



# Naturarzt

Natürlich heilen – gesund leben

**Ihr  
Gesundheits-  
Ratgeber**

## Naturheilwissen

- ▶ Burn-out: Jede Krise ist auch eine Chance
- ▶ ADHS – mehr Ruhe für den Zappelphilipp
- ▶ Verstopfung: den trägen Darm in Schwung bringen

## Gesund leben

- ▶ Mit Silber erfolgreich gegen Keime
- ▶ Chirurgie: Warum Ärzte sich seltener operieren lassen

## Bewusst ernähren

- ▶ Bessere Gesundheit mit sekundären Pflanzenstoffen



**Heilpflanzen: Kennen Sie sich aus? Der *Naturarzt*-Check!**



Auch viele Befunde erklären nicht unbedingt das Befinden. Die sogenannte bildgebende Diagnostik (Röntgen & Co.) wird gelegentlich überschätzt.

## Chirurgie: Über Sinn und Häufigkeit von OPs

# In der Medizin gibt es wenig Objektives

Naturarzt-Interview mit Dr. med. Bernd Hontschik

*Wenn Patienten „Schulmedizin“ hören, denken sie sofort an Medikamente und vielleicht die damit verbundenen Risiken. Die Pharmaindustrie hat bekanntlich einen schlechten Ruf. Demgegenüber steht die Chirurgie manchmal wie mit weißer Weste da und wird am ehesten mit den Errungenschaften der modernen Medizin assoziiert, auf die natürlich niemand mehr verzichten möchte. Was ist richtig und falsch an diesen Vorstellungen? Der Naturarzt sprach darüber mit Dr. med. Bernd Hontschik, seit 30 Jahren Chirurg, der allerdings der üblichen Praxis seiner Branche kritisch gegenübersteht*

**?** Was fällt Ihnen zu den Begriffen „Routine-OP“ und „minimal-invasiv“ spontan ein? Mir kommt das manchmal als absolute Verharmlosung vor ...

„Minimal-invasiv“ könnte einem vorgaukeln, eine Operation sei „minimal riskant“. Das ist natürlich nicht richtig. Minimal-invasive Eingriffe hinterlassen nur geringe von außen erkennbare Spuren. Am Risiko einer Operation ändert sich dadurch wenig bis nichts. Darüber mit dem Patienten zu sprechen, ist ein normaler Vorgang der präoperativen Aufklärung. Trotzdem ist die minimal-invasive Operationstechnik ein Segen. Gegen die heutigen arthroskopischen Eingriffe waren Meniskusoperationen früher eher ein Gemetzel.

**?** Chirurgie hat den Anschein von etwas was durch und durch Objektivem:

**„Da wird etwas repariert.“ Nun hat es ja vor einigen Jahren sogenannte Placebo-OPs bei Kniearthrose gegeben – mit dem Ergebnis, dass es den scheinoperierten, knielädierten Patienten direkt danach und später genauso gut ging wie denen, deren Knorpel im Rahmen einer Arthroskopie (Knie-**spiegelung**) geglättet wurde. Bedeutet dies, die Kniegelenksspiegelung bei Arthrose ist meist überflüssig?**

In der Medizin gibt es so gut wie nichts „Objektives“, auch nicht in der Chirurgie. Es ist richtig: Die Arthroskopie mit Knorpelglättung ist wahrscheinlich nicht geeignet, Arthrose-Patienten nachhaltig zu helfen. Allerdings war die Idee zunächst einmal naheliegend und gut: Die Entfernung von freien Gelenkkörpern, die sich schmerzhaft einklemmen können, die Glättung von Knorpelflächen, die auf die Nähe ausse-

