

Bernd Hontschik
Der gute Chirurg

*Ich schließe mit einer Art Scherz, nämlich mit
einer Definition des „guten Arztes“, was
natürlich Unsinn ist, da dies zum
nichtdefinierbaren Teil der Wirklichkeit gehört
(Klaus Dörner 2001)*

Als ich noch ein Junge war, fiel mir eines Tages ein Buch von Jürgen Thorwald in die Hände: ‚Das Jahrhundert der Detektive‘ (Thorwald 1964). Nachdem ich das gelesen hatte, wollte ich nur noch Detektiv werden. Im Umschlagstext war auch ‚Das Weltreich der Chirurgen‘ aufgeführt (Thorwald 1957), das ich dann auch gelesen, nein: verschlungen habe. Danach wollte ich nur noch eines: Chirurg werden! Ein Chirurg, das war alles in einem, was mich faszinierte: Detektiv, Handwerker, Helfer. Eine Geschichte hat mich besonders beeindruckt: Die gefährliche Operation eines Aneurysmas im Gehirn musste durchgeführt werden, aber die Blutzufuhr konnte nicht unterbrochen werden, ohne die Sauerstoffversorgung des Gehirns zu gefährden. Da erfand der Chirurg ein Drosselungsinstrument, das er einsetzte und über viele Tage langsam, Schritt für Schritt, zuschraubte. Auf diese Weise nahm die Blutversorgung von der Gegenseite kontinuierlich zu, und zum Schluss hatte die Arterie der Gegenseite genug Volumen, um die ganze Region beidseits zu versorgen. Dann erst konnte die Operation durchgeführt werden und war erfolgreich. Ich war begeistert. So ein Chirurg wollte ich auch werden!

Von da an verbrachte ich meine Schulferien immer wieder auf chirurgischen Stationen und arbeitete als Pflegehelfer. Bei dieser Arbeit ist man sehr nahe am Patienten: Bettpfannen leeren, Essen austeilen, Bettwäsche wechseln, beim Waschen und Anziehen helfen. Schwestern und Pfleger nahmen mich mit bei ihrer Arbeit, wobei mich besonders die Verbandsvisite faszinierte. Ich war nur immer wieder etwas verwirrt davon, wie verschieden die Chirurgen beurteilt wurden. Manche Chirurgen waren bei den Patienten sehr beliebt und geachtet, während Schwestern und Pfleger sie offensichtlich weniger mochten – und umgekehrt. Z.B. gab es Chirurgen, die sich bei der Visite Zeit nahmen, was die Patienten sehr schätzten, das Pflegepersonal aber war von der überlangen Visitendauer nicht sehr begeistert. Als ich dann auch noch manchmal mit in den OP gehen durfte, lernte ich wieder ganz andere Kriterien kennen, mit denen z.B. OP-Schwestern einen Chirurgen beurteilten: kommt er pünktlich zur OP, wie benimmt er sich bei Komplikationen und Stress, operiert er schnell? Überrascht stellte ich fest, dass die Chirurgen, die auf Station unbeliebt waren, im OP manchmal als die besten galten. Ich jedenfalls wollte ein Chirurg werden, den alle mochten.

So begann ich mein Medizinstudium. Der Start war allerdings eher enttäuschend: Mit Patienten bekam man gar nichts zu tun, alles blieb Theorie und kam mir vor wie eine gehobene Fortsetzung der gymnasialen Oberstufe in den Naturwissenschaften. Wenn ich mehr wissen wollte, musste ich dem etwas eigenes hinzuzufügen und beteiligte mich daher als Student am Aufbau der psychosozialen Fächer, welche die damals neue Approbationsordnung forderte. Schließlich wollte ich ja kein Mechaniker werden. Immer blieb aber eine seltsame Trennung bestehen, eine Art Dopplung, die ich als Unbehagen fühlte, aber nicht benennen konnte. Es war keine einheitliche Ausbildung zum Arzt, an der ich da teilnahm, sondern alles blieb irgendwie zweigleisig. Während meines gesamten Studiums habe

ich für diese Zweigleisigkeit keine Lösung gefunden. Einerseits absolvierte ich meine Pflichtvorlesungen und Pflichtkurse und häufte immer mehr Wissen über Formeln, Zellstrukturen, Gewebsschnitte und Medikamente an, andererseits besuchte ich zusätzliche Veranstaltungen in den psychosozialen Fächern, in der Psychosomatik, bei einer studentischen Balintgruppe. Wenn ich nur endlich selbst als Arzt arbeiten könnte, würde ich das sicher gut miteinander verbinden können,.

Dann war ich endlich Chirurg! Natürlich war ich erst einmal nur ein kleiner Assistenzarzt, aber schon am ersten Tag der chirurgischen Assistenzarztzeit konnte man auf die Frage, was man denn sei, stolz ‚Chirurg‘ antworten. Aber mit der Zweigleisigkeit war es aus, es ging jetzt rein eingleisig weiter: Das Erlernen von Techniken war der ausschließliche Inhalt meiner Ausbildung, und für alle konnte ich kein guter Chirurg sein, das merkte ich schnell. An das, was meine Patienten von mir erwarteten, konnte ich noch ganz gut aus meiner Zeit als Pflegehelfer erinnern. Für meine Kollegen war es eher wichtig, ob ich bereit war, Nachtdienste zu übernehmen oder zu tauschen. Mein Chef war, wenn überhaupt, nur dadurch zu beeindrucken, dass ich bei der wöchentlichen Rasanz-Visite die Befunde ohne langes Suchen parat hatte. Und nach etwa einem Jahr wurde ich als Operateur eingeteilt; wie damals noch üblich, war eine Appendektomie mein erster ‚selbständig‘ durchgeführter Eingriff. Noch heute weiß ich die Namen der Patientin, meiner Mitoperateurin und der Narkoseärztin. In dieser Nacht schlief ich sehr unruhig, und in den folgenden Tagen erkundete ich immer wieder, wie es der Patientin ginge. Die älteren Kollegen grinsten schon ein wenig. Das Gefühl, eine Operation erfolgreich durchgeführt zu haben, war genau so, wie ich es mir erträumt hatte. Aber was ein guter Chirurg sein könnte, wusste ich immer deswegen noch nicht. Vor allen Dingen war die entfernte Appendix gar nicht entzündet gewesen – was sicherlich zum Gelingen der Operation beigetragen hatte. Ich hatte es zwar gut gemacht, aber was hatte ich da eigentlich gemacht?

