

Management-Review 2016



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 2016 unverändert schlecht geblieben. Politische Entscheidungen sind von Opportunismus, nicht vom Willen zu strukturellen Verbesserungen geprägt: Durch den steigenden Einfluss kommerzieller und börsennotierter Versorger wird strukturell die medizinische Versorgung bis auf Kreisebene immer mehr in zentralisierten medizinischen Versorgungszentren und einer Öffnung der Kliniken 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. Die freie Arztwahl wird dadurch zunehmend eingeschränkt.

Kliniken sehen unter dem wirtschaftlichen Druck ein lukratives Geschäft in der ambulanten Versorgung, Entscheidungen diesbezüglich sind nicht (auch wenn es immer wieder betont wird) von dem Willen einer besseren Versorgung des Patienten, sondern von kommerziellen Interessen der Klinikverwaltungen bestimmt. Das Prinzip „ambulant vor stationär“ wird dadurch konterkariert, stationäre Aufnahmen nehmen – zumindest bei Patienten mit „vergütungsrelevanten“ Diagnosen und Prozeduren – durch eine wirtschaftliche Steuerung eher zu als ab. Klinikgetragene ambulante Einrichtungen bevormunden dadurch den Patienten und suggerieren ihm, dass gewisse Prozeduren nur stationär durchführbar wären. Auch hier ist eine freie Arztwahl dann nicht mehr existent.

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 grundsätzlich 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 grundsätzlich eine Kooperation mit hoher Qualität zum Wohle des Patienten.

Die praktische Umsetzung einer tatsächlich intersektoralen Umsetzung vor Ort wird jedoch durch wirtschaftliche Ambitionen der Kliniken blockiert. Die Kliniken profitieren in der Versorgung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren nicht nur von den für die Betreuung und Therapie anfallenden Erlösen im Rahmen der Vergütung von ASV-Leistungen, sondern – im Gegensatz zum niedergelassenen Bereich – zeitgleich auch von hohen Erlösen, die im Rahmen der eigenen Zytostatikaherstellung erzielt werden. Die Einkaufspreise für Zytostatika liegen für Kliniken deutlich unter den Preisen, die den Krankenkassen dann letztendlich in Rechnung gestellt werden. Die Erlöse aus diesem Bereich übertreffen die Erlöse der eigentlichen ASV-Leistungen bei weitem, die Frage der Umsatzsteuerpflicht für diese Erlöse ist dabei nicht definitiv geklärt.

Aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt daher aktuell eine bewusste Patientensteuerung hin zu den stationären Vertretern der ASV; das Recht der freien Arztwahl wird auch hier bewusst untergraben, die neue ASV-Versorgung unter dem Aspekt der Finanzoptimierung aktuell mehr als Fortsetzung und Erweiterung der „alten“ §116(b)-Ermächtigung gesehen. Bestehende Kooperationsverträge werden dabei aus wirtschaftlichem Interesse bewusst missachtet.

Vor diesem Hintergrund ist eine offene und gleichberechtigte Kooperation zwischen den Sektoren unverändert schwierig, was im Laufe der Jahre 2015 und 2016 durch Konflikte innerhalb der Leitung des Darmzentrums Inn-Salzach offenbar wurde. Mittelfristig ist durch eine Fortführung dieser kommerziell orientierten Linie des Kreiskrankenhauses eine Fortführung beider Versorgungsformen gefährdet.

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 vor kaum lösbare Probleme. Der Praxisinhaber hat im Rahmen seiner 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. Diskussionsbedarf besteht aktuell bezüglich der Herstellerangaben und Aufbereitung von Zubehör der Kategorie „Kritisch B“, zahlreiche Hersteller dieser Medizinprodukte liefern nur völlig unzulängliche Aufbereitungsanweisungen, hier werden in Zukunft die Hersteller mehr in die Verantwortung genommen werden.

