

Als die Kardiologie selbständig wurde

Univ.-Professor Dr. Hans Blömer, München/Baldham

Vortrag gehalten anlässlich der Verleihung des „Forßmann-Preises 2003/4“ in Eberswalde 2004

Der Forßmann-Preis wird verliehen von der „Stiftung Kardiologie 2000“ der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum



Prof. Dr. med. Hans Blömer



Prof. Werner Forßmann,
1904 - 1979

Vor 75 Jahren hat Werner Forßmann hier in diesem Krankenhaus an sich selbst den Nachweis erbracht, dass die Sondierung des menschlichen Herzens über eine Vene gefahrlos, schmerzfrei und bei vollem Bewusstsein durchgeführt werden kann. Die große Bedeutung dieser Entdeckung für die Kardiologie und Herzchirurgie, aber auch die weitere Entwicklung über die Sondierung des linken Herzens zur Koronarangiographie bis hin zu den interventionellen Methoden, wurde bereits ausführlich gewürdigt und kompetent dargestellt.

Ich möchte heute auf eine ganz andere Entwicklung hinweisen, die aber ohne Herzkatheter (HK) nicht möglich gewesen wäre. Diese neue Technik hat nicht nur die Ära der modernen Kardiologie eingeleitet, sondern auch zur Identifikation dieses Faches – ebenso wie der sie ausübenden Ärzte, der Kardiologen – geführt. Diese

mussten die notwendige Spezialausbildung größtenteils im Ausland, vorwiegend in Amerika absolvieren, um sie hier nach ihrer Rückkehr vielfach unter großen Schwierigkeiten umzusetzen. Ich erlernte die HK-Techniken in Stockholm bei Lars Werkö, Gustav Nylin und Edgar Mannheimer. Dabei hatte ich das Glück, im Herbst 1953 durch Gustav Bodechtel nach München zurück gerufen zu werden, um hier das erste HK-Labor aufzubauen, in dem wir seit Februar 54 routinemäßig Herzkatheterisationen durchführten, ein Jahr später ergänzt durch die Angiokardiographie mit Hilfe eines Elema-Rollfilmwechslers im Großformat. Aus diesem Labor ging u.a. Konrad Bühlmeier in die Kinderklinik und wurde einer der Pioniere der Kinderkardiologie, auf die ich hier nicht weiter eingehen werde.

Die jungen Kardiologen, die von Amerika nicht nur die fachliche Kompetenz mitbrachten, sondern auch den american way of life kennen lernten, fühlten sich im eigenen Land unterbewertet und wollten verkrustete Strukturen aufbrechen. Gefördert wurden sie dabei von ihren herzchirurgischen Kollegen, für die exakte Herzkatheter-Diagnosen Voraussetzung für ihren eigenen Erfolg waren. Das begann schon in der eigenen Fachgesellschaft. Die Deutsche „Gesellschaft für Kreislaufforschung“ war die älteste Herz-Gesellschaft in Europa überhaupt. Sie wurde bereits 1927 gegründet und stand allen am Kreislauf interessierten Ärzten offen. In der bewusst wissenschaftlich orientierten Gesellschaft dominierten die Theoretiker, die sich jetzt mit einer neuen, am Herzkatheter emanzipierten Kardiologengeneration konfrontiert sahen, die ihre eigene Repräsentation in Deutschland suchten, wenn möglich mit einer eigenen Gesellschaft. Eine gewisse Tendenz dazu gab es aber auch in den Reihen der eigenen Kliniker. Das hätte die Spaltung in zwei Gesellschaften bedeutet! Die traditionsreiche „Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung“ sollte aber unbedingt erhalten bleiben. Sie war in der Tat einmalig auf der ganzen Welt, diese Integration von ganz verschiedenen Fächern der Kardiologie, vor allem die Verbindung von theoretischen und praktischen Disziplinen. Unsere Vorstellung war die stärkere Gewichtung der klinischen Belange, d.h. einen klinischen Schwerpunkt der oder in der bestehenden Gesellschaft zu erreichen. Ohne das bisherige Konzept umkrempeln zu wollen dachten wir an die Einrichtung einer Kommission für klinische Kardiologie, in der die

klinischen Belange diskutiert werden konnten. In Verbindung damit aber auch die kontinuierliche Präsenz der Gesellschaft das ganze Jahr über, d.h. ein ganzjährig zur Verfügung stehendes, schlagkräftiges Sekretariat, das bei der rasanten Entwicklung gerade unseres jungen Faches unverzüglich und angemessen reagieren konnte, nicht nur in wissenschaftlicher Hinsicht, sondern für die weitere Entwicklung der Kardiologie in unserem Lande überhaupt! Die stärkere Gewichtung der klinischen Kardiologie sollte auch in einer zusätzlichen, klinisch orientierten Tagung zum Ausdruck kommen.

