

Viszeralmedizin

Gastrointestinal Medicine and Surgery

Hauptthema

Bedeutung von Zertifizierung und Zentrenbildung für die Viszeralmedizin

Herausgeber

M. Betzler, Essen

S. Post, Mannheim

**Mehr
Volumen:
6 Ausgaben
ab 2011**

Erfahrungen mit einem Enddarmzentrum

Jan Kirsch · Alexander Herold

End- und Dickdarmzentrum Mannheim, Deutschland

Schlüsselwörter

Proktologie · Koloproktologie · Enddarmzentrum ·
Zertifizierung

Zusammenfassung

Die Autoren berichten über ihre langjährige Erfahrung mit einem koloproktologisch spezialisierten Zentrum in Mannheim, Deutschland. Für die komplette konservative und operative Versorgung ist die Kooperation von Praxis und Klinik erforderlich. Für das Fach Koloproktologie sind spezielle Zertifizierungen in Deutschland verfügbar.

Keywords

Proctology · Coloproctology · Coloproctology center ·
Certification

Summary

Experiences with a Center Specialized in Coloproctology
The authors report on their long lasting experience with a center specialized in coloproctology in Mannheim, Germany. For the complete conservative and surgical supply the cooperation of medical practice and hospital service is necessary. In Germany, special certificates for coloproctology are now available.

Geschichte und Entwicklung

1980 erfolgte die Gründung einer chirurgischen Praxis, in der von Anfang an ausschließlich koloproktologische Erkrankungen behandelt wurden. Ausschlaggebend für die Entscheidung war die Erkenntnis, dass Enddarmleiden in Deutschland zwar weit verbreitet waren, häufig jedoch nicht qualifiziert versorgt wurden. Zu diesem Zeitpunkt existierten in Deutschland nur wenige Praxen mit rein koloproktologischer Ausrichtung; noch geringer war die Zahl der spezialisierten Klinikabteilungen. In vielen chirurgischen Abteilungen fristete das Fach Proktologie ein Schattendasein und galt eher als notwendiges Übel, sodass proktologische Eingriffe gerne den wenig erfahrenen Assistenten überlassen wurden. Im Rahmen der chirurgischen Ausbildung in Deutschland waren die Möglichkeiten für eine qualifizierte Spezialisierung nur in geringer Zahl vorhanden. Kooperationsformen von Praxis und Klinik, wie sie heute immer häufiger anzutreffen sind, bestanden seinerzeit nicht.

Von Anfang an setzte der Gründer auf die Kombination von ambulanter und stationärer Versorgung, indem er neben seiner Praxistätigkeit, im Rahmen des Belegarztsystems, einmal wöchentlich operative Eingriffe durchführte. Das dama-

lige Spektrum umfasste vor allem Hämorrhoidenoperationen nach Parks, Milligan-Morgan und Fansler-Arnold, Fissurektomien und Fisteloperationen. Im konservativen Bereich standen – ähnlich wie heute – die Versorgung von Hämorrhoidal-leiden mit Sklerosierung und Barron-Ligatur sowie die Lokaltherapie von Analekzem und Analfissur im Vordergrund. Schon bald wurden mit Koloskopie und Endosonografie die diagnostischen Möglichkeiten erweitert.

Kurz nach Praxisgründung entschloss man sich, unter dem Namen «Enddarmzentrum Mannheim» zu agieren. Angesichts der seinerzeit noch sehr restriktiv gehandhabten Werbemöglichkeiten für Ärzte erhoffte man sich damit eine wirksamere Außendarstellung als bisher. Zuweisenden Kollegen und den Betroffenen sollte mit dem Begriff «Enddarmzentrum» die umfassende und kompetente Versorgung von Patienten mit Enddarmleiden demonstriert werden.

Laut einer internen Umfrage konsultierten 2001 mehr als 30% der Patienten das Enddarmzentrum auf eigenen Wunsch, d.h. ohne Veranlassung durch Hausarzt oder Facharzt. Etwa 90% der Patienten, die die Praxis aufsuchten, hatten ihren Wohnort in einem Umkreis von 50 km. Dieser Umkreis hat sich in den letzten Jahren deutlich erweitert; so

kommt heute die Mehrzahl der Patienten aus einem Umkreis bis zu 150 km.

