

Ethik und Chirurgie im Wandel der Zeit

Ethische Überlegungen sind zur Zeit modern - in der Politik, in der Wirtschaft, in der Wissenschaft, und hier besonders in der Medizin.

Woher kommt diese Methode? Sie hängt vermutlich damit zusammen, dass die naturwissenschaftlichen Aspekte der Medizin die Menschen unserer Zeit nicht mehr befriedigen. Sie sind des Fortschrittsglaubens überdrüssig und wenden sich enttäuscht der Psychologie, Parapsychologie und anderen Außenseitermethoden zu. Von ihnen erhoffen sie sich mehr menschliche Wärme.

Die Chirurgie hat es fast ausschließlich mit somatischen Erkrankungen und Traumen zu tun und ist deshalb vom spekulativen Denken am weitesten entfernt. Aber auch der Chirurg soll gelegentlich nachdenken. Ich sehe meine heutige Aufgabe darin, Sie, meine lieben chirurgischen Kolleginnen und Kollegen, ein wenig nachdenklich zu machen.

Über die Ethik

Beginnen wir mit der Definition der Ethik. Sie ist die Denkweise, die die Frage zu beantworten sucht, an welchen Werten, Zwecken und Zielen wir unser Handeln orientieren sollen.

Ethik ist Sittenlehre, ist die theoretische Begründung für unsere moralische Haltung im täglichen Leben. Dies setzt Freiheit des Denkens, des Willens und des Handelns voraus - mithin auch die Anerkennung, dass es neben den Ursachen auch Zwecke gibt. Wir dürfen als Ärzte nicht nur kausal denken, sondern müssen auch die Ziele unserer Bemühungen im Auge behalten.

Das unterscheidet uns von den exakten Naturwissenschaften, die nur kausale Verknüpfungen kennen. Wir kommen als Ärzte nicht darum herum, auch eine finale, eine teleologische Denkweise zu üben, denn unser Zweck ist das Wohl unserer Patienten.

Noch einmal: Ethik als Sittenlehre gilt für alle Menschen und sagt uns, an welchen Werten, Zwecken und Zielen wir unser Handeln orientieren sollen.

Die Werte und Güter, die wir für erstrebenswert halten - das Wahre, das Gute, das Schöne, die Freiheit, das Glück, die Freude, die Lust, die Selbstverwirklichung - diese Werte gelten für alle Menschen und zu allen Zeiten.

Ethos ist die praktische Anwendung der Sittengesetze. Es gibt keine Berufsethik, wohl aber ein Berufsethos, ein Verhalten, das durch Traditionen, Gepflogenheiten, Bräuche geprägt wird. Im Gegensatz zur Ethik als zeitlos gültige Sittenlehre ist das Ethos dem Wandel unterworfen. Das zeigt ein Blick auf den Eid des Hippokrates, der in manchen Teilen heute obsolet ist, etwa beim Verbot der Operation für die antiken und mittelalterlichen Ärzte und auch die Vorschrift, sich als Arzt aus dem Hause eines unheilbar Kranken zu entfernen.

Dieses chirurgische Ethos zu systematisieren, ist schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Es ist wie ein Ehrenkodex eine Sammlung von ungeschriebenen Gesetzen, die ihre Forderungen weniger an unseren Intellekt, als vielmehr an unser Gewissen richten.

Das Grundproblem des chirurgischen Ethos lässt sich in einen Satz fassen: Der Chirurg trifft Entscheidungen und nimmt Handlungen vor, deren Risiko der Patient trägt.

Für ärztliche Entscheidungen sind vier Maximen, also Handlungsgrundsätze oder Imperative aufgestellt worden:

- Primum non nocere - vor allem nicht schaden!
- Primum utilis esse - vor allem nützen!
- Salus aegroti suprema lex - das Wohl des Kranken ist oberstes Gebot!
- Voluntas aegroti suprema lex - der Wille des Kranken ist oberstes Gesetz!

Jede dieser Anweisungen ist richtig, aber ist eine davon ausreichend oder brauchen wir sie alle vier? Mir scheint, dass die erste Maxime - Primum non nocere - für den Chirurgen die wichtigste ist.

