



Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

Zitierbare Quelle: Z Gastroenterol Supplement 3, September 1999

Endoskopische Terminologie – Ergebnis eines Konsensusprojektes

Leitlinie der Dt. Ges. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

Vorwort

Um die Fülle an ständig neuen klinischen Informationen dem praktisch tätigen Arzt besser zugänglich zu machen, wurden in den letzten Jahren auch im Bereich der Gastroenterologie eine Reihe von Leitlinien formuliert. Diese Entwicklung wird überwiegend positiv, jedoch vereinzelt auch kritisch beurteilt. Aus folgenden Überlegungen heraus erschien uns die Erarbeitung einer Leitlinie „Endoskopische Terminologie“ sinnvoll und notwendig: Der schriftliche Befund ist nach wie vor wesentlicher Dokumentationsstandard in der Endoskopie. Trotz immenser Fortschritte in der technischen Entwicklung von Endoskopen und trotz der weiten Verbreitung endoskopischer Untersuchungsmethoden existieren bisher keine verbindlichen Begriffe zur Beschreibung der festgestellten Veränderungen. Eine allgemeinverbindliche endoskopische Terminologie ist Voraussetzung für einen Befundungsstandard und insbesondere für computergestützte Befundstrukturen. Darüberhinaus ist durch eine Terminologie ein intensivierter Datenaustausch und eine Reduzierung von Wiederholungsuntersuchungen zu erwarten. Insgesamt wird eine allgemeine Qualitätsverbesserung angestrebt.

Anknüpfend an die von der ESGE (European Society of Gastro-Intestinal Endoscopy) formulierte „Minimal Standard Terminology“ (MST) wurde deshalb eine anwendungsbezogene, für textgenerierende EDV-Strukturen geeignete Terminologie konzipiert. Die von M. Classen und T. Rösch initiierte Münchner Arbeitsgruppe Gastroenterologie (MAG) bot den geeigneten Rahmen für eine Expertenrunde zu regelmäßigen Konsensusgesprächen. Durch die Zusammenarbeit mit der DGVS und bundesweiten Referenzzentren konnte das Projekt als überregionaler Standard angelegt werden.

Die Leitlinie „Endoskopische Terminologie“ wendet sich an alle gastrointestinal-endoskopisch tätigen Ärzte. Darüberhinaus soll sie den Firmen als Grundlage zur Umsetzung in EDV-Befundungsstrukturen dienlich sein. Die bisherigen Erfahrungen legen nahe, praktikable EDV-Systeme in enger Kooperation zwischen EDV-Spezialisten und Gastroenterologen zu erstellen.

Wir möchten an dieser Stelle allen beteiligten Kollegen für ihre kritische und konstruktive Mitarbeit danken. Ohne ihr Engagement und ihre Konsensusbereitschaft wäre die Realisierung des Projektes nicht denkbar gewesen. Die Publikation der Leitlinie Endoskopische Terminologie in der „Zeitschrift für Gastroenterologie“ wurde unterstützt durch die Firmen E u. L Computer-Systeme GmbH, Fujinon (Europe) GmbH, Imagotech Systems GmbH, Olympus Optical Co. (Europe), Pentax Handelsgesellschaft GmbH sowie ViewPoint Bildverarbeitungs-GmbH. Wir danken den Sponsoren.

W. Heldwein T. Rösch

Für die gastroenterologische Endoskopie existiert derzeit kein zur Nachbefundung geeigneter Bilddokumentationsstandard, wie wir ihn von röntgenologischen Schnittbildverfahren kennen. Zentrales Dokument ist nach wie vor der schriftliche Befund. Wünschenswert im Sinne der Qualitätssicherung ist deshalb ein Standard der schriftlichen Befundung. Entsprechende Bemühungen haben auch im Hinblick auf die Anwendung der EDV in der Endoskopie aktuell an Bedeutung gewonnen.

Ausgangssituation

Ein Befundungsstandard basiert auf allgemeinverbindlichen Begriffen, d. h. auf einer Terminologie. 1994 wurde von der ESGE eine „Minimal Standard Terminology“ (MST) vorgelegt, die als Grundlage die OMED-Klassifikation benutzte (1, 2). Sie war mit dem Ziel entstanden, eine minimale Liste von Begriffen zu definieren, die ohne große Schwierigkeiten in jedes EDV-System zur Erstellung von Befundberichten implementiert werden kann. Damit sollte in erster Linie eine Qualitätsverbesserung der Befundung bewirkt werden.

