

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Editorial

All you can eat

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr vor der Bundestagswahl bricht an, es ist die Zeit der politischen Positionierung, die Zeit der Positionspapiere bei gleichzeitigem politischem Stillstand. In zahlreichen Statements ist von einer notwendigen Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen die Rede.

Brauchen wir diese Steuerung? Eigentlich ist unser GKV-System ja auf einem Solidaritätsprinzip begründet, welches impliziert, dass Gesunde den Alten und Kranken im Krankheitsfall finanziell beistehen und für diese Kosten aufkommen. Per definitionem bedarf es also grundsätzlich keiner weiteren Regelung.

Die tatsächliche gesellschaftliche Situation hat sich jedoch gewandelt. Das Solidaritätsprinzip wird egoistischen Auffassungen untergeordnet („ich zahle, also habe ich einen Anspruch darauf...“), ärztliche Untersuchungen werden - zum Teil auch bei fehlender Indikation - aktiv eingefordert. Dass dieses Verhalten unsolidarisch ist, kann inzwischen schon kaum mehr vermittelt werden; mit der Chipkarte habe man ja schließlich einen Anspruch darauf. Eine „all you can eat“-Mentalität.

Krankenkassen – die sich inzwischen nicht umsonst gerne als „Gesundheitskassen“ bezeichnen – fördern dieses Verhalten in einem pathologischen Wettbewerb und durch unbegrenzte Leistungsversprechen. Eine Zweit- oder gar Drittmeinung zu einem

nicht komplexen Gesundheitsproblem muss schon zu finanzieren sein, um im Wettbewerb bestehen zu können. Die unüberlegte und populistische Abschaffung der Praxisgebühr hat zudem das politische Umfeld einer Steuerung durch Selbstbeteiligung nachhaltig zerstört.



Albert Beyer

Betrifft uns das als Gastroenterologen in Klinik oder Praxis? Eine amerikanische Untersuchung an einem kleineren Kollektiv konnte unlängst zeigen, dass bei 38 Prozent der durchgeführten Gastroskopien keine leitliniengerechte Indikation vorlag (JAMA Intern Med. 2015; 175: 1563–1564). Jeder mag für sich selbst einmal darüber nachdenken, wie viele Gastroskopien in der eigenen Praxis oder Abteilung ohne leitliniengerechte Indikation vom Patienten eingefordert werden.

Bei unbegrenzter Menge ist der von uns zu Recht beklagte Preis der Gastroskopie nicht wirklich adäquat verhandelbar. Echte Solidarität des Einzelnen wäre mir zwar lieber, notwendig sind jedoch Instrumente, die einen leitliniengerechten Zugang zu dieser Untersuchung steuern. Es ist unsere Aufgabe, diese Instrumente zu entwickeln. Die Politik kann uns dabei nicht, sie soll uns dabei auch nicht helfen.

Dr. Albert Beyer (bng-Vorstand)

Ergebnisse einer retrospektiven Untersuchung

Endoskopische Diagnostik und Therapie der Papillenadenome

Papillenadenome (PA) sind prä maligne Läsionen mit einer Prävalenz von 0,04 bis 0,12 Prozent. Die Entartungsrate wird in der Literatur mit 25 bis 85 Prozent für das sporadische Adenom und ca. 4 Prozent für Patienten mit Familiärer Adenomatöser Polyposis coli (FAP) angegeben.

Ein großer Teil der PA sind endoskopische Zufallsbefunde, ein kleiner Teil wird bei der endoskopischen Abklärung einer sonographisch nachgewiesenen Gallen- und /oder Pankreasgangdila-

tation diagnostiziert oder kann mit einer Cholestase, Oberbauchschmerzen, Pankreatitis oder Blutungen einhergehen. Bei der Behandlung des PA hat die endoskopische Papillektomie (EP) in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Allerdings sind die Daten zur Patientenselektion, als auch die der Ergebnisse und Komplikationsraten sehr heterogen. Im Folgen-



