

# Management-Review 2015



Praxis für Gastroenterologie und  
gastrointestinale Onkologie  
Dr. Albert Beyer  
Altötting

## Praxis für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie Dr. Beyer, Altötting

### Einleitung

Die politischen Rahmenbedingungen sind im Jahr 2015 unverändert schlecht geblieben. Die Ergebnisse des Koalitionsvertrages waren enttäuschend und sind nun eins zu eins in das sogenannte Versorgungsstärkungsgesetz eingeflossen. Politisch sind die Entscheidungen von Opportunismus, nicht vom Willen zu strukturellen Verbesserungen geprägt: Durch den steigenden Einfluss kommerzieller und börsennotierter Versorger wird strukturell die medizinische Versorgung immer mehr in zentralisierten medizinischen Versorgungszentren gesehen. Diese sollen helfen, den drohenden und zum Teil bereits manifesten Versorgungsmangel (durch immer mehr in Teilzeit arbeitende Ärzte) abzuwenden. Der Mangel wird jedoch immer mehr erkennbar, was in der anhaltenden Diskussion um völlig überlaufene Notaufnahmen und dem verzweifelten Versuch einer staatlich verordneten „Termingarantie“ durch Terminservicestellen zum Ausdruck kommt.

Diese „Termingarantie“ soll dazu beitragen, bei gegebener Indikation zeitnah Facharzttermine zu bekommen, die Kliniken sollen hier ggfs. Ambulanzkapazitäten zur Verfügung stellen, die Vergütung der Leistungen dann aus dem Budget der niedergelassenen Fachärzte erfolgen. Auch dies ist reine Polemik und in der Praxis nicht durchführbar: die Fachärzte an den Kliniken sind schon jetzt völlig ausgelastet, auch hier sind zusätzliche Kapazitäten nicht vorhanden.

Positiv gestaltete sich die Entwicklung im Rahmen der Etablierung der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Nach umfangreicher Vorarbeit durch den Praxisinhaber konnte das spezialisierte Team unter der Leitung von Dr. Clauer und Dr. Beyer am 20.08.2015 durch den Erweiterten Landesausschuß in Bayern als deutschlandweit 12. Team zugelassen werden.

Auch bundespolitisch hat Dr. Beyer die Entwicklung der ASV als dritten Sektor intensiv begleitet. Als stellvertretender Bundesvorsitzender des Berufsverbandes niedergelassener Gastroenterologen (bng) und Mitglied in der „Arbeitsgemeinschaft ASV“ des Spitzenverbandes der Fachärzte Deutschlands (SpiFa) hat er stets Stellung für diese Versorgungsform bezogen. Es ist nicht im Interesse des Patienten, sich während einer komplexen Behandlung einer schweren Erkrankung stets einer unwürdigen und bürokratischen Hürde zwischen stationärem und ambulatem Sektor gegenüberzusehen. Die fachärztliche Kompetenz insgesamt muss es sein, die zählt. Es ist daher nur folgerichtig, daß – auch unter dem Aspekt der problematischer werdenden ärztlichen Versorgung auf dem Land und in den Kliniken – die Kompetenz bei komplexen Erkrankungen im Sinne einer Kooperation geballt wird.

Zum Ärzte-Team gehören aktuell insgesamt 32 Fachärzte für Onkologie, Gastroenterologie,

Chirurgie, Strahlentherapie, anderen Gebieten der Inneren Medizin, Nuklearmedizin, Pathologie sowie weitere Fachärzte oder Psychotherapeuten, die bei Bedarf hinzugezogen werden. Das Team besteht aus 10 stationär und 22 ambulant tätigen Fachärzten. Damit besteht eine Kooperation mit hoher Qualität zum Wohle des Patienten.

Der positive Ansatz, sektorenübergreifende Zusammenarbeit durch das Konzept der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu fördern, wurde in der Umsetzung (an der der PI als Leiter der ASV GI-Tumore Inn-Salzach wesentlich beteiligt ist) durch massive bürokratische Auflagen erschwert. Die Auflagen wurden erst zu dem Zeitpunkt gelockert, als nach umfangreichen außerparlamentarischen und parlamentarischen Diskussionen klar war, daß Klinik-Ermächtigungen nach dem „alten“ §116(b) nicht unbefristet gültig sein werden. Dies wäre ein erheblicher Rückschlag in der Weiterentwicklung der ASV gewesen.

Die Entwicklung und Implementierung der ASV geht intern wie extern weiter. Aktuell wird ein Konzept der (durch den Gesetzgeber ermöglichten) Selbstabrechnung mit den Krankenkassen realisiert, intern sollen die niedergelassenen Facharztinternisten ohne Schwerpunkt - nach jetzt auf Betreiben des bng erfolgter Änderung der Zulassungsvoraussetzungen - in das Kernteam aufgenommen werden.

Eine offene und gleichberechtigte Kooperation zwischen den Sektoren ist in Teilbereichen unverändert schwierig, was im Laufe des Jahres 2015 und zu Beginn des Jahres 2016 durch Konflikte innerhalb der Leitung des Darmzentrums Inn-Salzach offenbar wurde.

Negative Auswirkungen – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich – haben auch die zuletzt neu geschaffenen erhöhten Anforderungen durch das Patientenrechtegesetz. Eine Vergütung der dadurch entstehenden Zusatzkosten ist hier ebenso wenig vorgesehen wie eine Vergütung der durch die RKI-Richtlinie und Hygieneverordnungen bedingten erhöhten Anforderungen (und damit Kosten!) im Hygienebereich. Der Gesetzgeber schafft hier keine Parität, da den Kliniken hier mit einer Sondervergütung zur Umsetzung der Hygienerichtlinien geholfen wird, für niedergelassene Ärzte ist eine solche Strukturmaßnahme nicht vorgesehen.

