

Die Gründungsmitglieder der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie

Biografische Notizen – 5. Folge: Dr. Fritz Stürtzbecher (1917 – 2002)

M. Goerig¹, O. Giebel² und W. Schwarz³

¹ Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. J. Schulte am Esch)

² O. Giebel (i. R.), Mönchengladbach

³ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Erlangen (Direktor: Prof. Dr. J. Schüttler)

Zusammenfassung: Der Beitrag bietet biografische Informationen zu dem Gründungsmitglied der DGA Dr. Fritz Stürtzbecher.

Summary: This paper presents biographical information related to Dr. Fritz Stürtzbecher (1917 - 2002) who was founder member of the German Society of Anaesthesia in 1953.

Schlüsselwörter: Anästhesiegeschichte – Deutsche Gesellschaft für Anaesthesie – Gründungsmitglieder

Key words: Anaesthesia history – German Society of Anaesthesia – Founder members.



Fritz Stürtzbecher

Abbildung 1: Dr. Fritz Stürtzbecher

teilgenommen hatte. Stürtzbecher führte sein Studium in Königsberg zum Abschluss und erhielt 1942 seine Approbation als Arzt. Nahezu zeitgleich promovierte er über ein gynäkologisches Thema. Ab 1942 war er als Arzt wiederum im Fronteinsatz. Im Mai 1945 geriet er in tschechische Kriegsgefangenschaft, aus der er jedoch fliehen konnte.

Er fand seine vertriebene Familie in Lübeck wieder und trat 1946 im Krankenhaus Ost in Lübeck in der Chirurgie eine Assistentenstelle an. Schwerpunktartig betreute er in der ersten Zeit vor allem an Tuberkulose erkrankte Flüchtlinge. Er arbeitete zunächst bei Hermann Meyer-Burgdorf (1889 - 1957), später dann bei Albert Lezius (1903 - 1953). Als Schüler des Heidelberger Chirurgen

Dr. Fritz Stürtzbecher wurde am 11.02.1917 in Königsberg geboren. Nach Vorschule und Humanistischem Gymnasium legte er 1936 die Reifeprüfung ab und begann nach Ableistung des Arbeitsdienstes an der Universität seiner Geburtsstadt mit dem Medizinstudium. Er ging dann nach Freiburg und bestand nach einem weiteren Wechsel 1940 in Jena das Physikum, nachdem er zwischenzeitlich als Soldat am Frankreichfeldzug

Martin Kirschner (1879 - 1942) hatte sich Lezius frühzeitig der Thoraxchirurgie zugewandt. Während seiner amerikanischen Kriegsgefangenschaft konnte er sich von den Vorzügen der vor allem im anglo-amerikanischen Sprachraum bereits etablierten Neuerungen auf dem Gebiet der Anästhesie mit orotrachealer Intubation, Verwendung von Muskelrelaxantien und Beatmung überzeugen und führte sie nach Übernahme der Lübecker Klinik dort ein. Hierbei war ihm sein damals in New York arbeitender Freund Rudolf Nissen (1896 - 1981) [7], der spätere Ordinarius für Chirurgie am Universitätsspital Basel, behilflich, der ihm u. a. Curare zur Verfügung stellte. Die Durchführung der Narkosen für die thoraxchirurgischen Eingriffe übernahm Fritz Stürtzbecher, der – wie damals üblich – zunächst nach örtlicher Betäubung unter digitaler Kontrolle intubierte. Erst später erfolgte die Intubation mit Hilfe eines Laryngoskops nach einer Evipaninjektion. Als Narkosegeräte standen anfänglich Foregger- oder Heidbrink-Geräte aus amerikanischen Armeebeständen zur Verfügung, die sich aber in der täglichen Praxis bei den schwer lungenerkrankten Patienten insbesondere wegen der umständlichen und zeitaufwendigen Reinigung der kontaminierten Beatmungsteile als nicht besonders vorteilhaft erwiesen. Gemeinsam mit Lezius und Hans Herzer war Stürtzbecher an den ersten klinischen Anwendungen des von Josef Haupt (1914*), einem Ingenieur der Drägerwerke Lübeck, entwickelten neuen Kreislaufnarkosegerätes für Sauerstoff-Lachgas-Äthergemische beteiligt, das später als „Modell F“ (F stand für Flowmeter) bekannt wurde [3, 5]. Die Kontrolle der Gasdosierung erfolgte bei diesem Apparat erstmals nicht mehr indirekt mittels Staudruckmessung, sondern mit Durchflussströmungsmessern (Rotametern). Im Unterschied zu den amerikanischen Geräten konnte bei dem Modell F das Kreissystem zur Reinigung problemlos auseinandergenommen und heißdampfsterilisiert werden. Der CO₂-Absorberbehälter ließ sich nach Erschöpfung des Atemkalkes rasch auch wäh-

