

Was bedeutet Qualität in der ambulanten Endoskopie

Hannover, den 20.06.2015

1. Qualitätsmanagementsystem
2. Ausbildung der Mitarbeiter/-innen
3. Hygiene
4. Qualitätssicherung Koloskopie/ÖGD/DKE
5. Dokumentation
6. Auswertung der Endoskopien
7. Fachliche Vernetzung, Weiterbildung

QM ist ein „... systematischer Weg, um sicherzustellen, dass Maßnahmen so ausgeführt werden, wie sie geplant sind“ (Crosby, 1979)

Seit 01.01.2004 Verpflichtung zur Einrichtung eines QM in jeder Arztpraxis
(QM-Richtlinie des G-BA 2004/2005/2014)

- Patientenversorgung

- **fachliche Standards, Leitlinien,**
- Strukturierung der Behandlung,
- Patientensicherheit,
- Patientenorientierung, -information/-beratung

- Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation

- Verantwortlichkeiten, Arbeitsschutz,
- **Fort- und Weiterbildung des Personals**
- **Hygienemanagement**
- Kooperation und Nahtstellenmanagement, Kommunikationsprozesse

Mitarbeiter Anforderungen in der GE

Hygiene

MPBetreibV § 2

(2) Medizinprodukte dürfen nur von Personen errichtet, betrieben, angewendet und in Stand gehalten werden, die dafür die erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzen.

(4) Der Betreiber darf nur Personen mit dem Errichten und Anwenden von Medizinprodukten beauftragen, die die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllen.

- Nachweis von Sachkenntnis, die über die Ausbildung als MFA hinausgeht
Sachkundekurse nach MPBetreibV
(20 bzw. 24 Stunden, BÄK-Curriculum 2014)
- Hygienebeauftragte in der Praxis (keine Vorschrift)
- Hygieneplan (QM-Bestandteil)
- Risikobewertung und Einstufung der MP

Sachkundekurs Endoskopie

zum Erreichen der Sachkenntnis
gemäß § 4 (3) MPBetreibV
für Medizinische Fachangestellte

12. und 13. Juni 2015

InterCityHotel Nürnberg
Eilgutstrasse 8
90443 Nürnberg

Veranstalter:



ENDO-BASIC®

Hans-Joachim Mausolf Hygienesysteme e.K.
Marienstraße 48, 21073 Hamburg
www.endo-basic.de / info@endo-basic.de

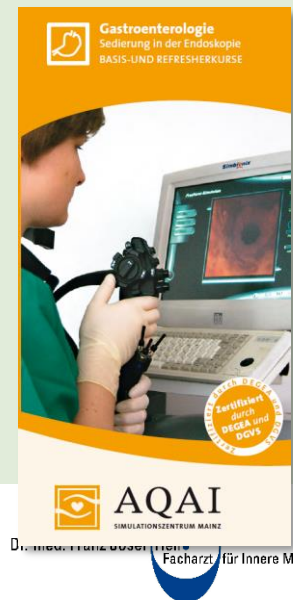
Endoskopie / Gastroenterologie

- keine vorgeschriebene Weiter-/Fortbildung, aber viel nachgefragt
- Fachassistenz Endoskopie-/Gastroenterologie (120 Std.)



S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“

- **G2 Basiskurs Sedierung und Zwischenfallmanagement für endoskopisches Assistenzpersonal (3Tage)**
- Refresherkurse und Notfallmanagement externe oder interne Kurse (AQAI, DRK etc.)



Betreuung der Patienten mit chronischen Krankheiten

CED

Chron. Hepatitis

Kompetenznetz
Darmerkrankungen

Fachassistenz
für chronisch-entzündliche
Darmerkrankungen

Basiskurs 2015

Eine Fortbildung zur CED-Fachassistenz
für medizinisches Assistenzpersonal in CED-Zentren,
gastroenterologischer Praxen und in
CED-Ambulanzen. Eine Veranstaltung in Kooperation
mit der FA-CED.

Veranstaltungstermine 2015

27./28. Februar in Hamburg
24./25. April in Nürnberg
19./20. Juni in Köln
13./14. November in Weimar

Einladung

bng-Workshop
„Hepatitis Nurse“
Fortgeschrittenen-Kurs

Ort / Termin

Dorint Kongresshotel
Selikumer Straße 25, 41460 Neuss
Freitag, 19. Juni 2015
16:00 – 19:00 Uhr

Samstag, 20. Juni 2015
9:00 – 13:00 Uhr

„Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie“ der KBV (2002/2012) (Externe Prüfung)

Die Überprüfung umfasst die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle

- a) von einem Koloskop je Praxis mittels Durchspülung von **Endoskopkanälen** (zum Beispiel Instrumentierkanal und L/W-Kanal) und **Abstrichen** von Endoskopstellen (zum Beispiel Kanaleingänge am Distalende), welche der Reinigung und Desinfektion nur schwer zu-gänglich sind

sowie

- b) die während der Koloskopie verwendeten Lösungen der **Optikspülsysteme**.

* Die stichprobenhafte Überprüfung der Hygienequalität in der Arztpraxis erfolgt **unangemeldet einmal pro Kalenderhalbjahr** durch ein „anerkanntes Hygieneinstitut“

„Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie“ der KBV (2002/2012) (Externe Prüfung)

Die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität gelten als erfüllt bei

