



Kasuistik: „psychochirurgische Appendektomie“

Familiientherapie mit dem Skalpell

Appendektomien gelten vielen als ein Musterbeispiel für die Effektivität moderner Chirurgie: Appendix raus – Patient geheilt. Dass die Zusammenhänge gerade bei diesem Krankheitsbild oftmals sehr viel komplexer sind, illustriert Chirurg Dr. Bernd Hontschik aus Frankfurt in einer „autobiografischen Kasuistik“.

Ich bin Chirurg mit Leib und Seele. Hätte ich „Chirurgie“ studieren können – ich hätte wahrscheinlich auf das Medizinstudium verzichtet. Diese einmalige Verbindung von Menschlichkeit und Technik, von Helfen und Handwerk – das war meine Sache schon immer. Deswegen habe ich nach meinem Studium auch gleich mit der Chirurgie begonnen. Ich wollte ein richtig guter Chirurg werden, der nicht nur am OP-Tisch gute Arbeit abliefert, sondern auch mit seinen Patienten prä- und postoperativ einfühlsam und verständnisvoll umgeht. Doch ich lernte schnell, dass das manchmal gar nicht so einfach ist. Und zwar hauptsächlich deswegen, weil Patienten sich oft ganz anders verhalten, als man es von ihnen laut Lehrbuch erwartet. Besonders kompliziert erlebte ich dabei immer die Situationen, in denen jemand unbedingt operiert werden möchte – ohne, dass er chirurgisch krank ist. Normalerweise haben die Menschen Angst vor OPs und sind froh, wenn ihnen der Chirurg erklärt, dass es gar nichts

zu operieren gibt. Doch es gibt auch Fälle, in denen das Gegenteil zutrifft und der Patient massiven Unmut äußert, wenn er erfährt, dass keine OP indiziert ist. Manchmal geriet ich über solche paradoxe Reaktionen in echten Streit mit den Patienten – oder deren Angehörigen. Ich fühlte mich in meinem Selbstbild als guter Chirurg angegriffen und gekränkt.

Der Fall: stationäre Aufnahme als Duell

Ein solcher Fall ist die Geschichte der fünfzehnjährigen Anna. Ich war damals Assistenzarzt in einer chirurgischen Klinik. Es war Montagmorgen und auf dem Einweisungsschein stand die Diagnose „chronisch-rezidivierende Appendizitis“. Angeheftet war ein Röntgenbefund. Zwei Monate zuvor war eine Röntgenuntersuchung des Magen-Darm-Trakts mit Kontrastmittelgabe angefertigt worden. Der Radiologe beschrieb darin einen „stummelförmigen“ mit der Umgebung verwachsenen Appendix und empfahl auf der Basis dieses Befundes die

Appendektomie. Aus dem Abstand von zwei Monaten bis zur Einweisung schloss ich, dass der Hausarzt von der Notwendigkeit des Eingriffs zunächst wohl nicht sehr überzeugt war.

Als ich das Zimmer betrat, lag das Mädchen auf der Untersuchungsliege. Neben ihr standen ein Koffer und ein tragbarer Fernseher, darüber lag ein Bademantel. Am Kopfende stand eine etwa vierzigjährige Frau, nervös, leicht schwitzend, die zu sprechen begann, kaum, dass ich das Zimmer betreten hatte. Was denn das hier noch solle, fuhr sie mich an. Der Hausarzt sei jetzt schon seit einem Jahr vergeblich dabei, die Schmerzen „wegzumachen“. Die Untersuchung sei ja

wohl überflüssig! Jetzt müsse der Blinddarm endlich raus, und zwar schnell, denn nach Weihnachten müsse das Kind eine Lehrstelle antreten und bis dahin müsse „alles in Ordnung“ sein. Daraufhin versucht ich ihr zu erklären, dass wir in der Chirurgie nach unseren eigenen Kriterien entscheiden, wer operiert werden muss. Doch ich merkte rasch, dass sich hier mit zurückhaltendem Argumentieren nichts gewinnen ließ: Während ich Anna untersuchte, redete die Mutter ununterbrochen weiter. Dass sie dabei immerzu vom „Kind“ sprach, empfand ich fast als ein bisschen lächerlich. Schließlich war das Mädchen längst eine junge Frau und hatte – anders als die Mutter – einen gewissen körperlichen Liebreiz. Fragte ich die Patientin, seit wann sie denn die Bauchschmerzen habe, antwortete die Mutter sofort: „Seit einem Jahr!“ Fragte ich sie, wo im Bauch denn die Schmerzen seien, antwortete die Mutter: „Rechts unten, rechts unten!“ Anna schwieg. Ich hatte fast das Gefühl, dass sie interessiert beobachtete, wie der beginnende Machtkampf zwischen mir und ihrer Mutter ausgehen würde.

