

Zeitzeugeninterview Prof. Bircks

- 1) *Nach dem Abitur 1946 in Neuss arbeiteten Sie als Krankenpfleger, bevor Sie zum Wintersemester 1947 das Medizinstudium in Bonn aufnahmen.
War das so geplant?
Wie kamen Sie dazu, Medizin zu studieren?*

Geboren bin ich in Rommerskirchen im Rheinland, aufgewachsen bin ich aber in Glehn bei Neuss, wo meine Eltern (beide Ärzte) als Landärzte tätig waren. Mein Großvater väterlicherseits war auch Arzt.

Da mein Vater nachtblind war, habe ich ihn in der kriegsbedingten „Verdunkelung“ oft zu den Krankenbesuchen gefahren; hierzu durfte ich schon mit 15 Jahren den Führerschein machen.

Der Numerus Clausus verhinderte nach dem Krieg zunächst meine Immatrikulation. Meine Tätigkeit als Krankenpfleger in der nach Zerstörung in ein Schulgebäude in Bad Godesberg verlegten Bonner chirurgischen Universitätsklinik erbrachte mir im Frühjahr 1947 einen Platz im Bautrupp der Universität und damit das Recht auf Immatrikulation zum Wintersemester 1947.

- 2) *Nach dem Studium in Bonn, Freiburg, Hamburg und Düsseldorf absolvierten Sie zunächst 1 Jahr in der Pathologie und der Inneren Abteilung, bevor Sie 1955 in der Chirurgie des Martinus-Krankenhauses in Düsseldorf anfangen.
Warum wollten Sie Chirurg werden?*

Ursprünglich wollte ich Internist werden und startete im St.-Martinus-Krankenhaus in Düsseldorf bei dem Chefarzt Professor Hanns Wirtz, einem Schüler von Professor Franz Volhard. Er war der behandelnde Arzt meines Vaters und riet mir, meine Kenntnisse in der Chirurgie zu mehren, um ggfs. die väterliche Landarztpraxis, die mit Belegbetten in einem kleinen Krankenhaus verknüpft war, übernehmen zu können.

Von 1955 bis 1958 arbeitete ich dann bei Dr. August Achilles, einem E.K. Frey-Schüler, in der chirurgischen Abteilung des St. Martinus-Krankenhauses in Düsseldorf.

- 3) *1958 traten Sie in die Herzchirurgie in Düsseldorf bei Professor Derra ein.
Was war der Grund?*

In der Derra'schen Klinik wurde insbesondere auch die Thoraxchirurgie gepflegt, die im St.-Martinus-Krankenhaus fehlte. Ich strebte aber damals eine „Allround“-Ausbildung an, um eine „Chefarztqualifikation“ zu erwerben.

Professor Derra war besonders auch an der sich entwickelnden Herzchirurgie interessiert und beeinflusste die Berufungspolitik der medizinischen Fakultät entsprechend. So kam beispielsweise Professor Franz Grosse-Brockhoff von Bonn nach Düsseldorf.

Die Entwicklung Kardiologie / Herzchirurgie reizte mich, obwohl es zu dieser Zeit noch keine unbefristeten Arbeitsverträge gab.

4) *1964 habilitierten Sie sich mit dem Thema „Über das Risiko herzchirurgischer Eingriffe“.*

1969 warnten Sie im Rahmen eines Pressegespräches in München: „Die Herzchirurgie kann dem chirurgischen Nachwuchs nicht empfohlen werden.“ Damals gab es lange Wartelisten für die Patienten und keine ausreichenden technischen/personellen Möglichkeiten in Deutschland. Was waren die Gründe?

In diesen Jahren war die Herzchirurgie in den Anfängen, und es war völlig unsicher, ob man damals damit eine gute berufliche Perspektive haben würde.

Der Aufbau der Herzchirurgie in Düsseldorf war weit und breit die einzige Abteilung. Der Aufbau ging langsam vor sich, die operierten Patientenzahlen betragen lediglich einige Hundert pro Jahr.

