

**Jahrespressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)**

Termin: Donnerstag, 17. Februar 2022, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: online

Link zur Anmeldung: <https://attendee.gotowebinar.com/register/1123593551199683851>

Vorläufige Themen und Referenten:

**Warum ist so wenig möglich? Die Grenzen der Inneren Medizin in der ambulanten
Versorgung**

Professor Dr. med. Markus M. Lerch

Vorsitzender der DGIM 2021/2022 und Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender LMU
Klinikum München

Grenzen von gestern? Sektorengrenzen in der Inneren Medizin überwinden

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Hausärztliche Internistinnen und Internisten – entscheidend für die ambulante Versorgung

Dr. med. Marcel Schorrlepp

Hausärztlicher Internist aus Mainz und Sprecher der DGIM-Arbeitsgruppe Hausärztliche
Internisten

**Eingriffe in der Facharztpraxis: Sind ambulante endoskopische Operationen an Galle, Darm
oder Magen möglich?**

Professor Dr. med. Jörg G. Albert

Leiter der Abteilung für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie am Robert-Bosch-
Krankenhaus, Stuttgart

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle der DGIM, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle – Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-313 / Fax: 0711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev | www.kongress.dgim.de

Pressemitteilung

DGIM-Experten diskutieren auf Jahrespressekonferenz

Wie der Abbau von Sektorengrenzen die Patientenversorgung verbessern kann

Wiesbaden, 17. Februar 2022 – Um eine hochwertige, patientenzentrierte Krankenversorgung auch in Zukunft sicher zu stellen, müssen regulatorische Schranken zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und dem Krankenhaussektor abgebaut werden. Denn restriktive Regelungen zum Austausch von Behandlungsdaten oder unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten erschweren Abläufe in der Patientenversorgung unnötig. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) hin. Auf der heutigen Jahrespressekonferenz der DGIM diskutieren Experten der Fachgesellschaft die Frage, ob die strikte Trennung von ambulantem und stationärem Sektor heute noch zeitgemäß ist und welche alternativen Modelle stattdessen sinnvoll sein könnten.

Der demografische Wandel aber auch medizinischer Fortschritt tragen dazu bei, dass der Anteil Älterer in unserer Gesellschaft seit Jahren steigt. Schon heute sind 20 Prozent der Bevölkerung in Deutschland älter als 66 Jahre. „Diese Entwicklung verdanken wir unter anderem einem allgemein zugänglichen und akzeptierten Gesundheitssystem“, stellt Professor Dr. med. Georg Ertl, Internist und Kardiologe aus Würzburg sowie Generalsekretär der DGIM fest. Mit dem Alter steigt allerdings auch das Risiko für altersbedingte Erkrankungen. Häufig handelt es sich dabei um internistische Erkrankungen. In der Behandlung ist oft eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen und in unterschiedlichen Einrichtungen gefragt. Ein Beispiel dafür ist die chronische Herzinsuffizienz. „Oft tritt die chronische Herzinsuffizienz mit Folge- oder Begleiterkrankungen auf, etwa Bluthochdruck oder Diabetes mellitus“, erklärt der Experte.

Von der Erstdiagnose in der Hausarztpraxis über den niedergelassenen Kardiologen bis hin zum Herzchirurgen begegnen Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz oft mehreren Ärztinnen und Ärzten. „Ein Problem mit den Sektorengrenzen sind unter anderem die restriktiven Vorgaben zum Datenaustausch zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern“, meint Ertl. So könne ein niedergelassener Facharzt Behandlungsdaten nicht direkt in digitaler Form

an seine Kollegen im Krankenhaus schicken. „Das kann zu Mehrfachuntersuchungen führen, die für unsere Patienten belastend sind und vermeidbare Kosten verursachen“, so der Experte. Ein Grund dafür ist, dass ambulante Leistungen über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), stationäre Leistungen im Krankenhaus jedoch über das Fallpauschalensystem (DRG-System) abgerechnet werden. Gerade in ländlichen Regionen mit geringer Haus- und Facharzt-Dichte bereitet die strikte Trennung der Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen Probleme. Dort könnten kleinere Krankenhäuser die Infrastruktur für ambulante Leistungen bieten, also Haus- und Facharztpraxen beherbergen, andererseits in der Praxis tätige Ärzte sich an der stationären Grundversorgung beteiligen.

