

# FOCUS MHL

Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Medizinischen Universität zu Lübeck  
7. Jahrgang · Heft 1 · Januar 1990

---

## Inhalt

---

### Editorial

Pflichten des Rektors 3

---

### Das Kolleg

Gesichtspunkte der gonadalen Infertilität  
R. Johannisson 5

---

### Originalarbeiten

Nicht-infektiöse Entzündung bei der Lockerung zementierter Hüftgelenkendoprothesen – Licht- und elektronenmikroskopische Untersuchung und LAMMA-Studie

I. Bos, Lindner, Seydel, Johannisson, Henßge, Löhrs 15

Einfluß verschiedener Pharmaka auf die renale Elimination des Zytostatikums Methotrexat und seines Metaboliten 7-Hydroxymethotrexat

H. Brasch, H. Iven 25

Zur diagnostischen Relevanz von Harnproteinanalysen nach Nierentransplantation  
W.G. Wood, Dagmar Herhahn, J. Steinhoff, E. Schulz, K. Sack 33

---

### Übersicht

Steroidhormonrezeptoren in der Diagnose des metastasierenden Mammakarzinoms  
G. Vollmer, W. Wünsche, U. Meyn, M. Kniewe, N. Schütze, J. Bindewald 38

---

### Studium generale

Von der Schwierigkeit, gesund zu sein – Gedanken zur Gründung einer Medizinischen Universität  
W. Doerr 46

---

### Aus der Hochschule

Über zukünftige Aufgaben der Universitätsmedizin  
P.C. Scriba 53

Ehrendoktorwürde für Prof. Giertsen aus Bergen 56

Partnerschaft mit der Universität Tartu in Estland, UdSSR 57

---

### Das Porträt

Prof. Dr. med. Wolfgang L. Gross, Direktor der Abteilung für Rheumatologie 60

---

Personalia 62

---

Tagungen 64

---

### Gesellschaft der Freunde und Förderer

Professor-Otto-Roth-Preis 1989 66

---

Schrödinger, E.: Naturwissenschaften 23: 812 (1935)

Siebeck, R.: Die prämorbid Persönlichkeit. In: C. Adam und F. Curtius: Individualpathologie. Jena: G. Fischer 1939 S. 16

Stensen, N.: cf. Schipperges 1986

Vogel, Fr.: Humangenetik in der Welt von heute. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1989

Weizsäcker, V. v.: Individualität und Subjektivität. In: C. Adam und F. Curtius: Individualpathologie. Jena: G. Fischer 1939 S. 51

Wisseroth, K.P.: Altern und Krebs in chemischer Sicht. Stuttgart. Verlag Dr. Flad 1983

## AUS DER HOCHSCHULE

# Über zukünftige Aufgaben der Universitätsmedizin

Peter C. Scriba

Der mit 10 000.- DM dotierte Schmidt-Römhild-Technologiepreis 1989 wurde vom Minister für Wirtschaft, Technik und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein dem 1987 von Dr. Winfried Stöcker gegründeten Unternehmen „Euroimmun GmbH“ verliehen. Damit wurde die beispielhafte technologische und unternehmerische Leistung des Groß Grönauer Laboratoriums für experimentelle Immunologie bei der Entwicklung der Biochip-Technologie gewürdigt, die einen neuen Weg zur Produktion von Reagenzien für medizinische und biologische Labors darstellt. Anlässlich der Preisverleihung am 10. November 1989 im Audienzsaal des Lübecker Rathauses hielt der damalige Rektor der Medizinischen Universität zu Lübeck, Prof. Dr. med. Peter C. Scriba, einen Festvortrag „Über zukünftige Aufgaben der Universitätsmedizin“, den wir im folgenden leicht gekürzt veröffentlichen.

Die Aufgaben der Universitätsmedizin werden auch in der Zukunft auf drei voneinander untrennbaren Feldern liegen: Lehre, Forschung und Krankenversorgung. Wir haben uns heute Gedanken zu machen über deren zukünftigen Wandel und denkbare Weiterentwicklungen.

