

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Editorial

Nächste Jahrestagung der Gastroenterologen in Frankfurt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn man als Gastroenterologin bzw. Gastroenterologe in einem größeren Krankenhaus arbeitet, so beschäftigt man sich meist schwerpunktmäßig mit einem Teilgebiet der Gastroenterologie, zum Beispiel mit der Endoskopie, der Sonografie, der Leber- oder der CED-Sprechstunde. Natürlich gibt es auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, die in Ihrer Praxis einen besonderen Schwerpunkt haben. Häufig sind sie Mitglied in wissenschaftlichen Fachgesellschaften wie z. B. der ECCO oder der EASL und bilden sich entsprechend fort. Die meisten von uns decken jedoch in der ambulanten Versorgung der Patienten ein breites Spektrum an gastroenterologischen und hepatologischen Erkrankungen ab.

Eine gute Fortbildung muss an unsere Bedürfnisse angepasst sein. Verwirklichen können wir ein solches Programm bei unserer bng-Jahrestagung. Es soll so vielfältig wie unsere Tätigkeit sein. Dieses Jahr wollen wir uns mit dem komplizierten Verlauf bei chronischen entzündlichen Darmerkrankungen beschäftigen. Welche Möglichkeiten bieten konservative und chirurgische Therapien?

Durch die effizienten antiviralen Therapiemöglichkeiten verlagert sich bei der Leber der Focus weg von der Hepatitis hin zu anderen hepatologischen Erkrankungen. Dem wird im Programm Rechnung getragen. Wir werden Vorträge zu den entzündlichen Erkrankungen der Gallenwege und zur Fettlebererkrankung hören. In unserer „onkologischen Reihe“ geht es weiter „nach unten“. Die Magenkarzinom-Leitlinie wird gerade überarbeitet. Ganz aktuell werden wir informiert zur Pathogenese, Diagnostik und en-

doskopischen Therapie sowie zu perioperativen und palliativen Therapieansätzen.

Ein besonderer „Brennpunkt“ wird sich dem Pankreas widmen mit allen für uns wichtigen diagnostischen und therapeutischen Aspekten. Ich freue mich, dass wir für ausnahmslos alle Themen hervorragende Referenten gewinnen konnten. Besonders bin ich aber auf den diesjährigen Festvortrag gespannt, der sich der ärztlichen Tätigkeit und dem „Arztsein“ von historischer und philosophischer Seite nähern wird. Den Referenten durfte ich schon einmal mit einem ähnlichen Thema erleben – lassen Sie sich überraschen!

Auch in diesem Jahr wird es natürlich am Samstag wieder Neuigkeiten aus den Fachgruppen des bng geben und den berufspolitischen Teil. Und es wird wieder gewählt!

Am Donnerstagnachmittag bieten wir im Rahmen des Vorsymposiums ein Kommunikationstraining an. Dabei geht es aber nicht wie sonst meist üblich um die – natürlich wichtige – Kommunikation mit unseren Patientinnen und Patienten, sondern mit unseren Mitarbeitern, Stichwort „Führungskompetenz“. Ein erfahrener und im doppelten Sinne ausgezeichnete Coach wird mit uns üben, denn: nur im Team sind wir stark!

So – und was noch? Wichtig ist uns der persönliche und fachliche Austausch. Wo könnte der besser stattfinden als beim Zusammensein am Freitagabend. Erstmalig liegt die Organisation und Ausrichtung dieses Events in unserer Hand. Und wir hoffen sehr, dass es ein schöner Abend werden wird. Aber wenn die gut gelaunte „bng-Familie“ zahlreich zusammen kommt, was soll da schon schief gehen?!

18. Gesprächsforum
Gastroenterologische Praxis
und bng-Jahrestagung

11.-13.05.2017 in Frankfurt



Also: Auf Wiedersehen in Frankfurt am Main im Radisson Blue vom 11.–13. Mai 2017!

Dr. Dagmar Mainz (bng-Vorstand)



Dr. Dagmar Mainz

Nicht nur durch Screening erklärbar?

