

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.



Nachdem mit der Weiterbildungsordnung 2003 das Gebiet Orthopädie und der Schwerpunkt Unfallchirurgie aus dem Gebiet Chirurgie zu einem Fach Orthopädie und Unfallchirurgie zusammengelegt worden waren, stellte sich diese Frage schon einmal auf dem Ärztetag 2010 in Dresden. Trotz einer zunehmenden Spezialisierung in allen Kliniken Deutschlands wurde der Berücksichtigung in der Weiterbildungsordnung eine Abfuhr erteilt und „das überzogene Selbstverständnis einzelner Fachgesellschaften“ (Dr. Schröder, DÄT Dresden 2010) kritisiert. Auch jetzt wird argumentiert, dass einer Fachgesellschaft eine Stellungnahme nicht zustehe, sondern diese eine ureigene Aufgabe der Ärztekammern sei. Interessanterweise kamen damals wie jetzt auch beim Ärztetag in Freiburg die Befürworter der Allgemeinchirurgie überwiegend aus dem Ärztekammerbereich Westfalen-Lippe.

Im Übrigen stellt sich die Frage, ob es immer eines gesetzlich verbrieften Rechts bedarf, um bei der Debatte über ein Thema eine Meinung vertreten zu dürfen.

Ärztetag setzt sich über den Konsens der Fachgesellschaften hinweg

Es erscheint ungewöhnlich, wenn sich der Deutsche Ärztetag bei der Fortschreibung der Weiterbildung der Chirurgie sich ohne Not über das gemeinsame Verständnis aller chirurgischen Fachgesellschaften hinwegsetzt. Das regt zur Spekulation an, dass kaum fachliche Inhalte diese Position begründen können, wie im Weiteren detailliert hinterfragt wird. Vielmehr scheinen das Festhalten und Wiedereinführen von Strukturen aus dem letzten Jahrhundert als stiller Berater bei der Beschlussfassung mit am Tisch gewesen zu sein. Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz einen klaren Impuls für Zentralisierung und Spezialisierung gesetzt – das wird kaum ein Wiederaufleben des Allgemeinchirurgen zur Folge haben. Und die deutschen Krankenhäuser 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 Prozedurenschlüssel	Operationsanlass	Anzahl
1	5-469	Andere Operationen am Darm	395.398
2	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum (Dammriss)	341.637
3	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	299.417
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	267.076
5	5-749	Andere Sectio caesarea	254.264
6	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	232.746
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	232.726
8	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	231.858
9	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	213.821
10	5-511	Cholezystektomie	203.665
11	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	193.487
12	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	188.404
13	5-916	Temporäre Weichteildeckung	186.890
14	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	186.829
15	5-800	Offene chirurgische Revision eines Gelenkes	178.212
16	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	176.876
17	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	176.309
18	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	175.006
19	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	170.004
20	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	168.816
Operationen insgesamt			16.709.813*

Statistisches Jahrbuch: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DRGOperationen.html>
 * Einige Operationsnummern enthalten mehrere Positionsnummern.

gängig fortgesetzt hat und auch die Chirurgie als Ganzes betrifft. 1997 waren 22 % der Kliniken in Allgemein- und Unfallchirurgie (beziehungsweise Orthopädie) getrennt. 2009 waren es nach einer Erhebung der DGOU bereits 75 % und 2015 sind es nun 81 % aller Kliniken, die getrennte Strukturen vorhalten, davon sind 76 % der Grund- und Regelversorger [1,2].

Wo bleibt die Spezialisierung?

Ist es dann nicht angebracht, der Spezialisierung auch in der Weiterbildung Rechnung zu tragen? – Nach dem Beschluss des Ärztetages in Freiburg soll aber der Allgemeinchirurg für die „Chirurgie des Häufigen“ erhalten und umfassend weitergebildet werden. Dementsprechend soll es eine inhaltliche Verbesserung und Präzisierung der allgemeinchirurgischen

Kompetenz geben. Nun lässt sich die Chirurgie des Hüftigen leicht in der Bundesstatistik nachlesen (Tab. 1): Demnach sind allein unter den abgebildeten ersten 16 Operationen des Rankings allenfalls drei (Nr. 7, 13, evtl. 18), die keiner Spezialisierung bedürfen [3].