rend der Narkose wechseln. Als weitere Neuerung wurde in dieses Gerät eine motor- und stromunabhängige Bronchussaugung integriert, die eine hohe Saugkraft von bis zu –6 m WS (!) erreichte und die sich nicht nur bei thoraxchirurgischen Eingriffen bewährte.

Lezius erhielt 1950 einen Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie am Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf. *Stürtzbecher* folgte ihm dorthin nach. Wie bereits in Lübeck kümmerte er sich vor allem um die Durchführung von Narkosen bei thoraxchirurgischen Eingriffen und um die postoperative Nachsorge dieser Patienten. Die Leitung der Anästhesieabteilung an der Eppendorfer Klinik konnte er allerdings nicht übernehmen, da diese Aufgabe schon Jahre zuvor *Karl Horatz* (1913 - 1996) übertragen worden war.

Lezius, der die Bedeutung der spezialistisch durchgeführten Narkose für den weiteren Fortschritt der operativen Chirurgie erkannt hatte, unterstützte nachhaltig die anästhesiologischen Aktivitäten seiner Mitarbeiter *Horatz* und *Stürtzbecher*. Im Gegensatz zu anderen führenden Chirurgen befürwortete er auch deren Teilnahme am 1. Österreichischen Kongress für Anaesthesiologie im September 1952 in Salzburg, in dessen Verlauf die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Anaesthesiologie als Vorläuferorganisation einer Deutschen Gesellschaft für Anaesthesiologie gegründet wurde. Als es am 10.04.1953 während des Chirurgenkongresses in München zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesiologie (DGA) kam, gehörten *Karl Horatz* und *Fritz Stürtzbecher* zu den Gründungsmitgliedern auch dieser Gesellschaft.

Auf der ersten wissenschaftlichen Sitzung der DGA berichtete *Fritz Stürtzbecher* über erste Erfahrungen mit einem von ihm entwickelten Spezialtubus für thoraxchirurgische Eingriffe [8]. Er wurde später allgemein als „Intratrachealtubus mit angebautem Absaugschlauch nach Dr. *Stürtzbecher*“ bekannt. Da sich mit diesem Endotrachealtubus mit eingearbeitetem Bronchusblocker Sekretverschleppungen bei „feuchter Lunge“ wirksam vermeiden ließen, fand er weite Verbreitung. Hierzu beigetragen hat auch die Tatsache, dass der relativ starre Blockerballon vom Tubus fixiert wurde und daher ein überaus sicherer Sitz – auch bei Umlagerungen des Patienten auf dem Operationstisch – gewährleistet war [9].

Operateure schätzten die Anwendung des im nationalen wie im internationalen Schrifttum wiederholt beschriebenen bzw. erwähnten *Stürtzbecher'schen*-Tubus [1, 2, 4, 6, 10] vermutlich vor allem deshalb, weil die stillgelegte Lunge meist sofort kollabierte und so dem Chirurgen Raum und Ruhe zum Operieren verschaffte. Die genaue Positionierung des Blockertubus erforderte allerdings große Erfahrung und machte radiologische Kontrollen unabdingbar, da es eine optische Kontrollmöglichkeit damals noch nicht gab.