In einer Mitteilung im New England Journal of Medicine (2016; 374: 1605 – 1607) werden aktuelle Daten aus dem großen US-amerikanischen SEER-Bevölkerungsregister (SEER = Surveillance, Epidemiology, and End Results Program) bezüglich der Entwicklung der Mortalität und der Inzidenz des kolorektalen Karzinoms (KRK) dargestellt. Erfreulicherweise hat die Inzidenz des kolorektalen Karzinoms in den USA seit 1975 um ca. 40 % und seit dem Gipfel Mitte der 80er-Jahre um 45 % abgenommen. Noch stärker ist die Mortalität mit mehr als 50 % gesunken.

In dem Artikel wird hinterfragt, ob diese positiven Effekte nur dem Screening geschuldet sind oder ob noch andere Faktoren eine Rolle spielen, da der Zeitverlauf der Reduktion nicht deckungsgleich mit dem der eingeleiteten Screeningverfahren ist. 1996 wurde von der US Preventive Services Task Force (USPSTF) erstmalig das Screening mittels FOBT und Sigmoidoskopie empfohlen. Medicare übernahm 1997 die Kosten für diese beiden Verfahren bei Personen ohne Risikofaktoren und für die Koloskopie bei Personen mit Hochrisikofaktoren 1997. Die American Cancer Society propagierte die Koloskopie als Screeningverfahren. 2001 wurden die Kosten für die Koloskopie bei Personen ohne Risikofaktoren auch von Medicare übernommen. Nach den US-Daten haben ca. 40 % der Amerikaner über 50 Jahre 1997 entweder eine Sigmoidoskopie oder Koloskopie erhalten. Dieser Prozentsatz stieg auf über 60 % in 2010 an.

Die beiden Autoren spekulieren darüber, dass auch andere Faktoren eine Rolle in der Reduktion der Inzidenz und der Mortalität des kolorektalen Karzinoms spielen:

- verbessertes chirurgisches Vorgehen, Bildung von Zentren,
- Einführung der adjuvanten Chemotherapie,
- Entdeckung des kolorektalen Karzinoms in früheren Stadien und damit verbesserte Heilbarkeit – dies würde auch den deutlichen Rückgang des Anteils metastasierter Karzinome erklären,

- diätetische Veränderungen (z. B. Reduktion des Verzehrs von geräuchertem Fleisch),
- vermehrter Einsatz von Aspirin und nicht steroidalen Antirheumatika.

Kommentar

Die US-Daten zeigen erfreulicherweise, dass die Inzidenz des kolorektalen Karzinoms rückläufig ist. Dies entspricht dem bundesrepublikanischen Trend: Auch hier sinken nach den Informationen des Robert-Koch-Institutes die altersstandardisierten Erkrankungs- und Sterberaten seit 2001/2002 um mehr als 20 %. Die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate liegt in Deutschland jedoch noch immer höher (Männer: 57,1/100 000; Frauen: 36,8/100 000 in 2012) als in den USA.

Für Deutschland liegen modellhafte Berechnungen der Effekte der Screeningkoloskopie vor. Zehn Jahre nach Einführung der Screeningkoloskopie berechnete die Heidelberger Arbeitsgruppe um Brenner die Effekte des Screenings mithilfe eines Markov-Modells mit Annahmen über die Transition von Adenomen zu fortgeschrittenen Adenomen und Karzinomen, die die Arbeitsgruppe in früheren Arbeiten ermittelt hatte (Brenner et al., 2015). Aus dem Screeningregister (2003 – 2012) wurden die Daten von mehr als 4,4 Millionen Screeningkoloskopien benutzt. Es wurden berechnet: die Zahl der verhinderten KRKs, die durch das Screening früher entdeckten KRKs sowie die Zahl der überdiagnostizierten KRKs (KRK entdeckt mittels Screening, das während des Lebens voraussichtlich nicht klinisch manifest geworden wäre).