Eine Alternative zum aktuellen Vergütungssystem könnten beispielsweise sogenannte Regionalbudgets sein, aus denen die Leistungen sowohl der Niedergelassenen als auch der Krankenhäuser einer Region finanziert werden. „Um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung überall in Deutschland zu gewährleisten, brauchen wir dringend Finanzierungsmodelle, die eine Integration ambulanter und stationärer Versorgung ohne ökonomische Grenzen erlauben“, resümiert Ertl.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-313

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev

Pressemitteilung

DGIM fordert: Internisten in der hausärztlichen Versorgung stärken

Wiesbaden, 17. Februar 2022 – Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte oder Adipositas: Viele Patientinnen und Patienten, die ihren Hausarzt aufsuchen, tun dies aufgrund von internistischen Erkrankungen. Entsprechend ihrer Weiterbildung sind hausärztliche Internistinnen und Internisten besonders qualifiziert, diese Patienten zu behandeln. Dennoch sind sie gegenüber Allgemeinmedizinern in vielen Punkten nach wie vor benachteiligt. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) hin. Vor dem Hintergrund, dass immer mehr Leistungen auch in der Inneren Medizin ambulant in den niedergelassenen Praxen statt stationär in Kliniken erfolgen sollen, müsse auch die Position der hausärztlichen Internisten gestärkt werden, fordern Experten der Fachgesellschaft anlässlich der heutigen Jahrespressekonferenz der DGIM. Dort sprechen die Experten darüber, welche Rolle Hausärztinnen und Hausärzte in einer vorwiegend ambulanten Versorgung einnehmen müssen.

Obwohl Internisten seit jeher hausärztlich tätig sind, sind sie gesundheitspolitisch Hausärzten mit Weiterbildung in Allgemeinmedizin nicht immer gleichgestellt. „Benachteiligungen bestehen etwa bei der Förderung von Weiterbildungsassistenten“, erklärt Dr. med. Marcel Schorrlepp, hausärztlicher Internist aus Mainz. Auch manche Programme zur Förderung der landärztlichen Versorgung schließen hausärztliche Internistinnen und Internisten explizit aus. „Diese Regelung ist vor dem Hintergrund des zunehmenden Mangels an Landärzten nicht nachvollziehbar“, so Schorrlepp. Der DGIM-Experte wertet es daher als ermutigendes Signal, dass der hessische Landtag kürzlich ein Gesetz beschlossen hat, welches vorsieht, die Landarztquote für Medizinstudienplätze nicht mehr zwingend an eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin zu koppeln, sondern sie auch für eine Weiterbildung im Bereich der Inneren Medizin zu öffnen.

In Deutschland übernehmen Internisten bereits rund ein Drittel der hausärztlichen Versorgung, mit steigender Tendenz. „In der Primärversorgung war die internistische Expertise schon immer sehr wertvoll“, betont Schorrlepp. „Und sie wird in Zukunft noch häufiger gefragt sein.“ Denn Hausärzte betreuen immer komplexere Krankheitsbilder,

Multimorbidität wird in der alternden Bevölkerung zur Regel. Gleichzeitig werden die Wartezeiten für einen Facharzttermin immer länger. Hier komme es den Patienten direkt zugute, wenn der internistisch weitergebildete Hausarzt hochqualifizierte weitere Diagnostik und Therapie durchführen könne, etwa eine Ultraschalluntersuchung, die endokrinologische Einordnung von Labordaten oder die komplette Betreuung einer Schilddrüsenerkrankung. „Bereits heute erbringen hausärztliche Internistinnen und Internisten neben der alltäglichen Primärversorgung viele internistische Leistungen quasi gratis“, so der Mainzer Hausarzt.

