

# Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



## Honorarverhandlungen 2016

### Umverteilung oder angemessene Vergütung?

#### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Honorarverhandlungen für 2016 stehen an, und schon wird von interessierten Gruppen wieder eine Umverteilung gefordert. Die „Grundversorgung“ bzw. die „Grundversorger“ müssten gestärkt werden, so kann man lesen, und nicht die Technik der hochspezialisierten Medizin. Dabei wird mehr oder weniger offen unterstellt, dass Ärzte, die mit einem hohen medizintechnischen Aufwand behandeln, nicht so entscheidend für die Versorgung der Patienten seien und die hochspezialisierten Fachärzte in der Vergangenheit ungerechtfertigte Honorarzuteilungen erhalten und unverhältnismäßig hohe Gewinne gemacht hätten. Mit solchen pauschalierten Vorwürfen sollen offensichtlich schon mal öffentlichkeitswirksam die Pflöcke für einen Verteilungskampf im Vorfeld der geplanten EBM-Reform eingeschlagen werden.

Gegen solche Unterstellungen und Verdrehungen der Entwicklung der letzten Jahre müssen wir uns mit Nachdruck wehren. Immer wieder wird auf den Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verwiesen, nach dem die Honorarumsätze der Gastroenterologen überdurchschnittlich hoch seien, wobei ganz bewusst die Entwicklung über die letzten Jahre ausgeblendet wird. Denn ein genauer Blick in die Honorarberichte der KBV beweist, dass die Honorarentwicklung der Gastroenterologen erheblich hinter der allgemeinen Honorarentwicklung zurückgeblieben ist und der Überschuss sogar abgenommen hat. (► Tab. 1)

**Tabelle 1: Honorarentwicklung 2010 bis 2013:**

Gesamtvergütung	+ 8,44%
<b>Honorarumsatz pro Arzt</b>	
alle Ärzte/Psychotherapeuten	+ 5,13%
Hausärztlicher Versorgungsbereich	+12,22%
Gastroenterologen	+ 2,25%
<b>Honorarumsatz pro Fall</b>	
alle Ärzte/Psychotherapeuten	+ 5,32%
Hausärztlicher Versorgungsbereich	+ 7,87%
Gastroenterologen	+ 1,20%
<b>Überschuss je Arzt *</b>	
alle Ärzte	+13,70%
Allgemeinmedizin/Innere Medizin	+21,16%
Gastroenterologen	- 3,25%

(\* Veränderung 4. Quartal 2010 bis 4. Quartal 2013)

(Quelle: Honorarberichte der KBV;

<http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>)

Im vergangenen Jahr führte der Verzicht auf die eigentlich vorgesehene Erhöhung des Orientierungspunktwertes (OPW) zu einer dauerhaften, sockelwirksamen Absenkung des Niveaus der Vergütung für alle unsere fachärztlichen Leistungen innerhalb und vor allem auch außerhalb der MGV. Genutzt wurde das Geld zu einer Umschichtung zu Gunsten von Partikularinteressen in der sogenannten Grundversorgung. Während der effektive Punktwert im hausärztlichen Bereich ansteigt und regional bereits über dem OPW liegt, sinkt der inflationsbereinigte Umsatz der sogenannten spezialisierten Fachärzte weiter ab.



Franz Josef Heil

Gleichzeitig steigen die Anforderungen und die damit verbundenen Kosten. Ich führe beispielhaft einige Faktoren an, die sich in den letzten Jahren verändert haben und die Erstellungskosten einer Endoskopie erhöhen:

► steigende Anforderungen bei der Hygiene: Durch Veränderungen der EU-Normen DIN EN ISO 15 883, der RKI-Richtlinien (2012), des Infektionsschutzgesetzes und von Bestimmungen der Aufsichtsbehörden werden die Anforderungen und Auflagen und damit die Kosten immer höher, eine Anpassung der Vergütung ist bisher nicht erfolgt. Zuschüsse für Hygiene, wie ambulante OP-Zentren sie bekommen, gibt es für die gastroenterologischen Praxen nicht;

