Heinz Neef

Universitäre Thoraxchirurgie und Herzchirurgie in Halle/Saale

PIONIERZEIT UND WANDEL

Alte Universitätsklinik in den 1960er Jahren

Universitätsklinikum Halle-Kröllwitz vor 1990

Eingang Universitätsklinikum – nach 1990

Universitätsklinikum Halle-Kröllwitz um 2000

III. HAUPTTEIL THORAXCHIRURGIE IN DER DDR

21. Die Sektion Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR

Nach dem Zweiten Weltkrieg begann der Aufschwung der Thoraxchirurgie – wie in anderen Ländern – auch im Osten Deutschlands mit der operativen Behandlung der Lungentuberkulose und der unspezifischen entzündlichen Lungenerkrankungen. Eine der ersten Lungenresektionen (Pneumonektomie) führte Gerhard Rothe 1950 in Halle durch. An einigen Universitätskliniken (Halle, Leipzig, Jena, Berlin) und an mehreren großen allgemeinchirurgischen Kliniken (z. B. St. Georg Leipzig) wurden bald beträchtliche Operationszahlen erreicht. Die Notwendigkeit, rasch leistungsfähige Kapazitäten für die Lungenchirurgie zu entwickeln, und die Unmöglichkeit, diese ausschließlich innerhalb bestehender chirurgischer Kliniken und Abteilungen zu schaffen, führte zur Etablierung der Lungenchirurgie an zahlreichen Tuberkulosekliniken und Heilstätten. Zum Teil erlernten operativ interessierte Pulmologen die Operationstechnik und wandten sie in ihren Heilstätten erfolgreich an. Die enge Verbindung von operativen und konservativen Behandlungsmöglichkeiten, ergänzt durch spezielle präoperative Diagnostik und eine nahtlose Nachsorge und Rehabilitation, wie sie in den Tuberkulosekliniken gegeben waren, hat sich bei der erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose als ausgesprochen zweckmäßig erwiesen.

Die Entwicklung von der Chirurgie der Lunge zur Thoraxchirurgie wurde in den 1960er Jahren dadurch beschleunigt, dass die Leitung der operativen Abteilungen aus der Hand »operierender Pulmologen« auf Fachärzte für Chirurgie überging. Hervorragende Vertreter der damaligen Thoraxchirurgie waren neben Gerhard Rothe (Halle) auch Eberhard Hasche (Thoraxchirurgische Abteilung der Zentralklinik für Tuberkulose und Lungenkrankheiten Bad Berka) sowie Fritz Anstett (Heilstätten Zschadraß). (Abb. 1–3)

Die sich ständig ausdehnende Indikationspalette und die Weiterentwicklung von Operationstechnik, speziellen Anästhesieverfahren und Intensivtherapie machten bald die Zusammenfassung der auf diesem Gebiet tätigen Chirurgen in einer wissenschaftlichen Vereinigung notwendig. Bis zur Teilung Deutschlands waren die Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie in Bad Nauheim auch für die Thoraxchirurgen Ostdeutschlands der Ort für den jährlichen Erfahrungsaustausch gewesen. Nach dem Mauerbau waren es besonders Rothe, Hasche und Anstett, welche die Thoraxchirurgie in der DDR auf eine eigene wissenschaftliche Basis stellten. Sie gründeten 1966 die Arbeitsgemeinschaft Thoraxchirurgie innerhalb der Chirurgengesellschaft der DDR. Die erste Sitzung der neugebildeten Arbeitsgemeinschaft fand unter der Leitung von G. Rothe in einem Hörsaal der Charité im Rahmen der 6. wissenschaftlichen Chirurgentagung der DDR vom 27. September bis 1. Oktober 1966 in Berlin statt. Sie wurde als mehrstündiges Rundtischgespräch nach einem von Rothe vorbereiteten Programm gestaltet. Es ging um das Thema »Indikationen und Methoden der chirurgischen Behandlung des Pleuraempyems«.

1 *Prof. Rothe, Halle/Leipzig*

Außer ostdeutschen Thoraxchirurgen nahmen renommierte Gäste aus mehreren europäischen Ländern teil. Rothe leitete auch die erste selbstständige wissenschaftliche Tagung der neuen AG am 23. September 1967 in Leipzig, auf der die Themen Screening durch Röntgenreihenuntersuchungen beim Bronchialkarzinom, spezielle Formen des Lungenkrebses und die Chirurgie des Zwerchfells abgehandelt wurden. Für seine Verdienste wurde Prof. Rothe auf der Thoraxchirurgischen Arbeitstagung 1976 in Dresden mit der Sauerbruch-Medaille der Gesellschaft für Chirurgie der DDR geehrt. Er kann mit Recht als Altmeister der Thoraxchirurgie in der DDR bezeichnet werden.

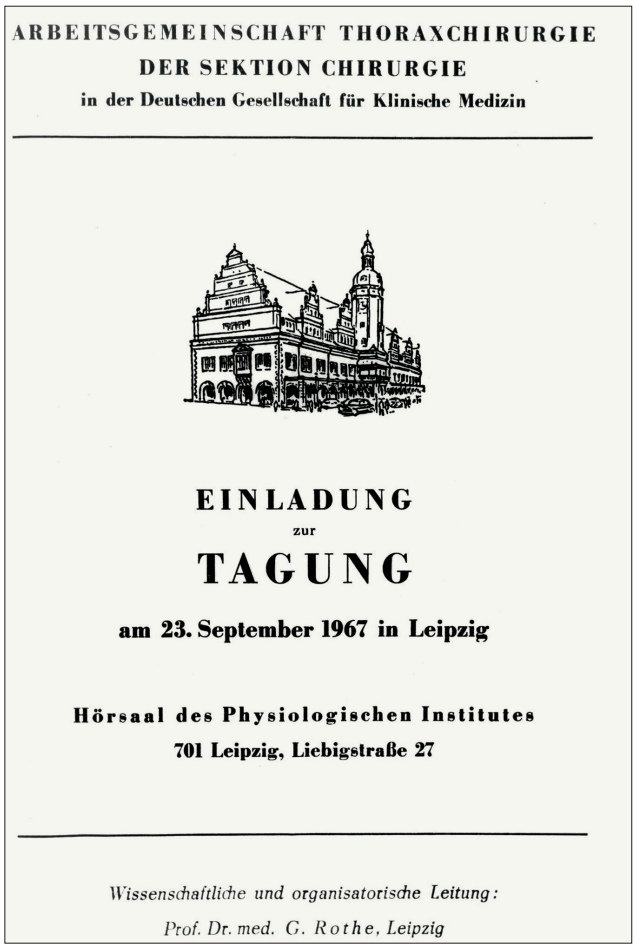
Zum Vorsitzenden für die nächste zweijährige Amtsperiode (1967–1969) wurde Prof. Hasche gewählt. Die 2. wissenschaftliche Arbeitstagung in Bad Berka befasste sich erneut umfassend mit der Zwerchfellchirurgie einschließlich Refluxkrankheit der Speiseröhre. Auf der Mitgliederversammlung am 19. September 1969 wurden die Umbenennung in »Sektion Thoraxchirurgie« sowie die erste Satzung beschlossen. Die zwei Jahre später in Zschadraß von Doz. Anstett organisierte wissenschaftliche Zusammenkunft hatte die Chirurgie der Lungenmissbildungen zum Thema. Sie demonstrierte besonders die dann über drei Jahrzehnte währende enge Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Bronchopneumologie und der Sektion, später Gesellschaft für Kinderchirurgie der DDR.

Die Vorbereitung und Durchführung der Jahrestagung oblag auschließlich dem jeweiligen gewählten Vorsitzenden und seinem Mitarbeiterteam, es gab nicht wie heute Serviceunternehmen für Kongressvorbereitung, welche die Organisation verteuern. Abb. 5–8 zeigen einige Beispiele der Titel der Programmhefte.

Überblickt man die Themen der zwölf, in zweijährigem Abstand organisierten Arbeitstagungen, so wird eine Konzentration auf die Chirurgie der Lunge und des Tracheobronchialbaums, des Mediastinums, der Brustwand und des Zwerchfells deutlich (Tab. 1). Im Zusammenhang mit dem Rückgang von Tuberkulose und unspezifischen entzündlichen Lungenerkrankungen hatte sich schon in den 1960er Jahren der Schwerpunkt auf den Lungenkrebs verschoben. Die Anzahl der Tumoroperationen stieg nach der jährlich aus den Berichten der Thoraxzentren erstellten Statistik eindrucksvoll an, von 647 Karzinomoperationen (1965) auf 1291 Operationen im

2 *Prof. Hasche, Bad Berka*

3 *Doz. Anstett, Zschadraß*


ARBEITSGEMEINSCHAFT THORAXCHIRURGIE
DER SEKTION CHIRURGIE
in der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin

EINLADUNG
zur
TAGUNG
am 23. September 1967 in Leipzig

Hörsaal des Physiologischen Institutes
701 Leipzig, Liebigstraße 27

Wissenschaftliche und organisatorische Leitung:
Prof. Dr. med. G. Rothe, Leipzig

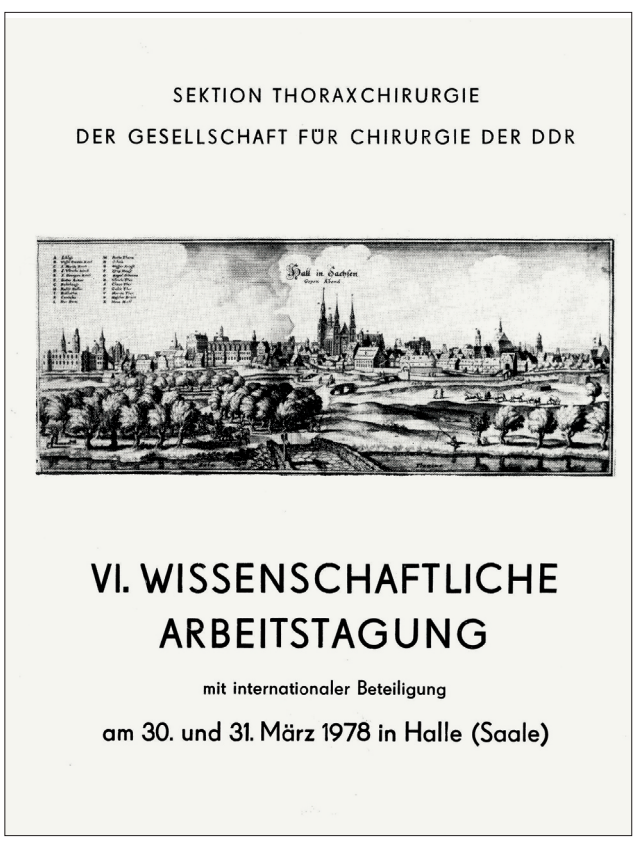
5 *Erste Tagung 1967 Leipzig*

XI. WISSENSCHAFTLICHE
ARBEITSTAGUNG
mit internationaler Beteiligung

Halle (Saale) – DDR
21. – 22. April 1988

SEKTION THORAXCHIRURGIE
DER GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE DER DDR

7 *Arbeitstagung in Halle*


SEKTION THORAXCHIRURGIE
DER GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE DER DDR

VI. WISSENSCHAFTLICHE
ARBEITSTAGUNG
mit internationaler Beteiligung
am 30. und 31. März 1978 in Halle (Saale)

6 *Arbeitstagung in Halle*

12. Arbeitstagung der Sektion
Thoraxchirurgie
der Gesellschaft für Chirurgie der DDR
mit internationaler Beteiligung

Interhotel ASTORIA · Steinsaal

13. bis 15. Juni 1990
Leipzig

8 *Letzte Arbeitstagung in Leipzig 1990*

TAB. 1 VORSITZENDE UND ARBEITSTAGUNGEN DER SEKTION THORAXCHIRURGIE

1966	Gründung der AG Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR Rund tischgespräch »Pleuraempyem« im Rahmen der 6. Chirurgentagung der DDR vom 27. 9. – 1. 10. 1966 in Berlin Vorsitzender: G. Rothe (Leipzig)
1967	1. Arbeitstagung Leipzig Röntgenkataster und Bronchial-Ca, Narben-Ca, Alveolar-Ca, Zwerchfell
1967–1969	E. Hasche (Bad Berka)
1969	2. Arbeitstagung Bad Berka Zwerchfell
1969–1971	F. Anstett (Zschadraß)
1971	3. Arbeitstagung Zschadraß, Missbildungen der Lunge
1971–1973	R. Panzner (Halle)
1973	4. Arbeitstagung Halle, Ösophaguskarzinom, Mediastinaltumoren
1973–1976	A. Baudrexl (Coswig)
1976	5. Arbeitstagung Dresden Erste Tagung mit zweitägiger Dauer Pathophysiologie nach Lungenresektionen, postoperative Komplikationen, Dispensairebetreuung, Begutachtung
1976–1978	H. Neef (Halle)
1978	6. Arbeitstagung Halle Früherfassung und Therapie beim Bronchialkarzinom, Zwerchfellhernien und – defekte
1978–1980	G. Schöfer (Magdeburg – Vogelsang)
1980	7. Arbeitstagung Magdeburg Chirurgie der Trachea, Verletzungen und Erkrankungen der Brustwand
1980–1982	M. Bartel (Jena)
1982	8. Arbeitstagung Jena Erkrankungen und Verletzungen der pulmonalen und herznahen Gefäße, Wiederholungseingriffe, Chirurgie bei kardiopulmonalen Risiken
1982–1984	C. Engelmann (Berlin)
1984	9. Arbeitstagung Berlin Chirurgie thorakaler Infektionen, Kooperationspartner der Thorax-Chirurgen
1984–1986	A. Dippmann (Bad Berka)
1986	10. Arbeitstagung Erfurt Metastasen, Deformierungen und Defekte des Brustkorbs
1986–1988	H. Neef (Halle)
1988	11. Arbeitstagung Halle Chirurgie der oberen Thoraxapertur, neue Diagnostik und Techniken in der Thoraxchirurgie
1988–1990	J. Weber (Zschadraß)
1990	12. Arbeitstagung Leipzig Bronchuskarzinom, Ösophaguschirurgie, Operationsrisiko

Jahre 1986. Hier sei auf die Jahresanalysen der Sektion Thoraxchirurgie hingewiesen, welche jährlich aus den Berichten der Zentren erstellt wurden und eine wichtige Grundlage für Vorlagen bei den Gesundheitsbehörden und bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung (Anerkennung der Subspezialisierung) darstellte. Das Bronchialkarzinom war das Hauptthema auf den Arbeitstagungen 1967 Leipzig, 1978 Halle, 1990 Leipzig sowie auf dem »Symposium über den Lungenkrebs« 1974 in Berlin. Mit der Verschlechterung der Erfassungssituation durch den Rückgang der Volksröntgenreihenuntersuchungen (VRRU) war nämlich auch eine Verschlechterung der Behandlungssituation eingetreten. Ich erinnere mich noch gut an die Vorstandssitzung 1972 in Halle, auf der eine multizentrische Studie beschlossen wurde, an der alle 17 thoraxchirurgischen Einrichtungen der DDR teilnahmen. Die Studie sollte den Wert der VRRU für die Chirurgie des Bronchialkarzinoms belegen. Mit der Organisation wurde Werner Widow (Berlin-Buch) beauftragt. (Abb. 4) Die ersten Ergebnisse trug er 1974 auf dem »Symposium über den Lungenkrebs« in Berlin vor. Anwesend waren 130 Ärzte und Wissenschaftler aus der DDR sowie Gäste aus dem Ausland. Die Ergebnisse basierten auf der 1972 begonnenen »Kooperativen Studie von 17 Thoraxchirurgischen Kliniken der DDR«, welche mehr als 90 Prozent(!) des in der DDR resezierten Krankenguts erfasste, das waren über 11.000 operierte Fälle aus der Periode 1949–1972. Es kam klar heraus, dass durch die Röntgenreihenuntersuchungen viele resektionsgeeignete frühe Stadien erfasst wurden mit ensprechend günstigen Spätergebnissen. In späteren Jahren wurde deutlich, dass durch die ökonomisch und apparativ bedingte Verschlechterung der VRRU zunehmend fortgeschrittenere Stadien mit größeren Eingriffen und schlechteren Heilungschancen zur Operation kamen (Tagung Halle 1978).

