

Management-Review 2019



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 2019 unverändert schlecht geblieben. Politische Entscheidungen sind von Opportunismus und Kampf um Stimmen im Wahlkampf, 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 und offenen Pflichtsprechstunden zum Ausdruck kommt. Die freie Arztwahl wird dadurch zunehmend eingeschränkt. Zugleich fördert der Gesetzgeber unverändert in erster Linie stationäre Einrichtungen durch staatliche Investitionen im Personal- und Hygienebereich.

Kernleistungen der Gastroenterologie – exemplarisch und als absolutes Negativbeispiel sei hier die Gastroskopie genannt – wurden im ambulanten Bereich in keiner Weise adäquat vergütet. Steigende Hygiene- und Personalanforderungen finden im EBM bislang keinerlei Berücksichtigung. Und jetzt – eine „kostenneutrale“ EBM-Reform, welche sich auf einen Beschluss des Bewertungsausschusses von 2012 stützt und Gesprächsleistungen fördern soll. Der neue EBM soll am 01.04.2020 in Kraft treten. Er ist mit einer drastischen Abwertung gastroenterologischer Kernleistungen verbunden, die Abwertung der EBM-Leistungen in Summe beläuft sich auf ca. 5,3%, wobei hierbei zusätzliche negative Effekte der Regelleistungsvolumina nicht berücksichtigt sind:

GOP	Punktzahl alt	Punktzahl neu	Kalkulation zeit alt	Kalkulations zeit neu	Prüfzeit alt	Prüfzeit neu	Differenz
13390	108	113	11	8	9	7	+4,63%
13391	191	169	20	13	16	10	-11,52%
13392	198	177	21	13	17	11	-10,61%
13400	835	900	21	14	16	11	+7,78%
13401	513	468	17	10	10	6	-8,77%
13402	278	292	12	9	9	7	+5,04%
13410	246	349	10	10	9	9	+41,87%
13421	1766	1608	k.A.	37	30	30	-8,95%
13422	1080	990	27	23	21	18	-8,33%
13423	262	260	10	7	9	6	-0,76%
13424	424	523	16	14	12	10	+23,35%
13425	1139	1109	10	10	8	8	-2,63%
13426	2435	2474	75	75	60	60	+1,60%
13435	191	191	20	14	18	13	0,00%
01510	502	443	10	4	10	4	-11,75%
01511	955	872	10	6	10	6	-8,69%
01512	1404	1299	10	8	10	8	-7,48%
01741	1945	1772	k.A.	37	30	30	-8,89%
01742	288	286	10	7	7	5	-0,69%
13250	157	151	12	7	11	7	-3,82%
33042	157	143	12	9	9	7	-8,92%
33073	260	224	17	13	15	12	-13,85%
33075	62	37	k.A.	k.A.	./.	./.	-40,32%

Sie ist schon ein starkes Stück – diese neue EBM-Reform. Ich rede hier nicht nur von den umfangreichen Verlusten, die unserer Fachgruppe beigebracht wurden, um eine „kostenneutrale Umverteilung hin zu den Gesprächsleistungen“ zu finanzieren. Es geht auch um die Durchführung und die Umsetzung der meines Erachtens abstrusen politischen Vorgaben diesbezüglich.

Seit vielen Jahren wird nicht realisiert, dass wir als niedergelassene Gastroenterologen nicht nur exzellente Arbeit in der Darmkrebsvorsorge leisten, sondern gleichzeitig die chronisch kranken Patienten unseres Fachgebiets möglichst umfassend gastroenterologisch versorgen, obwohl uns bislang immer eine Abrechnungsmöglichkeit (Betreuungsziffern) in diesem Bereich verwehrt wurde.

Wir haben dies hingenommen, da über eine „Querfinanzierung“ – trotz im internationalen Vergleich einer deutlichen Unterbezahlung der Koloskopie – der Finanzrahmen der Praxen dies noch zugelassen hat.

Wir haben auch hingenommen, dass wir notwendige Gastroskopen erbracht haben, obwohl jede Gastroskopie wirtschaftlich einen Verlust bedeutet, nicht zuletzt dadurch, dass diese Untersuchungen in den meisten Bundesländern noch im Regelleistungsvolumen verankert sind.