Horst Grimm

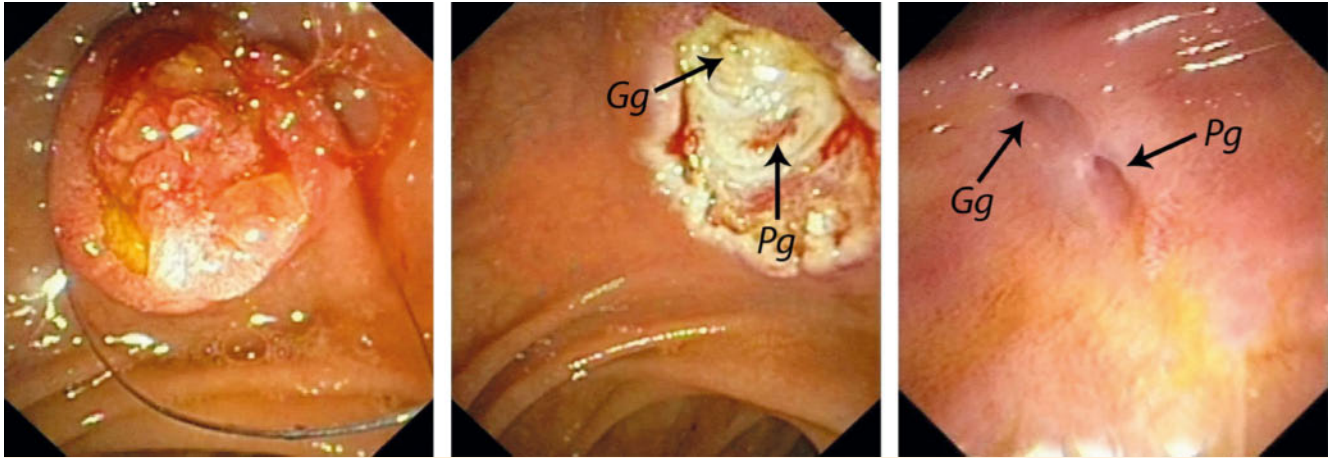


Abb. 1 (li.) EP. Platzierung der monofilen Schlinge. (mi.) Endoskopisches Bild nach EP. Darstellung der Gangöffnungen. (re.) Endoskopischer Ausschluss eines Rezidivs mehrere Monate nach EP. Gg = Gallengangöffnung; PG = Pankreasgangöffnung.

den präsentieren wir unsere Ergebnisse der EP bei der Behandlung von PA.

Präinterventionelle ambulante Diagnostik

97 Patienten mit potentiell endoskopisch therapierbaren Papillentumoren wurden präinterventionell durch eine Duodenoskopie mit Biopsien und einer radialen Endosonographie (EUS) untersucht. Von den 97 Patienten wurden 81 Prozent primär von niedergelassenen Kollegen wegen der eingangs erwähnten Befunde bzw. Symptomen in unsere Praxis vorgestellt bzw. die Primärdiagnose in unserer Praxis erhoben. Bei 19 Prozent der Patienten, die direkt stationär eingewiesen wurden, erfolgte die diagnostische Abklärung im Rahmen des stationären Aufenthaltes. Patienten mit einem invasiven Karzinom in den Biopsien, endosonographisch festgestellter Infiltration der Muskelschicht der Duodenalwand oder einem longitudinalen intraductalen Wachstum > 1 cm im Gallengang wurden von der EP mit kurativen Ansatz ausgeschlossen.

Stationäre endoskopische Therapie (EP)

Ziel der EP war die Resektion der Papille „en bloc“ (◻ Abb.: 1, 2, 3). Bei flächenhafter Ausbreitung des Adenoms erfolgte zusätzlich die Resektion in Piecemeal Technik. Kleinste Adenomreste wurden mit Argon Plasma Koagulation (APC), koaguliert. Bei Verdacht auf ein intraductales Adenomwachstum wurde eine Endoskopische Papillotomie (EPT) der Gallengang- bzw. Pankreasgang-Öffnung angestrebt und im Einzelfall eine Cholangioskopie durchgeführt. In allen Fällen wurde eine sparsame EPT des Pankreasporus mit oder ohne prophylaktische Stenteinlage angestrebt. Die endoskopische Behandlung wurde bis zur vollständigen Entfernung des Adenoms fortgesetzt.

Ambulante Nachuntersuchungen

Die erste endoskopische Kontrolle erfolgte drei Monaten nach Abschluss der Behandlung, dann über ein Jahr in Abständen von sechs Monaten, danach jährlich. Auch bei unauffälligem endoskopischen Befund wurden Biopsien entnommen. Die endoskopische Nachsorge erfolgte in allen Fällen über unsere Praxis.