Obwohl diese Terminologie in der Folge weltweit von verschiedenen Gremien anerkannt wurde, war die praktische Anwendung und ihre Verbreitung in Kliniken und Endoskopiepraxen bisher nicht im erwarteten Umfang erfolgreich. Gründe dafür könnten sein, daß die Terminologie zwar im Konsens eines internationalen Experten-Komitees entstand, jedoch nicht ausreichend mit den nationalen Gesellschaften und den praktisch ausführenden Ebenen abgestimmt wurde, daß zum anderen der Aufbau der Terminologie anwenderfreundlicher gestaltet werden könnte und nicht zuletzt, daß der Umfang der definierten Befundmerkmale vielfach keine ausreichend genaue und variable Beschreibung der beobachteten Veränderungen in strukturierter Form zuläßt.

Aus diesen Überlegungen heraus entstand im Rahmen der Münchner Arbeitsgruppe Gastroenterologie (MAG) ein Arbeitskreis „Endoskopische Terminologie“. Fünfzehn klinische und ambulante gastroenterologische Zentren aus dem Raum München nehmen daran teil. Nach Vorlage eines ersten Terminologieentwurfes für die Ösophagogastroduodenoskopie wurde das Projekt in Zusammenarbeit mit der DGVS und weiteren 15 von der Gesellschaft ernannten bundesweiten Zentren als Qualitätssicherungsmaßnahme fortgeführt. Ziel des Projektes war, einen allgemeinverbindlichen, überregionalen, praktikablen Terminologiestandard als Grundlage für textgenerierende EDV-Versionen zu erstellen. Alle damals repräsentativen Firmen für Endoskopie-EDV (Olympus, Fujinon, Pentax und ViewPoint) waren angesprochen worden, an dem Projekt teilzunehmen. Letztlich entstand eine Zusammenarbeit nur mit einer Firma (ViewPoint).

Vorarbeiten

Bei der Erstellung der Terminologie wurde auf Kompatibilität mit der MST geachtet, d. h. alle Begriffe wurden unverändert übernommen. Der Aufbau der Terminologie wurde jedoch in folgenden Punkten komprimiert und für eine EDV-Anwendung praktikabler gestaltet:

1. Die Struktur der MST gliedert sich in Befunde (Terms) mit einer unterschiedlichen Anzahl von Attributen und in abschließende endoskopische Diagnosen. Befunde und endoskopische Diagnosen wurden wegen weitgehender Überlappung zusammengefaßt und nach zu erwartender Häufigkeit als übergeordnetes Menü vorangestellt.
2. Die Befunde (Terms) sind in der MST Überbegriffen (Lumen, Mukosa, Inhalt, erhabene, flache und exkavierte Läsionen) zugeteilt, die der inhaltlichen Struktur im Sinne einer systematischen Gliederung, nicht aber der praktischen Umsetzung dienlich sind. Auf diese Überbegriffe wurde verzichtet. Sie können jedoch, wenn gewünscht, auswertbar im EDV-Programm hinterlegt sein, ohne sichtbar zu erscheinen.
3. In der Ausformulierung des schriftlichen Befundberichtes müssen Befundbeschreibung und abschließende Diagnose getrennt werden. Die EDV-Struktur soll ermöglichen, daß aus der übergeordneten Diagnose und den zugehörigen Attributen abschließende, differenzierte endoskopische Diagnosen automatisch erstellt werden. Entsprechende Diagnosen sind in der Terminologie festgelegt.

Konsensusprojekt

Um mit einem Terminologiestandard eine möglichst breite Akzeptanz zu erzielen, sollte die Konsensusgruppe den potentiellen Kreis der Anwender möglichst weitgehend repräsentieren. Im Arbeitskreis der MAG sind deshalb Gastroenterologen aus Universitätskliniken, städtischen Kliniken der Maximalversorgung, Kliniken der Grundversorgung und gastroenterologischen Spezialpraxen, d. h. aus allen Versorgungsebenen, beteiligt. Dieser regionale Zirkel gewährleistet eine enge Kommunikation mit regelmäßigen Diskussionsrunden. Mit den von der DGVS ernannten bundesweiten Zentren sollte das

Terminologie-Projekt als überregionaler Standard angelegt werden. Alle beteiligten Gastroenterologen besitzen langjährige Erfahrung in der Durchführung endoskopischer Methoden und in der Ausbildung. Konsensusleitlinien werden im wesentlichen anhand von aktuellen Literaturdaten und Diskussionsergebnissen erstellt (3). Der Ablauf orientiert sich häufig am Muster des NIH-Konsensusprozesses (4). Nach Darstellung der aktuellen Literaturergebnisse zu den Fragestellungen folgt eine Diskussionsrunde, u. U. mit Einbeziehung eines Plenums. Die Konsensus-Statements werden dann in Zirkeln vorbereitet, in einer abschließenden Konferenz mit der Möglichkeit von Modifikationen festgelegt und in einer Publikation allgemein verfügbar gemacht. In der Regel befassen sich Konsensuskonferenzen mit einer definierten Fragestellung, die in einer durchgehenden Phase von 1,5–2,5 Tagen erarbeitet werden kann. Im vorliegenden Terminologieprojekt mußte aus zwei Gründen eine modifizierte Vorgehensweise gewählt werden:

1. Es konnte nur auf eine begrenzte Literatur zurückgegriffen werden. Die Verwendung von beschreibenden Begriffen beruht auf Gewohnheiten, auf Vermittlung durch bestimmte klinische Schulen, die auch in entsprechenden Standardwerken zum Ausdruck kommen, auf regional und überregional akzeptierten Klassifikationen (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) und auf bereits bestehenden Konsensusergebnissen (1, 2). Einzelne lokale Umsetzungen legen die OMED-Klassifikation zugrunde (15, 16). Im wesentlichen war für das Terminologieprojekt ein Konsens nur durch inhaltliche Auseinandersetzung in Diskussionsrunden zu erreichen. Dabei sollten einmal die Teilnehmer die kontroversen Gesichtspunkte repräsentieren, zum anderen ausreichend Zeit gegeben sein, um zu einem möglichst einstimmigen Ergebnis zu kommen. Nur so ist in der Folge eine breitere Akzeptanz der Terminologie zu erwarten.
2. Das Thema des vorliegenden Projektes war zwar klar umrissen, der Umfang des Projektes jedoch zu groß, um in einer durchgehenden Konferenz mit gesamter Besetzung zu einem Konsens zu kommen. Es wurde deshalb ein zweistufiges Konsensusverfahren mit dazwischengeschaltetem Test angewandt. Dieses Vorgehen erfolgte getrennt für die Bereiche Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie und ERCP.
 - Im regionalen Arbeitskreis der MAG wurde in zahlreichen Diskussionsrunden ein erweiterter, für die Erstellung von differenzierten Textbausteinen geeigneter Terminologievorschlag für die häufigen und wichtigen Diagnosen erarbeitet.
 - Für den Test erfolgte die Umsetzung in eine text generierende EDV-Struktur. Diese Form des Tests wurde bewußt gewählt, da ein Terminologiestandard derzeit nur als EDV-Struktur akzeptabel und praktikabel erscheint. Mit einem halbstrukturierten Erhebungsbogen konnten Einwände und Verbesserungsvorschläge sowohl für die Terminologie als auch für die EDV-Realisierung von allen beteiligten Zentren systematisch erfaßt werden.
 - Anhand der Testergebnisse wurde in einer abschließenden Konsensuskonferenz eine endgültige Version zur Vorlage bei der DGVS erstellt. Die Beschlüsse erfolgten einstimmig bzw. mit einer Zustimmung von mindestens 90%.

Terminologie und EDV

Die Realisierung einer endoskopischen Terminologie und ihre Umsetzung in eine EDV-Struktur hängen eng miteinander zusammen. Voraussetzung für eine EDV-Struktur ist eine entsprechende allgemeinverbindliche Begriffstruktur (Terminologie), die breite Anwendung einer Terminologie ist andererseits nur in Form einer textgenerierenden EDV-Struktur mit einem für den Anwender erkennbaren Nutzen erfolgversprechend (17). Im Hinblick auf eine EDV-Anwendung gelten für den zugrundeliegenden Terminologiestandard zwei wesentliche Bedingungen:

1. Die Terminologie inklusive Vorschlägen für die Programmgestaltung sollte in einem breiten, repräsentativen Konsens definiert werden. Damit soll gewährleistet werden, daß nicht für jedes Zentrum eine eigene EDV-Version erstellt werden muß und sich der programmtechnische Aufwand in vertretbaren Grenzen hält.
2. Von Auswahl und Umfang der Befundbegriffe hängt ab, ob die automatischen Texte ausreichend

differenziert, variabel und genau sind und damit in der Mehrzahl der Fälle nicht nachträglich ergänzt oder geändert werden müssen. Die diesbezüglichen bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß derartige Textbausteine einen relativ großen Umfang an Befundmerkmalen voraussetzen. Die Bedienung zusätzlicher Felder in einer entsprechend umfangreicheren EDV-Befundstruktur spielt eine untergeordnete Rolle gegenüber dem Zeitaufwand für eine abschließende Textänderung im Editor.

Im vorliegenden Terminologieprojekt zeigte sich, daß diese enge formale und inhaltliche Verflechtung von Terminologie und EDV in vielen Details berücksichtigt werden muß. Entsprechend hat sich auch der vielfach geäußerte Standpunkt, daß jede Firma mit der existierenden Terminologie-Version das ihr gemäß anstellen könnte, als nur begrenzt durchführbar erwiesen. Von ärztlicher Seite bestehen Schwierigkeiten im Verständnis für Programmstrukturen, bei EDV-Fachleuten dagegen für den Inhalt und die Ambivalenz der Begriffe sowie für den logischen Zusammenhang einer Terminologie. Die Erstellung praktikabler EDV-Systeme ist deshalb nur in enger Kooperation zwischen EDV-Spezialisten und Gastroenterologen möglich. Um vergleichbare, standardisierte und konsensfähige Umsetzungen zu erzielen, sollten die Fachgesellschaften beteiligt sein. Aus diesen Überlegungen heraus wurden in den Konsensuskonferenzen eine Reihe von konkreten Vorschlägen für die Gestaltung von EDV-Strukturen zur Befundbeschreibung diskutiert und beschlossen:

1. Um die Befunddokumentation möglichst rasch und einfach durchführen zu können, sollten alle Diagnosen eines Organs auf einem Bildschirmformat übersichtlich aufgelistet sein. Ebenfalls sollten nach Anwählen einer Läsion alle Attribute auf einem Bildschirmformat erscheinen.
2. Variable Listen (z. B. Prämedikation, Stent-Typen etc.) sollten vom Anwender selbst belegt werden können.
3. Die benutzten Klassifikationen sollten mit Namen der Autoren aufgeführt und die Definitionen den entsprechenden Graduierungen mit Text hinterlegt werden.
4. Aus der Befundstruktur sollte automatisch eine endoskopische Diagnose generiert und ausgedruckt werden. Darin sollten Gesichtspunkte wie Lokalisation, Aktivität und Ausdehnung der Veränderungen sowie Stenosierung enthalten sein. Außerdem sollten postoperative Zustände, durchgeführte endoskopisch therapeutische Maßnahmen und der ICD-Schlüssel in der abschließenden Beurteilung enthalten sein.
5. Um verschiedene Anwendergewohnheiten zu berücksichtigen, sollte die Möglichkeit eines EDV-Programmes genutzt werden, bestimmte Diagnosen an mehreren Stellen aufzuführen, programmtechnisch und in der statistischen Auswertung jedoch an einem Platz abzulegen:
 - Varizen (Ösophagusvarizen und ösophagogastrische Varizen werden im Ösophagus und Magen jeweils gemeinsam aufgeführt)
 - Kardial-Ca (erscheint bei Magen-Ca und Ösophagus-Ca)
 - Barrett-Ösophagus (erscheint unter Refluxösophagitis IV und als eigene Diagnose im Hauptmenü)
 - Stenose (erscheint als intrinsische Stenose unter verschiedenen benignen und malignen Erkrankungen und im Hauptmenü als Kompressionsstenose)
 - Fistel (erscheint im Hauptmenü unter seltenen Diagnosen und z. B. bei Malignomen und M. Crohn)
6. In einem Editor sollten Ergänzungen und Änderungen des strukturierten Textes möglich sein.
7. Als qualitätssichernde obligate Menüs sollten abgefragt und dokumentiert werden:
 - a. Vollständigkeit der Untersuchung mit Begründung der Unvollständigkeit
 - b. Röntgendurchleuchtung (Dauer, Dosis)
 - c. akute Komplikationen
8. Im Befundbericht sollte bei „Gerätetyp“ der Durchmesser in Millimeter angegeben werden, da nur so

die bei Stenosen aufgeführten Attribute „passierbar, nicht passierbar“ exakt beurteilt werden können.

9. Das Programm sollte eine Leistungserfassung beinhalten.
10. Für wissenschaftlich tätige Zentren:
 - a. spezielles Menü zur Kennzeichnung von Patienten bestimmter Studien, die auch eine Suchfunktion beinhaltet
 - b. evtl. zusätzliche Datenbank, in der für die jeweiligen Studienpatienten bestimmte Protokollmerkmale zusätzlich definiert und eingegeben werden können.

Erwartete positive Effekte des Terminologiestandards als EDV-Struktur

Durch die Umsetzung eines Terminologiestandards in eine textgenerierende EDV-Befundstruktur sind eine Reihe von positiven Effekten zu erwarten.

- Einhaltung des Terminologiestandards (18)
- Überprüfbare Verbesserung der Befundqualität durch Genauigkeit und Vollständigkeit der Befundbeschreibung sowie durch Vergleichbarkeit der Befundberichte
- Voraussetzung für statistische Analyse
- Erleichterung und weitgehende Automatisierung der Befunderstellung
- Verbesserung der Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Bereich und Reduzierung von Wiederholungsuntersuchungen

Vereinbarungen mit der ESGE:

1. Die Begriffe der MST werden sämtlich übernommen.
2. Veränderungen und Streichungen von Begriffen aus der MST sollen in Absprache mit der ESGE erfolgen.
3. Die Erweiterungen in der DGVS-Version sollen mit der ESGE diskutiert werden und nach Möglichkeit in die ESGE-Terminologie eingebracht werden.

Zukünftige Optionen

1. Update-Version

Das vorliegende Terminologieprojekt ist als dynamischer Prozeß zu verstehen. Aus dem Kreis der Anwender sind insbesondere in der ersten Anwendungsphase zahlreiche Verbesserungsvorschläge und Einwände zu erwarten. Diese sollen in einer Fragebogenaktion systematisch erfaßt werden. Entsprechende Umsetzungen sollen von der Projektgruppe zu einer Update-Version verabschiedet werden.

