

Hautklinik im Wandel – Erzählte Geschichte

Interview mit Herrn Prof. Dr. Gerold Schuler, Arzt an der Hautklinik Innsbruck von 1977 bis 1995, später Direktor der Univ.-Hautklinik Erlangen.

Von wann bis wann hast Du an der Hautklinik Innsbruck gearbeitet?

Gerold Schuler: Ich bin 1977 an die Hautklinik gekommen, vorher ab 1975 war ich in der Pharmakologie und Histologie. Ich habe damals mit Prof. Wolff gesprochen, der wollte natürlich möglichst Leute rekrutieren, die wissenschaftlich interessiert sind, das hat er ja gleich gemerkt. Sie sollten sich natürlich nach Möglichkeit schon eine Expertise holen und das habe ich eben getan zwei Jahre lang an der Histologie und dann eben an der Pharmakologie. 1977 bin ich dann an die Hautklinik bis 1995, danach bin ich dann nach Erlangen.

Wie war die Personalentwicklung zu der Zeit? Wie viele Ärzte, wie viele Schwestern? Wie war die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen?

Gerold Schuler: Ich kann mich da nicht mehr so genau an die Zahlen erinnern. Ich weiß noch, dass wir alle heftig beschäftigt waren. Die Zusammenarbeit war natürlich absolut toll. Das spürt man auch heute noch, wenn sich die Leute treffen. Die Ärzte und Ärztinnen fühlen sich einer großen Familie zugehörig. Es ist auch so, dass die Schwestern, die Pfleger, die Laborleute alle Eins waren. Das war damals wirklich so. Das ist keine romantische Verzauberung der Vergangenheit, das war wirklich so. Wir haben ja auch Feiern gehabt, die hat der Roman, der „Labordiener“, das hat man ja früher noch sagen dürfen, und der für den Hörsaal zuständige, organisiert auf seiner Hütte. Da haben alle Leute etwas mitgebracht und es ist stundenlang gefeiert worden. Alle zusammen natürlich. Das war einfach ganz toll. Das haben die Leute einfach verstanden, das einzufädeln und irgendwie ist das einfach entstanden diese Atmosphäre, das war ganz eine Spezielle.

Der Prof. Wolff ist ja aus Wien gekommen mit seiner ganzen Mannschaft, mit Peter Fritsch, mit Herbert Hönigsmann und mit Georg Stingl und irgendwie ist es eine ungewöhnliche Konstellation, dass sich vier Wiener mit den Tirolern anfreunden und gut auskommen. Das war ja von vornherein nicht zu erwarten. Es war einfach so, Prof. Wolff war so begeistert von seinem Fach und von dem was er tut. Er hat die Tiroler mitbegeistert. Das hat er mir immer wieder gesagt: Die schönste Zeit für ihn war die in Tirol. Und der springende Punkt war einfach, dass sich die Tiroler auch begeistern ließen. Die haben voll mitgezogen und die haben das dankbar aufgenommen, dass sie neue Perspektiven geboten bekamen. Sie waren mit vollem Elan und mit viel Energie dabei. Das war schon ganz toll. Das war ganz was Spezielles. Das gibt es natürlich an etlichen Stellen der Welt, aber nicht immer. Das sind so Glücksmomente, wo dann was entsteht. Das war eben ganz speziell. Man hat einfach alle Probleme, die sich dargeboten haben, in der Wissenschaft oder eben hauptsächlich in der Klinik, als die gemeinsamen angesehen. Wenn viel zu tun war, wo man für 30 Leute zuständig war, das hat es auch gegeben, als ein Arzt oder eine Ärztin, dann ist das eben irgendwie auch gelaufen. Alle haben ausgeholfen. Es ist einfach etwas ganz Spezielles gewesen, eine extrem unikale Atmosphäre.

Wie war die Stellung der Hautklinik innerhalb der Kliniken oder Fakultäten?

Gerold Schuler: Na ja, ich kann natürlich nur sagen, dass sich das dramatisch geändert hat. Einige Zeit, nachdem die Wiener Mannschaft sich da breitgemacht hat. Es ist schlicht und einfach so, dass Prof. Wolff, aber auch die anderen, aber hauptsächlich der Prof. Wolff, der war das Zugpferd, sich nicht zu schade war, eben auch Konsiliar zu gehen, zum Beispiel auf die Intensivstationen mit einem

