LA FUTURA

100 Jahre DGU – die Menschen hinter der Medizin

Denkanstoß des Jungen Forums O und U

Lisa Wenzel, Murnau am Staffelsee und Gina Grimaldi, Magdeburg

Berufsbild im Wandel

Das 19. und 20. Jahrhundert ist geprägt von großen Chirurgen, deren Namen auch in der heutigen Zeit Bedeutung haben. Bernhard Rudolph von Langenbeck (1810–1887), Johann von Mikulicz-Radecki (1850–1905) oder Martin Kirschner (1879–1942) seien beispielhaft genannt. Es war eine Zeit der medizinischen Revolution mit enormen wissenschaftlichen und technischen Fortschritten, wie der Entwicklung der Narkose, der Röntgendiagnostik oder der Entdeckung des Penicillins [12, 3, 20]. Die männerdominierte Welt der Chirurgie war verbunden mit herausragendem Prestige und Ansehen. Große Chirurgen zogen Lehrlinge an, es entstanden regelrechte ‚Schulen' der Chirurgie, die sich um eine Person konzentrierten (z. B. Professor Ferdinand Sauerbruch [1875–1951], später zur Zeit der Unfallchirurgie: Professor Harald Tscherne) [10]. Der Beruf ‚Chirurg' war zugleich die Identität eines Mannes und Lebensmittelpunkt der gesamten Familie. Unter Frau Doktor oder Frau Professor verstand man ganz selbstverständlich die Frau an der Seite des erfolgreichen Chirurgen. Es herrschte ein deutliches Hierarchiegefälle vom Chefarzt über den Chirurgen zur Krankenschwester und schließlich zu den Patient*innen.

Auch heute noch ist das Prestige der Unfallchirurgie in der Gesellschaft hoch, der ‚Halbgott in Weiß' ist allerdings längst Geschichte. Die Gründe dafür sind vielfältig.

Im Laufe der letzten 30 Jahre ist es zu einem Umdenken in der Gesellschaft, sowohl auf der Seite der Ärzt*innen als auch der der Patient*innen gekommen. Moderne Arbeitnehmer*innen identifizieren sich nicht mehr vorwiegend über ihren Beruf und akzeptieren diesen auch nicht als Lebensmittelpunkt [4]. Die jungen Unfallchirurg*innen (Stichwort: ‚Generation Y') fordern einen Freizeitausgleich für geleistete Stunden ein und stehen den Arbeitgeber*innen nicht nur privat, sondern auch gesetzlich, nicht mehr jederzeit zur Verfügung [19]. Die Häufigkeit von Eltern- und Teilzeit nimmt laut der Statistik der Bundesärztekammer zu [5]. Anträge hierfür sind in der Leitungsebene jedoch häufig ungern gesehen und mit Karriereeinbußen verbunden. Der Realität muss hier ins Auge gesehen werden, eine moderne Klinik oder Arztpraxis wird um flexible Arbeitszeitsysteme nicht herumkommen. Erfolgreiche Ansätze hierzu wurden im Rahmen der Corona-Pandemie 2020 angewandt.

Zusätzlich hat sich in Deutschland mit der Weiterentwicklung des auf der Idee von Otto von Bismarck (1815–1898) fußenden Sozialversicherungssystems für die Bürger*innen eine Selbstverständlichkeit entwickelt, mit der diese jederzeit eine Arztkonsultation einfordern können. So wird es zur Regel und nicht zur Ausnahme, nachts in den Notaufnahmen länger bestehende Beschwerden oder auch weniger schwerwiegende Traumata abzuklären [2, 24]. Patient*innen wurden in ihren Rechten gestärkt, Bildung ist flächendeckend vorhanden und durch die Verfügbarkeit des Internets sind Informationen variierender Qualität immer abrufbar. Auch Online-Arzt-Bewertungsportale und Bestenlisten haben an Bedeutung zugenommen und den Wettbewerb forciert. Wurde den Patient*innen früher die Entscheidungsfindung in Therapiefragen im paternalen System abgenommen, ist es heute die Aufgabe der Ärzteschaft, die Patient*innen im Rahmen des ‚informed consent' aufzuklären und ihnen die Therapieentscheidung dann selbst zu überlassen – eine Errungenschaft der Medizinethik des 20. Jahrhunderts. Auch die Einführung des DRG-Systems hat zu einem Wandel des heutigen Berufsbilds beigetragen. Die Zunahme der Bedeutung der Wirtschaftlichkeit nimmt verheerenden Einfluss auf weite Teile der Medizin und stellt eine psychische Belastung bis hin zur Burnout-Gefahr für viele Ärzt*innen dar [14]. Entscheidungen zu operativer Therapie oder Liegedauer von Patient*innen obliegen nicht mehr nur den Chirurg*innen, schließlich entscheidet heute im Zweifel der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, ob eine Krankenhausbehandlung vollständig gezahlt wird [7]. Selbst Unfallchirurg*innen in leitender Position müssen sich gegenüber der Geschäftsführung verantworten und Behandlungszahlen und Effizienz nachweisen. Dies führt zu einer Zunahme des bürokratischen Aufwands in der Unfallchirurgie, zur kosteneffizienten Einsparung von Personal auf Kosten der Patient*innen und zu einem deutlichen Verlust der Attraktivität der chefärztlichen Posten [15]. Weniger als 20 % der 25- bis 45-jährigen Mitglieder der DGOU streben aktuell eine leitende Position an [17].