2. Bildevaluation

Der verbale Terminologiestandard ist ein erster wesentlicher Schritt, garantiert jedoch nicht, daß wirklich alle Anwender mit dem jeweiligen Begriff dieselben visuellen Vorstellungen verbinden. Deshalb ist in einem weiteren Konsensusverfahren geplant, ausgewählte Bilder zu den jeweiligen Befundmerkmalen zu sammeln, von der Projektgruppe beurteilen und diskutieren zu lassen und wiederum Konsensusergebnisse zu erstellen. Die entsprechenden Bilder sollen in einem weiteren Schritt in der EDV- Terminologieversion als Referenzbilder hinterlegt werden.

3. Erarbeitung eines Bilddokumentationsstandards mit gespeicherten Standbildern und bewegten Sequenzen

Derzeit können Standbilder vom Videoendoskop im Rechner abrufbar gespeichert werden. Noch informativer und auch für die Nachbefundung geeigneter wären bewegte Bildsequenzen. Solche können zwar auf Videoband erstellt werden, Archivierung, Zugriff und Bearbeitung derartiger Dokumente sind jedoch wenig anwenderfreundlich. Für digitale Speichermedien fehlen geeignete

technische Standards, die erarbeitet werden sollen.

Terminologie Teil I

Ösophagogastroduodenoskopie

<p><u>Probeexzision</u></p> <p><u>Röntgendurchleuchtung</u></p> <p>Untersuchungsmodus</p> <p><u>Elektiv</u> <u>Notfall</u></p> <p>Indikationen</p> <p><u>Symptome</u> <u>Erkrankungen I</u> <u>Erkrankungen II</u></p> <p><u>Normale Anatomie</u></p> <p>Postoperative Anatomie</p> <p><u>Ösophagus</u> <u>Magen</u> <u>Duodenum</u></p>	<p><u>Ösophagus</u></p> <p><u>Hiatushernie</u> <u>Refluxösophagitis</u> <u>Barrett-Ösophagus</u> <u>Andere Ösophagitiden</u> <u>Polyp</u> <u>Submuköser Tumor</u> <u>Malignom</u> <u>Varizen</u> <u>Downhill-Varizen</u> <u>Mallory-Weiss-Riß</u> <u>Kompressionsstenose</u> <u>Divertikel</u> <u>Ektope Magenschleimhaut</u> <u>Ösophagus-Ring</u> <u>Ulkus</u> <u>Ulkusnarbe / Ulcus</u> <u>Dieulafoy</u> <u>Glykogenakanthosen</u> <u>Seltene Diagnosen</u> <u>Sonstige Diagnosen</u></p> <p><u>Magen</u></p> <p><u>Flache Erosion</u> <u>Erhabene Erosion (Papel)</u> <u>Schleimhauterythem</u> <u>V.a. Schleimhautatrophie</u> <u>Ulkus</u> <u>Ulkusnarbe / Ulcus</u> <u>Dieulafoy</u> <u>Polyp</u> <u>Submuköser Tumor</u> <u>Malignom</u> <u>Varizen / V.a. portalhypertensive Gastropathie</u> <u>Riesenfalten</u> <u>Angiektasie /</u> <u>Wassermelonenmagen</u> <u>Petechie</u> <u>Kompressionsstenose</u> <u>Blutung unklarer Ursache</u> <u>Seltene Diagnosen</u></p> <p><u>Duodenum</u></p>	<p><u>Endoskopische Therapie</u></p> <p><u>Injektionstherapie</u> <u>Gummibandligatur /</u> <u>Metall-Klipp</u> <u>Laser Nd-YAG 106,</u> <u>Argonplasmakoagulator,</u> <u>EHT-Sonde</u> <u>PEG / PEJ</u> <u>Bougierung / Polypektomie</u> <u>Ösophagus-Stent /</u> <u>Sondenplatzierung</u> <u>Pneumatische Dilatation</u> <u>bei Achalasie /</u> <u>Ballondilatation</u> <u>Fremdkörper / Afterloading</u> <u>/ Fistelverklebung /</u> <u>Drainage von Pseudozysten</u> <u>/ Andere (Freitext)</u></p> <p><u>Sofortkomplikationen</u></p>
--	---	--

	Ulkus Ulkusnarbe / Ulcus Dieulafoy Narbenbulbus Flache Erosion Erhabene Erosion (Papel) Schleimhauterythem V.a. Magenschleimhautektopie Polyp Submuköser Tumor Divertikel Malignom Kompressionsstenose Angiektasie Blutung unklarer Ursache Seltene Diagnosen Sonstige Diagnosen	
--	---	--