wie die Mondoerfläche, die Entfernung von geschwollenen, entzündeten Schleimhautfalten ist ja nur deswegen versucht worden, weil Millionen von Arthrose-Patienten unter schlimmen Schmerzen leiden, und keine einzige Richtung der Medizin bislang ein Mittel bereithält, diesen Patienten nachhaltig zu helfen. Nun hat sich zwar herausgestellt, dass dieser arthroskopische Eingriff bei Arthrose wenig nutzt, doch inzwischen ist das Ganze zu einem Selbstläufer geworden, zuerst in den USA, aber längst auch bei uns. Die teuren Maschinen müssen laufen, die Arthroskopie wird gut bezahlt, und in einem profitorientierten Gesundheitswesen, auf das wir rasant zusteuern, bestimmt die Macht von Lobbygruppen mehr als eine rationale wissenschaftliche Erkenntnis, was in der Medizin passiert und was nicht.

**?** Welche OPs werden Ihrer Meinung nach viel zu häufig durchgeführt?

So pauschal lässt sich dies nicht sagen. Und eine solche Aussage würde auch dem einzelnen Patienten nichts nützen. Jede Operation muss einen Sinn haben, jede Operation kann zu häufig durchgeführt werden – oder zu selten. Die Frage ist immer, ob die Indikation in Ordnung ist. Und wenn sie nicht in Ordnung ist, liegt der Fehler nicht in der Chirurgie, sondern in der zunehmenden Profitorientierung des Umfeldes, in dem sie stattfindet. Da fällt mir eine Studie ein, aus der Schweiz. Die ist wirklich beunruhigend: In der Annahme, dass es kaum besser informierte

*Ärzte werden seltener operiert oder lassen sich seltener operieren als der Durchschnittsbürger ...*

Patienten geben kann als die Ärzte selbst, wurde die Häufigkeit sieben chirurgischer Eingriffe (Entfernung von Rachenmandeln, Blinddarm, Gallenblase, Gebärmutter, Hämorrhoiden sowie Ausschabung und Leistenbruch) in der gesamten Schweizer Bevölkerung mit der Häufigkeit bei Schweizer Ärzten und deren Angehörigen verglichen. Das erschütternde Ergebnis: In der Ärztegruppe wird bis zu 80 Prozent weniger operiert als in der Gesamtbevölkerung. Demnach dürfte das die eigentlich notwendige Operationsrate sein. Vergleichbar

niedrige Operationszahlen fanden sich nur noch in der Gruppe der Anwälte.

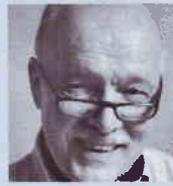
**? Und wie könnte man sich als Patient, der von der Materie nichts versteht, vor einer möglicherweise unnötigen OP schützen? Bringt die sogenannte Zweitmeinung wirklich oft eine abweichende Meinung? Und was halten Sie von der Zweitmeinung übers Internet?**

Als Patient kann man noch so viel im Internet suchen, Bücher lesen, Freunde fragen. Wenn es darauf ankommt, nutzt das alles nichts, dann muss man sich auf den seriösen Rat seines Arztes verlassen können und auch darauf, dass dieser Rat ohne monetäre Hintergedanken gegeben wird. Aber wie schafft man es, in die Gruppe aufzusteigen, wo nur das Notwendige gemacht wird? Wer kann schon einen Arzt heiraten? Oder sich adoptieren lassen? Oder soll man so tun, als sei man Anwalt? Ich rate meinen Patienten, in Zweifelsfällen den Operateur zu fragen, ob er die vorgesehene Operation bei sich, bei seinem Ehepartner oder bei seinen Kindern auch machen würde. Das Einholen einer zweiten Meinung halte ich für sehr sinnvoll. Allerdings begeistern mich entsprechende Internetportale überhaupt nicht, denn ein Chirurg operiert keine Röntgenbilder, sondern kranke Menschen. Das ist ohne konkrete Arzt-Patient-Beziehung nicht möglich.

