

1873 wird an der Universität Innsbruck die Klinik für Syphilis und Dermatologie gegründet. Im Jahr 2023 feiert sie als Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie ihr 150-Jahr Jubiläum. In der vorliegenden Festschrift wird die Geschichte der Klinik, ihr heutiges Format mit Ausblicken auf zukünftige Entwicklungen aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Neben einer Chronik enthält sie die Darstellung der verschiedenen Bereiche sowie Berichte von Zeitzeugen darüber, was die Univ.-Hautklinik Innsbruck besonders macht.

M. Schmuth, G. Ratzinger, G. Weinlich, N. Romani (Hg.)

150 Jahre Universitäts-Hautklinik Innsbruck: 150 Jahre Translationale Forschung



M. Schmuth, G. Ratzinger G. Weinlich, N. Romani (Hg.) • 150 Jahre Universitäts-Hautklinik Innsbruck



iup

innsbruck university press



M. Schmuth, G. Ratzinger, G. Weinlich, N. Romani (Hg.)

**150 Jahre Universitäts-Hautklinik Innsbruck:
150 Jahre Translationale Forschung**

Matthias Schmuth, Gudrun Ratzinger, Georg Weinlich, Nikolaus Romani
Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie

Diese Publikation wurde mit finanzieller Unterstützung der Medizinischen Universität Innsbruck und der Tirol Kliniken gedruckt.

Bibliographische Information der Österreichischen Nationalbibliothek
Die Österreichische Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikationen in der Österreichischen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://www.onb.ac.at> abrufbar.

Danksagung

Wir danken Frau Viktoria Migschitz, Frau Lisa Künzel, Herrn Oliver Schlesinger, Frau Dr.ⁱⁿ Birgit Holzner, Univ.-Doz. Mag. Dr. Horst Schreiber und a.o. Univ.Prof.i.R. MA Dr. Josef Weimann, BA, für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Festschrift.

Foto

Die Urheber und Nutzungsrechtangaben finden sich bei den jeweiligen Abbildungen und stehen in der Verantwortung der jeweiligen Kapitelautor:innen.

© *innsbruck* university press, 2023

Universität Innsbruck

1. Auflage

Alle Rechte vorbehalten.

www.uibk.ac.at/iup

Layout: Romana Fiechtner

Cover: Teamfoto aus Anlass des 150-Jahre Jubiläums der Univ.-Hautklinik Innsbruck © Univ.-Hautklinik Innsbruck

Print: Prime Rate Kft., Budapest

ISBN 978-3-99106-104-5

Inhaltsverzeichnis

Grußworte und Geleit.....	9
Eine Zeitreise – 150 Jahre Univ.-Hautklinik Innsbruck 1873–2023 <i>Matthias Schmuth</i>	21
Moulagen – In Wachs gegossene Krankheiten <i>Christian Lechner</i>	35
Die Fassataler Luesendemie im Jahr 1905 als Beispiel der extragenital übertragbaren Syphilis <i>Josef Weimann</i>	43
Hans Loos und die Innsbrucker Klinik für Dermatologie und Syphilidologie im Nationalsozialismus <i>Ina Friedmann</i>	47
Die Laboratorien der Hautklinik – Diagnostik und Forschung <i>Christine Heufler Tiefenthaler, Nikolaus Romani, Patrizia Stoitzner</i>	81
150-Jahre Hautpflege <i>Angelika Obmascher</i>	87
Lehre und Ausbildung <i>Ines Vergeiner, Philipp Hinteregger</i>	89
Akne / kompositorische Ästhetik <i>Mechthild Ottenthal</i>	93
Allergie <i>Norbert Reider</i>	95

Inhaltsverzeichnis

Dermatochirurgie

Marlene Kuen, Nicole Höllweger 99

Dermatoonkologie

Georg Weinlich, Van Anh Nguyen 103

Fotografie

Oliver Schlesinger, Bernhard Sickert 107

Genodermatosen und Kinderdermatologie

Robert Gruber 111

Dermatohistopathologie

Nina Frischhut 113

Die Haut 5 Ambulanz/Station und die HIV Infektion im Wandel der Zeit

Mario Sarcletti, Martin Gisinger 115

Kollagenosen

Barbara Böckle 119

Lichttherapie („PUVA“) – Psoriasisprechstunde

Gudrun Ratzinger 121

Klinische Studien und Qualitätsmanagement

Norbert Reider..... 123

Die Administration: Fluch und Segen – von der Stenografie bis zur elektronischen Datenverarbeitung

Gabi Willim, Lisa Künzel, Viktoria Migschitz 125

Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR) an der Dermatologie

Innsbruck

Erich Mur 129

Psychotherapeutischer/klinisch psychologischer Konsiliar-Liaisondienst (CL-Dienst) <i>Margit Breuss, Manfred Gugler</i>	131
Seelsorge im Krankenhaus <i>Michael Weiskopf</i>	135
Sozialarbeit an der Hautklinik Innsbruck <i>Dominika Kammerlander</i>	139
Direktorenbiografien <i>Matthias Schmuth</i>	141
Mitarbeiterliste	149
 Zeitzeugeninterviews	
Hautklinik im Wandel – Erzählte Geschichte	155



Eine kontinuierliche Tradition internationaler Sichtbarkeit und Stärke

Es ist mir eine besondere Ehre und große Freude, in meiner Funktion als Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV) der Universitätshautklinik Innsbruck zu ihrem 150-Jahre-Jubiläum gratulieren zu dürfen.

Innsbruck ist als Standort einer der Medizinischen Universitäten Österreichs in der Versorgung der Patient:innen, Ausbildung, Lehre und Wissenschaft über diese lange Zeit stets ein Garant für hervorragende Leistungen gewesen. Die Vernetzung mit anderen Medizinischen Hochschulen innerhalb Österreichs, im deutschsprachigen Raum und weit darüber hinaus war immer und ist weiterhin wichtiger Bestandteil der Entwicklung – und dies kommt letztlich direkt der Betreuung von Patient:innen mit Haut- und Geschlechtskranken am Standort und durch die Bildung spezieller Expertise auch Patient:innen weit darüber hinaus zugute.

Die Universitätshautklinik Innsbruck hat insbesondere über Jahrzehnte auch die Entwicklung des Faches in Österreich wegweisend mitbestimmt und zur nationalen und internationalen Sichtbarkeit und Stärke der Österreichischen Dermatologie wesentlich beigetragen. Auch hat die Universitätshautklinik Innsbruck und deren Leistungsträger:innen und Mitarbeiter:innen durch Exzellenz in der Forschung und Expertise in der Patient:innenbetreuung viele im und zum Fach der Dermatologie motiviert. Meine persönliche Anmerkung dazu: in meiner Ausbildungszeit als Assistent an der Abteilung für Physikalische Medizin und Rheumatologie des Klinikums in Innsbruck haben die Konsiliardiagnosen der Ärzt:innen der Universitätshautklinik Innsbruck in mir die „Faszination Dermatologie“ geweckt und mich dazu bewogen, die Chance zu ergreifen selbst in das Fach zu wechseln. Eine Entscheidung, die mir bis heute Tag für Tag Freude, Begeisterung und Zufriedenheit bereitet.



© feelimage matern

Grußworte

Im Namen der ÖGDV wünsche ich der Universitätshautklinik Innsbruck noch viele weitere in diesem Sinne erfolgreiche Jahre, in denen neue Entwicklungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie für Patient:innen aufgenommen und in eine umfassende Betreuung integriert werden. Alles Gute zum 150er!

Univ.-Prof. Dr. Peter Wolf

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie,
Klinikvorstand, Univ.Klinik für Dermatologie und Venerologie, Medizinische
Universität Graz

Tradition und Fortschritt

Nach fast 60 Jahren anhaltendem, zähem Kampf genehmigte Kaiser Franz Joseph am 11. April 1869 den Antrag des Unterrichtsministers Leopold Hasner Ritter von Artha auf Wiedererrichtung der Innsbrucker Medizinischen Fakultät. Die Nachricht wurde in Tirol mit Jubel aufgenommen! Die feierliche Eröffnung fand am 25. Oktober 1869 statt. Der Personalstand betrug im ersten Studienjahr 1869/70 elf Professoren, vier Assistenten und fünf Diener sowie 38 Medizinstudenten.



© BKA_Andy Wenzel

Vier Jahre später, am 26. September 1873, hatte an der chirurgischen Klinik in Innsbruck die Zahl der zu versorgenden Geschlechtskranken ein derart großes Ausmaß erreicht, dass der Kaiser per Dekret verfügte: „Seine k. und k. Apostolische Majestät geruht mit allerhöchster Entschließung“ die Errichtung einer eigenständigen Klinik für Syphilis und Dermatologie (Universitätsarchiv Innsbruck Nr. 12 954). Nicht nur Schleimhautveränderungen, sondern auch Hautsymptome waren häufig bei Geschlechtskranken anzutreffen und führten zu dieser besonderen Expertise.

Heute ist Syphilis kein singuläres Thema mehr. Vielmehr kümmert sich die Innsbrucker Dermatovenerologie generell um Erkrankungen der Haut und Schleimhäute. Seit nunmehr 150 Jahren stellt sich diese Klinik der Aufgabe, Patientinnen und Patienten mit Haut- und Geschlechtskrankheiten ein umfassendes Fachwissen zukommen zu lassen, innovative Forschung zu betreiben und das gewonnene Wissen im Westen Österreichs lehrend weiterzugeben. Die zunehmende Spezialisierung hat an der Dermatologie in Innsbruck zur besonderen Förderung der HIV-Medizin, der Photomedizin, der Allergologie, der Versorgung und vor allem auch Beforschung von chronischen Entzündungen, Autoimmunerkrankungen, Hautkrebs sowie seltener genetischer Hautkrankheiten geführt. Frühe Forschungen zur Immuntherapie von Krebserkrankungen, zur Immunmodulation von Entzündungen und zur Gentherapie gingen von diesem Fachgebiet aus. Ich bin zuversichtlich, dass weitere Innovationen

Grußworte

zu erwarten sind und sehe deshalb der Zukunft mit Freude und Erwartung entgegen!

Ich danke allen, die in den 150 Jahren ihres Bestehens mit ihrem Einsatz und Enthusiasmus zum Erfolg und zur ständigen Weiterentwicklung der Institution beigetragen haben und wünsche auch für die Zukunft alles Gute!

Ao. Univ.-Prof. Dr. Martin Polaschek

Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Forschung

Tirol und darüber hinaus

150 Jahre Geschichte liegen hinter der Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie in Innsbruck. 150 Jahre an Behandlung, Forschung, Lehre und Weiterentwicklung von Therapieansätzen

bei Hautkrankheiten. Beginnend mit der Behandlung der Syphilis Anfang des 19. Jahrhunderts wurde die Klinik bis ins heutige Zeitalter der molekularen Medizin stets auf dem neuesten Stand der Forschung weiterentwickelt. Die heutige facettenreiche Palette an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten kann aufbauend auf entscheidenden Grundlagen genutzt werden, welche Generationen von wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzten vor uns geschaffen haben.

Ein gutes Beispiel dafür ist die Entdeckung der Langerhanszellen, die ebenfalls vor 150 Jahren von ihrem Namensgeber und deutschen Pathologen Paul Langerhans entdeckt wurden, der die sternförmig aussehenden Zellen ursprünglich für Nervenzellen hielt. Erst in den 1980er Jahren gelang es dem kanadischen Immunologen Ralph Steinman mit Hilfe österreichischer Dermatologen, sie den Immunzellen zuzuordnen. Was diese sternförmigen Zellen so relevant für die Dermatologie macht, ist die Tatsache, dass sie in der obersten Hautschicht, der Epidermis, liegen und eine große Rolle in der heutigen Hautkrebsforschung spielen. Erst vor kurzem konnte die Bedeutung der Immunzellen für das Ansprechen der Immuntherapie bei Melanomen festgestellt werden. Forschende der Hautklinik Innsbruck konnten dabei nachweisen, dass die gezielte Aktivierung und Vermehrung dieser Zellen direkt im Krebsgewebe maßgeblich zur Verbesserung der Ansprechrate der Immuntherapie bei Hautkrebs beiträgt.

Noch vor rund 30 Jahren gab es bei Hautkrebs aufgrund der relativ hohen Resistenz der Melanom-Zellen kaum Heilungschancen. Mit Forschungsleistungen wie diesen zeigt die heutige Generation der an der Hautklinik Innsbruck arbeitenden und forschenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herausragendes Engagement und hohe Expertise in ihrem Fachbereich und entwickelt damit ebenfalls die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Dermatologie,



© Land Tirol Sedlak

Grußworte

Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie in Tirol und darüber hinaus für kommende Generationen nachhaltig weiter.

Als Gesundheitslandesrätin bedanke ich mich im Namen des Landes herzlich für diese seit Jahrzehnten aufrechterhaltende wertvolle und qualitätsvolle Arbeit für die Gesundheit der Tiroler Bevölkerung und gratuliere allen zu diesem ganz besonderen Jubiläum zu 150 Jahren Hautklinik Innsbruck.

MMag.a Dr.in Cornelia Hagele

Gesundheitslandesrätin von Tirol

Lehren – Forschen – Heilen

Die Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie in Innsbruck, 1873 – also fast genau 200 Jahre nach der ersten Medizinischen Fakultät in Innsbruck – gegründet, feiert heuer ihren 150. Geburtstag. Ein Grund zum Feiern für die Medizinische Universität Innsbruck. Ein Grund zum Feiern aber auch für unsere Stadt.



© Franz Oss

Nirgends wird der Standortvorteil einer Universitätsstadt so offensichtlich und gut kommunizierbar wie im Bereich der Universitätskliniken. Sind Kliniken doch nicht nur medizinische Unterrichts- und Ausbildungsstätten, sondern zugleich immer auch Heilanstalten. In Innsbruck ist dies seit der Theresianischen Reform von 1742 so. Damals übernahmen Professoren der Universität Innsbruck die ärztliche Betreuung des Stadtspitals. Das Innsbrucker Stadtspital, dessen Ursprünge bis ins 14. Jahrhundert reichen, wurde so zum Lehr- und Forschungs-krankenhaus und damit wurde auch der Grundstein für eine gute medizinische Versorgung der Innsbrucker Bevölkerung gelegt.

Die Hautklinik, wie sie meist kurz genannt wird, gehört dazu. So wie die Haut unseren Körper vor schädlichen Einflüssen schützt, so besitzen Forschung und Lehre, insbesondere medizinische Forschung und Lehre, eine wichtige Schutzfunktion. Sie schützen uns individuell, aber auch als Gemeinschaft. Umgekehrt verdienen sie aber auch unsere Achtsamkeit, unsere Pflege, damit dieser Schutz nachhaltig aufrechterhalten werden kann.

Georg Willi

Bürgermeister der Landeshauptstadt Innsbruck

Herzliche Gratulation zum Jubiläum

Wenn Lehrstühle von Kaisern genehmigt wurden, dann ist das immer ein erster Hinweis, dass es sich um eine unserer älteren Kliniken dreht. In diesem Fall wird die Jubilarin, nämlich die



© Berger



© Mühlanger

Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, heuer 150 Jahre alt. Nur etwa 20 Jahre jünger ist das dazugehörige Gebäude am Areal der Innsbrucker Klinik, das jetzt am Ende seiner Nutzungsdauer angekommen ist. Ein Gebäude ist aber immer nur die Hülle. Mit Leben erfüllt wird es von Menschen. Von Pflegekräften, Mediziner:innen, administrativen Kräften, Patient:innen und vielen mehr. All diese Menschen sind auch dafür verantwortlich, dass die „Hautklinik“ sich in den letzten 150 Jahren einen exzellenten Ruf, weit über die Grenzen Tirols, erarbeitet hat. Sei es bei der Erforschung und Behandlung von HIV/AIDS, im Bereich onkologischer Erkrankungen, der Allergologie und zuletzt auch verstärkt auf dem großen Feld der seltenen Erkrankungen. Es sind die Mitarbeiter:innen der Hautklinik, die mit ihrem Engagement tagtäglich das Leben von Menschen berühren. Indem sie Diagnosen stellen, chronische Leiden lindern, wo andere aufgegeben haben und Mut machen, wo plötzliche schwere Erkrankungen den Betroffenen den Boden unter den Füßen wegziehen. Die Gratulation gebührt ihnen allen. Nicht nur heuer, sondern jeden einzelnen Tag.

Mag. Stefan Deflorian, Kaufmännischer Direktor der tirol kliniken

Univ.-Prof. Dr. Christian Haring, M.Sc., Medizinischer Direktor der tirol kliniken

Vivat, crescat, floreat

150 Jahre universitäre Dermatologie in Innsbruck.

150 Jahre von der von Kaiser Franz Josef persönlich genehmigten Lehrkanzel für Syphilis und Dermatologie bis zur heutigen Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, vulgo Hautklinik, allerdings mit einem kurzen skurrilen Zwischenspiel einer „Psychiatrischen Haut-und Ohrenklinik“ gegen Ende des 19. Jahrhunderts, wohl ein medizinhistorisches Unikat.



© Florian Lechner

150 Jahre von Eduard Láng bis zu Matthias Schmuth.

Wahrhaft ein Grund zum Feiern!

Schon eineinhalb Jahrhunderte steht die Innsbrucker Hautklinik im Dienste der akademischen Trias Forschung, Lehre und PatientInnenversorgung, immer den Blick nach vorne gerichtet. Lehrstühle und Primariate im deutschsprachigen Raum wurden in diesem Zeitraum von Innsbruck aus besetzt, Standardlehrwerke der Dermatologie hatten ihren Ursprung in Innsbruck, entsprechend dem immer schon hohen Anspruch an forschungsgeleitete Lehre auf dem letzten Stand der Hochschuldidaktik. Dementsprechend wurden Lehrende der Klinik regelmäßig von Studierenden als professor of the term ausgezeichnet. Das breite und bunte Forschungsspektrum reicht von den Ursprüngen der Behandlung der Syphilis und anderer Infektionserkrankungen über die Entwicklung von Strahlentherapie der Haut bis zum Einsatz entzündungshemmender Therapien gegen Psoriasis und Neurodermitis und in die moderne Dermatoonkologie, immer dem Prinzip *bench to bedside and back* verpflichtet. Unterstützt werden diese Bemühungen durch höchst erfolgreiche Drittmittelakquise. Die bemerkenswerte wissenschaftliche Reputation der Hautklinik schlägt sich naturgemäß auch in federführenden Rollen in internationalen Fachgesellschaften und editorial boards von Fachzeitschriften nieder, und trägt so wesentlich zur Reputation der Medizinischen Universität bei.

Grußworte

Vielerlei Gründe also, einerseits allen, die zu diesem kontinuierlichen Erfolg beitragen, Dank auszusprechen, und andererseits als Rektor stolz auf das Team der Hautklinik zu sein. Die Hautklinik Innsbruck vivat, crescat, floreat!

Univ.-Prof. W. Wolfgang Fleischhacker
Rektor der Medizinischen Universität

Zum Geleit

Wie kann man 150 Jahren Univ.-Hautklinik Innsbruck gerecht werden, wenn man nicht die Vielgestaltigkeit der Hautleiden und der damit befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren historischen Um-

ständen erfasst. Diese Festschrift mit dem Titel „150 Jahre Translationale Forschung“ unternimmt den Versuch einer historischen und fachlichen Übersicht.

Die Vielfalt, die Polyphonie eines Orchesters, entsteht durch die verschiedenen Instrumente, die miteinander in (relativer) Harmonie zusammen spielen. Ähnlich verhält es sich mit den zahlreichen Akteuren an der Univ.-Hautklinik. Vielleicht wäre es einfacher, sich dem Werdegang der Hautklinik musikalisch anzunähern, um sie besser fassbar zu machen. Denn die sprachliche Darstellung greift mitweilen kurz. Es ist nicht einfach, alle Blickwinkel und Zwischentöne mit den richtigen Worten zu erfassen. In der Musik nehmen Töne als Harmonien und dann wieder als Dissonanzen ihren Lauf. Wie die Töne der Musik haben die Symptome von Hautkranken aufgrund der guten Zugänglichkeit des Hautorgans eine ungeheure Vielgestalt wie in kaum einem anderen Fach der Medizin.

Diese Festschrift dokumentiert Dermatovenerologie, wie sie in Innsbruck in den letzten 150 Jahren betrieben wurde. Sie beleuchtet diese Zeit sowohl im Rückblick als auch im Blick auf die Gegenwart und gibt einen Ausblick auf zukünftige Entwicklungen.

Matthias Schmuth

Peter Fritsch

Hautklinik Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck



© Univ.-Hautklinik Innsbruck



© Univ.-Hautklinik Innsbruck



Eine Zeitreise – 150 Jahre Univ.-Hautklinik Innsbruck 1873–2023

Matthias Schmuth

Wie alles begann

1873–1894

Hautkranke wurden Krätzige genannt und waren vor der Gründung eines eigenständigen Hautfaches in der Inneren Medizin in Betreuung. Geschlechtskranke hingegen waren üblicherweise an der Chirurgie in Behandlung. Somit ist die Dermatovenerologie sowohl aus der Inneren Medizin als auch aus der Chirurgie hervorgegangen.

Auch in Innsbruck war es die chirurgische Klinik, die Geschlechtskranke pflegte und behandelte. Weil viele Geschlechtskranke Haut- und Schleimhautveränderungen zeigten, entwickelte sich hier eine besondere Expertise. In den 1870er Jahren – während gleichzeitig eine Pockenepidemie in Österreich um sich griff – wurde zunächst eine Ambulanz für Geschlechtskranke und in Folge eine eigene Klinik für Syphilis eingerichtet. Das diesbezügliche Dekret des Kaisers Franz Joseph ist mit 26. September 1873 datiert.

Innsbruck war gemeinsam mit Graz unter den ersten Universitätsstädten, in denen dieser Schritt erfolgte. Davor waren eigenständige Hautkliniken in Florenz (1802) und Wien (1849) geschaffen worden. Die dazugehörige Professur in Innsbruck war zunächst ein Extraordinariat, ihre Bezeichnung wurde nach mehrfacher Beantragung auf Syphilis und Dermatologie erweitert und schließlich 1886 zum Ordinariat angehoben. Das Innsbrucker Ordinariat für Dermatovenerologie ist nach Wien (1869) das zweitälteste im deutschsprachigen Raum (danach folgten Prag 1892, Graz 1895, Leipzig 1901, Bern 1903).

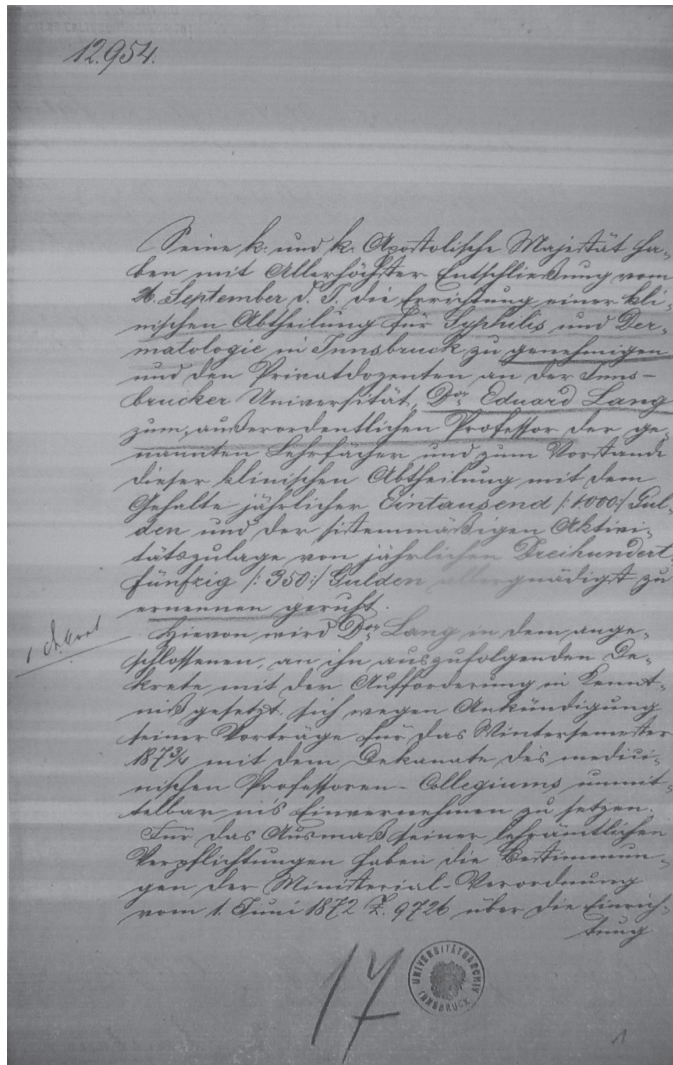


Abbildung 1. Urkunde vom 26. September 1873: Seine k. und k. Apostolische Majestät geruht mit allerhöchster Entschliessung: „die Errichtung einer klinischen Abtheilung für Syphilis und Dermatologie zu genehmigen und (...) Herrn Eduard Läng zum außerordentlichen Professor der genannten Lehrfächer und zum Vorstand dieser klinischen Abtheilung (...) zu ernennen.“
Quelle: Universitätsarchiv Innsbruck Nr. 12 954.



Abbildung 2. Altes Stadtsptial. Bildquelle: Medizinische Fakultät der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, hrsg. von der Universität Innsbruck, Innsbruck 1992 (Archiv Dr. Gasser).

Die räumlichen Verhältnisse der ersten Jahre werden wie folgt beschrieben:

„Nur mit großen Opfern ist es möglich geworden, die Parterrelokalitäten jenes an die Spitalskirche anstoßenden von Ost nach West ziehenden Traktes, wo bereits zu Beginn des 14. Jahrhunderts das städtische Spital seine erste Anlage gefunden, soweit herzurichten, dass in denselben 23 Betten – freilich bei bedeutender Reduzierung des für einen Kopf nothwendigen Luft-Verbrauches untergebracht werden konnten. Eines der Zimmer ist zudem auch noch mit einer qualitativ sehr üblen Luftmischung versehen, dadurch, dass eine Wand desselben an den durch alle 3 Stockwerke angelegten Abort unmittelbar angränzt.“ (Untersteiner 1880)

Die Zahl der Patient:innen nahm rasch zu. Die Zahl der ambulanten Patient:innen verdreißigfachte sich zwischen den Jahren 1873 und 1878, die der stationären Patient:innen wurde mehr als verzehnfacht. Eine Verdopplung der Bettenzahl gelang durch Verwendung weiterer Zimmer im 2. Stockwerk (Untersteiner 1880).

Die zunehmenden Patient:innenzahlen ermöglichten das systematische Weitergeben von Wissen. Es „musste der Gedanke gebieterisch herantreten, dass

auch dafür zu sorgen sei, die Mediciner unserer Hochschule in der Lehre der Syphilis und Hautkrankheiten in solchem Umfange einzuweihen, als es sowohl die Wichtigkeit des Faches für die Gesellschaft des Staates, als auch die gegenwärtige wissenschaftliche Ausdehnung der Disciplin erheischt.“ (Untersteiner 1880). Ab 1874 begann Professor Eduard Láng, eine systematische Vorlesung über Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten zu halten, die schriftlich festgehalten wurde (Láng 1884-1886).



Abbildung 3. Eduard Láng mit seinen Mitarbeitern (aus Lesky 1965). Bildquelle: Hermann Böhlhaus Nachl, Graz-Köln.

Jedoch war auch die Lehr-Infrastruktur verbesserungswürdig:

„Eines der Krankenzimmer musste ich zum Hörsaale – da mir ein solcher noch gefehlt hatte – erkiesen; es war dies ein kleines Zimmer mit 2 Fenstern und 3 Thüren und mit zu einem Trapez ziemlich arg verschobenen Wänden. Da die hier untergebrachten 4 Krankenbetten nicht zu entbehren waren, so reducirte sich der Vorleseraum auf eine Ecke des Trapezes, wo neben mir der Untersuchungstisch, das Instrumentarium, Patient oder Patientin, Wärter oder Wärterin, der Assistent und manchmal die für Innsbruck erkleckliche Anzahl von sechzehn Hörern auch noch Platz finden mussten. Die in der Nähe befindliche, etwa eine Quadratklafter im Gevierte messende Küche diente als „Wartsaal“ für Ambulanten, und in dem noch kleineren Kabinchen der Wärterin wurden die zur Ordination Erschienenen, wenn es die Rücksicht gebot, unter vier Augen untersucht.“ (Untersteiner 1879)

Entsprechend war Prof. Láng Mitglied einer Kommission für ein neues Spitalsgebäude. Aber auch der nachfolgende Professor, Adolf Jarisch, ordinierte noch in den alten bedürftigen Räumlichkeiten. Er war Ende des 19. Jahrhunderts der Namensgeber der *Jarisch-Herxheimer Reaktion*. Diese beschrieb nach erfolgreicher Syphilisbehandlung die vorübergehende Exanthem-Verschlechterung einhergehend mit Fieber und Unwohlsein innerhalb weniger Stunden in ca. 50% der Behandelten. (Dunst 2006)

Eine neue Syphilis- und Haut-Klinik

1894–1914

1894 übersiedelte die Klinik aus dem alten Stadtspital in ein neu errichtetes dreigeschossiges Klinikgebäude am Universitätscampus in Innsbruck-Wilten, das später unter Denkmalschutz gestellt wurde. Noch 1882 hatte das Innsbrucker Spitalsneubauprojekt eine gemeinsame Unterbringung der Medizinischen und der Syphilitisch-dermatologischen Klinik vorgesehen. Da jedoch ein eingeholtes Hygiene-Gutachten die vollständige Absonderung der syphilitischen Kranken empfahl, wurde ein separates Gebäude geplant, das zunächst auch die 1891 neu geschaffenen Extraordinariate und Kliniken für Psychiatrie und Nervenpathologie sowie Oto- und Laryngologie mit beherbergte und deshalb als „Psychiatrische Haut- und Ohrenklinik“ bezeichnet wurde.

In der Innsbrucker Hautklinik findet sich auch heute noch eine Moulagensammlung aus dieser Zeit, welche in der Ära vor der Fotografie als wesentliche Lehrmittel dienten. Die Innsbrucker Wachsmodelle von Hautkrankheiten sind zwischen 1894-1912 datiert und stammen allesamt aus den Händen der Wiener (aus Ungarn stammenden) Moulageure Karl Henning und seines Sohnes Theodor Henning, so dass es möglich scheint, dass sie von den wiederum nachfolgenden Klinikvorständen, Wladimir von Lukasiewicz und Johann Heinrich Rille von Wien nach Innsbruck rekrutiert wurden. Die Restauratorin Johanna Lang hat im Jahr 2021 eine umfassende Reinigung und Stabilisierung dieser wertvollen Lehrobjekte vorgenommen. Die Moulagensammlung wird auf S. 35 von Christian Lechner beschrieben.



