

„Die Spezies des Teilzeit-Thoraxchirurgen betrachte ich als Auslaufmodell“

Ralph Schmid, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie, sieht die Zukunft seines Faches in der Zentralisierung und in der Bildung von Netzwerken für Ausbildung und Patientenversorgung. Corina Kim-Fuchs und Felix Ruhl trafen ihn an seinem Arbeitsplatz im Berner Inselspital.

Wie ist die Thoraxchirurgie in der Schweiz organisiert und welche Aufgaben haben die Thoraxchirurgen in den letzten Jahren besonders beschäftigt?

Die Thoraxchirurgie ist zum einen in der Schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (SGT) und zum anderen in der Schweizerischen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie (SGTHGC) organisiert. Die Geschäfte nimmt hauptsächlich die erstere Gesellschaft wahr. Der Schwerpunkttitle ist theoretisch auf der Basis des Haupttitels Herz- und vom Allgemein-chirurgen erreichbar, in den letzten zehn Jahren hat aber niemand mehr den Titel zusätzlich zu dem des Herzchirurgen erlangt. Die Thoraxchirurgen in der Schweiz sind also Allgemein-chirurgen mit Subtitle Thoraxchirurgie. Die Kernaufgabe unserer verhältnismässig kleinen Schwerpunkt-gesellschaft besteht in der Organisation von Kongressen, Fortbildungen, Prüfungen, Titelvergabe, Einteilung der Weiterbildungsstätten etc. Daneben beschäftigt uns virulent die Frage der Zentralisierung der thoraxchirurgischen Versorgung in den grossen Zentren.

Die Thoraxchirurgie ist ja einerseits in die Schweizerische Gesellschaft für Thorax-/Herz- und Gefässchirurgie (SGTHGC) integriert, andererseits hat sie eine eigene Schwerpunktgesellschaft gegründet (SGT). Standespolitisch hat die SGT zwei Sprachrohre – SGTHGC und SGC. Welche Vertretung ist für Sie wichtiger?

Eigentlich ist es ein bisschen ein Anachronismus, dass wir noch in der SGTHGC verwurzelt sind. Die Alltagsgeschäfte wie etwa die Titelvergabe übernimmt sowieso die SGT. Die Doppelvertretung bietet aber gewisse Vorteile; so verfügen wir über zwei Sprachrohre. Es existieren aber zugegebenermassen Doppelspurigkeiten. Wir versuchen sie aufzuheben, indem wir beispielsweise den SGC-Kongress gemeinsam mit der SGTHG veranstalten. Ich halte es übrigens für ein erstrebenswertes Ziel, nur noch einen grossen Chirurgenkongress zu haben, an dem dann alle Gesellschaften mit ihren Fortbildungsveranstaltungen vertreten sind.

Was sind im Moment die Baustellen und standespolitischen Herausforderungen?

Als dringlichste Aufgabe sehe ich die Neuorganisation an, die wir gemeinsam

mit der SGTHGC betreiben. In der Standespolitik sehe ich für die Chirurgie im Allgemeinen grosse Herausforderungen, denn die Chirurgie ist in den öffentlichen Diskussionen nicht gut vertreten. Dies zu ändern, ist aber nicht Sache der einzelnen Fachgesellschaften, sondern einer starken SGC.

Ist die Ausbildung zum Thoraxchirurgen attraktiv genug oder sehen Sie Reformbedarf?

Das „genug“ gehört gestrichen (lacht). Die Thoraxchirurgie bietet ein eminent attraktives Beschäftigungsfeld. Das Problem besteht vielmehr darin, dass wir in der Schweiz nicht viele Thoraxchirurgen brauchen. Es gibt nur wenige Stellen, wo ein reiner Thoraxchirurg voll ausgelastet ist. Selbst die grossen Kantonsspitäler wie St.Gallen und Aarau stossen beim Versuch, eine reine Thoraxchirurgie zu betreiben, aufgrund der Aufsplitterung der Spitallandschaft rasch an Grenzen. In den Regionen, in denen es eine universitäre Thoraxchirurgie gibt, können wir dagegen die Tendenz beobachten, dass sich die Thoraxchirurgie zentralisiert. Wissenschaftliche Studien belegen schliesslich, dass erst ab einer bestimmten Anzahl von Fällen eine optimale Behandlungsqualität gewährleistet ist. An den Unispitälern liegen die Kosten zwar ein bisschen höher, sodass die Kassen bisher nicht an einer Zentralisierung interessiert waren. Wenn es aber in peripheren Spitälern zu Komplikationen kommt, wird der Patient sowieso ins Unispital verlegt, welches dann die Kosten zu tragen hat. Es wird interessant zu sehen, wie mit diesen Problemen im Zeitalter der DRGs in Zukunft umgegangen wird.

Werden die DRGs die von Ihnen gewünschte Zentralisierung fördern?