Meine Fortschritte beim Operieren beschäftigten mich sehr. Nach einigen Jahren durfte ich immer schwierigere und technisch anspruchsvollere Eingriffe durchführen. Einmal war ich für die Entfernung einer Gallenblase eingeteilt. Schon bald nach Eröffnung der Bauchhöhle stellte sich heraus, dass sich dieser vermeintliche Routineeingriff zu einem größeren Problem ausgewachsen würde. Nicht nur war die ganze Region chronisch entzündet und verwachsen, und die Anatomie war nur noch zu ahnen, sondern es fanden sich auch noch Cholelithen, mit denen ich bis dahin nur als OP-Assistent, nicht aber als Operateur zu tun gehabt hatte. Mein OP-Assistent, einer der erfahrensten Oberärzte der Klinik, wollte den Platz mit mir aber gar nicht tauschen, sondern ließ mich diesen schwierigen Eingriff zu Ende führen. Alles klappte! Ich blieb immer in der richtigen Schicht, es kam nicht zu besonderen Blutungen und auch zu keinen anderen Verzögerungen oder Zwischenfällen. Die Cholelithen entfernte ich beim ersten Versuch, meine OP-Zeit konnte sich sehen lassen. Ich war sicherlich einer der besten Chirurgen weit und breit! Da sagte mein Oberarzt: „Das haben Sie zwar sehr gut gemacht. Aber heben Sie nicht ab: das bringe ich jedem Pförtner bei, wenn er nicht zwei linke Hände hat.“, und verließ den OP. Ich fühlte mich wie ein begossener Pudel. Als ich nach einiger Zeit nicht mehr ganz so gekränkt war, verstand ich mehr und mehr, was er mit dieser Bemerkung gemeint haben könnte. Was war das, ein guter Chirurg? Jetzt war ich schon so viele Jahre in diesem Metier tätig und wusste es immer noch nicht.

Zu meinem Selbstverständnis gehörte es nach wie vor, dass ich vor allem für meine Patienten ein guter Chirurg sein wollte. Leider konnte ich das nicht immer durchhalten. Manchmal geriet ich sogar in echten Streit mit Patienten oder deren Angehörigen. Da ich mit den Patienten ständig auch während der präoperativen Phase, der Indikation, zu tun hatte, musste ich sehr viel mit ihnen sprechen. Hauptthema war immer die Angst, die Angst vor Komplikationen, die Angst vor Schmerzen, die Angst vor der Narkose, ja vor dem Tod. Immer wieder stellte ich fest, dass jeder Patient, dem eine Operation bevorsteht, diese Ängste hat und sucht, darüber mit einem kompetenten Gegenüber sprechen zu können. Immer wieder stellte ich fest, dass sich auch bei schwerkranken Patienten Erleichterung einstellte, wenn die Untersuchungen ergaben, dass keine Operation notwendig war. Die Angst vor einer Operation überwog eigentlich immer die Angst vor der Krankheit; die Erleichterung, wenn nicht operiert werden musste, war immer spürbar. Mit der Zeit stellte ich aber fest, dass es Patienten gab, die sich nicht so verhielten. Immer wieder trat die Situation auf, dass ich mit Ärger und Widerstand von Patienten zu tun bekam, wenn ich keine Operationsnotwendigkeit feststellte. Diese paradoxe Situation hinterließ bei mir jedes Mal wieder ungute Gefühle. Ich verstand diese Situation nicht und wunderte mich, wieso es Menschen gab, die unbedingt operiert werden wollten, auch wenn ihnen ein Chirurg ruhig und verständlich erklärte, dass es im Moment gar nichts zu operieren gab. Aber das wunderte mich nicht nur, es kränkte mich auch, dass es zu Streit kam, mein Selbstbild wurde angekratzt. Da begann ich, über diese merkwürdigen Situationen Aufzeichnungen zu führen. Im Laufe der Zeit sammelten sich mehr und mehr Merkwürdigkeiten an, und langsam formte sich ein Bild: Es stellte sich heraus, dass diese paradoxe Situation fast ausschließlich bei der Voruntersuchung zur Appendektomie auftrat, dass es sich bei diesen Patienten immer um Patientinnen handelte, um Mädchen und junge Frauen etwa zwischen der Pubertät und dem Beginn des erwachsenen Lebens, und dass es gar nicht die jungen Patientinnen waren, die mit mir zu streiten angingen, sondern immer die regelmäßig mit anwesenden Mütter, während die Patientinnen eher schweigsam und zurückhaltend waren. Dabei muss man beachten, dass es im chirurgischen Alltag nicht nur untypisch und auffällig, eigentlich sogar paradox ist, wenn ein Patient oder seine Angehörigen auf der Durchführung einer Operation bestehen, obwohl der Chirurg keinen operativen Handlungsbedarf erkennen kann, sondern dass es noch untypischer und auffälliger ist, wenn Patienten oder Angehörige im unmittelbaren Umgang mit Chirurgen offen aggressiv werden, denn Chirurgen sind Respekts- und Autoritätspersonen, die (zumindest vor einer Operation) so gut wie nie offen angegriffen werden. So verdichteten sich die Hinweise darauf, dass es sich hier nicht nur um eine zufällige Ansammlung von Paradoxien und Merkwürdigkeiten handelte, sondern dass es fast stereotyp immer um die gleiche Krankheit (Verdacht auf Appendizitis), immer um die gleiche Patientengruppe (Mädchen und junge Frauen) und immer um das gleiche Angehörigenverhalten der begleitenden Mütter ging.