**? Wird die Zahl und Art der überflüssigen OPs im Zuge einer weitgehenden Privatisierung des Gesundheitswesens – Stichwort „profitable Krankenhäuser“ – zunehmen? Und welche Steuerungsmechanismen seitens der Politik könnten dem entgegenwirken?**

Dem ließe sich schon entgegenwirken, man muss nur wollen. Wenn man sich ein Gesundheitswesen als Teil eines solidarischen Sozialsystems zum politischen Ziel setzt, kann man dem entgegensteuern. Wenn man aber das Gesundheitswesen zu einem Teil der Wirtschaft umwandeln will, will man dem gar nicht gegensteuern. Für mich ist die ganze Idee absurd, dass man mit einem Krankenhaus Geld verdienen will im Sinne von Profit für Investoren. Ein Krankenhaus muss nach meiner Vorstel-

## Naturarzt-Interview mit



**Dr. med. Bernd Hontschik**, Jahrgang 1952, Facharzt für Chirurgie, seit 1991 niedergelassen in Frankfurt/Main. Erhielt 1989 den Roemer-Preis des

Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin über die Auswirkungen der Arbeit „Unnötige Appendektomien (Blinddarm-Entfernungen) bei Mädchen und jungen Frauen“ auf den chirurgischen Alltag. Herausgeber der Reihe „medizinHuman“ bei Suhrkamp TB und Autor des ersten Bandes „Körper, Seele, Mensch – Versuch über die Kunst des Heilens“ ([www.medicinHuman.de](http://www.medicinHuman.de)).

lung eine „schwarze Null“ zum Ergebnis haben, was heißt, dass die Überschüsse in das Krankenhaus reinvestiert werden, zur Renovierung, zur Modernisierung.

**? Medikamente müssen zugelassen werden. Auch wenn dabei „Murks“ passiert, so hat sich dieses Verfahren als alternativlos etabliert. Wie sieht es mit OPs aus? Diese können oft schlecht durch Studien belegt/widerlegt werden? Interessiert das jemand? Gibt es irgendeine Stelle, wie bei den Medikamenten die Zulassungsbehörde BfArM, die da regulierend eingreift?**

Das Problem interessiert viele, Kollegen und Fachgesellschaften. Aber es ist bislang noch keine praktikable Lösung gefunden worden. Das liegt unter anderem auch daran, dass eine Operation bei dem einen Patienten richtig ist, bei dem anderen aber genau das Falsche. Nicht Operationen als solche müssen also auf den Prüfstand, sondern deren Indikationen. Und da Me-

*Operationen auf Wunsch des Patienten sind absurd.*

dizin im besten Sinne ein individueller Passungsvorgang zwischen Arzt und Patient ist, kann man das Problem wahrscheinlich nicht mit einer Behörde allgemeingültig lösen. Es gibt also noch keine Lösung für das Problem, aber es wird (auch) innerhalb der Chirurgie sehr ernsthaft diskutiert. Alle Therapien müssen sich Kontrollen und wissenschaftlichen Untersuchungen stellen, Medikamente, Operationen, Akupunktur und Homöopathie. Sonst weiß man nicht nur als Patient, sondern auch als Arzt nicht, was hilft und was nicht.

**? Sie machen Ihrer Branche das Geldverdienen nicht eben leicht. Operieren Sie nur, wenn's unbedingt nötig ist – oder auch, wenn's der Patient einfach will?**

In welcher Branche ist das Geldverdienen schon leicht? Und ich muss sagen, dass die Indikation zu einer Operation mit Geldverdienen nichts zu tun hat. Meine Position ist eine ganz einfache, leicht verständliche ärztliche Grundhaltung: Natürlich darf eine Operation nur durchgeführt werden, wenn sie nötig und erfolgversprechend ist. Operationen auf Wunsch des Patienten sind ganz absurd, dürften sich eigentlich nur in der Schönheitschirurgie wiederfinden, die für mich mit Medizin, mit Heilkunst nichts zu tun hat und inzwischen auch als Ware, als Teil von Wellness-Angeboten verkauft wird – da werden ja schon Kooperationen mit Supermarktketten diskutiert.