► Umstellung auf Einmalmaterial (Schlingen, Zangen) durch inzwischen fast bundesweite, verpflichtende Forderungen von Aufsichtsbehörden;

► erhöhte Anforderung an Personalzahl und -qualifizierung für die Sedierung bei Endoskopien durch Umsetzen der S3-Leitlinie „Sedierung in der gastroenterologischen Endoskopie“;

► Verlängerung der Untersuchungszeiten einer Koloskopie durch leitliniengerechte und dem medizinischen Standard entsprechenden verlängerte Rückzugszeit (mind. 6–8 Minuten);

► Erhöhung der Zahl an hochqualifiziertem und damit höher bezahltem Personal (Fachweiterbildung gastroenterologische Endoskopie) auf mindestens 50 Prozent des Personals und empfohlene Einführung der CO<sub>2</sub>-Insufflation, beides gemäß der neuen S2K-Leitlinie Endoskopie;

► steigende Preise für Endoskope durch neue, verbesserte Gerätegenerationen (HD-Endoskopie);

- Einführung von aufwendigen Polypenabtragungstechniken (EMR) und Blutstillungstechniken ohne Anpassung des EBM.

Die Situation, die ich für die Fachgruppe der Gastroenterologen dargestellt habe, trifft in gleicher oder ähnlicher Weise für die anderen fachärztlichen Internisten zu. Die Internisten sind aber zweifelsfrei von zentraler Bedeutung bei der Diagnostik, Therapie und Betreuung der meisten chronischen Erkrankungen. Anzunehmen, dass die Langzeitbetreuung der chronisch kranken Menschen ohne die fachärztlichen Internisten möglich sein könnte, ist absurd. Ob man diese Betreuung nun mit dem nicht definierten und offensichtlich von jeder Gruppe anders gedeuteten, d. h. mehr politisch als medizinisch definierten Begriff „Grundversorgung“ bezeichnet oder nicht, ist dabei völlig irrelevant.

Wir erwarten deshalb von der KBV, dass sowohl bei den anstehenden Honorarverhandlungen wie auch der geplanten EBM-Reform von weiteren Umverteilungen zu Lasten der sogenannten spezialisierten Fachärzten, insbesondere der fachärztlichen Internisten

abgesehen wird. Vielmehr ist es bei den nächsten Honorarverhandlungen unverzichtbar, dass der OPW, der die Grundlage der Bewertung der einzelnen Leistungen auch im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung darstellt, unbedingt angemessen ansteigt. Ein Abzweigen von Mitteln, die nach den geltenden Vereinbarungen zur Steigerung des OPW zu verwenden sind, für andere Zwecke lehnen wir aus den genannten Gründen ab, zumal solche Zwecke nicht zu einer sockelwirksamen und damit für die Zukunft relevanten Erhöhung der Honorare führen.

Falls bei anderen Fachgruppen oder für spezielle Bedürfnisse tatsächlich ein Nachholbedarf besteht, was wir nicht beurteilen oder abstreiten wollen, muss dieser aus zusätzlichen Mitteln bestritten werden.

Dieser Text ist am 28.07.2015 als offener Brief an die Kassenärztliche Bundesvereinigung versendet worden.

*Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)*

#### FDA safety communication

## Infektionsrisiko bei ERCP-Untersuchungen

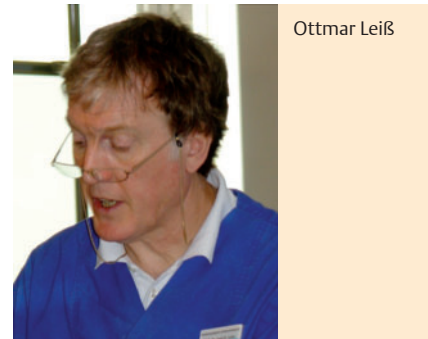
Infektiöse Komplikationen nach endoskopischen Untersuchungen sind selten. Das nach ERCP-Untersuchungen – im Vergleich zu gastrokopischen oder koloskopischen Untersuchungen – erhöhte Infektionsrisiko [1] ist im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückzuführen: Zum einen sind Gallenwege und Pankreasgang physiologisch sterile Hohlsysteme, zum anderen erfordern Distalende und Albaran-Hebel von Duodenoskopen besondere Sorgfalt bei der manuellen Reinigung, um eine nachfolgende korrekte Desinfektion zu gewährleisten.