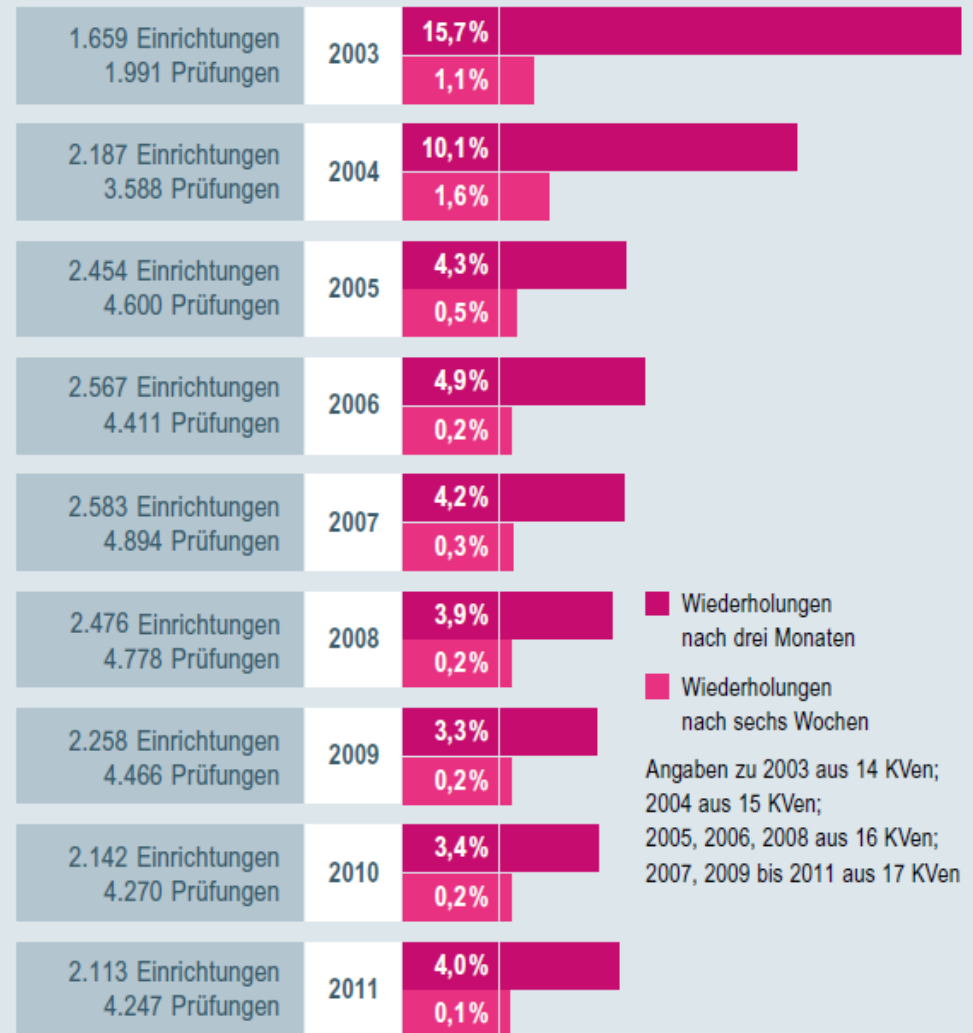
- a) fehlendem Nachweis von *Escherichia coli*, anderen *Enterobacteriaceae* oder Enterokokken,
- b) fehlendem Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa*, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern,
- c) fehlendem Nachweis von weiteren hygienerelevanten Erregern wie *Staphylococcus aureus* sowie
- d) maximaler Keimbelastung von < 10 Kolonie bildende Einheiten pro Milliliter (KBE / ml) in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung des Optikspülsystemes.

Ergebnisse der Hygieneprüfungen

- Die Hygienequalität in den Praxen hat seit Einführung der QS-Vereinbarung erheblich zugenommen
- Die Zahl der beanstandeten Prüfungen lag 2011 bis 2013 nur noch bei 4,0-4,1 % (erste Prüfung) bzw. 0,1-0,2 % (Wiederholungsprüfung)

(Quelle: Qualitätsberichte der KBV 2011-2014)

PROZENTUALE ANTEILE AN WIEDERHOLUNGEN DER HYGIENEPRÜFUNGEN



Interne Prüfungen (bng-Standard):

Endoskope:

- Neben den externen Prüfungen, die ... von den KVen halbjährlich beauftragt werden, sollten **regelmäßige interne Prüfungen** der Desinfektion erfolgen.
- vierteljährlich etwa ein Drittel bis ein Viertel des Endoskopiebestandes einer internen Prüfung unterzogen werden, so dass **jedes Endoskop mindestens einmal jährlich** geprüft wird.
- zusätzlich mikrobiologische Überprüfung des **Schluss-Spülwassers** (RDG-E).

RDG-E:

- Regelmäßige, vollständige Re-Validierungen werden zwar immer wieder gefordert, sind aber nicht erforderlich, solange nicht grundlegende Veränderungen des Aufbereitungsverfahrens erfolgen.
- **Leistungsüberprüfungen** des RDG-E in zeitlichen Abständen, die auch im Rahmen einer Wartung durchgeführt werden können.
- Plan 2015: bng-Gruppenangebot zur Überprüfung der Leistungsqualifikation mit Endoskop-Dummies und zentraler Auswertung

„Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie“ der KBV (2002/2012)

- **Fachliche Voraussetzung:**
 - FA für Innere Medizin und Gastroenterologie (bzw. Fachkunde Koloskopie)
 - 200 Koloskopien und 50 Polypektomien vor Genehmigung
 - 200 Koloskopien und 10 Polypektomien pro Jahr
- **Apparative Voraussetzungen:**
 - Notfallausstattung incl. Defibrillator, O2-Versorgung etc.
 - Pulsoximetrie
 - Sterilisationsgerät
 - aber keine Vorgaben bzgl. Endoskopen!
- **Prüfung durch Koloskopiekommission der KVen**
 - 20 Koloskopien und 5 Polypektomien (angefordert durch die KV)
 - Bilder (Zökopol, Vorbereitungsqualität)
 - Befundbericht
 - Histologie

Qualität der Gastroskopie

„Qualitätssicherungsvereinbarung Gastroskopie“ wurde 2012 verhandelt, aber bisher nicht eingeführt, da die Kostenträger nicht bereit sind, die ÖGD als qualitätsgesicherte Leistung mit einem entsprechenden Aufschlag oder extrabudgetär zu vergüten