Diesem Phänomen wollte ich wissenschaftlich auf den Grund gehen. Nun kennt die chirurgische Tätigkeit und Ausbildung aber eigentlich keine Parameter, um solche Phänomene zu erfassen oder zu verstehen. Daher wählte ich für meine Untersuchung eine neue Konstruktion, indem ich sie als Dissertation in einem psychosozialen Grundlagenfach ansiedelte, während mein wissenschaftlicher Umgang mit den chirurgischen Fakten und Vorgängen vom Chefarzt meiner Chirurgischen Klinik

kontrolliert wurde. Ich wertete meine Aufzeichnungen über solcherart misslungene Fälle aus. Ich suchte nach den historischen Wurzeln der Operationsindikationen zur Appendektomie, die teilweise genauso unklar und obskur waren wie die angeblich so harten organischen Fakten über die Appendix vermiformis, die Appendizitis und die Appendektomie. Dabei kamen fast nur Überraschungen ans Licht, und zu guter Letzt konnte für unsere Chirurgische Klinik ein gänzlich neues Konzept zur Indikationsstellung der Appendektomie erarbeitet werden. Die Zahl der Appendektomien sank von über 600 auf ca. 150 im Jahr, die Fehldiagnoserate sank unter 20 Prozent.

Für die Arbeit über unnötige Appendektomien bei Mädchen und jungen Frauen erhielt ich 1989 den Roemer-Preis des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, der mir von Thure von Uexküll überreicht wurde. Er überraschte mich dabei mit dem Auftrag, für sein Lehrbuch ‚Psychosomatische Medizin‘ ein Chirurgie-Kapitel zu schreiben, das bislang noch gefehlt hatte. An diesem Kapitel musste ich sehr lange arbeiten. Als ich es endlich fertiggestellt hatte, gab ich es einer Kollegin zum Lesen, die ich sehr schätze. Sie war durchaus angetan von meiner Arbeit, stellte dann aber eher lapidar fest: „So ganz verstehe ich nicht, was das mit Psychosomatik zu tun haben soll, es ist doch eigentlich nur eine Beschreibung, was einen guten Chirurgen auszeichnet.“ Da war er also wieder, der gute Chirurg. Mein Oberarzt hatte mir ja früh klar gemacht, dass es nicht die technische Operationsfertigkeit allein ist, die einen guten Chirurgen ausmacht. Die Mütter der Patientinnen mit Bauchschmerzen hielten (und halten) mich für einen miserablen Chirurgen, das steht fest. Ist ein guter Chirurg also vielleicht einer, der sozusagen in höherem Auftrag tätig ist? Wenn man unter Patienten, Schwestern und Pflägern, OP-Personal, Ärzten und unter Chirurgen selbst eine Umfrage machen würde, würde sich ein sehr vielschichtiger dissonanter bis widersprüchlicher Chirurg abzeichnen.

Durch den Kontakt mit Thure von Uexküll und der von ihm gegründeten Akademie für Integrierte Medizin bin ich dann mit diesem Unbehagen über die Zweigleisigkeit endlich weiter gekommen. „Es gibt eine Medizin für Körper ohne Seelen und eine für Seelen ohne Körper“, dieser Satz hat mich so beeindruckt, weil er meine ‚gefühlte‘ Zweigleisigkeit auf den Punkt brachte. Die meisten meiner Kollegen versuchten wie ich, dieses Zweigleisigkeitsproblem dadurch zu lösen, dass Sie sich primär an den Nöten ihrer Patienten orientierten und sich nicht den technischen Faszinationen und ökonomischen Zwängen ihres Faches unterwarfen. Einige andere meiner Kollegen fanden ihren eigenen Weg auch durch den Erwerb eines psychotherapeutischen Zusatztitels, waren sozusagen zweigleisig qualifiziert, arbeiteten auch zweigleisig, indem sie ihren Arbeitstag teilten: einige Stunden Medizin für Körper ohne Seelen, einige Stunden Medizin für Seelen ohne Körper. Es bleibt bei diesen Lösungsversuchen aber immer das unbestimmte Gefühl bestehen, dass eine wichtige Verbindung fehlt. Diese ‚individuellen‘ Lösungsversuche des Dualismus sind sozusagen additiv, aber keine Integration.

So stellt sich die Frage: Was könnte die Psychosomatik der Chirurgie geben, wie müsste Integrierte Chirurgie aussehen? In der Geschichte der Psychosomatik spielt die Chirurgie an einer einzigen Stelle eine kurze, wichtige, aber weitgehend unbekannt Rolle: Die amerikanische Psychoanalytikerin Flanders Dunbar verfolgte vor etwas mehr als 50 Jahren die Annahme, dass so wie in der Psychoanalyse zeitlich eingrenzbar biographische Lebensphasen der Entstehung spezifischer