Im Rahmen der Ökonomisierung wird sogar eine Zunahme nicht notwendiger Operationsindikationen zur Rettung der finanziellen Schieflage in den Kliniken diskutiert. Schützen könne sich nur, wer eine Zweitmeinung einhole [25, 11]. Patient*innen werden also regelrecht aufgefordert, die Meinung des ehemaligen ‚Halbgottes in Weiß' kritisch zu hinterfragen.

Spezialisierungstendenz

Die Entwicklung der Unfallchirurgie als eigenständiges Fach aus der Chirurgie heraus kennzeichnet den Beginn einer zunehmenden Spezialisierung. Mit der Zusammenführung der DGU und DGOOC zu einer Muttergesellschaft, der DGOU, wurde das Fach deutlich um seine Grenzen erweitert. Die Abspaltung der Unfallchirurgie vom Fach der Chirurgie wurde damit jedoch umso deutlicher und geht mit dem Verlust eines großen Teils der sogenannten ‚Höhlenkompetenz' einher. So sind die jüngeren Fachärzt*innen in

O und U nicht mehr mit der Abdominal- und Gefäßchirurgie groß geworden [13]. Hierdurch, und mit der zunehmenden Subspezialisierung, geht die Fähigkeit des/der Einzelnen zur Versorgung des gesamten unfallbedingten Arbeitsfeldes verloren [23]. Dafür können Spezialist*innen in ihren Subspezialisierungen bzw. ihren Teilgebieten sowohl die unfallchirurgischen als auch die orthopädischen Aspekte bis hin zur konservativen Therapie abdecken und gezielt weiterentwickeln. Die Spezialist*innen haben sich hierzu innerhalb der DGOU zu Arbeitsgruppen zusammengeschlossen und erreichen so ein hohes Niveau der Chirurgie, das einzelne „Generalist*innen" nicht abbilden könnten [8, 9]. Dabei muss sich die Fachgesellschaft jedoch der Frage stellen: Was passiert mit der Unfallchirurgie, deren ureigener Charakter es doch ist, jeden Notfall sofort zu versorgen, wenn es nur noch Spezialist*innen gibt? Die Fertigkeit von Unfallchirurg*innen zur Abbildung der Notfallkompetenz ist auch bei zunehmender Subspezialisierung für die Arbeit in einem Traumazentrum von absoluter Notwendigkeit. Dabei ist die Struktur in Deutschland mit der Aufteilung der Traumazentren und dem Zusammenschluss zu Traumanetzwerken für eine flächendeckende Versorgung, die dank der DGU besteht, unbedingt erforderlich [21].

Fragt man den Nachwuchs in O und U, so geben knapp 40 % der 25- bis 45-jährigen Mitglieder der DGOU [18] als langfristiges Ziel an, die allgemeine ‚Traumatologie' oder die Tätigkeit als ‚Generalist*in' anzustreben, während 60 % eine Spezialisierung beispielsweise in Fuß-, Wirbelsäulen-Chirurgie, Endoprothetik oder eine sonstige Subspezialisierung anstreben *(Abb. 1)*.

Die Waage zwischen den Generalist*innen und Spezialist*innen zu halten, wird eine der Herausforderungen der nächsten Jahre sein.

