

CHIRURGENMAGAZIN

Heft 55 | Ausgabe 1.2012 | ISSN 1611-5198 | Preis 12,00 Euro



Für den niedergelassenen Chirurgen

Arthroskopie

Was bringt das Gelenk-Debridement bei Arthrose?

Qualitätsdiskussion

Was man als Chirurg von der
Psychosomatik lernen kann

Vernetzte Gesundheit

Das Versorgungsstruktur-
gesetz bietet noch viele
ungeahnte Möglichkeiten

Abrechnung

GOÄ und UV-GOÄ:
Was tut sich im Jahr 2012
auf diesen Baustellen?

Qualität

Nachdenken über Chirurgie? Was man als Chirurg von der Psychosomatik lernen kann

Die Qualität einer chirurgischen Behandlung lässt sich weder mit einem „Qualitätsmanagement“, noch mit Ranking-Listen abbilden. Mindestens ebenso wichtig wie die handwerkliche Fertigkeit des Chirurgen ist die Qualität der individuellen und einmaligen Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Von Dr. Bernd Hontschik

Eines Tages fand ich die folgende Bewertung einer Behandlung in unserer chirurgischen Praxis auf einem „Bewertungsportal“ im Internet:

„Leider habe ich mit dieser Arztpraxis schlechte Erfahrungen machen müssen. Am Folgetag eines Sportunfalls habe ich die Praxis Hontschik/Bromberger aufgesucht. Nachdem ich 2½ Stunden mit starken Schmerzen im Wartezimmer verbracht habe, wurde ich behandelt und man hat eine Bänderüberdehnung festgestellt. Die folgenden drei Wochen besuchte ich die Praxis alle drei bis vier Tage zur Kontrolle. Doch als nach drei Wochen immer noch keine Besserung eingetreten ist und ich immer noch nicht auftreten konnte, beschloss ich, die Meinung eines anderen Arztes einzuholen. Dieser stellte den Abriss aller drei Bänder fest und ich wurde sofort operiert...“

Das machte mich nachdenklich, nicht wegen der schlech-

ten Bewertung, mit der ich hätte leben können, sondern wegen der Begründung.

Operatives Vorgehen ist nicht immer überlegen

Während meiner chirurgischen Ausbildung in den 80er Jahren war ein Außenbandriss am Sprunggelenk noch Anlass für einen primären, unverzögerten unfallchirurgischen Eingriff. Wir haben an unserer Klinik Hunderte oder gar Tausende solcher Operationen durchgeführt. Mein OP-Katalog, den ich zur Facharztprüfung einreichte, enthielt mehr als 30 solcher Eingriffe.

Spätestens Anfang der 90er Jahre nahmen wir in unserer Klinik aber zur Kenntnis, dass großangelegte Nachuntersuchungen dieses Vorgehen nicht rechtfertigen konnten: Die Operation von Außenbandrissen am Sprunggelenk war der konservativen Versorgung nicht überlegen – weder in der Behandlungsdauer, noch im funktionellen, kli-

nischen Ergebnis. Im Gegenteil: Bei operativer Versorgung gab es Komplikationen durch iatrogen verletzte Sehnen, Nerven oder Gefäße sowie fatale Wundheilungsstörungen, die bei konservativer Behandlung nie eintraten. Warum also war dieser Patient zutiefst unzufrieden?

Zweites Beispiel: Ich erinnere mich an den Beginn meiner Ausbildung in der chirurgischen Ambulanz unseres Krankenhauses. Hier gehörte es zu meinen Aufgaben, Patienten mit einer stationären Einweisung zu untersuchen, die Indikation zu besprechen und den Ablauf der stationären Aufnahme zu planen.

Streit mit den Müttern, nie mit den Töchtern

Als junger und begeisterter Chirurg war ich jedoch entsetzt, dass ich immer wieder mit Patienten in Dissens oder sogar Streit geriet. Dabei ging es immer um Mädchen mit Bauchschmerzen,

die mit der Diagnose „chronische Appendizitis“ zur Appendektomie eingewiesen worden waren.