Auch mit Blick auf das gesundheitspolitische Ziel, dass mehr Leistungen ambulant statt stationär erbracht werden sollen, hält es Schorrlepp daher für dringend geboten, dass Förderprogramme und Gesetze, die den hausärztlichen Bereich betreffen, künftig auch Förderungen für hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten vorsehen. „Die Gleichstellung hausärztlicher Internistinnen und Internisten mit allgemeinmedizinischen Kolleginnen und Kollegen wäre ein wichtiger Schritt, der in Zukunft die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung zugutekommt“, so Schorrlepp.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-313

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev

REDEMANUSKRIFT

Warum ist so wenig möglich? Die Grenzen der Inneren Medizin in der ambulanten Versorgung

Professor Dr. med. Markus M. Lerch, Vorsitzender der DGIM 2021/2022 und Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender LMU Klinikum München

Die Gesundheitspolitik führt aktuell verschärfte Regeln dafür ein, dass ambulante medizinische Leistungen nicht mehr im stationären Bereich der Krankenhäuser erbracht werden sollen. Das ist international längst der Standard und medizinisch sinnvoll. Dem stehen in Deutschland zwei Faktoren im Wege: Die Sektorengrenze mit vollständig getrennter ambulanter und stationärer Versorgung, in dem Krankenhäuser nur in Ausnahmefällen ambulant arbeiten dürfen und die Finanzierung der ambulanten Leistung, die bisher zur stationären Einweisung von Patienten mit schon leicht erhöhtem medizinischen Risiko, mit Komorbiditäten oder für komplexere Eingriffe geführt hat.

Das deutsche Gesundheitssystem ist in Europa relativ einmalig in Bezug auf seine komplette Trennung zwischen der ambulanten Versorgung und der stationären Versorgung in Krankenhäusern. Nicht nur arbeiten beide Systeme in komplett getrennten Budgets, sondern auch unter den Vorgaben unterschiedlicher Rechtsordnungen für den ambulanten und stationären Sektor. Der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser ist es nicht gestattet, sich an der ambulanten Versorgung zu beteiligen und umgekehrt hat die überwiegende Zahl der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, insbesondere auch der niedergelassenen Fachärzte, keine Belegungsrechte für ihre Patienten im Krankenhaus. Dies erschwert jede Durchgängigkeit der Patienten von einem System ins andere in erheblichem Umfang. Die Vermutung, dass dies erhebliche Effizienzeinbußen im deutschen Gesundheitssystem nach sich zieht, wird durch die Tatsache gestützt, dass pro Kopf der Bevölkerung in Deutschland zwei- bis dreimal so viele Ärzte tätig sind wie in vergleichbaren Ländern. Darüber hinaus besteht der Anspruch, eine flächendeckende Versorgung sowohl mit niedergelassenen Praxen als auch mit vorgehaltenen Krankenhäusern sicherzustellen, was die Gesundheitspolitik trotz der hohen Zahl von 1900 Krankenhäusern in Deutschland nicht mehr gewährleisten kann. Wie weit diese Sektoren dennoch aufeinander angewiesen sind, zeigt sich am Beispiel der Schließung des Krankenhauses Hersbruck in Franken, einem Krankenhaus der Grundversorgung mit 60 Betten und drei Fachabteilungen, das wirtschaftlich nicht mehr führbar war und von seinem Träger geschlossen wurde. Es war keineswegs so, dass ein Teil der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen jetzt ambulant durch die niedergelassenen Kollegen erbracht wurden, sondern sechs der niedergelassenen Kollegen verlegten ihren Praxissitz an den Ort des nächstgelegenen Krankenhauses und eine Praxis wurde für immer geschlossen.

Alternative Lösungen, in denen ambulante integrierte Gesundheitszentren oder intersektorale Gesundheitszentren die ambulante Leistung erbringen, aber gleichzeitig Pflegeleistungen auch ohne permanente Arztanwesenheit erbracht werden können, sind in anderen Ländern längst der Standard, scheitern in Deutschland aber regelmäßig daran, dass sich die Interessenvertreter der unterschiedlichen Budgets für Praxen und Krankenhäuser nie auf eine entsprechende Beteiligung aus den jeweiligen Budgets einigen können.

