

Konsensus über die Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologen und Viszeralchirurgen

Verschiedene Faktoren haben Anlass gegeben, über eine engere Kooperation sowie eine gemeinsame Nutzung der Ressourcen zwischen Viszeralchirurgen und Gastroenterologen nachzudenken (1, 2):

a) Durch die dramatische Weiterentwicklung der Endoskopie hat sich diese Technik von einer rein diagnostischen Methode hin zu einer breiten interventionell therapeutischen Anwendung fortentwickelt, wobei nahezu die gesamte fiberoptische und später Videoclip-Technik mit allen Zusatzverfahren in wesentlichen Bereichen diagnostisch wie auch therapeutisch von Gastroenterologen entwickelt worden ist (3). Es können jetzt viele Erkrankungen behandelt werden, die zuvor eine reine Domäne des Chirurgen waren: z.B. Choledocholithiasis, Magenfrühkarzinom, Dysplasie beim Barrett-Ösophagus, endoskopische Überwindung von Abflussbehinderungen im Ösophagus, Darm- und Gallengang, Behandlung von Ulkus- und Varizenblutungen, um nur einige zu nennen. Die Endoskopie ist seit Jahrzehnten integraler Bestandteil des Schwerpunktes Gastroenterologie im Gebiet der Inneren Medizin, wobei sich aber auch die Viszeralchirurgen dieser Techniken bedienen.

b) Nach der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie im März 1998 brachte deren Vorstand gegenüber der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten den Wunsch zum Ausdruck, die Kooperation beider Gesellschaften zu intensivieren und zwar in den Bereichen der gemeinsamen Kongressgestaltung, der Nutzung der gastroenterologischen Endoskopie und auf dem Gebiet der gastroenterologischen Onkologie. Der Enthusiasmus der Gastroenterologen zum Eintritt in derartige Kooperationsgespräche war zunächst verhalten, da allen einleuchtete, dass - auch aus ökonomischen Gründen - die Endoskopie eine wichtige Plattform im Methodenspektrum des Gastroenterologen darstellt, wobei zur Zeit die Masse der gastroenterologischen Endoskopieein-

heiten auf allen Versorgungsebenen sich in ganz überwiegendem Maße auf internistische Praxen, auf innere Abteilungen ohne und mit gastroenterologischem Schwerpunkt sowie auf gastroenterologische Zentren an großen städtischen Kliniken konzentriert. Wenn die Gastroenterologen jetzt vermehrt den Viszeralchirurgen Platz auf dieser Plattform bieten sollten, war nicht wirklich erkennbar, welche „Gegenleistung“ die Gastroenterologen für ein gezeigtes Entgegenkommen erhalten würden.

Schließlich wurden die Gespräche im Winter 1998/1999 aufgenommen, wobei folgende Überlegungen die Basis dieser Gespräche bildeten:

1. Durchgängige Leitschiene der Abstimmungsgespräche muss es sein, durch bessere Verabredungen mit dem viszeralchirurgischen Partner die Patientenversorgung zu optimieren.
2. Allen Gastroenterologen ist bewusst, dass die Viszeralchirurgen in der Patientenversorgung unsere wichtigsten Partner sind. Beide Seiten sollten daher ein hohes Interesse daran haben, ihre Kooperationsstrukturen gütlich und sinnvoll zu regeln. Darüber hinaus sollten wir bestrebt sein, unsere Kooperationen, gerade in der Endoskopie, so rechtzeitig zu strukturieren, bevor uns diese Entscheidungsbefugnis aus ökonomischen Zwängen aus der Hand genommen wird.
3. Während einerseits deutschlandweit die Anzahl endoskopierender Viszeralchirurgen eher gering ist, gibt es andererseits, besonders an chirurgischen Universitätskliniken, eigenständige Endoskopieeinrichtungen, die auch noch teilweise von Gastroenterologen geleitet werden. Diese Entwicklung kann nicht im Interesse der Gastroenterologen sein.
4. Aus diesen zunächst in chirurgischen Kliniken angesiedelten Endoskopieeinheiten haben sich teilweise völlig unabhängige Endoskopieinstitutionen entwickelt und sind damit nicht mehr in das diag-



