

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT



Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)

**Denken Sie als Hausarzt*
auch an CED**

Foto: methaphum - stock.adobe.com

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Denken Sie als Hausarzt* auch an CED

Das Spektrum der Diagnosen in Hausarztpraxen ist umfangreich. Auch von den rund 620.000 Menschen mit einer CED in Deutschland im Jahr 2020⁽¹⁾ dürften viele zumindest in hausärztlicher Mitbehandlung sein. Die Prognose geht bis zum Jahr 2030 von einer stark steigenden Patientenzahl aus.

In den Industrieländern ist die Prävalenz der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen hoch. Dazu gehören der Morbus Crohn (MC), der den gesamten Magen-Darm-Trakt betreffen kann, und die Colitis ulcerosa (CU), die auf den Bereich von Colon bis Rektum beschränkt ist. Mit rund 322/100.000 ist die Prävalenz von MC in Deutschland etwas geringer als die der CU mit 412/100.000.⁽²⁾

Anders als die Prävalenz ist die Inzidenz vom MC mit 6–7/100.000 etwas höher als bei CU mit 4–6/100.000.⁽³⁾ Die CED kann in allen Altersgruppen auftreten, wobei sie sich am häufigsten zwischen dem 15. und dem 40. Lebensjahr manifestiert. Beide Geschlechter sind gleich häufig betroffen.⁽³⁾ Mehrere Faktoren sind beteiligt, wobei eine CED anscheinend nicht monokausal ausgelöst wird. Beim Reizdarmsyndrom, einer häufigen Differenzialdiagnose, ist die Altersverteilung ähnlich, wobei die Diagnose bei Frauen häufiger als bei Männern gestellt wird.

Symptomatik im Akutfall

Ein breites Spektrum an Beschwerden kann auftreten und sich im Verlauf beider Erkrankungen auch ändern. Dazu gehören unter anderem chronische Diarrhö, abdo-

minale Schmerzen und anale Blutungen.⁽⁴⁾ Die Differenzierung ist nicht ganz einfach, denn:

- Stuhldrang und Schmerzen empfinden Betroffene bei MC häufiger als belastend, während
- Stuhldrang und Stuhlfrequenz Betroffene mit CU belasten.⁽⁵⁾

Auch wenn es sich primär um chronisch entzündliche Darmerkrankungen handelt, hat bis zur Hälfte der Betroffenen mindestens eine extraintestinale Manifestation im Krankheitsverlauf.⁽⁶⁾ Deren geschätzte Prävalenz ist mit bis zu 40 Prozent bei MC etwa doppelt so hoch wie bei CU.⁽⁷⁾

CED oder Reizdarmsyndrom

Hausärzte denken in Wahrscheinlichkeiten. Eine CED ist wahrscheinlicher als ein Reizdarmsyndrom, wenn folgende Symptome vorliegen:⁽⁸⁾

- Fieber und/oder Entzündungszeichen
- Anämie und/oder relevante Laborveränderungen
- Gewichtsverlust
- sichtbares oder okkultes Blut im Stuhl
- stete progrediente Symptomatik
- Anamnese kürzer drei Monate⁽⁸⁾

Zur definitiven Klärung, ob der Verdacht auf CED stimmt, tragen vor allem erhöhte

Werte von Calprotectin, Lactoferrin und CRP und auffällige Befunde in der Koloskopie bei, die beim Gastroenterologen erfolgt.⁽⁹⁾

Unterscheidung MC oder UC

Bei begründetem Verdacht auf eine CED sollte an eine gastroenterologische Praxis zur definitiven Klärung überwiesen werden. Zur ersten Zuordnung dienen folgende Symptome:

Bei MC

- chronische Diarrhö, oft kein rektaler Blutabgang oder Tenesmen^(4,10)
- chronische abdominelle Schmerzen⁽¹¹⁾
- nächtliche Diarrhö⁽¹¹⁾
- nicht heilende komplexe perianale Fisteln oder Abszesse⁽¹¹⁾
- Fieber, Gewichtsverlust⁽¹¹⁾

Bei CU

- häufig Diarrhö, Tenesmen und rektaler Blut-/Schleimabgang^(12,13)
- abdominelle Schmerzen/Abwehrspannung, Tachykardie, Gewichtsverlust und/oder abgeschwächte Darmgeräusche (bei schwerem Schub)⁽¹²⁾
- imperativer Stuhldrang, Fieber⁽¹²⁾, nächtliche Diarrhö⁽¹³⁾



Foto: methaphum - stock.adobe.com

PRAXIS-TIPP**Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)**

Laut Statista waren 2020 in Deutschland etwa 620.000 Menschen an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt. Da die Symptomatik anfangs eher diskret ist, sollte eine zügige Abklärung erfolgen. Denn es ist wichtig, ob es ein Reizdarmsyndrom ist, das zwar nervt, oder eine CED, die möglichst schnell diagnostiziert und behandelt werden sollte.

