

Zeitzeugeninterview Prof. Dr. med. Ulrich Gleichmann

(23.06.2022)

Von der Kardiologischen Klinik im Staatsbad zum Universitären Herz- und Diabetes-Zentrum

An einem heißen Sommertag diskutierte ich mit Professor Ulrich Gleichmann im Garten unterm Sonnenschirm die Anfänge des HDZ-NRW in Bad Oeynhausen.

- 1) *Sie wurden 1933 in Berlin geboren. Wie lebte die Familie Gleichmann? Hatten Sie Geschwister? Waren die Eltern Mediziner?*

Mein Vater war Internist mit gastroenterologischem Schwerpunkt an der Charité und wurde 1935 Chefarzt im Stadtkrankenhaus in Landsberg/Warthe in der Neumark. Meine Mutter hatte auch Medizin studiert, ihr Vater war niedergelassener Arzt in Hannover. Während der Kriegsjahre war sie im Krankenhaus-Stationsdienst tätig. Im eiskalten Januar 1945 flüchtete sie mit meinen zwei jüngeren Geschwistern zunächst nach Thüringen, der Heimat meines Vaters. Dieser war noch zum Volkssturm eingezogen, ihm gelang später auf abenteuerlichen Wegen die Flucht vor den Russen und aus amerikanischer Gefangenschaft nach Thüringen. Mein älterer Bruder und ich trafen dort aus dem Internat Schulpforta bei Naumburg ein. Wir erlebten den Einmarsch der amerikanischen Truppen. Als wenige Wochen später bekannt wurde, dass Thüringen zur russischen Zone gehören würde, flüchtete die Familie ein 2. Mal, diesmal nach Hannover. Dort war meine Mutter später als praktische Ärztin und mein Vater als Internist tätig.

- 2) *1952 nahmen Sie in Göttingen das Medizinstudium auf. Wie kam es zu dieser Wahl?*

Das elterliche Vorbild brachte mich trotz der damaligen unsicheren Aussichten für den Arztberuf zum Studium nach Göttingen, München und Freiburg.

- 3) *Von 1962 bis 1973 waren Sie enger Mitarbeiter von Prof. Loogen in der Kardiologie in Düsseldorf. Warum entschlossen Sie sich, Kardiologe zu werden?*

Nach dem Staatsexamen 1957 in Freiburg wechselte ich an das Physiologische Institut der Universität Köln zu Professor Max Schneider und begann eine tierexperimentelle Doktorarbeit. Es ging um die Frage, ob sich das Herz länger als das Gehirn nach einem Kreislaufstillstand wiederbeleben lässt, was damals unbekannt war.

Danach wechselte ich an das Physiologische Institut der Uni Kiel und entwickelte dort neue Methoden zur Messung des Sauerstoff- und des Kohlendioxidpartialdruckes im Blut und auf dem Gewebe. Damit konnten mein Lehrer D.W. Lübbers und ich zusammen mit G. Thews/Kiel und dem Neurophysiologen D.H. Ingvar an der Universität Lund/Schweden tierexperimentell neue Grundlagen der Hirndurchblutung entwickeln. Ich hatte danach die besten Voraussetzungen für eine akademische Laufbahn in der Physiologie. Mich interessierte aber die klinische Medizin. Assistenzarztstellen waren damals rar.

Über eine Forschungsstelle in der Düsseldorfer Kardiochirurgie der damaligen Medizinischen Akademie bei Prof. Dr. E. Derra gelang mir 1960 der Einstieg in die klinische Medizin. Dort war eine der ersten Herz-Lungen-Maschine im Einsatz und ich konnte die neuen Methoden und meine physiologischen Kenntnisse bei den damaligen ersten Operationen von Kindern mit angeborenen Herzfehlern erfolgreich einsetzen. Aber ich wollte Internist werden und konnte nach Abschluss der damaligen zweijährigen Medizinalassistenten-Zeit Anfang 1962 an die 1. Medizinischen Klinik unter Leitung von Prof. Dr. F. Grosse-Brockhoff wechseln. PD Dr. F. Loogen führte damals als Oberarzt die kardiologische Abteilung der Klinik. Erst 1969 wurde die Kardiologie mit dem Lehrstuhl für Professor Loogen selbständig. Ich war sein 1. Habilitant. Damals konnten Internisten erstmals die Zusatzbezeichnung Kardiologie erwerben. Aber für Kardiologen gab es außerhalb der Universitäten keine Chefpositionen an Krankenhäusern.