Auch die Chirurgie der thorakalen Speiseröhre wurde mehrfach auf Arbeitstagungen behandelt, so 1973 und 1978 in Halle. Renommierte Referenten waren Ronald Belsey (Bristol/Großbritannien), Josef Imre (Szeged/Ungarn), Zdenek Sery (Olomouc/ČSSR), J. R. Siewert (Göttingen). Die elektive Ösophaguschirurgie einschließlich der Refluxoperationen wurde bis Anfang der 1980er Jahre noch in mehreren thoraxchirurgischen Zentren, z. B. in Halle, Berlin-Buch u. a. betrieben und ging erst dann allmählich an die Allgemein- und Onkochirurgen über.

4 *Doz. Widow, Berlin-Buch*

Als neue Dimension trat die operative Therapie pulmonaler Metastasen ins Gesichtsfeld (Tagung 1986 in Erfurt). Bei der Themenwahl für die Tagungen wurde besonderer Wert darauf gelegt, »Randzonen« zwischen Thorax- und Allgemeinchirurgie zu bearbeiten. Dies betraf insbesondere die Zwerchfellregion und den zervikothorakalen Übergang. (Tagungen Halle 1978 und 1988). Gerade dadurch wurde die enge Verbindung der Spezialisierung Thoraxchirurgie mit dem Gesamtfach Chirurgie demonstriert und die Meinung widerlegt, es gäbe Bestrebungen, die nichtkardiovaskuläre Thoraxchirurgie aus dem Fach Chirurgie herauszulösen. Angeborene Lungenkrankheiten wurden in den frühen Jahren auch in thoraxchirurgischen Einrichtungen operiert, später aber von den Kinderchirurgen. Die traditionell engen wissenschaftlichen Beziehungen zwischen der Sektion Thoraxchirurgie und der früheren Sektion, später Gesellschaft für Kinderchirurgie wurden bereits erwähnt.

Auf den Kongressen der Gesellschaft für Chirurgie der DDR in Berlin hat die Sektion durch Organisation von Parallelsitzungen bedeutend zur Weitergabe von Spezialwissen an die Chirurgen der territorialen Einrichtungen beigetragen. Die Themen waren 1966 Pleuraempyem (Rothe), 1983 Dringliche Thoraxchirurgie (Engelmann), 1985 Zwerchfellchirurgie (Dipp-

TAB. 2	INTERNATIONALE BEZIEHUNGEN DER SEKTION THORAXCHIRURGIE
1977	1. Freundschaftsvertrag zwischen den Sektionen Thoraxchirurgie der DDR und der VR Ungarn in Solnok. Unterzeichner waren die Vorsitzenden H. Neef und P. Keszler sowie die Schriftführer G. Schoefer und A. Pinter
1979	1. Bilaterales Symposium unter Beteiligung von Kollegen aus der ČSSR in Lückendorf (Lausitzer Gebirge). Leiter Baudrexel. Themen: Profilierung und Konzentration der Thoraxchirurgie in den einzelnen Ländern, benigne Tumoren der Lunge
1979	Freundschaftsvertrag zwischen den Sektionen Thoraxchirurgie der DDR und der ČSSR Unterzeichner waren J. Prochaska und M. Hajek sowie G. Schoefer und H. Neef
1980	2. Bilaterales Symposium in Sombathely. Leiter Kulka, Toth. Thema: Klammernahtgeräte
1981	Bilaterales Symposium in Siofok. Leiter Kulka. Themen: Pleuraerkrankungen, intraoperative Komplikationen
1982	1. Verlängerung des Freundschaftsvertrages mit der Sektion Thoraxchirurgie der VR Ungarn auf der Arbeitstagung in Jena. Unterzeichner waren die Vositzenden M. Barthel und F. Kulka sowie die Schriftführer G. Schoefer und A. Pinter
1983	Trilaterales Symposium DDR – UVR – ČSSR in Prag. Leiter Hajek, Rehak. Themen: Ösophaguschirurgie, Mediastinum
1985	Trilaterales Symposium in Johanngeorgenstadt. Leiter Weber. Themen: Trachea, postoperative Komplikationen
1987	Trilaterales Symposium in Szeged. Leiter Kulka. Themen: Lungenemphysem, Pleuraerkrankungen
	Verlängerung des Freundschaftsvertrages mit der Sektion Thoraxchirurgie der VR Ungarn
Pause durch die Wiedervereinigung	

mann), 1987 Thoraxtrauma – Kooperation zwischen Territorium und Spezialeinrichtung (Neef), 1989 Thoraxchirurgie für Allgemeinchirurgen (Weber).

In all den Jahren seit dem Mauerbau wurden – sofern unter den politischen Verhältnissen irgendwie möglich – fachliche und persönliche Verbindungen zu renommierten ausländischen Thoraxchirurgen geschaffen. Die Arbeitstagungen waren, soweit möglich, »Drehkreuze zwischen Ost und West«. Nach einem Beantragungsverfahren beim Generalsekretariat der Med.-Wissenschaftlichen Gesellschaften in Berlin konnten jeweils 10–15 Gäste als Referenten aus dem Ausland eingeladen werden, auch in begrenztem Umfange aus dem westlichen Ausland und der Bundesrepublik. Es war natürlich das Anliegen des jeweiligen Tagungsleiters, innerhalb des vorgegebenen Rahmens möglichst viele ausländische Gäste begrüßen zu können, um den Mitgliedern ein Höchstmaß an Informationen von außen zu bieten. Mehrere hervorragende Vertreter unseres Spezialgebiets wurden zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft für Chirurgie der DDR gewählt: Michail Perelman (Moskau), Arne Malm (Malmö), Friedrich Kulka (Budapest), Jaroslav Prochaska (Hradec Kralove). Auch wurden Angehörige der Sektion zu Ehrenmitgliedern ausländischer Chirurgengesellschaften ernannt.

Eine besondere Rolle im Leben der Sektion spielten die engen fachlichen und freundschaftlichen Kontakte mit den Thoraxchirurgen Ungarns, der Tschechoslowakei, Polens und der Sowjetunion. (Tab. 2) Einen Markstein bildete der Abschluss des ersten Freundschaftsvertrages zwischen den Sektionen Thoraxchirurgie Ungarns und der DDR auf der Ungarischen Thoraxchirurgentagung in Solnok 1977. Er regelte u. a. die Teilnahmen an den Tagungen, den Assistentenaustausch und gemeinsame Konferenzen. Ohne Zweifel hat dieser Vertrag seine Lebensfähigkeit über mehr als ein Jahrzehnt bewiesen, weshalb er zweimal – in Jena (1982) und in Szeged (1987) – verlängert wurde. Mit den Thoraxchirurgen der Tschechoslowakei wurde 1979 ein ähnlicher Vertrag unterzeichnet, so dass letztlich enge trilaterale Beziehungen entstanden. Der Assistentenaustausch im Rahmen dieser Verträge erfreute sich großer Beliebtheit, erlaubte er doch zwei- bis dreiwöchige Aufenthalte, für welche von den besuchten Abteilungen Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung gestellt wurden.

Die Verträge waren nicht nur wichtig aus fachlichen, sondern auch aus finanziellen Gründen, stellten doch die Ministerien aller drei Länder darauf basierend Mittel in erheblichem Umfange bereit.

Insgesamt trafen wir uns bis zur Wende zu sechs Arbeitstagungen. (Tab. 2) Besondere Bedeutung hatte das erste 1979 in einem Gewerkschaftsheim in Lückendorf (Lausitzer Gebirge) abgehaltene Symposium. Da in allen Ländern das Problem der Profilierung, Konzentration in Zentren und Subspezialisierung sehr dringlich geworden war, ergab sich aus dem lebhaften Erfahrungsaustausch für alle ein hoher Gewinn in sprichwörtlicher »Workshop-Atmosphäre«. Die Ergebnisse waren die Basis für die Vorschläge der Sektion an das Ministerium für Gesundheitswesen, den Vorstand der Gesellschaft für Chirurgie und die Akademie für Ärztliche Fortbildung. Letztendlich resultierte daraus die Konzentration der thoraxchirurgischen Kapazitäten in zwölf Zentren und die Anerkennung als Subspezialisierung 1988. Das erste Trilaterale Symposium ČSSR–DDR–UVR in Prag, organisiert von Frantisek Rehak und Milos Hajek, reklamierte die Chirurgie der Speiseröhre auch für die Thoraxchirurgen. Diese Trilateralen Symposien, zu denen später auch Gäste aus westlichen Ländern kamen (z. B. Österreich, Schweden, BRD), blieben auch nach der Wiedervereinigung Tradition. Nach längerer Pause wurde nämlich durch Baudrexl, Barthel und Neef 1992 das 7. Meeting Deutschland–Ungarn–Tschechoslowakei in Bad Schandau (Sächsische Schweiz) organisiert, an dem auch viele Kollegen aus den alten Bundesländern teilnahmen. Diese traditionellen Zusammenkünfte haben sich bis heute erhalten.

Die Sektion Thoraxchirurgie bemühte sich ständig, Einfluss auf Organisation und Struktur der thoraxchirurgischen Versorgung im Lande zu nehmen. Die Grundlage bildeten die jeweils zum Jahresende verschickten Umfragen an die Einrichtungen betreffend Leistungszahlen, Art des Krankengutes (Bronchialkarzinom, Thoraxtrauma, septische Thoraxchirurgie), aber auch Einzugsbereich, Besetzung mit Ärzten und Schwestern, Bettenzahl, Materialversorgung. Es war praktisch Versorgungsforschung schon damals, deren Ergebnisse dazu dienten, die Konzentration der thoraxchirurgisch tätigen Einrichtungen und die Anerkennung der Subspezialisierung (oft gegen Widerstand!) zu erreichen.

Die spezielle Chirurgie von Lunge, Mediastinum, Brustwand und Zwerchfell wurde ab der 1960er Jahre in 17 Zentren, in den 1980er Jahren nur in zwölf Zentren betrieben. (Tab. 3) Davon waren vier große pulmologisch-thoraxchirurgische Zentren, drei Abteilungen Chirurgischer Universitätskliniken und fünf arbeiteten im Rahmen Chirurgischer Kliniken von Bezirkskrankenhäusern. Bezogen auf die Bevölkerung war dies ein Zentrum für 1,0–1,5 Mio. Einwohner. Die Hälfte der Zentren machte mehr als 200 Thorakotomien pro Jahr, ein Viertel 100–200 Thorakotomien pro Jahr. Thoraxchirurgie wurde in anderen Krankenhäusern nur in Einzelfällen ausgeübt. Für die Herzchirurgie und für die Thoraxchirurgie gab es – außer in Halle – separate Abteilungen bzw. Kliniken. Dies entsprach der Organisation im gesamten osteuropäischen Raum.

Die ärztliche Besetzung in den einzelnen Zentren war grenzwertig, auch herrschte Schwesternmangel und Mangel an importiertem Nahtmaterial. Eine gewisse Entlastung bildeten die zahlreichen Hospitanten, welche einige Wochen im Rahmen von Weiter- oder Fortbildung an den Thoraxzentren arbeiteten.

Die Jahresanalysen der Sektion erbrachten wichtige Ergebnisse für die Bedarfsplanung. So wurden pro Jahr in der DDR 2539 Thorakotomien ausgeführt, d. h. 159 Thorakotomien pro 1 Mio. Einwohner. Die Zahl der thoraxchirurgischen Eingriffe konnte ständig gesteigert werden. Insbesondere der Anteil der Thorakotomien

TAB. 3 KONZENTRATION DER THORAXCHIRURGIE IN DER DDR IN 12 ZENTREN (STAND 1990)

4 Pulmologisch- thoraxchirurgische Einrichtungen
Zschadraß, Coswig, Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose Berlin-Buch, Bad Berka

3 Abteilungen an Chirurgischen Universitätskliniken
Halle, Jena, Charité/Berlin

5 Thoraxkliniken oder -abteilungen an Bezirkskrankenhäusern
Leipzig, Cottbus, Magdeburg-Vogelsang, Stralsund, Schwerin

Bemerkung: Keine nennenswerte Chirurgie von Lunge, Mediastinum, Brustwand und Zwerchfell in anderen Krankenhäusern. Keine Kombination mit Herzchirurgie in einer Klinik
Ausnahme: Halle 1987 Trennung in Sektion Thoraxchirurgie und Klinik für Herzchirurgie

Anzahl der Thorakotomien in 12 thoraxchirurgischen Zentren (Stand 1990)

> 500 Zschadraß
200 – 500 FLT Berlin-Buch, Coswig, Bad Berka, Charité/Berlin, Uni Halle
100 – 200 Fachklinik Magdeburg-Vogelsang, St. Georg Leipzig, Uni Jena
50 – 100 BKH Schwerin, BKH Cottbus, BKH Stralsund

Leistungsanalyse der thoraxchirurgischen Zentren in der DDR
(Jahresanalysen der Sektion Thoraxchirurgie)

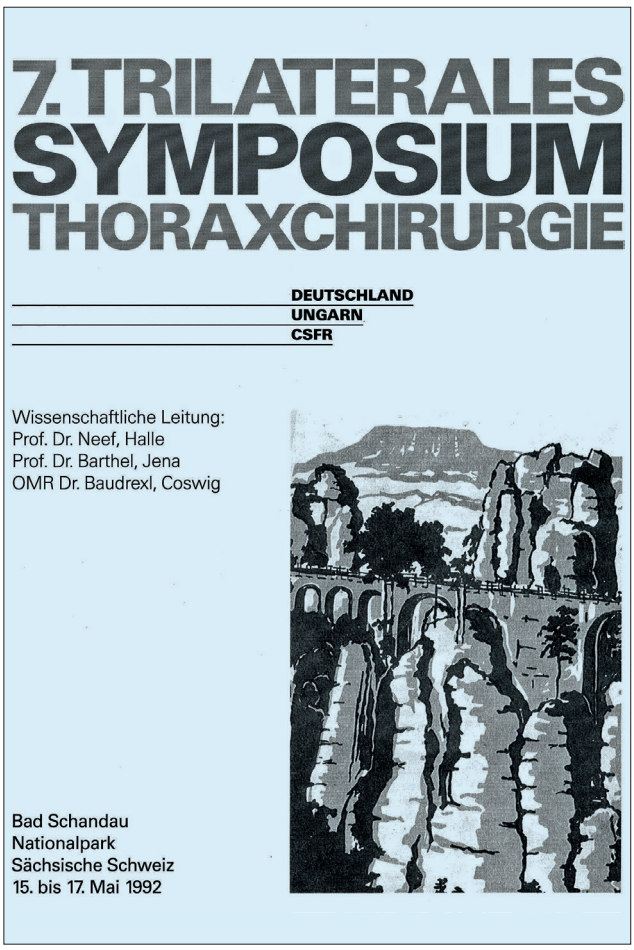
Jahr	Gesamtzahl	thoraxchir. Thorakotomien	Eingriffe Bronchuskarzinom
1980*	3343	2005	1042 (52,0 %)
1986*	3994	2487	1291 (52,0 %)
1990**	4008	2539	1274 (50,2 %)

* 15 Zentren, ** 12 Zentren (ohne Sommerfeld, Beelitz, Robert Rössle Klinik)

wegen Bronchialkarzinoms wuchs auf über 50 Prozent. Die Zentren waren aber auch Mittelpunkt für die Behandlung schwerer Thoraxtraumen und ihrer Folgen, denn 50 Prozent der überwiesenen Thoraxtraumen mussten operativ versorgt werden. Eine dritte Gruppe (ca. 10 Prozent) bildeten fortgeschrittene Pleuraempyeme, von denen ebenfalls die Hälfte operiert werden musste. Für die Kreiskrankenhäuser waren die Zentren Anlaufpunkte für Konsultationen und Notoperationen.