Ergebnisse

Entsprechend der genannten Selektionskriterien wurden von den 97 Patient 63 endoskopisch behandelt. Es handelte sich um 38 Frauen und 26 Männer im Alter zwischen 15 und 90 Jahren (mittleres Alter: 59 Jahre). Bei 16 Prozent lag eine FAP vor. Die Histologie der Biopsien stimmte mit der des Resektates in 53 Prozent der Fälle überein. Villöse Adenomanteile und hochgradige Dysplasien (HGD) wurden durch die Biopsien respektiv in 61 Prozent und 22 Prozent der Fälle erfasst. Bei HGD in den Biopsien lag im Resektat in 71 Prozent der Fälle bereits ein invasives Karzinom vor. Für die Karzinomdiagnose lag die Sensitivität der Biopsien bei 11 Prozent und die Spezifität bei 100 Prozent. In 12 Prozent der Fälle wurde die präinterventionelle Adenomdiagnose im Resektat nicht bestätigt. Die Rate falsch positiver Adenomdiagnosen betrug 31 Prozent bei Papillentumoren bis 1 cm.

Invasive Karzinome wurden durch die EUS in nur 11 Prozent und eine Gallengangseteiligung in nur 14 Prozent der Fälle erfasst. Ergebnisse der EUS mit Trefferquoten über 80 Prozent bei Papillenprozessen beziehen sich vorwiegend auf das Staging von Papillenkarcinomen mit einem hohen Anteil ausgedehnter Befunde. In unserem Kollektiv gelang die vollständige Adenomresektion in 98 Prozent der Fälle. Mit einer Ausnahme, wurden nur Patienten ohne invasives Karzinom im Resektat berücksichtigt. In diesen Fällen wurde, auch bei einer „Resektion im Gesunden“, die Indikation zur Chirurgie gestellt.

Im Durchschnitt waren 1,4 endoskopische Eingriffe pro Patient erforderlich. Literaturangaben über geringere Resektionsraten sind zum Teil darauf zurückzuführen, dass invasive Karzinome in der Bewertung mit eingeschlossen wurden. Darüber hinaus führt der Befall des distalen Gallenganges zu einer deutlich geringeren Resektionsrate.

Komplikationen traten in 12,7 Prozent der Fälle auf. Häufigste Komplikation der EP ist die Pankreatitis, die bei unseren Patienten in 8 Prozent der Fälle auftrat. Die meisten Literaturangaben dazu belaufen sich auf 10 bis 20 Prozent. In der Regel können diese Pankreatitiden konservativ behandelt werden, allerdings wird über schwere Verläufe in bis zu 10 Prozent der Fälle berichtet. In unserer Untersuchung kam es einmal zu einer nekrotisierenden Pankreatitis, die durch endoskopische Nekroresektomie erfolgreich behandelt wurde.

Zeitverzögerte Nachblutungen traten in 3 Prozent der Fälle auf und konnten alle endoskopisch gestillt werden. Zweimal kam es zu einer Perforation, die einmal erfolgreich endoskopisch und einmal chirurgisch behandelt wurde. In unserem Kollektiv sind keine Todesfälle zu verzeichnen. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass vereinzelt über Todesfälle durch schwere Pankreatitiden berichtet wurde.

Follow up

Eine Nachsorge war bei 36 Patienten möglich. Die Beobachtungszeit betrug fünf bis 252 Monate (mittlere Beobachtungszeit: 91,6 Monate, mittlere Abweichung 69,1 Monate) Bei 33,33 Prozent der Patienten kam es zu low-grade Adenomrezidiven, die in 89,5 Prozent der Fälle nur durch die Biopsien diagnostiziert wurden. Alle Rezidive wurden endoskopisch erfolgreich behandelt. In anderen Serien mit Rezidivraten von ca. 16 Prozent ist die mittlere Beobachtungszeit deutlich kürzer als in unserer Untersuchung. Der späteste Zeitpunkt bis zum Auftreten des ersten Rezidivs betrug 96 Monate. In der Langzeitbeobachtung kam es bei einem Patienten wegen einer narbigen Stenose der Pankreasgangöffnung zu Pankreatitiden. Die Stenose konnte durch eine erneute EPT beseitigt werden.

Schlussfolgerungen

Durch die Erfassung und Abgrenzung ausgedehnter infiltrativer Prozesse im pankreatobiliären System trägt die EUS wesentlich zur Selektion der Patienten für unterschiedliche Therapiekonzepte bei. Für die Detektion von frühinvasiven Karzinomen bei PA scheint die EUS jedoch nicht geeignet zu sein.

Sowohl aus diagnostischer als auch aus therapeutischer Sicht sollte die Resektion der PA angestrebt werden. Dafür stellt die EP ein effektives und komplikationsarmes Verfahren dar. In Abhängigkeit von der histologischen Diagnose des Resektates kann dann die endoskopische Therapie fortgesetzt oder andere adäquate Therapiemaßnahmen eingeleitet werden.

