

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert

bng

Editorial

Was passiert nach dem 24. September?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie wissen mehr als ich: Wenn Sie das lesen, dann ist die Bundestagswahl vorbei; ich schreibe diesen Text einige Wochen vor der Wahl. Die Wahlprogramme der Parteien sind seit langem geschrieben. Im Gesundheitssektor war das Wahlkampfthema für Rot-Grün die Bürgerversicherung, die Linke will den gleichen Weg gehen. Kernpunkt ist das immer wieder aufgeworfene Argument der „Zweiklassenmedizin“. Inwiefern durch eine Bürgerversicherung eine Verbesserung der Versorgung erreicht werden kann, bleiben die Parteien schuldig. Lediglich das „Gleichmachen“ ist politisch attraktiv. Interessant ist, dass die Option einer privaten Zusatzversicherung bestehen bleibt. Inwiefern dieses dem Konzept des „Gleichmachens“ entgegensteht, wird nicht weiter diskutiert.

CDU und FDP sehen in dem bestehenden und seit Jahren bewährten Konzept die Zukunft. Die FDP geht sogar noch einen Schritt weiter und möchte mehr Wettbewerb der Kassen im System. So sollten auch die gesetzlichen Kassen die Budgetmedizin abschaffen und dafür ein Kostenerstattungsprinzip einführen. Die Attraktivität der Kasse würde dann durch die eventuell zu erhebenden Zusatzbeiträge definiert. AFD und Piraten hatten zur Bürgerversicherung keine eindeutige Meinung aufgeführt. Die Umsetzung einer Bürgerversicherung ist ebenfalls umstritten. Somit scheint hier schwarz-gelb ein klareres Konzept zu formulieren.

Der SpiFa hat in den letzten Monaten den Parteien ausgewählte Fragen zu ihrem Programm geschickt und hier interessante Antworten erhalten, allerdings hatte die SPD nicht geantwortet. Kernthemen waren natürlich die Finanzierbarkeit, die intersektorale Zusammenarbeit und der demografische Wandel.

Zum Thema Freiberuflichkeit und Niederlassungsfreiheit wählt die CDU das bestehende System und stärkt den Kassenärztlichen Vereinigungen den Rücken. Die Grünen und Linken definieren die Freiberuflichkeit als Entscheidung ohne ökonomischen Zwang, ansonsten wird aber ein staatlich gelenktes System favorisiert. Aus der Sicht eines freiberuflich niedergelassenen Arztes entspricht diese Definition nur noch sehr eingeschränkt einem freien Beruf.

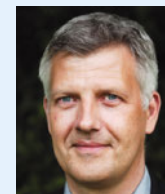
Den weitesten Eingriff wagt die FDP, die sich explizit für die Stärkung der unternehmerischen Freiberuflichkeit und Abschaffung der Budgetierung ausspricht. Eine Abschaffung der Budgetierung wäre für die Grünen allenfalls noch im hausärztlichen Sektor denkbar, im fachärztlichen Bereich allerdings nicht. Das Votum der Parteien zur Weiterentwicklung der GOÄ entspricht selbstverständlich der Sichtweise zur Bürgerversicherung.

Ein weiterer Punkt ist die Bewertung der Eigenverantwortung der Patienten. Auch hier ziehen CDU und FDP an einem Strang. Beide Parteien wollen das Verantwortungsbewusstsein für das individuelle Verhalten

stärken. Aus verständlichen Gründen wird hier aber das Thema einer Praxisgebühr, welche einmal abgeschafft auch auf Dauer sich nicht mehr etablieren wird, vermieden. Für die FDP wäre ein Wechsel zwischen PKV und GKV eine Möglichkeit, mehr Ökonomie in das System zu bringen. Allerdings müsste dieser Wechsel ohne Nachteile zu gewährleisten sein (Mitnahme der Altersrückstellung, Versicherung in einem angemessenen Basistarif etc.).