Nachdem ich keinen Weg gefunden hatte, dem Geschehen eine andere Wendung zu geben, entschloss ich mich – sozusagen als Behelf – zur Blutabnahme. Nun war die Mutter plötzlich still. Ohne mit der eigentlichen Patientin ein Wort gewechselt zu haben, verließ ich wenig später, die Blutprobe in der Hand, den Raum – und fühlte mich erleichtert. Doch eine knappe Stunde kamen wir in einem anderen Raum erneut zusammen, um das Ergebnis der Untersuchung zu besprechen. Diesmal setzte ich mich hinter einen Schreibtisch. Die beiden saßen mir gegenüber. Stunnd betrachtetete ich den Gepäckberg, den die Mutter zwischen sich und ihrer Tochter aufgebaut hatte. Dann begann ich das Gespräch – das aber nach den ersten paar Worten auch schon wieder beendet war. Nachdem ich den beiden erläutert hatte, dass eine OP nicht notwendig sei, fiel mir die Mutter auch schon ins Wort und verlangte empört den Einweisungsschein zurück. Jetzt gingen sie in ein anderes Krankenhaus, eröffnete sie mir. Vielleicht fänden sie dort Ärzte, die an den Sorgen ihrer Patienten interessiert seien. Wofür habe man jetzt eigentlich drei Stunden hier herumgesehen!?

Das Ende vom Lied: Am nächsten Morgen berichtete der diensthabende Oberarzt in der Besprechung von einer nächtlichen Appendektomie bei einem 15-jährigen Mädchen, das am frühen Abend mit seiner Mutter in die Ambulanz gekommen sei. Die Mutter habe gleich nach dem Chefarzt gefragt und mit der Bild-Zeitung gedroht, die bestimmt gerne über so ein schlechtes Krankenhaus schreiben würde, wo man den Kranken nicht helfen wolle. Der Oberarzt meinte

etwas spöttisch, er habe sich im Interesse unseres guten Rufs zur Operation entschlossen, außerdem hätte das Mädchen nach dem Eingriff bestimmt keine Bauchschmerzen mehr, das sei in diesen Fällen immer so.

Die Erklärung: Wurmfortsatz als Stellvertreter

Im Laufe der Zeit begegneten mir immer mehr solche Fälle. Dabei zeichneten sich überraschende Parallelen ab. Mir ging auf, dass es sich hier nicht nur um eine zufällige Ansammlung von Paradoxien und Merkwürdigkeiten handelte. Die Einweisungsdiagnose war immer gleich: Appendizitis.

Es war immer dieselbe Patientengruppe: Mädchen oder junge Frauen. Und immer war jemand Drittes dabei, der beim Gespräch

das Wort führte: die Mutter. Jetzt war mein Interesse erweckt. Was steckte hinter diesem seltsamen Phänomen?

Um auszuschließen, dass meine Beobachtungen durch den Zufall verfälscht wurden, machte ich eine statistische Auswertung von 600 Appendektomien eines OP-Jahrganges unserer Klinik. Dabei kamen einige Überraschungen ans Licht: Diese Mädchen und jungen Frauen, die schweigsam der Auseinandersetzung zwischen Mutter und Chirurg beiwohnten, tauchten etwa zehn Mal häufiger an Montagen in der chirurgischen Ambulanz auf, als dies nach dem statistischen Zufall zu erwarten wäre. Die untersuchenden Chirurgen waren zu etwa 20% öfter junge Männer, als dies ihrem Anteil am ärztlichen Ambulanzpersonal entsprach. Die Fehl-diagnoserate bei diesen jungen Patientinnen betrug etwa 70%, während sie bei allen männlichen Patienten und Frauen sonstigen Lebensalters bei etwa 20% lag. Das Risiko junger Frauen, unnötig appendektomiert zu werden, war in dem untersuchten Jahrgang zehn Mal (!) höher als bei männlichen Heranwachsenden gleichen Alters.