In Streit geriet ich immer mit den Müttern der Mädchen, nie mit den Patientinnen selbst. Ich machte Notizen über solche Fälle, verglich sie, begann eine wissenschaftliche Arbeit und kam zu Schlussfolgerungen, die ich aus Platzgründen hier nicht ableiten kann. Sie lauteten so:

„Es könnte sich um eine durch Pubertät und Adoleszenz, also durch die erwachende eigenständige Sexualität der Tochter ausgelöste Familienkrise handeln, die natürlich am Wochenende eskaliert und in der spätestens am Montag eine ganz bestimmte Sorte Mann als Ausweg gesucht werden muss und gefunden wird. Die Symbolik des Eingriffs in den Unterbauch wäre dann die einer sexuellen Handlung wie Defloration mit Geschlechts- und Schwangerschaftskontrolle oder einer Strafe oder einer Kastration oder einer Beschneidung mit



unsichtbarer, innerer Verstümmelung und sichtbarer, äußerer Vernarbung. Die Mütter befinden sich in einer Lebensphase, in der ihnen das Erfüllen des allgemein angestrebten Frauenbildideals (...) – personifiziert in der Tochter – immer schwerer möglich ist. Die stets schweigenden Töchter sind an einer ‚Absolution‘ für die mit ihrem sexuellen Erwachen ausgelöste Familienkrise interessiert und nehmen die Operation quasi als gerechte Strafe in Kauf.“ [1]

In unserer Klinik vollzogen wir daraufhin eine völlige Wende des Operationskonzeptes. Es gab keine Appendektomie mehr als Wahleingriff. Innerhalb kurzer Zeit sank die Anzahl der Appendektomien von etwa 600 auf unter 150 im Jahr. An der Unzufriedenheit der abgewiesenen Patientinnen bzw. ihrer Mütter konnten wir mit diesem modernen Konzept aber nichts ändern. Für diese Patientinnen galten wir nun als eine schlechte Klinik.

Niedrige Komplikationsrate gleich gutes Krankenhaus?

Drittes Beispiel: Im Jahr 2007 präsentierte eine große Frankfurter Tageszeitung Frankfurter Krankenhäuser in einem „Leistungsvergleich“. Die Broschüre enthielt Listen operativer Eingriffe, deren Häufigkeiten und insbesondere Komplikationsraten. Die Patienten sollten sich mit Hilfe dieser Liste für eine bevorstehende Operation ein „gutes“ Krankenhaus aussuchen können.

Explizit hieß es darin, es sei ein Fortschritt, „nicht mehr allein auf Empfehlungen Ihres Arztes angewiesen“ zu sein. Der Gedanke war einfach: Ein gutes Krankenhaus führt eine Operation

ausreichend oft durch und hat eine niedrige Komplikationsrate. Mein chirurgischer Alltag, auch beim Aussuchen eines Krankenhauses für meine Patienten, ließ es aber komplizierter erscheinen.

Je besser der Chirurg, desto schwieriger seine Fälle

Ein Krankenhaus im Norden Frankfurts hatte einen neuen Chefarzt bekommen, der bis dahin lange erster Oberarzt einer der renommiertesten Universitätskliniken Deutschlands gewesen war. Folglich konnte ich meine Patienten, denen schwierige abdominelle Eingriffe bevorstanden, in diese Klinik schicken und musste sie nicht mehr nach Heidelberg oder München überweisen. Natürlich war die Komplikationsrate an dieser chirurgischen Klinik nun höher als anderswo. Und zwar genau deshalb, weil dieser Chirurg der Beste war, und nicht der Schlechteste.

Die drei Beispiele zeigen, dass die Chirurgie ein besonderes Fach ist, das sich von allen anderen Facharzt Disziplinen unterscheidet: Chirurgie definiert sich ausschließlich über die chirurgische Therapie. Andere Facharzt Disziplinen werden nach Organsystemen definiert, etwa Neurologie, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie oder Augenheilkunde. Weitere Fächer definieren sich nach der angewandten Technik, etwa Radiologie oder Labormedizin. Wieder andere Fächer definieren sich nach ihrer Zugehörigkeit zu Lebensabschnitten, sprich: Pädiatrie oder Geriatrie.

Chirurgie definiert sich allein aus ihrem Handeln

Das alles trifft auf die Chirurgie nicht zu. Die Chirurgie bezieht

ihre Identität allein aus ihrer Tätigkeit, aus ihrem Handeln. Nur wenn es für eine Krankheit oder eine Krankheitsphase eine angemessene operative Therapie gibt, ist die Krankheit eine chirurgische Krankheit und der Patient ein chirurgischer Patient.

Daraus ergibt sich, dass die Krankheit selbst überhaupt keine Rückschlüsse auf die Ätiologie zulässt. Betrachten wir einen Patienten mit einer typischen distalen Radiusfraktur, eine der häufigsten Verletzungen durch Sturz. Er braucht einen Chirurgen, der die Fraktur auf dem Röntgenbild erkennt, die Fragmente in ihre anatomische Stellung reponiert oder die Indikation zu einer Osteosynthese stellt.

