

# Was hat die Psychosomatik in der Chirurgie zu suchen?<sup>1</sup>

Bernd Hontschik

Selten hat mir die Vorbereitung eines Vortrages so viele Schwierigkeiten bereitet. Das hat viele Gründe, aber einer davon ist sicher, dass ich nicht so genau weiß, was Sie als Psychotherapeuten an der Chirurgie eigentlich interessiert. Ich wollte dieses Problem zuerst so lösen, dass ich den Registerband der Freud-Gesamtausgabe zur Hand genommen habe, und siehe da, an insgesamt sieben Stellen äußert er sich zur Chirurgie. Meine Hoffnung auf einen guten Einstieg in Ihre Welt der Psychoanalyse ist aber gleich wieder enttäuscht worden. Freud benutzt die Chirurgie ausschließlich, um die Psychoanalyse gegen ihre damaligen Widersacher zu verteidigen. Eine typische Stelle (aus den erstmals 1910 veröffentlichten Vorlesungen ‚Über Psychoanalyse‘) lese ich Ihnen vor: „Man merkt, dass der Kranke wunde Stellen in seinem Seelenleben hat, aber man scheut sich, dieselben zu berühren, damit sein Leiden nicht noch mehr gesteigert werde. ... Aber der Chirurg lässt sich bekanntlich von der Untersuchung und Hantierung am Krankheitsherd nicht abhalten, wenn er einen Eingriff beabsichtigt, welcher dauernde Heilung bringen soll. Niemand denkt ... daran, ihm die unvermeidlichen Beschwerden der Untersuchung oder die Reaktionserscheinungen der Operation zur Last zu legen, wenn diese nur ihre Absicht erreicht ... . Ähnlich liegen die Verhältnisse für die Psychoanalyse; sie darf dieselben Ansprüche erheben wie die Chirurgie; der Zuwachs an Beschwerden, den sie dem Kranken während der Behandlung zumutet, ist bei guter Technik ungleich geringer, als was der Chirurg ihm auferlegt, und überhaupt gegen die Schwere des Grundleidens zu vernachlässigen“ (Freud 1961a, S. 56 ff). Die 23. Vorlesung zur ‚Einführung in die Psychoanalyse‘, erstmals erschienen 1917, enthält ebenfalls eine Verteidigungsrede, diesmal gegen die Angriffe oder Übergriffe der Angehörigen: „Die psychoanalytische Behandlung ist einem chirurgischen Eingriff gleichzusetzen und hat wie dieser den Anspruch, unter den für das Gelingen günstigsten Veranstaltungen vorgenommen zu werden. Sie wissen, welche Vorkehrungen der Chirurg dabei zu treffen pflegt: geeigneter Raum, gutes Licht, Assistenz, Ausschließung der Angehörigen usw. Nun fragen Sie sich selbst, wie viele dieser Operationen gut ausgehen würden, wenn sie im Beisein aller Familienmitglieder stattfinden müssten, die ihre Nasen ins Operationsfeld stecken und bei jedem Messerschnitt laut aufschreien würden“ (Freud 1961a, S. 477 ff).

Freuds Äußerungen enthalten implizit eine klare, einfache und eindeutige Theorie der Humanmedizin. Diese Theorie möchte ich der Einfachheit halber zunächst so formulieren: Es gibt eine Medizin für die Seele, die Psychoanalyse, und eine Medizin für den Körper, Paradebeispiel ist die Chirurgie. Auf dieser Basis fordert Freud sozusagen die gleichen Rechte für die Medizin für die Seele, wie sie die Medizin für den Körper schon längst hat. Diese Theorie ist bis heute die Basis der Schulmedizin. Ob sie auch die Basis Ihrer psychoanalytischen Denkweise ist, würde mich nun wieder interessieren. Freud hat mir bei meinem Problem mit der Vortragsvorbereitung für heute Abend also nicht wirklich helfen können. Ich habe es dann noch mit Georg Groddeck (1983) versucht, mit der ‚poly-surgical addiction‘ von Karl Menninger (1934), mit Helene Deutsch (1942), die die Chirurgie ‚the bloody surgical attack itself‘ nennt, oder mit Karl Landauer (1991), der ja 1929 das Frankfurter Psychoanalytische Institut gegründet hat, in dessen Tradition wir uns heute hier treffen.

Das hat mir alles nichts geholfen. Da ich also wirklich nicht herausbekommen habe, was Sie ausgerechnet an der Chirurgie interessieren könnte, werde ich mich jetzt darauf beschränken, was mich an der Chirurgie interessiert. Mein Thema heute Abend ist, welchen Platz die Psychosomatik in der Chirurgie haben sollte, ob sie überhaupt einen haben sollte. Da ich vermute, dass Sie als meine Zuhörer überwiegend psychotherapeutisch tätig sind, habe ich mir gedacht, ich spreche zunächst eher viel über die Chirurgie, danach eher weniger über die Psychosomatik, und dann könnten wir in der Diskussion zusammen die Schnittmenge anschauen, die ich vorzuschlagen hätte.

In der Geschichte der Psychosomatik spielt die Chirurgie an einer einzigen Stelle eine ganz kurze, aber überraschend wichtige Rolle. Ich meine damit die Untersuchungen der amerikanischen Psychoanalytikerin Flanders Dunbar (1955). Sie verfolgte die Annahme, dass ähnlich wie man damals in der Psychoanalyse zeitlich eingrenzbaaren biographischen Lebensphasen die Entstehung entsprechender Neurosen zugeordnet hat (‚Waschzwang – anale Phase‘), auch in der Psychosomatik einer bestimmten körperlichen Erkrankung ein solcher typischer biographischer, auf einen bestimmten 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. Die Untersuchung blieb hinsichtlich der Angina-Pectoris-Patienten ohne greifbares Ergebnis. „Eine hochinteressante Überraschung aber widerfuhr der Autorin bei

<sup>1</sup> Überarbeitete Fassung eines Manuskripts nach einem Vortrag im Frankfurter Psychoanalytischen Institut (FPI) am 24. 1. 2003.