- 4) *1973 wurden Sie zum Direktor des Gollwitzer-Meier-Instituts in Bad Oeynhausen gewählt. Sie begaben sich direkt daran, eine invasive Kardiologie aufzubauen. War Ihnen die Bedeutung dieser Entwicklung bewusst?*

Es war die Zeit der langen Wartelisten für kardiologische und kardiochirurgische Versorgung. 1973 betragen die Wartezeiten viele Monate („Tod auf der Warteliste“). Das damalige Gollwitzer-Meier-Institut (GMI) gehörte als balneologisches Institut zum Staatsbad in Bad Oeynhausen. Zuständig war das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) in Düsseldorf. Ich wurde vom Ministerialdirigent Schauerte beauftragt, ein Gutachten zur Weiterentwicklung des GMI zu einer kardiologischen Einrichtung zu erstellen. Als dort mein Vorgänger, Prof. Dr. L. Delius altersmäßig auschied, wurde mir die Direktorenstelle angeboten.

Das GMI hatte damals eine lose Verbindung zur Universität Münster. Wie sollte in Bad Oeynhausen aber eine neue Kardiologie entstehen? Dazu gab es kein Vorbild. Die Entscheidung für Oeynhausen fern -einer Universität- war ein Sprung in das kalte Wasser mit unsicherer Zukunft, die ich als damals 39jähriger Familienvater als Herausforderung annahm.

Mit meinen ersten kardiologischen Mitarbeitern H.M. Mertens, der aus der Nähe von Bad Oeynhausen stammte, und Ulrich Sigwart, der aus der Züricher Kardiologie kam, und einem Kooperationsvertrag mit Siemens zur Weiterentwicklung der radiologischen

Technik und der Digitalisierung der physiologischen Messmethoden im Katheterlabor, gelang die Startphase erfolgreich.

Das GMI wurde umgebaut, ein Katheterlabor eingerichtet, die Bettenzahl von 70 auf etwa 100 vergrößert und koreanische Schwestern erfolgreich angeworben. Es gelang uns schnell, eine qualitativ hochwertige Kardiologie aufzubauen, ohne aber den Reha-Gedanken, der bis 1973 vorherrschte, aus dem Blick zu verlieren. Zuweisungen von Patienten kamen vorwiegend aus dem Ruhrgebiet. Wir steigerten schnell die diagnostischen Herzkatheteruntersuchungen und schickten mehr als 500 Patienten/Jahr in verschiedene Kardiochirurgische Kliniken im In- und Ausland zur OP. Außerdem machten wir schon 1979 erfolgreich erste Koronardilatationen, kurz nach der ersten Präsentation von A. Grüntzig während der AHA-Meetings in Anaheim. Die wissenschaftlichen Aktivitäten gerieten dabei nicht aus dem Blickfeld. Die rasche und positive Entwicklung der Kardiologie am Gollwitzer-Meier-Institut wurde bekannt. So erreichte mich 1978 der Ruf auf den kardiologischen Lehrstuhl der Universität Freiburg (Nachfolge Prof. Dr. H. Reindell). Ich verhandelte lange und war 1979 zum Wechsel nach Freiburg bereit.

5) *Wie kam es zur Gründung des Herz-Diabetes-Zentrums (HDZ) 1984?*

Als ich meine Entscheidung für Freiburg im Frühjahr 1979 persönlich dem zuständigen Ministerialdirigenten Schauerte im MAGS in Düsseldorf mitteilte, bekam ich ein Bleibeangebot zur Errichtung eines Herz-Zentrums in Bad Oeynhausen. Für mich wurde dieses Angebot zur zweiten schwierigen beruflichen Lebensentscheidung.