Neurosen zugeordnet waren (z.B. ‚Waschzwang - anale Phase‘), auch in der Psychosomatik einer körperlichen Erkrankung ein solcher typischer biographischer, auf einen Lebensabschnitt bezogener ungelöster Konflikt zugrunde liegen könnte. Dunbar untersuchte mit dieser Fragestellung Patienten, die an Angina pectoris litten. Als Kontrollgruppe wählte sie Patienten einer Unfallstation (Dunbar 1954). Die Untersuchung blieb hinsichtlich der Angina-Pectoris-Patienten ohne greifbares Ergebnis. "Eine hochinteressante Überraschung aber widerfuhr der Autorin bei der Analyse ihrer Kontrollgruppe, die sie aus den Patienten einer Unfallstation bildete, in der Annahme, dass es sich dabei wohl mit Sicherheit um Patienten handeln müsse, deren Ursache des Leidens rein physischer Natur, abhängig nur vom Zufall und von mechanischen Bedingungen, sei. Die Mehrzahl der Patienten hatte nämlich schon eine Reihe von Unfällen erlebt, jedenfalls wesentlich mehr, als es der statistischen Erwartung entsprochen hätte. Es gab also ... einen Unfalltyp, der, wie man weiter feststellte, durch besondere emotionale Gespanntheit und Neigung zu Fehlleistungen und zu kurzschlüssigen Impulsreaktionen gekennzeichnet ist." (Wesiack 1983) Bei einer Beratungstätigkeit für eine große, weltweit tätige Spedition konnte Dunbar diese Ergebnisse später noch einmal bestätigt finden. Es ließen sich bei der Analyse des Krankenstandes in dieser Firma bestimmte Fahrer herausfiltern, die besonders häufig in Verkehrsunfälle verwickelt waren. Diese Fahrer wurden nun in den Innendienst versetzt. Dort stolperten sie dann aber überzufällig häufig über Türschwellen, zogen sich an zerbrochenen Gläsern Schnittwunden zu oder verbrühten sich mit heißem Kaffee. Es gibt also einen *Unfalltyp*, aber keinen *Angina-Pectoris-Typ*. Mit dieser These wird keine neue Debatte über die Spezifitätshypothese (gleiche Krankheit – gleicher Konflikt) eröffnet, im Gegenteil. Ein Unfall ist nämlich keine Krankheit. Ein Unfall ist sozusagen ein Vorgang, ein Ereignis: keine Krankheit, sondern ein (gestörter) Handlungsablauf.

In gewisser Hinsicht ist die Chirurgie ein seltsames Fach. Es definiert sich ausschließlich durch die Möglichkeit der chirurgischen Therapie. Meistens werden Facharzt-Disziplinen nach Organsystemen definiert, z.B. die Neurologie, die Gynäkologie, die Urologie, die Dermatologie, Augenheilkunde usw. Andere Fächer definieren sich nach der angewandten Technik, z.B. die Radiologie oder die Labormedizin. Wieder andere Fächer definieren sich nach ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Lebensabschnitten, wie etwa die Pädiatrie oder die Geriatrie. Das alles trifft für die Chirurgie nicht zu. Die Chirurgie bezieht ihre Identität allein aus ihrer Tätigkeit, aus ihrem Handeln. Wenn es für eine Krankheit oder eine Krankheitsphase eine angemessene operative Therapie gibt, ist die Krankheit eine chirurgische Krankheit und der Patient ein chirurgischer Patient. Wenn nicht, dann nicht. Die Krankheit selbst lässt überhaupt keine Rückschlüsse auf die Ätiologie zu: Nehmen wir einen Patienten mit einer typischen distalen Radiusfraktur, eine der häufigsten Verletzungen durch Sturz. Dieser Patient braucht einen Chirurgen, der die Fraktur auf dem Röntgenbild erkennt, die Fragmente in ihre anatomische Stellung reponiert oder die Indikation zu einer Osteosynthese stellt. Die Radiusfraktur als Verletzung, als Krankheit, mit der Patienten zu einem Chirurgen kommen oder gebracht werden, bietet, wie alle anderen ‚chirurgischen‘ Krankheiten, bei Betrachtung der Ätiologie ein buntes Bild. So kann die gleiche Fraktur durch einen Verkehrsunfall, einen epileptischen Anfall, eine Schlägerei, eine psychogene Ohnmacht, eine ‚Unfallpersönlichkeit‘, eine hormonell bedingte Osteoporose, durch Glatteis oder durch einen Selbstmordversuch verursacht worden sein. Daraus ergibt sich, dass es beim Nachdenken über die Psychosomatik in der Chirurgie nicht um Krankheiten gehen kann. Man kann also nicht ein

chirurgisches Lehrbuch nehmen und die übliche Darstellung von Befund, Diagnose und Therapie noch um ein psychosomatisches Anhängsel ergänzen. Es gibt nämlich keines.

Wenn die chirurgischen Krankheiten nicht den Schlüssel zum Verstehen der Chirurgie liefern, dann rückt der chirurgische Patient in den Mittelpunkt der Betrachtung: Krankheiten, die einen operativen Eingriff erforderlich machen, können keine harmlosen Krankheiten sein, sonst würde wohl niemand das Risiko eines chirurgischen Eingriffs in Erwägung ziehen. Sie sind somit in ihrem Entstehen und ihrem Verlauf immer mit psychischen Erschütterungen der betroffenen Patienten verbunden. Angst vor dem Ausgeliefertsein, vor Verstümmelung, vor dem Tod prägen die Interaktion zwischen Krankem und Chirurg. Das einzige, was chirurgische Patienten wirklich gemeinsam haben, ist ihre chirurgische Erkrankung. Da chirurgische Krankheiten aber nichts anderes gemeinsam haben, als dass sie mit einem operativen Eingriff behandelt werden können, können chirurgische Patienten auch nichts weiter gemeinsam haben. Wenn es also einen Platz für die Psychosomatik in der Chirurgie gibt, dann nicht in der chirurgischen Krankheitslehre und nicht in der Betrachtung der chirurgischen Patienten. Er ergibt sich aus der Betrachtung des chirurgischen Handelns.

