

Hautklinik im Wandel – Erzählte Geschichte

Interview mit Primarius Univ.-Prof. Dr. Josef Auböck, Arzt an der Hautklinik Innsbruck 1980 – 1990, später Leiter der Abteilung für Dermatologie und Venerologie, AKH Linz, aufgezeichnet im Jahr 2019.

Herr Prof. Auböck, von wann bis wann waren Sie auf der Hautklinik Innsbruck?

Josef Auböck: Ich habe 1980 begonnen, bin eingestiegen noch bei Prof. Wolff und war dann an der Klinik bis 1990. Das war eine prägende Zeit mit vielen illustren Erinnerungen.

Sie haben die Ausbildung gemacht, sind dann Facharzt oder Oberarzt gewesen und haben sozusagen den Grundstein für Ihre Karriere gelegt.

Josef Auböck: Genau, und dann auch noch habilitiert und bin dann quasi fertig von dort weggegangen nach Linz.

Wie viele Ärzte waren zu dieser Zeit an der Hautklinik?

Josef Auböck: Prof. Wolff war damals der Chef, 3 habilitierte Oberärzte und 3 nicht habilitierte Oberärzte am Anfang und 13 Assistenten. Das war eine sehr kleine Mannschaft, die aber mit dem Abgang von Prof. Wolff mit seiner Truppe nach Wien deutlich geschrumpft ist. Da war es dann so, dass nur mehr Herr Prof. Fritsch der einzig habilitierte war, er war damals Dozent. Wir hatten dann damals nur einen „Professor“, das war Herr Prof. Niki Romani. Der hat damals als junger Biologielehrer, als Professor der Mittelschule, an der Klinik gerade angeheuert.

Hat sich das dann langsam wieder regeneriert?

Josef Auböck: Wir waren wirklich eine ganz junge Mannschaft, und hatten natürlich, weil so viele Oberärzte weggegangen sind damals, wenig Anleitung gehabt. Wir haben uns daher selber eng zusammengeschlossen, haben uns zusammengetan und haben quasi ein „Wir-Bewusstsein“ entwickelt. Das ist rasch in einen Wettstreit gemündet mit der Wiener Gruppe. Das war natürlich super für Prof. Fritsch, der uns als Mannschaft gesehen hat, dass wir so mitgezogen haben. Er war unser Mentor, unsere Lichtgestalt und hat uns gefördert, wo immer es gegangen ist. Er hat mit uns Vorträge gemacht, später dann Publikationen, Besprechungen. Er hat uns im Detail gesagt, was gut und was schlecht ist. Er hat uns nicht nur fachlich sondern auch persönlich sehr viel gegeben mit Witz, auch kulturell. Ich denke immer noch an die Tante Jolesch, die war Pflichtlektüre. Das wurde bei allen gegebenen Anlässen zitiert. Es war eine Aufbruchstimmung, die haben wir genutzt. Da waren auch zwei Oberärzte, die sich habilitiert haben, Helmut Hintner und dann Gerold Schuler. Damit hat das Ganze so richtig Fahrt aufgenommen und die Klinik hat dann schon ordentliches Ansehen gewonnen und über lange Zeit wirklich behaupten können.

Hat die Klinik zu dieser Zeit besondere klinische Schwerpunkte oder auch Forschungsschwerpunkte entwickelt?

Josef Auböck: Man kann sagen, dass fast jeder einen Forschungsschwerpunkt begründet hat oder mitgetragen hat. Es war zum einen die Elektronenmikroskopie. Das war die ultrastrukturelle Forschung, die von Prof. Wolff noch gekommen ist und von Niki Romani, die dann aber jedem zur Verfügung gestanden ist, die Immunologie, wo zuerst noch Helmut Hintner und Gerold Schuler federführend waren. Helmut Hintner ist dann abgezweigt in die Keratinozytenforschung, die intermediären Filamente und auch sehr viele immunologische Techniken. Die Immunfluoreszenz war ja damals etwas ganz Besonderes. Und in Innsbruck wurde sie fast am besten durchgeführt. Es sind die Leute gekommen, um die Technik zu lernen, weil so gute MTAs da waren, die Semidünnschnitte anfertigen konnten usw. Und aus dem ist dann die bullöse Dermatosenforschung weiter hervorgegangen, die dann ultrastrukturell untermauert wurde. Gerold Schuler hat die