Das Land NRW hatte die Notwendigkeit zur Errichtung weiterer kardiologisch-kardiochirurgischen Kliniken zur besseren Versorgung der Bevölkerung erkannt und die Finanzierung eines neuen Herzzentrums bereits gesichert. Die geplante Errichtung in Düsseldorf als außer-universitäre Klinik war gescheitert. Ein Bauplatz neben der seit 1963 in Bad Oeynhausen bestehenden Diabetesklinik führte 1979 zur Gründung des Herz- und Diabeteszentrums NRW. Es wurde eine Krankenhaus-Betriebsgesellschaft gegründet, damals zu 50 % getragen vom Land NRW und zu 50 % vom Trägerverein der Diabetes-Klinik. Dadurch waren kurze Entscheidungswege unabhängig vom Landeshaushalt gesichert. Bereits Ende 1984 bezogen wir das HDZ-NRW.

6) *Im HDZ Bad Oeynhausen waren über Jahre herausragende Persönlichkeiten tätig, wie z.B. H. Mannebach, H. Seggewiss, D. Faßbender oder H.M. Mertens. Das HDZ erlangte einen weltweiten Ruf. Worauf legten Sie bei der Auswahl und Förderung von Mitarbeitern besonderen Wert?*

Ich achtete darauf, dass die Bewerber eine ausreichende internistische Vorbildung hatten. Waren sie nicht promoviert, wurden sie gedrängt, eine Dissertation zu schreiben. Es gab keine Limitierung der Dienstjahre, alle waren für eine exzellente, qualitative Kardiologie hochmotiviert. Wichtig war mir immer neben guter Bezahlung ein guter

Teamgeist mit klarer Zuordnung von jeweiliger Verantwortung für einen Funktionsbereich. Deswegen blieben auch die Oberärzte langjährig. Ständige Bereitschaft und Anregung zur Einführung neuer Techniken, ständige Fortbildungsveranstaltungen für mich selbst und meine Mitarbeiter und eine flache Hierarchie trugen zum Erfolg bei.

- 7) *Mit Unterstützung durch Ihre Ehefrau Sigrid verloren Sie nie die Bedeutung einer gesunden Lebensführung für die kardiovaskulären Herzkrankheiten aus den Augen. Sie waren Mitbegründer der AG „Prävention“ 1979, leiteten wiederholt Gesundheitsforen 1981 sowie zahlreiche Arzt- und Patientenseminare.*

Der Präventions-Gedanke war mit den Erkenntnissen des Risikofaktoren-Konzeptes (Rauchen, Cholesterin, Hochdruck, Adipositas) in den Jahren des GMI entstanden und wurde unser ständiger Begleiter für unsere Patienten und uns selbst. Für die meisten Kardiologen in Deutschland und auch in der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und ihren Tagungen galt die Beschäftigung mit primärer Prävention als „arme Leute Kardiologie“ für diejenigen, die keinen Zugang zu den vielen neuen kardiologischen Techniken hatten. Lediglich die sekundäre Prävention nach Infarkt im Rahmen eines Reha-Verfahrens wurden akzeptiert und Rauchen als Hauptrisikofaktor.

Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) war eine Gemeinde-orientierte, multizentrische Interventionsstudie mit dem Ziel der Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren und der Herz-Kreislauf-Mortalität über 8 Jahre (1984-1992). Sie kostete etwa 80 Mio. DM. Kein Kardiologe war beteiligt. Ich konnte meine klinischen Erfahrungen als Vorsitzender des internationalen Beirates einbringen. In Oeynhausen gehörte die Prävention zur klinischen Aus- und Weiterbildung, was auch nach meinem Ausscheiden weiterhin galt. Durch meine Funktion in der Arbeitsgruppe Sportmedizin bekam auch dieser Präventionsaspekt eine wichtige Bedeutung. Mein Mitarbeiter Dr. K.P. Mellwig machte unter meinem Nachfolger Prof. Dr. D. Horstkotte die Sportkardiologie in Bad Oeynhausen international durch die Betreuung der Deutschen Handball-Nationalmannschaft bekannt. Er war auch unter meiner Leitung an der sehr frühen Einführung des HELP-Verfahrens zur Behandlung familiärer Hypercholesterinämien in den klinischen Alltag entscheidend beteiligt.