Ein maßgeblicher Schritt in der Weiterentwicklung des Enddarmzentrums war im Jahr 2001 die Kooperation mit dem Universitätsklinikum Mannheim (heute Universitätsmedizin Mannheim, UMM). Im Rahmen eines Konsiliararztvertrags erfolgte die Angliederung an die Chirurgische Klinik, die für die Versorgung der Patienten eine komplette Station mit 24 Betten und einen eigenen Operationsaal zur Verfügung stellte. Derzeit werden von den Kollegen des Enddarmzentrums operative Eingriffe an 4 Wochentagen durchgeführt. Unterstützt werden sie dabei – im halbjährlichen Wechsel – von Assistenten der Klinik. Hierdurch wird auch die Ausbildung der chirurgischen Assistenten im Rotationssystem sichergestellt. Im Gegenzug werden Patienten mit entsprechender Indikation zur abdominalen Operation an die viszeralkirurgische Abteilung überwiesen (Tumorchirurgie, abdominelle Rektopexie).

Der Gesetzgeber verpflichtet Ärzte in der vertragsärztlichen Praxis zur Etablierung eines eigenen Qualitätsmanagements. Im internen Qualitätsmanagement des Enddarmzentrums wurden insbesondere die einzelnen Arbeitsabläufe dokumentiert, aber auch Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Bereichen Hygiene, Arbeitsschutz und Controlling festgelegt. Durch die Praxisstruktur müssen sich Ärzte und medizinische Fachangestellte permanent mit diesen Prozessen auseinandersetzen. Das erlaubt Verbesserungen, die kurzfristig und ohne langen Verwaltungsweg umgesetzt werden können.

Der Möglichkeit zur wissenschaftlichen Betätigung wurde mit der Gründung eines «Instituts für Proktologie» Rechnung getragen: Neben der Durchführung wissenschaftlicher Studien werden die eigenen Patientenzahlen statistisch ausgewertet.

Die Veröffentlichung von Publikationen, die Mitgliedschaft und Mitarbeit in nationalen und internationalen Gesellschaften sowie die kontinuierliche Vortragstätigkeit gehören dabei ebenso zum Selbstverständnis einer qualifizierten Versorgung wie die Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung. Seit 1985 bzw. 2000 haben sich zwei jährliche Fortbildungsveranstaltungen etabliert, während die Akademie des End- und Dickdarmzentrums (EDZ) Mannheim regelmäßig Kurse für interessierte Kollegen ausrichtet.

Aktueller Stand

Die Entwicklung von der Einzelpraxis zur heutigen Form des Enddarmzentrums mit 7 in Vollzeit arbeitenden Ärzten und 2 Weiterbildungsassistenten war neben der personellen und räumlichen Erweiterung durch eine kontinuierliche Steigerung der konservativen wie operativen Behandlungsfälle gekennzeichnet. Die Statistik der vergangenen 3 Jahre (Tab. 1) zeigt auch, wie sich die Zahl einzelner Behandlungen und Untersuchungen verändert hat.

Patienten mit Hämorrhoidalleiden bilden noch immer den Schwerpunkt der ärztlichen Tätigkeit in der Praxis (Tab. 2).

Tab. 1. Statistik einzelner Behandlungen und Untersuchungen von 2008 bis 2010

	2008	2009	2010
Patienten	18 711	19 609	20 987
Prokto-/Rektoskopie	35 924	33 488	37 095
Sklerosierung	23 063	21 041	21 910
Ligatur	4667	2444	2403
Koloskopie	1615	1749	1829
Endosonografie	412	310	339

Tab. 2. Statistik der Hämorrhoidenoperationen

	1999	2008	2009
Hämorrhoiden	398	435	417
Milligan-Morgan	48	337	357
Stapler (Longo)	313	87	46
Sonstige	37	11	14

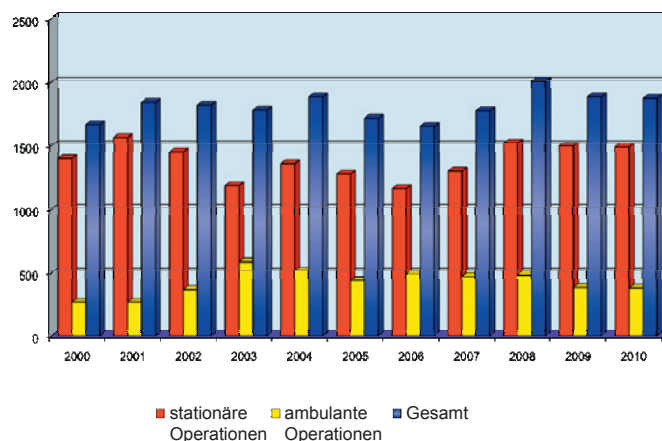


Abb. 1. Entwicklung der Gesamtzahl der Operationen in den letzten 10 Jahren.

