

Qualitätsstandards in der psychotherapeutischen und in der somatischen Medizin: Mehr Gemeinsamkeiten als Differenzen

Gedanken eines alten Orthopäden zu einem Artikel von Andreas Benz [1]

A. M. Debrunner

Der zitierte Artikel betrifft nicht nur die Psychotherapie, sondern ganz existentiell die gesamte, mithin auch die somatische Medizin. Benz wünscht mehr Behandlungsfreiheit und Anerkennung der besonderen Belange der Psychotherapie im Rahmen des heutigen Gesundheitswesens. Er sieht Bedrohungen durch den Kostendruck und erkennt Einschränkungen durch die enge, rein ökonomisch-buchhalterische Sichtweise, insbesondere der Krankenkassen. Er befürchtet, dass psychotherapeutische Ansätze, ja psychische Anliegen ganz allgemein, gegenüber den naturwissenschaftlich einfacher zu belegenden somatischen Standards ins Hintertreffen geraten.

Zweifellos ist die Gefahr gross, dass sogenannte Qualitätsstandards zur Bevormundung von uns Ärzten durch die Ökonomen in Politik, Verwaltung, Kassen und Versicherungen führen nach dem alten und bewährten Motto, dass befiehlt, wer zahlt. Soweit sitzen wir Ärzte als sogenannte «Leistungserbringer» wohl alle im selben Boot, Somatiker wie Psychotherapeuten. Da die Ökonomen, wie alle modernen Menschen, fest an die Naturwissenschaft glauben, und psychische Dinge sich nicht so leicht mit deren Methoden einfangen lassen wie somatische, haben die Psychotherapeuten hier ein Rechtfertigungsproblem.

Benz sieht das Heilmittel in einer Abgrenzung der psychotherapeutisch orientierten Psychiatrie von der naturwissenschaftlichen Medizin, und er arbeitet die

«Sonderstellung der psychotherapeutisch orientierten Psychiatrie im Kreise der naturwissenschaftlich orientierten Medizin (inkl. der biologisch orientierten Psychiatrie)» detailliert heraus, in sechs klar umschriebenen Punkten. Als hartgesottener «Somatiker» (Orthopädischer Chirurg, also «Knochenschlosser» und «Mechaniker» von Beruf) habe ich diese natürlich mit Interesse studiert.

Die Gardinenpredigt ist eindrücklich, die Unterschiede sind gravierend: So z.B. «[...] im Gegensatz dazu (zum psychotherapeutischen Rahmen) muss sich der Patient in den übrigen medizinischen Disziplinen den ärztlichen Anweisungen vorwiegend gehorsam und passiv unterziehen.» Weiter: «Das Zeitgefühl, das den Psychotherapeuten während seiner Arbeit leitet, ist ein ganz anderes als bei den übrigen Spezialärzten. Der Psychotherapeut hat das natürliche Zeitgefühl von Wachstum und Veränderung; die übrigen Spezialärzte haben mehr das Zeitgefühl eines Bioingenieurs, der den dysfunktionalen hochkomplizierten Bioorganismus des leidenden Patienten wieder funktionstüchtig machen will. Der Psychotherapeut denkt zudem in Kategorien der Lebenszeit.» Und weiter: «In der wissenschaftlichen Medizin geht es bei Krankheit und Gesundheit um Normen. Werden Werte für den sogenannten normalen BD heruntergesetzt, gibt es auf einen Schlag Tausende von Hypertonikern mehr. Die Qualität der ärztlichen Leistung misst sich an der Erfüllung von Normen.» So hart geht Benz mit den «übrigen Spezialärzten», mit uns Somatikern ins Gericht.

Ganz zum Schluss: «Wie wäre es, wenn wir nicht so sehr betonten, dass die Qualitätskriterien der meisten medizinischen Disziplinen den Behandlungsspielraum der Psychotherapie einschränken, sondern uns fragten, wie sich die Medizin verändern müsste [...]? Wenn z.B. das Qualitätskriterium nicht mehr darin besteht, ob der Cholesterinspiegel auf Normwerte gesenkt wurde, sondern darin, dass der Patient einen Wachstumsprozess durchläuft, der ihm ermöglicht, sein Leben so umzustellen [...]». Nach der Schelte doch noch eine dargebotene Hand für uns Sünder, für uns «Naturwissenschaftler», «Mechaniker», die wir den Menschen in seine Organe zerlegten, um sie einzeln zu flicken, und darüber seine Seele vergassen?