Im chirurgischen *Handeln* konstituieren sich die eigentlich wichtigen Vorgänge der Arzt-Patient-Beziehung. Die Frage muss also heißen: Wie ist das chirurgische Handeln organisiert, wie ist der Ablauf der chirurgischen Tätigkeit zu verstehen? Das chirurgische Handeln wird immer mit der Ausübung der operativen Fertigkeit, dem eigentlichen hochqualifizierten Handwerk, gleichgesetzt und gleichzeitig verengt. Wie mit Scheuklappen wird dabei übersehen, dass vor und nach einer Operation ganz entscheidende Phasen chirurgischen Handelns stattfinden, während in der Phase der eigentlichen Operation vom dynamischen Standpunkt aus betrachtet eher wenig passiert. Wäre die Chirurgie nur ein Handwerk, dann wäre der Mensch, also der Patient, auch nur eine Maschine, eine triviale Maschine, wie Heinz von Foerster das genannt hat. Eine triviale Maschine zeichnet sich dadurch aus, dass auf die gleiche Ursache (Input) immer und ausschließlich die gleiche Reaktion (Output) folgt. Es handelt sich um ein triviales, nicht lernendes Modell. Mit ihm wird eine objektive Realität unterstellt. Diese objektive Realität ist unabdingbar, immer die gleiche und sinngebend (Foerster 1993). Man kann die daraus resultierende Medizin als ein Uhrmachermodell beschreiben: Deckel auf, kaputtes Zahnrad suchen, finden und ersetzen, Deckel wieder zu. Dieses Modell der trivialen Maschine ist für die Chirurgie fundamental und unverzichtbar. Es ist Grundlage der enormen chirurgischen Behandlungsfortschritte der letzten 150 Jahre. Interventionen im Sinne des trivialen Maschinenmodells sind immer dann notwendig, wenn ein akutes Krankheitsgeschehen unmittelbares Eingreifen erfordert, um die physiologischen, biochemischen und physikalischen Abläufe aufrechtzuerhalten. Konkret: Der intubierte polytraumatisierte bewusstlose Patient im Notarztwagen ist mit seinen ‚trivialen‘ physikalischen, biochemischen und physiologischen Funktionen in Lebensgefahr. Der Chirurg handelt auf dieser Ebene mit einem konstanten, in dieser Situation nicht lernenden Prinzip, steuert vitale Funktionen medikamentös und maschinell, greift operativ und invasiv ein. Der Chirurg weiß ‚alles‘ über diesen Patienten. Der Patient hat keinerlei Geheimnisse. Das nennt man ein ‚offenes‘ System. Dieses offene System ist ein hochkompliziert, voller mechanischer, physikalischer, chemischer und biologischer Kausalitäten, die es zu kennen, zu balancieren und zu stabilisieren gilt. Gegenüber diesem Extremfall

auf der einen Seite stelle man sich den gleichen Patienten (gerettet) vier Wochen später vor als einen Diabetiker mit viertgradiger arterieller Verschlusskrankheit eines Beines, Ulcus cruris und Mal perforans, gestörtem Sehvermögen und einer reaktiven Depression. Vom Ulcus cruris geht eine Phlegmone aus, es droht eine Sepsis. Jetzt ist kein entschlossenes, kommunikationsloses Ein-Greifen gefragt. Jetzt liegt ein Patient im Krankenbett mit einer Vergangenheit und einer Gegenwart, und mit Wünschen und Ängsten für seine Zukunft. Der Chirurg weiß zunächst nichts über diesen Menschen, der sich aus seiner Wirklichkeit, aus seiner ‚Black Box‘, mit mehr oder weniger verständlichen Zeichen zu seinen gegenwärtigen existentiellen Problemen äußert, z.B. auch zu der Frage einer bevorstehenden Unterschenkelamputation. Biologie, Chemie und Physik helfen jetzt nichts. Jetzt muss ein ganz anderes Kommunikationskonzept zum Zuge kommen, eines ohne objektive Realität, ohne wirkliches Wissen über das Subjekt Patient. Hier hilft nur eine konstruktivistische Sicht der Dinge: der Chirurg weiß im Gegensatz zum trivialen Maschinenmodell nichts über diesen Patienten, er muss auf Zeichen achten, auch auf die eigenen, und er muss mit dem Patienten eine gemeinsame Wirklichkeit aufbauen, eine Passung zwischen der eigenen und der fremden Wirklichkeit, ohne die es kein therapeutisches Weiterkommen geben kann. Dieses Kommunikationsmodell nennt Heinz von Foerster das der ‚nicht-trivialen Maschine‘, man nennt das ein ‚geschlossenes‘ System. Verschreibt sich der Chirurg aber jetzt weiterhin dem Konzept der trivialen Maschine, dann wird die Arzt-Patient-Beziehung, unabhängig von technischen Fertigkeiten dieses Arztes, scheitern, und damit ist das Scheitern der ganzen Behandlung vorprogrammiert. Ein solches Scheitern ist der Grund für verschiedene postoperative Komplikationen, von einfachen Wundheilungsstörungen über Chronifizierungen und Nachoperationen bis zur ‚Psychiatisierung‘ auf Grund eines eintretenden psychosozialen Desasters. Die ärztliche ‚Kunst‘ des Chirurgen erfordert es also, die aktuelle Situation des Patienten zwischen den beschriebenen Polen zu erkennen und das triviale durch das nicht-triviale Maschinenmodell zu ergänzen. Er muss zwischen dem trivialen und dem nicht-trivialen Modell wechseln, floaten, wandern, frei schweben. Dazu bedarf es noch anderer Fähigkeiten als der rein handwerklichen. Diese kann man auch erlernen.