Soll nun der Allgemeinchirurg Bandscheiben-, Kniegelenk- und Schulteroperationen vornehmen und Hüftendoprothesen einsetzen, weil diese Operationen sehr häufig sind? Und auch bei scheinbar einfachen Eingriffen wie Cholezystektomie und Thyreodektomie gibt es Hinweise auf Volume/Outcome-Zusammenhänge. Kann der Allgemeinchirurg den Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung überhaupt gerecht werden? Und stehen so dem Beschluss des Ärztetages nicht die Qualitätssicherung und die Bürgerorientierung entgegen, wie sie in der Definition der Weiterbildungsordnung erwähnt werden?

Die Weiterbildungsbezeichnung ist entsprechend der Definition der Bundesärztekammer nämlich der Nachweis für erworbene Kompetenz. Sie dient der Qualitätssicherung der Patientenversorgung und der Bürgerorientierung [4]. Folgt man dem Beschluss des DÄT, stellt sich fast die Frage nach einer Fach- zumindest nach einer Rechtsaufsicht über Beschlüsse zur Weiterbildung, wem immer diese auch zustehen könnte. Dies ist keine generelle Kampfansage an die ärztliche Selbstverwaltung, aber zurzeit existiert kein Mechanismus, der auch bei offenkundig die Ansprüche von weiterbildungs-verletzenden Beschlüssen zu einer inhaltlichen Korrektur führt.

Es ist Fakt, dass es eine direkte Beziehung zwischen der Anzahl durchgeführter Eingriffe und deren Ergebnis gibt (Volume-Outcome). Bei der Knieendoprothetik etwa steigt bei Kliniken mit kleinen Versorgungszahlen die Wahrscheinlichkeit auf einen Revisionseingriff innerhalb von zwei Jahren um 50 % gegenüber den Kliniken mit großen Leistungszahlen [5]. Für die Kniegelenksendoprothetik hat dies schon vor Jahren zur Einführung einer Mindestmenge geführt. Dies gilt auch für bisher untersuchte viszeralkirurgische Eingriffe der Schilddrüsenoperationen und in der Pankreaschirurgie [6].

Die Bürger haben sich längst darauf eingestellt. Sie wollen den Spezialisten.

106 Minuten Fahrtzeit vom Wohnort halten sie im Mittel für zumutbar, um in einer spezialisierten Klinik behandelt zu werden [7]. Die aktuelle Analyse der Erreichbarkeit von Krankenhäusern zeigt sogar, dass 73,2 % der Bevölkerung in 10 Minuten und 97,5 % in 20 Minuten das nächste Krankenhaus der Grundversorgung erreichen [8].

Krankenhäuser bilden den hohen Spezialisierungsgrad ab

Bei alledem geht es aber nicht nur um den einzelnen Bürger, sondern auch um unser solidarisches Gesundheitssystem. Eine

„Die Spezialisierung in der Medizin ist nicht aufzuhalten und wird weiter fortschreiten.“

höhere Revisionsquote, mehr Komplikationen kosten mehr Geld. Kein Wunder, dass die Kostenträger daher die Spezialisierung in Zentren fördern. „Damit bilden Krankenhäuser heute in ihrer Organisation den hohen Spezialisierungsgrad in den chirurgischen Fächern ab und entwickeln sich vermehrt in Richtung der auch von der Politik geforderten Zentren“, stellten Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer fest, Generalsekretär der DGCH und Präsident des BDC, sowie Professor T. Pohlemann, Präsident der DGCG, fest. Nur in diesen spezialisierten Einheiten sei der einzelne Operateur imstande, die notwendige Expertise für die Behandlung seiner Patienten zu entwickeln. „Ein Chirurg, der einen Darmkrebs exzellent operiert, kann nicht genauso erfahren in der Chirurgie des Gelenkersatzes sein“, betont Meyer.

Dass dies von den Krankenhausstrukturen nicht zu trennen sei, betonte Prof. Dr. Boris Augurzky vom RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung auf dem Hauptstadtkongress 2017. Diese seien nach wie vor in einigen Regionen ungünstig, es gebe zu viele kleine Einrich-

tungen, eine zu hohe Krankenhausdichte und zu wenig Spezialisierung. Fasst man aber kleinere Einrichtungen zusammen, dann ist auch das Problem leicht zu lösen, dass bei spezialisierten chirurgischen Abteilungen Fachärzte jeder Ausrichtung auch im Dienst tätig sein müssten. Dies war beim Ärztetag in Freiburg als wesentliches Hindernis für geteilte und damit spezialisierte Abteilungen vorgebracht worden.

