
Vertrauen als Basis der Arzt-Patienten-Beziehung in der Chirurgie

Volker Schumpelick, Stefan Willis

Chirurgie ist die intendierte Körperverletzung zum Zwecke der Behandlung einer Krankheit. Sie erfolgt nach vollständiger Aufklärung mit dem Einverständnis des Patienten unter Aufbringung der gebotenen Sorgfalt. Die Operation findet statt unter für Patient und Arzt optimierten Bedingungen zu einem festgelegten Zeitpunkt in Bewusst- und Wehrlosigkeit des Patienten. Dieser ist informiert über den nicht sicheren Ausgang, die unvermeidbare Schmerzhaftigkeit, die möglichen Begleitfolgen, eine mehr oder weniger entstellende Narbe, und das durch eine dem Patienten bis dahin völlig unbekannte Person, deren Qualifikation zudem überwiegend fremdevaluiert ist. Der Patient liefert sich also einem Fremden aus, um von ihm Schmerz, Narben, mögliche Komplikationen und einen körperlichen Eingriff zu erfahren, dessen Ergebnis nur in statistischer Sicht Besserung der Krankheit verspricht, im Einzelfall aber nicht garantiert werden oder sogar zum Tode führen kann. Man muss entweder Masochist sein, um sich dennoch diesem Eingriff zu unterziehen, oder aber über ein grenzenloses Vertrauen zu seinem Körperverletzer verfügen. Das heißt, Chirurgen erfüllen den Tatbestand der Körperverletzung auf Verlangen, garantieren Schmerz, Narben, Begleitfolgen und Unwohlsein, nicht aber Heilung oder Besserung. Die Kluft zwischen der lähmenden Gewissheit dieser Operationsfolgen und der ausschließlich hoffenden Erwartung auf Heilung kann nur

durch bedingungsloses Vertrauen überbrückt werden. Wo die Vernunft festen Boden verliert, werden Hoffnung und Vertrauen zu tragfähigen Fundamenten.

Arzt und Patient bilden eine zeitlich befristete Schicksalsgemeinschaft, keiner darf sich davonstehlen. Es ist wie eine Ehe auf Zeit, man ist aufeinander angewiesen, der Chirurg braucht den kooperierenden, vertrauenden Patienten – der Patient braucht den vertrauenswürdigen, verlässlichen Partner. Diese Schicksalsgemeinschaft, so zeitlich begrenzt sie auch sein mag, ist bindend, verpflichtend und beidseitig. Sie löscht die Angst und Sorgen des Patienten und garantiert dem Chirurgen jene Handlungsfreiheit, die er für ggf. unangenehme und schmerzhaft oder unpopuläre Entscheidungen benötigt.

Sie ist für ihn Voraussetzung, das auf lange Sicht Beste für den Patienten zu entscheiden unter Verzicht auf kurzfristige, gefällige, aber nicht anhaltend erfolgreiche Maßnahmen. Dieses Vertrauen gibt dem Chirurgen die Freiheit, die Krankheit von der Persönlichkeit des Patienten zu abstrahieren und zum konkreten Gegner zu machen, den zu bekämpfen er seinem Patienten versprochen hat. Pars pro Toto steht hierfür das abgedeckte Operationsfeld, die Abstraktion auf die chirurgische Aufgabe. Nur so kann der Chirurg ausschließlich in der Sache entscheiden, er darf die Subjektivität des ihm anvertrauten Patienten hintanstellen, dem er versprochen hat, das für ihn Beste zu tun. Hierauf muss sich der Patient verlassen können. „Ich verlass mich auf Sie“, „Tun Sie, was nötig ist“, „Sie werden richtig entscheiden“ sind Sätze, die wir Chirurgen tausendmal vor welcher Operation auch immer gehört haben. Der Patient liefert sich uns aus, wir haben darum die Verpflichtung des Gewährgebers.

