

Prof. Dieter Behrenbeck – Lebensweg eines bedeutenden internistischen Kardiologen

Einleitung: Das Wissen um die Notwendigkeit einer fundierten naturwissenschaftlichen Ausbildung, gepaart mit breiter klinisch-internistischer Expertise und steter Neugier auf kardiologisch-internistische Weiterentwicklung – das sind die Grundpfeiler eines erfüllten Berufslebens von Dieter Behrenbeck.

1.) Sie wurden 1936 in Schwerte in Westfalen geboren. Hatten Sie Geschwister? Waren die Eltern Mediziner?

Mein Vater war bis 1939 AOK-Chef für den Kreis Iserlohn und nach dem Krieg und langer Kriegsgefangenschaft Verwaltungsdirektor eines wiederaufzubauenden Krankenhauses in Gelsenkirchen.

Ich hatte drei Geschwister. Wir überlebten wohlbehütet von unserer Mutter Krieg und Nachkriegszeit

2) Wie erlebten Sie die Kriegsjahre?

Wir verstanden die Tragik des Kriegsgeschehens als Kinder natürlich nicht.

Allerdings schockierte uns, dass nach nächtlichen Bombenangriffen der ein oder andere Mitschüler in der Schulklasse plötzlich fehlte. Unvergessen ist für mich ein Tief-fliegerangriff auf dem Schulweg, bei dem ich mich an einer kleinen Mauer auf den Boden geworfen habe, während das Geschoß-Stakkato in der gegenüberliegenden Häuserfront einschlug. Ansonsten empfanden wir vieles im Krieg als Abenteuer, z.B. wenn wir nach den Angriffen Bombensplitter oder kleine Leucht-Fallschirme sammelten.

3) Wann entschlossen Sie sich für das Medizinstudium? Gab es Alternativen?

.Als Gymnasiast in Gelsenkirchen war ich aktiv im CVJM, leitete kleine Jugendgruppen und veranstaltete Freizeiten. Nach dem Abitur wollte ich eigentlich Theologie studieren, fand aber dann die ersten Vorlesungen zu theoretisch. Durch Vermittlung meines Vaters war bereits mein Interesse für die Medizin geweckt. Beeindruckend waren für mich vor allem die Anatomievorlesungen, so dass ich mich endgültig für das Medizinstudium entschied.

4) Wie kam es, dass Sie in der schwäbischen Kleinstadt Tübingen studierten? Wann entschlossen Sie sich, Internist zu werden?

Nach der 6-jährigen Gymnasialzeit im Ruhrgebiet wollte ich möglichst weit weg von meinem Heimatort und möglichst wie mein älterer Bruder in Süddeutschland studieren. Wir konnten 1956 noch Studienort und Studienfach frei wählen. Ich suchte Anschluss in verschiedenen studentischen Gemeinschaften und wurde schließlich im Corps Rhenania Tübingen aktiv. Im dritten Semester kam das Studium zeitweilig durch das Verbindungsleben zu kurz. Daher wechselte ich nach drei Semestern nach Göttingen, wo ich das Versäumte mit einem Tübinger Freund nachpaukte und pünktlich das Physikum ablegte. Das schuldete ich meinen Eltern. Zunächst blieb ich noch für ein klinisches Semester in Göttingen. Die Vorlesungen von Professor Linzbach über die Pathologie von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen interessierten mich besonders.

Durch mehrere Pflegepraktika und schließlich Famulaturen wurde mein Interesse auf die Innere Medizin gelenkt. Ich fand dieses Fach besonders vielschichtig, hintergründig

und interessant. Über einen einsemestrigen Studienaufenthalt in Freiburg kam ich 1960 nach Bonn. Dort lernte ich meinen Mentor, Professor Hilger kennen, der mich als Doktorand rund um das Thema Herzminutenvolumen annahm.

5) Von der allgemeinen Inneren zur Kardiologie – was war der Grund?

