

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Editorial

Uns geht es besser als vor 20 Jahren und (zu) gut

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Tempus fugit und wenn man auf die letzten 20 Jahre Gastroenterologie in der Praxis zurückblickt, überwiegen die positiven Aspekte. Als sich 1995 in Köln eine kleine Gruppe niedergelassener Gastroenterologen traf, um sich zu organisieren, wurde noch darüber diskutiert, ob man nicht erst einmal lokal, d. h. auf den Bereich der KV-Nordrhein begrenzt, beginnen sollte. Ohne www und irgendwelche Adressdateien startete man als Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Gastroenterologen sogleich bundesweit.

Schon sehr früh kam der Gedanke einer Managementgesellschaft auf, aber die Zeit war noch nicht reif. Die zarte Pflanze gedieh zögerlich und zunächst ging es darum, alle potentiellen Mitglieder zu identifizieren. Hauptamtliche Gastroenterologen mussten von Nebenerwerbs-Gastroenterologen abgegrenzt werden. Aus der ANGED wurde der bng mit der klaren Zielsetzung der beruflichen Interessenvertretung. Mit der Einführung der Vorsorgekoloskopie 2004 kam ein großer Aufschwung. Gleichzeitig begann die wirtschaftliche Abhängigkeit von einem Untersuchungsverfahren, die heute vereinzelt bis zur Monokultur pervertiert ist.

Die Emanzipation der niedergelassenen Gastroenterologen im fachlichen wie im berufspolitischen Umfeld dauerte mehr als zehn Jahre. In der Fachgesellschaft nicht wahrgenommen, von der Hautevolee der Gastroenterologie als gescheiterte Kliniker eingestuft und in der KV eine schutzlose Minderheit als Appendix der Inneren Medizin bedurfte es der Beharrlichkeit einer aktiven Minderheit, das Blatt zu wenden.

Auf KV-Ebene galt es lokal den Stellenwert der Gastroenterologen mit ihren Besonderheiten deutlich zu machen. Wir leisten Handarbeit, können unsere Leistungen nicht delegieren und zudem sind Endoskopien nicht boombar. Wenn zudem vermittelbar wäre, dass eine qualifizierte ambulante Gastroenterologie in weiten Teilen der Gastroenterologie im Krankenhaus ebenbürtig ist und Krankenhausaufenthalte einsparen kann, sollte einer rosigen Zukunft nichts im Wege stehen.

Das Verhältnis zur Fachgesellschaft nähert sich der Augenhöhe, auch wenn man sich noch kein niedergelassenes Vorstandsmit-

glied oder gar einen niedergelassenen Präsidenten vorstellen kann. Dafür würde man gerne die Berufspolitik an uns übertragen, da unsere Expertise hier inzwischen unbestritten ist. Die GOÄ-Verhandlungen sind in guten Händen, aber die Einflussmöglichkeiten sind leider gering. Es ist dem bng gelungen fachlich, politisch und gesellschaftlich der ambulanten Gastroenterologie Anerkennung und Respekt zu verschaffen.



Dr. Thomas Eisenbach

Wenn dann weniger als 20 Prozent der Mitglieder zu einer Jahrestagung mit einem ansprechenden wissenschaftlichen Programm und nahezu zum Nulltarif in eine attraktive Stadt kommen und weniger als die Hälfte der Tagungsteilnehmer der Mitgliederversammlung mit Vorstandswahl beiwohnen, kommen mir Zweifel an dem Selbstverständnis der Kolleginnen und Kollegen.

Weder Sendungsbewusstsein noch Geltungsbedürfnis, sondern die Erkenntnis von Handlungsbedarf waren die ursprünglichen Triebfedern unseres berufspolitischen Engagements. Drohte der ambulanten Gastroenterologie vor 20 Jahren als Minderheit im KV-System Ungemach, sind es heute die aktuellen Bestrebungen der Politik, die nicht unterschätzt werden sollten. In einem System staatlich reglementierter Freiberuflichkeit, in dem sich die Politik ihrer Verantwortlichkeit entzieht und diese auf andere Ebenen verlagert, ist es wichtiger denn je, dass man sich positioniert und seine Ziele konsequent verfolgt. Sachdiskussion und Prinzipientreue sind ehrenwert, ich würde einer ergebnisorientierten Vorgehensweise unter Einbeziehung marktwirtschaftlicher Grundsätze den Vorrang geben.