Die meisten Komplikationen der EP können konservativ, endoskopisch oder durch nicht resektive chirurgische Maßnahmen behandelt werden. Schwerwiegende Komplikationen sind zwar selten, aber trotz fachgerechter Durchführung und prophylaktischer Maßnahmen möglich.

Durch die prophylaktische Drainage des Pankreasganges kann die Pankreatitis zwar nicht immer vermieden, aber ihre Häufigkeit deutlich reduziert werden. Beim Auftreten von Pankreatitiden nach Abschluss der endoskopischen Therapie ist die ERCP zur Abklärung und ggf. Therapie einer Strikturen an der Pankreasgangöffnung mittels EPT dringend angezeigt. Aufgrund unserer Ergebnisse ist die langfristige endoskopische Nachsorge mit regelmäßiger Entnahme von Biopsien bei der Duodenoskopie zu empfehlen.

PD Dr. Horst Grimm

*(Gastroenterologisch-Hepatologisches Zentrum Kiel),
Inga Grimm (Gemeinschaftspraxis im Medicum, Altenholz),
Prof. Dr. Alexander Arlt,
PD. Dr. Mark Ellrichmann
(I. Medizinische Klinik UKSH, Kiel)*



Jeder Kursteilnehmer musste eine komplette Programmierung und Anlage unter realen Bedingungen durchführen – Dr. Horst Hohn (2. v. li).

Fortbildung unter Mitwirkung des bng

Kapselkurse

In diesem Jahr fanden und finden in München, Berlin, Hamburg, Celle, Köln und Frankfurt Kapselkurse unter Mitwirkung des bng statt. Der Kapselkurs Dünndarm in Frankfurt vom 20. bis 21. Mai war mit 22 Teilnehmern aus der gesamten Republik fast ausgebucht. Unter der Leitung von Prof. Jörg Albert wurden die Module Applikation und Auswertung interaktiv abgearbeitet. Die Referenten waren Prof. Albert, Dr. Hohn, Dr. Keuchel und Dr. Vermeiren. Sie hatten ebenso viel Spaß wie die Teilnehmer, die in diesem Jahr zunehmend aus der Klinik kommen. Die Termine der kommenden Kapselkurse für Dünndarm und Kolon können über die bng-Service GmbH in Erfahrung gebracht werden.

Dr. Horst Hohn

(Sprecher der Fachgruppe Kapselendoskopie im bng)

Aktuelles aus der Regionalgruppe Niedersachsen

Jahrestagung mit Wahlen

Am 30.4.2016 trafen sich Mitglieder der bng-Regionalgruppe Niedersachsen zu ihrem Jahrestreffen in Hohenhausen. 42 Kolleginnen und Kollegen aus allen Teilen Niedersachsens waren der Einladung gefolgt. Die Tagung begann wie immer mit einem Gastvortrag, in diesem Jahr von Frau Woeller von der Hauptgeschäftsstelle der KV Niedersachsen. Frau Woeller ist von der Verwaltung her zuständig für die Endoskopie-Kommission. Sie berichtete über die Ergebnisse der Qualitätskontrolle Koloskopie. Es wurden noch einmal die verschiedenen Stufen der Kontrollen erörtert. Die Ergebnisse des Jahres 2015 im Bereich der Hygiene und der angeforderten Dokumentationen wurden dargestellt. Anschließend erfolgte die Neuwahlen des Regionalvorsitzenden und seines Stellvertreters. Sowohl Dr. Andreas Klose als auch sein bisheriger Stellvertreter Dr. Rainer Müller aus Hannover wurden ohne Gegenkandidat mit jeweils einer Enthaltung wiedergewählt. Auch die Obleute des bng an den elf Bezirksstellen wurden jeweils einstimmig gewählt. Obleute des bng sind die unmittelbaren Ansprechpartner für die jeweiligen Bezirksstellen bei Fragen der Verwaltung, die die Gastroenterologie betreffen. Im Verlauf der weiteren Tagesordnung wurde insbesondere wieder die problematische Situation der Gastroskopie-Vergütung in Nieder-

sachsen diskutiert. Das RLV lässt eine wirtschaftliche Leistungserbringung dieser Untersuchung bei weitem nicht mehr zu. Durch stringenteren Qualitätsanforderungen und neue Leitlinien steigt der Kostendruck zunehmend. Eine neu gebildete Arbeitsgruppe wird sich mit dieser Problematik und den Reaktionen unserer Fachgruppe darauf beschäftigen.