Wieder zurück zum chirurgischen Handeln: Vor einer Operation steht als erste Phase immer die Indikation, und nach der Operation als zweite Phase steht als dritte Phase immer die Restitution. Also: Indikation – Operation – Restitution. Die Betrachtung gilt also weder chirurgischen Krankheiten noch chirurgischen Patienten, sondern dem chirurgischen Handlungsablauf. Weder bei der Indikation noch bei der Restitution sind in erster Linie technisch-handwerkliche, sondern vielmehr professionelle Fähigkeiten eines produktiven Umgangs mit der Arzt-Patient-Beziehung gefragt. Diese Fähigkeiten sind, wie gesagt, erlernbar. Um welche Fähigkeiten handelt es sich?

Als Beispiel möchte ich noch einmal die bereits erwähnte Arbeit über unnötige Appendektomien bei Mädchen und jungen Frauen heranziehen (Hontschik 1994). Das statistische Bild, das sich aus der Auswertung eines Operationsjahrganges unseres Krankenhauses ergab, war in einer Hinsicht besonders verblüffend: obwohl immer schon und überall etwa zwei Drittel der an akuter Appendizitis Erkrankten männlichen Geschlechts sind, wurden in unserer Klinik zu mehr als zwei Dritteln Frauen appendektomiert. Die Männerkrankheit Appendizitis wurde also von der Frauenoperation

Appendektomie konterkariert. Diese Paradoxie wird umso krasser, als das Überwiegen der weiblichen Patienten fast allein auf den Anteil von Mädchen und jungen Frauen an den Operationen zurückzuführen war. Bei Durchsicht der histologischen Befunde stellte sich heraus, dass diese Mädchen und jungen Frauen gar keine akute Appendizitis hatten, sondern eine 'subakute', oder eine 'chronische' oder eine 'chronisch-rezidivierende'. Für diese gesunden Appendices habe ich in der Literatur 46 verschiedene Namen gefunden: je mehr Namen eine Krankheit hat, desto unwahrscheinlicher ist es, dass es sie wirklich gibt. Wir hatten es also nicht mit einer krankheitsimmanenten Fehldiagnoserate zu tun. Womit aber dann? Die weitere Auswertung ergab dazu verschiedene Hinweise, wobei in die Auswertung auch unkonventionelle Parameter einbezogen wurden wie z.B. Wochentagsrhythmus, Alter und Geschlecht des chirurgischen Erstuntersuchers, Diagnosesicherheit in den verschiedenen zeitlichen Abschnitten des chirurgischen Arbeitstages usw.: Die Mädchen und jungen Frauen, die schweigend 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 gewesen wäre. Die untersuchenden Chirurgen waren zu etwa 20 Prozent häufiger junge männliche Chirurgen, als dies ihrem Anteil am ärztlichen Ambulanzpersonal entsprach. Vorsichtig formuliert: Junge männliche Chirurgen wiesen eine gewisse erhöhte Affinität zu jungen weiblichen Patientinnen mit Unterbauchschmerzen auf. Die Fehldiagnoserate bei diesen Mädchen und jungen Frauen betrug ca. 70 Prozent, während sie bei allen männlichen Patienten und bei Frauen sonstigen Lebensalters mit etwas über 20 Prozent der krankheitsimmanenten Fehldiagnoserate nahe kam, und während die Fehldiagnoserate in der Zeit des Bereitschaftsdienstes auch nur etwa 20 Prozent betrug, schnellte sie in der normalen Arbeitszeit auf fast 60 Prozent hoch. Diese Fehldiagnoserate war also nicht die krankheitsimmanente, und meine weitere Arbeitshypothese fand darin Ausdruck, dass ich sie die *psychodynamische Fehldiagnoserate* nannte.

Als Chirurg steht man Erkenntnissen dieser Art zunächst eher hilflos gegenüber, denn die Behandlung solcher Fälle würde auf der Basis des gängigen dualistischen Paradigmas der Humanmedizin lauten:

Triviale Maschine hat Bauchschmerzen.

Chirurg klappt Deckel auf,

entfernt vermuteten ursächlichen Schaden,

klappt Deckel wieder zu.

Triviale Maschine hat immer noch Bauchschmerzen.

Für psychische Überlagerungen ist Chirurg nicht zuständig:

Überweisung in die Psycho-Abteilung.

Das Behandlungskonzept solcher Fälle unter konstruktivistischem Paradigma, das eine subjektive Realität beim Patienten und beim Arzt und das Kommunikationsprinzip der nicht-trivialen Maschine des Gegenübers als Black Box voraussetzt, zu dem man nur mit Hilfe semiotischer Konstruktionen eine Passung herstellen kann, ist weniger einfach. Es könnte zum Beispiel so lauten: Es sind drei Personen beteiligt (was ja für zwischenmenschliche Beziehungen immer eine ungute Zahl ist). Da in diesen Fällen

Tochter und Mutter mit der beschriebenen auffallenden Regelmäßigkeit zum Chirurgen kommen, liegt die Annahme nahe, dass die Bauchschmerzen der immer schweigenden Tochter, das zwingende Verlangen der aggressiven Mutter und das letztlich doch ebenfalls aggressive, weil invasive, aber auch zurückweichende Operieren des Chirurgen eine Widerspiegelung des Grundkonflikts dieser Dreierbeziehung darstellt. Es könnte sich um eine durch Pubertät und Adoleszenz, also durch die erwachende eigenständige Sexualität der Tochter ausgelöste Familienkrise zu handeln, die natürlich am Wochenende eskaliert und in der spätestens am Montag eine ganz bestimmte Sorte Mann als Ausweg gesucht werden muss und gefunden wird. Das Risiko dieser Töchter, in genau diesem Alter unnötig appendektomiert zu werden, lag in dem untersuchten Operationsjahrgang zehn Mal höher als das männlicher Jugendlicher gleichen Alters oder das jüngerer oder älterer Frauen. Nebenbei bemerkt: Wahrscheinlich hängt es nur von den innerfamiliären Machtverhältnissen ab, welche der beiden Frauen zur chirurgischen Patientin wird, denn die Zahl der Gallenblasenentfernungen und/oder der verstümmelnden gynäkologischen Eingriffe am weiblichen Genitale ist in diesem Alter der Mütter eigenartig hoch.