Die Umsetzung der neuen Hygienerichtlinien stellt zahlreiche Fachgruppen (in Bayern hier derzeit insbesondere Urologen) vor kaum lösbare Probleme. Der Praxisinhaber hat im Rahmen seiner neu aufgenommenen Tätigkeit im Bundesvorstand des Berufsverbandes niedergelassener Gastroenterologen bereits zahlreiche Details zur Umsetzung entwickelt. Praxisnahen Lösungen ist hierbei der Vorzug vor Gesamtlösungen (diese meist aus dem Klinikbereich und auf die niedergelassene Praxis nur bedingt übertragbar) einzuräumen. Erfreulicherweise sieht dies mittlerweile auch die Landesarbeitsgemeinschaft der Gewerbeaufsichtsämter so; es ist damit zu rechnen, dass in der kommenden Zeit hierzu praxistaugliche Lösungen für die niedergelassenen Gastroenterologen entwickelt werden können.

Es zeigte sich auch in den vergangenen 12 Monaten eine deutliche Diskrepanz zwischen der tatsächlichen, hohen Zufriedenheit der in der Praxis betreuten Patienten und den ständigen Diffamierungen von Seiten der GKV und insbesondere ihres Spitzenverbandes.

Praxisintern war auch das vergangene Jahr geprägt von einer erneuten Bewährungsprobe des QMS in bewegten Zeiten sowie einer Umstellung auf die neue Revision 9001:2015. Das QMS hat – um es vorweg zu nehmen – erheblich zu einer erwünschten Kontinuität, Stabilität und einer weiteren Verbesserung beigetragen, die Anforderungen der neuen

Revision konnten in das QMS der Praxis implementiert werden.

Dies ist der zehnte Qualitätsbericht der Praxis für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie nach dem neunten Jahr der Einführung des QMS.

## 1. Ziel

Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Arztpraxen und Krankenhäuser) sind gesetzlich aufgefordert, über Umfang und Qualität ihrer Leistungen zu berichten. Dies soll Patienten und Kostenträgern die Möglichkeit geben, sich über die Kompetenz des jeweiligen Leistungserbringers zu informieren, Transparenz soll geschaffen werden.

Entsprechend den Vorgaben der ISO 9001:2015 und der allgemeinen Forderungen des QM nach Transparenz des Unternehmens und seiner Aktivitäten, gehört es zur Verantwortung des Praxisinhabers, jährlich einen Qualitätsbericht für die Praxis zu erstellen und zu veröffentlichen. Im Qualitätsbericht sollen die Schwerpunkte der Tätigkeit im zurückliegenden Jahr beleuchtet und bewertet werden sowie Entwicklungen und Tendenzen für die zukünftige Entwicklung aufgezeigt werden.

## 2. Zeitraum

Der Berichtszeitraum dieses Qualitätsberichtes umfasst die Zeit von

**01.01.2015 – 31.12.2015**

## 3. Verantwortung

Verantwortlich für den Inhalt des **Qualitätsberichtes** ist der Praxisinhaber (PI).

## 4. Berichtsgrundlagen

Der Qualitäts-Bericht wurde auf der Grundlage der nachfolgend aufgeführten Daten und Teilberichte erstellt und soll sich in die folgenden Abschnitte gliedern:

- Gesundheitspolitik
- Gebührenordnung
- Kassenärztliche Vereinigung
- Ärztekammer
- Leistungsprofil der Praxis
- Teilnahme an überregionalen Strukturen (Darmzentrum Inn-Salzach)
- Intersektorale Kooperation, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
- Qualitätspolitik und Qualitätsziele
- Interner QM-Bewertungsbericht mit Hygienebericht
- Abweichungsmeldungen
- Bericht des QMB
- Personalentwicklung
- Befragungen

## 5. Qualitäts-Bericht

- **Gesundheitspolitik**

Ein gesundheitspolitischer Abriss fand sich bereits in der Einleitung zu diesem Bericht, die Aussichten innerhalb des KV-Systems sind aktuell unverändert als negativ zu bewerten.

Im September 2013 wurde der Praxisinhaber in den vierköpfigen Bundesvorstand des bng berufen. Er hat damit die Möglichkeit, auch bundespolitische Entscheidungen aktiv mitzugestalten und lenkend einzugreifen; im Rahmen von Verhandlungen (KVB, Krankenkassen) wird aktuell aktiv versucht, auch im Interesse der Patienten eine Stabilisierung bzw. Besserung der beruflichen und ökonomischen Situation zu erreichen.

Selektivvertragsverhandlungen bzw. Verhandlungen zur Gestaltung einer „Besonderen Versorgungsform“ nach §140 SGB V in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hausärzteverband („Versorgungslandschaften“) sind hier auf einem guten Weg und bereits weit fortgeschritten. Die Aktivitäten im Rahmen der ASV wurden in der Einleitung bereits ausführlich beleuchtet.

- **Gebührenordnung**

Zum 01.01.2008 wurde der EBM 2008 eingeführt, zum 01.01.2009 der Gesundheitsfonds sowie die „Mengensteuerung“ anhand von Regelleistungsvolumina. Im Berichtszeitraum haben sich diesbezüglich keine Änderungen ergeben.

Das System der Regelleistungsvolumina führte auch im Jahr 2014 dazu, dass erbrachte Leistungen zu großen Teilen nicht vergütet wurden. Im Jahr 2013 wurde diese Situation noch dadurch verschärft, dass ein QZV „Praxisklinische Betreuung“ eingeführt wurde. In der Praxis bedeutet dies, dass bei einem Chemotherapiepatienten nur jeweils die erste Chemotherapie im Sinne der praxisklinischen Betreuung vergütet wird.