Nach dem Staatsexamen 1962 in Bonn war ich zunächst als Medizinalassistent in der Inneren Medizin und Anästhesie in Bonn auf dem Venusberg, später in der Chirurgie und Gynäkologie in Iserlohn tätig. Ich wollte aber Internist werden. Dank eines DFG-Stipendiums kam ich als Assistent zu Professor Kramer, Institut für Physiologie in Göttingen, der mich später nach München mitnahm. Das war eine sehr lehrreiche Zeit mit wissenschaftlichen Arbeiten zum Salz-Wasser-Haushalt, Nierendurchblutung und Nebennierenhormonen. Professor Hilger sprach mich drei Jahre später bei seinem Besuch im Münchener Institut zum wiederholten Male an und bot mir eine Assistentenstelle in der Bonner Klinik für Innere Medizin an.

Trotz eines Angebots zur Habilitation in der Physiologie begann ich in Bonn 1967 meine Weiterbildung zum internistischen Facharzt beim Ordinarius Herrn Prof. Heymer und dem Abteilungsleiter Herrn Professor Schaede, der mich zusammen mit Professor Hilger für die Kardiologie begeisterte. Der Schwerpunkt der Kardiologie lag zu der Zeit bei den angeborenen und erworbenen Vitien u.a. auch bei Kindern. Die Veröffentlichungen von Helen Taussig weckten mein Interesse. Die spezielle Kardiologie musste aber neben der internistischen Stationsarbeit quasi nebenbei vorwiegend in der Freizeit und in Abendstunden erarbeitet werden. Mit der neuen Einschwemm-katheterdiagnostik begann ich mit Untersuchungen zum Cor pulmonale, insbesondere der primär vaskulären pulmonalen Hypertonie, meinem späteren Habilitationsthema.

In Bonn wurden aktuell erste Übersichtkoronarangiographien mit dem Paulin'schen Katheter, Blattfilmwechsler und Gidlund-Spritze zusammen mit den Radiologen Prof. Thurn und Prof. Düx. durchgeführt. Ende der Sechziger besuchte Melvin Judkins auf seiner Europareise auch Bonn und demonstrierte uns die Möglichkeiten der selektiven Koronarangiografie. Von dem Fortschritt war ich begeistert und übernahm die neue Methode sehr zum Unmut von Herrn Prof. Thurn. Als Stationsarzt betreute ich den ersten Bonner Patienten nach einer Bypass-Operation bei Prof. Senning in Stockholm.

1971 erhielt Professor Hilger den Ruf als Ordinarius für Innere Medizin und Kardiologie an die Universitätsklinik Köln, und er bat mich, ihn zu begleiten. Gemeinsam entwickelten wir die kardiologische Abteilung aus zunächst „räumlich-ärmlichen“ Verhältnissen. Thema meiner Probevorlesung zur Habilitation in Köln 1972 war die IHSS (später HOCM).

6) Als Mitarbeiter von Prof. H.H. Hilger und langjähriger Ltd. Oberarzt der Kölner Kardiologie war einer Ihrer Schwerpunkte die Schrittmacher-Versorgung der Patienten. Hierdurch wurden Sie überregional bekannt. Was war der Grund?

1972 rückte u.a. die Behandlung der Herzrhythmusstörungen immer mehr in den Fokus der Kardiologie. Mit aufwendigen Apparaturen wurden z.B. erste Langzeit-EKG-Registrierungen durchgeführt. Unter Mithilfe meiner Kollegen Dr. Hans-Karl Schulten und Dr. Otto Baldus. wurde die Schrittmacherimplantation ausgebaut.

7) In diesem Jahr jährt sich die 1. Schrittmacher-Implantation zum 60. Mal. Eine technische und medizinische Erfolgsgeschichte. Was waren die wegweisenden Entwicklungen? Wie sehen Sie hier die Zukunft?

In der Tat entwickelte sich die Schrittmachertherapie rasant. Wir hatten in Köln ein großes Einzugsgebiet zu versorgen und implantierten als Kardiologen bis zu 250 Herzschrittmacher pro Jahr. Die Lithium-Batterie bedeutete eine verlängerte Funktionszeit, die Schrittmacher wurden kleiner. Die Schrittmachersonden wurden optimiert, zunächst z.B. Kugelkopf-Elektroden, promoviert von Prof. Thalen (NL), mit verbesserter Reizschwelle und Schraubelektroden. Als Kardiologen legten wir sehr viel Wert auf eine optimale Reizschwelle. Später kamen dann die Zweikammer-Schrittmachersysteme und die antitachykarden Schrittmachersysteme dazu.