Wir haben auch hingenommen, dass – durch Vorgaben der Siedierungsleitlinie - vermehrte Personalausgaben durch uns allein zu tragen sind und über Jahre nicht im Finanzierungssystem des EBM abgebildet wurden. Man spart nicht nur an uns, sondern auch an unserem Personal – völlig unverständlich unter der Prämisse, dass die Politik aktuell versucht, dem Pflegepersonal mehr Wertschätzung und eine höhere Vergütung zukommen zu lassen.

Wir haben ebenfalls hingenommen, dass uns Gewerbeaufsichtsämter zur Verwendung von Einmalprodukten zwingen, obwohl diese durch die Kassen mit dem Verweis auf noch verfügbare Mehrwegprodukte nicht refinanziert werden. Auf den Kosten der vermehrten Hygieneaufwendungen (z.B. Wartungen, Validierungen) lässt man uns ebenfalls sitzen.

Es wird politisch und honorarpolitisch komplett ignoriert, welcher hohen Anteil wir niedergelassenen Magen-Darm-Ärzte in den letzten Jahren an der Versorgung von Patienten des Fachgebietes geleistet haben, welche Erfolge nicht zuletzt auch durch die erfolgreiche Umsetzung des Darmkrebscreenings erreicht wurden.

Eine solche „Honorarreform“ missbilligt unserer aller Einsatz und lässt nur noch Wut und Unverständnis zurück. Wir alle fühlen uns auch persönlich getroffen, da dies eine Herabschätzung unserer höchstpersönlichen Arbeit am Patienten darstellt.

Mit der nun umgesetzten „Honorarreform“ verlassen KBV und GKV-Spitzenverband erstmalig die Grundlage eines betriebswirtschaftlichen Finanzierungsmodells, wie es im SGB V vorgegeben ist. Personalkosten werden nicht korrekt umgelegt, es werden völlig abstruse (da offensichtlich viel zu kurze) Untersuchungszeiten des Arztes bei den Untersuchungen eingestellt, um hier als Ziel eine Abwertung der Leistung zu ermöglichen. Eine Gastroskopie soll der Arzt in 8 Minuten, eine Koloskopie in 18 Minuten „erledigen“.

Rechnerisch werden Mehrausgaben für Personal auf andere, nicht gastroenterologische Kostenstellen umgelegt, auch wenn – bei gleicher Errechnung des Personalbedarfs - dann plötzlich für die Durchführung eines EKG z.B. 5 Assistentinnen, in der Kostenstelle Radiologie 31 Assistentinnen als „Besetzung“ erforderlich sind. Nein, diese maximale Beugung des „Praxisbetriebsmodells“, das dem EBM zugrunde liegt, geht nun nicht mehr auf.

Den Vorgaben des neuen EBM folgend ist – auch ohne Aufrufe zu Streiks oder Kampfmaßnahmen – zu erwarten, dass es zu einem Umbau in der Versorgungsstruktur

kommen kann. Eine Mitgliederumfrage zeigte, dass einer Betreuung chronisch kranker Patienten des Fachgebiets deutlich weniger Raum eingeräumt werden wird. Auch andere Institutionen werden für dieses Entgelt sich nicht um die Patientengruppe kümmern können. Ferner wurde eine Verknappung der Gastroskopien und der spezialisierten Sonographien aus ökonomischen Gründen propagiert und Personalreduktion in etlichen Praxen aufgrund sinkender Umsätze erwartet.

Dieser Umbau wird dadurch nachhaltig sein, da er doch junge Kolleginnen und Kollegen davon abschreckt, Gastroenterologe/in zu werden und sich zukünftig niederzulassen. Die Versorgung in unserem Fachbereich erscheint gefährdet.

Parallel zu dieser sich abzeichnenden folgerichtigen, aber auch unter Versorgungsaspekten desaströsen Entwicklung werden wir berufspolitisch in einer groß angelegten, öffentlichkeitswirksamen Kampagne auf die Defizite der „Honorarreform“ aufmerksam machen, welche die politischen Akteure zu verantworten haben.

