über neun Jahre beträgt dieser kumulativ weniger als 10 Prozent.

Dr. Dietrich Hüppe (Sprecher der Fachgruppe Kolorektales Karzinom im bng), Rudolf Loibl (bng-Verbandsmanager)



Rudolf Loibl

Tab. 1: GOP 01741 + 13421, Entwicklung 2006 bis 2014 bundesweit

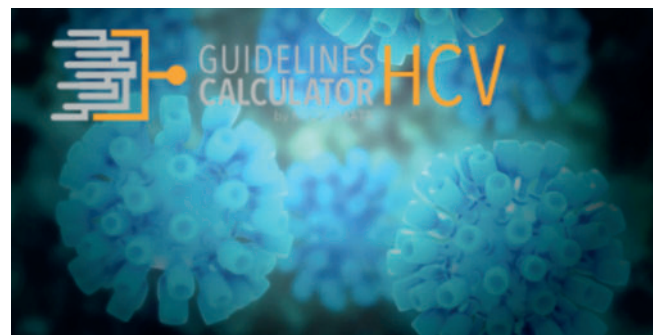
KV	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Vorsorge	629 250	619 319	546 280	472 829	409 686	395 399	389 925	410 332	444 513
Im Vergleich zum Vorjahr:		-1,58%	-11,79%	-13,45%	-13,35%	-3,49%	-1,38%	5,23%	8,33%
Im Vergleich zu 2006:		-1,58%	-13,19%	-24,86%	-34,89%	-37,16%	-38,03%	-34,79%	-29,36%
kurativ	957.313	1 011 845	1 082 984	1 145 765	1 177 541	1 200 273	1 234 262	1 254 068	1 291 830
Im Vergleich zum Vorjahr:		5,70%	7,03%	5,80%	2,77%	1,93%	2,83%	1,60%	3,01%
Im Vergleich zu 2006:		5,70%	13,13%	19,69%	23,00%	25,38%	28,93%	31,00%	34,94%
gesamt bezogen auf 2006:		2,81%	2,69%	2,02%	0,04%	0,57%	2,37%	4,91%	9,44%

bng-Service

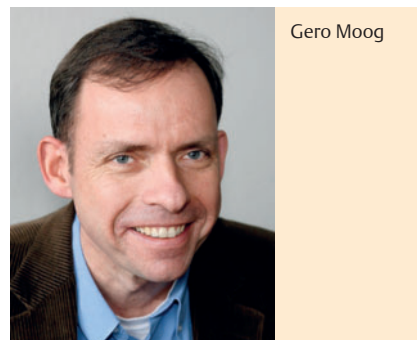
Hepatitis C Leitlinienrechner

Bei der Hepatitis C-Therapie haben wir in der letzten Zeit eine rasante Entwicklung beobachten können, die für Kollegen, die mit der Materie nicht so vertraut sind, eine Herausforderung darstellt. Zwar liegt mit der aktualisierten Leitlinie, an deren Entwurf auch bng-Mitglieder beteiligt waren, ein sehr fundierte und abgewogene Therapieempfehlung vor. Aber, wie bei anderen Leitlinien auch, scheitert die Umsetzung in die Praxis häufig an der mangelnden Kenntnisnahme.

Vor diesem Hintergrund haben wir im Auftrag des bng einen sogenannten Leitlinienrechner entwickelt, der als einfaches Hilfsmittel dem Anwender die Möglichkeit gibt, mit wenigen Eingaben zu dem optionalen Patienten eine dem aktuellen Stand entsprechende Therapieempfehlung zu erhalten. Konkret sieht dies wie folgt aus: Man ruft die Startseite des HCC Calculators unter <https://secure.micromata.de/hcv-calculator/> im Browser auf. Nach Angabe von Genotyp, Leberzirrhosestatus und der Vortherapien wird der aktuelle Therapievoranschlag angezeigt. Die Ein-



gaben erscheinen in einem Fenster und können als PDF-Datei ausgedruckt und in der Patientenakte abgelegt werden. Das Programm befindet sich derzeit im Testmodus, deshalb sind Fehler noch nicht ganz ausgeschlossen.



Gero Moog

Der Rechner bildet die aktualisierte Leitlinie zur Hepatitis C-Therapie ab und stellt nicht die GBA Entscheidungen dar. Da es sich hier aber um eine mit entsprechender Evidenz versehene Leitlinie handelt, stellen die Empfehlungen den zurzeit gültigen Stand der Wissenschaft zur Therapie der Hepatitis C dar, was auch ein hohes Maß an Verordnungsicherheit bedeutet.