Betrachtung der Ätiologie ergibt immer ein buntes Bild

Die Radiusfraktur als Verletzung, mit der Patienten zu einem Chirurgen gelangen, bietet aber wie alle anderen „chirurgischen“ Krankheiten bei Betrachtung der Ätiologie ein buntes Bild. Die gleiche Fraktur kann durch einen Verkehrsunfall, einen epileptischen Anfall, eine Schlägerei, eine psychogene Ohnmacht, eine ‚Unfallpersönlichkeit‘, durch hormonell bedingte Osteoporose, Glatteis oder einen Selbstmordversuch verursacht sein.

Beim Nachdenken über die Psychosomatik in der Chirurgie geht es also nicht um Krankheiten. Man kann nicht ein chirurgisches Lehrbuch nehmen und die übliche Darstellung von Befund, Diagnose und Therapie um ein psychosomatisches Anhängsel ergänzen. Es gibt nämlich keines. Wenn also die chirurgischen Krankheiten nicht Schlüssel zum Verstehen der Chirurgie sind,

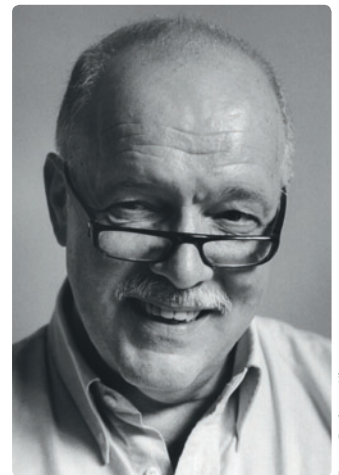


Foto: Barbara Klemm

Dr. Bernd Hontschik
Facharzt für Chirurgie mit Praxis in Frankfurt sowie umfangreicher publizistischer Tätigkeit
Zeil 57, 60313 Frankfurt
Tel.: 069 285894, Fax 069 1310144
chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de

dann rückt als nächstes der chirurgische Patient in den Mittelpunkt der Betrachtung.

Operation ist mit psychischer Erschütterung verbunden

Krankheiten, die einen operativen Eingriff erforderlich machen, können nicht harmlos sein, sonst würde niemand das Risiko eines chirurgischen Eingriffs eingehen. Sie sind somit in ihrem Entstehen und ihrem Verlauf immer mit psychischen Erschütterungen der betroffenen Patienten verbunden. Angst vor dem Ausgeliefertsein, vor Verstümmelung, vor dem Tod bestimmen die Interaktion zwischen Krankem und Chirurg, ganz gleichgültig, wie weit jedem der beiden dieses in der Situation bewusst ist.

Ein tiefer Graben wie sonst nirgends in der Medizin

Zwischen der emotionalen Situation des chirurgischen Patienten mit negativen Affekten, die sich im Laufe der operativen Be-

handlung dynamisch verhalten, und der emotionalen Situation des Chirurgen, der sein tägliches Geschäft professionell verrichtet und ruhig, selbstbewusst und mit unsäglichen Werkzeugen (Messer, Zange, Sonde, Hammer, Meißel, Klemme) auf den anderen Menschen zugeht, um ihm zu helfen (!), liegt ein tiefer Graben wie sonst nirgends in der Medizin zwischen Arzt und Patient. Die Rollen sind fest verteilt, die Personen sind nicht austauschbar.

Schon eher kann man zugeben, dass möglicherweise Psychisches im Spiel ist, wenn einer der Akteure vom beschriebenen Schema abweicht: Patienten, die scheinbar vor keiner noch so großen Operation Angst haben und sich immer wieder verschiedenen operativen Eingriffen unterziehen. Und umgekehrt ängstliche, zaudernde Chirurgen, die in der Routine eines Operationsbetriebes auffallen und Schwierigkeiten verursachen.

Platz für Psychosomatik nur beim chirurgischen Handeln

Chirurgische Patienten haben also nur eine chirurgische Erkrankung gemeinsam. Da chirurgische Krankheiten aber nichts anderes gemeinsam haben, als dass sie mit einem operativen Eingriff behandelt werden können, können chirurgische Patienten strukturell auch nichts weiter gemeinsam haben.

Wenn es also überhaupt einen Platz für die Psychosomatik in der Chirurgie gibt, dann nicht in der chirurgischen Krankheitslehre und nicht in der Betrachtung der chirurgischen Patienten. Es bleibt nur die Betrachtung des chirurgischen Handelns. Hier konstituieren sich die eigent-

lich wichtigen Vorgänge der Arzt-Patient-Beziehung. Wie also ist das chirurgische Handeln organisiert, wie ist der Ablauf der chirurgischen Tätigkeit zu verstehen?

