

Zeitzeugeninterview Prof. Ulrich Sigwart

An einem herbstlichen Oktobertag 2025 verabredeten Ulrich Sigwart und ich uns zum gemeinsamen Gespräch.

Wenn man sich die beruflichen Stationen von Ulrich Sigwart vor Augen führt, so stellt er den Prototyp eines „European Cardiologist“ dar. Es gibt nur wenige international anerkannte Kardiologen mit dieser Vielfalt an beruflichen Stationen. Dabei ist er mit seinen 84 Jahren erstaunlich vital.

- 1) *Ihr Geburtsort ist Wuppertal. Aber die ersten Jahre der Kindheit verlebten Sie im Schwarzwald. Wie kam es dazu?*

Meine Mutter stammte aus Wuppertal; das war wohl der Grund dafür, dass ich in Wuppertal geboren wurde. Nach dem unerklärlichen Tod meines Vaters im März 1942 – er war Chemiker bei IG Farben, jetzt Bayer Werke, in Leverkusen, und offener Gegner des nationalsozialistischen Regimes – zog meine Mutter mit uns Kindern in ein verwünschtes Dorf im Schwarzwald, um uns Kinder vor dem Krieg und der Vergangenheit zu schützen.

- 2) *Sie hatten mehrere Geschwister. Sind Sie der einzige Mediziner?*

Meine ältere Schwester, Medizinerin, hat mich sicher beeinflusst, Medizin zu studieren. Ursprünglich gingen meine Gedanken eher in Richtung Tiermedizin, aber auch Berufspilot stand auf dem Plan (ich war begeisterter Segelflieger seit dem Alter von 15 Jahren). In der Schulzeit waren Philosophie und Theologie die beliebtesten Fächer. Daneben war ich ein begeisterter Bastler...

- 3) *Nach Staatsexamen und Approbation (1967 in Münster) begannen Sie die medizinische Ausbildung in Lörrach. Jedoch nur kurz, dann wechselten Sie in die USA nach Framingham bei Boston. Wieso?*

Da meine Mutter im Alter gleich an der Schweizer Grenze lebte, war es naheliegend, im Krankenhaus in Lörrach die Medizinalzeit zu starten. Da fand ich die Ausbildung zum Internisten besonders interessant und erstrebenswert.

Nach der Medizinalassistentenzeit wechselte ich dann in die USA nach Framingham in der Nähe von Boston, wo ich schon einmal als Medizinstudent gewesen war. Das Framingham Union Hospital war damals durch die Framingham-Studie bekannt geworden. In Framingham kam unsere erste Tochter zur Welt.

- 4) *In den folgenden Jahren wechselten Sie auffällig häufig Ihre Ausbildungsstätten: zunächst Houston (USA), dann Zürich, danach OA in Bad Oeynhausen (bis 1979). Dabei erkennt man stets Ihren Drang nach invasiver Kardiologie. Warum löste die junge Disziplin der invasiven Herzdiagnostik so eine Begeisterung bei Ihnen aus?*

Als junger Assistent in einem der führenden Herzzentren (Houston) wurde ich mit der invasiven Kardiologie vertraut gemacht. Ich durfte bereits nach einigen Wochen zahlreiche Herzkatheter Untersuchungen eigenhändig durchführen und erreichte damit eine gewisse Kompetenz in der invasiven Diagnostik. Nach Rückkehr aus den Vereinigten Staaten ging ich ans Universitätsspital Zürich, wo ich allerdings in der Kardiologie lediglich Stationsdienst ableisten durfte.

Das änderte sich, als ich in Bad Oeynhausen unter der Leitung von Ulrich Gleichmann die Verantwortung für die invasive Diagnostik am neugegründeten Herzzentrum übernehmen durfte. Daraus ergab sich letztendlich auch mein Habilitationsthema an der Universität Düsseldorf "Die Computer-Auswertung von Herzkatheterdaten".