Doch mit der Operation ist nicht alles getan. Auch die postoperative Phase braucht eine enge Vertrauensbasis. Welcher Chirurg könnte den ersten Augenaufschlag seines Pa-

tienten nach der Extubation vergessen, wenn dieser noch halb schläfrig aufwacht, die Hand des Chirurgen greift und schlaftrunken fragt: „Ist alles gut gegangen?“? Und die nächsten Tage, das erste Aufstehen, das erste Essen und Trinken, die ersten Schritte, die ersten Komplikationen, das erste Haarewaschen der Frauen, die erste Zeitung der Männer, die nachfolgenden Angehörigengespräche, z. B. „Wie lange Zeit hat unser Vater noch? Muss er Diät leben? Was können wir für ihn tun?“, all dies sind lebendige Ausdrucksformen eines uneingeschränkten Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Später beginnt sich die Schicksalsgemeinschaft auf Zeit langsam ihrem Ende zu nähern. Es folgt das Abschlussgespräch zwischen beiden mit grundsätzlichen Fragen: „Was kann ich künftig besser machen? Was darf ich alles? Was darf ich nicht? Worauf soll ich achten? Warum hat es gerade mich erwischt?“ usw. Jetzt können wir den Vertrauensvorschuss zumindest teilweise wieder zurückgeben. Der Patient wird in seine kritische Selbstorientierung entlassen, er fängt wieder an, z. B. am Essen zu mäkeln, die unaufmerksame Schwester oder Putzfrau zu beanstanden, die Wartezeiten beim Röntgen zu beklagen oder ggf. schon Besserungsvorschläge für den Ablauf der Klinik zu geben. Er ist fast wieder der Alte, leise kann sich der Chirurg nun von dannen stellen, er hat seine Schuldigkeit getan. Die Ehe ist aufgelöst, es bleibt die Bekanntschaft, die Beziehung versachlicht sich, der gewöhnliche medizinische Alltag mit Verschreibungen, Untersuchungen und Empfehlungen nimmt seinen Lauf. Die Angst hat sich verflüchtigt, der Patient ist wieder er selbst, der Chirurg ist aus dem engen Vertrauensverhältnis entlassen.

Diese zugegebenermaßen pathetische Darstellung soll erläutern, dass es sich bei der Beziehung zwischen Chirurg und Patient nicht um eine Geschäftsbeziehung, sondern um ein zutiefst menschliches, ursprüngliches Vertrauensverhältnis handelt, wie es kaum in einem anderen Bereich

wahrgenommen wird. Die totale Auslieferung des Patienten an den Chirurgen macht ihn schutz- und wehrlos, hier hat der Chirurg eine Garantenpflicht. Der chirurgische Patient ist, vielleicht unter Ausnahme kleinster Eingriffe, an Leib und Seele krank. Er ist zwar Partner, aber in seinem Innersten ist er zu aufgewühlt, um stets rational zu entscheiden, er ist verunsichert und auf engstes Vertrauen angewiesen. Er wird beherrscht von Furcht vor Schmerz, Funktionsverlust oder Entstellung und nicht zuletzt von Todesangst. Hier haben Chirurgen eine besondere kommunikative Aufgabe, die sie nicht wegdelegieren können oder dürfen.¹ Nur das Vertrauen kann diese urmenschlichen Gefühle überbrücken und dem Patienten die nötige Hoffnung vermitteln. Die Arzt-Patienten-Beziehung in der Chirurgie ist deshalb meist eine asymmetrische. Im Vordergrund steht meist eine vom Patienten akzeptierte Abhängigkeit vom Chirurgen. Nur wenn es gelingt, das nötige Vertrauen des Patienten aufzubauen, wird dieser auch bereit sein, seine Abhängigkeit auch gerne zu akzeptieren.²

Dieses bindende und verpflichtende Vertrauen des Patienten in den Chirurgen steht heute zunehmend zur Disposition. Informiert durch Internet, Bestenlisten, Berichte seriöser oder unseriöser Presse möchte mancher Patient die Operation vom Operateur abstrahieren, er möchte die Furcht und die Angst vor dem Eingriff verdrängen und fordert vom Chirurgen eine Operation wie einen Reparaturvorgang nach dem Motto „Mach mir das weg, aber mach mich nicht krank“. Dieser Paradigmenwechsel stuft den Chirurgen zum Leistungserbringer herab und reduziert das Arzt-Patienten-Verhältnis auf das Aufeinandertreffen der Begehrlichkeiten von Patienten mit den Leistungserbringern.³ Begriffe wie Kurzzeit-Chirurgie oder Fast-Track-Chirurgie sind angesagt, ambulant oder tageschirurgisch, der Eingriff muss alltagstauglich sein und nicht krank machen. Dies mag gelten für den kleinen ambulanten Eingriff in ört-