Wer sich als politisch Verantwortlicher in der Sicherheit wiegt, dass schon alles so gut weitergehe, wie es bisher weitergegangen ist, der wird – so denke ich zumindest – bald von der Realität überholt. Da werden auch die vielfach propagierten Terminservicestellen bei der Versorgung der Patienten nicht mehr helfen können.

Es zeigte sich auch in den vergangenen 12 Monaten unverändert 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. Das QMS hat – um es vorweg zu nehmen – erheblich zu einer erwünschten Kontinuität, Stabilität und einer weiteren Verbesserung beigetragen, die neuen gesetzlichen Anforderungen konnten in das QMS der Praxis implementiert werden, die technische Struktur des QMS konnte erfolgreich überarbeitet werden.

Eine zusätzliche Herausforderung stellt aktuell nun die SARS-CoV-2-Pandemie dar, auf die sich die Praxis einstellen muss und Vorbereitungen getroffen hat. Ein Handeln ist hier aktuell – trotz getroffener Vorbereitungen - gemeinsam mit dem Personal nur kurzfristig und „auf Sicht“ möglich.

Dies ist der vierzehnte Qualitätsbericht der Praxis für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie nach dem dreizehnten 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, Kostenträgern und anderen interessierten Parteien 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

01.01.2019 – 31.12.2019

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 – insbesondere unter den Vorgaben der EBM-Reform - unverändert als negativ zu bewerten.

Im September 2013 wurde der Praxisinhaber in den vierköpfigen Bundesvorstand des bng berufen; er ist seit Mai 2017 erster Vorsitzender. Er hat damit die Möglichkeit, auch bundespolitische Entscheidungen aktiv mitzugestalten und lenkend einzugreifen. Im Rahmen von Verhandlungen (KVB, Krankenkassen, BMG) wird aktuell aktiv versucht, auch im Interesse der Patienten eine Stabilisierung bzw. Besserung der beruflichen und ökonomischen Situation zu erreichen.

- **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, Änderungen ergeben sich ab 01.04.2020 durch die neue EBM-Reform.

Das System der Regelleistungsvolumina führte auch im Jahr 2018 dazu, dass erbrachte Leistungen zu großen Teilen nicht vergütet wurden.

Im Geltungsbereich der GOÄ haben sich aktuell keine Änderungen ergeben, die Verhandlungen zur GOÄ-Reform waren bekannterweise auch gegenüber den Verbänden nicht immer von Transparenz bestimmt. Der Leistungskatalog ist fertiggestellt, die Bepreisung der Leistungen wurde aktuell vorgenommen und wird gegenüber der jetzigen GOÄ validiert.

- **Kassenärztliche Vereinigung**

Konflikte mit der KV Bayern haben sich im letzten Jahr nicht ergeben.

Der Erfolg bezüglich des §140-BV-Vertrages mit Spektrum K zur Versorgung von Patienten mit Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wird durch die KV selbstverständlich kritisch betrachtet, da sie selbst in diese Verhandlungen nicht eingebunden war. Aktuell läuft dieser Vertrag in einer Pilotregion in Nordrhein-Westfalen.

- **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 bietet die Praxis seit Juni 2017 auf Wunsch die Anwendung von CO₂ zur Insufflation des Darms während der Koloskopie an, welche zu einem deutlich höheren Patientenkomfort führt.

Als Leistung für GKV- und Privatpatienten ist seit 2015 die Kapselendoskopie des Dünndarms implementiert, 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.

- **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 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.

Um hier eine Deeskalation im Bereich Darmzentrum zu erreichen, wurde der Satzungsbeschluss im Rahmen einer neuerlichen Mitgliederversammlung im März 2018 aufgehoben und zunächst ein „satzungsloser“ Zustand herbeigeführt. Der Leiter Darmzentrum, PD Jurowich und Dr. Beyer als stellvertretender Leiter wurden durch die Mitgliederversammlung beauftragt, die Kooperationsverträge zu überarbeiten, was erfolgt ist.

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

Die aktuelle Entwicklung zeigte 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.