**? Auf Ihrer Praxishomepage steht, dass Sie auch „konservative chirurgische Leistungen“ anbieten? Sind konservativ und chirurgisch denn nicht per se Gegensätze? Und welchen Umfang nehmen diese Leistungen in Ihrer Praxis in etwa ein?**

Jeder Chirurg, jede chirurgische Klinik arbeitet mit den chirurgischen Patienten auch konservativ. Nicht jede Fraktur muss operiert werden, aber wohl eingrichtet, eingegipst, kontrolliert, mit Physiotherapie wieder mobil gemacht werden. Das nennt man dann konservativ. In unserer Praxis werden etwa 15 Prozent der Patienten operiert, ansonsten wird konservativ behandelt, was schlicht und einfach „nicht-operativ“ heißt. Das sind also keine Gegensätze, sondern normale Abschnitte jeder chirurgischen Tätigkeit.

**? Sie wurden gelegentlich schon als „psychosomatisch arbeitender Chirurg“ bezeichnet. Was muss man sich darunter vorstellen?**

Nein, ich bin kein „psychosomatisch arbeitender Chirurg“. Das gibt es für mich gar nicht. Ich bin Chirurg. Was ist denn Psychosomatik eigentlich? Es gibt verschiedene „Psychosomatiken“, insgesamt vier:

- ▶ Da gibt es die Idee, es gäbe bestimmte körperliche Krankheiten, die seelisch verursacht würden. Psychosomatisch heißt hier eigentlich psychogen.
- ▶ Dann gibt es die Idee, es gäbe Krankheiten im körperlichen Bereich, die aber nicht auf einem krankhaften körperlichen Befund beruhen. Diese Krankheiten nannte man früher „funktionelle Krankheiten“, heute heißen sie „somaforme Störungen“. Psychosomatik heißt hier also die Lehre von Krankheiten ohne körperlichen Befund.
- ▶ Die dritte Variante besagt, dass es Krankheiten gibt, die mit Psychotherapie behandelbar sind. Hier findet also eine Art Gleichsetzung von Psychosomatik und Psychotherapie statt.
- ▶ Die vierte Variante ist die interessanteste: sie beschreibt eine ärztliche Grundhaltung, dass der Mensch Patient nämlich nicht in einzelne Organe zerlegt krank wird und zum Arzt kommt, sondern immer als ganzer Mensch.

### ? Und diese Bedeutung von „Psychosomatik“ ist Ihnen wichtig ...

Ich teile diese Grundhaltung – aber ist der Facharzt für Psychosomatik jetzt der Gralshüter der ärztlichen Grundhaltung? Sie sehen, die Psychosomatik hat für mich als Arzt gar nichts Verlockendes. Für mich ist sie nur eine Notlösung, solange die Schulmedizin den Menschen in Körper und Seele zerteilt und in seine Organe zerlegt. Sie ist eine Notlösung für den Mensch Patient, der in die Psychofächer verwiesen wird, wenn er sich bemerkbar macht, und sie ist eine Notlösung für den Mensch Arzt, der an der Schulmedizin verzweifelt ist und nach einem Arbeitsplatz sucht, an dem er wenigstens einen Rest seiner Ideale verwirklichen kann.

*Der Patient wird nicht in einzelne Organe zerlegt krank, sondern immer als ganzer Mensch.*

### ? Wie sieht denn der ganzheitliche oder psychosomatische Blick bei einem gebrochenen Arm aus? Da gibt es ja eigentlich nichts zu deute(l)n ...