Langerhanszelle aufgegriffen und hat dort seinen jedem von uns bekannten Schwerpunkt entwickelt. Ich bin quasi der erste Adlatus von Prof. Fritsch geworden. Der war damals mit seiner Zellkultur, mit seinen Melanozytenkulturen sehr involviert und das habe ich übernommen. Ich war dann kurze Zeit in Amerika und habe dort die Massenzellkeratinozytenkultur gelernt und sie hat auch wunderbar funktioniert. Wir haben einige gute Transplantationsergebnisse gehabt. Leider haben damals die Verbrennungschirurgen, die plastischen Chirurgen haben das damals gemacht, nicht wirklich mitgezogen. Die haben Angst gehabt, das war ihnen noch suspekt, das war zu früh für sie. Dennoch haben wir diese Methode der Kulturen verwendet und Keratinozyten als immunologische Targets für Immunreaktionen charakterisiert. Das war damals mein Schwerpunkt. Die Allergologie war wichtig unter Georg Klein, Allergologie, Immunologie, da habe ich schon die Wichtigsten aufgezählt. Mehrere haben sich habilitiert und sind dann zu Professoren geworden.

Welches war das Labor in den USA mit den Keratinozyten?

Josef Auböck: Das war das Harvard Department of Physiology and Biophysics, Howard Green Gruppe, die diese sogenannte Feeder Layer-Technik begründet hat. Tierische Bindegewebszellen wurden eingesät, die haben dann als Ammenzellen für die Keratinozyten gedient, die man nur spärlich gewinnen konnte aus wenig Haut. Sie haben die Keratinozytenkulturen genährt und zu wirklich erstaunlicher Proliferation gebracht. Wir haben es zusammengebracht, aus einem Quadratzentimeter Haut, wo wir die Keratinozyten gewonnen haben, ein Quadratmeter mehrschichtiges Epithel zu züchten.

Wie war die Zusammenarbeit mit den technischen Assistentinnen im Labor oder auch mit Schwestern und Pflegern?

Josef Auböck: Die Zusammenarbeit war glaube ich auf allen Ebenen traumhaft, sehr gut. Wenn wir beginnen mit den Schwestern, die haben uns quasi eingeführt in das ABC der dermatologischen Therapien. Im Verbandsraum wurden die Ulzera verbunden. Und wenn man nicht genau gewusst hat, wie man als Junger ein Ulkus behandeln soll, hat man die Schwester gefragt, die hat schon vorhergesagt, ja, richtig, genauso. Die haben uns geschult und uns bei vielen Handgriffen auch unterstützt. Es war das „Klimatische“ sehr, sehr gut. Da hats eine Oberschwester gegeben, da erinnere ich mich gerade, auf der Frauenstation, eine alte, matronenhafte, wirklich fürsorgliche, liebevolle. Und die hat jeden von uns Spitznamen gegeben, aber nur denen, die sie gemocht hat, haben Spitznamen gekriegt. Die MTAs waren auch ganz toll. Das waren auch wegweisende Unterstützer. Ich denke da an die Steffi, die die Schnitte gemacht hat für die Immunfluoreszenz, wo auch viele von auswärts gekommen sind um zu schauen, wie geschickt sie das macht. Wir haben von der Qualität der Ergebnisse, natürlich auch von der Technik, die man dort entwickelt hat, sehr profitiert.

Hat es auch schlechte Erfahrungen gegeben?

Josef Auböck: Natürlich gibt es auch schlechte Erfahrungen. Die ersten schlechten Erfahrungen waren, dass wir sehr, sehr viel Zeit verbracht haben an der Klinik. In der Vorhabilitationsphase war das, ich habe es aufgeschrieben über einige Jahre habe ich 120 Wochenstunden gearbeitet. Und das hat sich schon auch ausgewirkt auf das Familienleben und auf das Privatleben. Nicht Alles ist golden, was wir dort gemacht haben. Dann hat es auch natürlich persönliche Probleme oder Misserfolge gegeben. Klinisch, wenn man mal einen Patienten fehldiagnostiziert und auch fehlbehandelt hat. Gott sei Dank war das Netzwerk dicht genug, dass das dann auch immer wieder aufgefangen wurde auch Gott sei Dank alles entschärft wurde. Also es ist nichts wirklich passiert, was nicht zum Positiven gewendet hätte werden können. Trotzdem, das waren dann schon so Dinge, an die man sich erinnert und Fehler, die man dann sicher nie mehr wieder macht. Natürlich haben wir gezittert, wenn man Vorträge vorbereiten haben. Das hat auch nicht immer so funktioniert. Manchmal war es ein

Misserfolg, wenn man von manchen Fragenden in der Diskussion zerlegt wurde. Und das war damals schon schlimm, dass manche junge, sehr ehrgeizige, schon habilitierte Personen sich ein Vergnügen daraus gemacht haben, die Jungen „aufzublatteln“. Das war wirklich unangenehm. Ich glaube diese Unkultur ist Gott sei Dank heute nicht mehr anzutreffen.