Im Jahre 1988 war nach mehr als 15-jährigen Bemühungen die Anerkennung der Subspezialisierung Thoraxchirurgie bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung erreicht worden. Die zweijährige Fortbildung begann nach der Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie, die gesamte Ausbildung zum Thoraxchirurgen dauerte somit sieben Jahre. Es existierten ein festgelegter Ausbildungskatalog sowie eine Fach- und Prüfungskommission, berufen von der Akademie für Ärztliche Fortbildung. Neben dem Thoraxchirurgen definierte man einen Facharzt für Herzchirurgie und eine Subspezialisierung Gefäßchirurgie. Dies bedeutete, dass frühzeitig die Vorteile einer profilierten Thoraxchirurgie genutzt werden konnten. Die gleiche Entwicklung gab es in Osteuropa und der Sowjetunion, wo die Thoraxchirurgie schon von Anfang an in eigenen Zentren und mit eigenem Fortbildungsweg organisiert worden war.

Nach bilateralen Gesprächen beschloss die Mitgliederversammlung auf der 12. Jahrestagung am 14. Juni 1990 in Leipzig die Auflösung



9 *Gemeinsames deutsch-deutsches und trilaterales Symposium in Bad Schandau*

der Sektion Thoraxchirurgie. Es wurde den versammelten Mitgliedern anheim gestellt, einen Aufnahmeantrag bei der Deutschen Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie zu stellen; eine Fusion wäre besser gewesen. Es begann eine »Zeit des Übergangs«. Zunächst trafen sich die Thoraxchirurgen aus Deutschland-Ost und Deutschland-West auf Chefärztetreffen am Frankfurter Flughafen unter Federführung von Ingolf Vogt-Moykopf (Heidelberg). Diese sehr effektiven Konferenzen dienten dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Kennenlernen, aber auch der Vorbereitung der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie am 18. Oktober 1991 in Heidelberg. Bereits auf dem I. Gemeinsamen Ärztekongress vom 15.–17. Juni 1990 war das Bronchialkarzinom gemeinsam von Vogt-Moykopf (Heidelberg) und Neef (Halle) abgehandelt worden. Mit dem 7. Trilateralen Symposium Deutschland – Ungarn – Tschechoslowakische Föderative Republik vom 15.–17. Mai 1992 in Bad Schandau (Sächsische Schweiz), organisiert von A. Baudrexl (Dresden-Coswig), M. Barthel (Jena) und H. Neef (Halle) wurde für das Zusammenwachsen der ost- und westeuropäischen Thoraxchirurgen ein bedeutender Impuls gesetzt. (Abb. 9) Auf dieser Tagung wurden folgende Aufgaben für Gegenwart und Zukunft formuliert:

- Zusammenführung des Krankengutes in Thoraxzentren oder dislozierten »Verbünden« von Pulmologie und Thoraxchirurgie.
- Ausbildung von mehr Thoraxchirurgen, um dem jahrzehntelangen Mangel abzuhelfen.
- Ausbau der Versorgungsforschung nach dem Modell der jährlichen (!) Analysen der Sektion Thoraxchirurgie als Basis für Bedarfsermittlung und Zentralisierung der Thoraxchirurgie mit interdisziplinärer Zusammenarbeit.

LITERATUR

- Neef, H.: 20 Jahre Sektion Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR – Rückblick und zukünftige Aufgaben Zbl. Chir. 114 (1989), S. 319–325
- 6. Wiss. Chirurgentagung der DDR mit internat. Beteiligung 27.9.–1.10.1966 in Berlin
- 1. Parallelsitzung der neugegründeten AG Thoraxchirurgie, Thema: Indikationen und Methoden der chirurgischen Behandlung des Pleuraempyems. Kongreßbericht Zbl. Chir. 92 (1967), S. 1990
- Widow, W.: Symposium über den Lungenkrebs 6.–7.12.1974 in Berlin. Akademie-Verlag, Berlin 1976

22. Entwicklung und Stand der Thoraxchirurgie in den neuen Bundesländern

Nach einem Vortrag des Autors auf dem 13. Trilateralen Symposium Deutschland–Ungarn–Tschechoslowakei in Bad Schandau 1992

Nach dem Zweiten Weltkrieg begann die Lungenchirurgie Anfang der fünfziger Jahre auch in der DDR ihren Aufschwung mit der operativen Behandlung der Lungentuberkulose und unspezifischer Lungenerkrankungen. Die Entwicklung von der Lungenchirurgie zur Thoraxchirurgie wurde in den sechziger Jahren dadurch beschleunigt, dass die Leitungen der bisherigen Abteilungen, welche vorwiegend an Lungenheilstätten etabliert waren, aus der Hand operierender Pulmologen auf Fachärzte für Chirurgie übergingen. Die sich ständig ausdehnende Indikationspalette und die Weiterentwicklung der Operationstechnik einschließlich spezieller Anästhesieverfahren und Nachbehandlungsmethoden machten bald eine Zusammenfassung der auf diesem Gebiet tätigen Chirurgen in einer wissenschaftlichen Vereinigung notwendig.

Bis zur Teilung Deutschlands waren die Jahrestagungen in Bad Nauheim auch für die Lungenchirurgen Ostdeutschlands der Ort des kollegialen Erfahrungsaustauschs. Nach dem Mauerbau und der endgültigen Abschottung waren es besonders Gerhard Rothe, Leipzig (Abb. 1), Eberhard Hasche, Bad Berka (Abb. 2) sowie Fritz Anstett, Zschadraß (Abb. 3), welche die Thoraxchirurgie in der DDR auf eine eigene wissenschaftliche Basis stellten. Sie gründeten 1966 die Arbeitsgemeinschaft Thoraxchirurgie. Es folgten 25 Jahre getrennte deutsche Thoraxchirurgie. Besonders G. Rothe (1911–1978) hat den Ausbau der Lungenchirurgie in der DDR

1 *Prof. Rothe*

2 *Prof. Hasche*

3 *Doz. Anstett*

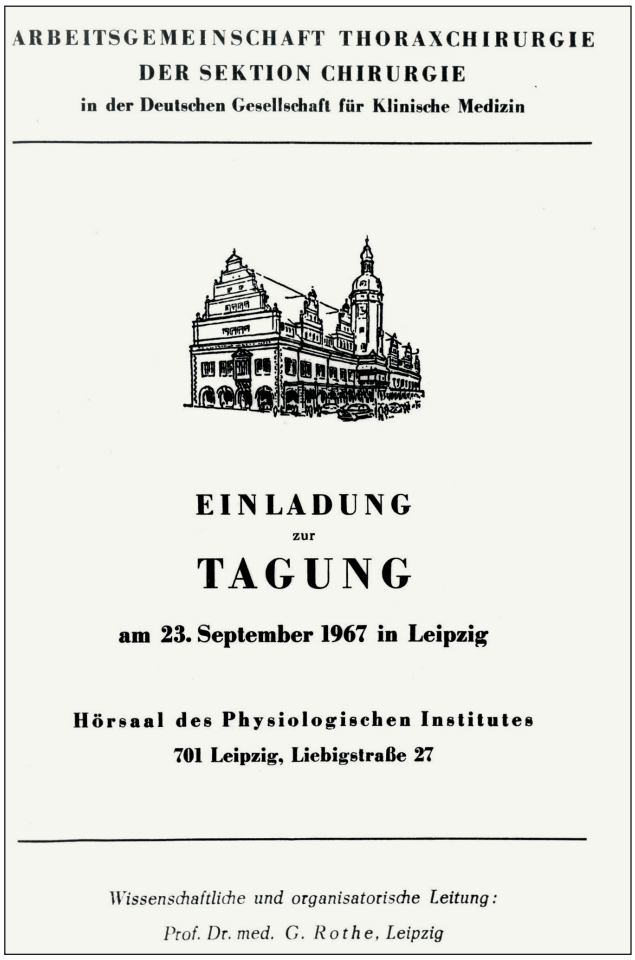
entscheidend geprägt und kann mit Recht als Altmeister im Osten wie Vossschulte, Maasen und Vogt-Moykopf im Westen bezeichnet werden. Rothe leitete auch die erste selbstständige wissenschaftliche Tagung der neuen AG am 23. September 1967 in Leipzig (Abb. 4). Hauptthema war schon damals das Bronchialkarzinom. Auf der Mitgliederversammlung am 19. September 1969 in Bad Berka wurden dann die Umbenennung in »Sektion Thoraxchirurgie« sowie die erste Satzung beschlossen. Überblickt man die Themen der elf Arbeitstagungen, so wird eine Konzentration auf die Chirurgie der Lunge und des Tracheobronchialbaumes, des Mediastinums, der Brustwand und des Zwerchfells deutlich. Auch die Chirurgie der Speiseröhre war immer wieder ein Thema. Mit der Verschlechterung der Erfassungssituation der Volksröntgenreihenuntersuchung in den sechziger Jahren musste auch eine Änderung der Behandlung des Lungenkrebses eintreten. Die Sektion Thoraxchirurgie stritt unermüdlich um die Erhaltung der Röntgenreihenuntersuchung der Bevölkerung (VRRU). So wurde schon in den sechziger Jahren eine multizentrische Studie unter Beteiligung aller renommierten thoraxchirurgischen Einrichtungen der DDR mit über 11.000 operierten Fällen organisiert, um den Wert des Volksröntgenkatasters für die Früherfassung und Chirurgie des Lungenkrebses zu eruieren. Mit der Organisation dieser Analyse wurde unser unvergessener Kollege Werner Widow, Berlin-Buch (Abb. 5), beauftragt.

Bei der Themenwahl für die Arbeitstagungen (Tab. 1) wurde immer wieder besonderer Wert darauf gelegt, sogenannte »Randzonen« zwischen Thoraxchirurgie und Allgemeinchirurgie zu bearbeiten. Dieses betraf insbesondere die Zwerchfellregion, die Speiseröhre und den zervikothorakalen Übergang. Gerade dadurch wurde die enge Verbindung der Spezialisierung Thoraxchirurgie mit dem Gesamtfach Chirurgie demonstriert und die Meinung widerlegt, es gäbe Bestrebungen, die nichtkardiovaskuläre Thoraxchirurgie aus dem Fach herauszulösen. Den heute immer noch aktuellen Vorwurf gab es also schon damals in der DDR.

In all den Jahren wurden – so fern unter den politischen Verhältnissen irgendwie möglich – fachliche und persönliche Verbindungen zu den Thoraxchirurgen in Ost und West geschaffen. Die regelmäßigen Arbeitstagungen waren bevorzugte Begegnungsstätten. Mehrere hervorragende Vertreter unseres Faches wurden zu Ehrenmitgliedern ernannt, so Michail Perelman aus Moskau, Arne Malm aus Malmö, Frigyes Kulka aus Budapest, Jaroslaw Prochaska aus Hradec Kralove. Es war häufig nicht einfach, vorgeschlagene ausländische Referenten aus dem Westen durch die Bürokratie des Generalsekretariats der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaften in Berlin zu bringen.

Eine besondere Rolle spielten immer unsere engen fachlichen und persönlichen Kontakte zu den Thoraxchirurgen Ungarns und der Tschechoslowakei (Tab. 2). 1977 hatten Paul Keszler und ich im Namen der Sektion den ersten Vertrag über Zusammenarbeit in Solnok (Ungarn) unterzeichnet. Besondere Bedeutung hatte das 1979 in Lückendorf abgehaltene 1. Gemeinsame Bilaterale Symposium mit Gästen aus anderen osteuropäischen Ländern. Da in allen beteiligten Ländern das Problem der Profilierung, Konzentration und speziellen Ausbildung dringend geworden war, ergab sich für alle Teilnehmer ein hoher Gewinn aus dem lebhaften Erfahrungsaustausch in Workshop-Atmosphäre.

Grundlage für die weitere enge Zusammenarbeit waren die Fünfjahresverträge mit den Lungenchirurgen Ungarns (1977) und der



ARBEITSGEMEINSCHAFT THORAXCHIRURGIE
DER SEKTION CHIRURGIE
in der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin

EINLADUNG
zur
TAGUNG

am 23. September 1967 in Leipzig

Hörsaal des Physiologischen Institutes
701 Leipzig, Liebigstraße 27

Wissenschaftliche und organisatorische Leitung:
Prof. Dr. med. G. Rothe, Leipzig

4 *Gründung der AG Thorax-Chirurgie 1967*

5 *Prof. Widow*

Tschechoslowakei (1979). Sie waren nicht nur von Bedeutung für fachliche, sondern auch für finanzielle Mittel, gab doch das Ministerium nur Geld für gemeinsame Tagungen auf Grund solcher Kontakte, und natürlich mussten wissenschaftliche Veranstaltungen lange voraus mit den Ministerien und Dachgesellschaften aller drei Länder abgestimmt werden.

Das nunmehr 1. Trilaterale Symposium in Prag 1983 war nicht nur vom fachlichen Standpunkt (Ösophaguserkrankungen, mediastinale Chirurgie) gewinnbringend, sondern vermittelte auch allen Teilnehmern unvergessliche Erlebnisse in der Goldenen Stadt an der Moldau. Diese Trilateralen Symposien, zu denen zunehmend auch Gäste aus anderen Ländern eingeladen wurden, waren bis zur Wiedervereinigung Tradition. Es folgten bis 1992 weitere Tagungen (s. Kapitel »East European Thoracic meetings«). Insofern bildete das 13. Symposium in Bad Schandau 1992 einen Meilenstein. Es war einer der Bausteine auf dem Wege der Vereinigung der Thoraxchirurgen Europas.

Wie war die Thoraxchirurgie in der DDR organisiert?