Nicht nur die Bevölkerung altert, auch die Gastroenterologen. Die Generation 55+ hat das Feld bestellt, die Nachfolger ernten und haben noch nicht erkannt, dass eine gute Ernte nicht selbstverständlich ist. Ich würde mir wünschen, dass sich mehr junge Kolleginnen und Kollegen in die Arbeit des bng einbringen, um ihre eigene Zukunft aktiv mit zu gestalten. In diesem Sinne wünsche ich dem neuen bng-Vorstand eine glückliche Hand und viel Erfolg.

*Dr. Thomas Eisenbach
(Gründungsmitglied und langjähriges bng-Vorstandsmitglied)*

Eine subjektive Betrachtung

Ist die Adenomdetektionsrate wirklich ein vergleichbarer Qualitätsparameter?

Seit einigen Jahren wird die Adenomdetektionsrate (ADR) als ein wichtiger Qualitätsparameter für eine gute Koloskopie herangezogen. Eine möglichst hohe ADR gilt vor allem für die Vorsorge-Koloskopie als wichtiges Kriterium in der öffentlichen Diskussion, so dass entsprechende Empfehlungen auch Eingang in die aktuelle Leitlinie finden werden.

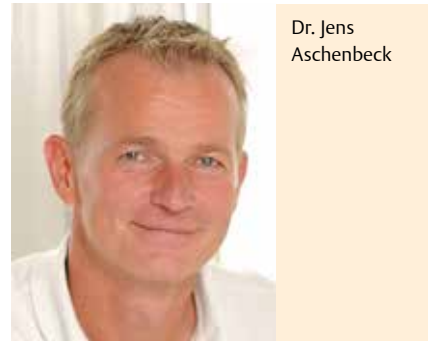
Wie hoch soll die ADR denn sein? 50 Prozent, wie in einigen Studien aus Zentren in den USA? Hintergrund sind vor allem zwei hochrangig publizierte Studien aus Polen und den USA. Die polnische Arbeitsgruppe (Kaminski et al. NEJM 2010) wies anhand von ca. 45 000 Vorsorge-Koloskopien nach, dass in der Gruppe der Ärzte mit einer ADR > 20 Prozent fast keine Intervallkarzinome innerhalb von fünf Jahren auftauchten. Die amerikanische Studie aus Versicherungsdaten von Kaiser Permanente (Corley et al. NEJM 2014, n=314872) trieb diesen Cut-off noch höher: Je höher die ADR – die höchste Gruppe lag zwischen 33 und 52 Prozent –, desto niedriger die Intervallkarzinom-Rate.

Letztere Studie ist allerdings mit einigen offenen Fragen belastet: So war z. B. war die Zahl von 722 Intervallkarzinomen (0,2 Prozent) schon deutlich höher als in der polnischen Studie. Allerdings wurden als Intervallkarzinomfälle alle Fälle definiert, die innerhalb eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten bis zu zehn (!) Jahren nach Indexkoloskopie als Karzinom im Rahmen von stationären Behandlungsdaten erneut in den Datenbanken aufgetaucht sind. Weiterhin wurden nicht nur Screening-Koloskopien, sondern auch kurative Koloskopien berücksichtigt. Von den initial etwa 330 000 Fällen wurden u. a. wegen unvollständigen Follow-ups dann nur 264 972 Patienten ausgewertet, also etwa 2/3 der Ausgangsgruppe.