Abbildung 4. Hautklinikgebäude ab 1894. Bildquelle: Archiv Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Tiefpunkte und Wiederaufbau

1914–1970

Die beiden Weltkriege brachten die Arbeit an der Hautklinik in große Schwierigkeiten, der klinisch und wissenschaftliche Betrieb erfuhr wesentliche Einbußen. Nach dem „Anschluss“ an Nazideutschland wurde in Innsbruck der Vorstand der dermatologischen Klinik in Schutzhaft genommen, beurlaubt und nach Wien versetzt. Die Klinik wurde – wie an mehreren anderen Standorten – durch einen Dozenten kommissarisch geleitet. Neuer Klinikleiter hätte allerdings ein Professor aus Giessen werden sollen – ein Dermatologe, Hochschullehrer und nationalsozialistischer Funktionär. Das Rektorat plante in Hochserfaus, im Tiroler Oberland, einen Neubau der Hautklinik mit einer heilklimatischen Anlage zur Vorbereitung junger Männer zum Eintritt in die Wehrmacht. Dazu kam es aber nicht. Die Rekrutierung des Professors scheiterte und bis 1945 wurde die Klinik weiter kommissarisch geleitet. Die Umbruchjahre 1938 und 1945 und die Zeit des Zweiten Weltkrieges erhalten eine eigene ausführliche Behandlung durch Ina Friedmann (S. 47).

Die Wiederaufbaujahre waren über viele Jahre hinweg von Ressourcenknappheit geprägt. Bis in die 1960er Jahre nahmen einzelne Ärztinnen ihre Privat-



Abbildung 5. Moulagen der Univ.-Hautklinik Innsbruck. Bildquelle: Archiv Univ.-Hautklinik Innsbruck.

wohnung im Hautklinikgebäude (vgl. Zeitzeugengespräch Dr. Pretner 2018 S. 155). Professor Josef Zelger, später Primar in Salzburg, etablierte in Innsbruck eine Allergieambulanz, die unter anderem von Udo Längle, Georg Klein, Heinz Kofler und Norbert Reider zu einer zentralen Anlaufstelle in Tirol avancierte (vgl. Allergie S. 95).



Abbildung 6. Pricktestung. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Die bereits seit Professor Jarisch praktizierte dermatohistopathologische Befundung wurde schrittweise ausgebaut. Wesentlich ausgeweitet wurde die feingewebliche Befundung in Innsbruck ab den 1970er Jahren durch Robert Rainer, Brigitte Wohlfarth, Gustav Niebauer, Klaus Wolff, Peter Fritsch, Herbert Hönigsmann, Evelyn Pichler, Mechthild Ottenthal und ab den späten 1980er Jahren durch Bernhard Zelger, durch den sie internationale Strahlkraft erlangte (vgl. Dermatohistopathologie S. 113).



Abbildung 7. Dermatohistopathologische Diagnostik. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Wissenschaftlicher Fortschritt und Technologie

1970–2023

Eine zunehmende Technologisierung der wissenschaftlichen Erkenntnismethoden begann in das Fach Dermatovenerologie Einzug zu halten. Elektronenmikroskopie, Zellkultur, DNA- und Protein-Nachweis und Färbemethoden u.v.m. erweiterten die Einblicke und bahnten ein immer tieferes Verständnis der Krankheitsmechanismen. Peter Fritsch etablierte wesentliche Methoden der Zellkultur. Immunzellen der Haut, insbesondere die Langerhanszellen der Oberhaut, waren seit Beginn der Siebzigerjahre ein Fokus der Forschung an der Innsbrucker Univ.-Hautklinik. Klaus Wolff, Georg Stingl, Gerold Schuler, Christina Heufler-Tiefenthaler, Nikolaus Romani, Patrizia Stoitzner uvm. erarbeiteten grundlegende Erkenntnisse über die Funktion dieser Zellen in gesunder und erkrankter Haut. Eine fruchtbare Zusammenarbeit entwickelte sich mit weltweit führenden Universitäten. Herausragend war dabei die Partnerschaft mit dem Nobelpreisträger 2011, Prof. Ralph Steinman, von der Rockefeller Universität in New York.



Abbildung 8. Langerhanszellen. Bildquelle: Patrizia Stoitzner.

In Zusammenarbeit mit der Harvard University wurden in Boston und Innsbruck erstmals in größerem Stil und systematisch UV-Therapien für die Psoriasis entwickelt (vgl. Zeitzeugengespräch mit Herbert Hönigsmann 2019, S. 218). Später leiteten Christian Kranl, Florian Weber, Alexis Sidoroff und über viele Jahre Gudrun Ratzinger die Lichttherapie-Einheit der Klinik („PUVA“).



Abbildung 9. Lichttherapie. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Ab den 1980er Jahren gingen Impulse für die medizinische Entwicklung von der Behandlung HIV-infizierter Patient:innen aus. In Innsbruck wurde von Robert Zangerle unter Mitarbeit von Mario Sarcletti, Maria Kitchen und Martin Gisinger eine systematische Patient:innendokumentation geschaffen, die gleichzeitig die Erstellung von Registerdaten (AHIVKOS Österreichische HIV-Kohorte) und die wissenschaftliche Aufarbeitung im nationalen und internationalen Verbund ermöglichte. Der weltweiten Forschung an HIV gelang es, wirksame Therapien gegen HIV zu entwickeln. Umfassende Berufsgruppen-übergreifende Versorgungskonzepte kamen in Innsbruck einer ganzheitlichen Patient:innenversorgung zugute. Im Verlauf wurde an der Innsbrucker Klinik die Versorgung von HIV- und Geschlechtskranken gebündelt.

Die Stationen der Hautklinik Innsbruck wurden mit den Jahren schrittweise umgewandelt, „Vielbettsäle“ in 1-3 Bettzimmer mit eigenen Sanitärräumlichkeiten umgebaut. Die Trennung der Stationen nach Geschlechtern wurde aufgehoben.



**42nd Report of the
Austrian HIV Cohort Study**

Innsbruck, May 31st, 2022

Abbildung 10. Jährlicher HIV Kohortenbericht. Bildquelle: Archiv Univ.-Hautklinik Innsbruck.

ben. Die Kinderstation (zwischenzeitlich Mutter-Kind-Station) wurde geschlossen (es wurde auf eine enge Kooperation mit den Kinder-Stationen der Pädiatrie umgestellt).

Operationssäle wurden modernisiert und die Dermatochirurgie fokussierte zu einem guten Teil auf Eingriffe in Lokalanästhesie, zuletzt unter der Leitung von Marlene Kuen. Alexis Sidoroff entwickelte die Lasermedizin an der Innsbrucker Univ.-Hautklinik und führte die photodynamische Therapie ein.

Diese Entwicklungen liefen parallel mit einer zunehmenden Technologiegetriebenen Ambulantisierung der Medizin. Das Spektrum von Spezialprechstunden für komplexe, oft chronische Krankheitsbilder wurde kontinuierlich angepasst, um der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin gerecht zu werden. Digitale Dokumentation und telemedizinische Versorgungsmodelle bahnten sich



Abbildung 11. Station der Univ.-Hautklinik Innsbruck. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

an. Raimund Pechlaner und Peter Fritsch entwickelten frühe Prototypen der Dermatoskopie in Innsbruck.

Wie bereits im HIV-Bereich gelangen medikamentöse Entwicklungssprünge in der Behandlung von Hautkrebs (Immuntherapien) und chronisch-entzündlicher Hauterkrankungen (Psoriasis, Atopische Dermatitis), welche die Patient:innenversorgung nachhaltig veränderten. Die Dermatoonkologie wurde zuletzt von Van Anh Nguyen und Georg Weinlich fortentwickelt. Gudrun Ratzinger gründete eine Psoriasis-Ambulanz, Norbert Sepp führte eine Sprechstunde für Autoimmunerkrankungen ein, die zwischenzeitlich von Gudrun Ratzinger und aktuell von Barbara Böckle fortgeführt wird. Die Sprechstunde für Genodermatosen, eingeführt von Robert Gruber, wurde zum nationalen Expertisezentrum. Heute wird zunehmend interdisziplinär vernetzt („Comprehensive Centers“/ Zentrumsmedizin). Im Rahmen von Falldiskussionen, koordinierte Behandlung, Fortbildungen und wissenschaftlichen Projekten gemeinsam mit verschiedenen Fachdisziplinen (insbesondere Chirurgie, Innere Medizin, die Mutterfächer der Dermatovenerologie, aber auch Strahlentherapie, Humangenetik, Pädiatrie und viele mehr, das inkludiert Konsortiumsforschung mit theoretischen Fächern der Medizin).

Eine Serie von Zeitzeugen-Berichten dokumentiert in Ton und / oder Film die Erinnerungen an den Klinikalltag zurückreichend über ca. die letzten 60 Jahre (siehe auch S. 153 und folgende):

Dr. ⁱⁿ Annamaria Pretner	1960–1970
Dr. Robert Rainer	1961–1968
Dr. Wolf Gschwandtner	1969–1976
OMR Dr. ⁱⁿ Erna Jaschke	1972–1981
Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Beatrix Volc-Platzer	1973/74, 1980–1981
Gabriele Willim	1975–2013
em. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Klaus Wolff	1976–1981
em. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Fritsch	1976–2008
em. Univ.-Prof. Dr. Herbert Hönigsmann	1976–1981
Univ.-Prof. MR Dr. Helmut Hintner	1976–1992
Univ.-Prof. Dr. Gerold Schuler	1977–1995
Univ.-Prof. Dr. Georg Stingl	1978–1981
Univ.-Prof. Dr. Werner Aberer	1978–1980
Univ.-Prof. Dr. rer.nat. Nikolaus Romani	1980–2018
Prim. Univ.-Doz. Dr. Georg Klein	1980–1991
Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Auböck	1980–1990
Univ.-Prof. Dr. Robert Zangerle	1982–2017

Dr. ⁱⁿ Sidi Unterkircher, Dr. ⁱⁿ Mechthild Ottenthal, Dr. Burghard Trenkwalder	1982–1985
Univ.-Prof. Mag. Dr. Bernhard Zelger	1987–2022
DGKP ⁱⁿ Gudrun Jobst-Überall	1991–2014

Literatur

- A. Untersteiner, E. Láng. Bericht der syphilitisch-dermatologischen Klinik des Professor Dr. Eduard Láng für das Solarjahr 1878. *Ber. Naturwiss.-med. Verein*, 10:1-78 (1880)
- K.M. Dunst, R. Gurunluoglu, J. Auböck, C. Sakho, G.M. Huemer. Adolf Jarisch (1850–1902): an important contributor to Austrian dermatology. *Archives of Dermatological Research*, 297:383–388 (2006)
- E. Láng. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis (1884-1886), Verlag v. J.F. Bergmann, Wiesbaden (1895)
- E. Lesky. Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert, Verlag Hermann Böhlaus, Graz, Köln (1965)

Moulagen – In Wachs gegossene Krankheiten¹

Christian Lechner

Die vielgestaltigen Ausprägungen unterschiedlicher Hauterkrankungen auseinanderzuhalten, damit dem vorliegenden Krankheitsbild einen passenden Namen bzw. die richtige Diagnose zu verleihen, um anschließend eine adäquate Therapie beginnen zu können, dafür braucht es nicht umsonst eine mehrere Jahre dauernde Ausbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Dermatologie. Eine grundsätzliche Ausbildung in das wichtigste Grundwissen der dermatologischen Disziplin erfolgt dabei bereits im Rahmen des Medizinstudiums. Die deskriptive Terminologie des Faches sowie die häufigsten Hautkrankheiten sollten alle Studierenden kennen. Letzteres wird dabei auch durch klinische Praktika mit Patient:innenkontakt ergänzt, viele pathologische Hauterscheinungen selbst werden vor allem aber mittels farbechter Fotografien eingeprägt und erlernt.

Bevor jedoch ab etwa der Mitte des 20. Jahrhunderts qualitativ ausreichend gute Farbfotografien erstellt werden konnten, dienten mittlerweile fast vergessene Lehrmittel als wichtige Stütze (besonders) für den dermatologischen Unterricht, nämlich Moulagen. Dabei wurden aus wächsernen Abbildungen pathologischer Haut- oder Körperveränderungen letztlich dreidimensionale Studienobjekte. Diese Art der Verwendung von Wachs beginnt etwa ab dem Anfang des 19. Jahrhunderts, das Material selbst wurde zu diesem Zeitpunkt aber schon lange für medizinische Lehrzwecke verwendet.²

Verwendung von Wachs in der medizinischen Lehre

Im europäischen Mittelalter verarbeiteten die Zeitgenoss:innen aufgrund der recht einfachen Handhabung auch Wachs zur Herstellung von Votivgaben und

1 Dieser Beitrag fußt auf früheren Publikationen des Autors zum Thema.

2 Michael Sticherling, Uta Euler, Das „Sterben“ der Moulagen – Wachsabbildungen in der Dermatologie, in: *Hautarzt* 1999; 50:674-678, hier S. 674.

Totenmasken. Mit zunehmender Ausbreitung des Materials hatte sich spätestens in der Renaissance eine säkulare Wachskunst etabliert. Am Beginn der Neuzeit führten detailgetreue Künstler:innen anatomische Studien durch und führten damit das Wachs in die durch Andreas Vesals Werk neu- bzw. wiedergeborene Anatomie ein.³

Diese ab der Mitte des 16. Jahrhunderts florierende Wissenschaft machte sich Wachs für eine natürliche, dreidimensionale Abbildung durchschnittlicher, also gesunder Körper zunutze. Besonders in Bologna und Florenz, damals moderne und progressive Stadtrepubliken, betätigten sich die Anatomen und Künstler:innen über mehrere Jahrhunderte in der sog. *Anatomia plastica*. Dies beeinflusste im Zeitalter der Aufklärung auch Leopold II. (1747-1792), Großherzog der Toskana zwischen 1765 und 1790, nachhaltig, verstand er doch die Bedeutung der Wissenschaften für das Vorankommen einer Gesellschaft. Entsprechend eröffnete er am 21.02.1775 das „Imperial Regio Museo di Fisica e Storia Naturale“, bekannt als „La Specola“. Dort initiierte der angesehene Anatom und Naturwissenschaftler Felice Fontana (1730-1805) als erster Museumsdirektor eine Schule für anatomische Keroplastik, sprich für die Herstellung von anatomischen Wachspräparaten.⁴ Für manche der Wachsmodelle wurden bis zu 200 Leichname als Grundlage verwendet, um möglichst eine normale Anatomie darzustellen.⁵ Die Qualität der Modelle dürfte seinesgleichen gesucht haben, gefielen die Ergebnisse dem älteren Bruder des Großherzogs, Joseph II. (1741-1790), Kaiser des Heiligen Römischen Reiches von 1765 bis 1790, so gut, dass er 1781 für die bereits geplante und wenige Jahre später eröffnete medizinisch-chirurgische Akademie in Wien etwa 1200 Modelle erwarb.⁶

3 Andreas Vesal (1514-1564) führte ab 1537 Sektionen an verstorbenen Menschen durch, publizierte 1543 diese Ergebnisse in seinem Hauptwerk *De humani corporis fabrica libri septem* und begründete damit die neuzeitliche Anatomie.

4 Monika von Düring, Marta Poggesi, *Encyclopaedia Anatomica*, Köln 2014, S. 7.

5 Thomas Schnalke, Von der normierten Anatomie zum historischen Patienten. Aus der Geschichte der medizinischen Moulagenkunst, in: Susanne Ude-Koeller, Thomas Fuchs, Ernst Böhme (Hg.), *Wachs Bild Körper. Moulagen in der Medizin. Begleitband zur Ausstellung im Städtischen Museum Göttingen vom 16.9. bis 16.12.2007*, Göttingen 2007, S. 3-23, hier S. 7.

6 Navena Widulin, *Geschichte der Wachsbildnerei und Moulagenkunst*, URL: <https://www.moulagen.de/moulagen/> (eingesehen am 15.05.2023).

Der Beginn und Höhepunkt der Moulagen

Mit Beginn des 19. Jahrhunderts nahm die Bedeutung der pathologischen Anatomie zu, vermuteten die Zeitgenoss:innen den Ursprung vieler Krankheiten doch im Körper selbst. Sektionen von Verstorbenen sollten vorher getätigte Diagnosen bestätigen. Erste wächserne Abbildungen, also Moulagen, pathologischer Organe und Körperpartien wurden geschaffen. Die ersten solchen Moulageure (auch Mouleure) waren Franz Heinrich Martens (1778-1805) in Jena, Joseph Towne (1806-1879) in London und Anton Elfinger (1821-1864) in Wien. Ohne selbst Schulen zu begründen und untereinander zusammenzuarbeiten, endeten die Produktionen von Moulagen an diesen Orten mit dem Tod der Künstler.⁷ In dieselbe Zeit fiel die Ausprägung unterschiedlicher Disziplinen der Medizin und deren Bestreben nach klinischer wie wissenschaftlicher Legitimation. Die junge Dermatologie entdeckte den großen Nutzen von Moulagen für sich und verwendete das Material Wachs, im Unterschied zu den vorherig genannten Wachsmodellen, am Lebenden zur Erstellung von Unterrichtsmaterialien und für Dokumentationszwecke. Viele zeitgenössische Mediziner erachteten die Dermatologie, in deren Tätigkeitsfeld auch venerische Krankheiten wie Syphilis fielen, initial als wenig erstrebenswert. Derartige Ressentiments verzögerten die Etablierung eigener klinischer Abteilungen und führten zur verspäteten Einrichtung von Extraordinarien und Ordinarien erst ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts.⁸ In derselben Phase verbesserte sich die internationale Zusammenarbeit durch Etablierung von Fachzeitschriften, Gründung von Fachgesellschaften und Organisation von überregionalen Fortbildungen. Nicht nur für die Dermatologie selbst, sondern auch für die Moulagenkunst bildete der „Erste Internationale Kongreß für Dermatologie und Syphilographie“ 1889 in Paris einen bedeutenden Meilenstein. Die am Austragungsort, dem Hôpital Saint-Louis, vorhandenen etwa 2000 Moulagen des lokalen Moulageurs Jules Pierre François Baretta (1834-1923) begeisterten nämlich die Besucher, welche vielfach in ihre Herkunftsländer zurückkehrten mit dem Ziel, vielleicht sogar regelrechten Drang eine eigene Moulagensammlung zu initiieren.⁹

7 Widulin, Moulagenkunst (eingesehen am 15.05.2023).

8 Schnalke, Anatomie, S. 13.

9 Widulin, Moulagenkunst (eingesehen am 15.05.2023).

Auch die Dermatologie selbst konnte ihre Stellung gegen Ende des 20. Jahrhunderts stärken, wurde doch durch neue bakteriologische und therapeutische Entwicklungen und durch die Zunahme venerischer Krankheiten offenkundig, dass die Internisten und Allgemeinmediziner etwa mit der „Lustseuche“ und anderen Hauterkrankungen nicht ausreichend umzugehen wussten.¹⁰

Auch weitere Disziplinen nutzten Moulagen als Lehrmittel, dazu zählten unter anderem Augenheilkunde, Pädiatrie, Chirurgie und Forensik.

Technik der Moulagen

Für die Herstellung solcher Wachsmodelle wurde zunächst vom Moulageur die abzubildende Körperregion der Patient:innen mit Gips bestrichen, um eine Negativform zu erhalten. Hiervon leitet sich auch die Bezeichnung „Moulage“ ab, das französische „mouler“ steht dabei für „abformen“ oder „abdrucken“. Nach Aushärten der Gipsform wurde diese vorsichtig von den Patient:innen abgenommen. Diese Art des engen Patient:innenkontakts lässt ein gewisses Einfühlungsvermögen der Künstler den Patient:innen gegenüber erforderlich scheinen. Im Atelier war die erste Aufgabe des Moulageurs das Treffen des Hauttons, dafür wurde das Wachs mit Ölfarben oder Farbpigmenten passend eingefärbt. Anschließend wurde das Gipsnegativ mit der Wachsmischung ausgegossen, das daraus erhaltene Wachspositiv wurde, wiederum neben den Patient:innen sitzend, weiter bemalt und mit zusätzlichen Details (Glasaugen, Haare, die teils von den Patient:innen selbst stammten) ausgestattet. Die Koloration erfolgte entweder mittels Übermal- oder Untermaaltechnik. Erstere setzte sich letztlich aufgrund der einfacheren Handhabbarkeit durch. In aller Regel wurden sämtliche dieser Schritte aus Gründen der Authentizität bei Tageslicht durchgeführt. Abschließend wurden die fertig präparierten Moulagen auf einem schwarzen Holzbrett befestigt und die unteren Ränder mit weißem Leinenstoff ummantelt. Der Moulageur fügte zumeist noch Unterschrift, Datum und Diagnose hinzu.¹¹

10 Schnalke, Anatomie, S. 14.

11 Navena Widulin, Wie werden Moulagen hergestellt?, URL: <https://www.moulagen.de/moulagen/> (eingesehen am 15.05.2023).

Konkurrenz und Ende dieser Lehrmittel

Bereits von Anfang an hatten Moulagen in der seit Mitte des 19. Jahrhunderts an Qualität zunehmenden Fotografie einen starken Konkurrenten. Die mit dem Material einhergehende Fragilität und die höheren Produktions- und Erhaltungskosten waren dabei offenkundige Nachteile der Moulagen. Als um 1900 die Fotografie bereits etabliert war, zogen viele Mediziner die farblich naturgetreuen Moulagen dennoch der Schwarz-Weiß-Fotografie vor.

Erst ab den 1950er Jahren, mit der Entwicklung der Farbfotografie, gerieten die Moulagen langsam auch auf dermatologischen Abteilungen ins Hintertreffen. Bis dahin waren Moulagen für etwa 100 Jahre *das* Lehrmittel für pathologische Hauterscheinungen gewesen. Hierbei verstärkend wirkten kriegsbedingte Zerstörungen oder Beschädigungen von Moulagensammlungen, welche nach dem Zweiten Weltkrieg die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Restaurierung in Gegenwart einer günstigeren und leichter zu konservierenden Alternative aufwarfen. Das „Sterben der Moulagen“ hatte damit begonnen! Erst in den 1990er Jahren wurde der medizinhistorische Wert dieser Sammlungen wiedererkannt. Zu diesem Zeitpunkt waren einige Sammlungen allerdings bereits nicht mehr existent. Dennoch erleben Moulagen in den letzten Jahren eine gewisse Renaissance und die Wichtigkeit ihres Erhaltens ist erneut ins Bewusstsein gerückt.¹² Internationale Plattformen zur gegenseitigen Unterstützung im Umgang mit diesem historischen Lehrmittel erleichtern dabei die oft akute Dringlichkeit der Konservierung und Restaurierung.¹³

Die Moulagen der Innsbrucker Hautklinik

Kaiser Franz Joseph genehmigte mit Beschluss vom 26. September 1873 die Errichtung einer eigenständigen „Klinik für Syphilis und Dermatologie“ und ernannte Eduard Láng (1841-1916) zum außerordentlichen Professor und Klinikvorstand. Weitere historische Details sind dem Kapitel „Eine Zeitreise“ in dieser

12 Sticherling, Moulagen, S. 678.

13 Widulin, Moulagenkunst (eingesehen am 15.05.2023).

Festschrift zu entnehmen. Jedenfalls folgten nach Láng weitere Klinikvorstände, bevor am 24. September 1892 Wladimir von Lukasiewicz (1860-1924) eingesetzt wurde. Unter seiner Ägide übersiedelte die Syphilitisch-dermatologische Klinik 1894 in ein neues Gebäude. Johann Heinrich Rille (1864-1956) folgte dem 1898 nach Lemberg berufenen Lukasiewicz nach und blieb bis zu seiner eigenen Berufung nach Leipzig 1902 in Innsbruck.

Nachdem Lukasiewicz und Rille einen Großteil ihrer Ausbildung in Wien absolviert haben, Letzterer sich sogar in Wien habilitiert hatte und vor seinem Wechsel nach Innsbruck die Dermatologisch-syphilitologische Abteilung der Allgemeinen Poliklinik in Wien leitete, ist anzunehmen, dass über diese beiden Klinikvorstände die heute noch existenten Moulagen nach Innsbruck kamen.¹⁴

Sämtliche Moulagen tragen nämlich die leicht lesbare Unterschrift des in Wien tätigen „Dr. Henning“ mitsamt einer Jahreszahl. Die erste signierte Moulage stammt aus dem Jahr 1894, die letzte von 1912. Es dürfte sich also durchwegs um Moulagen von Karl Henning (1860-1917) handeln. Dieser wurde 1893 nach einem Studienaufenthalt am Pariser Hôpital Saint-Louis zum Leiter eines Wiener Moulagenlaboratoriums ernannt, welches nach seinem Tod von seinem Sohn Theodor Henning (1897-1946) übernommen, wenige Jahre später privatisiert und damit von der I. Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten losgelöst wurde.¹⁵

Von der sicherlich ursprünglich größeren Lehrsammlung sind heute nur mehr 65 Moulagen, befestigt an 58 Brettern, vornehmlich in zwei Kästen im Besprechungszimmer des Vorstandsbereichs untergebracht (exemplarisch siehe Abb. 1 bis 4). Soweit bekannt existieren an anderen prädestinierten Innsbrucker Kliniken, wie etwa der Kinderklinik, keine Moulagensammlungen, so dass die Hautklinik für Tirol die größte Sammlung an solchen Moulagen vorzuweisen hat.

Der in Innsbruck ansässige medizinhistorische Verein Freundeskreis Pesthaus hat 2017 in Zusammenarbeit mit Matthias Schmuth, dem Direktor der Hautklinik, diese noch vorhandenen Moulagen gesichtet und inventarisiert. Auch

14 Franz Huter, Hundert Jahre Medizinische Fakultät Innsbruck 1869-1969, Innsbruck 1969, S. 367-381.

15 Karl Henning, URL: https://www.geschichtewiki.wien.gv.at/Karl_Henning (eingesehen am 15.05.2023).

weitere historische Unterlagen der Hautklinik wurden vom Verein fachgerecht in ein digitales Inventar eingepflegt. Hierbei hat sich ergeben, dass manche der Moulagen sichtlich einer Konservierung und ev. sogar einer gewissen Restaurierung bedürfen. Entsprechend wurde die in der Moulagenrestaurierung und -konservierung renommierte Diplomrestauratorin Johanna Lang aus München kontaktiert und um ihre fachliche Einschätzung gebeten. In weiterer Folge hat Frau Lang eine erste Kostenschätzung erstellt und schließlich, verzögert und immer wieder unterbrochen durch die COVID-19-Pandemie, zwischen 2020 und 2022 die Moulagensammlung professionell konserviert. Einzelne Moulagen wurden hierbei von ihrer vertikalen Aufhängung genommen und, um eventuellen Schäden vorzubeugen, in individuell zugeschnittene Museumskartonagen in horizontale Position umgesiedelt. Diese Kartonagen wurden anschließend im Schrank neben den beiden Vitrinen deponiert. Damit ist erfreulicherweise für die Moulagen der Innsbrucker Hautklinik zu berichten, dass sie sich aktuell in konservatorisch bestmöglichem Zustand befinden und damit für die anstehenden Jahre gerüstet sind.

Gleichzeitig gilt es in diesem Kontext einen Spagat zu meistern, denn wenn auch jeder Umgang mit den Moulagen, etwa für den Unterricht der Studierenden, eine gewisse Gefahr für die Objekte darstellt, bedarf es doch auch einer gewissen Sichtbarmachung dieses wertvollen Kulturgutes, um das Bewusstsein dafür zu schaffen, dass solche Besonderheiten zum einen noch in Innsbruck existieren und zum anderen in adäquater Weise immer noch für didaktische Zwecke eingesetzt werden können.



Abbildung 1. Moulage eines Gesichts eines an Lepra nodosa erkrankten Patienten, geschaffen von Karl Henning, 1898. Bildquelle: Freundeskreis Pesthaus.



Abbildung 2. Moulage einer rechten Hand eines an Pellagra erkrankten Patienten, geschaffen von Karl Henning, 1900. Bildquelle: Freundeskreis Pesthaus.



Abbildung 3. Moulage eines Schädels eines an Papulae syphiliticae (Syphilis) erkrankten Kindes, geschaffen von Karl Henning, 1895. Bildquelle: Freundeskreis Pesthaus.



Abbildung 4. Moulage der Region des linken Ohres eines Patienten mit einem Karzinom der Ohrengegend, geschaffen von Karl Henning, um 1896. Bildquelle: Freundeskreis Pesthaus.

Die Fassataler Luesendemie im Jahr 1905 als Beispiel der extragenital übertragbaren Syphilis

Josef Weimann

Im Rahmen seiner Dissertation zum Thema „Die Geschichte der Syphilis in Tirol von 1873 bis 1970“ stieß der Autor bei der Recherche der entsprechenden Krankenakten auf eine Gruppe von Lueskranken, die im Fassatal beheimatet waren, einem Seitental des Etschtales, welches bis 1918 zur Habsburger Monarchie gehörte und sich seit damals auf italienischem Staatsgebiet befindet. Die von der Syphilis Betroffenen erfüllten sämtliche Kriterien, die man seinerzeit dem Begriff der Endemie zuordnete. Dieses relativ selten beobachtete infektiologische Ereignis vollzog sich im Jahr 1905. Die Erkrankten wandten sich zuständigkeitshalber an die „K.k.Klinik und Abteilung für Hautkrankheiten“, wie sich die 1873 gegründete „Klinik für Syphilis und Dermatologie“ der Universität Innsbruck mittlerweile nannte.

Anfangs des 20. Jahrhunderts ergaben Beobachtungen, dass die Syphilis in 10 bis 15% auf extragenitalem Weg übertragen wurde, ein Infektionsweg, der in den auf engstem Raum und manchmal unter mangelnden hygienischen Bedingungen zusammenlebenden bäuerlichen Großfamilien auf geradezu ideale Voraussetzungen stieß. Diese Umstände betrafen auch die Einwohner der Gemeinden Canazei und Alba, wo die Fassaner Luesendemie beobachtet wurde.

Nach dem ersten Blick in die Krankenakten zogen sie sich die Syphilis auf direktem extragenitalem Weg zu, entweder in Form einer Lues connatalis oder über Haut- oder Schleimhautläsionen, die als Eintrittspforte dienten. Es handelte sich um 15 Personen, 12 weibliche (80,0%) und 3 männliche (20,0%), bzw. 12 Erwachsene und 3 Kinder. Neun Erwachsene waren Frauen (75,0%) und drei waren Männer (25,0%), die Kinder waren alle weiblich. Die erste Bezeichnung „Fassaner Luesendemie“ stammte von einem handschriftlichen Vermerk auf dem Titelblatt der Krankenakte Nr.461/1905

Die Endemie nahm ihren Ausgang von einerluetischen Gebärenden, bei der die Hebamme K.R. im Oktober 1904 in der Ortschaft Alba bei der Entbindung einer Totgeburt ihre spezifischen Dienste leistete. Kurz vorher zog sie sich Ende

September 1904 bei der Feldarbeit eine Verletzung am rechten Zeigefinger zu, mit der sie bis zum Jahresende 1904 noch bei vier weiteren Geburten als Hebamme tätig war. Da die Verletzung nicht heilte, suchte sie am 1. Januar 1905 die Klinik in Innsbruck auf, wo ein Primäraffekt am rechten Zeigefinger diagnostiziert und nach dessen Abheilung die Patientin geheilt am 27. Januar 1905 entlassen wurde. (Siehe Abb.) Sie kam allerdings mit der Diagnose „Lues rezidivans“ am 4. Mai 1905 erneut zur stationären Aufnahme, die bis zum 2. Juli 1905 dauerte. Sowohl während ihres ersten als auch des zweiten Aufenthalts erhielt sie die damals übliche Therapie mit lokaler Applikation von „grauer Salbe“ und „Lapisstift“, sowie „Injectionen“, die im gegenständlichen Fall weder bezüglich ihres Inhalts, der Dosierung, der Gesamtmenge und des Zeitraums der Verabreichung näher bezeichnet waren.