- 8) *Obwohl Sie zusammen mit ihren Mitarbeitern G. Trieb und H.M. Mertens ein Buch über die Rolle verschiedener Antiarrhythmika herausgegeben hatten, spielte die elektrophysiologische Diagnostik und Therapie interessanterweise in Bad Oeynhausen keine große Rolle. Woran lag das?*

Mir war klar, dass dieses Terrain der Rhythmologie ein sehr großes Feld im Rahmen des Aufgabengebietes des HDZ-NRW sein würde. Aber das konnten wir nicht alles gleichzeitig schaffen. Die Elektrophysiologie hatte in den 1970er und 1980er Jahren nicht die große Bedeutung, die sie heute hat. Sie war für die Schrittmacher-Therapie wichtig. Während der Jahre in der Gollwitzer-Meier-Klinik leiteten wir His-Bündel-EKGs

ab und implantierten Herzschrittmacher. In den 1980er Jahren dominierten die Weiterentwicklungen in der Echokardiographie, der Koronardilatation und die Entwicklung neuer Katheter-Verfahren wie Mitralvalvuloplastie und der Therapie der hypertrophen Kardiomyopathie (HOCM). Mein Mitarbeiter Dr. J. Vogt betreute in den 1990er Jahren das erste eigenständige Katheterlabor für Elektrophysiologie. Deren große Zeit begann aber erst nach der Jahrtausendwende. Heute hat das HDZ-NRW eine eigene Klinik für Elektrophysiologie/Rhythmologie verbunden mit einem eigenständigen Lehrstuhl für Klinische Elektrophysiologie in der Uni-Bochum.

9) *In Ihrer Vita vermisst man nationale und internationale berufspolitische Aktivitäten und Auszeichnungen trotz Ihrer angesehenen und hochrangigen Position. Was war der Grund?*

Ich war von 1980-1990 Mitglied der Kommission für Klinische Kardiologie, davon fünf Jahre (1985-1990) als Vorsitzender. Während dieser Zeit bekam die Kommission eine zunehmende Bedeutung bei der jährlichen Erhebung der Herzkatheter-Leistungszahlen und der Entwicklung von Leitlinien (s. dazu Publikation mit G. Breithardt und G. Arnold, *Kardiologie* 2015, 9:182-186). In der European Society of Cardiology leitete ich zusammen mit H. Kesteloot/Leuven die damalige Arbeitsgruppe Mechanographic Methods.

Außerdem war ich in den 1980er und in den frühen 1990er Jahren acht Jahre im Vorstand der Deutschen Hochdruckliga, vier Jahre davon als Stellvertreter des Vorsitzenden. Die Hypertonologie war damals von Nephrologen dominiert und bei den damaligen jährlichen Empfehlungen zur Therapie der Hypertonie fehlten jegliche Hinweise auf andere Risikofaktoren. Das hat sich seitdem deutlich geändert. Mein Mitarbeiter Dr. S. Eckert war bei der klinischen Kontrolle der damals neuen oszillometrischen Blutdruckmessgeräten im Herzkatheterlabor und der klinischen Einführung dieser Geräte wesentlich beteiligt. Auch meine aktive Teilnahme an der damaligen „Cholesterin-Initiative“ und die Entwicklung der PROCAM-Studie zusammen mit Prof. Dr. G. Assmann/Münster band Kräfte in einer Zeit, in der die Bedeutung und die erforderliche medikamentöse Therapie des Cholesterins als Risikofaktor der Atherosklerose auch von Kardiologen noch angezweifelt wurde. Meine Tätigkeit in der Arbeitsgruppe Sportmedizin wurde schon erwähnt. Außerdem war ich Direktor einer Kardiologischen Klinik, die mit 110 Betten erheblich größer war als die der üblichen universitären kardiologischen Abteilungen. In dieser Situation wollte ich mich nicht mit dem Aufwand zusätzlicher Präsidenschaften belasten. 2008 wurde ich zusammen mit Prof. Dr. Körfer von der Stiftung Westfalen-Initiative/Münster in die Ehrengalerie aufgenommen.