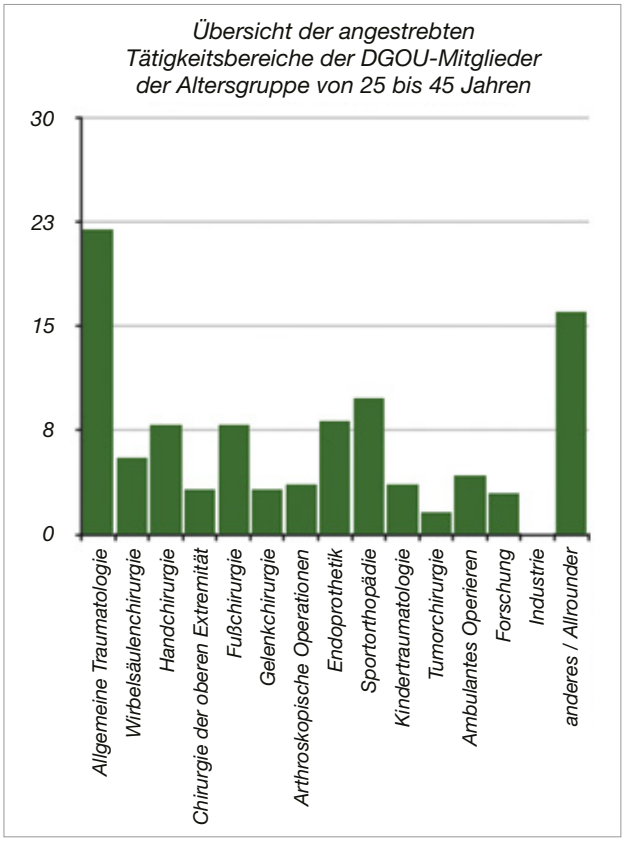

Abb. 1: „Grafik Spezialisierungen": Meinungsbild aus der Jahresumfrage des Jungen Forums O und U 2020, beantwortet von Mitgliedern der DGOU zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr (n = 305).

Unfallchirurgie und Notfallmedizin

Wo beginnt die Unfallchirurgie? Ganzheitlich betrachtet beginnt sie mit dem Unfall (auf der Straße) und endet frühestens nach Abschluss der Rehabilitation mit der Reintegration in das Berufsleben. Dabei kommt es zwangsläufig zu Überschneidungen mit anderen Fachrichtungen, hier seien die Notfallmedizin und Rehabilitationsmedizin beispielhaft genannt. Der Übergang zur Rehabilitationsmedizin ist dabei relativ klar geregelt. Aktuelle Entwicklungen führen jedoch zu Diskussionen um die Rolle der Unfallchirurg*innen in der innerklinischen Notfallmedizin und deren Struktur. Ein ‚Facharzt Notfallmedizin', wie er beispielsweise in England etabliert ist, wird aktuell diskutiert [18]. Die Zusatz-Weiterbildung ‚Klinische Akut- und Notfallmedizin' wurde bereits als erster Schritt in diese Richtung im Jahr 2018 vom Ärztetag beschlossen.

Die Natur der Unfallchirurgie, nämlich Unfallpatient*innen zu versorgen, lässt uns zwangsläufig einen großen Teil unserer Zeit in den Notaufnahmen verbringen. Über die Notaufnahme wird, neben einigen elektiven Patient*innen und Folgeeingriffen nach Trauma, unser gesamtes Patientenspektrum rekrutiert. Kann von innerklinischen Notfallmediziner*innen eine Erstversorgung traumatologischer Patient*innen auf unfallchirurgisch-fachärztlichem Niveau erwartet werden? Im Sinne der Weiterbildung müssen und wollen wir unsere Präsenz in den Notaufnahmen in jedem Fall erhalten und uns dabei weiterhin vorwiegend traumatologischem Patientengut widmen.

Weiterbildung und Nachwuchsmangel

Die Weiterbildungsassistent*innen in O und U in Deutschland werden seit 2003 durch das Junge Forum O und U berufspolitisch vertreten. Die Grundlage für unsere Weiterbildung bildet die sogenannte (Muster-)Weiterbildungsordnung. Diese definiert Mindestanforderungen (Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten), die Fachärzt*innen für Orthopädie und Unfallchirurgie erfüllen müssen [6]. Was die jungen Fachärzt*innen nach Ablegen der Prüfung tatsächlich leisten können, ist nach Einschätzung der DGOU-Mitglieder, allerdings sehr unterschiedlich. Die vorgegeben Mindestanforderungen an Fachärzt*innen werden häufig bescheinigt, obwohl nicht durchgeführt. In einer Umfrage des Jungen Forums O und U von 2019 gaben 25 % der Assistenzärzt*innen in Orthopädie und Unfallchirurgie an, mindestens 10 % der dokumentierten Eingriffe nicht selbst durchgeführt zu haben. 63 % glauben, der Weiterbildungskatalog sei in der vorgegebenen Zeit nicht realistisch erfüllbar.

