

## Chirurgie im Norden: Zusammen ganz oben!

Um es mit Cicero zu sagen: Keine Schuld ist dringender, als die, Dank zu sagen!

Wir haben einen großartigen Kongress hinter uns – diese Tagung hat alle unsere Erwartungen übertroffen – das Ambiente im einzigartigen Schloss Schwerin – dem Mecklenburg-Vorpommerischen Landtag, die inhaltlichen Höhepunkte, die vielen neuen Ideen, Gespräche und Diskussionen in freundschaftlicher Atmosphäre... und nicht zuletzt das Wetter waren einfach großartig!

Wir haben die klinischen Falldarstellungen erstmals im Freien genießen können, mit Themen, die einmal mehr gezeigt haben, dass Chirurgie eben nicht nur „Schneiden“ ist, sondern mit vielen Aspekten um den eigentlichen Eingriff ein sehr differenziertes und vielschichtiges Bild unseres Faches abgibt – ein großes Kompliment an unseren jungen Nachwuchs! Die Preise zeugten von dieser vielschichtigen Herausforderung in der Chirurgie: sie reichten von poetisch-linguistischer Kunst über technisch-operative Spitzenleistungen! Weitere Höhepunkte folgten: eine rege Diskussionsrunde zum Thema Krankenhaus der Zukunft, gemeinsame Sitzungen mit der Norddeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie und der Vereinigung Norddeutscher Gefäßmediziner, ein herausragendes unfallchirurgisch/ortho-pädisches Programm, ein ambitioniertes Pflegeprogramm zu interprofessionellen Themen (Stichwort ERAS), ein neues Format „Ask the Expert“ und – last but not least unsere berufspolitische Sitzung zu Mindestmengen und Zentrumsbildung. Alles in allem ein sehr gelungenes Programm unter Leitung des Viergestirns, Prof. Ritz, Dr. Biedermann, PD Schulz-Drost und Pflegedirektor Green. Wir haben die Tagung unter das Motto Evidenz – Empirie und Empathie gestellt.

Evidenz generieren wir aus Leitlinien, Konsensdokumenten und Empfehlungen. Wir haben aber auch festgestellt, dass Leitlinien häufig nur Empfehlungen auf niedrigem Evidenzniveau abgeben können und sogar hier Empirie zu Evidenz beitragen kann!

Kann aber auch Empathie zu Evidenz führen? Hierzu möchte ich im Folgenden einige Gedanken mit Ihnen teilen.

**Empathie – ich möchte hiermit ein Plädoyer für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin geben!** Wenn ich über den Einfluss der Empathie in der medizinischen Diagnose- und Entscheidungsfindung rede, so geht es mir um die **besondere Wertschätzung**, die in der Beziehung zwischen Arzt und Patient eine ganz besondere Bedeutung gewinnt. Der empathische Arzt muss die Fähigkeit des guten Zuhörens besitzen – und diese pflegen.

Erst durch das Zuhören können wir unser Gegenüber wahrnehmen und ihn in **seinem Facettenreichtum erfassen**. Tun wir dies nicht, so entgehen uns Bereiche des Wesens unseres Gegenübers, und wir nehmen ihn nur teilweise wahr.

Genau dies erreicht der empathische Arzt: er kann subtile und intime Details seines Patienten in seine Entscheidungen und Überlegungen einfließen lassen, die dem nicht-empathischen Arzt entgehen. Empathie generiert also wichtige Informationen, die wesentlich für seine

Entscheidungen sein können. Empathie ist also essentieller Bestandteil, um Evidenz zu bewerten und in einen individuellen Kontext stellen zu können.

Werden wir unserem Patienten wirklich dadurch gerecht, dass wir ihn in das Prokrustesbett unserer Evidenz zwängen?

**Für die Griechen war die wichtigste Aufgabe des Arztes, die Kunst des gesunden Lebens zu lehren.** Und gesund lebt der Mensch nur, wenn er seinem Wesen gemäß lebt. Es ist also für den Arzt unerlässlich, einem Patienten zuzuhören und **seine Wünsche, Bedenken, seine Schwächen und Stärken zu identifizieren.**

In der Medizin haben wir es **häufig mit dem alternden Menschen** zu tun. Berechnungen des statistischen Bundesamtes zufolge hat sich der Anteil der >65 Jährigen in Deutschland seit 1957 verdoppelt, und der Anteil der alten und sehr alten (über 90-jährigen) Patienten wird sich bis 2030 um 157 % vermehren. Der alternde Mensch gehört also heute und vielmehr noch morgen zu unserer Gesellschaft und ist deren essentieller Bestandteil.

