

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert

bng

Editorial

Ein verlorenes Jahr?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Neues von der KBV hat man in 2016 kaum gehört. Läuft also alles gut? Oder ist die KBV nur noch mit sich selbst beschäftigt, so dass ihre Hauptaufgaben liegen bleiben? Obwohl Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorstandsmitglied der KBV, nur noch bis März 2017 im Amt sein wird, lässt sie keine Gelegenheit aus, laut und öffentlich Porzellan zu zerschlagen, was offensichtlich inzwischen sogar dem BMG auf die Nerven geht. Frau Feldmann verstieg sich zuletzt zu der Forderung, beide KBV-Vorstände müssten zurücktreten – ein Vorgehen, das sie selbst vor knapp drei Jahren nach dem überraschenden, krankheitsbedingten Rücktritt von Dr. Andreas Köhler leider verweigert hatte, womit sie den nötigen Neuanfang verhinderte. Inzwischen ist unübersehbar, dass unter dem Dauerstreit im Vorstand auch die Sacharbeit erheblich leidet. 2016 war zweifellos ein schlechtes Jahr für die KBV!

Seit langem wird über die Reform des fachärztlichen EBM beraten. Sie soll eigentlich zum 01.07.2017 in Kraft treten, aber bis heute wurden wir (genauso wie auch andere Berufsverbände) nicht von der KBV zur Beratung eingeladen. Ich sehe bei einer EBM-Reform für uns eine der größten Herausforderung darin, dass – von der Dünndarmkapsel-Endoskopie abgesehen – seit Jahren keine innovativen gastroenterologischen Methoden Eingang in den EBM gefunden haben. Wenn das so bleibt, dann wird unser Fachgebiet im ambulanten Bereich veralten, und die ambulante Gastroenterologie wird von der Entwicklung in den Kliniken abgekoppelt. Änderungen und Ergänzungen des EBM sind lange überfällig. Unsere Vorschläge dazu haben wir vor über einem Jahr der KBV zugeschickt. Bis heute ist nichts passiert. Angesichts dessen, dass die Reform „kostenneutral“ erfolgen soll und die „sprechende Medizin“ Vorrang haben soll vor den „technischen Leistungen“ – was auch immer das sein soll – sind meine Erwartungen sehr gedämpft. Eine vernünftige EBM-Reform wird im nächsten Jahr wohl nicht kommen, hoffentlich auch keine unvernünftige.

Die GOÄ-Reform dümpelt, der Fahrtwind ist weg. Nachdem die BÄK im Frühjahr die Reform mit einem Paukenschlag notfallmäßig stoppen und die Erstellung der Leistungslegenden wieder auf Start, d.h. auf den Stand von 2010 zurücksetzen musste, geht es jetzt nur noch zögerlich weiter. Dr. Ulrich Tappe und Dr. Andreas Leodolter haben die Kapitel „Gastroenterologie“ und „Sonografie“ mit allen Leistungslegenden neu bearbeitet und Fehler besei-

tigt. Wir wenden uns gegen Pauschalierungen, die eine sachgerechte, individuelle Rechnungsstellung unmöglich machen. Die Sedierung bzw. Narkose darf kein Bestandteil der Endoskopie werden, sondern muss eine eigenständige ärztliche Leistung bleiben. Eine der wesentlichen Kritikpunkte, nämlich eine Überarbeitung der vorliegenden Neufassung des allgemeinen Teils, des sogenannten Paragrafenteils, will die BÄK am liebsten ohne weitere Diskussion durchwinken. Das wird ihr hoffentlich nicht gelingen! Und von einer Euro-Bewertung der Leistungen hört man weiterhin gar nichts. Das Jahr 2016 war auch für die GOÄ ein verlorenes Jahr.