Zur Diagnostik

Beginnen wir mit der Diagnostik: Hier verlangt unser Berufsethos, uns auf die Maßnahmen zu beschränken, die zu einer hinreichend sicheren Diagnose notwendig sind, und alles zu unterlassen, was keine weitere Sicherung bringt und überdies den Patienten belästigt oder gar gefährdet. Unter der Faszination der modernen Hochtechnik ist die Versuchung groß, gegen diesen Grundsatz zu verstoßen.

Sodann zur Anzeige, zur Operation, zur Indikation: Unser Ethos gebietet uns, die Anzeige zum Eingriff in die körperliche Integrität eines Mitmenschen sorgfältig zu stellen. Vor allem nicht schaden! Ob unsere Operation dem Patienten nützen wird, wissen wir häufig nicht, aber dass sie ihm schaden kann, ist oft genug erkennbar. In der Indikation liegt die große Kunst und auch die größte Verantwortung des Chirurgen. Durch falsche Indikationen kann großer Schaden entstehen. Deshalb wird völlig zurecht verlangt, nicht nur die operativen Eingriffe, sondern gerade auch die Indikation zur Operation zu standardisieren und Überprüfbar zu machen.

Die Verminderung der Belastung des Kranken, etwa durch endoskopische Operationen, darf nicht dazu führen, dass die Indikation großzügiger gestellt wird.

Und es gibt Situationen in der Chirurgie, in denen nicht das TUN, sondern das LASSEN, das Sein-Lassen, der Verzicht auf die Operation, der höchste Akt unserer Freiheit ist.

Therapieversuche

Nun zum Ethos des ersten Therapieversuches: Hierzu gehören das Tierexperiment und der erste Versuch mit neuartigen Behandlungsverfahren am Menschen. Jeder riskante neue chirurgische Eingriff muss am Tier erprobt werden, ehe er einem Menschen zugemutet werden darf. Seit ich Chirurg bin, seit 53 Jahren, habe ich nie eine sogenannte Vivisektion, einen schmerzhaften Eingriff am wachen, unbetäubten Tier erlebt. Alle Operationen, alle Versuche, die mit Verletzungen einhergingen, erfolgten stets in Narkose. Das ist für jeden Chirurgen eine Selbstverständlichkeit.

Dennoch haftet dem Tierversuch etwas Frevelhaftes an. Jedem vernünftigen Menschen ist klar, dass Tierversuche auf ein Mindestmaß beschränkt werden müssen. Ein völliger Verzicht aber ist für die Chirurgie indiskutabel. Wer wollte auf eine lebensrettende Operation verzichten, weil sie am Tier entwickelt wurde? Und nun zur ersten Erprobung einer neuen Operationsmethode am Menschen: Als Beispiele nenne ich hier die Entwicklung der Magen Chirurgie vor über hundert Jahren, die erste Herznaht vor neunzig Jahren, die Einführung der Marknagelung bei Knochenbrüchen vor fast 60 Jahren und die ersten Nieren- und Herztransplantationen in den fünfziger und sechziger Jahren dieses Jahrhunderts.

Vor hundert Jahren erprobte Billroth die teilweise Entfernung des Magens beim Magenkrebs. Die ersten Patienten starben. Dann gelang der Eingriff und wurde zum Standardverfahren. Derselbe Billroth meinte damals, ein Chirurg, der eine Naht am verletzten Herzen versuchen wollte, werde sicher den Respekt seiner Kollegen verlieren. Zehn Jahre später gelang Ludwig Rehn in Frankfurt die erste Herznaht nach einer Messerstichverletzung.

1940 berichtete Gerhard Küntscher über sein Verfahren, bei Knochenbrüchen einen dicken Nagel in die Markhöhle einzuschlagen. Die damals führenden Chirurgen waren empört und davon überzeugt, dass kein Mensch das aushalten könne. Aber auch die Marknagelung ist heute ein weltweites Standardverfahren.

Die ersten Nierentransplantationen waren in ihrem Risiko begrenzt, da ja die Dialyse als Alternativmethode zur Verfügung stand. Dies galt für die Herztransplantation von Bernard 1968 in Kapstadt nicht. Wenn der Eingriff misslang, war der Patient tot.

