

Urologie in Deutschland 1945-1990

Ausstellung



zum 67. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

Hamburg, 23.-26. September 2015

Museum, Bibliothek und Archiv zur Geschichte der Urologie,
Deutsche Gesellschaft für Urologie, Düsseldorf
F. Moll, D. Schultheiss

Internationale Nitze-Leiter Forschungsgesellschaft für Endoskopie
Nitze-Leiter Museum, Wien
M. Zykan, M. Skopec

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Köln
T. Halling, H. Fangerau

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen
M. Krischel, D. Gross

DGU Deutsche Gesellschaft für Urologie

Urologie in Deutschland 1945-1990

Historische Ausstellung

Mittwoch, 23.9.2015, 10.00-17.00 Uhr
Donnerstag, 24.9.2015, 10.00-17.00 Uhr
Freitag, 25.9.2015, 10.00-17.00 Uhr
Halle H, Stand 301

Vorträge

Forumssitzung F07
Geschichte der Urologie
Vorträge von Heiner Fangerau, Ulm; Dirk Schultheiss, Gießen;
Friedrich Moll, Köln
Donnerstag, 24.9.2015, 13.00-14.00 Uhr
Saal 7

Vortragssitzung V33

Geschichte der Urologie
Freitag, 25.9.2015, 8.30-10.00 Uhr
Saal 2.2

Achtung Neuerscheinung

Urologie im Wandel
Das Buch ist am Stand der Historischen Ausstellung
in limitierter Auflage erhältlich



Die medizinische Versorgungslage in Ost und West nach Ende des Zweiten Weltkriegs

Die rasche Wiederherstellung eines funktionierenden Gesundheitswesens lag durchaus im Interesse der Alliierten, schon allein deshalb, da man bestrebt war, die Gesundheit der eigenen Besatzungstruppen nicht zu gefährden. Im Fokus dieser Bemühungen standen die Seuchenbekämpfung und der Schutz vor Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten. Ebenso musste man der Unterernährung und einer Vielzahl von hygienischen Problemen Herr werden.

Todesfälle infolge Unterernährung gehörten zum traurigen Nachkriegs-Alltag. Typhus, Poliomyelitis, Ruhr und Fleckfieber waren in allen Besatzungszonen weit verbreitet. Die Tuberkulose wütete als Volkskrankheit der Nachkriegszeit, der Grund dafür lag wohl an der schlechten Ernährungslage. Um den akuten Mangel an medizinischem Versorgungsmaterial und Medikamenten abzufedern, bediente man sich zum Teil unkonventioneller Methoden:

Fieberthermometer konnten oft nur im Tausch mit Kaffee aus Thüringen in die Westzonen geschmuggelt werden, jedenfalls solange die Zonengrenzen noch offen waren. Operationshandschuhe aus Gummi gab es kaum, und so wurde mit Zwirnhandschuhen operiert, manchmal wagte man operative Eingriffe sogar ohne Handschuhe. Mangel bestand an grundlegenden Substanzen wie Äther oder Alkohol, Chloroform, Sulfonamiden oder jeglichen Impfstoffen. Weiterhin fehlte es an Herzmitteln auf Adrenalin-Grundlage und an Jod; es gab zu wenig Wismut-Präparate zur Behandlung von Syphilis, zu wenig Vitamine B, C und D. Auch das für die Tuberkulosetherapie notwendige Streptomycin war zunächst nur auf illegalem Wege zu erhalten und wurde bei scheinbar aussichtslosen Fällen von tuberkulöser Meningitis eingesetzt.

Unterschiedliche Versorgungslage von Penicillin in den Besatzungszonen

In der britischen Besatzungszone war man in der glücklichen Lage, sich von zwei Penicillin-Produzenten beliefern zu lassen: von der 1946 gegründeten Penicillin-Gesellschaft, die in Göttingen produzierte (Handelsprodukt Penicillin „Göttingen“) und der im selben Jahr vom Seifenfabrikanten Hermann Wirtz (1896-1973) gegründeten Firma Chemie Grünenthal, die in Stolberg (Rheinland) bei Aachen (Handelsprodukt Penicillin „Grünenthal“) ihren Sitz hatte.

In der französischen und russischen Besatzungszone lief die Penicillin-Produktion weitaus langsamer an, da die Besatzungsländer selbst nicht über das neue „Wundermittel“ verfügten. Mit dem Aufbau der VEB Jenapharm, die bis 1950/1951 Penicillin „Jenapharm“ produzierte konnte der Penicillin-Bedarf der Ostzone gedeckt werden.



In den amerikanischen und britischen Militärlazaretten war man auf den Urin der Patientinnen und Patienten angewiesen. Man sammelte deren Urin um daraus neues Penicillin zu generieren. Ein sehr mühsamer und zudem kostspieliger Prozess, der sich unter den damaligen schwierigen Verhältnissen allerdings durchaus zu lohnen schien.

Die Therapie der Syphilis mit Penicillin im Gebiet der späteren Bundesrepublik begann zunächst in der US-Zone, 1947 auch in der britischen Zone und 1948 in der französischen Zone.

Zerstörte Krankenhäuser

Insbesondere in Großstädten wie Köln lagen Krankenhausgebäude in Trümmern, so dass große Teile der Bettenkapazitäten zunächst in provisorischen Einrichtungen bereitgestellt werden mussten. Die Investitionen, die nach dem Krieg im Krankenhaussektor getätigt werden mussten, wurden auf über 30 Milliarden DM geschätzt.



Kriegszerstörtes Gebäude der Universitätsklinik zu Köln, Betriebsteil Lindenburg, Medizinische Klinik, um 1945. Fotoserie Walter Dick, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Köln, Repro Frank, mit freundlicher Genehmigung

Die Totalzerstörung des größten innerstädtischen Krankenhauses in Köln, das gleichzeitig mehrere Universitäts-polikliniken beherbergte, hatte einen akuten stationären Versorgungsengpass zur Folge, der selbst durch die Betten der kleineren konfessionellen Krankenhäuser nicht kompensiert werden konnte. Verschärft wurde die Situation auch noch durch die große Zahl an Heimkehrern und Flüchtlingen.

Die Rolle der Kreisärzte in der DDR

Die Gesundheitspolitik war jeweils eng mit der Politik der Alliierten in ihren jeweiligen Besatzungszonen verbunden, wobei die Unterschiede in den drei Westzonen sowie der sowjetisch besetzten „Ostzone“ sofort deutlich wurden.

An der Spitze des öffentlichen Gesundheitswesens stand nach Gründung der DDR das Ministerium für Gesundheitswesen. Mit der Auflösung der Länder im Jahr 1952 traten an deren Stelle die 15 Bezirke mit Bezirksärzten, die für alle Einrichtungen ambulant und stationär verantwortlich waren. In den 189 Land-Kreisen und 26 Stadt-Kreisen sowie den 11 Stadtbezirken von Ost-Berlin waren Kreisärzte/Stadtbezirksärzte in gleicher Weise zuständig. Diese wurden vom Kreistag gewählt und waren gleichzeitig Mitglieder des „Rates des Kreises“ (Kreisverwaltung). Der Kreisarzt war somit höchster staatlicher und politischer Leiter für die Ärzte. Als staatliche Leiter hatten die Bezirksärzte regelmäßige Kontakte zur Staatssicherheit. Über diese Kontakte konnte der Geheimdienst einen großen Teil seines „Informationsbedarfs“ decken. In der Regel war die Zusammenarbeit offiziell. Grundsätzlich gehörte auch die „gezielte Einflussnahme auf die sozialistische Bewusstseinsentwicklung“ zu den Aufgaben der Bezirksärzte.

Es waren diese Bezirksärzte, die maßgeblichen Einfluss sowohl auf das berufliche als auch private Leben ihrer Fachkollegen hatten: sie entschieden, wer zum Medizinstudium zugelassen wurde und waren an



Während „westdeutsche Ärzte zu reinen Unternehmern“ degradiert wurden, stellte man im Gegensatz hierzu die neuen und besseren Berufsmöglichkeiten der Ärzte in der DDR heraus. Über ihre Leitungsfunktionen waren Ärzte stets in den politischen ideologisierten Bereich des Gesundheitswesens einbezogen. Sammlung Keyn, Repro Keyn, mit freundlicher Genehmigung.

Personalentscheidungen der Krankenhäuser beteiligt. Doch ihre Einflussnahme drang noch tiefer in die Privatsphäre ein. Die Bezirksärzte überwachten die Wohnungssuche der Kollegen und es lag an ihnen abzuwägen, wer die Autorisierung einer Reise ins westliche Ausland erhielt, entweder als fachlich sinnvoll erachtete Dienstreise oder als Privatbesuch bei dringend familiären Angelegenheiten.

Die universitäre Lehre

Die Besatzungsmächte nahmen entsprechend ihrer noch gemeinsam im Alliierten Kontrollrat gefassten Beschlüsse maßgeblichen Einfluss auf die Hochschulpolitik in ihren Besatzungszonen. Im Wesentlichen entsprach die Universitäts- und Wissenschaftspolitik den gesellschaftlichen Systemen der jeweiligen Besatzungsmacht. In den westlichen Besatzungszonen agierten Hochschuloffiziere. Die Sowjetische Militäradministration nahm diese Aufgabe durch die Abteilung für Volksbildung innerhalb der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) wahr.

