

Hautklinik im Wandel – Erzählte Geschichte

Interview mit Herrn Univ.-Prof.Dr. Robert Zangerle, Arzt und Leiter der HIV-Abteilung an der Hautklinik Innsbruck von 1982 - 2017, Klinikdirektor 2008 – 2009, aufgezeichnet im Jahr 2021.

Von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik beschäftigt?

Robert Zangerle: Vom Juli 1982 bis zum Oktober 2017.

Wie viele Ärzte und Schwestern waren zu Ihrer Zeit an der Hautklinik beschäftigt?

Robert Zangerle: Keinen blassen Dunst. Ich denke bei den Ärzten vielleicht so 2/3 vom jetzigen Stand. Bei der Pflege ist es komplizierter. Damals hat die Hautklinik wesentlich mehr Betten gehabt. Darum denke ich, ist die Zahl vielleicht gleich? Keine Ahnung. Die Bettenzahl wurde doch drastisch reduziert. 1/3 weniger? Da müsste man nachschauen. Darf ich darauf hinweisen, dass man als Zeuge nicht aussagen muss, wenn es einen selbst belastet.

Wie war die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern: den Ärzten und der Pflege? Wie haben Sie das empfunden?

Robert Zangerle: Für mich hat sich überhaupt nichts geändert über die 35 Jahre, die ich in der Klinik war. Allerdings habe ich mich damals schon sehr bemüht, sozusagen auf Augenhöhe mit allen zu sprechen. Auf der AIDS-Station habe ich mich übrigens besonders mit dem Hauspersonal beschäftigt. Die haben extrem viel Kontakt mit den Patienten und bei HIV war das ein Problem, die haben sich oft vereinsamt gefühlt oder sogar diskriminiert. Da habe ich mich dann auch mal dazugesetzt. Ich habe immer ein gutes Verhältnis zum Hauspersonal gehabt, das auch das Essen dem Patienten bringt, meistens. Die Pflege natürlich auch manchmal. Insofern hat sich für mich da nicht so viel geändert. Ich hatte vielleicht einen anderen Zugang als andere. Spannungen gab es dann erst später mit dem Pflegepersonal, weil die ersten HIV-Patienten (oder damals noch AIDS-Patienten, der Begriff HIV ist erst 1986 geprägt worden) nicht so geschätzt waren. Ich habe sie übrigens von Anfang an geschätzt, ich habe sie sogar besonders nett empfunden. Wohin mit den HIV-Patienten? Bis es dann eine Entscheidung gab, dass es eine eigene Station für die HIV-Patienten geben sollte. Davor war es ein Kampf, wo man diese Patienten unterbringt. Wir waren vorher damals auf der Männerstation I, da war es dann so, bevor die AIDS-Station eröffnet wurde, ist die Leitung vom Pflegepersonal, damals 3 Leute, sind irgendwohin Wallfahrten gegangen, damit der Spuk bald vorbei sei. Das war nicht besonders angenehm. Das muss ich schon sagen. Es war nicht immer ganz leicht. Die Augenhöhe umgekehrt hat nicht gepasst.

Was war Ihr Schwerpunkt?

Robert Zangerle: Ich kam von der Theorie, wie man so schön sagt. Ich war auf dem Institut für Pharmakologie für zwei Jahre und wollte ein paar Methoden, die ich dort gelernt hatte, umsetzen, bin aber kläglich gescheitert. Hier gab es schon eine sehr fokussierte Gruppe. Da war für meine Methoden am Rand nicht viel Platz. HIV hatte auch keine Basis im Labor in dem Sinne. Deshalb habe ich mich um HIV klinisch gekümmert. Dann wurde die HIV-Ambulanz ins Leben gerufen, das hat dann eine Weile gedauert. Es gab nämlich einen Bereich auf der Klinik, im Erdgeschoss, von außen ganz rechts, wo die „Gynäkologie außen“ und „Neurochirurgie außen“ waren. Da sind Patienten gelegen, deren Kliniken ein bisschen entfernt waren. Da gab es Bandscheibenoperationen, ich kann mich erinnern, dass da ein Hautarzt gelegen war, den habe ich dort dann auch besucht. Das ist dann für die AIDS-Station umgebaut worden. Im Rahmen dieses Umbaus gab es dann auch so ein paar rückblickend sehr nette Geschichten. Z.B. der Einbau vom Lift. - Damals war es noch so, dass die Bauabteilung fundierten

