



Historisches aus der Kinderkardiologie

Pioniere der Herzmedizin-- Gerald Graham (27.6.1918–21.2.2017) war einer der Pioniere der europäischen Kinderkardiologie. In den 1950er- und 1960er-Jahren pilgerten viele Kollegen aus Europa und der ganzen Welt zu ihm in die „Great Ormond Street“ in London. Ein Interview von 2009 zeigt sein bewegtes Leben.

INTERVIEW GEFÜHRT VON PROF. ANGELIKA LINDINGER, DGPK-PRESSESPRECHERIN



Prof. Dr. Gerald Graham war nach dem 2. Weltkrieg ein Wegbereiter der modernen europäischen Kinderkardiologie. © privat



(Symbolbild mit Fotomodell)

Herzranke Kinder haben dank Pionieren wie Prof. Graham heute deutlich bessere Diagnostik-, Therapie- und Überlebenschancen.
© Evgeniy Kalinovskiy/stock.adobe.com

Gerald, als ältestes Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie bist Du auch das älteste Ehrenmitglied. 1918 wurdest Du als Gerhard Greiffenhagen geboren in...?

Graham: Das war an einem Sonntag in Berlin kurz vor Ende des 1. Weltkrieges („schwere und lange Geburt“). Die Familien meiner Eltern waren um die 1900-Wende nach Berlin gekommen. Mein Vater war promovierter Zahnarzt. Ich war ein durchschnittlicher Schüler und wollte schon seit meinem 8. Lebensjahr Medizin studieren. Es war eine erstaunlich schöne Jugend – bis 1933. Beide Eltern waren jüdischer Abstammung, aber liberal und ungläubig. Eine Emigration wurde unumgänglich, die Praxis meines Vaters wurde gesetzlich immer mehr eingeschränkt. So ging ich 1937 nach dem Abitur zu Freunden nach London und arbeitete am englischen Äquivalent des Physikums.

Nach dem Beginn des sog. Blitzkriegs verließ ich im Oktober 1940 mit meinen Eltern England auf einem Schiff Richtung NY, von U-Booten bedroht. Ein Jahr später konnte ich nach einigen Monaten „odd jobs“ (Chauffeur, Verkäufer von Skiern und Schlittschuhen in dem großen Macy's Kaufhaus) durch Zufall ein Stipendium am „Carleton College“ in Minnesota bekommen, dem damals schon sehr angesehenen „Liberal Arts College“ und dort meinen BA in Zoologie, Chemie und Psychologie erhalten.

Wo hast Du dann weiter studiert?

Ich ging an die Indiana University in Bloomington, um klinische Psychologie zu studieren. Nach einem Jahr kam dann ein wahrer „jump into the unknown“. Ich wurde Laborassistent im „Department of Cardiovascular Research“ am Forschungsinstitut des großen Michael Reese Hospital in Chicago. Der Leiter Louis Katz war ein weithin angesehener Kreislaufphysiologe und Experte in der Elektrokardiografie, er hatte das führende Buch über Arrhythmien veröffentlicht. Gleichzeitig studierte ich Physiologie an der University of Chicago. Und dann kam ein einmaliger Glücksfall: Prof. Carl Wiggers, Physiologe an der „Western Reserve University School of Medicine in Cleveland“, der Doyen der Kreislaufphysiologen in den USA und Autor eines

umfassenden Lehrbuchs der Physiologie, suchte dringend einen Physiologen, der ihm bei der Forschungsarbeit und beim Unterricht helfen könnte.

Inzwischen war Krieg und sein ganzes Personal zum Wehrdienst einberufen worden. Ich half mit zwei Forschungsarbeiten: „Hämorrhagischer Schock“ (im Auftrag des Verteidigungsministeriums) und „Elektrophysiologie des Kammerflimmerns“. Zum letzteren Thema versicherte er mir, dass es eine rein theoretische Arbeit sei, ohne jegliche klinische Relevanz! Wiggers war sehr energisch und nett, er überredete den Dekan, sodass ich gleichzeitig Medizin studieren konnte. Nach meinen MD-Grad (u. a. für eine elektrokardiografische Arbeit) ging ich zurück nach Chicago.

1951 wurde ich in den Herzkatheterismus eingeweiht, zuerst natürlich nur bei Erwachsenen. 1952 erhielt ich dann ganz unerwartet einen Ruf an die „Northwestern University Medical School“ mit dem Auftrag, eine „Heart Station“ aufzubauen, einschließlich Herzkatheterlabor. Dort habe ich dann zum ersten Mal Kinder untersucht. Aber inzwischen ging durch die USA – heutzutage fast unverstänlich – eine schlimme politische Agonie („McCarthyism“). So beschloss ich Anfang 1954 der Einladung an das „Hospital for Sick Children Great Ormond Street“ temporär zu folgen.

Du bist also nach London zurückgekehrt?

