

FOCUS MHL

Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Medizinischen Hochschule Lübeck
1. Jahrgang · Heft 1 · Juli 1984

Inhalt

Editorial	5
Das Kolleg	
Tieftemperatur-Reaktionen (Ist die Entstehung des Lebens ein irdisches oder ein kosmisches Ereignis?) A. X. Trautwein	7
Originalarbeiten	
Die chirurgische Therapie des Rezidivs colo-rektaler Carcinome V. Lange, E. Thies, G. Meyer, F. W. Schildberg	16
Biliäre Ausscheidung von Arzneimitteln beim Menschen C. P. Siegers	25
Magenbezoare W.-D. Schreiner, J. Dageförde, P. Pfennig, M. Otte	31
Das Interview	
Mit Professor Dr. med. D. Krebs	35

Studium generale

Erfolgreiche Assimilation oder Erfolg und Assimilation: Die deutsch-jüdische Familie im Kaiserreich Sh. Volkov	39
--	----

Aus der Hochschule

Das Porträt	
Professor Dr. med. H. Laqua	47
Hochschule und Krankenversorgung P. C. Scriba	49
Tagungen	53
Personalia	56
Gesellschaft der Freunde und Förderer der Medizinischen Hochschule Lübeck e. V.	57
Hanseatische Universitätsstiftung zu Lübeck	58
Medizinische Gesellschaft zu Lübeck	58
Vorschau	59

FOCUS MHL

Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Medizinischen Hochschule Lübeck

Herausgeber: Das Präsidium der Medizinischen Hochschule Lübeck

Schriftleitung: F. W. Schildberg, P. C. Scriba, Ch. Weiss

Wissenschaftlicher Beirat: J. Beckert, H. Berndt, K.-W. Diederich, H. Dilling, J. Eichler, D. v. Engelhardt, H. Fassl, H. Feiereis, A. Fenner, G. Geile, H. Halsband, H. G. Hansen, E. Harbers, H. Haug, W. Henkel, J. Henßge, A. Hofstetter, W. Hoppe, K. Jatho, R. Knuppen, W. Kühnel, H. Laqua, G. M. Lösch, K. Lorentz, H. Mayr, F. Oberheuser, C. E. Petersen, O. Pribilla, E.-Th. Rietschel, U. Ritter, G. Schäfer, R.-M. Schütz, E. Schwinger, O. Strubelt, W. Traut, A. X. Trautwein, H. Uthgenannt, H.-D. Weiss, H. Wolff, G. Zetler (alle Medizinische Hochschule Lübeck)

Redaktion: H.-F. Piper, E. Albrecht, Telefon (04 51) 5 00 30 04

Anschrift: Medizinische Hochschule Lübeck, Ratzeburger Allee 160, D-2400 Lübeck 1

Auflage: 4500 Exemplare

Verlag: Hansisches Verlagskontor H. Scheffler, Friedrich-Wilhelm-Platz 3, Postfach 3045, D-2400 Lübeck 1, Telefon (04 51) 59 97 77

Anzeigen: Hansisches Verlagskontor H. Scheffler, Ilse John

Druck: Verlag Schmidt-Römhild, Mengstraße 16, 2400 Lübeck 1, Telefon (04 51) 7 50 01

Erscheinen: FOCUS MHL erscheint vierteljährlich (zum 1.)

Redaktionsschluß: 6 Wochen vorher

Bezugspreis: Einzelheft DM 15,-, Jahresabonnement DM 60,- zuzügl. Versandkosten. In den Mitgliedsbeiträgen der Gesellschaft der Freunde und Förderer der Medizinischen Hochschule Lübeck enthalten

Hochschule und Krankenversorgung

Festvortrag zur Immatrikulationsfeier der Medizinischen Hochschule Lübeck am 17. Oktober 1983

P. C. Scriba

Wir haben uns hier versammelt, um Sie, die neuen und die zum Semesterbeginn wiederkehrenden Studenten feierlich zu begrüßen, und wir tun dies mit der Dankbarkeit, mit der man die wiederkehrenden Zugvögel grüßt, und mit besonderer Freude, weil unsere Hochschule nun auch Erstsemester hat.

