

Chirurgie des Häufigen – nur im Begriff vergriffen?

Replik zu einem brisanten Thema

Der Deutsche Ärztetag 2017 hat entschieden: Die Facharztkompetenz „Allgemeinchirurgie“ soll erhalten bleiben, obwohl sich alle chirurgischen Fachgesellschaften in Anbetracht der Versorgungsstrukturen dagegen ausgesprochen hatten. Die Autoren Prof. Dr. Fritz-Uwe Niethard und Dr. Jürgen Malzahn berichteten in der OUMN, Ausgabe 6/2017, darüber. In der Leserschaft regte sich Widerspruch, den wir Ihnen nicht vorenthalten wollen.

Im Beitrag der OUMN 6/2017 (siehe unten) wird zu Beginn die Frage gestellt: „Was hat die Weiterbildung mit den Versorgungsstrukturen zu tun?“ Die Autoren Prof. Dr. Fritz-Uwe Niethard und Dr. Jürgen Malzahn gehen hier auf die (unüberlegte?) Entscheidung des Deutschen Ärztetages ein, die das Fach Allgemeinchirurgie als „Chirurgie des Häufigen“ bezeichnet. Es

wird in dem Artikel die Tabelle der zwanzig häufigsten Operationen zitiert und verdeutlicht, dass innerhalb dieser Gruppe tatsächlich spezialisierte Eingriffe sowohl aus dem Fach der Viszeralchirurgie als auch aus dem Fach O und U aufgelistet sind. Dies ist aus unserer Sicht un widersprochen. Ersetzt man aber den Begriff „Chirurgie des Häufigen“ durch den Begriff „Chirurgische

Grundversorgung“ so wirft dies auf den Facharzt für Allgemeinchirurgie aus unserer Sicht ein komplett anderes Licht. Es kommt dann zum Ausdruck, was unserer Erachtens die Intension des Deutschen Ärztetages war, nämlich eine chirurgische und unfallchirurgisch-orthopädische Grundversorgung flächendeckend und auf Dauer zu gewährleisten.

Problematische Verknappung der Personalressourcen

Niethard und Malzahn haben selbstverständlich völlig Recht, wenn sie die Spezialisierung in der Medizin als Megatrend bezeichnen, der sich seit 2010 durchgängig fortgesetzt hat und die Chirurgie als Ganzes betrifft. Ebenso ist es natürlich richtig, dass bereits 76 % aller Grund- und Regelversorger getrennte Abteilungen für Allgemeinchirurgie beziehungsweise Orthopädie und Unfallchirurgie haben. Aber speziell im Bereich dieser Kliniken muss nach wie vor die Versorgungsrealität betrachtet werden. Es gibt vielerorts fachübergreifende Bereitschaftsdienste, in denen Allgemeinchirurgen wie auch Orthopäden/Unfallchirurgen am chirurgischen Vordergrunddienst teilnehmen müssen. Dies ist natürlich der Verknappung der Personalressourcen, besonders bei den Grund- und Regelversorgern, geschuldet. In diesem Zusammenhang muss zudem beachtet werden, dass auch im Be-

AUS UNSEREM FACH | Weiter- und Fortbildung

Weiterbildung und Versorgungsstrukturen

Vom Deutschen Ärztetag 2017

Was hat die Weiterbildung mit den Versorgungsstrukturen zu tun? Diese Frage stellt sich bei den Entscheidungen des Deutschen Ärztetages 2017 in Freiburg. Dieser hatte nämlich beschlossen, dass die Facharztkompetenz „Allgemeinchirurgie“ erhalten bleiben soll, obwohl sich alle chirurgischen Fachgesellschaften in Anbetracht der Versorgungsstrukturen in Deutschland dagegen ausgesprochen hatten. Sie hatten die Zusammenlegung der „traditionellen“ Allgemeinchirurgie mit der (Allgemein- und) Viszeralchirurgie empfohlen.