Quelle: <https://www.statista.com/statistics/1206510/projected-ibd-population-in-select-countries-north-america-europe/>

Auswahl Abrechnung EBM Labor (Auswahl)

GOP	Leistung	Punkte	Honorar*	Kommentar
32120	Bestimmung von mind. zwei der Parameter		0,50 €	Erys, Leukos, Thrombos, Hb, Hct. u.a. bei kleinem Blutbild maximal 0,50 €
32151	Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung		1,15 €	Fällt bei Kennnr. 32004 nicht ins Laborbudget!
Legende:		Hausärzte		

* Punktzahl multipliziert mit Orientierungspunktwert 11,9339 Cent
Den kompletten EBM finden Sie unter: www.kbv.de

Vorgehen in der Hausarztpraxis

Generell kommt zuerst immer die Anamnese. Neben Art und Dauer sowie eventuellen Vorbefunden wird eine Reiseanamnese erhoben sowie nach kürzlichem Kontakt mit Personen mit infektiösem Durchfall gefragt. Fragen zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Impf- und Raucherstatus, sowie zur Familiensituation und Arzneimitteltherapie (v.a. Antibiotika und NSAR) runden die Anamnese ab.^(10,12,14) Bei der kompletten körperlichen Untersuchung ist es neben der oralen und perianalen Inspektion auch wichtig auf extraintestinale Manifestationen zu achten. Dazu gehören unter anderem Konjunktivitis, primär sklerosierende Cholangitis, Parodontitis und Arthritis.⁽⁴⁾

Das initiale Labor umfasst:^(12,14)

- Blutbild
- Entzündungsstatus (u. a. CRP)
- Eisenhaushalt
- Nierenfunktion
- Transaminasen
- Cholestaseparameter

Der Stuhl sollte auf Calprotectin als Entzündungsmarker sowie mikrobiologisch untersucht werden.

Eine Sonografie des Abdomens kann relativ gut zwischen MC im terminalen Ileum und Appendizitis unterscheiden.

Weiteres Vorgehen

Bei begründetem Verdacht auf eine CED sollte zur weiteren Diagnostik und Mitbehandlung an eine gastroenterologische Praxis überwiesen werden. Das gilt insbesondere bei den folgenden Alarmsymptomen:⁽⁸⁾

- Fieber oder Entzündungszeichen
- Anämie oder auffälliges Labor
- (ungewolltem) Abnehmen
- progrediente Symptomatik

Trotz der „typischen“ Symptome bei MC und CU kommt es vor, dass in den ersten fünf Jahren die Diagnose von MC zu CU oder umgekehrt geändert werden muss. Wie kompliziert die Diagnose ist, kann man auch daran sehen, dass es in reicheren Ländern vom Symptombeginn bis zur Diagnose 6,2 Monate bei MC und 3,2 Monate bei CU dauert.⁽¹⁵⁾ In ärmeren Ländern dauert es deutlich länger.

Versorgungsebenen⁽¹⁶⁾

- Die Erstversorgung und kontinuierliche Betreuung leichter Fälle sollte in der Hausarztpraxis (Ebene 1) erfolgen.
- Die Sicherung der Verdachtsdiagnose erfolgt in einer gastroenterologischen Praxis. Das hängt unter anderem damit zusammen, dass in der Regel nur diese die endoskopische Untersuchung mit Probenentnahme abrechnen kann. Bei der Koloskopie sehen sie auch, ob es sich um eine kontinuierliche, wie bei CU, oder auch eventuell nur punktuelle Entzündung, wie manchmal bei MC handelt. Auch der pathologische Befund ist unterschiedlich, denn bei MC sind alle Wandschichten betroffen, was auch der Grund für die teilweise sehr problematische Fistelbildung ist.
- Neben der Sicherung der Diagnose betreuen gastroenterologische Praxen auch Patienten, die nicht in Remission kommen sowie kontrollieren regelmäßig den Befund auch im Sinne der Darmkrebsvorsorge (Ebene 2).
- Die dritte Versorgungsebene sind Schwerpunktpraxen oder Zentren, die sich überwiegend um therapierefraktäre Patienten kümmern.