Ambulant werden in Deutschland von fachärztlicher Seite in der Regel Leistungen erbracht, die gut standardisierbar sind und nicht mit Risiken oder Komplexität für Patienten verbunden sind und deshalb ohne hohe Vorhaltekosten leicht erbracht werden können. Dies spiegelt sich in den Erstattungsbeträgen für ambulante Praxen wider, die deutlich niedriger sind als in unseren Nachbarländern. An Krankenhäusern werden in erheblichem Umfang ambulant erbringbare Leistungen dann erbracht, wenn sie mit zusätzlichen Gesundheitsrisiken oder komplexen Nebenerkrankungen verbunden sind, die die Vorhaltungen eines Krankenhauses erfordern, sollte es zu Zwischenfällen oder Notfällen kommen. Niedergelassene Kollegen sind darauf angewiesen, auch ambulante Fälle mit Risikoerwartung oder Komplexitätsvorbehalt in Krankenhäuser stationär einzuweisen, doch für viele Eingriffe, die im Prinzip ambulant erbracht werden könnten, erlauben die heutigen Erstattungsbeträge keine Vorhaltungen für Risiken oder Komplexität.

Im AOP-Katalog der ambulant zu erbringenden Eingriffe werden die Eingriffe zwar sachgerecht abgebildet, die Vorstellung, dass sie zu den gleichen Beträgen erbringbar wären wie die risiko- und komplexitätsfreien Fälle, die in den Praxen behandelt werden, ist aber völlig abwegig. Und genau dies ist vermutlich der Grund, warum sieben Praxen ihre Tore nach der Schließung des Krankenhauses Hersbruck geschlossen haben, um den Praxissitz vor die Türe eines benachbarten Krankenhauses zu verlegen, weil die entsprechende Symbiose, insbesondere von den niedergelassenen Praxen, gebraucht wird und die Krankenhäuser von stationären Einweisungen für ambulant erbringbare Leistungen im gegenwärtigen System abhängig bleiben. Erschwert wird die Schnittstelle dadurch, dass Krankenhäuser und Praxen nicht nur in unterschiedlichen Budgets und Rechtssystemen arbeiten. Auch der Grad der Digitalisierung entwickelt sich in komplett unterschiedliche Richtungen und ein Austausch, zum Beispiel über eine einheitliche digitale Krankenakte, die mehr nur als PDF-Dateien enthält, ist bis heute nicht möglich und von den Verantwortungsträgern für den ambulanten und stationären Bereich auch gar nicht gewollt.

Kommt es in den nächsten Jahren nicht zu einer Integration über die Sektorengrenze hinweg, so wird die Schere zwischen den Ansprüchen an die Versorgungssicherheit und den finanzierbaren Budgets immer größer werden. Die konsequente Ambulantisierung von zurzeit stationär erbrachten Leistungen

erfordert zwei Änderungen: die Zulassung von Krankenhäusern für ambulante Eingriffe mit höheren Erstattungsbeträgen für diese Eingriffe, um die Vorhaltungen für die höheren Risiken, die höhere Komplexität und die erforderliche Nachüberwachung sicherzustellen, und die Umwandlung nicht wirtschaftlicher Krankenhäuser in intersektorale Versorgungszentren, die diese Leistungen erbringen können, die Versorgung in der Fläche sicherstellen und für ambulant tätige Ärzte attraktive Arbeitsbedingungen schaffen.

Die Innere Medizin ist in diesem Bereich besonders betroffen, weil Internisten als fachärztliche Versorger sowohl in der Spezialisierung von Krankenhäusern als auch als niedergelassene Fachärzte oder als hausärztliche Primärversorger tätig sind. Insbesondere im letzteren Bereich nimmt die Zahl der internistisch weitergebildeten Hausärzte in den letzten Jahren immer weiter zu und sie sind in vielen Tätigkeitsprofilen den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen als Hausärzte gleichgestellt. Erheblich diskriminiert werden sie aber in Bezug auf Möglichkeiten zur Weiterbildung, die Möglichkeit, Praxisassistenten zu beschäftigen, die Möglichkeit, Berücksichtigung in der Approbationsordnung als Primärversorger zu finden, die Zuteilung von Kassensitzen und vielen weiteren Bereichen. Dies ist einer der Gründe, warum die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin auch bei diesem Kongress einen besonderen Fokus auf ihre hausärztlichen Kollegen legt und ein großer Teil des Programms sowohl von hausärztlichen Internisten gestaltet worden ist oder sich dezidiert an hausärztliche Internisten richtet.