In der ASV ist die freie Arztwahl als hohes Gut des Patienten aufgrund wirtschaftlicher Interessen der stationären Seite bedroht. Wettbewerbsrechtliche, patientenrechtliche und apothekenrechtliche Aspekte unterliegen aktuell unverändert der Prüfung. Von Seiten der Kooperation im Darmzentrum ist eine zunehmende Entspannung eingetreten.

- **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 (<https://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 my business, facebook) geschaffen. Die Praxisbroschüre wurde zuletzt 2018 umfassend neugestaltet, aktualisiert und auf den neuesten Stand gebracht. Eine Neuauflage ist Ende 2020/Anfang 2021 geplant.

- **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, in den Jahren 2016 bis 2019 wieder steigend. Im Vergleich zum Jahr 2018 fanden sich 2019 die Patientenzahlen um 1,5% steigend, die Endoskopiezahlen – bedingt durch eine gewollte Reduktion der Gastroskopien – um ca. 4,4% rückläufig. Die Anzahl der Zuweiser fand sich unverändert auf hohem Niveau stabil. Die Anzahl der betreuten Chemotherapiepatienten fand sich gegenüber dem Vergleichszeitraum erneut leicht steigend.

Die Wartezeiten auf Untersuchungen sind wechselnd, als vorübergehendes Steuerinstrument können 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 nur zum Teil positiv beeinflusst werden, da der gute Ruf der Praxis einen hohen Patientenandrang hervorruft.

Selbstzahler/Privatpatienten:

Die Fallzahl von und die Untersuchungszahlen an Privatpatienten fand sich im Vergleichszeitraum weitgehend stabil. Der Umsatz fand sich im Vergleichszeitraum im Bereich der Privatpatienten um 1,6% rückläufig, der Anteil am Gesamtumsatz beträgt ca. 21,6%.

Endoskopie, Komplikationsraten, Detektionsraten Frühkarzinome:

Die Anzahl endoskopischer Untersuchungen und Behandlungen fand sich gegenüber dem Vorjahr (mit einer Steigerung um 10%) – bedingt durch eine gewollte Reduktion der Gastroskopien – um ca. 4,4% 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 und

bewegen sich rechnerisch noch unter dem Bereich der virtuellen Koloskopie von etwa 0,8 Promille (aktuelle Komplikationsrate 0,56 Promille).

Die einzige bislang in 17 Jahren beobachtete Perforation trat 2018 nach endoskopischer Entfernung eines ca. 6 cm großen, bereits bösartigen Tumors in der linken Dickdarmhälfte auf; es erfolgte eine lokale chirurgische Versorgung der Perforationsstelle.

Die endoskopische Tumorentfernung erfolgte erfreulicherweise im Gesunden, so dass der Patientin die – ansonsten bei Belassung des Tumors notwendige – Entfernung der gesamten linken Hälfte des Dickdarms erspart blieb.

Weitere operationsbedürftige Komplikationen oder Perforationen wurden – bei jetzt insgesamt über 26.000 Koloskopien mit über 12.000 Polypektomien - bislang unverändert nicht beobachtet.

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 2019 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 und jüngere Patienten.

Die genannten Qualitätsdaten sind aus der Anlage zu diesem Qualitätsbericht ersichtlich, stets aktualisierte Statistiken finden sich unverändert im Internet unter <https://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. Die jetzt durchgeführte technische Überarbeitung der Plattform sichert nachhaltig eine stabile Intranet-gestützte Dokumentation.

- **Hygienebericht**

Der Hygienebericht wurde zeitgerecht erstellt und in den QM-Bewertungsbericht und

dieses Management-Review im Folgenden implementiert:

1. Hygienebericht

1.1.1 Verantwortung

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

1.1.2 Berichtsgrundlagen

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

- Infektionsstatistik
- Sterilisator-Prüfplan
- Hygieneprüfungen der Endoskope
- Hygieneprüfung und Validierung des RDG-E
- Abweichungsmeldungen
- Änderungsanordnungen der Leitung
- Externe Audits Hygienebereich der Praxis

1.1.3 Berichtgegenstand

1.1.3.1 Infektionsstatistik

Dokumentationspflichtige Infektionen wurden im Berichtszeitraum nicht registriert.