- nostisch-therapeutische Spektrum einer Klinik eingebunden. Da derartige fatale Entwicklungen in jüngster Zeit an einigen Universitätskliniken erneut betrieben wurden, war dies die letzte richtige Initialzündung, in Gespräche mit den Viszeralchirurgen einzutreten, um Regeln und Leitlinien für vernünftige Strukturen zu schaffen, die solche Misskonzeptionen zu verhindern helfen.
5. Es müssen in der Endoskopie Strukturen geschaffen, bzw. vorgehalten werden, die eine hohe Qualität der angewandten diagnostischen und therapeutischen Methoden sicherstellen und darüber hinaus bei den mittlerweile sehr komplizierten und komplexen Techniken für eine optimale Ausbildung aller Mitarbeiter sowie wissenschaftliche Evaluation der Methoden sorgen.
 6. Es muss das Ziel der Abstimmungsgespräche mit den Viszeralchirurgen sein, dass das unverwechselbare Profil beider Fachdisziplinen bei allen Überschneidungen gewahrt bleibt.

Wegen der notwendigen Abstimmungsprozesse in den jeweiligen Fachgesellschaften konnten die Gespräche erst im Herbst 2002 zu einem einvernehmlichen Abschluss gebracht werden, aus dem dann das vorliegende Papier „Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologen und Viszeralchirurgen“ hervorging. Dieses Papier kommt nach einer Präambel auf vier verschiedene Segmente zu sprechen:

- a) Gemeinsame Kongressgestaltung
- b) Zusammenarbeit in der Endoskopie
- c) Zusammenarbeit in der Proktologie
- d) Zusammenarbeit in der Onkologie.

Kongresse

Wunsch der Viszeralchirurgen ist es, analog zu der Digestive Disease Week ihren eigenen Herbstkongress in den Jahreskongress der DGVS zu integrieren. Dieser Wunsch trifft bei den annähernd deckungsgleichen wissenschaftlichen und praktisch ärztlichen Aufgaben auf das Einverständnis der Gastroenterologen.

Endoskopie

Beide Seiten haben Übereinstimmung darin erzielt, dass die Ausbildung und Tätigkeit der Gastroenterologen und der Viszeralchirurgen in der Endoskopie sich an den jeweiligen Weiterbildungskatalogen orientieren sollte. Dabei war jedoch für die Gastroenterologen unabdingbare Voraussetzung, einer solchen Formulierung zuzustimmen, dass die Diagnostik und Therapie am bilio-pankreatischen System und damit die ERCP und invasive Eingriffe ausschließlich Domäne des Gastroenterologen bleiben und weder im Weiterbildungskatalog der Viszeralchirurgen noch im Modul „Operative Endoskopie“ auftauchen. Dazu gaben die Viszeralchirurgen ihre Zustimmung. Darüber hinaus wurde der Begriff „Operative Endoskopie“ in einer Fußnote genau definiert. Erfreulicherweise bekennen sich beide Seiten, insbesondere auch aus ökonomischen Gründen, zu der Einrichtung zu gemeinsam betriebenen Endoskopieeinheiten mit gemeinsamem Personal und gemeinsamer Geräteausstattung.

Proktologie

Auch in diesem Segment wird als gemeinsamen Nenner auf die Weiterbildungsordnung abgehoben und Übereinstimmung erzielt, dass Viszeralchirurgen und Gastroenterologen proktologisch tätig sein können. Bereits in der Präambel des Grundlagenpapiers wurde herausge-

stellt, daß sich die dargestellten Abmachungen nur auf den Kliniksbereich beziehen, während die Tätigkeit in der Praxis mit dem Zulassungsausschuss der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abgestimmt werden muß.

