

Zeitzeugeninterview Prof. W. Schaper

- 1) *Nach dem Abitur studierten Sie Medizin bis 1957 in Halle / Saale. Was war der Grund für das Studium? Waren Ihre Eltern damit einverstanden?*

Ich entstamme einer Medizinerfamilie. Zwei Generationen der Schaper-Familie produzierten 6 Mediziner. Mein Vater war Arzt und Kieferchirurg in Oschersleben. Mein Berufswunsch war eigentlich immer, Medizin zu studieren. Nur kurz verschwendete ich einmal den Gedanken an ein Musik-Studium. Meine Eltern waren natürlich damit einverstanden, dass ich Medizin studierte.

Da mein Vater für das medizinische System der Region eine wertvolle Persönlichkeit darstellte, erhielt ich auch direkt einen Medizinstudienplatz in Halle/Saale. Sonst wurden von der DDR-Regierung Söhne von Bauern und Arbeitern bevorzugt.

Das ganze Studium musste man an der zugewiesenen Universität absolvieren. 1957 schloss ich mit dem Staatsexamen ab.

- 2) *Warum schlugen Sie anschließend eine wissenschaftlich-medizinische Ausbildung ein? Warum keine klinische Ausbildung? Warum in Leuven / Belgien?*

Nach dem medizinischen Staatsexamen war ich zwei Jahre in Magdeburg Pflichtassistent in der chirurgischen und internistischen Abteilung. Damals wollte ich Internist werden.

Aus politischen Gründen erhielt ich aber keine Zulassung zur Facharztprüfung. Außerdem verärgerte ich die „Obrigkeit“ in den Kliniken dadurch, dass ich frühzeitig publizierte, ohne die namentliche Rangfolge zu beachten.

So beschloss ich 1960, nach Westdeutschland überzuwechseln, erhielt aber keine bezahlte Assistentenstelle in der inneren Medizin.

Der Niederlassungsstopp sorgte für einen Stau in den Kliniken. Auf einem Kongress lernte ich Dr. Paul Janssen kennen, der mir eine Stelle in seinem Labor in Leuven/Belgien anbot. Dort blieb ich 12 Jahre und beschäftigte mich mit der Regenerationsfähigkeit des arteriellen Systems, insbesondere der Ischämietoleranz des Herzens.

3) *Wie kam es 1971 zum Wechsel nach Bad Nauheim an das Max-Planck-Institut?*

Ich wurde von der Max-Planck-Gesellschaft dorthin berufen. Ein Jahr zuvor hatte Professor Martin Schlepper die Chefarztstelle in der Kerckhoff-Klinik übernommen. Im ehemaligen Badehaus übernahm ich zusammen mit zwei Mitarbeitern, die ich aus Belgien mitgenommen hatte, die ursprünglichen Praxisräume von Arthur Weber, dem Gründer der DGK. Es standen zudem medizinische Geräte – insbesondere Röntgengeräte – für mich zur Verfügung.

4) *Ihr klinischer Partner in Bad Nauheim wurde 1972 Prof. M. Schlepper. Wie war Ihr Verhältnis zu ihm? Wie war Ihr Verhältnis zur klinischen Kardiologie?*

Das Verhältnis zu Martin Schlepper war gut, schließlich hatten wir ja getrennte Schwerpunkte. Wir kannten uns schon vorher von vielen Kongressen. Martin Schlepper war natürlich etwas enttäuscht, dass ich nicht den wissenschaftlichen Part in seinem Forschungsgebiet der Rhythmologie übernehmen konnte. Er war stets fair zu mir, und bei großen öffentlichen Veranstaltungen hielten wir eng zusammen, daher auch die Bezeichnung „Gebrüder Schlapper“.

5) *Die „molekulare Medizin“ war lebenslang Ihre wissenschaftliche Profession. „Vascular biology“ – bis heute ein großes wissenschaftliches Thema (Profs. T. Münzel, A. Zeiher, H. Drexler et al). Was waren Ihre Schwerpunkte? (z.B. „Collateral Circulation: past and present“ NLBI)*

Wie schon erwähnt, war mein Schwerpunkt die Regenerationsfähigkeit des arteriellen Systems. Der wichtigste Stimulus der Kollateralbildung ist die Flussgeschwindigkeit. Wir konnten mehr als 130 Gene isolieren, die für das Kollateralwachstum von Bedeutung sind. Versuche, das Wachstum von Kollateralgefäßen mittels isolierter Genstimulation anzuregen, gelangen, wurden aber nicht gefördert und waren in der Klinik und in der Pharmaindustrie kaum durchsetzbar, da die Sorge bestand, dass dadurch ein Tumorwachstum gefördert werden könne und unkontrolliert werde.

6) *1975 wurden Sie als Nachfolger von Prof. R. Thauer zum Geschäftsführer der DGK gewählt. 1989 baten Sie um Ihre Entlassung. Welche Entwicklungen in der DGK waren positiv? Welche Entwicklungen waren negativ?*

Das Wachstum der DGK machte das Amt als Ehrenamt zu schwer. Es wurde dann auch geteilt und finanziell belohnt.

