



Onkologische Chirurgie ist mehr als nur „Schneiden“

Patienten mit operativ zu behandelnden onkologischen Krankheitsbildern benötigen exzellente Operateure, die moderne mit lang bewährten Operationsmethoden kombinieren. Von einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Chirurgen, Onkologen, Radiologen und Schmerztherapeuten profitieren alle. Patienten wünschen sich aber auch eine psychosoziale Betreuung, die bei zeitnahe Informationfluss an die weiterbehandelnden Haus- und Fachärzte von diesen fortgeführt werden kann. In der Realität aber stehen den Patienten Ärzte gegenüber, die durch zunehmende Arbeitsverdichtung und Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen an ihre eigenen Grenzen kommen. Selbstverständlich möchten auch die Chirurgen gute Arbeit abliefern und das Beste für ihre Patienten ermöglichen, aber ...

Patienten mit onkologischen Erkrankungen sind in einer schwierigen Lebenssituation. Sie haben Zukunftsängste und fühlen sich in ihrer Existenz grundsätzlich bedroht. Sie sind mit der Verarbeitung ihrer Diagnose und mit ihren Symptomen beschäftigt. Genau wie ihre Familienangehörigen und Freunde haben sie auf vielen verschiedenen Ebenen ein hohes Sicherheitsbedürfnis. Im Vordergrund steht vor allem der Wunsch nach einem gutem Kontakt zu den Behandlern und zum Team.

Neben dem Bedürfnis nach Aufgehoben sein möchten sich viele Betroffenen aber auch über ihre Krankheit, über ihre Chancen, über die Möglichkeiten der Therapie und die Vorgehensweisen informieren. Durch die modernen Medien sind die Menschen in der Lage, an verschiedenste Informationen zu gelangen. Da sie diese Datenmenge jedoch kaum einordnen können, geraten die Betroffenen oft zusätzlich in eine Überforderung. Hinzu kommt, dass die ihnen

zur Verfügung stehenden ‚kognitiven Kanäle‘ durch die persönliche Ausnahmesituation „verstopft“ sind. Die Informationen im ärztlichen Gespräch können daher nur zum Teil aufgenommen und verarbeitet werden.

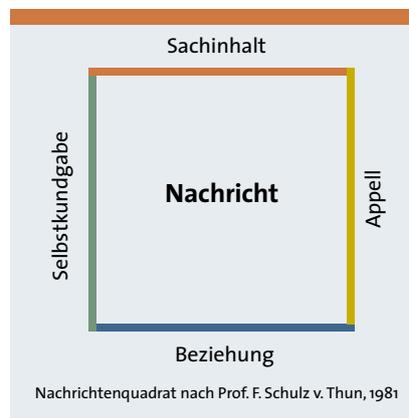
„Lieber Kollege XY, mit dem Patienten Müller von deiner Station musst du aber noch mal reden. Der hat mich jetzt angesprochen, weil er gar nicht Bescheid weiß, wie es um ihn steht.“ Eine Situation, die viele Chirurgen kennen, und die gar nicht so selten vorkommt. Der betroffene Stations- oder Oberarzt hatte vor dieser Anmerkung ein ausführliches Aufklärungsgespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen geführt und ging davon aus, dass doch eigentlich „alles schon gesagt ist“. Die Erkrankten aber waren so sehr mit sich selbst und auch mit der Beziehung zu dem Behandlungsteam beschäftigt, dass ihre Aufnahmefähigkeit für Sachinformationen nur sehr begrenzt zur Verfügung stand.

Das Nachrichtenquadrat (s. **Abbildung**) macht immer wieder auf einfache Art deutlich, dass die zwischenmenschliche Kommunikation auf vier verschiedenen Ebenen passiert. Bezogen auf die Patienten und Angehörigen sind diese mit der Selbstkundgabeseite und der Beziehungsseite so sehr beschäftigt, dass die Sachthemen nur in geringem Umfang zu ihnen durchdringen können. Dieses Erkenntnis hilft bei der Strukturierung von Aufklärungsgesprächen: Zunächst müssen die Patienten über ihre Sorgen und Ängste reden können und sich im Gesprächskontext mit dem Arzt wohl fühlen. Erst dann sind sie aufnahmebereit für die Sachinformationen, die ihnen vermittelt werden sollen.

Chirurgen und Patientengespräche

Welche Schwerpunkte setzt ein Chirurgie in Bezug auf seine Arbeit, seinen Umgang mit den Patienten und Kollegen, seine fachliche und soziale Fort- und Weiterbildung, seine Persönlichkeitsentwicklung?

Mancher würde das vereinfacht für sich so zusammenfassen: „Ich bin ein gut ausgebildeter Mediziner und ein geschickter Operateur. Ich bin umsichtig bei der Diagnostik und auf aktuellem Wissensstand. Ich bevorzuge den OP. Da



bin ich zu Hause. Gespräche sind auch wichtig. Ich führe sie, aber meine Schwerpunkte liegen woanders.“

Menschlich ist es, das zu tun, was man am besten kann und worin man die meiste Übung hat. Menschlich ist es auch, diese Felder zu bevorzugen und um andere einen großen Bogen zu machen. So liegt es in der Natur der Sache, dass fachlich-technische Fortbildungen von Chirurgen bevorzugt werden gegenüber solchen, mit denen die psychosozialen Kompetenzen verbessert werden können. Doch mit dem Fachlich-Technischen wird nur ein Teil des Behandlungsprozesses erfüllt.