Die Food and Drug Administration (FDA) der USA hat im Februar eine Warnung bezüglich des Infektionsrisikos nach ERCP-Untersuchungen ausgesprochen [2], die auch hierzulande beachtet und befolgt werden sollte. Hintergrund waren gehäufte Fallberichte über infektiöse Komplikationen nach Duodenoskopien an das Center for Disease Control (CDC) [3]. Mitte Februar hat das Ronald Reagan UCLA Medical Center in Los Angeles 179 Patienten, die im Rahmen einer endoskopischen Untersuchung während ihres Krankenhausaufenthalts möglicherweise mit Carbapenem-resistenten Enterobacteriaceae kontaminiert worden waren angeschrieben und ihnen kostenfreie Untersuchungen bezüglich einer möglichen Kolonisierung mit dem betreffenden Erreger angeboten [4]. Der dortige Ausbruch sowie andere Ausbrüche konnten nur durch Aus-dem-Verkehr-Ziehen involvierter Duodenoskope bzw. Gassterilisation mit Ethylenoxid beendet werden [5, 6], was eine Debatte über die Notwendigkeit strengerer Aufbereitungsverfahren auslöste [7, 8].

Mehrfach-Resistenzen von Gram-negativen Erregern nehmen weltweit zu. Liegt eine Resistenz gegen drei Antibiotikaklassen vor (3MRGN), besteht noch eine Therapieoption mit Carbapenemen. Bei Vierfach-Resistenzen (4MRGN), d. h. bei Erregern, bei denen die wichtigsten für die Therapie gram-negativer Infektio-

nen eingesetzten Antibiotikaklassen nicht mehr wirksam sind [9], kann die Infektion zu Sepsis und Tod führen. Endoskopische Untersuchungen gelten als Risikofaktor für das Auftreten einer Infektion mit Carbapenem-resistenten Erregern [10]. Auch wenn hierzulande nur ca. 0,3 Prozent aller nosokomialen Infektionen auf 4MRGN zurückzuführen sind (1 500 von 500 000 nosokomialen Infektionen) [11], kann eine mögliche Übertragung von Carbapenem-resistenten Erregern im Rahmen von z. B. ERCP-Untersuchungen bei immunsupprimierten Patienten therapeutisch nicht mehr beherrschbar sein [12] und tödlich enden. In einem Ausbruch lag die 30-Tage-Mortalität bei Übertragung Carbapenem-resistenter E. coli bei 56 Prozent [6].

Zwar lehnt die multi-society-Guideline amerikanischer Fachgesellschaften [13] – im Gegensatz zu Leitlinien in Europa und Deutschland [14, 15] – mikrobiologische Kontrollen der Endoskop-Aufbereitung als nicht evidenz-basiert ab und Sorgfalt und Kontrollen der Aufbereitungspraxis sind möglicherweise diesseits und jenseits des Atlantik unterschiedlich, das Problem infektiöser Komplikationen durch mehrfach-resistente Erreger nach ERCP-Untersuchungen ist jedoch nicht auf die USA beschränkt. Im Juni-Heft von Endoscopy beschreiben Verfaillie et al. [16] einen Ausbruch infektiöser Komplikationen nach ERCP-Untersuchungen in Rotterdam, Kola et al. [17] haben kürzlich einen ähnlichen Ausbruch an der Charité in Berlin beschrieben, d. h. das Problem von Ausbrüchen mit multiresistenten Erregern nach ERCP-Untersuchungen ist auch in Europa und Deutschland angekommen. Nach derzeitigen Erkenntnissen spielen Modifikationen des Herstellers eines bestimmten Duodenoskops (Olympus TJF Q180V) mit Fixierung des Distalendes und erschwerte



