

Karl Vossschulte

Aufgaben der Gießener Chirurgischen Klinik im Wandel des Fachgebietes seit 1951*



Festreden und feierliche Ansprachen sind verführerische Gelegenheiten, das eigene Fach mit einer Gloriole zu umwinden. Dieser Versuchung wollte ich mich gar nicht aussetzen und glaubte, dem am besten durch einen Verzicht auf eine feierliche Verabschiedung entgegen zu können, zumal ich Gießen, unsere Alma mater und meinen Freundeskreis nicht verlassen möchte. Aber der Dekan wußte dem durch einen Hinweis auf traditionelle akademische Gepflogenheiten und protokollarische Regeln zu begegnen, deren Werte mir soviel bedeuten wie ihm.

Da aus dieser Sicht die Gelegenheit für mich das Merkmal der Pflicht gewonnen hat, soll aus einer Zeit von 25 Jahren weniger 18 Tagen einem kurzen Resumee anvertraut werden, welche Entwicklung die Chirurgie in unserer Fakultät nahm und welcher Wandel dem Fach in dieser Zeit beschieden war mit Reflexionen aus der akademischen Provinz.

Als ich im Mai 1951 die Klinik übernahm, waren die schwersten Kriegsschäden überwunden. Mein Vorgänger Friedrich *Bernhard* hatte nicht nur erreicht, daß schon bald nach Kriegsende wieder Kranke zunächst in beschränktem Umfang aufgenommen und behandelt werden konnten. Mit

*) Ergänzte Fassung einer Ansprache bei der Verabschiedung am 30. 11. 1976 anlässlich meiner Emeritierung.

seinem unermüdlichen und ununterbrochenen persönlichen Einsatz war es ihm auch gelungen, durch ständige bauliche Vervollkommnung, durch Verbesserung und Ergänzung der Einrichtungen in der kurzen Zeit, die ihm noch verblieb, die Klinik wieder zu einem Instrument zu machen, das allen operativen Anforderungen seiner Zeit genügen konnte.

Freilich zwangen ihn die damaligen Verhältnisse, mit manchen Unvollkommenheiten vorlieb zu nehmen. Um so bewundernswerter ist es, daß er sich mit seiner ganzen Energie auch unter den beschränkten Bedingungen dem Aufbau und Ausbau der damals neuen Methoden der Thoraxchirurgie widmete. Unvergeßlich ist mir ein Pausengespräch mit ihm anlässlich eines Kongresses im Sommer 1948 in Freiburg, bei dem er mir von der erfolgreichen Operation einer Coarctatio aortae erzählte — der ersten, die in Deutschland durchgeführt wurde.

Nur wer die Nachkriegsperiode bis weit in die fünfziger Jahre hinein miterlebt hat, weiß, welche Unzulänglichkeiten, welche unerfüllbaren Wünsche in Kauf genommen und welche dringenden Forderungen unberücksichtigt bleiben oder zurückgestellt werden mußten, weil unser Volk durch Tüchtigkeit, Fleiß und Einsatzbereitschaft erst Schritt für Schritt erarbeiten konnte, was zur Beseitigung der Zerstörungen und zum Wiederaufbau herbeigeschafft werden mußte. Kein Wunder, daß nach 1951 manches zu tun blieb, um das Aufbauwerk von *Bernhard* fortzusetzen, dessen Erbe nach seinem Tode im Jahre 1949 für die Zeit des Interregnums keinem gewissenhafteren Sachwalter hätte anvertraut werden können als seinem Oberarzt *Ludwig Rathcke*.

Es war keineswegs ein diskriminierendes Merkmal der Gießener Chirurgischen Klinik, sondern auch andernorts Wirklichkeit, daß der Hörsaal damals gleichzeitig Operationsaal war. Die Situation kannte ich aus meiner Düsseldorfer Zeit der dreißiger Jahre. Aber die Chirurgie war eine andere geworden und stellte an Asepsis höhere Anforderungen. Hier einen Wandel zu schaffen, der nur durch einen Anbau verwirklicht werden konnte, daran war 1951 nicht zu denken. Um so dankbarer muß ich des damaligen Verwaltungsamtmanns *Kobler* gedenken, der stets größtes Verständnis für klinische Belange aufbrachte, unsere Sorgen teilte und auf der Suche nach rascher Hilfe in dem damals noch etwas lockeren Gestrüpp administrativen Wuchses manche legalen paraministeriellen Pfade zu finden wußte, auf denen wir oft überraschend schnell zur Erfüllung unserer Wünsche kamen, weil auch das Universitäts-Bauamt uns gern seine Hilfe lieh. So konnten in den Obergeschossen Krankenstationen instand gesetzt oder neu eingerichtet, Krankenzimmer hergerichtet und Krankensäle verkleinert, Flure und Treppenhäuser klinischen Vorstellungen angepaßt werden; sogar gewisse kosmetische Maßnahmen wurden klinischen Wünschen entsprechend ermöglicht.