Zu solchen Pioniertaten gehört Mut. Ein Pionier ist ein Wegbereiter, ein Vorkämpfer, er ist bei seiner Entscheidung zum Wagnis ganz allein. Er kann keine Ethikkommission befragen.

Deshalb kann man nur hoffen, dass ein Pionier nicht nur Mut, sondern auch Ethos hat. Sicherheit gibt es nicht. Shakespeare lässt in Mac Beth die Hexen sagen: "denn wie ihr wisst, war Sicherheit des Menschen Erzfeind allezeit".

Zum chirurgischen Ethos gehört es auch, nur Operationen vorzunehmen, die man erlernt hat und beherrscht. Im Zweifelsfalle müssen wir den kleinstnötigen Eingriff wählen und uns nicht von unserer Funktionslust zu einem unnötig riskanten schwierigen Eingriff verleiten lassen.

Das bedeutet auch: Ich werde keinen Eingriff vorschlagen oder vornehmen, der eine unvertretbar hohe Sterblichkeit hat. Dies ist ein Punkt, der besonders uns Universitätschirurgen angeht. Wir haben die Aufgabe, neue Wege zu erkunden, neue Operationsverfahren zu erproben und unsere Ergebnisse der chirurgischen Öffentlichkeit mitzuteilen.

Welche Sterblichkeit ist vertretbar? Lässt sie sich in Prozenten ausdrücken? Sind 20 oder 30 % zu viel? Es kommt auf die Alternativen zur Operation an und die sind sehr unterschiedlich: So haben wir zum Beispiel beim Pankreaskarzinom keine Alternativen. Es gibt außer der Operation keine Möglichkeit einer erfolgreichen Behandlung.

Beim Ösophaguskarzinom sieht es schon anders aus. Hier konkurriert die Operation mit der Strahlentherapie. Welche Behandlung würde jeder von uns für sich selbst wählen, wenn er Träger eines Speiseröhrenkrebses wäre? Hier greift der alte, durchaus ethisch zu verstehende Satz: "Was du nicht willst, das man dir tu, das füg auch keinem andern zu!"

Ist es richtig, einem Patienten mit einem Karzinom eine Chemotherapie vorzuschlagen, wenn wir wissen, dass sie bei diesem Karzinomtyp keine Lebensverlängerung bringt, wohl aber viele, oft gravierende Nebenwirkungen? Sollen wir das einfach den internistischen Onkologen überlassen oder zuschieben? Vielleicht fehlt es da so manchem Chirurgen an Zivilcourage.

Die häufigsten Verstöße gegen das chirurgische Ethos, gegen die Verantwortung für den Patienten und gegen die Pflicht zur Sorgfalt, werden wohl in der postoperativen Phase der Überwachung und Nachbehandlung der Kranken begangen. Wenn ein Operateur nach einem riskanten Eingriff sofort in den Urlaub fährt und die Betreuung einem Kollegen überlässt, der den Operationsbefund gar nicht kennt, oder wenn der Kranke aus anderen Gründen tagelang seinen Operateur nicht sieht, oder wenn ärztliche Visiten überhaupt ausbleiben, so ist das unentschuldigbar.

Das Risiko

Nun einige Bemerkungen zum Risiko, das heute in unserem chirurgischen Reden und Schreiben eine so große Rolle spielt. Ich habe den Eindruck, dass der Begriff des Risikos manchmal zu großzügig und zu leichtfertig verwendet wird. Bedenken wir wirklich dabei, dass es letzten Endes der Patient ist, der das Risiko trägt? Er ist ja mehr als eine statistische Größe. Hinter jedem chirurgischen Risikofall steckt ein menschliches Schicksal. Risikoforschung betreiben wir Chirurgen auf Kosten unserer Patienten.

Gewiss ist sie notwendig, aber wir müssen uns ihrer ethischen Grenzen stets bewusst sein. die alte Redensart, dass Späne fallen, wo gehobelt wird, sollten wir lassen. Der Mensch ist kein Werkstück, und ein vorzeitig beendetes Leben ist kein Span, der von der Hobelbank des chirurgischen Handwerkers fällt.

