

Zukunft der Allgemeinen Chirurgie – aus der Sicht des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen



Wenn hier zum Thema Stellung genommen wird, dann im Sinne des Facharztes für Allgemeine Chirurgie nach der neuen WBO und nicht im Sinne des Begriffes Allgemeine Chirurgie. Die derzeitigen Standpunkte zum Facharzt für Allgemeine Chirurgie und die Entwicklung dieser Facharztsäule sind durch einige Besonderheiten charakterisiert:

- nahezu alle, die sich dazu geäußert haben, sind selbst noch Fachärzte für Chirurgie, haben also eine breite schwerpunktübergreifende chirurgische Weiterbildung erfahren. Sie haben sich erst nach Erhalt des Facharztstatus eine oder mehrere Schwerpunktbezeichnungen erworben und mehr oder weniger stringent einer Spezialrichtung (Schwerpunkt) zugewandt.
- der Facharzt für Allgemeine Chirurgie wird vorwiegend von Spezialisten als nicht notwendig angesehen.
- der Anteil der Schwerpunkthinhaber bzw. -fachärzte nimmt zwar deutlich zu, nach wie vor überwiegt aber der Anteil der Fachärzte für Chirurgie alter Art ohne und mit Spezialisierung den Anteil der reinen Spezialisten.
- im europäischen Umfeld ebenso wie in den USA und anderen Ländern ist nach wie vor eine breite chirurgische schwerpunktübergreifende Weiterbildung der Qualifizierung als Spezialist vorgeschaltet.
- in der Bundesrepublik Deutschland gibt es chirurgische Tätigkeiten, die den Status eines Facharztes für Allgemeine Chirurgie erfordern.
- beim Lesen von Annoncen für die Besetzung bestimmter Chefarztpositionen entsteht immer häufiger der Eindruck, dass von den Bewerbern zunehmend schwerpunktübergreifende Kenntnisse und Erfahrungen gefordert werden. Inhaber mehrerer Schwerpunktbezeichnungen haben offenbar bessere Chancen.

Es besteht kein Zweifel daran, dass die Spezialisierung notwendig ist und weiter voranschreiten wird. Stelzner (1997) hat aber aus amerikanischer Sicht auf den Kostenaspekt der Spezialisierung hingewiesen. Seiner Meinung nach würden die Kostenüberlegungen in Deutschland in der Diskussion über die chirurgische Spezialisierung eine zunehmende Rolle spielen. Zuvor hatte schon Stremmel (1995) formuliert: *„Wenn auch die Schwerpunktdisziplinen in der Chirurgie diesen Zustand bedauern mögen, so wird in der Zukunft die Kostenfrage den Trend bestimmen.“*

Mit dem Voranschreiten der Spezialisierung nahm die Skepsis gegenüber dem Facharzt für Allgemeine Chirurgie zu. Noch 1995 nach Neuformulierung des Facharztes für Chirurgie wurde die Notwendigkeit der Allgemeinchirurgie für das Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung überwiegend bejaht (Arbogast, Eser, Rückert, Siewert, Stremmel). Rückert formulierte damals, dass die Allgemeinchirurgie am Regelkrankenhaus das integrative Konzept der Chirurgie verkörpere.

1999 beschäftigte sich das 9. Eichstätt Symposium mit dem Thema: „Allgemeinchirurgie – ein Auslaufmodell?“. Sänger stellt in der Einleitung des von ihm redigierten Kongressbandes die Frage: *„Steht die Allgemeinchirurgie, stehen die Allgemeinchirurgen also vor dem Aus?“* Er wies daraufhin, dass die Allgemeinchirurgie europaweit Grundlage und wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung auch in den Gebieten sein soll.

Bauer kommt am Ende seines Vortrages „Allgemeinchirurgie – (kein) Auslaufmodell“ noch zu dem Schluss: *„Die ungeteilte Krankenhausabteilung ist somit kein Auslaufmodell. Derzeit noch unverzichtbar, wird sie sich auch in Zukunft behaupten, wenn es ihr gelingt, die aktuellen Trends in der Medizin und damit auch in der Chirurgie aufzunehmen und umzusetzen.“* 2002 fand aus Anlass des zehnjährigen Jubiläums des Konventes der Leitenden Krankenhauschirurgen ein Disput zur neuen Facharztsäule Allgemeine Chirurgie statt, an der Vertreter der DGCH, der Lehrstuhlinhaber, der Viszeralchirurgie, der Unfallchirurgie und des BDC beteiligt waren. Hier begründete Hartel lt. Sänger als einziger Referent das für ihn selbstverständliche Fortbestehen des Allgemeinchirurgen. Vom Berichterstatter wird dann aber mitgeteilt, dass man sich in der abschließenden Diskussion rasch einig darüber war, dass die „Allgemeine Chirurgie“ von Anfang an ein Fach zur „Nekrobiose“ sein werde. Der Markt werde darüber entscheiden. Dennoch wurde letztlich von Siewert seitens der DGCH im Konsens mit den Anwesenden ein Bekenntnis zur chirurgischen Grundversorgung abgegeben (Sänger 2002).