**Der alte Mensch entwickelt ein anderes Verhältnis zur Endlichkeit des Lebens, zur Furcht vor dem Tod – und kann in dieser Erkenntnis eine ganz neue Zufriedenheit an dem Leben mit Einschränkungen und Freude auch an der Endlichkeit des Lebens empfinden.** Durch Zuhören und Empathie sollten wir eine Kultur im Umgang gerade mit dem alten Menschen entwickeln, die eben nicht nur darauf abzielt alles für ihn zu tun, was möglich ist – sondern die offen für die Einsicht ist, die Heilung auf die Notwendigkeit und Erfordernis des alten Menschen auszurichten. Nicht der technische Erfolg einer Behandlung sollte also die Maxime unseres Handelns sein, sondern das Bestreben, dem Patienten ein **Leben in Würde** zu ermöglichen – **in dem Bewusstsein seiner Endlichkeit.**

Das Arzt-Patienten Verhältnis unterliegt einem besonderen Schutz: wir führen an ihm eine **programmierte Körperverletzung** durch - daher ist ein großes Vertrauen des Patienten in seinen behandelnden Arzt erforderlich. Dies allein bedingt als *Conditio sine qua non* ein subtiles und detailliertes Eingehen auf die zu behandelnde Erkrankung einerseits und die individuellen Bedürfnisse und Erfordernisse des Patienten andererseits.

Wir stehen **also vor der Herausforderung, aus dem evidenzbasierten Maximum, das individuelle Optimum für einen Patienten zu erreichen.** Dies stellt die *eigentliche* Herausforderung für den behandelnden Arzt dar – und ebenso für seinen mündigen Patienten. Denn nur durch eine sorgfältig reflektierte und möglichst umfassende Darstellung seiner Bedürfnisse und persönlichen Ziele für das Behandlungsergebnis, können BEIDE ihr gemeinsames Behandlungsziel definieren. Eben dies hebt das umfassende Arzt-Patientengespräch von der ausschließlichen evidenzbasierten Nutzenbewertung heraus:

es versucht, den Patienten über die medizinischen Fakten hinaus in seinem umfassenden Kontext zu verstehen und auf ihn einzugehen. Gerade in der Behandlung des alten Patienten

geht es um die Frage, wie der letzte Lebensabschnitt in **Selbstachtung** gelebt werden kann und ob der Patient eventuell einschneidende Behandlungsfolgen tolerieren kann und will. Würde und Lebensintensität, Unabhängigkeit und Mobilität sind Kernfragen, die gerade für den alternden Menschen essentiell sind und – so schwer Entscheidungen hier auch sind – individuelle Lösungen unabdingbar erfordern. Eine Amputation beispielsweise kann für den einen Patienten die herbeigesehnte Erlösung von unstillbaren Schmerzen sein oder der Beginn einer neuen Mobilität mit Prothese – aber eben auch der unumkehrbare Schritt in die Abhängigkeit und Selbstaufgabe.

**Die Befolgung patientenbezogener Prioritäten kann sogar die Befolgung einer leitliniengerechten Behandlung in den Hintergrund stellen**, wie man an Beispielen aus allen Bereichen der Medizin mühelos herleiten kann. Für einen an einem **Magenkarzinom** erkrankten Patienten beispielsweise, der leitliniengerecht eine Gastrektomie und Jejunum-Pouch Rekonstruktion zum Erreichen einer vollständigen Tumorfreiheit benötigen würde, stellt der Verlust seiner Lebensqualität durch massiven Gewichtsverlust und erhebliche Einschränkung der Nahrungsaufnahme möglicherweise eine nicht tolerierbare Folge eines derartigen Eingriffes dar – was sein Langzeitüberleben in für ihn schlechter Lebensqualität demgegenüber in den Hintergrund stellen kann.

**Bis heute hat es kein Instrument gegeben, das die Anpassung medizinischer Standards an individuelle Eigenschaften des Patienten, in Form einer reproduzierbaren medizinethischen Methodik, erklärt oder systematisch dazu anleitet.** Wie könnte ein empathischer Therapieansatz in eine rationale, nachvollziehbare Entscheidungsfindung einfließen?