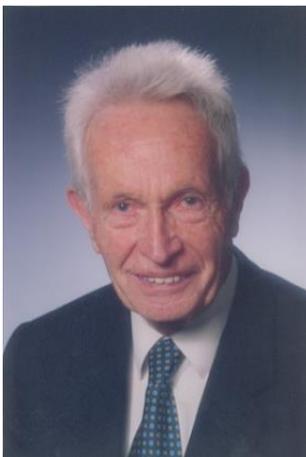


Prof. Dr. Franz Loogen, 1919 - 2010

Dann wurde Franz Loogen in den Vorstand gewählt und machte hier die ersten Vorstöße, im Hintergrund immer das Gespenst der Spaltung der Gesellschaft. Er hatte einen schweren Stand und viele Schwierigkeiten. Schließlich gelang es unter dem Vorsitz von Reindell in der Mitglieder-Versammlung vom 5.5.1971 die Bildung eines „Ausschusses für klinische Kardiologie“ durchzusetzen. Es dauerte aber noch

einige Zeit, bis sich die „Kommission für klinische Kardiologie“ unter Vorsitz von Franz Loogen endgültig konstituieren konnte, die dann rasch zunehmende Bedeutung gewann und die Belange der

klinischen Kardiologie in unserem Land vertrat, auch mit der Ausarbeitung von Leitlinien. Zur ersten klinisch orientierten Tagung funktionierten wir dann - ohne große logistische Vorbereitung - mit dankenswertem Entgegenkommen von Martin Kaltenbach seine schon geplante Koronartagung in Frankfurt/M. im Herbst 1974 um. Damit liefen diese Herbsttagungen als fester Bestandteil unserer Gesellschaft an.



Prof. Dr. Martin Kaltenbach, 1928 - heute

Die nächste fand 1975 in München statt. Die Gesellschaft blieb erhalten, sie heißt heute „Deutsche Gesellschaft für Kardiologie“, mit Untertitel „Herz- und Kreislaufforschung“, umfasst 5339 Mitglieder (31.7.2004) und ist in die Europäische Gesellschaft integriert (2, 3, 6).



Prof. Dr. Herbert Reindell, 1908 - 1990

Parallel zu dieser Entwicklung war eine neue Facharztordnung in Vorbereitung, bei der für die Innere Medizin der zunehmenden Spezialisierung Rechnung getragen werden sollte, ohne das große Fach selbst in Frage zu stellen, auch im Hinblick auf die EG-Anpassung. In Deutschland war damals der zuständige Referent für beides Professor Hans-Joachim Sewering, der spätere Präsident der Bundesärztekammer. Um die Einheit der Inneren Medizin zu erhalten, plante er die Spezialdisziplinen in die interne Weiterbildung einzubinden, d.h. Innere Medizin als Voraussetzung für den Spezialisten. Den Anstoß gab die Kardiologie mit den HK-Labors, wofür man eben Spezialisten brauchte. Sewering, der in der Nähe von München als Lungenfacharzt tätig war, kam öfters mit seinen Patienten ins HK-Labor und konnte sich selbst von den Fortschritten dieser neuen Methode, nicht zuletzt auch ihrer Bedeutung für die



Prof. Dr. Hans Joachim Sewering,
1916 – 2010

Herzchirurgie, überzeugen.

So nahm er die Kardiologie als erstes Spezialfach in sein neues Facharztkonzept auf und bat mich, ihm dazu entsprechende Vorschläge auszuarbeiten, auch – und das war für die weitere Entwicklung unseres Faches von grundlegender Bedeutung – Voraussetzungen für spezielle Abteilungen mit „Weiterbildungs-Ermächtigung“. Damit wollte er gleichzeitig die Einrichtung von Spezialabteilungen in großen Kliniken fördern! Da die Anfrage bei unserer Gesellschaft im Sande verlief, bat ich Franz Loogen um seine Mithilfe, die er sofort zusagte. Wir trafen uns mehrmals, auch mit Sewering, und arbeiteten die entsprechenden Grundlagen für den künftigen Kardiologen aus, das Berufsbild, einen Facharzkatalog – in dem natürlich auch HK-Zahlen enthalten waren –, aber auch die Anforderungen für künftige Ausbildungsstätten. Nach jahrelangen Vorbereitungen trat dann die neue Facharztordnung 1972 in Kraft, d.h. Facharzt für Innere Medizin, dazu mit drei „Teilgebieten“ Kardiologie, Gastroenterologie und Pneumologie. Am 21.12.2003 waren 3.059 Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie in Deutschland tätig (1). Dieser Entwicklung trug auch der Berufsverband Deutscher Internisten Rechnung mit Gründung der Sektion Kardiologie zur Rückendeckung künftiger Kardiologen in berufspolitischen Fragen. Durch unsere Mitarbeit bei der neuen Facharztordnung

wurden wir auch vom Berufsverband gebeten, die entsprechenden Unterlagen auszuarbeiten, bis die Sektion gegründet werden konnte. Später kam die Unterteilung in niedergelassene und Krankenhaus-Kardiologen (BNK bzw. ALKK).

