Der „neue“ Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie: Wer profitiert – wer verliert?

Herr Prof. Dr. Muhr hat mir in dieser Diskussion gewissermaßen den Part des *Advocatus diaboli* zugewiesen, des *Advocatus diaboli*, der allerdings mit seinen Argumenten zu spät kommt und der allenfalls jener Minderheit gleicht, die eine Wahl verloren hat, jetzt das Schlimmste befürchtet, dann allerdings, wenn dieses Schlimmste eingetreten sein wird, nicht einmal späte Genugtuung darüber empfinden kann, dass sie anders gestimmt hatte.

Mein Part ist es also, um bei dem Vergleich mit der Wahl im vorigen Jahr zu bleiben, als überzeugter Vertreter des alten Systems, also im wahrsten Sinne als Konservativer, den Wahlsiegern das Scheitern hinterher zu rufen, nicht ohne dies natürlich zu begründen.

Um es vorweg zu nehmen: Ich habe keinen Zweifel daran, dass die Unfallchirurgie der Verlierer dieser Fusion sein wird. Sie wird ihre Identität verlieren, gleichbedeutend mit Qualitätsverlust.

Ich wage mich jedoch nicht so weit, das Ausmaß dieses Verlustes zu präzisieren. Ebenso wenig möchte ich darüber spekulieren, worin der Profit für die Orthopädie, außer der Integration der Unfallchirurgie und der Zulassung zum D-Arzt-Verfahren, noch bestehen könnte.

Bedeutung des Fachgebiets Unfallchirurgie

Noch 1997 wurde im Zug der geplanten Novellierung hin zu einer vereinfachten, besser vernetzbaren Weiterbildungsordnung und einer Neugestaltung der chirurgischen Fächer gefordert, dass der bisherige Schwerpunkt Unfallchirurgie zwingend – so wörtlich – zum Fachgebiet aufgewertet werden müsse.

Die deutschsprachige Unfallchirurgie habe Weltgeltung, was von kaum einer anderen medizinischen Disziplin zu sagen sei. Diese Weltgeltung müsse sich in einem eigenen Facharzt ausdrücken. Dies bedeute Sicherung der Unfallchirurgie mit höchster Qualität und Kompetenz in Deutschland und – wörtlich – Unfallchirurgie als *Exportartikel*.

Fallpauschalen und Grauzonen zwischen Chirurgie und Orthopädie

Etwa gleichzeitig wurden durch Krankenkassen und Bezirksregierungen allerdings Diskussionen um die Abgrenzung der Chirurgie und Unfallchirurgie gegenüber der Orthopädie im Hinblick auf Operationen, die in einer Grauzone zwischen den Fachgebieten liegen, ausgelöst. Ein

Teil dieser Operationen ist in der Fallpauschalengruppe 17 (der Endoprothetik) enthalten.

Es deutete sich an, dass die Vereinbarung von Fallpauschalen des „Grauzonenbereichs“ für chirurgische und unfallchirurgische Abteilungen nicht zugelassen werden würde, eine herbe Einbuße für Unfallchirurgen, die angesichts zurückgehender Unfallzahlen ihr Elektivprogramm mehr oder weniger durch Knie- und besonders durch Hüftendoprothesen füllen.

Es ist durchaus vorstellbar, dass eine solche Einbuße zum Gespräch der Unfallchirurgen mit den Orthopäden führte, die sich schon viel länger nicht an ihr ureigenstes Kerngeschäft hielten, indem sie in den Namen ihrer Dachgesellschaft die Traumatologie aufnahmen und auch für ihre operative Weiterbildung den Nachweis traumatologisch-rekonstruktiver Eingriffe forderten.

Zukunftskommission

Von Fachvertretern der Orthopäden und Unfallchirurgen wurde somit eine Zukunftskommission gebildet, die in über 5 Jahren über einen vorläufigen Kompromiss zum Namen des neuen Facharztes,

Trauma Berufskrankh 2004 · 6 [Suppl 3] : S307–S309
DOI 10.1007/s10039-003-0739-7
© Springer-Verlag 2003

E. Brug · R. Meffert

Der „neue“ Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie: Wer profitiert – wer verliert?

Zusammenfassung

Noch 1997 wurde gefordert, dass der bisherige Schwerpunkt Unfallchirurgie zum Fachgebiet aufgewertet werden müsse. Etwa gleichzeitig wurden durch Kostenträger Diskussionen um die Abgrenzung der Chirurgie und Unfallchirurgie gegenüber der Orthopädie ausgelöst. Die von Fachvertretern der Orthopäden und Unfallchirurgen gebildete Zukunftskommission betont die einmalige Chance der Fusion. Vergleiche mit Gesetzmäßigkeiten aus der Wirtschaft und der Biologie lassen aber die Annahme zu, dass diese Fusion wie alle Fusionen eine komplizierte, noch langjährige und kostenintensive Übergangszeit benötigten und es am Ende mehr Verlierer als Gewinner geben wird. Aufgrund der novellierten

Weiterbildungsordnung wird es am Ende einen neuen Facharzt geben, mit einer zwar möglicherweise besseren chirurgischen Grundausbildung als Orthopäden bisher haben, andererseits aber ohne die Kompetenz für das Polytrauma. Die beste Lösung wäre gewesen, die Orthopädie als 9. Fach mit in die neue Weiterbildungsordnung der operativen Fächer aufzunehmen und den Unfallchirurgen zu belassen – mit einer chirurgischen, evtl. orthopädisch-chirurgischen Basisausbildung und 3 Jahren Weiterbildung in verschiedenen Bereichen der Chirurgie.

