Geleitwort

E. H. Farthmann

Es ist auffallend, daß Hygienefragen im Programm chirurgisch orientierter wissenschaftlicher Fachgesellschaften keinen oder nur einen geringen Raum einnehmen. Dies gilt für die einzelnen operativen Disziplinen, aber auffallenderweise auch für eine auf die Erforschung chirurgischer Infektionen ausgerichtete Fachgesellschaft wie die Surgical Infection Society (SIS). Diese Gesellschaft hat daher gern die Schirmherrschaft über das Symposium übernommen, deren Ergebnisse in der vorliegenden Monographie festgehalten sind. Dennoch beansprucht sie keinerlei Urheberschaft für die hier erstmals formulierten Regeln, deren Zusammenstellung allein das Verdienst der Herausgeber ist.

Wenn man sich nach den Gründen für die Sonderstellung krankenhaushygienischer Probleme im Spektrum des chirurgischen Interesses fragt, stößt man auf ein vielschichtiges Problem. Wie so oft in der Chirurgie, sind die Wurzeln auch historisch determiniert. Zwar ist jedem heute tätigen Chirurgen bewußt, daß alles in der heutigen Chirurgie Erreichte nur vor dem Hintergrund der Überwindung des Hospitalismus alter Art möglich war; dennoch fehlt das Bewußtsein für die Verhältnisse vor der Zeit von Semmelweis und Lister. Hinzu kommt die Tatsache, daß zumindest zu Beginn wissenschaftliche Erkenntnis und empirische Handlungswissenschaft nicht synchron verliefen: Lister hatte bei der Einführung der Antisepsis nachweislich keine Vorstellung von ihrem Wirkungsmechanismus.

Von diesen Wurzeln her ist hygienisches Verhalten in der Chirurgie weitestgehend von Traditionen und tradierten Riten beeinflusst. Dabei ist häufig nicht genau zu erkennen, wer diese Riten überhaupt formuliert und tradiert. Bei genauem Hinsehen haben Krankenschwestern und Krankenpfleger hieran einen ebensolchen Anteil wie Ärzte, und hygienisches Verhalten ist im allgemeinen nicht Gegenstand dessen, was in chirurgischen „Schulen“ weitergereicht wird.

Damit wird das Kernproblem sichtbar: Chirurgie ist notwendigerweise und von ihrem Selbstverständnis her patientenbezogen und handlungsorientiert, genauer: ausgerichtet auf den einzelnen individuellen Kranken. Entscheidungsfindung, ebenso wie ihr Umsetzen in therapeutisches Handeln sind somit durch eine unmittelbare Kausalkette zwischen Arzt und Patient verbunden. Dies gilt für Erfolge ebenso wie für Mißerfolge.

Hygienisches Verhalten jedoch stellt sich anders dar: Die Maximen dieses Tuns abstrahieren notwendigerweise vom Einzelfall, da generelles Verhalten und nicht

das Behandeln eines einzelnen Menschen im Vordergrund steht. Es fehlt somit der unmittelbare Bezug zwischen Tun und Erfolg, die Ergebnisse sind nicht zuzuordnen und somit der unmittelbaren Verantwortlichkeit entzogen.

Dennoch bleibt festzuhalten, daß in jeder klinischen Einrichtung eine ununterbrochene „Hygienekette“ existiert, die immer nur so stark ist wie ihr schwächstes Glied. Hieraus leitet sich ein Bedarf an rational begründeten Standards des Verhaltens ab, der allgemein akzeptiert werden muß. Die Gegenstände eines solchen standardisierten Verhaltens finden in der vorliegenden Monographie weitestgehend Berücksichtigung. Sie reichen von verwendeten Materialien über Besonderheiten einzelner Einrichtungen der Klinik bis zu den speziellen Anforderungen bei erhöhter Infektionsgefahr. Gewiß kann ein erster Ansatz nicht alle offenen Fragen beantworten, aber er stellt einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar.

Für die Zukunft ist zu hoffen, daß weitere Bemühungen um eine rationale Begründung vernünftigen Hygieneverhaltens folgen. An die Stelle von Sensationsmeldungen in der Laienpresse („... 30 000 Krankenhaustote ...“) sollte eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit einem Gebiet treten, das in der Vergangenheit zu oft der emotionalen Diskussion überlassen blieb.