Aber die Hauptsorge war damit nicht beseitigt. Es war damals nicht anders als heute, ein entscheidender Durchbruch gelingt am ehesten mit Hilfe eines Rufes nach außerhalb. Auf diesem Wege konnte ich 1955 die Errichtung eines Operationstraktes mit weiteren anderen Funktionseinheiten durchsetzen und habe den Ruf nach Erlangen abgelehnt.

Besonders wichtig war natürlich die Entwicklung der chirurgischen Substanz. Der chirurgische Lehrstuhl umfaßte wie an allen deutschen Universitäten die Allgemeine Chirurgie klassischer Observanz. Nur die Orthopädie war als selbständiges Fach vertreten. Ähnlich war die Situation in den meisten kontinentaleuropäischen Ländern. Aber in Amerika und England konnte man eine Aufgabenteilung und Gliederung im Sinne einer Spezialisierung von Sondergebieten schon erkennen. Mir war aus meiner Oberarztstätigkeit in München, die in erheblichem Umfang auch die Neurochirurgie umfaßte, bald klargeworden, daß neue differenzierte chirurgische Aufgaben über den allgemeinchirurgischen Kompetenzbereich hinauswachsen mußten. Durch sinnvolle Gliederung schien mir eine Förderung in Wissenschaft, Lehre und Praxis besser gewährleistet zu sein. Dabei schwebte mir von Anfang an eine Verselbständigung aussichtsreicher Sondergebiete vor. Mit diesem Ziel wurde zuerst die Neurochirurgie als spezielles Fach dem *Tönnis*-Schüler *H. W. Pia*, damals in Oberarztposition, anvertraut. Ihre volle Selbständigkeit erhielt sie im Jahre 1961. In ähnlicher Weise habe ich in den 60er Jahren die Verselbständigung der Anaesthesiologie, der Urologie, der Kardiovaskulären Chirurgie und der Unfallchirurgie vorbereitet und nach und nach zum Abschluß gebracht.

Eine Spezialisierung in diesem Sinne der Eigenständigkeit begegnete aber keineswegs einem einheitlichen Urteil, so deutlich die Entwicklung sich auch in prognostischer Hinsicht schon abzeichnete. Man befürchtete eine Zersplitterung der Chirurgie durch die Abtrennung selbständiger Sondergebiete und eine zweckfremde Beschränkung des Wissensgebietes mit entsprechendem Verlust des Überblicks über die engen Grenzen hinaus. Es war also die Sorge um den Verlust des Ganzen durch Aufspaltung in Teile — nicht nur in der Chirurgie, sondern auch in anderen Mutterfächern. Indessen lehrt ein Blick in die geschichtliche Entwicklung, daß solche Bedenken durch die Wirklichkeit — man könnte fast sagen laufend — widerlegt worden sind. Das ist in Vergessenheit geraten und bedarf der Erinnerung.

Als eine in unserem Sinn zu begreifende Spezialisierung in der Medizin vor 80 bis 100 Jahren begann, wurde sie geradezu heftig bekämpft. Es hieß:

Trennung vom Mutterboden

Entfernung von der Einheitsidee des menschlichen Organismus

Verlust der Beziehungen zum Ganzen

Gefährdung der Assistentenausbildung

Beeinträchtigung der Gestaltung des studentischen Unterrichts.

Wären diese Sorgen und Bedenken durch die weitere Entwicklung bestätigt worden, so trüge die Medizin des zwanzigsten Jahrhunderts den Stempel der destruktiven Mitgift, der Auflösung und des Zerfalls. Wir müßten heute die Ruinen dieses Zerstörungswerkes beklagen, anstatt unsere Wissenschaft zu bewundern.