Schwierig und zäh waren die Bemühungen um die Einrichtung selbständiger kardiologischer Abteilungen und Kliniken, wie sie eigentlich von der neuen Facharztordnung vorgesehen waren. Auch für diese Entwicklung war uns in München das Glück hold, dank der damals zukunftsorientierten städtischen Krankenhausplanung, die der kommenden Spezialisierung Rechnung tragen wollte, ohne die großen Fächer zu zerschlagen. Und auch bei dieser Entwicklung machte die Kardiologie den Anfang. Als eine der beiden großen Medizinischen Abteilungen im Krankenhaus Rechts der Isar neu besetzt werden sollte, wurde speziell ein Kardiologe gesucht mit der Auflage, die Innere Medizin für das Haus weiter zu betreiben, gleichzeitig aber die moderne Kardiologie einschließlich eines HK-Labors aufzubauen, die für den gesamten kommunalen Krankenhausbereich Münchens zuständig war. Damit konnte 1960 ein weiteres HK-Labor in München eingerichtet werden, das der Kristallisationspunkt dieses neuen Konzeptes wurde, dem spätere andere Schwerpunktabteilungen folgten. Die Verselbständigung der Kardiologie in Form selbständiger Einrichtungen, d.h. Abteilungen, Kliniken und Lehrstühle mit Schwerpunkt Kardiologie hat lange gedauert, ist aber längst ein fester Bestandteil der deutschen Universitäts- und Gesundheitsplanung geworden. Ende 2003 waren es 393 (1), darunter 33 Lehrstühle.

Eine besondere Stellung nehmen die Herzzentren ein, die Herzchirurgie und Kardiologie (zumeist als Erwachsenen- und Kinderkardiologie) unter einem Dach vereinen. Anlass für ihre Gründung war ursprünglich der Leidensdruck der langen herzchirurgischen Wartelisten, die auch die Politik aufrütteln sollte – Schlagwort „Tod auf der Warteliste“ der ganz zu Unrecht den Herzchirurgen aufgelastet wurde. Es gab einfach zu wenig herzchirurgische Einrichtungen, damals 27. Ich selbst habe es miterlebt, wie sehr Prof. Rudolf Zenker unter dem Vorwurf litt, bis er schließlich die Initiative ergriff, außerhalb seiner eigenen Klinik eine zusätzliche herzchirurgische Einrichtung in München aufzubauen.

Sein erster Plan, ein solches Objekt durch Privatinitiative zu schaffen, scheiterte. Er fand aber dann Unterstützung durch den damaligen Bayerischen Ministerpräsidenten

Alfons Goppel, der ein zur Disposition stehendes Rot-Kreuz-Krankenhaus zur Verfügung stellte mit den entsprechenden Mitteln zum Ausbau. Das ursprüngliche



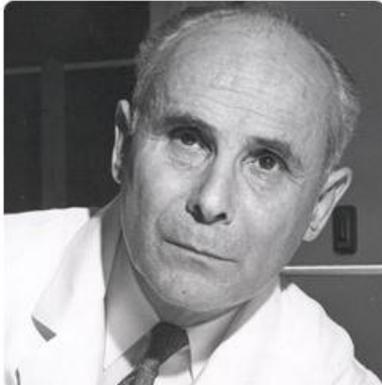
Prof. Dr. Rudolf Zenker, 1903 - 1984

Konzept einer rein herzchirurgischen Klinik wurde rasch aufgegeben zugunsten eines Zentrums, in dem neben Herzchirurgie auch die Erwachsenen- und Kinderkardiologie unter einem Dach zusammengefasst waren. Das „Deutsche Herzzentrum“, später dann DHZ-München, nahm 1974 seine erfolgreiche Tätigkeit auf und wurde Initiator einer Reihe entsprechender Zentren in Deutschland unabhängig von Uni-Kliniken oder kommunalen Krankenhäusern, siehe das Herzzentrum Nordrhein-Westfalen in Bad Oeynhausen, das 1985 seine Arbeit aufnahm, gefolgt vom Herzzentrum Berlin. Inzwischen sind es – bei strenger Definition – etwa 10-14 (1).