Zählt man Sklerosierung und Barron-Ligatur zu den nicht-operativen Verfahren, so sind konservative Maßnahmen weit aus häufiger als operative Eingriffe.

Die Gesamtzahl der operativen Eingriffe (Abb. 1) in den letzten 10 Jahren verlief im ambulanten wie stationären Bereich mit langsam ansteigenden Zahlen ohne größere Schwankungen.

Im Detail zeigen sich dennoch Veränderungen bei den einzelnen Krankheitsbildern: So wurden beispielsweise im Jahr 1999 weitaus mehr Staplerhämorrhoidektomien (Longo) als Operationen nach Milligan-Morgan durchgeführt, während sich die Situation in 2009 gänzlich anders darstellte. Aufgrund einer differenzierteren Indikationsstellung wurde die Operation nach Longo nun weitaus weniger eingesetzt.

Aus heutiger Sicht hat sich das Patientengut insbesondere in den letzten 10 Jahren verändert: So beschränkt sich die

Tab. 3. Statistik der weiteren Operationen

	1999	2008	2009
Fistel			
Intersphinkter	105	130	144
Transsphinkter	154	166	150
Sonstige	24	81	64
Plastischer Verschluss	50	73	83
Rekonstruktion	7	95	96
Abszess	169	321	417
Sinus pilonidalis	66	125	139
Fissur	328	335	313

Tätigkeit des qualifizierten Proktologen nicht mehr nur auf die Behandlung von «typischen» Krankheiten wie Hämorrhoidalleiden, Analfistel oder Analfissur (Tab. 3). Auch wenn diese weiterhin den Großteil der Versorgung ausmachen, so wenden sich zunehmend Patienten mit komplexeren und diagnostisch-therapeutisch aufwendigen Erkrankungen an den Facharzt. Neben der Stuhlinkontinenz als schwerwiegendem Problem einer immer älter werdenden Bevölkerung stellen heutzutage die Entleerungsstörungen und die unklaren Schmerzsyndrome des Beckenbodens für den Proktologen eine große Herausforderung dar. Angesichts einer von der Gesundheitspolitik verkündeten medizinischen «Rundumversorgung», die jedem – unabhängig von Lebensalter und Art der Erkrankung – eine umfassende und bestmögliche Versorgung suggeriert, sind die Ansprüche von Patienten und zuweisenden Kollegen an eine sich Zentrum nennende medizinische Einrichtung entsprechend hoch. Eine qualitativ hochwertige Medizin soll weg von einem pragmatisch-schematischen hin zu einem individuell angepassten Vorgehen. Diesem Anspruch steht jedoch eine Vergütung ärztlicher Leistungen gegenüber, bei der auch in der Koloproktologie der erhöhte Aufwand in keiner Weise berücksichtigt wird. Es bleibt zu hoffen, dass die heutigen Zertifizierungsbemühungen sich auch in einer leistungsgerechten Vergütung niederschlagen werden.

Organisation

Alle Ärzte sind in die tägliche, allgemeine Sprechstunde in der Praxis eingebunden. Zusätzlich gibt es spezielle Sprechzeiten, z.B. für Endosonografie oder komplexe Krankheitsbilder. Der Großteil der Diagnostik und die konservative Behandlung finden in der Praxis statt. Stationäre Operationen werden in der UMM an festgelegten Tagen von den Praxisärzten durchgeführt. Ambulante Eingriffe erfolgen überwiegend im Kurzzeittherapiezentrum der UMM. In beiden Fällen übernimmt die Praxis den organisatorischen Anteil.

Die meisten proktologischen Eingriffe sind sowohl ambulant als auch stationär zeitlich und personell wenig aufwendig und haben eine geringe Komplikationsrate. Nach Operatio-

nen können die meisten Patienten nach Anleitung durch das Pflegepersonal die Wundversorgung selbst übernehmen. Dies verkürzt die Liegezeiten in der Klinik; postoperative Kontrollen finden ausschließlich in der Praxis statt.