Nehmen wir einen Patienten mit typischer distaler Radiusfraktur (Bruch der Speiche in der Nähe des Handgelenks), 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. Die Radiusfraktur als Verletzung, als Krankheit, mit der Patienten zu einem Chirurgen kommen oder gebracht werden, bietet aber wie alle anderen „chirurgischen“ Krankheiten bei Betrachtung der Ursachen bzw. der Vorgeschichte ein buntes Bild. So kann die gleiche Fraktur durch einen Verkehrsunfall, einen epileptischen Anfall, eine Tätlichkeit, eine psychogene Ohnmacht, eine „Unfallpersönlichkeit“, eine hormonell bedingte Osteoporose, durch Glatteis oder durch einen Selbstmordversuch verursacht worden sein. Allein diese unterschiedliche Ätiologie erfordert schon ein immer wieder ganz unterschiedliches, individuelles Konzept der Behandlung. Das ist nicht „psychosomatische“ Chirurgie, sondern ganz einfach Chirurgie.

Mir ist es wichtig, immer wieder diese Haltung des Arztes hervorzuheben. Ich hatte auch schon mit naturheilkundlich oder homöopathisch tätigen Kollegen zu tun, die das Medikament der Schulmedizin durch das naturheilkundliche oder homöopathische Mittel ersetzen, aber dabei die gleiche dualistische, Körper und Seele trennende Haltung haben, die sie an der Schulmedizin kritisieren.

### ? Die „Objektivität“ der Chirurgie, dass da etwas zu reparieren ist, wird gestützt von der „Objektivität“ der modernen Diagnostik. Dem Patienten mit Rückenbeschwerden scheint das CT-Bild seiner Wirbelsäule zu „beweisen“, wo die Schmerzen herkommen – Sie wissen als Fachmann allerdings, dass der Zusammenhang nicht so eindeutig ist. Was bedeutet dies in der Praxis?

Da ist für mich der von dem Polarforscher John Franklin überlieferte Ausspruch meine Arbeitsgrundlage. Kurz bevor er Mitte des 19. Jahrhunderts mit seinen Expeditionsschiffen auf der Suche nach der Nordwest-Passage mit Mann und Maus unterging, soll er gesagt haben: „The map is not the territory“. (Die Landkarte ist nicht das Land.) Dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Die sogenannten objektiven Befunde

sind „the map“. Das subjektive Befinden des Patienten, körperlich, seelisch, beruflich, familiär, sozial usw., das ist das Entscheidende, „the territory“. Und um die Beziehung zwischen Befunden und Befinden geht es bei der Arbeit eines Arztes, egal welcher Fachrichtung. Deswegen ist die Arzt-Patient-Beziehung ein höchst individueller Vorgang, sie entzieht sich jeder Normierung, Rationalisierung oder gar Industrialisierung.

*The map is not the territory:  
Nicht die Befunde, sondern das  
Befinden ist entscheidend.*

### ? Früher hat der Arzt den Patienten befragt, angeschaut und untersucht, diesen oder jenen Funktionstest gemacht – heute geht es sofort ab ins Röntgenzimmer oder gleich in die „Röhre“. Ich empfinde das als unwahrscheinlich nüchternen Umgang mit den Schmerzen und Sorgen des Patienten. Wie gehen Sie mit dem Problem um?

Es gibt Patienten, die brauchen mich eine Minute, andere brauchen mich Stunde um Stunde im Laufe einer Behandlung. Diese Frage lässt sich nicht so allgemein beantworten. Man kann auch unter den Bedingungen der heutigen „technischen“ Medizin dem Patienten gerecht werden, man muss es nur wollen.

### ? Mussten Sie sich schon einmal operieren lassen? Und hatten Sie Angst davor? Welche Ängste und Sorgen sind normal? Wie kann man als Arzt oder Patient damit umgehen?

Wann immer ich in meinem Leben Patient sein musste, hatte ich genauso viel Angst wie jeder andere Patient auch. Vielleicht sogar mehr: ich weiß zu viel. Normal sind Ängste vor Schmerzen, vor Heilungsstörungen, vor einem Misslingen des Eingriffs. Bei jeder Narkose werden Todesängste virulent: Werde ich wieder aufwachen?

Wie man damit umgeht? Offen und ehrlich, dann klappt das schon. ■

Das Interview führte *Naturarzt*-Redakteur Christoph Wagner.