Dies hat sich bilanztechnisch – wie prognostiziert - in voller Höhe erst in der Bilanz 2014 niederschlagen. Es ist inzwischen auf KV-Ebene gelungen, hier gegenzusteuern; im HVM wurde ab dem 3. Quartal 2014 auf Drängen des PI eine Sonderregelung eingeführt, nach der die Ziffern der praxisklinischen Betreuung bei onkologischen Patienten im Vorwegabzug und außerhalb des QZV vergütet werden. Dadurch stabilisierte sich die wirtschaftliche Situation, was sich bilanztechnisch im Jahr 2015 niedergeschlagen hat, zumindest die Abwärtsentwicklung der Honorare erscheint gestoppt.

Im Geltungsbereich der GOÄ haben sich aktuell keine Änderungen ergeben, die Verhandlungen zur GOÄ-Reform sind bekannterweise auch gegenüber den Verbänden nicht von Transparenz bestimmt.

- **Kassenärztliche Vereinigung**

Konflikte mit der KV Bayern haben sich im letzten Jahr nicht ergeben. Zwei umfangreiche Selektivvertragsentwürfe wurden zusammen mit der KV Bayern ausgearbeitet, ein Vertrag (Hepatologie nach §73a) stand nach Direktverhandlungen mit der AOK unmittelbar vor dem Abschluss, wurde kurz vor Abschluss jedoch durch die AOK-Führungsebene abgelehnt.

- **Ärztekammer**

Auch hier lagen keinerlei Konflikte vor.

- **Leistungsprofil der Praxis**

Das Leistungsprofil der Praxis hat sich im Berichtszeitraum im Vergleich zum Vorjahr verändert. Als neue Leistung für GKV- und Privatpatienten konnte die Kapselendoskopie des Dünndarms implementiert werden, Dr. Beyer hat hierfür die Qualifikationen erworben und nimmt an der QS-Maßnahme Kapselendoskopie teil. Die 2009 eingeführte Zusammenarbeit mit den Anästhesisten Dr. Detterbeck und Dr. Steffan hat sich unverändert bewährt, Narkosen werden bei Kindern nach Bedarf in den Praxisräumen angeboten. Dr. Detterbeck und Dr. Steffan übernehmen die Analgesiedierung und Überwachung von ASA-III/IV-Patienten, welche an den Anästhesietagen terminiert und untersucht werden. Bei zuletzt steigendem Bedarf finden durchschnittlich jede Woche 1-2 Anästhesietage statt.

Der Betreuung onkologischer Patienten wird unverändert ein breiter Raum eingeräumt, die Patientenzahlen in diesem Bereich fanden sich zuletzt steigend.

Im Rahmen der stattgehabten Zulassung der ASV Gastrointestinale Tumore unter Leitung des Praxisinhabers wurde eine neue, intersektorale Versorgungsform eingeführt. Das ASV-Team wurde im August 2015 durch den Erweiterten Landesausschuss als 2. Team in Bayern und 12. Team in Deutschland zugelassen, die ersten Patienten konnten im 4. Quartal 2015 im Rahmen dieser neuen Versorgungsform behandelt werden. Im Team wurde die strikte Trennung zwischen ambulanter Versorgung im niedergelassenen Bereich und ambulanter Versorgung im Krankenhaus aufgehoben. Dies ermöglicht dem Patienten kurze Behandlungswege und erspart ihm eine Unmenge an Bürokratie. Die Angebote des Krankenhauses ergänzen in dieser Kooperation die Angebote der niedergelassenen Ärzte.

Leistungsschwerpunkte der Praxis sind weiterhin die Bereiche Gastroenterologie, diagnostische und therapeutische Endoskopie, gastrointestinale Onkologie und Chemotherapie gastrointestinaler Tumore sowie die Hepatologie.

- **Teilnahme an überregionalen Strukturen (Darmzentrum Inn-Salzach)**

Auch im vergangenen Jahr wurde das Überwachungsaudit des Darmzentrums durch die DKG von Seiten der Praxis ohne praxisbedingte Mängel durchgeführt. Die Praxis ist unverändert ein durch die DKG zertifizierter Kooperationspartner des Darmzentrums Inn-Salzach.

Im Rahmen der Onkozert-Zertifizierung wird seit 2014 zusätzlich die eigene Zertifizierung der onkologischen Tätigkeit angestrebt. Nachteilig wirkt sich hier aus, dass Onkozert (noch) keinen eigenen Erhebungsbogen für Organonkologen zur Verfügung stellt, der jetzige Erhebungsbogen ist isoliert auf hämatoonkologische Praxen abgestimmt. Die zu erfüllenden Fallzahlen sind – trotz gleicher Strukturqualität – durch eine gastroenterologisch-onkologische Praxis nicht sinnvoll im Sinne der Patienten zu erbringen, die Strukturqualität wurde nachgewiesen.

Im Rahmen der Kooperation im Darmzentrum wurde der Praxisinhaber im Jahr 2014 als stellvertretender Vorstand des Darmzentrums in die Leitung berufen. Die Satzung des Darmzentrums wurde diesbezüglich im Januar 2015 angepasst und durch die Mitgliederversammlung verabschiedet. Konflikte um diese Satzung haben zuletzt die Kooperation im Darmzentrum belastet; der Praxisinhaber hält jedoch unverändert an einer Fortführung der erfolgreichen Kooperation nach Klärung der Rahmenbedingungen fest.