Dokumentation der Vorsorgekoloskopie

- Dokumentation Okt. 2002 eingeführt, überwiegend als Online-System
- Auswertung durch das ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung der KBV)
- Feedback jährlich an jeden Arzt
- Auswertungen führten wiederholt zu international anerkannten Veröffentlichungen

ADK	LDK	BDK	IBK	VAK	AEV	Einigkeit
Dokumentationsbogen zur Früherkennungs-Koloskopie						
Histologischer Befund Befund Nr. 26						
Diagnose³⁴ ☐ Darmpolyp(en) ☐ Kolon-Ca. ☐ Adenome ☐ Sonstiges ☐ Rektum-Ca.						
Angeratenen weitere Maßnahmen bei Polyp(en)/Adenom(en)/Karzinom 25. ☐ ja ☐ nein 26. ☐ endoskopische Polypenabtragung ☐ ambulant ☐ stationär 27. ☐ Operation 38. ☐ Kontrollkoloskopie in Monaten angeraten						
Operation am Tag Monat Jahr						
Kolon-/Rektum-Ca. nach pTNM-Klassifikation 41. ☐ T₁ ☐ T₂ ☐ T₃ ☐ T₄ ☐ T₅ 42. ☐ N₀ ☐ N₁ ☐ N₂ ☐ N₃ 43. ☐ M₀ ☐ M₁ ☐ M₂ ☐ M₃ Radikalität ⁴⁴ ☐ R₀ ☐ R₁ ☐ R₂ ☐ R₃						
Bei Polypen Zahl ¹² 1 ☐ 2-4 ☐ > 4 Form* ¹³ ☐ sessil ☐ gestielt ☐ flach Größe* ¹⁴ ☐ <0,5 cm ☐ 0,5-1 cm ☐ 1-2 cm ☐ >2 cm Lokalisation ¹⁵ ☐ nur proximal des Sigma ☐ nur Sigma/Rektum ☐ distales und proximales Kolon * bei mehreren Polypen nur größten Polypen beschreiben						
Polypenabtragung/Biopsie Polypektomie mittels Hochfrequenzschlinge ¹⁶ ☐ ja ☐ nein Zangenabtragung ¹⁷ ☐ ja ☐ nein Polypen entfernt ¹⁸ ☐ alle ☐ ein Teil ☐ keine Polyp(en) geborgen ¹⁹ ☐ ja ☐ nein Biopsie entnommen ²⁰ ☐ ja ☐ nein						
Interventionspflichtige Komplikationen ²¹ ☐ ja ☐ nein 22. ☐ kardiopulmonal ☐ Blutung ☐ Perforation ☐ andere Anzahl verbrauchter Transfusionen bei Blutungskomplikation ²³						
Behandlung der Komplikation²⁴ ☐ konservativ (ambulant/endoskopische Intervention) ☐ operativ ☐ ambulant ☐ stationär						
Ausgang der Komplikation²⁵ ☐ Restitutio ad integrum ☐ Folgeschäden ☐ Tod des Patienten ☐ unbekannt						

Individuelle ZI-Auswertung

Feedbackbericht F.J. Heil 2013

Abb. 3-1: Absolute Anzahl koloskopierter Patienten nach Altersgruppen

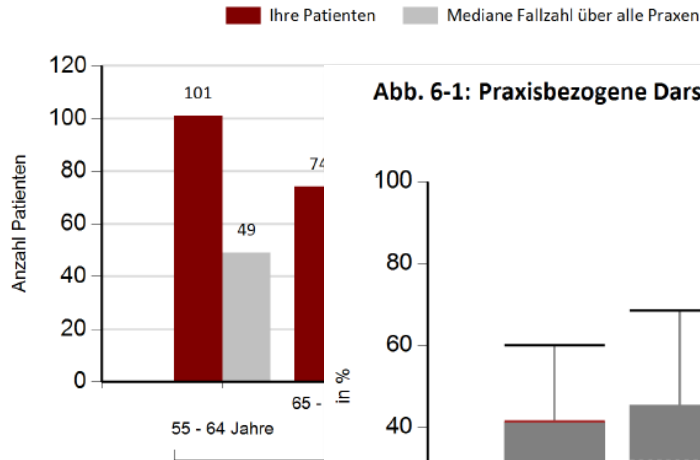


Abb. 6-1: Praxisbezogene Darstellung - Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Polypektomie

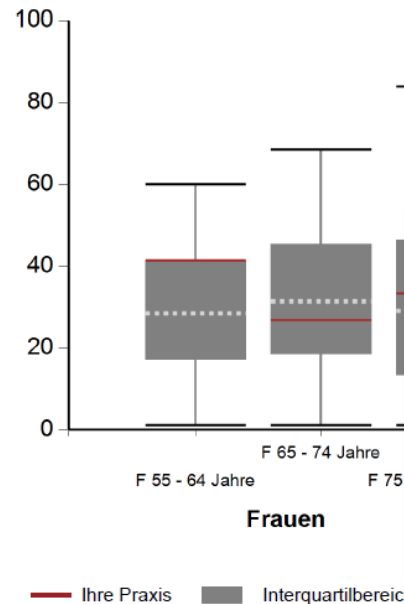
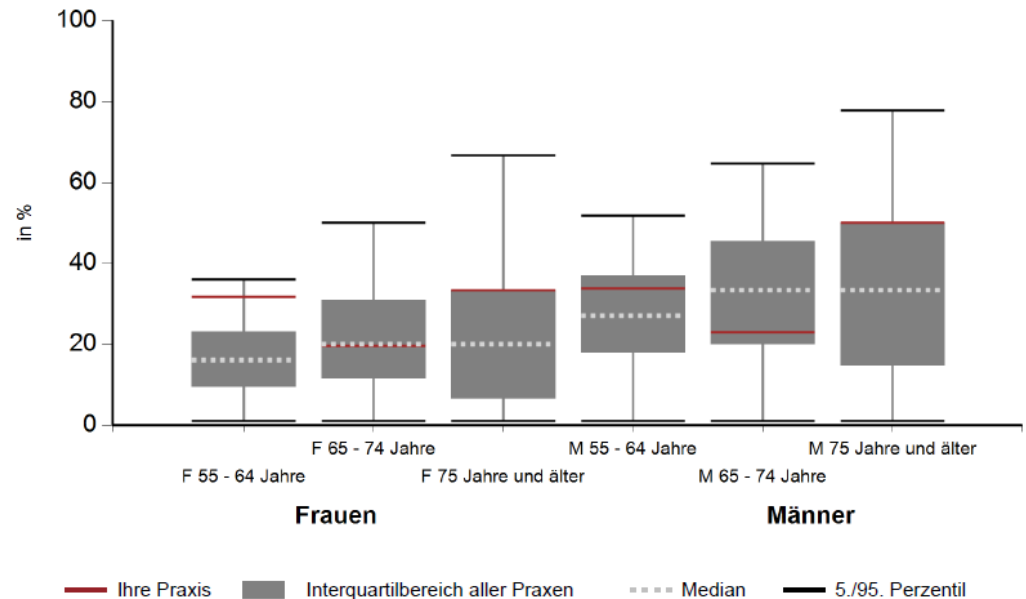