Ich hoffe, Herr Benz sieht uns nicht als Feinde, sondern als potentielle Verbündete. Ich würde (fast) alle seine Punkte bedingungslos unterschreiben können. Tatsächlich haben wir gesündigt. Aber wir haben in den letzten Jahren auch einiges gelernt. Dabei arbeiten wir natürlich auf einem geistig ein bisschen weniger gehobenen Niveau als die zünftigen Psychotherapeuten; eher in der Nähe des Hausarztes, des «Allgemeinpraktikers», einer Gruppe, die er gar nicht erwähnt.

Ich kann hier selbstverständlich nur für die Orthopäden sprechen, sehe aber Anzeichen, dass sich z.B. die Chirurgen, im Rahmen der Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften, in derselben Richtung bewegen.

Korrespondenz:

Dr. med. Alfred M. Debrunner
Spezialarzt FMH für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
Beethovenstrasse 3
Rotes Schloss
CH-8002 Zürich

Was haben wir inzwischen getan?

Der Patient als Individuum

Wir haben den Patienten als Individuum nie ganz vergessen. Im Geleitwort zur ersten Auflage meines Orthopädielehrbuchs [2] schrieb 1983 unser damaliger Lehrer M. E. Müller: «Störungen im Bereich des Bewegungsapparates können nicht als Zustände, sondern müssen als meist lebenslänglich dauernde Vorgänge mit allen ihren psychologischen und sozialen Auswirkungen verstanden werden.» So sah er, selbst ein hervorragender «Mechaniker», die Intention dieses Buches. Und diese hatte es auch.

Der Patient als mündiger und gleichberechtigter Partner

Patienten sind längst mündige und gleichberechtigte Partner geworden. Richtlinien für die sogenannte «Patientenaufklärung» wurden und werden von den Fachgesellschaften ausgearbeitet. Dazu gehören: Eine eingehende Erklärung der Diagnose, ihrer Sicherheit bzw. Wahrscheinlichkeit, der Auswirkungen der Krankheit auf das tägliche Leben, auf die Arbeitsfähigkeit, auf familiäre und soziale Einbindung und Pflichten. Das Ziel der Behandlung ist primär nicht eng auf eine «Reparatur», auf eine «Wiederherstellung der Norm» gerichtet, sondern auf eine substantielle Hilfe für die Patientin, den Patienten, in ihrer jeweils individuellen Lebenslage. Die individuellen Wünsche werden erörtert, gemeinsam besprochen und gewichtet, und der Therapieplan wird im gleichberechtigten Dialog entwickelt. Die kurz- und langfristigen Auswirkungen auf das tägliche Leben, auf die Lebensqualität werden geschildert, insbesondere auch gegenüber dem Spontanverlauf, d.h. ohne Therapie, und, besonders wichtig und unabdingbar, mögliche Alternativen müssen eingehend besprochen und ihre Auswirkungen beschrieben werden, damit der Patient als «Vertragspartner» frei entscheiden kann. Nie soll ihm eine Therapie, insbesondere eine Operation, aufgeschwatzt oder gar aufgezwängt werden, und eine Bedenkzeit von wenigstens einer oder mehrerer Wochen ist bei Wahloperationen einzuräumen. Dies ist notwendig, damit der (erhoffte, erwartete) Gewinn in Ruhe gegen die Risiken und Unannehmlichkeiten abgewogen werden kann.

Der Entscheid liegt letztlich allein beim Patienten, der Arzt spielt lediglich die Rolle des Beraters. Dass bei diesem Ablauf die Psychologie auf beiden Seiten eine eminente, oft ausschlaggebende Rolle spielt, braucht kaum betont zu werden (eher schon die Erfahrung, dass der Arzt in der Regel mehr zuhören als selbst sprechen sollte.) Daraus ergibt sich von selbst, dass das Zwiegespräch die wesentliche Rolle spielt im ganzen Ablauf, dass es nicht durch Labordaten, CT's, MRI's usw., d.h. durch rein «naturwissenschaftliche Daten» zu ersetzen ist. Diese dienen als Grundlage zur Entscheidungsfindung, reichen dazu allein jedoch nie aus.