Enddarmzentren in Deutschland

Mittlerweile haben sich in Deutschland mehr als ein Dutzend «Enddarmzentren» etabliert (ein Begriff, der übrigens juristisch und standesrechtlich nicht geschützt ist). Bei fast allen findet sich eine gleichartige Struktur mit dem Schwerpunkt Praxistätigkeit plus umfassender Diagnostik und operativer Therapie im Rahmen von Beleg- oder Konsiliararztssystem.

Parallel dazu sind vor allem im Klinikbereich etliche Beckenbodenzentren gegründet worden, meist als gemeinsames Projekt von Chirurgie, Gynäkologie und Urologie.

Die Bündelung von Ressourcen hat auch finanzielle Gründe: Neben einer höheren Zahl von Patienten erhofft man sich kostensparendes Arbeiten in Zeiten von DRG (Diagnosis-Related Groups) und anhaltenden finanziellen Einschnitten im Gesundheitswesen. Dahinter steckt die Idee, Managementmethoden aus der Wirtschaft so auf medizinische Einrichtungen zu übertragen, dass eine wirtschaftlich effiziente, für den Patienten aber nach wie vor optimale Betreuung möglich ist.

In seiner jetzigen Form bietet ein Enddarmzentrum mit Klinikkooperation wesentliche Vorteile:

- Komplettversorgung der Praxispatienten ohne Umwege/Organisation «in einer Hand»;
- bessere Patientenbindung (kaum «Arztwechsel»);
- unmittelbarer wirtschaftlicher Benefit für die Klinik (Portalfunktion);
- höhere Fallzahl bringt bessere Auslastung von Personal und Raum;
- Konzentration auf begrenztes Krankheitsspektrum bringt effizientere Arbeitsabläufe in Planung, Durchführung und Nachsorge;
- Nutzung der Klinikressourcen, bessere Versorgung der Patienten, z.B. bei Komplikationen, und Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen;
- besondere Ausbildung «Proktologie» für Klinikassistenten;
- Zentrum bietet höheren Werbeeffect;
- «High volume»-Abteilungen und Chirurgen haben bessere Ergebnisse;
- durch selbständige operative Tätigkeit liegt die Organisation (inklusive prä- und postoperativem Management) in einer Hand.

Als Nachteil ist vor allem zu nennen, dass als vertragsärztliche Praxis mit der heutigen «Pauschalvergütung» eine zeitaufwendige Patientenbetreuung nur eingeschränkt möglich ist. Auch die Nachfolgeregelung kann für ein spezialisiertes Zentrum problematisch werden. Der «Nachwuchs» benötigt oft noch eine längere Anlernphase.

**Antrag auf Anerkennung als
Kompetenzzentrum für Koloproktologie**
des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands (BCD)

Neuantrag Verlängerung einer bestehenden Anerkennung (weitere 3 Jahre)

I. Allgemeine Angaben

Praxis: _____
Klinik: _____
Anschrift: _____
Leiter (Name, Vorname, Titel): _____
Telefon: _____ Telefax: _____
Email: _____ Homepage: _____

Mitglied des BCD Ja Nein
Mitglied der DGK Ja Nein

Mitglied anderer Fachgesellschaften: _____

Facharzt für _____ Zusatzbez. Proktologie: Ja Nein
Anzahl der ärztlichen Mitarbeiter: _____ Anzahl HelferInnen: _____

II. Angaben zur Qualifikation des Antragstellers:

a) Qualifiziertes Mitglied des BCD seit _____	in	letzten
		Jahr:
b) Mindestens 3-jährige selbständige Tätigkeit in der Koloproktologie:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
c) Ausbildung von Hospitanten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
d) wissenschaftliche Arbeiten / Publikationen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
e) Vorträge / Kurse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
f) Mindestens 600 eigene flexible endoskopische Untersuchungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
davon 200 erhöhten Schweregrades z.B. Polypektomie, Blutstillung, Laser, Endosono	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
g) Mindestens 1000 Prokto-Rektoskopien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
h) Therapie		
mindestens 900 Sclerosierungsbehandlungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
mindestens 600 Gummibandligaturen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
mindestens 300 ambulante proktologische Operationen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