10) *Das HDZ-NRW zählt heute zu den weltweit führenden Herzzentren. Sind Sie zufrieden mit der Entwicklung? Wie schätzen Sie die Zukunft ein?*

Das HDZ-NRW hat nicht nur große kardiologische, diabetologische und kardi-chirurgische Kliniken, sondern auch eine eigenständige Klinik für angeborene Herzfehler

im Kindes- und Erwachsenenalter. Auch eine große nuklearmedizinische Abteilung mit eigenem Zyklotron zur Herstellung diagnostischer nuklearmedizinischer Substanzen und eine große Laborabteilung mit einer sehr großen eigenständigen Blutbank gehören dazu. Das HDZ kooperiert eng mit dem benachbarten Stadt Krankenhaus. Ein so großes Herz- und Diabeteszentrum außerhalb einer Universitätsstadt benötigt für seine weitere Entwicklung nicht nur eine ständige, apparative und räumliche Erneuerung, sondern auch exzellente Mitarbeiter. Die Anbindung an eine Universität war deswegen unser ständiges Ziel. Die Eingliederung als auswärtige Universitätsklinik in das „Bochumer Modell“ gelang uns 1989 nach einer ausgiebigen Begehung durch eine klinische Bochumer Kommission. Dabei spielte eine Rolle, dass nicht nur ich selbst, sondern auch mein kardiochirurgischer Kollege Prof. Dr. R. Körfer einen Ruf auf einen Lehrstuhl seines Fachgebietes anderenorts abgelehnt hatten.

Diese Integration in das „Bochumer Modell“ wurde ein Erfolgsmodell für alle Beteiligten. Sie wurde in jüngster Zeit auch zum Vorbild für die Integration weiterer Kliniken des Mindener und des Herforder Klinikums als Bochumer Universitätskliniken mit der Ausbildung weiterer medizinischer Studienplätze in Ostwestfalen.

Zur Verstärkung der Verbindungen mit der Bochumer Medizinischen Fakultät gründete ich nach meinem Ausscheiden aus der klinischen Tätigkeit zusammen mit meiner Frau Dr. Sigrid Gleichmann die Stiftung „Kardiologie 2000“ zugunsten der Bochumer Medizinischen Fakultät und zur Erinnerung an die Pioniertat von Werner Forßmann 1929. Sie verleiht in größeren Abständen den Forßmann-Preis verbunden mit der Bronzeplastik „Herzpionier“ des Künstlers Otmar Alt.

Das HDZ-NRW mit etwa 2400 Mitarbeitern hat alle Voraussetzungen, auch in Zukunft erfolgreich zu bleiben. Das dicht besiedelte Ostwestfalen mit vielen Hidden-Champions in der Industrie, vielen anderen Kliniken, reichem Kulturangebot, wunderbarer Landschaft und noch akzeptablen Preisen im Wohnungsmarkt sind zusätzliche Argumente für eine Tätigkeit in diesem Raum.