Sie alle wollen Ärzte werden. Wir Ärzte in dieser Hochschule haben vom Staat die Pflicht übernommen, für Ihre Ausbildung zu sorgen, aber wir handeln auch als besonders befugte Vertreter der ganzen Ärzteschaft, die wie jeder freie Berufsstand die Pflicht hat, für ihren eigenen Nachwuchs Sorge zu tragen.

Was ist das, ein Arzt? Nach welchem **Leitbild** sollen wir Sie ausbilden?

Wer so fragt, wird sich inhaltlich zugegebenermaßen mit einigen Schwierigkeiten an der gültigen Approbationsordnung und an den daraus abgeleiteten Gegenstandskatalogen orientieren können. Einfacher und für die heutige Stunde angemessener ist eine umfassendere Antwort, die sich ergibt, wenn man fragt, was Ihre Patienten eines Tages von Ihnen erwarten werden?

Ich darf das, was Sie als Ärzte mit Ihren Patienten tun werden, mit diesen gültig bleibenden Worten eines französischen Arztes wiedergeben, so wie sie von dem Bonner Internisten Dengler anlässlich der Eröffnung des Wiesbadener Internistenkongresses 1983 gebraucht wurden.

Guérir quelquefois; soulager souvent; consoler toujours. Heilen – manchmal; Lindern – oft; Trösten – immer.

Dieser Satz strahlt zunächst einmal Bescheidenheit und Skepsis aus: Heilen – nur manchmal, nicht einmal immer Lindern, das paßt so gar nicht zu dem beliebten Ärzte-Feindbild vom „Halbgott in Weiß“.

Trotz der enormen Anstrengungen, der notgedrungen auch enorm teuren Anstrengungen der Forschung, sowohl der klinischen Forschung als auch der Grundlagenwissenschaftler, bleibt auch für Ihr absehbares Berufsleben zu erwarten, daß Sie den Kranken nur bisweilen heilen und seine Krankheit nicht immer bessern können werden.

Aber ein anderer Aspekt ist mir an dieser Stelle noch wichtiger, nämlich, daß die kontinuierliche Auseinandersetzung der Forschung mit der Krankheit dazu führt, daß unser Wissen von den Krankheiten, die Nosologie, dem raschen Wandel unterworfen ist. Sie sollen hier mit unserer Hilfe ein Wissen erwerben, welches allein vom Umfang her zweifellos ein quantitatives Problem darstellt. Wollen Sie aber dies bitte vor allem bemerken und bei Ihrer späteren Berufsausübung nie vergessen, daß Ihre ärztliche Kunst, bestehend aus Wissen und Können, des **lebenslangen Austausches von Überholtem gegen das Neue** bedarf; der Arzt soll also in lebenslanger Weiterbildung und Fortbildung stehen.

Wie rasch der Wandel unseres Wissens über Ätiologie (Ursachen), Pathogenese, Symptomatologie, Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei den verschiedenen Krankheitsgruppen vor sich geht, das kann ich Ihnen am besten an dem von mir persönlich erlebten Abschnitt der Geschichte der Hyperthyreose aufzeigen. Wir mußten 1954 vor dem Physikum einen Krankenpflegedienst leisten; wenn uns die Schwestern auf den Stationen nicht mehr brauchen konnten, wurden wir zum Zuschauen in die Eppendorfer Operationssäle geschickt. Die hier beherrschende Figur, der Operationspfleger M., machte noch keine unnötigen Unterschiede bei den Schilddrüsenkrankheiten, sondern entschied einfach – „Geh Du mal bei die Struma bei“. Dies war an sich die Zeit, in der aufgrund der nuklearmedizinischen Forschung das Radiojodsintigramm heiße Knoten, heute autonome Adenome genannt, als eine Sonderform der Hyperthyreose erkennen ließ, die der besonderen selektiven Operationstechnik bedarf.