Mindestens ein Neoplasma wurde laut Register bei 28,5 % der Männer und bei 17,6 % der Frauen entdeckt. Nach der Berechnung wurden 180 000 KRKs (1/28 Screeningkoloskopien) verhindert und mehr als 40 000 KRKs (1/121 Screeningkoloskopien) früher entdeckt. In 4500 Fällen lag ein überdiagnostiziertes KRK vor (in 28 % der Fälle wurde die Screeningkoloskopien bei Personen

>75 J. durchgeführt). Da bisher im Gegensatz zur Sigmoidoskopie keine randomisierte Studie zum Stellenwert der Screeningkoloskopie existiert, müssen die positiven Effekte der Screeningkoloskopie durch solche modellhafte Berechnungen belegt werden.

Die Rolle des Screenings wird einer Metaanalyse (Brenner und Stock, 2014) bzgl. der Effekte der Screeningsigmoidoskopie analysiert. Die Studie zeigte eine Reduktion der distalen, aber nicht der proximalen kolorektalen Karzinominzidenz und -mortalität. Die Inzidenz des distalen kolorektalen Karzinoms wurde um 31 % (26 – 37 %) und die Mortalität um 46 % (33 – 57 %) in randomisierten Studien reduziert. In den Beobachtungsstudien lagen die Prozentsätze mit 64 bzw. 66 % höher. Die Metaanalyse der Beobachtungsstudien mit Koloskopie-screening zeigte stärkere Reduktionen in der kolorektalen Karzinominzidenz und -mortalität. Auch die proximale Karzinom-mortalität wurde durch die Koloskopie reduziert.

Diese Metaanalyse wird durch eine Fallkontrollstudie (Brenner et al., 2014) mit 3148 Patienten mit der Erstdiagnose eines KRK (Fälle) und 3274 Personen ohne KRK (Kontrollen) der gleichen Arbeitsgruppe bestätigt. Es wurde erfragt, ob früher schon Koloskopien durchgeführt worden sind. Bei den Fällen beinhaltete der Begriff „frühere Endoskopien“ nicht die Koloskopie, die zur Karzinomdiagnose führte. Zusätzlich wurde der Typ der Endoskopie, die Coecumintubationsrate sowie das Auffinden von Adenomen dokumentiert. Nach Anwendung von Ausschlussfaktoren verblieben 2516 Fälle und 2284 Kontrollen. Die alleinige Durchführung einer Sigmoidoskopie oder Rektoskopie zählte zu den Ausschlusskriterien. Bei 38,3 % der Kontrollen war früher eine Koloskopie durchgeführt worden (Screening: 12 %, positiver FOBT: 1,8 %, Überwachung: 4,9 %, rektale Blutung: 5,0 %, Bauchbeschwerden: 9,1 %, andere Indikation: 5,5 %).

Im Zeitraum 1993 – 2002 wurden nur 1,9 % der Koloskopien mit der Indikation Screening durchgeführt, dieser Prozentsatz stieg im Zeitraum 2003 – 2010 auf 33,7 % an. Bei den Fällen wurde eine frühere Koloskopie signifikant seltener durchgeführt als bei den Kontrollen (10,9 vs. 38,3 %). Der größte Unterschied bestand bei der Indikation „Screening“: 1,7 vs. 12 %. Bei der Indikation „Screening“ reduzierte die Durchführung einer Koloskopie in einem Zeitraum von 1 – 10 Jahren vorher das KRK-Risiko um 91 % (OR 0,09). Das KRK-Risiko wurde bei der Indikation „positiver FOBT“ um 67 %, bei der Indikation „Überwachung“ um 67 %, bei der Indikation „Blutung“ um 72 % und bei der Indikation „abdominelle Symptome“ um 85 % reduziert. Die Durchführung einer früheren Koloskopie (1 – 10 Jahre zuvor) reduzierte das Karzinomrisiko in allen Lokalisationen: Die OR betrug 0,22 bei Karzinom im rechten Kolon, 0,07 bei Karzinomen im linken Kolon und 0,04 bei Karzinomen im Rektum.