Wir glauben, dass der Gebrauch solcher digitalisierten Hilfen die Therapiesicherheit für den Patienten erhöht und den Arbeitsalltag für den Arzt erleichtert. Dass dies nicht die intensivere Auseinandersetzung mit dem entsprechenden Thema durch Lesen aktueller Fachzeitschriften und den Besuch von Kongressen ersetzen kann, versteht sich von selbst.

Warum sollte die Medizin auf solche Hilfsmittel verzichten, die in der übrigen Welt inzwischen in allen Bereichen gebräuchlich sind? Aus diesem Grund werden wir auch in anderen Bereichen solche „tools“ entwickeln in der Hoffnung, dadurch die medizinische Welt ein bisschen einfacher zu gestalten.

Dr. Gero Moog (Arbeitsgruppe Hepatologie im bng)

Darm-Sonographie

Eine diagnostische Säule des Gastroenterologen

Die Sonographie ist neben der Endoskopie das wichtigste und aussagekräftigste diagnostische Verfahren in der Hand des Gastroenterologen. Mit ihr steht ein bildgebendes Verfahren für die Erstdiagnostik und die Verlaufskontrolle aller akuten und chronischen Schmerzen des Bauchraumes unmittelbar zur Verfügung, ebenso bei protrahierten oder komplizierten Durchfällen, bei tastbaren Resistenzen, Ileussyndromatik und Gewichtsverlust. Neben den üblichen Bauchorganen muss die besondere Aufmerksamkeit des Gastroenterologen der Darstellung von Dünn- und Dickdarm gelten.

Die Bedeutung der Sonographie liegt in der direkten Darstellung der Wand des Dünn- und Dickdarmes und der umgebenden Strukturen ohne Strahlenbelastung und ohne Invasivität. Funktionelle Störungen und abnorme Füllungszustände des Darmes lassen sich ohne vorherige Einflussnahme durch eine Vorbereitung oder durch den Untersuchungsvorgang selbst wie bei der Endoskopie oder der Applikation von Röntgenkontrastmitteln darstellen. Pathologische Befunde sind gut reproduzierbar als Voraussetzung für eine objektive Befundung und Distanzmessung sowie für Verlaufskontrollen. Die Beurteilung der Durchblutung der Darmwand und ihrer Umgebung durch die Doppler-Sonographie bietet zusätzlich Informationen über die entzündliche Aktivität. Es besteht keine Indikationseinschränkung durch Alter oder Schwere der Erkrankung. Die Untersuchung ist als einziges bildgebendes Verfahren beliebig wiederholbar und somit in akuten Situationen für kurzfristige Verlaufskontrollen geeignet.

Bei Nachweis einer verbreiterten Darmwand wird deren Dicke, Länge, Befallsmuster, Kontur und Echostruktur bewertet. Zu beachten sind Lumeneinengungen, insbesondere wirksame Stenosen, Lumendilatation und Veränderungen der Peristaltik. Bei akuten entzündlichen Prozessen wird durch die gezielte Palpation des Hauptschmerzpunktes der Krankheitsprozess sonographisch fokussiert.

Eine Diagnosestellung oder Erhebung eines richtungsweisenden Befundes ist in ca. 90 Prozent der Erkrankungen möglich, die durch eine längerstreckige Verdickung der Wand von Dünn- oder Dickdarm gekennzeichnet sind wie beispielsweise bei Morbus Crohn. Ähnliches gilt für die Divertikulitis, ischämische Kolitis und Enteritis, Invagination, Darmwandinblutung und Peritone-

alkarzinose. Bei der akuten Appendizitis finden sich typische Veränderungen in über 80 Prozent. Komplikationen wie Abszesse, entzündliche Konglomerate, Fisteln und Stenosen des Darmes können im gleichen Untersuchungsgang mit einer Häufigkeit von 70



Hans Worlicek

bis 90 Prozent nachgewiesen werden. Maligne Erkrankungen (NHL, neuroendokriner Tumor und Karzinom) können durch die Sonographie des Darmes in bis zu 80 Prozent der Fälle erkannt werden. Bei der Diagnostik des Dünndarmes kann der Ultraschall deshalb in vielen Fällen weitere aufwändige Dünndarmuntersuchungen ersparen. Er ist jedoch nicht als Ersatz oder Alternative der Koloskopie geeignet. Bei der Erstdiagnose einer relevanten Erkrankung des Kolons muss deshalb fast immer die Koloskopie folgen. Bei der Verlaufskontrolle von Morbus Crohn steht die Sonographie des Darmes dagegen an erster Stelle. Bei Divertikulitis und ischämischer Kolitis/Enteritis ist die Sonographie hervorragend geeignet zur kurzfristigen Verlaufskontrolle bezüglich Prognostik oder Heilungsverlauf.