Bis etwa 1965 wurde die Schilddrüsenfunktionsdiagnostik, in meinem engeren Beispiel also die Erkennung der Schilddrüsenüberfunktion, vom sog. Radiojodspeicherungstest dominiert, bei dem der Patient unbequemerweise an 3 Tagen kommen mußte und die in vivo-Applikation von ¹³¹Jod unvermeidlich ist. Ende der sechziger Jahre begann die Ära der Bestimmung des Schilddrüsenhormongehalts im Serum, zunächst als Messung des stabilen proteingebundenen Jods PB¹²⁷I, welche häufige Irr-

tumsmöglichkeiten beim Radiojodtest aufdeckte, aber selbst durch viele jodhaltige Substanzen gestört wurde. Die Ankunft der analytisch spezifischen Radioimmunoassays für Thyroxin und Trijodthyronin Anfang der siebziger Jahre, vor allem aber auch die Bestimmung des thyreotropen Hormons TSH, erlauben heute mit hoher Sensitivität, das ist der Prozentsatz positiver Befunde bei einer nicht ausgewählten Gruppe von Kranken und mit ebenfalls hoher Spezifität von weit über 90%, die Schilddrüsenüberfunktion zu beweisen. Sie sehen hier auch gleich, welche medizin-statistischen Beweise für eine neue Methode heute verlangt werden, ehe dieselbe als Fortschritt gegenüber dem Herkömmlichen akzeptiert wird.

In der zweiten Hälfte der siebziger Jahre wurden zwei weitere grundsätzlich verschiedene Krankheiten der Schilddrüse, die zur Überfunktion führen, differenziert diagnostizierbar: Das ist die immunogene Hyperthyreose vom Typ des Morbus Basedow, ggf. an der spezifischen Augenbeteiligung im Sinne der „endokrinen“ Orbitopathie erkennbar und andererseits die disseminierte oder multifokale Autonomie, die letztlich meist auf dem alimentären Jodmangel beruht und in Anbetracht einer analogen Epidemiologie wohl mit dem solitären autonomen Adenom verwandt ist. Alle drei Hyperthyreoseformen haben, und das ist das für die Patientenversorgung Wichtige, eine sehr unterschiedliche Prognose und verlangen eine verschiedenartige Therapie und Nachsorge. Mir fehlt leider die Zeit, heute auch noch auf die Fortschritte der bildgebenden Verfahren bei den Schilddrüsenkrankheiten einzugehen.

Für die nächste Zukunft wird der zumindest teilweise Ersatz der Radioimmunoassays durch nicht-radioaktive Verfahren wie Enzymimmunoassays, Lumineszenzimmunoassays etc. erwartet. Für die etwas spätere Zukunft kann man sich von der immunologischen Forschung bessere Klassifizierungen der Schilddrüsenkrankheiten mit Überfunktion, neue therapeutische Wege und vielleicht sogar prophylaktische Möglichkeiten erhoffen; mir reicht die Zeit auch nicht, um dieses weiter auszu-leuchten. Soviel zum **Wandel unseres Wissens**.

Ihre Lernaufgabe als zukünftige Ärzte und unsere Aufgabe als Hochschullehrer beinhaltet auch die zumindest grundsätzliche Vermittlung von Fähigkeiten zur erforderlichen Kritik wissenschaftlicher Ergebnisse. Sie werden diese brauchen, wenn Sie nicht vollkommen hilflos den nicht lizenzierten, d.h. nicht im Sinne der wissenschaftlichen Kritik redigierten, vielfältig blühenden medizinischen Regenbogenblättern, dem Übermaß der Pharmawer-

bung und der oft aktuellen, aber nicht immer richtigen Tagespresse ausgeliefert sein wollen.

Guérir quelquefois, soulager souvent ..., die wünschenswerte Skepsis gegenüber dem für unsere Patienten zur Verfügung stehenden therapeutischen Fortschritt und die angemessene Bescheidenheit bei dem Angebot der ärztlichen Hilfe auch im Hinblick auf die leidigen Nebenwirkungen und die Risiken jeder, nicht nur der aufwendigeren oder sogar spektakulären ärztlichen Maßnahmen sollten nicht dazu führen, in die Lethargie des grundsätzlichen Zweifels am Fortschritt und in Ablehnung der Forschung, speziell der klinischen Forschung, an sich zu verfallen. Ich hoffe, in der gebotenen Kürze die Verbesserungen der Qualität der Patientenversorgung prinzipiell angedeutet zu haben und vielleicht genügend persönliche Glaubwürdigkeit zu besitzen, wenn ich medizinische Forschung als weiterhin lohnend und notwendig deklarieren.

