FACHÜBERGREIFEND 01.10.2018

Spezialist oder Generalist?



„sir, you are the greatest athlete in the world!“ Mit diesen Worten überreichte der schwedische König Gustav V. am 14. Juli 1912 dem Amerikaner Jim Thorpe den Lorbeerkranz für seinen überwältigenden Sieg im Olympischen Zehnkampf der Sommerspiele von Stockholm [1]. Bis heute hat sich der Respekt vor den eindrucksvollen Leistungen der Mehrkämpfer der Leichtathletik gehalten und man spricht hochachtungsvoll von den Zehnkämpfern als „Könige der Athleten“. Diese Respektsbekundung ist auch über 100 Jahre später nach wie vor absolut gerechtfertigt – liefern doch die besten Zehnkämpfer in den einzelnen Disziplinen Höchstleistungen ab, die den Vergleich mit den Ergebnissen der jeweiligen Spezialisten in keiner Weise scheuen müssen – ja sogar im Einzelfall übertrumpfen: Mit einer Zeit von 10,21 Sekunden auf 100 Meter, gelaufen von Aston Eaton im Olympischen Zehnkampf von London im Jahre 2012 [2], wäre man in den vergangen zehn Jahren viermal Deutscher Meister geworden [3] – und somit der schnellste Mensch eines Landes mit mehr als 82 Millionen Einwohnern.

Im Gegensatz zur Leichtathletik wird in der Medizin im Allgemeinen und in den chirurgischen Disziplinen im Besonderen dem „Mehrkämpfer“ hingegen jegliche Kompetenz bzw. Anerkennung abgesprochen. Wie selbstverständlich wird apodiktisch davon ausgegangen, dass Höchstleistung im chirurgischen Bereich selbstverständlich nur in einer speziellen Subdisziplin abgeliefert werden kann. Die Zeit der Generalisten sei vorbei [4].

Was ist (bzw. war?) nun eigentlich ein solcher Generalist? Da diese Frage nicht einfach in einem Satz zu beantworten ist, soll zunächst festgehalten werden, was ein Generalist definitiv nicht ist: Ein Ewiggestriger, hypertropher Besserwisser mit realitätsfremder Ich-kann-alles-Mentalität. Selbstverständlich sind die Zeiten unumkehrbar vorbei, in denen die Vertreter der schneidenden Zunft noch vom Starstechen bis zur Amputation alle damals bekannten chirurgischen Eingriffe selbst durchführten. Selbstverständlich ist es für eine einzige Person unmöglich, alle Subdisziplinen, die sich – historisch gewachsen – unter dem großen Dach der Chirurgie entwickelt haben, zu beherrschen. Die Entwicklung der „großen Säulen“ der Chirurgie mit ihren zehn Fachgesellschaften war und ist absolut berechtigt und wird auch nicht von uns angezweifelt.

Das es aber in unserem Land beispielsweise fünf (!) verschiedene Gruppierungen bzw. Gesellschaften allein für die orthopädisch-unfallchirurgische Behandlung des Fußes gibt, muss kritisch hinterfragt werden. Und wenn das gigantisch große Feld der Fußchirurgie zudem offenbar noch Raum für die „Arbeitsgemeinschaft Hallux valgus“ hergibt, wird aus Sicht des Autors die Spezialisierung ad absurdum geführt. Es scheint nur noch eine Frage der Zeit zu sein, bis endlich auch die Gemeinschaft der „Links-Knie-Spezialisten“ gegründet wird, um sich in aller Deutlichkeit von den Kollegen der „Rechts-Knie-Chirurgen“ abzugrenzen.

Spezialist – aber nur in der Kernarbeitszeit

Interessanterweise findet Spezialistentum meistens nur von Montag bis Freitag, von 7:00 bis 17:00 Uhr statt. Außerhalb dieser Zeiten wird regelmäßig der gut ausgebildete chirurgische Allrounder gefordert, der selbstverständlich maximale Erfahrung in allen Bereichen haben soll, um im Bereitschaftsdienst am lokalen Versorgungkrankenhaus die Appendizitis von der Gastroenteritis, die inkarzerierte Hernie von der

Leistenzerrung, die banale Kniedistorsion von der Kreuzbandruptur und die genuide Lumbago von der beginnenden Spondylodiszitis unterscheiden zu können. Genau diese Kompetenzen werden dem Allrounder dann allerdings innerhalb der oben genannten „Kern-Arbeitszeiten“ von den Spezialisten wieder abgesprochen, da ja nicht die geforderte Expertise, Fallzahl bzw. Spezialisierung nachgewiesen werden kann – ein Paradoxon!