Es drängen sich einige Fragen auf:

Ist in der Chirurgie oder in der Inneren Medizin durch die Abtrennung der Oto-Rhino-Laryngologie ein Mangel fühlbar geworden, oder hat das neue Fach ohne die nährenden Kraft des Mutterbodens keine eigene Lebenskraft entfalten können?

Ist die Gynäkologie durch die Verselbständigung wissenschaftlich oder praktisch zu kurz gekommen oder hat die Chirurgie darunter gelitten?

Hat es der Chirurgie geschadet oder war es für die Kranken von Nachteil oder sind Forschung und Lehre ungünstig beeinflusst worden, weil sich solche Sonderfächer abgezweigt haben?

Sehen wir in der Inneren Medizin Folgen eines Zerfalls, seitdem Dermatologie und Psychiatrie zu selbständigen Fächern wurden, und haben beide ihre Eigenständigkeit, Lebenskraft und Fruchtbarkeit in Praxis, Forschung und Lehre nicht erweisen können?

War nicht die Abtrennung der Pädiatrie von der Inneren Medizin wissenschaftlich und praktisch von allergrößter Bedeutung, ohne daß dem Mutterfach der geringste Schaden entstanden ist?

Läßt sich aus den genannten oder anderen Beispielen einer Separation beweisen, daß die „Einheit der Medizin“ gelitten hat oder „Beziehungen zum Ganzen“ verloren gegangen sind oder auch nur irgendein Nachteil für Praxis, Lehre und Forschung erkennbar geworden wäre?

Die Befürchtungen haben durch den historischen Ablauf keine Bestätigung gefunden. Was man sieht, ist wissenschaftlicher Fortschritt und dessen erfolgreiche Anwendung in der therapeutischen Praxis.

Was die zum Ausgang des neunzehnten Jahrhunderts gewonnene fachliche Aufteilung mit ihren Auswirkungen gelehrt hat, findet seine Fortsetzung in unserer Zeit. Der breite Strom wissenschaftlichen Zuwachses würde ohne spezielle Aufgabenteilung weder weiter gespeist noch in der Krankenbehandlung voll ausgeschöpft werden können. Durchaus berechtigt aber bleibt die Frage, wie weit soll die Teilung gehen, und wann ist die Ausgliederung eines Spezialgebietes im Sinne einer eigenständigen Disziplin sinnvoll?

In der klinischen Medizin sehe ich drei Kriterien.

1. Das Gebiet muß in der Praxis tragfähig sein, d. h. die klinischen Manifestationen und ihr pathologisches Korrelat müssen eine genügende quantitative und qualitative Variationsbreite besitzen und nicht auf eine Minimalsubstanz beschränkt sein.

2. Es muß erkennbar sein, daß der wissenschaftliche Fundus breit und tief genug ist, um Anreiz zur prospektiven Ausschöpfung zu bieten.
3. Ein in diesem Sinne markiertes Gebiet kann zur selbständigen speziellen Einheit werden, wenn der „Chef“ erkennt, daß ein zur fachlichen Meisterschaft herangewachsener Kandidat aus der jungen Generation mit begeistertem Engagement das Gebiet wissenschaftlich besonders erfolgreich mit originellen Gedanken fördert.

In der Regel haben neue Methoden, besonders wenn sie sich auf technisch komplizierte und schwierig zu handhabende Instrumente und Geräte stützen, neben Verfeinerungen und Vervollkommnungen des operativen Vorgehens in der Chirurgie zur fachlichen Verselbständigung spezieller Aufgabengebiete erheblich beigetragen. Besonders demonstrable Beweise sind Neurochirurgie und Herzchirurgie, beides Gebiete, die hohe operative und apparative oder instrumentelle Anforderungen stellen und sich daher, ohne auf erheblichen Widerstand zu stoßen, in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Selbständigkeit entwickelt haben. Die Urologie dagegen war zwar schon in den dreißiger Jahren ein selbständiges Fachgebiet, blieb in der Praxis aber noch lange ein integrierter Teil der Allgemeinen Chirurgie. Man kann dafür kaum einen anderen Grund finden als die Tatsache, daß die Handhabung der gebräuchlichen urologischen Methoden zum selbstverständlichen Pensum der chirurgischen Ausbildung gehörte. Erst als die transurethralen Operationen und spezielles Instrumentarium eine diffizile Technik erforderten, war der Bann gebrochen.