Im Folgenden möchte ich eine Möglichkeiten darstellen, wie die Kunst des Zuhörens und der Empathie in einen formalisierten – und damit nachvollziehbaren – medizin-ethischen Entscheidungsprozess einfließen kann. Hierzu lässt sich – paradoxerweise? - ein Instrument aus der Ökonomie transponieren, mit der durch rationale **Darstellung von Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken** eine Beurteilung einer Institution, eines Produktes oder einer konkreten Situation möglich ist. Es findet auch im Management von Krankenhäusern vielfach Anwendung: die SWOT-Analyse. Individualisiert man die SWOT-Analyse und transferiert sie auf einen Patienten, so resultiert eine individualisierte SWOT-Analyse, die I-SWOT Analyse. I-SWOT ist ein Instrument, das durch genaues Zuhören und Eingehen auf den Patienten dessen Nöte und Wünsche in einen medizinischen Entscheidungsprozess einfließen lassen kann und damit die Aufgabe, das Optimum für den Patienten zu erreichen, erfüllen kann. **Nach dem I-SWOT Gedanken steht die Meinung des Patienten; der seines Arztes gleichwertig gegenüber.**

Man kann hier eine maximale Strategie verfolgen, die beides, therapeutische Stärken und patientenbezogene Chancen verfolgt. Diese Strategie bietet sich in Situationen an, in denen Stärken und Chancen günstig sind.

Abschließend noch ein prominentes Beispiel für eine Minimalstrategie, die therapeutische Schwächen und patienten-bezogene Gefahren miteinander kombiniert:

**Albert Einstein** litt an einem Bauchaortenaneurysma. 1948 wurde er von dem berühmten Chirurgen Rudolf Nissen daran operiert. Er litt damals an Bauchschmerzen, deren Ursache neben Verwachsungen des Darms, ein großes Bauchaortenaneurysma waren. Rudolf Nissen ummantelte das Aneurysma mit einer Cellophanfolie – einer damals sich etablierenden Methode. Sieben Jahre später, 1955, trat die Ruptur ein. Einstein entschied sich gegen einen Eingriff, dem sich sein behandelnder Arzt Anschloß. Einstein begründete seine Entscheidung mit den Worten: „*Ich möchte gehen, wenn ich es für richtig halte. Es ist geschmacklos, das Leben künstlich zu verlängern. Ich habe meine Aufgabe erfüllt, es ist Zeit für mich zu gehen: ich will es auf elegante Art tun*“ (*I want to go when I want. It is tasteless to prolong life artificially. I have done my share, it is time to go. I will do it elegantly*). Kurz darauf starb er.

Meine Damen und Herren, es geht also um die Definition des Therapieziels. Gutes Zuhören und Empathie für den Menschen kann durch exakte Analyse über die Evidenz basierte Therapie zu mehr Evidenz führen. Nutzen wir also dieses Instrument: es steht uns in jedem Patientenzimmer zur Verfügung!

#### Literatur

von Kodolitsch, Y., Sachweh, A., Bernhardt, A. M., Kölbl, T., Reichenspurner, H., Detter, C., & Debus, S. (2016). I-SWOT: Ein Instrument zur Individualisierung medizinischer Entscheidungen. *Schwerpunktheft: Aortenisthmusstenose*, 4, 46.

Maio, G. (2015). *Den kranken Menschen verstehen: für eine Medizin der Zuwendung*. Verlag Herder GmbH.

Maio G. (2017) *Auf den Menschen hören: Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Herder Verlag

ES Debus und Y v. Kodolitsch *Über den Wert des Zuhörens im Arzt-Patienten Verhältnis - Die I-SWOT Analyse als Instrument zur medizin-ethischen Entscheidungsfindung*. In: Maio G. (2017) *Auf den Menschen hören: Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Herder Verlag

Teichmann, W., Eggers, C., Bruch, H. P., Debus, E. S., & Raab, H. R. (2008). 180. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen e. V. *Zentralbl Chir*, 133, 310-312.

Grün A. *Festvortrag anlässlich der 180. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen e. V. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*. 2008; 37 231-236



Zusammen gehen

Vereinigung  
Norddeutscher Chirurgen