Dem Curriculum des Medizinstudiums galt das besondere Augenmerk aller Besatzungsmächte, war es doch im Nationalsozialismus durchdrungen von rassenhygienischen und anderen nationalsozialistischen Ideologien. Das Studium der Medizin erfreute sich auch 1945 großer Beliebtheit, 40 % aller Studierenden hatten sich dafür entschieden. Und so startete in allen Besatzungszonen das Wintersemester 1945/1946 in einem akademischen Trümmerfeld.

Die Alliierten hatten sich auf der Konferenz in Potsdam auf einen Prozess der Entnazifizierung des öffentlichen Lebens verständigt. Jeder Professor und Dozent bedurfte daher der dezidierten Zulassung zur Lehre durch die Militärregierung, die vom Ergebnis einer politischen Überprüfung abhängig gemacht wurde. Besonders in den Westzonen fehlte es in der Frühphase der Entnazifizierung jedoch an konkreten Durchführungsbestimmungen. Aus der dadurch entstandenen rechtlichen Unsicherheit ergaben sich große regionale Unterschiede in der Handhabung des Verfahrens, wie zum Beispiel innerhalb der britischen Zone. Deutsche Behörden verstanden, die durch die unklare Rechtslage entstandenen Freiräume als Chance für eine „Selbstreinigung“ zu nutzen.

Aus: Friedrich Moll, Neuordnung des Gesundheitswesens in beiden deutschen Staaten

Die urologische Versorgung im geteilten Berlin nach 1945

Dank den Pionieren der ersten Generation wie Ernst Fürstenheim (1836-1904), Paul Güterbock (1844-1897), Albert Freudenberg (1860-1929), Maximilian Nitze (1848-1906), Leopold Casper (1859-1959) und Carl Posner (1854-1928) hatte sich die Urologie gegen Ende des 19. Jahrhunderts in Berlin zu etablieren begonnen. Bereits zur Jahrhundertwende war Berlin internationales Mekka der urologischen Endoskopie geworden. Diese verheißungsvolle Entwicklung erfuhr mit der nationalsozialistischen Machtergreifung im Jahr 1933 eine schmerzvolle Zäsur. Wohl kam es im Jahr 1937 zur ersten Einrichtung eines Ordinariats für Urologie in Deutschland: mit Otto Ringleb, Mitglied der NSDAP, als erstem Professor für Urologie an der Urologischen Abteilung der Berliner Charité.

Schwerer Rückschlag für die Urologie

Doch mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs hatte die wissenschaftliche Urologie in Berlin weitgehend ihre bis dahin überragende Bedeutung eingebüßt. Weltweit bekannte Fachvertreter wie Alexander von Lichtenberg und Leopold Casper sowie der einflussreiche Paul Rosenstein mussten während der Zeit des Nationalsozialismus Deutschland verlassen, um ihr Leben zu retten. Andere Berliner Urologen wurden aus rassenideologischen Gründen ermordet oder begingen, wie Eugen Joseph, aufgrund ihrer Entrechtung und Verfolgung Suizid.

Der Lehrstuhl für Urologie an der Charité wurde mit der Internierung Otto Ringlebs 1945 aufgehoben, die Betten der urologischen Abteilungen wieder in die Chirurgie integriert. Lediglich zwei urologische Abteilungen, und zwar an konfessionellen Häusern, konnten die Tätigkeit nach kurzen Unterbrechungen fortsetzen. Mit der Verabschiedung in den Ruhestand von Oskar Rumpel am Paul-Gerhard-Stift im Berliner Stadtteil Wedding wurde 1951 jedoch die urologische Schwerpunktversorgung eingestellt.

Forderung nach zentralen Gesundheitseinrichtungen

Mit der politischen Einflussnahme und Kontrolle der Verwaltung in der sowjetischen Besatzungszone und in Berlin war es erklärtes Ziel, auch das Gesundheitssystem zu reformieren und dem staatlich kontrollierten System der UdSSR anzupassen. Unterstützung fanden die Behörden auch von deutscher Seite, wo sozialistische und sozialdemokratische Strömungen bereits während der Weimarer Republik eine stärkere staatliche Kontrolle und zentrale Gesundheitseinrichtungen forderten. Somit kam es in Berlin vor allem nach der politischen Trennung der Stadtverwaltung im November 1948 zu konkurrierenden Entwicklungen in der Gesundheitspolitik auf engstem Raum, bei zunächst offenem Grenzverkehr. Dies erforderte eine Kompromissbereitschaft der Machthaber und hatte eine

verzögerte Umsetzung der Maßnahmen im Vergleich zu anderen Regionen der BRD und der DDR zur Folge. Ein Beispiel ist die Entwicklung der Polikliniken, deren Aufbau als zentrale ambulante Gesundheitseinrichtungen bereits mit dem Befehl Nr. 272 der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) vom 11.12.1947 angeordnet wurde. Diese wurden von der Bevölkerung auch im Westteil der Stadt gut angenommen und fanden auf sozialdemokratischer Seite viele Fürsprecher. Auf Drängen der niedergelassenen Ärzte und mit Etablierung des Versicherungssystems in der BRD wurden sie dann bis 1958 geschlossen.

Ärzteflucht in den Westen

Durch den Bau der Berliner Mauer festigten sich die etablierten Strukturen in den jeweiligen Stadtteilen. Die Systemkonkurrenz trat in den Hintergrund, auch wenn sich zunächst das Personalproblem erheblich verschärfte: Nach einer Aufstellung der Ostberliner Stadtverwaltung zwischen April und September 1961 verließen insgesamt 125 Ärzte „illegal“ den Ostteil der Stadt, davon sechs Urologen, zwei aus städtischen Krankenhäusern, vier Urologen aus konfessionellen Krankenhäusern. Im gleichen Zeitraum waren es 17 Internisten, 21 Allgemeinmediziner, 12 Chirurgen und 12 Gynäkologen. Aufgrund der gegenüber den Urologen absolut ungleich höheren Anzahl dieser Fachärzte erscheint die Zahl der „republikflüchtigen“ Urologen überdurchschnittlich hoch, der „Aderlass“ für das kleine Fach daher besonders schmerzhaft. Bis Ende November 1961 waren von den im Ostteil tätigen Westberliner Ärzten 71 ausgeschieden, aber immer noch 78, davon 22 nebenamtlich im städtischen Dienst verblieben. Im März 1962 waren in Ostberlin insgesamt 137 Ärzte aus Westberlin beschäftigt, darunter 10 Chefärzte und 60 Fachärzte als Klinikärzte in konfessionellen Krankenhäusern sowie als niedergelassene Ärzte. Namentlich genannt wurden vier Urologen. Einen mit 27 Medizinem besonders hohen Anteil an Westberliner Ärzten wies das St. Hedwig-Krankenhaus auf, darunter die Chefärzte der urologischen und der chirurgischen Abteilung. Auch wenn nur wenige Ärzte und Pflegerinnen dauerhaft blieben, kam dem St. Hedwig-Krankenhaus, wie generell den konfessionellen Krankenhäusern, im sozialistischen Gesundheitssystem der DDR eine Sonderrolle zu.

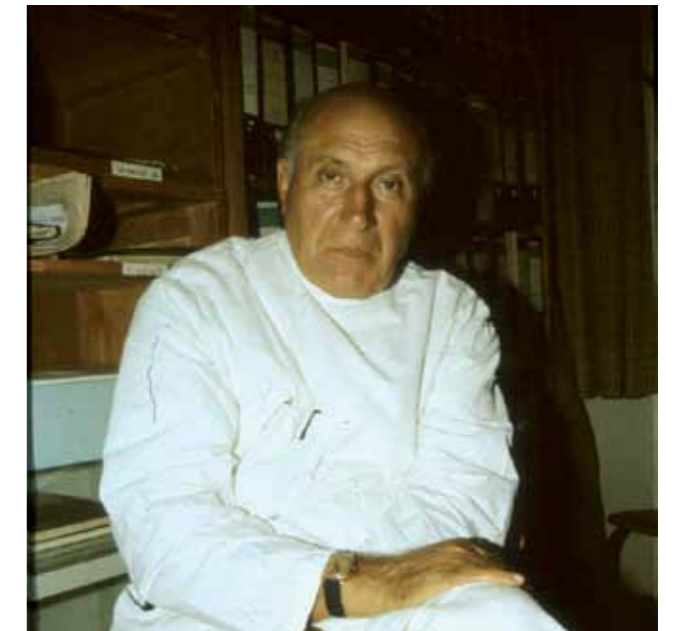
Mit dem „Grenzauto“ nach St. Hedwig

Die Urologische Klinik im St. Hedwig-Krankenhaus war eine von drei Fachabteilungen bzw. Fachambulanzen, die während der DDR-Zeit in konfessionellen Krankenhäusern existierten. Nur durch massive finanzielle Unterstützung der katholischen Kirche in Westdeutschland und dem persönlichen Engagement der dort tätigen Ärzte und Pfleger konnten das Haus und die Abteilung sich weiter einer großen Beliebtheit bei der Bevölkerung erfreuen. Die Patienten kamen aus dem Gebiet der gesamten DDR.