Diese Daten entsprechen US-amerikanischen Analysen. Die Effekte der Durchführung einer Koloskopie bzw. einer Sigmoidoskopie auf die Inzidenz des KRK wurde bei Medicare Versicherten (67 – 80 Jahre alt) im Zeitraum von 1998 – 2002 mithilfe der SEER-Datenbank analysiert (Wang et al., 2013). In der Koloskopiegruppe wurde im Verlauf ein KRK bei 0,5 %, in der Sigmoido-

skopiegruppe bei 1,0 % und in der Nichtendoskopiegruppe bei 1,5 % gefunden. Die Koloskopie reduzierte das Risiko des distalen KRKs um 73 %, das des proximalen KRKs um 55 %. Die Sigmoidoskopie verringerte das Risiko des distalen KRKs um 49 %, das Risiko des proximalen KRK wurde nicht beeinflusst.

Als indirekte Messung der Inzidenz des KRKs und der Effekte des Koloskopiescreenings wird die operative Karzinomresektionsrate von 1993 – 2009 mithilfe der Datenbank Nationwide Inpatient Sample untersucht (Myer et al., 2012), die 20 % der jährlichen Krankenhausaufenthalte in den USA erfasst. Die Resektionsrate nahm im Untersuchungszeitraum unabhängig vom Geschlecht von 71 auf 47/100 000 Einwohner/Jahr ab. Die jährliche Abnahme beschleunigte sich nach dem Jahr 2000. Auffallend war, dass die Resektionsrate für Pat. <49 Jahre anstieg. Die prozentuale Abnahme der Resektionsrate nahm von 1,2 % (1993 – 1999) auf 3,8 % pro Jahr (1999 – 2009) für das distale KRK zu. Dagegen kam es für das proximale Kolonkarzinom erst nach 2002 zu einer signifikanten Abnahme um 3,1 % pro Jahr.

Diese Ergebnisse können auch als Effekte des Screenings interpretiert werden. Die breitere praktische Umsetzung des Screenings erfolgte ab 2001 mit der Entschei-

dung von Medicare, die Kosten zu übernehmen. Dies stimmt mit der beschleunigten Abnahme nach 2000 in der Arbeit von Myer überein. Allerdings wurde in dieser Studie auch schon zwischen 1993 – 2000 eine Abnahme der Inzidenz beobachtet. Diese Beobachtung unterstützt somit die Aussagen von Welch und Roberts, dass ein großer Teil des Rückgangs der Inzidenz und der Mortalität auf das Screening zurückgeführt werden kann, dass aber auch noch andere Faktoren eine Rolle spielen. Sollten diätetische Faktoren eine Rolle spielen, ist es auf der anderen Seite verwunderlich, dass die Inzidenz des KRK abnimmt, obwohl die Adipositasrate – ein Risikofaktor für das KRK – in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen ist.

Literaturhinweise finden Sie auf der Webseite des Berufsverbandes: www.bng-gastro.de.

Prof. Dr. Rainer Porschen
(Klinikum Bremen Ost)



Prof. Dr. Rainer Porschen

Aktualisierte Ultraschallvereinbarung der KBV

Kommentierende Erläuterung der Änderungen

Die aktualisierte Ultraschallvereinbarung ist am 1.10.2016 in Kraft getreten und ist seit dem 1.1.2017 für die Ärzteschaft wirksam, d. h. die Änderungen müssen jetzt von den Länder-KVen umgesetzt werden.

Die Ultraschallvereinbarung ist ein wesentlicher Bestandteil der vertragsärztlichen Qualitätssicherung. Darin festgelegt sind die qualifikatorischen Voraussetzungen für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, die technischen Anforderungen an die Ultraschallgeräte, sowie die Modalitäten zur Durchführung der Qualitätssicherung nach erteilter Genehmigung

für alle Anwendungsbereiche. Vertragspartner der Vereinbarung sind die KBV und der GKV-Spitzenverband.