Die Konzentration des Krankenguts in 15 thoraxchirurgischen Zentren auf 16 Millionen Einwohner – begonnen in den siebziger und achtziger Jahren – konnte bis zum Jahre 1990 erhalten werden. Die Vorteile der multidisziplinären Konzentration in Diagnostik und Therapie konnten damit jahrzehntelang in der DDR schon genutzt werden. Zersplitterung der Thoraxchirurgie in zahlreichen Behandlungsstellen mit kleinen Fallzahlen – wie neuerdings im Gange – konnte damit verhindert werden. Die Zahl der thoraxchirurgischen Eingriffe pro Jahr stieg seit den fünfziger Jahren ständig, wenn auch unter angespannten personellen und apparativen Bedingungen. Insbesondere der Anteil der Thorakotomien wegen Bronchialkarzinoms ist ständig gewachsen. Im Krankengut der Thoraxzentren spielten traditionell auch die schweren Thoraxtraumen mit etwa 10 Prozent und das Pleuraempyem mit ebenfalls etwa 10 Prozent eine Rolle; etwa die Hälfte

TAB. 1	VORSITZENDE UND ARBEITSTAGUNGEN DER SEKTION THORAXCHIRURGIE
1966	Gründung der AG Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR Rund tischgespräch »Pleuraempyem« im Rahmen der 6. Chirurgentagung der DDR vom 27. 9. – 1.10. 1966 in Berlin Vorsitzender: G. Rothe (Leipzig)
1967	1. Arbeitstagung Leipzig Röntgenkataster und Bronchial-Ca, Narben-Ca, Alveolar-Ca, Zwerchfell
1967–1969 1969	E. Hasche (Bad Berka) 2. Arbeitstagung Bad Berka Zwerchfell
1969 –1971 1971	F. Anstett (Zschadraß) 3. Arbeitstagung Zschadraß, Missbildungen der Lunge
1971–1973 1973	R. Panzner (Halle) 4. Arbeitstagung Halle, Ösophaguskarzinom, Mediastinaltumoren
1973–1976 1976	A. Baudrexl (Coswig) 5. Arbeitstagung Dresden Erste Tagung mir zweitägiger Dauer Pathophysiologie nach Lungenresektionen, postoperative Komplikationen, Dispensairebetreuung, Begutachtung
1976–1978 1978	H. Neef (Halle) 6. Arbeitstagung Halle Früherfassung und Therapie beim Bronchialkarzinom, Zwerchfellhernien und -defekte
1978–1980 1980	G. Schöfer (Magdeburg – Vogelsang) 7. Arbeitstagung Magdeburg Chirurgie der Trachea, Verletzungen und Erkrankungen der Brustwand
1980–1982 1982	M. Bartel (Jena) 8. Arbeitstagung Jena Erkrankungen und Verletzungen der pulmonalen und herznahen Gefäße, Wiederholungseingriffe, Chirurgie bei kardiopulmonalen Risiken
1982–1984 1984	C. Engelmann (Berlin) 9. Arbeitstagung Berlin Chirurgie thorakaler Infektionen, Kooperationspartner der Thorax-Chirurgen
1984–1986 1986	A. Dippmann (Bad Berka) 10. Arbeitstagung Erfurt Metastasen, Deformierungen und Defekte des Brustkorbs
1986–1988 1988	H. Neef (Halle) 11. Arbeitstagung Halle Chirurgie der oberen Thoraxapertur, neue Diagnostik und Techniken in der Thoraxchirurgie
1988–1990 1990	J. Weber (Zschadraß) 12. Arbeitstagung Leipzig Bronchuskarzinom, Ösophaguschirurgie, Operationsrisiko

TAB. 2	INTERNATIONALE BEZIEHUNGEN DER SEKTION THORAXCHIRUGIE
1977	1. Freundschaftsvertrag zwischen den Sektionen Thoraxchirurgie der DDR und der VR Ungarn in Solnok. Unterzeichner waren die Vorsitzenden H. Neef und P. Keszler sowie die Schriftführer G. Schoefer und A. Pinter
1979	1. Bilaterales Symposium unter Beteiligung von Kollegen aus der CSSR in Lückendorf (Lausitzer Gebirge). Leiter Baudrexel. Themen: Profilierung und Konzentration der Thoraxchirurgie in den einzelnen Ländern, benigne Tumoren der Lunge
1979	Freundschaftsvertrag zwischen den Sektionen Thoraxchirurgie der DDR und der CSSR Unterzeichner waren J. Prochaska und M. Hajek sowie G. Schoefer und H. Neef
1980	2. Bilaterales Symposium in Sombathely. Leiter Kulka, Toth. Thema: Klammernahtgeräte
1981	Bilaterales Symposium in Siofok. Leiter Kulka Themen: Pleuraerkranken, intraoperative Komplikationen
1982	1. Verlängerung des Freundschaftsvertrages mit der Sektion Thoraxchirurgie der VR Ungarnauf der Arbeitstagung in Jena. Unterzeichner waren die Vositzenden M. Barthel und F. Kulka sowie die Schriftführer G. Schoefer und A. Pinter
1983	Trilaterales Symposium DDR – UVR – ČSSR in Prag. Leiter Hajek, Rehak. Themen: Ösophaguschirurgie, Mediastinum
1985	Trilaterales Symposium in Johanngeorgenstadt. Leiter Weber. Themen: Trachea, postoperative Komplikationen
1987	Trilaterales Symposium in Szeged. Leiter Kulka. Themen: Lungenemphysem, Pleuraerkrankungen
	Verlängerung des Freundschaftsvertrages mit der Sektion Thoraxchirurgie der VR Ungarn
Pause durch die Wende	

7

wurden operativ behandelt. Insbesondere für die Thoraxtraumatologie waren die Zentren Konsultationspunkte, von deren Chirurgen Notthorakotomien auch in Kreiskrankenhäusern durchgeführt wurden. Sie waren auch Anlaufpunkte für die Reparatur von Spätschäden oder verschleppten Fällen, z. B. Dekortikationen.

Das Diagramm in Tab. 3 zeigt die Entwicklung seit 1980 nach den Erhebungen der Sektion Thoraxchirurgie der DDR, aufgeteilt in thoraxchirurgische Eingriffe gesamt und Thorakotomien wegen Bronchialkarzinoms. Die Leistungen konnten auch in den immer schwieriger werdenden Jahren vor der Wende und innerhalb der gesellschaftlichen Umwälzung gehalten werden. Dies bedeutet z. B. im Jahre 1991 153 Thorakotomien auf 1 Million Einwohner. Der Anteil des Bronchialkarzinoms mit rund 50 Prozent blieb stabil.

Wie bereits hervorgehoben, war es bis zur Wende gelungen, die Konzentration des thoraxchirurgischen Krankenguts in 12 Thoraxzentren zu erhalten. Drei Viertel der Einrichtungen führen mehr als 100 Thorakotomien pro Jahr aus. Weitere Informationen gehen aus der Tab. 3 hervor. Danach arbeiteten acht

Einrichtungen im Verband einer allgemeinen Chirurgie und vier Kliniken im Rahmen eines pulmologisch-thoraxchirurgischen Krankenhauses. Es sei nochmals hervorgehoben, die Chirurgie der Lunge, des Mediastinums, der Brustwand und des Zwerchfells wurde praktisch nur in Zentren gemacht. Insbesondere unterblieb bis 1990 die aus unserer Sicht nachteilige Ausübung der Thoraxchirurgie innerhalb von Kliniken für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, da die Thoraxchirurgie heute vorwiegend onkologisch orientiert ist und damit andere Schwerpunkte setzt als kardiovaskulär orientierte Fächer.

Eingebracht in eine gesamtdeutsche Thoraxchirurgie wurden auch unsere Erfahrungen in der Ausbildung und Anerkennung »Subspezialisierung Thoraxchirurgie« nach dem Facharzt für Chirurgie. Seit 1988 war nach mehr als fünfzehnjährigen Bemühungen der Sektion die Anerkennung des Spezialgebiets Thoraxchirurgie durch die Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin erfolgt. Es gab daneben einen Facharzt für Herzchirurgie und eine Subspezialisierung Gefäßchirurgie mit getrennten Ausbildungsprogrammen. Dies bedeutet, dass in der DDR schon seit Jahren die Vorteile einer profiliert betriebenen Thoraxchirurgie genutzt werden

TAB. 3 KONZENTRATION DER THORAXCHIRURGIE IN DER DDR IN 12 ZENTREN (STAND 1990)

4 Pulmologisch- thoraxchirurgische Einrichtungen
Zschadraß, Coswig, Forschungsinstitut für Lungenkrankheiten und Tuberkulose Berlin – Buch, Bad Berka

3 Abteilungen an Chirurgischen Universitätskliniken
Halle, Jena, Charite'Berlin

5 Thoraxkliniken oder – abteilungen an Bezirkskrankenhäusern
Leipzig, Cottbus, Vogelsang, Stralsund, Schwerin

Bemerkung: Keine nennenswerte Chirurgie von Lunge, Mediastinum, Brustwand und Zwerchfell in anderen Krankenhäusern. Keine Kombination mit Herzchirurgie in einer Klinik
Ausnahme: Halle 1987 Trennung in Sektion Thoraxchirurgie und Klinik für Herzchirurgie

Anzahl der Thorakotomien in 12 thoraxchirurgischen Zentren (Stand 1990)

> 500 Zschadraß
200–500 FLT Berlin-Buch, Coswig, Bad Berka, Charité Berlin, Uni Halle
100–200 Vogelsang, St. Georg Leipzig, Uni Jena
50–100 BKH Schwerin, BKH Cottbus, BKH Stralsund

Leistungsanalyse der thoraxchirurgischen Zentren in der DDR
(Jahresanalysen der Sektion Thoraxchirurgie)

Jahr	Eingriffe	Gesamtzahl thoraxchir. Thorakotomien	Thorakotomien wegen Bronchuskarzinom
1980*	3343	2005	1042 (52,0 %)
1986*	3994	2487	1291 (52,0 %)
1990**	4008	2539	1274 (50,2 %)

* 15 Zentren, ** 12 Zentren (ohne Sommerfeld, Beelitz, Robert Rössle Klinik)

konnten und nicht dauerhaft Verdrängungssituationen durch die aufstrebende Herzchirurgie zustande kamen.

Auch die wissenschaftliche Arbeit in der Sektion Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR war intensiv. Hervorzuheben waren die regelmäßigen Tagungen – meist in zweijährigen Abständen und mit internationaler Beteiligung. Diese wurden zu regelmäßigen Treffpunkten zwischen Ost und West. So gelang es uns trotz schwieriger politischer Verhältnisse, bis zu 15 Kollegen aus westlichen Ländern als Referenten und Freunde bei unseren Tagungen zu haben. Dies war häufig sehr kräftefordernd, mussten doch Anträge auf Einreise etwa ein Jahr vor der geplanten Tagung beim Ministerium gestellt werden. Nicht selten brachten wir die Gäste in unseren eigenen Autos zurück an die Grenze oder zum Checkpoint Charlie.

Damit bin ich bei den gegenwärtigen und zukünftigen Aufgaben angelangt. Thoraxchirurgie ist bekanntlich keine Gelegenheitschirurgie, die jeder Chirurg »auch noch« machen kann. Notwendig sind nicht nur spezialisierte Kenntnisse, Erfahrungen und Techniken, sondern in gleicher Weise die Fähigkeit zur multidisziplinären Kooperation. Erforderlich sind onkologische Komplexstrategien. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, vorhandene Zentralisierungen und Kooperationsverbände zu erhalten und weiterzuentwickeln, entgegen einer drohenden Zersplitterungstendenz. Dabei sind die aktuellen Probleme nach der Wiedervereinigung: Verbesserung der Ausstattung, Bewältigung der Personalengpässe, welche durch Abwanderung und Finanznot entstanden sind, Qualifizierung des Personals sowie Qualitätssicherung. Letztere bedeutet Fortführung der seit langem von der Sektion durchgeführten jährlichen Erhebungen samt Auswertung. Dabei hat sich der seit 1990 sofort in Gang gekommene Erfahrungsaustausch mit thoraxchirurgischen Zentren der Altbundesländer sehr bewährt. Wichtig ist auch, dass den Krankenkassen und den Patienten immer wieder verdeutlicht wird, wo Qualität gemacht wird. Für die Ausbildung des thoraxchirurgischen Nachwuchses hat die Durchsetzung der »Subspezialisierung Thoraxchirurgie entscheidende Bedeutung. Die vom Ärztetag erhoffte Festlegung der Weiterbildung, welche nach jahrelangem Tauziehen nunmehr das für Gesamtdeutschland vollziehen soll, was wir in den neuen Bundesländern seit Jahren gehabt haben, muss endlich durchgesetzt werden. In den Fachkommissionen Thoraxchirurgie der Ärztekammern der neuen Bundesländer haben wir den Weiterbildungskatalog, erarbeitet auf den Chefärztetagungen in Frankfurt/Main und in der neugegründeten Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie, bereits eingeführt. Eine intensive Beteiligung an der studentischen Lehre sowie Förderung der Forschung sind in Zukunft unabdingbar. Dies betrifft insbesondere die klinische Forschung zur Optimierung der Therapie onkologischer Erkrankungen, Ausbau der Lungentransplantation u. a., aber auch in breiterem Maße als bisher die experimentelle Thoraxchirurgie. So kurz nach der Wiedervereinigung ist die Arbeit in den Fachkommissionen bei den Ärztekammern der Länder wichtig, insbesondere für die Weiter- und Fortbildung sowie für Ermächtigungen zur Weiterbildung. Sie bedeutet Realisierung der auf den Frankfurter Chefärztetagungen und in der neugegründeten Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie nach 1990 gemeinsam gefassten Beschlüsse.

Die Thoraxchirurgie hat eine glanzvolle Vergangenheit, auch in der DDR seit den fünfziger Jahren. Wie oft hatten wir uns gewünscht, in einem günstigeren materiellen und finanziellen Umfeld zu arbeiten. Als gleichberechtigter Neustart ist uns in mancher Beziehung die Erfüllung dieses Wunsches nicht beschert worden. Ich denke hierbei an die Deutsche Gesellschaft für Herz-, Thoraxchirurgie und Gefäßchirurgie. Als es nämlich um die Vereinigung mit unserer Sektion Thoraxchirurgie der DDR ging, wurde diese abgelehnt. Wir sollten vielmehr neue Aufnahmeanträge bei der westdeutschen Gesellschaft stellen! Es folgte die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie. Damit ergab sich für uns die Chance, in einer gesamtdeutschen Thoraxchirurgie zusammen mit unseren bisherigen Freunden aus Ost und West das auch thoraxchirurgisch vereinte Europa zu bauen.

23. Beiträge der ostdeutschen Thoraxchirurgen zur Einheit der deutschen Thoraxchirurgie

In der DDR gab es bereits seit den 1960er Jahren eine Sektion Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie mit regelmäßigen Arbeitstagungen und multizentrischer jährlicher Auswertung der Operationszahlen und -ergebnisse. Die Mitgliederzahl betrug etwa 80 Kollegen. Die Thoraxchirurgie wurde in zwölf Zentren (für 18 Millionen Einwohner) betrieben, pneumologische Abteilungen existierten meist am gleichen Ort. Die Weiterbildung führte über den Facharzt für Chirurgie nach weiteren drei Jahren zur Subspezialisierung (oder Schwerpunkt) Thoraxchirurgie. Sie war also gegenüber dem Facharzt für Herzchirurgie getrennt. Dieses Weiterbildungsmodell entsprach dem in den übrigen osteuropäischen Ländern einschließlich Sowjetunion üblichen, und das schon seit den 1970er Jahren! Jährlich wurden von den zwölf thoraxchirurgischen Einrichtungen Daten zu Diagnosen, Art der Erfassung, z. B. Schirmbild-Reihenuntersuchungen, Zahl der Eingriffe, Art der Operationen, Personal- und Geräteausstattung zusammengetragen, um als Argumente beim Ministerium für Gesundheit (Ausstattung, Subspezialisierung) und bei der Gesellschaft für Chirurgie der DDR (Anerkennung der Subspezialisierung Thoraxchirurgie gegenüber der Herzchirurgie) genutzt zu werden. Es existierte ein enger wissenschaftlicher, praktischer und freundschaftlicher Austausch mit den Kollegen aus den übrigen osteuropäischen Ländern, z. B. bei den regelmäßig stattfindenden East European Thoracic Meetings (seit 1972), Hospitationen der jüngeren Thoraxchirurgen usw.