Wartebereich der urologischen Ambulanz des St. Hedwig-Krankenhauses in den 1980er Jahren. Quelle: Archiv des St. Hedwig-Krankenhauses. Mit freundlicher Genehmigung.

Trotz ausbleibender Investitionen konnte das hohe medizinische und technische Niveau gehalten werden. Ein Hauptgrund war die Personalie des Chefarztes Johannes Albrecht Rief (1917-2003), der im Jahr 1955 an das St. Hedwig-Krankenhaus berufen wurde. Bis 1980 blieb er als Chefarzt weiterhin in West-Berlin wohnen und „strahlte in den Zwängen des östlichen Lebens etwas Befreiendes aus.“ Unter schwierigen Bedingungen kam er jeden Tag mit einem umgebauten „Grenzauto“, das die Kontrollen erleichtern sollte, und später mit der S-Bahn in die Klinik. „Er beklagte sich, dass er öfter die ganze Fahrzeit stehen musste, und zwar dann, wenn ihn endo-urologische Instrumente, die er von Jacke und Mantel verdeckt in den Hosenbund gesteckt hatte, am Sitzen hinderten.“ Seine Präsenz gab dem Krankenhaus die Möglichkeit, weiter mit dem Westteil des Landes in wissenschaftlichem Austausch zu bleiben, unabhängig von staatlichen Genehmigungsverfahren.



Johannes Albrecht Rief (1917-2003), Chefarzt der Urologischen Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses 1955-1980. Quelle: Archiv des St. Hedwig-Krankenhauses. Mit freundlicher Genehmigung.

Mangelhafte urologische Ausbildung

Die urologischen Abteilungen, die nach dem Krieg in West-Berlin eingerichtet wurden, konnten den Bedarf nicht decken. Noch 1955 bemerkte Walter Paetzl, damaliger Leiter der chirurgischen Abteilung im Städtischen Krankenhaus Neukölln: „Gesamtstatistiken an Krankenhäusern haben ergeben, dass 12-14 % aller stationären Fälle urologische Krankheiten betrafen, nur waren die Kranken über die verschiedenen Abteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie, Dermatologie) verstreut, wo sie nach den dort vorhandenen Möglichkeiten behandelt wurden. Die mangelhafte Ausbildung der jungen Ärzte bezüglich urologischer Krankheiten, Untersuchungsmethoden und Technik ist der Grund dafür, dass der Praktiker so oft bei Harnverhaltungen der Männer mit dem Katheter nicht ‚reinkommt‘, und so der Katheterismus häufig einem älteren Pfleger überlassen wird. Nach ebenfalls erfolglosen Versuchen wird eine Blasenpunktion vorgenommen oder gar die überfüllte Blase als Tumor angesprochen ...“

Aus: Slatomir Wenske, *Die Entwicklung der Urologie in Berlin nach 1945*

Die Urologen der DDR auf dem Weg zur Gründung der Gesellschaft für Urologie

In der BRD entwickelten sich die urologische Fachgesellschaft, ihre Publikationen, die Kliniken und auch die Forschung an den Universitäten unter neuen Vorzeichen entlang der in der Weimarer Republik und im so genannten „Dritten Reich“ beschrittenen Bahnen. Die im Nationalsozialismus nie offiziell aufgelöste DfGU wurde „abgewickelt“ und mit den personellen Kontinuitäten der im Nationalsozialismus gegründeten Gesellschaft Reichsdeutscher Urologen als DGU neu begründet. Hauptakteure blieben die auch schon zwischen 1933 und 1945 aktiven Personen. Eine kritische Reflexion der Kooperation mit der nationalsozialistischen Regierung und dem System des NS, sei es aus individuellen Interessen oder zur Spezialisierung der Urologie gewesen, erfolgte nicht. Allerdings ist eine solche auch nicht für die in der Sowjetischen Besatzungszone/DDR verbliebenen Urologen zu verzeichnen.

Die Mitglieder in der DDR blieben offiziell auch nach 1949 Mitglieder der DGU, sie konnten aber nur unter zunehmend schwierigeren Umständen an den Kongressen der Westgesellschaft teilnehmen.

Spätestens ab 1958 war es die erklärte Politik der SED, gesamtdeutsche Initiativen zu unterbinden. Auch wenn nicht sofort alle Mitglieder von Westgesellschaften aus diesen austraten, so wurde ein auf Fachgesellschaftsebene noch nach dem Krieg bestehender Verflechtungsraum langsam ausgedünnt. Die faktisch letzte gemeinsame Tagung der Urologen beispielsweise fand, kritisch beobachtet von Seiten des Staatsapparats der DDR, in Berlin 1959 statt. Ab Mitte der 1960er Jahre wirkte sich zusätzlich die so genannte „Kaderpolitik“ der DDR aus. Reisen ins westliche Ausland wurden nach mehr oder weniger intransparenten Kriterien nur noch für ausgewählte, politisch zuverlässige Personen nach Prüfung durch das Ministerium für Staatssicherheit genehmigt.

Die Gründung regionaler Sammelgesellschaften

Der Weg zur eigenen Gesellschaft für Urologie war lang und sollte beinahe 20 Jahre dauern. Einen Hintergrund für diese Entwicklung bildete die 1947 per Befehl der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) zugelassene „Organisation der deutschen wissenschaftlichen medizinischen Gesellschaften“. Zunächst führte dieser Befehl zur Gründung regionaler Sammelgesellschaften wie der 1948 geschaffenen „Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft für Chirurgie, Urologie, Röntgenologie und Orthopädie“ an der Universität Leipzig. Ende 1949 bestanden angeblich 46 regionale Gesellschaften, keine davon aber allein für Urologie.

Nach dem Mauerbau 1961 dehnte das Ministerium für Gesundheit über das dort angegliederte Generalsekretariat der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesell-

schaften seinen ordnenden und koordinierenden Einfluss aus. Dieser bremste zunächst Spezialisierungsbestrebungen auf der Ebene von Fachgesellschaften, indem am 5. Juni 1962 die „Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR“ als „Dachgesellschaft für die klinischen Fächer“ konstituiert wurde. Die Urologen waren hier über eine Arbeitsgemeinschaft der Urologen der DDR vertreten. Ein Ziel dieser Koordination lag auch in der Kontrolle über Mitgliedschaften von Ärzten in sogenannten Westgesellschaften, die sich selbst allerdings häufig immer noch als gesamtdeutsche Fachgesellschaften verstanden.

Strenge Überwachung durch den Koordinierungsrat

Ab 1969 wurden ein „Generalsekretariat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften“ beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR und ein „Koordinierungsrat“ eingerichtet. Diese sollten Kongresse in der DDR planen und koordinieren, die Teilnahme von DDR-Gesellschaften und ihren Mitgliedern an ausländischen Veranstaltungen und deren internationale Kontakte planen und überwachen sowie die wissenschaftlichen Publikationen der Gesellschaften kontrollieren und koordinieren. Die Kontrolle zielte darauf ab, Gesellschaftsgründungen zentral und territorial geordnet zu koordinieren, Kader in die Vorstände zu bringen und neben wissenschaftlichen auch ideologische und politische Inhalte in das Gesellschaftsleben zu integrieren. „Der Kampf gegen alle Erscheinungsformen von Routine, Selbstzufriedenheit und Duldung von Mittelmäßigkeit“ müsse dabei, so eine ministeriale Forderung, „konsequent geführt werden“.

Der Wunsch nach Tagungsteilnehmern aus dem westlichen Ausland

Letztendlich zwang der Mauerbau am 13.08.1961 die Urologen in der DDR, einen eigenen Weg der Spezialisierung zu beschreiten, der von Anfang an staatlich begleitet und gebahnt werden sollte. Am 05.10.1961 richtete der Direktor der urologischen Klinik der Universität Halle-Wittenberg, Martin Stolze, ein Schreiben an den damaligen Leiter der Abteilung Wissenschaft im Ministerium für Gesundheitswesen Gerhard Misgeld (1913 -1991), in dem er ihn fragte, ob es möglich sei, die Westberliner Kollegen der Berliner Gesellschaft für Urologie nach Ostberlin zu Tagungen einzuladen, da es ja nun den ostdeutschen Urologen unmöglich sei, in Westberlin an Tagungen teilzunehmen. In einem vermutlich nicht abgesandten Entwurf einer Antwort teilte Misgeld mit, dass es „unter keinen Umständen zu verantworten“ sei, „Westberliner Urologen zu unseren medizinischen Veranstaltungen im demokratischen Berlin einzuladen“, eine Aussage, die er dann im tatsächlichen Antwortschreiben im Anschluss an eine persönliche Unterredung vom 20.11. höflicher formulierte. Hier erklärte er, dass „von Seiten des Minis-

teriums großer Wert darauf gelegt wird, dass die Urologen der DDR sich entweder zu einer Gesellschaft oder zu einer Arbeitsgemeinschaft für Urologie der DDR im Rahmen der Gesellschaft für Klinische Medizin“ zusammenschließen. Er sicherte hierfür die finanzielle Unterstützung des Ministeriums zu, um die Arbeit der Gesellschaft zu gewährleisten. Ferner unterstrich Misgeld den ministerialen Wunsch, dass die von Urologen aus Ost und West bis dahin gemeinsam getragene „Zeitschrift für Urologie“ weiterhin in Leipzig erscheinen solle, gerne auch unter Mitarbeit von „Prof. Boninghaus“ (sic!, gemeint ist Hans Boeminghaus, damals Leiter der Klinik Golzheim in Düsseldorf), wobei es ihm „zweckmäßig“ erscheine, weitere Urologen aus der DDR ins Herausbergremium aufzunehmen. Zu einer geplanten Sitzung der urologischen Klinikdirektoren der DDR kündigte er die Entsendung eines Ministeriumsvertreters an, der den Standpunkt des Ministeriums für Gesundheitswesen darlegen sollte.