Nach meiner Habilitation 1964 übernahm ich 1968 von Professor Derra die Leitung der Thorax- und Kardiovaskular-Chirurgie. Die chirurgische Universitätsklinik wurde 1970 aufgeteilt. Die Allgemeinchirurgie übernahm Professor Dr. Karl Kremer, während ich zuständig wurde für die Klinik Thorax- und Kardiovaskular-Chirurgie.

5) *Im Gegensatz zu vielen anderen Herzchirurgen (z.B. Prof. Hans Borst, Prof. Bruno Messmer) waren Sie während Ihrer Ausbildung nie im Ausland, z.B. USA, dem damaligen „Mekka“ der Herzchirurgie. Hatte das besondere Gründe?*

Es gab dafür familiäre und berufliche Gründe.

Ich bin seit 1959 verheiratet und habe mit meiner Frau Barbara 5 Kinder.

Aus beruflicher Sicht war es so, dass in den 50er und 60er Jahren in den USA gerne junge deutsche Ärzte, die am Anfang Ihrer klinischen Ausbildung waren, als Assistenten akzeptiert wurden. Ich hatte eine Zusage für eine Anfängerstelle, konnte diese jedoch nicht antreten, weil ein neues Gesetz zum Schutz amerikanischen Personals mich als vergleichsweise „überqualifiziert“ ablehnte. Die führenden Herzchirurgen in Amerika (De Bakey, Cooley, Lillehei u.a.) waren durchweg deutschfreundlich, denn sie hatten in ihrer Ausbildung oft in Deutschland hospitiert und waren auch nach deutschen Lehrbüchern ausgebildet worden. Viele von Ihnen sprachen sogar recht gut deutsch.

- 6) *Die Düsseldorfer Herzchirurgie gehörte neben anderen (München, Heidelberg, Hannover) sicher zu den führenden Kliniken in Deutschland. Einer der Gründe lag sicher in Ihrer Persönlichkeit. Wie war Ihr Verhältnis zu anderen Derra-Mitarbeitern und später zu Ihren Assistenten und Oberärzten?*

Einige der arrivierten Derra-Mitarbeiter führten Herzoperationen aus, übernahmen jedoch chirurgische Chefarztstellen an anderen Krankenhäusern (z.B. Prof. Irmer, Prof. Sykosch, Prof. Baumgartl). Jüngere Derra-Mitarbeiter (z.B. Prof. Satter, Schulte) wechselten in den Stamm der neuen Klinik für Thorax- und Kardiovaskular-Chirurgie. Chirurgische Mitarbeiter dauerhaft für die Herzchirurgie zu finden, blieb lange schwierig, da es zunächst und praktisch noch kaum Langzeitpositionen gab. Es gehörte also eine besondere persönliche Motivation dazu, sich ausschließlich der Herzchirurgie zu widmen. Dazu gehörte von Beginn an Peter Satter, der dann in eine Lehrstuhlprofessur in Essen, später Frankfurt wechselte, sowie Hagen D. Schulte, der sich schon früh um Membranoxygenatoren und HOCM-Patienten kümmerte. Er nahm später die Position des stellvertretenden Klinikdirektors ein.

Das Verhältnis aller Ärzte der neuen Klinik zueinander konnte man nur als freundschaftlich bezeichnen.

Dadurch, dass die Klinik durch Professor Derra einen weltweit hervorragenden Ruf genoss, kamen immer wieder ausländische Herzchirurgen in unsere Abteilung, z.B. Prof. Tarbiat aus dem Iran, Prof. Minami aus Japan, Prof. Rivas aus Griechenland.

- 7) *Wie war Ihr Verhältnis zur Kardiologie in Düsseldorf? Insbesondere zu Professor Loogen?*

Mein persönliches Verhältnis zu Professor Fr. Franz Loogen war stets freundschaftlich und sachlich. Erst sehr spät hat er mir das „Du“ angeboten.