Es gilt das gesprochene Wort!
München, Februar 2022

REDEMANUSKRIFT

Grenzen von gestern? Sektorengrenzen in der Inneren Medizin überwinden

Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Die Menschen in Deutschland werden immer älter, häufig – aber nicht immer – gesund. Dies liegt unter anderem am medizinischen Fortschritt und einem im Wesentlichen allgemein zugänglichen und akzeptierten Gesundheitssystem. Eine Besonderheit liegt in dessen Sektorengrenzen, das heißt vor allem der strikten Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Probleme der Sektorengrenzen

- Im deutschen Gesundheitssystem tun sich Sektorengrenzen insbesondere zwischen ambulanter und stationärer Behandlung auf, in geringerem Maße zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Behandlung. Wesentliche Probleme entstehen durch unterschiedliche Vergütung(ssysteme) und mangelhaften Datenfluss. Im Bereich der Inneren Medizin ist das von besonderer Bedeutung, da es sich meist um chronische, schwerwiegende Erkrankungen und häufig um Multimorbidität handelt, die hohen Aufwand im ambulanten Bereich, häufige stationäre Aufenthalte und die Versorgung durch verschiedene Facharzt-disziplinen erfordern.

Beispiel Herzinsuffizienz

- Die chronische Herzinsuffizienz ist hierfür ein gutes Beispiel. Assoziiert mit zunehmendem Lebensalter und Folge- und/oder Begleiterkrankungen, bedarf sie einer komplexen medikamentösen, eventuell auch apparativen oder interventionellen Therapie und daher engen medizinischen Betreuung. Vorgeschlagene Modelle einer kooperativen, telemedizinisch unterstützten Versorgung konnten sich bisher nicht durchsetzen und sind auch im derzeit in Überarbeitung befindlichen Disease-Management-Programm (DMP) Herzinsuffizienz nicht realisiert. Wesentliche Gründe sind die fehlenden Garantien für die Refinanzierung der erbrachten Leistungen über Sektorengrenzen hinweg.

Hausärztliche Versorgung hat sich bewährt

- Die hausärztliche Versorgung in der Praxis hat in Deutschland nach wie vor einen hohen Stellenwert, was entscheidend am hohen Engagement und der persönlichen Leistungserbringung und Betreuung über viele Jahre hinweg und für ein breites Spektrum anfallender Gesundheitsstörungen in den hausärztlichen Praxen liegt. Längere Ausbildungszeiten bis hin zur

internistischen Fachweiterbildung haben darüber hinaus die Qualifikation für die häufigen internistischen Erkrankungen, siehe chronische Herzinsuffizienz, deutlich steigern können.

Mögliche Lösungen

- Digitale Lösungen zum unmittelbaren Informationsaustausch zwischen den Sektoren sind in Arbeit, aber längst überfällig; die elektronische Patientenakte bietet Möglichkeiten, aber wann können sie vollumfänglich genutzt werden?
- Bis dahin sollte unser Gesundheitssystem die regionale Vernetzung unterstützen und finanzieren. Kleinere Krankenhäuser könnten insbesondere in ländlichen Regionen mit geringer Arztdichte größere Gemeinschaftspraxen, durchaus auch mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, beherbergen und bei der ambulanten Versorgung, aber auch in der ärztlichen Weiterbildung Entscheidendes leisten. Sie könnten dann auch auf Leistungen, die sie (zu) selten erbringen, verzichten und eine niedrighschwellige stationäre Versorgung bei Pflegebedürftigen sicherstellen, die aufgrund medizinischer Anforderungen über die Leistungsfähigkeit der Altenheime hinausgeht.
- Entscheidend dafür wird sein, finanzielle Risiken zum Beispiel in Regionalbudgets abzufedern, jedenfalls Finanzierungsmodelle zu entwickeln, die eine Integration ambulanter und stationärer Versorgung ohne ökonomische und in der Folge auch medizinische Sektorengrenzen erlauben.

Es gilt das gesprochene Wort!