Die Arbeitstagung der Urologen im Dezember 1961 war von weitreichender Bedeutung, konnte diese Zusammenkunft doch genutzt werden, um die „Arbeitsgemeinschaft der Urologen der DDR“ ins Leben zu rufen. Tatsächlich konsolidierte sich diese Arbeitsgemeinschaft in den folgenden Jahren unter den Augen des Ministeriums für Gesundheitswesen. Gleichzeitig aber rangen die Mitglieder des Arbeitskreises weiter sowohl um eine umfassende Anerkennung des Spezialistenstatus der Urologen als auch um Kontakte mit dem Ausland. Urologen aus dem Westen konnten wieder an Sitzungen teilnehmen. An ihrer 5. Tagung vom 20.-23.5.1964 in Wernigerode sollten acht Referenten aus Westdeutschland und acht Referenten aus dem „kapitalistischen Ausland“ (Österreich und Schweden) teilnehmen. Ihnen sollten 16 Teilnehmer aus dem „sozialistischen Ausland“ und 19 der DDR gegenüberstehen. Das Ministerium für Gesundheitswesen hielt die „politische und fachliche Anleitung“ durch sich selbst für „gesichert und vornehmlich durch den Gen.[ossen] Dr. [Moritz] Mebel auch eine wirksame parteimäßige Einflussnahme“ für gewährleistet.

Von der Sektion in der deutschen Gesellschaft für klinische Medizin zur Deutschen Gesellschaft für Urologie der DDR

Da man seitens der Urologen fürchtete, dass eine Unterordnung der Urologie unter die Chirurgie drohte, kam es zu direkten Gesprächen mit dem Ministerium. Die Urologen konnten sich über ihren errungenen Sieg bei den Verhandlungen freuen, denn es wurde „festgelegt, dass die Urologie ein selbständiges Fachgebiet“ sei, „das in enger Beziehung zur Nephrologie eine Integration konservativer und chirurgischer Maßnahmen am uropoetischen und harnableitenden System anstreben müsse“. Auf dieser Basis sollte eine „gleichberechtigte Zusammenarbeit mit der Sektion Chirurgie“ wahrgenommen werden. Weiters wur-

de empfohlen, den Arbeitskreis ebenfalls in den Status einer Sektion in der Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin zu erheben. Ferner wurde der Vorstand beauftragt, ein Exposé zum weiteren Ausbau der urologischen Fachspezialisierung zu erstellen und dem Ministerium darzulegen, wie die urologischen Abteilungen allerdings ohne Neubauten ausgebaut werden könnten. Bereits drei Monate später beharrten die Urologen mit einem neuen Briefkopf, der sie als Sektion auswies, selbstbewusst darauf, auch in Publikationen des Ministeriums als „Sektion“ ausgewiesen zu werden.

Nur ein Jahr später teilen die Vorstandsmitglieder der Sektion der Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin mit, dass sie beschlossen hätten, sich nun „Gesellschaft für Urologie der DDR“ nennen zu wollen. Gegen die Namensänderung erhob das Ministerium keine Einwände mehr, die „Gesellschaft für Urologie der DDR“ hatte sich emanzipiert und beantragte sehr zur Freude des Ministeriums umgehend die Gründung einer eigenen nationalen Sektion der DDR in der Internationalen Gesellschaft für Urologie. Allein die Ernennung von Carl Erich Alken (1909-1986), des ersten westdeutschen Lehrstuhlinhabers für Urologie, zum Ehrenmitglied, wollte das Ministerium nicht genehmigen, vielmehr regte es aus Anlass des 50. Jubiläums der Oktoberrevolution an, vermehrt sowjetische Urologen zu Ehrenmitgliedern zu ernennen.

Aus: Heiner Fangerau, Christiane Imhof, Medizinische Spezialisierung: Wege der Urologie in beiden deutschen Staaten und die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Urologie in der DDR



Zum Thema Sexualität in West- und Ostdeutschland

Die Sexual- und Familienbeziehungen entwickelten sich in den 1950er Jahren in Westdeutschland zu den Hauptschauplätzen der Vergangenheitsbewältigung, die Ablehnung von Nacktheit konnte nun – vor allem im Namen christlicher Werte – legitim und zutreffend als Wendung gegen den Nationalsozialismus verstanden werden. Einerseits herrschte eine noch fest verankerte christlich-konservative Familiennorm mit einer auf den ehelichen Sexualverkehr zugeschnittenen Sexualmoral. Familienminister Franz-Josef Würmeling (1900-1986) erklärte bei Amtsantritt 1953 sein Ministerium zur Abwehrinstanz gegen die Gleichberechtigung der Frau. Trotzdem hatten Männer und Frauen zunehmend Zugang zu Informationsmaterial zu sexuellen Themen und zu erotischer Literatur. Rund sechs Millionen so genannte „Sex-Hefchen“ sollen bis Ende der 1940er Jahre auf den Markt gekommen sein. Doch mit diesem Boom machten sich auch selbsternannte Sittenwächter daran, ein auf Kaiserreich und Weimarer Republik zurückgehendes „Schmutz- und Schund“-Gesetz neuer Wirksamkeit zuzuführen.

In der DDR herrschte ebenfalls ein in vieler Hinsicht repressiver Konservatismus in sexuellen Fragen, hier in einer spezifisch sozialistischen Variante, da die Suche nach Vergnügen entpolitisiert wurde. Wenn auch die DDR im Vergleich zur Bundesrepublik bis heute vielen als weniger prüde gilt, herrschten auch hier eindeutige Normen und Regeln, vorgegeben von der SED im Sinne einer „sozialistischen Moral“. Voreheliche Sexualität galt zwar als natürlich, doch sollte eine Beziehung in die Ehe münden. Frauen und Männer waren formal gleichberechtigt, aber auch in der DDR prägten traditionelle Rollenbilder die Geschlechterbeziehungen.

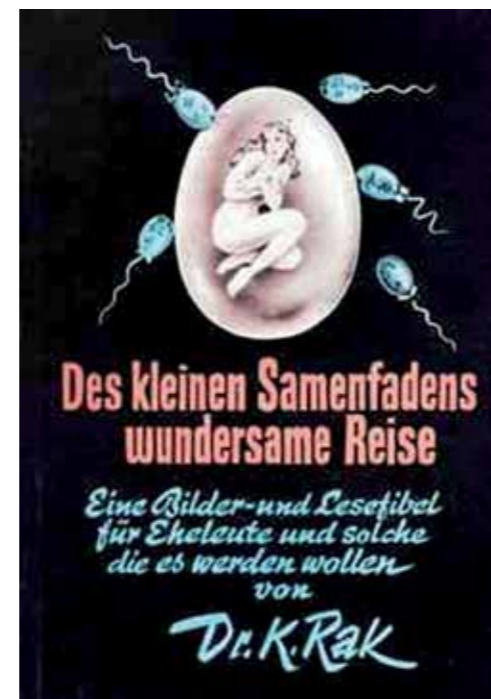
„Die idealste und vollkommenste Ehe“ versus „Mann und Frau intim“

Die „Aufklärungsliteratur“ in Form von Gesundheitsratgebern und psychologischen Ratgebern, die häufig als Anregungen zur „Erotisierung der Ehe“ vermarktet wurden, hatte in West- und Ostdeutschland Konjunktur. In der westdeutschen Literatur versteckten sich hinter eher reißerischen Titeln medizinische Sachinformationen zu den Körperfunktionen. Hier wurde die DDR im Gegensatz zu anderen Themen im Gesundheitsbereich nicht thematisiert. Der Autor (Dr.) Karl Rak setzte sich intensiv mit den „gefährlichen Wahrheiten“ Alfred Kinseys (1894-1956) auseinander und publizierte zur Verhütungsmethode nach Knaus Ogino. Felder streut in seinem Werk „Die idealste und vollkommenste Ehe“, das von 1950 bis 1955 mehrere Auflagen erlebte, einige erotische Abbildungen in den Text ein, während die übrigen Autoren in Ost und West – falls überhaupt – bei Schemazeichnungen verblieben. Felder beispielsweise knüpft an die Mutter aller

„Aufklärungsbücher“, Theodor Hendricks van der Veldes (1873-1937) Buch „Die vollkommene Ehe“, das schon 1926 erschienen war, an.