Ich war mein Leben lang daran interessiert, mit den kardiologischen Kollegen sachlich und konstruktiv zusammen zu arbeiten. Immer wieder trafen wir uns im kleinen Kreis (Prof. Loogen, Prof. Gillmann, Dr. Augath), oft freitags nachmittags nach der Wochenarbeit.

Professor Gillmann hatte damals die Idee, Koronarstenosen mittels Bypass zu überbrücken. Wir waren skeptisch, da die Ergebnisse, verengte Unterschenkelarterien mittels Bypass zu überbrücken, zuvor schlecht gewesen waren. Wir dachten, dass die viel kleineren Koronararterien noch schlechtere Ergebnisse bringen würden.

In den späteren Jahren fanden regelmäßig freitags nachmittags die Besprechungen in der chirurgischen Klinik statt unter Teilnahme aller Oberärzte und Assistenzärzte der Kardiologie und der Herzchirurgie.

Ich bemühte mich stets und regelmäßig dabei zu sein, da ich von den Kardiologen viel lernen konnte.

- 8) *Wie sah die Zusammenarbeit der Professoren Loogen, Zindler und Bircks aus?*

Professor Loogen brachte physiologisches Denken in die Gruppe. Professor M. Zindler entwickelte die Unterkühlungsanästhesie für die offene Herzchirurgie und ich organisierte die Zusammenarbeit der Gruppe.

Alle drei wurden erste ordentliche Professoren der von ihnen vertretenen Fächer.

- 9) *Eine große Bedeutung in Düsseldorf hatten die angeborenen und erworbenen Vitien neben der „Rhythmuschirurgie“ (1984 1. ICD in Deutschland). Lag das an der herausragenden Expertise der beteiligten Ärzte?*

Der Leiter der Kardiologie, Professor F. Loogen, und ich waren, wie schon erwähnt, für die Versorgung herzchirurgischer Patienten verpflichtet und in gleicher Weise bemüht, die bestmögliche Behandlung anzubieten. Daher unterstützten wir alle motivierten Mitarbeiter, auf ihrem Gebiet hervorragende Ergebnisse zu erzielen.

Trotz nicht immer einfacher Umgebungsbedingungen ist uns das rückblickend gelungen.

- 10) *Anlässlich eines Presseinterviews zu Ihrem 90. Geburtstag nannten Sie 4 herausragende Eigenschaften für den ärztlichen Beruf:*

- *Empathie*
- *Aufopferungsbereitschaft*
- *Naturwissenschaftliches Verständnis*
- *Wille zur lebenslangen Fortbildung*

Sehen Sie dies als umsetzbar für junge Ärzte 2019 angesichts eines zunehmenden ökonomischen Spannungsfeldes?

Ja, diese Charaktermerkmale halte ich noch heute für die Basis ärztlichen Tuns. Sie stellen aus meiner Sicht ein Qualitätsmerkmal für jeden Arzt dar. Trotz oft ungünstiger Arbeitsbedingungen (z.B. ökonomisches Spannungsfeld) sollten sie hochgehalten werden. Dazu zählt die Einrichtung von Arbeitsgruppen und regelmäßigen Besprechungen mit allen beteiligten Fakultäten, so auch den Kardiologen, Physiologen und Pharmakologen.

Ich erinnere mich gerne an die früheren kardiologischen Jahrestagungen in Bad Nauheim, wo ich nach Möglichkeit regelmäßig teilgenommen habe, da der Austausch spontan und engagiert war („wie im Panoptikum“).

- 11) *Würden Sie heute einem tüchtigen und ambitionierten Chirurgen raten, Herzchirurg zu werden?*

Ja, das würde ich. Wie eingangs besprochen, waren auch zu meiner Anfangszeit die Arbeitsbedingungen nicht rosig, und auch heute muss ein zukünftiger Herzchirurg realistisch sein.