Spezialisten für häufige oder seltene Eingriffe

Ebenfalls kritisch zu hinterfragen ist die Tatsache, dass bundesweit die Spezialisierung bei den häufigen (!) Eingriffen (Endoprothetik, Herzkatheter, Hernioplastik…) vorangetrieben bzw. eingefordert wird. Während es früher den Spezialisten für die seltenen (!) Dinge gebraucht hat, wird zu Zeiten der ungebremsten Ökonomisierung des Gesundheitswesens der chirurgische Eingriff zur „spezialisierten Leistungserbringung“ degradiert und auf eine durchgetaktete, mess- und kalkulierbare chirurgische Fließband-Tätigkeit reduziert. Letztere wird unisono von Kostenträgern, Verwaltungen und der Politik eingefordert, für die mengenmäßig bzw. finanziell relevanten (häufigen!) Eingriffe implementiert und mit Ausweisung in die Focus-Liste und das Spezialisten-Ranking „belohnt“. Gerechtfertigt wird dies im Nachhinein mit den in der Spezial-Einheit (logischerweise) optimierten Behandlungsabläufen und den sich daraus – im Sinne der selbsterfüllenden Prophezeiung – erwachsenden Effizienzsteigerungen. Paradoxerweise wird hierbei unter dem Vorwand der Qualitätssicherung zwar immer eine chirurgische Mindestmenge gefordert bzw. festgelegt, eine korrespondierende Obergrenze („Maximalmenge“) interessanterweise jedoch nie genannt, obwohl seit langem bekannt ist, dass chirurgische Ergebnisqualität nach überschreiten einer gewissen Obergrenze wieder absinkt [5].

Über den Verein Generalisten der Chirurgie e.V.

Die Generalisten der Chirurgie e.V. möchten dem Trend zu immer weiterreichenden Sub- und Hyperspezialisierung entgegentreten. Aus unserer Sicht hat sich die Chirurgenschaft – unter Verweis auf Qualitätsmanagement, Fallzahlsteigerung und Case-Mix-Optimierung – von den Ökonomen vereinnahmen und instrumentalisieren lassen. Mit ungeahnter Euphorie und in vorauseilendem Gehorsam wetteifern die Fachgesellschaften untereinander mit Zertifikaten und Fortbildungsnachweisen für diese und jene Subspezialisierung. Zwischenzeitlich kann man sich sogar (in mehrtägigen Curriculum!) zum „Knorpelspezialisten“ oder „Kniechirurgen“ weiterbilden und selbstverständlich anschließend zertifizieren lassen. Völlig unbeantwortet bleibt hierbei allerdings die Frage, wie die hieraus entstehende Vielzahl an zusätzlichen Stellen bzw. Positionen besetzt, geschweige denn finanziert werden sollen? Es ist nicht vorstellbar, künftig im Nachtdienst neben dem Viszeral- und Unfallchirurgen auch noch ein Wirbelsäulen-, Knorpel-, Hüft-, oder Schulterspezialisten vorzuhalten. Selbst wenn eine derartige Stellenvermehrung tatsächlich finanzierbar wäre – der zunehmende Nachwuchsmangel in den chirurgischen Disziplinen ließe eine Besetzung gar nicht zu.

Aus unserer Sicht gilt es nach wie vor, die konkrete Versorgungsrealität in den Kliniken der Grund, Regel- und Schwerpunktversorgung in Deutschland zu beachten. Es gibt vielerorts fachübergreifende Bereitschaftsdienste, in denen Allgemeinchirurgen wie auch Unfallchirurgen/Orthopäden am chirurgischen Vordergrunddienst teilnehmen müssen. Dort jedoch wird händeringend der chirurgische Nachwuchs gesucht. Vielerorts kann ein chirurgischer Bereitschaftsdienst nur noch mit Gast- und Honorar-Ärzten aufrecht erhalten werden; die verbleibende festangestellte Mannschaft muss mangels einheimischer chirurgischer Bewerber aus fremdsprachlichen ärztlichen Kollegen rekrutiert werden – mit all den sich hieraus ergebenen Mehraufwand an Schulung, Einarbeitung und Kommunikation. Zusätzlich erschwert wird die Situation durch die Tatsache der fortschreitenden Überalterung der niedergelassenen Kollegen im Bereich der allgemeinen KV-ärztlichen ambulanten Versorgung. Auch hier ist der chirurgische Nachwuchs kaum noch zu rekrutieren, was insbesondere im ländlichen Raum den Kliniken der Grund- und Regelversorgung schon jetzt – besonders außerhalb der Regelarbeitszeiten – vermehrt die Aufgabe der allgemeinen chirurgischen bzw. orthopädisch-unfallchirurgischen Grundversorgung zukommen lässt.

