A. Larena-Avellaneda

Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Gefäßchirurgie – Endovaskuläre Therapie – Angiologie,
 Universitäres Herzzentrum Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Früher war alles besser? (Tempora mutantur pars II)

Geschätzte Leserinnen und Leser,

diese Ausgabe der *Gefäßchirurgie* befasst sich mit venösen Erkrankungen, und insbesondere auch mit der Therapie der Varikose. Vielleicht werde ich deshalb sentimental, habe ich doch, wie wahrscheinlich viele von Ihnen, die ersten gefäßchirurgischen Erfahrungen mit der Exhairese von Krampfadern, meist mit der Babcock-Operation, sammeln können. Einer der Gründe für mich damals, das Fachgebiet der Chirurgie zu erlernen, war die Tatsache, dass man mit Skalpell, Pinzette, Schere und einigen wenigen Klemmen praktisch jede Allgemein-, Viszeral- und Gefäßoperation durchführen konnte: Von der Struma über die Magenresektion zur Aorten- und peripheren Arterienchirurgie. Wie lautete der geliebte oberärztliche Spruch: „Das haben wir immer schon so gemacht“. Heute füllen die erhältlichen und notwendigen Devices für verschiedene Operationen ganze Kataloge, und der Lagerraum für alle notwendigen Geräte und Implantate ist eigentlich immer zu klein. Als ich mich zuletzt mit Prof. Schmitz-Rixen, dem derzeitigen geschäftsführenden Herausgeber der Zeitschrift, über die Aus- und Weiterbildung unterhielt, bemerkte er, dass er nur noch 20 % der Eingriffe so durchführen würde, wie er es in der Facharztweiterbildung gelernt hatte. Und in der Tat, wenn man kurz nachdenkt – früher war es ... anders.

Früher – da gab es noch nicht diesen wirtschaftlichen Druck und den ganzen Dokumentationswahn. Man schrieb Kurzarztbriefe, diktierte den Rest, und die Dokumentation bestand weitestgehend nur in der Aktenführung.

Früher – da wurden die Varizen stationär behandelt, und die jungen Assistenten konnten reichlich Eingriffe sammeln – sicher besser für die Ausbildung. Und wie hieß es so schön – wir brauchen auch ein paar gesunde Patienten auf der Station. Die **Abb. 1** verdeutlicht die Leistungsverdichtung: Während die Anzahl stationärer Behandlungen der Patienten mit arteriellen Erkrankungen (ICD I70–ICD I79) unter kontinuierlicher Reduktion der Liegezeit zunimmt, werden deutlich weniger Patienten mit venösen Leiden stationär behandelt.

Früher – da wurde schlicht und einfach die ganze V. saphena magna entfernt, und alle Patienten erhielten präoperativ eine Phlebographie – wirklich besser? Vielleicht für die Qualität der Phlebographie ...

Früher – da gab es nur eine Form der Therapie – Strippen der Vene, und mit der Kocher-Klemme die Seitenäste entfernen – je weniger Schnitte, umso besser. Alternativen zur offenen Operation wie die endovenösen Verfahren gab es nicht. Die Häkelnadel galt als unchirurgisch. Allerdings braucht man heute dann, neben den o. g. Instrumenten eine teure Radiofrequenz- oder Lasersonde. Wobei ich auch die ordentlichen Hämatome nach der Babcock-Operation noch gut in Erinnerung habe.

Die Rekonstruktionen nach älterer Venenthrombose kannte ich eigentlich nur aus dem Buch – zumindest in meinem Kollegenkreis war die Operation nach Palma nur verwendet worden, um den Begriff „Spontanpalma“ zu definieren. Mit der Möglichkeit, alte Verschlüsse nunmehr endovaskulär zu rekonstruieren, ergibt sich – bei korrekter Indikationsstellung – eine Option,

das chronische Leid unserer Patienten mit postthrombotischem Syndrom zu lindern. Leider sind diese Eingriffe in unserem DRG-Abrechnungssystem nicht gut abgebildet, und wenn mehr als ein Stent eingesetzt wird, ist die ganze Behandlung defizitär.