Es gibt also noch keine wirkliche Klarheit und Einigkeit über den Facharzt für Allgemeinchirurgie in Deutschland! In allen Mitgliedstaaten der EU ist laut Richtlinie 93/16 EEG der UEMS die Arztbezeichnung für Chirurgie vorgegeben. In den USA gibt es den Allgemeinchirurgen mit einer fünfjährigen breiten chirurgischen Ausbildung, wobei

aber dann etwa 60 bis 70 % der Allgemeinchirurgen Zusatzbezeichnungen in einem Fellowship erwerben, sich also spezialisieren (Stelzner 1997). Aber auch in den USA wird über den „General Surgeon“ und den Spezialisten in der Chirurgie diskutiert (Polk 2002).

Witte hat auf dem Disput über die Säule „Allgemeine Chirurgie“ erklärt, dass der Auftrag aus Europa und von der BÄK ausgegangen sei, die Allgemeinchirurgie strukturell und inhaltlich zu gestalten. Dieser Auftrag sei dann von der gemeinsamen Weiterbildungskommission der DGCH und des BDC erfüllt worden. Danach begann eine bis heute nicht abgeschlossene Diskussion. Sie kann auch noch gar nicht abgeschlossen sein, da die strukturellen und organisatorischen Entwicklungen der medizinischen Versorgung und die sich daraus ergebenden Erfordernisse in der chirurgischen Betreuung in der Bundesrepublik Deutschland in den nächsten Jahren noch nicht absehbar sind. Ursache ist der stetige Wandel aufgrund des sich ständig erhöhenden ökonomischen Druckes auf das Gesundheitswesen. Auch wenn die Zahl ungeteilter Abteilungen à conto selbständiger viszeralchirurgischer und traumatologischer Abteilungen abnimmt, ist es sicher nicht zuletzt auch aus traditionellem Verständnis heraus schwer vorstellbar, dass die chirurgische Grund- und Notfallversorgung nur von Spezialisten durchgeführt werden könnte. Das Problem steht ja zur Zeit noch nicht, da die derzeitigen Schwerpunktinhaber Visceralchirurgie und Traumatologie noch überwiegend Fachärzte für Chirurgie und damit breit einsetzbar sind. Die begrenzt einsetzbaren „Säulenfachärzte“ sind noch in absoluter Minderzahl. Die Situation könnte dann problematisch werden, wenn in den Kliniken nur noch Spezialisten ohne breite chirurgische Weiterbildung vorhanden sind.

Die Aufgabe der Chirurgen, ihrer wissenschaftlichen Gesellschaften und des Berufsverbandes sollte es sein, diese Diskussion um den Facharzt für Allgemeine Chirurgie aktiv und offensiv zu führen. Spezialisierung ist weltweit notwendig und schreitet voran, andererseits muss allein schon die Tatsache, dass in allen EU-Ländern und auch in den USA und vielen anderen Ländern am Arzt für Chirurgie (Allgemeinchirurg, General Surgeon) festgehalten wird, als Indiz für die Notwendigkeit seiner Existenz gewertet werden. In diesen Ländern werden ihm offenbar wichtige Aufgaben zugeschrieben. Hierbei sollte auch beachtet werden, dass Spezialisierung und Integration in einem Wechselverhältnis stehen müssen, d.h. dass bezogen auf die Relation Spezialisierung in der Chirurgie zur Allgemeinchirurgie auch die Inhalte der Allgemeinchirurgie immer wieder angepasst und qualifiziert werden sollten. Offenbar wurde und wird dem Prozess der Integration des Facharztes für Allgemeinchirurgie seitens der Spezialisten zu wenig oder keine Bedeutung beigemessen. Es geht nicht darum, den Allgemeinchirurgen zu einem chirurgischen Alleskönner hoch zu stilisieren, sondern ihn mit soliden Kenntnissen und Erfahrungen auszustatten, die er für seinen Einsatz braucht.

Welche Möglichkeiten des Einsatzes eines Facharztes für Allgemeine Chirurgie können unter den heutigen Bedingungen gesehen werden?

Der Autor bezieht hier Überlegungen ein, die in einem Vortrag anlässlich der Teupitzer Gespräche 2005 angestellt wurden (Rupprecht 2006).