Man kann nun in der Tat nicht leugnen, daß die Allgemeine Chirurgie auch bei einigen der neu entstandenen Sondergebiete im Hinblick auf Diagnostik, Indikation, Verfahrenswahl, operative Technik mindestens vorläufig noch eine wichtige kohärente Bedeutung besitzt. Es sollte nicht versäumt werden, dem im Interesse der heranwachsenden Spezialisten Rechnung zu tragen. Dazu genügt m. E. nicht allein ein in den Rahmen der Weiterbildung eingeordnetes Rotationsverfahren während der Assistentenzeit. Deshalb habe ich in den 25 Jahren auf die regelmäßigen gemeinsamen Besprechungen vor dem Röntgenschirm unter Beteiligung aller Ärzte auch aus den Sondergebieten besonderen Wert gelegt. Die Diskussionen erstrecken sich auf spezielle Probleme aus wissenschaftlichen Forschungen und Publikationen und besonders natürlich auf klinikbezogene Fragen einschließlich der pathologisch-anatomischen und pathophysiologischen Grundlagen allgemein-chirurgischer und spezieller Observanz. Erst aus diesem täglichen oder jedenfalls regelmäßigen Erleben entsteht neben manchen Anregungen ein Fundus, der während der Zeit der Weiterbildung zu einer breiten klinisch nützlichen Erfahrung anwächst und einer gebotenen Kritik den Leistungen des eigenen Fachgebietes gegenüber dienlich ist.

Ob für die Spezialisierung in der klinischen Medizin das bisher übliche Muster seine Gültigkeit, Brauchbarkeit oder Zweckmäßigkeit behalten wird, will mir nicht sicher erscheinen. Man kann sich durchaus ein anderes Modell vorstellen. Dazu habe ich 1965 einen Gedanken angeschnitten, der gar nicht ganz neu war, inzwischen aber durch praktische Verwirklichung weitere Bestätigung gefunden hat.

In der Pädiatrie haben sich schon vor Jahrzehnten vereinzelt (z. B. Leipzig und München) konservative und operative Therapeuten zu gemeinsamer Arbeit unter einem Dach zusammengeschlossen. Eine Fortsetzung dieser Entwicklung ist besonderes Anliegen der Kinderchirurgen unserer Zeit.

Die moderne Variante einer solchen Kooperation ist durch eine andere Orientierung gekennzeichnet; der Prozeß findet seine Verwirklichung in Bereichen, die gleichzeitig durch differenzierte diagnostische und operative Methoden nahezu zwangsläufig ein besonderes Gepräge erhielten; es sind Sondergebiete, auf denen der quantitative und qualitative Fortschritt sowohl das Ergebnis erfolgreicher Forschung ist wie Ursache und Anlaß für die Entstehung neuer klinischer Einheiten. Die Tatsache, daß ihnen das Merkmal der Organ- oder Organsystem-bezogenen Umgrenzung zugrunde liegt, hat zu einem Phänomen geführt, das uns von der Lungentuberkulose her nicht ganz unbekannt ist: Ein Spezialgebiet mit konservativen und operativen Aufgaben unter einem Dach zu einer klinischen Einheit zusammengefügt.

Unsere Zeit kennt aktuelle ausdrucksvolle Beispiele mit Modellcharakter: Klinik für Kardiologie und Herzchirurgie als sog. Herzzentrum, Klinik für Angiologie und Gefäßchirurgie, oder mehr funktionell und nosologisch determinierte Bereiche (z. B. Endokrinologie, Rheumatologie) mit Aufgaben, denen sich vorerst locker verbundene internistisch-chirurgische Arbeitsgruppen widmen.

Die gleiche Vorstellung lag einem internistisch-chirurgischen Kolleg zugrunde, das jahrelang gemeinsam mit den Herren *v. Uexküll*, *Kühn* und *Lasch* Wesensmerkmal der klinischen Hauptvorlesung in Gießen war. Die Anwesenheit beider Dozenten im Hörsaal erfordert einen gewissen Zeitaufwand, ermöglicht aber eine Diskussion vor dem Auditorium, an der die Studenten sich mit eigenen Fragen beteiligen.

