



Deutsche Gesellschaft
für Gynäkologie
und Geburtshilfe e. V.

DGGG • Robert-Koch-Platz 7 • 10115 Berlin

PRÄSIDENT
PROF. DR. ROLF KREIENBERG

Frauenklinik
Universitätsklinikum Ulm
Prittwitzstr. 43
89075 Ulm

Telefon: (0731) 5005 85 01
Telefax: (0731) 5005 85 02
e-mail: rolf.kreienberg@uniklinik-ulm.de

03. Febr. 2009

Erwiderung
der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
zur Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemein-und
Viszeralchirurgie (DGAV)
zur Gebietsabgrenzung „ Chirurgie“ und „Gynäkologie“
(Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1/09 S. 51)

In ihrer Stellungnahme vom 2.12.2008 haben Präsident und Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Allgemein-und Viszeralchirurgie (DGAV) sich der Frage der Abgrenzung ihres Fachgebietes von demjenigen der Gynäkologie und Geburtshilfe angenommen. Veranlassung gab der Umstand, dass sie sich in zunehmendem Maße mit der Tatsache konfrontiert sähen, dass im Rahmen von großen gynäkologischen und gynäko-onkologischen Eingriffen von Frauenärzten Multiviszeral-Resektionen inklusive Darm-Resektionen durchgeführt würden. Unter Bezugnahme auf das Heilberufes-Kammergesetz verleihen sie ihrer Auffassung Ausdruck, dass zwar die Überschreitung der in der Gebietsdefinition vorgegebenen Grenzen in Einzelfällen dann zulässig sei, wenn es sich um so genannte Adnexeleistungen handele, die als Nebenleistung von untergeordneter Bedeutung sind, unter der Voraussetzung, dass das Hinzuziehen eines Facharztes des hierfür eigentlich zuständigen Gebietes nicht möglich ist; eine solche Auffassung gelte jedoch keineswegs zum Beispiel für eine Darmresektion mit Anastomosenherstellung. Hier sei zwingend die Hinzuziehung eines Allgemein-



- 2 -

und Viszeralchirurgen erforderlich, der allein in der Lage sei, die aus der Darmresektion resultierenden Komplikationen fachgerecht zu behandeln. Debulking-Operationen und Exenterationen im Bereich des Kleinen Beckens könnten nicht von einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe alleine gebietskonform erbracht werden. Dies gelte auch, wenn der Operateur im Einzelfall zusätzliche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in diesen Operationen erworben habe. Auf haftungsrechtliche Implikationen eines andersartigen Vorgehens wird hingewiesen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe einschließlich ihrer gynäkologisch-chirurgischen Arbeitsgemeinschaften, der Berufsverband der Frauenärzte und der Verband der leitenden Ärzte (BLFG) bedauern, dass die Repräsentanten der DGAV ihre Stellungnahme ohne Rücksprache mit uns verfasst haben.

Wir haben ein gewisses Verständnis für die oben im Wesentlichen wiedergegebene Auffassung der Unterzeichner der viszeralchirurgischen Stellungnahme, können jedoch der vorgebrachten Argumentation nicht folgen.

Die Gebietsdefinition der Frauenheilkunde umfasst ausdrücklich auch die operative Behandlung von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau, einschließlich plastisch-rekonstruktiver Eingriffe. Diese in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gewählte Gebietsdefinition lässt keinen Zweifel daran, dass geschlechtsspezifisch nicht etwa organspezifisch bedeutet, sondern diese Begrifflichkeit gerade im Hinblick darauf gewählt worden ist, dass organüberschreitende, aber ihrer Natur nach ausschließlich bei der Frau vorkommende pathologische Prozesse Gegenstand diagnostischer, therapeutischer damit auch operativer Bemühungen sein können. Dies bedeutet, dass auf Nachbarorgane übergreifende Krankheitsprozesse des Genitale die umfassende Chirurgie von Primärtumoren und deren Metastasen grundsätzlich auch in die Zuständigkeit des gynäkologischen Operateurs fallen.



- 3 -

So ist es völlig unstrittig und in Deutschland seit Jahrzehnten geübte Praxis, dass die mit der Darstellung und Versorgung großer Gefäße verbundene pelvine und aortocavale Lymphadenektomie Gegenstand des Leistungskatalogs des Frauenarztes sind. Dies gilt ebenso für Neurolysen im Becken, Ureterolysen und das Lösen von Darmadhäsionen, die zur täglichen Routine nahezu aller gynäkologisch-operativen Kliniken gehören. Auch Eingriffe an der Blase und der Urethra sind in gleicher Weise - auch dies ist völlig unstrittig - Teile der urogynäkologischen Operationslehre. Resektionen des Omentum majus, des Ligamentum gastrocolicum und des Peritoneums vom Zwerchfell bis in das Becken hinein bilden den Standard der Radikaloperation, z.B. des Ovarialkarzinoms. Dass dem hierin geübten Gynäkologen grundsätzlich die Entfernung metastatischer Absiedlungen gynäkologischer Karzinome von den Organen des übrigen Bauchraums nicht erlaubt sein sollte, kann aus dem Wortlaut der Gebietsdefinition für Frauenheilkunde und Geburtshilfe keinesfalls abgeleitet werden.