Es geht somit bei der «Aufklärung» nicht nur um eine Information des Patienten, sondern um die ge-

meinsame Erarbeitung eines Therapieplanes. Das von beiden Partnern unterschriebene Formular ist lediglich das Protokoll dazu.

Der Patient als Subjekt

In den letzten Jahren ist auch in der somatischen Schulmedizin der Patient als Subjekt wieder entdeckt worden, nachdem er tatsächlich lange Zeit vorwiegend als Objekt der wissenschaftlichen Forschung fungierte. «Outcomesstudies» wiesen nach, dass der Einfluss von Behandlungen auf die Lebensqualität von Patienten nicht allein von der Qualität der «Reparatur», sondern von einem komplizierten Zusammenspiel bio-psycho-sozialer Faktoren abhing [3, 4]. Die früher üblichen Nachkontrollen durch die Behandler, etwa die Operateure selbst bzw. ihre Trabanten, erwiesen sich häufig als stark euphemistisch. Sie waren voll von «Biases», die «Scores» waren einseitig zugunsten rein objektiver Befunde gewichtet, und die Beurteilungen («exzellent», «sehr gut», «gut», «mässig» und nur selten «schlecht») entsprachen nicht dem Eindruck der Patienten, wie diese tatsächlich ihre Lebensqualität empfanden. So wurde beispielsweise in vielen Studien über operative Gelenkrekonstruktionen der gemessene Bewegungsumfang relativ hoch bewertet, während für die Patienten Schmerzfreiheit und Stabilität viel wichtiger war [5]. Inzwischen sind grosse Anstrengungen unternommen worden, die Ansicht der Patienten selbst zu ergründen, mit elaborierten «Questionnaires», Fragebogen, «Fähigkeitsassessments» usw., die sowohl einer patientenorientierten Nachkontrolle als auch der Therapieplanung, insbesondere der Indikationsstellung für operative Eingriffe dienen [6, 7]. «Ask patients what they want!» [8] ist ein Gebot der Stunde, nicht nur in der Orthopädie. Wir wollen jeden einzelnen mit seinen individuellen Nöten und Problemen ernst nehmen.

«Der Patient als Experte – ICDH und MARA-Modell»

Unter diesem absichtlich etwas provokativen Titel [9] plädiert Luzi Dubs, Past-President der SGO, für eine patientenorientierte funktionelle Diagnostik, ein «Fähigkeitsassessment», d.h. eine Erfassung seiner Leistungsfähigkeit respektive deren Einschränkung, wie sie etwa bei der Beurteilung einer Invalidität zur Anwendung kommt. Wir wehren uns gegen die allgemeine Einführung der ICD, dieser rein nosologischen Klassifizierung, als Grundlage ökonomischer Statistik und Therapieplanung und setzen uns stattdessen für die Verbreitung der ICDH, der «International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps» [10], ein. Diese «Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen» [11] wird als funktionale Betrachtungsweise der bio-psycho-sozialen Natur des Kranken und seinen Bedürfnissen besser gerecht. So ist eine Verbesserung auf somatischem Niveau, etwa eine Operation zur Wiederherstellung irgendeiner «Norm», nicht automatisch auch eine Verbesserung auf der psychischen und der sozialen Ebene.

Andererseits lässt sich trotz vieler spektakulärer Erfolge eben doch nicht alles reparieren, wie dem Publikum eingeredet wird und es glaubt. So müssen viele Patienten sich mit Teilerfolgen zufriedengeben und mit ihren Gebrechen, ihren Krankheiten und Behinderungen leben. Und sie können das auch in erstaunlichem Masse. Sie darin zu unterstützen, dabei zu begleiten ist häufig wirksamer und auch dankbarer als manche «Reparatur». «Hilfe zur Selbsthilfe» ist das Ziel. Der Weg ist oft mühsamer und zeitaufwendiger, aber auch dankbarer als manche Operation.