Bei unseren Überlegungen zum Risiko sollten wir mehr als bisher die individuelle Belastbarkeit des jeweiligen Patienten bedenken.

Da fließt seine Biographie, seine unverwechselbare Persönlichkeit, seine Einsicht, seine Leidensfähigkeit, seine Willenskraft mit ein, die die landläufige Risikoforschung überhaupt nicht erfassen kann.

Wir alle kennen die sogenannten Risiko-Scores und Indices. Ich wage deren praktischen Nutzen zu bezweifeln. Sie dienen mehr der retrospektiven statistischen Aufarbeitung von Operationsergebnissen, als der Entscheidung am Krankenbett. Außerdem schwächen sie das Verantwortungsbewusstsein, da sie das Gewissen des Chirurgen in trügerische Ruhe wiegen. Im Falle eines Misserfolges hat nicht er, sondern der Score sich geirrt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Über Lebensverlängerung ist so viel gesagt und geschrieben worden, dass ich mich kurz fassen möchte. Das Berufsethos der Chirurgen gebietet uns, jede aktive Sterbehilfe abzulehnen.

Wir sollten aber mit Schmerzmitteln bei unheilbar Kranken und Sterbenden großzügig umgehen, großzügiger, als dies früher geschah. Es kann nicht unsere Aufgabe sein, todgeweihten Kranken Schmerzmittel vorzuenthalten in der gedankenlosen Vorstellung, sie könnten süchtig werden.

Die Lebensverlängerung durch außerordentliche Maßnahmen wie Dialyse, künstliche Beatmung und parenterale Ernährung ist ein Problem, das jeder Chirurg, vor allem in leitender Stellung, in einsamer Entscheidung lösen muss. Keine Ethikkommission kann in entlasten. Er darf sich aber auch nicht vor dieser Verantwortung drücken, wie es leider immer noch auf Intensivstationen geschieht.

Meist gelingt es ja, in einem ruhigen Gespräch mit den Angehörigen und nach Beratung mit Assistenten, Schwestern und Pflegern einvernehmlich zu dem Schluss zu kommen, dass die Intensivbehandlung abgebrochen werden kann. Damit verkürzen wir das Leben nicht, sondern überlassen es seinem naturhaften Gang zum Ende.

Was die Voluntas aegroti, den Willen des Kranken anbetrifft, auch am Ende des Lebens, so gilt: Seine Verbote binden uns stärker als seine Wünsche. Den Forderungen brauchen wir nicht zu willfahren, sofern sie uns unberechtigt oder unethisch erscheinen. Die Verbote aber müssen wir respektieren. Diese Haltung hat sich auch die Rechtsprechung zu eigen gemacht.

Schwierig ist die Kunst, das Ethos des Chirurgen mit dem des Wissenschaftlers in Einklang zu halten. Kümmern wir uns intensiv um unsere Patienten, so fehlt uns die Zeit zum Lesen und Schreiben. Operieren wir täglich bis in den Nachmittag hinein, so fehlt uns die geistige Spannkraft für die

Wissenschaft, wie auch für das ärztliche Gespräch. Von dem Berliner Chirurgen August Bier stammt der mokante Satz: "Das viele Operieren macht dumm."

Jeder Universitätschirurg hat das Wechselspiel dieser Doppelaufgabe erlebt und durchlitten. Hinzukommt die zermürbende Fülle der Kongresse und Symposien, bei denen man sich fragen muss, ob der Zeitaufwand noch in einem vernünftigen Verhältnis zu, wissenschaftlichen Nutzen steht. Diese Spannung, den Konflikt zwischen dem chirurgischen Handwerk, der ärztlichen Kunst und der medizinischen Wissenschaft müssen wir aushalten. Das darf aber nie auf Kosten der Patienten gehen.

Gegenwärtig neigt die Medizin, insbesondere in den Universitätskliniken dazu, den Patienten als Stichprobe für die Gültigkeit von Hypothesen und Statistiken zu betrachten.

Die Persönlichkeit des Kranken kommt dabei zu kurz, und das scheint mir eine der Ursachen für das Unbehagen, für die Abneigung gegen die Universitätsmedizin.