Ottmar Leiß

Reinigungsmöglichkeit des Elevator-Hebels eine entscheidende Mitrolle. Wie im begleitenden Editorial zur Verfaillie-Arbeit in Endoscopy erörtert [18], sind erhöhte Aufmerksamkeit, sorgfältige manuelle Reinigung und korrekte Desinfektion von Endoskopen in der Prävention einer möglichen Übertragung von Infektionserregern essentiell, wobei die Einzelschritte insbesondere der manuellen Reinigung von Duodenoskopen auf die aktuellen Empfehlungen der Gerätehersteller abgestimmt sein müssen. Auch auf die Notwendigkeit einer Meldung von Infektionen und einer Kooperation mit Gerätehersteller und Behörden bei der Aufklärung von Ausbrüchen wird hingewiesen [18].

Da sich derzeit keine Informationen über das Problem einer möglichen Übertragung von Infektionserregern mit Mehrfach-Resistenzen auf der Webseite von Olympus.de findet und ich mit Informationspolitik und Verhalten des weltweit größten Herstellers von komplexen Medizinprodukten (Endoskopen) nicht einverstanden bin, habe ich den nachfolgend abgedruckten offenen Brief an Olympus geschrieben.

Literaturhinweise finden Sie auf der bng-Webseite.

*Prof. Dr. med. Ottmar Leiß*  
(Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis Mainz)

#### Experten-Workshop beim GBA

## Fokus Darmkrebsvorsorge

Am 12.6.2015 fand in den Räumen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in Berlin ein Treffen von Experten zum Thema Darmkrebsvorsorge, Umsetzung des Einladungsverfahrens und möglicher Konzepte zur Steigerung der Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge statt. Eingeladen hatten neben der Stiftung LebensBlicke und dem Netzwerk gegen Darmkrebs auch die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe, die DGVS und DGIM.

J. Hecken, der GBA-Vorsitzende, sprach sich in einer sehr engagierten Begrüßungsrede für die zeitnahe Umsetzung des Einladungsverfahrens 2016 aus und äußerte die Vermutung, dass der GBA im Ergebnis der Beratung einen quantitativen immunologischen Stuhltest empfehlen könnte.

Mit diesem Thema beschäftigte sich die 1. Sitzung. Nachdem C. Pox (Bochum) die Rolle der Stuhlteste in der S3 Leitlinie Darmkrebs vorgestellt hatte, stellte H. Brenner (Heidelberg) die möglichen Kriterien und Qualitätssicherung für eine evidenz-basierte Früherkennung mit quantitativen immunochemischen Stuhltests vor. In den Niederlanden, so berichtete E. Kiupers (Rotterdam), gibt es sehr gute Erfahrungen und Teilnahmeraten mit diesem Stuhltest. Dieser ist dort seit zwei Jahren in das nationale Screening-Programm implementiert. In Deutschland dagegen lag die Teilnahmerate nach Einladung zu Stuhltest oder Koloskopie (Th. Giese, Pilotprojekt Barmer GEK in Bayern) nur bei ernüchternden 14 Prozent. Die unterschiedliche Teilnahmerate ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass der Stuhltest in Holland direkt versandt wird und nicht beim Hausarzt abzuholen ist.

## Offener Brief an Olympus Deutschland

Sicherlich wissen Sie, dass Infektionen nach Untersuchungen mit Seitblick-Duodenoskopen zahlenmäßig die häufigsten Infektionen nach endoskopischen Untersuchungen darstellen [1, 2] und dass das FDA Anfang Februar diesen Jahres eine ‚Safety Communication‘ veröffentlicht hat, in der auf in jüngster Zeit vermehrte Infektionen nach Untersuchungen mit Seitblick-Duodenoskopen hingewiesen wurde und zu erhöhter Wachsamkeit aufgerufen wurde [3].