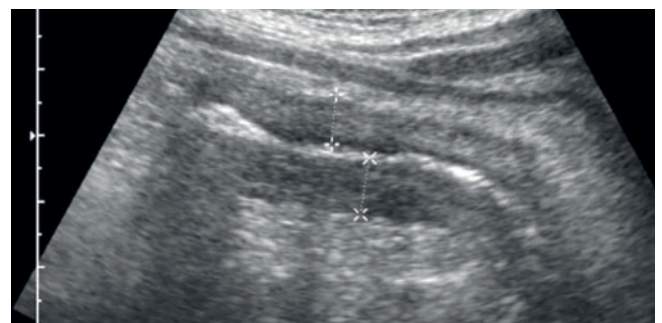
Beispiele für richtungsweisende Befunde sind der sonographische Nachweis eines Morbus Crohn oder einer Divertikelentzündung für die zielgerichtete Therapieeinleitung bzw. der Nachweis einer Appendizitis, einer komplizierten Divertikelentzündung oder eines Darmverschlusses für die Stellung der OP-Indikation.

Trotz der hohen Effektivität des Verfahrens besteht seitens der Kostenträger nach wie vor keine Bereitschaft, diese Untersuchung wenigstens kostendeckend zu ermöglichen, schon gar nicht bei Verwendung hochwertiger Ultraschallgeräte. Da auch eine bedeutende Untersuchungsmethode bei dauerhafter Unterfinanzierung von den Leistungserbringern nicht getragen werden kann, ist zu befürchten, dass dieses Untersuchungsverfahren auf Dauer nicht mehr zur Verfügung stehen wird. Ziel des Berufsverbandes muss sein, diese Methode zu erhalten und weiter bei den Gastroenterologen zu etablieren, damit sie in Zukunft flächendeckend für die Versorgung unserer Patienten zur Verfügung steht. Voraussetzung ist eine solide wirtschaftliche Basis mit angemessener kostendeckender Vergütung.

Dr. Hans Worlicek (Sprecher der Fachgruppe Sonographie im bng)



M. Crohn des terminalen Ileums mit echoarmer zirkulärer Wandverdickung, vermehrte Vaskularisation als Aktivitätszeichen.



M. Crohn des präterminalen Ileums, stenosierend, Wanddicke 7,5 bzw. 8,6 mm.

Darmkrebsvorsorge und -früherkennung

Kolonkapsel ein Zukunftsmodell?

Die Stiftung Lebensblicke hatte unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Jürgen F. Riemann am 4. November 2015 zu einem Experten-Workshop nach Frankfurt eingeladen, um die Bedeutung der Kolonkapsel im Rahmen der Darmkrebsvorsorge zu beleuchten.

Nach einleitenden Worten von Prof. Riemann zur möglichen Bedeutung dieser neuen Methode berichtete Prof. Dr. Horst Neuhäus über den aktuellen Stand der Technik. Die derzeitige Kolonkapsel verfügt über zwei Kameras und eine geschwindigkeitsadaptierte Aufzeichnungsrate. Nach derzeitiger Studienlage liegt die Spezifität für den Nachweis von Polypen größer als 10 mm bei ca. 90 Prozent. Diese Ergebnisse konnten 2015 in einer Studie mit Screening-Patienten bestätigt werden. Eine optimale Darmreinigung sei entscheidend für ein solch gutes Ergebnis. Desweiteren stelle die Kolonkapsel eine aussagefähige Untersuchungsmethode bei vorausgegangenem inkompletter Koloskopie dar.