Die Fallzahl und Erfahrung der beteiligten Koloskopiker ist ebenfalls interessant: Nicht berücksichtigt wurden in der US-amerikanischen Studie Koloskopiker mit weniger als 300 Koloskopien und mit weniger als 75 Screening-Koloskopien im Studienzeitraum (zwölf Jahre!) – was aus deutscher Sicht eine extrem niedrige Fallzahlgrenze zu sein scheint. Offen bleibt jedoch, ob die US-Kollegen nicht auch Patienten anderer Versicherungsorganisationen endoskopierte haben, deren Fallzahlen hier unberücksichtigt geblieben sind. Die Frage ist also, ob die Adenomraten der Kollegen wirklich stimmen. Hat vielleicht ein Kollege mit z. B. 100 Vorsorge-Koloskopien, die er in vier Jahren für Kaiser Permanente erbracht hat und die in die Analyse gingen, in diesem Zeitraum aber noch 1000 bis 2000 Vorsorge-Koloskopien für anderweitig Versicherte durchgeführt? Insgesamt rangierten die beteiligten Kollegen hinsichtlich ihrer Untersuchungsfallzahl von 355 bis 6005 Koloskopien innerhalb des 13-Jahreszeitraums, das sind also 27 bis 461 Untersuchungen pro Jahr.

Und zudem: Dass Studien aus Registerdaten ihre Tücken haben, berichtete Dr. G. Schachschal/Hamburg beim DGE-BV Kongress. Er wies darauf hin, dass in einer ähnlich angelegten Untersuchung von Gotfried (Gotfried et al. J Clin Gastroenterol 2014) bei

genauer Durchsicht der Registerdaten sich die ursprüngliche Rate an übersehenen Karzinomen halbieren ließ (3,9 Prozent auf 2,1 Prozent), da administrative Fehler nachzuweisen waren. So waren einige Patienten nach der initialen Endoskopie nicht zur empfohlenen Kontrollendoskopie erschienen oder es war in dieser Kontrolle auf Grund der schlechten Vorbereitung keine genaue Aussage zu treffen gewesen.



Dr. Jens
Aschenbeck

Nimmt man die großen Studien aus Übersee, die sich mit der ADR beschäftigen, so findet man sehr unterschiedliche Zahlen. Dies mag einerseits daran liegen, dass nicht immer zwischen Adenomdetektionsrate und Polypendetektionsrate ordentlich unterschieden wird. Weiterhin gibt es Single- und Multicenter-Studien. Ein ambulantes System mit niedergelassenen Gastroenterologen, wie in Deutschland, gibt es nirgendwo. Auch das strukturierte Darmkrebsvorsorge-Programm mit seinen äußerst eng gefassten Kriterien zur Vorsorge-Spiegelung, ist einzigartig.

Ich bin mir nicht sicher, ob es sich in allen Studien um vergleichbare Vorsorge-Patienten handelt, wie wir sie hier in den Praxen endoskopieren. Und dass bei einem gemischten Patientenkollektiv, das auch symptomatische Patienten enthält (z. B. positiver FOBT-Test) mehr Adenome entdeckt werden, leuchtet ein. Und als letztes die Frage: Warum analysiert keine dieser Studien die Rate an fortgeschrittenen Adenomen als möglichen Qualitätsparameter? Diese fortgeschrittenen Adenome sollten ja eigentlich viel relevanter sein für die Karzinomentstehung und Karzinomprävention!

Was brauchen wir also? Deutsche Daten über Intervallkarzinome! Unser riesiges und weltweit einzigartiges Vorsorge-Koloskopie-Register liefert leider keine Outcome-Daten, da eine Verlinkung mit Kassendaten nicht so einfach möglich ist. Wir sollten aber im eigenen Interesse daran arbeiten.