D. Felder, *Die idealste und vollkommenste Ehe*. Planetverlag Braunschweig 1954. Die Auswahl des Sujets lässt immer noch eine postkoloniale männlich geprägte Sicht gepaart mit einem gehörigen Voyeurismus erkennen. Sammlung Moll Repro Keyn, mit freundlicher Genehmigung



K. Rak, *Des kleinen Samenfadens wundersame Reise*. Wadi Verlag, Baden-Baden 1956. Die Covergestaltung wurde zu dieser Zeit auch schon reißerisch aufgemacht, Sammlung Moll, Repro Keyn, mit freundlicher Genehmigung

In der Ostdeutschen Literatur assoziierte man mit dem westlichen Sex Kapitalismus, Vermarktung und schädliche Konsumorientierung. Die SED-Führung postulierte mit Unterstützung einiger Autoren die sexuelle Überlegenheit der Ostdeutschen und bezog sich auf Studien, die einen höheren Grad an sexueller Zufriedenheit auswiesen.



Schnabl, Siegfried, *Mann und Frau intim. Fragen des gesunden und des gestörten Geschlechtslebens*. Rudolstadt. Greifenverlag 1. Aufl. 1969, Rudolstadt Repro Keyn, mit freundlicher Genehmigung

Rudolf Neubert (1898-1992), zuletzt Inhaber des Lehrstuhls für Sozialhygiene und Direktor des Instituts für Sozialhygiene in Jena, stellte fest, dass dem „Sozialismus nichts fremder ist als Zuchtlosigkeit und dass das Bürgertum im Kapitalismus sittlich entartet“. Der Psychotherapeut Siegfried Schnabl erlangte mit seiner bis 1990 in 18 Auflagen erschienenen Publikation „Mann und Frau intim“ große Popularität in der DDR und trug maßgeblich zur öffentlichen Thematisierung von Sexualität bei. Ähnlich hohe Auflagenzahlen erlangte nur ein Gartenratgeber. Er führte zudem die bis dahin größte empirische Untersuchung über sexuelle Funktionsstörungen und Sexualpraktiken in der Ehe bei 3500 Männer und Frauen aus.



R. Neubert, *Die Geschlechterfrage. Ein Buch für junge Menschen*, Greifensteinverlag, Rudolstadt.

Der tiefgreifende Wandel der Sexualmoral und des Miteinanders der Geschlechter in Deutschland seit Ende des Zweiten Weltkriegs ist auch in der urologischen Praxis in einem veränderten Patientenverhalten spürbar. Die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung, die Änderung von Rollenbildern sowie die zunehmende Kommerzialisierung von Erotik und Sexualität prägen heute wesentlich den Diskurs.

Dieser Wandel wird bereits museal thematisiert: „Schamlos – Sexualmoral im Wandel“ war bereits der Titel einer Ausstellung zwischen November 2014 und April 2015 im Zeitpolitischen Forum in Leipzig, die sich dieser Entwicklungen annahm.

Aus: Friedrich Moll, Dirk Schultheiss, *Medizin und Öffentlichkeit: Sexologie und medikale Subkulturen in divergenten Gesellschaftssystemen 1945-1968*.

Die fachpolitische Bedeutung der Nierentransplantation in der DDR

Die Anfänge der Nierentransplantation in der Bundesrepublik

Im Jahre 1963 begann in Deutschland die erste – allein von Urologen getragene – Phase der Nierentransplantationen. Angeregt durch die Erfolge in den USA und in Paris bereitete sich in Berlin ein Urologenteam theoretisch und experimentell auf diese neue Operationsmethode vor. Am Klinikum Westend in Westberlin implantierten die Urologen Wilhelm Brosig (1913-2003) und Reinhard Nagel im November 1963 einer 21-jährigen Frau eine Niere. Der Eingriff endete nach sechs Tagen aufgrund einer Transplantatruptur tödlich. Im Mai 1964 gelang dem Team der erste Langzeiterfolg mit der Lebendspende von der Mutter auf ihre 25-jährige Tochter.

Dass es anfänglich die Urologen waren, die sich auch in der BRD mit der Nierentransplantation befassten, ist wohl ihrer operativen Kompetenz die Niere betreffend zuzuschreiben. Dieses Therapieverfahren bewusst zur weiteren Emanzipation des Fachgebietes einzusetzen, wurde wohl nie angestrebt. Nur so ist es zu verstehen, dass es ab 1965 vermehrt Chirurgen waren, die Nierentransplantationen durchführten. Die erste von Chirurgen ausgeführte Nierentransplantation fand 1965 in Münster statt, und ab 1966 war es der Chirurg Heinz Pichelmaier, der eine Serie von Transplantationen nach postmortaler Spende durchgeführt hatte.

Die Entwicklung der Nierentransplantation in der DDR

Ein wesentlicher Faktor der Emanzipation der universitären Urologie in der DDR war ihr Beitrag zur Entwicklung der Nierentransplantation und der Hämodialyse. Jürgen Konert, Verfasser des Artikels „Nierentransplantation und Dialyse. Zentren, internationale Netzwerke und fachpolitische Bedeutung“, ist kein Land bekannt, in dem die Nierentransplantation so ausschließlich mit der Urologie verbunden wurde wie in der DDR. Wesentliche Protagonisten dieser Entwicklung, wie der Berliner Urologe Moritz Mebel, propagierten diese Verbindung auch in internationalen Fachzeitschriften:

„Spezialisierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind zwei Seiten einer Medaille. Auf dem Gebiet der Nierentransplantation, und nicht nur da, sollten Urologen und Nephrologen in der Behandlung des Urogenitalsystems zusammenarbeiten. Das stand in keinem Widerspruch zu der Notwendigkeit, die multivalenten Vorgänge in der Niere, im gesamten Urosystem, im Organismus als Ganzes den Fachspezialisten zu überlassen. Diese Überlegungen veranlassten uns, die Nierenverpflanzung in die Hände von operativ tätigen Urologen zu legen, die die Gefäßchirurgie im notwendigen Umfang beherrschten.“

Maßgebliche Impulse zur Entwicklung der Nierentransplantation in der DDR gingen von der Chirurgischen Universitätsklinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg aus. Deren Direktor, Karl-Ludwig Schober (1912-1999) und sein Assistenzarzt Heinz Rockstroh (1920-1986) gehörten zu jenen Fachvertretern, die frühzeitig die Bedeutung der Nephrologie erkannten und sich für die Errichtung einer Dialyseeinheit an der Chirurgischen Universitätsklinik einsetzten.

Das Problem der immunologischen Reaktionen

Nach der ersten Nierentransplantation 1963 in Berlin-West griffen noch im selben Jahr in Halle/Saale Heinz Rockstroh und Mitarbeiter ebenfalls dieses Therapieverfahren auf und begannen mit experimentellen Transplantationen an Hunden. Drei Jahre später, am 25. April 1966, wurde die erste Nierentransplantation am Menschen in der DDR in Halle/Saale ausgeführt. Bei dem transplantierten Organ handelte es sich um eine Lebendspende von Mutter an Kind. Das damals noch nicht beherrschbare Problem der immunologischen Reaktionen war wohl ursächlich für den letalen Ausgang dieser ersten Nierentransplantation verantwortlich. Auch die weiteren zwei Nierentransplantationen, bis 1969 durchgeführt, scheiterten an den Abwehrreaktionen. Eine Publikation dieser ersten Nierenübertragung an der Martin-Luther-Universität durfte jedoch nicht erfolgen. Hintergrund war ein im Rückblick unverständlich anmutender persönlicher Streit zwischen Heinz Rockstroh und dem Berliner Urologen Moritz Mebel.



Heinz Rockstroh (1920 -1986) mit dem sogenannten Heynemanschrank im Hintergrund. Aus Konert, J: (2002) Zur Geschichte der Behandlung der terminalen Niereninsuffizienz in der ehemaligen DDR, Urol B 42, S. 133

Im Krankenhaus am Friedrichshain in Ost-Berlin befasste sich eine weitere Arbeitsgruppe um Moritz Mebel mit dem Aufbau eines Nierentransplantationszentrums (NTZ). Der ins Leben gerufenen „Berliner Arbeitsgemeinschaft für Nierentransplantation“, gehörten Mitarbeiter der Urologischen Klinik Berlin-Friedrichshain und der Nephrologischen Abteilung der II. Medizinischen Klinik der Charité an. Die Möglichkeit des fachlichen Austausches mit dem westlichen Ausland gab es kaum, außer einer „Spezialistentagung“ der RGW Mitgliedsländer (Bulgarien, Ungarn, UdSSR, Polen, Kuba, DDR, CSSR) in Prag 1971 und einer Studienreise im Jahr 1976 in die USA (New York, Boston, Chicago, Denver, Seattle und San Francisco).