Das chirurgische Handeln wird immer mit der Ausübung der operativen Fertigkeit, dem eigentlichen hochqualifizierten



Foto: AOK-Mediendienst

terstellt eine objektive Realität, die unabdingbar, immer gleich und sinngebend ist.

Das Modell der trivialen Maschine ist für die Chirurgie fundamental und unverzichtbar. Es ist die Grundlage enormer chirurgischer Behandlungserfolge der letzten 100 Jahre. Interventionen

Handwerk, gleichgesetzt und damit seltsam verengt. Wie mit Scheuklappen wird dabei übersehen, dass vor und nach einer Operation entscheidende Phasen chirurgischen Handelns stattfinden. Während der Operation selbst hingegen passiert vom dynamischen Standpunkt aus betrachtet eigentlich eher wenig.

Das triviale Maschinenmodell ist unverzichtbar

Wäre die Chirurgie nur ein Handwerk, dann wäre der Patient auch nur eine Maschine, eine triviale Maschine, wie Heinz von Foerster [2] das genannt hat. Bei einer trivialen Maschine wird auf die gleiche Ursache (Input) immer und ausschließlich die gleiche Folge sichtbar (Output). Sie ist kein lernendes Modell, man un-

terstellt eine objektive Realität, die unabdingbar, immer gleich und sinngebend ist. Das Modell der trivialen Maschine ist für die Chirurgie fundamental und unverzichtbar. Es ist die Grundlage enormer chirurgischer Behandlungserfolge der letzten 100 Jahre. Interventionen

▲ Scheitert die Beziehung zwischen Arzt und Patient, scheitert meist auch die Behandlung

im Sinne des trivialen Maschinenmodells sind notwendig, wenn ein akutes Krankheitsgeschehen ein unmittelbares Eingreifen erfordert, um die physiologisch-physikalischen Abläufe aufrechtzuerhalten.

Ein kompliziertes System technischer Kausalitäten

Konkret: Der intubierte polytraumatisierte bewusstlose Patient im Notarztwagen ist mit seinen ‚trivialen‘ physikalischen, chemischen und biologischen Funktionen in Lebensgefahr. Der Chirurg handelt hier mit einem konstanten, in dieser Situation nicht lernenden, entschlossenen

Prinzip. Er steuert vitale Funktionen, greift operativ und invasiv ein. Der Chirurg weiß „alles“ über diesen Patienten. Der Patient hat keine Geheimnisse, sondern ist ein kompliziertes System voller mechanischer, physikalischer, chemischer und biologischer Kausalitäten, die es zu kennen, balancieren und stabilisieren gilt.

Gegenüber diesem Extremfall stelle man sich den gleichen Patienten (gerettet) vier Wochen später als einen Diabetiker vor, mit hochgradiger arterieller Verschlusskrankheit eines Beines, Ulcus cruris und Mal perforans, gestörtem Sehvermögen und einer reaktiven Depression. Vom Ulcus cruris geht eine Phlegmone aus, es droht eine Sepsis.

Jetzt ist kein entschlossenes, kommunikationsloses Eingreifen gefragt. Jetzt liegt ein Patient im Krankenbett mit einer Vergangenheit und einer Gegenwart, und mit Wünschen und Ängsten für seine Zukunft. Der Chirurg weiß zunächst nichts über diesen Menschen, der sich aus seiner Welt, aus seiner black box, mit mehr oder weniger verständlichen Zeichen zu seinen existentiellen Problemen äußert, die er jetzt hat, etwa auch zu der Frage der bevorstehenden Unterschenkelamputation.

Kommunikationskonzept ohne objektive Realität

Biologie, Chemie und Physik helfen jetzt nichts. Jetzt müsste ein ganz anderes Kommunikationskonzept zum Zuge kommen, eines ohne objektive Realität, ohne vermeintlich objektives Wissen über das Subjekt Patient. Hier hilft nur eine konstruktivistische Sicht der Dinge: Der Chirurg weiß im Gegensatz zum trivialen



Maschinenmodell nichts über diesen Patienten, er hat kein offenes, triviales System gegenüber, sondern ein geschlossenes.

Er muss auf Zeichen achten, auch auf die eigenen, und er muss mit dem Patienten eine gemeinsame Realität aufbauen, eine Passung, ohne die es kein therapeutisches Weiterkommen geben kann. Dieses Kommunikationsmodell nennt Heinz von Foerster das der ‚nicht-trivialen Maschine‘. Verschreibt sich der Chirurg aber jetzt weiter dem Konzept der trivialen Maschine, wird die Arzt-Patient-Beziehung scheitern, unabhängig von der technischen Fertigkeit des Arztes. Damit ist das Scheitern der Behandlung programmiert.