Als ich 1978 einige Monate nach der ersten Ballondilatation durch Andreas Grüntzig in Zürich diese Methode in Bad Oeynhausen einführte, erregte dies den Unwillen der Kardiologen in einer benachbarten Universitätsklinik, die mir größte Vorwürfe machten und mir mit einem Prozess drohten. Das war einer der Gründe die mich veranlassten Bad Oeynhausen Richtung Schweiz (Lausanne) und später London (Royal Brompton Hospital) zu verlassen.

- 5) *Die invasive/interventionelle Kardiologie waren Ihr wichtigstes Betätigungsfeld: Stentimplantationen (1984), ASA TASH (1994) – war das geplant? Gab es, wie häufig, viele Hürden zu überwinden?*

Die zuvor genannten Umstände führten dazu, dass ich erst in Lausanne, später dann in London die invasive Kardiologie so betreiben konnte, wie ich es mir vorstellte und wünschte. Ich fand es eben ausgesprochen wichtig und für den betroffenen Patienten sehr nützlich, das junge Gebiet der Koronarintervention durch die Implantation einer Unterstützungsstruktur (Stent) zu erweitern, auch wenn es zu dieser Zeit bei weitem nicht den Standard von heute hatte. So wurden die ersten Stents 1976 bei Restenosen und akuten Verschlüssen nach Katheterinterventionen in Lausanne implantiert.

Das sogenannte ASA- oder TASH-Verfahren bei der hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie (HOCM) bedeutete eine Myokardnekrose, oder besser: Kolliquation durch Alkoholinstitution, und gründete auf meiner Beobachtung, dass in der Systole ein großer erster Septalast komprimiert wird, wie wir bei der Kontrastmitteldarstellung erkennen konnten.

Anfang der 70-er Jahre stellte ich fest, dass während einer Ballonokklusion des Septalastes der Gradient in wenigen Sekunden verschwindet. Und so reifte in mir die Idee, diesen ersten Septalast bei der HOCM mittels Alkoholinjektion (ASA / TASH) zu veröden.

Das Projekt wurde jedoch auf Eis gelegt bis zehn Jahre später das Ethikkomitee in London grünes Licht dazu gab.

Die in jüngster Zeit verfügbaren, sogenannten Myosin-Inhibitoren für die hypertrophen Kardiomyopathien haben die Behandlungsstrategien der hypertrophen Kardiomyopathien grundsätzlich und wesentlich verändert. Es wird sich jetzt zeigen müssen, ob diese neuen Medikamente, wie z.B. Mavacamten, das halten, was sie versprechen. Ich denke aber, dass die therapeutischen Möglichkeiten wie bei der Septalast-Verödung dadurch nicht verdrängt werden. Schließlich handelt es sich ja um eine sehr teure dauerhafte Behandlung durch die Medikation im Gegensatz zu einer Akutbehandlung zur Überwindung der Obstruktion durch die Katheter-Ablation.

- 6) *Auffällig in Ihrer medizinischen Vita ist, dass Sie nicht nach der Ausbildung eine Direktorenstelle einer Universitätskardiologie bekleideten. Gab es dafür Gründe?*

Dieser „klassische“ Werdegang eines habilitierten Kardiologen führte dazu, dass die Direktoren- oder Chefarztstelle verbunden war mit reichlich Administration. Anfang der achtziger Jahre in Lausanne war ich verantwortlich für die Universitätskardiologie in Lausanne und in London für die invasive Kardiologie am Royal Brompton Hospital in London. Die administrativen Aufgaben hielten sich in Grenzen. Meine letzten Jahre vor der Pensionierung hatte ich die leitende Position an der Universitätsklinik Genf; hier gab es vielleicht doch ein wenig mehr Administration.

