

Stipendium für niedergelassene Chirurgen des BDC 2003

Hospitationsbericht

Heymann K.

Anästhesist in der Praxis eigentlich in zwei verschiedenen Flugzeugen säßen. Angesichts dieser Situation ist es nicht überraschend, dass viele Zwischenfälle auf organisatorische Mängel, etwa eine unzureichende Kommunikation zwischen Chirurg und Anästhesist, zurückgehen. Wie sich herausstellte, werden Pannen und Fehler oft möglichst lange kaschiert, statt dass man frühzeitig entsprechende Maßnahmen ergreift. Angesichts der Schwierigkeiten, die Qualität der medizinischen Versorgung trotz der finanziellen Engpässe aufrechtzuerhalten, ging es in München auch um die Beschränkung der Therapie. Besonders hohe Kosten verursachen die Patienten, die lange einer Intensivbehandlung bedürfen. Der Münchener Chirurg **K.-W. Jauch** forderte deshalb eine sorgfältigere Risikoabschätzung vor dem chirurgischen Eingriff, zumal das Lebensalter der Operierten ständig ansteige. Er zitierte Hippokrates, der empfahl, sich nicht an jene Patienten heranzuwagen, die schon von der Krankheit gezeichnet seien. Man solle daher das Leben von Patienten mit infaustem, hoffnungslosem Krankheitsverlauf nicht um jeden Preis verlängern.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, **E. Martin aus Heidelberg**, merkte daher an, nicht jeder solle alles operieren. Bei der Konfrontation von Ethik und Ökonomie handele es sich um eine Scheindiskussion. **M. Schilling** plädierte dafür, auch in kritischen Situationen zu operieren, aber die intensivmedizinischen Maßnahmen frühzeitig zu verringern oder zu beenden, wenn sie aussichtslos erscheinen. Er forderte, stärker von Patientenverfügungen Gebrauch zu machen. Das jüngste Urteil des Bundesgerichtshofes, das selbst bei Vorliegen eines Patiententestaments und des einschlägigen Votums des Betreuers beim Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts forderte, lag zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor. Es bleibt zu hoffen, dass dieses Urteil Chirurgen und Anästhesisten nicht verstört. Der Präsident der **Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**, **M. Haas aus Berlin**, wies vorsichtig auf den sich vollziehenden Wandel hin. Auf diesem Kongress hätten die Chirurgen zum ersten Mal offen über Therapiebeschränkung diskutiert. Als niedergelassener Chirurg mit Schwerpunkt Proktologie und ambulante Operationen bot sich mir im Jahr 2002 die Möglichkeit im Rahmen eines Stipendiums des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. in der coloproktologischen Abteilung des Krankenhauses München Neuperlach und des Krankenhauses Weißenhorn zu hospitieren.

In der coloproktologischen Abteilung München Neuperlach hatte ich Gelegenheit die unterschiedlichen Operationsverfahren auf dem Gebiet der Proktologie unter stationären Bedingungen zu vergleichen.

In der Mehrheit handelt es sich um Haemorrhoidenoperationen und Fistelchirurgie aber auch aufwendige Sphinkterrekonstruktionen werden durchgeführt. Bei den Haemorrhoidenoperationen ist die Operation nach Longo Standard. Alternative konventionelle Verfahren kommen nahezu nicht zum Einsatz. Beeindruckend ist die Routine und Geschwindigkeit mit der die Staplerhaemorrhoidektomie durchgeführt wird. Der hohe Anteil an Recidiveingriffen im Bereich der Fistelchirurgie ist sicherlich auf das ausgewählte Krankengut des spezialisierten Zentrums zurückzuführen. Ich konnte sämtliche Verfahren der Fistelchirurgie, von der einfachen Spaltung bis zu den aufwendigen endorektalen Verschlusstechniken beobachten. Bemerkenswert ist der hohe Anteil an onkologischer Chirurgie im Krankengut der coloproktologischen Abteilung. Die zweite Woche meiner Hospitation verbrachte ich in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Kreisspitalstiftung Weißenhorn. Nach langjähriger Tätigkeit als niedergelassener Chirurg mit angeschlossenen Operationszentrum war es interessant, die heutige Situation der Allgemeinchirurgie in einem Krankenhaus mittlerer Größe kennenzulernen.

Ich hatte die Möglichkeit zur ersten Assistenz bei sämtlichen Operationen. Damit konnte ich neue Erfahrungen und Eindrücke sammeln. Beindruckend war die hohe Anzahl von mittleren Eingriffen pro Zeiteinheit. Dies war nur durch ein hervorragend eingespieltes Anaesthesie- und Operationsteam möglich. Ich bedanke mich bei **Herrn Chefarzt Dr. Ruppert** von der **coloproktologischen Abteilung München Neuperlach** und bei **Herrn Oberarzt Dr. Neutatz** vom **Krankenhaus Weißenhorn** für die freundliche Aufnahme und die informativen, kollegialen Gespräche.

Allen interessierten niedergelassenen Kollegen kann ich dieses vom BDC angebotene Stipendium zur Krankenhaushospitation empfehlen. Die Summe der Erfahrungen und die Anregungen zur Weiterentwicklung der eigenen operativen Tätigkeit werden meine zukünftige Arbeit bereichern.

Dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. gilt mein besonderer Dank für diese hervorragende Einrichtung zur Weiterbildung der niedergelassenen Chirurgen im Rahmen des Stipendiums aus dem Vermächtnis **Prof. Wolfgang Müller-Osten**.