Terminologie Teil II

Koloskopie

<p><u>Probeexzision</u></p> <p><u>Röntgendurchleuchtung</u></p> <p>Untersuchungsmodus</p> <p style="padding-left: 20px;">Elektiv Notfall</p> <p>Indikationen</p> <p style="padding-left: 20px;">Symptome / Bedingungen Symptome / Bedingungen Proktoskopie Erkrankungen I Erkrankungen II</p> <p><u>Normale Anatomie</u></p> <p><u>Postoperative Anatomie</u></p>	<p><u>Colon: Endoskopische Diagnosen</u></p> <p style="padding-left: 20px;">Divertikulose V.a. Divertikulitis Polyp V.a. Polyposis-Syndrom (geschätzt > 100) Malignom Submuköser Tumor Nicht klassifizierbare Colitis Colitis ulcerosa Morbus Crohn Nicht determinierbare Form der chron. entz. Darmerkrankung Infektiöse Colitis Strahlen-Colitis Ischämische Colitis Andere Colitiden Blutung unklarer Ursache Angiodysplasie / Sonstige vaskuläre Läsionen Melanosis coli Rektum-Ulkus-Syndrom Seltene Diagnosen</p>	<p><u>Endoskopische Therapie</u></p> <p style="padding-left: 20px;">Polypektomie Injektionstherapie zur Blutstillung Metall-Klipp / Laser Nd-YAG 106 Argonplasmakoagulator (APC) / EHT-Sonde Gummibandligatur / Infrarotkoagulation Sklerosierungstherapie / Endoloop / Banding Inzision / Lokalanästhesie / Ballondilatation Fremdkörperentfernung / Bougierung / Dekompressionssonde / Metall-Stent / Andere (Freitext)</p> <p><u>Sofortkomplikationen</u></p>
---	---	--

	<p>Anus: Proktoskopische Diagnosen</p> <p>Hypertrophe Anal-Papillen Haemorrhoiden / Perianalthrombose V.a. Perianalabszess / Perianalekzem / Condylomata acuminata lata Marisken / Kryptitis / Analfissur / Fistel Rektummukosa-Prolaps / Vollwandprolaps V.a. Herpes simplex / V.a. venerische Erkrankungen / Malignom / Proctitis haemorrhagica / Iatrogene Läsionen / Andere (Freitext) Tastbefund</p>	
--	--	--

Terminologie Teil III

ERCP

<p><u>Probeexzision</u></p> <p><u>Röntgendurchleuchtung</u></p> <p>Untersuchungsmodus</p> <p>Elektiv Notfall</p> <p>Indikationen</p> <p>Symptome / Pathologische Laborwerte / Pathologische Bildbefunde zur Klärung Erkrankungen Vorgesehene Therapie</p> <p><u>Normale Anatomie</u></p>	<p><u>Duodenum - ERCP-assoziierte Befunde</u></p> <p>Iuxtapapilläres Duodenaldivertikel (IPDD) Schleimhautödem (und assoziierte Befunde) Duodenalstenose Papillenaspekt ERCP-assoziierte Befunde auf der Rö-Leeraufnahme</p> <p><u>Darstellung Gangsysteme</u></p> <p><u>Darstellung / Gangintubation</u></p> <p><u>Gallenwegsbefunde</u></p> <p>Normalbefund Gangsystem</p>	<p><u>Endoskopische Therapie</u></p> <p>Papillotomie / Sphinkteroplastie Steinentfernung Gallengang Steinentfernung Pankreasgang Ballondilatation / Sphinkteroplastie Bougierung Einlage Plastikstent Gallengang Stentwechsel / Stentverschluß I+II+III Stententfernung Einlage Metallstent Gallengang Einlage Plastikstent Pankreasgang Endoskopische Therapie aus Ösophagoduodenoskopie / Andere</p>
--	---	---

<p>Postoperative Anatomie</p> <p><u>Gastrointestinal</u> <u>Gallenwege</u> <u>Pankreas</u></p>	<p><u>Gallensteine</u> <u>Gallengangstenose</u> <u>Gallengangverschluss</u> <u>Papillenstenose (bei makroskopisch normaler Papille)</u> <u>Gangbefunde bei (peri)ampullärem Tumor</u> <u>Galleleckage / -fistel (vorbestehend)</u> <u>Primär sklerosierende Cholangitis</u> <u>Unklare / sekundäre Cholangitis</u> <u>Intrahepatische Gangveränderungen</u> <u>Leberabszeß</u> <u>Biliom</u> <u>Stentwechsel / Stentverschluß I+II+III</u> <u>Caroli-Syndrom</u> <u>Kongenitale Gallengangscyste</u> <u>Abnorme biliopankreatische Verbindung</u> <u>Z.n.</u> <u>Lebertransplantation</u> <u>Andere Anomalien / Polyp im Gallengang / Gallengangskompression / Parasiten / Gallenblasen-Tumor</u></p> <p><u>Pankreasgangbefunde</u></p> <p><u>Pancreas divisum</u> <u>Chronische Pankreatitis</u> <u>Befunde bei / nach (sub)akuter Pankreatitis</u> <u>Gangbefunde beim Pankreastumor</u> <u>Pankreaszyste</u> <u>Pankreasfistel</u> <u>Unklare Gangstenose (nicht chronische Pankreatitis)</u> <u>Pankreas annulare</u></p> <p><u>Erweiterte Diagnostik</u></p>	<p>Sofortkomplikationen</p> <p><u>Keine / Extravasat</u> <u>Perforation</u> <u>Blutung</u> <u>Komplikation durch Sedierung / Atemstillstand / Allergische Reaktion / Reanimation / Exitus / Andere</u></p>
---	---	---