Die Arbeit als Geschäftsführer war sehr umfangreich und oftmals schwierig. Es standen Verfassungsänderungen an, und meine Bemühungen, die Kongressteilnahme für junge Forscher zu öffnen, wurden nicht von allen begrüßt. Insbesondere die Anonymisierung der Abstracts zur Publikation wurde anfangs vehement kritisiert.

Es gab Streitigkeiten mit dem Steinkopff-Verlag, aber dank der Unterstützung namhafter Kardiologen wie Prof. F. Loogen gelang mir dieses Vorhaben.

Die zunehmende Kommerzialisierung der DGK-Frühjahrstagung fand ich eine negative Entwicklung, ebenso wie der abnehmende wissenschaftliche Rang der DGK im internationalen Vergleich.

Dazu habe ich im European Heart Journal (EHJ) zusammen mit J.W. de Jong eine Zitierstudie veröffentlicht, in der sich zeigt, dass Deutschland zu dieser Zeit im unteren Drittel der untersuchten Länder anzutreffen war.

Eine neue aktualisierte Studie wäre jetzt, mehr als 30 Jahre später, sinnvoll. Wenn man jedoch die gesamte wissenschaftliche Produktion Deutschlands mit den Ländern der westlichen Welt vergleicht, fällt auf, dass zwar die Produktion von Artikeln hoch ist, in etwa gleich der Englands und Frankreichs, die Zitierhäufigkeit ist jedoch pro Kopf der Bevölkerung in den Skandinavischen Ländern, den Niederlanden und der Schweiz wesentlich größer. (Quelle: „Nature“)

Man darf annehmen, dass dieser Trend auch für das Gebiet der Herz-Kreislauf-Medizin gilt.

Es fällt schwer, einen Grund dafür zu benennen. Vielleicht ist es das in Deutschland so stark ausgeprägte Misstrauen den Biowissenschaften gegenüber. Gleich drei Gesetze wurden zu meiner aktiven Zeit vom Bundestag verabschiedet, die das belegen: das Tierschutz-, das Embryonenschutz- und das Gentechnik-Gesetz.

- 7) *1990 wurden Sie in den DGK-VS gewählt und waren 1995/96 Präsident. Zur Entwicklung der DGK äußerten Sie sich kritisch (s. Ihr Beitrag in der Jubiläumsausgabe 75 J. DGK) – Wieso?*

Ich verglich die Entwicklung der Herz-Kreislauf-Gesellschaften von Deutschland mit der der Niederlande. Letztere hatten sich dem Trend zur Globalisierung voll angeschlossen, Deutschland blieb irgendwie zurück und nahm nur an Masse zu.

- 8) *Sie legten stets Wert auf die Nachwuchsförderung in der Kardiologie. Wie steht die deutsche Kardiologie heute im internationalen Vergleich da? Was sollte sich ändern?*

Die Nachwuchsförderung im internationalen Vergleich kann ich nur für die Vergangenheit und aus der Erinnerung kommentieren. In den Niederlanden war z.B. die Zahl der auszubildenden jungen Kardiologen streng gedeckelt.

9) *Die klinische Kardiologie findet heute mit einem großen Anteil ambulant statt. Wird das von Ihnen begrüßt?*

Dies kann ich als Grundlagenforscher nicht bewerten.

10) *Die komplexen Fragen in der Versorgung kardiologischer Patienten stehen im Spannungsfeld mit den vorhandenen Ressourcen. Welche Sorge bereitet Ihnen das?*

Nach meinem Gefühl werden Ressourcen verschwendet durch Überdiagnose.

11) *Würden Sie heute einem jungen, motivierten Kardiologen raten, vor einer klinischen Ausbildung die Pathologie / Pathophysiologie zu studieren?*

Ja, ich würde zu einer Ausbildung in der Molekularbiologie raten.

Das Zeitalter von Ballondilatation und Restenose hat viele Kliniker dazu gebracht, sich mit theoretisch/experimentellen Fragen zu befassen. Im Moment sind es die Themen „Stammzellen“ für die Regeneration des Herzens. Ich sehe jedoch keinen wirklichen Fortschritt.

Der Graben zwischen Theorie und Praxis ist heute größer als vor 20 Jahren. Die Grundlagenwissenschaften sind sehr komplex geworden und bedienen sich einer eigenen Nomenklatur, die es dem Kliniker erschwert, sich zurecht zu finden.

Damals waren größere Säuger Objekte für Herz-/Kreislaufexperimente, heute sind es Zebrafische.

12) *Welche Rolle spielte Ihre Familie während Ihrer beruflichen Tätigkeit?*

Die wichtigsten Jahre für mich und meine Frau Jutta waren die in Belgien. Dadurch dass wir gute hauswirtschaftliche Hilfe hatten, konnten wir beide uns wissenschaftlich profilieren. Unsere drei Kinder haben ein gutes Verhältnis zu uns über die Jahre bewahrt. Unser jüngster Sohn ist Allgemeinarzt in Gießen.