Würzburg, Februar 2022

REDEMANUSKRIFT

Hausärztliche Internistinnen und Internisten – entscheidend für die ambulante Versorgung

Dr. med. Marcel Schorrlepp, hausärztlicher Internist aus Mainz und Sprecher der DGIM-Arbeitsgruppe Hausärztliche Internisten

Die AG Hausärztliche Internisten der DGIM wurde 2018 gegründet. Nach der Trennung in fachärztliche und hausärztliche Internisten vor 20 Jahren (im Rahmen der Gesundheitsreform 2000) hat die AG es sich nun zur Aufgabe gemacht, die hausärztlichen Internisten in der DGIM sichtbarer zu machen, sich innerhalb der Gesellschaft und untereinander zu vernetzen und die internistischen Fortbildungsangebote auszuweiten. Mittlerweile sind hausärztliche Internisten tief in die organisatorischen und inhaltlichen Strukturen der DGIM integriert und gestalten in regelmäßigen Fortbildungsbeiträgen im Zeitschriftenorgan der AG und beim Jahreskongress der DGIM die wissenschaftliche Attraktivität der DGIM mit.

Im gleichen Maße wie Allgemeinmediziner übernehmen hausärztliche Internistinnen und Internisten die alltägliche Primärversorgung unserer Bevölkerung. Sie behandeln Bluthochdruck, Diabetes, Erkältungen und Rückenleiden, sie leisten psychosomatische Grundversorgung, führen Vorsorgeuntersuchungen durch und unterstützen die Patienten bei Reha-Anträgen.

Die aktuelle und die zukünftige hausärztliche Versorgung werden allerdings durch zunehmend komplexere Krankheitsbilder geprägt sein. Krebspatienten leben dank neuer Therapeutika länger, Rheumapatienten werden mit den unterschiedlichsten immunmodulatorischen Medikamenten behandelt, Multimorbidität wird der Regelfall, die Wartezeit bis zum Facharzttermin verlängert sich auf Wochen und Monate. Insbesondere hier leisten hausärztliche Internistinnen und Internisten Besonderes. Jeder Facharzt für Innere Medizin ist auch ein Spezialist – allerdings für ein sehr breites Gebiet –, bringt sein über Jahre erworbenes Wissen in die hausärztliche Versorgung mit ein. Das können besondere Kenntnisse in der Gastroenterologie, der Kardiologie, der Onkologie, der Endokrinologie und auf vielen weiteren Gebieten sein.

Die internistische Facharztausbildung schärft den diagnostischen Blick auch für die nicht so häufigen Erkrankungen. Alle Internisten können sonografieren und haben profunde Kenntnisse in der Labordiagnostik. Schilddrüsen-Erkrankungen werden durch die hausärztlichen Internisten überwiegend komplett versorgt. Beinvenenthrombosen können die meisten Internisten sonografisch diagnostizieren. Sie können das Blutbild einschätzen: Muss der Patient jetzt dringend in die Klinik oder kann die chronische Altersleukämie auch in Ruhe beobachtet werden? Facharztbesuche können

reduziert werden, wodurch das Gesundheitssystem entlastet wird. Viele internistische Leistungen werden in diesem Rahmen „gratis“ erbracht.

Unsere Patienten wollen zur Patientenverfügung beraten werden. Jeder Facharzt für Innere Medizin ist auf der Intensivstation tätig gewesen und weiß, was Intensivmedizin bedeutet. Auch für die palliativmedizinische Betreuung der Patienten sind profunde internistische Kenntnisse notwendig.

Obwohl Internisten von jeher hausärztlich tätig sind, werden heutzutage die hausärztlichen Internisten in der Bevölkerung und in den gesundheitspolitischen Strukturen nicht als Hausärzte wahrgenommen, obwohl diese circa ein Drittel (!) der hausärztlichen Versorgung übernehmen – mit steigender Tendenz (Bundesarztregister, Stand 31.12.2020: Allgemeinmediziner 34 433, minus 0,4 Prozent; hausärztliche Internisten 16 702, plus 2,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr).