mitzugehen. Das hat natürlich beeindruckt. Ich kann mich erinnern, da war ich an der Chirurgie-Intensiv, glaube ich, einmal eine thrombotisch-thrombozytische Purpura Moschcowitz ist damals diagnostiziert worden, ein Staphylokokken-Scharlach, eine Sepsis, die im Anrollen war. Einmal ein Haff Disease, ich müsste selber wieder nachlesen, was das war, es war jedenfalls etwas mit einer Fischvergiftung. Also er hat schlicht und ergreifend aus vollem Repertoire geschöpft und die Leute einfach verblüfft. Auch dadurch, dass er nicht nur Dermatologe war, er ist aus den USA gekommen und auch das Buch, wo er viele Jahre dabei war, heißt nicht umsonst „Dermatology in General Medicine“. Das ist eben im klinischen Bereich das Verständnis von der Wiener Schule, dieser Schule eben, gewesen, dass die Dermatologie eben nicht irgendetwas ist, was sich nur mit der Haut beschäftigt, so wie die anderen Leute sich das gedacht haben, sondern dass es eben ein Fach ist, das sich eingliedert in den Gesamtkontext der Medizin. Es war so, dass wir uns damals gesehen haben, als Spezialfach der Inneren Medizin und chirurgisch haben wir natürlich unsere Hausarbeiten gemacht, aber wir haben uns nicht als die Dermatochirurgen gesehen, die unbedingt den plastischen Chirurgen sozusagen alles gleichtun wollten. Das war vor Ort auch damals, so sehe ich das im Rückblick, gerne gesehen. Ich glaube, wenn ein dermatochirurgisch orientierter Dermatologe nach Innsbruck gekommen wäre, ich glaube das wäre schwierig geworden. Die Chirurgen vor Ort, die waren doch sehr kundig und standfest. Das glaube ich wäre schwierig geworden. Aber dieser intellektuelle Touch in die Dermatologie hineingebracht, die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse, das Suchen dieses Kontexts mit dem Rest der Medizin das war schlicht und einfach sehr gerne gesehen. Die Kollegen haben zunehmend Achtung vor diesem Fach bekommen.

Da fällt mir noch ein, da war ich damals mit Prof. Wolff Konsiliar auf der Pädiatrie bei einem Kind mit einer Herpessepsis. Da habe ich die Flüssigkeit entnommen und dann sind wir hergegangen zum Elektronenmikroskopie-Labor und haben einen negative Stain gemacht. Man gibt das auf die kleinen Glasobjektträger mit einer Schwermetalllösung dazu und lässt das eintrocknen. Dann wird das Virus umhüllt von Schwermetall und dann sieht man das als Negativbild. Dann haben wir das sofort gesehen, aha, das sind Herpesviren und haben dann eine Fotografie gemacht, sind dann hinüber und die wollten das gar nicht glauben. Das war damals noch sehr konservativ, die waren völlig weg. Aber das hat natürlich Eindruck gemacht. Es war einfach, glaube ich, eine andere Dimension. Ihnen ist einfach klargeworden, dass es eine Dermatologie war, die man bis jetzt noch nicht kennengelernt hatte.

Ließ sich das dann später auch weiterleben und übertragen auf Deinen neuen Wirkungsort?

Gerold Schuler: Ja, gut. Es ist natürlich schwierig sozusagen einen Wolff zu spielen. Aber irgendwie ist es in uns allen gesteckt. Und zwar ist es deswegen in uns gesteckt, sonst wären wie nie genommen worden. Es ist ja klar. Das habe ich damals gemerkt beim Interview mit Prof. Fritsch. Nach ein paar Minuten habe ich schon gewusst, dass da irgendwie ein Funke überspringt. Weil ich einfach begeisterungsfähig war. Begeisterungsfähig bin ich heute noch. Das war damals natürlich, wie ich nach Erlangen gegangen bin schließlich auch so. Ich habe natürlich hauptsächlich Leute rekrutiert, die begeisterungsfähig waren. Das ist, glaube ich, der springende Punkt, dass es auch beim Klaus Wolff, beim Peter Fritsch und bei den anderen genannten so war.

Das ist eben nicht so gewesen, wie viele gedacht haben. Da kommen die Wissenschaftler, die sind in Amerika gewesen, dass die nur die Leute geachtet haben, die „wissenschaftlich interessiert“ waren. Nein, die Klinik war das wichtigste. Du hast beim Wolff, beim Peter Fritsch etc. (wenn ich Wolff sage, meine ich die Wolff'sche Schule) irrsinnige Probleme bekommen, wenn du zum Patienten nicht „nett“ warst. Der Wolff hat die Leute, und deswegen war das auch so, dass die, die da waren, sich sehr angesprochen und aufgenommen gefühlt haben. Die haben sofort gespürt, wenn jemand klinisch sich einsetzt, engagiert und interessiert ist, dann schätzen die das und die haben das selber gemacht. Das war damals so in der Zeit. Da hast du in der Klinik dich speziell engagieren müssen und

auszeichnen müssen. Dann hast du überhaupt erst ins Labor dürfen. Das war nicht so, wie es heut passiert, dass es Leute gibt, die ständig im Labor sind, von der Klinik nichts verstehen. Hands on, das war damals die Voraussetzung. Das haben die aber auch selber gelebt. Da hat man viele Sachen mit der Muttermilch, sagen wir immer wieder, mitbekommen. Heute macht man Seminare, wie man Kontakt mit dem Patienten aufnimmt. Das haben wir alles live erlebt. Der Wolff, der ja nun wirklich wissenschaftlich orientiert war, der ein dynamischer Mensch war, man könnte auch sagen manisch begeistert. Der ist immer auf den Patienten zugegangen und hat ihn berührt und hat den Kontakt mit ihm aufgenommen. Der Patient hat einfach gespürt, es geht um mich. Der konzentriert sich voll darauf. Das haben wir damals einfach so mitbekommen. In Erlangen habe ich das übernommen, ohne dass ich mir sagen muss, jetzt mache ich das so, damit es gut ankommt, sondern das war einfach so.