Zu Zeiten der Mauer und des Kalten Krieges konnten wir für die Jahrestagungen unserer Sektion Thoraxchirurgie jeweils zwei Referenten aus Westdeutschland einladen. Die Anträge

1 *Einladung zur Arbeitstagung Halle 1988*

THORAXKLINIK
der LVA Baden
HEIDELBERG-ROHRBACH

Thoraxklinik der LVA Baden · Amalienstraße 5 · 6900 Heidelberg 1

Herrn
Prof.Dr.sc.med. H. Neef
Klopstockstr. 39

4050 Halle (Saale)

Amalienstr. 5, Haupteingang Schelklystraße
6900 Heidelberg 1
Fernruf.
Sammel-Nr. (06221) 396-1
Durchwahl (06221) 396- 212/ 217

IK-269724026

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen	Datum
	3.3.88	VM/PM	16.3.1988

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. I. Vogt-Moykopf

Anästhesiologie und Intensivmedizin
Prof. Dr. K. Wiedemann

Chirurgische Abteilung
Prof. Dr. I. Vogt-Moykopf

Innere Medizin-Onkologie
Prof. Dr. P. Drings

Innere Medizin-Pneumologie
Prof. Dr. V. Schulz

Klinische Chemie und Bakteriologie
Prof. Dr. W. Ebert

Pathologie
Prof. Dr. Dr. K. Kayser

Röntgenabteilung
Priv.-Doz. Dr. S. Tuengerthal

Betr.: Ihr Schreiben vom 3.3.1988.

Sehr geehrter Herr Kollege Neef!

Ich werde also am 21.4.88 in Halle eintreffen.

Bitte können Sie mir noch mit dem PKW den günstigsten Weg und den Übertritt über die Grenze nennen?

Muß ich Devisen umtauschen und in welcher Höhe?

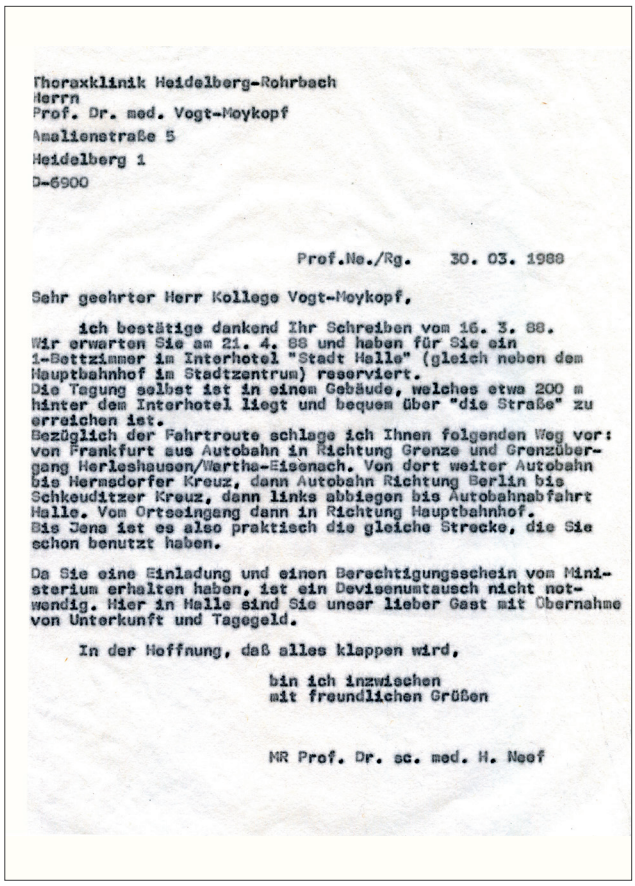
Ich übersehe im Moment leider noch nicht, ob ich bis Samstag bleiben kann, da wir hier mit Arbeit extrem überlastet sind, so daß ich zunächst noch an eine Abfahrt Freitag, den 22.4.1988 denken muß.

Mit freundlichen Grüßen

Prof.Dr.med. Vogt-Moykopf
Ärztl. Direktor

Banken:
Bank für Gemeinwirtschaft A.-G. Heidelberg (BLZ 672 101 11) 10736132
Bezirkssparkasse Heidelberg Hauptzweigstelle Rohrbach (BLZ 67250020) 411116
Volksbank Kurpfalz Heidelberg (BLZ 67290200) 11040004

2 *Schriftwechsel mit Hauptredner Vogt-Moykopf bezüglich Grenzübergang*



Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach
Herrn
Prof. Dr. med. Vogt-Moykopf
Amalienstraße 5
Heidelberg 1
D-6900

Prof.Ne./Rg. 30. 03. 1988

Sehr geehrter Herr Kollege Vogt-Moykopf,

ich bestätige dankend Ihr Schreiben vom 16. 3. 88. Wir erwarten Sie am 21. 4. 88 und haben für Sie ein 1-Bettzimmer im Interhotel "Stadt Halle" (gleich neben dem Hauptbahnhof im Stadtzentrum) reserviert.
Die Tagung selbst ist in einem Gebäude, welches etwa 200 m hinter dem Interhotel liegt und bequem über "die Straße" zu erreichen ist.
Bezüglich der Fahrtroute schlage ich Ihnen folgenden Weg vor: von Frankfurt aus Autobahn in Richtung Grenze und Grenzübergang Herleshausen/Wartha-Eisenach. Von dort weiter Autobahn bis Hermsdorfer Kreuz, dann Autobahn Richtung Berlin bis Schkeuditzer Kreuz, dann links abbiegen bis Autobahnabfahrt Halle. Vom Ortseingang dann in Richtung Hauptbahnhof.
Bis Jena ist es also praktisch die gleiche Strecke, die Sie schon benutzt haben.

Da Sie eine Einladung und einen Berechtigungsschein vom Ministerium erhalten haben, ist ein Devisenumtausch nicht notwendig. Hier in Halle sind Sie unser lieber Gast mit Übernahme von Unterkunft und Tagegeld.

In der Hoffnung, daß alles klappen wird,

bin ich inzwischen
mit freundlichen Grüßen

MR Prof. Dr. sc. med. H. Neef

3 *Mein Antwortschreiben*

4 *Ingolf Vogt-Moykopf auf unserem Kongress*

mussten zwei Jahre vorher beim Generalsekretariat der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaften beim Ministerium für Gesundheitswesen in Berlin wohlbegründet eingereicht werden. Man musste als Tagungsleiter schreiben, dass der Eingeladene »wohlwollend der DDR gegenüberstand«. Dann gab es im vorausbestimmten »Kontingent« die Genehmigung zur Vorlage an der Grenze, die wir dann an den eingeladenen Kollegen schickten. Wir waren dennoch froh, wenn die Kollegen »aus dem Westen« zusagten und auch die Mühen und Kontrollen bei Ein- und Ausreise auf sich nahmen. Sie waren die »Starreferenten« auf unseren Arbeitstagungen. So auch Ingolf Vogt-Moykopf aus Heidelberg, den ich 1988 für meine Arbeitstagung in Halle gewinnen konnte. Er kam noch spät abends vor Kongressbeginn mit seinem Auto an, weil es an der Grenze Probleme gegeben hatte. (Abb. 1–5) Auch bei den International East European Thoracic Meetings, hier z. B. 1993 in Szombathely (Ungarn) (Abb. 6, 7) hatten wir Möglichkeiten für »innerdeutsche« Gespräche. So gab es also trotz der Mauer immer noch – wenn auch sehr spärlich und mühsam in der Bürokratie – vor der Wende innerdeutsche thoraxchirurgische Kontakte.

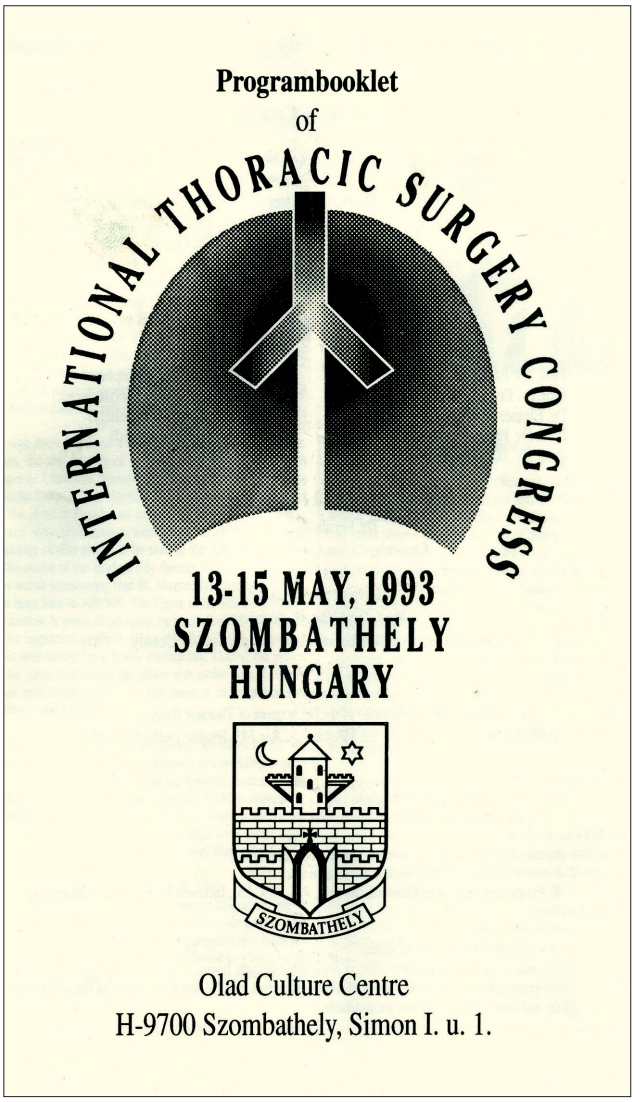
Die Erfahrungen und Kontakte aus dieser Zeit des Kalten Krieges und der Mauer konnten wir Thoraxchirurgen der DDR seit 1989 bei der Gestaltung einer gesamtdeutschen Thoraxchirurgie einbringen. Dies betraf besonders die Organisation der Arbeit in pneumologisch-thoraxchirurgischen Zentren! Für die Altbundesländer hatte Toomes 1989 über folgenden Stand berichtet: Von thoraxchirurgischen Operationen wurden 78,4 Prozent an Kliniken mit geringen Fallzahlen durchgeführt, und 42,8 Prozent an nicht speziell qualifizierten thoraxchirurgischen Einrichtungen fachfremd. Eine Zersplitterung des Krankengutes in einzelnen mehr oder weniger großen Krankenhäusern – wie in der BRD vorhanden und von Dirk Kaiser beklagt – gab es in der DDR also nicht, sondern bereits seit den 1970er Jahren eine Zentralisierung in Thoraxzentren, also ein deutlicher Vorlauf!

Auch die Subspezialisierung Thoraxchirurgie hatten wir in der DDR schon seit Jahren – neben dem Facharzt für Herzchirurgie – durchgesetzt.

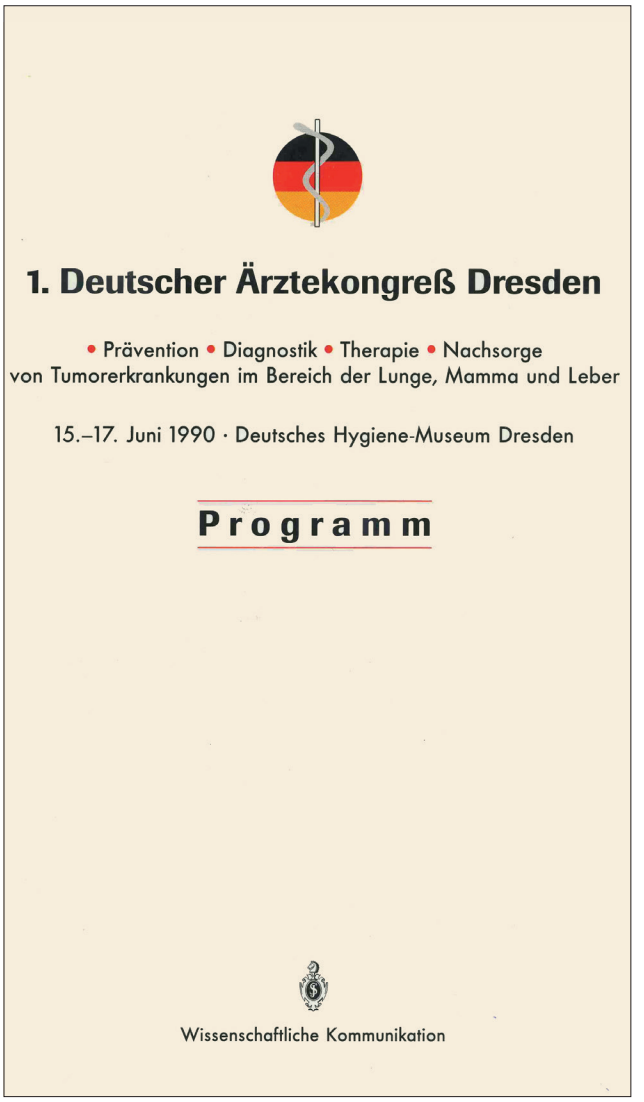
Trotzdem war 1996, also sechs Jahre nach der Vereinigung, die Situation in Gesamtdeutschland immer noch nicht befriedigend: Thoraxchirurgische Operationen erfolgten nur zu 62 Prozent an thoraxchirurgischen Kliniken,

5 *Diskussion*

7 *International Thoracic Surgery Congress Szombathely (2)*



6 *International Thoracic Surgery Congress Szombathely (1)*



8 *Erster Deutscher Ärztekongress Dresden Juni 1990*

Prof. Dr. Ingolf Vogt-Moykopf
Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Thoraxchirurgischen Abteilung der Thoraxklinik in Heidelberg-Rohrbach

Dr. Joachim Schirren
Facharzt für Chirurgie an der Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach

Dr. Heinrich Bülzebruck,
Leiter des Bereichs Medizinische Informatik der Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach

Sabine Krysa
Assistenzärztin in der Medizinischen Informatik der Thoraxklinik, Heidelberg-Rohrbach

Ingolf Vogt-Moykopf, geb. am 12. 6. 31 in Hamburg; Studium der Medizin in Hamburg, Freiburg und Heidelberg; 1958 Promotion am Pharmakologischen Institut Heidelberg; Ausbildung für Chirurgie und Thoraxchirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg; 1962 Habilitation; 1968 Professur; seit 1973 ärztlicher Direktor der Thoraxchirurgischen Abteilung der Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach. Prof. Vogt-Moykopf ist derzeit Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie. Seine Spezialgebiete sind die onkologische Chirurgie (u.a. Einführung organsparender Operationsverfahren, Transpositionslobektomie); Simultaneingriffe in beiden Thoraxhälften sowie die rekonstruktive Chirurgie am Tracheobronchialbaum, auch im Neugeborenenalter.

Joachim Schirren, geb. am 8. 1. 1952 in München; 1973–74 Studium der Physik und Biologie und 1975–82 Studium der Medizin in Marburg; 1982 Approbation; 1983–86 Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Friedrichshafen; 1984–88 dort ärztliche Leitung des Rettungshubschraubers Christoph 45; 1986–89 Assistenzarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Marburg; 1989 Facharzt für Chirurgie; seit 1990 Assistenzarzt an der Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach.