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“ (zit. nach Wesiack 1983). Bei einer Beratungstätigkeit für eine große, weltweit tätige Spedition konnte sie diese Ergebnisse später noch einmal bestätigen. Es ließen sich bei der Analyse der LKW-Unfälle 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* (einen Angina-Pectoris-Typ dagegen nicht). Ich habe jetzt nicht die Absicht, eine Debatte über die Spezifitätshypothese (gleiche Krankheit – gleicher Konflikt) wieder zu eröffnen, im Gegenteil. Ein Unfall ist nämlich keine Krankheit. Ein Unfall ist sozusagen ein Vorgang, ein Ereignis: keine Krankheit, sondern ein Handlungsablauf. Wenn ich mich jetzt zuerst zur Chirurgie äußere, dann wird der Begriff der Handlung immer wieder eine zentrale Rolle spielen und ich komme immer wieder darauf zurück. In gewisser Hinsicht ist die Chirurgie nämlich ein seltsames Fach. Es definiert sich nur und ausschließlich über die Therapie. Meistens werden medizinische Facharzt-Disziplinen ja nach Organsystemen definiert, z. B. die Neurologie, die Gynäkologie, Urologie, 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 Lebensabschnitten, wie 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.

Daraus ergibt sich, dass die Krankheit selbst überhaupt keine Rückschlüsse auf die Ätiologie zulässt. Nehmen wir einen Patient 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 aber 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 Versuch des Nachdenkens über die Psychosoma-

tik 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 der Schlüssel zum Verstehen der Chirurgie sind, dann würde jetzt als nächstes der chirurgische Patient in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken: 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 bestimmen die Interaktion zwischen Krankem und Chirurg, ganz gleichgültig, wie weit jedem der beiden dieses in der Situation bewusst ist.

Zwischen der emotionalen Situation des chirurgischen Patienten mit negativen Affekten (Schmerz, Ausgeliefertsein, Zukunftsangst, Todesangst), die sich im Laufe der operativen Behandlung dynamisch verhalten, und der emotionalen Situation des Chirurgen, der sein tägliches Geschäft professionell verrichtet und ruhig, selbstbewusst und mit unsäglichen Werkzeugen (Messer, Zange, Sonde, Hammer, Meißel, Klemme) auf den anderen Menschen zugeht, um ihm zu helfen (!), liegt ein so tiefer Graben wie wohl sonst nirgends in der Medizin zwischen Arzt und Patient. Die Rollen sind fest verteilt, die Personen sind nicht austauschbar. Schon eher werden die Beteiligten zugeben, dass möglicherweise Psychisches im Spiel ist, wenn einer der Akteure von dem beschriebenen Schema abweicht: Es sind dies z. B. die Patienten, die scheinbar vor keiner noch so großen Operation Angst haben und die sich immer wieder verschiedenen operativen Eingriffen unterziehen; umgekehrt sind es die ängstlichen, zaudernden Chirurgen, die in der Routine eines Operationsbetriebes auffallen und zu Nachdenklichkeiten oder Schwierigkeiten Anlass geben. Das einzige, was chirurgische Patienten gemeinsam haben, ist, dass sie eine chirurgische Erkrankung haben. Da chirurgische Krankheiten aber nichts anderes gemeinsam haben, als dass sie mit einem operativen Eingriff behandelt werden können, können chirurgische Patienten strukturell auch nichts weiter gemeinsam haben. Wenn es also überhaupt einen Platz für die Psychosomatik in der Chirurgie gibt, dann nicht in der chirurgischen Krankheitslehre und nicht in der Betrachtung der chirurgischen Patienten. Es bleibt nur die Betrachtung des chirurgischen Handelns übrig.

## Chirurgisches Handeln

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 damit seltsam 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 eigentlich 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 (1993) das genannt hat. Eine triviale Maschine zeichnet sich dadurch aus, dass auf die gleiche Ursache (Input) immer und ausschließlich die gleiche Folge sichtbar wird (Output). Es handelt sich um ein triviales, ein nicht lernendes Modell. Es wird eine objektive Realität unterstellt. Diese objektive Realität ist unabdingbar, immer gleich und sinngebend. Dieses Modell der trivialen Maschine ist für die Chirurgie fundamental und unverzichtbar. Es ist die Grundlage enormer chirurgischer Behandlungserfolge der letzten 100 Jahre.

Interventionen im Sinne des trivialen Maschinenmodells sind immer dann notwendig, wenn ein akutes Krankheitsgeschehen ein unmittelbares Eingreifen erfordert, um die physiologisch-physikalischen Abläufe aufrechtzuerhalten. Konkret: Der intubierte polytraumatisierte bewusste Patient im Notarztwagen ist mit seinen ‚trivialen‘ physikalischen, chemischen und biologischen Funktionen in Lebensgefahr. Der Chirurg handelt auf dieser Ebene mit einem konstanten, in dieser Situation nicht lernenden, entschlossenen Prinzip, steuert vitale Funktionen medikamentös und maschinell, greift operativ und invasiv ein. Der Chirurg weiß ‚alles‘ über diesen Patienten. Der Patient hat keinerlei Geheimnisse, sondern ist ein hochkompliziertes System 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 als einen Diabetiker vor, 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 Welt, aus seiner black box, mit mehr oder weniger verständlichen Zeichen zu seinen existentiellen Problemen äußert, die er jetzt hat, z. B. auch zu der Frage der bevorstehenden Unterschenkelamputation. Biologie, Chemie und Physik helfen jetzt nichts. Jetzt müsste ein ganz anderes Kommunikationskonzept zum Zuge kommen, eines ohne objektive Realität, ohne vermeintlich objektives 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 hat kein offenes, triviales System gegenüber, sondern ein geschlossenes, ein verschlossenes, er muss auf Zeichen achten, auch auf die eigenen, und er muss mit dem Patienten eine gemeinsame Realität aufbauen, eine Passung, ohne die es kein therapeutisches Weiterkommen geben kann. Dieses Kommunikationsmodell nennt Heinz von Foerster (1993) das der ‚nicht-trivialen Maschine‘.