Bei der enormen Zunahme der Schrittmachertherapie als Versorgungsaufgabe lag mir daran, diese möglichst in die Krankenhäuser und besonders die umfänglichen Schrittmacherkontrollen in die seinerzeit von unseren Mitarbeitern neu gegründeten ersten kardiologischen Praxen zu verlagern.

1974 wurde die erste Arbeitsgemeinschaft „Herzschrittmacher“ gegründet. Den Gründungs- Vorstand bildeten die Profs. Sykosch, Schaldach und Donath. Anlass war zunächst die gegenseitige Information über fehlerhafte Schrittmacher, aktuell die Häufung von Sprengungen von einzelnen hermetisch verkapselten implantierter Schrittmacher mit plötzlichem Funktionsverlust, verursacht durch Quellung einer geänderten Epoxid-Füllung. 1978 habe ich als Nachfolger von Prof. Sykosch den ersten deutschen Schrittmacherkongress in Köln organisiert. Nach vier Kölner Tagungen und nachfolgenden in Freiburg, Bochum und München kam es dann später zur Fusion mit der 2007 neu gegründeten ständigen Arbeitsgemeinschaft Herzschrittmacher in der DGK mit Prof. Lüderitz. als Vorgängerin der heutigen AG Elektro-Physiologie und Rhythmologie.

Zusammen mit Professor Irnich aus Aachen, später Gießen, bauten wir ab 1979 das Deutsche Herzschrittmacherregister auf, schließlich aus Haftungsgründen als GmbH, Wir konnten mehr als 60 % aller implantierten Schrittmacher registrieren. Über die statistischen Daten hat Prof. Irnich jährlich in der Zeitschrift für Kardiologie berichtet Das mündete später in Analogie zum PTCA-Register in die Qualitätssicherung stationärer Leistungen zunächst bei der SQS und BQS in Düsseldorf, schließlich beim Aqua-Institut in Göttingen

Die klassische bradykarde Schrittmacherversorgung hat einen Sättigungsgrad erreicht. Die Miniaturisierung hat zuletzt den kleinen „wireless pacemaker“ hervorgebracht.

8) Von 1996 bis 2016 waren Sie berufspolitisch an vorderster Front im BDI tätig. U.a. leiteten Sie die Arbeitsgemeinschaft „Internisten im Krankenhaus“. Hat sich das Image des Allgemeininternisten im Krankenhaus angesichts der zunehmenden Subspezialisierung geändert?

Weil ich als Kliniker das Vertrauen der niedergelassenen Kardiologen hatte, wurde ich 1985 als Nachfolger von Prof. Rau, Köln bzw. Wiesbaden, dann Dr. Webering, Köln, zum Sprecher der Sektion Kardiologie im BDI gewählt. Nach der Wahl in den Vorstand des BDI wurde ich im Jahr 2000 zum 2. Vize-Präsident und Schatzmeister bis 2004 berufen.

Die Bedeutung der Allgemeinen Inneren Medizin ist durch die Subspezialisierung selbst innerhalb der Kardiologie in den Hintergrund getreten, was nach meiner Ansicht bedauerlich ist. Eine internistische Dominanz, insbesondere auf den Intensivstationen, halte ich auch zukünftig für eine sehr wichtige Basis und daher von großer Bedeutung für jeden Kardiologen.

9) Haben Sie sich eher als internistischer Kardiologe oder als kardiologischer Internist verstanden?

Wenn ich auf meine berufliche Laufbahn zurückblicke, dann doch eher als internistischer Kardiologe, da ich es für wichtig halte, dass die Kardiologie in die Innere Medizin eingebettet ist. Das Erlernen der internistischen und kardiologischen klinischen Untersuchungen als ärztliche Kunst ist enorm wichtig, die heute leider bei vielen Kardiologen und Internisten durch die vielfältigen technischen Möglichkeiten weniger gepflegt werden, letztere aber gezielter eingesetzt werden könnten. Das entspräche mehr dem Motto unserer Fachgesellschaften: „Klug entscheiden“.