Dies wird umso deutlicher, wenn man die bereits in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie zitierten Inhalte der Schwerpunktweiterbildung „Gynäkologische Onkologie“ näher betrachtet. Gefordert sind hier im Tätigkeitskatalog explizit 100 organerhaltende und radikale Krebsoperationen am Genitale, beispielhaft Debulking-Operationen, Lymphonodektomien und Exenterationen. Gerade die Spezifizierung der radikalen Krebsoperationen, wie sie hier getroffen worden ist, schließt eine Beschränkung auf Uterus und Adnexe gänzlich aus, deren alleinige operative Behandlung beziehungsweise radikale Entfernung wohl kaum als Debulking oder Exenteration bezeichnet werden können. Auch eine Einschränkung dahingehend, dass hier eine Hinzuziehungspflicht des chirurgischen Fachkollegen bestünde, ist dem Inhalt der Weiterbildungsordnung nicht zu entnehmen.

Tatsächlich sieht die Wirklichkeit in deutschen Frauenkliniken und onkologischen Zentren völlig anders aus. Die überaus kollegiale und vielerorts geradezu freundschaftliche Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen, Chirurgen, Abdominalchirurgen und Urologen wie auch Gefäßchirurgen trägt der komplementären Gestaltung komplexer Operationsstrategien im allgemeinen und im wünschenswerten Umfang Rechnung.



- 4 -

Nur wenige, hierin besonders geübte gynäkologische Operateure führen selbstständig Dünn- und Dickdarm-Resektionen ohne Hinzuziehung des Chirurgen durch, wobei im Allgemeinen besondere Vereinbarungen zwischen den Vertretern der verschiedenen Fächer in speziellen Einrichtungen beachtet werden. Ausgehend vom auch in der Weiterbildungsordnung vorgegebenen Primat der Erkrankungs- beziehungsweise Geschlechtsspezifität wird eine den individuellen Gesichtspunkten von Erfahrung, Kompetenz und organisatorischen Bedingungen beachtete Subsidiarität gepflegt, welche keineswegs der Ordnung der operativen Medizin widerspricht, die eben nicht allein durch Zugehörigkeitsdefinitionen von Organen bestimmt ist.

Der Standard, nachdem sich der jeweilige organbezogene Eingriff zu richten hat, kann unterschiedlich formuliert sein, je nachdem, ob ein Eingriff durch einen Gynäkologen oder Chirurgen vorgenommen wird. Wird z.B. ein Eingriff von einem HNO-Arzt und einem Chirurgen vorgenommen, so kann es, wenn für den Eingriff unterschiedliche Vorgehensweisen anerkannt sind, durchaus den Standard des HNO-Arztes und den Standard des Chirurgen geben. Gibt es aber nur *eine* richtige Vorgehensweise, muss jedes Fachgebiet diesen Standard wahren. Wenn beispielsweise ein Urologe gleichzeitig die Anästhesie durchführt und im gegebenen Fall nur die Intubationsnarkose anerkannt ist, muss der Urologe den anästhesiologischen Standard wahren. Gibt es jedoch bei den hier in Rede stehenden organbezogenen Eingriffen mehrere vertretbare Behandlungsmethoden, müssen sowohl der Gynäkologe, wie auch der Chirurg den Standard ihres jeweiligen Fachgebietes erfüllen.

Die Behauptung der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, es könnten sich aus der Tätigkeit der Gynäkologen im fraglichen Gebiet auch erhebliche „haftungsrechtliche Problematiken“ ergeben, ist in dieser apodiktischen Form unrichtig. Selbstverständlich darf der Gynäkologe die in Rede stehenden Operationen nur dann durchführen, wenn er die nötigen Fähigkeiten und Kenntnisse hat, anderenfalls kann der Fall des sogenannten Übernahmeverschuldens vorliegen, wenn die Patientin bei der Operation zu Schaden kommt und ein Verstoß gegen den fachgynäkologischen (möglicherweise mit dem fachchirurgischen identischen) Standard vorliegt.



- 5 -

Die Unterzeichner dieser Erwiderung geben ihrer Hoffnung Ausdruck, dass die in der chirurgischen Stellungnahme zu Grunde liegenden Prämissen von den Autoren noch einmal unter Berücksichtigung des Sinnes und des Inhaltes der Weiterbildungsordnung und der Gebietsdefinition überdacht werden, um bestehende regelkonforme Strukturen, die historisch gewachsen sind, nicht ohne Not zur Disposition zu stellen. Gerade das Wesen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, das in der Gebietsdefinition mit dem Begriff der Geschlechtsspezifität zutreffend begrifflich gefasst wird, lässt eine Beschränkung auf bloße Organpathologie weder sinnvoll noch praktikabel erscheinen.

Prof. Dr. Rolf Kreienberg
Präsident der DGGG

Dr. C. Albring
Präsident des
Berufsverbandes der
Frauenärzte

Prof. Dr. A. Teichmann
Vorsitzender der BLFG

Prof. Dr. G. Emons
Vorsitzender der AGO