Ein ganz anderes Thema wurde auch auf der DGE-BV besprochen: Von den amerikanischen Gesellschaften bereits heftig diskutiert, unter bestimmten Bedingungen empfohlen und bei den Kongressen immer wieder Thema ist das sog. Resect and Discard-Verfahren. Herr Dr. Belle/Mannheim berichtete auf dem Kongress darüber. Hier werden Polypen bis zu einer Größe von 0,5 cm optisch begutachtet (d. h. es wird endoskopisch zwischen Adenom und Hyperplast unterschieden), strengstens dokumentiert, abgetragen und verworfen, um Pathologiekosten zu sparen. Natürlich wird es bei dieser Strategie auch hyperplastische Polypen geben, die in die ADR-Rate eingehen werden. Ich nenne diese mal optische ADR/histologische ADR – ein probates Mittel, seine Adenomrate zu erhöhen?

In einer eigenen Studie konnten wir zeigen, dass die endoskopische Differentialdiagnose im Alltag nicht so gut funktioniert (Schachschal et al Gut 2014). Herr Dr. Klare aus dem Klinikum rechts der Isar stellte auf dem Kongress ein strukturiertes Trai-

ningskonzept für Endoskopieanfänger vor (Klare et. al. BMC Medical Education 2015). Interessanterweise wurde der Erfolg der Auszubildenden über die ADR gemessen. Ich nenne dies Ausbildungs-ADR. Schwierig war die Bewertung der Ergebnisse, war es doch in der Studie erlaubt, bei Schwierigkeiten den erfahrenen Untersucher zu rufen, so dass nicht klar ist, ob die entstandene höhere ADR vielleicht auch aus beiden Untersuchern resultiert. Allerdings gibt es bereits Daten, dass Trainees zwar nicht so häufig ins Zoekum kommen, ihre ADR ist aber relativ früh recht gut.

Mein Fazit: Bei diesen vielen verschiedenen Adenomdetektionsraten unterschiedlicher Herkunft ist es für mich sehr schwierig, die Daten zu vergleichen und auch meine eigene ADR dort widerzuspiegeln. Ich halte es für eminent wichtig, den Ursprung der Adenomdetektionsrate in den Vorträgen zu benennen und in den zukünftigen Studien klar erkennbar zu machen. Auf Grund der derzeitigen Datenlage habe ich aber noch Zweifel an der ADR als verlässlichen und vergleichbaren Qualitätsparameter, vor allem, wenn er nach oben offen ist. Wir sollten unsere Hausaufgaben machen und Follow-up-Daten unserer eigenen Vorsorge-Koloskopien sammeln, auch wenn's mühsam ist!

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

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität

MAGDA – Informationsforum für MAGen-DArm-Erkrankungen

MAGDA wendet sich an Patientinnen und Patienten mit funktionellen und anderen Magen-Darm-Erkrankungen. Das Informationsforum wurde 2014 unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM) gegründet.

Der besondere Ansatz bei MAGDA besteht darin, dass Ärzte und Wissenschaftler für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen und nicht, wie bei Selbsthilfegruppen, ausschließlich Patienten mit Patienten kommunizieren. Hierdurch möchten wir eine wirkliche und effiziente Patientenfortbildung gewährleisten.

Unsere Veranstaltungen werden von klinischen Experten auf dem Fachgebiet der Gastroenterologie, Neurogastroenterologie und Psychosomatik durchgeführt und bieten Informationen zur Entstehung, Behandlung und Umgang mit Patientinnen und Patienten mit funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen mit speziellem Fokus auf das Reizdarmsyndrom, sowie einen Überblick über neue Therapieansätze (inklusive Ernährung, Mikrobiom etc.). Dabei variieren die Themen und bei der Planung wird der wissenschaftliche Fortschritt miteinbezogen. So können wir immer hochaktuelle Informationen anbieten.

Mit MAGDA organisieren wir Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten, z. B. im Rahmen medizinischer Fachkongresse. So waren wir im Jahr 2014 bei den Patiententagen der DGIM in Wiesbaden und DGVS in Leipzig vertreten, aber auch bei den Hessischen Gesundheitstagen und beim Gesundheitstag in

Berlin in der Urania präsent. Ein wichtiges Merkmal dieser Veranstaltungen liegt darin, dass die Patientinnen und Patienten ausreichend Zeit haben, mit den Experten über ihre Beschwerden zu reden.