Verschreibt sich der Chirurg aber jetzt weiter dem Konzept der trivialen Maschine, dann wird die Arzt-Patient-Beziehung scheitern, unabhängig von der technischen Fertigkeit dieses Arztes. Damit ist das Scheitern der ganzen Behandlung vor-

programmiert. Ein solches Scheitern ist die Voraussetzung für die verschiedensten postoperativen Komplikationen, von einfachen Wundheilungsstörungen über Chronifizierungen und Nachoperationen bis zur ‚Psychiatisierung‘ auf Grund eines eintretenden psychosozialen Desasters.

Die ‚ärztliche Kunst‘ des Chirurgen besteht also darin, die aktuelle Situation des Patienten zwischen den beschriebenen Polen zu erkennen und das triviale Maschinenmodell zu verlassen, wenn es angezeigt ist. Er muss sozusagen zwischen dem trivialen und dem nicht-trivialen Maschinenmodell ‚floaten‘, wandern, frei schweben – dieses Wort wird Ihnen eher geläufig sein. Dazu bedarf es allerdings noch anderer Fähigkeiten als der rein handwerklichen.

Wieder zurück zum chirurgischen Handeln. Vor einer Operation steht die erste Phase des chirurgischen Handelns, die Phase der Indikation, nach der zweiten Phase, der Operation, steht die dritte Phase des chirurgischen Handelns, die Phase der Restitution (Hontschik 2003). Ich betrachte also nicht chirurgische Krankheiten, auch nicht chirurgische Patienten, sondern den chirurgischen Handlungsablauf. Weder bei der Indikation noch bei der Restitution sind in erster Linie technisch-handwerkliche Fähigkeiten gefragt, sondern vielmehr professionelle Fähigkeiten eines produktiven Umgangs mit der Arzt-Patient-Beziehung. Diese Fähigkeiten sind erlernbar. Ich möchte Ihnen jetzt entsprechend diesen drei Handlungs-Phasen *Indikation – Operation – Restitution* drei ganz unterschiedliche Denkansätze beispielhaft vorstellen.

Aus dem Bereich der Indikation stelle ich Ihnen meine eigenen Forschungsergebnisse über die Appendektomie vor (Hontschik 1994), zur Phase der Operation berichte ich Ihnen über Gedanken von Allgöwer (1983) über die Selbstsabotage von Operateuren, zur Phase der Restitution möchte ich Sie auf die Arbeiten von Klemm und Winter-Klemm (1999) über die misslungene posttraumatische Restitution der Osteomyelitis aufmerksam machen.

## Die Indikation zur Appendektomie

Zu Beginn seiner Tätigkeit ist man als Chirurg immer mit der Indikation befasst. Dabei stellt sich mit der Zeit eine gewisse Routine ein im Umgang mit dem immer gleichen Ablauf, insbesondere im Umgang mit der immer im Vordergrund stehenden *Angst* der Patienten *vor* einer Operation. Immer wieder aber fielen mir Patienten auf, die *nicht* erleichtert waren, wenn ich *keine* Operationsindikation feststellte, sondern im Gegenteil eine aggressive Auseinandersetzung mit mir begannen, also auf einer Operation bestanden. Daher beobachtete ich diese Fälle etwas genauer, denn sie hinterließen bei mir immer ein schlechtes Gefühl: so war keine befriedigende Arbeit möglich. Dieses Beobachten ergab überraschende Gemeinsamkeiten für diese Fälle: Fast immer handelte es sich um die Indikation zur Appendektomie. Fast immer waren die Patienten Mädchen und junge Frauen. Fast immer waren es außerdem gar nicht die eigentlichen jungen Patientinnen, die die genannten Auseinandersetzungen mit mir begannen, sondern die regelmäßig mit anwesenden Mütter. Diese paradoxe, aber auch stereotype Situation machte ich zu meinem Forschungsgegenstand. Davon könnte ich Ihnen jetzt stundenlang berichten,

aber an dieser Stelle muss ich es bei einem Fallbericht und einer kurzen Zusammenfassung belassen.

Zuerst der Fallbericht, aufgeschrieben an einem Montagmorgen in einer Chirurgischen Ambulanz:

„Während ich zu dem Untersuchungszimmer gehe, lese ich auf dem Einweisungsschein die Diagnose ‚chronisch-rezidivierende Appendizitis‘. Im Untersuchungszimmer liegt ein junges Mädchen. Neben der Untersuchungsliege stehen ein Koffer und ein tragbarer Fernseher, darüber liegt ein Bademantel. Am Kopfende der Liege steht eine etwas dickliche 40jährige Frau, nervös und leicht schwitzend. Sie beginnt zu sprechen, kaum dass ich das Zimmer betreten habe. Es handelt sich um die Mutter der Patientin: Was denn das jetzt hier noch solle, der Hausarzt sei jetzt schon seit einem halben Jahr vergeblich dabei, die Schmerzen ‚wegzumachen‘, was denn nun noch untersucht werden solle, jetzt müsse der Blinddarm endlich raus, denn das Kind müsse nach Weihnachten eine Lehrstelle antreten, bis dahin müsse alles in Ordnung sein.