Es wird also spannend, welche gesundheitspolitischen Vorhaben und Pläne eine regierungsfähige Koalition in ihre Koalitionsvereinbarung übernimmt und wie die Gesundheitslandschaft in der nun beginnenden Legislaturperiode aussehen wird.

Der bng wird sich weiterhin für Qualität in der Medizin und insbesondere Freiberuflichkeit der Ärzte – als Motor einer qualitativ hochwertigen Medizin – verwenden. Ein Beispiel ist die Einführung eines Qualitätssiegels für die Kapselendoskopie, welche nun das Qualitätssiegel einer CED-Schwerpunktpraxis oder hepatologischen Schwerpunktpraxis ergänzt. Beide haben sich bereits in zahlreichen Selektivverträgen bewährt.



Dr. Ulrich Tappe
(bng-Vorstand)

Der besondere Fall

Überraschender Verlauf einer chronischen Hepatitis B

Bei einer Patientin mit langjähriger chronischer Hepatitis B entstand ein rasch wachsendes HCC in einer nicht-zirrhotischen Leber trotz effektiver antiviraler Therapie. Bei dieser klinisch asymptomatischen Patientin führte nur der Ultraschall zur Diagnose. Alpha-1-Fetoprotein (AFP) half in diesem Fall bei der Überwachung trotz eines relativ großen Karzinoms nicht.

Bei einer heute 64-jährigen ehemaligen Berliner Krankenschwester chinesischer Abstammung wurde eine chronische Hepatitis B mit hoher Virusreplikation 1991 festgestellt. Histologisch ergab sich zu diesem Zeitpunkt das Bild einer geringaktiven chronischen Hepatitis B ohne nennenswerte Fibrose. Die Erkrankung wurde als Berufskrankheit anerkannt. Zur Behandlung erfolgte 1991 in Berlin eine hochdosierte Interferon-Monotherapie. Hierunter kam es zu einer Normalisierung der Transaminasen und einer Serokonversion des Cor-Antigen HBe (HBe-AG zu anti-HBe). Eine komplette Elimination des Hepatitis-B-Virus gelang durch diese Therapie jedoch nicht.

Erstvorstellung in unserer Praxis

1998 stellte sich die Patientin erstmalig in der Gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis in Herne vor. Das Hepatitis-B-Virus replizierte, die Transaminasen waren erhöht. Die oben beschriebene HBe-Serokonversion war nicht stabil, mittlerweile war die Patientin erneut HBe-AG-positiv. Wir haben zu diesem Zeitpunkt eine Therapie mit Lamivudin (Zeffix®) begonnen. Die Behandlung war bis 2002 erfolgreich. Dann zeigte sich eine Resistenzenentwicklung, die auch laborchemisch bestätigt werden konnte. Deshalb wurde zur Therapieoptimierung Adefovir (Hepsera®) versucht.

Es gelang jedoch nicht, mit diesem damals neuen Medikament die Virusreplikation erneut zu unterbrechen. Auch eine Kombinationstherapie aus Lamivudin und Adefovir ab 2005 führte nicht zur Unterbrechung der Virusreplikation. Nach Zulassung von Tenofovir (Viread®) haben wir bei der wei-

terhin hoch virämischen HBe-AG-positiven Patientin einen Behandlungsversuch mit Tenofovir eingeleitet. Die Therapie war effektiv, die Transaminasen normalisierten sich. Die Virusreplikation war seit August 2005 bis heute komplett unterbrochen.

Elf Jahre ohne Virusreplikation

Unter dieser Medikation stellte sich die Patientin langfristig zur Verlaufskontrolle vor. Da weitere Leberbiopsien von ihr abgelehnt wurden, haben wir ab 2007 FibroScan-Untersuchungen der Leber durchgeführt. War zu Beginn der Steifheitsgrad der Leber mit 6,2KPa erhöht, was einem Fibrosegrad 1 entsprach, so sank dieser Wert im Verlauf auf 4,2KPa (2011) sowie auf 2,8 KPa (2014). Dies entsprach einer kompletten Normalisierung der Struktur der Leber ohne fibrotischen Umbau.