Abb. 8-3: Praxisbezogene Darstellung - Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Adenomdetektionsrate



Individuelle ZI-Auswertung

Feedbackbericht F.J. Heil 2013

Abbildung 1: Absolute Anzahl koloskopierter Patienten nach Altersgruppen

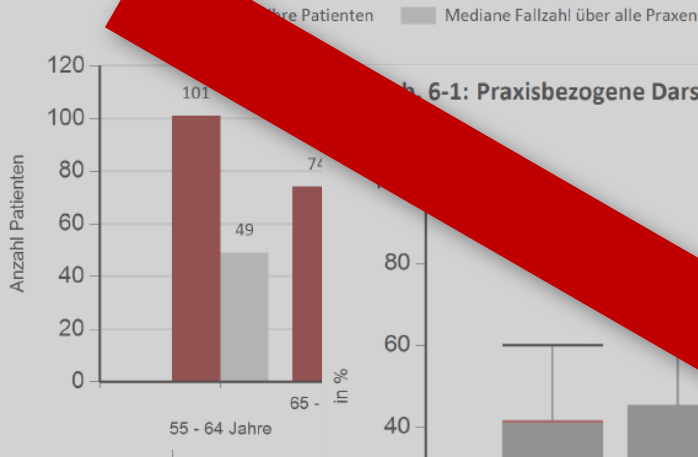


Abbildung 6-1: Praxisbezogene Darstellung - Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Polypektomie

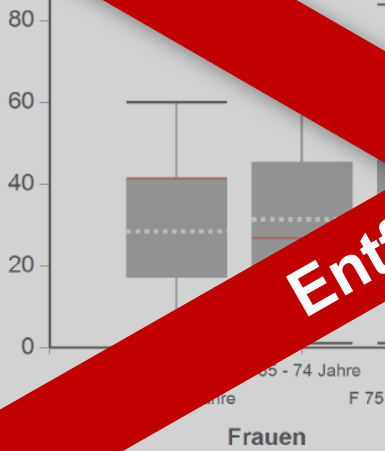
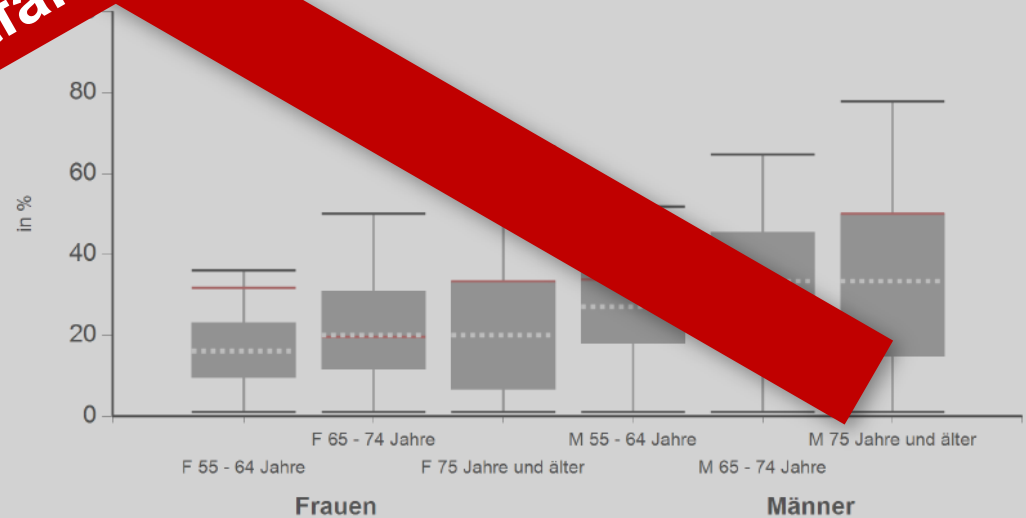


Abbildung 6-2: Praxisbezogene Darstellung - Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Adenomdetektionsrate