Regelmäßige Hygieneprüfungen in den letzten 15 Jahren bestätigten stets einen hygienisch einwandfreien Aufbereitungsprozess, im Jahr 2016 wurde der Prozess weiter

optimiert. Zur maschinellen Aufbereitung von Endoskopen wurde im Jahr 2016 in der Praxis eines der modernsten Aufbereitungssysteme installiert: eine Durchreichemaschine (strikte Trennung zwischen Rein- und Unreinseite) der Firma BHT. Computergesteuert wird hier nicht nur der gesamte Aufbereitungsprozess, sondern auch die Spülung und Durchgängigkeit aller Endoskopkanäle gesteuert und überwacht (sog. CMS-System). Das Gerät wird inzwischen weltweit in führenden Aufbereitungszentren eingesetzt. Diese sichere Aufbereitungstechnik mittels Einzelkanalüberwachung ist einzigartig im gesamten Einzugsgebiet der Praxis. Auch Kliniken halten diese Technik meist nicht vor. Eine Begehung durch die Gewerbeaufsicht im Februar 2017 bestätigte das hohe Niveau im Bereich der hygienischen Aufbereitung und zeigte keine Schwachpunkte auf.

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 (hier insbesondere ihres Spitzenverbandes) und der DKG.

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 elfte Qualitätsbericht der Praxis für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie nach dem zehnten 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

01.01.2016 – 31.12.2016

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“) konnten mittlerweile erfolgreich zum Abschluss gebracht werden; zum 01.01.2014 startet der Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Von diesem Vertrag, der langfristig angelegt ist, sind deutliche Verbesserungen in der Versorgungsstruktur zu erwarten. 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 2016 dazu, dass erbrachte Leistungen zu großen Teilen nicht vergütet wurden.

Die Direktabrechnung über die ASV führte zunächst zu einer Reduktion der Vorauszahlungen durch die KVB, was die Einnahmesituation der Praxis und die Liquidität vorübergehend zusätzlich belastet hat, es konnte dennoch ein stabiler Gesamtumsatz gehalten werden.

Von der neuerlichen EBM-Reform werden keine positiven Aspekte erwartet, da sie ja unter der Prämisse einer Kostenneutralität durchgeführt werden soll. Die Reform wurde nun neuerlich durch die KBV verschoben und soll nicht vor dem 01.01.2019 erfolgen.

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

- **Kassenärztliche Vereinigung**

Konflikte mit der KV Bayern haben sich im letzten Jahr nicht ergeben. Zwei umfangreiche Selektivvertragsentwürfe wurden in den letzten Jahren zusammen mit der KV Bayern ausgearbeitet, ein Vertrag (Hepato-logie nach §73a) stand nach Direktverhandlungen mit der AOK unmittelbar vor dem Abschluss, wurde kurz vor Abschluss jedoch durch die AOK-Führungsebene abgelehnt. Beide Verträge konnten daher nicht zum Abschluss gebracht werden.

Der Erfolg bezüglich des §140-BV-Vertrages mit Spektrum K und der ProVersorgung wird durch die KV Bayern selbstverständlich kritisch betrachtet, da sie selbst in diese Verhandlungen nicht eingebunden war.

- **Ärztekammer**

Auch hier lagen keinerlei Konflikte vor.

- **Leistungsprofil der Praxis**

Das Leistungsprofil der Praxis hat sich im Berichtszeitraum im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert. Als neue Leistung für GKV- und Privatpatienten konnte 2015 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 Analgosedierung 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 bei gleichzeitig hoher Patientenzufriedenheit eingeräumt.

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

Der Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wird im Rahmen des neuen Vertrages zur Besonderen Versorgung mehr Kapazität eingeräumt.

- **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 durchgeführt. 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 wird unverändert 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 erheblich belastet.

Der Leiter Darmzentrum hatte im Dezember 2016 zu einer Vorstandssitzung geladen, in der eine neuerliche Satzungsänderung einen stationären Alleinvertretungsanspruch für das Darmzentrum sichern soll und ausschließlich auf stationäre Belange abzielt. Dies ist nicht im Sinne einer guten und nachhaltigen intersektoralen Kooperation, der Satzungsbeschluss ist daher aktuell in der juristischen Prüfung, aus Sicht der Praxis wurde er rechtswidrig herbeigeführt.

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

Die aktuelle negative Entwicklung der neuen Versorgungsform vor Ort ist in der Einleitung bereits dargelegt worden.

Die aktuelle Entwicklung zeigt jedoch erfreulicherweise, dass sich eine mangelhafte intersektorale Kooperation von Seiten des KKH Altötting nicht nachhaltig auf die Praxis auswirkt; die Praxis verfügt über ausreichende Mechanismen der Gegensteuerung.

