



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.

**Kommentar**

**Was soll die chirurgische Grundversorgung umfassen?**

Schmidt 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 allgemeinchirurgischen Klinik erlernt beziehungsweise mit Expertise erbracht werden können. Sie fordern daher, dass die Definition der Allgemeinchirurgie 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? Schmidt 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 Allgemeinchirurg 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 Allgemeinchirurgie 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 Schmidt und Oberst bekannt sein. Dass dieser sich aber über den Konsens der Fachgesellschaften hinwegsetzt, ist die eigentliche Verfehlung. Diskussionen über die Definition der Allgemeinchirurgie 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 (z. B. 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

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 (Viszeral- beziehungsweise Orthopäden und Unfall-) Chirurgen – auch im ambulanten Bereich andererseits zwingend von Nöten sein wird. Hierzu ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie 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 unter:**  
<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