Onkologie

In diesem letzten Segment des Abstimmungskonzeptes zwischen Gastroenterologen und Viszeralchirurgen wurde ein klares Bekenntnis zu „gemeinsamen, interdisziplinären Behandlungskonzepten“ in der Onkologie abgegeben, wobei darüber hinaus die jeweiligen schwerpunktmäßigen Aufgaben von Gastroenterologen und Viszeralchirurgen in der Onkologie genauer definiert wurden. Die Gastroenterologen haben in den letzten Jahren vor allem durch ihre Arbeitsgemeinschaft gastroenterologische Onkologie (AGO) viel Kompetenz auf diesem Gebiet erworben und bieten im Rahmen dieser interdisziplinären Kooperation ihre Zusammenarbeit an. Diese sollte von den Viszeralchirurgen eingefordert werden.

Fazit

Dieses gemeinsam erstellte Konzept über die Zusammenarbeit von Gastroenterologen und Viszeralchirurgen ist ein wichtiger Schritt hin zu dem Endziel, „Zentren für Erkrankungen der Verdauungsorgane“ zu schaffen. Diese vorliegende Vereinbarung war auch dringend notwendig, um bei den immer schlechter werdenden finanziellen Rahmenbedingungen vernünftige Regeln der Zusammenarbeit zu entwickeln. Das allen als unbedingt notwendig vorschwebende Konzept gemeinsamer Endoskopieeinrichtungen ist aus vielerlei Gründen die einzige zukünftige tragfähige Struktur:

- a) Sie gewährleistet die Organisation der Arbeitsabläufe und Patientenversorgung unter ökonomisch tragfähigen Rahmenbedingungen,
- b) sie sichert für den Patienten die qualitativ beste Versorgung und Behandlung,
- c) sie sichert eine optimale Ausbildung der in der gemeinsamen Endoskopie Tätigen,
- d) sie ermöglicht eine wissenschaftliche Evaluation und Fortentwicklung der

anzuwendenden Techniken, da nur in einer gemeinsamen Einrichtung ausreichende Patientenzahlen unter den gleichen Bedingungen untersucht und behandelt werden können.

Allen in der Gastroenterologie und Viszeralchirurgie tätigen Mitarbeitern, ebenso wie den Vorständen von Klinika wird nahegelegt, sich bei den vielerorts notwendigen Neustrukturierungen von Arbeitsabläufen in den angesprochenen Bereichen an diesem Regelwerk als Leitschiene zu orientieren.

Nicht nur in der Zusammenarbeit mit den Viszeralchirurgen hat sich die Notwendigkeit ergeben, wegen der sichtbaren Überschneidungen in der Diagnostik und Therapie zu sinnvollen Regeln der Zusammenarbeit zu kommen. Gleiches gilt auch für andere Fachbereiche, wie z.B. die Radiologen, auch hier sollte in künftigen Gesprächen die Struktur der Zusammenarbeit bei einigen bildgebenden Verfahren, wie z.B. der MRCP, auf eine für beide Seiten zufriedenstellende Plattform gestellt werden.

Literatur

1. Cotton PB. Interventional gastroenterology (endoscopy) at the crossroads: a plea for restructuring in digestive diseases. *Gastroenterology* 1994; 107: 294-299
2. Riecken EO. The association between surgery and gastroenterology – the future in Germany. *Langenbeck's Arch Surg* 2002; 386: 542-544
3. Hahn EG, Riemann JF. *Klinische Gastroenterologie*, 3. Auflage. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1996
4. Wickham JEA. The new surgery. *Br Med J* 1987; 295: 1581-1582
5. Schrock T. The endosurgery evolution; no place for sacred cows. *Surg Endosc* 1992; 6: 163-168

*Prof. Dr. U.R. Fölsch
Klinik für Allgemeine Innere Medizin
I. Medizinische Klinik
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Schittenhelmstr. 12
24105 Kiel*