Die Befragung der letzten Jahre ergibt außerdem folgendes Bild: Die Weiterbildung ist in ihrer Umsetzung zu wenig strukturiert. Durch das DRG-System fehlt es an finanzieller Unterstützung bei hohem ökonomischen Druck, welcher zu fehlender Zeit für Weiterbildung

innerhalb und außerhalb des Operationssaals führt. Dabei sind Assistenzärzt*innen durch den stetigen Zeit- und Leistungsdruck psychisch belastet [15].

Was ist also los mit unserer Weiterbildung in Deutschland? Führen wir in Deutschland zu wenige operative Eingriffe durch, um die Anzahl an Weiterbildungsassistent*innen ausbilden zu können? Ist es richtig, dass Assistent*innen für Weiterbildungseingriffe unbezahlt und nicht versichert länger in der Klinik bleiben, um das Operieren zu erlernen? Eine Kurzbefragung der Mitglieder des Jungen Forums O und U 2021 gibt Hinweise darauf, dass dies in relevantem Ausmaß geschieht. Für eine statistische Aussagekraft sind jedoch weitere Befragungen nötig. Oder sind vielleicht die Anforderungen der Weiterbildungsordnung zu hoch? Trotz der Spezialisierung muss ein gemeinsamer Standard für den Facharzt in O und U erhalten bleiben, ein Herabsetzen der Anforderung ist daher keine Option! Die Anzahl der operativen Eingriffe in Deutschland richtet sich zwingend nach dem Bedarf der Patient*innen, nicht nach der Weiterbildungsnot.

Wir glauben daher, dass neue Wege beschritten werden müssen ohne die Anforderungen der Weiterbildungsordnung zu reduzieren, wobei eine Justierung der Drehschrauben ‚Zeit' und ‚Geld' entscheidend ist. Die Anzahl der operativen Eingriffe pro Weiterbildungsassistent*in muss erhöht werden. Dies gelingt auf dieselbe Weise wie in der Zeit, als die Chirurgie noch in ihren Kinderschuhen steckte, nämlich am Humanpräparat *(Abb. 2)*.

*Abb. 2: „Wet lab": Assistenzärzt*innen in O und U während des Operations-Trainings an Humanpräparaten – ohne Zeitdruck und mit der Möglichkeit Fehler zu machen.*

Durch den Wegfall des Zeitdrucks und die Möglichkeit, verschiedene Methoden zu testen, ist sogar noch eine Steigerung des Lerneffekts zu erzielen. Darüber hinaus wird die Patientensicherheit erhöht, da die ersten Schritte bereits realitätsgetreu geübt werden konnten.

Voraussetzung wäre eine anteilige Anerkennung von Operationen am Humanpräparat als Weiterbildungseingriffe. Dazu müsste mehr Geld für Weiterbildung zur Verfügung stehen. Das wäre durch die Ausgliederung der Finanzierung der Weiterbildung aus dem DRG-System möglich.

Betrachten wir außerdem die Aufgaben von Assistenzärzt*innen und die Organisation der Weiterbildung in den Kliniken, so fällt auf, dass nicht selten der bürokratische Anteil den Arbeitstag dominiert. Durch die Einführung von sogenannten *Physician Assistants (PA)* könnte den Assistenzärzt*innen ein Teil der Bürokratie abgenommen werden und mehr Zeit an Patient*innen und für Weiterbildung zur Verfügung gestellt werden. Sollte der PA allerdings stattdessen im OP eingesetzt werden, wäre das eine fatale Entwicklung für die Weiterbildung, denn auch die OP-Assistenz birgt großes Lehrpotenzial [22].

Auch für Forschung wäre durch eine Finanzierung der Weiterbildung mehr Raum geschaffen. Diese findet laut den aktuellen Umfragen nämlich weiterhin überwiegend in der Freizeit statt und wird daher zunehmend unattraktiv, ist jedoch für einen hohen medizinischen Standard eine Grundvoraussetzung [18]. Zu wünschen wäre also eine Auseinandersetzung mit der Struktur und Finanzierung der Weiterbildung sowie die Anerkennung von Weiterbildungsinhalten durch alternative Fortbildungsmethoden.