Zusammengefasst fand ich also überzufällig häufig an Montagen ein stereotypes, regelmäßiges Vorspiel zwischen junger Frau (Patientin), jungem Mann (Chirurg) und älterer Frau (Mutter), das entweder tiefe Aggressionen auslöste oder eine unnötige Operation nach sich zog. Wird eine „unschuldige“ Appendix entfernt, sagen Operateure oft lapidar,



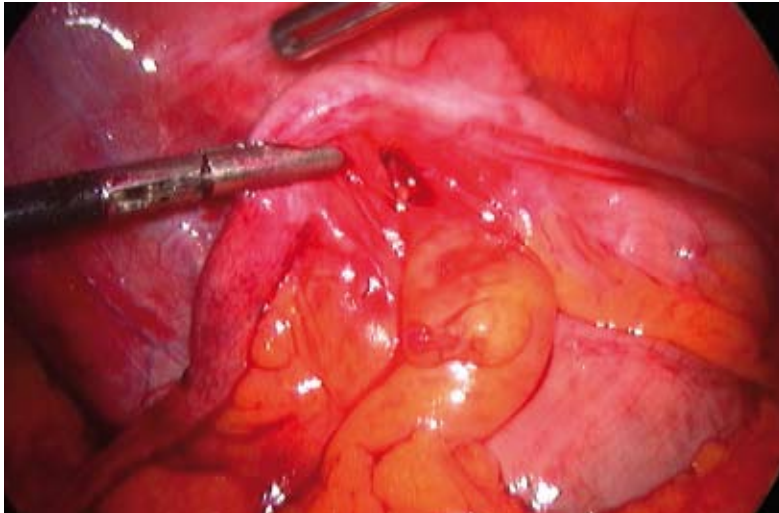
Die Appendizitis ist eigentlich eher eine Männerkrankheit.

VERLOSUNG

Komplizen wider Willen

Diese Kasuistik zeigt anschaulich, wie schwierig es für Ärzte sein kann, bei der Masse an Informationen, die auf sie einprasseln, immer sofort zu erkennen, was ihren Patienten tatsächlich hilft, und wo möglicherweise nur die Interessen Dritter bedient werden. Das betrifft bei weitem nicht nur Situationen, in denen Familienangehörige Ärzte für ihre Zwecke „einspannen“. Besonders kritisch ist, wenn finanzielle Interessen gegen das Patientenwohl ausgespielt werden. Zahlreiche Beispiele für solche Fälle liefert **Patient im Visier**. In diesem Buch berichten zwei Journalisten, wie die Pharmaindustrie Krankmach-Kampagnen lanciert, um ihr Produkte besser zu verkaufen, und wie sie dabei Ärzte, Patienten und Politiker zu ihren Verbündeten macht. Das Buch erscheint in der Reihe **medizinHuman** von Suhrkamp, herausgegeben vom Autor dieses Artikels, Dr. Bernd Hontschik. Infos: www.hontschik.de/chirurg/veroeffentlichungen.htm. Teilnahme unter: www.thieme.de/viamedici/zeitschrift/spezial, Stichwort „medizinHuman“. **Teilnahmeschluss: 5.3.2012**





Ist der Wurmfortsatz tatsächlich entzündet, ist das eine potenziell lebensgefährliche Erkrankung. Die Letalität einer perforierten Appendizitis mit generalisierter Peritonitis ist hoch. Auf der anderen Seite sollte man sich hüten, die Indikation zur Appendektomie allzu leichtfertig zu stellen. 10–20% aller entfernten Wurmfortsätze sind in Wirklichkeit gesund.

▶▶▶ das Organ „erröte“, weil es – nicht erkrankt – ins Licht der OP-Lampe gezerrt wird. In manchen chirurgischen Lehrbüchern wird die Appendix auch als ins OP-Feld erigiert beschrieben. So hat man es bei dieser OP ständig mit eindeutig sexuellen Bezügen zu tun – was wiederum ein Fingerzeig für die Ursache dieser montäglichen „Töchter-Appendektomien“ ist: Die schlüssigste Erklärung ist, dass dahinter oft durch Pubertät bzw. Adoleszenz der jungen Frauen ausgelöste Familienkrisen stecken, die am Wochenende eskalieren, und aus der am Montag ein Ausweg gesucht werden muss – und in der Chirurgie gefunden wird. Der Eingriff in den Unterleib erfährt für die Beteiligten dabei einen unbewussten Bedeutungszuwachs auf einer symbolischen Ebene: Er steht nun plötzlich für eine sexuelle Handlung, z.B. für die Defloration oder eine Strafe im Sinne einer Beschneidung mit unsichtbarer, innerer Verstümmelung und sichtbarer, äußerer Vernarbung. Die Mütter befinden sich in einer Lebensphase, in der sie das ideale, äußere Frauenbild (jung, schlank, glatte Haut) immer schwerer erreichen können – anders als die Töchter, die sich meist schweigsam verhalten und für die Beilegung der durch ihr sexuelles Erwachen herbeigeführten Familienkrise die Operation als eine Art „gerechte“ Strafe in Kauf nehmen.


Eine Fehldiagnoserate von ca. 15% ist bei der Appendizitis normal.