Darüber hinaus bestehen noch immer zahlreiche Ungleichheiten zum Nachteil der hausärztlichen Internisten. So wird ihnen zum Beispiel in der Weiterbildungsordnung die ambulante Förderung von Weiterbildungsassistenten nur eingeschränkt zugestanden. Programme zur Verbesserung der Landarztquote schließen hausärztliche Internisten sogar explizit aus (beispielsweise Hessen, Sachsen). Das stellt eine unverhältnismäßige Benachteiligung dar und verstößt in Zeiten des Hausärztemangels gegen jede Vernunft.

Nach über 20 Jahren müssen die künstlichen Grenzen zwischen hausärztlichen Internisten und Allgemeinmediziner politisch überwunden werden. In der täglichen Praxis ist das schon lange der Fall.

Es gilt das gesprochene Wort!

Mainz, Februar 2022

REDEMANUSKRIPT

Eingriffe in der Facharztpraxis: Sind ambulante endoskopische Operationen an Galle, Darm oder Magen möglich?

Professor Dr. med. Jörg G. Albert, Leiter der Abteilung für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart

Endoskopische Untersuchungen werden täglich in den Facharztpraxen und in Krankenhäusern gemacht. So wurden im Jahr 2015 etwa 1,6 Millionen Endoskopien des oberen Verdauungstraktes (ÖGD¹) und knapp zwei Millionen Untersuchungen des unteren Verdauungstraktes (Darmspiegelung) **ambulant** durchgeführt. Im Vergleich dazu sind etwa 1,3 Millionen ÖGD und knapp 900 000 Darmspiegelungen **stationär** erfolgt.

Die Endoskopie des Gallenwegsystems und des Pankreas (ERCP²) wurde 2017 zwar mehr als 400 000 Mal durchgeführt – allerdings praktisch ausschließlich **stationär**.

Insgesamt steigen alle Endoskopien seit 2004 stetig um etwa vier Prozent jedes Jahr an³.

Warum werden die Gallenwege in Deutschland nicht ambulant behandelt, wenn dies in anderen Ländern schon seit vielen Jahren möglich ist?

Die Antwort ist sicherlich mehrschichtig: Gewachsene Strukturen mit entsprechender Ausstattung der Endoskopie-Abteilungen mit Röntgen-Durchleuchtungsgeräten in den Krankenhäusern stehen einer in der Regel entsprechenden fehlenden Struktur in der Facharztpraxis gegenüber. Darüber hinaus erfordert die ERCP ein interprofessionelles Team, das seine Expertise durch regelmäßige Durchführung der Untersuchung erhält. Zudem ist eine Nachbeobachtung der Patienten erforderlich und eine Behandlungsmöglichkeit von eventuellen Komplikationen im Notfall, was bisher die Krankenhäuser geleistet haben.

Es ist aber durchaus medizinisch vertretbar, auch Eingriffe an den Gallenwegen ambulant zu erbringen. So kann der Patient die Nacht zu Hause verbringen und für das Krankenhaus steht das Behandlungsbett für schwerer erkrankte Patienten zur Verfügung. Und ähnliche Behandlungskonzepte lassen sich auch auf die Entfernung von komplizierten Polypen mittels Darmspiegelung oder auf therapeutische Eingriffe im oberen Verdauungstrakt übertragen, die bisher stationär erfolgt sind.

¹ ÖGD – Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (Endoskopie des oberen Verdauungstraktes)

² ERCP – endoskopisch-retrograde Cholangio-Pankreatikographie

³ Frank Lammert, Petra Lynen Jansen, Markus M. Lerch (Hrsg.) Weißbuch Gastroenterologie 2020/2021. De Gruyter 2019; <https://www.dgvs.de/dgvs/die-dgvs/publikationen/>

Eine entsprechende Öffnung der Zulassungen von Krankenhäusern und Ambulanzen wird seit einigen Jahren immer intensiver diskutiert. Der wachsende Fachkräftemangel in Deutschland, steigender Kostendruck im Gesundheitswesen, aber auch neue Möglichkeiten infolge des medizinisch-technischen Fortschritts und eine stärkere Patientenorientierung beleben diese Forderung nach einer stärkeren Ambulantisierung. Ganz aktuell wird eine solche sektorenübergreifende Versorgung, das heißt eine gleichartige ambulante Behandlung in der Praxis wie im Krankenhaus, derzeit durch eine Weiterentwicklung des ambulanten Operierens (AOP) vorangetrieben, wie sie im aktuellen § 115b SGB V angelegt ist und im sogenannten MDK-Reformgesetz angestoßen wurde.