Die im aktuellen Juni-Heft von Endoscopy publizierte Arbeit von Verfaillie et al. [4] aus Rotterdam und die kürzlich publizierte Studie von Kola et al. [5] aus der Charité in Berlin zeigen, dass das Problem möglicher Übertragungen von multiresistenten Infektionserregern im Rahmen von ERCP-Untersuchungen, speziell auch mit dem von Ihnen hergestellten Duodenoskop TJF Q180V, auch in Europa und Deutschland angekommen ist. Frau Beilenhoff, Vorsitzende der ESGNA, weist in Ihrem Editorial zur Verfaillie-Publikation [6] mit Recht auf die Wichtigkeit einer engen Kooperation betroffener Endoskopie-Einheiten, Gerätehersteller und öffentlicher Behörden in der Klärung eines Ausbruchs und die Notwendigkeit einer Rückmeldung von infektiösen Komplikationen an Gerätehersteller und Überwachungsbehörden hin, aber dies ist in meinen Augen weniger als die halbe Miete.

Mir ist bekannt, dass Olympus in den USA im März ein Schreiben zur aktualisierten Aufbereitung Ihres Duodenoskops TJF Q180V veröffentlicht hat [7] und dass das FDA Olympus nicht zu einer Rückrufaktion aufgefordert hat [8], um Engpässe bei der Durchführung dringend indizierter ERCP-Untersuchungen in den USA zu vermeiden. Ich schreibe Ihnen, weil ich mit der Informationspolitik Ihres Unternehmens nicht einverstanden bin und ich auf [www.olympus.de](http://www.olympus.de) keinerlei Informationen zu dem Problem finden konnte.

Ich fände es gut, wenn in Ihrer (Mit-)Verantwortung für die Patientensicherheit – in Analogie zur Pharma-Industrie – einen ‚Rote-Hand-Brief‘ an alle Gastroenterologen in Deutschland (und anderen betroffenen Ländern) schreiben würden, auf die Probleme hinweisen, Ihre überarbeiteten Aufbereitungsempfehlungen für das betreffende Duodenoskop und ein Informationsblatt über Rückmeldungen an BfArM und Gerätehersteller beifügen würden. Ich fände es noch besser, wenn Sie als Hersteller komplexer Medizinprodukte [9] in Ihrer (Mit-)Verantwortung für die Patientensicherheit – in Analogie zur Automobilindustrie – eine Rückrufaktion des modifizierten und besonders betroffenen Duodenoskop-Typs TJF Q180V veranlassen bzw. zumindest den Weitervertrieb dieses Gerättyps stoppen würden.

‚Primum nihil nocere‘ ist oberste Maxime ärztlichen Handelns. Spätestens seit der Contergan-Katastrophe sollte dies auch für die Hersteller von Arzneimitteln gelten und mancher Arzneimittel-Hersteller hat sein Präparat nach Bekanntwerden erheblicher Nebenwirkungen vom Markt genommen. Ob Sie als weltweit führender Hersteller von komplexen Medizinprodukten (wie Endoskopen und Zubehör), ‚do no harm‘ über ökonomische Interessen stellen und eine Vorreiter- und Vorbildfunktion für Hersteller von Medizinprodukten übernehmen, werden die nächsten Wochen zeigen.

*Prof. Dr. med. Ottmar Leiß*

In der 2. Sitzung ging es um den familiären/erblichen Darmkrebs. St. Aretz (Bonn) stellte die Zahlen für diese Entität in Deutschland vor. In Holland werden jetzt mit Etablierung des nationalen Vorsorgeprogramms alle Darmkrebsfälle in einem Register gesammelt und strukturiert nachverfolgt, berichtete F.A. Vasen (Leiden). In Deutschland wurden Patienten mit familiärem Darmkrebs in einer geförderten Pilot-Studie untersucht (F. Kolligs, Berlin). Die Angehörigen und Familien von Indexpatienten konnten mit einem strukturierten Bogen befragt werden. Dies sollte auch weiter untersucht werden. Die Ergebnisse der Famkol-Studie, in der Angehörige von Darmkrebspatienten über eine notwendige Darmspiegelung durch med. Assistenzpersonal angesprochen wurden, zeigten eine sehr hohe Teilnehmerate (A. Bauer, Halle).