Schlüsselwörter

Fusion · Vorteile · Nachteile · Qualitätsverlust

The „new“ specialist in trauma and orthopaedic surgery: who will gain and who will lose out?

Abstract

As long ago as in 1997 there were demands for the field of trauma surgery, regarded up to then as a focus point within surgery, to be upgraded to the status of a specialty in its own right. About the same time, payers initiated discussions about the borderlines between orthopaedics and surgery/trauma surgery. The commission on future developments made up of specialists representing orthopaedic specialists and trauma surgeons has stressed that its appointment has provided a unique opportunity of merging these specialties. Comparisons with analogous mergers in commerce and biology to check on how legitimate this might be suggest, however, that such a merger will require a complicated and cost-intensive period of transition lasting for some years and that it will be to the detriment of more

people than it helps. The revised arrangements for continuing education will lead to the emergence of a new specialist, who may well have a better basic surgical training than has so far been the case for orthopaedic specialists but on the other hand is not competent to treat polytraumatized patients. The best solution would be to include orthopaedics as the ninth subject in the new ordinance on continuing education in operative subjects and to leave trauma surgery as it is – with a basic training in surgical techniques, or perhaps in orthopaedic surgery and a 3-year training in any of the various branches of surgery.

Keywords

Merging · Advantages · Disadvantages · Deterioration in quality

der so genannten „Propellerlösung“, nicht hinausgekommen ist, vielmehr nicht müde wird, die einmalige, ja Jahrhundertchance, die sie in der Fusion sehen, zu betonen und letzte Zweifler von den hohen Synergiepotenzialen, die frei werden würden, zu überzeugen.

Synergiepotenziale

„Synergiepotenziale“ ist jedoch nichts anderes als eine allenfalls dickwandige, aber doch leere Worthülse. Denn noch ahnen wir nicht, was aus dieser Büchse der Pandora, auf der Synergiepotenziale steht, wirklich herauskommt. Für den ehemaligen Unfallchirurgen ganz sicher die Lizenz zur Endoprothetik, also die Sicherung seines täglichen, ebenso lieb wie unverzichtbar gewordenen Nebengeschäfts im so genannten Grauzonenbereich, dies allerdings um den Preis der Identitätsaufgabe.

Aus Wirtschaft und Biologie abgeleitete Gesichtspunkte

Meine zugegebenermaßen überwiegend emotionalen Ressentiments werden durch wirtschaftswissenschaftliche Studien bestätigt, die belegen, dass Fusionen eine gewisse Janusgesichtigkeit anhaftet und immer mehr Verlierer als Gewinner haben.

Häufig werden Synergieeffekte als der zentrale Grund für Fusionen fehleingeschätzt. Denn die erwartete und notwendige Synergieerzielung erzeugt einen hohen Erwartungsdruck, insbesondere weil am Beginn des Prozesses zunächst hohe Kosten entstehen, verbunden mit hohem organisatorischen Aufwand, was die bereits über 5-jährige Arbeit der Zukunftskommission beweist und die komplizierte noch langjährige Übergangszeit zeigen wird.

Die in der Vorbereitungsphase formulierten Synergieziele, so sie erkennbar und überzeugbar formuliert werden könnten, können häufig nicht eingehalten werden, weil sie, bedingt durch die spezifischen Interessenlagen der Fusionsbefürworter im Vorfeld der Fusion zu euphorisch und damit zu hoch angesiedelt werden.

Ein anderes Argument soll angeführt werden, das der Wirtschaftswissenschaftler Kulturproblem nennt, was ich in unse-

rem Fall als Mentalitätsproblem bezeichnen möchte: Sind bei fusionierenden Unternehmen die unterschiedlichen Kulturen der Hauptgrund für das Scheitern, so fürchte ich bei unserem Unternehmen die mentale Inkompatibilität der beiden Partner und als deren Ergebnis eher einen „mental clash“ anstatt des angestrebten „mental fit“.

Missverständnisse, wie sie jetzt schon aus der Arbeit der Zukunftskommission verlauten, und Interessenskonflikte, allein schon bei der Namensgebung des neuen Facharztes, werden geradezu gesetzmäßig den Rückzug auf alte Ordnungen implizieren.