Aber der Bedarf an herzchirurgischer Expertise und beruflicher Ausübungsmöglichkeit wird auch in 20 Jahren noch erforderlich sein. So wie ich immer gespürt habe, dass für eine erfolgreiche herzchirurgische Tätigkeit die enge Zusammenarbeit und das Verständnis für die Kardiologie erforderlich ist, kann ich auch jedem motivierten Herzchirurgen nur raten, diese Zusammenarbeit zu pflegen.

- 12) *Die interventionelle Kardiologie hat seit der 1. PTCA 1977 eine stürmische Entwicklung genommen. Wie empfinden Sie dies bis zu Ihrer Emeritierung 1992 und heute?*

Herzchirurgie und interventionelle Kardiologie sind heute untrennbar miteinander verwoben. Zu meiner Zeit waren natürlich Bypass-Chirurgie und Klappenchirurgie zahlenmäßig weit höher angesiedelt. Aber trotz sinkender Zahlen der herzchirurgischen Eingriffe wird der herzchirurgische Eingriff unter Stand-by hierbei nicht überflüssig werden.

Bei den angeborenen Herzfehlern ist eine gewisse Sättigung eingetreten. Es wird aber immer EMAH-Patienten geben, die herzchirurgisch versorgt werden müssen.

- 13) *Herzchirurgie und Kardiologie gehen immer mehr Hand in Hand. Ist diese Entwicklung nach Ihrer Meinung unaufhaltsam und positiv? Haben eigenständige herzchirurgische Kliniken eine Zukunft?*

Die Organisation herzchirurgische Abteilung mit enger Verbindung zur Kardiologie und Anästhesie sollte auch weiterhin in Kontakt mit dem Gesamtfach Chirurgie erhalten bleiben.

- 14) *In Ihren aktiven Jahren wurden Ihnen außergewöhnliche Ehrungen zuteil (z.B. Ehrendoktorwürde in Essen, Bundesverdienstkreuz) und Sie waren Präsident der DGTHG und der DGK. Welche Rolle spielte die Berufspolitik für Sie?*

Die Berufspolitik ist Teil meiner Arbeit gewesen. Wie die meisten meiner Kollegen bin ich kein Funktionär geworden.

Auf internationaler Ebene gab es regelmäßig tagende Freundeskreise, die unter Ausschluss der Öffentlichkeit die Probleme der Herzchirurgie

diskutierten und damit sehr wertvolle Kontakte knüpften. Hier war man gerne Teilnehmer.

Die Kongresse der nationalen und internationalen Gesellschaften waren wichtige Informationsquellen. Zwangsläufig musste man auch mal die Mühen einer Präsidentschaft übernehmen.

- 15) *Sie sind seit 1955 verheiratet und haben 5 Kinder. Welche Bedeutung hatte das Familienleben neben Ihrer enormen beruflichen Auslastung?*

Mit Unterstützung meiner Frau Barbara ist es, glaube ich, gelungen, mit unseren fünf Kindern ein nachhaltiges Familienleben aufzubauen und zu leben. Jedenfalls habe ich bis heute nicht den Eindruck, dass die Kinder rückblickend Vorwürfe an uns richten.

Beispielsweise haben wir jeden Morgen um 6:00 Uhr alle gemeinsam gefrühstückt. Auch der Samstagnachmittag und -abend waren für die Familie reserviert. Nur selten musste ich samstags nachmittags notfallmäßig in die Klinik, und Einladungen am Samstagabend habe ich, wenn möglich, nicht angenommen.

Zusammenfassung:

Ich bin dankbar, bis ins hohe Alter (ich werde jetzt im September 92 Jahre alt) geistig frisch und rege geblieben zu sein. Invalidisierende Erkrankungen haben mich, Gott sei Dank, nicht erwischt.

Meinen Lebensweg als Herzchirurg fand ich immer anregend und quasi als mein Hobby. Ich kann mit Zufriedenheit auf meine Tätigkeiten zurückblicken.

Mein Ratschlag an junge Herzchirurgen ist der, dass der eingeschlagene Weg trotz oftmals widriger Umstände richtig ist, weil die chirurgische Versorgung eines herzkranken Patienten eine sehr dankbare Aufgabe ist.