Meinungen von Ärzten zugänglich war, das denke ich ist inzwischen nicht mehr so. Die Kommunikation wird zwar immer betont, sie passiert aber immer weniger. – Da haben wir dann die Abteilung Bau überzeugt, dass die Hautklinik einen zweiten Lift braucht. Es gab zwar einen Lift am Ende des Westtraktes. Dieser Lift war technisch nicht sehr up to date. Es gab auch vermehrt Bedarf und deshalb haben wir einen zweiten Lift als Zwang praktisch, als Erfordernis hingestellt. Er ist schnell und ordentlich bewilligt worden und wurde in Anspruch genommen. Das ist jetzt der moderne Lift der Hautklinik. Wo manche den Eingang zwar nicht finden, weil er ums Eck ist, aber das ist eine super Sache. Das war 1987/88. Dann gab es übrigens, als der Lift fertig war, eine riesen Kritik vom Denkmalschutz, weil zwei oder drei Fenster zugemauert werden mussten. Das hat uns ein müdes Lächeln gekostet. Auf den Denkmalschutz bin ich per se nicht gut zu sprechen, weil die Behindertenfeindlichkeit vom Denkmalschutz ist schon sehr angängig. Das war die eine Geschichte. Und das Zweite war dann, als der Bau selber von der AIDS-Station bzw. der Bau ist vielleicht falsch, aber die Anpassung für nachhaltigere Lösungen in der Station, hat sich dann etwas in die Länge gezogen. Das ist uns ziemlich auf den Wecker gegangen, Prof. Fritsch (der damalige Klinikchef) und mir. Ich habe dann wieder einmal aus meinem Fundus nicht ganz gesetzestreuer Haltung, einen Plan ausgeheckt, den Prof. Fritsch sogar gerne zugestimmt hat. Wir haben nämlich die Eröffnung der AIDS-Station der Politik und allen anderen großen Prominenten bekanntgegeben obwohl sie noch gar nicht fertig war. Wir haben damit die Klinikverwaltung und die Bauabteilung ein bisschen vor den Kopf gestoßen. Den Termin haben wir relativ raffiniert gewählt, so dass sie nicht die Ausrede haben, dass es ein Übergriff war, sondern es war möglich, in dieser Zeit fertig zu werden. Bei der Eröffnung waren dann tatsächlich vier Landesräte da. Das war dann eine gute Sache, weil es auch benutzt worden ist, um dieses Thema in die Öffentlichkeit zu tragen. Es gab in den Jahren ein paar Dinge, die einem, wenn man so nachdenkt, in den Sinn kommen. Ich habe sicher auch Sachen vergessen, die noch interessanter wären. Aber vielleicht haben Sie noch Fragen.

Ist HIV als Stigma empfunden worden?

Robert Zangerle: Ja sicher, HIV-Patienten unterliegen immer noch ein wenig einem Stigma. Ich denke es dauert oft Generationen, bis ein Stigma behoben ist. Aber heute natürlich anders als damals. Damals war das Stigma doppelt. Man hat sich gefürchtet, dass man sich leicht ansteckt, das war auch ein Kampf mit manchen. Übrigens auch mit den anderen Abteilungen im Krankenhaus. Da fällt mir jetzt gerade dazu was ein. Es war ja so, dass die infektiösen Patienten, damit gemeint war Hepatitis B und HIV, vielleicht noch Tuberkulose - jetzt wäre es wohl Covid -, mit einem grünen Punkt am Bett und am Überweisungszettel sowie an der Fieberkurve versehen worden. Sobald der Patient am ersten Tag aufgenommen wurde, haben wir das nicht gemacht. Übrigens im Krankenhaus Wien wurde das noch vor ca. 10 Jahren gemacht. Dieses Vorgehen hat sich an manchen Orten noch Jahrzehnte lang gehalten. Das haben wir vom ersten Tag an nicht gemacht. Das ist ja auch ein fachliches Problem, bei Covid merkt man das ja auch, es werden die Betroffenen ein wenig stigmatisiert. Da ist auch die Angst da. Es gilt daher eine andere Grundhaltung zu haben. Es ist hygienisch und fachlich sehr wichtig, dass man sich prinzipiell schützt. Das ist ja das Problem auch bei Covid, dass sich die Leute im privaten Kreis leider nicht schützen, weil man seinem Freund, seiner Ehefrau oder der Mutter, Großmutter diese Krankheit nicht zutrauen will. Was absurd ist. Und das ist bei HIV gleich. Da gibt es die Regel, dass man immer so tut, als ob jemand ansteckend wäre. Dies ist bei Covid viel mehr umgesetzt als es damals bei HIV war. Dieses Phänomen nennt man „Universal Precaution“, also generelle Vorsichtsmaßnahme. Hätte man bei Covid übrigens auch mehr hinweisen müssen. Das Problem war, dass diese Aufklärungen ja oft von PR-Profis gemacht worden sind, die fachlich nicht gut beraten worden sind. Da hätte man durchaus auch auf andere Expertisen zurückgreifen müssen. Das ist zu kurz gekommen. Das habe ich ja selbst erlebt im Klinikbereich im letzten Monat, im Sommer vor allem. Wo wir uns die Hand gereicht haben – wir sind ja nicht so – tun wir doch nicht so. Das ist eben zu wenig überlegt, zu wenige kommuniziert, dass es da um „Universal Precaution“ geht. Da geht es nicht um Stigmatisierung von jemanden, der