Orthopädie und Unfallchirurgie 2017, 07, 08

Weiter- und Fortbildung | AUS UNSEREM FACH

Nachdem mit der Weiterbildungsordnung 2003 die Gebiete Orthopädie und die Schwermetall Unfallchirurgie von dem Gebiet Chirurgie zu einem Fach Orthopädie und Unfallchirurgie zusammengeführt worden waren, stellte sich diese Frage schon einmal auf dem Ärztetag 2010 in Dresden. Trotz einer erheblichen Spezialisierung in allen Kliniken Deutschlands wurde die Berücksichtigung in der Weiterbildungsordnung einer Abkehr erteilt und als überlegene Subspezialisierung einer Fachgesellschaft (Dr. Schneider, DKG Dresden 2010) kritisiert. Auch hier wird argumentiert, dass eine Fachgesellschaft eine häufigere Aufgabe nicht, sondern diese eine ungeliebte Aufgabe der Ärztekammern sei. Interessanterweise kamen damals nur zwei noch beim Ärztetag in Freiburg die Befürworter der Allgemeinchirurgie überhaupt aus dem Ärztekammerbereich Wortfassen. Lippen Chirurgen stellt sich die Frage, ob es immer eines gesetzlich verordneten Rechts bedarf, um bei der Debatte über ein Thema eine Meinung vertreten zu dürfen.

Ärztetag stellt sich über den Kontext der Fachgesellschaften hinweg. Es erscheint ungewöhnlich, wenn sich der Deutsche Ärztetag bei der Fortschreibung der Weiterbildung der Chirurgie nicht über das gemeinsame Verständnis aller chirurgischen Fachgesellschaften hinwegsetzt. Das regt zur Spekulation an, dass keine fachliche Inhalte dieser Position begründen können, wie im Weiteren diskutiert. Kontext fragt wird, welche weiteren die Fortschreibung und Weiterentwicklung von Strukturen aus dem letzten Jahrhundert als solche Stellen bei der Krankheitsversorgung mit am Tisch gewesen zu sein. Der Gesichtspunkt bei dem Krankheitsstrukturgesetz eines klaren Impuls für die Zusammenlegung und Spezialisierung gesetzt – das wird kaum ein Widerspruch sein. Die deutschen Krankenkassen haben dies längst verstanden, wie die Entwicklung auf der Ebene der Fachabteilungen eindrücklich belegt.

Die Spezialisierung der Medizin ist ein Megatrend, der sich seit 2010 durch-

Tab. 1: Die 20 häufigsten Operationen bei vollstationär behandelten Patienten in Krankenhäusern 2016

OPS- und Prozedurenkennzahl	Operationen	Anzahl	
1	5-400	Andere Operationen am Thorax	105.398
2	5-718	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Mastektomie (postmastektomie)	141.637
3	5-012	Reparatur von Leistenhernien, zum Ovarium und zum Omentum	298.417
4	5-111	Chirurgische Operationen an den Gallenwegen	267.076
5	5-749	Andere Sectio caesarea	254.264
6	5-420	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	232.796
7	5-896	Chirurgische Wundheilung (Wundabdeckung mit Entfernung von Wundinfekt, Gewebeentlastung und Wundheilung)	232.728
8	5-412	Arbeitsunfähige Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	231.808
9	5-794	Offene Operation einer Maßnahmgang-Fistula im Stützgewebe eines langen Röhrenknochens mit Osteotomie	171.621
10	5-111	Cholezystektomie	203.665
11	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	191.487
12	5-811	Arthroscopische Operation an der Sprunggelenke	188.404
13	5-916	Reparatur Weichteilhernien	188.800
14	5-422	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	188.829
15	5-800	Offene chirurgische Revision eines Gelenkes	179.212
16	5-220	Brustkrebs am Masthoden	178.974
17	5-452	Lokale Resektion und Debridement von sekundären Gliedmaßenkarzinomen	176.300
18	5-787	Zielvorgabe von Osteotomie/osteotomie	175.006
19	5-900	Einfache Wiederherstellung der Gliedmaßenfunktion mit einer Operation	170.004
20	5-814	Arthroscopische Resektion und Plastik am Kniegelenk/Reparatur des Kreuzbänders	168.816

Operationen insgesamt: 16.705.817
Statistisches Jahrbuch: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesundheit/Grundeinfachleistungen/2016/03/03-Operativen-Verfahren-andere-Patienten.html>

gängig fortgesetzt hat und auch die Chirurgie als Ganzes betrifft. 1997 war 22 % der Kliniken in Allgemein- und Unfallchirurgie (beziehungsweise Orthopädie) getrennt. 2009 waren es nach einer Erhebung der DKGU bereits 75 % und 2011 sind es nun 81 % aller Kliniken, getrennte Strukturen vorhanden, davon sind 76 % der Grund- und Regelversorger (1,2).