Neues DEGUM-Kurssystem

Kursmodule und Abschlusskurs

Neben den Abschlusskursen in der herkömmlichen Form werden von der KBV Kursmodule mit gleicher Gesamtstundenzahl gleichwertig anerkannt. Dies gilt auch rückwirkend für die in einer Übergangsphase bereits durchgeführten Modulkurse der DEGUM. Am Beispiel Abdomen, Retroperi-

toneum und Thorax sind somit der 16-stündige Abschlusskurs und alternativ zwei Kursmodule zu jeweils acht Stunden gleichwertig anererkennungsfähig. Entsprechendes gilt für die Abschlusskurse sämtlicher Fachgebiete.

Die Modulinhalte sind in der Ultraschallvereinbarung nicht definiert und wurden deshalb auch nicht mit den Krankenkassen verhandelt oder seitens der KBV diskutiert. Die Inhalte liegen in der Verantwortung der DEGUM bzw. der Kursleitung anderer anerkannter Veranstalter. Modulkurse der DEGUM sind u. a. zu den Themen Akutes

Abdomen, Gastrointestinaltrakt, Abdominelle Gefäße und KM-Sonografie (CEUS 1 und CEUS 2) vorgesehen. Der verantwortliche Leiter des Modulkurses muss im Teilnahmezeugnis alle Anwendungsbereiche benennen, für die dieses Modul geeignet ist. Die zuständige Länder-KV ersieht daraus bei der Antragstellung zur Zulassung eines Arztes die Eignung der beiden vorgelegten Module für den gewünschten Anwendungsbereich.

Bei Teilnahmebestätigungen von Kursmodulen, die vor Inkrafttreten der aktualisierten Ultraschallvereinbarung ausgestellt wurden und rückwirkend anerkannt werden sollen, muss der zuständige Kursleiter ggf. nachträglich die Eignung schriftlich bestätigen. Im Zeugnis eines der beiden Modulkurse muss der Kursleiter, wie schon bei den bisherigen Abschlusskursen bestätigen, dass die geforderte Zahl von Bildern und Befunden vorgelegt wurde und diese den Anforderungen entsprochen haben. Module aus Österreich und der Schweiz können bei entsprechendem Inhalt jetzt ebenfalls anerkannt werden.

Aus Sicht der KBV ist es gut, dass durch die Module der DEGUM eine Flexibilisierung des Kursangebotes erfolgt. Dadurch steht eine für den Tätigkeitsschwerpunkt intensivierte Ausbildung in der Sonografie zur Verfügung. Es steht der DEGUM frei, beispielsweise das CEUS-Modul 1 so zu gestalten, dass es fachübergreifend im Sinne eines Methodenkurses zur Verfügung steht, der dann flexibel nutzbar wäre. Das CEUS-Modul 2 müsste jedoch fachspezifisch gestaltet sein. Selbstverständlich liegt es in der Hand der DEGUM sowohl den Teil 1 als auch den Teil 2 für CEUS fachspezifisch durchzuführen.

IMPRESSUM

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V.
Holdergärten 13, 89081 Ulm
www.bng-gastro.de
kontakt@bng-gastro.de
Foto Frankfurt: Fotolia

Redaktion:

Dr. Holger Böhm, bng@skriptstudio.de

Seitens der KBV besteht der Wunsch, dass die DEGUM ein Modul bereitstellt, welches z. B. „Prinzipien der sonografischen Bildgebung und Geräteeinstellung“ heißen könnte. Hintergrund ist eine hohe Beanstandungsrate des Bildmaterials bei den Stichprobenprüfungen. Bisher besteht für die KVen nur die Möglichkeit ungezielt zu einer Hospitation aufzufordern. Eine Prüfung seitens der Kursveranstalter wird von der KV nicht gefordert. Erforderliche Prüfungen für die Zulassung in der kassenärztlichen Versorgung führen die Länder-KVen selbst durch.