Durch die Erhöhung der Zufriedenheit der Assistenzärzt*innen mit der Weiterbildung wäre auch ein erster Schritt zur Bekämpfung des Nachwuchsmangels getan. Während des Studiums können sich 40 bis 60 % eine chirurgische Tätigkeit vorstellen, doch die Chefärzt*innen beklagen vielerorts einen Mangel an Assistenzärzt*innen [1]. Dies mag zum einen an den oben genannten Problemen der Weiterbildung liegen, zum anderen ist es die herausfordernde Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Chirurg*innen durch die aktuellen Arbeitsbedingungen, die die Studierenden von der Berufswahl Chirurg*in abhalten. Teilzeitkräfte sind beispielsweise bei der Weiterbildung deutlich benachteiligt [16]. Gerade eine Schwangerschaft wirft Frauen in der Karriere weit zurück. Dabei sind es doch gerade die Frauen, die vermehrt in den Arbeitsmarkt der O und U strömen und im Weiteren der Klinik oder dem Fachgebiet O und U verloren gehen. Das muss nicht sein, zukunftsträchtige Themen sind deshalb die Auflösung der starren Arbeitszeitmodelle mit gesetzeskonformer Umsetzung der Arbeitszeiten, Bereitstellung von Kinderbetreuungsmöglichkeiten sowie die Auflösung traditioneller Rollenmuster.

Weiterhin sind Konsequenzen aus den Studien zur psychischen Belastung junger Ärzt*innen zu ziehen, wie die Reduktion der Workload und der Ausbau von Unterstützungsangeboten für Belastungssituationen. Arnold van de Laar sagt es in seinem Buch ‚Schnitt!‘ treffend: „Sind Chirurgen durchgeknallt, brillant, gewissenlos? Sind sie Helden oder Aufschneider? Das Fach liegt in einem Spannungsfeld. Operieren ist schön, aber die Verantwortung wiegt bleischwer“ [26].

Summary

The German Society for Trauma Surgery (DGU) has undergone change in the last 100 years. Surgery has been transformed from a male dominated paternalistic system to become a caregiver of patients. Also, trauma surgery has been affected by the fusion with the orthopedic surgery. Young orthopedic and trauma surgeons are no longer trained in general surgery. Instead, there is a tendency to increased specialization within the profession. Therefore it is necessary to preserve a balance between general trauma surgery and advanced specialization. In addition, it will be necessary to define the role of trauma surgery in the field of Emergency Medicine in the future. Also, in our opinion, trauma surgery education of residents lacked adaption to changed conditions, bureaucracy and rising economic pressure. Money and time now need to be invested to maintain the quality of trauma surgery education. New paths of knowledge transfer have to be taken. For example, manual skills must be practiced and learned during training on fresh frozen specimens in a wet lab. In order to keep trauma and orthopedic surgery attractive for residents, adjustment of working conditions, including a reduction of the pressure to perform, the introduction of flexible work and call systems and an improved work-life balance are necessary. All these changes should be supported by the united forces of the orthopedic and trauma surgery societies DGU, DGOOC and DGOU to shape a promising future.

Literatur

1. Ärzteblatt © may/EB/aerzteblatt.de (2018) Chirurgen plagen Nachwuchssorgen. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/93364/Chirurgen-plagen-Nachwuchssorgen (aufgerufen: 15.12.2020)
2. Ärzteblatt © may/EB/aerzteblatt.de (2019) Viele Patienten gehen ohne Not in die Notaufnahme. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101531/Viele-Patienten-gehen-ohne-Not-in-die-Notaufnahme (aufgerufen: 15.12.2020)
3. Brandt Ludwig, Krauskopf Karl-Heinz (1996) 150 Jahre Anästhesie: „Eine Entdeckung in der Chirurgie". Dtsch Arztebl 93(45): A-2957 / B-2293 / C-2089
4. Bund Kerstin (2014) Wir sind jung … und brauchen das Glück: Wie die Generation Y die Berufswelt verändert und warum alle von diesem Wandel profitieren. DIE ZEIT Nr. 10
5. Bundesärztekammer (2018) Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018 der Bundesärztekammer
6. Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (2018) (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018. © Bundesärztekammer, Berlin
7. Deutscher Bundestag (2019) Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz). Bundesanzeiger Verlag GmbH, Köln, ISSN 0722-8333
8. Deutsche Kniegesellschaft e. V., https://deutsche-kniegesellschaft.de (aufgerufen: 15.12.2020)
9. DVSE, https://www.dvse.info (aufgerufen: 15.12.2020)
10. Eckart Wolfgang U (2016) Ferdinand Sauerbruch – Meisterchirurg im politischen Sturm. Eine kompakte Biographie für Ärzte und Patienten. Springer, Wiesbaden, ISBN 978-3-658-12547-9