Nachdem ich vorsichtig erwidert hatte, dass wir in der Chirurgie eher selbständig und nach chirurgischen Kriterien entscheiden, wer operiert werden muss und wer nicht, merke ich doch rasch, dass hier mit Vorsicht nichts zu gewinnen ist: Während ich das ‚Kind‘ untersuche, redet die Mutter ununterbrochen weiter. Das ‚Kind‘ ist kein besonders hübsches Mädchen, hat aber im Gegensatz zur Mutter einen gewissen körperlichen Liebreiz; es kommt mir fast ein bisschen lächerlich vor, von einem ‚Kind‘ zu sprechen.

Frage ich die Patientin, seit wann sie denn die Bauchschmerzen habe, antwortet die Mutter sofort: „Seit einem Jahr!“ . Frage ich die Patientin, wo im Bauch denn die Schmerzen seien, antwortet die Mutter gleich: „Rechts unten, rechts unten!“ . Die Tochter schweigt. Ich habe fast das Gefühl, dass sie interessiert beobachtet, wie denn der beginnende Machtkampf zwischen mir und ihrer Mutter ausgehen werde.

Nachdem ich in der Situation selbst keinen Weg gefunden habe, dem Geschehen eine andere Wendung zu geben, entschlief ich mich, sozusagen als Behelf, zur Blutabnahme. Dabei ist die Mutter kurz still, und das Mädchen sagt zum ersten Mal etwas: „Vor einem Jahr habe ich zum ersten Mal meine Periode bekommen.“ – „Na und?“ sagt die Mutter sofort; ich spüre, dass ich langsam Lust bekomme, unhöflich zu werden und frage das Mädchen, zweifellos etwas nachäffend, aber doch noch zurückhaltend: „Na und?“ , woraufhin sie mich frech anlächelt, aber nicht antwortet. Jetzt schweigt die Mutter endlich wieder.

Nach der chirurgischen Untersuchung des Abdomens, bei der sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben, verlasse ich mit dem Laborröhrchen in der Hand den Raum und bin zunächst erleichtert. Die Patientin und ihre Mutter werden in den Warteraum gebeten, bis das Ergebnis der Laboruntersuchung vorliegt.

Mit diesem Ergebnis, notiert auf der Behandlungskarte, kommen wir erneut zusammen. Beide, Patientin und Mutter, sitzen jetzt, ich setze mich ebenfalls: hinter den Schreibtisch. Wieder bin ich beeindruckt von dem umfangreichen Gepäck, das zwischen der Patientin und der Mutter aufgebaut ist.

Ich komme gar nicht dazu, meine Ablehnung der stationären Aufnahme zur Operation zu erklären, die bei der Patientin selbst einen eigenartig enttäuschten Gesichtsausdruck auslöst, als die Mutter den Einweisungsschein zurückverlangt, jetzt

ginge sie in ein anderes Krankenhaus, vielleicht gäbe es ja dort noch Ärzte, die den Kranken helfen wollten, hier sei man jedenfalls, wenn nicht faul, dann doch an den kleinen Sorgen der Menschen nicht interessiert, wofür habe man jetzt fast drei Stunden hier herumgesessen!? Rasch sind alle Sachen zusammengepackt, und die Mutter verlässt wütend den Raum, die Tochter hinterher.

Am nächsten Morgen berichtet der diensthabende Oberarzt in der Besprechung von einer nächtlichen Appendektomie bei einem 15jährigen Mädchen, das am Abend mit seiner Mutter in die Ambulanz gekommen sei. Die Mutter habe gleich nach dem Chefarzt verlangt und mit der BILD-Zeitung gedroht, die bestimmt gerne über ein Krankenhaus schreiben würde, wo man den Kranken nicht helfe. Der Oberarzt meint etwas spöttisch, er habe sich im Interesse unseres guten Rufes zur Operation entschlossen, außerdem hätte das Mädchen nach dem Eingriff bestimmt keine Bauchschmerzen mehr, das sei in diesen Fällen immer so.“

### Die histologische Diagnose lautete: ‚chronische Appendizitis‘.

Zunächst ergab die kritische Durchsicht der Grundlagenliteratur (Hontschik 1994) zu diesem Thema als erste Überraschung, dass die akute Appendizitis zu etwa zwei Dritteln eine männlich dominierte Erkrankung ist. Entwicklungsgeschichtlich ist die Appendix vermiformis kein überflüssiges Rudiment, sondern kommt nur beim Menschen und wenigen Arten der Menschenaffen vor. Die physiologische Bedeutung der Appendix ist bis heute unbekannt. Die Anatomie gibt sie als Teil des lymphatischen Abwehrsystems vor, ihr Wandaufbau ist von dem des ganzen übrigen Darmes völlig verschieden. Die Diagnose der Appendizitis ist sehr schwierig, die Differentialdiagnose ist sehr weit, auch wegen der vielfältigen Lagevariationen, so dass eine *krankheitsimmanente* Fehlerquote von ca. zehn Prozent nicht zu vermeiden ist.

Das statistische Bild, das sich aus der Auswertung eines Operationsjahrganges unseres Krankenhauses ergab, war aber ein ganz anderes: diese von männlichen Patienten weit dominierte Erkrankung wurde zu etwa zwei Dritteln bei Frauen operiert. Die Männerkrankheit Appendizitis wurde also von der Frauenoperation Appendektomie konterkariert. Diese Paradoxie wird umso krasser, als das Überwiegen der weiblichen Patienten fast alleine auf den Anteil von Mädchen und jungen Frauen an den Appendektomien zurückzuführen war.