Die Hebamme K.R. fungierte somit zwischen September 1904 und dem 31. Dezember 1904 als Infektionsquelle und hat dabei sechs Personen, vier Gebärende und zwei Kinder nachweislich mit Syphilis infiziert. Bei den restlichen neun der insgesamt 15 Erkrankten musste eine extragenitale Infektion angenommen werden, da es sich vor allem um enge Angehörige dieser sechs Personen handelte. Dass dies eben nur vermutet, und nicht bewiesen werden konnte, lag an den äußerst mangelhaften, zum größten Teil jedoch überhaupt nicht vorhandenen anamnestischen Aufzeichnungen in den Krankenakten. Es galt im „Heiligen Land Tirol“ des Jahres 1905 nämlich als Tabu, über Sexualität zu sprechen. Wenn überhaupt, beinhalteten die schriftlichen Vermerke zur Sexualanamnese der Frauen meist nur die Daten der Defloration, der Menarche und die Anzahl der bisher geborenen Kinder, oder es wurde wie in der Krankenakte Nr. 377/1905 lapidar festgestellt: „gehört zu der in Fassa beobachteten Endemie von Syphilis“. Von zwei namentlich bekannten Erkrankten konnten keine Krankenakten gefunden werden, ihre Zuordnung zur Fassaner Luesendemie schien jedoch aus übereinstimmenden Berichten der Krankenakten anderer Betroffener schlüssig und daher zulässig.

Die hier vorgenommene Dokumentation der Fassaner Luesendemie stellte sich als eine Momentaufnahme dar, denn mit Ausnahme der Hebamme K.R. suchten sämtliche 15 Erkrankten nur einmal die „K.k.Klinik und Abteilung für Hautkrankheiten“ in Innsbruck auf und wurden seither nie mehr gesehen. Somit erübrigt sich die Frage nach dem Auftreten von Rezidiven oder von Spätfolgen

inklusive der Letalität. Die „Entlassungsdiagnose“ in den 13 vorliegenden Krankenakten lautete: 11 mal „geheilt“ (84,6%), einmal „gebessert“ (7,7%) und einmal wurden keine diesbezüglichen Angaben gemacht (7,7%).

Eine kritische Bewertung der 15 Personen, die auf den ersten Blick der Fassataler Luesendemie zuzuordnen waren, zeigt folgendes Ergebnis: bei zehn Erkrankten (66,7%) erfolgte die Infektion mit Sicherheit auf extragenitalem Weg, bei dreien (20,0%) war dieser jedoch fragwürdig. Zwei (13,3%) hatten mit der Fassataler Luesendemie nichts zu tun.

*Keine
Grüßen!! Extragenital
Anfection*

Prot.-Nr. *1.*

K. k. Klinik und Abteilung für Hautkrankheiten
des allgemeinen Krankenhauses in Innsbruck.

Name: _____

Berufszeug und Stellung: *Malerogattin*

Geboren am: *27. 20/11 1853* Religion: *K. r.*

Geburtsort und Land: *Gries, Cavalese.*

Ehelichkeitsverhältnis: ☒ Ledig. ☒ Verheiratet. ☐ Verwitwet. ☐ Geschieden.

Letzter Wohnort (Adresse): *Canazei*

Diagnose (Komplikationen inbegriffen): *Lues (Primäraffect am finger)*

Befand sich auf der Klinik vom *(30/IV 1905)* 190 bis 190

Befand sich auf der Abteilung vom *1/I 1905* 190 bis *27. I.* 190

Transferiert am 190 auf die

Entlassen ☒ geheilt, ☐ gebessert, ☐ ungeheilt am

Gestorben am um Uhr ☐ vormittags ☐ nachmittags

Datum des Er- scheins	Zergliederung der Diagnose	Datum des Ver- schwindens
	<i>Testisculi empyridis</i>	
	<i>Dolores cap. not.</i>	
	<i>Primäraffect am rechten Zeigefinger.</i>	
	<i>Rosacea figur.</i>	

Krankenakte der Erstaufnahme der Hebamme K.R. am 1.1.1905. Primäraffect am Zeigefinger. Bildquelle: Archiv Weimann.



Hans Loos und die Innsbrucker Klinik für Dermatologie und Syphilidologie im Nationalsozialismus¹

Ina Friedmann

„Ich habe mich Zeit meines Lebens überhaupt nie politisch betätigt.

Erst im Jahre 1940 habe ich mich zur NSDAP und zum NSKK gemeldet. Ob ich nun Anwärter oder gar Mitglied wurde, das kann ich heute nicht mehr sagen. Tatsache ist jedenfalls, dass ich vor dem Jahre 1940 mit der NSDAP oder einer ihrer Gliederungen keinerlei Berührungspunkte hatte.“²

Mit diesen Worten versuchte der Dermatologe Hans Loos (1904–1978) im November 1945 seine Involvierung in das NS-Regime herabzuspielen. So ahnungslos, wie er sich nach der Befreiung gab, war er hinsichtlich seiner Mitgliedschaft in der NSDAP und ihren Gliederungen real keineswegs. Er selbst hatte auf dem Personalstandesblatt der Universität Innsbruck nach dem *Anschluss* handschriftlich angegeben, „Illeg. Mitglied der NSDAP“ sowie „Mitglied NSKK. 10. Apr. 1938“ und im NSD-Dozentenbund mit der Mitgliedsnummer 236 zu sein.³

Dieser Einstieg *medias in res* soll verdeutlichen, wie ideologisch geprägt Wissenschaft und Wissenschaftler*innen während des Nationalsozialismus waren. Dies betraf auch die Innsbrucker Klinik für Dermatologie und Syphilidologie und ihre Mitarbeiter*innen. Hans Loos, in den Augen der NS-Behörden ‚politisch zuverlässig‘, wurde nach der Enthebung des langjährigen Klinikvorstands Leo Kumer (1886–1951) infolge des *Anschlusses* noch im März 1938 zum kommissarischen Vorstand der Hautklinik ernannt. Diese Funktion sollte er schließlich bis 1945 behalten. Mit der behaupteten unpolitischen Einstellung und der Leugnung eines illegalen wie offiziellen Naheverhältnisses zur NSDAP war Loos

1 Herzlicher Dank für die Unterstützung auf vielfältige Art bei der Erstellung des vorliegenden Beitrags gebührt Matthias Schmuth und Josef Weimann.

2 Rechtsanwalt Dr. Magnus Müller an Sicherheitsdirektion für Tirol, in Vertretung Dr. Hans Loos, Ansuchen um Richtigstellung einer Kartothekseintragung, Zl. VIIc-4272/45, 22.11.1945, Tiroler Landesarchiv (TLA), Sonderbehörden nach 1868, Sicherheitsdirektion für Tirol (ATLR Abteilung VIII), Staatspolizeiliche Akten, Ktn. 13, Zl. 4272/45.

3 Personalstandesblatt, o.D., Universitätsarchiv Innsbruck (UAI), Personalakt (PA) Hans Loos.

nach der Befreiung (nicht nur) an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck in bester Gesellschaft.

Ausgehend von den personellen Veränderungen an der Innsbrucker Klinik für Dermatologie und Syphilidologie im Nationalsozialismus zeichnet der vorliegende Beitrag eine Institutionengeschichte entlang der politischen Zäsuren 1938 und 1945. Eingebettet in allgemeine und auch disziplinspezifische zeitgenössische Entwicklungen sowie jene im unmittelbaren Umfeld, nämlich an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck, wird deutlich, wie tiefgreifend der (gesundheits-)politische Einfluss des NS-Staates auch auf diese Klinik war.⁴

Die Vorgeschichte: Leo Kumer als Vorstand der Klinik für Dermatologie und Syphilidologie bis 1938

Leo Kumer, 1886 in Kärnten geboren und in der Folge aufgewachsen, absolvierte sein Medizinstudium und seine fachärztliche Ausbildung in Wien. Dort nahm danach auch seine Karriere ihren Anfang, er war von 1919 bis 1928 Assistent an der Wiener Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie und habilitierte sich 1924.⁵ Bereits 1925 war er an dritter Stelle im Besetzungsvorschlag für die Innsbrucker Hautklinik nach dem Tod des Vorstands Ludwig Merk (1862–1925) genannt.⁶ Zwar wurde 1926 der erstgereichte Leopold Arzt (1883–1955) berufen, doch verblieb dieser nur kurz – nicht unerwartet für die Medizinische Fakultät – in Innsbruck und bei der neuerlichen Besetzung konnte auf den nur ein Jahr zuvor erstellten Besetzungsvorschlag zurückgegriffen werden. Der zweitgereichte Wilhelm Kerl (1880–1945) war nun als Wunschkandidat aufgerückt,

4 Als Teil einer größeren Auseinandersetzung mit der Thematik ist dieser Beitrag als Zwischenbericht zu verstehen, der die personelle und strukturelle Situation der Innsbrucker Hautklinik zwischen 1938 und 1945 darlegt. Einzelne Aspekte der Vernetzung und Tätigkeitsbereiche werden im Folgenden angesprochen, ohne sie noch bis ins Detail rekonstruieren zu können (vgl. den Abschnitt *Hans Loos und seine Forschung*). Diese sind Teil weiterführender Forschungen, ihre hier beschriebene Ausrichtung steht jedoch außer Frage.

5 Personalstandesblatt, o.D., UAI, PA Leo Kumer.

6 Vorschläge für Neubesetzung der dermatologischen Lehrkanzel der Universität Innsbruck, 29.10.1925, UAI, Medizinisches Dekanat, Lehrkanzel für Dermatologie Besetzungsvorschläge 1925, 1926, 1927.

Kumer wurde mit dem bereits im ersten Vorschlag mit Kerl *aequo loco* gereihten Rudolf Polland (1876–1952) nun an zweiter Stelle genannt.⁷ Nachdem Kerl dem Ruf folgte, jedoch ebenfalls nur kurze Zeit in Innsbruck verblieb, erfolgte ein weiterer Besetzungsvorschlag mit Dezember 1927, in dem nun Kumer an erster Stelle gemeinsam mit einem Schweizer und einem deutschen Kollegen genannt wurde.⁸ Von seiner Wiener Assistentenstelle weg erfolgte schließlich mit 1. Mai 1928 die Berufung Kumers zum Ordinarius an der Innsbrucker Hautklinik.⁹ Mitausschlaggebend war gewesen, dass Kumer sich einen Namen auf dem Gebiet der Radiumbehandlung gemacht hatte, wie dies auch bezüglich des gleichgereihten Schweizers Guido Miescher (1887–1961) betont wurde. Einen Experten vor Ort zu haben, wurde als wichtiger Schritt für die bisher noch nicht erfolgte, doch erwünschte Etablierung der Strahlentherapie an der Innsbrucker Klinik betrachtet.¹⁰ So wurde zugleich mit dem finalen Besetzungsvorschlag die Bitte an das Unterrichtsministerium gerichtet, einen gesondert gestellten Antrag auf Versorgung der Innsbrucker Klinik mit Radium und über dessen Verwaltung zu berücksichtigen.¹¹ Die Zuteilung erfolgte dann auch entsprechend dem Ansuchen mit Kumers Übernahme des Ordinariats.¹²

Kumer nahm seine Tätigkeit in Innsbruck 1928 auf und wirkte als Vorstand der Dermatologischen Klinik bis zum *Anschluss* 1938. In diesen zehn Jahren intensivierte er seine Publikationstätigkeit, forschte und veröffentlichte auch gemeinsam mit Vertretern anderer Disziplinen wie dem Innsbrucker Pathologen Franz Josef Lang (1894–1975) und sein „Lehrtalent kam nun zur vollen Entfaltung“¹³. Kumer war jedoch auch außeruniversitär in Vereinigungen, entsprechend den

7 Vorschläge für die Neubesetzung der dermatologischen Lehrkanzel der Universität Innsbruck, 15.8.1926, UAI, Medizinisches Dekanat, Lehrkanzel für Dermatologie Besetzungsvorschläge 1925, 1926, 1927.

8 [Besetzungsvorschlag dermatologische Lehrkanzel der Universität Innsbruck], 1.12.1927, UAI, Medizinisches Dekanat, Lehrkanzel für Dermatologie Besetzungsvorschläge 1925, 1926, 1927.

9 Personalstandesblatt, o.D., UAI, PA Leo Kumer.

10 [Besetzungsvorschlag dermatologische Lehrkanzel der Universität Innsbruck], 1.12.1927, UAI, Medizinisches Dekanat, Lehrkanzel für Dermatologie Besetzungsvorschläge 1925, 1926, 1927.

11 Dekanat der medizinischen Fakultät an Bundesministerium für Unterricht, 19.12.1927, UAI, Medizinisches Dekanat, Lehrkanzel für Dermatologie Besetzungsvorschläge 1925, 1926, 1927.

12 Helmut Wyklicky, Kumer, Leo, in: Neue Deutsche Biographie 13 (1982), 282, <https://www.deutsche-biographie.de/pnd135949467.html#ndbcontent> (eingesehen 11.5.2023).

13 Wyklicky, Kumer, 282.

damaligen Gepflogenheiten, aktiv. Seine Einstellung war deutschnational und das spiegeln die von ihm angeführten „Mitgliedschaften in nationalen Verbänden“ wider: Er war Mitglied in der Wiener akademischen Burschenschaft *Silesia*, im alldeutschen Verband, im *Verein deutscher Ärzte in Österreich*, im *Verband alter Burschenschafter* und im *Schulverein Südmark*. Politisch war er in der Großdeutschen Volkspartei beheimatet.¹⁴ Bei der *Silesia*, die auch heute noch ihren Wahlspruch „Freiheit – Ehre – Vaterland“ aus dem Jahr 1871 hochhält, handelte es sich um eine pflichtschlagende Burschenschaft.¹⁵ Der *Verein deutscher Ärzte* war 1904 aus dem antisemitischen *Verein Wiener Ärzte* im Zusammenschluss mit anderen deutschnationalen Vereinigungen hervorgegangen und hatte bereits Ende der 1920er Jahre den „Arierparagraph“ in den Statuten.¹⁶ Der *Schulverein Südmark* war ebenfalls eine Vereinigung zweier deutschnationaler Organisationen, des *Deutschen Schulvereins* und des *Vereins „Südmark“*, die sich 1925 zusammengeschlossen hatten.¹⁷

Vor diesem Hintergrund sind die weiter unten beschriebenen Vorgänge an der Hautklinik im März 1938 zu betrachten. Kumers Biographie ist nicht untypisch für die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts und auch seine deutschnationale Orientierung tritt in vielen Lebensläufen österreichischer Ärzt*innen zutage. Gemeinsam haben sie auch, dass sie sich mit und ohne Mitgliedschaft in der NSDAP mit dem neuen Regime in der Regel gut arrangieren konnten. Wie eng die Beziehungen der österreichischen Medizin mit dem Deutschen Reich auch um die Jahrhundertwende schon waren und wie der Weg in den Nationalsozialismus in den unterschiedlichen Disziplinen vielfach verlaufen ist, wird im folgenden Abschnitt anhand der Dermatologie schlaglichtartig beleuchtet.

14 Personalstandesblatt, o.D., UAI, PA Leo Kumer.

15 Über uns, <https://www.silesia.wien/#about> (eingesehen 13.5.2023). Zur *Silesia* nach 1945, auch mit Bezügen auf ihre Traditionen vgl. Bernhard Weidinger, „Im nationalen Abwehrkampf der Grenzlanddeutschen“. Akademische Burschenschaften und Politik in Österreich nach 1945, Wien-Köln-Weimar 2015.

16 Michael Hubenstorf, Pädiatrische Emigration und die ‚Hamburger-Klinik‘ 1930–1945, in: Kurt Widhalm/Arnold Pollak (Hg.), 90 Jahre Universitäts-Kinderklinik am AKH in Wien. Umfassende Geschichte der Wiener Pädiatrie, Wien 2005, 69–220, 78.

17 Ausführlich dazu Sigrid Kiyem, Der Deutsche Schulverein „Südmark“ 1918 – 1938, Dipl.-Arb. Wien 1995.

Dermatologie und Nationalsozialismus

Zur besseren Einordnung der im Weiteren beschriebenen Vorgänge an der Innsbrucker Klinik für Dermatologie und Venerologie zwischen 1938 und 1945 ist an dieser Stelle zunächst ein kursorischer Blick auf die allgemeine Entwicklung der Disziplin und ihr Verhältnis zum Nationalsozialismus zu richten. Dabei geht es nicht um die Geschichte einzelner Kliniken, Forschungstrends oder gar eine verkürzte Gesamtdarstellung. Vielmehr handelt es sich um eine grobe Nachzeichnung von Entwicklungen, die eine Einbettung der Innsbrucker Klinik und der an ihr stattgefundenen Ereignisse nach dem *Anschluss* in einen breiteren Kontext ermöglichen.

Die deutschsprachige Dermatologie war seit ihrer organisatorischen Institutionalisierung in Form der *Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* (DDG) 1888 über Ländergrenzen miteinander verbunden. Erst 15 Jahre zuvor war die Innsbrucker Hautklinik 1873 gegründet, der heutige Standort in der Anichstraße 1894 bezogen worden.¹⁸ Nach dem Tod des Vorstands der Innsbrucker Hautklinik zwischen 1903 und 1925 Ludwig Merk wurde im Vorschlag zur Neubesetzung eigens darauf eingegangen, weshalb dieser sich auf österreichische Dermatologen beschränkte:

„Die Dermatologie hat von jeher gerade an den Hochschulen Oesterreichs hervorragende Pflege und ruhmreichen Ausbau gefunden; so ist ihr auch ein üppiger und anerkannt tüchtiger Nachwuchs erblüht. Ist deshalb die Heranziehung erprobter österreichischer Kräfte durchaus naheliegend, so soll darin gewiss nicht ausgedrückt werden, dass die Leistungen und die akademische Eignung einer Reihe von jüngeren Dermatologen des deutschen Reiches [...] unansehnlich und ohne Gewicht wären.“¹⁹

Berufen wurde der erstgereichte Leopold Arzt. Nach seinem Weggang nur ein Jahr später blieb die Fokussierung der österreichischen Dermatologen im neuen

18 Karl Holubar, Die Gründungsphase in österreichischer Perspektive, in: Albrecht Scholz u.a. (Hg.), *Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie*, Deutschland 2009, 223–287, hier 267.

19 Vorschläge für Neubesetzung der dermatologischen Lehrkanzel der Universität Innsbruck, 29.10.1925, UAI, Medizinisches Dekanat, Lehrkanzel für Dermatologie Besetzungsvorschläge 1925, 1926, 1927.

Vorschlag aufrecht. Nach Kerl, Kumer und Polland wurden nun *tertio et aequo loco* die in Wien tätigen Herbert Planner (1887–1933) und Herbert Fuhs (1891–1961) genannt.²⁰ Der erstgereichte Kerl wurde berufen, verblieb jedoch ebenfalls nur etwa ein Jahr am Innsbrucker Lehrstuhl. Im folgenden Besetzungsvorschlag wurde nun Wert darauf gelegt, „diesmal auch nach gediegenen jüngeren Dermatologen im weiteren deutschen Sprachgebiet Ausschau zu halten und neben einheimischen Kräften auch diese in den Vorschlag aufzunehmen“²¹. Wie im vorigen Kapitel beschrieben, fanden diese in Person des Schweizer Guido Miescher und Hermann Werner Siemens (1891–1969) Berücksichtigung, die mit Kumer an erster Stelle genannt wurden. Mit Kumers Berufung im Frühjahr 1928 kam das Berufungskarussell schließlich für zehn Jahre zum Stillstand. Ab diesem Zeitpunkt, Ende der 1920er Jahre, begann sich die Atmosphäre allgemein, so auch im medizinischen universitären und außeruniversitären Bereich zu verändern. Mit der Machtübertragung an die Nationalsozialisten im Deutschen Reich und der Vertreibung als jüdisch definierter Personen aus sämtlichen Lebensbereichen setzten gepaart mit den zunehmenden außenpolitischen Spannungen mit Österreich auch innerhalb der DDG Probleme ein. Nach der Selbstgleichschaltung setzte die DDG mit der Absage ihrer für Juni 1933 in Wien anberaumten Tagung ein deutliches Zeichen der Distanzierung. Dieses blieb nicht ohne Folgen: Die Tagung wurde im darauffolgenden Jahr in Berlin abgehalten und in der Zwischenzeit hatte sich die *Wiener Dermatologische Gesellschaft* in *Österreichische Dermatologische Gesellschaft* umbenannt. Eine solche hatte bis dahin zu keinem Zeitpunkt existiert, was die Einheit mit den deutschen Kolleg*innen illustriert. Als Präsidenten der nunmehr Österreichischen Gesellschaft fungierten die Vorstände der beiden Wiener Universitäts-Hautkliniken Leopold Arzt und Wilhelm Kerl bis 1938, als nach der Eingliederung Österreichs in das Deutsche Reich die Vereinigung ihren ursprünglichen Namen *Wiener Dermatologische Gesellschaft* erneut erhielt. Arzt und Kerl wurden entlassen und die beiden Kliniken zusammengelegt, beides – Entlassungen und Kliniktrennung – wurde nach Kriegsende

20 Vorschläge für die Neubesetzung der dermatologischen Lehrkanzel der Universität Innsbruck, 15.8.1926, UAI, Medizinisches Dekanat, Lehrkanzel für Dermatologie Besetzungsvorschläge 1925, 1926, 1927.

21 [Besetzungsvorschlag dermatologische Lehrkanzel der Universität Innsbruck], 1.12.1927, UAI, Medizinisches Dekanat, Lehrkanzel für Dermatologie Besetzungsvorschläge 1925, 1926, 1927.

rückgängig gemacht. Zum Vorstand der neuen Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, zugleich zum Präsidenten der Wiener Gesellschaft, wurde Herbert Fuhs ernannt.²² Fuhs stieg, nach der Ernennung seines Vorgängers Erduard Pernkopf (1888–1955) zum Rektor der Universität Wien, 1943 zum Dekan der Wiener Medizinischen Fakultät auf und bekleidete dieses Amt bis zur Befreiung 1945. Als Inhaber dieser Funktion wurde er noch 1945 entlassen, allerdings wenige Jahre später in den Ruhestand versetzt, was die Anerkennung seiner Pensionsansprüche bedeutete.²³

Nicht zuletzt durch die Vertreibung als jüdisch kategorisierter Wissenschaftler*innen im Nationalsozialismus veränderten sich wissenschaftliche Kontakte, Kooperationen, Forschung und auch die Publikationstätigkeit. Insbesondere nach Kriegsbeginn kam es zu tiefgreifenden Veränderungen im Wissenschaftsbetrieb allgemein. Nicht nur, dass alltägliche Aspekte wie etwa die Ausstattung von Bibliotheken mit Neuerscheinungen besonders aus dem feindlichen Ausland, die nur schwer möglich war, an Relevanz verloren oder die Instandhaltung und -setzung der Räume sowie die Zuteilung von Materialien wie Seife detailliert belegt und argumentiert werden mussten, wurde nun der Wert der wissenschaftlichen Arbeit an der Bedeutung für den Zweiten Weltkrieg gemessen.²⁴ Die wissenschaftliche Publikationstätigkeit der österreichischen universitären Dermatologie beschreiben Angetter/Feikes/Holubar auch mit Blick auf den Krieg als

„sehr eingeschränkt. Es gab nur wenige erwähnenswerte Publikationen. Erst im Oktober 1942 fand wieder ein Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

22 Daniela Angetter/Renate Feikes/Karl Holubar, Der Einfluß des Nationalsozialismus auf die Dermatologie in Österreich 1933–1955 (illustriert a Beispiel der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie und an den beiden Wiener Universitäts-Hautkliniken), in: Andreas Plettenberg/Wilhelm N. Meigel/Ingrid Moll (Hg.), *Dermatologie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Aktueller Stand von Klinik und Forschung, Berichte von der 40. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, Berlin-Heidelberg 2000, 745–750, 745f.

23 Roman Pfefferle/Hans Pfefferle, Glimpflich entnazifiziert. Die Professorenschaft der Universität Wien von 1944 in den Nachkriegsjahren, Göttingen 2014, 193–195.

24 Zu diesen Beispielen und allgemein zu den kriegsbedingten Einschränkungen und Veränderungen im Universitätsbetrieb: Ina Friedmann/Dirk Rupnow, *Die Universität im 20. Jahrhundert (Geschichte der Universität Innsbruck 1669–2019. Bd. I,2, hg. v. Margret Friedrich/Dirk Rupnow)*, Innsbruck 2019, 314–320.

statt. Es war der erste Kongreß einer deutschen Gesellschaft seit Kriegsbeginn. Das Interesse lag in erster Linie an venerischen Erkrankungen, aber auch an Hautkrankheiten der Soldaten.“²⁵

Die hier angesprochene Ausrichtung sämtlicher wissenschaftlicher Tätigkeiten am Kriegsgeschehen betraf nicht allein die Dermatologie. Diese war jedoch eine der Disziplinen, die durch ihre Forschungen als kriegswichtig betrachtete Anknüpfungspunkte finden konnte. Verbunden damit waren für nicht kriegsbezogene Forschungen zunehmend kaum zu erlangende Subventionierungen.

Der Anschluss an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck

Unmittelbar nach der Machtergreifung der Nationalsozialist*innen in Österreich setzten in allen Lebensbereichen, so auch an den Universitäten, tiefgreifende Personalveränderungen ein. In der vorangegangenen austrofaschistischen Diktatur war die NSDAP zwar mit Juli 1933 verboten und ihre nunmehr illegalen Mitglieder – gleich den ebenfalls von Parteiverboten betroffenen Sozialdemokrat*innen und Kommunist*innen – verfolgt worden. Doch waren gerade an den Universitäten mit ihrer Tradition von Antisemitismus, Elitarismus, Konservativismus und Deutschnationalität österreichweit nationalsozialistische Strukturen in dieser Zeit entstanden, insbesondere auch in Innsbruck „vielfach getragen von Dozenten und Assistenten, toleriert, befürwortet und gefördert aber auch von Ordinarien“²⁶. Primär diese Personalgruppe war es, die an der Innsbrucker Klinik unmittelbar nach dem *Anschluss* prominent in Erscheinung trat und durch den nun auch offiziellen Parteirückhalt noch vor der zentral geregelten NS-Vertreibungspolitik Absetzungen vornahm. Doch auch auf offizieller Ebene begann die Vorbereitung und Durchführung der „Säuberung“ der Universitäten von aus rassistischen und politischen Gründen unerwünschten Personen zügig. Innerhalb des ersten Monats nach dem *Anschluss* wurden Listen mit den Namen

25 Angetter/Feikes/Holubar, Einfluß, 746.

26 Friedmann/Rupnow, Universität, 183.

der potenziell zu Enthebenden erstellt.²⁷ Dies war Aufgabe des Rektorats, das diesbezüglich in Kontakt mit dem Unterrichtsministerium stand; in Innsbruck hatte der Historiker Harold Steinacker (1875–1965) den Anglisten Karl Brunner (1887–1965) im Zug des *Anschlusses* als zunächst kommissarischer Rektor ersetzt. Der Pharmakognost Ludwig Kofler (1891–1951), der bereits in der Illegalität im NSD-Dozentenbund aktiv war, erhielt unmittelbar nach dem *Anschluss* das kommissarische Rektorat vom Unterrichtsminister im *Anschlusskabinett* Oswald Menghin (1888–1973) angetragen. Er bedankte sich „herzlichst“ für das Vertrauen, bat jedoch von der Betrauung abzusehen und Harold Steinacker in diesem Amt zu bestätigen.²⁸ Steinacker wurde schließlich ganz offiziell als Rektor eingesetzt – Kollegiumswahlen für universitäre Funktionen gab es während des Nationalsozialismus nicht – und verblieb bis 1942 in dieser Position. Er zeichnete neben der NS-Personalpolitik, die er nicht nur entlang der reichsweiten Vorgaben, Gesetze und Verordnungen umsetzte, sondern auch maßgeblich mitgestaltete, unter anderem für das 1939 angebrachte Aulamosaik, das Adolf Hitler als „Bannerträger“ nach einem Gemälde von Hubert Lanzinger zeigt, verantwortlich.²⁹

Während die *Nürnberger Gesetze* inklusive der Definition, wer nach NS-Kriterien als Jude*Jüdin sowie Mischling ersten und zweiten Grades galt, und die *Verordnung zur Neuordnung des österreichischen Berufsbeamtentums* mit Mai 1938 in Österreich eingeführt wurden,³⁰ fand ein darauf basierender Exklusionsvorgang bereits am 22. März 1938 statt. An diesem Tag, dem „gemeinsamen Vereidg. Tag“, wie Hans Loos festhielt,³¹ schworen die dazu zugelassenen Universitätsangehörigen den Amtseid auf Adolf Hitler: „Ich schwöre: Ich werde dem Führer des Deutschen Reiches und Volkes Adolf Hitler treu und gehorsam sein, die Gesetze beachten und meine Amtspflichten gewissenhaft erfüllen, so wahr mir Gott helfe.“³² Der Diensteid war ein erstes Instrument unerwünschte Universitätsan-

27 Vgl. ausführlich Peter Goller/Georg Tidl, „Jubel ohne Ende ...!“ Die Universität Innsbruck im März 1938. Zur Nazifizierung der Tiroler Landesuniversität, Wien 2012.

28 Kofler an Menghin, 14.3.1938, UAI, Medizinische Berufungsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

29 Friedmann/Rupnow, Universität, 187f. u. 193–203.

30 Verordnung über die Einführung der Nürnberger Rassengesetze im Lande Österreich vom 20.5.1938, RGBl. I 1938, 594f.; Verordnung zur Neuordnung des österreichischen Berufsbeamtentums vom 31.5.1938, RGBl. I 1938, 607–610.

31 Personalstandesblatt, o.D., UAI, PA Hans Loos.

32 Diensteid, 22.3.1938, UAI, PA Hans Loos.

gehörige zu verdrängen, da nach den noch nicht in Kraft getretenen *Nürnberger Gesetzen* als Juden*Jüdinnen und Mischlinge ersten Grades geltende Menschen sowie politische Gegner*innen von der Ablegung des Eids ausgeschlossen waren.³³

Die Innsbrucker Klinik für Dermatologie und Syphilidologie zwischen 1938 und 1945

Karriere trotz „Schutzhaft“: Leo Kumer im Nationalsozialismus

Laut einem Schreiben von Harold Steinacker an das Unterrichtsministerium am 16. März 1938 fanden die ‚dringendsten‘ Enthebungen von Lehrstuhlinhabern an der Medizinischen Fakultät bereits am 14. März statt. „Beauftragte der Gauleitung der NSDAP“ suchten die zahnmedizinische und die neurologische Klinik auf und „ersuchten die Vorstände [...] von der Leitung zurückzutreten“ und diese zu übergeben. Weiters wurde Leo Kumer „in Schutzhaft genommen und die Leitung der dermatologischen Klinik dem früheren Assistenten Dr. Krösl übergeben.“³⁴ Dieser ‚Schnellschuss‘ war allerdings am folgenden Tag Gegenstand einer Zusammenkunft von Steinacker als kommissarischem Rektor, Josef Lang als Dekan der Medizinischen Fakultät, Ludwig Kofler als Dozentenbundführer und den drei neuen kommissarischen Klinikvorständen. Steinacker legte ihnen dar,

„dass das Rektorat die offenbar von der nationalsozialistischen Aerzteschaft veranlassen und sachlich nicht unverständlichen Massnahmen aus formalen Gründen aufhebe, aber, um die Ruhe an der Fakultät aufrecht zu erhalten und Konflikte gerade in diesen Tagen zu vermeiden, vorbehaltlich der ministeriellen Genehmigung die Herren Riha

33 Vgl. allgemein dazu z.B. Brigitte Lichtenberger-Fenz, „Es läuft alles in geordneten Bahnen“. Österreichs Hochschulen und Universitäten und das NS-Regime, in: Emmerich Tálos/Ernst Hanisch/Wolfgang Neugebauer/Reinhard Sieder (Hrsg.), *NS-Herrschaft in Österreich. Ein Handbuch*, Wien 2001, 549–569; Andreas Huber, *Rückkehr erwünscht. Im Nationalsozialismus aus „politischen“ Gründen vertriebene Lehrende der Universität Wien (Emigration – Exil – Kontinuität. Schriften zur zeitgeschichtlichen Kultur- und Wissenschaftsforschung 12)*, Wien 2015, 107.