Erschwerend kommt hinzu, dass für den Patienten die Operation ins sogenannte Kerngeschäft gehört. Er wünscht sich natürlich ein kompetentes OP-Team. Aber durch die Narkose gehört dieser Teil der Behandlung quasi nicht zu seiner Wahrnehmung und so vermisst er umso mehr den direkten Kontakt zum verantwortlichen Chirurgen und seinem Team.

Chirurgen und Arbeitsverdichtung

Wie sollen Chirurgen nun mit diesen Erkenntnissen vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Situation umgehen? Die Einführung von Arbeitszeitgesetzen führte in vielen Abteilungen und Kliniken zu häufig wechselnden Ansprechpartnern in der Versorgung der Patienten. Eine kontinuierliche Betreuung mit zusätzlichen Gesprächsangeboten wird damit genauso wie die Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses immer schwieriger. Die Arbeitsbedingungen und Ressourcen der ärzt-

lichen Arbeitskraft ändern sich durch die steigenden Dokumentations- und Codierungsaufgaben.

Chirurgen und ihr Selbstverständnis

Das Selbstverständnis eines Chirurgen wird verknüpft mit aktiven und gestalterischen Attributen. Zupacken, Mut haben, Verantwortung übernehmen, Entscheidungen vorantreiben, mit Tatkraft im beruflichen Alltag unterwegs sein, mit Kompetenz in komplexen Notfallsituationen zurecht kommen, den Überblick behalten, neues Wissen in den Behandlungsprozess einfließen lassen, Engagement mitbringen, Empathie für die Patienten haben ... – das alles sind Begriffe, die mit dem Bild eines Chirurgen assoziiert werden.

Umgekehrt sind abwartende und akzeptierende Haltungen – wie vor allem in der Palliativmedizin und manchmal auch in der onkologischen Chirurgie erforderlich – für die zupackenden Ärzte in operativen Disziplinen kaum möglich.

Chirurgen und gesellschaftliche Erwartungen

Jeder Mensch lebt in unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen. Auf jeder seiner Positionen – beruflich und privat – ist er den Erwartungen seiner Mitmenschen ausgesetzt. Der Soziologe Ralf Dahrendorf nannte diese wechselseitigen Erwartungen auch die „ärgerliche Tatsache der Gesellschaft“ (R. Dahrendorf, Homo sociologicus).

Bezogen auf einen Chirurgen wird dessen Verhalten sowohl durch die Rollenerwartungen der verschiedenen Partner, die eigenen Ansprüche an sich selbst und die persönlichen Eigenarten beeinflusst.

Ein Chirurg ist aber nicht nur Facharzt für Chirurgie, sondern zum Beispiel als Oberarzt auch Führungskraft in einer Abteilung. Seine Rollenkonflikte intensivieren sich dadurch, dass die Erwartungen der Patienten und der Angehörigen komplett andere sind als die Erwartungen der Rollenpartner aus dem Arbeitssystem. Der Chefarzt hat Erwartungen an den Oberarzt, die Assistenzärzte haben ganz andere Erwartungen, die Pflegekräfte und die Geschäftsführung wieder andere. Rollenerwartungen

haben den Charakter von Verhaltensnormen und können insofern zu spürbarer Drangsal werden. Denn zu den Normen gehören auch Sanktionen. Oft hat allein das Bekennen oder Entziehen von Sympathie schon einen Sanktionscharakter, den Menschen zu fürchten.