1.1.3.2 Sterilisatorprüfung

Die Sterilisatorprüfung entfällt, da der Sterilisator im Rahmen der Umstellung auf Einmalprodukte ausser Betrieb genommen wurde.

1.1.3.3 Hygieneprüfungen der Endoskope

Die turnusmäßigen mikrobiologischen Untersuchungen der Endoskope sowie der Wasserqualität wurden am 28.05.2019 und am 27.11.2019 durchgeführt und zeigten keine Beanstandungen.

1.1.3.4 Validierung des RDG-E

Im Rahmen der Leistungsqualifikation ohne besonderen Anlass der RDG-E Innova E4 CMS erfolgte am 20.11.2018 eine erneute Validierung, 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.

1.1.3.5 Beobachtete Abweichungen und Korrekturmassnahmen

Im Beobachtungszeitraum waren keine Nichtkonformitäten der Prozesse oder systematischen Fehler zu beobachten.

1.1.3.6 Änderungsanordnungen der Leitung

Das gesamte Mehrwegmaterial der Kategorie „Kritisch B“ wurde Ende 2018 durch Einwegmaterial ersetzt. Eine Sterilisation in der Praxis ist dadurch nicht mehr notwendig; der Sterilisator wurde ausser Betrieb genommen.

1.1.3.7 Externe Audits Hygienebereich

Es erfolgten im Zeitraum keine externen Audits des Hygienebereichs.

1.1.4 Zusammenfassung

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

1.1.5 Bewertung

Die Hygienepläne sind angemessen und praktikabel. Neue Vorgaben und Prozesse wurden zeitnah und vollständig implementiert. Die Infrastruktur konnte zuletzt 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 Arbeit des QMB im Berichtszeitraum war wesentlich geprägt von der Aufrechterhaltung und Fortentwicklung des QMS. Einzelprozesse wurden aufgrund gesetzlicher oder juristischer Vorgaben sowie aufgrund von Abweichungsmeldungen, Umsetzung von Entwicklungsmaßnahmen und strukturellen Änderungen überarbeitet, Verbesserungen implementiert, die Plattform umgestellt.

Die Umstellung auf die ISO-Revision 9001:2015 und der Wechsel der Plattform 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 nicht erreicht werden. Aktuell befinden sich 630 Dokumente bzw. Verknüpfungen in der QMS-Dokumentation, nahezu die gleiche Anzahl wie im Vorjahr (636 Dokumente). In den folgenden Jahren muss weiter an einer Straffung und Zusammenführung gearbeitet werden.

Die Anforderungen der ISO-Revision 2015 wurden erfolgreich umgesetzt, eine Umstellung des Dokumentationssystems auf Sharepoint 365 online erleichterte die Umsetzung in der Praxis.

- **Personalentwicklung**

Im Berichtszeitraum hat sich die Mitarbeiterstruktur erneut grundlegend geändert.

Eine Mitarbeiterin (Medizinische Fachangestellte) beendete ihre Tätigkeit zum 30.06.2019, da sie im hausärztlichen Bereich als Medizinische Fachangestellte arbeiten wollte.

Eine Teilzeit-Mitarbeiterin (Krankenschwester) beendete ihre Tätigkeit zum 30.06.2019, da ihr die tägliche Fahrstrecke zur Arbeit zu lang war und sie heimatnah einer weiteren Beschäftigung nachgehen wollte.

Bei einer Teilzeit-Mitarbeiterin (Krankenschwester) trat im Juni 2019 eine Schwangerschaft ein; da eine Risikoschwangerschaft bestand, beendete sie ihre Tätigkeit am 29.06.2019, es wurde ein Beschäftigungsverbot verhängt.

Nach Stellenausschreibung und Auswahlverfahren erfolgte zunächst die Neuanstellung einer Krankenschwester in Teilzeit ab dem 01.07.2019. In der Probezeit stellte sich heraus, dass eine Weiterbeschäftigung für das gesamte Team nicht förderlich ist; dieses Arbeitsverhältnis wurde daher zum 26.08.2019 in der Probezeit gekündigt.