Aufbau der Nierentransplantationszentren

Im Jahr 1967 führte ein Berliner Ärzteteam die erste erfolgreiche Nierentransplantation in der DDR durch. In der Folge kam es zu einem harten Konkurrenzkampf zwischen Berlin und Halle, wo 1969 die zweite Nierentransplantation erfolgte, allerdings wieder ohne langfristigen Erfolg. Die Erkenntnis, dass die mit einer Nierentransplantation einhergehenden Probleme noch lange nicht überwunden waren, führte zur Unterbrechung der Transplantationen und zu erneuten theoretischen Forschungen. Am 31. Mai 1967 traf man sich zur ersten Sitzung der neugegründeten Arbeitsgruppe „Problemkommission Urologie-Nephrologie“, die sich mit der Organisation zum Aufbau von Nierentransplantationszentren (NTZ) befasste. Im Dezember 1969 war es dann soweit, als das erste Nierentransplantationszentrum der DDR im Krankenhaus im Friedrichshain seinen Probetrieb aufnahm. Zum Zeitpunkt der offiziellen Eröffnung im Jahr 1970 waren bereits 25 Transplantationen im Rahmen eines Routine-Therapie-Verfahrens durchgeführt worden.

1974 erfolgte die Eröffnung des zweiten Nierentransplantationszentrums in Halle. Hier wurde Anfang 1975 nach sechsjähriger Unterbrechung, wieder mit Nierentransplantationen begonnen. Als drittes Nierentransplantationszentrum nahm die Urologische Universitätsklinik in Rostock mit Thomas Erdmann ihren Betrieb auf. Dort wurde 14. Oktober 1976 die erste Niere transplantiert. Diese drei Transplantationszentren wurden zu Leiteneinrichtungen für die Nierenentnahme und sämtliche Nierentransplantationen der DDR wurden auf diese Zentren aufgeteilt.

Der 1973 von Halle nach Berlin gewechselte Peter Althaus baute an der Charité ein spezielles Zentrum für Kinder-Nierentransplantationen auf, das allerdings erst 1989 seine Arbeit aufnahm. Erwähnenswert ist die Tatsache, dass das Nierentransplantationszentrum in Berlin-Friedrichshain bis zum Jahre 2000 eines der größten deutschen Transplantationszentren war. Es war 1981 nach Hannover 1980 das zweite Zentrum, das auf 500 Transplantationen verweisen konnte. 1987 verzeichnete man hier die 1000. Transplantation. Alle anderen Zentren in Deutschland erreichten diese Zahlen erst viel später. Bis 1990 wurden in der damaligen DDR insgesamt 6264 Nieren entnommen.

Aus: Jürgen Konert, Nierentransplantation und Dialyse. Zentren, internationale Netzwerke und fachpolitische Bedeutung



In der Dialyse-Abteilung des Nierenzentrums der Charité wurden Patienten mit chronischem Nierenversagen auf eine Nierentransplantation im NTZ des Krankenhauses Friedrichshain vorbereitet.

Die urologischen Improvisationen im DDR-Medizin-Alltag

Mit der Gründung der DDR am 7. Oktober 1949 ging die Deutsche Zentralverwaltung des Gesundheitswesens der sowjetisch besetzten Zone Deutschlands in das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR über. Zum Verständnis der politischen Bedingungen sei herausgestellt, dass die Macht in der DDR beim Politbüro und dem Zentralkomitee (ZK) der SED lag.

Die eigentliche ärztliche Tätigkeit am Patienten erfolgte nach fachlichem Wissen, sowie den materiellen und technischen Möglichkeiten. Jede Einrichtung war im stufenförmig gegliederten System, bestehend aus staatlicher Arztpraxis, Ambulatorium, Fachambulanz, Poliklinik und Kreis-, Bezirks-, Universitäts- oder Spezialkrankenhaus, zugeordnet. Die damit verbundenen unterschiedlichen Ressourcen waren eine weitere Vorbedingung für die unterschiedlichen Chancen einer persönlichen Entwicklung und den Umfang der möglichen medizinischen Versorgung.

Vorgegebene Orientierungswerte

Trotz des abgestuften Systems (Kreis, Bezirk und Hochschule) bestanden offensichtlich größere Qualitätsunterschiede und regional unterschiedliche Ausstattungsmängel. Sie wurden im Protokoll einer Ministerdienstbesprechung (MDB) aus dem Jahr 1977 angesprochen und die Beseitigung als Auflage festgeschrieben, um eine „anspruchsvolle spezialisierte Betreuung zu gewährleisten“. So heißt es zum Beispiel in einem Protokoll einer Ministerdienstbesprechung aus dem Jahr 1984: „In den Fachdisziplinen Urologie und Orthopädie wurden die vorgegebenen Orientierungswerte noch nicht erreicht. Der Bettenauslastungsgrad liegt über dem Durchschnitt der anderen chirurgisch-operativen Fachgebiete [...] Die erheblichen Unterschiede der Bezirke sind langfristig zu überwinden mit dem Ziel, dass jeder Bezirk die spezialisierte Betreuung seiner Bürger selbst gewährleistet.“

Trotz der deutlichen Verbesserung des Versorgungsgrades von 1975 bis 1979 waren die Anforderungen durch die Urologen schneller gewachsen, als eine zentrale Planung sie in die Praxis umsetzen konnte. Für den Fünf-Jahres-Plan 1981 bis 1985 vom 20. Mai 1980 sahen die „Vorschläge“ Fachabteilungen an ausgewählten Kreiskrankenhäusern vor. An jedem Bezirkskrankenhaus bestand eine urologische Klinik. Eine urologische Abteilung sollte über 40 Betten verfügen. Als Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit war die Zusammenarbeit mit der Anästhesie, der Chirurgie, der Gynäkologie, der Röntgenabteilung, einem Labor höherer Leistungseinstufung sowie einer Inneren Medizin mit einem nephrologischen Spezialdispensaire gefordert.

Die ambulante Betreuung fand in den Fachambulanzen der Kliniken oder Polikliniken statt. In den großen Einrichtungen gab es spezielle Sprechstunden für Kinder, für chronische Steinbildner, für Tumorpriente, z.T. nach Organen spezialisiert (z.B. Hodentumore) und auch für Patienten mit Harnumleitungen einschließlich der Ausgabe von Klebeurinalen. An vielen Einrichtungen gab es noch wegen der großen Anzahl der Patienten Katheterwechsellage.

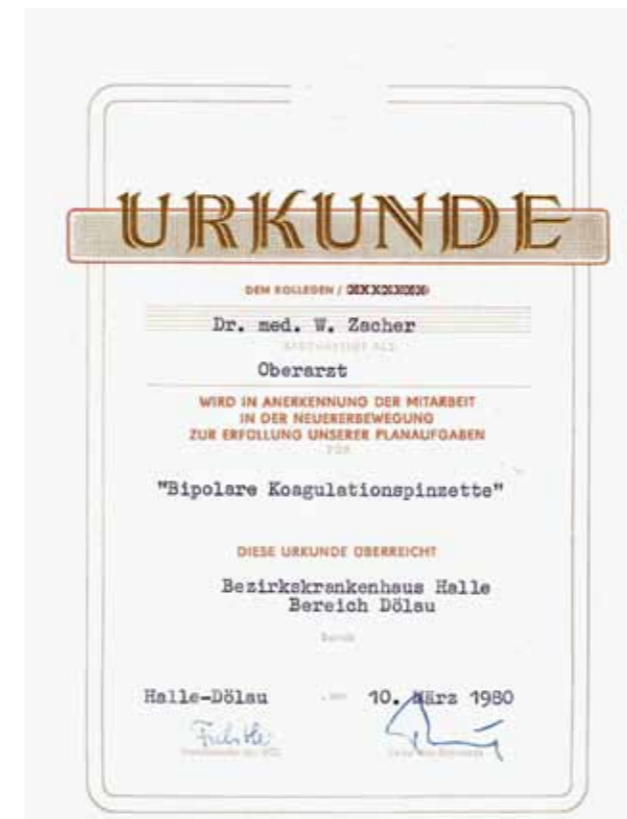
Kreativität und Improvisationstalent gefragt

Die Urologen halfen sich in breiter Front mit Improvisationen oder dem Eigenbau fehlender Geräte. Improvisation war in der DDR eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung urologischer Betreuung an der Basis. Beispielhaft war u.a. der Einsatz von keramischen Berkefeld-Filtern der Armee zur Sterilwassererzeugung für die TUR unter Werner Krebs, Chefarzt der Urologischen Klinik im Berliner Krankenhaus Buch. Dort wurden Berkefeld-Filterkerzen so in ein Schlauchsystem eingebunden, dass nach dem Filtersystem bakterienfreies Wasser in einem sterilem Schlauchsystem zum Resektoskop geführt werden konnte. Die notwendige kontrollierte Beimischung von Kochsalzlösung zur 0,9 %-igen Gesamtkonzentration erfolgte über ein Ypsilonverbindungsstück. Der Zeitpunkt für den Wechsel des Bakterienfilters wurde nach dem Ergebnis regelmäßiger Keimzählungen mikrobiologisch bestimmt.