Der Trend: Weniger Fehldiagnosen

Chirurgen, die in einer solchen Konstellation eine OP befürworten, lassen sich für eine Art „Psychotherapie mit Skalpell“ missbrauchen – und stellen sich damit in eine jahrzehntelange Tradition: Die tödliche Gefahr durch perforierte Appendizitiden bei überwiegend jungen Patienten führte in den 1920er Jahren zu einem OP-Konzept, das sich „Intervall-

appendektomie“ nannte. Man bezeichnete die Entzündung der Appendix als „chronisch-rezidivierend“ und entfernte sie im beschwerdefreien Intervall. Bald wurde jede(r) mit wiederkehrenden Bauchschmerzen appendektomiert – eine Art Mode-Operation. Es gibt die Appendix zwar nur bei Menschen und Menschenaffen, dennoch meinte man, sie bedenkenlos entfernen zu können. Man hielt sie für überflüssig – obwohl man bis heute nicht genau weiß, was für eine Funktion sie hat*. Die meisten Appendektomien wurden dabei seit jeher an Frauen ausgeführt, wobei man ignorierte, dass die akute Appendizitis mit einem Anteil von fast 70% eigentlich eine Männerkrankheit ist. In den angelsächsischen Ländern wurde das Konzept der „Intervall-appendektomie“ in den 1940er Jahren verlassen. Man erkannte, dass dieser Eingriff entweder vorhersehbar überflüssig ist, weil das Organ zum OP-Zeitpunkt gesund ist – oder fahrlässig verzögert erfolgt, weil der Wurmfortsatz tatsächlich entzündet ist. Deutschland war damals geächtet und vom wissenschaftlichen Austausch ausgeschlossen. So dauerte es fast bis zur Jahrtausendwende, bis der Umschwung in der Indikationsstellung auch hierzulande vollzogen wurde. Heute gilt die elektive „Intervallappendektomie“ auch in den deutschsprachigen Ländern als obsolet. Begriffe wie „chronisch-rezidivierende“ oder „subakute“ Appendizitis sollten nicht mehr verwendet werden. Dafür wird das restriktive Indikationskonzept angewandt: Hierbei wird entweder sofort appendektomiert – oder gar nicht. Zweifelsfälle werden stationär aufgenommen und aktiv beobachtet.


In unserer Chirurgischen Klinik konnte mit diesem neuen Konzept die Zahl der Appendektomien von über 600 auf etwa 150 im Jahr gesenkt werden, die Fehldiagnoserate sank deutlich unter 20%. Von der Reduktion um knapp 400 Eingriffe pro Jahr waren in erster Linie Patienten bis zum 40.

Lebensjahr betroffen, dabei vor allem weibliche Patienten, deren Anteil von früher etwa 60% auf jetzt etwa 40% zurückging. Diese Annäherung an die epidemiologische Männer-Frauen-Relation kann als Indikator dafür gewertet werden, dass wir uns heutzutage seltener für eine „Psychotherapie mit Skalpell“ missbrauchen lassen. Trotzdem bleibt die Appendizitis eine der häufigsten Fehldiagnosen in der Medizin. Deshalb sollte man jeden Hinweis nutzen, der davor schützt einen Patienten fälschlicherweise in den OP-Saal zu schicken. Mein Tipp an junge Kollegen: Leukozyten, Körpertemperatur, klinischer Lokalbefund oder Sonografie sind für die Appendizitis wichtige Parameter, die niemals vernachlässigt werden dürfen. Wenn ein junges Mädchen mit ihrer Mutter an einem Montag mit einem stationären Einweisungsschein in die Klinik kommt, sollten Sie aber besonders kritisch hinterfragen, ob es hier tatsächlich ein entzündeter Wurmfortsatz ist, der die Operation fordert – oder im Hintergrund schwelende familiäre Probleme. 

Dr. med. Bernd Hontschik

* Möglicherweise gehört die Appendix zum Immunsystem, wofür ihr vom übrigen Darm gänzlich verschiedener histologischer Aufbau spricht. Evtl. hat sie auch die Aufgabe, bei schweren Durchfallerkrankungen, die physiologische Darmflora zu beherbergen, damit der Darm nach Abflauen der Erkrankung rasch wiederbesiedelt werden kann.

IHRE MEINUNG?

 Gibt es eine Art „Appendizitis-Stellvertreter-Syndrom“? Wie ist Ihre Meinung zu diesem Artikel? Haben Sie ähnliche Erfahrungen gemacht? Schreiben Sie an via.medici@thieme.de



Dr. Hontschik ist Chirurg in Frankfurt/Main und Vorstand der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin. Zur Zeit konzipiert er einen Lehrgang für Integrierte Medizin am Institut für therapeutische Kommunikation der Steinbeis-Universität in Berlin. Kontakt: chirurg@hontschik.de