- **Intersektorale Kooperation in der Region, Ambulante spezialärztliche Versorgung**

Die Novellierung des §116b SGB V hat den Weg für eine intersektorale Versorgung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren freigemacht. Nach umfangreicher Vorarbeit des Praxisinhabers wurde das „ASV-Team gastrointestinale Tumore Inn-Salzach“ am 20.08.2015 durch den Erweiterten Landesausschuss in Bayern als 2. Team in Bayern und 12. Team in Deutschland zugelassen.

Der Praxisinhaber hat hier die Umsetzung aktiv vorangetrieben, in einer Arbeitsgemeinschaft wurden die Strukturen und Verträge bereits ausgearbeitet, eine intersektorale Kooperationsvereinbarung mit der Onkologie des Klinikums Altötting abgeschlossen. Nach Inkrafttreten der Anlage erfolgte ein gemeinsamer Antrag an den Landesausschuss, dieser wurde am 25.11.2014 eingereicht. Die geschlossenen Verträge wurden nicht angemahnt, es war jedoch eine Umbesetzung im Widerspruchsverfahren notwendig, da von Klinikseite einige Voraussetzungen primär nicht erfüllt wurden (ärztlicher Psychotherapeut, Facharzt für Laboratoriumsmedizin). Der Praxisinhaber hat zusammen mit Dr. Clauer, Chirurgie Altötting, die Teamleitung im jährlichen Wechsel übernommen und treibt aktiv die Umsetzung der internen Strukturen voran.

- **Qualitätspolitik und Qualitätsziele**

Die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele, wie sie im QMS der Praxis für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie formuliert sind, wurden und werden in der täglichen Arbeit der Praxis umgesetzt. Die Qualitätspolitik wurde auf der Internetseite (<http://www.innere.org>) veröffentlicht.

- **Praxisstatistik und Praxisbewertung**

Sämtliche Praxiskenngrößen im Bereich der GKV und PKV sind über das Praxisverwaltungs-System bzw. über die parallele getrennte Auswertung des PI ersichtlich. Wöchentlich und quartalsweise werden weiterhin sämtliche erforderliche Statistiken erstellt und in der EDV bzw. im praxisinternen Intranet dokumentiert.

Die zeitliche Zusatzbelastung aufgrund der Vorbereitung und Durchführung des eigenen Überwachungsaudits, des Überwachungsaudits Darmzentrum sowie die kontinuierliche Kooperation im Darmzentrum (Tumorkonferenzen, Sitzungen, Arbeitsgruppen, Vorbereitung und Durchführung gemeinsamer Fortbildungen, Durchführung von Studien) erfordern unverändert erhebliche Ressourcen des Praxisinhabers, ohne sich bislang relevant auf den tatsächlichen Umsatz niedergeschlagen zu haben. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Praxis unverändert bereits ohne zusätzliche „Werbeeffekte“ durch einen guten Ruf zu mehr als 100% ausgelastet ist. Durch die Einführung der ASV könnte hier erstmals ein positiver Effekt eintreten.

Politische Tätigkeiten und Reisen im Rahmen der bundespolitischen Tätigkeit im Berufsverband nehmen ebenfalls großen Raum ein, die gesamte wöchentliche Stundenbelastung des PI liegt – nach Analyse in einer overhead-Studie der KBV – aktuell bei 75 bis 77 Wochenstunden.

In unserer ländlichen Region spielt Web-basiertes Marketing weiterhin keine relevante Rolle, Patienten wurden jedoch dazu animiert, eine Bewertung auf Jameda abzugeben. Auch hier zeigt sich erfreulicherweise eine sehr gute Bewertung.

Im Jahr 2014 wurde zusätzlich eine neue Praxishomepage, eine verbreiterte Internetpräsenz (google plus, facebook) sowie eine neue Version der Praxisbroschüre geschaffen und damit auf aktuellen Stand gebracht. Die Praxisbroschüre soll 2016 erstmals aktualisiert werden.

- **Leistungsstatistik und Leistungsbewertung**

## **KV:**

Die Fallzahlen haben sich zunächst seit 2004 weitgehend stabilisiert; sie waren durch eine bewusste Steuerung des Praxisinhabers (gewollter „Schrumpfungsprozess“, Reduktion der Untersuchungszahlen bei gleichzeitiger – auch durch das Personal unterstützter – Reduktion der Personalstundenzahl im letzten Jahr rückläufig. Die Anzahl endoskopischer Eingriffe war dementsprechend im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig, die Gastroskopie-Zahlen fanden sich im letzten Jahr stabil bei im Vergleich zum Vorjahr bewusst etwas reduzierten Koloskopiezahlen.

Die Wartezeiten auf Untersuchungen sind wechselnd, als vorübergehendes Steuerinstrument werden unverändert Patienten außerhalb des Landkreises zum Teil nicht zur Behandlung angenommen, die Kapazitäten insbesondere im Endoskopiebereich sind unverändert voll ausgeschöpft. Durch dieses Steuerungsinstrument können die Wartezeiten zum Teil positiv beeinflusst werden, die bewusste Reduktion der erbrachten Fallzahlen führt jedoch unweigerlich zu etwas längeren Wartezeiten.

## **Selbstzahler/Privatpatienten:**

Die Fallzahl von und die Untersuchungszahlen an Privatpatienten fand sich im Vergleichszeitraum stabil. Der Umsatz fand sich im Vergleichszeitraum im Bereich der Privatpatienten ebenfalls stabil, der Anteil am Gesamtumsatz beträgt unverändert ca. 22%.