licher Betäubung, nicht aber für eine ausgedehnte Operation. Kommt es zu einer größeren Operation mit der immanenten Gefahr von Schmerzhaftigkeit, Kontrollverlust, Bewusstlosigkeit oder Entstellung, schwindet umgehend die Maske des lässigen Umgangs des Patienten mit seiner Krankheit. Angst und Furcht sind ihm ins Gesicht geschrieben. Selbst die strahlendsten Helden, erfolgreichsten Geschäftsleute, selbstbewusstesten Politiker und stärksten Männer leiden unter der Ungewissheit des Ausgangs, sie können die Angst kaum verbergen. So greifen sie am Vorabend der Operation physisch, aber auch symbolisch nach der Hand des Chirurgen, um hier Zuversicht, menschliche Wärme und Vertrauen zu tanken. Hier zeigt sich, dass der Begriff der Behandlung sich von der Hand ableitet. Auch ein Chirurg braucht gelegentlich die Hand, um sie aufzulegen und dem Patienten Vertrauen einzuflößen.

Von Seiten des Arztes gefährden Arbeitszeitrecht, Urlaubszeiten, Krankheit oder Schichtdienst die notwendige Brücke des kontinuierlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Chirurg und Patient.⁴ Auch wenn kein Chirurg ununterbrochene Kontinuität in seiner Zuwendung zum Patienten garantieren kann, ist der Chirurg doch eingebettet in ein Team einer Klinik, das in jahrelanger gemeinsamer Arbeit wie in einem Konvikt die Schulung der Philosophie des Hauses inkorporiert hat. Konferenzen, Besprechungen, Visiten, Vorträge, gemeinsame Veranstaltungen und immer wieder Gespräche formen eine einheitliche Philosophie und Verhaltensweise der Mitarbeiter und garantieren dem Patienten, dass er im Falle der Abwesenheit oder des Ausfalls seines Arztes aus diesem Team einen gleichartigen Kollegen als Ersatz finden wird. Wie sich die Benediktiner einmal im Jahr die Ordensregeln vorlesen, so sollte auch eine gute chirurgische Klinik ihre Corporate Identity und den Kodex ihres Verhaltens gegenüber den Patienten permanent repetieren, pflegen und weiterentwickeln.

Was für amerikanische und japanische Firmen in der täglichen Praxis selbstverständlich ist, muss auch für eine gute chirurgische Klinik gelten, d. h. die stetige Pflege der Verhaltensphilosophie und des Behandlungskodex gegenüber dem Patienten. Eine Philosophie des Heilens, die sich bemüht, den Patienten nicht mit seinen Ängsten allein zu lassen, ihm Hoffnung zu vermitteln und ihm alles Unangenehme und Belastende während des stationären Aufenthaltes vom Leibe zu halten. Diese Form des Umgangs vermag dem Patienten jene Geborgenheit zu vermitteln, die in manchen Kliniken allein schon aus strukturellen Gründen vermisst wird, bedingt durch arbeitsteilige Verantwortung nach dem Motto: Jeden Tag ein neuer Kollege. Dies verunsichert den Patienten zutiefst, er muss die Garantie haben, dass bei einem kurzfristigen Wechsel des direkten Vertrauenspartners ein entsprechend geschulter Mitarbeiter der Klinik an seine Stelle tritt, um die Behandlung in gleicher Weise fortzuführen. Dies kann keine andere Klinik und keine andere Disziplin wahrnehmen, zu komplex sind die Interaktionen zwischen Chirurg und Patienten.⁵

Einige moderne Organisationsformen versuchen, diesen Prozess aufzubrechen, den kontinuierlichen Behandlungsfluss von vielleicht 8–10 Tagen aufzuteilen in verschiedene Abschnitte mit präoperativer, intraoperativer und postoperativer Betreuung von jeweils nur einigen Tagen. Hintergrund ist der Gedanke einer Fragmentierung der Arzt-Patienten-Beziehung durch Standardisierung und Ökonomisierung. An der Klinik in Aachen wird das Konzept eines modularen Systems verfolgt, d. h. die Gliederung der Behandlung in verschiedene, vor allem pflegeorientierte Module mit wechselnder Zuständigkeit.⁶ All diese Konzepte verfolgen die aus unserer Sicht kaum verständliche Vorstellung, dass der Patient nach Ablauf der Operation und der postoperativen Intensivphase nicht auf seine Heimatstation zurückmöchte, wo ihn die bekannte