Kurz vor meiner Emeritierung erlebte ich noch die ersten Auswirkungen der neuen Studienordnung, die irriger Beflissenheit ihre Entstehung und ihre unreifen Früchte verdankt, um Bewährtes ärmer, durch Neues aber nicht reicher geworden ist und in dieser Hinsicht nur noch von der neuen Art des Prüfungsverfahrens übertroffen wird. Das Ergebnis entspricht einem Reformeifer, dem das „Neue um jeden Preis“ als der Weisheit letzter Schluß gilt.

Besonders zu bedauern ist die Tatsache, daß man dem klinischen Hauptkolleg — einem seit Jahrzehnten bewährten Fundament der studentischen Lehre — sein Gewicht genommen und es auf die kaleidoskopartigen Demonstrationen in Form des Unterrichts am Krankenbett verlagert hat. In der faszinierenden Vorstellung vom „Unterricht in kleinen Gruppen“ ist in Vergessenheit geraten, daß es im Rahmen des früheren Studiensystems schon eine Lehrveranstaltung „klinische Visite“ gab, die als Ergänzung zum Hauptkolleg in sehr glücklicher Weise ein verbindendes Element zwischen einer Vorlesung für den fortgeschrittenen Kliniker und dem Unterricht am Krankenbett war. Eine behutsame Reform hätte genügt, um die Effizienz dieser Lehrveranstaltung zu erhöhen.

Aus meiner Münchener Zeit erinnere ich mich aber auch lebhaft eines Besuches amerikanischer Professoren der Medizin in der Münchener Klinik während des Sommersemesters 1945, also unmittelbar nach Kriegsende. Professor *Phemister* aus Chicago hatte an einem Hauptkolleg von *E. K. Frey* teilgenommen und äußerte mir gegenüber beim Verlassen des Hörsaals: Wenn wir so etwas in Amerika doch auch hätten!

Über die Gliederung des medizinischen Staatsexamens in drei Stufen und ihre zweckdienlichen Vorstellungen läßt sich durchaus diskutieren. Dagegen ist das „Antwort-Auswahl-Verfahren“ keine glückliche Lösung. Wesentlicher Teil des Staatsexamens ist die Aufgabe, zu ermitteln, ob der Kandidat medizinisch denken kann. Das ist mit diesem Verfahren nicht möglich. Nur in der Endstufe ist ein Teil des Examens der mündlichen Prüfung vorbehalten. Und das ist nicht ausreichend.

Schließlich noch eine Sorge aus der akademischen Provinz. Was durch das Hessische Hochschulgesetz und seine demontierenden und nivellierenden Auswirkungen angerichtet worden ist, hat einen zum Teil unrühmlichen Widerhall gefunden und die Flagge „Hessen vorn“ arg verunziert. Mit vielen Dingen müssen wir in unserem Land selbst fertig werden. Aber der „Hessen-Professor“ hat eine beschämende Ausstrahlungskraft über unsere Landesgrenzen hinaus; die Umhabilitierung eines Mitarbeiters nach außerhalb löst eine Anfrage der betreffenden Fakultät aus mit der Bitte um Mitteilung, auf welche Weise der Kandidat seine Dozentur und seine Professur erworben hat. Nichts möchte man sehnlicher wünschen, als daß mit diesem Makel auch manche anderen „Reform“-Ergebnisse bald wieder korrigiert werden.

Was an unseren deutschen Universitäten not tut, ist nicht, die Gemeinschaft der Lehrenden und Lernenden in verklärter Erinnerung zu preisen, sondern sie herzustellen und zu praktizieren. Das impliziert auf akademischem Boden Leistung und Leistungsnachweis, aber nicht mit Brachialgewalt. Deshalb möchte man hoffen, daß es unseren jungen Medizinern bald gelingt,

die Angst vor einer fachbezogenen Leistungskontrolle zu überwinden, um sich früh daran zu gewöhnen, daß im späteren Berufsleben die Leistung das entscheidende Maß ist, mit dem gemessen wird. Dazu gelten den studierenden Medizinerinnen meine besonderen Zukunftswünsche.

Meinen Kollegen und allen Mitarbeitern möchte ich meinen herzlichen Dank ausdrücken für die Jahre harmonischer Zusammenarbeit. Für mich entstand daraus eine große Hilfe bei dem ständig fortschreitenden Lernprozeß, an dem ich gern weiter teilhaben möchte, wenn auch als Emeritus in ausgebotener Distanz.