In der Krankenversorgung werden Universitätsklinik in zunehmendem Umfang durch **Spezialaufgaben** belastet. Beispiele dafür finden sich besonders in der Onkologie, mit ihren z.T. aufwendigen medikamentösen oder physikalischen Therapieformen. Man kann als Beispiel ebenso die komplizierteren Transplantationen anführen. Nicht zuletzt wegen der hohen Kosten dieser Art von Therapie wird sie gerne den Universitätskliniken aufgebürdet. Wenn die Universitätskliniken dann mit ihrem Pflegesatz oder Sonderentgelt nicht auskommen, können die Krankenkassenverbände immer noch behaupten, daß diese aufwendige Art der Krankenversorgung nur für Lehre und Forschung da wäre. Es ist aber nicht nur dieses „Schwarze Peter Spiel“, nach dem der Universität eine steigende Zahl von Spezialaufgaben zuwächst. Es liegt auch an dem aufwendigen Therapieverfahren selbst. Sie müssen nämlich in ein System der Maximalversorgung eingebunden sein. Denken Sie an die hier in Lübeck so dringend

benötigte Herzchirurgie. Sie braucht leistungsfähige Laboratorien, einen effizienten Blutspendedienst, eine einschlägig erfahrene Anästhesiologie, eine Dialyseabteilung, Neurologie und selbst Psychiatrie. Schließlich kann die gut ausgerüstete internistische Kardiologie z.B. Dilatationen, das sind Ausdehnungen von Herzkranzgefäßen, nur dann durchführen, wenn sie bei Komplikationen sofort, d.h. vor Ort auf die Hilfe der Herzchirurgie zurückgreifen kann. Das gilt auch für die Unfallchirurgen, die bei Patienten mit schweren Verletzungen des Brustraumes einen Herzchirurgen heranziehen können müssen.

Diese verschiedenen Funktionsbereiche, zu denen auch noch die modernen bildgebenden Verfahren gehören, sind örtlich zusammenhängend vorzuhalten. Eine „Herzchirurgie irgendwo im Lande“, also z.B. in der Nähe eines Rehabilitationszentrums aufzubauen, wäre schlicht ein Schildbürgerstreich. Eine weitere **Herzchirurgie** in Schleswig-Holstein gehört dahin, wo das erforderliche Umfeld schon vorhanden ist und wo sie dringend benötigt wird, also nach Lübeck.

Die zunehmende Belastung der Universitätskliniken mit Spezialaufgaben soll hier keineswegs nur beklagt werden. Der wissenschaftliche Fortschritt kann schließlich nur in Einrichtungen erarbeitet werden, die Krankenversorgung mit **Forschung** verbinden, also in den Universitätskliniken. Der wechselseitige Nutzen von Forschung und Krankenversorgung ist evident. Die Krankenversorgung profitiert vom raschen Umsetzen des erarbeiteten Fortschritts; der Forschung erwachsen im Kontakt mit der speziellen Krankenversorgung ständig neue Fragen. Klinische Forschung kann auf Dauer nur dann erfolgreich betrieben werden, wenn gleichzeitig Krankenversorgung auf höchstem Niveau durchgeführt wird. Die Verbindung von Spezialauf-

gabe und Forschung besteht in den Universitätsklinikum also völlig zu Recht. Trotzdem kann nicht jedes Universitätsklinikum alle Spezialitäten der Maximalversorgung und der wissenschaftlichen Bearbeitung vorhalten. Die Fakultäten müssen ihre Schwerpunkte sorgfältig aussuchen. Diese Wahl der Schwerpunkte in der Krankenversorgung wird sich nach lokalen Gegebenheiten richten müssen. Die Verteilung der wissenschaftlichen Schwerpunkte ist für Schleswig-Holstein zwischen der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität in Kiel und der Medizinischen Universität zu Lübeck vor ca. zwei Jahren einvernehmlich abgestimmt worden.

Einen breiten Raum nimmt bei den Überlegungen über die Zukunft der Universitätsmedizin die Frage nach der erforderlichen **Bettenzahl** ein. Auch hier hat der Wissenschaftsrat in seiner Empfehlung aus dem Jahr 1986 darauf hingewiesen, daß es für die Forschung an den Universitätsklinikum nützlich sei, einen Teil der räumlichen und personellen Ressourcen von einer übermäßigen Belastung durch Krankenversorgung zugunsten der Forschung umzuwidmen. Solche Pläne sind natürlich illusorisch, wenn mit einem Bettenabbau auch das Personal verringert wird. Anders ausgedrückt, wenn man eine Bettenreduktion zur Stärkung der Forschung durchführen will, muß man eine größere Unwirtschaftlichkeit der Krankenversorgung in Kauf nehmen und den Zuschuß zum Haushalt erhöhen.