Dr. Heinrich Bülzebruck, geb. am 23. 6. 1956; 1977–83 Studium der Medizinischen Informatik an der Universität Heidelberg; seit 1984 an der Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach; 1988 Promiton.

Sabine Krysa, geb. am 21. 12. 1960; 1981–88 Studium der Medizin an der Universität Essen; seit 1989 Assistenzärztin an der Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach.

Chirurg. Therapie des Bronchialkarzinoms, entsprechend der TNM-Klassifikation

Parenchymsparende broncho- und angioplastische Operationsverfahren erlauben beim Bronchialkarzinom die Resektion unter radikalen Bedingungen auch bei Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion (high risk). Von 1973 bis Juni 1989 wurden bei 634 Bronchialkarzinomkranken (555 Männer, 79 Frauen) broncho- und/oder angioplastische Eingriffe durchgeführt. Für den Zeitraum von 1973 bis 9/1984 wurden 269 Patienten retrospektiv, von Oktober 1984 bis Juni 1989 365 Patienten prospektiv untersucht. Die Altersverteilung entspricht der aller operierten Bronchialkarzinome. Die 30-Tage-Letalität sank von 12% (73–84) auf 9% (84–89). Sie ist abhängig von Ausmaß und Lokalisation des plastischen Eingriffs. Die Fünfjahresüberlebensrate aller Patienten beträgt 27%, die mediane Überlebenszeit beläuft sich auf 576 Tage. Das Langzeitüberleben ist unabhängig vom Operationsverfahren. Die Tumorstadien nach der TNM-Klassifikation sind hier die entscheidenden prognostischen Faktoren. Unerläßlich sind korrekte spannungsfreie Anastomosentechniken und die Deckung mit lebendem Gewebe, insbesondere bei gleichzeitiger Segmentresektion am Bronchus und am Gefäß. Häufigste Komplikationen sind Sekretverhaltung und Atelektase, gefolgt von Anastomoseninsuffizienz, Blutung und Stenose durch Schleimhautödem.

48

9 *Erster Deutscher Ärztekongress Dresden, Vortrag aus Heidelberg*

Prof. Dr. Heinz Neef
Leiter der Abteilung Thoraxchirurgie Klinik und Poliklinik für Chirurgie Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Heinz Neef, geb. am 23. 2. 1933 in Aue/Sachsen; 1951–65 Medizinstudium an der Universität Leipzig; seit 1959 an der Chirurgischen Universitätsklinik Halle tätig; seit 1966 Subspezialisierung Thorax- und Herzchirurgie; 1978 Habilitation; 1980 Dozentur. 1986 außerordentliche Professur; seit 1988 Leiter der Abteilung Thoraxchirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Halle; 1976 und 1988 Vorsitzender der Sektion Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR. Prof. Neefs wichtigste Forschungsgebiete sind Chirurgie des Bronchuskarzinoms, die Thoraxtraumatologie sowie Funktionsstörungen des Ösophagus.

Chirurg. Therapie des Bronchuskarzinoms

Die Anzahl der Neuerkrankungen an Bronchuskarzinomen in der DDR liegt zwischen 7000 und 8000 pro Jahr. In den thoraxchirurgischen Einrichtungen werden jährlich 1200–1300 Eingriffe wegen eines Bronchialkrebses durchgeführt (Erhebung der Sektion Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR 1986), das sind 70 bis 80 Fälle pro 1 Mio. Einwohner.
Durch eine kooperative Studie aller thoraxchirurgischen Einrichtungen wurde belegt, daß jährliche Röntgenreihenuntersuchungen der Bevölkerung zur Verbesserung der Heilungschancen beitragen, da periphere Krebslokalisationen früher erfaßt werden. Die Fünfjahresüberlebensraten lagen zwischen 34 und 38% bei den operierten RRU-Fällen, zwischen 27 und 30% bei den klinischen Fällen. Bei den durch RRU erfaßten kleinzelligen Karzinomen betrug die Fünfjahresüberlebensrate 23%!
Die moderne chirurgische Therapie des Bronchialkarzinoms muß stadien-, typen- und funktionsgerecht sein. Sie ist integrierter Baustein einer Komplexstrategie unter Einbeziehung von Strahlen- und Chemotherapie. Die Analyse des eigenen resezierten Krankengutes ergab 57,5% im Stadium I, 26,7% im Stadium II, 15,8% im Stadium III A. Es dominierte das Plattenepithelkarzinom mit 54,6%; die Rate der operierten kleinzelligen Karzinome betrug 9,7%. 31% Pneumonektomien standen 69% Resektionen geringeren Ausmaßes gegenüber. Die Resektionsrate des in den einweisenden Lungenkliniken selektierten Krankengutes betrug 86,8%. Die Fünfjahresüberlebensrate aller resezierten Karzinome lag bei 30%, sie war deutlich stadien- und typenabhängig (Stadium I 40%, Stadium II 25%, Stadium III 4%; nichtkleinzellige Karzinome 32%, kleinzellige Karzinome 24%).
Durch vermehrte Anwendung von bronchoplastischen Eingriffen und atypischen Resektionen können auch Patienten in höherem Lebensalter mit kritischer Funktionsreserve einer Operation zugeführt werden. Auch N2-Fälle und Patienten mit Infiltration von Brustwand, Herzbeutel und Zwerchfell sollten operiert werden. Somit werden bei den nichtkleinzelligen Bronchialkarzinomen alle Stadien T1 bis T3/N1 bis N2/MO (MX) operiert, bei den kleinzelligen alle Stadien T1 bis T2/N1/MO (X).
Patienten mit Befall der hilären und mediastinalen Lymphknoten werden nachbestrahlt, Kranke mit kleinzelligem Karzinom einer postoperativen Chemotherapie unterzogen. Die Ausschöpfung der chirurgischen Möglichkeiten beinhaltet parenchymsparende Eingriffe bei funktionellem Risiko sowie erweiterte Operationen mit Resektion benachbarter Strukturen. In ausgewählten Fällen sollten auch lokoregionale Rezidive operativ angegangen werden.

46

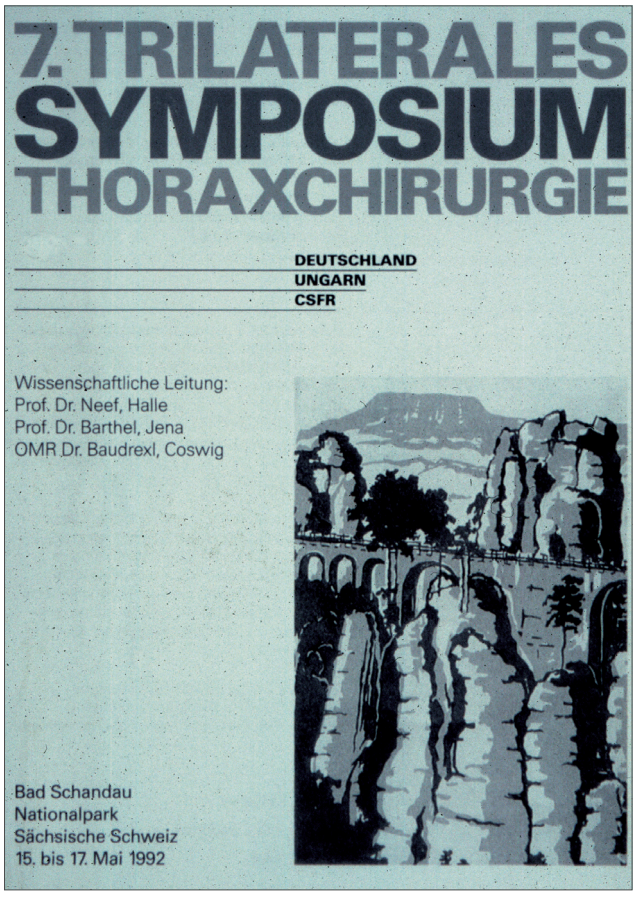
10 *Deutscher Ärztekongress Dresden, Vortrag aus Halle*

aber 28,7 Prozent an allgemeinchirurgischen Einrichtungen und 9,3 Prozent an herzchirurgischen Kliniken. Während sich die Eingriffe der thoraxchirurgischen Kliniken auf 29 Einheiten verteilten, waren die an allgemeinchirurgischen Kliniken erbrachten Leistungen auf 68 Einrichtungen verteilt (Kaiser).

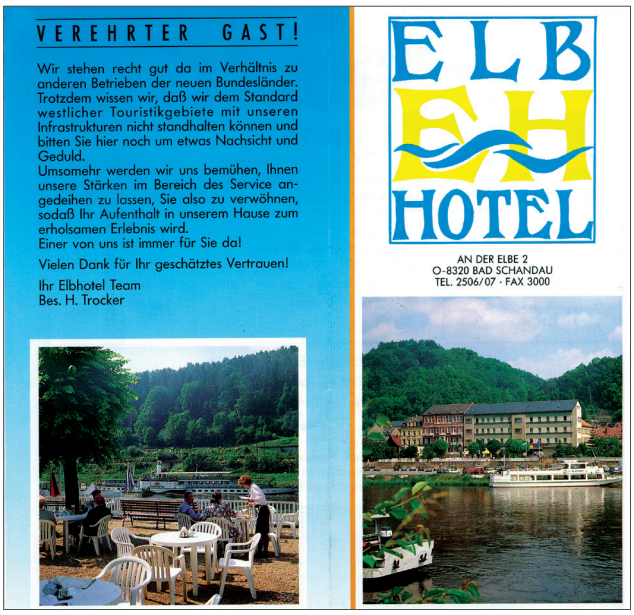
Die mehrfachen Treffen der Abteilungs- und Klinikleiter aus Ost und West seit 1989 im Sheraton-Hotel Frankfurt-Flughafen waren extrem wichtige Veranstaltungen für das Kennenlernen, den Erfahrungsaustausch und die Formulierung von Konzepten für den Ausbau der Thoraxchirurgie im nunmehr vereinigten Deutschland. Im Mittelpunkt standen Zentralisierung in Thoraxzentren, Spezialisierung für das Fach Thoraxchirurgie, Ausrüstungsstandards usw. 1991 basierte darauf die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie in Heidelberg unter maßgeblicher Leitung von Ingolf Vogt-Moykopf.

Bereits auf dem 1. Gemeinsamen Ärztekongress vom 15.–17. Juni 1990 in Dresden war das Bronchialkarzinom gemeinsam von Ingolf Vogt-Moykopf und Joachim Schirren (Heidelberg) und mir abgehandelt worden. (Abb. 8–10)

In dieser Zeit waren wir in unseren Einrichtungen im Osten vollauf mit Umstrukturierungen, unserer persönlichen »Evaluierung« durch verschiedene Kommissionen und neue Ministerien, Planung und Anschaffung neuer Geräte und Instrumente, Beschaffung finanzieller Mittel für Forschungsprojekte beschäftigt. Wir in Halle erhielten besonders fachlichen kollegialen Rat und freundschaftliche Unterstützung von Prof. Achatzy und Prof. Macha aus Hemer, Dr. Dr. Heribert Ortlieb und Prof. Mappes vom St. Vinzentius-Krankenhaus Karlsruhe, Prof. Dr. Dr. Klaus Kayser aus Heidelberg, Prof. Dalichau in Göttingen, Prof. Dirk Kaiser aus Berlin-Heckeshorn und anderen Kollegen. Der gegenseitige Austausch von Referenten florierte schnell.



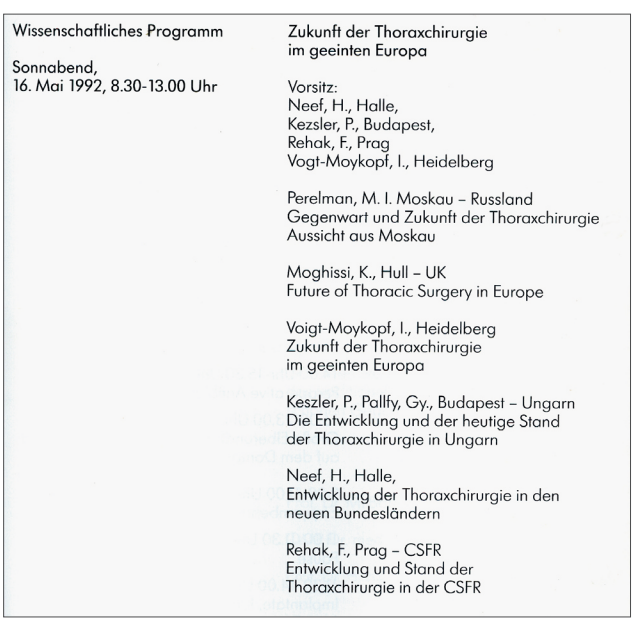
11 *Gemeinsames Symposium in Bad Schandau 1992*



13 *Einladung (2)*

12 *Einladung (1)*

14 *Einladung (3)*



15 *Teil der Vorträge*

16 *Gemeinsamer Schiffsausflug in die Sächsische Schweiz*

17 *Ingolf Vogt-Moykopf, Heidelberg und Janos Kiss (Ungarn)*

Trotz der wendebedingten Belastungen in unseren Einrichtungen gelang es uns (Baudrexl/Dresden/Coswig, Barthel/Jena, Neef/Halle/Saale), ein großes international besetztes Symposium in Bad Schandau (15.–17. Mai 1992) zu organisieren. (Abb. 11–15) Es war zugleich das 7. Trilaterale Symposium Deutschland – Ungarn – Tschechoslowakische Föderation und damit auch von vielen osteuropäischen Kollegen besucht. Nun kamen die Kollegen aus dem Westen dazu. Es war eine hoffnungsvolle Einigkeits-Veranstaltung. Wir hatten auch ein aufwendiges Rahmenprogramm organisiert in der weltberühmten Sächsischen Schweiz. (Abb. 16–20)

Vor allem sollte das Symposium einen bedeutenden Impuls für das Zusammenwachsen nicht nur der deutschen, sondern auch der ost- und westeuropäischen Thoraxchirurgen setzen. Von den Teilnehmern wurden folgende Aufgaben für Gegenwart und Zukunft formuliert:

- Zusammenführung des Krankengutes in Thoraxzentren oder dislozierten Verbünden von Pneumologie und Thoraxchirurgie.
- Ausbildung von mehr Thoraxchirurgen, um dem jahrzehntelangen Mangel abzuhelfen.
- Ausbau der Versorgungsforschung nach dem Modell der jährlichen Analysen der Sektion Thoraxchirurgie der DDR sowie der Erhebungen von Toomes u. a. für die BRD als Basis für Bedarfsermittlung und Zentralisierung der Thoraxchirurgie.

Auch das 1. Hallesche Thoraxsymposium 1994 im Rahmen der 300-Jahr-Feier der Universität Halle hatte viele Kollegen und Freunde aus den alten Bundesländern, u. a. Kayser, Achatzy, Greschuchna sowie aus Österreich (Friehs) und viele alte Freunde aus Osteuropa zu Gast.

So ist die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie heute auf einem guten Wege. Leider muss man jedoch feststellen, dass die früheren engen Kontakte zwischen den ostdeutschen und den osteuropäischen und russischen Thoraxchirurgen – nach verheißungsvollen Anfängen – seit 1990 nicht genügend weitergeführt und ausgebaut wurden.