Nach dem frühen Tod von *Lezius* im Jahre 1953 wandte sich *Fritz Stürtzbecher*, der seit 1951 Facharzt für Chirurgie war und 1954 die Facharztanerkennung für Anästhesie erwarb, wie zahlreiche „Chirurgo-Anästhesisten“ – auch aus dem Kreis der Gründungsmitglieder – hauptamtlich wieder der Chirurgie zu. Aufgrund seiner umfangreichen lungenchirurgischen Erfahrungen arbeitete er ab 1954 an der Eppendorfer Klinik vorwiegend als Thoraxchirurg bis zu seinem Wechsel als Chefarzt der

Chirurgischen Abteilung des evangelischen Krankenhauses Bethesda in Mönchengladbach im Jahr 1959. Anlässlich eines Neubaus mit 400 Betten und 5 Operationssälen mit Aufwachraum und provisorischer Intensivpflegestation auf einem Stockwerk nebeneinander, der im Mai 1968 in Betrieb ging, wurde auf sein Drängen an der Mönchengladbacher Klinik erstmals auch eine Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin geschaffen, deren Leitung sein ehemaliger Eppendorfer Kollege *Ortwin Giebel* (*1926) übernahm. *Stürtzbecher* hat die über die Grenzen der Stadt hinaus ausgewiesene, vor allem thoraxchirurgisch ausgerichtete chirurgische Abteilung bis zu seinem altersbedingten Ausscheiden im Jahre 1982 geleitet.

Am 18.11.2002 ist Dr. *Fritz Stürtzbecher* nach langer Krankheit friedlich, von der Familie behütet, gestorben.

Danksagung

Die Autoren danken Frau Dr. *Uta Stürtzbecher* und Herrn *Andreas Weide*, Mönchengladbach, sowie Herrn *Josef Haupt*, Lübeck, für die freundliche Überlassung von Informationen und der Abbildung.

Literatur

1. Beer R, Soga D. Anaesthesiologie in der Thoraxchirurgie. In: Frey R, Hügin W, Mayrhofer O (Hrsg.) Lehrbuch der Anaesthesiologie und Wiederbelebung. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag; 1971: 607-666
2. Benumof JL. Anesthesia for Thoracic Surgery. Philadelphia London Toronto Montreal Sydney Tokyo: WB Saunders; 1987: 9
3. Haupt J. Die Entwicklung der DRÄGER - Narkoseapparate. In: DRÄGER - Medizingeräte im Wandel der Zeiten. Sonderdruck MT 1 aus dem Drägerheft Nr. 280, 281, 282. Lübeck: Drägerwerk; 1970: 6-14
4. Herzer H, Stürtzbecher F. Zur Technik der Bronchusresektion bei Lungentuberkulose. Thoraxchirurgie 1955; 3: 156-159
5. Lezius A, Stürtzbecher F. Die endotracheale Narkose mit kontrollierter Beatmung bei Eingriffen an den Brustorganen. Neue Medizinische Welt 1950; 21: 730-735
6. Robertshaw L. Control of Secretions and Haemorrhages in the Lungs during Operations. In: Gray TC, Nunn JF (eds.) General Anaesthesia, Vol. II. 3rd ed. London: Butterworths; 1971: 217-235
7. Rügheimer E. In memoriam Rudolf Nissen. Anästh Intensivmed 1981; 22: 214
8. Stürtzbecher F. Die Blockade feuchter Lungen mit einem Spezialkatheter. Anaesthesist 1953; 2: 151-152
9. Thalmann W. Zur Frage der Bronchusblockung und -tamponade. Anaesthesist 1955; 4: 165-167
10. Wiedemann K, Fleischer E, Dressler P. The History of Separation of Airways. In: Schulte am Esch J, Goerig M (eds.) Proceedings: The Fourth International Symposium on the History of Anaesthesia. Lübeck: Draeger Druck; 1998: 517-529.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Michael Goerig*
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
D-20240 Hamburg.