34 Rektorat an Bundesministerium für Unterricht, 16.3.1938, UAI, Medizinische Berufsakten, *Besetzung Dermatologie 1938*.

und Scharfetter als provisorische Leiter der genannten Kliniken von sich aus einsetze. Für die dermatologische Klinik wurde eine andere Form der Gutmachung jenes Unrechtes in Aussicht genommen, das Herrn Dr. Krössl [sic] zugefügt wurde. Er hatte ein Jahr die Klinik suppliert und wurde dann durch Herrn Prof. Arzt an der bereits bevorstehenden Habilitierung gehindert. Herr Dr. Krössl [sic] trat hierauf von der übernommenen Leitung wieder zurück, die der I. Assistent, Privatdozent Dr. Loos, übernommen hatte.

Die Erkundigungen, die von der Universität in Sachen der Schutzhaft von Prof. Kumer unternommen wurden, oder aber andere Interventionen, sollen wohl eine Aufhebung der Schutzhaft bewirkt haben, aber zugleich scheint ein politisches Verfahren eingeleitet worden zu sein und jedes weitere Einschreiten der akademischen Behörden wurde als Eingreifen in ein schwebendes Verfahren bezeichnet. Das Rektorat wird bemüht bleiben, auf dem Wege der Verhandlung mit den Parteistellen die Angelegenheit noch weiter zu klären.³⁵

Leo Kumer war noch am Abend des 13. März 1938 im Gasthaus des Hotels Maria Theresia verhaftet, jedoch nach einigen Stunden wieder freigelassen worden. Über die gegen ihn erhobenen Vorwürfe berichtete er 1946, dass diese „von der Ärzteschaft“ stammten und darunter „auch interne Vorfälle an der Klinik [waren], die nur von einem Angestellten der Klinik angezeigt sein konnten“.³⁶ Was konkret Kumer vorgeworfen wurde, beschreibt Peter Goller als „angebliche[r] ‚Führer‘-Schmähung und [...] fehlende[r] Distanz zur ‚Vaterländischen Front‘“³⁷. Ohne weiter auf die Inhalte einzugehen, hielt Steinacker im Dezember des Jahres in einer Einschätzung, erstellt vom Medizinischen Dekanat, fest: „Die schwerwiegendste der gegen ihn Erhobenen Anschuldigungen hat sich nach den Rektoratsakten und den vom Dozentenbund durchgeführten Erhebungen als unzutreffend erwiesen. Es scheinen von seiner Seite wohl Ungeschicklichkeiten und ein gewisser Mangel an Widerstandskraft gegen den Druck des Systems vorzuliegen.“³⁸

35 Rektorat an Bundesministerium für Unterricht, 16.3.1938, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

36 Kumer an Verwaltungsdirektor, 27.3.1946, UAI, PA Hans Loos. Unterstreichungen im Original.

37 Universitätsarchiv, Ludwig Hörbst und Richard Stöhr, <https://www.uibk.ac.at/de/newsroom/verfolgt-vertrieben-ermordet/1683821/> (eingesehen 10.5.2023).

38 Harold Steinacker, Erklärung, 16.12.1938, UAI, PA Leo Kumer. – Eine andere Art von System, nämlich jenes der Denunziation, das im Nationalsozialismus weitreichende Folgen haben konnte,

Die Verhaftung Kumers, der in einem Dokument des Dozentenbunds mit „Waffenstudent, ängstlich, jetzt beurlaubt, war einige Stunden in Schutzhaft. Wiedereinstellung oder Verwendung andernorts möglich“ charakterisiert wurde,³⁹ stellte keineswegs den Endpunkt seiner Karriere dar. Wie auch in dieser Beurteilung nahegelegt, stand seiner ärztlichen Weiterverwendung tatsächlich nichts im Weg. Entgegen dem gängigen Narrativ, dass Kumer „auf Grund seiner politischen Einstellung entlassen“ wurde,⁴⁰ ist nämlich vielmehr Peter Goller mit der Aussage zu folgen, dass die Enthebung Kumers „trotz seiner ‚national-freiheitlichen‘ Gesinnung“ erfolgte.⁴¹ Wie bereits an Steinackers Stellungnahme deutlich wurde, die Kumer als „hervorragende[n] Wissenschaftler und besonders erfolgreiche[n] Arzt“ lobte,⁴² war es nicht das Ziel der Universität Innsbruck Kumer die berufliche Existenz zu verunmöglichen. Dies zeigte sich aber nicht erst zum Jahresende, sondern bereits im April 1938, als Steinacker ein Schreiben an das Unterrichtsministerium richtete, in dem er unter Berufung auf „erhaltene Aufklärungen“ Kumers Streichung im „Verzeichnis der zum Lehrbetriebe in diesem Semester nicht mehr zuzulassenden Herren“ beantragte.⁴³ Kumer hatte jedoch in der Zwischenzeit selbst um seine Beurlaubung angesucht.⁴⁴

Die Details der weiteren Vorgänge liegen bisher im Hintergrund, doch scheint Kumer durch gute Kontakte in die Politik Rückhalt gehabt zu haben. Darauf

die inneruniversitär wesentlich vom Standing der Betroffenen abhängig waren, zeigt sich auch in einer Erklärung des Jungmediziners Willi Daniel: „Das von mir an Kreisleiter Dr. Primbs gerichtete Schreiben vom 21. Oktober 1941 sollte keine Anzeige gegen Herrn Dekan Professor Dr. Láng sein, sondern sollte nur zur persönlichen vertraulichen Information des Kreisleiters dienen, da mir konkrete Beweise für die darin enthaltenen Anschuldigungen nicht zur Verfügung standen. Da diese Mitteilungen in weitere Kreise gedrungen sind, stehe ich nicht an zu erklären, dass ich diese Anschuldigungen nicht aufrecht halte.“ Erklärung W. Daniel (Abschrift), 14.11.1941, UAI, Medizinische Lehrkanzeln, Med. Berufungen Allgemein 1940, Walther Schultze.

39 NSD-Dozentenbund/SD-Liste über die politische Lage an der Universität Innsbruck, in: Goller/Tidl, o.S. [57].

40 Daniela Angetter, Die österreichische Dermatologie 1918–1945, in: Scholz u.a., Geschichte, 287–297, 293.

41 Peter Goller, „...fürchteten, man könnte sie da in den Tiroler Bergen vergessen!“ Die Neugründung der Medizinischen Fakultät Innsbruck 1869, Innsbruck 2023, 182.

42 Harold Steinacker, Erklärung, 16.12.1938, UAI, PA Leo Kumer.

43 Steinacker an Unterrichtsminister, 21.4.1938, UAI, PA Leo Kumer.

44 Unterrichtsminister an Rektorat, 3.5.1938, UAI, PA Leo Kumer.

weist eine Aussage Steinackers hin, „dass eine sehr massgebende Stelle die politische Zuverlässigkeit Prof. Kumers günstig beurteilt hat“⁴⁵.

Im April 1939 erging schließlich der Bescheid, dass Kumer „auf einen anderen Dienstposten der gleichen Dienstklasse seines Dienstzweiges an einen anderen Dienstort zu versetzen“ war.⁴⁶ Ein halbes Jahr später wurde ihm die Leitung der Dermatologischen Abteilung im Wiener Wilhelminenspital übertragen, sein Dienstantritt fand am 30. August 1939 statt.⁴⁷ Daneben, und dies ist wohl das eindeutigste Zeichen für Kumers Systemkonformität, war er nach Angetter während dem Zweiten Weltkrieg auch als Extraordinarius an der Wiener Universitätshautklinik, also im Lehramt an der größten österreichischen Universität tätig.⁴⁸ Zudem veröffentlichte er 1941 gemeinsam mit Herbert Fuhs, dem nach dem *Anschluss* eingesetzten Vorstand der nunmehr vereinigten Wiener Universitätshautklinik und Dekan der Medizinischen Fakultät 1943 bis 1945, das Lehrbuch *Dermatologie*,⁴⁹ das „sich bei den Studenten wegen seiner außerordentlich instruktiven Darstellungsweise und der für die damalige Zeit unübertroffenen Abbildungen größter Beliebtheit“ erfreute.⁵⁰ Diese Nähe zum exponierten Nationalsozialisten Fuhs ist vor dem Hintergrund von Kumers Biographie nicht überraschend, ebensowenig wie die explizite Würdigung des Wiener Dermatologen Gustav Riehl (1855–1943) in dessen Nachruf, nämlich für „die Entjudung der Wiener Dermatologie“⁵¹.

45 Harold Steinacker, Erklärung, 16.12.1938, UAI, PA Leo Kumer.

46 Reichsstatthalter an Kumer, 5.4.1939, UAI, PA Leo Kumer.

47 Lang an Ministerium für innere und kulturelle Angelegenheiten, 30.9.1939, UAI, PA Leo Kumer.

48 Angetter, *Dermatologie*, 295.

49 Herbert Fuhs/Leo Kumer, *Dermatologie*, Wien 1941.

50 Wyklicky, Kumer, 282.

51 Leo Kumer, Gustav Riehl †. 19. Februar 1855–7. Jänner 1943, in: Wiener medizinische Wochenschrift 93 (1943), 134, zit. n. Michael Hubenstorf, Vertriebene Medizin – Finale des Niedergangs der Wiener Medizinischen Schule?, in: Friedrich Stadler (Hg.), Vertriebene Vernunft II. Emigration und Exil österreichischer Wissenschaft 1930–1940, Teilband 2 (Emigration – Exil – Kontinuität. Schriften zur zeitgeschichtlichen Kultur- und Wissenschaftsforschung), Münster 2004, 766–793, 775 u. 788 Anm. 45.

Hans Krösl, Hans Loos und das Ringen um die Hautklinik

Infolge der Verhaftung und zunächst unklaren universitären Stellung Kumers war es notwendig geworden, für das Aufrechterhalten des Betriebs der Hautklinik Sorge zu tragen. Am Tag nach seiner Inhaftierung war Kumer zunächst an die Klinik zurückgekehrt und dort mit einer nunmehr gegen ihn gewandten Belegschaft konfrontiert gewesen:

„Am 14.III.38 morgens rief ich die Ärzte der Klinik in das Chefzimmer, erzählte ihnen von den gegen mich erhobenen Beschuldigungen und von meiner Verhaftung, sie verließen das Zimmer in eisigem Schweigen. Kurze Zeit darauf erschienen Dr. Krösl und Dr. Dittrich um mich abzusetzen. Dr. Krösl wollte diese Hinrichtung in einer Angestelltenversammlung im Hörsaal in meinem Beisein durchführen. Dr. Krösl ernannte sich zum Leiter der Klinik, wie ich hörte, suchte Dr. Loos sofort mit ihm in Krösls Wohnung Verbindung. Die Universität kaufte Krösl die Klinikleitung gegen seine Habilitation ab und Dr. Loos wurde mit der provisorischen Leitung betraut.“⁵²

Dass Hans Krösl (1892–1947) „sich zum Leiter der Klinik [ernannte]“, mag der Tatsache geschuldet sein, dass er die Klinik bereits 1925 nach dem Tod Ludwig Merks suppliert hatte.⁵³ Hinzu kommt das Selbstbewusstsein, mit dem bisher in der Illegalität agierende Nationalsozialist*innen wie Krösl, der bereits 1931 der NSDAP und der SA beigetreten war,⁵⁴ nach dem *Anschluss* auftraten. Krösl hatte in Wien sein Medizinstudium begonnen, das durch seine aktive Kriegsteilnahme im Ersten Weltkrieg bereits ab Sommer 1914 unterbrochen wurde. Im September 1918 an das Garnisonsspital in Innsbruck kommandiert, nahm er hier seinen Wohnsitz und schloss das Studium an der Universität Innsbruck 1920 ab. 1922 kam er als Hilfsarzt an die Hautklinik und wurde im Folgejahr zum Assistenten bestellt. Nach dem Tod Merks übernahm Krösl die interimistische Klinikleitung für acht Monate inklusive Merks Lehrverpflichtung.⁵⁵ Habilitieren konnte er sich

52 Kumer an Verwaltungsdirektor, 27.3.1946, UAI, PA Hans Loos. Unterstreichungen im Original.

53 Bericht über die wissenschaftlichen Arbeiten (Abschrift), 1.6.1938, UAI, Habilakt Hans Krösl.

54 Mitgliedsnummer 512.499. Ministerium für innere und kulturelle Angelegenheiten, Zl. IV-2-309220-d, Februar 1939, ÖStA, AVA Unterricht UM allg. Akten 1056.13, Krösl Hans.

55 Bericht über die wissenschaftlichen Arbeiten (Abschrift), 1.6.1938, UAI, Habilakt Hans Krösl.

allerdings erst 1938, das Verfahren wurde sehr schnell nach dem *Anschluss* eingeleitet. Einen ersten entsprechenden Versuch hatte Krösl bereits 12 Jahre zuvor unternommen, doch war ihm, wie aus dem Bericht über seine wissenschaftliche Arbeit 1938 hervorgeht, von Leopold Arzt mitgeteilt worden, „daß eine Habilitation nicht in Aussicht genommen werden könne, obwohl Dr. Krösl zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten und eine Habilitationsschrift vorzulegen hatte“⁵⁶. Die Hintergründe konnten bisher nicht geklärt werden, doch orientierte sich Krösl mangels akademischer Aufstiegschancen in der Zwischenzeit anders. Er übernahm im Sommer 1926 die Leitung der Behandlungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten der österreichischen Bundesbahn für Tirol und Vorarlberg.⁵⁷

Bis 1938 hatte Krösl 17 Arbeiten mit Schwerpunkt auf der Behandlung der Syphilis veröffentlicht und nach wie vor seine ungedruckte Habilitationsschrift, die sich mit der experimentellen Kaninchensyphilis und deren Behandlung befasste, bereit. Im Zug der Einleitung des Habilitationsverfahrens wurde Krösl „gute Beobachtungsgabe“ und besonders der Wille, „durch Einführung neuer Behandlungsmethoden oder Verbesserung alter Verfahren den Kranken zu helfen“ attestiert. Die von ihm beschriebene Syphilisbehandlung mit Northovan wurde zwar als „nicht mehr allgemein üblich“, aber von „beachtenswerten“ Erfolgen begleitet eingeschätzt.⁵⁸

Das Habilitationsverfahren schloss Krösl positiv ab und wurde im Juni 1939 entsprechend der *Reichshabilitationsordnung* unter Verleihung der Lehrbefugnis für Haut- und Geschlechtskrankheiten zum Dozenten neuer Ordnung ernannt.⁵⁹ Er, der in der Illegalität bereits Sanitätskurse abgehalten hatte und 1939 1. Standardenarzt der 6. SA-Brigade, Blockwart im NSD-Ärztebund und Kreisjägermeister für den Kreis Innsbruck war,⁶⁰ spielte allerdings in der Folgezeit keine prominente Rolle an der Innsbrucker Dermatologie, da er mit Kriegsbeginn zur Wehrmacht einrückte, zwar in Tirol ab 1940 als Stabsarzt, ab 1944 als Oberstabs-

56 Bericht über die wissenschaftlichen Arbeiten (Abschrift), 1.6.1938, UAI, Habilakt Hans Krösl.

57 Bericht über die wissenschaftlichen Arbeiten (Abschrift), 1.6.1938, UAI, Habilakt Hans Krösl.

58 Bericht über die wissenschaftlichen Arbeiten (Abschrift), 1.6.1938, UAI, Habilakt Hans Krösl.

59 Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung an Krösl (Durchschlag), 14.6.1939, UAI, Habilakt Hans Krösl.

60 Ministerium für innere und kulturelle Angelegenheiten, Zl. IV-2-309220-d, Februar 1939, ÖStA, AVA Unterricht UM allg. Akten 1056.13, Krösl Hans.

arzt der Reserve stationiert war, aber bis zum Kriegsende und zu seiner Internierung in diesem Rahmen seinen ärztlichen Dienst versah.⁶¹

Der wichtigste Vertreter der Innsbrucker Dermatologie im Nationalsozialismus aber war Hans Loos, der am 24. März 1938 nicht einmal zwei Wochen nach dem *Anschluss* zum kommissarischen Leiter der Hautklinik ernannt wurde.⁶² Diese Funktion übernahm er als erster Assistent der Klinik. Er war 1935 vom außerordentlichen Assistenten zum Hochschulassistenten 3. Klasse und am 1. Juli 1937 zum Hochschulassistenten 2. Klasse ernannt worden. Vor Ablauf der üblichen zwei Jahre bis zur nächsten Vorrückung wurde Loos mit 1. Oktober 1938 zum wissenschaftlichen Assistenten.⁶³ 1941 wurde er Oberarzt und im Folgejahr zum außerplanmäßigen Professor ernannt,⁶⁴ von ihm selbst nach 1945 als Titularextraordinarius wiedergegeben.⁶⁵ Dabei handelte es sich um einen rein formalen Titel und nicht um ein reales Extraordinariat, wie in zweitgenannter Bezeichnung ersichtlich ist. Die außerplanmäßige Professur war 1939 mit der *Reichshabilitationsordnung* im angeschlossenen Österreich eingeführt worden und war eine Auszeichnung für verdiente Dozent*innen in Form eines Berufstitels ohne verbundenen Anspruch auf eine ordentliche, nunmehr planmäßige Professur. Die ebenfalls eingeführte Ernennung von habilitierten Lehrenden zu „Dozenten neuer Ordnung“ war ein weiteres Mittel, sich unerwünschter Lehrpersonen zu entledigen, indem die Ernennung nicht durchgeführt wurde und somit die Dozentur erlosch.⁶⁶ Loos war davon nicht betroffen. Er wurde „unter Berufung in das Beamtenverhältnis“ im September 1939 vom Reichsminister für

61 Rechtsanwalt Bauer an Stadtmagistrat Innsbruck, Einspruch, 22.9.1947, StAI, NS-Registrierungsakten, Zl. 1294.

62 Unterrichtsminister an Rektorat, Zl. 9032/I-1, 24.3.1938, UAI, PA Hans Loos; Personalstandesblatt, o.D., ebd.

63 Bestätigung, 14.6.1955, UAI, PA Hans Loos.

64 Personenstandesblatt, 8.7.1946, UAI, PA Hans Loos.

65 Loos an Dekanat der medizinischen Fakultät, 28.8.1947, UAI, PA Hans Loos.

66 Reichshabilitationsordnung, Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, RdErl., 17.2.1939, WA 2920/38, Z II a (a); Ulrich Kalkmann, Die Technische Hochschule Aachen im Dritten Reich (1933–1945), Aachen 2003, 205; Kamila Staudigl-Ciechowicz, Zwischen Aufbegehren und Unterwerfung. Politik und Hochschulrecht 1848–1945, in: Mitchell G. Ash/Josef Ehmer (Hg.), Universität – Politik – Gesellschaft (650 Jahre Universität Wien – Aufbruch ins neue Jahrhundert 2), Göttingen-Wien 2015, 429–460, 458f.

Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung zum Dozenten ernannt.⁶⁷ Die Supplierung der Klinik, mit der auch die Abhaltung der Hauptvorlesungen und Prüfungen sowie eine entsprechende „Supplierungsremuneration“ für die „lehramtliche Mühewaltung“ verbunden war, war Loos ursprünglich nur auf die Dauer des Wintersemesters 1938/39 übertragen worden.⁶⁸ Die Supplierung wurde in der Folge jeweils für ein Semester bzw. bis zur „allfälligen Besetzung der Lehrkanzel“ verlängert,⁶⁹ im Frühjahr 1940 erfolgte jedoch die offizielle Beauftragung mit der Vertretung der Professur und damit verbunden die Zuerkennung der „Anfangsbezüge“ eines Extraordinarius. Ausschlaggebend war, dass die „in Aussicht genommene Berufung des o. Prof. Schultze – Gießen [...] mit Rücksicht auf die von ihm durchzuführenden staatswichtigen Untersuchungen, die er in Innsbruck wegen der dort fehlenden wissenschaftlichen Einrichtungen nicht fortsetzen könnte, bis nach dem Kriege zurückgestellt werden“ musste.⁷⁰ Für Loos bot das Gelegenheit, seine Qualitäten unter Beweis zu stellen, wie im Gutachten für die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor neben seinem pädagogischen Talent festgehalten wurde:

„Doz. Loos ist ein fleissiger, stiller, ernster Arbeiter und ein anständiger Charakter; er bietet die Gewähr, dass er auch in Zukunft seinem Beruf als Wissenschaftler und Arzt alle Ehre machen wird. Aufgrund seiner wissenschaftlichen und charakterlichen Qualitäten dürfte er geeignet sein, später einmal einer Hautklinik als Ordinarius und Leiter vorzustehen.“⁷¹

Loos war bereits in der Illegalität der NSDAP beigetreten, wie nicht nur die Angabe des Parteieintritts mit November 1937 besagt, sondern auch seine Mit-

67 Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung an Reichskommissar für die Wiedervereinigung Österreichs mit dem Deutschen Reich, Zl. W P Loos 3a, 18.9.1939, UAI, PA Hans Loos.

68 Plattner an Rektorat, Zl. IV-2-36543-c, 29.11.1938, UAI, PA Hans Loos.

69 Plattner an Rektorat, Zl. IV-312285-2d/39, 24.4.1939, UAI, PA Hans Loos; Plattner an Rektor, Zl. IV-2d-352.761, 29.12.1939, ebd.

70 Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung an Loos, Zl. W P Nr. 1188, 4.5.1940, UAI, PA Hans Loos.

71 Gutachten, 7.4.1942, UAI, PA Hans Loos.

gliedsnummer 6.228,658.⁷² Der Nummernblock 6.100,001 bis 6.600,000 war für die „Illegalen“ reserviert, denen zudem als offizielles Eintrittsdatum der 1. Mai 1938 bescheinigt wurde. Sein Eintritt in das Nationalsozialistische Kraftfahrkorps (NSKK) war im April 1938 erfolgt und er wurde als „Obertruppenführer“ und „Sturmarzt“ geführt. Dass es sich bei Loos nicht um einen Mitläufer oder Opportunisten gehandelt hatte, zeigen darüber hinaus auch seine Funktionen als „Kreisbeauftragter für Rassenpolitik im Kreis Innsbruck“ und „Mitarbeiter [im] Gauamt f. Rassenpolitik Innsbruck“.⁷³

Die geplante Neubesetzung der Klinikleitung: Walther Schultze und die heilklimatische Anlage im Hochserfaus

Franz Josef Lang richtete als Dekan der Medizinischen Fakultät Ende September 1939, nach eineinhalbjähriger Supplierungstätigkeit von Hans Loos, die Bitte an die zuständige Abteilung im Ministerium für innere und kulturelle Angelegenheiten, „die dringlich erscheinende Neubesetzung der Innsbrucker Dermatologischen Klinik ehebaldigst zu veranlassen“⁷⁴.

Bereits ein Jahr zuvor war jedoch die Neubesetzung der Lehrkanzel für Dermatologie in die Wege geleitet und auch mit dem als geeignet angesehenen Kandidaten Walther Schultze (1893–1970), Vorstand der Hautklinik der Universität Gießen, Fühlung genommen worden. Schultze war nach einem kurzen Supplierungsintermezzo in Frankfurt am Main 1934 im selben Jahr nach Jena berufen worden, 1935 schließlich nach Gießen. Ihm, ab 1931 NSDAP-Mitglied, wurde seitens der dortigen Medizinischen Fakultät attestiert, „politisch am Eindringen der Revolution in den Bereich der Hochschule entscheidend mitbeteiligt gewesen“ zu sein. Sein Engagement wird auch an den Funktionen als Dozentschaftsführer und Vertrauensmann der Reichsleitung der NSDAP für die Medizinische Fakultät Gießen deutlich.⁷⁵ Schultzes Beziehungen zu Innsbruck reichen bis in

72 Personalnachrichten Loos, o.D., UAI, PA Hans Loos.

73 Personalnachrichten Loos, o.D., UAI, PA Hans Loos.

74 Lang an Ministerium für innere und kulturelle Angelegenheiten, 30.9.1939, UAI, PA Leo Kumer.

75 Albert Scholz, Der Niedergang der Dermatologie während des Nationalsozialismus, in: Ders. u.a., Geschichte, 96–138, 106.

das Jahr 1925 zurück, als in Hochserfaus „durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft ein Observatorium 1. Ordnung auf 1800 m Höhe errichtet“ wurde und er die Zusammenarbeit mit dessen Leiter aufnahm.⁷⁶ Rektor Harold Steinacker hatte bezüglich der Berufung nach Innsbruck bei einem persönlichen Zusammentreffen mit Schultze gesprochen und freute sich schon im September 1938 darüber, dass mit den Vorbereitungen eines offiziellen Besetzungsvorschlags begonnen werden konnte, „damit nach der formellen Enthebung Kumers sofort ein Vorschlag über Wien nach Berlin abgehen könne“⁷⁷.

Schultzes Bedingung für die Übernahme des Innsbrucker Ordinariats war es, „an einer großen volksgesundheitlichen und wissenschaftlichen Aufgabe mitzuarbeiten“⁷⁸. Dabei handelte es sich um die Serfauser Höhenstation, deren Konzeption, so Steinacker, auch bei der Besetzung anderer vakanter medizinischer Lehrkanzeln zu berücksichtigen wäre. Während die Berufungen für die Institute für Hygiene und Physiologie bereits in einem finalen Stadium waren und der vorgesehenen Kooperation dabei nichts im Wege stand, überrascht das Ausmaß der Einbindung des noch nicht berufenen Schultze in die Besetzung der Medizinischen Klinik: Steinacker hatte mit Staatskommissar Friedrich Plattner (1896–1970er Jahre) vereinbart Schultze zu bitten „einen oder einige nach Ihrer Ansicht für die geplante Ausrichtung der Fakultät geeignete Kräfte mir namhaft zu machen. Dieser Ihr Rat würde dann bei der Neuformung des Vorschlages, die uns aufgetragen worden ist, berücksichtigt werden.“⁷⁹

Obwohl 1940, wie oben beschrieben, die Berufung Schultzes eigentlich auf nach Kriegsende verschoben worden war, wurde er auch 1941 weiterhin in die Klinikagenden eingebunden, etwa bei der bevorstehenden Besetzung der Oberarztstelle. Loos als kommissarischem Leiter, der das „so lange Interregnum ermöglicht hat“, könne man „nicht gut die Oberarztsstelle entziehen“, zumal er „auf Grund seiner Arbeiten in absehbarer Zeit einmal für ein Primariat oder eine

76 Walther Schultze, Medizinische Planung einer heilklimatischen Anlage im Gebiet von Hochserfaus (Oberinntal), 21.3.1941, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

77 Steinacker an Schulze [sic], 23.9.1938, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

78 Steinacker an Schulze [sic], 23.9.1938, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

79 Steinacker an Schulze [sic], 23.9.1938, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

Lehrkanzel in Betracht kommen [wird].“ Doch, so Steinacker, „will der Dekan dabei Ihnen als, wie wir hoffen, künftigen [sic] Vorstand nicht vorgreifen und den Antrag für den Dozenten Loos nicht von sich aus stellen.“⁸⁰

Auch sah sich Schultze im Sommer 1941 nach einer Wohnung in Innsbruck um, offenbar also selbst nicht so überzeugt vom Aufschub der Berufung. Angesichts der allgemeinen Wohnungsknappheit wenig überraschend verliefen die Bemühungen „bisher völlig ergebnislos“. Daneben hatte er zu diesem Zeitpunkt über Aufforderung des Innsbrucker Dekanats ein „Programm für den Neubau der Hautklinik“ vorgelegt.⁸¹ Das Programm selbst wurde bisher nicht aufgefunden und auch die Berufung Schultzes erfolgte letztlich nicht. Nach Goller scheiterte sie noch 1941 endgültig.⁸²

Bei dem engen Kontakt der Universität Innsbruck zu Schultze ging es jedoch nicht allein um seine Berufung. Er war von Beginn im März 1938 an gemeinsam mit dem bald darauf verstorbenen Reichsärzteführer Gerhard Wagner (1888–1939), danach ersetzt von Leonardo Conti (1900–1945), und Hitlers Begleitarzt Karl Brandt (1904–1948) in die Planung der – letztlich ebenfalls nicht zustande gekommenen – heilklimatischen Anlage im Hochserfaus involviert, deren Bau 1940 beginnen hätte sollen und mit deren „ärztlicher Planung“ Schultze beauftragt wurde.⁸³ Ursprünglich auch unter Beteiligung von Gautuberkulose-referent Wilhelm Ludwig als Tbc-Heilstätte gedacht, sollten jedoch schließlich „Besonnungs- und Höhenkuren“ für „schwächliche, allergische in ihren konstitutionellen Anlagen gefährdete Kinder und Jugendliche“ einen Schwerpunkt bilden.⁸⁴ Das Gebiet von Hochserfaus wurde dafür als optimal angesehen, da es „den bekannten und bewährten Schweizer Kurorten Davos und Arosa nicht

80 Steinacker an Schultze, 12.5.1941, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

81 Schultze an Rektor, 8.6.1941, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

82 Goller, Neugründung, 182.

83 Walther Schultze, Medizinische Planung einer heilklimatischen Anlage im Gebiet von Hochserfaus (Oberinntal), 21.3.1941, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

84 Ludwig an Conti (Abschrift), 27.3.1941, TLA, Reichsstatthalter in Tirol und Vorarlberg, Dezer-nat IIIa1 1941, K-VII/4, Tbc-Heilstätte Hochserfaus; Czermak an Ludwig, Zl. IIIa-K-VII/4-1, 24.4.1941, ebd. Zum Internisten Wilhelm Ludwig vgl. den Habilitationsakt inklusive unterschiedlicher Fragebögen unter <https://www.uibk.ac.at/universitaetsarchiv/medizinische-berufsakten-seit-1869-/medizinische-habilitationsakten/ludwig-wilhelm.pdf> (eingesehen 10.5.2023).

nur ebenbürtig ist, sondern diese in mancher Hinsicht klimatisch an Wert noch übertrifft⁸⁵. Der Bezug zu Schultze und der Dermatologischen Klinik erklärt sich aus seiner Feststellung:

„Man soll sich darüber klar sein, dass der Hauptangriffspunkt klimatischer Reize die Haut ist. [...] Es ist viel über die Klimapathologie gearbeitet worden, aber über die Klimatherapie und auch Klimaphysiologie fehlt es uns in Deutschland an Stätten, die uns ständig zur Verfügung stehen. Daher ist die Aufgabe, die hier bei der heilklimatischen Planung im Ostalpengebiet vorliegt, von so weittragender Bedeutung.“⁸⁶

Augenmerk wurde aber bei der Planung generell auf die sich ergebenden Forschungsmöglichkeiten auch der anderen medizinischen Institute und Kliniken der Universität Innsbruck gelegt:

„Ich denke natürlich auch an gewisse hormonelle Störungen, Mangelkrankheiten und anderes mehr, was systematische Forschung in Anlehnung an die Alpen-Universität Innsbruck in Kürze herausarbeiten könnte. Die Innsbrucker Kliniken müssen allerdings für diese neuen vordringlichen Aufgaben räumlich und personell ausgebaut werden, damit auch die große medizinische Fakultät in die Lage versetzt wird, das Ihrige dazu beizutragen, daß an der Südgrenze des Reiches ein kulturelles Bollwerk geschaffen wird.“⁸⁷

Als realistische Bauzeit für das Projekt wurden vier Jahre veranschlagt, während derer etwaige Gebäudearbeiten nur durch Materiallieferungen mittels Seilbahnverbindung möglich wären. Berücksichtigt sollten auch die alpinen Verhältnisse in 1.800 Meter Höhe und die Arbeiten entsprechend in der „schneefreien Bauzeit vom Juni bis Oktober“ durchgeführt werden, wobei als Grundlage auch eine direkte Straßenverbindung an Ladis, Fiss und Serfaus vorbei errichtet werden

85 Walther Schultze, Medizinische Planung einer heilklimatischen Anlage im Gebiet von Hochserfaus (Oberinntal), 21.3.1941, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

86 Walther Schultze, Medizinische Planung einer heilklimatischen Anlage im Gebiet von Hochserfaus (Oberinntal), 21.3.1941, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

87 Walther Schultze, Medizinische Planung einer heilklimatischen Anlage im Gebiet von Hochserfaus (Oberinntal), 21.3.1941, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

sollte.⁸⁸ Schultze erstellte im Frühjahr 1941 eine 19-seitige detaillierte Planung für die zu errichtende Anlage. Darin erläuterte er unter anderem die Bedeutung der unterschiedlichen Höhenstufen für die verschiedenen Patient*innengruppen und dass die Anlage insgesamt etwa 2.000 Betten zur Verfügung haben sollte. Hinsichtlich der Kosten befand er, dass aufgrund der „Planung im Interesse der Gesundheitsführung des deutschen Volkes“ die Stellen mit dem größten Interesse dafür aufkommen sollten, „also Reich, Partei und deren Gliederungen, HJ., NSV., DAF, Reichsgesundheitsführung und das Land Tirol-Vorarlberg, ferner Versicherungsträger [...]. [...] Auf keinen Fall darf das Projekt an den Kosten scheitern, da es sich um die Gesundung und Gesunderhaltung der deutschen Jugend handelt.“⁸⁹

Als „Zweckbestimmung“ wurde durch die mittlerweile eingesetzte Arbeitsgruppe im August 1942 festgehalten, dass die Höhenstation „gegenüber der ursprünglichen Festlegung noch stärker auf die krankheitsgefährdeten Kinder und Allergien verlagert werden [solle], nicht ansteckungsfähige Tuberkulose der inneren Organe bleibt jedoch in der Indikationsstellung bestehen.“⁹⁰ Noch 1943 war man in der Tiroler Gauleitung überzeugt:

„Für die Alpenuniversität selbst werden sich aus einer engen Zusammenarbeit sicherlich reiche Forschungsmöglichkeiten, vor allem auf medizinischem Sektor ergeben. [...]