Die Lieferung von Importen war teilweise unvollständig. Es lagen oft keine vollständigen Kataloge zur Planung vor. Aus den vorhandenen Artikellisten war nicht immer die vollständige Information für eine komplette Geräteeinheit erkennbar. Endoskope wurden beispielsweise zum Teil ohne Kaltlichtkabel geliefert. Um sie zu benutzen wurden Adapter zur Kaltlichteinheit des DDR-Produkts gefertigt und damit der Einsatz im urologischen Alltag gesichert. Drainagesysteme und Katheter entstanden ebenfalls in „Eigenproduktion“. Improvisation und Kreativität waren alltäglich und hatten einen erheblichen Einfluss auf die Wirksamkeit des Faches Urologie.

Wolfgang Zacher berichtet in seinem Artikel „Schwerpunkte urologischer Krankenversorgung in der DDR“ über eine bipolare Pinzette, die er im „Eigenbau“ zusammen mit den Krankenhausphysikern entwickelte: „Die routinemäßige radikale Lymphadenektomie machte den Einsatz von bipolaren Instrumenten zum kontrollierten lokalen Stromfluss aus kardiologischer Sicht erforderlich. Diffuse Stromflüsse im Körper des Patienten sollten wegen der gestiegenen Zahl der Implantate möglichst vermieden werden. Der Bau war relativ einfach, das Problem bestand in der Materialauswahl und der Beschaffung. Eine Pinzette wurde geteilt und über ein Isolierstück wieder vereint. Nach Befestigung der Kontakte für das Gleichstromkabel wurde das Instrument bis auf die Spitzen und die Kabelsteckkon-

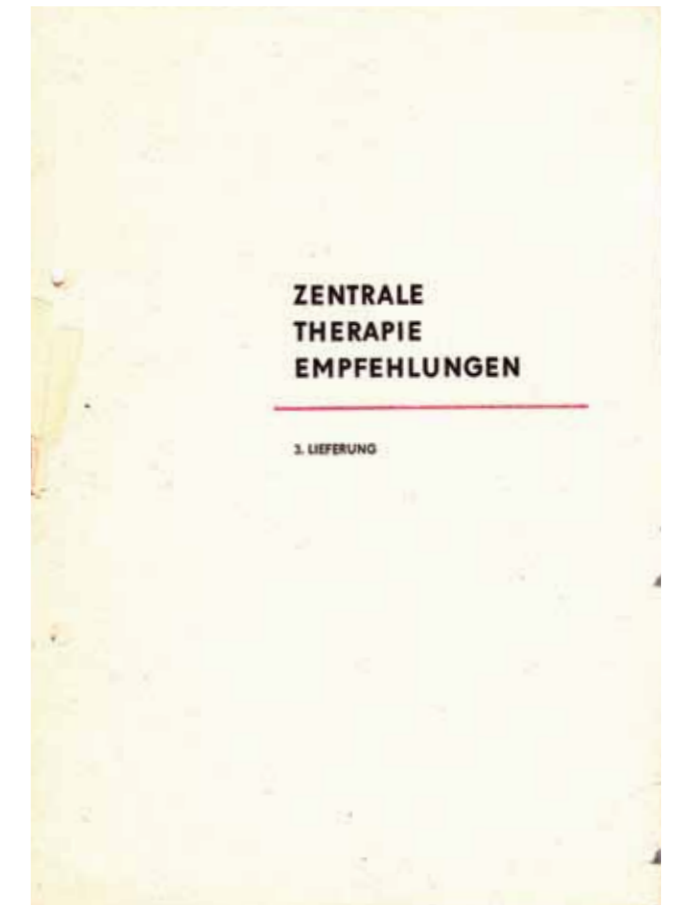
takte mit einem Acryl-Kunststoff überzogen. Die Pinzette musste in Peressigsäure sterilisiert werden können. Eine Sterilisation mit Gas war nicht möglich und die thermische Sterilisation wegen des Kunststoffes kontraindiziert. Nach Prüfung der Sicherheit und dem histologischen Beweis der Nekrosebegrenzung erfolgte die Freigabe des Einsatzes durch den zuständigen Kreisarzt. Das erste Test-Präparat wurde in Äthernarkose von einem Kaninchen gewonnen. Die Unterlagen wurden später von anderen Kollegen zum Nachbau verwendet. Zwei Pinzetten unterschiedlicher Länge wurden bis 1990 ohne jede Störung vor allem bei den radikalen Lymphadenektomien in der Tumorchirurgie eingesetzt.“



Urkunde „Bipolare Pinzette“, privat, Repro Zacher

Therapieempfehlungen

Die Inhalte des Faches und die Leistungsfähigkeit der Urologen entwickelten sich untrennbar von der Arbeit der Gesellschaft für Urologie der DDR und der Akademie für ärztliche Fortbildung. Die in der Gesellschaft gebildeten urologischen Arbeitsgemeinschaften (AG) entwickelten fachliche Empfehlungen für die Therapie und die dafür notwendige Diagnostik. Damals erfolgte die Erarbeitung der „Zentralen Therapie Empfehlungen“ auf Konsensus-Sitzungen. Diese AGs waren zum Teil auch fachübergreifend und überinstitutionell besetzt. Die Herausgabe der Therapieempfehlungen begann 1972. Zu den urologischen Arbeitsgemeinschaften zählten unter anderem die für Harnsteinerkrankungen (Leitung Prof. Schneider, Jena), Hodentumoren (Dr. Vogler, Berlin), Blasen- und Prostatakarzinom (Prof. Rockstroh, Halle) und Kinderurologie (Prof. Battke, Erfurt).



Deckblatt der Therapieempfehlungen 1974, privat, Repro Zacher

Aus: Wolfgang Zacher, Schwerpunkte urologischer Krankenversorgung in der DDR

Die transurethrale Prostatektomie (TURP) in Deutschland nach 1945

Die erfolgreiche Adaption der Technik der transurethralen Prostatektomie (TURP) in den breiten klinischen Bereich erfolgte in den Jahren nach 1945 und ging einher mit der verstärkten Ausbildung meinungsbildender deutscher Urologen in den USA, der Etablierung eigenständiger urologischer Kliniken an den deutschen Universitäten und der engen Zusammenarbeit von Urologen mit aufstrebenden Herstellern endoskopischer Instrumente.

Werner Staehler (1908-1984), Max Hösel (1906-1971) und Ferdinand May (1898-1978) sind jene drei Protagonisten, die zusammen mit ihren Schülern nach 1945 ganz wesentlich dazu beitrugen, die TURP als eine der wichtigsten und häufigsten Operation in der Urologie zu etablieren. In Westdeutschland war die Zeit nach 1945 geprägt durch drei „TUR-Schulen“, an den Universitätskliniken München und Tübingen, sowie der zunächst städtischen Klinik in Ulm. Alle drei Schulen brachten eigene, verbesserte Resektoskope und endoskopische Lehrbücher heraus. Besonders bemerkenswert sind die einhändigen Resektoskope von Max Hösel und Wolfgang Mauermayer (1919-1994), der suprapubische Trokar von Hans Reuter (1923-2003), das CFR Continuous Flow Resektoskop des Kubaners José Iglesias de la Torre (1904-1979), Newark, die Hopkins Optik mit Kaltlicht von Karl Storz (1911-1996) und der autoregulierende Hochfrequenzgenerator der Firma Erbe.

Diskussionen rund um die TURP

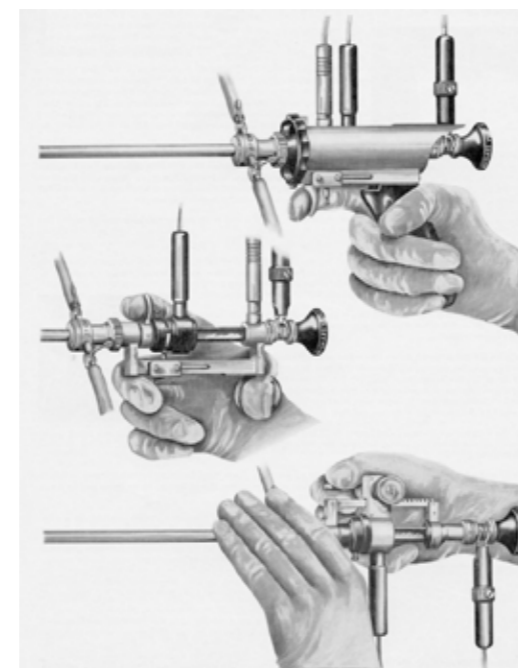
Bereits auf der ersten Nachkriegstagung der Urologen 1948 in Düsseldorf wurde ausführlich und kontrovers über die TURP diskutiert. Peter Bischoff (1906-1976), Hamburg, sah in der TURP einen gefährlichen Notbehelf. Wenn er nicht prostatektomieren konnte, zog er das Anlegen einer Blasenfistel oder regelmäßiges Kathetern vor. Er resezierte nur das kleine subvesikale Adenom, den knopfartigen Mittellappen und einen Quervulst. Kurt Tzschimsch behauptete, die TURP sei keine Konkurrenz zur Prostatektomie. Sie sei nur bei inoperablen Patienten indiziert. Er resezierte mit dem Lichtenberg-Resektoskop und betrachtete dies als einen Fortschritt gegenüber dem „Fistel- und Katheterleben“.