» Wenn venös mehr als ein Stent eingesetzt wird, ist die ganze Behandlung defizitär

Aber auch arteriell ist fast nichts mehr wie es war. Waren unsere Aortenoperationen früher besser? Unter strenger Indikationsstellung lag die perioperative Sterblichkeit nach infra/juxtrenalem Aortenersatz in ausgewählten Zentren bei 1–2 %. Wir haben in meiner alten Klinik etwa 100 Aorten pro Jahr operiert. Die Komplikation einer Querschnittslähmung habe ich in 8 Jahren nie gesehen – auch wenn ich immer darüber aufgeklärt habe. Mit der heutigen Technik mit der Verankerung der proximalen Landezone im viszeralem Segment durch 3- oder 4-fach gefensterter Prothesen ist dieses Risiko angestiegen. Auf der anderen Seite erinnere ich mich gut daran, wie sich viele Chirurgen gegen die laparoskopische Hernienchirurgie gewehrt haben: Man mache aus einem Eingriff an der Körperoberfläche eine intraabdominelle Operation mit den entsprechenden Risiken. Es ist sicher nicht mein Fachgebiet, aber ein Argument fand ich recht überzeugend: Wenn man sich einen Eimer mit einem Loch vorstellt, das man mit einem Netz flicken will: Wie wird der Flicker besser halten: wenn man ihn von innen anbringt oder von außen?

Abb. 1 ◀ Fallzahlen stationärer Behandlungen in Deutschland von 2006–2016 für Erkrankungen des peripheren arteriellen (a) und venösen Systems (b). (Quelle: www.gbe-bund.de)

Apropos früher war alles besser: Uns wurde im Studium gesagt, es herrsche eine Ärzteschwemme, und nur die besten 10 % würden eine attraktive Stelle bekommen. Es wurde sogar das Konstrukt des AiP erdacht, um Stellen zu schaffen und eigentlich approbierte Ärzte zu einem Hungerlohn arbeiten zu lassen. Es gab Bereitschaftsdienst der Stufe D, der nach einem normalen Arbeitstag begann, um dann am Folgetag weiterzuarbeiten, also tatsächlich bis zu 36 h Anwesenheitsdienste im Krankenhaus. Warum habe ich das alles nicht als schrecklich in Erinnerung? Und das für ein AiP-Gehalt? Nun, zum einen gab es in den Diensten ja die Möglichkeit, als junger Arzt eigenständig Diagnosen zu stellen und auch viele Eingriffe durchzuführen, für die im elektiven Programm andere, ältere Kolleginnen/en vorgesehen waren. Man hatte also oft einen gewissen besonderen schönen Aspekt bei den Diensten – als Chirurg operiert man ja gern. Das hängt meines Erachtens damit zusammen, dass der Behandler während einer Operati-

on in den Zustand des „Flow“ gerät. Es handelt sich um einen Begriff aus der Glücksforschung (ja, die gibt es wirklich). „Flow“ wurde von einem der renommiertesten Forscher auf diesem Gebiet geprägt: Mihaly Csikszentmihalyi, emeritierter Professor für Psychologie an der Universität Chicago. Demnach beschreiben „Menschen als ‚Flow‘ ihren seelischen Zustand in Augenblicken, wenn das Bewusstsein harmonisch geordnet ist und sie etwas um der Sache selbst Willen tun“ [1]. Man ist komplett auf die Aufgabe fokussiert und vergisst die Zeit – wie ein Kind, das eine Sandburg baut. Kommt Ihnen das bekannt vor? Hinzu kommt, dass es zwei „Selbste“ zu geben scheint: das „erlebende ich“, und das „erinnende ich“ [2]. Das „erlebende ich“ ist im jetzt, im Moment. Und in einem der langen Dienste hat mein „erlebendes ich“ sicher oft geflucht oder sich Gedanken über die Berufswahl gemacht. Viele der Momente, die das „erlebende ich“ registriert, werden vergessen. Diejenigen, die übrig bleiben, summieren sich im „er-

innernden ich“. Und für die Vergangenheit scheint die Höchststand-Ende-Regel („peak-end rule“) zu gelten, die der Nobelpreisträger Daniel Kahneman in diesem Zusammenhang beschrieben hat [2]. Sie besagt, dass man sich in der Erinnerung vor allem an den intensivsten Moment erinnert (Operation), und an das Ende der Episode (Ende des Dienstes).