PD Dr. med.
Miriam
Stengel

Die bisherigen Veranstaltungen waren ein großer Erfolg, sodass wir mit weiteren Plänen zuversichtlich in das Jahr 2015 gestartet sind. Zukünftig sind insgesamt vier Veranstaltungen pro Jahr geplant, die in Deutschland verteilt sein sollen, um eine breite Flächenabdeckung zu gewährleisten. Zusätzliche Veranstaltungen können von lokalen Veranstaltern mit Unterstützung von MAGDA geplant und angeboten werden. Auf unserer Homepage (www.magdarm-forum.de) können entsprechende Veranstaltungen auch registriert werden. Die neue Homepage ist seit Mitte März 2015 online.

Unser Forum wendet sich ebenso an Ärztinnen und Ärzte, die in der Praxis Patientinnen und Patienten mit funktionellen und anderen Magen-Darm-Erkrankungen behandeln. Ihnen möchte das Forum begleitend zur Seite stehen und bei der Suche nach Experten, die zu bestimmten Fragen konsultiert werden können, helfen. Auch jetzt schreiben uns immer wieder Patienten, die einen wohnortnahen „Neurogastroenterologen“ suchen. Wir arbeiten daran, ein Netzwerk engagierter Ärztinnen und Ärzte mit einem Schwerpunkt auf Diagnostik und Therapie funktioneller gastrointestinaler Erkrankungen aufzubauen. Bitte kontaktieren Sie uns, sollten Sie Interesse daran haben, in unsere Datenbank als Experte und / oder Referent aufgenommen zu werden.

PD Dr. med. Miriam Stengel (MAGDA-Vorsitzende)

Hepatische Enzephalopathie

Flimmer-Frequenz-Analyse als Angelpunkt für eine strukturierte Behandlung

Die Leberzirrhose ist eine in Deutschland häufige Erkrankung, die Schätzungen gehen von bis zu zwei Millionen Betroffenen in der Bundesrepublik aus. Auch wenn durch die verbesserten Therapiemöglichkeiten bei der Behandlung der viralen Hepatitis in den nächsten Jahrzehnten eine Verbesserung der Situation zu erwarten ist, kann man in Folge der Zunahme der metabolischen Erkrankung insbesondere der Adipositas davon ausgehen, dass die Zahl der Patienten mit diesem Krankheitsbild auch in Zukunft nicht wesentlich abnehmen wird.

Während Patienten mit CED und viraler Hepatitis auf Grund der zur Verfügung stehenden attraktiven Behandlungskonzepte trotz der schlechten Vergütungssituation in der ambulanten Medizin



Dr. Gero Moog

kompetent und auch flächendeckend versorgt werden, kann man dies bei den Patienten mit einer fortgeschrittenen Leberzirrhose leider so nicht behaupten. Gerade die Komplikationen der Leberzirrhose wie Ascites, Ösophagusvarizen

und auch die hepatische Enzephalopathie (HE) benötigen eine engmaschige Betreuung und auch Therapie, die in der ambulanten Medizin schon auf Grund der Kostensituation nicht immer geleistet wird.

So pendeln viele dieser Patienten je nach persönlicher Verfassung, sozialem Hintergrund und Engagement der behandelnden Ärzte ständig zwischen Hausarztpraxis und Klinik, bis die Weichen letztlich in Richtung Lebertransplantation gestellt werden oder die Erkrankung letal endet. Es fehlt für diese Patienten eine klare Struktur der Behandlungsebenen. Neben der sicher ab und an notwendigen stationären Behandlung benötigen diese Patienten zwingend eine fachärztliche Mitbehandlung, wo sie sich je nach Schweregrad ihrer Erkrankung alle vier Wochen, alle drei Monate oder auch seltener vorstellen sollten.