Wie ist heute kreative **klinische Forschung** möglich, die zwischen den beiden Polen der Pflichten der Krankenversorgung und zur Lehre blühen soll. Die klinische Forschung hat einige, sich lokal anbietende Arbeitsgebiete konzentriert aufzugreifen, sie muß die Unterstützung durch passende und vorhandene Grundlagenwissenschaftler einwerben, und sie muß den Verbund auch auf überregionaler und übernationaler Ebene suchen.

Der internationale Fortschritt der Forschung wird heute vor allem in relativ kleinen Tagungen zusammengetragen, zu denen nur derjenige wahren Zutritt hat, der mit einer noch so kleinen, aber originellen und anerkannten **eigenen** Leistung kommt. Deshalb muß in jeder Hochschule zwar nicht alles in extenso, aber doch vieles auf hohem Niveau wissenschaftlich bearbeitet werden. Lübecker Ergebnisse können dann fast wie beim Naturalienhandel gegen Kooperation und Information fremder Provenienz, aus erster Hand, zu frühem Zeitpunkt und mit der nur bei persönlichem Austausch möglichen Deutlichkeit eingetauscht werden. Diese Arbeit ist essentielle Voraussetzung für **Krankenversorgung** auf dem Niveau der eigenen direkten Kompetenz und für einen Unterricht, der nicht nur Lerninhalte vermittelt, sondern Sie für die **kritisch-skeptische** und doch konstruktive Auseinandersetzung mit dem für Ihr langes Leben zu erwartenden Wandel unseres Wissens und Könnens vorbereitet.

Sie sind aufgerufen und werden von mir ermutigt, an dieser **Forschung aktiv teilzuhaben**, indem Sie sich z.B. zunächst als Doktoranden einer der zahlreichen wissenschaftlichen Gruppen in den Instituten und Kliniken dieser Hochschule anschließen. Dies kann man frühzeitig, d.h. schon in den ersten

Semestern tun, um mit Kontinuität über mehrere Jahre an der Forschung teilzunehmen. Diese Arbeit wird sich lohnen. In einer Zeit, in der Sie zu Recht die Sorge plagen muß, ob nicht mehr Ärzte ausgebildet werden, als man brauchen und bezahlen können wird, kann für manchen eine sinnvolle Antwort auf dieses Problem der Erwerb eines möglichst hohen Grades an Wissen und Können, ja auch einer brauchbaren Spezialisierung sein. Die Forschung spürt von der vielzitierten Medizinerschwemme bereits neuen Zulauf. Sie bietet Vielen persönliche berufliche Zufriedenheit und ist immer gut für überraschende, unkonventionelle Entwicklungsmöglichkeiten.

Angesichts des enormen Zuwachses an Wissen und dem sich stetig erneuernden und auch erweiternden Können, dessen Bewältigung den Ärzten insgesamt heute abverlangt wird, sind **Spezialisierung** in Gebiete und Teilgebiete und sich ergänzende **Kooperation** schlichte Notwendigkeiten. Mein Gebiet, die Innere Medizin, ist von meinem Vorgänger A. Kleinschmidt in einer zentrifugalen Darstellung (Abb. 1) schematisch dargestellt worden. Zu früheren Zeitpunkten aus der Inneren Medizin heraus entwickelte Gebiete wie Pädiatrie, Dermatologie, Neurologie oder mehr technische Disziplinen wie Radiologie und klinische Chemie sind hier noch nicht einmal erwähnt. Ein einzelnes Teilgebiet wie die Endokrinologie ist heute schon wieder in Diabetologie, Thyreoidologie und in Spezialitäten für beispielsweise jede endokrine Drüse aufzugliedern. Unsere Hochschule kann einen zeitgerechten

kompetenten Unterricht, aber auch moderne Patientenversorgung der Region in der gebotenen Vielfalt und in sinnvoller Differenzierung nur bieten, wenn ihr für diese beiden Aufgaben vor allem die Last der aus der Gründungszeit stammenden **Engpässe** der **personellen Ausstattung** genommen wird.