Auch wenn die Compliance der Patientin nicht immer optimal war, so war die Virusreplikation in den letzten elf Jahren dauerhaft unterbrochen und die Transaminasen im Normbereich. Das HBe-AG persistierte.

Die letzte Ultraschalluntersuchung vor der aktuellen Vorstellung im Februar 2017 fand im August 2016 statt. Hier fand sich außer der bekannten Leberzyste im rechten Leberlappen eine unauffällige Abdomensonografie (► **Abb. 1**).

Im November 2016 wurde ein Lipom in der rechten Flanke bei der Patientin reseziert. Dabei zeigten sich minimal erhöhte Transaminasen (GPT 40 IU/ml; oberer Normbereich 35U/ml). Zu einer kurzfristig anberaumten Laborkontrolle erschien sie nicht. Vielmehr erfolgte die nächste Vorstellung erst im Februar 2017.

Dann die Diagnose hepatozelluläres Karzinom

Im Februar 2017 fühlte sich die Patientin nicht krank, hatte keinen Leistungsabfall, keinen Gewichtsverlust. Es bestand eine



► **Abb. 1** Abdomensonografie 2016.

seit langem berichtete Müdigkeit. Insgesamt hatte sie sich in den letzten Jahren zu einer gesunden Lebensweise entschlossen. Sie war sportlich aktiv, mied Alkohol, rauchte selten und nahm viel Obst und Gemüse zu sich. Sie arbeitete als Krankenschwester und Altenpflegerin in einem Altenwohnheim. Klinisch fanden wir eine 64-jährige Patientin in gutem AZ und EZ. BMI 25, bekanntes Palmarerythem, sonst klinisch ohne Befund.

Die Sonografie zeigte neben einer bekannten zentral gelegenen Leberzyste bei ansonsten unauffälliger Leber jetzt neu im rechten Leberlappen (cranial-dorsal, Segment 7 und 8) einen ca. 6–7 cm großen Rundherd mit inhomogener Echogenität, eher echoreich mit einer „Gefäßkapsel“, die Vaskularisierung erschien reduziert. Der Befund war in allen Ultraschallebenen darstellbar und entsprach einem neu aufgetretenen hepatozellulären Karzinom (► **Abb. 2**).

Bei gleichzeitig durchgeführtem FibroScan der Leber fand sich nun ein Ansteigen des Steifigkeitsgrades auf 7,6KPa mit hoher Übereinstimmung aller Messwerte. Als Ursache der Erhöhung (unter Kenntnis des Ultraschallbefundes) ist die Tumordeformation der Leber im rechten Leberlappen für die Zunahme des Steifigkeitsgrades anzusehen.

Zur Diagnosebestätigung haben wir eine Computertomografie des Abdomens veranlasst. Hier fand sich ebenfalls eine in den 7. und 8. Lebersegmenten gelegene, ca. 6,8 × 8,9 cm messende, irregulär begrenzte



► **Abb. 2** Abdomensonografie 2017.

Raumforderung, am ehesten im Sinne eines HCC mit inhomogener Kontrastierung in der arteriellen Phase und zarter Kapselkontrastierung in der portalvenösen Phase. Ansonsten keine malignomsuspekten Raumforderungen in der Leber (► **Abb. 3**).