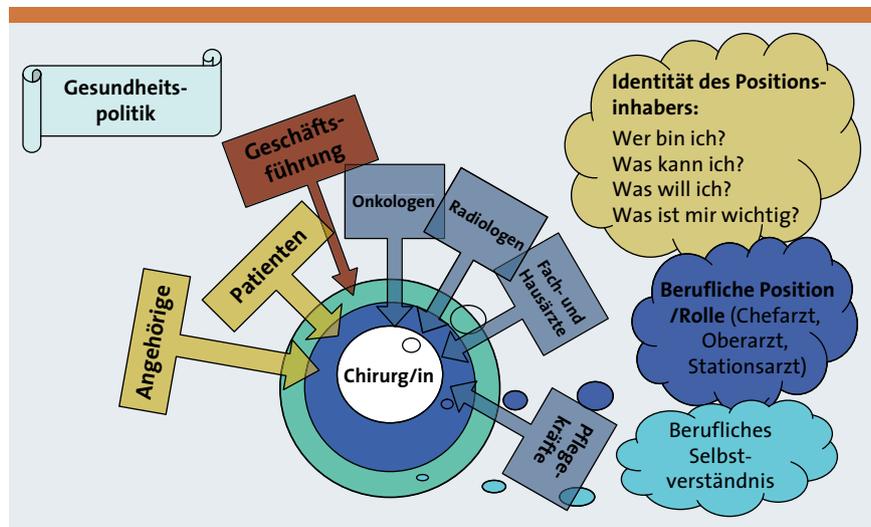
In der Soziologie unterscheidet man Kann-Erwartungen, Soll-Erwartungen und Muss-Erwartungen. Erfüllt ein Rollenträger Kann-Erwartungen, die man nicht unbedingt erfüllen muss – so erfährt er, wenn er es aber dennoch tut, positive Rückmeldungen von seinen Rollenpartnern. Die Patienten äußern zum Beispiel dem Arzt gegenüber eine hohe Wertschätzung, weil er sich viel Zeit für ein Aufklärungsgespräch genommen hat. Erfüllt derjenige aber zur selben Zeit bestimmte Aufgaben (Soll- und Muss-Erwartungen) innerhalb des Systems nicht, enttäuscht er die Erwartungen der Vorgesetzten und muss mit Konsequenzen rechnen. Berücksichtigt wurden in diesem Zusammenhang noch nicht die Erwartungen der Kollegen wie Pflegekräften, Onkologen, Radiologen, Anästhesisten sowie den weiterbehandelnden Fach- und Hausärzten. Der Chirurg muss neben Patientengesprächen zum Beispiel diverse Informationen möglichst zeitnah auswerten und weiterleiten, Kooperationen müssen gepflegt werden.

Aber es gibt noch einen „Ausweg“ aus diesem Dilemma: Der Arzt führt die notwendigen Gespräche nach Dienstschluss – als „Sahnehäubchen“ obendrauf. Damit verschiebt er allerdings seinen Intra-Rollenkonflikt und landet unweigerlich im sogenannten Inter-Rollenkonflikt. Sein privates Bezugssystem wird ihm die Grenzen deutlich machen.

Die Erwartungen der anderen und ihre Eigenen können Ärzte in den seltensten Fällen unter einen Hut bringen. Sind die eigenen ethischen Ansprüche und das eigene Selbstverständnis nicht mehr umsetzbar, so droht die Gefahr des Ausbrennens. Ärzte werden selbst zu Patienten oder verlassen die kurative Medizin.

Chirurgen und ihre eigene Therapieoption

Vor dem Hintergrund der geschilderten Aspekte könnte nun der Schluss nahe liegen: „Dann ist doch alles hoffnungslos!



Dann kann ich gleich aufgeben mit meinen Ansprüchen!“

Ganz im Gegenteil – indem sich der Arzt die unterschiedlichen, zum Teil deutlich widersprechenden Erwartungen an ihn klar macht und sich daraufhin selbst positioniert, wird er wieder handlungsfähig und bleibt nicht als Opfer der Situation zurück. Der entscheidende Schritt ist, dass er den Erwartungen seiner Rollenpartner eigene Vorstellungen über die Ausgestaltung der Rolle entgegensetzt. So kann er in Rollenkonflikten zu Entscheidungen kommen. Damit ist vom „Selbstkonzept“ die Rede, einem Begriff aus den Sozialwissenschaften, den man in die Alltagssprache mit „Selbstverständnis“ übersetzen kann. Das Selbstverständnis umfasst individuelle Erfahrungen, Werte und Ideale, die das eigene Verhalten generell und vor allem das berufliche Handeln leiten. Sie sind dem

Einzelnen mehr oder weniger bewusst. Fühlt sich ein Arzt in seinem beruflichen Tun in Kongruenz mit sich selbst, wirkt er glaubhaft und überzeugend. Ein von sich selbst vollkommen „entfremdeter“ Arzt ist weder ein Gewinn für die Patienten noch für das Arbeitssystem und erst recht kein Gewinn für sich selbst.

„Wer bin ich? Was kann ich? Was will ich? Was ist mir wichtig?“ Das alles sind Fragen, die sich nicht nur Ärzte in der onkologischen Chirurgie stellen sollten. Und damit ist der Chirurg mit ähnlich existenziellen Themen beschäftigt wie der onkologische Patient selbst. Denn Chirurgie ist eben nicht nur Schneiden ...

Dr. Ulrike Schlein

Am Bahnhof 1
34537 Bad Wildungen
info@dr-schlein.de

Offene Trainingsangebote:

In Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) finden in Berlin folgende Seminare statt:

- „Mt Patienten und Angehörigen reden“: 19.–20.9.2008, 28.2.–1.3.2009
- „Leben im Team und Selbstorganisation“: 24.–25.10.2008, 8.–9.5.2009
- „Kommunikationstraining am Chirurgetag“: 17.10.2008
- „Souveräne ärztliche Führung – Gruppen-Coaching“: 12.–15.11.2008
- „Vorbereitung schwieriger Gespräche z. B. mit der Geschäftsführung“: 6.–7.6.2008, 20.–21.3.2009
- „Prozessorientierte Moderation von Konferenzen“: 26.–27.9.2008
- „Mitarbeiter-Jahresgespräche konstruktiv führen“: 6.–7.2.2009

Weitere Informationen und Anmeldung über www.bdc.de