mir die Hand nicht reicht. Das ist eine allgemein gültige Sache. Die Stigmatisierung damals bei HIV war doppelt, weil die Menschen, die betroffen waren damals, waren Drogenabhängige und schwule Männer. Die waren per se stigmatisiert auch ohne HIV. Die Ansteckung ist dann noch erschwerend dazugekommen. Es gab ja schon lange Leute, die das einfach nicht geglaubt haben. Jetzt hat man das Gefühl, ist es eher umgekehrt, dass sie nicht glauben, dass man sich anstecken kann. Damals war es umgekehrt. HIV war natürlich im alltäglichen Umgang unproblematisch. Es gab furchtbare Geschichten im Kindergarten, dass die Kinder nicht in den Kindergarten gegangen sind. Wir haben die Kinder damals heimlich durch die Schulen und durch die Kindergärten gebracht, weil einfach die Ansteckung zum Vergessen war. Nicht theoretisch null. Aber sobald etwas unmessbar klein ist, muss es auch sozial akzeptabel sein. Das ist jedoch eine andere Geschichte. Wenn man da auf die theoretische Null besteht, diskriminiert man schon wieder. Wir sind jeden Tag bereit bestimmte Risiken einzugehen. Selbst, wenn wir sie noch so klein halten. Aber es ist nicht null und nicht theoretisch null.

Wie würden Sie rückblickend Ihre Arbeit sehen im Hinblick auf die HIV-Station?

Robert Zangerle: Ich sagte ja schon, als Zeuge muss ich nicht aussagen, weil man sich nicht selbst belasten muss.

Ich habe natürlich Glück gehabt. Mit Prof. Fritsch war nicht immer leicht Kirschen essen. Aber er hat mich und meine Arbeit immer geschätzt. Ich kann mich noch gut erinnern, als er in den 80er Jahren gesagt hat: "Ja, tuans lei! Sie müssen mir ab und zu sagen, was sie tun." Daran habe ich mich auch nicht immer gehalten, ich habe ihn nicht immer über alles informiert. Das kann schon sein. Aber im Prinzip habe ich tun können, was ich wollte. Das war schon nicht schlecht. Das Problem war, aber das war kein Problem für mich, weil mir das gefallen hat: Wir haben es nicht geschafft, uns im Labor zu etablieren. Mein Kollege Niki Romani hat uns dann sehr unterstützt, dass wir Proben lagern konnten. Das ist übrigens ganz riesig und auch die Klinik hat das dann sehr unterstützt mit diesen -80° Geräten. Übrigens Geräte, die man im Rahmen von Covid hätte anschaffen müssen aber nicht getan hat, weil das ein Monopol des Großhandels ist, die Proben zu lagern, Pfizer-Biontech z.B. Nur in Bayern wie vergleichsweise in Innsbruck haben sie im Krankenhaus 8 solche Geräte angeschafft, das ist nicht trivial. Übrigens der Weltmarkt war Anfang Dezember 2020 schon leer. Mit dieser Lagerung von den Proben haben wir das ein bisschen umgangen. Wir haben also die Proben gelagert und haben damit die Behandlung von Patienten machen können, weil manche Technik, um Ansprechen und Therapie zu sagen, erst später entwickelt wurde. Da haben wir in den Kühlschränke greifen können und Proben entnehmen können von einem früheren Zeitpunkt, ob das Virus wohl tauglich ist für das und das Medikament und auch wissenschaftlich. So haben wir unsere mangelnde Verankerung im Laborbereich ein bisschen umgangen.

Sie haben die Mehrbettzimmer angesprochen. Wie war das?

Robert Zangerle: Ah, ja genau. Das war ja ganz wichtig. Als ich hier im Juli 1982 angefangen habe, da gab es die zwei großen Stationen, Frauen- und Männerstation und eine Sonderstation. Die Frauenstation war gerade im Umbau, weil man doch die berühmten 12-Bettzimmer umbauen wollte. Auf der Männerstation war noch in meinem ersten Jahr über ein Jahr ein 12-Bettzimmer. Für uns jungen Ärzte war das ziemlich lässig teilweise. Wir hatten einen guten Draht zu den Patienten, das war gar nicht so ohne. Diese Situation war nicht nur schlimm. In jetziger Sicht wollen wir natürlich alle unsere Intimität wahren in einem Zweibettzimmer, vielleicht irgendwo auch ein Dreibettzimmer. Das ist keine Frage. Aber das war nicht nur dramatisch. Die Menschen waren für das damals auch bereiter. Man hat ja dann alles umgebaut. Es war immer so eine G'schicht, in einem 12-Bettzimmer auf Visite zu gehen. Da ist man immer eine ganze Weile im Zimmer gestanden. Prof. Fritsch war, als ich angefangen habe, noch gar nicht der Leiter sondern nur der interimistische Leiter. Der vorherigen Leiter, der verstorbene Prof. Wolff, der im Dezember 2019 gestorben ist, hat viele Ärzte nach Wien mitgenommen. Jetzt war die Klinik ein wenig verwaist, vor allem von den Erfahrenen. Da waren die