Lassen Sie mich nun an einigen Beispielen den Wandel oder die sich wandelnden Schwerpunkte im chirurgischen Ethos skizzieren:

Vor zweihundert Jahren erklärt August Gottlieb Richter in Göttingen, wichtiger als die Operationskunst sei es, Operationen zu verhüten und Verletzungen ohne Operation zu heilen. Der Arzt, der wisse, dass er sich irren kann, sei vorsichtig und irre sich folglich seltener. Derjenige aber, der glaube, er könne sich nicht irren, sei dreist, unvorsichtig, irre sich oft und leicht und tue großen Schaden.

1840 hat Johann Friedrich Dieffenbach seinen Vorträgen in der Berliner Charité eine Betrachtung vorangestellt über die Art und Weise, Chirurgie zu betreiben.

Er unterschied drei Arten von Chirurgen: Zunächst die, denen die Operation als roher mechanischer Eingriff gilt, der so selten wie möglich vorgenommen werden dürfe. Die zweite Gruppe von Chirurgen möchte alles operieren. Zur dritten Kategorie rechnete Dieffenbach sich selbst: Diese Chirurgen wüssten die Arznei und das Messer gleich gut zu handhaben. Die größten Meister in der Chirurgie, so Dieffenbach, führten ihre Operationen stets mit den einfachsten Werkzeugen durch. Das Instrument sei nur die Feder, mit welcher der Chirurg seine Gedanken aufzeichne.

Von Dieffenbach stammt auch eine nachdenkliche Bemerkung über die Narkose: Er war begeistert, gab aber zu bedenken, dass nun der Chirurg in völliger Einsamkeit, ohne Zwiesprache mit dem Kranken, seine Arbeit verrichten müsse.

Ähnliches äußerte der französische Chirurg Gensoul, ein Meister der Kiefferresektion. Er meinte, die Anästhesie werde die Chirurgie töten. Nun sei es vorbei mit dem chirurgischen Temperament. Gensoul, so wird berichtet, operierte mit Narkose genauso exakt und schnell wie vorher ohne sie, aber eben lustlos.

1872, eine Generation später, sagte Bernhard von Langenbeck in seiner Eröffnungsansprache beim Ersten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: "Was die moderne Chirurgie anbetrifft, so ist sie weit mehr bestrebt, zu erhalten, als zu zerstören. Man hat eingesehen, dass es weniger wichtig ist, neue Operationsmethoden zu erfinden, als die Mittel und Wege aufzusuchen, um Operationen zu vermeiden, oder, wo sie unvermeidbar sind, ihre Erfolge zu sichern". Auf dem gleichen Kongress bemerkte Richard von Volkmann bei der Diskussion über die Lister'sche Antisepsis: "Ein Glück in der Chirurgie, Chirurgen die immer gute Karten haben, gibt es nicht. Wissen und Können sind die einzigen Faktoren, welche die Resultate entscheiden".

Theodor Billroth, wohl der größte deutsche Chirurg im 19. Jahrhundert, hat strenge Selbstkritik und unbestechliche Wahrhaftigkeit in das Reden und Schreiben der Chirurgen eingeführt. Als erster

veröffentlichte er schonungslos seine eigenen Misserfolge. Billroth, der ein glänzender Operateur war, hat immer wieder betont, dass nicht die Technik, sondern der Geist des Chirurgen seinen Rang bestimmen.

Über die Pflicht zur Wahrhaftigkeit

Wie steht es mit der Wahrhaftigkeit oder Wahrheitsliebe bei uns Chirurgen? Für unsere wissenschaftlichen Veröffentlichungen gilt die Pflicht zur Wahrhaftigkeit, zur intellektuellen Redlichkeit ohne jede Einschränkung. Aber es gibt natürlich auch die Versuchung, zu manipulieren. Wehren Sie sich dagegen, erliegen Sie ihr nicht! Die alten Sprichworte "Ehrlich währt am längsten" und "Lügen haben kurze Beine" gelten in der Chirurgie in besonderem Maße. Wie soll man eine Klinik oder Krankenhausabteilung führen, wenn auf die Aussagen eines Kollegen kein Verlas ist. "Wer einmal lügt, dem glaubt man nicht, und wenn er auch die Wahrheit spricht".