Etwas anders formuliert: Wir finden an Montagen überzufällig häufig ein stereotypes, regelmäßiges *Vorspiel* zwischen junger Frau (Patientin), jungem Mann (Chirurg) und älterer Frau (Mutter), dass entweder (wenn der Chirurg sich *verweigert*) tiefe Aggressionen auslöst, oder (*spielt* der Chirurg mit) eine unnötige Operation nach sich zieht: Am Ende wird unter *sterilen* Kautelen der Unterbauch rechtsseitig eröffnet und das *unschuldige* Organ entfernt. Operateure sagen dann lapidar, die Appendix *erröte* jetzt, wenn sie - nicht erkrankt - ins Licht der OP-Lampe gezerrt worden ist. In manchen chirurgischen Lehrbüchern wird die Appendix auch als ins Operationsfeld *erigiert* beschrieben. So hat man es bei dieser Operation ständig mit doppeldeutigen – man könnte auch sagen, eindeutigen sexuellen - Begriffen zu tun.

Noch einmal anders formuliert: Die Symbolik des Eingriffs in den Unterbauch, die unbewusst einer sexuellen Handlung wie Defloration mit Geschlechts- und Schwangerschaftskontrolle oder einer Strafe oder einer Kastration oder einer Beschneidung mit unsichtbarer, innerer Verstümmelung und sichtbarer, äußerer Vernarbung nahe kommt, diese Symbolik verrät auch das aggressive Element bei der Mutter, die ja nach dem Eingriff immer eine Beruhigung erfährt: Die Mütter befinden sich gerade in einer Lebensphase, in der das Erfüllen des allgemein angestrebten Frauenbildideals (jung, schlank, glatte Haut, sexuell ansprechend usw.) - personifiziert in der Tochter - immer schwerer gemacht wird. Die immer schweigenden Töchter wiederum sind an einer Art Absolution für die mit ihrem sexuellen Erwachen ausgelöste Familienkrise interessiert und nehmen die Operation quasi als gerechte Strafe in Kauf. Vielleicht ist es auch nur eine Art von Vergegenständlichung des Begriffs Einschnitt, welcher ja an jedem Übergang von einer Lebensphase in die andere zu verzeichnen ist. Man könnte solche Gedanken noch weiterspinnen, wenn man eine solche Operation, massenhaft ausgeführt wie bei uns, als zivilisierte Sonderform eines Initiationsritus auffasst. Begreift man diese Töchter im Sinne Balints als vorgeschobene Patientinnen, die stellvertretend für ihren die ganze Familie betreffenden Adoleszenzkonflikt operiert werden, so kann man auch sagen, dass die Chirurgie hier missbraucht wird,

bzw. sich zu einer Art 'Familientherapie', oder wie ich es nennen würde, zu einer *Psychotherapie mit dem Skalpell* missbrauchen lässt.

Das herrschende Paradigma der trivialen Maschine würde solche Überlegungen gar nicht zulassen. Wenn der Patient, also der Mensch - der Patient ist ja ein Mensch – *nur* eine triviale Maschine wäre, dann wäre der Arzt - auch ein Mensch - logischerweise ja auch nur eine triviale Maschine. Das kann kein guter Arzt werden, der so ausgebildet wird und so denkt, aber mit dem trivialen Interventionskonzept fasziniert die Chirurgie natürlich in hohem Maße, was man zum Beispiel daran erkennen kann, dass man bei jungen Chirurgen zu Beginn ihrer Ausbildung mit dem Nachdenken über das Paradigma der eigenen Tätigkeit nur ein müdes Lächeln erntet, während man umgekehrt typischerweise bei Abschiedsvorlesungen chirurgischer Ordinarien eine Fülle solcher Gedanken finden kann, selbst wenn diese nicht nach Konstruktivismus und Zeichentheorie strukturiert sind.

Zurück zur trivialen und nicht-trivialen Realität der Chirurgie: Nach einigen Diskussionen haben wir uns in unserer Klinik entschlossen, mit einem neuen, modernen Indikationskonzept die nicht krankheitsimmanent, sondern psychodynamisch verursachten Fehldiagnosen abzustellen. Unser Vorgehen war einfach: Die bislang nur für die Zeit des Bereitschaftsdienstes geltende Maxime, nur akute Fälle zu operieren, wurde für die gesamte Arbeitszeit übernommen. Mit anderen Worten: Keine Appendektomie mehr als Wahleingriff, geplant auf dem Operationsprogramm, sondern immer nur sofort oder gar nicht, was auch für die zur Beobachtung aufgenommenen unklaren Fälle galt. Die Ergebnisse dieser Umstellung von dem sehr weiten auf ein jetzt restriktives Indikationskonzept hat überrascht: statt wie bislang 600 wurden von da an und bis heute nur noch weniger als 150 Appendektomien im Jahr durchgeführt, also ein Viertel (Hontschik und Stelter 1990). Im Vergleich zweier für die beiden Indikationskonzepte repräsentativen Jahrgänge zeigte sich eine Konstanz der Fälle akuter Appendizitis von etwa 120 pro Jahr, entsprechend dem konstanten und weitgehend konkurrenzlosen Einzugsgebiet des untersuchten Krankenhauses. Das entspricht einem Rückgang der Fehldiagnoserate von über 70 Prozent auf unter 20 Prozent, also auf die krankheitsimmanente Fehldiagnoserate, in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern. Es zeigte sich ferner: während bei dem alten Konzept über 60 Prozent der Operierten Frauen waren, kam es im restriktiven Verfahren zu einem Überwiegen der Männer, wie es der Epidemiologie der akuten Appendizitis entspricht.