Wie war es mit der zurückhaltenden Gewichtung der Dermatochirurgie?

Gerold Schuler: Du meinst jetzt in Erlangen? Nein, das habe ich von vorneherein als tiefe Überzeugung so gesehen. Ich habe auch Gegenfach gemacht ein Jahr plastische Chirurgie, hab das Glück gehabt, dass ich bei Prof. Wilflingseder war und auch selbst mit ihm operiert habe. Der hat meinen Onkel gekannt, das war eine schöne Sache, und mit Prof. Anderl. Ich habe ja auch Elektronenmikroskopie betrieben und da musste ich auch sehr feinmechanisch gut sein, also an dem wäre es gar nicht gelegen. Mich hat das sehr begeistert, aber ich hätte nie die Nerven für sowas gehabt, die Geduld vielleicht schon, aber die Nerven hätte ich nicht gehabt für Hardcore Chirurgie. In der plastischen Chirurgie, da werden ja auch Sachen gemacht, die unglaublich sind. Das hat mich auch begeistert. Aber da sieht man einfach, in der Chirurgie, ich habe ja auch in der allgemeinen Chirurgie eine Zeit lang gearbeitet, wenn du Chirurgie betreibst, dann kannst du das auch als Dermatologe machen. Du kannst das sicher auch sehr gut machen. Du musst aber immer noch was drauflegen können. Das ist ja überall so. Wenn du sozusagen die Sache erledigst und immer am Limit arbeitest, das geht nicht. Du musst da noch etwas drauflegen können. Dann, finde ich, müsstest du auch eine längere chirurgische Ausbildung haben, wenn du wirklich einen Schwerpunkt setzen möchtest. Das habe ich nie vorgehabt und ich finde, das ist auch richtig. Man muss natürlich die Dinge, die laufend anfallen, sehr gut auf hohem Niveau machen und dafür habe ich gesorgt. Ich habe aber nie versucht, einen Schwerpunkt zu setzen. Sentinel Lymphknotenoperationen, isolated Limperfusion, das war ja alles von der Chirurgie von Prof. Hohenberger, der ein sehr bekannter Mann war, extrem gut und mit Leidenschaft gemacht und mir wäre natürlich nie im Schlaf eingefallen, mich hier einzumischen, wie es andere versucht haben. Das macht ja keinen Sinn.

Formatiert: Hervorheben

Wie waren die Möglichkeiten für die Laborforschung an der Innsbrucker Hautklinik?

Gerold Schuler: Mich hat der Prof. Wolff eigentlich begeistert und der Prof. Hönigsmann für die Elektronenmikroskopie. Der hat das damals geschafft, ein Elektronenmikroskop, Philips war das damals, mit Rastertransmission dann noch dazu, zu bekommen, zu finanzieren hat das damals geheißen. Das war ja damals nicht so einfach. Heute ist es auch nicht einfach, aber es gibt Möglichkeiten. Damals gab es nicht so gebahnte Wege, das hats ja nicht gegeben. Großgerätefonds oder so etwas hat es damals einfach nicht gegeben. Ich glaube von der Nationalbank hat er irgendwie Geld zusammengekratzt. Wir haben damals das modernste Gerät gehabt, das auf den Markt war. Das war eben im Keller. Da haben wir eifrig Sachen betrieben. Das hat sich gut ergänzt mit dem, was der Helmut Hintner gemacht hat mit Apoptose und der Junktionszone der Haut.

Dann hat das Ganze begonnen, da bin ich in die Immunologie hineingekommen damit, dass eben das Phänomen erforscht wurde, wenn man UV bestrahlt und dann eine Kontaktsensibilisierung versucht, dann führt es zur Toleranz. Da hat man versucht herauszufinden, wie das funktioniert. Da wurde

damals von Werner Aberer eine Färbung der Langerhanszellen durchgeführt (die der Klaus Wolff erforscht hat und seine Mannschaft, der Georg Stingl war in den USA und hat das erste Mal gezeigt, dass es eine immunologische Funktion hat, dieses Zellgebilde, dieses Zellsystem). Da hat man bestrahlt und Werner Aberer hat Färbungen gemacht an einem epidermalen Häutchenpräparaten und dann gesehen, dass die Langerhanszellen geschädigt sind, ganz einfach gesprochen. Ich habe dann in der Elektronenmikroskopie nachgeschaut und habe dann gesehen, dass sie nicht nekrotisch werden, sondern dass sie apoptotisch werden und dass die Langerhanszellen einen Knacks bekommen. So bin ich in die ganze Immunologie hineingekommen.

War das ein ständiger Wechsel zwischen Tätigkeit in der Klinik und im Labor?