III. Angaben zur derzeitigen Tätigkeit des Antragstellers:

Überwiegende Tätigkeit: Klinik Praxis Klinikambulanz, Praxis an Klinik
koloproktologisch tätig: > 40 Std./Wo Ja > 20 Std./Wo Ja

Art: (evtl. Mehrfachnennungen)
proktologisch tätig: konservativ operativ ambulant operativ stationär
Koloskopie
Gastroskopie

IV. Kooperationspartner:
Viszeralchirurgie: _____
stationäre proktologische Operationen: _____
CED: _____
Onkologie: _____

V. Räumliche Ausstattung: (steht dem Antragsteller zur Verfügung und wird regelmäßig von diesem genutzt)

eigener OP-Saal (§ 115)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Belegabteilung gem. Belegarzt-Konsiliararztvertrag	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Operationen nach § 115 pro Jahr:	Anzahl:	_____
Endoskopieraum entsprechend der Koloskopie-Richtlinien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Narkosemöglichkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
endorektaler Ultraschall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

VI. Qualitätsicherungsmaßnahmen: bisher Nein

Mit der Unterschrift unter diesem Antrag bestätigt der Unterschriftner sein Einverständnis mit folgenden Vorgaben:
Die Anerkennung als Kompetenzzentrum wird vom Vorstand des BCD beschlossen und für längstens 3 Jahre erteilt.
Danach darf die Bezeichnung nur nach einer erneuten Zertifizierung durch den BCD weitergeführt werden. Eine
Rezertifizierung kann vom Vorstand des BCD auch schon vor Ablauf dieser Frist veranlasst werden. Mit diesem Antrag
bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben auf Standespflicht. Er erklärt sich gleichzeitig mit einer Überprüfung
seiner Angaben einverstanden und sichert seine Kooperation dabei und die Beweissicherung entsprechender Unterlagen dafür
ausdrücklich zu. Er verpflichtet sich, wesentliche Änderungen der Struktur oder des Leistungsangebotes innerhalb von 3
Monaten an den BCD zu melden.

Ort, Datum: _____ Stempel _____

Unterschrift: _____

Bestätigung des Berufsverbandes (BCD) für 3 Jahre betreffend Leiter und Einheit:

(Datum) _____ 1. Vorsitzender BCD _____ 2. Vorsitzender BCD _____

Abb. 2. Antrag auf Anerkennung als Kompetenzzentrum für Koloproktologie des BCD.

Zertifizierungsmöglichkeiten für Enddarmzentren

Koloproktologisch spezialisierte Einrichtungen haben derzeit in Deutschland mehrere Möglichkeiten zur Zertifizierung. Am umfassendsten ist die Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), letztere vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP). Die Anerkennung und Einstufung als Kompetenz-, Referenz- oder – wie im Fall von UMM und EDZ Mannheim – als Exzellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie erfolgt hierbei vor allem über die Zahl der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Verfahren, der interdisziplinären Versorgung und der Aktivitäten bei Wissenschaft und Fortbildung.

Der Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (BCD) bietet insbesondere auch für Praxen die Möglichkeit, sich als Kompetenzzentrum «Proktologie» bzw. «Koloproktologie» zu etablieren (Abb. 2). Hierbei ergeben sich «die Qualitätsanforderungen für Kompetenzzentren (...) aus dem Behandlungsspektrum und der Ausstattung der Institution sowie der Fortbildungsintensität der dort tätigen Ärzte».

Weitere Zertifizierungsmöglichkeiten für Enddarmzentren:

- Darmkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft («OnkoZert»).

- Interdisziplinäre Kontinenz- und Beckenbodenzentren der DGAV, der DGK, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Fazit

Der Begriff Enddarm- oder Beckenbodenzentrum verheißt Patienten und Ärzten das Vorhandensein einer optimalen, hochqualifizierten Betreuung und unterstreicht den interdisziplinären Charakter des Faches Proktologie. Um diesen Anforderungen auf hohem Niveau gerecht zu werden, bedarf es heutzutage der Zusammenarbeit von Klinik und Praxis.

Weiterführende Internetadressen und Nachweise

- www.enddarm-zentrum.de
- www.dgav.de/fileadmin/media/texte_pdf/zertifizierung/CACP_ZertAntrag.pdf
- www.coloproktologen.de
- www.clarcert.com/becken_boden_ablauf.htm

Disclosure Statement

Ein Interessenkonflikt besteht nicht.