Wo bleibt die Spezialisierung? Ist es dann nicht angebracht, die Spezialisierung in der Weiterbildung Rechnung zu tragen? – Nach dem Beschluss des Ärztetages in Freiburg soll über die Allgemeinchirurgie für die „Chirurgie des Häufigen“ erhalten und ausgebaut weitergebet werden. Diesem Anspruch soll in einer inhaltlichen Vorbereitung und Priorisierung der allgemein-chirurgischen

An diesem Beitrag von Niethard/Malzahn in der OUMN 6/2017, ab Seite 42, entzündete sich die Diskussion über die Entscheidungen des Deutschen Ärztetages 2017, dass die Facharztkompetenz „Allgemeinchirurgie“ erhalten bleiben soll.

reich der allgemeinen KV-ärztlichen ambulanten Versorgung der chirurgische Nachwuchs kaum noch zu rekrutieren ist, was den Kliniken der Grund- und Regelversorgung schon jetzt – besonders außerhalb der Regelarbeitszeiten – vermehrt die Aufgabe der allgemeinen chirurgischen beziehungsweise orthopädisch-unfallchirurgischen Grundversorgung zukommen lässt.

Unübersehbar: Trend zur Spezialisierung

Den allgemeinen wirtschaftlichen Zwängen jedoch folgend, schließen sich auch diese Kliniken dem Trend der Spezialisierungen an. Fachkliniken für orthopädische Rheumatologie und Rheumachirurgie, spezialisierte Wirbelsäulenabteilungen, Sportorthopädien oder ähnliches werden deutschlandweit auch in kleinen Versorgungseinheiten installiert. Dies hat selbstverständlich auch grundlegende Auswirkungen hinsichtlich der Weiterbildung. Natürlich können Assistenten, die später (im niedergelassenen Sektor oder auch im stationären Umfeld) als Fachärzte leitende Positionen übernehmen wollen, eine spezialisierte Ausbildung genießen. Es fehlt dann aber die fachliche Breite, die „allgemeine chirurgische Basis“, die für das Erkennen von chirurgischen Krankheitsbildern beziehungsweise der zielgerichteten Behandlung von Verletzungen oder speziellen Problemen im Bereich des Bewegungsapparates unerlässlich ist. Ein Assistent, der in einer Wirbelsäulenabteilung seine Ausbildung macht, wird sicher Probleme haben, die Kniearthrose des Fußballers am Wochenende korrekt einzuordnen. Gleiches gilt für den Sportorthopäden in Ausbildung, der die verletzte Hand eines Hobbyhandwerkers am Freitagabend zielführend untersuchen soll und keine Sehnenverletzung übersehen darf.

Die Autoren Niethard und Malzahn stellen die Frage: „Ist es da nicht angebracht, der Spezialisierung auch in der Weiterbildung Rechnung zu tragen?“

Natürlich muss dieser Spezialisierung Rechnung getragen werden. Grundlage einer jeden Spezialisierung ist aber eine fundierte und breite Grundausbildung – nicht in der „Chirurgie des Häufigen“, sondern in der „Chirurgie der Grund-

versorgung“. Ob dazu der bisherige Common Trunk geeignet ist, muss an dieser Stelle allerdings bezweifelt werden, vor allem wenn man betrachtet, wie dieser heutzutage im Alltag vielerorts gelebt – oder besser gesagt nicht gelebt – wird.

Dass die direkte Beziehung zwischen der Anzahl der durchgeführten Eingriffe und deren Ergebnisse (Volume/Outcome) ein entscheidender Faktor in der Versorgung darstellt, ist bekannt, jedoch noch nicht abschließend diskutiert. In diesem Zusammenhang sei beispielsweise der Hinweis gestattet, dass bei jeglichem Diskurs über „Häufigkeit“ unter dem Vorwand der Qualitätssteigerung zwar immer eine Mindestmenge gefordert, eine korrespondierende Obergrenze („Maximalmenge“) interessanterweise aber nie genannt wird, obwohl seit langer Zeit bekannt ist, dass chirurgische Ergebnisqualität nach Überschreiten einer gewissen Obergrenze wieder absinkt.