Bei der 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 nicht erkrankten Appendices habe ich in der Literatur 46 verschiedene Namen gefunden. Nebenbei, meine allgemeine Erfahrung in diesem Zusammenhang ist: je mehr Namen eine Krankheit hat, desto unwahrscheinlicher ist es, dass es sie wirklich gibt.

Wir haben es hier also nicht mit der krankheitsimmanenten Fehldiagnoserate zu tun. Womit aber dann? Die weitere Auswertung ergab dazu verschiedene Hinweise, wobei in die Auswertung auch Parameter einbezogen wurden, die unkonventionell waren, wie z. B. der Wochentagsrhythmus, Alter und

Geschlecht des chirurgischen Erstuntersuchers, Diagnose-sicherheit in den verschiedenen zeitlichen Abschnitten des chirurgischen Arbeitstages usw.: 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 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. 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.

Die Behandlung solcher Fälle auf der üblichen paradigmatischen Basis der Humanmedizin würde hier lauten:

*Triviale Maschine hat Bauchschmerzen.*

*Chirurg klappt den Deckel auf,*

*entfernt vermuteten ursächlichen Schaden,*  
*klappt Deckel wieder zu.*

*Triviale Maschine hat immer noch Bauchschmerzen:*

*Für psychische Überlagerung ist die Chirurgie nicht zuständig.*

Die Behandlung solcher Fälle unter einem konstruktivistischen Paradigma, das also eine subjektive Realität beim Patienten und beim Arzt und das Kommunikationsprinzip der nicht-trivialen Maschine voraussetzt, dass das Gegenüber als black-box begreift, zu dem man nur mit Hilfe semiotischer Konstruktionen eine Passung herstellen kann, würde zum Beispiel so lauten können:

Wir finden hier drei beteiligte Personen, was ja für zwischenmenschliche Beziehungen immer eine ungute Zahl darstellt. Da in diesen Fällen mit der beschriebenen auffallenden Regelmäßigkeit Tochter und Mutter 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 verstüm-

melnden gynäkologischen Eingriffe am weiblichen Genitale ist in diesem Alter dieser Mütter eigenartig hoch.

Noch mal etwas anders formuliert: Wir finden überzufällig häufig an *Montagen* 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 oft 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, eindeutig sexuellen – Begriffen zu tun.

Jetzt noch mal etwas 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, das sich in der Mutter findet, die ja nach dem stattgehabten Eingriff immer eine Beruhigung erfährt: Diese Mütter befinden sich ja gerade in einer Lebensphase, in der ihnen das Erfüllen des allgemein angestrebten Frauenbildideals (jung, schlank, glatte Haut, sexuell ansprechend usw.) – personifiziert in der Tochter – immer schwerer möglich ist. Diese 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 in unserem Land üblich, als *zivilisierte Sonderform eines Initiationsritus* auf sich wirken lässt.

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

Jetzt wieder zurück zur brutalen, trivialen Realität der Chirurgie: Aus den genannten Gründen haben wir uns nach einigen Diskussionen in unserer Klinik entschlossen, diese nicht krankheitsimmanent, sondern psychodynamisch verursachten Fehldiagnosen abzustellen. Unsere Maßnahme war ganz einfach: Die bislang nur für die Zeit des Bereitschaftsdienstes geltende Maxime, nur akute Fälle zu operieren, wurde in die normale Arbeitszeit übernommen. In 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 vormalig sehr weiten auf ein jetzt restriktives Indikationskonzept hat alle überrascht: statt wie bislang immer 600 Appendektomien

im Jahr wurden von da an und bis heute nur noch weniger als 150 durchgeführt, also ein Viertel.

Im Vergleich zweier für die beiden Indikationskonzepte repräsentativen Jahrgänge zeigte sich

- eine Konstanz der Zahl der Fälle von wirklich akuter Appendizitis mit etwa 120 in jedem Jahr, entsprechend dem konstanten und weitgehend konkurrenzlosen Einzugsgebiet des untersuchten Krankenhauses,
- ein Rückgang der Fehldiagnoserate von über 70 Prozent auf unter 20 Prozent, also auf die krankheitsimmanente Fehldiagnoserate, in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern;
- und es zeigte sich, während bei dem alten Konzept über 60 Prozent der Operierten Frauen waren, dass es im restriktiven Verfahren zu einem Überwiegen der Männer kam, wie es ja der eingangs erwähnten tatsächlichen Epidemiologie der akuten Appendizitis entspricht.

Vieles ist jetzt wegen der gebotenen Kürze in der Herleitung ungenau geblieben, aber ich hoffe, dass ich den etwas anderen gedanklichen Ansatz, die etwas andere Denkweise der in die Chirurgie integrierten Psychosomatik deutlich machen konnte. Ich bin sicher, dass nahezu alle Operationsindikationen unserer täglichen chirurgischen Praxis in dieser Weise durchdacht werden könnten. Viel Erfahrung, besonders aber auch Selbsterfahrung sind dazu nötig. Diese Fähigkeiten sind nicht angeboren und keine Frage des chirurgischen Talents. Diese Fähigkeiten sind erlernbar.

Nun zur zweiten Phase der chirurgischen Tätigkeit, der Operation.