Vieles ist jetzt wegen der gebotenen Kürze bei der Herleitung dieses modernen, integrierten Appendektomie-Konzeptes vielleicht ungenau geblieben, es kann anderswo nachgelesen werden (Hontschik 1994). Aber der gedankliche Ansatz, die Einstellung, die Art der Denkweise einer in die Chirurgie integrierte Psychosomatik sollte deutlich werden. Nahezu alle Operationsindikationen unserer täglichen chirurgischen Praxis könnten auf diese Weise durchdacht werden. Viel Erfahrung, besonders aber auch Selbsterfahrung sind dazu nötig. Diese Fähigkeiten sind nicht angeboren und keine Frage des chirurgischen Talents. Sie sind aber erlernbar: Ein großer Teil dieser Fähigkeiten lässt sich beispielsweise durch die kontinuierliche Teilnahme an einer Balintgruppe erlernen. Und diese Fähigkeiten sind es, die entscheiden, ob man die Chance hat, ein guter Chirurg zu werden.

Ein guter Chirurg beherrscht sein Handwerk und sein Handwerkszeug. Die Kenntnis der anatomischen und physiko-chemischen Funktionsweisen des menschlichen Körpers sind selbstverständliche Grundlage seines Handelns. Die chirurgischen Instrumente benutzt er sicher und zielorientiert. Mit anderen Worten: Der gute Chirurg bewegt sich selbstverständlich und souverän in der trivialen Maschine. Ein guter Chirurg weiß aber vor allen Dingen auch, dass der Mensch keine triviale Maschine ist. Er weiß, dass operative Eingriffe häufig mit Brüchen biographischer Phasen, mit Einschnitten im Leben eines Menschen korrelieren. *Die* chirurgischen Krankheiten gibt es nicht, ebenso wenig wie *den* chirurgischen Patienten. Erst Betrachtungen, die das chirurgische Handeln in den Mittelpunkt stellen, zeigen die Unzulänglichkeiten des herrschenden ‚trivialen‘ Paradigmas in der Humanmedizin und selbstverständlich auch in der herrschenden Chirurgie. Deswegen ist ein additives Verfahren, das die Psychosomatik als eigenständiges ärztliches Fach ansieht, keine Lösung. Ebenso wäre es absurd, aus guten Chirurgen schlechte Psychotherapeuten machen zu wollen. Außerdem kann ein chirurgischer Patient nach einer Operation psychisch nicht gesünder sein, als er es vorher war. Aus dieser Sicht ist es bedauerlich, dass die Psychosomatik ein eigenständiges Fach geworden ist (damit meine ich nicht die Psychotherapie). Es ist dadurch zu einer Zementierung der Zweiteilung der Medizin für körperlose Seelen und einer Medizin für seelenlose Körper gekommen, aus chirurgischer Sicht zu einer Art von schleichendem ‚Outsourcing‘: Seelisches wird als fachfremd, als ‚Überlagerung‘ zwar nicht ignoriert oder abgetan, aber an die neuen Spezialisten delegiert. Der Patient wird weiterhin in Körper und Seele zerteilt.

Die faszinierende individuelle Konstruktion von Wirklichkeit, die jedes Lebewesen leisten muss, um zu überleben, wird an neue Spezialisten delegiert. Bernard Lown nennt das ‚Die verlorene Kunst des Heilens‘ (Lown 2002). Man kann versuchen, diesem Trend zu widerstehen. Selbstverständlich beinhaltet dieser Widerstand auch die Ablehnung der ‚International Classification of Diseases‘, des ‚Managed Care‘ und der ‚Disease-Management-Programme‘, des ‚Qualitätsmanagements‘ oder der ‚Diagnosis Related Groups‘ und wie all anderen modernen Chiffren zur Zerstörung der individuellen Wirklichkeit in der Heilkunde heißen.

Die Psychosomatik gehört in die Chirurgie, ebenso wie in alle anderen Fächer, hinein. So verstandene Psychosomatik hat damit die Aufgabe, sich überflüssig zu machen. Thure von Uexküll, der in diesem Jahr 96 Jahre alt geworden ist, hat das vor kurzem so formuliert: „Jede Diskussion über die Medizin muss mit der Frage beginnen: Was ist ein guter Arzt? Eine kurze Antwort könnte lauten: Ein guter Arzt kann eine Krankengeschichte erheben, die zwischen ihm und dem Patienten eine gemeinsame Wirklichkeit, eine Passung aufbaut, in der Verstehen und Vertrauen die Grundlage für ein diagnostisches und therapeutisches Bündnis schaffen.“ (Uexküll 2002). Der Versuch lohnt sich, mit diesem Konzept an die chirurgische Arbeit heranzugehen. Mir macht meine Arbeit als Chirurg jedenfalls wieder Freude, seit ich versuche, in diesem Sinne *Arzt* zu sein. Ich nenne das ‚Integrierte Chirurgie‘. Nur in der Integrierten Chirurgie liegt für mich die Chance, ein guter Chirurg zu werden. Und da es sich immer nur um individuelle Wirklichkeiten und singuläre, unwiederholbare Passungsvorgänge handeln kann, wird die Antwort auf die Frage, was ein guter Chirurg ist, immer verschieden ausfallen müssen.