Heute ist die „Work Life Balance“ mehr im Bewusstsein. Ist das eine gute Entwicklung? Ist das eine schlechte Entwicklung? Wie müsste man es richtig machen?

Josef Auböck: Ich würde sie zwiespältig beurteilen. Einerseits natürlich eine gute Entwicklung, weil 100 Stunden oder sagen wir, dass 80 Stunden müssten bei jemanden, der ehrgeizig ist, aber etwas erreichen will, sicher vertretbar sein. Man muss auch was leisten und Zeit verbringen mit den Themen, wenn man etwas lernen will, wenn man Karriere machen will und wenn man besser werden will als alle andern. Und das ist jetzt der Nachteil, wenn man nur mehr halbtags arbeitet, wie will ich dann garantieren, dass ich eine ordentliche Ausbildung bekomme? Wie will ich garantieren, dass ich überhaupt Konzepte schmieden lerne und auch etwas verfolgen lerne: Patienten verfolgen über Monate oder Jahre vielleicht. Das geht verloren, wenn man nicht mehr so viel am Patienten und nicht mehr so viel an den Projekten ist, mit denen man betraut ist. Es war damals insofern auch noch anders. Wir waren zwar viel in der Klinik und haben viel gearbeitet aber wir hatten nicht den Zeitdruck. Wir mussten nicht nach 8 Stunden nach Hause gehen. Das ist ja heute kriminalisiert, wenn jemand mehr als 8 Stunden arbeitet. Das finde ich eine ganz schlechte Entwicklung. Damals sind wir geblieben, haben die Aufgaben erledigt, haben uns aber auch die Zeit genommen, beispielsweise zu Mittag eine Stunde manchmal zum Essen. Und dort haben wir wiederum über die Arbeit gesprochen und es war klimatisch eigentlich sehr gut. Wir sind auch in der Früh schon zusammengesessen vor Arbeitsbeginn, nach Arbeitsende und haben uns noch ausgetauscht über Arbeit und natürlich auch über persönliche Angelegenheiten. Es war nicht so streng. Ich denke, dass diese Stress machende Einengung durch Zeitkorsette, die hatten wir nicht. Das war vorteilhaft damals. Das ist ein großer Nachteil heute. Die Anforderungen heute werden auch sehr hoch gestellt an die Mitarbeiter, allerdings müssen sie das in einer sehr kurzen vorgegebenen Zeit abarbeiten. Und das geht sich nicht aus. Das ist eine sehr unangenehme Form der Arbeitsbelastung [...]

Was war anders an der Medizin zu der Zeit, wenn man es vergleicht, wie es sich jetzt entwickelt hat?

Josef Auböck: Es waren die ganzen therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten, das ist ja Hundert und Eins, wenn man das so will. Die Liegedauern, wenn ich jetzt einmal die Diagnostik hernehme. Wir haben die ganze molekularbiologische Diagnostik nicht gehabt, die Labordiagnostik, die Immundiagnostik. Wir konnten vieles gar nicht diagnostizieren. Und ein Krankheitsbild ist mir in Erinnerung, das ist das Sweet-Syndrom. Ich erinnere mich, wie wir das alle gemeinsam sogar das erste Mal so richtig diskutiert haben bei einer Morgenbesprechung oder bei einer Klinikbesprechung. Das war als Krankheitsbild nicht bekannt. Das Bild haben wir natürlich auch schon vorher gesehen. Es wurde damals als tiefes Erythema exsudativum multiforme oder sonst was bezeichnet. Ein Krankheitsbild, das heute jeder Dermatologe kennt oder kennen muss, das zur Diagnostik. Dann die Therapie: Wir haben Salben geschmiert, wir waren die „Schmierer“. Das war auch ein Grund, warum die Dermatologen damals nicht sehr hoch angesehen waren. Da ist ein großer Unterschied zu heute. Heute betreiben wir modernste Medizin diagnostisch wie therapeutisch und genießen ein hohes Ansehen. Damals war es nicht so. Da hat man die Leute auf die Hautklinik gelegt, weil zum Schmieren hat es immer was gegeben. Die Patienten waren oft von Kopf bis Fuß eingebunden mit ganz kunstvollen Verbänden. Bei bestimmten Diagnosen wiederum Ulcus cruris, das Beingeschwür, die Leute sind 6 Wochen gelegen, 8 Wochen – 10 Wochen manchmal. Weil die ursächliche Diagnostik, weil die moderne diagnostische und therapeutische Vorgangsweise für chronische Wunden nicht drinnen war. Das war eher unerwünscht, das waren nicht die gewollten Diagnosen. Die Patienten sind abgelegt, dann sind sie Wochen später wieder mit dem gleichen