Oberärzte, die sog. Oberärzte, waren in Gegenfachausbildung. Sie haben also ihre Ausbildung auf der Inneren Medizin oder auf der Chirurgie beendet. In dieser Zeit haben wir Youngsters Visite gehen müssen. Frisch auf der Haut und musste schon Visite gehen. In der Früh sind wir alleine Visite gegangen im 12-Bettzimmer, das war durchaus etwas abenteuerlich. Aber ich denke durch Zuwendung und vor allem auch Zuwendung in Literatur und Suche in Büchern haben wir die Patienten auch in der Früh gut behandelt. Als der Oberarzt dann mittags kam, war er recht zufrieden. Die Oberärzte sind mittags gekommen, weil damals gabs noch die geteilte Dienstzeit. Da war zwischen eins und vier frei. Und dann wurde von vier bis sieben wieder gearbeitet. Dies war für Schifahrer durchaus ideal. Arbeitstechnisch war es nicht so gut.

Wie sehen Sie den Stand der Medizin heute und wie wird sich das weiterentwickeln?

Robert Zangerle: Ich bin ja Arzt in Pension und nicht Hellseher. Das kann man so gar nicht sagen. Das ist sehr schwierig. HIV selber war natürlich in der Medizin eine irre Geschichte. Übrigens eine Geschichte, die sich bei Covid extrem bemerkbar macht. Die ganzen Virologen, die haben ihre Ausbildung zum großen Teil über HIV gemacht. Sehr viele Dinge, die man mit HIV vergleichen kann, wie z.B. die Varianten, die britische Variante, südafrikanische Variante, das sind alles Dinge, die man bei HIV richtig gelernt hat. Und die man auch bei Hepatitis B und C gemacht hat und auch bei anderen Viren natürlich. Das war extrem erfolgreich. Man darf nicht vergessen, dass die Entdecker dieses Virus schon vor Jahren den Nobelpreis bekommen haben. Auch die Therapie, die entwickelt worden ist, weil HIV ist eine gut behandelbare Krankheit geworden. Man bezahlt schon einen hohen Preis, weil man lebenslang Medikamente einnehmen muss. Aber das ist schon eine extreme Erfolgsgeschichte. Es ist wie Tag und Nacht. Als die Therapie kam, 1996, hatte man wirklich Lazarus-Effekte beobachtet: Nimm dein Bett und geh nach Hause. Dies ist tatsächlich beobachtet worden. Auch ganz interessant, ein Teil vom Pflegepersonal hat uns damals verlassen, weil sie auf diese Palliativmedizin eingestellt war und nicht sozusagen auf die Betreuung der Patienten, denen es dann besser geht. Es ist jetzt vielleicht ein bisschen vereinfacht, weil natürlich HIV noch viele Jahre Probleme gemacht hat, auch heute immer noch. HIV ist assoziiert mit vermehrten kardiovaskulären Erkrankungen. Dies ist zum Teil nicht immer so trivial aus dem persönlichen Verhalten, wie Rauchen, Fettstoffwechsel, das mit HIV auseinanderzuklauben. So ganz simpel ist es nicht immer. Jedoch dramatisch anders. Damals ist man im Schnitt nach 10 Jahren ganz schwer krank geworden und hat dann im Schnitt ein gutes Jahr gelebt. Das ist jetzt ganz anders. Inzwischen kann man, wenn man die richtige Therapie rechtzeitig macht, fast unbegrenzt leben. Es gibt da diese Diskussion, es ist schon etwas komplexer natürlich, weil es von mehreren Sachen abhängt, ob man mit Hepatitis C infiziert ist, ob man sich Drogen indiziert. Aber es gibt sogar eine Gruppe von Patienten, die besser und länger lebten als Patienten ohne HIV. Ich denke da ist die Schlussfolgerung eine ganz klare, eine sehr gute Medizin, eine rationale Medizin tut gut. Die Patienten bekommen das weil sie in ständigerer Betreuung sind als wie viele in der Bevölkerung, die das nicht bekommen.