Am „Hospital for Sick Children“ hatten Richard Bonham Carter (Pädiater) und David Waterston (Kinderchirurg) gerade den wegbereitenden Entschluss gefasst, eine gemeinsame, voll integrierte Abteilung für „Paediatric Cardiology with Paediatric Cardiac Surgery“ zu eröffnen, die „Thoracic Unit“ (später „Cardiothoracic Unit“). Unter gänzlich unzureichenden Umständen hatte man angefangen, Kinder zu katheterisieren. So empfing man mich Anfang 1954 mit offenen Armen und mit der Aufgabe, ein Herzkatheterlabor aufzubauen (zum zweiten Mal für mich!).

Wie gestaltete sich der Aufbau und der klinische Alltag in der Kinderkardiologie damals?

Die wenigen pädiatrischen Fälle wurden damals in der Radiologie kathe-

terisiert. Einen besseren Platz fand ich dann im Nebenraum einer der OP-Säle, wo die Urologen einen OP-Tisch mit Fluoroskop hatten, um bei angeborenen Anomalien der ableitenden Harnwege zu katheterisieren. Ich dachte mir, eine Katheteruntersuchung ist wie die andere, und überredete den Abteilungsleiter, mir diesen Saal zur Verfügung zu stellen. Das war der Anfang des „Department of Clinical Physiology“, wie es später hieß.

Die Zahl der Katheterisierungen stieg schnell an, wobei der Sauerstoffgehalt umständlich mit der Van-Slyke-Maschine gemessen wurde. Die Angiografie, obwohl schon in den 1930er-Jahren in Mexiko und Kuba angewendet, war noch nicht sehr weit entwickelt. Wir bauten einen hoch komplizierten Apparat, der sehr laut war und in dem wir per Hand (!) Kassetten (ca. zwei pro Sekunde) unter voller Bestrahlung des Thorax durchzogen. Aber bald kamen dann die Automaten des Elema-Scholander-Gerätes und später die „Cineangiographie“.

Gab es weitere Schwerpunkte in Deiner Arbeit?

Etwa in den späteren 1950er-Jahren, begann man, einige angeborene Herzfehler in Hypothermie zu operieren (damals Kühlung im Wasserbassin). Aber diese „open-heart surgery“ wurde schnell durch den extrakorporalen Kreislauf über die Herzlungenmaschine ersetzt, diese Methode kam bei Kleinkindern aber wenig zum Einsatz. Nach dem Scheitern von Vorarbeiten, sollte

KOLLEGIALE WERTSCHÄTZUNG

In den 1960-/70er Jahren zog es viele junge deutsche Ärzte mit dem Ziel, Kardiologe oder Kinderchirurg zu werden, an US-amerikanische Universitäten. Für angehende Kinderkardiologen gab es diese Option zunächst kaum. In Europa hatte sich dafür aber in London am Great Ormond Street Hospital for Sick Children (GOS) eine hochprofessionelle Alternative entwickelt, ganz wesentlich von Gerald Graham mit seinen langjährigen in den USA gesammelten Erfahrungen geprägt. Als gebürtiger Deutscher knüpfte er in den 1960er Jahren trotz seiner traumatischen Erlebnisse im Dritten Reich erste Verbindungen in seine Heimat und ermöglichte bald jungen Kinderkardiologen und an der Chirurgie angeborener Herzfehler interessierten Kollegen in der Thoracic Unit des GOS zu arbeiten und zu

ich 1960 eine Herzlungenmaschine entwickeln, die auch bei Säuglingen anwendbar ist. So bauten wir – gestützt auf die Erfahrung anderer bei Erwachsenen – eine ganze „Familie“ von Herzlungenmaschinen, mit DeBakey-Pumpe und „Bubble“-Oxygenator in verschiedenen Größen, die kombiniert mit Hypothermie eingesetzt wurden.

Deine Abteilung in London war eine gefragte Adresse für fortbildungshungrige und wissbegierige Kinderkardiologen, richtig?

Während meiner 30-jährigen Tätigkeit konnte ich so manchen jungen Kollegen aus dem Ausland als Mitarbeiter gewinnen, besonders aus Deutschland. Die Kollegen kamen, um dem einen oder anderen von uns „über die Schultern zu schauen“. Nur Peter Schneiders Kommen aus Halle wurde zum Problem. Die DDR-Bürokraten wollten ihm lange nicht die Erlaubnis geben. Nach zwei Ablehnungen stellte sich heraus, dass man ihn mit einem politisch Verdächtigten desselben Namens verwechselt hatte!

Welche Fortschritte in unserem Fachgebiet der Kinderkardiologie erscheinen Dir retrospektiv von besonderer Bedeutung?

Besonders die Fortschritte in der Herzchirurgie und in der sog. interventionellen Kardiologie sind erwähnenswert sowie damit verbundene „hybride“ Methoden. Ferner der in der ganzen Medizin immer obligatorischer gewordene Schwerpunkt der Genetik im Zusammenhang mit Anomalien bzgl. Prävention, wie auch (eines Tages?) Therapie.

Welcher deiner Lehrer hat Dich oder Deinen beruflichen Weg entscheidend geprägt?