Gerold Schuler: Damals war das so, dass ich die klinische Tätigkeit erledigt habe und dann abends bis 10 Uhr im Labor gearbeitet habe, damals im Keller. Da ist es aber auch immer so gewesen, dass der Prof. Wolff vorbeigeschaut hat. Das erinnert mich, wenn ich darüber spreche, an den Steinmann. Der ist auch immer ins Labor gekommen zu jeder Tages- und Nachtzeit. Der Prof. Wolff war ja mehr oder weniger der Letzte, der aus der Klinik gegangen ist und der Erste der da war. In der Früh, wenn man gekommen ist, vielleicht einmal hereingekommen bist, weil etwas weitermachen musstest, bei der Einbettungsprozedur oder so, um 5 Uhr Früh war er auch schon oft da. Ein völliger Wahnsinn. Das war schon nach der Klinik. Aber im Laufe der Zeit war es ja auch so, dass man freigestellt wurde. Wann das genau war, das weiß ich nicht mehr. Das ist dann natürlich schon gekommen, wenn man weiter fortgeschritten war. Manche Sachen kann man einfach nur machen, wenn man in einem Block arbeiten kann.

Wie wichtig sind Blöcke, die man im Ausland verbringt?

Gerold Schuler: Diese Zeiten nur Wissenschaft auch in der Klinik, sind natürlich schon wichtig. Wenn man das rückblickend betrachtet, muss ich sagen, dass an dieser Klinik vieles vorweggenommen wurde letztlich. Von strukturbildenden Maßnahmen her, was dann später Gremien erarbeitet haben. Ich war ja später acht Jahre im Senat der Deutschen Forschungsgemeinschaft, da haben wir auch entsprechende Kommissionen gehabt. Da sind viele dieser Dinge entwickelt worden. Strukturbildend ist eingegriffen worden in Deutschland, aber sicher auch in Österreich. Dieses Freistellen, Clinical Scientist, dass man Perioden hat, wo man primär im Labor ist und dann translational vielleicht am Patienten arbeitet, das war damals schon alles vorweggenommen. Das war auch so mit den USA-Aufenthalten. Damals hat doch kein Mensch noch von so etwas gesprochen. Heute gibt es ja die Programme. Heute muss man das machen, weil man es im Lebenslauf braucht, übertrieben ausgedrückt. Damals hat der Wolff gesagt, sie müssen nach Amerika, weil anders geht es einfach nicht. Man muss die Sichtweise der Leute dort kennenlernen, da gibt es eine organisierte Spitzenforschung.

Es ist alles, aus meiner Sicht, wenn ich zurückblicke aus eigener Erfahrung, der Unterschied zwischen den Amerikanern und uns Europäern, wenn ich das jetzt so sage „Europäer“ ist das natürlich etwas hochgegriffen - ich kann es nur sagen für die Österreicher und für die Deutschen – ist der große Unterschied einfach der – ich habe das öfter auch zu meinen Kollegen gesagt – wenn eine Strategie nicht funktioniert, dann wird sie bei uns [habe ich gestern ja anklingen lassen,=] zuerst einmal intensiviert. Bis man die A-bissl radikal ändert, desto länger dauert es, das nennt man dann Reform und die Reform bleibt dann meistens stecken. In den USA ist es so – diese Aussage ist beschränkt auf die Erfahrungen die ich selbst gemacht habe an der Rockefeller University und durch die Kontakte am NIH – wenn etwas nicht funktioniert, egal ob das nun wissenschaftlich oder strukturell oder administrativ ist, dann wird nicht lange herumgefackelt. Ab dem Zeitpunkt wo man weiß, es funktioniert nicht, wird es radikal geändert. Ich habe immer gesagt zu meinen Kollegen in Erlangen, ja

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

gut, am Montag sollte man es ändern. Bei uns ist es am Montag in 3 Jahren und in den USA ist es am nächsten Montag. Das ist der prinzipielle Unterschied und die sind auch viel pragmatischer. Ich weiß ja nicht, ob das auch deine Erfahrungen sind aber die sind einfach knallhart pragmatisch. Da gibt es keine Rücksicht auf die Hierarchie. Es ist auch schon gespöttelt worden- ich war ja von 1983 bis 1985 an der Rockefeller. Wie ich damals hingekommen bin, ich sag jetzt keine Namen, ist der Präsident, der damals war, immerhin mit 33 Nobelpreisträger, also er war damals vielleicht 50 oder 60, keine Ahnung, ist er geschasst worden, weil der war da Präsident, aber er hat den Job nicht gemacht. Job ist Administration, klein aber fein und ~~Man~~ muss effizient sein, da kann sich nicht die Organisation, die Administration vom Overhead immer mehr holen je ~~immer~~ mehr ~~als~~ sie braucht. Die muss effizient sein – und Fundraising, das ist also so, wenn du das nicht hinkriegst, dann bist du erledigt, dann musst du gehen, das ist ganz egal. Ich glaube bei uns wäre das so, wenn ein Nobelpreisträger ein Rektor einer Uni wäre, wenn er nicht kriminell wird, dann kann der ad infinitum bleiben. Das war das erste Mal. Das zweite Mal war ich 1990 und 1991 an der Rockefeller. Da war wieder ein Nobelpreisträger, der als Präsident zurücktreten musste aus ähnlichen Gründen. Das zeigt, ~~Da~~ wird einfach knallhart durchgegriffen. Es ist nicht alles rosig, das ist ganz klar. Aber sagen wir mal das sind die Punkte, alles radikal ändern, wenn es notwendig ist und viel pragmatischer sein, die uns gut täten, wenn wir die ein bisschen mehr beherzigen würden. Das war bei uns an der Klinik in Innsbruck damals auch schon so. Da sind schon manchmal radikale Änderungen gemacht worden, auch durch das Temperament der Leute bedingt, so dass ich sagen muss, das war ist in gewisser Weise auch fast sehr zum Teil amerikanisch. Wie gesagt, nach Amerika gehen, das hat jeder der führenden Leute vor Ort als absolute Notwendigkeit erachtet. Es war ja so, der Prof. Wolff hat ja den Prof. Markl von der Max Kade Foundation eben auch gut gekannt. Das war ja damals nicht so einfach, dass man irgendeinen Grant geschrieben hat und ~~oder irgendein~~ Programm, das hat es ja damals nicht gegeben. Das ist also finanziert geworden und dadurch sind diese Aufenthalte dadurch und dann ist das überhaupt erst möglich gewesen.