Jens  
Aschenbeck

Die 3. Sitzung befasste sich mit dem bisher bestehenden organisierten Darmkrebs-Früherkennungsprogramm. L. Altenhofen (ZI, Berlin) berichtete über die Effektivität der Vorsorgekoloskopie in den letzten zehn Jahren. Die Teilnehmerate (2 Prozent/Jahr) konnte in den letzten zehn Jahren nicht gesteigert werden. Ca. 23 Prozent der anspruchsberechtigten Versicherten haben sich dieser Untersuchung bisher unterzogen. Dabei ist bemerkenswert, dass insbesondere bei Männern in früherem Lebensalter und häufiger Adenome gefunden werden. Dies entspricht auch internationaler Erfahrung. Hieraus resultiert die Frage, ob die Altersbegrenzung der Darmkrebsvorsorge nicht geschlechtsspezifisch nach unten verschoben werden muss.

Darmkrebsvorsorge ohne nationale Dokumentation, Qualitätssicherung und Einbindung in ein nationales Krebsregister ist unzureichend. Dies betonten alle Referenten und Diskutanten. So muss auch die Anschlussfinanzierung der bisherigen Datenbank beim ZI über 2014 hinaus durch GKV und KBV finanziert werden. T. Rösch (Hamburg) wies darauf hin, dass in Zukunft Qualitätsindikatoren in das Vorsorgeprogramm implementiert werden sollten, wobei Messparameter wie die Adenomdetektionsrate (ADR) und die Anzahl von Intervallkarzinomen kritisch zu evaluieren wären. A. Katalinic (Lübeck) zeigte die Erfahrungen mit dem Krebsregister auf. Schon aktuell ist es möglich aufgrund der bestehenden Registergesetze Daten zur Inzidenz, regionalen Verteilung und Therapie zu erfassen. Er warb außerdem für ein sog. Screening-Register, um die Daten der Intervall Karzinome auswerten zu können.

Fazit: unter den Experten herrscht Einigkeit über entscheidende Punkte in der Vorsorge. Diese wurden unter dem Namen „Berliner Erklärung“ als Forderung an die Entscheidungsträger in der Umsetzung des Einladungsverfahrens zur Darmkrebsvorsorge veröffentlicht. Sie kann auf der bng-Webseite eingesehen werden.

*Dr. Jens Aschenbeck und Dr. Dietrich Hüppe  
(Fachgruppe Kolorektales Karzinom im bng)*

## Nachruf

### Dr. med. Jürgen Merkt

Der bng trauert um sein Mitglied und langjährigen Regionalvorsitzenden von Baden-Württemberg Dr. med. Jürgen Merkt, der am 23. Juni 2015 im Alter von 63 Jahren verstorben ist.

Jürgen Merkt hat sich nach Medizinstudium in Heidelberg, Facharztausbildung an der Univ. Poliklinik Heidelberg und am Klinikum Heilbronn 1987 in Heilbronn als Internist niedergelassen und 1991 eine gastroenterologische Gemeinschaftspraxis gegründet.

Er war ein Mitglied der ersten Stunde unseres Berufsverbandes. Schon früh, als noch keiner an Budgetierung und fallende Punktwerte dachte, war ihm klar, dass die wirtschaftliche Basis einer erfolgreichen ambulanten Gastroenterologie in erster Linie



Jürgen Merkt†

die angemessene Honorierung endoskopischer Leistungen darstellt. Entsprechend war sein berufspolitisches Engagement ausgerichtet. Er erreichte mit dem damaligen Vorstand der KV Nordwürttemberg die Ausbudgetierung der Endoskopie zu einem festen Punktwert und ihm gelang später zusammen mit MEDI mit dem Abschluss eines Selektivvertrages für die Gastroenterologen in Baden-Württemberg eine honorarpolitische Pionierleistung.