Der Standort Lübeck bietet dabei einige, nicht zu übersehende Vorteile. Diese Medizinische Hochschule dient in Wahrheit als eines der beiden Städtischen Krankenhäuser für die Versorgung von ca. 250 000 Einwohnern und hat nach der Krankenhausbedarfsplanung demnächst als das lokale Schwerpunktkrankenhaus der sog. Maximalversorgung zu gelten. Die Bettenausnutzung ist so hoch, daß die Versorgungsaufgabe zu besonders zügiger Diagnostik und Therapie der Patienten drängt. Wenn ein hoher Anteil an Notfallseinweisungen und sog. Normalfällen die Bettenbelegung dominiert, so bietet das Schutz vor dem andernorts geläufigen Problem, daß ein disproportional zu hoher Anteil an Spezialistenfällen der erforderlichen Ausgewogenheit der Lehre abträglich werden könnte. Gerade diese **allgemeine Versorgungsfunktion** unserer Hochschule kommt dem Unterricht, aber auch dem aufzunehmenden Patienten wieder zugute, indem verhindert wird, daß sich der einzelne Patient im Irrgarten einer übertriebenen Unterteilung, z.B. der Inneren Medizin in Spezialabteilungen, verirrt. Unser Schema (Abb. 1) trägt diesem Gedanken Rechnung, indem die Teilgebiete als Liganden und die Innere Medizin mit Rezeptorenbesatz dargestellt werden. Die der notwendigen Spezialisierung raumgebende, die Spezialisten aber zentripetal integrierende Innere Medizin bleibt als Ganzes für den unselektioniert eintreffenden Kranken leicht zu finden und bietet eine Ausbildung, wie sie eben besonders außerhalb der Ballungsgebiete oder besser außerhalb der großen Zentralkliniken in den Millionenstädten ankommt.

Somit dürfen wir hoffen, daß die bei uns ausgebildeten und weitergebildeten Ärzte in der Weite unseres Landes angenommen werden. Ich muß allerdings hier auch betonen, daß es die Zahl und die Belastbarkeit der in der MHL versorgten Kranken sind, die die Zahl der vernünftig auszubildenden Medizinstudenten bestimmen. Patienten nehmen ihre passive Teilnahme an Unterrichtsveranstaltungen nur so lange hin, wie diese in einem vernünftigen Gleichgewicht mit den Vorteilen einer kompetenten und engagierten Versorgung steht.

Meine Damen und Herren, Sie werden verstanden haben, daß ich den Erfolg Ihrer Ausbildung zu Ärzten in erster Linie an Ihrer späteren Bewährung in Ihrem Beruf abzulesen geneigt bin. Diese kön-

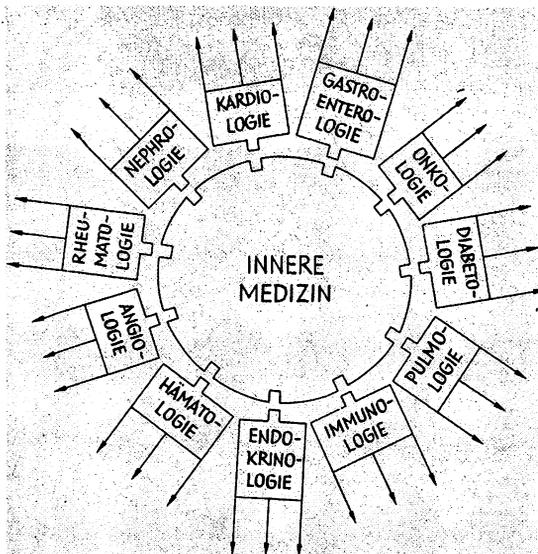


Abb. 1: Innere Medizin und ihre Spezialgebiete (A. Kleinschmidt).

nen wir nicht prüfen, wir müssen sie abwarten. Häufige und laute Kritik an dem gegenwärtigen **Prüfungssystem** ist in den letzten Jahren zu hören. Diese Kritik gehört geradezu zu dem Standardrepertoire berufspolitischer Reden und Festvorträge. Meistens werden einige spezialistische oder unsinnige oder schlecht lösbare Mainzer Examensfragen präsentiert – und wer wollte leugnen, daß es diese gibt, was ist denn schon ohne Fehler in dieser Welt? Des weiteren wird dann mit der Praxisferne des schriftlichen Examens eine ganze Generation werdender Ärzte pauschal disqualifiziert. Das ist alles sehr ungerecht.