Gibt es auch Sachen, die nicht so gut waren?

Gerold Schuler: Hier vor Ort? Ja gut, da muss ich nachdenken. Im Rückblick natürlich hat man alles verarbeitet und überlebt. Sagen wir mal so, du musstest schon eine gewisse innere Stärke haben, um das Ganze zu überleben, das muss man schon sagen. Es war kein Streichelzoo. Es hat auch niemand sich die Mühe gemacht, vorzutäuschen, dass es einer ist. Ich kann mich erinnern, ich habe Prof. Wolff einmal gefragt: „Bis wann muss das fertig sein?“ Da sagte er: „Herr Kollege Schuler, die Antwort ist immer die gleiche: bis gestern.“ Das war kein Scherz. Es wurde schlicht und einfach maximale Leistung erwartet. Auch in der Klinik, von allen. Da hat es natürlich schon auch sehr heftige Auseinandersetzungen gegeben, die heute gar nicht mehr möglich wären. Wenn jemand die Leviten liest, dann kannst du das heute nicht mehr so machen, dass du drauflos schreist, gezielt, sag ich jetzt mal, das geht ja nicht. Das ist alles nicht mehr konform mit den vorgeschriebenen Verhaltensregeln. Heute ist es so, dass es viel schwieriger ist, Leute, die eben sich drücken wollen, sage ich jetzt mal brutal formuliert, zur Raison zu bringen. Das kann man natürlich auch, aber das braucht subtilere Methoden. Es ist einfach so. Das hat es auch bei uns früher gegeben. Ich kann mich noch genau erinnern, es hat eine ganz bestimmte Person gegeben, die geht mir da durch den Kopf, die es schlicht und einfach geschafft hat, immer zu verschwinden, wenn viel zu tun war. In einem so riesigen Betrieb, wo viele Leute sind und eine Unzahl an Patienten, da kannst du nicht ständig schauen. Heute ist das natürlich alles machbar, weil es ja elektronische Patientenakten gibt, da kannst du dir das alles ausrechnen, wie bei den Chirurgen. Da wird automatisch geschaut, wie ist der Blutverlust bei der OP usw. Dann gibt es ein rotes Signal, wenn das nicht mehr passt. Das ist ja damals nicht gewesen. Es war ja nicht so, dass wir zertifiziert waren und alle diese Mechanismen gegriffen haben. Die Qualitätssicherung war durch die Chefs, Prof. Wolff und seine Mannen selbst. Die sind aufgetaucht, haben sich alles angeschaut und wenn es nicht geklappt hat, dann hat es halt Saures gegeben. So ist

es auch dieser einen Person einmal ergangen. Irgendwann wurde das natürlich wahrgenommen und da hat es Schreiduelle gegeben. Kein Duell, das war unidirektional. Da hat es auch einmal das Statement gegeben: „Die Lücke, die Sie hinterlassen ersetzt Sie vollkommen.“ Das wäre heute nicht mehr möglich aber so war es. Es war nicht ungerecht. Es war eine harte Schule aber das war so.

Eine besondere Anekdote?