11. Eckstein Hans-Henning, Kühnl Andreas, Pennig Dietmar, Rüggeberg Jörg-Andreas (2015) Wird in Deutschland zu viel operiert? – Meinungen aus der Chirurgie. Passion Chirurgie 5(09): Artikel 02_02_02

12. Fleming Alexander (2001) On the antibacterial action of cultures of a penicillium, with special reference to their use in the isolation of B. influenzae. Original paper reproduced from the British Journal of Experimental Pathology 1929, vol. 10, pp. 226–236 in Bulletin of the World Health Organization: International Journal of Public Health 2001; 79(8): 780–790, https://apps.who.int/iris/handle/10665/75001 (aufgerufen: 15.12.2020)

13. Friemert Benedikt (2011) Katastrophenopfer brauchen Komplexchirurgen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten, Ausgabe Oktober

14. Glöser Sabine (2020) Klinikalltag belastet junge Ärztinnen und Ärzte. Dtsch Arztebl 117(14): 4

15. Hoffmann Reinhard (2020) Chefarzt – ein Auslaufmodell?! Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten, Ausgabe 6: 46–49

16. Junges Forum Orthopädie und Unfallchirurgie, Jahresumfrage des Jungen Forums (2019), https://jf-ou.de/projekte/umfragen/ (aufgerufen: 20.03.2021)

17. Junges Forum Orthopädie und Unfallchirurgie, Jahresumfrage des Jungen Forums (2020), https://jf-ou.de/projekte/umfragen/ (aufgerufen: 20.03.2021)

18. Laun Reinhold A (2013) Der neue Facharzt Notfallmedizin – Beruf und Perspektiven. Passion Chirurgie 3(05): Artikel 02_02

19. Marburger Bund, https://www.marburger-bund.de/bundesverband/tarifvertraege (aufgerufen: 15.12.2020)

20. Röntgen Wilhelm Conrad (1895) Über eine neue Art von Strahlen (Vorläufige Mittheilung) In: Aus den „Sitzungsberichten der Würzburger Physik.-medic. Gesellschaft“ 1895

21. Ruchholtz Steffen, Lewan Ulrike, Debus Florian, Mand Carsten, Siebert Hartmut, Kühne Christian A (2014) TraumaNetzwerk DGU(®): optimizing patient flow and management. Injury. 45 Suppl 3: S. 89–92

22. Taheri Pouria, Wenzel Lisa, Möller Jens (2017) Arztassistent und Assistenzarzt“ – Personaloptimierung in der Klinik. ZOrthop Unfall 155

23. Trentz Otmar, Woltmann Alexander (2017) Der Unfallchirurg zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Trauma Berufskrankh 19, 37–41

24. Werner Susanne (2016) Jeder zweite Patient kein echter Notfall. https://www.aerztezeitung.de/Politik/Jeder-zweite-Patient-kein-echter-Notfall-238780.html; veröffentlicht am 29.01.2016 (aufgerufen: 15.12.2020)

25. Willems Walter (2009) In Deutschland wird zu viel operiert. https://www.welt.de/gesundheit/article4563068/In-Deutschland-wird-zu-viel-operiert.html; veröffentlicht am 18.09.2009 (aufgerufen: 15.12.2020)

26. Van de Laar Arnold (2015) Schnitt! Die ganze Geschichte der Chirurgie erzählt in 28 Operationen. Pattloch Verlag GmbH + Co, München 2. Auflage, S. 16–17, ISBN 978-3-629-13072-3

In Absprache mit den Editoren werden in diesem Literaturverzeichnis die Vornamen der Autoren und Autorinnen ausgeschrieben. Dies entspricht nicht der Zitierweise nach „Der Unfallchirurg“, trägt aber dem Inhalt des Artikels Rechnung.