In meiner Ausbildung waren es Louis Katz und Carl Wiggers. Im weiteren beruflichen Dasein David Waterston und Richard Bonham Carter – sie alle wegen ihres beispielhaften menschlichen und medizinischen Verhaltens.

Welche persönlichen Erlebnisse waren in Deinem Beruf für Dich besonderer wichtig?

Die Möglichkeit, über viele Umwege ans Ziel zu kommen und von jedem etwas Wichtiges zu lernen. Ich bin überzeugt, dass die medizinische Ausbildung heute zu einseitig und uniform wird: „more and more about less and less“.

Du warst auch neben dem klinischen Alltag immer vielseitig interessiert und hast Dich u. a.

lernen. So wurde er zum beruflichen Vater und Leitbild zahlreicher junger deutscher Ärzte, die später alle leitende Positionen übernahmen. Die schnelle und kompetente Entwicklung der deutschen Kinderkardiologie in den 1970-/80er Jahren wäre ohne seine großzügige und alle Ressentiments vergessende Unterstützung nicht zustande gekommen. Gerald Graham war ein in vieler Hinsicht außergewöhnlicher Mensch. Abstrakte Intellektualität war gepaart mit tiefer Menschlichkeit, strenge berufliche Verantwortlichkeit stand persönlicher Großzügigkeit gegenüber. Das Trauma seiner Vertreibung durch seine Landsleute hatte er überwunden und quasi umgewandelt in uneigennützigem Hilfsbereitschaft. Er wird als Vorbild in unserer Erinnerung weiterleben ■ Prof. Hans Carlo Kallfelz

als Herausgeber kinderkardiologischer Werke und in Verlagen engagiert. Wie kam das?

Es begann 1944, als man mich mit der Aufgabe betraute, für eine Neuausgabe des „World Webster-Lexikons“ die medizinischen Ausdrücke zu formulieren. Der erste Kontakt mit der deutschen Medizin kam 1954, als der Thieme-Verlag mir antrug, die englische Übersetzung eines Herzkatheterbuchs (Autoren: Bayer, Loogen und Wolter) zu schreiben. Danach kam die Einladung, Gründung und Redaktion der englischen Monatsausgabe der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (DMW) zu übernehmen. Das lief über 21 Jahre.

Sofort danach gründete ich vor ca. 30 Jahren zusammen mit Robert Miller „Pediatric Cardiology“, die erste Zeitschrift unseres Fachgebiets. 1980 brachte ich mit Ettore Rossi das Buch „Heart Disease in Infants and Children“ heraus. Und dann durfte ich weit über 50 Jahre mein Interesse an anderen Fächern der Medizin erhalten, indem ich die englischen Abstracts in der DMW betreute.

Wer Dich kennt, weiß Deinen Humor zu schätzen. Gibt es eine Anekdote aus Deinem Erfahrungsschatz, die Du weitergeben möchtest?

Es ist lange her. Ich ging zu einem Kongress in ein Land (es bleibt ungenannt), in dem organisatorische Pünktlichkeit manchmal versagt, d. h. die Zeiten „flexibel“ waren. So kam es, dass ich als erster Sprecher eines Morgens einen leeren Saal betrat (nur ein Mitglied der einheimischen Kongressgesellschaft war anwesend). Ich ging auf das Podium und wartete. 15 Minuten nach der angegebenen Zeit war ich dabei, wieder zu gehen, da sah ich einen möglichen Kollegen den Saal von hinten nach vorne durchschreiten und sich setzen. Ich dachte mir, ich sollte doch – nach der langen Reise – höflicherweise meinen kurzen Vortrag halten, wenn auch nur für einen Hörer. Am Ende (kein weiterer war gekommen) ging ich auf den mir unbekanntem Kollegen zu, um ihm für sein Kommen zu danken. „Don't thank me“, sagte er, „I am the next speaker“. So musste ich ihm natürlich nun meinerseits zuhören – „Noblesse oblige!“

Abschließend noch ein Blick über den Teller- rand: Die Entwicklung der Menschheit in den letzten Jahrzehnten mit Kriegen im Namen der Gerechtigkeit, Veränderungen durch globale elektronische Vernetzung oder die weltweite Bankenkrise und ihre wirtschaftlichen Folgen: Hat es die Menschheit geschafft, mit allen sieben Todsünden aufzuwarten, oder hast Du noch Hoffnung, dass einige wenige der biblischen Kardinaltugenden erhalten bleiben?

Da bin ich eher pessimistisch, vor allem bei kommenden Generationen. Ob wir Menschen die Fittesten beim Überleben sein werden, weiß ich nicht. Aber wir sind fit genug, um uns selbst zu zerstören. Die Menschen haben heute auf der ganzen Welt viel mehr fürchterliche, selbstzerstörerische Waffen! Ich sehe nicht, dass die sieben Todsünden besiegt wurden, leider sind sie stärker als die biblischen Kardinaltugenden ■

Das Interview wurde 2009 in London aufgezeichnet.