- 7) *Spiegelte Berufspolitik während Ihrer Zeit für Sie eine Rolle? Wie war Ihr Verhältnis zu den benachbarten Disziplinen, insbesondere Herzchirurgie?*

Mein Verhältnis zu den benachbarten Disziplinen, insbesondere den Herzchirurgen, war durchweg ausgezeichnet. Wir haben zahlreiche Interventionen gemeinsam durchgeführt und keine Konkurrenzgedanken gefördert, sowohl in Lausanne als auch in London und Genf.

Ich war immer der Meinung, dass Kardiologie und Herzchirurgie zu einem Department „Kreislauf“ fusionieren sollten.

Das Problem ist und bleibt die Tatsache, dass Innere Medizin und Chirurgie ihre Zöglinge nicht abgeben wollen.

- 8) *Viele junge Kardiologen sind zu Beginn ihrer beruflichen Ausbildung unsicher, ob sich klinische und wissenschaftliche Tätigkeit verbinden lassen. Was ist Ihre Meinung dazu?*

Ich persönlich habe mich immer mehr als praktisch tätigen Kardiologen verstanden. Ich denke, dass sich für junge Kardiologen dies mit einer Portion wissenschaftlicher Tätigkeit vereinigen lässt. Schwierig ist es, wenn es sich um labortechnische Arbeiten handelt, die langwierig sind.

Die Entscheidung für oder gegen eine wissenschaftliche Betätigung muss allerdings früh fallen und ist nicht leicht zu treffen. Man muss es mit sich und seinem persönlichen Umfeld ausmachen.

- 9) *Zurückblickend können Sie voraussichtlich sehr zufrieden sein mit Ihrem kardiologischen Lebensweg. Das haben auch viele Kardiologen weltweit anerkannt. Zu Recht erhielten Sie in diesem Jahr die ESC-Goldmedaille. Was würden Sie aus heutiger Sicht anders gemacht haben?*

Rückblickend bin ich überaus dankbar für die faszinierende Tätigkeit als interventioneller Kardiologe. Ich kann mir keine schönere Tätigkeit vorstellen.



Prof. Sigwart (rechts) erhält
2025 die ESC-Goldmedaille

- 10) *Sie haben in den vielen Berufsjahren in verschiedenen Ländern gelebt und gearbeitet. Wenn Sie die beruflichen Chancen für junge Kardiologen in Deutschland vergleichen mit den Bedingungen in anderen Ländern: wie ist Ihre Einschätzung? Positiv für Deutschland?*

Die beruflichen Chancen für junge Kardiologen sind in allen europäischen Ländern ähnlich.

Grundsätzlich sicher gut, aber auch verbunden mit einer hohen Arbeitsdichte.

- 11) *Wie sieht der Alltag von Ulrich Sigwart 2025 aus? Sport? Hobbies?*

Früher war ich passionierter Skifahrer / Skilehrer und Hobbypilot. Diese Aktivitäten habe ich aufgegeben.

Meine Familie einschließlich der vier Kinder und sechs Enkelkinder bedeuten mir viel. Wir haben eine Stiftung geschaffen (Jonas-Foundation), die Kinder in verschiedenen Ländern über musikalische Tätigkeiten unterstützt.

Daneben reisen meine Frau und ich gern immer wieder in andere Länder, Seit der ersten Covid Infektion habe ich meine ärztliche Tätigkeit stark eingeschränkt, sehe aber gelegentlich immer noch treue Patienten.

- 12) *Zusammen mit Ihrer Ehefrau Christine, mit der Sie seit 1967 verheiratet sind, haben Sie vier Kinder. Gibt es Mediziner darunter?*

Meine älteste Tochter hat einen Herzchirurgen geheiratet und eines meiner Enkelkinder ist Mediziner. Meine Frau war früher im medizinischen Labor tätig.

- 13) *Welches sind die zwei Highlights Ihres beruflichen Lebens gewesen?*

Die beiden Highlights waren die erste Stentimplantation bei einem akuten Verschluss nach Koronardilatation und die erste Alkoholablation bei einer massiven hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie; beide Patientinnen haben noch viele schöne Jahre gelebt.