## **Endoskopie, Komplikationsraten, Detektionsraten Frühkarzinome:**

Die Anzahl endoskopischer Untersuchungen und Behandlungen war gegenüber den Vorjahren auf sehr hohem Niveau gesteuert etwas rückläufig. Die Qualitätsindikatoren im Bereich der Endoskopie weisen unverändert ein sehr gutes Ergebnis aus, im Verlauf konnte unverändert eine sehr gute Ergebnisqualität erreicht werden. Die Komplikationsraten der in der Praxis durchgeführten Untersuchungen sind anhaltend sehr niedrig, im Verlauf weiter fallend und bewegen sich rechnerisch noch unter dem Bereich der virtuellen Koloskopie von etwa 0,8 Promille (aktuelle Komplikationsrate 0,59 Promille).

Im Bereich der Koloskopie fand sich bei einer maximal hohen Komplettheitsrate eine Komplikationsrate, welche weit unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt. Operationspflichtige Komplikationen oder Perforationen sind weiterhin im gesamten Beobachtungszeitraum (seit 01/2003) noch nicht aufgetreten, dies bei nunmehr weit über 20.000 durchgeführten Koloskopien und über 8.000 Polypektomien.

Auch die Detektionsrate für Frühkarzinome liegt stabil in einem sehr hohen Bereich, dies stellt neben der weit über dem Durchschnitt (ca. 100% über dem Durchschnitt!) liegenden und auch im Jahr 2015 stabil hohen Detektionsrate für Adenome und Neoplasien einen guten Indikator für eine subtile Untersuchung dar. Durch breite Implementierung der neuen HDTV-Endoskopietechnik konnten diese Raten gehalten werden, es werden alle Patienten ausnahmslos mit dem neuen System untersucht.

Die genannten Qualitätsdaten sind aus der Anlage zu diesem Qualitätsbericht ersichtlich, stets aktualisierte Statistiken finden sich unverändert im Internet unter <http://innere.org/qualitaetsdaten/qualitaetsdaten-untersuchungen/>.

Aufgrund der über einen langen Zeitraum erhobenen Qualitätsdaten zur Endoskopiequalität ist unverändert davon auszugehen, dass keine Praxis und keine klinikgebundene Endoskopieeinheit in Deutschland signifikant bessere Behandlungsdaten vorweisen können.



- **Interner QM-Bewertungsbericht**

Der interne QM-Bewertungsbericht wurde zeitgerecht erstellt.

Das Intranet-gestützte selbst programmierte System hat auch im Verlauf seine Belastbarkeit bewiesen und zu einer deutlichen Erleichterung des Dokumentationsaufwandes geführt.

- **Hygienebericht**

Der Hygienebericht wurde zeitgerecht erstellt und in den QM-Bewertungsbericht und dieses Management-Review im Folgenden implementiert:

**1.01.1 Hygienebericht - Berichtsgrundlagen**

Der Hygienebericht wurde auf der Grundlage der nachfolgend aufgeführten Daten und Teilberichte erstellt.

- Infektionsstatistik
- Sterilisator-Prüfplan
- Hygieneprüfungen der Endoskope
- Hygieneprüfung des Waschautomaten
- Abweichungsmeldungen
- Änderungsanordnungen der Leitung

**1.01.2 Hygienebericht - Berichtgegenstand**

**1.01.2.1 Infektionsstatistik**

Dokumentationspflichtige Infektionen wurden im Berichtszeitraum nicht registriert.

**1.01.2.2 Sterilisatorprüfung**

Die turnusmäßigen Sterilisatorprüfungen (Sporenprobe) wurden am 09.06.2015 und am 13.10.2015 durchgeführt und zeigten keine Beanstandungen.

**1.01.2.3 Hygieneprüfungen der Endoskope**

Die turnusmäßigen mikrobiologischen Untersuchungen der Endoskope wurden am 09.06.2015 und am 13.10.2015 durchgeführt und zeigten keine Beanstandungen.

**1.01.2.4 Hygieneprüfung des Waschautomaten**

Die turnusgemäßen mikrobiologischen Prüfungen der Waschmaschine wurden am 09.06.2015 und am 13.10.2015 durchgeführt und zeigten keine Beanstandungen. Die zusätzliche Überprüfung des Osmosewassers (anfänglich noch alle drei Monate nach Installation) erbrachte ebenfalls keinen Keimnachweis.

**1.01.2.5 Beobachtete Abweichungen und Korrekturmaßnahmen**

Schäden an Ventilen der Pentax-Endoskope waren auf eine verwendete Amin-haltige Reinigungs- und Desinfektionslösung zurückzuführen. Dies löste eine Änderungsanordnung und eine Umstellung des Aufbereitungsprozesses aus.

**1.01.2.6 Änderungsanordnungen der Leitung**

Die Aufbereitung des Zubehörs inklusive der Ventile wurde neu strukturiert. Die Aufbereitung erfolgt nun manuell nach Herstellerangaben, vorhandene Chemie wurde nach Prüfung ersetzt, auf aminhaltige Produkte komplett verzichtet. Die Dokumentation der Aufbereitung wurde angepasst, eine vorgezogene Kontrolle der RDG-E und vorgezogene Hygieneprüfung erbrachte keine Auffälligkeiten.

Aufgrund zunehmender Störungen im Betrieb der aktuellen RDG-E wurde der Beschluss gefasst, ein neues RDG-E anzuschaffen. Das Projekt wird im Jahr 2016 als Entwicklungsprojekt verfolgt und zum Abschluss gebracht.

### **1.01.3 Hygienebericht - Zusammenfassung**

Im gesamten Praxisbereich traten im Berichtszeitraum keine Beanstandungen bezüglich der Hygiene auf. Verbesserungen sind geplant.

### **1.01.4 Hygienebericht - Bewertung**

Die Hygienepläne sind angemessen und praktikabel und konnten im Berichtszeitraum umstrukturiert und weiter verbessert werden. Neue Vorgaben und Prozesse werden unverändert implementiert.