Auch bei der Entstehung von Intensivstationen kamen die wesentlichen Impulse von der Kardiologie, zunächst vielfach als kardiologische Wach- oder Überwachungsstationen, vor allem von Herzinfarkten, gefährlichen Rhythmusstörungen, schwerer Herzinsuffizienz. Das änderte sich schlagartig, als Koronarangiographie und Bypasschirurgie für die Volksseuche Koronare Herzkrankheit mit Herzinfarkt nicht nur eine exakte Diagnose, sondern auch eine effiziente Therapie ermöglichten bis hin zu den interventionellen Methoden mit Akut-PTCA beim frischen Herzinfarkt. Die Kardiologie erreichte damit eine ganz neue Dimension. Sie wurde ein öffentliches Anliegen, die Politik und vor allem die Medien stürzten sich darauf. Es ging nicht mehr nur um Patienten, sondern die gesamte Bevölkerung war angesprochen und verunsichert, und wollte auch Bescheid wissen. Während es in anderen Ländern schon längst selbstverständlich war, dass sich hochrangige Professoren, Wissenschaftler und Ärzte an die Öffentlichkeit wandten, um ihre Probleme, auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorzustellen und sich dabei nicht scheuten, sich laienverständlich auszudrücken, war das damals gerade in Deutschland verpönt und nicht „standesgemäß“. Damit wurde dieses so wichtige Instrument der Öffentlichkeitsaufklärung medizinischen Außenseitern überlassen, wie die zahlreichen einschlägigen Artikel in Illustrierten, Zeitungen und Medien zeigten, von wenigen Ausnahmen abgesehen wie die „Sprechstunde“ von Dr. med. Antje Kühnemann oder das „Praxismagazin“ von Mohl.

Das war einer der Hauptgründe, warum sich Anfang 1979 in Frankfurt/M. fünf Kardiologen, ein Pharmakologe und ein Herzchirurg zusammen setzten, um ein Organ ins Leben zu rufen, das die Kluft zwischen Ärzten und Patienten bzw. der Öffentlichkeit überbrücken sollte, wie es in anderen Ländern die „Heart Foundations“ waren, die zusätzlich zu den Fachgesellschaften bestanden. Daraus wurde die „Deutsche Herzstiftung“ mit Prof. Franz Gross als erstem Vorsitzenden, die rasch Fuß fasste und Anerkennung fand mit den damals noch unbekanntem Arzt-Patienten-Seminaren, einer Herzwoche, einer Telefonsprechstunde, einer eigenen Hauszeitschrift sowie Repräsentation in den Medien. Sie umfasst inzwischen 46.795 Mitglieder (31.12.2003). Dazu steht der DHS die ehrenamtliche Mitarbeit von 436 hoch qualifizierten Kardiologen, größtenteils Professoren zur Verfügung, die im wissenschaftlichen Beirat vertreten sind (4, 5).

Die hier für Deutschland aufgezeigte Entwicklung wäre ohne Herzkatheter nicht möglich gewesen, der weltweit zu einer neuen Definition der Kardiologie geführt hat.



Prof. André Frédéric Cournand, 1895 - 1988

Insbesondere in den USA, aber auch in Europa und Asien entstanden große und mächtige kardiologische Organisationen mit einer enormen wissenschaftlichen, gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Potenz, siehe den gerade in München stattgefundenen Kongress der European Society of Cardiology (ESC) mit 25.000 Teilnehmern. Ein Beispiel für die Anerkennung der deutschen Kardiologie ist die Übertragung der Präsidentschaft der Europäischen Gesellschaft an zwei deutsche Kardiologen, Franz Loogen und seinen Schüler Günter Breithardt. Trotz dieser rasanten Entwicklung bedeutet Selbständigkeit aber nicht Trennung vom Mutterfach Innere Medizin, in das die Spezialfächer nach wie vor integriert sind, auch im Hinblick auf die Multimorbidität, d.h. Krankheitsvielfalt des älteren Menschen, der gerade in der Kardiologie unser Hauptkontingent darstellt. André Cournand hat einmal gesagt: Werner Forßmann hat den Schlüssel ins Schloss gesteckt, wir – damit meinte er sich und seine Mitarbeiter – haben ihn umgedreht und man kann hinzufügen – viele andere haben dann das Tor aufgestoßen!

Literatur

1. Bruckenberger, E. Herzbericht 2003
2. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Mitgliederverzeichnis 2004
3. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Jahresbericht 2003
4. Deutsche Herzstiftung Festschrift 25 Jahre
5. Deutsche Herzstiftung Jahresbericht 2003
6. Lüderitz, B., Arnold, G. 75 Years, German Cardiac Society: ZfK 91 (Suppl. 4) 2002