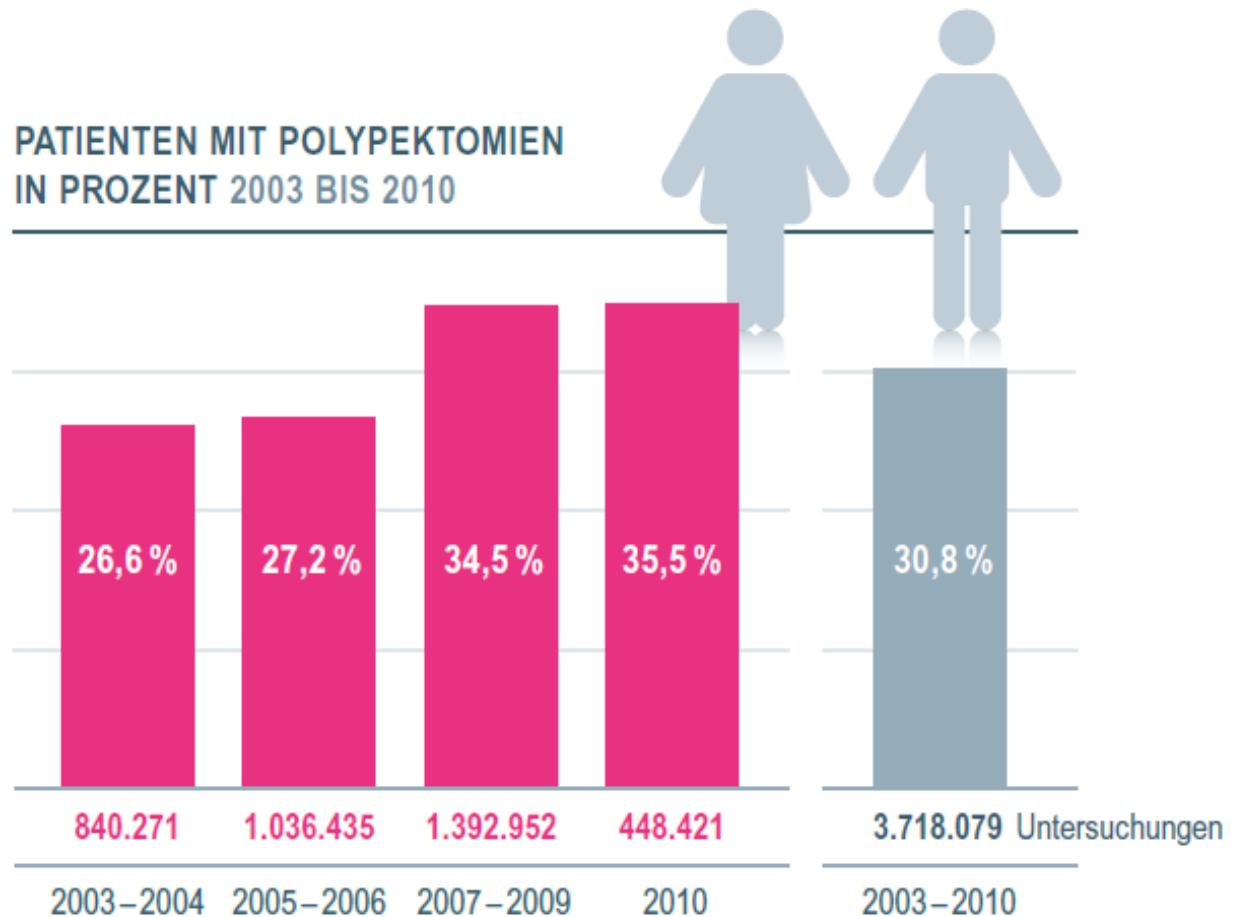


Entfällt ab 2015!

Bringt die Dokumentation etwas?

Polypektomierate steigt!

PATIENTEN MIT POLYPEKTOMIEN
IN PROZENT 2003 BIS 2010



Prevention, Early Detection, and Overdiagnosis of Colorectal Cancer Within 10 Years of Screening Colonoscopy in Germany

Hermann Brenner,^{*,‡} Lutz Altenhofen,[§] Christian Stock,^{*,||} and Michael Hoffmeister^{*}

RESULTS: Overall, approximately 180,000 CRCs (1/28 screening colonoscopies) were estimated to have been prevented, and more than 40,000 CRCs (1/121 screening colonoscopies) were detected earlier than they would have been without screening, compared with approximately 4500 overdiagnoses (1/1089 screening colonoscopies). Almost all CRCs prevented or detected earlier than they would have been without screening resulted from screening colonoscopies performed on individuals up to 75 years old (97% and 89%, respectively), whereas 28% of overdiagnoses occurred from screening colonoscopies of individuals older than 75 years old.

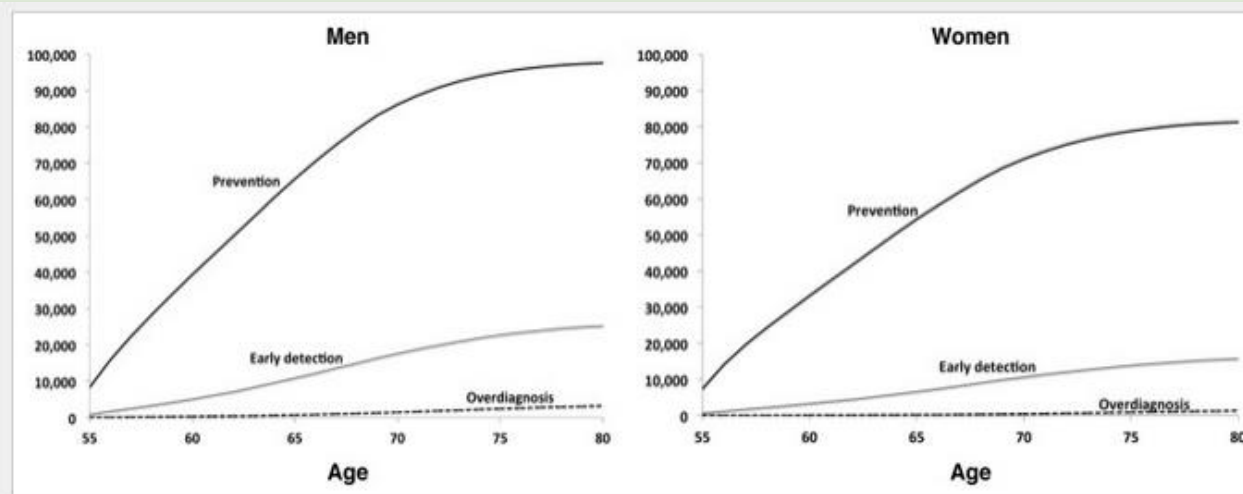


Figure 2

Estimated cumulative numbers of CRC cases prevented and early detected and of CRC overdiagnoses by screening colonoscopies up to various ages. Total German population, 2003–2012.