Jürgen Merkt besaß das Talent künftige Entwicklungen früh zu antizipieren und für entsprechende Konsequenzen zielgerichtet auch gegen Skepsis und Widerstand zu kämpfen. Dieser Charakter ermöglichte dem engagierten Gastroenterologen nicht nur eine erfolgreiche Praxisführung sondern auch im Privatleben, insbesondere beim Sport, selbst hochgesteckte Ziele, wie den Ironman Triathlon oder den 100 km-Lauf von Biel, zu erreichen. Seine profunden Literaturkenntnissen – besonders von Goethe – zeigten seinen Feingeist, Diskussionen mit ihm waren immer eine Herausforderung.

Wir verlieren mit Dr. Jürgen Merkt einen Kollegen und Freund, der in unserem Berufsverband beachtliche Spuren hinterlassen hat. Unser Mitgefühl gilt seiner Ehefrau Claudia und seiner Familie.

*Dr. med. Herbert Heidt und Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand)*

## Impressum

**Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V.**, Holdergärten 13, 89081 Ulm  
www.bng-gastro.de, kontakt@bng-gastro.de

### Redaktion:

Dr. Holger Böhm, www.skriptstudio.de, bng@skriptstudio.de

# Ergänzung zu den bng-Infos in der ZfG 9/2015

## FDA safety communication: Infektionsrisiko bei ERCP-Untersuchungen

Autor: Prof. Dr. Ottmar Leiß

### Literaturverzeichnis:

- 1.) Kovaleva J, Peters FT, van der Mei HC et al. Transmission of infection by flexible gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy. Clin Microbiol Reviews 2013; 26: 231–254.
- 2.) US Food and Drug Administration. Design of endoscopic retrograde cholangio-pancreaticography (ERCP) duodenoscopes may impede effective cleaning: FDA safety communication, 19 February 2015.  
<http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm434871.htm>
- 3.) Centers for Disease Control and Prevention. Notes from the Field: New Delhi metallo- $\beta$ -lactamase-producing Escherichia coli associated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography – Illinois, 2013. Morb mortal Wkly Rep 2014; 62: 1051
- 4.) ucla news. UCLA statement on notification of patients regarding endoscopic procedures, March 10, 2015. <http://www.uclahealth.org/news/ucla-statement-on-notification-of-patients-regarding-endoscopic-procedures>
- 5.) Epstein L, Hunter JC, Arwady MA, et al. New Delhi metallo- $\beta$ -lactamase–producing carbapenem-resistant Escherichia coli associated with exposure to duodenoscopes. JAMA 2014; 312: 1447-1455.
- 6.) Wendorf KA, Kay M, Baliga C, et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography-associated AmpC Escherichia coli outbreak. Infect Control Hosp Epidemiol. 2015; 36(6): 634-42.
- 7.) Rutala WA, Weber DJ. Gastrointestinal endoscopes - a need to shift from disinfection to sterilization? JAMA 2014; 312: 1405 - 1406.
- 8.) Smith ZL, Oh YS, Saeian K, et al. Transmission of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae during ERCP: time to revisit the current reprocessing guidelines. Gastrointest Endosc 2015; 81(4): 1041-1045.
- 9.) Bekanntmachung des Robert Koch-Instituts. Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen. Bundesgesundheitsbl 2013; 56: 580–583.
- 10.) Kani SS, Kanafani ZA. Current concepts in antimicrobial therapy against resistant gram-negative organisms: extended-spectrum  $\beta$ -lactamase–producing Enterobacteriaceae, Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae, and multidrug-resistant Pseudomonas aeruginosa. Mayo Clin Proc 2011; 86(3): 250-259.
- 11.) Muscarella LF. Risk of transmission of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae and related “superbugs” during gastrointestinal endoscopy. World J Gastrointest Endosc. 2014; 6(10): 457-74.
- 12.) Gastmeier P, Fätkenheuer G. Dilemma mit Begriffen und Zahlen. Deutsches Ärzteblatt 015; 112; A674-A675.
- 13.) ASGE Quality Assurance In Endoscopy Committee. Multisociety guideline on reprocessing flexible gastrointestinal endoscopes: 2011. Gastrointest Endosc 2011; 73: 1075 -1084.