Sowohl in der ASV als auch im Darmzentrum ist die freie Arztwahl als hohes Gut des Patienten bedroht. Die Praxis hat daher Kooperationen mit anderen stationären Dienstleistern intensiviert, um Patienten in diesem Bereich nachhaltig eine freie Arztwahl zu ermöglichen. Das KKH Altötting wird daher auch nicht mehr als systemimmanenter Dienstleister betrachtet.

- **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 „Werbeeinflüsse“ durch einen guten Ruf zu mehr als 100% ausgelastet ist.

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 2017 erstmals aktualisiert werden.

Der Praxisinhaber beteiligte 2016 sich mit 3 Seiten am „Gesundheitsleitfaden Altötting“ (<https://www.lra-aoe.de/gesundheitsleitfaden/>), Bürgern werden hier relevante Informationen zu den Schwerpunkten der Praxis vermittelt.

- **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 Jahr 2014 und 2015 rückläufig, 2016 wieder steigend. Die Anzahl endoskopischer Eingriffe war im Vergleich zu den Vorjahren stabil. Nach jetzt stattgehabter Anhebung der Personalstundenzahl wurde die Endoskopiekapazität aktuell wieder gesteigert.

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.

Selbstzahler/Privatpatienten:

Die Fallzahl von und die Untersuchungszahlen an Privatpatienten fand sich im Vergleichszeitraum leicht steigend. Der Umsatz fand sich im Vergleichszeitraum im Bereich der Privatpatienten ebenfalls leicht steigend, der Anteil am Gesamtumsatz beträgt ca. 24%.

Endoskopie, Komplikationsraten, Detektionsraten Frühkarzinome:

Die Anzahl endoskopischer Untersuchungen und Behandlungen war gegenüber den Vorjahren auf hohem Niveau stabil. 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 0,60 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 22.000 durchgeführten Koloskopien und über 9.000 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 2016 unverändert hohen Detektionsrate für Adenome und Neoplasien einen guten Indikator für eine subtile Untersuchung dar. Durch breite Implementierung der neuen HDTV-Endoskopiertechnik konnten diese Raten gehalten werden, es werden alle Patienten ausnahmslos mit dem neuen System untersucht. Geringe Schwankungen dieser Rate sind normal, durch das unterschiedliche mittlere Alter der untersuchten Patienten bedingt sowie vom Anteil männlicher Patienten (Männer haben mehr Adenome/Neoplasien als Frauen) abhängig. Zudem werden zunehmend Patienten mit einem geringeren Risiko für Neoplasien untersucht, hier insbesondere Patienten mit zweiter Vorsorgekoloskopie 10 Jahre nach unauffälliger erster Vorsorgekoloskopie. Der Anteil dieser Patienten lag 2016 bei 14%.

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. Zu Recht wurde über den Gesetzgeber in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie des GBA folgendes festgelegt:

„Koloskopische Leistungen zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms dürfen von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, welche nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gem. § 135 Absatz 2 SGB V vom 24. Juli 2006 (in Kraft getreten zum 1. Oktober 2006) zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistungen berechtigt sind.“

Damit sind Krankenhäuser in der Region nicht berechtigt, diese Vorsorgeleistung anzubieten. Dass dies auch seinen Grund hat, zeigt die Tatsache, dass die einzigen in der Region berichteten, bundesweit sehr seltenen Todesfälle als Folge einer solchen Untersuchung in den umliegenden Krankenhäusern aufgetreten sind.

- **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 Hygienebericht

1.01.1 Verantwortung

Verantwortlich und federführend für die Erstellung des Hygieneberichtes ist der QMB bzw. dessen autorisierte Vertreterin unter Assistenz der Hygienebeauftragten.

1.01.2 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
- Externe Audits Hygienebereich der Praxis

1.01.3 Berichtgegenstand

1.01.3.1 Infektionsstatistik

Dokumentationspflichtige Infektionen wurden im Berichtszeitraum nicht registriert.

1.01.3.2 Sterilisatorprüfung

Die turnusmäßigen Sterilisatorprüfungen (Sporenprobe) wurden am 12.01.2016 und am 17.08.2016 durchgeführt und zeigten keine Beanstandungen.

1.01.3.3 Hygieneprüfungen der Endoskope

Die turnusmäßigen mikrobiologischen Untersuchungen der Endoskope wurden am 12.01.2016, am 17.08.2016 und am 29.11.2016 durchgeführt und zeigten keine Beanstandungen.