Ich bin selbstverständlich bestrebt, trotz des Krieges die Planung als auch die Realisierung des Projektes nicht nur einzuleiten, sondern auch weiter zu betreiben. Gerade jetzt ist es unsere Verpflichtung, die in der Kriegszeit in der deutschen Jugend entstandenen gesundheitlichen Schäden wieder herzustellen, damit sie für den weiteren Friedensaufbau des großen Reiches auch einsatzfähig erhalten bleibt.“⁹¹

Zu einer Verwirklichung der Anlage sollte es nicht mehr kommen.

88 Planung Hochserfaus. Bericht über die Entwicklung des Bauprogrammes, 22.7.1941, TLA, Reichsstatthalter in Tirol und Vorarlberg, Dezernat IIIa1 1941, K-VII/4, Tbc-Heilstätte Hochserfaus.

89 Walther Schultze, Medizinische Planung einer heilklimatischen Anlage im Gebiet von Hochserfaus (Oberinntal), 21.3.1941, UAI, Medizinische Berufsakten, Besetzung Dermatologie 1938.

90 Niederschrift der Besprechung über das Projekt Hochserfaus, 19.8.1942, TLA, Reichsstatthalter in Tirol und Vorarlberg, Dezernat IIIa1 1941, K-VII/4, Tbc-Heilstätte Hochserfaus.

91 Hofer an Kurator Innsbruck (Abschrift), 15.7.1943, BArch, R 4901.

Wissenschaftliche Forschung unter NS-Bedingungen

Während im Nationalsozialismus sämtliche bereits vorhandenen Konzepte zur Bewertung von Menschen(leben) entlang sozialer und medizinischer Kriterien drastisch verschärft wurden und nun potenziell zum Tod führten, entsprangen diese Beurteilungskategorien und die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Eugenik, Rassenhygiene und Erblehre nicht dem NS-Regime. Sie existierten davor und vielfach unter anderen Bezeichnungen auch danach. Insofern überrascht die explizite Bezugnahme auf die Vererbungs-forschung an Zwillingen des Münchner Dermatologen Hermann Werner Siemens, „einer der führenden Vererbungs-forscher“, im Besetzungsvorschlag für die dermatologische Lehrkanzel Ende 1927 nicht. Erwähnenswert ist sie dennoch. Dem mit Kumer und Miescher Erstgereihten wurde attestiert:

„Siemens nimmt unter den zur Auswahl stehenden Dermatologen eine besondere Stellung dadurch ein, dass er sich mit besonderem Fleisse dem Studium solcher Hautaffektionen gewidmet hat, die erbmässig bedingt sind und die ihm die Brücke schlagen zu den grossen Fragen der Vererbungslehre, deren Aufhellung sein unermüdliches Forscherbemühen gilt. [...]

Siemens verabsäumt es nicht aus den Lehren der Vererbungs-pathologie die entsprechenden Folgerungen hinsichtlich der Notwendigkeit erb-biologischer Gesundheits-fürsorge am Volkskörper zu ziehen, für die er sich mit Wärme einsetzt.“⁹²

Siemens Forschung und auch sein Ruf zeigen, dass sich neben eindeutig NS-ideologisch konnotierten Disziplinen wie der Erb- und Rassenbiologie auch klinische Fächer der Klärung von besonders in den 1920er und 1930er Jahren aktuellen bevölkerungspolitischen Fragen widmeten. An der Universität Innsbruck waren es jedoch primär andere Institute und Kliniken als die Dermatologie, an denen im Nationalsozialismus entsprechende Forschung betrieben wurde.⁹³ An

92 [Besetzungsvorschlag dermatologische Lehrkanzel der Universität Innsbruck], 1.12.1927, UAI, Medizinisches Dekanat, Lehrkanzel für Dermatologie Besetzungsvorschläge 1925, 1926, 1927.

93 Neben dem 1939 errichteten Institut für Erb- und Rassenbiologie etwa auch die Medizinische Klinik unter Gustav Wilhelm Parade.

der Hautklinik fand dahingehend, soweit bisher bekannt, keine einschneidende wissenschaftliche Veränderung statt. Eine solche war jedoch auf anderer, nämlich auf praktischer Ebene nach Kriegsbeginn gegeben: durch die Einrichtung des Reservelazarets Innsbruck an der Klinik, dem Wehrkreis XVIII zugehörend. Zu Jahresbeginn 1940 gab es an der Innsbrucker Klinik insgesamt 1.320 Betten, von denen 245 für das Militär reserviert waren. Ende des Jahres war diese Zahl um zehn Betten auf 255 erhöht worden.⁹⁴ Die Unterteilung der Militärlazarette folgte allgemein, so auch in Innsbruck, einem bestimmten Schema, das sechs Abteilungen sowie eine Lazarettapotheke vorsah: Abteilung I: Innere Medizin und „Absonderungskranke“, II: Chirurgie, III: Haut- und Geschlechtskrankheiten, IV: Augenheilkunde, V: HNO, VI: Nerven- und Geisteskrankheiten.⁹⁵

Die Tätigkeit im Reservelazarett war von den Kliniker*innen zusätzlich zu absolvieren, und auch Loos leistete seinen Militärdienst als Facharzt in der Abteilung III im Reservelazarett, von Ende August 1939 bis Mai 1945.⁹⁶ Das bedeutet, dass er neben der alltäglichen Klinikagenden im angegliederten Reservelazarett entsprechend seiner Disziplin für Dermatologie zuständig war, ab August 1939 als „Sonderführer“, ab 21. Jänner 1940 als Unterarzt, ab 1. Juni 1941 als Assistenzarzt und schließlich ab 1. November 1944 als Oberstabsarzt der Wehrmacht.⁹⁷ Am 20. April 1944, also dem Geburtstag von Adolf Hitler, hatte er das Kriegsverdienstkreuz II. Klasse mit Schwertern erhalten.⁹⁸

Neben Reservelazarett und der klinischen Versorgung der Zivilbevölkerung war jedoch auch während des Zweiten Weltkriegs die wissenschaftliche Forschung ein Teil des medizinischen Alltags. Unter welchen Bedingungen diese möglich war und welche neuen Optionen sich durch das NS-Regime boten, wird

94 Betten- und Ärzteanzahl in den Krankenhäusern im Gau Tirol-Vorarlberg, 30.5.1940, TLA, Reichsstatthalter in Tirol und Vorarlberg, Dezernat IIIa1 1940, KVIII, Krankenhäuser, Betten, Ärzte; Verzeichnis der Reservelazarette des Wehrkreises XVIII (Stand: 21.12.40), ebd. Zur Situation der Klinik im Nationalsozialismus und der parallelen Versorgung der Zivilbevölkerung und Soldaten vgl. auch Friedmann/Rupnow, Geschichte, 332f.

95 <http://www.lexikon-der-wehrmacht.de/Gliederungen/Lazarette/Gliederung.htm>, eingesehen 30.9.2018.

96 Die Angaben zum genauen Tag des Beginns differieren geringfügig: 26. August 1939 angegeben in den Personalsnachrichten Loos, o.D., UAI, PA Hans Loos, gegenüber 29. August 1939 im Personenstandesblatt, 8.7.1946, ebd.

97 Personalsnachrichten Loos, o.D., UAI, PA Hans Loos.

98 Personalsnachrichten Loos, o.D., UAI, PA Hans Loos.

im folgenden Abschnitt am Beispiel von Hans Loos' wissenschaftlicher Karriere von Mitte der 1930er Jahre bis zum Kriegsende exemplarisch beleuchtet.

Hans Loos und seine Forschung

„Auf wärmste Empfehlung von Prof. Láng nahm ich Loos als Assistent trotz innerer z.T. gefühlsmässiger z.T. auf früheren Vorkommnissen beruhender Bedenken, z.B. war er seinerzeit als Rigorosan mit der Note genügend nicht zufrieden und wollte beim Dekan dagegen Schritte unternehmen. [...] Prof. Bayer, Prof. Láng und ich versorgten Dr. Loos mit wissenschaftlichen Themen und standen ihm jederzeit mit Ratschlägen zur Seite. Für seine Habilitationsschrift traten Prof. Láng und ich eine schon von uns begonnene Arbeit – (die wir ursprünglich selbst veröffentlichen wollten –) ab, mit der ganzen Literatur, den Präparaten, so viel ich mich erinnere auch den Bildern, so daß er diese Klippe nur durch das Zusammenschreiben der von uns vorgelegten Dinge leicht überwinden konnte.“⁹⁹

So charakterisierte Leo Kumer 1946 rückblickend die akademische Karriere von Hans Loos, den er für seine Verhaftung am 13. März 1938 explizit verantwortlich machte. Bei Betrachtung der entsprechenden Stationen in Loos' Biographie erscheint Kumers Darstellung emotional gefärbt. Loos, der Sohn des früheren Vorstands der Innsbrucker Kinderklinik Johann Loos (1863–1943), war an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck gut vernetzt. Das verwundert nicht, handelte es sich doch um eine vergleichsweise kleine Hochschule mit überschaubarem Personalstand. Dies allein sagt jedoch noch nichts über die realen Kontakte und deren Qualität aus. Deren Beschaffenheit zeigt sich beispielsweise in Kooperationen mit Kolleg*innen auch über Klinikgrenzen hinweg in Bezug auf Publikationen und Forschung. Hilfreich für Loos, der in Innsbruck und Wien Medizin studiert hatte und ein Jahr Demonstrator am Innsbrucker Anatomischen Institut war, waren in dieser Hinsicht wohl auch die Kontakte, die sich nach seiner Promotion im November 1928 als Assistenzarzt ergaben: Von November 1928 bis Oktober 1929 als Volontärassistent am Pathologisch-Anatomi-

99 Kumer an Verwaltungsdirektor, 27.3.1946, UAI, PA Hans Loos.

schen Institut, die darauffolgenden sechs Monate am Pharmakologischen Institut und daran anschließend ein Jahr am Institut für Allgemeine und Experimentelle Pathologie, jeweils als außerordentlicher Assistent. Als solcher trat er mit Mai 1931 schließlich in die Hautklinik ein, an der er sich im Dezember 1936 über die Karzinome der Anhangsgebilde der Haut habilitierte.¹⁰⁰

Davor absolvierte Loos allerdings auch zwei Aufenthalte als „Austauschassistent“ an anderen Kliniken: 1932 in Wien an der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie bei Leopold Arzt für drei Monate und von Jänner bis Mai 1933 an der Universitäts-Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten Bonn bei Erich Hoffmann (1868–1959).¹⁰¹ Dieser „Ausbildungsaufenthalt“ war bereits im Herbst 1932 in die Wege geleitet worden und an die Bedingung geknüpft, dass ein Bonner Assistent ihn – auf eigene Kosten, also beide jeweils von ihrer Basisklinik finanziert – in Innsbruck vertreten würde.¹⁰²

Ärztliche Arbeitsaufenthalte an deutschen Universitätskliniken waren auch Mitte der 1930er Jahre nicht unüblich, zugleich jedoch weder an der Tagesordnung noch hinsichtlich möglicher NS-Nähe und -Verbindungen zu unterschätzen. Vor diesem Hintergrund ist auch Loos' Gastaufenthalt in Bonn zu betrachten. Klinikvorstand Hoffmann war einer der 14 Unterzeichner – die Hälfte davon Mediziner – der „Erklärung von Bonner Hochschullehrern“, die Anfang März 1933 im Bonner *General-Anzeiger* unter dem Titel „Für Adolf Hitler“ veröffentlicht wurde und dem nationalsozialistischen Regime Unterstützung zusicherte.¹⁰³ Auf der anderen Seite jedoch ließ sich Hoffmann, der nicht in die NSDAP und ihre Gliederungen eintrat, in seiner wissenschaftlichen Tätigkeit nicht von NS-Ideologien beeinflussen, äußerte sich immer wieder abwägend bis kritisch über die Partei und betreute eine als jüdisch definierte Dissertantin, die im Jahr 1934

100 Personalstandesblatt, o.D., UAI, PA Hans Loos; Ausschussbericht über das Habilitationsverfahren, 10.6.1936, ebd.

101 Kumer an Amt der Tiroler Landesregierung, 9.1.1933, UAI, PA Hans Loos; Vorschlag für die Verleihung der zusätzlichen Amtsbezeichnung „Professor“, 1942, ebd.

102 Bundesminister an Dekanat der medizinischen Fakultät, Zl. 25757-I-2, 21.10.1932, UAI, PA Hans Loos.

103 Ralf Forsbach, Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“ (1933–1945), in: Internetportal Rheinische Geschichte, online unter: <https://www.rheinische-geschichte.lvr.de/Epochen-und-Themen/Themen/die-medizinische-fakultaet-der-universitaet-bonn-im-dritten-reich-1933%25E2%2580%25931945/DE-2086/lido/57d1331f846709.49045288> (abgerufen am 2.5.2023).

keinen anderen Doktorvater mehr zu finden vermochte. Besonders die verbale Distanz zur NSDAP führte schließlich zu seiner Ruhestandsversetzung 1934, zwei Jahre vor der bereits absehbaren Emeritierung und wesentlich mitbetrieben durch Fakultäts- und Klinikkollegen.¹⁰⁴

Die Kontakte zu anderen Innsbrucker Kliniken jedenfalls zeigten sich für Loos nicht allein auf persönlicher Ebene als relevant, sondern im Besonderen für seine Forschungstätigkeit. Kooperationen bei der Durchführung von Forschungen und Experimenten waren allgemein üblich und orientierten sich nicht allein an wissenschaftlichen Schwerpunktsetzungen und damit der Expertise der Kolleg*innen, sondern auch an der Ausstattung von Kliniken und Instituten. Loos hatte während seiner Assistenzzeit am Pathologisch-Anatomischen Institut zu publizieren begonnen und seine Forschungen mit anschließender Veröffentlichung der Ergebnisse am Pharmakologischen und Allgemein- und Experimentalpathologischen Institut fortgeführt, teilweise bereits in Kooperation mit der Hautklinik. Forschungsk Kooperationen setzten sich auch nach Loos' Wechsel an die Hautklinik fort, unter anderem mit den genannten Instituten, aber auch der Medizinischen und der Ohrenklinik. 1933 entstand zudem eine Arbeit mit Wilhelm Frohn, dem „Austauschassistenten“ in Innsbruck während Loos' Bonnaufenthalt.¹⁰⁵ Auch mit seinem Innsbrucker Institutsvorstand Leo Kumer publizierte Loos gemeinsam.¹⁰⁶ Internationale Forschungsk Kooperationen sind weiter bisher nicht bekannt, doch war Loos nach Ernst Klee Mitarbeiter der Zeitschrift *Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie*, dem Organ der *Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene*.¹⁰⁷ Mit entsprechenden Fragen beschäftigte er sich auch 1942 in einem Artikel zur „bevölkerungspolitischen Lage des Deutschen Reiches seit der nationalsozialistischen Machtergreifung“¹⁰⁸. Erwähnung findet Loos auch auf der Teilnehmer*innenliste in einer „Denkschrift über die Notwendigkeit ei-

104 Ralf Forsbach, Erich Hoffmann, in: Internetportal Rheinische Geschichte, online unter: <https://www.rheinische-geschichte.lvr.de/Persoenlichkeiten/erich-hoffmann/DE-2086/lido/57c83127431d44.43195770> (abgerufen am 2.5.2023).

105 Kumer an Amt der Tiroler Landesregierung, 9.1.1933, UAI, PA Hans Loos.

106 Ausschussbericht über das Habilitationsverfahren, 10.6.1936, UAI, PA Hans Loos.

107 Ernst Klee, Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, Frankfurt a.M. 32011, 379.

108 Maria A. Wolf, Eugenische Vernunft. Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900–2000, Wien-Köln-Weimar 2008, 346f. u. 768.

ner besonders starken Beteiligung deutscher Dermatologen am X. Internationalen Dermatologenkongress in New York“, der 1939 stattfand. Möglichst viele Dermatolog*innen aus dem Deutschen Reich, das nunmehr auch das angeschlossene Österreich umfasste, sollten durch ihre Teilnahme das trotz der Vertreibung der großen Zahl als jüdisch definierter Hautärzt*innen „Vorhandensein einer umfassenden deutschen Dermatologie [...] zu demonstrieren“¹⁰⁹. Ob Loos an diesem Kongress tatsächlich teilnahm, ist unklar.

Bestätigt dagegen ist seine Teilnahme an einer anderen Tagung, nämlich an jener über *Ärztliche Fragen bei Seenot und Winternot*, die von der deutschen Luftwaffe veranstaltet wurde und am 26. und 27. Oktober 1942 in Nürnberg stattfand. Loos war nicht der einzige Innsbrucker Teilnehmer: mit ihm war der Pharmakologe Adolf Jarisch (1891–1965) anwesend, der mit dem Reichsluftfahrtministerium und unterschiedlichen Forschungseinrichtungen im Rahmen seiner als kriegswichtig eingestuften Forschung kooperierte.¹¹⁰ Er war zudem Mitglied der *Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung*, deren Angehörige ganze 20 Prozent der insgesamt 95 Teilnehmer ausmachten.¹¹¹ Loos, dessen spezielles Forschungsgebiet die „Gewebshormone der Haut“ waren, wozu er auch im Rahmen des Habilitationsprozesses den Probevortrag gehalten hatte, galt als Spezialist für Kälteschäden und dies scheint ausschlaggebend für seine Teilnahme gewesen zu sein.¹¹²

Die Bedeutung dieser Tagung liegt darin, dass der Arzt Sigmund Rascher und sein Kollege Ernst Holzlöhner über die von ihnen unter Raschers Leitung durchgeführten Menschenexperimente an KZ-Insass*innen in Bezug auf Unterkühlungsforschung berichteten.¹¹³ Das bedeutet, dass alle Anwesenden spätestens ab diesem Zeitpunkt über die Humanversuche in Dachau zweifelsfrei Bescheid wussten – und somit auch über den vielfach beabsichtigten tödlichen Ausgang, der als Teil der Experimente zur direkt anschließenden Forschung an den Leichnamen nicht nur in Kauf genommen, sondern intendiert war.¹¹⁴

109 Angetter, *Dermatologie*, 296.

110 Vgl. ausführlich Friedmann/Rupnow, *Universität*, 341–350.

111 Timo Baumann, *Die Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung im Nationalsozialismus 1933–1945*, Berlin-Heidelberg 2017, 204 u. 205 Tab. 5.1.

112 Personalstandesblatt, o.D., UAI, PA Hans Loos; Protokoll über die Sitzung des Professorenkollegiums der medizinischen Fakultät, 6.11.1938, ebd.; Klee, *Personenlexikon*, 379.

113 Vgl. Baumann, *Gesellschaft*, 204–211.

114 Weitere Forschung zu Loos' Tagungsteilnahme sowie zu seinen Forschungsinhalten während des

1945: Entnazifizierung

Mit dem Eintreffen US-amerikanischer Truppen am 3. Mai 1945 war nicht nur das Kriegsende in Tirol gekommen, es setzte auch eine Reorganisation der Bürokratie sowie der Gesamtgesellschaft ein. Für die Universität Innsbruck bedeutete das, dass der amtierende Rektor Raimund Klebelsberg (1886–1967) durch die neu gebildete provisorische Landesregierung enthoben und am 4. Mai durch den 1938 entlassenen Karl Brunner ersetzt wurde. Obwohl das Sommersemester kurz davor offiziell begonnen hatte, wurde die Universität über die Sommermonate geschlossen und mit dem Wintersemester am 25. September 1945 wiedereröffnet.¹¹⁵ In der Zeitspanne der Schließung standen neben allgemeinen Wiederaufbauarbeiten auch Personalangelegenheiten im Fokus. Die sogenannte Entnazifizierung, also die Registrierung von Nationalsozialist*innen, ihre Beurteilung und die Entscheidung über Be- oder Entlassung in bzw. von ihren Positionen nahm ihren Anfang.

An der Hautklinik änderte sich zunächst auf oberster Ebene nichts. Nach der Befreiung blieb Loos vorläufig als kommissarischer Leiter der Klinik auf diesem Posten, bis mit 1. November 1945 Josef Konrad (1900–1979) zum Extraordinarius ernannt und als Klinikvorstand berufen wurde.¹¹⁶ Er war jedoch keineswegs der Erstgereichte im Fakultätsvorschlag, der *primo loco* Leo Kumer, *secundo loco* August Matras (1896–1992) aus Wien und *tertio at aequo loco* Josef Konrad und Hans Loos nannte.¹¹⁷

Ordinarius wurde Konrad schließlich erst im April 1948 und verblieb auf der Innsbrucker Lehrkanzel bis zu seiner Emeritierung 1970.¹¹⁸ In ihrem Ernennungsvorschlag ging die Medizinische Fakultät nicht nur auf seine zu dem

Nationalsozialismus sind im Entstehen und widmen sich den hier nur peripher angesprochenen Aspekten im Detail.

115 Friedmann/Rupnow, Universität, 352.

116 Loos an Dekanat der medizinischen Fakultät, 28.8.1947, UAI, PA Hans Loos; Staatskommissär für die unmittelbaren Bundesangelegenheiten im Lande Tirol an Konrad, Zl. Unt. 90/45, 8.11.1945, UAI, PA Josef Konrad.

117 Goller, Neugründung, 182.

118 Bundesministerium für Unterricht an Dekanat der medizinischen Fakultät, Zl. 24832/III-8/48, 22.4.1948, UAI, PA Josef Konrad; Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung an Dekanat der Med.Fak., Zl. 120.414-2/70, 31.7.1970, ebd.

Zeitpunkt bereits einjährige Klinikleitung ein, sondern auch auf die NS-Zeit und wies darauf hin, dass dem 1933 habilitierten Dermatologen nach dem *Anschluss* die Lehrbefugnis entzogen worden war und sein berufliches Fortkommen, also auch das Erklimmen der akademischen Karriereleiter, verunmöglicht wurde.¹¹⁹ In seinem Fall hatte es sich als Mitglied des katholischen Cartellverbandes bei der Entziehung der *venia* nicht um Verfolgung aus rassistischen, sondern aus politischen Gründen gehandelt.¹²⁰ Seinen Posten als Primararzt und Vorstand der Dermatologischen Abteilung im Krankenhaus der Stadt Wien in Wieden behielt er jedoch über den politischen Umbruch 1938 von 1936 bis 1945.¹²¹

Entgegen den im Nationalsozialismus verfolgten und vertriebenen Akademiker*innen hatten jene, deren Karriere zwischen 1938 und 1945 einen positiven Verlauf genommen hatte, nach der Befreiung ihre angebliche Distanz zum NS-Regime glaubhaft zu machen, um den „Sühnefolgen“ zu entgehen. Dies betraf einen großen Teil des Lehrkörpers der Universität Innsbruck und bis die Entnazifizierungsmaßnahmen 1949 zu einem Ende kamen, waren neun von 18 Lehrkanzelinhabern bzw. -vertretern allein an der Medizinischen Fakultät enthoben worden.¹²² Gerade in der Medizin aber war neben den gesetzlichen Entnazifizierungsmaßnahmen auch die Notwendigkeit einer Person zur Aufrechterhaltung des Klinikbetriebs und damit der medizinischen Versorgung berücksichtigt worden.

Wie andere Klinikvorstände und -mitarbeiter*innen waren auch jene der Hautklinik von Entnazifizierungsmaßnahmen betroffen. Das bedeutet, dass abhängig vom Grad der Involvierung in das NS-Regime Maßnahmen gesetzt wurden, die von Beurlaubung bis Inhaftierung und Zwangsarbeit reichten. Das Ausmaß des NS-Engagements wurde in die Kategorien „belastet“ und „minderbelastet“ eingeteilt und orientierte sich nicht am realen Beitrag zur Durchsetzung von NS-Ideologien – im Fall der Medizin etwa ideologisch geprägte Forschung oder Beteiligung an Zwangssterilisierungen – sondern an der Mitgliedschaft in der NSDAP und ihren Gliederungen und damit zusammenhängend auch am

119 Dekanat an Bundesministerium für Unterricht, 24.9.1946, UAI, PA Josef Konrad.

120 Goller, Neugründung, 153.

121 Verwaltungsdirektor an Bundespolizeidirektion Innsbruck, Zl. 1075-Konrad-48, 8.5.[194]8, UAI, PA Josef Konrad.

122 Goller, Neugründung, 150.

Eintrittsdatum. So wurde Hans Krösl als illegales NSDAP- und SA-Mitglied, zudem mit NS-Orden ausgezeichnet, entlassen und als „belastet“ eingestuft.¹²³ Krösl war zudem von einer weiteren Maßnahme betroffen, nämlich dem Verlust der Lehrbefugnis. Diese musste bei allen Dozent*innen, die die *venia* zwischen 1938 und 1945 erlangt hatten, bestätigt werden.¹²⁴ Wie Krösl kam abgesehen von dem Chirurgen Johann de Puoz kein einziger anderer in der NS-Zeit habilitierter Mediziner für die Bestätigung in Frage.¹²⁵ Krösl verstarb 1947, während er noch bemüht war, die Registrierung als „Illegaler“ und SA-Arzt zu beeinspruchen.¹²⁶

In jedem Fall gingen die Überprüfungen durch mehrere Instanzen bzw. Behörden, wobei der Informationsfluss teilweise stockte. So hatte in Bezug auf die Entscheidung über Belassung oder Enthebung von Hans Loos der Prüfungsausschuss der Universität Ende November 1945 den Fall dem übergeordneten Überprüfungssenat beim Staatskommissär für die unmittelbaren Bundesangelegenheiten zugewiesen, da im Ausschuss über den Nachweis der Illegalität von Loos' NSDAP-Mitgliedschaft Uneinigkeit herrschte. Um diese Zuweisung aber durchführen zu können, musste die Militärregierung dies genehmigen, was offenbar im Dezember 1945 geschehen, dem Prüfungsausschuss aber nicht mitgeteilt worden war.¹²⁷ Die Überprüfungsverfahren nahmen also mitunter viel Zeit in Anspruch. Loos behielt zunächst seine Stelle, wurde aber schließlich von 5. März bis 31. Oktober 1946 beurlaubt und anschließend von 1. November 1946 bis 31. August 1947 vom Dienst enthoben.¹²⁸ Nach seiner Beurlaubung war er mit eigener Praxis als Facharzt tätig.¹²⁹ Ab Juni 1945 verfasste er immer wieder Berichtigungen zu den Angaben in den „Personalnachrichten“ aus der NS-Zeit, mit denen er sein Engagement für und in die NSDAP geringer erschei-

123 Handschriftliche Notiz, 30.5.1947 auf dem Meldeblatt zur Registrierung der Nationalsozialisten Hans Krösl, 4.9.1946, StAI, NS-Registrierungsakten, Zl. 1294.

124 Verordnung des Staatsamtes für Volksaufklärung, für Unterricht und Erziehung und für Kultusangelegenheiten vom 9. Juli 1945 über die Zulassung und die Lehrtätigkeit der Privatdozenten an den wissenschaftlichen Hochschulen (Habitationsnorm), StGBI. 76/1945.

125 Goller, Neugründung, 149.

126 Rechtsanwalt Bauer an Stadtmagistrat Innsbruck, Einspruch, 22.9.1947, StAI, NS-Registrierungsakten, Zl. 1294.

127 Verwaltungsdirektor an Staatskommissär für die unmittelbaren Bundesangelegenheiten, Zl. 916-PA.Loos, 3.4.1946, UAI, PA Hans Loos.