Vor diesem Hintergrund sollte zur Sicherstellung und Aufrechterhaltung eben dieser chirurgischen Grund- und Regelversorgung das Augenmerk wieder auf die breite Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses gerichtet werden. Sehr erfreulich ist es in diesem Zusammenhang, dass auf dem vergangenen Deutschen Ärztetag 2018, entgegen der gemeinsamen Vorlage der (spezialisierten) Fachgesellschaften, die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeine Chirurgie nicht abgeschafft, sondern als eigenständige Facharztweiterbildung erhalten wurde. Es ist weiterhin aus unserer Sicht nicht zielführend, den wenigen, verbleibenden Interessenten für die operativen Fächer schon zu Zeiten des Studiums für chirurgische Subspezialisierungen „abzuwerben“ [6].

Wir verstehen den Generalisten als „chirurgischen Mehrkämpfer“, der durchaus in mehreren Disziplinen konkurrenzfähig ist. Genauso wie der Zehnkämpfer in der Leichtathletik, so ist auch ein chirurgischer Generalist in der Lage, nicht nur einen sondern mehrere chirurgische Bereiche auf hohem Niveau zu betreiben. Ein Generalist ist somit ein Zehnkämpfer unter dem großen Dach der Chirurgie. Er fokussiert sich hierbei nicht nur auf eine einzelne Subspezialität (Knie, Schulter, Hernien etc.), sondern betreibt einen „chirurgischen Mehrkampf“. Er hat hierfür einen hohen Aufwand (der Zehnkämpfer muss mehr trainieren, als der 100-Meter-Läufer) und erreicht seinen „Leistungsgipfel“ dadurch auch später, da die Ausbildung natürlich länger dauert. Dennoch ist er in seiner „Lieblingsdisziplin“ durchaus mit den Spezialisten konkurrenzfähig.

Welche einzelnen chirurgischen Bereiche ein Generalist innerhalb seines Mehrkampfes konkret betreibt ist selbstverständlich unterschiedlich und den jeweiligen Umständen geschuldet: Ein Generalist im Bereich Unfallchirurgie muss auch fachübergreifende Kenntnisse der Notfallbehandlung im Bereich Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie besitzen. Demgegenüber sehen die Einzeldisziplinen eines Generalisten der Allgemeinchirurgie natürlich anders aus und beinhalten Kenntnisse der gängigen viszeralchirugischen Eingriffe (z. B. Hernien-, Blinddarm- und Gallenchirurgie) – Acetabulumfrakturen wird er aber sicher nicht behandeln. Gemeinsam ist allen chirurgischen Generalisten aber die „generalistische Grundhaltung“ oder, anders formuliert, eine „Mehrkampf-Mentalität“. Diese basiert auf einer soliden und breiten chirurgischen Grundausbildung sowie der Bereitschaft, sich durch breite Fort- und Weiterbildung auf mehreren Teilgebieten „fit“ zu halten.

Eben dieser breit aufgestellte chirurgische Allrounder hat aufgrund der obigen Ausführungen aus unserer Sicht nach wie vor seine Berechtigung, insbesondere in der Notfallversorgung und in der flächendeckenden Grundversorgung. Hierbei verdient er diejenige Unterstützung und Anerkennung, die auch dem Zehnkämpfer der Leichtathletik zukommt. Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, dass es Spezialisierung nicht für die häufigen Fälle braucht. Für die häufigen Fälle – und das sind bekanntermaßen die meisten – braucht es keinen Spezialisten; es reicht ein guter Chirurg!

Literatur

[1] https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_Deutschen_Meister_im_100-Meter-Lauf

[2] https://de.wikipedia.org/wiki/Ashton_Eaton

[3] https://en.wikipedia.org/wiki/Jim_Thorpe

[4] Klar, E. Chirurgische Kompetenz in der Versorgung von Höhlenverletzungen aus Sicht der Allgemein- und Visceralchirurgie – Versorgungsrealität im Klinikum der Maximalversorgung. Unfallchirurg 2012, 115:35-7

[5] Ferguson et al. Hospital volume and healthcare outcomes, costs and patients access. Effective Health Care 1996;2(8):1-16

[6] http://www.aga-online.ch/studentenforum/studentenkurrikulum/

Die Meinung des Verfassers muss nicht mit der Ansicht des Herausgebers übereinstimmen.

Oberst M: Spezialist oder Generalist? Passion Chirurgie. 2018 Oktober, 8(10): Artikel 05_01.