Gerade im Lande Schleswig-Holstein gibt es aber auch noch andere Motive, die Bettenzahl zu reduzieren. Diese liegen zum einen in den hohen Baukosten; man rechnet, daß jedes neugebaute Bett in einem Universitätsklinikum etwa eine Million DM kostet. Zum anderen bringt die schwierige Finanzlage der öffentlichen Krankenkassen diese dazu, sich für den Abbau von Betten der sogenannten Maximalversorgung, die die höchsten Pflegesätze erfordert, einzusetzen. Diese Bemühungen der Krankenkassen und auch des Sozialministeriums sind für die schleswig-holsteinischen Universitäten eine existentielle Bedrohung. Dabei ist bei allem Verständnis für Finanznöte der Kassen die Begründung absurd. Wir haben in Lübeck mit ca. DM 376,- den niedrigsten durchschnittlichen Tages-Pflegesatz aller Universitätsklinikum in der Bundesrepublik. Wenn man uns einen Bettenabbau andient mit der Begründung, wir hätten auch „billige“ Normalfälle zu behandeln, so übersieht man, daß mit einer solchen Maßnahme automatisch der komplizierte Spezialfall erheblich teurer würde. Es käme ferner zu einer unwirtschaftlichen Minderauslastung vorzuhaltender Kapazitäten im

Laborbereich, aber auch im Bereich der bildgebenden Verfahren und in anderen medizinischen „Dienstleistungsfächern“.

Die Medizinische Universität zu Lübeck wird zur Zeit von Plänen bedroht, ihr weniger als die vom Wissenschaftsrat empfohlenen 1350 Betten zuzubilligen. 1350 Betten sind das Minimum, welches für Forschung und Lehre nach den wiederholten Feststellungen des Wissenschaftsrats dann erforderlich ist, wenn ein Klinikum neu gebaut wird. Diese Zahl wurde durch Summenbildung ermittelt, indem man für jede für Forschung und Lehre benötigte Fachklinik die kleinste Bettenzahl feststellte, die eine solche Klinik noch arbeitsfähig zu führen erlaubt. Diese extrem knappe Rechnung bringt vielen Universitätsklinikum bereits jetzt große Schwierigkeiten. Wenn man in Lübeck unter diese Zahl von 1350 Betten geht, gefährdet man möglicherweise die Finanzierungsvoraussetzungen für das Universitätsklinikum im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes und damit den 50 %igen Zuschuß des Bundes zu den Baukosten. Es ist höchste Zeit, daß die Landesregierung erklärt, daß sie bereit ist, die Voraussetzungen für die volle Arbeitsfähigkeit des Klinikum der medizinischen Universität zu schaffen.

Ich sprach von der steigenden Belastung mit Spezialaufgaben in den Universitätsklinikum der Bundesrepublik. Diese Entwicklung führt dazu, daß weniger Patienten mit Normalkrankheiten für die **Lehre** zur Verfügung stehen. Dies ist eine Gefahr, von der die Medizinische Universitätsklinik zu Lübeck vergleichsweise wenig betroffen ist. Unser Klinikum hat immer noch einen deutlichen Anteil an allen stationären Aufnahmen einer mittelgroßen Stadt und ihres Umlandes zu versorgen und erhält somit eine „gesunde“ Mischung. Wenn anderorts nicht genügend Patienten mit den typischen „einfachen“ Krankheiten für die Lehre zur Verfügung stehen, so kann das ein erheblicher Nachteil sein. Andere Universitätsklinikum haben dies unter anderem der Zerschlagung der großen Kerngebiete in zu viele Spezialabteilungen mit eigenen Betten zu verdanken. Solche bettenführenden Spezialabteilungen ziehen komplizierte Spezialfälle an und vermindern das Angebot an „Normalpatienten“.

Es gibt aber einen weiteren Mechanismus, der das Angebot von für die Lehre geeigneten häufigen und „gewöhnlichen“ Krankheiten in den Universitätsklinikum schon jetzt bedroht. Dies ist der rasch zunehmende Konkurrenzdruck zwischen den niedergelassenen Ärzten. Bei allem Verständnis für die Nöte einiger niedergelassener Ärzte müssen

Strukturen gefunden werden, die den Universitäten ihren Anteil an den Krankheiten sichern, den sie insbesondere für die Wahrnehmung ihrer Lehraufgabe haben müssen. Die berufsständischen Organisationen wären gut beraten, wenn sie mithelfen würden, die sich hier abzeichnenden Engpässe zu vermeiden.