Das MARA-Modell

Die Leistungsfähigkeit nimmt mit dem Alter ab. Die Ansprüche müssen wohl oder übel zurückgeschraubt werden. Dies hat wesentlichen Einfluss auf den Therapieplan. Mit dem MARA-Modell («mean age related ability») soll die individuelle Leistungsfähigkeit mit dem durchschnittlichen altersbedingten Leistungsabfall in Beziehung gesetzt werden, ebenfalls ein nützliches Instrument zur Erfassung individueller Bedürfnisse. Eine generelle «Norm» gibt es nicht.

Morphologische «Normen»

Auch solche gibt es in der Orthopädie nicht. Es gibt lediglich Bandbreiten, Perzentilen und Normvarianten, und auch diese definieren noch keine Pathologie per se. Und sie begründen, für sich allein, schon gar keine Operationsindikation. Entscheidend ist immer die Klinik und der Wunsch des Patienten. So haben wir uns z.B. dafür eingesetzt, dass die Operation der sogenannten vermehrten Antetorsion des proximalen Femures und anderer radiologisch gemessener «Abweichungen von der Norm» aus dem Therapiearsenal verschwanden.

Die Spezialität der Langzeitverläufe

Dass die Zeit – Sekunden im Notfall – Stunden, Tage, Wochen, Jahre, bis zur gesamten Lebenszeit eine eminente Rolle im Leben unserer Patienten spielt, war den Orthopäden immer bewusst. «Orthopädie ist die Spezialität der Langzeitverläufe» [12].

Jahreskongresse der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie

Die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie (SGO) hat wiederholt Langzeitstudien zum Hauptthema ihrer Jahreskongresse gemacht und publiziert, so bereits 1978 [13] und wieder 1988 [14]. In der «Einführung zum Thema» schrieb ich 1979: «In kaum einem andern Fach erstreckt sich Führung und Behandlung des Patienten über so lange Zeiträume: Jahre, Jahrzehnte, das ganze Leben, wie in der Orthopädie. Alle unsere Entscheidungen und Massnahmen

sind auf die langfristige Zukunft: Wachstum, Reifung, Entwicklung, Bewährung, Wandel, Einschränkung und Erhaltung im Alter ausgerichtet.» Unser «Zeitgefühl» ist offensichtlich nicht gar so weit entfernt von jenem der Psychotherapeuten.

Das «Irrationale» in der Orthopädie

Dass sogar das «Irrationale» in der Orthopädie, wo doch die Biomechanik so glasklar scheint, sein Unwesen treibt, ist uns nicht verborgen geblieben [15]. Als Beispiel seien nur das Syndrom «anterior knee pain» und der chronische Kreuzschmerz genannt. Hier braucht es zweifellos weitergreifende Ansätze als MRI's & Co. Manchen rätselhaften Schmerzsyndromen (Sudeck, Algodystrophie, Quadrantensyndrome u. a.) ist mit reiner Somatik kaum beizukommen. Die Psychosomatik spielt auch in der Orthopädie eine Rolle [16]. Und hier treffen wir uns wieder, Mechaniker und Seelenärzte. Und vielleicht nicht nur, indem wir Patienten und Gutachten hin und her schieben, sondern miteinander reden.

Vieles können wir Somatiker selbst tun, indem wir «am Patienten bleiben», wie Manfred Bleuler uns lehrte [17]. Auch ohne die höhere Spezialausbildung der Psychotherapeuten. Auch dies bestätigte mir Bleuler persönlich. Eine einigermaßen intakte Psyche, eine Kinderstube und ein Gefühl für Mitmenschen und ihre Nöte haben üblicherweise wohl ihren Anteil an der Motivation, Arzt zu werden.

Wir Somatiker haben mehr den Zug zum Bewussten, und wir suchen den «Link» zur Psyche unserer Patienten sehr bewusst. Das Unterbewusste ist unserer Mentalität vielleicht ein wenig ferner, und wir überlassen das Abtauchen in seine Tiefen (die uns natürlich unbewusst auch mehr lenken, als wir wahrhaben wollen) gerne den Spezialisten von der Zunft. Wir sind überzeugt, dass sie ihren Patienten auf ihre Weise helfen können. Wir glauben jedoch, dass wir den unsrigen – unserer Meinung nach der Mehrheit – mit unserer etwas pragmatischen somato-psycho-sozialen Mischung auch helfen können.