128 Bestätigung, 14.6.1955, UAI, PA Hans Loos.

129 Goller, Neugründung, 182.

nen zu lassen versuchte. Schließlich stilisierte er sich zum Retter der Hautklinik und gab an, wie von der Universitätsverwaltung festgehalten wurde,

„seinerzeit den Personalfragebogen fälschlich ausgefüllt habe, um nach dem Abgang Prof. Kummers [sic], Vorstand der Hautklinik zu werden. Es war damals die Gefahr, daß der in Innsbruck tätige Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Dr. Krössl [sic], der im Jahre 1938 noch nicht einmal habilitiert war, sich der Hautklinik zu bemächtigen suchte. Dr. Krössl [sic] war ein prominenter SA-Führer in Innsbruck. Später bestand der Plan Prof. Schulze [sic] von der Universität Giessen nach Innsbruck zu berufen. Bezüglich der Mitgliedsnummer bemerkte Loos, daß es sich hier wahrscheinlich um eine Gefälligkeitsnummer handle. Hiezu wird jedoch bemerkt, daß wie die ha. durchgeführten Erhebungen in anderen Fällen ergeben haben, Prof. Kofler im Herbst 1937 für die illegale NSDAP in Kreisen der Ärzteschaft der Kliniken warb und bei dieser Gelegenheit auch Prof. Loos für die NSDAP gewann.

Die Vorlesungen von Loos waren streng sachlich und ohne politische Tendenz, seine Tätigkeit als Arzt korrekt und unparteiisch. [...]“¹³⁰

Die Beurteilung schloss mit dem Antrag, Loos zu entheben und ihm den Titel des Extraordinarius abzuerkennen, ihm jedoch die Lehrbefugnis zu belassen.¹³¹ Wie der letzte Satz im zitierten Schreiben zeigt, wusste Loos sehr genau um die gesetzlichen Registrierungsbestimmungen und die Folgen für ihn Bescheid. So wies er immer wieder explizit darauf hin, dass sein „Verhalten während der ns. Zeit einwandfrei“ gewesen wäre und er seine „Zugehörigkeit zur NSDAP nie missbraucht“ habe,¹³² und „zur unabhängigen Republik Österreich nie negativ eingestellt war.“¹³³ Diese Punkte waren bereits in der ersten *NS-Registrierungsverordnung* als mildernd enthalten: „Wer glaubhaft macht, daß er seine Zugehörigkeit zur NSDAP oder zu einem ihrer Wehrverbände [...] niemals mißbraucht und noch vor der Befreiung Österreichs durch sein Verhalten gezeigt hat, daß er

130 Verwaltungsdirektor an Prüfungsausschuss, 20.11.1945, UAI, PA Hans Loos.

131 Verwaltungsdirektor an Prüfungsausschuss, 20.11.1945, UAI, PA Hans Loos.

132 Loos an Dekanat der medizinischen Fakultät, 28.8.1947, UAI, PA Hans Loos.

133 Anhang zum Meldeblatt, o.D., StAI, NS-Registrierungsakten, Zl. 536.

zur unabhängigen Republik Österreich positiv eingestellt ist, kann ein Ansuchen um Nachsicht von der Registrierung [...] einbringen.“¹³⁴

Wenn es um die Anfechtung der NS-Registrierung ging, zogen viele Betroffene eine Rechtsvertretung bei um ihre Chancen zu erhöhen. Immerhin ging es dabei vielfach um die Existenzsicherung, doch auch dienstliche Vorrückungen oder Beförderungen wurden zurückgenommen und für ungültig oder, wie etwa die noch vor dem *Anschluss* erfolgte Habilitation von Loos, für erloschen erklärt.¹³⁵ Auch Loos hatte sich im November 1945 juristische Unterstützung geholt.¹³⁶

Wenngleich in diesem Fall übertrieben, da bei Loos das Narrativ der ‚Anständigkeit‘, strengen Wissenschaftlichkeit und ‚Rettung‘ der Klinik vorherrschte, ist die Charakterisierung durch Leo Kumer doch bezeichnend für typische Verhaltensweisen an den politischen Umbruchlinien: „[...] ich höre, daß Dr. Loos in vollkommener Verdrehung der Tatsachen die Rolle des zuerst vom ‚System‘, jetzt von der ‚Nazi‘-Regierung ‚Schwergeschädigten‘ zu spielen beliebt.“¹³⁷ Kumer, den Loos persönlich für seine Enthebung verantwortlich machte, hatte am 27. März 1946 – also etwa 20 Tage nach der bereits verfükten Beurlaubung – über Aufforderung der Universitätsverwaltung seine Darstellung der Vorgänge an der Klinik im März 1938 übermittelt.¹³⁸ Der Grund für die Anfrage waren „Gerüchte [...], dass Sie im März 1938 von Loos aus der Klinik verdrängt wurden und Loos Ihre Verhaftung veranlasste. Es war mir aber bisher unmöglich, einen brauchbaren Zeugen hierfür zu finden.“¹³⁹

Mit 9. Juni 1947 wurde Loos als „minderbelastet“ eingestuft.¹⁴⁰ Obwohl sich die Beurlaubung und anschließende Dienstenthebung als endgültig erwiesen, entschied die vom Bundesministerium für soziale Verwaltung eingesetzte „Kom-

134 Verordnung der Staatskanzlei im Einvernehmen mit den beteiligten Staatsämtern vom 11. Juni 1945 über die Registrierung der Nationalsozialisten (NS.-Regstr.-Vdg.), 12.6.1945, StGBI. 18/1945.

135 Bestätigung, 14.6.1955, UAI, PA Hans Loos.

136 Rechtsanwalt Dr. Magnus Müller an Sicherheitsdirektion für Tirol, in Vertretung Dr. Hans Loos, Ansuchen um Richtigstellung einer Kartothekeintragung, Zl. VIIc-4272/45, 22.11.1945, Tiroler Landesarchiv (TLA), Sonderbehörden nach 1868, Sicherheitsdirektion für Tirol (ATLR Abteilung VIII), Staatspolizeiliche Akten, Ktn. 13, Zl. 4272/45.

137 Kumer an Verwaltungsdirektor, 27.3.1946, UAI, PA Hans Loos. Unterstreichung im Original.

138 Kumer an Verwaltungsdirektor der Universität, 23.4.1946, UAI, PA Hans Loos.

139 Verwaltungsdirektor an Kummer [sic], 6.3.1946, UAI, PA Hans Loos.

140 Handschriftliche Notiz vom 9.6.1947 auf Meldeblatt zur Registrierung der Nationalsozialisten Hans Loos, 2.4.1946, StAI, NS-Registrierungsakten, Zl. 536.

mission zur Entscheidung über die Zulässigkeit der Ausübung des Berufes eines Arztes, Zahnarztes oder Pharmazeuten durch minderbelastete Personen“ abschließend Anfang September 1947 zu Loos' Gunsten, nämlich: Dass Loos „trotz Verzeichnung in den besonderen Listen der Nationalsozialisten [...] seinen Beruf als Arzt weiter ausüben darf“¹⁴¹. Dies tat er bereits seit 1946 und auch in den Folgejahren als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Innsbruck. Als solcher wurde er 1950 laut zeitgenössischer Zeitungsberichte zu vier Monaten schwerem Kerker verurteilt: „da er eine 16-jährige Patientin zur Unzucht verführt hatte.“¹⁴² Die Doktorwürde wurde ihm nicht aberkannt, wie es sonst bei strafrechtlichen Verurteilungen der Fall war.¹⁴³ Hans Loos starb 1978, sein Grab befindet sich auf dem Innsbrucker Westfriedhof.

141 Bundesministerium für soziale Verwaltung, Erkenntnis, Zl. K-A 1157/47/5, 3.9.1947, TLA, Sonderbehörden nach 1868, Sicherheitsdirektion für Tirol (ATLR Abteilung VIII), Staatspolizeiliche Akten, Ktn. 13, Zl. 4272/45.

142 Neue Zeit, 19.9.1950; Salzburger Volkszeitung, 19.9.1950.

143 Eine Aberkennung wäre im Promotionsprotokoll unter seinem Eintrag vermerkt, eine entsprechende Notiz findet sich nicht. Universitäts- und Landesbibliothek Tirol, Album der an der Universität in Innsbruck promovierten Doktoren der gesamten Heilkunde, Wintersemester 1923/24 bis Sommersemester 1940. Herzlicher Dank an Peter Goller für den Hinweis.

Die Laboratorien der Hautklinik – Diagnostik und Forschung

Christine Heufler Tiefenthaler, Nikolaus Romani, Patrizia Stoitzner

Seit jeher ist es ureigenste Aufgabe der Universitäten, Forschung zu betreiben und zu lehren. In der Medizin kommt dazu die ärztliche Tätigkeit mit kranken Menschen. Dementsprechend lautet der Leitspruch der Medizinischen Universität Innsbruck „Forschen, Lehren, Heilen“. Schon 1873, als die Hautklinik als universitäre Einheit begonnen hat zu existieren, war das so. „Heilen“ war damals auf einem für uns heute schwer vorstellbaren Niveau. Syphilis war an der Hautklinik die dominante Erkrankung. „Lehren“ hat sich wohl am wenigsten in seinen Grundelementen, wie Vorlesungen, Unterricht am Krankenbett oder Sezieren verändert. Auch „Forschen“ gab es von Anbeginn an (Abb.1).

Eine enge Verbindung von Diagnostik und Forschung war von Anfang an gegeben. Laboratorien dienten in der Frühzeit vor allem der Diagnostik, insbesondere der Dermatohistopathologie. Dort ist auch am offenkundigsten, wie Labordaten (Schnitte, Färbungen etc.) den Patient:innen sowohl direkt, im Sinne der Befundung und daraus resultierender Behandlung, als auch indirekt-künftig im Sinne der forschenden Analyse zugutekommen – damals wie heute. Eine berühmte Reminiszenz der frühen Laboratorien ist der „Hauthammel“, dessen Erythrozyten zur Durchführung der – heute obsoleten – serologischen Wassermann Reaktion zur Feststellung einer Infektion mit den Syphilis-verursachenden Treponemen benötigt wurden.

Experimentelle Forschung, wie auch die erweiterte dermatologisch-venerologisch-allergologische Diagnostik in den Laboratorien begann ab den 1970er Jahren. Prof. Klaus Wolff brachte aus seiner Zeit in den USA den innovativen Geist

Verzeichnis von Langs wichtigsten Arbeiten:
Lehrbuch der Syphilis (in mehrere Sprachen übersetzt).
Lehrbuch der Hautkrankheiten.
Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.
Therapeutik der venerischen und Hautkrankheiten. (4. Auflage).
Eine ganze Anzahl von Arbeiten über Therapie des Lupus.
Partielle Onkolyse. (Langenbecks Arch. 1872).
Lupus und Karzinom. (Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1874).
Histologie des Lupus. (Wiener Med. Jahr. 1875, 1876).
Impetigo contagiosa. (Wiener Med. Presse. 1877).
Versuch einer Beurteilung der Schuppenflechte nach ihres klinischen Charakteren. (Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1878).
Lupus corutius. (Wiener Med. Presse).
Lupus, Syphilis und Flockenruhe. (Wiener Med. Presse. 1878).
Parasitäre Sykosis. (Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1878).
Ätiologie der isariigen Geschwülste. (Wiener Med. Presse. 1879).
Karzinom auf Lupus. (Wiener Med. Wochenschrift. 1879).
Die therapeutische Verwertung der Elektrolyse. (Wiener kl. Wochenschr.)
Über Psoriasis. (Wiener Med. Wochenschr. 1880).
Mastitis und Parotitis. (Wiener Med. Wochenschr. 1880).
Über Meningo-arrthritis bei beginnender Syphilis. (W. M. Woch. 1880).
Rhinosklerom. (Wiener Med. Wochenschr. 1883).
Epididymitis universalis. (Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1883).
Über Lepra. (Wiener med. Blätter. 1885).
Ididymis mit Verdrängung der Hant. (Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1885).
Kombination von Syphilis und Krebs. (Wiener medicin. Blätter. 1886).
[Mehrere Arbeiten a. a. O.].
Bakteriologische Deilen mit doppeltem Ausführungsgang. (W. M. J. 1887).
Wegs und Wandlungen des Syphilitikontagiums. (1888).
Spezielle Indikationen der verschiedenen Applikationsweisen des Quecksilbers. (Zentralbl. f. Therapie. 1889).
Behandlung der akuten oder chronisch intermittierenden Behandlung der Syphilis. (Wiener Med. Presse. 1889).
Vorlesung der venerischen Krankheiten. (Wiener Klinik. 1894).
Beobachtungen zur Diagnose und Therapie der Urethralerkrankungen. (Wiener Med. Wochenschr. 1894).
Bedeutung der primären Therapie bei Syphilis. (W. kl. Rundschau. 1897).
Der Lupus und dessen operative Behandlung. (1898).
Zystoskopie. (Wiener Med. Presse. 1899).
Syphilitikontagium und Syphilistherapie. (Wiener Med. Woch. 1900).
Dermatosis epithelialis dysenterica circumscripta oesimiformis – Pagets Disease. (Wiener klin. Wochenschr. 1905).
Hodentertom. (Virchows Archiv. Bd. LIII).
Kerkerforschungen. (Virchows Archiv. Bd. LIII).
Pomphigus-Simulation. (Naturw. med. Verein in Innsbruck).
Lange Methode der Bohrenbehandlung. L. Spitzer (Wien).

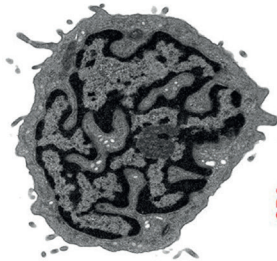
Abb.1. Publikationsliste von Eduard Láng, erster Vorstand und Lehrstuhlinhaber (aus: Spitzer L., Hofrat Prof. Dr. Eduard Láng. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, 122, 876, 1916). Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.



Abb.2. Elektronenmikroskop Philips EM400 mit Prof. Gerold Schuler „am Steuer“ ca. 1980. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

und die moderne Art Forschung zu betreiben mit nach Innsbruck. Er etablierte ein produktives Team von forschenden Ärzt:innen („physician scientists“), Naturwissenschaftler:innen und auch labortechnischen Mitarbeiter:innen. Die wissenschaftliche Kommunikation zwischen diesen Gruppen lief auf Augenhöhe ab, damals durchaus nicht selbstverständlich. Der Erfolg gab dieser Art zu forschen Recht. Die Labore wurden technisch-apparativ auf neuesten Stand gebracht, gipfelnd in der Anschaffung eines High-end Elektronenmikroskops (Abb.2).

Sézaryzellen Zerebriforme Zellkerne



4-Marker FACS → 26-Marker FACS

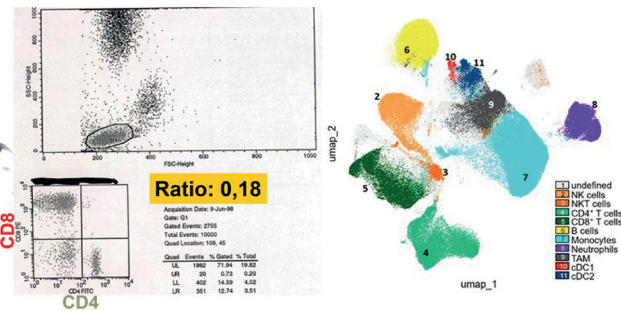


Abb.3. Elektronenmikroskopische Diagnostik von Lymphomzellen im Blut (*links*). „Vier-Farben-FACS“ zur Diagnose von AIDS/HIV (1990er Jahre) und Multiparameteranalyse von Immunzellen (2023) (*rechts*). Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Klinisch-diagnostisch, wie auch forschend-experimentell wurden neue Methoden eingeführt, immer – so wie bei der apparativen Ausstattung – in Hinblick auf wechselseitige Nutzung. So half beispielsweise das Elektronenmikroskop neben seinem primär forschenden Einsatz auch bei der Diagnose von Krankheiten wie z.B. Sézary Syndrom (Abb.3 links), Mitochondriopathien bei HIV-1 Infektionen, oder bei Erregernachweisen von Herpes oder (harmlosen) Pockenviren. Umgekehrt entwickelte sich die anfänglich vorwiegend zum Zwecke der CD4:CD8 Lymphozytendiagnostik bei HIV/AIDS eingeführte Fluoreszenz-Durchflußzyto-

metrie (FACS) zu einer nicht mehr wegzudenkenden Säule für die gesamte Forschungstätigkeit an unserer Klinik. Heute werden in unseren Forschungslaboren statt ursprünglich vier schon bis zu 26 Marker pro Probe gleichzeitig analysiert, um Immunzellen bis in kleinste Detail zu charakterisieren (Abb3. rechts).

Die Klaus Wolff nachfolgenden Klinikdirektoren Peter Fritsch und Matthias Schmuth führten und führen diese „Forschungsphilosophie“ fort und entwickelten sie erfolgreich weiter. Damals wie heute wurde das ermöglicht und erleichtert dadurch, dass Forschung, Diagnostik und Patient:innenbetreuung unter einem Dach stattfinden – im inzwischen 130 Jahre alten, denkmalgeschützten Gebäude der Hautklinik.

Die Labordiagnostik besteht heute aus den spezialisierten Labors für die Dermatohistopathologie, Immunfluoreszenz (Abb.4), Venerologie & Mykologie, sowie Allergie. Mit vielen Analysen wird nicht nur die Hautklinik, sondern der gesamte Bereich der Tirol-Kliniken bedient.

Die experimentelle Forschung im Labor wurde in der Ära Prof. Wolff und Prof. Stingl (1976-1981) auf eine immundefiziente Schiene gesetzt. Immunzellen der Haut, und dabei ganz besonders die Langerhanszellen der Epidermis zogen sich thematisch wie ein roter Faden durch all die Jahre, bis zum heutigen Tag.

Grundlegende Erkenntnisse über die Funktion dieser Zellen in gesunder, wie auch erkrankter (z.B., Allergische Ekzeme, Atopie, Hautkrebs) Haut wurden gewonnen – bis hin zu Möglichkeiten der Translation in der Immuntherapie des Melanoms. Mit diesen Forschungen konnte die Innsbrucker Hautklinik einen substantiellen Beitrag zum Nobelpreis für Medizin 2011 des langjährigen Kooperationspartners Ralph Steinman von der Rockefeller University liefern (Abb. 5).

Vorangetrieben und weitergetragen wurden diese Forschungen über die Jahre hinweg von Gerold Schuler, Christine Heufler, Nikolaus Romani und – in die Zukunft weisend – vor allem Patrizia Stoitzner samt ihren jeweiligen Teams.

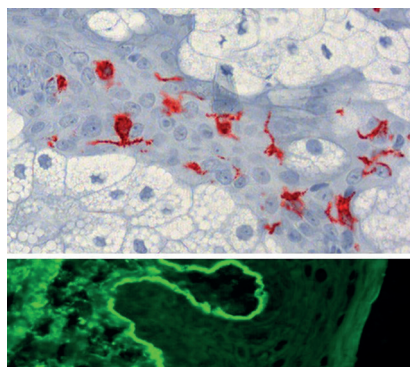


Abb.4. Beispiele für diagnostische Detektion von Langerhanszellen mittels Immunhistochemie in Talgdrüsengewebe (*oben*) und Ablagerung von Immunglobulinen in der Basalmembranzzone mittels direkter Immunfluoreszenz (*unten*). Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

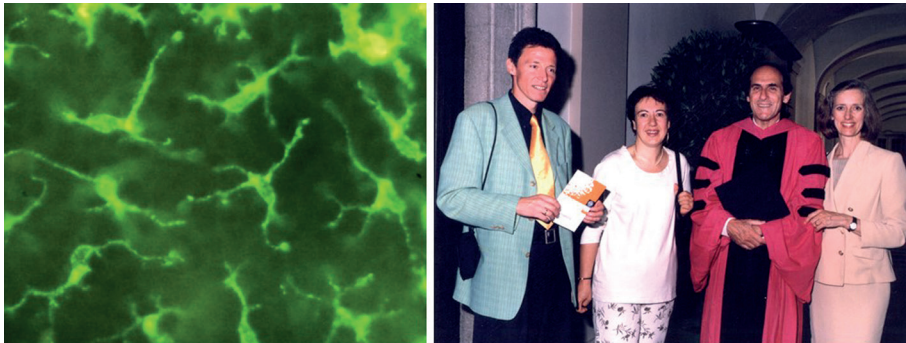


Abb.5. Langerhanszellen der Oberhaut (*links*). Ralph Steinman, Ehrendoktorat der Universität Innsbruck 1998 mit Gattin und C. Heufler und N. Romani (*rechts*). Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Letztere, als Leiterin des Labors für Langerhanszellforschung fokussiert auf die Interaktionen von dendritischen Zellen mit Tumorzellen in der Haut mit dem Ziel, dieses Wissen künftig für neue Therapiemöglichkeiten für Melanompatient:innen nutzen zu können (Abb.6.)

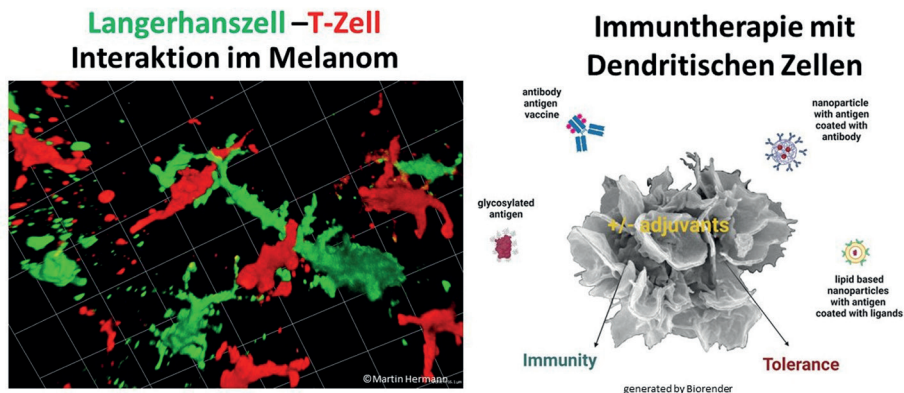


Abb.6. Immuntherapie mit dendritischen Zellen der Haut. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Die immundermatologische Forschungsschiene gestattete aber durchaus interessante und wichtige Abzweigungen. Peter Fritsch forschte an der Biologie der Melanozyten der Haut. Helmut Hintner trug zum immunologischen Verständnis von blasenbildenden Hautkrankheiten bei und ihm gelang eine der ersten Beschreibungen von Apoptose in der menschlichen Haut – lange vor dem „Hype“

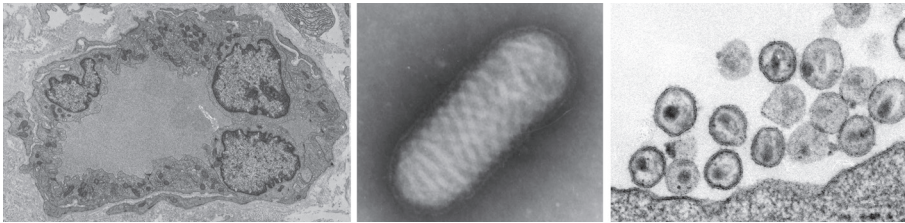


Abb.7. Elektronenmikroskopische Darstellung von Forschungsobjekten und -themen. Blutgefäß der Haut, eingefasst von Endothelzellen (*links*). Parapockenvirus – Auslöser von Melkerknötchen (*Mitte*). HI Viren – Auslöser von AIDS (*rechts*). Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

um dieses Phänomen. Endothelzellen (Norbert Sepp), Papillom- und andere Viren (Reinhard Höpf) und HIV (Robert Zangerle) waren weitere Themen der experimentellen Forschung im Labor (Abb.7).

Zwei weitere große, ebenso z.T. immunologisch relevante experimentelle Forschungsbereiche wurden Mitte der 2000er Jahre etabliert. Die Forschungsgruppe von Sandrine Dubrac arbeitet daran, das komplexe Wechselspiel von Epidermisbarriere, Immunsystem und Umwelteinflüssen in der Pathogenese der atopischen Dermatitis besser zu verstehen, um daraus wirkungsvollere Therapien ableiten zu können (Abb.8 links). Matthias Schmuth, Robert Gruber und Mitarbeiter:innen fokussieren auf genetisch verursachte Hautkrankheiten (Beispiel Schmetterlingskinder). Sie arbeiten an der inzwischen realistisch gewordenen Vision, mit modernen genetischen Methoden krankheitsverursachende Gene eines Tages „reparieren“, und damit diese Krankheiten heilen zu können (Abb.8 rechts).

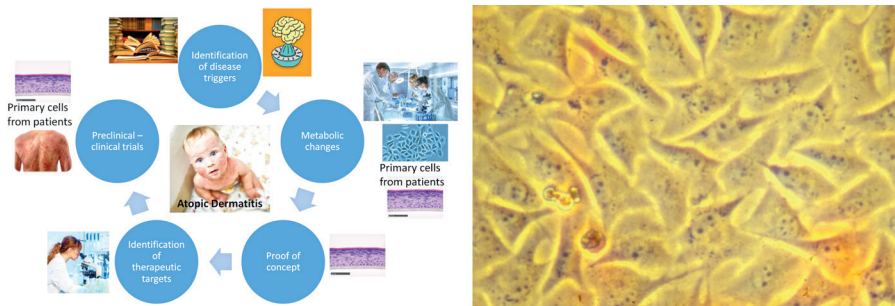
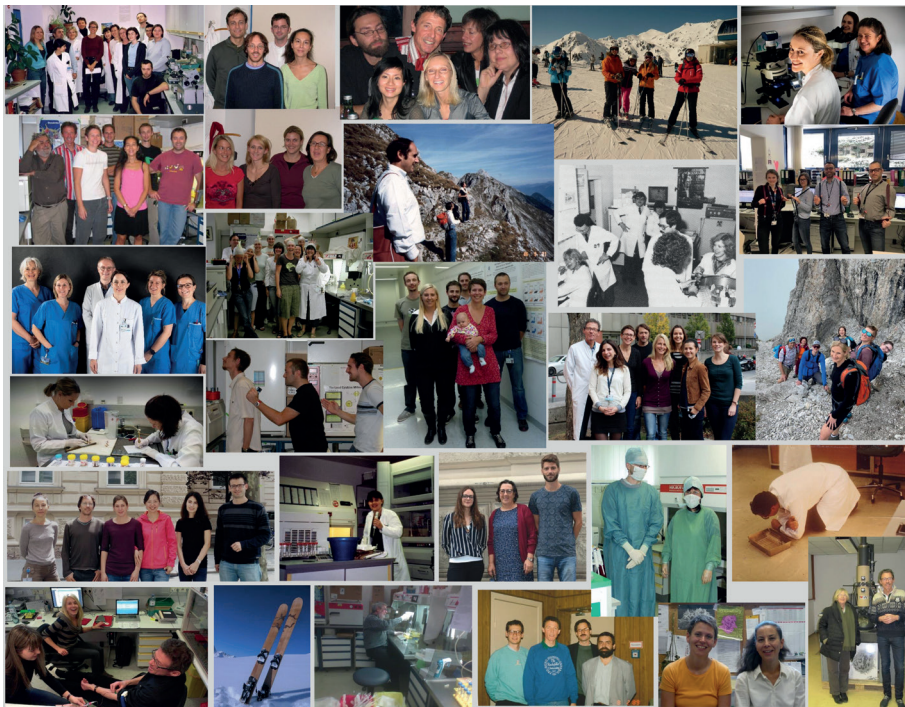


Abb.8. *Links*. Schematische Darstellung des experimentellen Weges zur Findung von Therapeutika für die atopische Dermatitis. *Rechts*. Keratinozyten in Zellkultur. Mittels CRISPR/Cas9 und anderer molekulargenetischer Methoden kann in diesen Hautzellen die „Reparatur defekter Gene“ studiert und, in weiterer Folge, in Therapien translatiert werden. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Wir sind mittendrin in einer atemberaubend schnellen Entwicklung der Wissenschaft. Das betrifft sowohl die Labordiagnostik als auch die Forschung in den Laboren, und, daraus resultierend der Therapie. Mit leistungsfähigen und personell wie technisch gut ausgestatteten Laboratorien wird die Hautklinik weiterhin zu dieser Entwicklung beitragen können. Die Ausbildung von zukünftigen Wissenschaftler:innen für Forschung und auch Industrie wird der Hautklinik ein großes Anliegen bleiben, was durch die hohe Anzahl an Mediziner-Diplomarbeiten, Bachelor- und Masterstudent:innen, sowie Doktorand:innen über die vielen Jahre reflektiert wird.

Abschließend bunt gemischte Eindrücke aus dem Laborleben der vergangenen Jahrzehnte. (Abb.9. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck)



150-Jahre Hautpflege

Angelika Obmascher

Im Zentrum der Patient:innenversorgung an der Hautklinik steht seit jeher die Pflege. Zur Zeit der Gründung der Univ.-Hautklinik Innsbruck pflegten gemischt geistliche und weltliche Krankenschwestern im alten Stadtspital die Patient:innen.

Die Krankenpflege ist entweder in den Händen der barmherzigen Schwestern, die einen gewissen jährlichen Geldbetrag von 90–170 fl. oder einen täglichen Beitrag für die Verpflegung per 35 kr. und für die Kleidung jährlich per 35 fl. beziehen, oder wird vom weltlichen Wartpersonale besorgt. Nur in Sarnthein haben 2 deutsche Ordensschwestern die Krankenpflege. Ausserdem sind weltliche Wärtersleute den barmherzigen Schwestern in den Spitälern von Innsbruck, Trient, Kaltern, Eppan und Mühlen beigegeben, welche 80 bis 100 fl. nebst der Verpflegung jährlich beziehen. (Pircher J. 1871).

Seither hat sich die Organisation der Krankenpflege stark gewandelt. Heute werden die Pflegeplanung, Dokumentation und die Assistenz bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Krankenbeobachtung in strukturierter Weise IT-gestützt durchgeführt und dokumentiert. Auch werden zunehmend Maßnahmen zur Gesundheitsförderung angeboten. Patient:innenedukation gewinnt immer mehr an Bedeutung, sodass an der Univ.-Hautklinik eine eigene Sprechstunde zur Anleitung der Patient:innen in der Wundversorgung angeboten wird.

Die Wundtherapie und die Anlage von Verbänden sind naturgemäß ein großes Thema in der Dermatologie, welche mit viel Fachwissen und Erfahrung praktiziert werden. Gerade die Wundversorgung hat eine unglaubliche Entwicklung erfahren, sodass unter einer Vielzahl von Verbandstoffen gewählt und die für den Patienten beste Wahl getroffen werden kann. Einen besonderen Stellenwert besitzt auch die Lokaltherapie in ihren zahlreichen Nuancen, welche sehr differenziert und mit Meisterschaft praktiziert wird. Die zunehmende Spezialisie-

rung in der Medizin führte dazu, dass Sonderausbildungen und Weiterbildungen für Pflegepersonal angeboten werden, die eine umfassende fachliche Expertise im jeweiligen Bereich vermitteln. So werden beispielsweise Weiterbildungen für Wundversorgung, Demenz, Schmerzmanagement und vieles mehr angeboten. Durch gezielte Maßnahmen werden die Patient:innen mit Hautkrankheiten auf diese Weise optimal versorgt. Die Nähe zur Patientin, zum Patienten ist und bleibt dabei ein besonderes Privileg der Pflege und macht das Arbeiten in dieser Fachrichtung zu einem bereichernden beruflichen Tun.

Literatur

Pircher J. Mittheilungen über die in Tirol und Vorarlberg bestehenden Sanitätsanstalten und die statistischen Verhältnisse der wichtigsten Sanitätsgegenstände im Jahre 1871. Berichte des naturwissenschaftlich-medizinischen Verein Innsbruck, 3:251-308 (1873).