Apropos gesetzmäßig: Eben wurde wirtschaftswissenschaftliche Empirie zu Zeugen der Verteidigung eines bewährten Systems, der weltweit konkurrenzlos führenden deutschen Unfallchirurgie, aufgerufen, im Folgenden soll noch ein Vergleich mit der Biologie angeführt werden: Die Spezialisierung der Orthopädie aus einer gewissermaßen noch nicht differenzierten chirurgischen Stammzelle ist ein evolutionärer Prozess, der wesentlich früher begann und anders verlief als der der Unfallchirurgie. Diese ist zwar kulturhistorisch eine der ältesten Spezialgebiete der Medizin, konnte aber erst in der 2. Hälfte des vergangenen Jahrhunderts mit zunehmenden technischen Möglichkeiten ihre große Effizienz entfalten. Aber geradezu exponentiell angewachsene materielle und technische Ressourcen für Klinik, aber auch Forschung haben zwangsläufig mancherorts zu schmerzhaften Steißgeburten aus der so genannten Allgemeinchirurgie in die Emanzipation geführt. Die Weiterentwicklung zu einem gleichberechtigten Fach unter 8 chirurgischen Facharztspezialitäten hätte die konsequente Folge sein können, ja müssen.

Sie soll nun kurz vor dem so gut wie erreichten Ziel fusionieren, also eine Zellverschmelzung eingehen, was in der Biologie ein *involutionärer* Vorgang ist und Hybridisierung genannt wird. Mischt man die Kulturen von Zellen zweier verschiedener Spezies, führt dies vereinzelt zur Verschmelzung zweier artverschiedener Zellen. Diese Hybriden enthalten 2 Kerne, je einen der beiden gemischten Spezies, die verschmelzen können. Bei der Teilung der Hybridzellen durch Mitose – wir nen-

nen sie in unserem Fall Weiterbildung – tritt ein starker Verlust an Chromosomen auf. Welche Chromosomen – nennen wir diese einmal Weiterbildungsinhalte oder Tätigkeitsmerkmale – im Lauf der Zellteilung verschwinden, ist zufällig oder – wie wir es in unserem Fall nennen könnten – unterliegt der normativen Kraft des Faktischen. So entstehen schließlich auch Hybridzellen, die nur noch über den Chromosomensatz der einen der beiden Zellen verfügen.

Resümee

Wir werden zwar nicht durch die Fusion, aber durch die verschiedenen Module oder Bausteine der novellierten Weiterbildungsordnung des 2+1+3-Systems am Ende wieder einerseits Orthopäden haben, entweder alten Couleurs oder mit einer möglichen besseren chirurgischen Grundausbildung als bisher. Andererseits werden wir aber einen völlig neuen Unfallchirurgen haben, der kastriert sein wird um den Erfahrungsschatz einer bis zu 4 Jahre dauernden chirurgischen Weiterbildung, und das wird der angloamerikanische Orthopaedic Surgeon sein mit der Lizenz zur Endoprothetik, aber ohne die Kompetenz für das Polytrauma. Wollte er sich diese bewahren, müsste er zusätzlich eine mindestens 3-jährige, darauf abzielende Weiterbildung, und zwar beim so genannten Allgemeinchirurgen, besser Viszeralchirurgen, durchlaufen. Das werden dann die Arbeiter in einem unfallchirurgisch-orthopädischen Bienenstaat sein, die nachts und jederzeit das Polytrauma managen, während ein mehr orthopädisch als unfallchirurgisch geprägter bzw. tätiger Chef in der Rolle der Königin sich der Grauzonenchirurgie widmet. Die Unfallchirurgie ureigenster deutscher Prägung wird zum Teilgebiet der Orthopädie geworden und durch eigenes Zutun vom Regen in die Traufe gekommen sein.

Lassen Sie mich am Ende meiner pessimistisch-destruktiv wirkenden Kritik noch einen konstruktiven Vorschlag machen, der allerdings zu spät kommt:

Nehmt die Orthopädie als 9. Fach mit auf in die neue Weiterbildungsordnung der operativen Fächer, aber fusioniert nicht!

Bleibt Unfallchirurgen mit einer chirurgischen, meinete wegen orthopädisch-

chirurgischen 2-jährigen Basisausbildung mit nicht nur *einem* 3. Jahr, dem Wahljahr, in der Viszeralchirurgie, sondern wenigstens 2 Jahren und idealerweise je 1/2 Jahr in der Gefäßchirurgie und der Neurochirurgie, und letztlich 3 Jahren Unfallchirurgie. Das ergibt wie bisher 8 Jahre Weiterbildungszeit zu einem selbstständigen Facharzt für Unfallchirurgie auf allerhöchstem Leistungsniveau neben den 7 bzw. 8 anderen chirurgischen Fachgebieten.

Die Lizenz für das Tagesgeschäft im Grauzonenbereich sollte nicht durch Fusion und Identitätspreisgabe – um nicht zu sagen Prostitution – erworben werden, sondern rechtfertigt sich durch die bisherige Qualität unserer Arbeit auf diesem Sektor, kontrolliert durch das Regulativ der Qualitätssicherung.

Korrespondierender Autor

Prof.Dr. E. Brug

Klinik und Poliklinik für Unfall- und Handchirurgie,
Universitätsklinikum Münster,
Waldeyerstraße 1, 48149 Münster,
E-Mail: uhchir@uni-muenster.de