

Kampfhabilitator oder Teilzeitchirurg – eine Polemik

Claudio Caviezel, claudiocaviezel@gmail.com

Ein Facharztanwärter Chirurgie stellt sich im Laufe seiner Weiterbildung die Frage, ob und wie er sich spezialisieren möchte. Warum eigentlich? Ein Spezialist ist doch jemand, der immer mehr über immer weniger Dinge weiss, bis er schliesslich konsequenterweise ... nichts mehr weiss.

Und dann existiert da noch die einzigartige Spitallandschaft der Schweiz, welche in ihrer aktuellen Form ein gehöriges Mass an allgemeinchirurgischen Fähigkeiten fordert. Gibt es aber noch Chirurgen, welche in einer Zeit voller Work-Life-Balance, Jobsharing, DRG-getimten OP-Sekunden und zunehmend von Verwaltungen diktierten Sprechstunden zusätzlich noch die ganze Zeit im Dienst sein möchten? Um nach der Schilddrüse am Morgen um Mitternacht einen Röhrenknochen zu traktieren?

Das grösste Problem scheint in Zukunft allerdings die Weiterbildung zu sein. Die Einführung der 50-Stunden-Woche und die gleichzeitig wachsenden Anforderungen an die kaufmännische Ader des Stationsarztes können einen negativen Einfluss auf eine straffe und vor allem breite Weiterbildung haben. Oben genannte vermehrt geforderte Teilzeitarbeit und der zunehmende Papierkram tragen zum Problem bei.

Auf der anderen Seite kann eine frühzeitig angestrebte Spezialisierung entgegenwirken. Man durchläuft die Hallen der universitären Klinik und wird im Gegenzug für gleichzeitig erbrachte Forschung über den Facharztstitel zum Schwerpunkt geschleust. Selbstverständlich strebt man dabei zusätzlich die Habilitation an.

Nach dem Staatsexamen beginnt man an der universitären Klinik auf dem Spezialgebiet und wird im Verlauf an eine periphere Klinik geschickt, um die Minimalanforderungen des Operationskataloges zu erfüllen. Als Privatdozent ist einem die zukünftige leitende oder sogar Chefposition sicherer als dem Konkurrenten.

Und wie soll man nun –Sarkasmus einmal beiseite – seine Spezialisierung planen? Grundsätzlich erscheint ein vierjähriger Common trunk, das heisst eine breite allgemeinchirurgische Weiterbildung zu Anfang als sinnvoller Weg. Anschliessend erfolgt eine zweijährige Spezialisierung und danach das Erlangen des Facharztstitels Chirurgie. Die letzten zwei Jahre können bereits für den Schwerpunkttitel angerechnet werden. Die Breite zu Beginn ermöglicht zusätzlich eine gewisse Erfahrung in den häufigen chirurgischen Eingriffen, der zukünftige Spezialist weiss auch beim Präparieren der Leiste noch, dass darunter irgendwann ein Knochen auftaucht.

Die Literatur ist sich einig, dass Spezialisten respektive Zentren geeigneter für gewisse Eingriffe sind. Inwiefern eine breite Basisweiterbildung aus einem

Spezialisten einen besseren Spezialisten macht, lässt sich nicht absolut evident erschliessen. Aufgrund der grundlegenden Techniken in der Chirurgie, seien es Anastomosentechniken und Blutstillung, erscheint dies aber logisch. Ebenso ermöglicht das „Allgemeine“ eine Fülle an unerwarteten Situationen und neuen Horizonten.

All diese leicht dahergesagten „Horizonte“ und die „gewisse Erfahrung“ in den häufigen chirurgischen Eingriffen sind natürlich während einer nur vierjährigen Common trunk - Weiterbildung utopisch. Ein Assistenzarzt in Weiterbildung kann sich sogar glücklich schätzen, wenn er in diesen vier Jahren bereits den Operationskatalog zusammen hat und die letzten zwei Jahre der Facharztausbildung schon in seinem Schwerpunktfach der Wahl verbringen kann (zum Beispiel mit genug Osteosynthesen oder Koloneingriffen zur Gefässchirurgie wechseln).

In Hinblick auf oben genannte Spitallandschaft und den weiterhin lauten Ruf nach Generalisten erscheint entsprechend eine längere Zeit in der Allgemein-chirurgie sinnvoll, zum Beispiel als allgemeinchirurgisch tätiger Oberarzt mit erst anschliessend geplanter Schwerpunktausbildung. Hierbei schiebt sich das Alter bei Antritt zum Beispiel an der Universität natürlich nach hinten und wir sind wieder beim Thema Jobsharing, Work-Life-Balance etc. Hierbei darf der familienfreundliche Aspekt einer Teilzeitstelle oder einer ausbleibenden Spezialisierung natürlich nicht ignoriert werden. So manch erfolgreicher Arzt – sei's in der Schweiz oder in Baden-Württemberg – hat schon über mangelnde Familienerlebnisse geklagt.

Teilzeitstellen scheinen besonders in Teilgebieten möglich. Auch an Universitäten. Als Beispiele seien die Hernienchirurgie oder die Proktologie genannt. In der Gynäkologie, Urologie und Orthopädie ist dies auch möglich, die Chirurgie sollte hier nicht hinten anstehen. Und wenn wir in die Zukunft schauen, ist eine grosse Veränderung dieser berüchtigten Spitallandschaft Schweiz durchaus realistisch. Wenn wir zum Beispiel von 300 auf 100 Spitäler kürzen, wird sich im Rahmen der Zentralisierung auch eine erweiterte Spezialisierung durchsetzen. Und damit die Möglichkeit, an einem Hernienzentrum sich in einer Teilzeitstelle „nur“ noch um solche zu kümmern.