Wahrhaftigkeit trägt unsere chirurgische Dokumentation - Krankenblätter, Operationsberichte, Arztbriefe, Statistiken. Und werden wir nicht misstrauisch, wenn ein Kollege immer nur von seinen Erfolgen berichtet?

In unserem Umgang mit der Wahrheit im Gespräch mit dem Kranken spiegelt sich der Wandel des ärztlichen Ethos wider: Als junger Assistent habe ich gelernt, dem Patienten nicht die unbarmherzige Wahrheit zu sagen und auch einmal zu einer Notlüge Zuflucht zu nehmen.

Allerdings war damals die Chirurgie noch machtlos und ohne Hoffnung in vielen Fällen, bei denen wir heute helfen können.

Heute wird die volle Wahrheit von uns gefordert - vor allem von juristischer Seite. Ist das richtig? Ist es menschlich? Ist es notwendig? Ich glaube nein! Viele unserer Patienten, und es sind keineswegs die dümmsten, wollen die Wahrheit gar nicht wissen. Warum sollten wir sie ihnen aufdrängen?

Nach meiner Erfahrung muss der Chirurg dem Patienten nicht alles sagen, was er weiß. Aber was er sagt, soll wahr sein. Wie wissen ja doch manches gar nicht so sicher, wie wir glauben oder vorgeben. Wie oft sind unsere Prognosen falsch! Deshalb sind wir zu keiner Zeit und in keiner Situation berechtigt, einem Patienten die Hoffnung zu nehmen.

Bescheidenheit

Ich möchte diesen Vortrag mit einer Forderung beschließen, die Ihnen vielleicht auf den ersten Blick überraschend erscheinen mag - mit der Verpflichtung zur Bescheidenheit.

In welcher ärztlichen Disziplin liegen Erfolg und Misslingen so nah beieinander wie in der Chirurgie? Jeder von uns kennt das Hochgefühl nach einem gelungenen Eingriff, besonders wenn er schwierig und anstrengend war. Aber unsere Erfolge werden doch relativiert durch so manchen Fehlgriff in des Wortes eigentlicher Bedeutung, durch diagnostische und indikatorische Irrtümer, die nicht alle unvermeidbar waren und auch durch operativ-technische Fehler, die wir uns im stillen Kämmerlein eingestehen müssen.

Mancher Fehler hat mich mein Leben lang verfolgt.

Wir haben also, weiß Gott! als Chirurgen keinen Grund zur Arroganz. Die größten Männer unseres Faches strahlten zwar Würde, aber auch Bescheidenheit aus. ein Chirurg, der sich alles zutraut und vor nichts mehr zurückschreckt, kann sehr gefährlich werden. Und er ist nicht nur gefährlich, sondern auch abstoßend.

Zur Bescheidenheit des Chirurgen meinte der Franzose Leriche, der vor 45 Jahren die erste und letzte chirurgische Philosophie veröffentlichte: "Wenn die Last zu schwer erscheint, wenn man befürchtet, einer Lage nicht ganz gewachsen zu sein, hat man die Pflicht, bescheiden zurückzutreten und anderen die Sorge der Operation zu überlassen. Ein wohl überlegter Verzicht ist nie demütigend".

1960 sagte Willi Felix, Direktor der Charité, bisher letzter Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie aus der ehemaligen DDR, über die Erziehung der jungen Chirurgen: "Es kommt darauf an, eine Ergriffenheit oder eine Ehrfurcht zu entwickeln. aus Ehrfurcht entsteht Bescheidenheit und die Fähigkeit, die Leistungen anderer anzuerkennen".

Und Rudolf Nissen, der unvergessene Baseler Chirurg, schrieb: "Die wenigen, welche die Grenzen unseres Wissens in das Land des Unbekannten vorgerückt haben, blieben innerlich zweifelnd und bescheiden, da jede Pionierarbeit mehr Niederlagen als Erfolge kennt".

Mögen aus Ihrem Kreis, meine jungen Kolleginnen und Kollegen, recht viele chirurgische Pioniere dieser Art hervorgehen!

Prof. Dr. L. Koslowski