Franz Josef Heil

Ein ärgerlicher und hoffentlich noch zu ändernder Punkt ist die Erneuerung der Online-Dokumentation der Vorsorge-Koloskopie. Da der bisher verwendete Datensatz nach 14 Jahren längst nicht mehr zeitgemäß ist, haben Vertreter von bng, BVGD, Felix-Burda-Stiftung und KBV schon vor zwei Jahren einen ganz neuen, verbesserten Dokumentationsbogen vereinbart. Wir sind der Meinung, dass die Dokumentation aller ambulanten Koloskopien mit relativ geringen Zusatzkosten ein hervorragender Beitrag zur Qualitätssicherung und Versorgungsforschung wäre. Im April hat der G-BA beschlossen, dass in Zukunft auch die Koloskopien zur Abklärung des iFOBT online dokumentiert werden müssen. Das wäre nun wirklich eine gute Gelegenheit, den veralteten Doku-Bogen endgültig durch einen neuen nach unserem Vorschlag zu ersetzen. Es ist sehr bedauerlich und ärgerlich, dass der GKV-Spitzenverband bisher Gespräche dazu verweigert. Er sieht keinen Bedarf für die von uns vorgeschlagene, zeitgemäße Qualitätssicherung mit einer Online-Dokumentation der Koloskopien.

Ruhiger geworden ist es nach unserer Beobachtung bezüglich der Behandlung von Patienten mit Hepatitis C. Erstaunlich, wie schnell wir uns an diese medizinische Revolution gewöhnt haben. Auch bei den Kassen scheint man die immer noch sehr hohen Kosten akzeptiert zu haben. Viele Patienten, die auf die neuen antiviralen Substanzen gewartet hatten, sind inzwischen erfolgreich behandelt worden. Die Behandlungszahlen werden sich vermutlich auf ein akzeptables Niveau einpendeln. Regressanträge sind uns in der letzten Zeit nicht mehr bekannt geworden, allerdings können die auch noch bis zwei Jahre nach der Behandlung beantragt werden. Hier muss man die Entwicklung mit offenen Augen beobachten und abwarten.

Durch die Einführung der Infliximab-Biosimilars ist Bewegung in die CED-Behandlung gekommen, was zum Abschluss von Selektivverträgen mit zwei Krankenkassen geführt hat. Natürlich ist das Hauptinteresse der Kassen, durch eine bevorzugte Behandlung mit den preiswerteren Biosimilars Geld zu sparen. Deshalb gab und gibt es immer wieder Kritik an den Verträgen. Dass durch diese Verträge für die Betreuung unserer Patienten aber auch mehr Honorar zur Verfügung steht, bewerten wir sehr positiv. Und natürlich ist es in unserem Interesse, dass das Geld der Krankenkassen nicht in ansteigendem Prozentsatz an die pharmazeutischen Industrie geht, sondern für die ärztliche Behandlung zur Verfügung steht.

Versorgungsforschung wird fortgesetzt

Hepatitis C-Register

Nachdem die Rekrutierung neuer Patienten im Deutschen Hepatitis C-Register (DHC-Risiko) seit September 2015 vorerst nicht möglich war, können seit dem 8. August 2016 wieder neue Patienten im Register dokumentiert werden.

Aufgenommen werden können Patienten, die mit folgenden Therapien behandelt werden: Peg-Interferon alfa-2a ± Ribavirin + Sofosbuvir; Peg-Interferon alfa-2a ± Ribavirin + Simeprevir; Peg-Interferon alfa-2a ± Ribavirin + Boceprevir; Peg-Interferon alfa-2a ± Ribavirin + Telaprevir; Peg-Interferon alfa-2b ± Ribavirin + Sofosbuvir; Peg-Interferon alfa-2b ± Ribavirin + Simeprevir; Peg-Interferon alfa-2b ± Ribavirin + Boceprevir; Peg-Interferon alfa-2b ± Ribavirin + Telaprevir; Paritaprevir/Ombitasvir + Dasabuvir ± Ribavirin; Paritaprevir/Ombitasvir ± Ribavirin; Paritaprevir/Ombitasvir ± Dasabuvir ± Sofosbuvir; Simeprevir + Sofosbuvir ± Ribavirin; Simeprevir + Daclatasvir ± Ribavirin; Simeprevir + Sofosbuvir/Ledipasvir ± Ribavirin; Daclatasvir + Sofosbuvir ± Ribavirin; Elbasvir/Grazoprevir ± Ribavirin; Elbasvir/Grazoprevir + Sofosbuvir ± Ribavirin. Ob in Zukunft auch Behandlungen mit Sofosbuvir und Velpatasvir im Register dokumentiert werden können, wird in den nächsten Monaten geklärt.