Die skandinavischen Länder machen es wieder einmal vor, dass eine Landschaftsstruktur wie in der Schweiz nicht zwingend Spitäler mit einem Rundumservice in jeder Ecke eines Tales nötig macht. Hierbei stellt die Spezialisierung wiederum ein Argument für eine familienfreundliche Stelle dar. Sofern sich die Spezialisierung nicht nur auf die grossen Fächer wie Gefässchirurgie oder Viszeralchirurgie beschränkt und sich früher in Angriff nehmen lässt. Nämlich mit universitären Curricula bzw. Weiterbildungsstellen an grossen Kliniken, die sich individueller gestalten und auch einem Arzt ohne Ansprü-



che auf Habilitation ermöglichen, spezialisierter Proktologe zu werden, wozu auch Teilzeit-Weiterbildung.

Grundsätzlich erblassen aber solche Überlegungen im Angesicht der unstrukturierten Weiterbildung in der Schweiz. Dort zeigen sich im Rahmen von weniger werdenden nicht-chirurgischen Facharztanwärtern in chirurgischen Kliniken zunehmend Probleme. Junge Mochtegegn-Chirurgen streiten sich buchstäblich um jede Hernie, während ihnen niemand sagt, dass sie lieber Dermatologe oder Psychiater werden sollten. Vielleicht ergeben sich neue Chancen durch das Modell „PEP“, welches kürzlich von Bund und Kantonen zwecks Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung verabschiedet wurde.

Eine aktuell noch breite Facharztausbildung mag diejenigen Oberärzte unterstützen, die in einem unserer vielen peripheren Spitäler nächstelang Dienst absolvieren. Gleichzeitig wird sie angesichts des zunehmenden Verwaltungsaufwandes immer schwieriger bzw. unrealistischer. Nebenbei wird über Chirurgenmangel geklagt, ohne dass man das Weiterbildungssystem an die neue Zeit anpasst. Eine neue Zeit mit dem Ruf nach Spitalschliessungen und Zentralisierung, Ärzten, die nicht mehr nur für den Beruf existieren möchten und einer Fülle an administrativen Aufgaben, die in den 50 Stunden ebenfalls untergebracht werden müssen.

Dieser Aspekt greift in die bereits länger geführte Diskussion über die Extremitätentraumatologie. Dort wird von vielen ein zusätzliches Curriculum gefordert, welches von chirurgischer und orthopädischer Seite her zu erlangen ist. Gleichwohl wird der zukünftige Hernienspezialist keine Osteosynthesen mehr beherrschen. Für so manchen – den Autor eingeschlossen – sicherlich

ein Verlust, aber wenn man ehrlich ist und ein wenig in die Zukunft blickt: warum eigentlich? Ein rezidivfreier Hernieneingriff ohne chronische Schmerzen ist wichtig, nicht dass der Operateur nachher auch noch eine Malleolarfraktur versorgt. Und dafür muss man als Patient vielleicht aber auch bereit sein, 50 Kilometer weit zu fahren.

Im Rahmen einer Zentralisierung darf aber wieder über die Kosten diskutiert werden. Zusammen mit der Weiterbildung: Hernien und Gallenblasen zentralisiert in Kliniken, welche die teure Infrastruktur für Transplantationen bieten und rein grundsätzlich schon einen grösseren Tagessatz aufweisen. Dort sollen langsam operierende Assistenten ausgebildet werden?

Da sind unsere peripheren Spitäler mindestens im Sinne der Weiterbildung und womöglich sogar bezüglich der Kosteneffizienz nützlich. Und inwiefern lange Wartezeiten auf Operationen – welche wahrscheinlich generiert werden, wenn wir Kliniken schliessen – einen Einfluss auf die Kosten haben, weil sie die Arbeitsunfähigkeit ausdehnen, machen uns Länder wie zum Beispiel Grossbritannien vor.

Zusammenfassend bleibt wieder einmal ein grosses Fragezeichen stehen, die Meinungen gehen auseinander und alle wird man nicht zufriedenstellen können. Aber jede Diskussion ist ein Schritt vorwärts, möge man sie führen!

Mit herzlichem Dank an Prof. M. Furrer in Chur und Dr. M. Schneider in Biel, welche vielleicht andere Ansichten haben, aber gute Denkanstösse geben konnten.



IES 2

INTELLIGENTE RAUCHGASABSAUGUNG MIT IES 2:
REDUKTION VON VIREN- UND BAKTERIENDISPERSION.

FUNKTIONEN



- ✦ Hohe Saugleistung, dennoch leise im Betrieb
- ✦ Aktivierung manuell, über Fußschalter oder automatisch/synchron zur HF-Applikation
- ✦ Für individuelle Anwendungen optimiertes Absaugzubehör
- ✦ Hohe Wirtschaftlichkeit durch lange Filterbetriebszeit



Weitere Informationen über medizinische Verfahren finden Sie auf unserer Homepage.

ERBE SWISS AG | Winterthur | Telefon 052 233 37 27 | info@erbe-swiss.ch | www.erbe-swiss.ch

ERBE

Perfection for Life