Abbildung. Teamfoto aus Anlass des 150-Jahre Jubiläums der Univ.-Hautklinik Innsbruck. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Lehre und Ausbildung

Ines Vergeiner, Philipp Hinteregger

Über die direkte Behandlung von Patient:innen und die aktuelle Forschung hinaus gibt die Innsbrucker Hautklinik das Wissen und die wissenschaftlichen Erkenntnisse in der akademischen Lehre und Ausbildung weiter und erfüllt damit in hohem Maße diesen Teil der universitären Aufgabe. Lehrbücher der Haut- und Geschlechtskrankheiten, die aus der Innsbrucker Klinik hervorgingen, verbreiteten dieses Wissen über die Grenzen hinweg – beginnend mit dem Buch von Prof. Láng 1902 bis hin zum jetzigen Standardwerk von Prof. Fritsch und Prof. Schwarz, „dem Fritsch“.

In Zeiten eines Ärzt:innenmangels mit oftmals unbesetzten Fach- aber auch Ausbildungsstellen ist es nach wie vor ein Privileg seine Facharztausbildung an der Abteilung für Dermatologie, Venerologie und Allergologie Innsbruck absolvieren zu dürfen.

Die Ausbildungsplätze sind im Gegensatz zu anderen Fächern rar, da Innsbruck neben dem Krankenhaus Feldkirch in Westösterreich die einzige Ausbildungsstätte ist.

Als Ausbildungsärzt:in der Hautklinik Innsbruck darf man sich in eine Liste bekannter und bedeutender Persönlichkeiten einreihen, die ihre Ausbildung ebenfalls in Innsbruck absolviert haben.

Seit der Gründung 1873 und dem ersten Lehrstuhlinhaber Prof. Láng hat sich einiges getan. Erst unter Prof. Merk (Vorstand 1903 – 1925) wurde ein zweiter Assistent bewilligt. In den 1960er Jahren waren es 6 Assistenten. Auch die Verteilung von Fachärzt:innen und Ausbildungsärzt:innen hat sich im Laufe der Jahre stark verändert; von einem Überschuss an jungen Ärzt:innen in Ausbildung zu einer Gleichverteilung (siehe Abbildung 1).

Anzumerken ist außerdem, dass bis in die 1960er Jahre das Team ausschließlich männlich besetzt war. Hier kam es schließlich zu einem Wandel (siehe Abbildung 2). Aktuell zählen 13 Ausbildungsärzt:innen zum Team der Hautklinik Innsbruck, davon 9 Ärztinnen und 4 Ärzte.

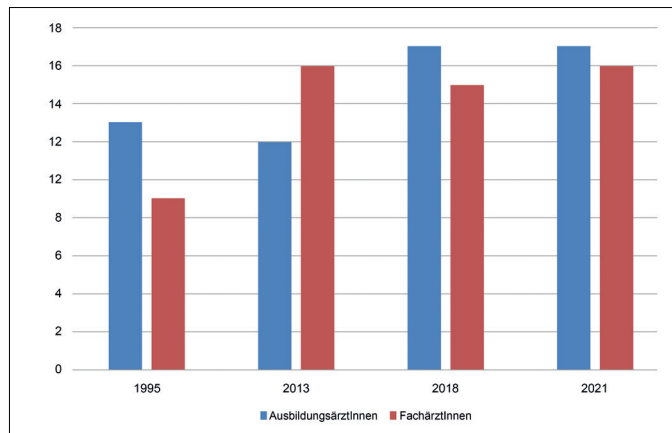


Abbildung 1. Verhältnis zwischen Ärzt:innen in Ausbildung versus Fachärzt:innen.

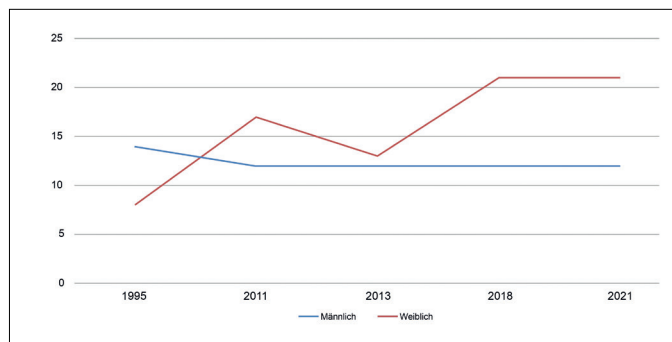


Abbildung 2. Geschlechtsverteilung der Ärzt:innen.

Insbesondere die Ausbildungsordnung hat sich im Laufe der Jahre weiterentwickelt: nach der Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO) 2004 waren neben 4 Jahren im Hauptfach die sogenannten Gegenfächer zu durchlaufen: 1 Jahr Innere Medizin, 9 Monate Chirurgie und 3 Monate eines Wahlfachs.

Seit Einführung der aktuellen ÄAO 2015 sind die damaligen Gegenfächer als 9 Monate Basisausbildung abzulegen (3 Monate Innere Medizin, 3 Monate Chirurgie, 3 Monate Wahlfach). Danach gilt es im jeweiligen Fachgebiet 36 Monate Sonderfach-Grundausbildung und jeweils 3 Module zu je 9 Monaten in sogenannten Sonderfach-Schwerpunkten zu absolvieren. Zu den Sonderfach-

Schwerpunktmodulen zählen Dermatoonkologie, Allergologie, Photodermatologie, Dermatologische Infektiologie und Venerologie, Dermatochirurgie und rekonstruktive Dermatologie sowie Phlebologie und spezielle Dermatochirurgie. Somit wurde dem generellen Trend weg von einer allgemeinen interdisziplinären Ausbildung hin zu einer zunehmenden Spezialisierung in der Medizin auch hier Rechnung getragen, indem die auszubildenden Ärzt:innen ausschließlich im eigenen Fach Rotationen durchlaufen.

Trotzdem wird in Innsbruck darauf geachtet, dass bereits in der Grundausbildung ein umfassender Einblick in die einzelnen Teilgebiete der Dermatologie gewährleistet wird, ohne sich zu früh für ein Spezialgebiet entscheiden zu müssen. Dadurch werden Sinn und Blick für die unterschiedlichsten dermatologischen Krankheitsbilder früh geschärft. Durch die Möglichkeit alle oben genannten Sonderfach-Schwerpunktmodule in Innsbruck absolvieren zu können, werden in Innsbruck seit jeher Spezialist:innen in unterschiedlichen dermatologischen Fachgebieten ausgebildet.

Ein wichtiger und wesentlicher Teil der Aus- und Fortbildung beruht auch auf der wissenschaftlichen Tätigkeit. Wissenschaftliches Arbeiten wird in Innsbruck gefördert, gewünscht und geschätzt. Insbesondere in den Bereichen Dermatoonkologie, Genodermatosen, Kollagenosen und auch in der Grundlagenforschung sind die Assistenzärzt:innen aktiv. Grundlegend dafür ist auch die enge Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Labor der Dermatologie Innsbruck.

Ines Vergeiner, Philipp Hinteregger



Abbildung 3. v.l.n.r. Eva Meindl, Philipp Hinteregger, Angelika Le Beau, Benjamin Rogen, Ines Vergeiner, Marina Waner, Magdalena Aichner, Sonja Eckmann, Christine Brunner, Seila Steger. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Akne / kompositorische Ästhetik

Mechthild Ottenthal

Zwischen den 1990er und frühen 2000er und neuerlich seit 2019 existierten an der Universitätshautklinik in Innsbruck Sprechstunden für Akne und kompositorische Ästhetik, um dem aktuellen Ausbildungskatalog der Ärztekammer gerecht zu werden und der hohen Anzahl an betroffenen Patient:innen eine Therapie anzubieten und bessere Adhärenz zu ermöglichen. Unser Team um Mechthild Ottenthal, Barbara Böckle und Iryna Levytska ist bemüht, den Anforderungen der erkrankten Patient:innen gerecht zu werden. Wir bieten neben medizinischer Kompetenz in pharmakologischer Aknebehandlung begleitende Maßnahmen wie Akneausreinigung, Lymphdrainagen (nach Dr. Vodder) und Kollageninduktionstherapien an. Durch die umfassende Betreuung entsteht ein großes Vertrauensverhältnis, das gerne angenommen wird, da sich die Patient:innen ausgezeichnet betreut und wahrgenommen fühlen. Durch das Konzept kombinierter Therapiemaßnahmen lässt sich das äußerliche Erscheinungsbild und die damit verbundene verminderte Lebensqualität der Patient:innen verbessern, die emotionale, soziale und berufliche Auswirkungen hat.

Im Rahmen der ergänzenden Sprechstunde, der bewusst der Name „kompositorische Ästhetik“ gegeben wurde – dieser Begriff soll die ästhetische Begleitung des Alterungsprozesses der Haut als Behandlungsmodell widerspiegeln – sind mehrere Schritte vorzunehmen, um ein optimales Ergebnis des äußeren Erscheinungsbildes zu erreichen, ohne dabei eine Veränderung des persönlichen Ausdrucks in Kauf nehmen zu müssen. Zuerst werden in einem Ärzt:innen/Patient:innen-Gespräch („Mensch zu Mensch-Gespräch“) gemeinsam unterschiedliche Aspekte und Therapieoptionen erörtert. In Zusammenschau von Hautoberfläche, Hautveränderung, Falten, Volumendefizit und unter Ausschluss dysmorpher Patient:innen wird dann ein Behandlungsplan mit Einbeziehung der persönlichen Vorstellung der Patient:innen erarbeitet, um der Philosophie – Erreichung eines jugendlichen Aussehens ohne Veränderung der Persönlichkeit – gerecht zu werden. Hiermit entsprechen wir dem Ausbildungskatalog der Ärztekammer, sodass jede Assistenzärzt:in in Ausbildung das gewünschte und

Mechthild Ottenthal

geforderte Know-how erarbeiten und erlernen kann, ohne dieses in diversen Kursen – die oft firmenbezogene Präparate bevorzugen – zu teuren Bedingungen erlangen zu müssen.



Abbildung. Team der Akne- und kompositorisch-ästhetischen Sprechstunde v.l.n.r. Barbara Böckle, Mechthild Ottenthal, Irina Levytska. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Allergie

Norbert Reider

Mit 150 Jahren Hautklinik feiern wir auch 50 Jahre Allergieambulanz!

Gerade einmal 6 Jahre nach Entdeckung des IgE wurde sie von Prof. Josef Zelger gegründet, der auch das erste Allergielabor in Westösterreich aufgebaut hat. Auf Udo Längle folgten dann Georg Klein und Heinz Kofler, unter dem die Ambulanz räumlich und fachlich stark ausgebaut wurde und ihre heutige Form erhalten hat. Seit 1997 steht sie unter der Leitung von Norbert Reider. Sie bietet das gesamte Spektrum der Diagnostik und Therapie allergischer und atopischer Erkrankungen an, was nicht zuletzt auch in der Umbenennung der Klinik in „Univ.-Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie“ im Jahr 2015 Anerkennung gefunden hat. Und wir testen wirklich alles: auf die Frage einer Patientin nach Austestung ihrer Stromallergie hat unsere Mitarbeiterin an der Anmeldung nur geantwortet: „Gleichstrom oder Wechselstrom?“



Abbildung 1. Intrakutantest. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.



Abbildung 2. Prick-Test. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.



Abbildung 3. Epikutantest. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.



Abbildung 4. Team der Allergieambulanz v.l.n.r. Gabriele Grasser, Antonia Kragten, Norbert Reider, Cornelia Gattringer, Katharina Peer, Gabriele Zimmermann. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.



Abbildung 5. Apple Care Studie. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Die Apple Care Studie ist ein Beispiel translationaler Forschung an der Innsbrucker Hautklinik. Pollenallergien kommen bei bis zu 20 % der mitteleuropäischen Bevölkerung vor und verzeichnen in den letzten Jahren auch in Tirol und Südtirol eine deutliche Zunahme. Für eine wirksame Therapie muss eine langfristige Hyposensibilisierung gegen das Allergen des Birkenpollens Bet v1 durchgeführt werden, bei welcher der Allergiker über mehrere Jahre hinweg das Allergen in Form synthetischer Präparate zu sich nimmt, um sein Immunsystem an die Allergene zu gewöhnen. Eine Hyposensibilisierung über die gewöhnliche Aufnahme von Nahrungsmitteln wäre im Vergleich dazu von allergrößtem Vorteil. Das Birkenallergen Bet v1

weist eine starke Homologie mit der Apfelallergen-Familie Mal d1 auf, was im menschlichen Immunsystem eine Kreuzreaktion zur Folge hat. Dies bietet die Chance, mit einer kontrollierten Aufnahme der richtigen Apfelmengen die Pollenallergie zu behandeln. Verschiedene Apfelsorten (moderne, alte, resistente) wurden in der Apple Care Studie auf ihr allergenes Potenzial hin getestet und klassifiziert. Es wurde ein „Apfeltherapie“-Protokoll festgelegt. Dieses Protokoll beginnt mit dem Verzehr der niedrig allergenen Sorte Red Moon® für einen Zeitraum von 8 Wochen, gefolgt von den mittelallergenen Sorten Pink Lady® oder Topaz für weitere 8 Wochen und schließlich der hochallergenen Sorte Golden Delicious für mindestens 16 Wochen. Die „Apfeltherapie“ wurde an 16 Patienten getestet, alle mit positiven Ergebnissen. Nach der Therapie wurden Apfelsorten und auch andere Obst- und Gemüsesorten wie Kirschen, Kiwis, Melonen, Erdnüsse oder Karotten besser vertragen. Außerdem litten die Patienten während der Pollensaison weniger unter Birkenpollen und hatten weniger allergische Symptome. Diese Studie ist eine Kollaboration des Versuchszentrums Laimburg, der Medizinischen Universität Innsbruck, der Universität Innsbruck und der Südtiroler Sanitätsbetriebe im Rahmen eines EU-Interreg. Der Ansatz bietet eine neuartige Therapie der Pollenallergie auf Apfelbasis, die synthetische Präparate ersetzen soll.

Dermtochirurgie

Marlene Kuen, Nicole Höllweger

Die Betreuung der Hautkrebspatient:innen lag im letzten Jahrhundert größtenteils in chirurgischer Hand. Einer der ersten Dermatochirurgen Österreichs hat in Innsbruck gearbeitet. Es handelte sich hierbei um Eduard Láng. Er hat Hauttuberkuloseherde weit im Gesunden exzidiert und mittels Lappenplastiken gedeckt sowie luetische Primäraffekte exzidiert.

Heute setzt die Hautklinik der demographisch bedingten Zunahme von Hautkrebs moderne und kostensparende lokalanästhetische Operationstechniken entgegen. Es können größere Defekte ohne die Hilfe zusätzlicher Abteilungen, wie Anästhesie / Aufwachstation, und somit ohne größeren Personalaufwand operiert werden. Für unsere meist älteren Patient:innen sind die Operationen in Tumeszenzlokanästhesie ebenfalls von großem Vorteil. Bei der Tumeszenzlokanästhesie (TLA) handelt es sich um eine hochverdünnte subkutane Infusionsanästhesie (SIA), die sich aus Lidocain in unterschiedlicher Konzentration (0,1 %, 0,2 % oder 0,4 % Lösung) und Suprarenin verdünnt mit Ringerlösung zusammensetzt. Unter der Leitung von Gerda Topar (1994-2008) wurde dieses Verfahren aus Tübingen an unserer Klinik etabliert. Zu dieser Zeit wurden durch das neue lokalanästhetische Verfahren auch vermehrt Lappenplastiken durchgeführt und für Lehrzwecke fotodokumentiert.

2008 – 2010 wurde der OP von Karin Niescher-Lüftl geleitet. 2010 hat Marlene Kuen nach einem Aufenthalt in Tübingen die OP-Leitung übernommen, Martin Gisinger wurde zu ihrem Stellvertreter ernannt. Marlene Kuen hat zu dieser Zeit ein 10-Jahres-Konzept zur Entwicklung des dermatochirurgischen Bereiches der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie verfasst und umgesetzt. Unter ihrer Leitung erfolgte unter anderem eine Erweiterung der Patient:innenbetreuung, sodass die Patient:innen von der Aufklärung in der präoperativen Sprechstunde über die Operation selbst bis hin zur postoperativen Nachbehandlung aus einer Hand über unser OP-Team betreut werden. Weiters können die Patient:innen abhängig von der Art der Operation ambulant, tagesklinisch oder stationär versorgt werden. Die strukturelle und technische

Ausstattung der Operationssäle (OP-Saal, Eingriffsraum) ermöglicht die umfassende Abdeckung dermatochirurgischer Eingriffe sowie die Defektdeckung mittels plastisch chirurgischer Maßnahmen. Zusätzlich ist es in den letzten Jahren gelungen, dass größere Operationen auch in Allgemeinnarkose operiert werden können. Seit 2022 wird Marlene Kuen von Nicole Höllweger in stellvertretender Funktion unterstützt.



Abbildung. Team der Dermatochirurgie v.l.n.r. / vordere Reihe: Seila Steger, Marie Torggler, Nicole Höllweger, Marina Wanner, Angelika Obmascher, Claudia Abfalter / hintere Reihe: Cornelia Lamisch, Martin Gisinger, Marlene Kuen, Benjamin Rogen, Stefan Blunder, Melanie Forstlechner. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Unser dermatochirurgisches Spektrum reicht von einfachen Exzisionen mit Primärverschlüssen bis hin zu komplexen Eingriffen wie Defektdeckungen mit Lappenplastiken, Voll- oder Spalthauttransplantaten, weiters Operationen an Lippen und Ohren sowie Sentinellymphknotenbiopsien, welche in Allgemeinnarkose durchgeführt werden können. Auch laserchirurgische Eingriffe mit dem CO₂-Laser, unter anderem zur Abtragung von Kondylomen oder Neurofibromen, und Farbstofflaserbehandlungen bei Nävi flammei bei unseren kleinen Patient:innen können (zusammen mit dem Laserambulanzteam unter Leitung von Fr. Dr. Undine Holzmann) durch unser OP-Team durchgeführt und bedarfsweise auch in Allgemeinnarkose angeboten werden.

Die Sicherheit und das Wohlbefinden der Patient:innen von der Erstvorstellung über die Operation bis zur postoperativen Nachbetreuung sind uns Ärzt:innen und dem Pflorgeteam ein wichtiges Anliegen. Komplexere Fälle können in einer Tumorkonferenz besprochen und gegebenenfalls über die plastische Chirurgie operiert werden bzw. an Spezialambulanzen unserer Klinik weiterbetreut werden (Tumorambulanz, Lymphomambulanz ...). Bestehende Onko- und Isozertifizierungen gewährleisten den Patient:innen eine Betreuung nach dem neuesten Stand der Wissenschaft.



Dermatoonkologie

Georg Weinlich, Van Anh Nguyen

Im letzten Jahrhundert lag die Betreuung von Hautkrebspatient:innen hauptsächlich in chirurgischen Händen, ab Beginn des 20. Jahrhunderts auch bei den Strahlentherapeuten, die Prognose bei Tumoren im metastasiertem Stadium war infaust. So schreibt z.B. Dr. Karl Zieler (Vorstand der Hautklinik Würzburg) 1934 in seinem Lehrbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten bezüglich des Melanoms: „Eine Behandlung ist zwecklos, wenn überhaupt erst Metastasen vorhanden sind.“

Diese düstere Prognose änderte sich in den folgenden Jahrzehnten auch nicht. Als dann Anfang der 1970er Jahre die ersten Chemotherapeutika verfügbar wurden, war ihr Einsatz beim metastasierten Melanom nach wie vor ernüchternd. Die Ansprechraten lagen bei 10-15%, Komplettremissionen waren die Ausnahme. Auch Kombinationstherapien (Polychemoimmuntherapien) zeigten keine eindeutige bessere Wirksamkeit, bei allerdings deutlich schlechterem Nebenwirkungsprofil. Deshalb wurde an der Univ.-Hautklinik Innsbruck über Jahre/Jahrzehnte praktisch ausschließlich eine Monochemotherapie mit Dacarbazin, Fotemustine oder Temozolamid angewendet.

Unter dem Vorstand Klaus Wolff (1976 – 1981) blühten auch die wissenschaftlichen Untersuchungen an murinen und humanen Langerhanszellen auf, das Verständnis um die Potenz dieser antigenpräsentierenden Zellen wuchs. Sukzessiv wurden mehr und mehr Details über die Interaktionen zwischen den antigenpräsentierenden Zellen, welche Tumorantigene erkennen und diese Information an spezifische T-Zellen weitergeben, bekannt. Diese nun „scharfen“ Immunzellen waren dann in der Lage, Melanomkrebszellen zu töten.

So entwickelte das Labor um Gerold Schuler (ab 1995 Vorstand der Hautklinik Erlangen) und Nikolaus Romani (Laborleiter Hautklinik Innsbruck bis 2018), u.a. nach intensiver Zusammenarbeit mit dem Nobelpreisträger Ralph M. Steinman, in dessen Labor sie Forschungsaufenthalte verbrachten, eine Methode, welche es erlaubte, aus den Monozyten aus dem Blut der Melanompatient:innen reife potente dendritische Zellen zu züchten. Diese wurden dann mit bekannten

Tumorpeptiden beladen und den Patient:innen lymphknotennahe intrakutan gespritzt.

Der erste Patient, welcher mit dieser neuen Therapie an der Hautklinik Innsbruck im Rahmen eines Heilversuchs behandelt wurde, erhielt seine erste „Impfung“ knapp vor Weihnachten 1998. In den darauffolgenden mehr als 10 Jahren wurden sehr viele Patient:innen mit dieser Vakzine in Rahmen von kontrollierten universitären Studien behandelt. Die Ansprechraten dieser Therapie waren zwar nicht deutlich höher (18 Monate bei Stadium IV Patient:innen) als mit den bekannten Chemotherapien (11 Monate bei Stadium IV Patient:innen), allerdings hatte sie keinerlei Nebenwirkungen.

Die Grundlagenforschung an der Hautklinik Innsbruck und das bessere Verständnis der Immunologie bildeten in enger Zusammenarbeit mit der Hautklinik Erlangen im erweiterten Sinne einen Beitrag in der Entwicklung der neuen effektiven Immuntherapien.

Seit 2012 haben die sogenannten Checkpointinhibitoren die Behandlung des (metastasierten) Melanoms, aber auch der inoperablen Basaliome, Plattenepithelkarzinome oder des Merkelzellkarzinoms revolutioniert. Die Ansprechraten dieser neuen Therapien konnten so von etwa 10% auf bis zu 60% gesteigert werden. Weitere Therapieformen, wie die sogenannten BRAF/MEK-Inhibitoren bei BRAF-mutierten Melanomen, oder die Hedgehog-Inhibitoren bei inoperablen Basaliomen runden nun die erfolgreichen Behandlungsmethoden bei bösartigen Hauttumoren ab.

Die Lymphomambulanz, die von Norbert Sepp (seit 2016 Leiter Dermatologie des Ordensklinikums Linz Elisabethinen) etabliert wurde und nun durch Van Anh Nguyen geleitet wird, behandelt Patienten mit kutanen T- und B-Zelllymphomen. Bislang standen nur begrenzte Behandlungsoptionen zur Verfügung. In den letzten Jahren gab es auch in diesem Bereich zahlreiche neue Entwicklungen wie Rituximab, Brentuximab und Mogamulizumab, die das Therapiespektrum dieser Patient:innen erweitert haben.

Seit 2015 ist die Universitätshautklinik ein nach Onkozept zertifiziertes Hautkrebszentrum (Leitung Georg Weinlich, Christina Fürhapter). Dies garantiert, dass die Hautklinik Innsbruck auch in Zukunft ein internationales Tumorzentrum auf höchstem Qualitätsniveau bleibt und erfolgsversprechende innovative Studien rekrutieren kann.



Dermatoonkologie Team. v.l.n.r. Verena Moosbrugger, Van Anh Nguyen, Georg Weinlich, Magdalena Seidl-Philipp. Stehend: v.l.n.r. Tanja Muckel und Bettina Biendl. Lachend: v.l.n.r. Daniela Reider, Susanne Ebner. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.





Fotografie

Oliver Schlesinger, Bernhard Sickert



Abbildung v.l.n.r. Oliver Schlesinger und Bernhard Sickert. Bildquelle: Barbara Böckle.

Ursprünglich bestand das erste Fotolabor der Hautklinik lediglich aus einem kleinen Raum, zwei Lampen und einer Kleinbildkamera, veranlasst durch den damaligen Leiter der Hautklinik Josef Zelger. Ein „richtiges“ Fotolabor mit Dunkelkammer und Blitzanlage wurde unter der Leitung von Gustav Niebauer in den Jahren 1973/74 errichtet. Heinz Grosskopf führte das Fotolabor acht Jahre lang (1972 – 1980). Dabei beschränkte sich die Fotografie auf das Erstellen von Dias für Vorträge, sowohl von Patient:innen als auch Texten. Unter der Leitung von Klaus Wolff wurde das Aufgabengebiet des Fotolabors stark ausgeweitet. Der neue Leiter der Hautklinik legte großen Wert auf die Fotodokumentation unter einem forensischen Aspekt, die wiederum für Vorträge und Publikationen genutzt werden konnte. Ein bemerkenswertes Beispiel für die Nutzung dieser Bilder findet sich im Grundlagenlehrbuch „Dermatologie Venerologie“ von Peter Fritsch wieder.

Die Einführung des Elektronenmikroskops machte die Einstellung eines weiteren Mitarbeiters erforderlich. Bernhard Sickert (im Bild rechts) arbeitete ab 1977 zusammen mit Heinz Grosskopf an unzähligen Negativen, Kontaktabzügen und Vergrößerungen. Alles musste fotomechanisch erstellt und mittels Reprofotografie umgesetzt werden. So entstand über die Jahre eine eindrucksvolle Sammlung von abertausenden Dias, welche in den Diaschränken archiviert wurden. In Folge von Renovierungsarbeiten an der Hautklinik in den 80er Jahren musste das Fotolabor für 2 ½ Jahre in die alte Frauen- und Kopfklinik ausweichen. Es folgte darauf die Übersiedelung in die Kellerräumlichkeiten der Hautklinik, wo das Fotolabor heute noch zu finden ist.

Um die Jahrtausendwende setzte der Umstieg von der analogen auf die digitale Fotografie ein. Das stellte das Fotolabor vor große Herausforderungen. Unzählige analoge Medien, einschließlich Textmaterial, mussten in digitale Form gebracht werden. Der Umstieg auf die digitale Bildbearbeitung erwies sich als ebenso schwierig. Die Bewältigung der Datenmengen stellte viele Gerätschaften vor erhebliche technische Probleme. Im Jahr 2003 wurde ein digitales Rückteil für die Hasselblad-Kamera von Bernhard Sickert genehmigt, welche damit rekordverdächtige 16 Millionen Pixel erreichte. Auch die Archivierung der Datenbestände konnte nur über externe Festplatten erfolgen, bis IcoView im Jahr 2002 eingeführt wurde. Nach nicht weniger als stolzen 40 Jahren im Dienste der dermatologischen Fotografie konnte Bernhard Sickert in den wohlverdienten Ruhestand gehen.

Mit der Nachfolge von DI Oliver Schlesinger (im Bild links) im Jahr 2017 änderte sich am Arbeitsablauf des Fotolabors nichts Grundlegendes. Neben der Fotodokumentation der Patient:innen kamen weitere Aufgaben hinzu, wie die Mitbetreuung der Homepage, Videoschnitt von Vorträgen, Erstellen grafischer Inhalte uvm.

Die Fotografie unterliegt einem stetigen, dynamischen Wandel. Es ist schwer vorhersehbar, wohin die Reise geht. Neben der Einführung von Smartphones mit hausinterner Software bis hin zur 3D-Ganzkörperfotografie stehen verschiedene Konzepte im Raum. Ein interessanter Faktor ist das Aufkommen intelligenter Algorithmen und der Etablierung „Künstlicher Intelligenz“ im Allgemeinen. Auch wenn diese Entwicklung Chancen aufweist, so entstehen beträchtliche Risiken, hauptsächlich die Datenschutzbestimmungen betreffend. Perfekte Ergebnisse

der KI können auf diesem Gebiet nur mit dem Auslesen biometrischer Daten erfolgen – der/die „gläserne Patient:in“ lässt grüßen! Insofern wird es wohl immer Jemanden geben, der gerade in diesem empfindlichen Bereich den Auslöser „manuell“ bedienen wird.



Genodermatosen und Kinderdermatologie

Robert Gruber

Genodermatosen sind erblich bedingte Hauterkrankungen, die durch Mutationen in verschiedenen Genen verursacht werden und bei denen eine kutane Symptomatik wegweisend ist. Derzeit sind ca. 550 verschiedene Genodermatosen bekannt, wobei die meisten davon Seltene Erkrankungen sind.

An der Hautklinik in Innsbruck besteht schon seit über 100 Jahren ein Schwerpunkt für Genodermatosen. Wladimir von Lukasiewicz publizierte im späten 19. Jahrhundert über das Xeroderma pigmentosum. Johann Heinrich Rille veröffentlichte Anfang des 20. Jahrhunderts Fallberichte von Erythrokeratodermien und beschrieb die Hautveränderungen bei Ichthyosis linearis circumflexa (heute Netherton Syndrom). Einen Schwerpunkt auf Genodermatosen legte Helmut Hintner, der in den 1980er Jahren bis zu seinem Wechsel als Direktor an die Salzburger Universitätshautklinik die Betreuung von Patient:innen mit Genodermatosen in Innsbruck verbesserte, das Immunfluoreszenz-Mapping für Basalmembranzonenproteine einführte und insbesondere die Epidermolysis bullosa zum Forschungsgegenstand machte. Peter Fritsch forschte über die Therapie mit Retinoiden bei Keratodermen und Ichthyosen. Er regte im Jahr 2006 Robert Gruber dazu an, alle Patient:innen mit Genodermatosen, die an der Hautklinik gesehen werden, systematisch zu erfassen. Das war die Geburtsstunde des Patientenregisters. Unter Matthias Schmuth, dessen Forschungsschwerpunkt bei der Hautbarriere und den Ichthyosen liegt, wurde die Thematik weiter vorangetrieben, es wurden vielfältige Kollaborationen mit der Humangenetik, Pädiatrie, Zahnerhaltung / Parodontologie und nationalen (Dermatologie Salzburg Prof. Helmut Hintner und Prof. Johann Bauer) sowie internationalen Zentren gepflegt.

Nach einem zweijährigen (mühsamen) Bewerbungsprozess wurde die Hautklinik zusammen mit der Humangenetik, Pädiatrie, Zahnklinik, Neurologie und vielen weiteren Fachbereichen 2018 offiziell vom Bundesministerium zum Expertisezentrum (Typ B-Zentrum) für Genodermatosen mit Schwerpunkt Verhornungsstörungen ernannt. Daneben ist dieses interdisziplinäre Expertisezentrum

seit 2022 auch ein Vollmitglied im ERN Skin, dem Europäischen Referenznetzwerk für Seltene Krankheiten. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine verstärkte internationale Vernetzung werden Diagnostik und Therapieoptionen für Menschen mit Genodermatosen entscheidend verbessert. Die Forschung in diesem Gebiet zielt darauf ab, das Waisendasein der Seltenen Krankheiten zu einem Phänomen der Vergangenheit zu machen. Die Molekularbiologie hat die Diagnostik revolutioniert und es bahnen sich individualisierte Therapien an. Derzeit wird herausgearbeitet, welche Wirkmechanismen für die verschiedenen Krankheiten jeweils am zielführendsten sind.