Ein solches Scheitern ist Voraussetzung für die verschiedensten postoperativen Komplikationen, von einfachen Wundheilungsstörungen über Chronifizierungen und Nachoperationen bis zur „Psychiatisierung“ des chirurgischen Patienten aufgrund eines eintretenden psychosozialen Desasters.³

Floaten zwischen trivialem und nicht-trivialem Modell

Die ärztliche „Kunst“ des Chirurgen besteht also darin, die aktuelle Situation des Patienten zwischen den beiden Polen zu erkennen und das triviale Maschinenmodell bei Bedarf zu verlassen. Er muss zwischen dem trivialen und dem nicht-trivialen Maschinenmodell floaten, wandern, schweben. Dazu bedarf es allerdings noch anderer Fähigkeiten als der rein handwerklichen.

Zurück zum chirurgischen Handeln: Vor einer Operation steht die erste Phase des chirur-

gischen Handelns, die Phase der Indikation. Nach der zweiten Phase, der Operation, steht die dritte Phase des chirurgischen Handelns, die Phase der Restitution.

Das Handlungskonzept der Chirurgie ist also immer dem Rhythmus Indikation – Operation – Restitution unterworfen. Wenn es um das Verstehen eines chirurgischen Krankheitsverlaufes geht, dann betrachte man also nicht chirurgische Krankheiten, auch nicht chirurgische Patienten, sondern den chirurgischen Handlungsablauf.

Qualität jenseits von QM und Ranking-Listen

Weder bei der Indikation noch bei der Restitution sind in erster Linie technisch-handwerkliche Fähigkeiten gefragt, sondern vielmehr professionelle Fähigkeiten eines produktiven Umgangs mit der Arzt-Patient-Beziehung. Diese Fähigkeiten sind erlernbar.

Genau hier liegt die kreative Schnittstelle zwischen Chirurgie und Psychosomatik. Da entsteht Qualität in einem Sinn, die weder mit einem „Qualitätsmanagement“, noch mit Ranking-Listen vermeintlich guter oder schlechter chirurgischer Qualität abgebildet werden kann. Denn die Arzt-Patient-Beziehung ist ein individuelles Geschehen, ein einmaliger Vorgang.

Literatur

1. Hontschik, Bernd: Theorie und Praxis der Appendektomie. 2. Auflage, Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag, 1994
2. Foerster, H.v.: Wissen und Gewissen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag, 1993
3. Hontschik, Bernd: Körper, Seele, Mensch – Versuch über die Kunst des Heilens. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag, 2006

Chirurgen Magazin 57: Autoren gesucht



Foto: ©iStockphoto.com/Andrey Zyk

In eigener Sache

Autoren gesucht zum Thema chirurgische Schmerztherapie in Heft 3.2012

In Ausgabe 3.2012 des Chirurgen Magazins, die Ende Juni 2012 erscheinen wird, möchten wir uns in der Rubrik „Medizin“ schwerpunktmäßig mit dem Thema „chirurgische Schmerztherapie“ beschäftigen.

Wir suchen Autoren, die aus der Praxis für die Praxis unter anderem über die leitliniengerechte Therapie postoperativer Schmerzen, Substanzen auf dem Prüfstand sowie Algorithmen für die Schmerztherapie in der ambulanten chirurgischen Praxis berichten. Wir freuen uns über Hintergrundberichte ebenso wie interessante Kasuistiken.

Außerdem berichten wir ausführlich über den aktuellen Stand in Sachen Bedarfsplanung und die Neuregelungen zur Nachbesetzung von Praxissitzen. Wir freuen uns auch hierzu über Ihre Themenanregungen.

Die Redaktion berät Sie gern bei der Aufbereitung Ihrer Daten und der Gestaltung Ihres Manuskripts sowie bei der Auswahl von Bildmaterial und Grafiken – Anruf oder E-Mail genügt. Redaktionsschluss ist der 14. Mai 2012, bitte nehmen Sie aber möglichst frühzeitig Kontakt mit uns auf.

Antje Thiel

Redaktion Chirurgen Magazin
und www.bncev.de

Essener Straße 4, D3, Raum 7, 22419 Hamburg

Tel.: 040 32596116, Fax: 040 32596112

antje.thiel@bncev.de, antje.thiel@vmk-online.de

www.bncev.de