Alle diese Dinge wollte ich noch einmal aufschreiben. Wenn ich mit der neuen 4. Auflage des Buches «Orthopädie – Orthopädische Chirurgie» [18] einen kleinen Beitrag leisten kann, den Graben zwischen somatischer und psychotherapeutischer Medizin etwas zuzuschütten, und damit auch den Hausärzten und den übrigen «Grundversorgern» und Spezialisten bei ihrem Spagat über diesen Graben ein wenig helfen kann, ist sein Zweck erreicht. Es wird im Frühjahr erscheinen, bei Huber, Bern.

Sie sehen, Herr Kollege Benz, wir bleiben dran. Gemeinsam werden wir etwas bewegen können.

Literatur

- 1 Benz A. Wie unterstützen oder bedrohen Qualitätsstandards die Behandlungsfreiheit? Schweiz Ärztezeitung 2001; 82(47):2474-8.
- 2 Debrunner AM. Orthopädie. Die Störungen des Bewegungsapparates in Klinik und Praxis. Bern: Hans Huber; 1983.
- 3 Dubs L. Der Patient als Experte – Einführung in eine evidenzbasierte Orthopädie. Z Orthop Ihre Grenzgeb 2000;138(4): 289-94.
- 4 Swiontkowski MF, Buckwalter JA, Keller RB, Haralson R. The outcomes movement in orthopaedic surgery: where we are and where we should go. J Bone Joint Surg Am 1999; 81(5):73-40.
- 5 Lieberman JR, Dorey F, Shekelle P, Schumacher L, Thomas BJ, Kilgus DJ, et al. Differences between patient's and physician's evaluations of outcome after total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Am 1996;78(6):835-8.
- 6 Pynsent PB, et al. (eds.), Assessment Methodology in Orthopaedics. Oxford: Butterworth Heinemann; 1997. [gute, fundierte Übersicht].
- 7 Dawson J, Carr A. Outcomes evaluation in orthopaedics. J Bone Joint Surg Br 2001;83(3):313-5.
- 8 Wright JG, Young NL. The patient-specific index: asking patients what they want. J Bone Joint Surg Am 1997;79(7): 974-83. [Leitlinie für Funktionsdiagnostik und Patientenorientierte Therapie].
- 9 Dubs L. Der Patient als Experte – ICDH und MARA-Modell. In: Hontschik B, von Uexküll T. Psychosomatik in der Chirurgie. Integrierte Chirurgie – Theorie und Therapie. Stuttgart, New York: Schattauer; 1999.
- 10 ICDH – International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva: World Health Organisation; 1980.
- 11 ICDH – Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Teil 1: Die ICDH – Bedeutung und Perspektiven; Teil 2: ICDH. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankung. Berlin: Ullstein Mosby; 1995.
- 12 diverse. Orthopädie. Langzeitergebnisse: Grundlagen für Indikationen. Ther Umsch 1995;52(7):430-86.
- 13 diverse. 10-Jahres-Ergebnisse in der Orthopädie. Orthopäde 1979;8(1):1-92 und 1979;8(2):93-222.
- 14 Debrunner AM (Hrsg.). Langzeitergebnisse in der Orthopädie. Grundlagen für orthopädische Indikationen. Stuttgart: Enke; 1990.
- 15 Dubs L. Orthopädie – Das Irrationale der Biomechanik. In: Hontschik, B, von Uexküll T. Psychosomatik in der Chirurgie. Stuttgart, New York: Schattauer; 1999.
- 16 Willert H-G, Wetzel-Willert G (Hrsg.). Psychosomatik in der Orthopädie. Bern: Hans Huber; 1991.
- 17 Bleuler M. Lehrbuch der Psychiatrie. 13. Auflage. Berlin: Springer; 1975.
- 18 Debrunner AM. Orthopädie – Orthopädische Chirurgie. Die Störungen des Bewegungsapparates in Klinik und Praxis. 4. Auflage. Bern: Hans Huber; 2002.