Es erfolgte dann die Neuanstellung von zwei Krankenschwestern in Vollzeit (Aufnahme der Tätigkeit am 01.08.2019 und 01.09.2019 in Vollzeit). Eine der Krankenschwestern hat zum 01.01.2020 ihre Wochenarbeitszeit auf eigenen Wunsch von 38 Stunden auf 30 Stunden reduziert. Zum 01.09.2019 nahm zusätzlich eine

Auszubildende zur Medizinischen Fachangestellten ihre Tätigkeit (im 2. Lehrjahr) in der Praxis auf.

Eine umfassende Neuverteilung der Zuständigkeiten und Bereichsleitungen erfolgte im Rahmen von Teambesprechungen in gegenseitigem Einvernehmen.

Insgesamt erfolgte durch die Maßnahmen keine Personalreduktion. Zum Stichtag 01.04.2020 errechnet sich für das nicht-ärztliche Praxispersonal ein Vollzeitäquivalent von 3,9 Stellen (gegenüber 3,9 zum 01.04.2019) ohne Berücksichtigung der Auszubildenden. Mit Berücksichtigung der Auszubildenden ist ein Vollzeitäquivalent von 4,9 Stellen erreicht.

Die Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiterinnen wurde zeitnah geplant und bereits umgesetzt. Das Wissen der Organisation ist sehr gut entwickelt, sämtliche Mitarbeiterinnen haben jetzt alle notwendigen Pflichtschulungen (Sachkurse MPBetrV, Siedierungskurse) bereits absolviert. Eine Krankenschwester hat die Gesamtfortbildung „Onkologische Kompetenz“ am 13.02.2019 erfolgreich absolviert und ist für den Kurs zur „Hygienebeauftragten in der Gastroenterologischen Praxis 06/2020 sowie für den 120-Stunden-Kurs „Gastroenterologische Endoskopie“ im Herbst diesen Jahres angemeldet; eine weitere Krankenschwester hat die curriculare Fortbildung (120-Stunden-Kurs) zur Fachassistenz Onkologie am 11.05.2019 erfolgreich absolviert.

Die Mitarbeiterzufriedenheit wird kontinuierlich anhand einer anonymen Umfrage im Internet beobachtet. Insgesamt findet sich die Gesamtzufriedenheit unverändert im hohen Bereich und zuletzt noch steigend. Die Kollegialität wird als hoch eingeschätzt, auch die Zufriedenheit in den Bereichen Führung und Arbeitsklima. Eine relevante Über- oder Unterforderung besteht nicht. Alle Mitarbeiterinnen würden ihren Arbeitsplatz „sehr stark“ oder „extrem stark“ weiterempfehlen.

- **Befragungen**

Systematische Patientenbefragungen wurden im Berichtszeitraum im Bereich der Endoskopie durchgeführt. Gegenüber der Vorbefragung von Dezember 2017 zeigte die Analyse erfreulicherweise weiterhin eine Patientenzufriedenheit auf höchstem Niveau (Patientenzufriedenheit (Schulnote) 1,13). Es liegt damit unverändert ein überdurchschnittlich gutes Ergebnis vor.

Das sehr gute Ergebnis wird zudem dadurch betont, dass alle befragten Patienten unsere Praxis weiterempfehlen würden. Die freien Kommentare unterstreichen dieses Ergebnis.

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 werden von den Patienten als sehr freundlich, die Stimmung als sehr positiv wahrgenommen.

Die Patientenbewertungen auf Jameda zeigten ebenfalls eine sehr 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. 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 werden 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 handelte.

Details zur Befragung finden sich im Internet unter <https://innere.org/qualitaetsdaten/patientenbefragungen/>.

6. Zusammenfassung

Die Entwicklung der Praxis für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie im Berichtsjahr 2019 war gekennzeichnet von einer anhaltend hohen Nachfrage bei gleichzeitig deutlichen strukturellen Veränderungen. Die hohe Leistungsdichte des Vorjahres wurde bewusst und im Einklang mit den Wünschen des Personals nach Personalmehrung aufgrund der hohen Nachfrage im Jahr 2019 beibehalten.