Doch wie sollten die fachärztlichen Kontrolluntersuchungen aussehen und in welcher Frequenz sollten diese stattfinden? Klar ist, dass bei allen Kontrollen eine Sonografie des Abdomens durchgeführt werden sollte, sicher müssen auch Laborwerte abgenommen werden. Aber wie sieht es mit Untersuchungen zur hepatischen Enzephalopathie aus? Hier hat sich neben psychometrischen Tests in den letzten Jahren die Bestimmung der kritischen Flicker-/Flimmerfrequenz etabliert.

Dies Verfahren ist in der Durchführung denkbar einfach und delegierbar. Dabei wird ein Lichtimpuls mit einer initialen Frequenz von 60 Hz erzeugt. Der Patient sieht dieses Licht über eine Brille und hat mit einem Druckschalter die Möglichkeit eine wahrgenommene Veränderung anzuzeigen. Die Frequenz wird bei der Untersuchung schrittweise um 0,1 Hz reduziert bis das Licht als Flimmerlicht wahrgenommen wird. Der Patient drückt in diesem Moment den Druckschalter. Eine Grenzfrequenz von 38 Hz ist dabei in vielen Untersuchungen als diagnostisch beweisend für das Vorliegen einer HE definiert worden.

Wir haben dieses einfache und wenig zeitaufwendige Verfahren in die Kontrolluntersuchungen bei Patienten mit Leberzirrhose hineingenommen. Bei mehr als der Hälfte der untersuchten Patienten werden pathologische Werte festgestellt, was dann auch zu einer Änderung des Vorgehens führt.

Durch das Screening der Leberzirrhotiker auf das Vorliegen einer HE kann eine frühzeitige Behandlung eingeleitet und eine stationäre Aufnahme verhindert werden. Leider wird dies Verfahren nicht bezahlt und bei den meistens eher sozial schlecht gestellten Patienten kann man Untersuchungen nicht als IGeL Leistung anbieten. Klar ist deshalb aus meiner Sicht, dass für die Betreuung dieser wirklich anspruchsvollen Patientengruppe genauso wie für Patienten mit CED und die Behandlung mit Biologika

dringend eine entsprechende Honorierung geschaffen werden muss.

Da dieses innerhalb des EBM vermutlich auch in Zukunft am Widerstand der hausärztlichen Kollegen scheitern wird, kann es nur über Strukturverträge mit den Krankenkassen erfolgen. Hier muss und wird der bng Gespräche führen um für Patienten mit Leberzirrhose ab CHILD A entsprechende Betreuungspauschalen zu verhandeln, die neben der erwähnten Diagnostik auf das Vorliegen einer HE natürlich auch Parazentese, Sonografie, Varizenligatur und auch Fibro-Scan Messungen umfassen sollten.

Die Krankenkassen würden den Wert eines solchen Vertrages sicher bald durch die deutlich reduzierte Zahl der Krankenhausaufnahmen unter der entsprechenden Diagnose erkennen. Ich persönlich sehe hier eine Möglichkeit, die ambulante Gastroenterologie zu stärken und gleichzeitig eine wirkliche Qualitätsverbesserung für die Patienten zu erreichen.

Dr. Gero Moog (Sprecher der Fachgruppe Endoskopie im bng)

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
01.07.2015	Gastro-Leitlinie Zöliakie	Berlin
17.07.2015	Hepatolog. Workshop	Ulm
28.08.2015	Gastro Forum NRW	Essen
04.09.2015	Kurs Dünndarm-Kapselendoskopie	Hamburg
04.09.2015	Sachkunde Endoskopie für MFA	Bonn

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

Jobbörse

Angebot	Kontakt
Endoskopie Fachkraft in Mönchengladbach gesucht	Chiffre 15043000
Oberarzt sucht Partnerschaft	edwin.steiniger@t-online.de

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, kontakt@bng-gastro.de

Redaktion:

Dr. Holger Böhm, www.skriptstudio.de, bng@skriptstudio.de