- 14.) Beilenhoff U, Neumann CS, Rey JF, et al. ESGE-ESGENA guideline for quality assurance in reprocessing: microbial surveillance testing in endoscop. Endoscopy 2007; 39: 175-181.
- 15.) KRINKO und BfArM. Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2012; 55: 1244 – 1310.
- 16.) Verfaillie CJ, Bruno MJ, F Voor In 't Holt A, Buijs JG, Poley JW, Loeve AJ, Severin JA, Abel LF, Smit BJ, de Goeij I, Vos MC. Withdrawal of a novel-design duodenoscope ends outbreak of a VIM-2-producing *Pseudomonas aeruginosa*. Endoscopy 2015; 47(6): 493-502.
- 17.) Kola A, Piening B, Pape U-F, Veltzke-Schlieker W, Kaase M, Geffers C, Wiedenmann B, Gastmeier P. An outbreak of carbapenem-resistant OXA-48 – producing *Klebsiella pneumonia* associated to duodenoscopy. Antimicrobial Resistance and Infection Control 2015; 4:8
- 18.) Beilenhoff U. ERCP and reprocessing in focus: what can we do to prevent or manage infection outbreaks? Endoscopy 2015; 47(6): 483-485.

## Offener Brief an Olympus Deutschland

Autor: Prof. Dr. Ottmar Leiß

### Literaturverzeichnis:

- 1.) Kovaleva J, Peters FT, van der Mei HC et al. Transmission of infection by flexible gastrointestinal endoscopy and bronchoscopy. Clin Microbiol Reviews 2013; 26: 231–254.
- 2.) Muscarella LF. Risk of transmission of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae and related “superbugs” during gastrointestinal endoscopy. World J Gastrointest Endosc. 2014; 6(10): 457-74.
- 3.) US Food and Drug Administration. Design of endoscopic retrograde cholangiopancreaticography (ERCP) duodenoscopes may impede effective cleaning: FDA safety communication, 19 February 2015.  
<http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm434871.htm>
- 4.) Verfaillie CJ, Bruno MJ, F Voor In 't Holt A, Buijs JG, Poley JW, Loeve AJ, Severin JA, Abel LF, Smit BJ, de Goeij I, Vos MC. Withdrawal of a novel-design duodenoscope ends outbreak of a VIM-2-producing *Pseudomonas aeruginosa* Endoscopy. 2015; 47(6): 493-502.
- 5.) Kola A, Piening B, Pape U-F, Veltzke-Schlieker W, Kaase M, Geffers C, Wiedenmann B, Gastmeier P. An outbreak of carbapenem-resistant OXA-48 – producing *Klebsiella pneumonia* associated to duodenoscopy. Antimicrobial Resistance and Infection Control 2015; 4:8
- 6.) Beilenhoff U. ERCP and reprocessing in focus: what can we do to prevent or manage infection outbreaks? Endoscopy 2015; 47(6): 483-485.
- 7.) Olympus. Urgent safety notification. Important updated labelling information. New reprocessing instruction for the Olympus TJF-Q180V duodenoscope. March 26, 2015.  
[http://medical.olympusamerica.com/sites/default/files/pdf/150326\\_TJF-Q180V\\_Customer\\_letter.pdf](http://medical.olympusamerica.com/sites/default/files/pdf/150326_TJF-Q180V_Customer_letter.pdf)

8.) FDA. Updated Information for Healthcare Providers Regarding Duodenoscopes.  
March 4, 2015.

<http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/DeviceRegulationandGuidance/ReprocessingofReusableMedicalDevices/UCM436588.pdf>

9.) Olympus Europa. Code of ethics & business conduct.

[http://www.olympus.de/corporate/rmt/media/corporate\\_1/about\\_olympus/code\\_of\\_ethics/code\\_of\\_ethics\\_6/German\\_CoE\\_6th\\_Version\\_2014\\_01\\_14\\_final.pdf](http://www.olympus.de/corporate/rmt/media/corporate_1/about_olympus/code_of_ethics/code_of_ethics_6/German_CoE_6th_Version_2014_01_14_final.pdf)