18 *Blick von der Bastei*

19 *Basteibrücke*

20 *Unser Schiff*

12.4 Die East European Thoracic Meetings oder »Trilateralen Symposien« (1979–2006) – Meilensteine von Wissenschaft und Freundschaft

Vortrag des Autors auf dem 10. International Thoracic Surgery Congress (ITSC), Kecskemet 2002

Der 25. Jahrestag der East European Thoracic Meetings (EETM) ist Anlass zu einer Rückschau auf die Geschichte dieser Konferenzen – in einer Zeit dramatischer Veränderungen der politischen und ökonomischen Situation in Europa.

In den 1970er Jahren hatten die West-Ost-Konfrontation im Kalte Krieg nahezu alle wissenschaftlichen und persönlichen Kontakte unterbrochen. Deshalb fanden sich die Thoraxchirurgen Ungarns und der DDR in Bilateralen Konferenzen zusammen, in einjährigem, später zweijährigem Abstand. Diese Treffen waren Bestandteil der »Verträge der Freundschaft und Kooperation« (Abb. 1), welche von den Gesundheitsministerien und Fachgesellschaften der beteiligten Länder finanziell unterstützt wurden. Das erste derartige Treffen fand am Balaton (Ungarn) statt, wesentliche Promotoren von ungarischer Seite waren Kulka, Keszler und Pinter, von deutscher Seite Schoefer und Neef. Beim Bilateralen Meeting VR Ungarn–DDR in Lückendorf 1979 war es das erste Mal, dass auch Thoraxchirurgen aus der Tschechoslowakei und Polen als Gäste teilnahmen. Zum Zeitvergleich sei bemerkt, dass der erste EACTS-Kongress erst 1987 und der erste ESTS-Kongress noch weitere Jahre später europäische Treffen anboten, an denen je-

1967	Gründung der AG Thoraxchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie der DDR
1977	Solnok: Abschluß des 1. Freundschaftsvertrages zwischen der Sektion Thoraxchirurgie der DDR und der UVR. Unterzeichner waren die damaligen Vorsitzenden Neef und Keszler sowie als Schriftführer Pinter und Schoefer
1979	1. Bilaterale Tagung DDR-VR Ungarn in Lückendorf, unter Beteiligung von Kollegen aus der CSSR. Leiter Baudrexl. Thema: Fragen der Profilierung in den einzelnen Ländern, gutartige Tumoren
1980	2. Bilaterale Tagung VR Ungarn-DDR in Sombathely, Leiter Kulka, Toth. Thema: Klammernahtgeräte
1981	3. Bilaterales Symposium VR Ungarn-DDR in Siofok. Leiter Kulka. Themen: Pleuraerkrankungen, intraoperative Komplikationen
1982	Jena, 1. Verlängerung des Freundschaftsvertrages zwischen der Sektion Thoraxchirurgie der UVR und der DDR. Unterzeichner waren die Vorsitzenden Kulka und Bartel sowie als Schriftführer Pinter und Schoefer
1983	1. Trilaterales Symposium DDR-UVR-CSSR in Prag, Leiter Hajek. Themen: Ösophaguserkrankungen, Chirugie des Mediastinums
1985	2. Trilaterales Symposium DDR-UVR-CSSR in Johanngeorgenstadt, Leiter Weber. Themen: Trachea, postoperative Komplikationen
1987	3. Trilaterales Symposium UVR-DDR-CSSR in Szeged. Leiter Kulka, Trojan. Themen: Bullöses Emphysem, Pleuraerkrankungen. 2. Verlängerung des Freundschaftsvertrages zwischen den Sektionen Thoraxchirurgie der UVR und der DDR.

1 *Die Freundschaftsverträge zwischen den Thoraxchirurgen Ungarns und der DDR*

2 *Erstes gemeinsames Symposium in Lückendorf 1979 (1)*

3 *Erstes gemeinsames Symposium in Lückendorf 1979 (2)*

4 *Prof. Kulka, Budapest*

doch wegen West-Ost-Konfrontation im Kalten Krieg kaum Thoraxchirurgen aus Osteuropa teilnehmen konnten. Wir hatten also einen deutlichen Vorlauf.

Der Kongressort des 1. Bilateralen Symposiums Lückendorf war ein kleiner Erholungsort im Lausitzer Gebirge in der Ecke zwischen DDR, Tschechoslowakei und Polen. (Abb. 2)Die Sitzungen fanden in einem Ferienheim der Gewerkschaften statt. Es war früher die Gaststätte des Dorfes gewesen. (Abb. 3) Die Organisation hatte Fredi Baudrexl, Chef der Thoraxchirurgie an der Lungenklinik Coswig bei Dresden, übernommen. Was waren die Themen dieser ersten osteuropäischen Konferenz? Nach dem Zweiten Weltkrieg war die Thoraxchirurgie aus der sogenannten »Allgemeinchirurgie« als neuer Zweig herausgewachsen. Daraus ergaben sich zahlreiche Fragen in unseren Ländern:

1. Definition des Arbeitsbereiches, z. B. Antwort auf die Frage »Wer soll künftig die Speiseröhrenerkrankungen operieren – Thoraxchirurgen oder Allgemeinchirurgen?
2. Wie sollen die Junioren des Faches trainiert werden, nach welchem Programm und wie lange?
3. Was sind die Kriterien für ein »Thoraxzentrum« – sollte es innerhalb einer Klinik zusammen mit Allgemeinchirurgie oder mit Kardiovaskulärer Chirurgie betrieben werden oder innerhalb eines Zentrums für Pneumologie und Lungenchirurgie?

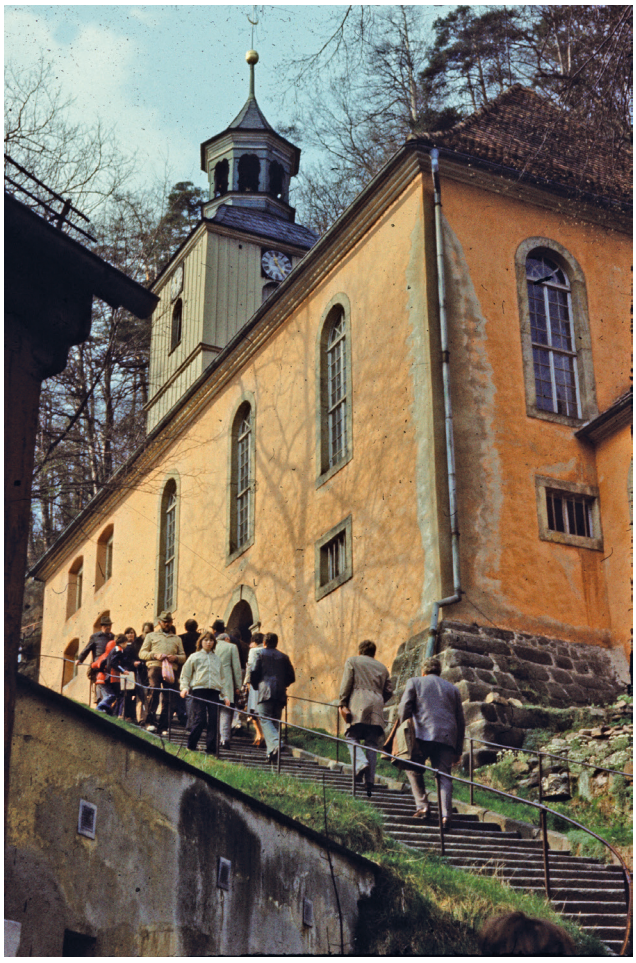
Den Hauptvortrag hielt der unvergessene Frigyes Kulka aus Budapest, Pionier der Thoraxchirurgie in Ungarn. (Abb. 4) Seine Anforderungen waren schon zu diesem Zeitpunkt die gleichen, wie wir sie von den später veröffentlichten Kriterien der ESTS, EACTS und Deutschen Gesell-

5 *Diskussion Kulka, Schoefer, Keszler, Baudrexl*

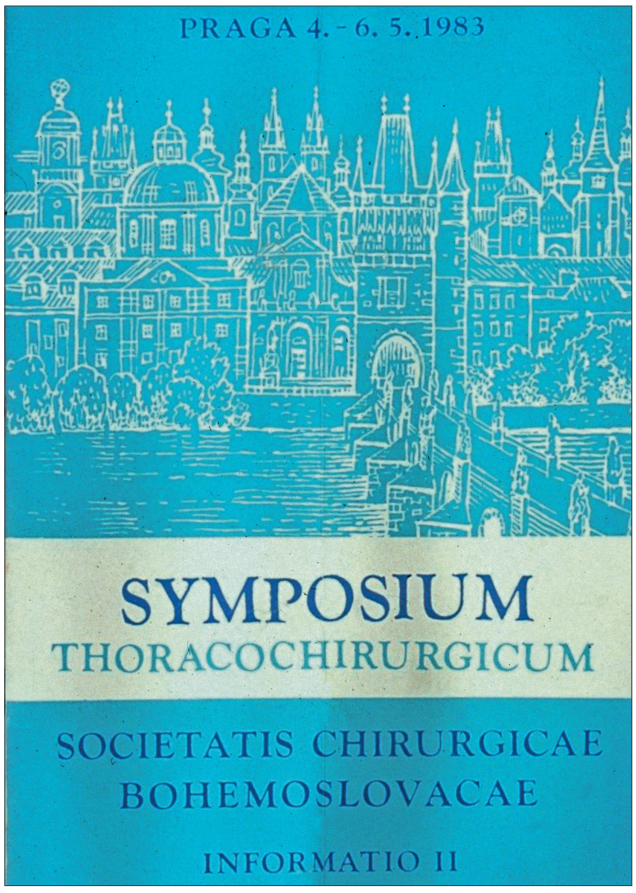
6 *Schoefer, Ungar, Schnitzler, Panzner, Baudrexl*

7 *Baudrexl, Keszler, Usbeck, Prochaska*

schaft für Thoraxchirurgie kennen. Über den Stand in der Tschechoslowakei wurde von Jaroslav Prochaska aus Hradec Kralove, über den in der DDR von Heinz Neef (Halle/Saale) referiert. Nach den Vorträgen gab es ein ausführliches Rundtischgespräch mit Frigyes Kulka und Pal Keszler aus Ungarn sowie Günter Schoefer und Alfred Baudrexl aus der DDR. Es folgte eine



8 *Ausflug nach der Bergkirche Oybin*



9 *Nächstes, nun Trilaterales Symposium in Prag*

zweite Runde unter Prof. Schnitzler aus Debrecen. An einer dritten Runde nahmen Werner Usbeck aus Erfurt und Jaroslav Prochaska aus Hradec Kralove teil. Dabei saß auch ein Vertreter des Gesundheitsministeriums der DDR als Beobachter. An einer dritten Runde nahmen Werner Usbeck aus Erfurt und Jaroslav Prochaska aus Hradec Kralove teil. (Fotos von den Diskussionsrunden sind in den Abbildungen 5–7 zu sehen.) Es gab – und das war auch Prinzip der späteren Konferenzen – reichlich Zeit für persönliche Gespräche, in Lückendorf z. B. bei einem Spaziergang auf den Oybin. (Abb. 8)

Die Resultate von Lückendorf beeinflussten die Entwicklung der Thoraxchirurgie in unseren Ländern nachhaltig, u.a. auch bei Diskussionen mit den Gesundheitsministerien und den chirurgischen Fachgesellschaften.

In den nächsten Jahren fanden die bilateralen Konferenzen wechselnd in Ungarn und in der DDR statt, auf Grund von »Verträgen über Zusammenarbeit und Freundschaft«. Das erste wirklich Trilaterale Symposium wurde organisiert von den tschechoslowakischen Kollegen in der Goldenen Stadt Prag 1983, verantwortlich waren Milos Hajek und Frantisek Rehak (Abb. 9). Hier waren besonders bedeutsam die Hauptsitzungen über Ösophaguschirurgie, welche besonders von Frantisek Rehak aus Prag (Abb. 10) und Zdenek Sery aus Olomouc geprägt wurden. Sie unterstrichen, dass der thorale und hiatale Ösophagus, sowohl das Karzinom als auch die Funktionsstörungen, von Thoraxchirurgen operiert werden sollten, wie auch in anderen westlichen Ländern üblich. Leider ist in Deutschland die Entwicklung anders verlaufen. Die moderne Lösung wäre eine vertrauensvolle gemeinsame Arbeit zwischen Thorax- und Viszeralchirurgen gewesen.

1987 trafen wir uns in Szeged (Abb. 11), organisiert von unserem unvergesslichen Freund Imre Troján (Abb. 12, 2. von rechts) Hier gab es nicht nur interessante Sitzungen, abgehalten im Hause des regionalen Büros der Sozialistischen Partei, sondern auch eine wundervolle Aufführung im Opernhaus Szeged, sowie eine Nacht in der nahen Puszta mit gutem Essen und Trinken und Czardastänzen.

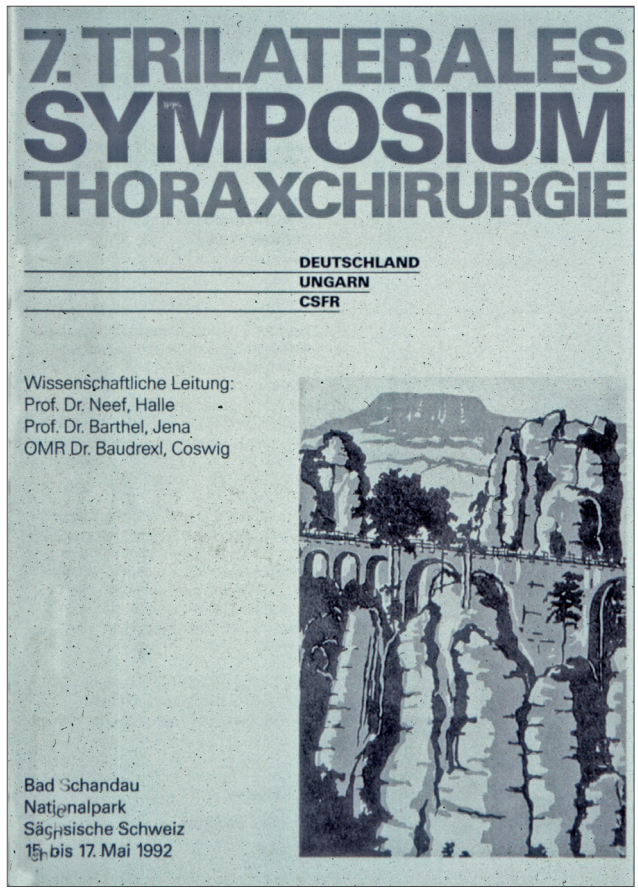
Dann kam eine lange Pause infolge der politischen Wende in unseren Ländern. Jeder war voll damit beschäftigt, mit den neuen Verhältnissen und der Absicherung der Zukunft seiner Einrichtung und seiner persönlichen Stellung fertigzuwerden. Es war nicht die Zeit für die Organisation internationaler Konferenzen.