1.01.3.4 Hygieneprüfung des Waschautomaten

Im Rahmen der Neuinstallation des RDG-E Innova E4 CMS erfolgte eine Erstvalidierung, es zeigten sich hier keine Auffälligkeiten bezüglich der Reinigungs- und Desinfektionsleistung. Die zusätzliche Überprüfung des Osmosewassers (anfänglich noch alle drei Monate nach Installation) erbrachte ebenfalls keinen Keimnachweis.

1.01.3.5 Beobachtete Abweichungen und Korrekturmaßnahmen

Im Rahmen der Inbetriebnahme der Innova E4 CMS waren zunächst Silikatablagerungen auf den Geräten zu beobachten, was auf eine hohe Silikatkonzentration im Trinkwasser zurückzuführen war. Nach Umstellung des Gesamtprozesses auf Osmosewasser war dieses Phänomen behoben.

1.01.3.6 Änderungsanordnungen der Leitung

Die Neuanschaffung eines RDG-E konnte erfolgreich umgesetzt werden, die Innova E4 CMS wurde am 27.05.2016 erstmals in Betrieb genommen. Nach Fehleranalyse erfolgte am 30.07.2016 die komplette Umstellung auf Osmosewasser, der Prozess ist seither stabil. Die Dokumentation wurde an das neue RDG-E angepasst, Routinekontrollen überarbeitet und neu strukturiert.

1.01.3.7 Externe Audits Hygienebereich

Im Rahmen einer Schwerpunktaktion der Gewerbeaufsicht Bayern (schwerpunktbezogene Prüfung hygienische Aufbereitung in gastroenterologischen Praxen) wurde die Praxis am 22.02.2017 durch die Gewerbeaufsicht begangen. Es fanden sich keinerlei Beanstandungen, daher erfolgt auch kein Bericht durch die Behörde (zuständig: Gewerbeaufsichtsamt München).

1.01.4 Zusammenfassung

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

1.01.5 Bewertung

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

- **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. Die Umstellung auf die ISO-Revision 9001:2015 ist aus Sicht des QMB gelungen. 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 598 Dokumente bzw. Verknüpfungen in der QMS-Dokumentation, gegenüber 596 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 Mitarbeiterzahl und die Mitarbeiterstruktur geändert. Eine Krankenschwester in Teilzeit hat ihre Tätigkeit im Januar 2016 aufgrund ihrer laufenden Ausbildung zur Heilpraktikerin regulär beendet.

Als neue Mitarbeiterin in Teilzeit konnte ab dem 01.02.2016 eine Kinderkrankenschwester gewonnen werden.

In der Mitte des Beobachtungsjahres trat Anfang Juli bei einer vollzeitbeschäftigten Medizinischen Fachangestellten eine Schwangerschaft ein, die Maßnahmen zum Personalschutz wurden umgesetzt. Eine weitere medizinische Fachangestellte in Teilzeit kündigte zum 30.09.2016 ihre Stelle.

Als neue Mitarbeiterinnen konnten nach einem Auswahlverfahren eine Krankenschwester ab dem 12.09.2016 in Teilzeit, eine weitere Krankenschwester ab dem 01.09.2016 in Vollzeit sowie eine weitere Medizinische Fachangestellte ab dem 01.01.2017 in Vollzeit angestellt werden.

Das Controlling wurde personell verstärkt; ein neuer diesbezüglicher Bereich wurde geschaffen und durch eine Teilzeitkraft ab dem 01.03.2017 (15 Wochenstunden) besetzt.

Eine umfassende Neuverteilung der Zuständigkeiten und Bereichsleitungen erfolgte im Rahmen von Teambesprechungen in gegenseitigem Einvernehmen, das Organigramm wurde grundlegend überarbeitet.

Insgesamt erfolgte eine Personalmehrung. Zum Stichtag 01.03.2017 errechnet sich für das nicht-ärztliche Praxispersonal ein Vollzeitäquivalent von 4,7 Stellen (gegenüber 3,7 zum 01.03.2016).

Die Fort- und Weiterbildung der neuen Mitarbeiterinnen wurde zeitnah geplant und zum Teil bereits umgesetzt.