In der Laborchemie zeigte sich lediglich eine geringe Erhöhung der GOT und GPT. (GOT 40 U/l, GPT 41 U/l bei einem Normwert von jeweils 35 U/l). Hepatitis-B-Serologie: HBs-AG positiv, HBe-AG positiv, die Virusreplikation (HBV-DNA-PCR) ist weiterhin unterhalb der Nachweisgrenze. Das Alpha-1-Fetoprotein (AFP) lag mit 3,8kIU/l im Normbereich. Im Vergleich zum Vorbefund



► **Abb. 3** Computertomografie der Leber 2017 (Vielen Dank für die Überlassung der Bilder aus der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Herne).

zeigte sich ein geringer Anstieg von 1,7 auf 3,8kIU/l (jeweils im Normbereich).

Operative Therapie

Aufgrund des malignen Befundes in der Leber (HCC) haben wir die Patientin kurzfristig in der HCC-Ambulanz der Universitätsklinik Essen vorgestellt. Hier wurde nach weiterer Diagnostik (Kontrastmittel-Sono, Labor) die Diagnose bestätigt. Auch hier lag das AFP im Normbereich. In der Tumorkonferenz mit

den Chirurgen wurde eine Leberteilektomie verabredet. Das Tumorstadium wurde als BCLC B (ct1, CNO, eMO) eingeschätzt (Barcelona-Klassifikation). Mitte März 2017 erfolgte komplikationslos die Hemihepatektomie rechts mit Zwerchfellteilresektion in Essen. Das postoperative Tumorstadium wurde nun mit pT2, L1, V1, pN0, G2, R0 angegeben. Eine Zirrhose lag nicht vor.

FAZIT

In erfahrenen Händen können auch große HCCs in einer nicht-zirrhotisch umgebauten Leber reseziert werden.

Mittlerweile (August 2017) sind die Narben gut verheilt, die Patientin weitgehend rehabilitiert und ohne Zeichen einer Tumorprogression.



Dr. Dietrich Hüppe
(Gastroenterologische
Gemeinschaftspraxis
Herne)

CED-Langzeitregister

Projekt zur Verlaufserfassung neuerkrankter und früher Patienten

Gemeinsam mit dem Kompetenznetz Darmerkrankungen baut das Institut für Epidemiologie am Universitätsklinikum Kiel ein Langzeitregister für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) auf. Es soll den Erkrankungsverlauf sowie die Versorgungssituation von neuerkrankten und frühen CED-Patienten langfristig erfassen. Eingeschlossen werden primär Patientinnen und Patienten, bei denen die Diagnose CED innerhalb der letzten zwölf Monate gestellt wurde.

Dem behandelnden Arzt obliegt im Wesentlichen die Erstdokumentation, mit der unter anderem Fragen zur Lebensqualität, Symptomen und Begleiterkrankungen, Stress und Einschränkungen im Alltag

erfasst werden. Dafür erhält er ein Dokumentationshonorar. Alle weiteren Kontaktaufnahmen mit dem Patienten – Nachbefragung per Fragebogen etwa alle sechs Monate – werden von der zuständigen Register-Studienzentrale über Kontakt mit dem Patienten organisiert.

Die Einrichtung des Registers und der anfängliche Betrieb werden über das Kompetenznetz mit Sponsorenmitteln unterstützt, das Register ist aber in seiner Tätigkeit vollkommen unabhängig. Für die Weiterführung hoffen wir auf die Unterstützung durch das BMBF oder die DFG. Das Epidemiologische Institut in Kiel hat die Aufgabe, strikt über den Datenschutz und die Industrieunabhängigkeit zu wachen.

Als Sprecher der Fachgruppe CED im bng und als Vorstandsvorsitzender des Kompetenznetzes bitte ich die bng-Mitglieder um rege Teilnahme. Unterstützen Sie die Erfassung der auch für unsere Tätigkeiten wichtigen Daten. Weitere Einzelheiten sowie die Teilnahme-Unterlagen finden Sie auf den Webseiten des bng und des Kompetenznetzes.