Es gibt aber auch einen erheblichen Bedarf an Forschung zu Krankheiten, die in die verschiedenen Varianten der medizinischen **Regelversorgung** gehören. Denken Sie nur an Störungen der psychischen und sozialen Funktionen mit Krankheitscharakter, an epidemiologische Fragen, an Probleme der Prävention, der Rehabilitation, der Allgemeinmedizin und schließlich auch der Naturheilkunde. Der bei all diesen Beispielen gegebene **Forschungsbedarf** ist mit den Ressourcen der Universität unmittelbar nicht zu befriedigen. Es ist nicht immer nur Voreingenommenheit der Schulmedizin, die den Zugang zu diesen Wissenschaftsgebieten versperrt. Als Ausweg bietet sich den Medizinischen Fakultäten an, Assoziationen zu geeigneten Einrichtungen zu suchen. Lassen Sie mich ein paar praktische Beispiele anführen, um zu verdeutlichen, was ich meine. Wenn ich in Lübeck ein Problem der Langzeittherapie des Diabetes mellitus, also der Zuckerkrankheit, untersuchen lassen möchte, so hindert mich die Bettennot in meiner Klinik. Wie bei der Zusammenarbeit mit der Diabetes-Klinik im Hellbachtal hat in ähnlicher Weise die Medizinische Universität die Kooperation mit der Rheumaklinik Bad Bramstedt ermöglicht und eine C4-Professur für Klinische Rheumatologie als Stiftungslehrstuhl erhalten. Das entsprechende Modell ist für den Bereich Sozialmedizin in Zusammenarbeit mit der Landesversicherungsanstalt in Lübeck realisiert worden. Und lassen Sie mich auch die Beispiele Kinder- und Jugendpsychiatrie und Geriatriische Tagesklinik noch aufführen. Worauf es in all diesen Fällen ankommt, ist, daß auf einen kleinen Stamm aus der Universität eine externe Kooperation aufgepfropft wird. Nur so entsteht zum wechselseitigen Nutzen die Chance, daß auch in solchen Gebieten wissenschaftlich gearbeitet werden kann, die der Universität unter den heutigen Bedingungen der Belastung durch Spezialaufgaben, der Verknappung der Betten und der begrenzten räumlichen und personellen Kapazitäten direkt nicht zugänglich sind. Nur so sind wichtige Forschungen in weiten Bereichen der normalen Krankenversorgung durchführbar.

Ich muß noch auf eine weitere Aufgabe der Universitätsmedizin wenigstens kurz hinweisen, die zukünftig noch wichtiger werden wird. In meine die

Erarbeitung und Überwachung von Standards in der Krankenversorgung im Sinne der **Qualitätssicherung**. Das bei uns dominierende Prinzip der medizinischen Versorgung durch Hausärzte bietet sicher große Vorteile im Sinne der Kontinuität der Betreuung, der Kenntnis des einzelnen Patienten und seines Umfeldes. Ich will das hier nicht vertiefen. Diese Dominanz der Hausarzt-Patienten-Bindung wird nur dann problematisch, wenn etwas an der Diagnose oder der Therapie nicht stimmt. Es muß für diesen Fall des jedermann zuzubilligenden Irrtums eine effektive, rasch wirksame Appellations-Instanz geben. Die Möglichkeit, den eingeschlagenen diagnostischen oder auch therapeutischen Kurs zu überprüfen, muß nicht nur dem Hausarzt im Sinne der Überweisung offenstehen, sie muß auch dem Patienten selbst eingeräumt werden. Wir sehen hier eine wichtige Aufgabe der Universitätskliniken, besonders auch ihrer Polikliniken, die wohl am allerwenigsten eine Gefahr darstellen, den Hausarzt aus seiner wichtigen Rolle zu verdrängen.