Prof. Dr. Axel Dignaß konnte anschließend die Sicht der DGVS (Vorstand) darlegen. Man sei bei dem sehr wichtigen Thema der Darmkrebsvorsorge interessiert und offen für neue diagnostische Methoden (Kapsel). Wichtig seien aber größer angelegte Studien, um die bisher fehlenden Nachweise für eine starke Evidenz vorlegen zu können. Dr. Horst Hohn, der Sprecher der Kapselgruppe im bng, schilderte die Möglichkeiten der Kolonkapsel in der Facharztpraxis. Wichtig sei eine gute Organisation und ein strukturierter Ablauf der Untersuchung (mit ausgebildeter MFA) und die äußerst gründliche Reinigung des Darmes. Der Zeitaufwand bei der Durchführung der Kapseluntersuchung (> 1 Std.) ist hoch, die Bezahlung als Versicherungsleistung bisher nicht geklärt.

Dr. Gerhard Dahlhoff (AOK-Projektleiter) und Kollege M.D. Marwan Khoury (niedergelassener Gastroenterologe in Hof) berichteten über das Kolonkapsel-Projekt der AOK in Hof. Inhaltlich hat das Angebot die Methode eine hohe Akzeptanz bei den Patienten gefunden, insbesondere bei jenen, die einer Koloskopie bisher skeptisch gegenüber standen. Zugleich konnten mehr Versicherte durch ausreichende Aufklärung für eine Vorsorgekoloskopie gewonnen werden. Da die Kapseluntersuchung in Hof in bis zu 60 Prozent pathologische Befunde generiert, wurden viele Koloskopien – möglichst als „Tandemuntersuchung“ – direkt nach der Kapsel ohne eine erneute Darmvorbereitung nötig und dem Patienten im Vorfeld angeboten. Dieses Vorgehen erhöht zwar die Kosten der Vorsorge, führt jedoch in der Region um Hof zu einer höheren Inanspruchnahme der Vorsorge. Erste umfassende Ergebnisse werden gerade ausgewertet.

Kollege Dr. Axel Munte, der ehemalige Vorsitzender der KVB und selbst Gastroenterologe, beschrieb eine ambulante Situation, in der alle Leistungserbringer und Krankenkassen in einem Boot sitzen, um eine möglichst hohe Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen zu erreichen. Deswegen wurde diese als AOK Pilot Studie gedachte Untersuchung in einer Modellregion in Bayern durchgeführt. Die Region Hof wurde gewählt, weil trotz hoher Inzidenz des Kolorektalen Karzinoms die Teilnehmerrate an der Darmkrebsvorsorge bisher gering war.



Das Fazit von Dr. Jens Aschenbeck und Dr. Dietrich Hüppe: Eine gefühlt hohe Nachfrage der Kolonkapsel in der Darmkrebsvorsorge in einigen Zentren der Republik sollte nicht dazu benutzt werden, die bisher fehlende Evidenz und Studienlage für diese Methode zu negieren. Bis zur Zulassung der Methode zur Darmkrebsvorsorge sind große Studien und gute wissenschaftliche Daten dringende Voraussetzung.

Dr. Lutz Altenhofen aus dem ZI der KBV nahm Stellung zu dem wichtigen Thema der kleinen Polypen in der Darmkrebsvorsorge. Fakt ist, dass gerade die Anzahl dieser Entität in den letzten Jahren angestiegen ist. Die Ursachen sind vielfältig (u. a. bessere Technik, Weiterbildung und Qualifikation des Untersuchers etc.). Bei einem Update der Leitlinie sollte die Polypengröße Einfluss auf das zu empfehlende Kontrollintervall haben.

Zum Abschluss des Workshops gab Prof. Bertrand Granado (Paris) einen Einblick in zukünftige technische Entwicklungen und Möglichkeiten der Kolonkapsel (z. B. 3D), die zurzeit in einem europäischen Projekt untersucht werden (NAUTILUS). Die Stiftung Lebensblicke plant, die Ergebnisse des Treffens in einem Positionspapier zusammenzufassen.

*Dr. Jens Aschenbeck, Dr. Dietrich Hüppe
(Sprecher der Fachgruppe Kolorektales Karzinom im bng)*

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
24.02.2016	MV bng-RG WL	Dortmund
26.–27.02.2016	WS Hepatologie	Iserlohn
26.–27.02.2016	Sachkunde Endoskopie für MFA	Stuttgart
04.–05.03.2016	bng-Workshop Sonographie	Regensburg
11.–12.03.2016	Sachkunde Endoskopie für MFA	Bonn-Hardtberg
21.–23.04.2016	bng-Jahrestagung	Dresden
22.–23.04.2016	Sachkunde Endoskopie für MFA	Berlin

Weitere Einzelheiten auf der bng-Service-Seite: <http://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