10 *Prof. Rehak, Praha*

11 *Trilaterales Symposium in Szeged*

Nach einer Zeit der Stabilisierung entschieden sich Fredi Baudrexl aus Coswig, Martin Barthel aus Jena und ich aus Halle/Saale, mit den unterbrochenen internationalen Treffen erneut zu starten. Nach unserer Meinung war es

12 *Ungarische Kollegen beim Trilateralen Symposium in Debrecen, 2. von rechts Imre Trojan*



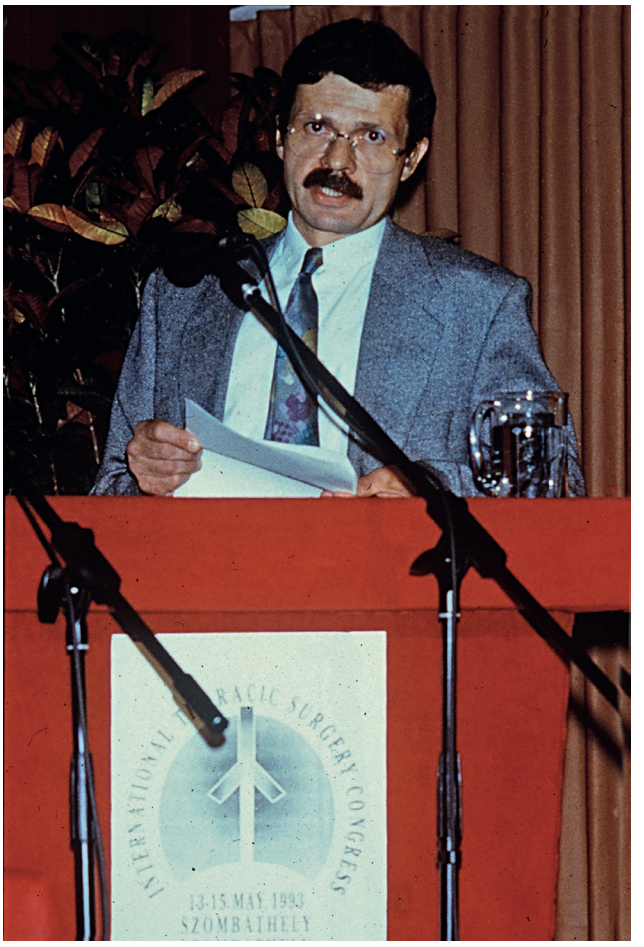
13 *Gemeinsames deutsch-deutsches und Trilaterales Symposium 1992*

notwendig, die Tradition der Trilateralen Symposien – nunmehr gemeinsam mit Kollegen aus dem Westen – wieder aufzunehmen.

Ein wesentliches Problem war, Geld aus verschiedensten Quellen zu organisieren, um Kongressgebühren zu vermeiden und freie Unterkunft zu bezahlen. In sozialistischen Zeiten war dieses Geld immer von den Ministerien unserer Länder zur Verfügung gestellt worden. Dank der Unterstützung durch die Industrie gelang es die Mittel zu beschaffen. Wir tagten 1992 in Bad Schandau in der Sächsischen Schweiz nahe Dresden. Tagungsort war ein rekonstruiertes Ferienheim der Gewerkschaften am Elbufer. (Abb. 13, 14) Die Miete war billig und wurde von Sonsoren bezahlt. Alle Organisationsarbeit mussten wir als Veranstalter mit unseren Mitarbeitern selbst machen. Es gab keine Organisationsfirmen wie heutzutage, welche die Vorbereitung übernahmen. Die Geräte für Dia- oder Overheadprojektionen mussten wir mit unseren Autos selbst herantransportieren. Das Meeting war ein voller Erfolg, viele Kollegen aus Westdeutschland nahmen teil. Neue Freundschaften wurden geschlossen zwischen Ost und West oder vertieft, kannten wir einige Kollegen doch schon von früheren Auftritten auf Kongressen oder von den Chefarzttreffen in Frankfurt, welche der unvergessene Ingolf Vogt-Moykopf (Abb. 15) unmittelbar nach der Wiedervereinigung organisiert hatte.

14 *Tagungshotel, früheres FDGB-Heim*

15 *Gemeinsames deutsch-deutsches und Trilaterales Symposium, links Janos Kiss aus Miskocz, rechts Ingolf Vogt-Moyhopf, Heidelberg*



16 *Kecskes, Szombathely*

17 *Thoracic Surgery Congress Szombathely*

Thorax-Kongresse nach der politischen Wende

1992	Bad Schandau 4. Trilat. Symposium Deutschland-Ungarn-ČSFR Baudrexl, Barthel, Neef
1993	Szombathely 1. International Thoracic Surgery Congress Kecskès
1994	Brno 2. ITSC Wechsler, Carpov
1995	Franktfurt/O. 3. ITSC Morgan
1996	Debrecen 4. ITSC Kiss
1997	Bratislava 5. ITSC Haruštiak
1998	Praha 6. ITSC Pafko
1999	Pečs 7. ITSC Molnar
2000	Wroclaw 8. ITSC Blaszyuk
2002	Dresden 9. ITSC Rolle
2004	Kecskemèt 10. ITSC Trojan, Kovács

18 *East European Thoracic Meetings nach der Wende*

19 *Meeting Debrecen 1996, Janos Kiss*

20 *Tokaj Festabend*

21 *Tokajer Wein im Keller*

22 *Meeting in Bratislava*

23 *Perelman, Keszler, Harustiak*

24 *Meeting in Prag*

25 *Perelman, Klepetko, Kiss, Pafko in Brno*

26 *In Pecs*

Die folgenden osteuropäischen Meetings nannten sich »International Thoracic Surgery Congress«, zuerst geprägt von Laszlo Keczkes für das Treffen in Szombathely 1993. (Abb. 16, 17).

Seitdem haben zehn weitere osteuropäische Thoraxmeetings stattgefunden, wechselnd in verschiedenen osteuropäischen Ländern. (Abb. 18) Unvergesslich war das Meeting in Debrecen 1996, organisiert von Janos Kiss aus Miskolc. (Abb. 19) Es gab nicht nur ein sehr gelungenes wissenschaftliches Programm, unterbrochen von einem Whiskyempfang, sondern auch eine turbulente Kongressnacht in den Weinkellern von Tokaj. (Abb. 20, 21)

Das nächste Meeting war in Bratislava, organisiert von Svetoslav Harustiak. (Abb. 22) Wie hier war häufig Michail Perelman aus Moskau gern gesehener Gast und geschätzter Referent als Pionier der Tracheachirurgie. (Abb. 23) 1998 trafen wir uns erneut in der Goldenen Stadt an der Moldau bei Pavel Pafko von der ehrenwerten Universitas Carolina Praha. (Abb. 24) Wie auf Abb. 25 zu sehen ist, galt während der Sitzungen das Prinzip »Time is money«, hier demonstriert von Walter Klepetko aus Wien. Aber der Präsident

Prof. Pavel Pafko auf der rechten Seite des Bildes schaut beruhigt aus. Der 7. Kongress in Pécs 1999 unter Tamasz Molnar (Abb. 26, 27) wurde von der in der Zwischenzeit neu gegründeten Europäischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (ESTS) als »Symposium für Weiterbildung« akzeptiert und in ihrem Kongresskalender als besondere osteuropäische Konferenz mit historischer Vergangenheit aufgenommen. In der umgebenden Diskussion über die weitere Fortführung kamen schon zu diesem Zeitpunkt unterschiedliche Meinungen zum Ausdruck. Die meisten meinten, man solle die osteuropäischen Begegnungen fortsetzen. Unsere Vorstellungen gingen dahin, auch weiterhin ost- oder mitteleuropäische Thorax-Meetings abzuhalten neben den Kongressen der ESTS und der EACTS, wegen ihres besonderen Charakters, welcher Workshopatmosphäre mit persönlichen Freundschaften verband. Während der letzten Jahre hatten die europäischen Gesellschaften ESTS und EACTS ihre Aktivitäten intensiviert, und öfter wurde diskutiert, ob man die »East European Meetings« – so jetzt genannt – fortsetzen sollte. Die Meinung der meisten der früheren Teilnehmer aus Ost- und Mitteleuropa war positiv.

Dank der Bemühungen von Axel Rolle aus Coswig wurde das Meeting 2002 in der malerischen Umgebung von Dresden veranstaltet. Alle Teilnehmer erinnerten sich gern an den schönen Weinabend im Sächsischen Staatsweingut Wackerbarth am Fuße der Weinberge. (Abb. 28, 29)

Ich möchte schließen mit einem hoffnungsvollen Ausspruch meines alten Freundes Frigyes Kulka aus Budapest, einem der Pioniere der Thoraxchirurgie in Europa. Er formulierte ihn auf dem historischen Symposium 1979 in Lückendorf: »Ich denke, unsere Generation hat noch schwierigere Probleme gemeistert als die jetzigen, als die Schlacht gegen die Tuberkulose gewonnen werden musste nach den Verwüstungen des Zweiten Weltkrieges. Zu dieser Zeit waren wir die ‹Jungen›. Ich bin überzeugt, dass die heutzutage ‹Jungen› die verschiedenen Anforderungen erfolgreich meistern werden unter viel günstigeren Bedingungen!«

27 *Auf dem Meeting in Pecs mit Prof. Horvath, ganz links Molnar*

28 *Meeting in Dresden*

29 *Schloss Wackerbarth*

Auf dem gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie 2006 in St. Wolfgang durchgeführten 11. East European Thoracic Meeting gab es schließlich ein Bussiness-Meeting unter Vorsitz von Imre Troján (Szeged), Detlev Branscheid (Münster) und mir. Gegenstand war eine Diskussion darüber, ob man die osteuropäischen Treffen wegen der besonderen Umstellungsprobleme in den ost- und mitteleuropäischen Ländern fortsetzen sollte, neben den Kongressen der ESTS. Etwa 100 anwesende Kollegen des 11. East European Thoracic Meeting nahmen teil. Dabei kam insbesondere der Wunsch der jüngeren Kollegen zum Ausdruck, die Symposien wegen der besonderen Atmosphäre der Kooperation und Freundschaft fortzusetzen, insbesondere wegen der speziellen strukturellen und finanziellen Probleme in den osteuropäischen Ländern. Bei der abschließenden Abstimmung entschied sich die Mehrzahl der Teilnehmer für eine Fortsetzung der Symposien, welche über mehrere Jahrzehnte abwechselnd von den Thoraxchirurgen der DDR, Ungarns, der Tschechoslowakei und Polens in ein- bis zweijährigen Abständen organisiert worden waren – neben den Jahrestagungen der ESTS. Es wurde beschlossen, das nächste Meeting in Münster durchzuführen, hierzu erklärte sich Rainer Bieselt bereit.

Es gab aber auch Stimmen, welche diese osteuropäischen Meetings zugunsten der jährlich stattfindenden ESTS-Kongresse nicht mehr durchführen wollten. Hierzu riet Detlev Branscheid im Interesse der ESTS.

Von deutscher Seite wurde auch später, außer von wenigen Kollegen, welche die früheren Symposien kannten, wenig aktives Interesse gezeigt. Wir als ältere Generation waren im Ruhestand und abgetreten. Dazu kam, dass Rainer Bieselt aus Münster, der 2006 in St. Wolfgang versprochen hatte, den nächsten Kongress zu organisieren, dieses Vorhaben nicht zustandebrachte, sondern schließlich absagte. Es fand also über Jahre kein osteuropäisch orientiertes Meeting mehr statt.

In den folgenden Jahren hatten besonders Josef Furak, Nachfolger des 2008 verstorbenen Imre Troján in Szeged (Ungarn), Csekö aus Budapest, ich u. a. für eine Fortsetzung der osteuropäischen Meetings plädiert. Von Tamasz Molnar aus Pecs stammten allerdings kritische Äußerungen, bei dem Ausdruck »Osteuropa« handle es sich um einen veralteten Begriff, er sollte zugunsten von »Gesamteuropa«, also zugunsten der ESTS nicht mehr gebraucht werden. Innerhalb der ESTS wurde durch Furaks Initiative eine »Working Group of the East European Meetings« gegründet. Auf einem Bussinessmeeting dieser Arbeitsgruppe auf dem ESTS-Kon-

gress in Krakow 2009, wurde schließlich von den jetzt aktiven Thoraxchirurgen entschieden, die osteuropäischen Zusammenkünfte nicht mehr durchzuführen. Hervorgehoben werden soll, dass zu diesem Ende auch das Board der ESTS beigetragen hat, das keinerlei Interesse und keine Unterstützung für eine Fortsetzung zeigte. Es hatten sich die vorwiegend westeuropäisch orientierten Kreise durchgesetzt.

Ich füge hier die Übersetzung eines Briefes meines langjährigen Freundes Imre Troján vom 18. Februar 2007 – ein Jahr vor seinem frühen Tode – ein. Er war an das Board der ESTS gerichtet und kann als sein Vermächtnis gelten:

»Dies sind Reflexionen nach dem 11. Kongress der osteuropäischen Thoraxchirurgen 2006 in St. Wolfgang. Diese Serie von wissenschaftlichen Konferenzen wurde begründet 1979 in Lückendorf und mehrfach durchgeführt, bis die EACTS-Meetings 1987 in Wien begannen. Wegen verschiedener Differenzen in der EACTS wurde die ESTS 1993 in Heidelberg gegründet. (hervorgegangen aus dem European Thoracic Surgery Club, dessen Gründung ebenfalls 1979 – im gleichen Jahr wie die osteuropäischen Symposien – stattgefunden hatte). Also hatten sowohl die osteuropäischen als auch die westeuropäischen Thoraxmeetings das gleiche Gründungsjahr, nämlich 1979. Es hat ab 1993 lange Spannungen innerhalb der ESTS gegeben. Viele akzeptierten nicht, dass die Thoraxchirurgen in West- und in Osteuropa nicht auf gleichem Niveau arbeiteten. Für die osteuropäischen Chirurgen sind die hohen Kosten für Galadinner, dazu für Exkursionen und für Unterkunft schwer zu tragen. Eine andere Tendenz ist, dass die ESTS seit dem Jahre 2000 wieder in die EACTS eingegliedert werden soll. Gemeinsame Kongresse der EACTS und ESTS wurden versucht, um die finanzielle Belastung für die Teilnehmer zu reduzieren. Sie waren extrem enttäuschend und wurden deshalb aufgegeben. Eine Berechtigung für die osteuropäischen Tagungen ist, dass die ESTS nicht voll die Prinzipien repräsentiert, die die osteuropäischen Zusammenkünfte am Leben hielt: Sie waren bisher Zusammenkünfte mit erträglichen finanziellen Kosten, aber hoch war der wissenschaftliche Level. Auf diese Weise konnten junge Kollegen sich nicht nur auf hohem wissenschaftlichen Niveau informieren, sondern auch aktiv durch Vorträge und Diskussionen teilnehmen – anders als auf großen Kongressen. Die osteuropäischen Meetings sind weiterhin nötig in Zusammenarbeit mit der europäischen Gesellschaft. Die Joint Meetings von EACTS und ESTS und die extra Frühjahrsmeetings der ESTS sind unnötig und sollten beendet werden. Ich schlage deshalb vor, die East European Meetings in Übereinstimmung mit der Europäischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie fortzuführen.«

Unsere Thoraxchirurgen-Generation war abgetreten. Schließlich entschied sich die jüngere und nunmehr aktive Thoraxchirurgen-Generation auf einem Bussiness-Meeting auf der ESTS-Tagung in Zakopane (Polen) 2009 dafür, die East European Thoracic Meetings nicht mehr durchzuführen.

Damit ging eine langjährige Tradition verloren, welche sich unter den Thoraxchirurgen Osteuropas zur Lösung ihrer speziellen Probleme bewährt hatte, und damit auch eine Chance für einen intensiveren wissenschaftlichen und besonders freundschaftlichen Austausch der Thoraxchirurgen aus Ost- und Westeuropa.