Bei dieser Entwicklung hin zu häufigeren ambulanten endoskopischen Interventionen an Galle, Darm oder Magen muss beachtet werden, dass die Qualität der Behandlung erhalten bleibt und keine Gefährdung des Patienten im Strukturwandel eintritt. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass keine Versorgungslücke auftritt. Wenn nämlich in der Facharztpraxis eine erforderliche Infrastruktur nicht vorhanden ist, aber eine stationäre Leistungserbringung regulatorisch ausgeschlossen wird, kann es zu einer erheblich verschlechterten Patientenversorgung kommen.

Ganz wesentlich wird ein Erfolg der Neuordnung sektorenübergreifender Eingriffe und des AOP von der Vergütungssystematik abhängen, die dieser Leistungserbringung hinterlegt wird. Wie sektorengleiche Leistungen vergütet werden sollen, bleibt zunächst allerdings offen. Der Blick in andere Länder zeigt aber, dass es ein Vergütungsmodell für sektorengleiche Leistungen braucht: Beispiele reichen von einer ambulanten und stationären Gleichsetzung über abgegrenzte Teilbereiche des Fallpauschalenkatalogs bis hin zu einem eigenständigen ambulanten Fallpauschalensystem. Dabei müssen komplex-ambulante Eingriffe, die bisher stationär erbracht werden, von einfach-ambulanten und stationären Leistungen unterschieden werden.

Sind ambulante endoskopische Operationen an Galle, Darm oder Magen also möglich?

Sie sind es, wie zahlreiche Beispiele in anderen Ländern deutlich vor Augen führen. Sie werden auch in Deutschland zunehmen. Erfolgreich wird dieser Strukturwandel dann sein, wenn bei erhaltener Behandlungsqualität die Sektorengrenzen der medizinischen Versorgung fallen und die Weichen dahingehend gestellt werden, dass Behandler in Ambulanz und Krankenhaus enger zusammenstehen und nicht gegeneinander positioniert werden.

Es gilt das gesprochene Wort!

Stuttgart, Februar 2022

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Die DGIM vertritt die Interessen der gesamten Inneren Medizin. Die Fachgesellschaft besteht bereits seit 1882 und hat sich zur Aufgabe gemacht, die damit verbundene langjährige Erfahrung und Tradition mit den heutigen Ansprüchen an eine moderne Medizin zu verbinden. Aktuelle Themen der Wissenschaft und des Gesundheitswesens diskutieren Expertinnen und Experten der Fachgesellschaft daher regelmäßig in Kommissionen, Task Forces und Arbeitsgruppen. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Die DGIM vereint als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft Europas sämtliche internistischen Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatonkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr.

Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten und jeder Internistin das dafür notwendige Wissen für die Ausübung ihres Berufs zu vermitteln und richtet sich damit auch explizit an niedergelassene Internistinnen und Internisten, ebenso wie an Ärztinnen und Ärzte in Aus- und Weiterbildung. Ein dementsprechend vielfältiges Angebot erwartet daher Mitglieder der DGIM. Für Studierende hat die Fachgesellschaft eigens einen kostenfreien Gastzugang eingerichtet.

Mehr über die Fachgesellschaft finden Interessierte hier: www.dgim.de

Bestellformular Fotos:

Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

Termin: Donnerstag, 17. Februar 2022, 11.00 bis 12.00 Uhr

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Markus M. Lerch
- Professor Dr. med. Georg Ertl
- Dr. med. Marcel Schorrlepp
- Professor Dr. med. Jörg G. Albert

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Straße, Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bei etwaigen Fragen zur DGIM, oder dem Wunsch, mit einem der Referenten ein Interview zu führen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte schicken Sie Ihre Anfrage an mehdorn@medizinkommunikation.org

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle – Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-313 / Fax: 0711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev | www.kongress.dgim.de