Grundkurs Abdomen/Retroperitoneum/Thorax mit Schilddrüse

Gemäß der aktualisierten Ultraschallvereinbarung beträgt die Dauer des Grundkurses Abdomen, Retroperitoneum und Thorax nur noch drei Tage mit insgesamt 24 Unterrichtsstunden. Wenn dieser Kurs interdisziplinär durchgeführt wird und zusätzlich die Schilddrüsenultraschalluntersuchung vermittelt, beträgt die Dauer vier Tage mit insgesamt 30 Unterrichtsstunden. In der Sitzung der Sektion Innere Medizin am DLT 2016 wurde ein dreitägiger Grundkurs auch mit Schilddrüse für angemessen gehalten. Die KBV wird diesbezüglich eine Nachverhandlung mit den Krankenkassen zu einem geeigneten Zeitpunkt anstreben. Ziel wäre dann ein generell dreitägiger Grundkurs, bei dem im Zeugnis vermerkt ist, ob die Schilddrüse enthalten war. Der Grundkurs Abdomen/Retroperitoneum /Thorax mit Schilddrüse wäre dann z. B. in Verbindung mit dem Modul Schilddrüse geeignet, den entsprechenden Anwendungsbereich zu erlangen.

Weitere Änderungen

- Die **Abnahmeprüfung** erfolgt künftig nur noch anhand der Herstellererklärung.
- Neben der **Konstanzprüfung** in der bisherigen Form kann anstelle von Ultraschallbildern künftig auch das Wartungsprotokoll des Ultraschallgerätes bei der KV vorgelegt werden, ein Weg, den die KBV favorisiert. Die Wartung von Ultraschallgeräten ist durch das Medizinproduktegesetz geregelt. Die Konstanzprüfung erfolgt künftig nicht mehr alle vier, sondern alle sechs Jahre. Hintergrund ist der enorm hohe Aufwand bei den Länder-KVen. Die ursprünglich

vorgesehenen vier Jahre hatten für die Durchführung nicht ausgereicht.

- Stattdessen erfolgt die **Stichprobenprüfung** der ärztlichen Dokumentation künftig jährlich bei mindestens 6 % der Ultraschallanwender anstelle von bisher 3 %. Bei den zusätzlichen 3 % werden schwerpunktmäßig neu genehmigte Ärzte geprüft. Für Ärzte, die bereits über eine Genehmigung zur Ultraschalldiagnostik verfügen, ändert sich demnach nichts. Die Beurteilung wird künftig nach einem vierstufigen Schema „keine/geringe/erhebliche/schwerwiegende Beanstandung“ erfolgen. Bisher bestand nur die Aussage „Mangel“ oder „kein Mangel“.
- Umsetzung der **Hygieneanforderungen für Endosonografiesonden**: Die Hersteller von Endosonografiesonden müssen künftig bei der Neubeschaffung auf der Herstellererklärung angeben, dass ein wissenschaftlich validiertes Verfahren zur hygienischen Aufbereitung dieser Sonde vorliegt, und die Durchführung des Verfahrens genau beschreiben. Die Verantwortung für die Definition des Aufbereitungsverfahrens liegt dadurch künftig nicht mehr beim Arzt, sondern beim Hersteller.
- Beim **Nachweis der fachlichen Befähigung** wurden Divergenzen zwischen den Regelungen des Vertragsarztrechts und denen des Weiterbildungsrechts bezüglich nachzuweisender Untersuchungszahlen weiter abgebaut.
- Bei der **Genehmigung weiterer Anwendungsbereiche** derselben Ultraschallmethode werden künftig nur noch reduzierte Nachweiszahlen erforderlich sein, d. h. eine bereits nachgewiesene fachliche Kompetenz wird berücksichtigt (s. Anlage 1 der Ultraschallvereinbarung).

Dr. Hans Worlicek (Sprecher der Fachgruppe Sonografie im bng, Leiter der Kommission UiP der DEGUM)



Dr. Hans Worlicek