Schwester, das bekannte Zimmer und der bekannte Bettenachbar begrüßen, sondern an einer anderen Stelle von fremdem Personal ausklingende Pflege erfahren wird. Jetzt, wenn der Patient endlich nach langen schmerzhaften und durchwachten Nächten der Intensivpflege die ersehnte Heimkehr auf die Ruhe der bekannten Station erwartet, sein Adrenalinausstoß sich auf Normwerte reduziert und er seine Kräfte bündelt, um auf die Beine zu kommen, soll er in fremder Atmosphäre besser gedeihen können. Dieser Patient muss erst geboren werden, der derart abgeklärt und nüchtern ist, dass er auf die Heimkehr in seine gewohnte Umgebung verzichten kann, um sich in dieser Phase lieber der Auseinandersetzung mit einer weiteren fremden Station auszusetzen. Die meisten Patienten sind hierzu nicht imstande, sie brauchen den Operateur auch nach der Operation. Zudem fallen in den letzten Tagen bis zur Entlassung jene Fragen an, die für den weiteren Verlauf von entscheidender Bedeutung sind und nicht von fachfremden Personen, sondern nur von einem gleich ausgerichteten und entsprechend informierten Team von Chirurgen beantwortet werden können. Gerade in diesen Tagen prägen wir gemeinsam die Verhaltensmuster bezüglich Ernährung, körperlicher Belastung, der täglichen Aktivitäten, der Medikation. Humane Organisationsformen eines Krankenhauses müssen diesen Aspekt strukturell integrieren, da er ein zutiefst menschlicher ist. Dementsprechend wäre es für das Gesamtsystem förderlich und einer guten Arzt-Patienten-Beziehung zuträglich, wenn die ärztlichen Leistungen am Patienten wieder besser honoriert würden, auch wenn dies schwieriger ist, als einzelne technische Leistungen zu katalogisieren und mit einem Preis zu versehen.⁷ Eine Operation ist kein Reifenwechsel und auch keine Kotflügelreparatur, sie ist ein fundamentaler Eingriff in die körperliche Integrität, die Selbständigkeit und die Persönlichkeit des Patienten. Können wir schon den kör-

perlichen Schnitt nicht ungeschehen machen, sollten wir aber die Persönlichkeit und Selbständigkeit des Patienten baldmöglichst wiederherstellen. Hierauf hat der Patient Anspruch, dies erwartet er von seinem Operateur. Nur der Operateur kann seine Fragen verbindlich beantworten und ihm damit den Weg in die Normalität wieder eröffnen. Kein wirtschaftlicher Zwang kann so groß sein, dass dieses fundamentale Bedürfnis nach Restitutio von Leib und Seele des Patienten in andere, unzuständige, nicht sachkundige Hände gelegt werden dürfte. Chirurgie ist mehr als operieren. Der Chirurg muss das perioperative Umfeld in gleicher Weise souverän beherrschen. Hierzu zählt auch die Verpflichtung des Chirurgen zur vollständigen Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Integrität des Patienten am Ende der Behandlung. Diese Wunden werden bei guter Behandlung und verständnisvoller Betreuung schneller heilen als die körperlich gesetzten. Der Chirurg darf nie außer Acht lassen, dass er in erster Linie Arzt und nicht Körpermonteur ist.

Anmerkungen

¹ *Levinson W. / Chaumeton N.*: Communication between surgeons and patients in routine office visits. *Surgey* 1999; 125: 127–134.

² *Tanner K.*: Akzeptierte Abhängigkeit – Zur Rolle des Vertrauens in der Arzt-Patienten-Beziehung. Enquetekommission des Bundestages, Öffentliche Diskussionsveranstaltung Jena 2001; www.bundestag.de/ftp/pdf_arch/med_tann.pdf.

³ *Bauer H.*: Das Bild der Chirurgie in der Öffentlichkeit. *Chirurg* 1998; 69: 1292–1299.

⁴ *Jähne J.*: Die Arzt-Patienten-Beziehung in einer sich wandelnden Gesundheitslandschaft – Plädoyer für eine neue Beziehungskultur. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen 2004; 2: 127–131.

⁵ *Schumpelick V.*: Das Konzept des modularen Krankenhauses am Universitätsklinikum Aachen. Fortschritt oder Irrweg? *Chirurg BDC* 2004; 43: M334–337.

⁶ *Klimpe D.:* Das modulare Großkrankenhaus. BfuP 2002; 2: 118–129.

⁷ *Kienzle H. F.:* Fragmentierung der Arzt-Patienten-Beziehung durch Standardisierung und Ökonomisierung. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen 2004; 2: 139–144.