» Für Erinnerungen gelten die Höchststand-Ende- und die Vernachlässigung-der-Dauer-Regel

Hinzu kommt ein weiterer Effekt, die Vernachlässigung-der-Dauer-Regel („duration neglect rule“), d. h. in der Vergangenheit ist es egal, wie lange die Episode gedauert hat. In der Erinnerung sind die Erlebnisse eines 36-h-Dienstes also vergleichbar mit denen eines 8-h-Dienstes. Dies erklärt also, warum sich

rückblickend diese langen Dienste nicht schlimm anfühlen.

War früher also alles besser? Oder ist es nur eine kognitive Verzerrung? Mal schauen, ob die heutigen Assistenten rückblickend das Gleiche sagen werden. – Eigentlich ist es der Verhaltenspsychologie nach zu erwarten, wenn man sich vor allem an die guten Dinge erinnert und die Zeit ignoriert.

Ich wünsche Ihnen nun viel Freude mit der neuen Ausgabe der *Gefäßchirurgie*. Prof. Mumme und Dr. Flessenkämper werden Sie zum Leitthema einführen und insbesondere auch den Wert der alten und neuen Techniken näherbringen. Aber wie immer finden sich auch andere spannende Themen – u. a. einem Kommentar zur Volume-Outcome-Analyse (Prof. Fraedrich), erste Ergebnisse zum POPART-Register (Prof. Grundmann), Hilfen bei der Grundlagenforschung (PD Dr. Simon) und der Literaturrecherche (Prof. Lagrèze), ein interessanter Fall (Dr. Korsake), und, wie immer, eine zertifizierte CME-Fortbildung (Prof. Gawenda). Abschließend möchte ich Sie auch noch auf die Verheftung unserer Open Choice-Artikel aufmerksam machen, die Sie dann bei PubMed Central (PMC) und etwas später via PubMed finden werden.

Herzlichst – Ihr

Prof. Dr. A. Larena-Avellaneda

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A. Larena-Avellaneda

Klinik und Poliklinik für
Gefäßmedizin, Gefäßchirurgie
– Endovaskuläre Therapie
– Angiologie, Universitäres
Herzzentrum Hamburg,
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, Gebäude
Ost 70, 20246 Hamburg,
Deutschland
larena@uke.de

Interessenkonflikt. A. Larena-Avellaneda gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Csikszentmihalyi M (2017) Flow. Das Geheimnis des Glücks Kindle Edition, 2. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
2. Kahneman D (2017) Schnelles Denken, Langsames Denken, 1. Aufl. Penguin, München

In eigener Sache

Redakteurin des Springer Medizin Verlags mit der Werner-Körte-Medaille in Silber 2018 ausgezeichnet

Die traditionsreiche Werner-Körte-Medaille in Silber wurde am 17.04.2018 in Berlin von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vergeben. Der Namensgeber Professor Dr. Werner Körte (1853 – 1937) war praktizierender Chirurg in Berlin, erster Schriftführer der DGCH sowie deren Präsident und Ehrenvorsitzender.

Im Rahmen der feierlichen Eröffnungsveranstaltung des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde die Auszeichnung an Christiane Jurek, Managing Editor, Redaktion Fachzeitschriften Medizin/Psychologie der Springer Medizin Verlag GmbH, verliehen. Mit diesem Preis würdigte das Präsidium der DGCH ihre langjährigen Verdienste um die Förderung der wissenschaftlichen Chirurgie, für die sie sich persönlich mit ihrem Unternehmen in besonderer Weise engagiert hat.

Herr Professor Dr. Jörg Fuchs, Präsident der DGCH und Herr Professor Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH, vergaben den Preis an diesem Abend.

„Es ist mir eine große Ehre, über meine Tätigkeit bei der Zeitschrift *Der Chirurg* mit den Vertretern der DGCH vertrauensvoll zusammen arbeiten zu dürfen. Die Gesellschaft ist eine der ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die sich seit jeher bemüht, die politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen in der Chirurgie zu verbessern. Der Springer Medizin Verlag versteht sich als starker Partner der DGCH und ist stolz auf die gemeinsame Zusammenarbeit“, so Frau Jurek.

Springer Medizin, Heidelberg