Erlauben Sie mir noch einige Bemerkungen zu der zukünftigen Lehre in den Universitätskliniken. Bekanntlich wird die ärztliche Ausbildung durch kontinuierlich verfaßte Neuauflagen der Approbationsordnung seit vielen Jahren immer wieder modifiziert. Was uns meines Erachtens am dringendsten fehlt, ist eine neue Definition des **Ausbildungsziels**. Das gegenwärtig gültige Ausbildungsziel ist der vollapprobierte Arzt, d.h. ein Arzt, der sich nach kurzer Frist niederlassen und dann alles untersuchen und behandeln kann und darf. Eine solche Definition des Ausbildungsziels ist unrealistisch. Ich kann Ihnen heute noch keine allgemeinverbindliche neue Formulierung liefern. In den Gremien, die mit der Regelung dieser Frage beauftragt sind, wird zur Zeit diskutiert, daß man wie bei allen anderen Studiengängen die *Ausbildungszeit* verkürzen will. Man möchte die reine Medizin-Studienzeit z.B. auf fünf Jahre verkürzen und hätte dann als Ausbildungsziel einen „zur Weiterbildung gefähigten Arzt“, der – genau das beinhaltet dieser Begriff – „unter Anleitung ärztliche Tätigkeit ausüben können“ muß.

Wir bilden an unseren Universitätsklinik zu Zeit bekanntlich Studenten aus, die nach dem letzten Staatsexamen als Ärzte mit nicht ausreichenden praktischen Fähigkeiten betrachtet werden müssen. Dies liegt daran, daß wir in den Universitätsklinik im Verhältnis zu den Studentenzahlen zu wenige für den Unterricht geeignete Patienten haben. Erstes und vordringliches Ziel ist daher, wie auch vom Wissenschaftsrat vor einem Jahr empfoh-

len, die Zulassungszahlen für Medizin an die gegebenen Patientenzahlen anzupassen. Es ist sehr zu hoffen, daß auch in der Politik sich schließlich doch noch der Sinn für das real Mögliche durchsetzt. Wenn die Zulassungszahlen für Medizinstudenten jetzt in diesem Sinne reduziert werden, so wird eine spätere Studienzeitverkürzung um ein Jahr eine weitere, die Gesamtkapazität aber nicht beeinträchtigende Reduktion der jährlichen Zulassungszahlen z.B. um  $\frac{1}{4}$  zur logischen Folge haben.

Eine Studienzeitverkürzung wird in den Universitäten auf große Schwierigkeiten stoßen. Sie hat auch zur Voraussetzung, daß man sich dazu entschließt, den **Unterrichtsstoff** zu begrenzen. Wie einschlägige Untersuchungen z.B. des Murrhardter Kreises gezeigt haben, kann man dies durch Verwandlung der alten Hauptfächer in sogenannte Pflichtfächer erreichen und indem man den Nebenfächern den Status eines Wahl-Pflichtfaches zuerkennt. Nicht jede der sich neu entwickelnden Spezialitäten innerhalb der Medizin muß ein volles Semester lang einen Pflichtkurs oder eine Pflichtübung anbieten. Man sollte für die Grundausbildung unnötiges Spezialwissen einer Weiterbildungsphase zuordnen, die nach der Ausbildung zum Arzt zu durchlaufen wäre.

Von ebenso großer Bedeutung ist es, daß die scharfe Trennung zwischen theoretischen Grundlagen,

die vor dem Physikum gelernt werden und klinischer Ausbildung, die erst nach dem Physikum kommt, aufgegeben würde. Hier ist eine gebietsbezogene Verquickung der Grundlagenfächer mit den klinischen Abschnitten ein mit großer Einmütigkeit gefordertes Ziel. Nur auf diese Weise läßt sich das Medizinstudium als wissenschaftliches Studium erhalten. In Seminar- und Doktorarbeiten soll der Student vor allem lernen, die Medizin als ein sich ständig weiterentwickelndes Gebiet zu verstehen. Er soll die vielen ungelösten Fragen erkennen, er soll verstehen, welche Ansätze verfolgt werden, um diese Fragen zu lösen. Er soll sich ein Leben lang offenhalten für die Übernahme neuer Erkenntnisse und echter Fortschritte. Er soll dabei sachliche Kritik zu üben lernen, Kritik auch an den vielen Schwindelerscheinungen wie paramedizinischen, wissenschaftlich nicht ausreichend abgesicherten Heilverfahren, die sich schon immer da breit machten, wo Kranke mit den bisherigen Behandlungsmöglichkeiten und mit dem existierenden Behandlungsangebot nicht zufrieden sind. Er soll eine neue Kollegialität und Kooperationsfähigkeit erlernen. Man soll ihm vor allem die kritische Selbsteinschätzung und Selbstbescheidung hinsichtlich der eigenen Grenzen aneignen.

Unsere Chancen sind groß, lassen Sie uns diese nicht verpassen.