Qualität und Quantität in der Leistungserbringung

Versorgungsstrukturen werden von der Politik vorgegeben. Sie ist natürlich vorrangig an nachhaltigen und kosteneffizienten Lösungen interessiert. Das 2015 verabschiedete Krankenhausstrukturgesetz stellt das Kriterium einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung in den Vordergrund. Besonders wichtig für die Ausrichtung der Krankenhäuser ist die Verkoppelung von Qualität und Quantität in der Leistungserbringung. Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität sollen nämlich von Leistungsabschlägen ausgenommen werden können, was ja eine differenzierte Qualitätsbeurteilung in den Krankenhäusern erfordert. Dafür wurde eigens ein Qualitätsinstitut (IQTIG) eingerichtet, in dem sektorübergreifend die Daten gesammelt und publiziert werden. Der politische Wille, dies umzusetzen, ist unverkennbar.

Spezialisierung nur in Zentren

Mindestmengen, Facharztstandard, juristische Aspekte, die „Ambulantisierung“ der Medizin, auch in der Chirurgie, lassen es unmöglich erscheinen, dass ein Allgemeinchirurg in seiner Weiterbildung auch nur ein Mindestmaß an Eingriffen erlernen kann, die er selbstständig durchführen kann und beherrscht. In Deutschland werden derzeit zum Beispiel in 179 Kliniken weniger als 20 Hüfterstimplantationen und in 759 Kliniken weniger als 20 Hüftendoprothesenwechsel im Jahr durchgeführt. Und dabei gehört die Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk zur „Chirurgie des Hüftigen“. Wie also soll in diesen, meist allgemein chirurgischen Kliniken, der Arzt in Weiterbildung das notwendige „Know-how“ für diese Ein-

griffe erwerben? Dass nur eine Spezialisierung in Zentren die vom Bürger und der Politik geforderte Verkoppelung von Qualität und Quantität erbringen kann, haben die DGOOC durch die Etablierung von Endoprothesenzentren (Endocert) und die DGU in ihren Traumazentren und dem Traumanetzwerk hinreichend bewiesen.

Was folgt daraus?

- Die Spezialisierung ist in der Medizin nicht aufzuhalten und wird auch in Deutschland wie in ganz Europa weiter fortschreiten [9].
- Wenn die Weiterbildungsbezeichnung entsprechend der Definition der Bundesärztekammer der Patientenversorgung dienen soll, dann muss sie diesen Entwicklungen Rechnung tragen.
- Bei der Fortentwicklung der Weiterbildungsordnung muss den internationalen wissenschaftlichen Erfordernissen des Fachgebiets sowie den Er-

fordernissen einer qualitativ hochwertigen Versorgung Rechnung getragen werden.

- Bei Dissens über Grundsatzfragen bezüglich der genannten Themen muss ein Konsens mit den Fachgesellschaften gesucht werden, und es ist über einen Konfliktlösungsmechanismus nachzudenken, der im Dissensfall Lösungsoptionen erarbeitet.
- Dass ein zukünftiger Allgemeinchirurg in der „Chirurgie des Häufigen“ umfassend weitergebildet und damit eine inhaltliche Verbesserung und Präzisierung der allgemeinchirurgischen Kompetenz erreicht wird, ist praktisch unmöglich.
- Angehende Chirurgen in eine nicht zukunftsfähige Allgemeinchirurgie zu locken, ist unehrenhaft, ebenso wie die Nutzung der Weiterbildungsordnung als politisches Kampfmittel zum Erhalt überholter, aus qualitativer Sicht eher zweifelhafter Strukturen.

Es ist zu hoffen, dass sich die Verantwortlichen dieser Problematik noch einmal annehmen, zumal alle chirurgischen Fachgesellschaften einen konsentierten Vorschlag vorgelegt haben.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard
Aachen
em. Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie



© F. U. Niethard

Dr. Jürgen Malzahn
Abt. Stationäre Versorgung, Rehabilitation, Geschäftsführungseinheit Versorgung, AOK-Bundesverband Berlin



© J. Malzahn

Hier steht eine Anzeige.