10) Als Internist und Kardiologe genossen Sie bei Ihren Kollegen und Schülern großes Ansehen. Machte Ihnen die Patientenversorgung und Lehre mehr Spaß als die Forschung?

Ich halte die naturwissenschaftliche Forschung für die Basis einer fundierten klinischen Tätigkeit und bin dankbar für die Möglichkeiten, die ich hatte. Klinik, Lehre und Forschung, in dieser Reihenfolge habe ich versucht, die vielfältigen Aufgaben „unter einen Hut zu bringen“.

11) Während Ihrer Zeit als Chefarzt am Städtischen Krankenhaus Solingen von 1985 bis 2001 ist es Ihnen gelungen, eine hervorragende Kardiologie dort aufzubauen. Gab es dabei Schwierigkeiten?



1985: Chefarzt auf der Intensivstation

Mit fast 50 Jahren bin ich gerne nach Solingen gegangen, um dort eine kardiologische Abteilung aufzubauen. Ich habe mich mit den Kollegen der Abteilungen Gastroenterologie und der Nephrologie sehr gut verstanden. Als ich nach Solingen kam, hatte ich eine rein internistische Station vorgefunden. Dank der Zusage für ein Herzkatheterlabor und Dank exzellenter Mitarbeiter und Unterstützung durch die Verwaltung ist es rasch gelungen, eine qualifizierte Kardiologische Klinik und Intensivstation für Innere Medizin aufzubauen.

12) Kollegialität und Fairness gegenüber anderen Kollegen, aber auch Empathie für die Patienten werden als wesentliche Charakterzüge von Ihnen genannt.

Neben der Patientenversorgung war mir die Weiterbildung des internistischen Assistenten sowie die Betreuung der PJ-Studenten ein Anliegen. Ich habe mich immer bemüht, meine Mitarbeiter stets auf Augenhöhe zu betrachten und ihren Einsatz wertzuschätzen.

13) Was empfehlen Sie heute einem angehenden Internisten, und insbesondere Kardiologen – angestellt im Krankenhaus oder selbständig?

Er oder sie sollte stets auf eine gute klinische Ausbildung achten. Wegen der heute üblichen Gestaltung des Privatlebens kann ein Angestelltenverhältnis im Krankenhaus oder MVZ günstiger sein als eine selbständige Tätigkeit. Der Entschluss zu einer Niederlassung sollte nicht zu früh ohne eine qualifizierte abgeschlossene fachärztliche Ausbildung und erst mit viel (!) Erfahrung gefasst werden.

14) Die 2 Highlights Ihres Berufslebens?

Damals in München, während meiner nephrologischen, wissenschaftlichen Tätigkeit, die Entscheidung für die Kardiologie und die Wahl zum Chefarzt der Kardiologischen Abteilung am Städtischen Krankenhaus Solingen 1985.

15) Wie sieht der Alltag eines kardiologischen Chefarztes im Ruhestand heute aus? Haben Sie Hobbies?



Treffen mit ehemaligen Mitarbeitern 2017

In meiner Freizeit war ich begeisterter (Charter-)Segler. Viele Jahre nach meiner Pensionierung habe ich noch vielfach ehrenamtlich im Umfeld der Medizin gearbeitet. Gefühlt bin ich dadurch in der Medizin auf einem relativ aktuell Stand, lernte neue Themen und Kolleginnen kennen und habe manche Freunde dadurch gewonnen.

16) Seit 2011 leiten Sie Seminare zu medizinisch-ethischen Themen (Österberg-Seminare). Mangelt es heute daran aufgrund des zunehmenden ökonomischen Drucks?

Das geht zurück auf meine Kontakte in meiner studentischen Verbindung, Die von mir bisher veranstalteten 10 „Seminare Medizin auf dem Österberg“ standen unter dem Generalthema „Ärztliche Entscheidungen in Grenzsituationen“ Die Einzelthemen, Programme und Berichte sind im Internet einsehbar und betrafen viele Fachbereiche der Medizin. Zur Finanzierung der Seminare durch Vereinsbeiträge ohne gewerbliche Sponsoren gründeten wir ehemaligen Corpsstudenten 2017 den gemeinnützigen Verein „Alumni Wissenschaft und Praxis Tübingen“ den ich bis Ende 2021 als Vorsitzender leitete.