- **Nonkonformitätsmeldungen**

Das seit Implementierung des QMS eingeführte System der Meldung von Nonkonformitäten (früher: Fehler- und Abweichungsmeldungen) wurde und wird von den Mitarbeiterinnen unverändert positiv aufgenommen und umgesetzt.

Die Fehlermeldungen (s. Sammlung) betrafen nahezu ausschließlich Bagatellfehler, technische Defekte, externe Fehler oder personengebundene Fehler.

Nonkonformitäten werden weiterhin im praxiseigenen Intranet erfasst und verarbeitet.

- **Bericht des QMB**

Der Bericht des QMB wurde zeitgerecht erstellt. Durch die Anpassung an die ISO 9001:2015 konnte – u.a. durch Aufnahme neuer Prozesse wie Entwicklung und Umstellung der Dokumentation an die aktuelle ISO-Revision – eine Straffung des QM auf weniger Dokumente noch nicht erreicht werden. Aktuell befinden sich 596 Dokumente bzw. Verknüpfungen in der QMS-Dokumentation, gegenüber 562 im Vorjahr. In den folgenden Jahren muß an einer Straffung und Zusammenführung gearbeitet werden.

Die Anforderungen der ISO-Revision 2015 wurden jedoch erfolgreich umgesetzt.

- **Personalentwicklung**

Im Berichtszeitraum hat sich die Mitarbeiterstruktur bewusst geändert. Eine medizinische Fachangestellte und eine Krankenschwester haben ihre Tätigkeit zum Jahresbeginn beendet, eine medizinische Fachangestellte hat Anfang November 2014 ihre Tätigkeit in Teilzeit wieder aufgenommen, das übrige Personal die Wochenarbeitszeit erhöht. Die Personalstruktur weist unverändert einen hohen Grad an Kompetenz durch stattgehabte Fort- und Weiterbildungen auf (zwei Medizinische Fachassistentinnen besitzen die Weiterbildung für beide Bereiche, Endoskopie und Onkologie, eine Krankenschwester mit der Zusatzweiterbildung der onkologischen Kompetenz, das gesamte Personal verfügt über die Weiterbildung bzgl. der S3-Leitlinie „Sedierung in der Endoskopie“, das Personal ist sachkundig in der Aufbereitung von Medizinprodukten).

Die Mitarbeiterzufriedenheit wird kontinuierlich orientierend durch anonyme Angaben im praxisinternen Intranet beobachtet. Insgesamt findet sich die Gesamtzufriedenheit unverändert im hohen Bereich. Die Kollegialität wird als hoch eingeschätzt, auch die Zufriedenheit in den Bereichen Führung und Arbeitsklima. Eine relevante Über- oder Unterforderung besteht nicht.

- **Befragungen**

Systematische Patientenbefragungen wurden im Berichtszeitraum im Bereich der Endoskopie durchgeführt. Gegenüber der Vorbefragung von Dezember 2013 zeigte die Analyse erfreulicherweise weiterhin eine Patientenzufriedenheit auf extrem hohem Niveau (Patientenzufriedenheit (Schulnote) 1,16). Es liegt damit unverändert ein überdurchschnittlich gutes Ergebnis vor.

Das sehr gute Ergebnis wird zudem dadurch unterstrichen, daß alle befragten Patienten unsere Praxis weiterempfehlen würden, die freien, persönlichen Kommentare fallen nahezu alle sehr positiv aus.

Insbesondere auch der Bereich Zuwendung und Betreuung von Seiten des Personals und von Seiten des Arztes erhielt sehr gute Bewertungen. Das gesamte Personal und die Praxis an sich wird von den Patienten als sehr freundlich, die Stimmung als sehr positiv wahrgenommen. Details zur Befragung finden sich im Internet unter <http://innere.org/qualitaetsdaten/patientenbefragungen/>.

Die Patientenbewertungen auf Jameda wurden intensiviert, auch hier zeigt sich eine hohe Zufriedenheit (siehe <http://www.jameda.de>) der von uns behandelten Patienten.

Die wenigen dokumentierten Beschwerden lösten keine internen strukturellen oder systematischen Änderungen aus, da es sich um Bagatellbeschwerden handelte.

## 6. Zusammenfassung

Die Entwicklung der Praxis für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie im Berichtsjahr 2015 war gekennzeichnet von einer anhaltend hohen Nachfrage bei gleichzeitig deutlichen strukturellen Veränderungen. Die Leistungsdichte wurde bewusst und im Einklang mit den Wünschen des Personals etwas reduziert.

Trotz schwieriger und im Verlauf sogar noch verschärfter Vergütungssituation von Seiten der GKV war eine systematische Restrukturierung und Weiterentwicklung qualitätsrelevanter Prozesse im ausreichenden Maß möglich, eine Umstellung auf die neue Revision der ISO 9001:2015 ist erfolgt.

Die intersektorale Zusammenarbeit erscheint im Bereich der ASV „Gastrointestinale Tumore“ auf einem guten Weg und wird durch den Praxisinhaber aktiv vorangetrieben. Konflikte im Darmzentrum Inn-Salzach sind im weiteren Verlauf zu klären, an der Kooperation sollte aus Sicht des Praxisinhabers festgehalten werden.

Das QMS der Praxis hat insbesondere in einem Jahr großer Umbrüche seine Robustheit bewiesen, alle Übergänge konnten – dank klarer Aufgaben- und Bereichszuordnungen – denkbar gut gemeistert werden.

Die Ergebnisqualität hat nicht unter den Umbrüchen gelitten, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit finden sich nach wie vor auf einem sehr hohen Niveau.