Dr. Andreas Klose

(Sprecher der Regionalgruppe Niedersachsen im bng)

CED-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse

Vereinbarung zur wirtschaftlichen Verordnung

Zum 1.7.2016 ist eine bundesweite CED-Vereinbarung zwischen dem bng und der Techniker Krankenkasse in Kraft getreten. Es ist davon auszugehen, dass noch weitere Krankenkassen kurzfristig auch Ihre Teilnahme zusagen werden. Wir hoffen dann, dass wir so bundesweit über ein Drittel aller Versicherten in diesen Vertrag eingeschlossen haben. Der Vertrag zielt auf die CED-Patienten mit einer Biologika-Therapie ab. CED-Patienten mit einer neuen Biologika-Therapie oder der Umstellung einer laufenden Therapie auf ein anderes Biologikum, einer Beendigung der Biologika-Therapie oder einer wesentlichen Dosisänderung der Biologika-Behandlung (z. B. Änderung Dosierungsintervall) können in den Vertrag eingeschlossen werden. Erforderlich ist eine Zustimmung des Patienten. Nach dem Ausfüllen des Dokumentationsblattes durch den Arzt, kann der Fall für zunächst acht Quartale abgerechnet werden. Zusätzlich werden jeweils 15 Euro pro Patient bei bundesweiter Erfüllung der vereinbarten Biosimilars-Neuverordnungsquote oder der Ampelquote für Biologika erstattet. Für das 3. und 4. Quartal 2016 werden diese Beträge von zweimal 15 Euro auch unabhängig von der bundesweiten Erfüllung der Quoten als Starthilfe für den Vertrag für diejenigen Kollegen erstattet, die bis zum Ende Oktober dem Vertrag beitreten. Für die Kollegen, die dem Vertrag bis zum Ende Oktober beitreten gilt

zusätzlich, dass alle CED Patienten aus den beiden ersten Quartalen 2016, die die oben genannten Kriterien erfüllen auch rückwirkend mit eingeschlossen werden können. Weitere Einzelheiten finden Sie im Mitgliederbereich unter www.bng-gastro.de.

PD Dr. Bernd Bokemeyer (Regionalgruppe Westfalen-Lippe,

Sprecher der Fachgruppe CED im bng)

Dr. Ulrich Tappe (bng-Vorstand)

Aktuelles aus der Regionalgruppe Westfalen-Lippe

Hepatitis C-Vertrag

Der bng-Regionalgruppe Westfalen-Lippe ist es gelungen, zusammen mit der KVWL den ersten Hepatitis C-Vertrag mit einer bundesweiten Kasse abzuschließen. Er ermöglicht unter Auflagen eine hinreichend sorgenfreie Verschreibung von Hepatitis C-Medikamenten. Medikamente nach den Regimen werden durch den Vertrag im Voraus aus einer Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgenommen. Voraussetzung zur Teilnahme ist der Facharzt für Innere Medizin / Gastroenterologie plus das bng-Zertifikat einer Hepatologischen Schwerpunktpraxis oder der Nachweis von 75 hepatologischen Patienten pro Quartal. Darüber hinaus müssen in den letzten drei Jahren mehr als 15 HCV-Patienten pro Jahr betreut worden sein, mindestens zehn unterschiedliche Patienten pro Jahr in selbständiger Therapie sowie einschlägige Fortbildungen im Bereich Infektiologie / Hepatologie (30 CME-Punkte) nachgewiesen werden. Ab Vertragsteilnahme sollen jährlich zehn CME-Punkte im Bereich Infektiologie / Hepatologie erworben werden. Zusätzlich soll die Mitarbeit in Qualitätszirkeln gefördert werden. Sind die Voraussetzungen nicht erfüllt kann ein Supervisor eingeschaltet werden, bis die Bedingungen erfüllt sind. Weitere Einzelheiten finden Sie im Mitgliederbereich unter www.bng-gastro.de.

Dr. Ulrich Tappe (Regionalgruppe Westfalen-Lippe, bng-Vorstand)

Dr. Markus Dreck

(Sprecher der Regionalgruppe Westfalen-Lippe im bng)

bng-Termine im Rahmen des Kongresses Viszeralmedizin 2016 in der Hansestadt Hamburg

22.09.2016, 15:30 – 17:00 Uhr
bng-Mitgliederversammlung

22.09.2016, 20:00 Uhr
Abendveranstaltung der bng-Mitglieder



Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
26.09.–28.09.2016	G2-Sedierung für MFA	Mainz
21.11.–25.11.2016	Endoskopie für MFA	Kassel

Weitere Einzelheiten 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