Dokumentation aller
Koloskopien (06.2014)

Patientendaten und Vorgeschichte	
EDV-Patientennummer.....	
Geburtsdatum:	□□. □□. □□□□ (TT.MM.JJJJ)
Geschlecht:	weiblich □ männlich □
Untersuchungsdatum:	□□. □□. □□□□ (TT.MM.JJJJ)
ASA Klassifikation	I □ II □ III □ IV □ Keine Angabe □
Familiäres / Erbliches Risiko	□
Vor-Op	□
Anlass der Untersuchung / Indikation	
Abklärung einer Auffälligkeit aufgrund eines bildgebenden Verfahrens (z.B. Röntgen, CT, MR , Kapselendoskopie)	□
Abklärung einer ungeklärten gastrointestinalen Blutung	□
Eisenmangelanämie	□
Kontrolle von Neoplasien	□
Chronisch-entzündliche Darmerkrankung	□
Chronische Diarrhoe	□
Geplante interventionelle Koloskopie	□
abdominelle Schmerzen	□
Andere:	□
Angaben zum Untersuchungsverlauf	
Darmvorbereitung	sehr gut □ gut □ ausreichend □ mangelhaft □
Sedierung / Analgesie	Ja □ Nein □
Zökum erreicht?	Ja □ Nein □
Makroskopischer Befund	
Normalbefund	□
Polyp(en)	□
Karzinom	□
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	□

Stenose	□
Sonstiges:	□
Intervention	□
Interventionspflichtige Komplikationen	□
(endoskopisch kontrollierte Blutungen während der Untersuchung sind nicht zu dokumentieren)	
Histologischer Befund	□
Abschließende Diagnose	
Normalbefund	□
Hyperplastische(r) Polyp(en)	□
Serratierte Läsion(en) (ohne hyperplastische Polyp(en))	□
Sonstige(r) Polyp(en) (gutartig)	□
Adenom(e)	□
Rektum-Karzinom	□
Kolon-Karzinom	□
Sonstiges	Benigne □ Maligne □
Übereinstimmung Makroskopie - Histologie	Ja □ Nein □
Weitere Maßnahmen und Therapie	
Therapieempfehlung:	
Keine	□
Konservativ:	□
Operativ:	□

Dokumentationsbogen „kurz“

- QS-Dokumentationsbogen für alle Koloskopien mit der KBV entworfen (06.2014)
- Bisher kein Verhandlungsgegenstand zwischen KBV und Kassen

Koloskopie-Dokumentationsbogen

Patientendaten und Vorgeschichte

EDV-Patientennummer.....

Geburtsdatum: □□. □□. □□□□ (TT.MM.JJJJ)

Geschlecht: weiblich □ männlich □

Untersuchungsdatum: □□. □□. □□□□ (TT.MM.JJJJ)

ASA Klassifikation I □ II □ III □ IV □

Keine Angabe □

Familiäres / Erbliches Risiko

□

Familiäres Risiko (erstgradig Verwandte mit KRK oder Adenom) □

Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) □

Lynch-Syndrom (HNPCC) □

Andere: □

Vor-Op

□

Hemikolektomie

Rechts □

Links □

Sigmaresektion □

Rektumresektion □

Kolektomie □

Pouch □

Stomaträger □

Andere: □

Anlass der Untersuchung / Indikation

Abklärung einer Auffälligkeit aufgrund eines bildgebenden Verfahrens (z.B. Röntgen, CT, MR, Kapselendoskopie) □

Abklärung einer ungeklärten gastrointestinalen Blutung □

Hämatoschezie (Blutstuhl, Rektalblutung) □

Meläna (Teerstuhl) nach Ausschluss der Blutungsquelle im oberen

Gastrointestinaltrakt □

Abklärung von okkultem Blut im Stuhl □

Eisenmangelanämie □

Kontrolle von Neoplasien □

Nachsorge nach Kolon-Karzinom □

Nachsorge nach Entfernung von Polypen □

Chronisch-entzündliche Darmerkrankung □

Chronische Diarrhoe □

Geplante interventionelle Koloskopie

Behandlung von Blutungen □

Geplante Polypektomie □

Fremdkörperentfernung □

Dilatation (Erweiterung) von Stenosen □

Stenteinlage □

abdominelle Schmerzen □

Andere: □

Angaben zum Untersuchungsverlauf

Darmvorbereitung

sehr gut □ gut □ ausreichend □ mangelhaft □

Bei mangelhaft: Zökum/Aszendens □ Transversum □ Deszendens/Sigma/Rektum □

Sedierung / Analgesie Ja □ Nein □

Zökum erreicht? Ja □ Nein □

Grund für unvollständige Koloskopie:

Verschmutzung □ Schmerzen □ Komplikationen □ Stenose □

Sonstiges: □

Terminales Ileum eingesehen? Ja □ Nein □

Makroskopischer Befund

Normalbefund

Polyp(en)

Anzahl der Polypen 1-2 □ 3-4 □ >4 □

Lokalisation Zökum □ Aszendens/Transversum □ Deszendens/Sigma/Rektum □

Form (des größten Polypen) Sessil □ Gestielt □ Flach □

Größe (des größten Polypen in cm) <0,5 □ 0,5-0,9 □ 1-2 □ >2 □

Karzinom

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Stenose

Sonstiges:

Intervention

Polypektomie mittels Schlinge □ Zangenabtragung □

Polypen(en) entfernt alle □ ein Teil □ Keiner □

Polypen geborgen Ja □ Nein □

Biopsie entnommen □

Blutstillung

Stenteinlage

Dilatation

Fremdkörperentfernung

Andere:

Interventionspflichtige Komplikationen

(endoskopisch kontrollierte Blutungen während der Untersuchung sind nicht zu dokumentieren)

Zeitpunkt des Auftretens:

Während der Untersuchung

Bis 24 h nach Untersuchungsende

Bis 30 Tage nach Untersuchungsende

Art der Komplikationen

Kardiopulmonal

Blutung nach Abschluss der Koloskopie

Perforation

Infektion

Andere:

Art der Behandlung

Konservativ

Operativ

Nicht bekannt

Wie wurde die Behandlung durchgeführt

Ambulant

Stationär

Nicht bekannt

Ausgang der Komplikationen

Restitutio ad integrum

Folgeschäden

Tod des Patienten

Nicht bekannt

Histologischer Befund

Histopathologischer Normalbefund

Polyp(en)

Hyperplastisch

Serratierte Läsion(en) (ohne hyperplastische Polypen)

Sessiles serratiertes Adenom

Sessiles serratiertes Adenom mit IEN

Traditionelles serratiertes Adenom

Gemischter Polyp

In toto entfernt

Ja

Nein

Unklar

Sonstige(r) (gutartig)

Adenom(e)

Tubulär

Villös

Tubulovillös

Mit hochgradiger IEN

In toto entfernt

Ja

Nein

Unklar

Karzinom

In toto entfernt

Ja

Nein

Unklar

Sonstiges

Benigne

Maligne

Abschließende Diagnose

Normalbefund

Hyperplastische(r) Polyp(en)

Serratierte Läsion(en) (ohne hyperplastische Polyp(en))

Sonstige(r) Polyp(en) (gutartig)

Adenom(e)

Rektum-Karzinom

Kolon-Karzinom

Sonstiges

Benigne

Maligne

Übereinstimmung Makroskopie - Histologie

Ja

Nein

Weitere Maßnahmen und Therapie

Therapieempfehlung:

Keine

Konservativ:

stationär

ambulant

Operativ:

stationär

ambulant

Wurden weitere Maßnahmen bei Polyp(en) / Adenom(en) / Karzinom angeraten?

Ja

Nein

Operation

Kontrollendoskopie

Intervall der Kontrollendoskopie (Monate)

Endoskopische Polypenabtragung

Ambulant

Stationär

Bei Kolon- / Rektum-Ca:

Operation am

Tumorgroße

T1

T2

T3

T4

TX

Lymphknotenbefall

N0

N1

N2

N3

NX

Lymphgefäße

L0

L1

LX

Metastasen

M0

M1

Submukosa (nur bei T1)

SM1

SM2

SM3

SMX

- **QS-Dokumentation kann nicht unter den Bedingungen der derzeitigen Vergütung der Koloskopie erfolgen.** Die ambulante Koloskopie als EBM-Leistung bereits jetzt nicht mehr so bewertet, dass ein zeitgemäßer Standard, auch im Vergleich mit den stationären Einrichtungen, auch in Zukunft gesichert werden kann.
- Neubewertung (**Höherbewertung**) der **Koloskopie** ist notwendig:
 - Anforderungen an die technische Ausstattung (z.B. HD-Endoskopie, kardiales und pulmonales Monitoring, Aufbereitung in validierten, normkonformen RDG-E),
 - Intervention (z.B. Endomukosale Resektion, Dilatation von Stenosen, Stenteinlage, moderne Blutstillungsverfahren)
 - personelle Ausstattung (z.B. geschultes Personal zur Sedierung, geschultes Personal zur Geräteaufbereitung)
- Die komplette Erfassung der 24-Stunden- und **30-Tage-Komplikationsrate** ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen völlig unmöglich. Vorstellbar wäre eine Prüfung mit einem automatischen Abgleich durch Hinzuziehen der Daten der Krankenkassen.

„Qualitätssicherungsvereinbarung DKE“ der KBV (01.07.2014)

- **Fachliche Voraussetzung (auswertender Arzt):**
 - FA für Innere Medizin und Gastroenterologie
 - 5 selbständige DKE im Jahr vor Genehmigung
 - 25 DKE unter Anleitung vor Genehmigung
 - 10 DKE pro Jahr
 - Auswertung des gesamten Material durch den **Arzt**
- **Apparative Voraussetzungen:**
 - mind.: 8-Std-Betriebsdauer, 2 Bilder/Sek., 145° Blickwinkel, 0,1 mm Abgrenzbarkeit, Protokollierung der Aufzeichnungszeit, Archivierung mit Zeitmarkern etc.,
 - Kontrolle der Kapsel in Echtzeit möglich,
 - endoskopische Kapsel-Positionierung
 - Erreichbarkeit des Arztes mind. 8 Stunden
- **Prüfung KVen**
 - Dokumentationspflicht
 - Jahresstatistik mit strukturierten Angaben an KV (elektronische Dokumentation)
 - evtl. anlassbezogene Stichprobenprüfung
 - Rückmeldebericht/Benchmark von KV an Arzt

Praxis für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie

Dr. Albert Beyer, Altötting

Home Praxisteam Aktuelles Qualitätsdaten Tumorthapie Untersuchungen Anasthesie Archiv Praxisrundgang Kontaktaufnahme

Anfahrt

FOLLOW:

QUALITÄTSDATEN UNTERSUCHUNGEN

MORE

Qualitätsdaten

Qualitätsdaten Untersuchungen

Gesamtübersicht

Jahr 2015

Jahr 2014

Jahr 2013

Jahr 2012

Adenomdetektion

Hygieneprüfungen

Patientenbefragungen

Tumordiagnostik

Die Untersuchungszahlen und Komplikationsraten sind nach Jahren geordnet. Alternativ kann eine Gesamtübersicht gewählt werden.