Gerold Schuler: Ich sagte ja schon gestern, der Peter Fritsch war ja ein sehr knorriger Typ. Auf den ersten Blick sehr unnahbar und außerordentlich eloquent und dadurch für manche etwas verletzend vielleicht. Je länger man ihn gekannt hat, umso mehr ändert sich das ja. Man weiß ja, wie man manches zu nehmen hat. Der Peter Fritsch war ja der erste Oberarzt. Das ist der, der sozusagen beißen muss und alles umsetzen muss. Aber er war auch derjenige, der gespürt hat, wenn die harte Schule vielleicht jemanden getroffen hat, der das einfach nicht so ganz aushält. Er hatte dann durchaus schon tröstende Worte gesprochen. Das hätte man zwar nie öffentlich machen sollen und dürfen, das war nicht für die Allgemeinheit gedacht. Das war der ausgleichende Mensch im Hintergrund. Auch Herbert Hönigsmann. Das war ein gutes Team deswegen, weil Prof. Wolff war natürlich knallhart und hat die Leistung eingefordert, wie die anderen auch. Aber Peter Fritsch hat auch für die Organisation sorgen müssen und hat es auch gemacht mit harter Hand. Er war aber trotzdem so, dass er Leuten, die manche Sachen nicht geschafft haben, zur Seite gesprungen ist, ohne dass sie es gemerkt haben. Die haben sich dann oft super entwickelt. Was ich da gelernt habe, auch später als ich Chef war, habe ich das berücksichtigt: es gibt Leute, die sofort ihre Leistung bringen, wo man sofort sieht, die leisten das und die bringen das. Es gibt aber auch solche, die sind einfach aufgrund ihrer eigenen Geschichte, weil sie nicht das Selbstbewusstsein haben oder Sendungsbewusstsein oder irgendwelche Unsicherheiten oder sich selbst erst entdecken müssen, die das nicht so mitbringen. Da muss man ein bisschen einen Riecher haben für das Potential. ~~Jetzt-Das~~ liest man ja immer, man sollte immer die Leute dort einsetzen, wo sie sich am besten entfalten können. Aber das steht ja nicht auf der Stirn geschrieben. Das haben dann doch die Leute bei uns auch oft verstanden, die Leute ihrer Bestimmung zuzuführen. Wo sie dann letztlich glücklich wurden.

Ich war auch an der Histologie und habe Histologie gekonnt. Nicht Pathohistologie aber Histologie. Mich hat das interessiert und ich habe auch immer mitgeschaut. Es ist ja so, dass die Histopathologie auch von Prof. Wolff angeschaut wurde, von Peter Fritsch und vom Herbert Hönigsmann. Die haben das immer gemacht, dass man am Mikroskop mitschauen konnte. Da war ich oft dabei, weil man das ja letztlich auch braucht. Es war dann so, dass Peter Fritsch mich eine Zeit lang gezwungen hat, die Histo verantwortlich zu machen und dann zu fragen. Da habe ich mich irrsinnig gesträubt. Ich habe das als Bestrafung empfunden. Im Rückblick muss ich sagen, ist es etwas Anderes ob du mitschaut oder ob du selbst mal am Drücker bist. Das war wahnsinnig wichtig. Das war damals eine optimale Förderungssituation, weil eben so verschiedene Leute da waren. Einer der mehr immunologisch war, einer für Phototherapie, einer für Histopathologie. Einfach die ganzen damals vertretenen Strömungen waren vor Ort. Wenn du gewollt hast, dann hat man sich wirklich entwickeln können.

Was würdest du sagen, die Veränderungen in der Medizin seit dieser Zeit bis heute, was wären da die großen Grundzüge, was sich verändert hat in der Medizin?

Gerold Schuler: Ich würde sagen, wir haben das Glück gehabt, dass wir da in die Klinik hineingeboren wurden, die die Linie vertreten hat, die zum Erfolg geführt hat und zur heutigen Dermatologie geführt hat. Es war schlicht und einfach damals so, dass Prof. Wolff, und da war er ja relativ allein auf weiter Flur, gesagt hat: ohne Grundlagenwissenschaft als Basis kann man keine gute Klinik machen und keine gute klinische Forschung. Man muss versuchen, die Grundlagen zu studieren, grundlagenwissenschaftliche Methoden anzuwenden und um das tun zu können muss man was

davon verstehen. Man kann nicht einfach irgendwelche PhD's beschäftigen, das geht einfach nicht. Natürlich auch, aber man muss das Bindeglied sein und als Bindeglied muss man selbst davon was verstehen. Man muss dann die Pathophysiologie erforschen und so kommt man dann auf Dauer sicher zu viel besseren Therapieansätzen. Das war ja zu der Zeit, wo ich da war schon so. Die Retinoide, das war damals ein riesiger Fortschritt. Da war Peter Fritsch auch führend vorn dabei. Und die Phototherapie/Photochemotherapie das war ja ganz eine wichtige Sache. Die Immunologie, die hat ja dann über Georg Stingl Fuß gefasst. Da hat auch Klaus Wolff, der ja an Langerhanszellen viel gearbeitet hat, daran hat auch er sehr geglaubt, auch Peter Fritsch, dass die Immunologie etwas sehr Wichtiges ist.

Ganz banal, Immunologie oder Immunreaktionen ist eine Reaktion auf eine Schädigung. Eines ist ja klar, wenn man es ganz banal sieht, dass das ja immer eine Rolle spielt: es gibt nichts Pathologisches, wo nicht eine Immunreaktion im weitesten Sinne dabei ist. Das hat sich dann fortgesetzt. Die Dermatologie ist ja zum Modellfach schlechthin geworden. Die Biologicals, die Antizytokine usw. und die Antikörper im Bereich der entzündlichen Dermatosen, das ist ja eine Modellsituation so wie die Rheumatologie. Da war die Rheumatologie vielleicht noch einen Tick vorne durch das Anti-TNF. Aber diverser hat sich dann doch die Dermatologie entwickelt und wird sich auch noch weiterentwickeln. Da ist das einfach ein Modellfach geworden und in der Tumorthherapie ist es ja sowieso über das Melanom zum Modellfach schlechthin geworden. Wobei in den USA natürlich das Melanom ja natürlich nicht so von den Dermatologen okkupiert ist. Das ja ganz anders im europäischen Sprachraum. Es ist einfach so, dass beim Melanom die Immuntherapeutika erforscht wurden und viele Dermatologen immunologisch gearbeitet haben und zu dem beigetragen haben, so dass es wirklich die Dermatologie im großen Sinne schon für sich mit in Anspruch nehmen kann. So gesehen ist es so, dass sich die Dermatologie eigentlich so entwickelt hat, wie es Prof. Wolff und seine Leute prophezeit haben. Das hätten damals nicht viele konstatieren können aber das war eigentlich der Geist, der hier im Hause geherrscht hat.