Bislang war die Thoraxchirurgie recht gut abgegolten. Unter dem Regime der DRGs wird es dagegen härter. Ich glaube, wir müssen eine sehr gute Qualität bieten, um diese komplikationsträchtige Chirurgie im Rahmen von Fallpauschalen lukrativ für die Spitäler betreiben zu können. Das spricht natürlich auch für eine Zentralisierung, denn ein Spital, in dem ein Patient mit Komplikationen über die von den DRGs abgegoltene Zeit hinaus liegt, muss die Kosten selbst berappen. Umgekehrt muss verhindert werden, dass die Patienten unterbehandelt werden, das heisst, dass aus mangelnder Fachkompetenz vor Ort eine mögliche chirurgische Behandlung nicht durchgeführt wird.



Wie viele Thoraxchirurgen braucht die Schweiz, wie sollen sie verteilt sein und wie sollte ihr Aufgabenfeld definiert sein?

Eine thoraxchirurgische Grundversorgung ist zweifelsohne notwendig. Ich plädiere deswegen dafür, dass jeder Chefarzt in einem mittleren oder grösseren Spital über thoraxchirurgische Erfahrung verfügen soll. Dies nur schon wegen der Traumatologie. Elektive Thoraxchirurgie und thoraxchirurgische Forschung sollten dagegen an den fünf universitären Zentren erfolgen. Die Spezies des Teilzeit-Thoraxchirurgen betrachte ich als Auslaufmodell.

Was halten Sie von der zunehmenden Zahl deutscher Ärzte in Schweizer Spitälern?

Aufgrund der europäischen Gesetzgebung besitzen die deutschen Titel bei uns Gültigkeit. Der deutsche Titel des Thoraxchirurgen ist nach wie vor leichter zu erreichen, sodass entweder Schweizer Chirurgen den Titel in Deutschland bequemer erlangen können, respektive Deutsche zu uns kommen, weil sie bei uns attraktivere Anstellungsbedingungen vorfinden. Das unterläuft einerseits unsere schweizerische Nachwuchsplanung und andererseits auch den Versuch der Zentralisierung. Dagegen können wir nichts unternehmen, ausser die Zentren zu stärken.

Wie stellen Sie sich zur Problematik des Doppeltitels? Ist diese Ausbildung noch zeitgerecht, ist das Erreichen noch möglich?

Wenn man an einer Universität Forschung betreiben und einen Doppeltitel erreichen will, was ja bei Ausschreibungen häufig verlangt wird, dann dauert die Ausbildung mindestens 15 Jahre. Das ist zu lang, wenn man bedenkt, dass man das Staatsexamen frühestens mit 25 Jahren macht. Dann wäre man im allerbesten Fall mit 40 Jahren befähigt, eine Chefarztstelle anzutreten. Meiner Meinung nach sollte man heute aber keine Chefärzte mehr anstellen, die älter als 45 Jahre sind. Ein Chefarzt braucht vor sich einen grösseren Zeithorizont, denn ab 60 Jahren hat man ja schon wieder andere Pläne. Es wäre besser, die Chefärzte eher früher und mit einer möglichst breiten allgemeinchirurgischen Ausbildung zu wählen. Die Spezialisten braucht es dagegen an den grossen Zentren, an denen man auch Subspezialitäten betreiben kann.

Das KSA sucht einen LA Thoraxchirurgie mit langjähriger Führungserfahrung, gibt es so etwas überhaupt?

Das gibt es in der Schweiz doch gar nicht. Langjährige Führungserfahrung findet man nur an den grossen Kliniken und diese Chirurgen werden nicht ans KSA wechseln. Es könnte natürlich sein, dass das Inserat auf eine ganz bestimmte Person, z. B. aus Deutschland, ausgerichtet ist. In Aarau sehe ich keine Möglichkeit, eine grosse Thoraxchirurgie aufzubauen. Man kann an den grösseren Kantonsspitalern durchaus Thoraxchirurgie betreiben, um die Ausbildung der Allgemeinchirurgen zu gewährleisten, aber für diese Spitäler müssten klare Mindestfallzahlen (z. B. 60-80 grosse Resektionen pro Jahr) vorgegeben werden.

Für andere kürzlich ausgeschriebene Chefarztstellen wurde nebst dem Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie der Wunsch nach einem zusätzlichen Schwerpunkttitel Thoraxchirurgie geäussert: Ist das Blödsinn oder eine denkbare Kombination?

Das ist ein Ding der Unmöglichkeit. Die Lösung sehe ich in Netzwerken – in der Ausbildung sowie in der klinischen Versorgung. In Zukunft werden nur Spitäler mit einer klaren Angebotsstrategie überleben, während Häuser, die etwas diffus von allem etwas anbieten, in ökonomische Schwierigkeiten geraten werden.

Wie stellen Sie sich die Zukunft der Thoraxchirurgie vor, wie könnte sich die Situation im Jahr 2020 darstellen?

Es gibt Visionen und Hoffnungen. Meine Vision ist, dass wir in zehn Jahren grosse, leistungsfähige thoraxchirurgische Zentren haben. Diese universitären Zentren engagieren sich noch vermehrt in der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) gemeinsam für die Forschung. Das verschafft uns im internationalen Vergleich weiter eine hervorragende Basis, um unsere Patienten erfolgreich zu behandeln und wissenschaftlich begleiten zu können. Meine Hoffnung ist also die Zentralisierung, um weiterhin die bestmögliche thoraxchirurgische Versorgung anbieten zu können.