## 7. Bewertung

Die Implementierung des QMS hat sich unverändert bewährt. Die bisherigen Erfahrungen mit dem QMS sind weiter zufriedenstellend, die Transparenz der Prozesse sehr hoch und die daraus resultierenden Steuerungsmöglichkeiten vorhanden. Das QMS wurde zunehmend vom Personal verinnerlicht, es wird in der Praxis gelebt.

Die Weiterentwicklung des QM hat bislang trotz deutlicher Struktur- und Transparenzverbesserungen unverändert keine wirtschaftlichen Vorteile erbracht. Sie schafft jedoch Instrumentarien für die weitere Entwicklung der Praxis insgesamt, der stabilen Erhaltung der Leistungsfähigkeit und der Anpassung bzw. Modifizierung des Leistungsangebotes. Nur durch dieses Instrumentarium war es überhaupt möglich, auch in Zeiten eines Umbruchs und einer schwierigen Situation auf der Einnahmenseite die Leistungsfähigkeit der Praxis zu erhalten, sogar zu verbessern und weiterzuentwickeln. Im Jahr 2015 hat sich das QMS der Praxis erneut unter Beweis gestellt, die Weiterentwicklung im Sinne der ISO-Revision 9001:2015 konnte ebenfalls erfolgreich gemeinsam gemeistert werden.

Durch das starke Engagement zahlreicher Mitarbeiterinnen konnte unverändert trotz schlechter politischer und honorarpolitischer Rahmenbedingungen kein Leistungs- oder

Qualitätsknick beobachtet werden. Die objektivierbare Ergebnisqualität ist weiterhin exzellent.

Auch im aktuellen Jahr haben eintretende Mitarbeiterinnen von den klaren Strukturen des QMS im Rahmen der Einarbeitung profitiert und rasch ihren Platz in den bestehenden Strukturen gefunden. Das QMS stellt sich unverändert als „Fels in der Brandung“ dar. Von der Weiterentwicklung und Weiterführung des Systems werden in Zukunft unverändert Vorteile für die Praxis erwartet.

## **8. Verbesserungspotential**

Verbesserungspotential wird vom PI, der QMB und den Mitarbeiterinnen der Praxis gesehen in:

- Schaffung adäquater Rahmenbedingungen bezüglich der Honorierung und qualitätsorientierten Vergütung von politischer Seite
- Fortführung des in der Praxis bereits gelebten kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
- Anhaltende Überprüfung und Fortentwicklung der intersektoralen Kooperation im Darmzentrum aus Sicht der Praxis, Klärung der aktuellen Konflikte im Darmzentrum, Weiterentwicklung der ASV GI-Tumore Inn-Salzach (gemeinsames QM, geforderte gemeinsame Patientenakte, interne Straffung der Strukturen)

## **9. Aussicht**

Der bisherige Entwicklungsstand des QMS wird als stabile Umsetzungsphase einer noch lange andauernden Entwicklung gesehen.

Die Transparenzbemühungen bei medizinischen Prozessen in einer patientenzentrierten Betrachtungsweise sind in der Praxis im Vergleich zu Vergleichsgruppen unverändert exzellent. Der Prozess der kontinuierlichen Verbesserung wird unverändert von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gelebt. Die prozessorientierte (und jetzt auch zusätzlich risikobasierte) Betrachtungsweise hat durch die stattgehabte Vereinheitlichung des elektronischen Dokumentationssystems einen hohen Entwicklungsstand erreicht.

Eine qualitätsorientierte, planbare und kalkulierbare Vergütungsstruktur unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Daten der Einzelleistungen im Bereich der GKV ist zeitnah unverändert dringend notwendig. Die Vorzeichen hierfür – siehe geplante EBM-Reform – sind jedoch nicht günstig.

Die Praxis hat sich erneut durch die Fortführung des QMS auch in Zeiten großer Umbrüche bewähren können.

Die auch in diesem Jahr außerordentlich positiven Rückmeldungen unserer Patienten bestärken uns in unserem Bemühen, das Qualitätsniveau weiter aufrecht zu erhalten und – wenn möglich – weiter zu verbessern.

Dies gilt auch für die zukünftigen Aufgaben im Rahmen der intersektoralen Kooperation.

Altötting, den 06.03.2016

---

gezeichnet Dr. Albert Beyer QMB und PI & Eva Sattler QMB-Assistentin

Anlage: Qualitätsdaten Endoskopie 2015

## Anlage Qualitätsbericht 2015: Qualitätsdaten Endoskopie

### Übersicht Untersuchungszahlen 01/2003 - 12/2015

Gastroskopie	12.944	davon mit Bougierung/Dilatation:	353
Koloskopie	20.448		
Leberpunktion	61		
Bronchoskopie	33		
Sigmoidoskopie	1.259		
Sonographie	1.677		
Rekto-Proktoskopie (isoliert)	1.271		

### Übersicht Koloskopie: Details und Komplikationsraten 01/2003 - 12/2015

Gesamtzahl Koloskopien	20.448
Inkomplette Untersuchungen	90
Abbruchgrund Tumorstenose	59
Abbruchgrund sonstige Stenose	17
Technische Komplettheitsrate (%)	99,932%
Anzahl Polypektomien mit der Schlinge	8.236
davon Polypen >= 1 cm	2.894
davon Polypen >= 2 cm	792
davon Polypen >= 3 cm	285
Anzahl Perforationen	0
Rate Perforationen	0,00%
Anzahl behandlungsbedürftiger Nachblutungen	12
Rate Nachblutungen (%)	0,059%
Rate Nachblutungen auf Polypektomien (%)	0,146%
Anzahl operationsbedürftiger Komplikationen	0
Kardiopulmonale Komplikationen (Reanimation, Beatmung)	0