Das, was jetzt heute therapeutisch zur Verfügung steht, für das Melanom, für chronisch entzündliche Hautkrankheiten und auch für die Lymphome, das sind ja doch mehrere Bereiche, wo wirklich radikal bessere medikamentöse Möglichkeiten vorhanden sind. Gerold Schuler: Ja, einfach dadurch, dass man die Pathophysiologie besser verstanden hat und dann kann man Medikamente entwickeln.

Ich frage mich ein bisschen, wo führt das hin? Das wird jetzt natürlich von den Pharmafirmen betrieben, die machen jetzt immer noch einen anderen Antikörper und die Diagnostiker, die stellen die Diagnosen, wählen dann aus dem größer werdenden therapeutischen Armamentarium aus, was da am besten ist, quasi wie in Regalen hat man die Möglichkeit. Und dann wird sich die Diagnostik wahrscheinlich noch stark verändern, dass man möglicherweise etwas abdriftet von dieser grundlegenden klinischen morphologischen Expertise und sich verlässt auf Testbatterien. Wo führt das hin, was müsste die Dermatologie tun, um die Intellektualität dabei zu behalten?

Gerold Schuler: Das ist eine komplexe Thematik. Der erste Punkt ist natürlich der, dass alle Ärzte, und das ist nicht nur in der Dermatologie so, letztlich doch ein ~~erleckliches~~ Maß an grundlagenwissenschaftlichem Verständnis, zumindest das Verständnis der Methoden, mitbringen müssten, weil man sonst einfach nicht einschätzen und bewerten kann auf universitärem Niveau. Wenn du weiterentwickeln willst, dann musst du verstehen, sonst wirst du nur mehr zum Exekutor. Das ist sicher ein bisschen schwierig. Die Pharmafirmen, die sind natürlich auf Gewinn orientiert. Das ist ja gut so, weil sonst würde das System nicht funktionieren. Manche Ansätze, die gar nicht schlecht wären, die werden einfach nicht verfolgt, weil sie einfach von vorneherein nicht so vielversprechend sind. Was viel versprechend ist, wird gepusht bis zum Maximum. Man muss sicher in den Methoden was verstehen, sonst kann einem jeder was erzählen. Das Armamentarium wird schon immer komplizierter oder komplexer, aber man muss es ja präzise anwenden können. Das ist natürlich immer noch nicht so einfach gerade, wenn man von den immunologischen Therapieverfahren spricht. Präzisionsmedizin ist in aller Munde, aber so einfach ist es nicht. Das stellt sich immer mehr heraus. Man kann das Target identifizieren, vielleicht gewisse

Empfänglichkeitshinweise, zum Beispiel das Tumor-Microenvironment, aber das ist alles nicht so schön schwarz-weiß, wie wir es uns gedacht haben. Es ist etwas schwierig, aber d-Das wird sich natürlich weiterentwickeln mit der Artificial Intelligence etc., das ist schon klar.

Die Frage ist auch, wie die Diagnostik weitergeht, wie viel das kostet? Ob das dann die Next Generation Sequencing sind, die kann man natürlich auch von der Hautbiopsie machen. Da braucht man kein Nanostring oder irgendwelche Sachen machen. Da macht man einfach eine entsprechende Asservierung, was auch keine große Kunst ist. Da gibt es ja entsprechende Flüssigkeiten, z.B. RNA later, das wirft man hinein und man kann eine RNA- und DNA-Sequenzierung machen. Das kostet gar nicht mehr viel. Man kann RNA, Transkriptom und Exomsequenzierung machen und hat wesentliche Informationen. Dann wird man sagen, bei dieser Erkrankung ist dieses Zytokin überexprimiert, dieses Muster. Dieser Pathway, weil nur ein Zytokin ist ja uninteressant, der ganze Pathway und dann wird automatisch ausgewählt, was man da verwendet. Also ich glaube, dass in den nächsten Jahren die Medikamente, die jetzt schon da sind, die um die Ecke sind, die alle schon vorhersehbar sind, dass die in Zukunft gesteuert werden dadurch - also in der Dermatologie - dass man Biopsien nimmt, dass da Next Generation Sequencing standardisiert gemacht wird, dass dann automatische Diagnosealgorithmen das einfach ausspucken. Das ist einfach wirklich möglich. Da kann das Machine Learning Algorithmen entwickeln, die einfach besser sind wie derjenige, der sich damit beschäftigt, wenn es nicht eine prinzipiell neue Frage ist. Ich glaube, das wird Standard in den nächsten 10 Jahren, dass einfach nur mehr mit Next Generation Sequencing nicht mehr mit Nanostring oder so irgendetwas – das ist alles toll, ist aber mehr für wissenschaftliche Spezialfragen.