11) *Zur Prävention von vaskulären Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist eine gesunde Lebensführung mit entsprechender Ernährung und körperlicher Bewegung von herausragender Bedeutung. Der messbare Erfolg ist bisher mäßig. Woran liegt das?*

In den Hunger-Jahren nach dem 2. Weltkrieg gab es kaum Übergewicht, keinen Diabetes Typ II und keine Herzinfarkte. Erst die 1950er und 1960er Jahre mit zunehmendem Lebensmittelangebot, genügend Geld zum Erwerb eines PKW und für den Nikotinabusus machten aus der anfänglichen sogenannten Manager-Erkrankung eine Erkrankung auch weiterer Bevölkerungsschichten. Deswegen wurden in der aufwendigen, oben erwähnten Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie (DHP) in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln Gemeinde-orientierte Interventions-Techniken entwickelt. Wir kennen also die Ursachen und die Techniken zur Bekämpfung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen genau.

Die Umsetzung von präventiven Maßnahmen mit bewusstem Essen und regelmäßiger körperlicher Aktivität und oft früh beginnender medikamentöser Therapie setzt jedoch eine individuelle Motivation und Vorbilder voraus. Das ist extrem schwierig, besonders im höheren Lebensalter. Die meisten Menschen vertrauen auf die technischen und medikamentösen Fortschritte beim Auftreten eines kardiovaskulären Notfalls. Dass es mit Einbeziehung neuer Medien (Social Media) zukünftig besser gelingen wird, glaube ich nicht.

12) Welches sind die zwei Highlights Ihres Medizinerlebens?

1. Dass es mir gelungen ist, nach der kardiologischen Lehrzeit unter Professor Loogen in Düsseldorf aus einer außer-universitären Kardiologischen Klinik im damaligen Staatsbad Bad Oeynhausen entgegen vielen Zweiflern ein renommiertes universitäres Herz- und Diabetes-Zentrum aufzubauen, das zum Vorbild für die Gründung auch anderer, auch ostwestfälischer Uni-Kliniken wurde.
2. Die mehr als 50jährige Partnerschaft mit meiner Frau Sigrid Gleichmann, die mich bei der Entwicklung und Einführung von Präventionskonzepten stets kompetent unterstützte.

13) Trotz Ihres hohen Lebensalters wirken Sie agil und lebensfroh. Wie machen Sie das? Haben Sie Hobbies?

Ich habe früh damit begonnen, die Präventionsregeln einschließlich der medikamentösen Therapie auf meine eigene Lebensführung zu übertragen. Ich habe das Interesse an der weiteren Entwicklung der Kardiologie nicht verloren und bin noch Mitglied der wissenschaftlichen Ethikkommission im HDZ-NRW. Meine Hobbies habe ich schon lange vor meinem altersentsprechenden Ausscheiden (1998) aus der Klinik gepflegt. Während eines privat finanzierten Sabbaticals in London (2010/11) habe ich als „Retired Fellow of the Royal Society of Medicine“ über die Beziehungen von kardiovaskulären Risikofaktoren und Langlebigkeit geforscht.

Ich war immer sportlich aktiv. Ich bin mit der Familie viel gewandert, z.B. im Südschwarzwald, wo wir nach der Absage für Freiburg ein Ferienhaus hatten. Geliebt habe ich den Skilanglauf mehr als den alpinen Skilauf. Ich fahre gern Rad, früher Rennrad oder Mountain-Bike, heute E-Motion. Mindestens einmal in der Woche mache ich eine kleine Golf- oder Nordic-Walking-Runde. Mein lebenslanges Hobby Leica-Fotografie begleitet mich auch bei Opernbesuchen (nicht nur in Salzburg oder Bayreuth) und Fernreisen, besonders solche mit meinem Geländewagen auf Wegen, die man sonst nicht erreicht, zuletzt im Mai 2022 in der Haute Provence.

14) *Was würden Sie heute einem angehenden Kardiologen oder einer Kardiologin mit auf den Weg geben?*

1. Lege Wert auf eine gute medizinische und kardiologische Aus- und Weiterbildung einschließlich der Prävention.
2. Vergiss nie, dass ärztliche Tätigkeit Empathie verlangt und auch ein Service-Beruf mit außergewöhnlichen zeitlichen Belastungen und besonderen Erwartungen seitens der Patienten ist.