Zustand nach Hause gegangen, nur mit weniger Schmerzen und das Ulkus war gereinigt. Oder Psoriasis, die schuppenden Krankheiten, die entzündliche Neurodermitis, wochenlang geschmiert. Die Verweildauern waren wirklich wochenlang. Heute haben wir 3 Tage oder 4 Tage Verweildauer in durchschnittlichen Kliniken. Das heißt, wir können heute viel mehr in der Ambulanz machen, könnten noch viel mehr ambulant machen, wenn auch Personal und Zeit von der Gesundheitspolitik dafür zur Verfügung gestellt würde. Und das ist ja die Krux, man nimmt die Betten weg und glaubt, dass man in der Klinik, wo man hohen Anforderungen ausgesetzt ist, dann genau so im Schnellzugstempo, wie vielleicht draußen in der Praxis ein Ekzem oder Pilz zu behandeln ist, dann sollte man komplexe Dermatosen auch so schnell abhandeln. Das geht nicht. Und die Personalzumessung an der Klinik ist leider an stationäre Betten gebunden. Doch das hat noch keiner der Gesundheitspolitiker beachtet. Es gäbe sehr Vieles zu verbessern. Die Medizin hat sich schon verbessert. Wir warten nur auf die politischen Rahmenbedingungen.

Gibt es noch eine Erinnerung oder Anekdote?

Josef Auböck: Es hat auch sehr viel Schabernack gegeben. Man hat sich auch Streiche gespielt. Wenn man zum Oberarzt geworden ist, das war ja dann auch das erste Mal, wo man Konsiliarbesuche gemacht hat als Oberarzt. Das war dann schon aufregend: Kommt hoffentlich keine Dermatose, die ich nicht kenne oder bin ich nicht überfordert. Da haben die anderen Kollegen auch schon ein bisschen hingeschaut. Mir ist es folgendermaßen ergangen: Ich bekomme einen Anforderungszettel mit einer ganz langen Diagnose, die kein Mensch kennt. Ich weiß heute nicht mehr, was darauf zu lesen war. Ich habe schon geahnt, das ist jetzt irgendetwas, das haben meine Kollegen mir hingelegt. Und habe mir gedacht: wartet nur, ich kriege euch auch dran. Diesen Patienten hat es natürlich nicht gegeben. Am nächsten Tag haben sie gefragt: „Und, wie war der Dienst, wie wars?“ Ich sage: „Furchtbar! Stellt euch vor, was passiert ist. Als ich Dienst gehabt habe, war Prof. Fritsch da und ich habe ihn gefragt, ob ich ihn jederzeit fragen kann, wenn ich mich nicht auskenne. Ich hatte eine ganz schwierige Diagnose, die ich nicht gekannt habe. Und Prof. Fritsch geht mit und sagt, das machen wir gemeinsam, denn das scheint schwierig zu sein und geht mit. Und wir finden den Patienten nicht. Auf der Chirurgie wäre er gelegen. Prof. Fritsch ist ausgerastet. Was denn das für eine Sauerei ist! Er hat dort die Leute zusammengeschimpft. Und dann treffen wir noch den Chef der Chirurgie, wie wir zurückgehen. Und die sind sich auch in die Haare geraten.“ Während ich das erzähle, sind sie bleicher und bleicher geworden. „Wir müssen was beichten.“ Ich habe sie dann noch ein bisschen in der Schwebe gelassen und habe es ihnen dann gesagt, dass es nicht so war. Ich habe es natürlich Prof. Fritsch erzählt, der dann herzlich gelacht hat. Das war eine Geschichte, es sind aber viele dieser Art passiert.

Fußballspielen: Wir hatten ein Fußballteam und haben am liebsten gegen die Psychiater gespielt, weil die waren einfühlsame Fußballspieler. Und die Chirurgen haben wir gefürchtet. Die haben uns die Hacken reingehauen und die Haxn fast abgeschlagen. Das waren nette erinnernswerte Ereignisse, von denen es hunderte gäbe. Vielleicht noch eines, weil das auch sehr schön war: Prof. Fritsch hat eines der Fußball-Fotos verwendet für seine Antrittsvorlesung. Da waren wir als Fußballteam zu sehen und er hat seine Antrittsvorlesung mit dem Satz beendet: Mir ist nicht bange, denn ich habe ja eine gute Mannschaft. Das war glaube ich auch die Klammer, die uns immer zusammengehalten hat, und warum wir auch für Prof. Fritsch alles getan haben und er auch für uns.