Mit Stand 16. September 2016 waren 9535 Patienten im Register zur Dokumentation angelegt, bei denen mindestens eine Visite, dies ist meistens die Screening-Visite, abgeschlossen war. Zwischen dem 8. August und dem 16. September 2016 wurden bereits für 50 neue Patienten Visiten abgeschlossen. Hinzu kamen

Melden Sie uns Ihre Probleme

Wasserschäden bei Endoskopen

Wasser- und Feuchtigkeitsschäden verursachen bei Endoskopen erhebliche Reparaturkosten und müssen aus diesem Grund, wenn möglich, vermieden werden. Das Eindringen des Wassers in das Endoskop kann an sich nur durch einen Schaden der Ummantelung entstehen, aus dem Grund ist es üblich das Gerät vor der chemisch thermischen Aufbereitung manuell auf Dichtigkeit zu testen. Auch in den Endoskop „Spülmaschinen“ (RDG-E) wird vor dem Beginn des Spülvorgangs und während der Reinigung eine Dichtigkeitsprüfung vorgenommen.

2016 war ein Jahr ohne große gesundheitspolitische Entscheidungen. Nun werden die Karten neu gemischt. Die Vertreterversammlungen der KVen sind neu gewählt worden. Jetzt folgen die Wahlen zur KBV-VV und des KBV-Vorstandes. Im September werden Bundestagswahlen sein. Ich erwarte, dass es mit frischen Spielern neue, vielleicht auch überraschende Entwicklungen geben wird. Themen und Aufgaben gibt es genug!

Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)

etwa 140 Patienten, bei denen eine Visite angelegt, aber noch nicht abgeschlossen wurde. Die Qualitätssicherung im Register läuft. Kontinuierlich werden Monitoring-Besuche und Telefon-Monitorings durchgeführt, für die kommenden Quartale sind weitere Monitoring-Besuche und Telefon-Monitorings bereits geplant.



Dietrich Hüppe

Nachdem das Register schon erste Ergebnisse im April während der EASL präsentiert hatte, wurden zur Jahrestagung der DGVS im September in Hamburg alle sieben eingereichten Beiträge als Kurzvorträge (HCV-Genotypen 1, 2, 3 und 4; Patienten mit fortgeschrittener Zirrhose und ältere Patienten (Alter >70 Jahre)) vorgestellt. Die Abstracts sind in der ZFG 8–2016 veröffentlicht. Für die Bedeutung der Registerdaten spricht, dass alle zehn der für „The Liver Meeting“ der AASLD in Boston im November 2016 eingereichten Abstracts als Posterbeitrag angenommen wurden. Vollpublikationen zur Behandlung des Genotyps 2 und 3 sind zur Veröffentlichung eingereicht.

Wir würden uns freuen, wenn das DHC-R weiterhin unterstützt würde.

Dr. Dietrich Hüppe (Wissenschaftlicher Leiter des DHC-Risiko)

Nun haben sich bei mehreren Kollegen in der jüngeren Vergangenheit Wasser bedingte Schäden bei relativ neuen Endoskopen gehäuft. Dabei besteht zumindest ein Anfangsverdacht, dass diese Schäden eventuell mit den Druckadaptern, welche die Endoskope mit den RDG-E verbinden, zusammenhängen könnten. Selbst kleine Fehler in dem System können hier offensichtlich Ursache für die Schäden sein. Dabei scheinen schon geringe Wasserreste oder Kondenswasser in den Adaptern oder Adapterschläuchen oder aber minimale Undichtigkeiten in den Anschlüssen der Adapter an das Endoskop zu einem Eintritt von Wasser in das Endoskop zu führen und im Laufe der Zeit dort massive Schäden bis zur Zerstörung des CCD-Chips zu verursachen. Für die betroffenen Kollegen sind dies natürlich hohe Reparaturkos-

ten, die fast der Neuanschaffung eines Videoendoskops entsprechen.