gie ebenso wie für den orthopädischen und den unfallchirurgischen Teil unseres Faches. Bei Ersterem muss beispielsweise definitiv auch die konservative Orthopädie wieder in die reale Ausbildung integriert werden. Letzterem kommt in Zeiten von Terroranschlägen und diesbezüglich weiterhin real existierender Gefahr in unserem Land eine ganz besondere Bedeutung zu. Der breit ausgebildete Unfallchirurg, der Frakturversorgung wie auch Notfalleingriffe an den Körperhöhlen leisten kann, wird aus unserer Sicht auf Dauer als Spezialist in der akuten Traumaversorgung unabdingbar sein. Auch er braucht aber zunächst eine breite Grundausbildung, um sich dann auf die Versorgung von Schwerverletzten sowohl im Individualfall als auch im Massenansturm spezialisieren zu können und gegebenenfalls in einer MANV- beziehungsweise Terrorlage als Alleinverantwortlicher alle lebenserhaltenden Notfalleingriffe durchführen zu können.

„Der Begriff ‚Chirurgie der Grundversorgung‘ wäre der bessere Ausdruck gewesen.“

Begriff wirkt irreführend

Zusammenfassen möchten wir festhalten, dass der Beschluss des Ärztetages unserer Meinung nach weder der Qualitätssicherung, noch der Bürgerorientierung entgegensteht. Er hat vielmehr – da sind wir mit den Autoren Niethard und Malzahn einer Meinung – den Terminus technicus „Chirurgie des Häufigen“ falsch eingesetzt. Der Begriff „Chirurgie der Grundversorgung“ wäre, sowohl hinsichtlich der Ausbildung als auch hinsichtlich der Versorgungsrealität, an dieser Stelle bei weitem der bessere Ausdruck gewesen.

Der Weg hin zu einer möglichen Spezialisierung in O und U kann unseres Erachtens nach nur über eine breite und fundierte Aus- und Weiterbildung erfolgen. Dies gilt für die allgemeine Chirurgie

Vorbild Bundeswehr

Exemplarisch und vorbildhaft kann in diesem Zusammenhang das Ausbildungskonzept der Bundeswehr genannt werden. Während „daheim“ die Spezialisierung in den großen Bundeswehrkrankenhäusern gelebt und gelehrt wird, kommt im Auslandseinsatz der breit ausgebildete Unfallchirurg zum Einsatz, der Notfalleingriffe (inklusive Höhlentrauma!) kompetent aus einer Hand versorgen kann. Zwei chirurgische Fähigkeiten, die sich keinesfalls gegenseitig ausschließen und die – wie die Untersuchungen der Bundeswehr belegen – hinsichtlich des Outcomes der Schwerverletzten im Einsatz keine Vergleiche mit der „normalen“ Traumaversorgung hier in Deutschland scheuen müssen.

Zusammenfassend haben die Autoren Recht, dass im Sinne der Qualitätssicherung eine Spezialisierung auch innerhalb des Faches O und U notwendig ist. Hier kann nicht widersprochen werden. Es wird eine Zentralisierung für spezifische Eingriffe erfolgen, dieser Trend wird fortgesetzt. Es darf aber, und hier müssen wir den Autoren widersprechen, nicht aus den Augen gelassen werden, dass die flächendeckende Grundversorgung der Bevölkerung durch einen breit ausgebildeten Chirurgen beziehungsweise Orthopäden/Unfallchirurgen in den Häusern der Grund- und Regelversorgung einerseits und – aufgrund des absehbaren Mangels an niedergelassenen (Visceral- beziehungsweise Orthopäden und Unfall-) Chirurgen – auch im ambulanten Bereich andererseits zwingend von Nöten sein wird. Hierzu ist der Facharzt für Allgemein Chirurgie aus unserer Sicht prädestiniert und in Zukunft deshalb unverzichtbar. Daher muss man die Frage „Was hat die Weiterbildung mit den Versorgungsstrukturen zu tun?“ mit „sehr viel“ beantwortet werden, nämlich die flächendeckende Grundversorgung der Bevölkerung.



Weitere Informationen:
<http://generalisten-chirurgie.de/ueber-un/>

Prof. Dr. Michael Oberst
 Aalen
 Generalisten
 der Chirurgie e.V.