Vergessen wir zunächst nicht, daß es das verbreitete Unbehagen an der Subjektivität der Prüfer und an der fehlenden supraregionalen Standardisierung der geforderten Wissensinhalte war, welches zur Ablösung der mündlichen Prüfung nach der alten Bestallungsordnung führte. Ich weiß, wovon ich rede, denn ich habe dieses System lange genug passiv und aktiv erlebt. Und glauben Sie ferner niemandem, daß das praktische Können nach dem Staatsexamen der fünfziger bis sechziger Jahre besser war als heute. Dieser Irrtum entsteht nur dadurch, daß sich früher jede Klinik die nach dem Augenschein besten Medizinalassistenten aussuchen konnte, während der PJ-ler heute über eine zufällige Liste kommt. Berufliches praktisches Können kann man erst in der angeleiteten Praxis erwerben, und in dem Maße, in dem die Möglichkeit dieser **angeleiteten Praxis** fehlt, wird unser Aus- und Weiterbildungssystem in Zukunft das Ziel verfehlen.

Prüfungen müssen sein; wer möchte schon mit einem Autobus fahren, dessen Fahrer keinen Führerschein hat? Die Mainzer Fragen werden heute in harter Arbeit von Kollegen gemacht, die meist von ihren Fachgesellschaften delegiert und um Ausgewogenheit und Praxisnähe bemüht sind. Die richtige Beantwortung von „nur“ 60% oder mehr setzt einen Wissensumfang und besonders bei manchen Fragentypen wie Fall- oder Bildfragen auch praktisch-klinisches Können voraus, wie sie größer von

früheren Ärztegenerationen zum Examen bestimmt nicht verlangt wurden. Es wäre m.E. ein kolossaler **Fehler**, wenn man diese effiziente, bundesweit standardisierte schriftliche Überprüfung auch nach dem 3. Abschnitt einer lautstarken Lobby opfern würde, die bisher keinen praktikablen Ersatz anbietet. Dabei verkenne ich nicht, daß schriftliche Prüfungen keineswegs alle Aspekte des ärztlichen Wissens und Könnens prüfen können. Eine ergänzende, weiterentwickelte, wahrhaft fallbezogene mündliche Prüfung am Patienten wäre m.E. höchst wünschenswert – aber bitte nicht die kleinlich reglementierte Kollegialprüfung am grünen Tisch, die wir gegenwärtig praktizieren müssen.

Guérir quelquefois ..., Sie werden bemerken, daß dieser Satz auch so etwas wie eine ethische Maxime beinhaltet. Der zukünftige Arzt muß die Absolutheit spüren und in seinem Herzen mit unerschütterlicher Festigkeit eingepflanzt tragen, mit der hier der Dienst zum Wohle des Kranken gefordert wird. Es gibt sicher verschiedene Quellen für die Kraft, die Sie brauchen werden, um dieser **Berufung** entsprechen zu können. Aber Nächstenliebe ist das Gebot dieses Berufes, sei sie in unserem Glauben begründet oder anders. Consoler toujours ..., das kann professionelle psychosomatische Medizin sein oder schlichte menschliche Anteilnahme. Es kommt auf das Immer an. Ein Immer, das Sie auch jenseits der Dienstzeit begleiten wird. Ein Immer, das nur schlecht durch tarifvertraglich geregelte Dienststörungen und schon gar nicht durch verordneten Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste zu treffen ist.

Meine Damen und Herren, ich beglückwünsche Sie, Sie haben sich einen der schönsten Berufe gewählt; Sie werden Kranken helfen oder sie trösten können. Wenn andere ihre Arbeit als eine lästige Notwendigkeit empfinden, so wird Ihre Arbeit Ihnen vielleicht manchmal schwerfallen, aber nur selten zur Last werden. Ich heiße Sie noch einmal willkommen.