- Nach wie vor ist der Facharzt für Allgemeine Chirurgie Voraussetzung für die Niederlassung als Chirurg, wenn dies auch derzeit nur Sinn macht mit dem Erwerb der zweiten Facharztbezeichnung Unfallchirurgie.
- Der Allgemeinchirurg ist ein Chirurg für die häufigen chirurgischen Erkrankungen und den chirurgischen Notfall (Hartel 2002), sicher auch für das, was unter die sogenannte „Kleine Chirurgie“ eingeordnet wird. Insofern ist er für Häuser der Grund- und Regelversorgung prädestiniert. Es sollte ihm auch möglich sein, in dieser Position eine enger begrenzte spezialisierte Versorgung nach entsprechender Qualifikation anbieten zu können. Hier wird die Zukunft zeigen, ob Häuser der Grund- und Regelversorgung oder adäquate Einrichtungen weiter gebraucht werden.
- Zum Betrieb einer chirurgischen Ambulanz an einem Krankenhaus bietet sich der Allgemeinchirurg als Bindeglied zu den Spezialisten an. Auch die jetzt entstehenden medizinischen Versorgungszentren und andere angedachte Einrichtungen werden Allgemeinchirurgen benötigen. Besonders in einer chirurgischen Notfallambulanz kann die Einbindung von Allgemeinchirurgen bei Bereitschaft von Spezialisten von Vorteil sein.
- Bereitschaftsdienste in Häusern mit mehreren chirurgischen Disziplinen (Abteilungen/Kliniken) können häufig nur durch einen teilgebietsübergreifenden Bereitschaftsdienst aufrechterhalten werden. Das kann ein Allgemeinchirurg mit dem entsprechenden Hintergrund realisieren.
- Der Facharzt für Allgemeine Chirurgie bietet sich durchaus auch als kompetenter Mitarbeiter jeder chirurgischen Spezialklinik an, zumal er bei Eignung dann auch den Teilgebetsfacharzt im verkürzten Verfahren erwerben kann.
- Letztlich sollte nicht vergessen werden, dass in den Entwicklungsländern und in Krisensituationen breit ausgebildete Chirurgen gefragt sind. Loeffler vom Nairobi Hospital in Kenia hat auf dem vorletzten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2005 betont, dass sich in Kenia, wie in den meisten Gegenden der Welt, der Schwerpunkt der chirurgischen Versorgung in den Kreiskrankenhäusern befindet und in den meisten Kreiskrankenhäusern der Welt der Auftrag der Chirurgen darin besteht, mit allen häufig vorkommenden Notfällen fertig zu werden, von Kopf bis Fuß sozusagen (Loeffler 2005). Er plädiert für den Spezialisten und den Allgemeinchirurgen. Beide müssten aber entsprechend ausgebildet sein. Aus seiner Sicht bestehe kein Zweifel daran, dass der Allgemeinchirurg heute mit den Kenntnissen der Mitte des 20. Jahrhunderts hoffnungslos überfordert wäre.

Ist das nicht ein Plädoyer für mehr Integration des Allgemeinchirurgen in die Entwicklung der Chirurgie?

Sicher wird es in der Zukunft noch mehr Einsatzbereiche für den Facharzt für Allgemeine Chirurgie geben. Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeine Chirurgie wird u.a. aus der Sicht diskutiert, dass die jetzt konfigurierte Säule sich nicht aus sich selbst komplett reproduzieren könne. Sie habe auch keinen Forschungsbackground (siehe bei Sängler 2002). Dazu muss man feststellen, dass die bisherige Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie in aller Regel auch durch Rotation in den Teilgebieten Visceralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, evtl. auch Thoraxchirurgie sowie der chirurgischen Intensivtherapie/Anästhesie realisiert wurde. Wenn die entsprechenden Voraussetzungen im eigenen Hause nicht gegeben waren, mussten entsprechende Hospitationen bzw. Weiterbildungsabschnitte organisiert werden. Warum sollte die Rotation nicht auch zukünftig möglich sein?

Der Facharzt für Allgemeine Chirurgie soll und kann kein chirurgischer Alleskönner sein. Aber er ist notwendig, sicher nicht zuletzt auch zur Wahrung der Chancengleichheit unseres Nachwuchses in Europa und der Welt.

Es ist sicher an der Zeit, den Facharzt für Allgemeine Chirurgie zu akzeptieren. Die neue WBO bietet hierzu durchaus den Rahmen und Raum einer qualifizierten breiten Weiterbildung im Sinne schwerpunktübergreifender Chirurgie. Dazu ist es aber notwendig, die Inhalte der WBO neu zu wichten, eine detailliertere Strukturierung vorzunehmen und Einsatzbereiche klarer zu definieren. Hier sollten sich Spezialisten und die „noch vorhandenen“ Generalisten wieder treffen. Die Befürchtung von Post sollte beherzigt werden, dass Defizite in der Weiterbildung für die Bevölkerung und die Politiker erst langfristig sichtbar werden (Post 2005). Lassen wir es nicht erst zu einem Defizit kommen!



Michael-J. Polonius

Ehem. BDC-Präsident
Berlin



Horst Rupprecht

Saalfeld