© M. Oberst

Dr. Jörg Schmidt
 Berlin, Arnsberg
 Reha Assist
 Deutschland GmbH



© HKBB

Kommentar

Was soll die chirurgische Grundversorgung umfassen?

Schmid und Oberst verteidigen die Entscheidung des Deutschen Ärztetages 2017 zur Definition des Faches „Allgemeinchirurgie“, wonach diese die „Chirurgie des Häufigen“ beinhalten solle. Es bleibt unwidersprochen, dass in der Liste der häufigsten chirurgischen Eingriffe überwiegend spezialisierte Eingriffe sowohl aus der Viszeralchirurgie als auch aus O und U aufgelistet sind, die kaum in einer allgemein chirurgischen Klinik erlernt beziehungsweise mit Expertise erbracht werden können. Sie fordern daher, dass die Definition der Allgemein Chirurgie als „Chirurgie des Häufigen“ durch „Chirurgie der Grundversorgung“ ersetzt werden solle.

Bleiben die Antwort schuldig

Nun ändert aber diese Begriffsneuschöpfung nichts an den zugrunde liegenden Bedingungen. Was soll denn eine chirurgische Grundversorgung anderes sein als das Beherrschen von besonders häufigen chirurgischen Erkrankungen beziehungsweise Verletzungen? Schmid und Oberst bleiben die Antwort schuldig, was die chirurgische Grundversorgung umfassen soll. Aus der Liste der 20 häufigsten Operationen werden hier am ehesten die chirurgische Wundtoilette und Materialentfernung übrigbleiben. Es ist kaum zu erwarten und mit der Definition der chirurgischen Grundversorgung nicht vereinbar, dass sich der Allgemein Chirurg auf die Versorgung von Schwerverletzten – sowohl im Individualfall als auch im Massenansturm – spezialisieren und gegebenenfalls in einer MANV- beziehungsweise Terrorlage als Alleinverantwortlicher alle lebenserhaltenden Notfallmaßnahmen – auch im Bereich der Körperhöhlen – durchführen kann. Für diese bei der Bundeswehr notwendigen Anforderungen kann der Arzt auch jetzt das notwendige Können durch die Aneinanderreihung der Fachärzte für Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie O und U erlangen. Es ist unrealistisch, dass die dafür erforderlichen Inhalte in Kliniken für Allgemein Chirurgie vermittelt werden können. Das alles haben zahlreiche Experten in der gemeinsamen Weiterbildungskommission der Chirurgie erkannt und in einer Stellungnahme für den Deutschen Ärztetag gewürdigt. Diese dürfte auch Schmid und Oberst bekannt sein. Dass dieser sich aber über den Konsens der Fachgesellschaften hinwegsetzt, ist die eigentliche Verfehlung. Diskussionen über die Definition der Allgemein Chirurgie helfen hier nicht weiter.

Nicht zuletzt stellt sich die Frage, woran sich gesundheitspolitische Entscheidungen orientieren sollen. Die Zusammenhänge von Volume/Outcome zum Beispiel in der Endoprothetik oder der Kolonchirurgie sind in der Literatur deutlich. Wenn auch die Ableitung eines Schwellenwerts normativ bleibt, so sprechen die Komplikationsraten dieser Eingriffe in Low-volume-Kliniken eine deutliche Sprache. Die Volume-/Outcome-Beziehung spricht daher für die Einführung von Mindestmengen und gegen eine Ausweitung der Kompetenzen in viele und vor allem kleinere Kliniken.

Rechtfertigung von Defiziten

Gesundheitspolitisch wird – fast nur noch in Deutschland – mit dem unkonkreten Begriff der Flächenversorgung versucht, nachweislich bestehende Qualitätsdefizite zu rechtfertigen. Viele EU-Staaten sind hier moderner – und haben im Sinn einer patientenorientierten Entscheidung über Gesundheitsstrukturen die Zentralisierung der akutstationären Versorgung vorangetrieben. Gleichzeitig wurde die Ambulantisierung von in Deutschland noch oft stationären Leistungen gefördert (zum Beispiel Leistenhernien). Eine qualitätsorientierte Krankenhausstruktur 2025 muss die Versorgungsqualität der Patienten in den Mittelpunkt stellen – und nicht die Zementierung struktureller Schwächen der deutschen Krankenhauslandschaft als Prämisse beinhalten.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
 Aachen

Dr. Jürgen Malzahn
 Berlin