Dem entgegen stellte Ferdinand May fest, die TURP ergänze die Radikaloperation und sei unentbehrlich. Er berichtete, dass er Adenome bis 3,5 cm Länge resezierte, größere prostatektomierte. Karzinome jeder Art hielt er für die TURP geeignet. Die Technik der TURP sei schwierig zu erlernen. Bei Misserfolgen müsste nachreseziert werden. Werner Staehler, Tübingen, verwies in der Diskussion auf die letzte Aussprache über die Elektroresektion der Prostata auf dem Chirurgenkongress in Berlin (1939). Er reflektierte die Ergebnisse der Nachuntersuchungen zu der von ihm 1937 bis 1939 in Leipzig durchgeführten Resektionen und stellte fest, dass die

souveräne Methode die Prostatektomie ist, beim inoperablen Patienten die Elektroresektion aber häufig sehr gute Erfolge zeitigen könne. Nach 2-4 Jahren zeigte sich bei 60 % von 121 Patienten ein gutes Ergebnis. Er berichtete über eine Mortalität von 3,7 % bei 600 Elektroresektionen. Zur Indikationsstellung empfahl er die Länge des Adenoms mit dem Schaft des Zystoskops zu messen. 76 % der Resektionen waren bis zu 3,5 cm lang, über 4 cm nur 24 %. Die Mortalität bei Adenomen bis 3,5 cm betrug 3 %, die der über 3,5 cm Größe 10 %. Staehler koagulierte vor dem Schneiden. Weiter stellte Staehler fest, dass die Elektroresektion die Methode der Wahl bei Adenomen bis 3,5 cm Länge ist, darüber hinaus sei die Elektroresektion aber ein nicht ungefährlicher Eingriff.

Max Hösel in Ulm

Max Hösel gründete nach dem Zweiten Weltkrieg in Ulm die später größte urologische Klinik in Deutschland mit 260 Betten, ca. zwei Dutzend Ausweichquartieren in Privathäusern und zehn Assistenzärzten im ehemaligen Standortlazarett am Michelsberg (1949). In den Krankenzimmern lagen sechs bis sieben Patienten und ebenso viele in amerikanischen Feldbetten auf den langen Fluren. Auch das Untergeschoß wurde belegt. Obwohl er seit 1939 über das umfangreichste endoskopische Operationsgut und die größte Erfahrung in der TURP verfügte, trat Hösel nie auf Kongressen in Erscheinung. Max Hösel, der unermüdliche Arbeiter bewältigte drei bis fünf Resektionen täglich; dazu kamen fünf und mehr operative Eingriffe. Auch die Größe seiner Ambulanz war enorm, kamen die Patienten doch aus ganz Deutschland angereist.



Resektoskop nach Hösel, Sammlung Reuter

Werner Staehler in Tübingen

Werner Staehler, inzwischen Leiter der urologischen Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen, veröffentlichte 1959 ein umfassendes Lehrbuch der Urologie. Darin stellte er die Indikation zur TURP nach der Länge der hinteren Harnröhre und den sog. P-Index (gebildet aus mehreren Funktionstests). Er ließ 1949 in der DDR bei der Firma DEG Sass-Wolf ein modifiziertes Hösel-Resektoskop herstellen und verwendete auch das Resektoskop der Firma R. Wolf, Knittlingen, zu dem er Optiken angegeben hatte sowie ein modifiziertes Hösel-Resektoskop. Staehler nahm mehrere Sitzungen der TURP in Kauf, um die chirurgische Operation zu vermeiden. Das Adenom wurde jedoch nicht völlig entfernt, sondern nur der Abfluss frei gemacht. Die Embolieprophylaxe von 1948 - 1950 senkte die postoperative Mortalität von 3,2 % auf 1,3 % (2005 TURP in 2463 Sitzungen), bei der chirurgischen Operation (Terence Millin) lag sie bei 4,85 % (330 Ops.). Neben der Tübinger Schule um Werner Staehler knüpften auch Ferdinand May in München und Max Hösel in Ulm an ihre Aktivitäten der 1930er und 1940er Jahre an.

Wolfgang Mauermayer und die Münchner Schule

Ferdinand May, Leiter des städtischen Urologischen Krankenhauses in München hatte die so genannte Münchner Schule weiter ausgebaut. 1948 trat Wolfgang Mauermayer (1919-1994) als Assistenzarzt bei ihm ein. In den Jahren 1951/52 verbrachte er einen sechsmonatigen Studienaufenthalt bei J. L. Emmet, R. H. Flocks, R. Barnes, J. Marshall, W. Goodwin, Scott und R. M. Nesbit in den USA, unter anderem, um die Technik der TURP zu studieren. Der im Februar 1952 in der Urologischen Klinik rechts der Isar zum Oberarzt bestellte Mauermayer begann seine Erkenntnisse aus dem USA-Aufenthalt umzusetzen und führte dort die partielle TURP ein. Er steht somit exemplarisch für den Wiederbeginn des amerikanisch-deutschen Wissenstransfers in der Urologie nach 1945. Seinen persönlichen Erfahrungen entsprechend propagierte Mauermayer die Methode nach Nesbit, der die Resektion bei 12 Uhr begann und die Methode nach Flocks, der von 15-19 Uhr resezierte. Eine Weiterentwicklung der transurethralen Technik stellte er jedoch außer Zweifel und entwickelte noch im selben Jahr zusammen mit der Firma Heynemann ein eigenes einhändiges Resektoskop mit zwei Lichtquellen, das mit dem Daumen bewegt wurde, und einen Hochfrequenzgenerator, der Röhren- und Funkenstrom erzeugte. Der Zulauf und der Ablauf wurden mittels eines Zweizegehahns im Schlauchsystem reguliert. Das Resektionsinstrument nach Mauermayer fand aber keine Verbreitung, da der Schnabel mit der Glühbirne und die kleine, runde Drahtschlinge aus heutiger Sicht gegenüber

dem McCarthy-Resektoskop einen Rückschritt darstellten, ebenso war die Handhabung schwieriger. 1970-1973 konstruierte Mauermayer zusammen mit der Firma Karl Storz eine einhändige Modifikation des McCarthy-Resektoskops - ein verbessertes, offenes Resektoskop von 24 Charr. mit der neuen HOPKINS-Optik ohne den störenden gebogenen Schnabel seines ersten Instruments. Die intermittierende Irrigation wurde mit einem Hebel am Schaft gesteuert. 1955 wurde Wolfgang Mauermayer für seine Arbeit über das „Problem der Blutstillung bei transurethralen Eingriffen“ mit dem MAXIMILIAN NITZE Preis ausgezeichnet. Mauermayer, der 1963 Chefarzt an der Urologischen Klinik und Poliklinik am Krankenhaus rechts der Isar der Technischen Universität und 1970 auf den zweiten Lehrstuhl für Urologie in München berufen wurde, trug vor allem durch Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen zur Etablierung der TURP in Deutschland bei.

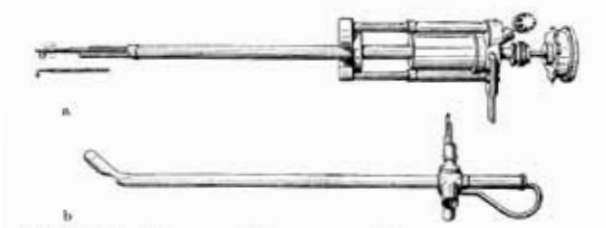


Abb. 4. Resektionsinstrument nach MAUERMAYER. a) Elektrotom, bestehend aus Optik, Resektionsschlinge und Glühlämpchen; b) Schaft des Resektionsinstrumentes mit eingeführtem Mandrin.

Resektionsinstrument nach Mauermayer, a) Elektrotom bestehend aus Optik, Resektionsschlinge und Glühlämpchen; b) Schaft des Resektionsinstrumentes mit eingeführtem Mandrin.

Erst mit der flächendeckenden Einrichtung unabhängiger urologischer Abteilungen zwischen 1960 und 1980 konnten sich die Urologen und spezifisch urologische Operationstechniken entfalten. Die Etablierung der TURP in Westdeutschland ist auch eng mit der Fachverselbständigung der Urologie verknüpft.

In der DDR gingen wesentliche Impulse zur Etablierung der TURP von den Kliniken in Dresden durch Erwin Kirsch und Berlin-Buch durch Walter Krebs aus.

Für die langsame Verbreitung der transurethralen Methoden in der DDR gab es nicht nur materielle Ursachen. Vielmehr bestand bei zahlreichen Urologen auch eine grundlegende Skepsis dem transurethralen Eingriff gegenüber. Die offenen Operationen schienen den Kollegen übersichtlicher und anspruchsvoller. Mit dem Jahr 1990 war die TURP auch in der DDR ein Standardverfahren bei der Behandlung von Blasen Tumoren und Prostataerkrankungen.

Aus: Matthias Reuter, Die transurethrale Prostatektomie (TURP) nach 1945 in Deutschland und Europa