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 bereits erfolgt, aus Kompatibilitätsgründen wurde das gesamte Intranet nun auf eine neue Plattform umgestellt und umprogrammiert. Der Zugriff ist dadurch für alle Mitarbeiterinnen in Zukunft deutlich erleichtert, die Umstellung konnte Anfang April 2018 finalisiert und weiter verbessert werden.

Die intersektorale Zusammenarbeit erscheint im Bereich der ASV „Gastrointestinale Tumore“ unverändert aufgrund zunehmender wirtschaftlicher Interessen der stationären Seite gefährdet. Konflikte im Darmzentrum Inn-Salzach konnten aktuell entschärft werden, insbesondere in der ASV ist jedoch die freie Arztwahl als hohes Gut des Patienten bedroht. Das QMS der Praxis hat in einem weiteren 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 unverändert trotz deutlicher Struktur- und Transparenzverbesserungen 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 2019 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 der Mitarbeiterinnen konnte 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 die Mitarbeiterinnen von den klaren Strukturen des QMS profitiert. 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
- Weitere Überprüfung der intersektoralen Kooperation, Schaffung einer freien Arztwahl des Patienten

9. Aussicht

Der bisherige Entwicklungsstand des QMS wird als stabile Umsetzungsphase einer langen 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 zusätzlich risikobasierte) Betrachtungsweise hat durch die stattgehabte Vereinheitlichung und Umprogrammierung des elektronischen Dokumentationssystems einen hohen Entwicklungsstand erreicht, das Risikomanagement ist ausgereift.

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 beschlossene 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 unverändert auch für die zukünftigen Aufgaben im Rahmen einer heterogenen intersektoralen Kooperation.

Altötting, den 15.03.2020



gezeichnet Dr. Albert Beyer QMB und PI

Anlage: Qualitätsdaten Endoskopie 2019

Anlage Qualitätsbericht 2019: Qualitätsdaten Endoskopie

Übersicht Untersuchungszahlen 01/2003 - 12/2019

Gastroskopie	15.850	davon mit Bougierung/Dilatation:	425
Koloskopie	26,527		
Leberpunktion	62		
Bronchoskopie	33		
Sigmoidoskopie	1.485		
Sonographie	1.867		
Rekto-Proktoskopie (isoliert)	1.377		

Übersicht Koloskopie: Details und Komplikationsraten 01/2003 - 12/2019

Gesamtzahl Koloskopien	26.527
Inkomplette Untersuchungen	99
Abbruchgrund Tumorstenose	65
Abbruchgrund sonstige Stenose	19
Technische Komplettheitsrate (%)	99,943%
Anzahl Polypektomien mit der Schlinge	12.553
davon Polypen >= 1 cm	4.137
davon Polypen >= 2 cm	1.109
davon Polypen >= 3 cm	370
Anzahl Perforationen	1
Rate Perforationen	0,004%
Anzahl behandlungsbedürftiger Nachblutungen	14
Rate Nachblutungen (%)	0,052%
Rate Nachblutungen auf Polypektomien (%)	0,112%
Anzahl operationsbedürftiger Komplikationen	1
Kardiopulmonale Komplikationen (Reanimation, Beatmung)	0

Stand der Auswertung: 01.01.2020

Übersicht Tumorerstdiagnosen mit Anteil der Frühkarzinome 2003-2019 (Zahlen des Vorzeitraumes (2003-2018) jeweils in Klammern)

	Gesamt	Anteil Frühkarzinome	Inzidenz/Untersuchung
Kolorektale Karzinome	277 (272)	17,69% (17,65%)	1,04% (1,09%)
Magenkarzinome	57 (54)	36,84% (35,19%)	0,36% (0,36%)
Barrettkarzinome	17 (15)	58,82% (60,00%)*	0,11% (0,10%)
Analkarzinome	10 (10)	0,00% (0,00%)	0,04% (0,04%)
Ösophaguskarzinome	8 (7)	0,00% (0,00%)	0,05% (0,05%)
Lymphome	13 (13)	-	0,05% (0,05%)

*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: 01.01.2020

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 ≥ 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%	
2017	286	162	56,64%	59,80%	
2018	283	179	63,25%	53,71%	
2019	334	216	64,67%	52,10%	

Stand der Auswertung: 31.12.2019

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