Besonders ärgerlich ist dabei, dass von den beteiligten Firmen (Endoskophersteller und z.T. auch RDG-E-Hersteller) die gemeldeten Schäden immer wieder als Einzelfall und als Bedienungsfehler angesehen wurden und man nicht den Weg einer fairen Schadensbeseitigung gesucht hat. Bei Nennung entsprechender Suchbegriffe findet man im Internet allerdings relativ häufig Berichte über diese Art Schäden, was den Herstellern sicher be-

Erfahrungsbericht aus einer gastroenterologischen Praxis

Optimierung der Thiopurintherapie bei CED-Patienten

2008 stellte sich ein 45jähriger Mann mit 1990 diagnostizierter Pancolitis ulcerosa zur Weiterbehandlung vor. Er stammte aus Sri Lanka, berichtete über vier bis sechs ungeformte Stuhlentleerungen täglich unter Mesalazin 2 g (Salofalk®-Granustix), Budesonid 9 mg (3 Tbl. Entcort®) seit Anfang 2008 und Prednisolon um die 20, nie unter 10 mg. An Begleiterkrankungen ein allergisches Asthma bronchiale, Diabetes mellitus Typ 2 und eine steroidinduzierte Osteoporose; der Tuberkulintest positiv. 2001 unter Azathioprin Pankreatitis, 2006 unter Methotrexat Anstieg der Transaminasen.

Bei steroidabhängigem Verlauf 2010 stationäre Evaluation und Einleitung einer Behandlung mit Tacrolimus, ambulant fortgeführt, bei suffizienten Spiegeln (8–12 ng/ml) wegen unzureichendem Effekt und Nebenwirkungen beendet. Auch Infliximab (Remicade®) unter Gabe von INH nach 10 Zyklen wegen ausbleibendem Erfolg beendet.

Eine chirurgische Therapie lehnte der Patient nach Beratung mit seiner Familie strikt ab, versuchte auf eigene Faust erfolglos Weihrauch und ein Probiotikum. Bei zunehmender Symptomatik 2011 erneut stationär: koloskopisch schwergradiger Befall, keine Dysplasien, kein Anhalt für CMV-Infektion; Prednisolon auf 30 mg erhöht, Anregung eines Versuchs mit 6-Mercaptopurin.

Ab 9/2011 25 mg 6-MP/die, ab 11/2011 50 mg/die, Symptomatik deutlich rückläufig, Prednisolon kann auf 7.5 mg reduziert werden, Blutbild und Lipase normal, aber Anstieg von GOT 100 U/l, GPT 275 U/l, G-GT 65 U/l. Die E-6-Thioguanin-Nukleotide (6-TGN) mit 311 (pmol/0.8*10⁹ Ery) im erwünschten Bereich, E-6-Methyl-Mercaptopurin (6-MMP) mit 23.359 (pmol/0.8*10⁹ Ery) stark erhöht, die E-Thiopurin-S-Methyltransferase (TPMT) mit 18.1 nmol/(ml Ery*h) normale Aktivität. Nach Pausieren des 6-MP und Normalisierung der Transaminasen ab 1/2012 Umstellung auf 25 mg 6-MP plus Allopurinol 50 mg. Nach wenigen Wochen beschwerdefrei, Stuhlfrequenz 2x/die, Reduktion des Prednisolon auf 2.5 mg (wegen des Asthma bronchiale beibehalten), die Transaminasen anhaltend normal. 3/2012: 6-TGN 572 (pmol/0.8*10⁹ Ery), 6-MMP 1.070 (pmol/0.8*10⁹ Ery) – der Patient hatte ohne Rücksprache 6-MP auf 50 mg erhöht. Der Verlauf des fäkalen Calprotectin spiegelt die anhaltende Remission wieder, die sich auch bei der 8/2013 durchgeführten Überwachungskoloskopie bestätigte.

kannt ist. Vieles spricht also dafür, dass doch eher Konstruktionsmängel vorliegen dürften. Da leider ein entsprechender Informationsaustausch zwischen uns niedergelassenen Gastroenterologen nach wie vor nicht gut funktioniert, wollen wir dies zum Anlass nehmen, hiermit noch einmal alle Kolleginnen und Kollegen zu bitten, uns solche Schäden zu melden. Nur so können wir an die Öffentlichkeit gehen und die Hersteller direkt mit dem Problem konfrontieren.