EBM-Abrechnung

Durch die regelmäßige Mitbetreuung chronisch kranker Patienten ist in aller

Regel sowohl die Chronikerziffer nach GOP 03220 als auch deren Zuschlag, die GOP 03221, für die kontinuierliche Betreuung abrechenbar.⁽¹⁷⁾

Die GOP 03220 darf erstmals abgerechnet werden, wenn schon drei Quartale vorher die Diagnose einer chronischen Erkrankung gesichert war, in drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK) erfolgte und in zwei Quartalen ein persönlicher APK erfolgte. In einem dieser Quartale kann eine Videosprechstunde den persönlichen APK ersetzen.

Versorgungsziel^(10,12)

Primäres Ziel ist es, Betroffene möglichst in Remission zu bekommen und ohne Einsatz von Kortikosteroiden dort auch zu halten. Dazu ist eine gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen Versorgungsebenen nötig. Ganz wichtig ist die saubere Dokumentation der Krankheitsaktivität in der Patientenakte. Denn der ICD-10GM erlaubt mit K50.- und K51.- eine räumliche Lokalisation von MC und CU, aus der man die Belastung für Betroffene abschätzen kann, aber die Krankheitsaktivität lässt sich damit nicht dokumentieren.

A&W-LITERATUR

1. <https://www.statista.com/statistics/1206510/projected-ibd-population-in-select-countries-north-america-europe/>
2. Ng SC et al. Lancet 2017;390:2769-2778
3. Atreya R et al. Dtsch Med Wochenschr 2015;140:1762-1772
4. Neurath MF. Nat Immunol 2019;20(8):970-979
5. Teich N et al. Crohns Colitis 360 2021;3(3):otab050
6. Harbord M et al. J Crohns Colitis 2016;239-254
7. Lakatos PL et al. Digestion 2012;86(Suppl. 1):28-35
8. Lauer P et al. Z Gastroenterol 2021;59:1323-1415
9. RUPA HEALTH, <https://www.rupahealth.com/post/ibs-vs-ibd-know-the-symptoms>; zuletzt abgerufen am 10.6.2024
10. Sturm A et al. Z Gastroenterol 2022;60:332-418
11. Danese S et al. J Crohns Colitis 2015;9(8):601-606
12. Kucharzik T, Dignass A et al. Aktualisierte S3-Leitlinie Colitis ulcerosa unter https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2024/01/Leitlinie-Colitis-ulcerosa-Leitlinie_final_22.01.24.pdf
13. Stange EF et al. J Crohns Colitis 2008;2(1):1-23
14. Sturm A, Stallmach A et al. Konsultationsfassung der Leitlinie M. Crohn unter https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2024/01/Konsultationsfassung-Leitlinie_LL-MC_11.01.24.pdf
15. Jayasooriya N et al. Aliment Pharmacol Ther 2023;57:635-652
16. https://www.uksh.de/uksh_media/Dateien/Kliniken_Institute/L%C3%BCbeck+Campuszentrum/Bevoelkerungsmedizin_HL/Dokumente/Versorgungspfade_Brosch_FCre-p-18229.pdf
17. Aktueller EBM unter https://www.kbv.de/html/arzt-gruppen_ebm.php#content2398

Impressum für Sonderredaktion:

Verantwortlicher Redakteur (V.i.S.d.P.):
Dr. med. Ulrich Karbach, Telefon: 08191 3055519
Anschrift: MedTriX GmbH, Justus-von-Liebig-Straße 1,
86899 Landsberg

CED-Versorgung

EINZIGARTIG. VERNETZT.

**Wir stärken die Zusammenarbeit
in der Behandlung der CED.**

Damit Sie das Beste für Ihre
Patient:innen erreichen.



**Jetzt Teil des
Netzwerks werden!**

1

Einzigartig in der Gastroenterologie
Takeda – Ihre Experten für komplexe Darmerkrankungen