Zu den Untersuchungszahlen:

[Untersuchungen und Komplikationen Jahr 2015](#)

[Untersuchungen und Komplikationen Jahr 2014](#)

[Untersuchungen und Komplikationen Jahr 2013](#)

[Untersuchungen und Komplikationen Jahr 2012](#)

Zur Gesamtübersicht der letzten Jahre:

[Untersuchungen und Komplikationen/Komplikationsraten seit 01.01.2003](#)

bng News – Aktuelle
Pressemittelungen der
Magen-Darm-Ärzte



ZERTIFIZIERT NACH DIN ISO 9001:2008
TÜV-Cert-Nr. 12 100 31 259 TMS

WARUM VORSORGE?



Informationen der

Qualitätsberic und Leistungs

Leistungserbringer im
aufgefordert, über Umf
Möglichkeit geben, sich

Wir veröffentlichen in
die wesentlichen Leist

Qualitäts- und Tätigkeitsbericht 2014

Unsere Praxis mit gastroenterologischem Sch
Andernach. Seit 2006 befindet sie sich am St.
Praxis ist seit 2011 zertifiziert nach DIN EN ISO

1. Behandlungsschwerpunkte sind:

Dr. B. Knapp und Dr. F. A.

Gastroenterologische
und onkologische
Schwerpunktpraxis Siegen



Home | Qualitätsbericht

- Praxis
- Team
- Gastroenterologie
- Onkologie
- Naturheilverfahren
- Qualitätsbericht**
- Sprechstunden
- Kontakt
- Links
- Impressum

Qualitätsbericht

Qualitätsbericht 2010

Arztpraxen ebenso wie Krankenhäuser sind gesetzlich aufgefordert, über Umfang und Qualität ihrer Leistungen zu berichten. Dies soll Patienten die Möglichkeit geben, sich über die Kompetenz der jeweiligen Einrichtung zu informieren.

Wir veröffentlichen 2011 zum ersten Mal die wesentlichen Daten unserer Praxis.

Unsere Praxis hat folgende Versorgungsschwerpunkte:

- Erbringung endoskopischer Leistungen (Magen- und Darmspiegelung)
- Diagnostik und Behandlung chronischer Lebererkrankungen
- Diagnostik und Behandlung chronischer Darmerkrankungen
- Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen

Die ärztliche Betreuung erfolgt durch Dr. Trux (teilzeitig) und Dr. Knapp. Die Vertretungen erfolgen in der Regel durch die Gastroenterologen Dr. Ragheb oder Dr. Kartal (Jung Stilling-KH) oder Dr. Weber (Bruchsal). 4 Medizinische Fachangestellte arbeiten in unserer Praxis, davon eine teilzeitig, und 1 Auszubildende. Unterstützt werden wir durch ein freiberufliches Schreibbüro.

Die Zahl der behandelten Patienten 2010: 4808

Diagnostik:

Gastroskopie*	987
Coloskopie (kurativ)	1187
Coloskopie partiell	71

Downloads

Wenn Sie sich genauer
informieren möchten:

- Hygiene



Leistungen Darmspiegelungen)

nd Behandlung proktologischer Er

nd Behandlung chronischer Leberer-

nd Behandlung chronisch entzündli-
Darmerkrankungen CED

10 ist Frau Dr. med. Nina Baumann,
e Medizin als Assistenzärztin in un-
gestellt und unterstützt das Team.

reform ist unsere Kapazität durch
für gesetzlich Krankenversicherte
terhin begrenzt. Erneut konnten wir
gen nochmals erhöhen.
is arbeiten eine Endoskopie Fach-
ter, eine MFA mit Zusatzweiterbil-
ie, 4 weitere medizinische Fachange-
szubildende zur MFA.

ENDOSKOPIEN

■ Gastroskopen	2481
■ Koloskopen	2604
davon Vorsorgekoloskopen	570
Partielle-Koloskopen	117

Entfernung von 1 bis 10 Darmpolypen pro Patient
bei Koloskopen 307
bei Vorsorgekoloskopen 140
Kurzmarkose mit Propofol bei

■ Magenspiegelungen	67%
■ Darmspiegelungen	91%

Eine vollständige Darmspiegelung
wurde erreicht in 99,9 %

Diagnose Darmkrebs bei	
■ Patienten mit Beschwerden (von 1768)	25
■ im Vorsorge-Programm (von 634)	6

ngsspektrum



zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

zertifiziert nach DIN EN ISO 9001.

armspiegelungen)
gen
ngen
agen- und Darmerkrankungen

Externe Qualitätssicherung:

- Hygienekontrollen 2x/Jahr durch KV
- Begehungen der Praxen durch Behörden (Gewerbeaufsicht, Gesundheitsamt)
- Koloskopiekommission der KV
- Online-Dokumentation der Vorsorge-Koloskopie
- Beteiligung an Darmzentren / Darmkrebszentren

Interne Qualitätssicherung:

- Hygieneplan, -kontrollen und -dokumentation
- Ausbildung des Personals (Hygiene, Sachkenntnis MPBetreibV, Sedierung etc.)
- Praxisbezogene Auswertungen und Qualitätsberichte
- QM-System und Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001

Was fehlt?

- QS-Sicherung der ÖGD
- Online-Dokumentation und Auswertung (!) aller Endoskopien bzw. Koloskopien
- Auswertung der Koloskopie-Dokumentation ab 2015 (!)

Externe Qualitätssicherung:

- Hygienekontrollen 2x/Jahr durch KV
- Begehungen der Praxen durch Behörden (Gewerbeaufsicht, Gesundheitsamt)
- Koloskopiekommission der KV
- Online-Dokumentation der Vorsorge-Koloskopie

bng: Wir liefern Qualität und sind bereit, sie zu dokumentieren!

(aber nicht zum Nulltarif)

- Praxisbezogene Auswertungen und Qualitätsberichte

Was fehlt?

- QS-Sicherung der ÖGD
- Online-Dokumentation und Auswertung (!) aller Endoskopien bzw. Koloskopien
- Auswertung der Koloskopie-Dokumentation ab 2015 (!)