Literatur

1. Crespi M, Delveaux M, Schapiro M, Venables C, Zwiebel F. Working Party Report by the Committee for Minimal Standards of Terminology and Documentation in Digestive Endoscopy of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Minimal Standard Terminology for Computerized Endoscopy Database. Am J Gastroenterol 1996; 96: 191–216
2. Maratka Z. Terminology, Definitions and Diagnostic Criteria in Digestive Endoscopy. Bad Homburg, Normed, 1994
3. Rotandi AJ, Kvetan V, Carlet J, Sibbald WJ. Consensus Conferences in Critical Care Medicine. Critical Care Clinics 1997; 13: 416–439
4. Selbmann HK. Kriterien für die Beurteilung von Konsensuskonferenzen in der Medizin. Fortschr Med 1992; 20: 377–378
5. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in Gastrointestinal Bleeding. Lancet 1974; 2: 394–396
6. Savary M, Miller G. Der Ösophagus. Lehrbuch und endoskopischer Atlas. Solothurn, Gassmann, 1977
7. Di Costanzo J, Noirellec M, Jouglard J, Escoffier JM, Cano N, Martin J, Gauthier A. New Therapeutic Approach to Corrosive Burns of the Upper Gastrointestinal Tract. GUT 1980; 21: 370–375
8. Siewert JR, Stein HJ: Adenocarcinoma of the Gastroesophageal Junction: Classification, Pathology and Extent of Resection. Dis Esoph 1996; 9: 173–182
9. Paquet, KJ. Prophylactic endoscopic sclerosing treatment of the esophageal wall in varices – A Prospective Controlled Randomized Trail. Endoscopy 1982; 14: 4–5
10. Japanese Research Society for Gastric Cancer. The general rules for the gastric cancer. Jpn J Surg 1973; 3: 61
11. Sarin KS, Lahoti D, Saxena SP, Nandguri SM, Makwana UK. Prevalence, Classification and Natural History of Gastric Varices: A Long-term Follow-up Study in 568 Portal Hypertension Patients. Hepatology 1992; 16: 1343–1349
12. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital Bile Duct Cysts: Classification, Operative Procedures, and Review of 37 Cases Including Cancer Arising from Choledochal Cyst. Am J Surg 1977; 134, 263–269
13. Kimura K, Otho M, Saisho H, Unozaawa T, Tsuchiya Y, Morita M, Ebara M, Matsutani S, Okuda K. Association of Gallbladder Carcinoma and Anomalous Pancreaticobiliary Ductal Union. Gastroenterology 1985; 89: 1258–1265
14. Axon AT, Classen M, Cotton PB, Cremer M, Freeny PC, Lees WR. Pancreatography in Chronic Pancreatitis: International Definitions. GUT 1984; 25: 1107–1112
15. Stölzing H, Birkner B, Lindlar R, Ohmann C, Zaczek R, Kuntzen O, Kaess H, Thon K, Lorenz W. Computerunterstützte Dokumentation bei der oberen gastrointestinalen Endoskopie: Erfahrungen bei der Routineanwendung in drei Kliniken. Z Gastroenterol 1989; 27: 667–675
16. Jacob U, Foerster EC, Stettin J, Schübbe H, Domschke W. Strukturierter Gastroskopie-Befundung: Ein Weg zur verbesserten Qualitätssicherung? Z Gastroenterol 1994 ; 32: 514–518
17. Kuhn K. Elektronische Bild- und Befunddokumentation in der Gastroenterologie. Internist 1993; 34: 261–267
18. De Dombal FT. Organization of Data Input – The Importance of Rapid/High Quality Data Collection. Endoscopy 1992; 24 Suppl. 2: 490–492

Verfahren zur Konsensbildung:

Teilnehmer des Terminologieprojektes

A) Arbeitskreis Endoskopische Terminologie der MAG

Dr. M. Brennenstuhl, Dr. O. Kuntzen, Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen (Prof. Dr. W. Schepp)
 Dr. B. Birkner, Gastroenterologische Fachpraxis
 Dr. B. Burlefinger, Dr. P. Ruckdeschel, Gastroenterologische Fachpraxis
 Dr. N. Frank, Städt. Klinik Augustinum München (Dr. N. Frank)
 PD Dr. Dr. M. Gross, Klinikum Innenstadt der LMU München (Prof. Dr. D. Schlöndorff)
 Dr. M. Härlin, KKH München-Pasing (Dr. J. Heinkelein)
 Prof. Dr. W. Heldwein, Klinikum Innenstadt der LMU München (Prof. Dr. P. C. Scriba)
 Dr. W. Höchter, Dr. J. Weingart, Gastroenterologische Fachpraxis
 Dr. W. Kilchenstein, Krankenhaus Rotes Kreuz, München (Prof. Dr. O. A. Müller)
 J. Klose, Klinikum Innenstadt der LMU München (Prof. Dr. P. C. Scriba)
 Dr. R. Mauerer, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder München (Prof. Dr. J. Wechsler)
 PD Dr. T. Rösch, Klinikum r. d. Isar der TU München (Prof. Dr. M. Classen)
 Prof. Dr. M. Sackmann, Dr. M. Weinzierl, Klinikum Großhadern München (Prof. Dr. G. Paumgartner)
 Dr. R. Sander, Städt. Krankenhaus München-Harlaching (Dr. H. Poesl)
 Dr. W. Schmidbauer, Zentralklinikum Augsburg (Prof. Dr. M. Wienbeck)
 Prof. Dr. W. Schmitt, Städt. Krankenhaus München-Neuperlach (Prof. Dr. W. Schmitt)
 Dr. J. Schreiner, Krankenhaus Dritter Orden, München (Dr. P. Weidinger)
 Dr. M. Strauch, Gastroenterologische Fachpraxis
 Dr. W. Wegele, Städt. Krankenhaus München-Schwabing (Dr. R. Wotzka)
 Prof. Dr. W. G. Zoller, Dr. T. Kawan, Klinikum Innenstadt der LMU München, Katharinenhospital Stuttgart (Prof. Dr. W. G. Zoller)

B) Bundesweite Zentren

PD Dr. J. C. Arnold, Klinikum der Stadt Ludwigshafen (Prof. Dr. J. F. Riemann)
 Dr. A. Fritscher-Ravens, Med. Universitätsklinik Bochum (Prof. Dr. W. Schmiegel)

PD Dr. L. Gossner, HSK Dr.-Horst-Schmidt-Klinik GmbH Wiesbaden (Prof. Dr. C. Ell)
Prof. Dr. K. E. Grund, Chir. Universitätsklinik Tübingen (Prof. Dr. Becker)
Dr. I. Hennen, IV. Med. Klinik der Universität Mannheim (Prof. Dr. V. Singer)
PD Dr. J. Hochberger, Dr. S. Mühlendorfer, Med. Universitätsklinik Erlangen (Prof. Dr. E. G. Hahn)
PD Dr. M. Keymling, Meininger Kliniken GmbH Meiningen (PD Dr. M. Keymling)
Dr. P. Koppe, Med. Universitätsklinik Jena (Prof. Dr. H. Bosseckert)
Dr. E. Lotterer, Med. Universitätsklinik Halle (Prof. Dr. W. E. Fleig)
Dr. P. N. Meier, Zentrum Innere Medizin der Univ. Hannover (Prof. Dr. M. P. Manns)
PD Dr. R. Nitsche, Med. Universitätsklinik Kiel (Prof. Dr. U. R. Fölsch)
Dr. C. Preiß, Evang. Krankenhaus Düsseldorf (PD Dr. H. Neuhaus)
Dr. W. Ruffe, Med. Klinik I., Klinikum Ludwigsburg (Prof. Dr. P. Fröhmer)
PD Dr. C. Scheuren, Med. Universitätsklinik Bonn (Prof. Dr. T. Sauerbruch)
Dr. H. Seifert, Zentrum Innere Medizin der Univ. Frankfurt (Prof. Dr. W. F. Caspary)
Dr. N. Städtler, Oskar-Ziethen-Krankenhaus Berlin (Prof. Dr. H.-J. Schulz)
Dr. C. Thaler, Allgm. Krankenhaus Altona Hamburg (Prof. Dr. F. Hagenmüller)
Dr. C. Moser, Med. Universitätsklinik Homburg (Prof. Dr. M. Zeitz)
Dr. F. Zwiebel, Med. Universitätsklinik II, Charité Berlin (Prof. Dr. K. Possinger)

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. W. Heldwein
Klinikum Innenstadt der LMU
Ziemssenstr. 1
30336 München

Erstellungsdatum: 1999

Überprüfung geplant:

Zurück zur [Liste der QS-Empfehlungen](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Textfassung: 1999

© Dt. Ges. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

Elektronische Publikation im Auftrag der Dt. Ges. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten: AWMF online

HTML-Code optimiert: 17.08.00 13:51:41