Die nächste Dimension in der Diagnostik aus meiner Sicht, weil die T-Zellen eben wirklich eine Rolle spielen, ist dann, dass man eine T-Zell-Rezeptor Analyse macht. Das kann man heute sogar schon am Bulk machen, dass man weiß, welche T-Zellen spielen eine Rolle, welche Antigene erkennen die, das kommt. Aber das dauert noch eine Zeit. Aber wie gesagt, ich glaube, dass in 10 Jahren einfach die fertigen Tools da sind, dass man eine Biopsie macht, ins Röhrchen schmeißt mit RNA later oder so was und dann Next Generation Sequencing und dann kommt das einfach zurück. Ich glaube das wird auch stimmen. Das ist keine Kunst.

Bezüglich der Immuntherapie, der große Punkt ist ja immer noch der, dass wir noch nicht antigenspezifisch eingreifen können. Da haben wir damals schon davon geträumt – bei der Allergie – da funktioniert es ja, ohne dass man weiß, wie es funktioniert, z.B. die Wespengift Hyposensibilisierung, sowas funktioniert ja sehr häufig. Das versteht man gar nicht so genau, wie das funktioniert – aber das ist ein anderer Punkt. Da ist schon der Ansatz da. Antigen-spezifisch überschießende Immunreaktionen zu unterdrücken wird man lernen. Das ist aber doch nicht so einfach, wie wir uns das gedacht haben. Nämlich antigenspezifisch, nicht alles niederdrücken. Früher haben wir mit Cortison alles niedergebraggert und mit Immunsuppressiva. Jetzt nehmen wir die Zytokine und deren Mechanismen, um spezifischer und gezielter niederzudrücken, aber wirklich antigenspezifisch, soweit wir das kennen, sind wir noch nicht dazu im Stande im großen Sinne. Bei der Tumorthherapie ist es ja auch so. Es ist ja auch noch nicht tumorspezifisch und antigenspezifisch. Es sind Ansätze da, aber es ist alles nicht so einfach, wie man sich das vorgestellt hat. Das wird kommen. Das ist die nächste Revolution.

Die übernächste Revolution ist die, wo sich jemand wieder – und jetzt komme ich zurück zur Forschung – was einfallen lässt, wo jemanden was auffällt, woran einfach noch niemand gedacht hat. Das wird etwas sein, was nicht die große Technologie braucht. Es wird wieder ganz was in der Petrischale und der Zellkultur sein und mit Hirn. Weil das Hirn ist noch immer der beste Supercomputer. Das Problem beim Artificial Intelligence usw. ist – soweit ich das verstehe und abschätzen kann - man hat es ja erlebt in der Dermatologie, wo man Bilder vorlegt, trainiert usw. und dann kann natürlich der Computer schneller manche Sachen konkludieren und vielleicht auf andere Art und Weise, wie wir es mit unseren eigenen Algorithmen ableiten. Aber er muss ungefähr wissen, in welche Richtung es geht. Wenn etwas völlig anderes vorliegt, dann steht er daneben, weil dann

braucht es dann doch den menschlichen „Computer“ und die Originalität, die Kreativität und das ist eben nicht die Artificial Intelligence. Artificial Intelligence ist letztlich das besser und schneller machen, was der Mensch schon vorher gedacht hat und vielleicht ein bisschen mehr.

Zusammenfassend in der nächsten Zeit wird es so sein, dass man einfach Routine-Diagnostik basierend auf Next Generation Sequencing hat. Die Therapie steuern kann man mit den modernen Medikamenten, die man jetzt schon und in Kürze zur Verfügung hat und mit dann der antigenspezifischen Immunintervention. Die ist leider immer noch nicht so, wie man sich das vorgestellt hat. Da habe ich mich verrechnet. Ich wäre völlig falsch gelegen. Ich habe immer gedacht, die antigenspezifische Immunintervention mit den dendritischen Zellen (DC) (PC) gezielt anwerfen und mit manipulierten DC gezielt abschalten. Das kann man zwar im Tier-Experiment, aber beim Menschen leider noch nicht. Ich habe mir gedacht, dass kann man beim Menschen mit Sicherheit und wenn ich in Pension gehe, dann steht das. Was ich völlig falsch eingeschätzt habe ist, ich hätte es nie für möglich gehalten, dass man, wenn überschießendes TNF da ist, ungestraft mit einem Antikörper es runterbringen kann, ohne dass da was Dramatisches passiert. Ich habe mir gedacht, gut, dann stirbt man wahrscheinlich, weil man das TNF auslöscht, aber das ist eben nicht so aus verschiedenen Gründen. Das war für mich die große Überraschung und da bin ich völlig danebengelegt, dass man sozusagen Zytokine einbremsen kann und abfangen kann und dann nicht einen Immundefekt erzeugt. Wenn man TNF gar nicht hat, ist es ja schlecht kongenital. Aber es passiert nichts, es ist wirklich erstaunlich.