## **Die Selbstsabotage des Operateurs**

In der Behandlungsphase der eigentlichen Operation ist seitens des Patienten kein Agieren möglich. Die Motorik ist gelähmt, die Psyche und die Sinne sind ausgeschaltet, die vitalen Funktionen werden ‚künstlich‘ aufrecht erhalten. Jeder statistischen Recherche entziehen sich vorbewusste oder unbewusste Vorgänge in der präoperativen seelischen Befindlichkeit des Operateurs, soweit sie die konkrete Arzt-Patient-Beziehung betreffen. Präoperative Missstimmungen zwischen Patient und Operateur, wie sie während der Operationsvorbereitung auf der chirurgischen Station immer wieder vorkommen, Probleme des Umgangs mit körperlich abstoßenden Patienten, Probleme des Umgangs schwierigen Patienten-Charakteren, nicht nur technische Probleme des intraoperativen Umgangs beispielsweise mit massiver Adipositas können chirurgische Entscheidungen negativ beeinflussen und das Behandlungsergebnis in Frage stellen.

In seiner Abschiedsvorlesung berichtete der Schweizer Ordinarius Allgöwer 1983 von einem Phänomen, das ihm in seiner langjährigen chirurgischen Tätigkeit an sich selbst und an Kollegen aufgefallen war, dem Phänomen der Selbstsabotage. Allgöwer stellte fest, dass man als Chirurg gar nicht so selten mitten in einer Operation plötzlich nicht mehr mit dem Optimum seiner erlernten und gegebenen manuellen Fähigkeiten operiert. Besonders an kritischen Punkten eines Eingriffs kann es passieren, dass sich der Chirurg – zittrig, schweißgebadet und motorisch unsicher – selbst sabotiert. Allgöwer weist damit

darauf hin, dass die *Angst* in der Chirurgie keineswegs ein nur beim Patienten regelmäßig vorzufindender Affekt sei, sondern auch beim Operateur. Ob es im Einzelfall die Angst vor dem Versagen, die Angst vor der hohen Erwartung von Patient oder Angehörigen oder die Angst vor der Beurteilung durch Beobachter ist, in jedem Fall besteht nur eine Chance für den Chirurgen, dieses Phänomen beherrschen zu lernen: man muss sich auch mit sich selbst beschäftigen, man muss sich selbst kennen- und verstehen lernen, wenn man im Umgang mit solchen Extremsituationen erfolgreich bleiben will. Als Chirurg muss man also in der Lage sein, auch während einer Operation seine eigenen Gefühle, sozusagen seine Gegenübertragung zum äußeren und inneren Erscheinungsbild und Krankheitsbild des Patienten unter Kontrolle zu behalten. Erfahrung und Selbsterfahrung sind dazu nötig. Diese Fähigkeiten sind nicht angeboren und keine Frage des chirurgischen Talents. Auch diese Fähigkeiten sind erlernbar.

Das herrschende Paradigma der trivialen Maschine würde solche Überlegungen gar nicht zulassen. Wenn der Patient, also der Mensch – der Patient ist ja ein Mensch – eine triviale Maschine ist, dann ist der Arzt, auch ein Mensch, logischerweise auch nur eine triviale Maschine. Damit fasziniert die Chirurgie natürlich, was sie zum Beispiel daran erkennen können, dass Sie bei jungen Chirurgen in der Ausbildung mit solchen Gedanken meistens nur ein müdes Lächeln ernten, während Sie bei Abschiedsvorlesungen wie hier bei Allgöwer, aber auch bei wirklich erfahrenen Ordinarien wie Kern, Feifel oder Pichlmaier, eine Fülle solcher Gedanken finden, auch wenn sie nicht nach dem Konstruktivismus strukturiert sind. Zum Schluss möchte ich Sie noch kurz in die dritte Phase der chirurgischen Tätigkeit mitnehmen, zur Phase der Restitution.

## **Gelingen und Misslingen der Restitution**

In dieser Phase geht es für den Patienten um die Rückgewinnung seiner persönlichen Integrität und Autonomie, nachdem er sie vorübergehend beim Chirurgen sozusagen vertrauensvoll abgegeben hat. Niemand wird ernstlich bestreiten, dass ein perfekt operierter Anus praeter zu einer katastrophalen Lebensqualität führen muss, wenn der Patient ohne Beistand bleibt beim Erkennen und Verarbeiten dieser gewaltigen körperlichen Veränderungen. Nebenbei bemerkt: Sie können das völlige menschliche Versagen unserer technisch-handwerklichen Medizin, das Versagen des Paradigmas der trivialen Maschine, immer recht gut an der Zahl und der Größe der Selbsthilfegruppen auf diesem Sektor ablesen.

Alle bisherigen ‚Fehler‘ in den Phasen der Indikation und der Operation treten in der Phase der Restitution mit Macht zutage. Das trifft nicht nur auf technisch-operative Fehler, sondern eben in gleicher Weise auch auf Handlungsfehler in der Arzt-Patient-Beziehung zu.

Vergleichbar dem abwegigen Lösungsversuch der Adolezenzkrise bei jungen Frauen über Bauchschmerzen und unnötige Blinddarmoperationen gibt es bei jungen Männern verwandte Vorgänge im Zusammenhang mit Motorrad-Unfällen, die eine Vielzahl von z. T. offenen Frakturen mit mehrmonatigen stationären Aufenthalten nach sich ziehen können. Wir nennen das ‚Ikarus-Syndrom‘.

Nebenbei: als Chirurg ist man, wenn man es denn beachten will, auch mit einer eigenartigen Geschlechtsspezifität konfrontiert: Wenn sich Frauen beim Kampf durch ihre Lebenskrisen in die Hände von Chirurgen begeben, dann mit Appendektomien, Cholecystektomien, Hysterektomien, Verwachsungseingriffen, Blasenanhftungen usw., also immer mit Eingriffen in den Bauchraum. Das ist bei Männern völlig unbekannt, die sich, wenn überhaupt, dann immer eher Eingriffen am Bewegungsapparat unterziehen.