PD Dr. Bernd Bokemeyer
(Sprecher der Fachgruppe
CED im bng)

Kapselendoskopie

Schwerpunktpraxen mit Zertifikat

Die Kapselendoskopie ist ein hoch spezialisiertes Verfahren, um den Dünndarm sowie den Dickdarm nicht invasiv zu untersuchen. Sie wird vor allem eingesetzt, um Blutungsquellen im Dünndarm zu finden. Aber auch bei anderen Erkrankungen wie M.Crohn oder Polyposis ist das Verfahren inzwischen eine wichtige diagnostische Ergänzung zu den herkömmlichen Verfahren der Magen- und Darmspiegelung.

An den Gastroenterologen, der die Kapselendoskopie durchführt, werden besondere Qualitätskriterien gestellt, denn im Gegensatz zur Darmspiegelung wird diese Untersuchung nur bei einem ausgewählten Patientengut und damit selten durchgeführt. Neben der Teilnahme an einem mehrtägigen Trainingskurs wird eine Mindestanzahl an Kapseluntersuchungen pro Jahr gefordert.

Der bng setzt sich für hohe Qualitätsstandards in der Gastroenterologie ein. Aus die-

sem Grund gibt es Zertifizierungen, die Praxen mit speziellen Schwerpunkten auszeichnen. Seit Juli 2017 bietet der bng auch die Möglichkeit einer Zertifizierung all der Praxen an, die sich schwerpunktmäßig mit der Kapselendoskopie beschäftigen und in diesem Gebiet einen hohen Qualitätsstandard vorhalten. Das Zertifikat „Schwerpunktpraxis Kapselendoskopie“ wird nach Prüfung der vorzuweisenden Qualitätskriterien (Mindestanzahl an Untersuchungen, Zulassung durch die KV, Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einem mehrtägigen Kapselkurs) durch die Fachgruppe Kapselendoskopie im bng verliehen.

Als Nachweis der Qualifikation genügt eine Kopie der Zulassung zur Kapselendoskopie durch die zuständige KV per Mail oder Fax an die Geschäftsstelle. Zertifizierte Praxen erhalten eine Urkunde zum Aushang in den Praxisräumen sowie ein elektronisches Siegel für Briefkopf, Homepage oder sonstige Praxisunterlagen. Darüber hinaus werden

die Schwerpunktpraxen auf der Patienten-Homepage <http://www.magen-darm-ärzte.de> besonders herausgestellt.

Damit wird es für überweisende Ärzte und Patienten leichter, ein hoch qualifiziertes Zentrum für Kapselendoskopie zu finden. Wie bereits in den Bereichen Hepatologie und CED wird hiermit ein weiterer Schritt zu einem hohen Qualitätsstandard in der Gastroenterologie gemacht.



Dr. Horst Hohn (Sprecher der Fachgruppe Kapselendoskopie im bng)

Termine

4.10.2017	Initiative Familiärer Darmkrebs für MFA	Augsburg
11.10.2017	Initiative Familiärer Darmkrebs für MFA	Berlin
20.10.2017	Sachkunde Endoskopie für MFA	Regensburg
25.10.2017	MV Regionalgruppe Rheinland-Pfalz	Koblenz
13.11.2017	Endoskopie für MFA	Kassel
24.11.2017	Sachkunde Endoskopie für MFA	Berlin
29.11.2017	MV Regionalgruppe Westfalen-Lippe	Dortmund

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

Jobbörse

MFA in Unna gesucht	bewerbung@endoskopie-unna.de
Kooperationspartner in Paderborn gesucht	Chiffre 17 062 500
Einzelpraxis in Braunschweig abzugeben	Telefon: 0531/145 447
Praxisvertretung gesucht	Chiffre 17 071 400
Gastroenterologe in Ostwestfalen-Lippe gesucht	Chiffre 17 071 500

Weitere Einzelheiten in der Jobbörse auf der bng-Homepage: <http://www.bng-gastro.de>.

IMPRESSUM

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V.

Holdergärten 13, 89 081 Ulm
www.bng-gastro.de
Konstakt@bng-gastro.de

Redaktion:

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