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 Chemotherapie durchgeführt. Gegenüber der Vorbefragung von Dezember 2014 zeigte die Analyse erfreulicherweise weiterhin eine Patientenzufriedenheit auf extrem hohem Niveau (Patientenzufriedenheit (Schulnote) 1,09). 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.

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.

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

6. Zusammenfassung

Die Entwicklung der Praxis für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie im Berichtsjahr 2016 war gekennzeichnet von einer anhaltend hohen Nachfrage bei gleichzeitig deutlichen strukturellen Veränderungen. Die Leistungsdichte wurde bewusst und im Einklang mit den Wünschen des Personals nach Personalmehrung zum Ende des Berichtsjahres etwas gesteigert.

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“ aufgrund zunehmender wirtschaftlicher Interessen der stationären Seite gefährdet. Konflikte im Darmzentrum Inn-Salzach sind im weiteren Verlauf ebenfalls zu klären, sowohl in der ASV als auch im Darmzentrum ist die freie Arztwahl als hohes Gut des Patienten bedroht.

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, der Anpassung bzw. Modifizierung des Leistungsangebotes sowie der ggfs. notwendigen Modifikation auswärtiger Kooperationen. 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 2016 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. Gleichzeitig konnten im Hygienebereich der Praxis Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche den Standard in zahlreichen Kliniken übertreffen.

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
- Überprüfung der intersektoralen Kooperation, Schaffung einer freien Arztwahl des Patienten unter Berücksichtigung anderer Kooperationspartner

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 und stationären Anbietern 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 einer heterogenen intersektoralen Kooperation.

Altötting, den 19.03.2017

gezeichnet Dr. Albert Beyer QMB und PI

Anlage: Qualitätsdaten Endoskopie 2016

Anlage Qualitätsbericht 2016: Qualitätsdaten Endoskopie

Übersicht Untersuchungszahlen 01/2003 - 12/2016

Gastroskopie	13.604	davon mit Bougierung/Dilatation:	369
Koloskopie	21.822		
Leberpunktion	61		
Bronchoskopie	33		
Sigmoidoskopie	1.329		
Sonographie	1.721		
Rekto-Proktoskopie (isoliert)	1.291		

Übersicht Koloskopie: Details und Komplikationsraten 01/2003 - 12/2016

Gesamtzahl Koloskopien	21.822
Inkomplette Untersuchungen	92
Abbruchgrund Tumorstenose	61
Abbruchgrund sonstige Stenose	17
Technische Komplettheitsrate (%)	99,936%
Anzahl Polypektomien mit der Schlinge	9.081
davon Polypen >= 1 cm	3.150
davon Polypen >= 2 cm	856
davon Polypen >= 3 cm	306
Anzahl Perforationen	0
Rate Perforationen	0,00%
Anzahl behandlungsbedürftiger Nachblutungen	13
Rate Nachblutungen (%)	0,060%
Rate Nachblutungen auf Polypektomien (%)	0,143%
Anzahl operationsbedürftiger Komplikationen	0
Kardiopulmonale Komplikationen (Reanimation, Beatmung)	0

Stand der Auswertung: 01.01.2017

Übersicht Tumorerstdiagnosen mit Anteil der Frühkarzinome 2003-2016 (Zahlen des Vorjahreszeitraumes (2003-2015) jeweils in Klammern)

	Gesamt	Anteil Frühkarzinome	Inzidenz/Untersuchung
Kolorektale Karzinome	248 (241)	18,15% (17,88%)	1,26% (1,16%)
Magenkarzinome	50 (48)	36,00% (33,33%)	0,39% (0,38%)
Barrettkarzinome	15 (13)	60,00% (53,85%)*	0,10% (0,11%)
Analkarzinome	9 (9)	0,00% (0,00%)	0,04% (0,04%)
Ösophaguskarzinome	6 (5)	0,00% (0,00%)	0,04% (0,03%)
Lymphome	13 (12)	-	0,05% (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.

Stand der Auswertung: 13.01.2017

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 >=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 Tumorerbelastung

** 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 Praxis	Anteil Frauen	Bundesweite Detektionsrate KBV
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%		25,56%
2012	289	185	64,01%	56,20%	26,01%
2013	291	193	66,32%	54,00%	26,00%
2014	253	154	60,87%	46,10%	25,24%
2015	203	141	69,46%	46,30%	26,92%
2016	251	145	57,77%	54,60%	

Stand der Auswertung: 31.12.2016

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