Aus eben diesem Gebiet der Knochenbruchheilung, bzw. ihrem gestörten Verlauf liegt eine umfangreiche Arbeit des jüngst verstorbenen Chefarztes der Abteilung für posttraumatische Osteomyelitis der hiesigen Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik, Klaus Klemm, und seiner Frau, der Frankfurter Psychoanalytikerin Brigitte Winter-Klemm (Winter-Klemm & Klemm 1999) vor. Sie gingen der Frage nach, warum es so unerklärlich unterschiedliche Heilungsverläufe geben kann bei gleichartigen Verletzungen, gleichartigen operativen Eingriffen, gleichen Operateuren und vergleichbarer somatischer Ausgangslage der Patienten. Sie nahmen ihre Untersuchung mit Hilfe von Interviews und projektiven Tests auf der Spezialstation für Osteomyelitis-Patienten der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik vor und verglichen diese mit dem chirurgischen Ablauf. Die Zusammenfassung ihrer Ergebnisse lautet so:

„Eine ungünstige Prognose haben Jugendliche, die auf Grund ihrer besonderen narzisstischen Problematik risikoverleugend und fast suchtartig motorisierte Zweiräder fahren. Nach eingetretenem Unfall mit entsprechender Verletzung sind sie zutiefst gekränkt ... und neigen mehr als jeder Erwachsene zur Regression ... bei den Jugendlichen kommt erschwerend hinzu, dass das Motorrad nur eine Scheinlösung in bezug auf Stärke und Unabhängigkeit darstellt. ... Eine noch ungünstigere Prognose haben Patienten, die bei ohnehin prämorbid gegebener psychosomatischer Disposition oder sonstiger defizitärer psychischer Entwicklung neben den Kränkungen des Traumas noch schwerwiegende Trennungserlebnisse ... hinzunehmen haben und diesen intensiven psychischen Stress nicht mehr z. B. über Trauerarbeit, sondern nur noch über eine Perpetuierung ihres Krankseins bis hin zur Selbsterstörung ‚bewältigen‘ können. ... Offenbar wird von einigen Patienten, ... das Symptom der eitrigen Infektion in seiner dyadischen Beziehung zum Arzt als Machtmittel benutzt bzw. missbraucht“ (Winter-Klemm & Klemm 1999, S. 178 ff).

Sie können diesen Ausführungen entnehmen, dass es mit Hilfe einer von Anfang an im chirurgischen Handeln integrierten psychosomatischen Denkweise möglich ist, schwierige Heilungsverläufe im Sinne beispielsweise der hier untersuchten Osteomyelitis, vorauszuahnen, Winter-Klemm spricht sogar von einer Vorhersagbarkeit. Ganz im Sinne eines integrierten Konzepts betont sie aber, dass die Mehrzahl dieser psychosomatischen Osteomyelitis-Patienten weder für eine Psychotherapie geeignet sind noch ein solches Angebot überhaupt in Erwägung ziehen würden. Anzustreben ist vielmehr die von Winter-Klemm so genannte ‚Sensibilisierung der therapeutischen Gruppe‘ (Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten usw.) für die psychosomatische Besonderheit dieser Patienten, denn diese psychosomatischen Besonderheiten wirken nicht still im Patienten selbst vor sich hin, sondern werden vor allem in der Interaktion zwischen Patient und Behandlungsgruppe

wirksam. Und umgekehrt kann nur so eben diese Behandlungsgruppe die Selbstheilungskräfte des Patienten aktivieren. Auch diese Fähigkeiten kann man lernen.

Das Thema meines Vortrages lautete: Was hat die Psychosomatik in der Chirurgie zu suchen?

Die chirurgischen Krankheiten gibt es nicht, *den* chirurgischen Patienten gibt es auch nicht, und Betrachtungen, die das chirurgische *Handeln* in den Mittelpunkt stellen, zeigen das herrschende triviale Paradigma der Humanmedizin, was selbstverständlich auch das der Chirurgie ist, als völlig unzulänglich. Deswegen kommt ein additives Verfahren, das die Psychosomatik als eigenständiges ärztliches Fach ansieht, als Ausweg nicht in Frage. Aber es wäre absurd, aus guten Chirurgen schlechte Psychotherapeuten machen zu wollen. Außerdem kann ein chirurgischer Patient auch nach einer Operation nicht psychisch gesünder sein, als er es vorher war.

Aus meiner Sicht ist es daher mehr als bedauerlich, dass die Psychosomatik ein eigenständiges Fach geworden ist (damit meine ich nicht die Psychotherapie!).

Es ist dadurch in der Humanmedizin zu einer Zementierung der Zweiteilung der Medizin für körperlose Seelen auf der einen Seite (das ist das, was Sie machen) und einer Medizin für seelenlose Körper auf der anderen Seite (das ist das, was ich mache) gekommen, aus chirurgischer Sicht zu einer Art von schleichendem ‚Outsourcing‘, Seelisches wird als fachfremd, als ‚Überlagerung‘ ignoriert oder zumindest abgetan und an die neuen Spezialisten delegiert. Der Mensch als Patient wird in Körper und Seele zerteilt. Der biopsychosoziale Zusammenhang, diese faszinierende individuelle Konstruktion von Wirklichkeit, die jedes Lebewesen, jeder Mensch leisten muss, um zu überleben, und innerhalb derer sich auch Gesundheit und Krankheit entwickelt und entscheidet, wird an die neuen Spezialisten delegiert. Bernard Lown nennt das ‚Die verlorene Kunst des Heilens‘ (Lown, 2002).