Stand der Auswertung: 01.01.2015

## Übersicht Tumorerstdiagnosen mit Anteil der Frühkarzinome 2003-2015 (Zahlen des Vorjahreszeitraumes (2003-2014) jeweils in Klammern)

	Gesamt	Anteil Frühkarzinome	Inzidenz/Untersuchung
Kolorektale Karzinome	241 (222)	17,84% (18,02%)	1,26% (1,16%)
Magenkarzinome	48 (47)	33,33% (34,04%)	0,39% (0,38%)
Barrettkarzinome	13 (11)	53,85% (45,45%)*	0,11% (0,09%)
Analkarzinome	7 (7)	0,00% (0,00%)	0,04% (0,04%)
Ösophaguskarzinome	5 (4)	0,00% (0,00%)	0,04% (0,03%)
Lymphome	12 (12)	-	0,06% (0,06%)

\*Anteil Frühkarzinome Barrett überschätzt, da fortgeschrittene Barrett-Karzinome zum Teil als Kardiakarzinom (und damit unter den Magenkarzinomen subsummiert) klassifiziert, dadurch Anteil der Magenfrühkarzinome eher unterschätzt.

## Übersichten Untersuchungsergebnis Koloskopie nach Indikation (Stand 01/2013)

### • Indikation: Vorsorgekoloskopie

	Anzahl	Inzidenz	Anteil Frühkarzinome	Daten KVB-Schnitt Vorsorgekoloskopie 2003-2008
Anzahl Patienten im Zeitraum	3644 (3355)			2.821.392
Kolorektales Karzinom *	26 (25)	0,71% (0,74%)		0,80%
davon Frühkarzinome **	12 (11)	0,33% (0,33%)	46,15% (44,00%)	k.A.
Fortgeschrittene Neoplasie (Adenom $\geq$ 10 mm)	406 (352)	11,14% (10,49%)		6,56%
Patienten mit serratierten „Adenomen“	107 (74)	2,94% (2,20%)		k.A.
Anteil Patienten mit Adenomen gesamt	2056 (1895)	56,42% (56,45%)		19,64%

\* alle im Rahmen der Vorsorgekoloskopie diagnostizierten Karzinome fanden sich bei Patienten ohne familiäre Tumorbeltung

\*\* alle Frühkarzinome als low risk klassifiziert, damit endoskopisch kurativ entfernt, keine sekundäre Operation hier notwendig, eine Patientin sekundär bei schlechter Erreichbarkeit des Polypen aus technischen Gründen operiert, jedoch low risk-Situation

• Indikation: Vorsorgekoloskopie stratifiziert nach familiärer Belastung

Familiäre Belastung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
	Anzahl		Inzidenz		Anteil Frühkarzinome	
Anzahl Patienten im Zeitraum	453 (428)	3191 (2927)				
Kolorektales Karzinom	2 (2)	24 (23)	0,48% (0,48%)	0,80% (0,78%)		
davon Frühkarzinome	0	12 (11)	-	0,37% (0,37%)	-	50,0% (47,8%)
Neoplasienachweis inkl. Karzinome	264 (248)	1818 (1649)	58,28% (57,94 %)	56,97% (56,34%)		
Adenomnachweis (ohne SSA oder Karzinom)	257 (242)	1752 (1599)	56,73% (56,54%)	54,90% (54,63%)		
Fortgeschritt. Adenome (ohne SSA oder Karzinom)	52 (46)	312 (283)	11,48% (10,75%)	9,78% (9,67%)		
Patienten mit serratierten „Adenomen“	8 (7)	100 (67)	1,77% (1,64%)	3,13% (2,29%)		
Fortgeschrittene serratierte „Adenome“	4 (3)	49 (30)	0,88% (0,70%)	1,54% (1,02%)		
Fortgeschritt. Neoplasie (mit SSA, ohne Karzinome)	53 (47)	353 (306)	11,70% (10,98%)	11,06% (10,45%)		
Neoplasienachweis (mit SSA, ohne Karzinome)	262 (246)	1794 (1626)	57,84% (57,48%)	56,22% (55,55%)		

• Indikation: Positiver Hämoccult

	Anzahl	Inzidenz	Anteil Frühkarzinome
Anzahl Patienten im Zeitraum	913 (855)		
Kolorektales Karzinom	38 (38)	4,16% (4,44%)	
davon Frühkarzinome	5 (5)	0,55% (0,58%)	13,12% (13,12%)
Fortgeschrittene Neoplasie (Adenom $\geq$ 10 mm)	163 (147)	17,85% (17,19%)	
Anteil Patienten mit Adenomen gesamt	461 (422)	50,49% (49,36%)	

Stand der Auswertung: 13.01.2013

**Übersicht Neoplasie-Detektionsrate bei der Vorsorgekoloskopie im Vergleich zum KBV-Benchmarking nach Untersuchungsjahr**

Jahr	Anzahl Vorsorgekoloskopien	Anzahl Patienten mit Neoplasie	Neoplasie-Detektionsrate
2003	301	159	52,82%
2004	344	169	49,13%
2005	351	191	54,42%
2006	384	199	51,82%
2007	506	289	57,11%
2008	482	284	58,92%
2009	362	216	59,67%
2010	364	223	61,26%
2011	261	167	63,98%
2012	289	185	64,01%
2013	291	193	66,32%
2014	253	154	60,87%
2015	203	141	69,46%
<i>Benchmarking KBV Jahr 2011</i>	<i>377.364</i>	<i>96.466</i>	<i>25,56%</i>

Stand der Auswertung: 31.12.2015

Ständig aktualisierte Statistiken im Internet unter: <http://innere.org/qualitaetsdaten/adenomdetektion/>.