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

Leider fand sich jetzt aber ein fortgeschrittenes Sigmakarzinom mit Peritonealkarzinose. Der Patient verstarb postoperativ im September 2013 bei Multiorganversagen nach frühpostoperativer Anas-tomosensinsuffizienz.

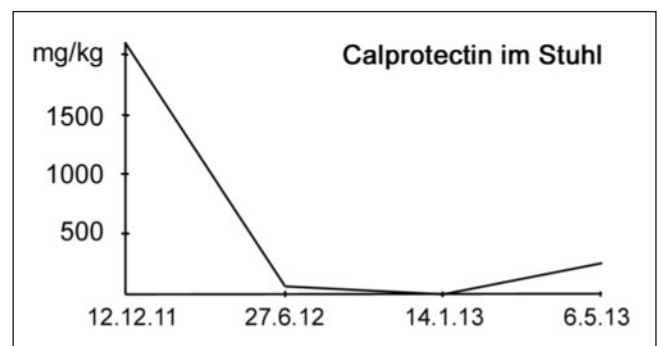


Henrich Wenzel

Therapieoptimierung

Die Umwandlung von Azathioprin respektive 6-Mercaptopurin in die wirksamen 6-Thioguanide (6-TGN) unterliegt einer hohen Variabilität, die der unterschiedlichen Aktivität der E-Thiopurin-S-Methyltransferase (TPMT) und weiteren nicht ganz geklärten Faktoren geschuldet ist¹. Es nimmt daher nicht wunder, dass ein für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen adäquater 6-TGN-Spiegel (>235 und <450 pmol/0.8*10⁹ Ery) bei körpergewichtsbezogener Dosierung bei kaum der Hälfte der Patienten erzielt wird². Bei einigen Patienten werden große Mengen an therapeutisch nicht wirksamem 6-Methylmercaptapurin (6-MMP) gebildet, das über 5700 pmol/0.8*10⁹ Ery mit erhöhtem Risiko der Hepatotoxizität einher geht. Diese „Hypermethylierung“, eine Unter- oder Überdosierung und Non-Compliance lassen sich mit der Bestimmung von 6-TGN und 6-MMP erfassen. Bei der seltenen TPMT-Defizienz (<2.8 nmol/(ml Ery*h) wird man von einer Thiopurin-Therapie sicherheitshalber Abstand nehmen, Phänotypisch unterscheidet man weiter eine intermediäre (2.8 – 9.9), normale (10–20) und erhöhte Aktivität (>20 nmol/(ml Ery*h).

Allopurinol wurde in den 50er Jahren zur Optimierung der Azathioprin-Wirkung – damals in der Tumorthherapie – entwickelt. Sein Einsatz bei Therapieversagen und/oder Nebenwirkungen in-



folge Hypermethylierung bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen wurde erstmals 2007 veröffentlicht³.

CED-Patienten aktuell	Gesamt	Mit Allopurinol
Azathioprin	36	7
6-Mercaptopurin	3	1
	39	8

Der Anteil von aktuell ca. 20 Prozent eigener Patienten mit Kombinationstherapie fügt sich gut in die publizierten Erfahrungen vieler Arbeitsgruppen⁴. Nutzen aus der Metabolitenbestimmung ziehen auch Patienten mit zu hoher Dosierung, mit anhaltender Remission bei subtherapeutischen Spiegeln oder fehlendem Ansprechen bei ausreichendem 6-TGN-Spiegel, bei denen die Dosis angepasst oder ggf. die Therapie beendet werden kann.

Die Überlegenheit einer individualisierten gegenüber der körpertgewichtbezogenen Therapie konnte in einer prospektiven Studie bislang nicht belegt werden – dennoch gibt es gute Gründe für folgendes Vorgehen⁵:

Anfangsdosis von Azathioprin nach TPMT-Aktivität:

- ▶ bei intermediärer Aktivität 1–1.5 mg/kg KG
- ▶ bei normaler Aktivität 2–2.5 mg/kg KG
- ▶ Dosisanpassung in Schritten von 25 bis 50 mg nach Spiegelbestimmung von 6-TGN und 6-MMP in Woche 4 und 12.
- ▶ Blutbild und Transaminasen in Woche 1, 2, 4, 8, 12, dann weiter alle 12 Wochen.
- ▶ Bei „Hypermethylierung“ Dosisreduktion auf $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{4}$, dazu 100 mg Allopurinol.

