

Quo vadis – Facharzt für Chirurgie?

Die Wurzeln der Chirurgie reichen bis in die Steinzeit zurück. Die griechische Herleitung der Berufsbezeichnung (cheir = Hand, ergon = Werk, Arbeit) belegt die ursprüngliche Tätigkeit als „Handwerkschirurg“, deren Ausbildung bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts in chirurgischen Schulen erfolgte. Erst danach wandelte sich die handwerkliche in eine akademische Ausbildung. Mit Gründung der Landesärztekammern wurden Weiterbildungsordnungen erlassen, die dem jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst wurden. Ab 1953 galt die Bestallungsordnung, die noch den Medizinalassistenten kannte, ab 1970 galt dann die Approbationsordnung mit dem Praktischen Jahr. Es schloss sich die damals noch mindestens sechsjährige chirurgische Assistenzzeit an, oft an verschiedenen Kliniken – der ganz normale Weg eines ganz normalen akademischen Azubi in einem übersichtlichen, klar strukturierten Aus- und Weiterbildungssystem.

Ausbildung in der Klinik

Die Entscheidungsebenen in den Kliniken waren klar hierarchisch aufgebaut. Wer unten nicht spurte, bemerkte es daran, dass er für einige Tage nicht mehr im OP-Plan auftauchte. Geregelter Arbeitszeiten oder Überstundenvergütung waren Fremdwörter. Tagdienst-Nachtdienst-Tagdienst-Nonstop waren normal, in ländlichen Häusern auch Wochenenddienste von Samstagfrüh bis Montagabend. Retrospektiv mag das einigen noch heroisch in den Ohren klingen. Und dennoch – der künftige Facharzt für Chirurgie erhielt eine breit gefächerte, fundierte und gute Ausbildung. Die einen blieben im Krankenhaus und wurden zu Spezialisten auf Gebieten der Viszeral-, Unfall-, Thorax- oder Kinderchirurgie. Die anderen gingen als Generalisten in die Niederlassung und versorgten die Patienten auf breiter Ebene. War früher die konservative Chirurgie im ambulanten Sektor dominierend, hat sich zunehmend die operative Therapie dort etabliert. Operationen von Leistenbrüchen, Hallux valgus, Dupuytrenscher Kontraktur, Arthroskopien oder Endoskopien waren vor 20 Jahren noch Domänen der

stationären Behandlung. Selbst ein Karpaltunnelsyndrom blieb eine volle Woche stationär. Damals fast undenkbar, derartige Eingriffe ambulant in der Praxis durchzuführen, heute Normalität.

Herausforderung: Niederlassung

Die meisten Kollegen gingen mit dem Wunsch in die Niederlassung, sich dem zunehmenden Druck der Klinik, sowohl auf administrativer wie hierarchischer Ebene, zu entziehen. Unabhängig und in Selbstverantwortung – davon träumte der junge Kollege, sein Wissen und seine Fähigkeiten möglichst unbürokratisch seinen Patienten zur Verfügung zu stellen. Dass eine Praxis aber ein strikt betriebswirtschaftlich zu führendes Kleinunternehmen ist, daran dachte er allenfalls nebenbei. Die Fundamente der Betriebswirtschaft hatte er ja nie gelernt, wofür auch? Plötzlich musste er sich um Mietvertrag und Arbeitsverträge, um Praxislogistik und Qualitätsmanagement, um Bilanz und Betriebswirtschaftliche Auswertung, um Mitarbeitergespräche und Hygienehandbuch kümmern. Der OP in der Praxis war unter vergleichbaren Vorgaben hinsichtlich baulicher Struktur, Hygienemanagement, validierten Handlungsabläufen und Personalstellung zu gestalten – ein organisatorischer und finanzieller Aufwand. Er lernte, dass eine Praxis und ihre Abläufe organisiert werden mussten. Die offene Sprechstunde, bei der montags in der Frühe die Patientenschlange bis vor die Praxistür reichte, wurde durch eine Terminsprechstunde ersetzt. Das konnte die Situation entspannen, aber wehe ein zeitraubender Notfall oder ein unterhaltungsbedürftiger Patient kamen dazwischen. Pufferzeiten werden eingebaut. Frustran, wenn der fest eingeplante Patient dann nicht kommt. Zusätzlich sind die OP-Tage zu organisieren. Bereits im Vorfeld nimmt die Patientenaufklärung unter dem Damoklesschwert des neuen Patientenrechtgesetzes einen zeitlich immensen Raum ein. Was nicht dokumentiert ist, gilt juristisch als nicht erbracht. Die Beweislastumkehr droht. Also muss immer der passende, juristisch anerkannte und individuali-

sierte Aufklärungsbogen, vom Patienten unterschrieben, vorliegen. Natürlich mit einer Kopie für den Patienten.

Ein schöner Beruf mit vielen Vorschriften

Von gesetzlicher und behördlicher Seite werden die gleichen Voraussetzungen gefordert wie im klinischen Bereich. Uninteressant, dass die Einrichtungen für ambulantes Operieren auf keine duale oder Mehrfachfinanzierung zurückgreifen können, nicht-ärztlich geführte Medizinische Versorgungszentren ausgenommen. Dafür dürfen sie aber über 40 Gesetze (z.B. Infektionsschutzgesetz), Verordnungen (Röntgen- und Strahlenschutzverordnung) und vieles mehr befolgen. Selbst die Lastenhandhabungsverordnung geht am niedergelassenen Operateur nicht vorbei. Begehungen durch Gesundheitsämter und Regierungspräsidium, Kontrolle teileradiologisch tätiger Chirurgen durch die ärztliche Stelle Hessen sind ebenfalls nicht kostenlos zu haben. Und dann die Versprechen zur Entbürokratisierung, die inzwischen ein Drittel der Zeit verschlingen, die wir eigentlich für unsere Patienten haben möchten. „Honi soit qui mal y pense“. Und dennoch – bislang gehen die niedergelassenen Chirurgen unverdrossen und mit hoher Frustrationstoleranz ihrem schönen und abwechslungsreichen Beruf nach. Oder muss man sagen: noch? Die Abschaffung des chirurgischen Generalisten droht zu Gunsten des Spezialistentums. Was das bedeutet, mag der geneigte Leser selber beurteilen. „Quo vadis Chirurgie?“

Michael Waldeck

Facharzt für
Chirurgie



Foto: Monika Buchalik

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.