Dagegen möchte ich mit meiner Arbeit ein wenig Widerstand leisten. Man kann diesem Trend zu widerstehen versuchen und dieses Rad, wenn nicht zurückdrehen, so doch aufhalten wollen. Selbstverständlich beinhaltet dieser Widerstand auch die kategorische Ablehnung der trivialen Schematisierung der ärztlichen Tätigkeit, wie wir sie schon in der International Classification of Diseases finden, zunehmend gesteigert in Managed Care und Disease-Management-Programmen, Qualitätsmanagement oder Diagnosis Related Groups. Das sind die modernen Chiffren zur Zerstörung jeder individuellen Wirklichkeit in der Heilkunde. Die Psychosomatik gehört in die Chirurgie hinein, und in alle anderen Fächer auch. So verstandene Psychosomatik muss also daran arbeiten, sich überflüssig zu machen.

Thure von Uexküll hat das vor kurzem so gesagt: „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 (v. Uexküll 2002).

Versuchen Sie das mal. Mehr als Versuchen ist nicht drin, es gelingt ja nicht qua Deklaration und schon gar nicht von selbst.

Mir macht meine Arbeit als Chirurg jedenfalls erst wieder Spaß, seitdem ich das versuche: in diesem Sinne ein Arzt zu sein. Ich nenne das ‚Integrierte Chirurgie‘.

## Literatur

- ALLGÖWER, M. (1983): Chirurgie wohin? Schweiz Ärztezeitung 64, 1508–1517.  
DEUTSCH, H. (1942): Some Psychoanalytic Observations in Surgery. *Psychosom Med* 4, 105–115.  
DUNBAR, F.: *Mind and Bodily Changes: Psychosomatic Medicine*. New York, Random House, 2nd ed., 1955.  
FOERSTER, H. v. (1993): *Wissen und Gewissen*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.  
FREUD, S. (1961a): *Über Psychoanalyse (Gesammelte Werke, 8. Band)*, Fischer Verlag, Frankfurt am Main.  
FREUD, S. (1961b): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (Gesammelte Werke, 11. Band)*, Fischer Verlag, Frankfurt am Main.

- GRODDECK, G. (1983): *Krankheit als Symbol – Schriften zur Psychosomatik (1899–1934)*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.  
HONTSCHIK, B. (Hrsg.) (2003): *Psychosomatisches Kompendium der Chirurgie*. Hans Marseille Verlag, München, Wien.  
HONTSCHIK, B. (1994): *Theorie und Praxis der Appendektomie*. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2. Aufl.  
LANDAUER, K. (1991): *Theorie der Affekte und andere Schriften zur Ich-Organisation*. Herausgegeben von H.-J. Rothe, Fischer Verlag, Frankfurt am Main.  
LOWN, B. (2002): *Die verlorene Kunst des Heilens*. Schattauer Verlag, Stuttgart.  
MENNINGER, K. (1934): *Polysurgery and the Polysurgical Addiction*. *Psychoanal Quart* 3, 173–199.  
UEXKÜLL, Th. v. (2002): Editorial. In: *Mitteilungen der Akademie für integrierte Medizin (AIM-Telegramm)*, Nr. 8, September.  
WESIACK, W. (1983): *Einführung in die Psychosomatische Medizin*. In: Loch, W. (Hg.): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*; S. 287–358. Hirzel Verlag, Stuttgart, 4. Aufl.  
WINTER-KLEMM, B., K. KLEMM (1999): *Chronische Osteomyelitis*. In: Hontschik, B. und Th.v. Uexküll: *Psychosomatik in der Chirurgie. Integrierte Chirurgie – Theorie und Therapie*. Schattauer Verlag, Stuttgart.

## Stellenausschreibung

Das selbständige Kommunalunternehmen Klinikum Nürnberg (Anstalt des öffentlichen Rechts) ist ein Krankenhaus der höchsten Versorgungstufe mit 2.500 Betten an zwei Betriebsstätten.

Für die **Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin** (Leitender Arzt Prof. Dr. W. Söllner) suchen wir für das im Aufbau befindliche Behandlungsteam der **Interdisziplinären Schmerztagesklinik** (Kooperationsprojekt der Kliniken für Anästhesiologie, für Neurologie und für Psychosomatik/Psychotherapie, sowie des Instituts für Physikalische Medizin)

ab 1. 10. 2004 eine/n

### Assistenzärztin/Assistenzarzt

sowie

ab 1. 10. 2004 eine/n

### Klinische Psychologin/Psychologen

Das Stundenausmaß der Beschäftigung muss noch festgelegt werden (50 %, 75 % oder 100 %). Die Bezahlung erfolgt nach dem Deutschen Bundes-Angestelltentarif (**VGGr. II/I a BAT**). Erwünscht sind eine begonnene oder abgeschlossene Aus-/Weiterbildung in Psychotherapie, klinische Erfahrung in der Behandlung von Schmerzpatienten und Interesse und Engagement im Aufbau eines interdisziplinären Teams.

Die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin ist in das Klinikum integriert und verfügt über einen gut ausgebauten Konsiliar-Liaisondienst, eine Bettenstation und eine Tagesklinik. Sie besitzt die volle Facharzt-Weiterbildungsermächtigung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Der Frauenförderplan ist Bestandteil unserer Personalarbeit. Bewerbungen von Frauen sind deshalb besonders erwünscht. Das Klinikum Nürnberg bemüht sich, Teilzeitwünsche zu berücksichtigen.

### Information und Bewerbungen

Prof. Dr. Wolfgang Söllner, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin,  
Klinikum Nürnberg, Prof. Ernst-Nathan-Straße 1, D-90419 Nürnberg.

Tel: \*\*49-911-398-2839; Fax: \*\*49-911-398-3675; E-mail: wolfgang.soellner@klinikum-nuernberg.de