Stabwechsel in Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Mufid Al-Yousef gibt bng-Regionalvorsitz ab

Der allseits geschätzte Kollege Dr. Al-Yousef aus Güstrow gehört zur „Alten Garde“ des bng. Er war einer der ersten Gastroenterologen aus den neuen Bundesländern, die dem bng beigetreten sind. Früh hat er sich auf Landesebene engagiert und die Regionalgruppe Mecklenburg-Vorpommern gegründet. In seiner Zeit als Sprecher der Regionalgruppe hat er lokale Fortbildungen organisiert, Verhandlungen mit der KV geführt und seine Kollegen vor Ort mit berufspolitischen Informationen versorgt. Er war maßgeblich an der Organisation des 10. Gesprächsforums Gastroenterologie 2009 in Warnemünde beteiligt und hat seine Region regelmäßig auf den Beiratssitzungen vertreten. „Der bng bedankt sich herzlich für das Engagement des Kollegen Al-Yousef, dessen Stimme uns sehr fehlen wird“, sagt bng-Vorstand Dr. Franz Josef Heil. „Wir freuen uns zugleich mit Dr. Peggy Heidemann aus



Mufid Al-Yousef

Mecklenburg-Vorpommern gefunden zu haben, die bereit ist, sich als Regionalsprecherin für die Gastroenterologie in Mecklenburg-Vorpommern einzusetzen und wünschen ihr viel Erfolg bei ihrer Tätigkeit, die wir als bng-Vorstand in jeder Hinsicht unterstützen werden.“

Schlussbemerkungen

Neben dem Ausschluss opportunistischer Infektion und der Vollständigkeit des Impfschutzes sollte vor Behandlungsbeginn auch über den Off-Label-Gebrauch und mögliche Nebenwirkungen von Allopurinol aufgeklärt werden. Einige Nebenwirkungen vor allem zu Beginn sind unabhängig vom Metabolismus. Wenn man nicht ohnehin eine einschleichende Dosierung bevorzugt, kann manchmal eine vorübergehende Dosisreduktion oder der Wechsel von Azathioprin auf 6-Mercaptopurin erfolgreich sein. Bei gesicherter Azathioprin-induzierter Pankreatitis wird eine Reexposition mit 6-Mercaptopurin generell nicht empfohlen, was ich bei diesem Patienten nur in Anbetracht fehlender sonstiger Optionen anders gehandhabt habe.

Retrospektiv mag bezweifelt werden, ob bei ihm tatsächlich eine Azathioprin-induzierte Pankreatitis vorlag oder nur ein klinisch nicht relevanter Lipaseanstieg. Die Überprüfung von TPMT, 6-TGN und 6-MMP kann zu Lasten der GKV durchgeführt werden, z. B. im UMG-Labor (Leiter Dr. Lutz Binder), Robert-Koch-Str.40, 37075 Göttingen. Die Kosten sind mit ca. 20€ je Position überschaubar. Benötigt werden 5 ml EDTA-Blut.

Mein Fazit ist, dass bei differenzierter Indikationsstellung und Beachtung entsprechender Kautelen mit einem individualisierten Vorgehen Azathioprin oder 6-Mercaptopurin bei einer größeren Anzahl von CED-Patienten effektiv eingesetzt werden können. Literaturangaben unter www.bng-gastro.de.

Dr. Henrich Wenzel (Gastroenterologiepraxis Wuppertal)

Schwerin eine Nachfolgerin gefunden zu haben, die bereit ist, sich als Regionalsprecherin für die Gastroenterologie in Mecklenburg-Vorpommern einzusetzen und wünschen ihr viel Erfolg bei ihrer Tätigkeit, die wir als bng-Vorstand in jeder Hinsicht unterstützen werden.“

Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
03.03.–04.03.2017	Sachkunde Endoskopie	Stuttgart
28.04.–29.04.2017	Sachkunde Endoskopie	Hannover
11.05.–13.05.2017	bng-Forum und Jahrestagung	Frankfurt

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