Abbildung 1. Logo des Zentrums. Bunte Schindeln am Goldenen Dachl. Bildquelle: Univ.-Kinderklinik Innsbruck.

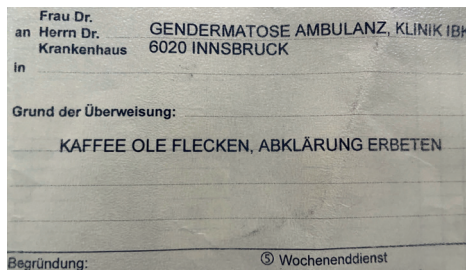


Abbildung 2. Externe Zuweisung an die Genodermatosen-Sprechstunde: Gemeint sind die Café-au-lait-Flecken, die mit dem spanischen Ausruf „olé“ allerdings nichts zu tun haben! Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Ungefähr die Hälfte aller Patient:innen mit Genodermatosen sind Kinder. Die Hautklinik Innsbruck ist überdies am Ausbau der Kinderdermatologie in Österreich maßgeblich beteiligt, Robert Gruber ist derzeit Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Dermatologie der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (mehr Infos unter: www.agpd.at). Die jährlichen Fortbildungsveranstaltungen wie z.B. der Kinder-Haut-Tag im Billrothhaus in Wien erfreuen sich großer Beliebtheit. Auch finden an der hiesigen Hautklinik regelmäßig Neurodermitis Schulungen nach AGNES für Eltern von betroffenen Kindern statt.

Dermatohistopathologie

Nina Frischhut

Das Labor für Dermatohistopathologie wurde bereits 1972 unter der Führung von Gustav Niebauer (1971-1975 Vorstand der Dermatologie) mit einer einzigen MTA gegründet. Von dieser langen Geschichte zeugen auch die Befunde, die unter anderem noch von Klaus Wolff (Klinikdirektor 1976-1981) und Peter Fritsch (Klinikdirektor 1981-2008) verfasst wurden.

Über viele Jahre hat dann Bernhard Zelger (sitzend, 4. von links) das Ruder übernommen, viele Assistenten ausgebildet, darunter auch das aktuelle Team der Dermatohistopathologen: Matthias Schmuth (stehend, der 2. von links), Gudrun Ratzinger und Nina Frischhut (am unteren Bild).

Seit 1972 ist eine stattliche Sammlung von Präparaten entstanden – ein Teil davon ist hier am rechten Bild präsentiert.



So wie das aktuelle Team von 7 Personen (Befunder:innen, BMAs und DMTFs), auf das wir angewachsen sind: Gudrun Ratzinger, Birgit Moser, Margit Abenthung, Matthias Schmuth, Nina Frischhut, Nadja Kühner und Martin Binder (von links nach rechts).

Nina Frischhut



Die Haut 5 Ambulanz/Station und die HIV Infektion im Wandel der Zeit

Mario Sarcletti, Martin Gisinger

1981 traten in den USA und bald auch in Europa die ersten AIDS Fälle auf, 1983 wurde das HI Virus entdeckt und 1985 stand schließlich ein HIV Antikörpersuchtest zur Verfügung. Damit begann eine Zeit, in der immer mehr Fälle auftraten und keine wirksame Therapie vorhanden war. Viele junge Menschen mit HIV erkrankten schwer an AIDS und viele starben daran. In dieser Zeit war bald klar, dass es eine medizinische Spezialabteilung für HIV Infizierte braucht, und so wurde 1988 auch in Innsbruck an der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie Innsbruck (es war ja eine „Geschlechtskrankheit“) unter der Leitung von Prof. Zangerle die Haut 5 Ambulanz/Station mit anfangs 2 Ambulanzräumen und einer Station mit 7 Betten eröffnet. Erst Jahre später kamen gegen Widerstände dann noch eine Ambulanzleitstelle und weitere 2 Ambulanzräume hinzu. Bis Mitte der 90er Jahre konnten wir den Betroffenen nur eine Linderung der durch die HIV induzierte Immundefizienz aufgetretenen schweren Erkrankungen (opportunistische Infektionen, Tumore...) anbieten. Durch die Zusammenarbeit mit extramuralen Diensten (Mobiler Hilfsdienst, Hauskrankenpflege, AIDS Hilfe...) gelang es die verbliebene kurze Lebenszeit möglichst gut zu gestalten.

1996 kam dann die Wende und mit der Entwicklung von wirksamen Kombinationstherapien war es endlich möglich die Vermehrung des HI Virus im Körper der Infizierten zu unterdrücken, die Abwehrschwäche erfolgreich zu behandeln und AIDS zu verhindern. Die anfangs noch mit vielen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen behafteten Medikamente waren mehrmals täglich, sehr genau und nach komplizierten Einnahmemodalitäten einzunehmen und stellten an die Betroffenen sehr hohe Ansprüche. Um die Betreuung zu optimieren wurde unter Anleitung von Robert Zangerle eine elektronische Patientenakte (HIP, HIV Patient:innen Management System) entwickelt, die nun in allen österreichischen Behandlungszentren installiert ist und als AHIVCOS (Austrian HIV Cohort Study) auch epidemiologische Auswertungen Österreichs für das Ministerium und die ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) ermöglicht.

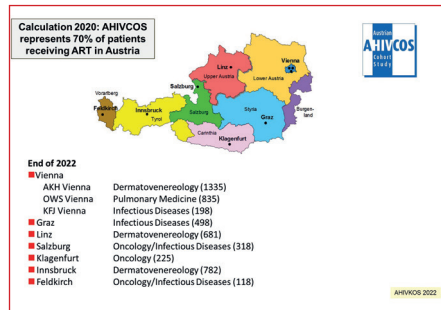


Abbildung 1. Geographische Verteilung der Patient:innen der Kohorte auf die Zentren in Österreich. Bildquelle: AHIVCOS.

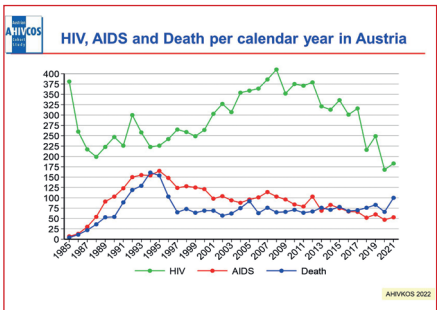


Abbildung 2. HIV und AIDS und Todesraten. Bildquelle: AHIVCOS.

Inzwischen wurden die Medikamente äußerst erfolgreich weiterentwickelt und so kann man heute fast alle Betroffenen mit nur einer Tablette täglich, in der mehrere Wirkstoffe kombiniert sind, erfolgreich behandeln. Diese Therapien unterdrücken das Virus unter die Nachweisgrenze empfindlichster Nachweismethoden (PCR), das Immunsystem kann sich normalisieren, AIDS wird verhindert und die Betroffenen haben eine fast gleiche Lebenserwartung wie ohne HIV. Erfolgreich Behandelte mit der HIV Viruslast im Blut unter der Nachweisgrenze sind bei weiterer Einnahme der Medikamente nicht mehr infektiös und so kann die Verbreitung des Virus verhindert werden. Leider ist es dennoch bisher nicht möglich das Virus ganz aus dem Körper zu eliminieren und damit eine Heilung zu erzielen; daher müssen die Medikamente nach heutigem Stand lebenslang eingenommen werden.

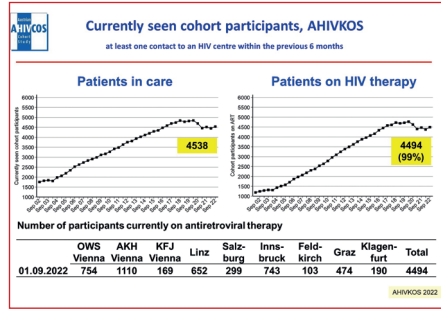


Abbildung 3. Zeitliche Entwicklung der Kohorte. Bildquelle: AHIVCOS.

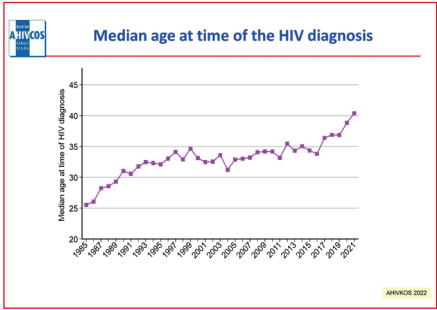


Abbildung 4. Medianes Alter zum Diagnosezeitpunkt. Bildquelle: AHIVCOS.

Die Aufgabe unseres medizinischen Systems und aller Ärzt:innen ist es daher möglichst alle HIV Infizierten zu diagnostizieren und einer Behandlung zuzuführen. Wenn es gelingt 95% aller Infizierten zu diagnostizieren, davon 95% zu behandeln und davon bei 95% das Virus unter die Nachweisgrenze zu drücken, wäre das das „Ende“ von HIV in unserer Gesellschaft (95-95-95 Vorgabe der UNAIDS bis 2030). Die zwei letzten 95% sind bereits jetzt 2023 teilweise erreicht. In Tirol und ähnlich in Österreich dürften noch ca. 12-18% der HIV Infizierten nicht diagnostiziert sein und es ist die Herausforderung der nächsten Jahre diese Zahl zu verringern und dauerhaft niedrig zu halten. Dafür benötigt es die Aufmerksamkeit aller medizinisch Tätigen, um öfter an HIV zu denken und öfter den HIV Test durchzuführen. Ein Leitfaden sind die sogenannten Indikatorerkrankungen.

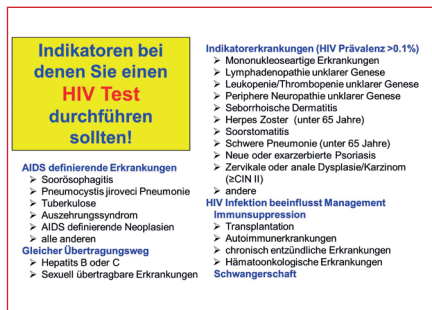
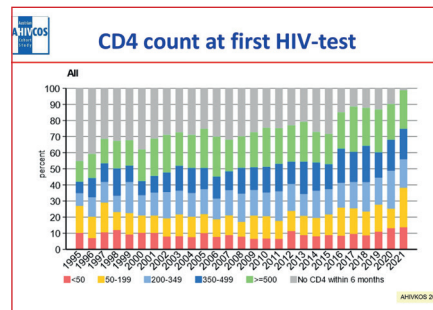


Abbildung 5. Indikatorerkrankungen. Bildquelle: Mario Sarcletti.



selten geworden. Somit hat sich die Behandlung hauptsächlich in den ambulanten Bereich verlagert und das Ziel ist die Betroffenen durch die Therapien bei guter Gesundheit mit guter Lebensqualität zu halten.

Zudem gilt es Menschen zu betreuen, die ein höheres Risiko für eine HIV Infektion aufweisen. Insbesondere durch die Diagnose und Therapie anderer Geschlechtskrankheiten, die auch eine HIV Infektion wahrscheinlicher machen, kann die Verbreitung von HIV verhindert werden. Daher hat die Haut 5 neben der HIV Ambulanz auch eine „Negativen“-Ambulanz eingerichtet um insbesondere die Männergesundheit im Bereich der Geschlechtskrankheiten zu fördern (die Frauen werden ja durch die Gynäkolog:innen ausreichend gut versorgt). Inzwischen betreuen wir 2022 fast doppelt so viele HIV-negative Menschen (ca. 1400) wie HIV-positive Menschen (ca. 760).

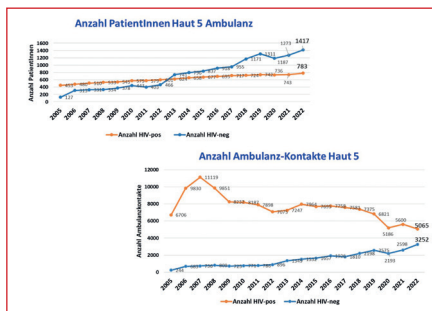


Abbildung 7. Entwicklung Patient:innenzahlen in Innsbruck. Bildquelle: Mario Sarcletti.

Kollagenosen

Barbara Böckle

Die Kollagenose Sprechstunde wurde auf Initiative von Norbert Sepp unter dem damaligen Vorstand der Hautklinik Peter Fritsch in den 90er Jahren gegründet. Ziel war eine optimale interdisziplinäre Versorgung dieser Patient:innen an der Klinik Innsbruck zu gewährleisten. Durch seine persönlichen Kontakte und sein Engagement wurde ein Team aus Spezialist:innen der verschiedensten Fachdisziplinen (Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Radiologie, Augenheilkunde, Hämatologie, Pulmologie, Gynäkologie) zusammengestellt, das sich damals regelmäßig nach Dienstschluss zu interdisziplinären Patientenbesprechungen getroffen hat. Mit der Kollagenose Sprechstunde verknüpft war schon zu Beginn das Immunfluoreszenz Labor (Abbildung 1) der Hautklinik, in dem auch die Laborparameter (ANA, Hautbiopsien) dieser Patient:innen befundet und klinisch korreliert werden konnten.

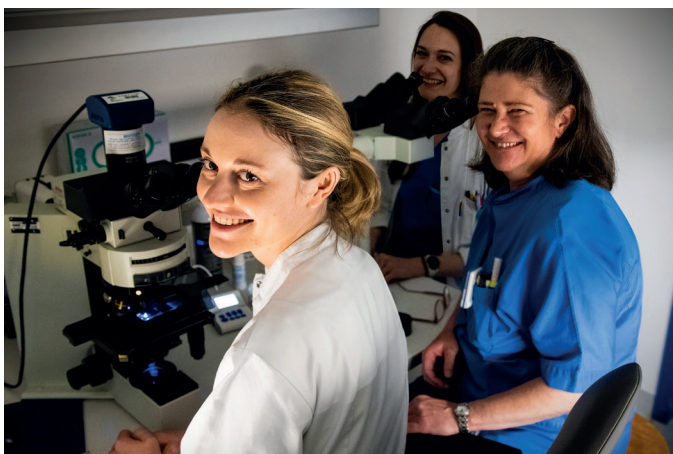


Abbildung 1. Immunfluoreszenzbefundung v.l.n.r. Magdalena Aichner, Gunda Stanarevic, Marina Wanner. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Im Verlauf der Jahre wurden viele Kollagenose Patien:innen in dieser Sprechstunde und damals damit verknüpften Station (Mutter-Kind-Station) sowie in weiterer Folge Station 1 und Sonderstation betreut, wodurch diese Sprechstunde in den letzten Jahrzehnten wiederholt Lieferant und Quelle interessanter Patientenkasuistiken bei diversen Kongressen, Posterbeiträgen, Diplomarbeiten, Dissertationen, wissenschaftlichen Arbeiten, Preisen und einer Habilitation war.

Charakteristikum dieser Sprechstunde ist die kontinuierliche Betreuung der Patient:innen und die hervorragende zeitnahe und persönliche Kooperation mit Spezialist:innen aller Fachdisziplinen (Abbildung 2).



Abbildung 2. Mitglieder der Kollagenose-Sprechstunde und Kooperationspartner anderer Kliniken – Kollagenosennetzwerk v.l.n.r. / 1.Reihe: Benjamin Rogen, Christine Brunner, Josef Klocker (Gefäßchirurgie), Margit Breuss (Psychiatrie), Barbara Böckle, Hannes Neuwirt (Nephrologie), Birgit Mosheimer-Feistritz (Innere Medizin), Clemens Feistritz (Hämatologie), Michael Rudnicki (Nephrologie), Elisabeth D’Costa (Gynäkologie) / 2.Reihe: Magdalena Aichner, Stefan Schatzl (Innere Medizin I), Ivan Tancevski (Innere Medizin II), Thomas Sonnweber (Innere Medizin II), Judith Löffler-Ragg (Innere Medizin II), Jürgen Brunner (Pädiatrie I), Michaela Sailer-Höck (Pädiatrie I), Gerlig Widmann (Radiologie), Philipp Gauckler (Nephrologie), Julia Held (Innere Medizin II), Bettina Böttcher (Gynäkologie), Gudrun Ratzinger. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Lichttherapie („PUVA“) – Psoriasisprechstunde

Gudrun Ratzinger

Bereits 1926 wurde an der Innsbrucker Hautklinik die Lichtstation unter Wilhelm Kerl gegründet. Die spätere Entwicklung wurde vor allem durch den renommierten Experten für Photodermatologie Herbert Hönigsmann und den langjährigen Klinikvorstand Peter Fritsch vorangetrieben. Die behandelten Patient:innen litten vor allem unter Schuppenflechte (Psoriasis), Neurodermitis und anderen Ekzemen. Neben dem UV-B Spektrum wurde auch UV-A in Kombination mit dem Lichtsensibilisator Psoralen angewendet. Daraus entwickelte sich das Akronym PUVA, das bis heute noch namensgebend für die gesamte Ambulanz verwendet wird. Weiters wurden über viele Jahre Röntgenbestrahlungen sowohl bei entzündlichen als auch bösartigen Erkrankungen durchgeführt, die sich bis ins Jahr 2000 zur Behandlung von kutanen Lymphomen an der Hautklinik gehalten haben.

Seit den 1980er Jahren gewinnt die photodynamische Therapie (PDT) von oberflächlichen Formen des weißen Hautkrebs zunehmend an Bedeutung. Sie wurde von Prof. Alexis Sidoroff an der Innsbrucker Hautklinik eingeführt, der auf diesem Gebiet weit über die Landesgrenzen hinaus Pionierarbeit geleistet hat. Diese schonende und flächig anwendbare Methode trägt neben vielen anderen Behandlungsansätzen dazu bei, der epidemiologisch starken Zunahme des weißen Hautkrebs wirksam entgegenzutreten.

Langjährige Behandlungen mit UV-Strahlung führen, so wie auch die natürliche Sonnenstrahlung selbst, zu vermehrtem Auftreten von Hautkrebs. Umso wichtiger war die Entwicklung von gezielten, langfristig anwendbaren Therapeutika für chronisch entzündliche Hauterkrankungen. Die Ära der Biologika, gegen Schlüsselmediatoren der Entzündung gerichtete Antikörper, beginnend in den frühen 2000er, revolutionierte die Behandlung von Psoriasis und später auch Neurodermitis. Hinzu kamen verschiedene auf andere Entzündungsfaktoren abzielende Medikamente mit diversen Wirkmechanismen. Da diese Patient:innen bis dahin vorwiegend an der Ambulanz für Lichttherapie behandelt wurden, entwickelte sich in Innsbruck ebendort die Psoriasisprechstunde, die heute eine

große Anzahl von Patient:innen mit modernen Therapeutika versorgt und auch im Rahmen von klinischen Studien zur Weiterentwicklung beiträgt.

Die diplomierten Pflegekräfte und die vormals leitende radiologisch-technische Assistentin bilden das Herzstück der PUVA. Durch sie wird die tägliche Arbeit mit hoher Expertise durchgeführt, die in kompetenter Weise weitergegeben wird. Außerordentliche Einsatzbereitschaft, Empathie und Konstanz im Team führen zu hoher Patient:innenzufriedenheit, die sich auch in steigenden Leistungszahlen widerspiegeln.



Abbildung. PUVA-Team v.l.n.r. Barbara Böckle, Elisabeth Bartl (ex officio), Ramona Sprenger, Magdalena Seidl-Philipp, Gabi Nocker, Gudrun Ratzinger, Gertraud Engeler, Cornelia Gattringer, Gabi Willim (ex officio), Bernhard Sickert (ex officio), Elisabeth Schuchter (ex officio), Stephanie Larcher-Senn. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Klinische Studien und Qualitätsmanagement

Norbert Reider



Abbildung. Teamarbeit zum Wohle der Patient:innen im Rahmen von Studien und Qualitätsmanagement v.l.n.r. Wolfram Jaschke, Christina Fürhapter. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Die Hautklinik führt seit Jahrzehnten klinische Studien im Rahmen von Zulassungsverfahren von Medikamenten durch. Umfang und Qualität haben sich mit den Jahren dramatisch geändert. Bei meinem Eintritt in die Klinik Anfang der 1990er Jahre waren es noch topische Calcineurin-Inhibitoren, Interferon alpha und die ersten oral verfügbaren Virustatika, die wir mithilfe von Papierordnern untersucht haben, die uns mit den Worten „macht das mal durch“ überreicht und ausgefüllt wurden. Heute beschäftigen wir mit Christina Fürhapter und Wolfram Jaschke zwei Studienkoordinator:innen, die aktuell 19 klinische Studien und 8 akademische Studien aus den verschiedensten Bereichen betreuen. Allein die Vorbereitungszeiten für jede Studie ziehen sich über Monate, Patienteninformationen sind selten kürzer als 25 Seiten und aller Digitalisierung zum Trotz füllen Aktenberge mehrere Zimmer und den halben Dachboden. Andererseits sind wir nur so in der Lage, unseren Patient:innen modernste Therapien mit Biologika,

Norbert Reider

Small Molecules oder Immuntherapien schon frühzeitig anzubieten und damit Krankheitsprognose und Lebensqualität vielfach entscheidend zu verbessern. Weiters wurde im Jahr 2016 auch ein Qualitätsmanagement implementiert, um allen regulatorischen Anforderungen gerecht zu werden.

Die Administration: Fluch und Segen – von der Stenografie bis zur elektronischen Datenverarbeitung

Gabi Willim, Lisa Künzel, Viktoria Migschitz

Ab wann die 1873 gegründete Hautklinik administrative Unterstützung bei der Erfassung von Krankengeschichten, der Klinikgebarung und (anfänglich noch handschriftlich verfasster) Korrespondenz erhielt, ist nicht bekannt.

Der stetige Anstieg der Ärzt:innen-Planstellen (bis 1925 auf 3 Ärzt:innen, bis 1960 auf 7 Ärzt:innen) machte die Etablierung von Sekretariaten sicher notwendig. Unser Wissen über Größe und Besetzung der Sekretariate reicht mit dem Zeitzeugeninterview von Frau Gabriele Willim in die 1970er Jahre zurück, in dem von 8 Schreibkräften sowie einer drittmittelfinanzierten Englischübersetzerin, später Bibliothekarin, berichtet wird (siehe S. 182).

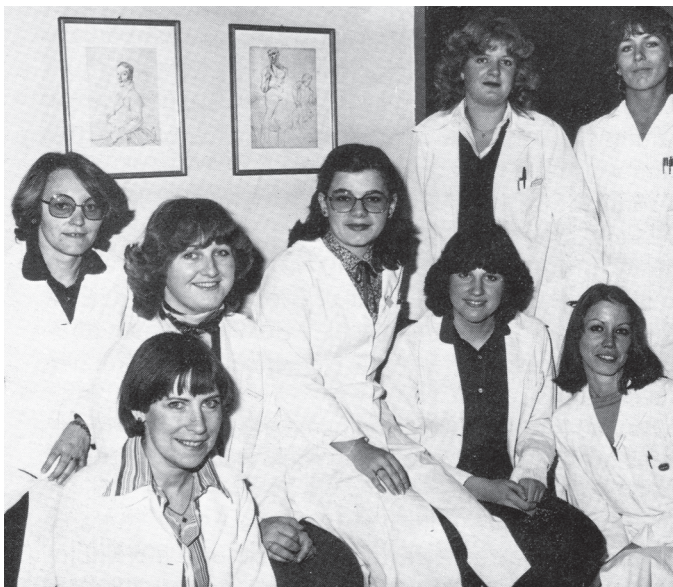


Abbildung 1. Team der Hautklinik-Sekretariate in den frühen 1980er Jahren. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.

Die Sekretärin

Das Wort Sekretärin hat seinen Ursprung im mittel-lateinischen, *secretarius* bedeutet ausschließlich „geheimer Berater, vertrauenswürdiger Mitarbeiter, Person, der man ein Geheimnis, wichtige Dokumente anvertraut“.

Rückblick bis in die 1970er Jahre

Hauptbetätigung war das Schreiben von Krankengeschichten, Befunden und Ambulanzbriefen. Stenogrammen oder direkt vom Arzt der Sekretärin in die Schreibmaschine (mit Pauspapier als Kopie für die Krankengeschichte und Tip-pex zur Korrektur) diktierten Arztberichten folgten Tonbandaufnahmen, der Federkiel wurde von der Schreibmaschine und später von der „hochmodernen“ IBM-Kugelschreibmaschine und erst danach von den ersten Computern abgelöst.

Die Dienstzeit der Sekretärinnen und „Schreibkräfte“: 6 Tage-Woche, 44 Stunden. Die einzelnen „**Schreibstuben**“ hatten spezifische Aufgaben, sodass eine Vertretung wegen des unterschiedlichen Vokabulars der einzelnen „Unterdisziplinen“ nicht so einfach möglich war (Allgemeine Arztbriefe, Histologische Befunde, Allergie-Ambulanz etc. – möglichst 2 Sekretärinnen hatten deshalb immer den gleichen „Ausbildungs“stand).

Früher mussten die Krankengeschichten nach dem Schreiben und Verschieken (wöchentlich mehrere Hunderte Kuverts über „unseren Postboten“ in die Poststelle des LKH getragen) archiviert werden. Dies erfolgte in überdimensionalen Protokollbüchern, in die die persönlichen Daten des Patienten und die Diagnosen händisch eingetragen wurden. Die Diagnosesuche zur Erlangung von Daten für z.B. wissenschaftliche Arbeiten erfolgte in diesen Büchern, „Suchmaschine“ war einzig und alleine das Auge. Im Laufe der Jahre wurden alle Tätigkeiten komplexer und jede Schreibkraft erhielt Zusatzaufgaben, sodass endlich die Bezeichnung Schreibkraft fiel.

Im **Chefsekretariat** wurde und wird die Klinikleitung in allen organisatorischen Belangen unterstützt, Kongress-Reisen und Kongresse organisiert, die Finanzgebarung von Land und Bund erledigt, die Vorgesetztenrolle über alle Sekretärinnen ausgeführt u.v.a.m.

Vor allem die Kongresse waren in den 70er Jahren eine Herausforderung: noch keine Firmenausstellungen, Gifts wurden händisch verpackt, Kaffee für 300 Kongressteilnehmer mit 2 Filter-Kaffeemaschinen gekocht, die Beschriftung der Namensschilder handschriftlich etc. Telefonate außerhalb Innsbrucks mussten über die Telefonzentrale hergestellt werden, Auslandstelefonate zudem angemeldet und Übersee-Telefonate von der Direktion genehmigt werden.

Das „**Kliniksekretariat**“ war und ist primäre Anlaufstelle für die komplette Ärzteschaft und vor allem auch die Studierenden sowie allgemeine telefonische Kontaktstelle der Hautklinik.

An dieser Stelle möchten wir uns beim Team für die gute Zusammenarbeit, das Engagement und den tatkräftigen Einsatz herzlich bedanken.



Abbildung 2. Marina Flörl, Marlis Salchner, Melanie Sailer, Helga Kuen, Viktoria Migschitz, Rochus Sonnweber, Dudu Bas, Gordana Radivojevic, Lisa Künzel. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.



Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR) an der Dermatologie Innsbruck

Erich Mur

Entsprechend der Vielfalt der dermatologischen Erkrankungen werden im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzepts auch diverse Anwendungen aus den Bereichen Physio- und Ergotherapie eingesetzt.

Dabei kommt der Bewegungstherapie eine besondere Rolle zu, die sich jeweils an den spezifischen Problemlagen der Patient:innen zu orientieren hat. Im stationären Setting sind allgemeine Mobilisierung, Übungen zum Erhalt von Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer sowie Atemphysiotherapie als Pneumonieprophylaxe bei längerer Liegedauer bzw. bei pulmonologischen Grunderkrankungen besonders wichtig. Für Patient:innen, bei denen eine Erkrankung des rheumatologischen Formenkreises mit Beteiligung des Bewegungsapparats vorliegt, kommen spezifische Maßnahmen aus dem Bereich der Heilgymnastik zum Einsatz. Begleitend können thermotherapeutische Anwendungen eine relevante Linderung von entzündlich bedingten Beschwerden bewirken, z.B. durch Kältetherapie. Gegen muskuläre Verspannungen haben sich Wärmeanwendungen wie z.B. Fangopackungen gut bewährt, deren Wirkung durch nachfolgende Massage vertieft werden kann. Bei Patient:innen mit Lymphödem ist der Einsatz von Lymphdrainagen zielführend, die im Sinne der Komplexen physikalischen Entstauungstherapie neben Informationsvermittlung und Hautpflege auch Kompressionstherapie und entstauungsfördernde Bewegungstherapie umfasst.

Im Rahmen der ergotherapeutischen Versorgung der Patient:innen mit dermatologischen Erkrankungen stehen – je nach deren individueller Situation – Informationsvermittlung und Schulungsmaßnahmen (u.a. Gelenkschutz), ein selbständig durchzuführendes Heimprogramm bis hin zu Hilfsmittelversorgung im Vordergrund. Um die Patient:innen in ihrer selbständigen Alltagsbewältigung zu stärken, werden sie in der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (An- und Ausziehen, Körperpflege, selbständige Haushaltsführung) angeleitet und unterstützt. Ein weiterer Schwerpunkt der Ergotherapie besteht im Erhalt bzw. der Förderung der kognitiven Fähigkeiten. Falls erforderlich, können die Be-

troffenen mit individuell gefertigten Schienen und Manschetten versorgt werden. Auch bei Verbrennungen kommen spezielle ergotherapeutische Techniken zum Einsatz, wie z.B. spezielle Narbenbehandlungen.

Über die Jahre hinweg hat sich eine stetige Intensivierung der Kooperation zwischen Ärzteschaft, Pflege und Physio- bzw. Ergotherapie ergeben, die von gegenseitiger Wertschätzung und Respekt geprägt ist. Ein besonderer Zugewinn für die an der Dermatologie tätigen Therapeut:innen ist der im Rahmen von Umbaumaßnahmen 2014 gesondert errichtete Therapieraum, der eine wesentliche Erleichterung der Therapiedurchführung unter Wahrung der Privatsphäre der Patient:innen mit sich brachte.

In Summe bietet das Fachgebiet Physikalische Medizin und Rehabilitation vielfältige Möglichkeiten, um bei dermatologischen Erkrankungen in Einklang mit dem bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit die körperlichen und kognitiven Möglichkeiten der Patient:innen sowie deren Aktivitäten und Teilhabe am sozialen Leben und damit in Summe deren Lebensqualität zu verbessern.



Abbildung. v.l.n.r. Silvia Hirmann, Nadja Lentsch, Erich Mur, Katharina Hammerschmidt, Pascal Neuner.

Psychotherapeutischer/klinisch psychologischer Konsiliar-Liaisondienst (CL-Dienst)

Margit Breuss, Manfred Gugler

Der psychotherapeutische/klinisch psychologische Konsiliar-Liaisondienst wurde 1994 in einer Kooperation zwischen Prof. Wolfgang Söllner und der damaligen Leiterin der Melanom-Ambulanz Drⁱⁿ Martina Zingg-Schir gegründet. Schwerpunkt war zunächst die Betreuung der Patient:innen mit malignen Melanomen. Aus dieser Kooperation entstanden zahlreiche Publikationen zum Versorgungsbedarf und zur psychoonkologischen Behandlung der Betroffenen. Auf Wunsch von Prof. Fritsch wurde der Konsiliar-Liaisondienst zunächst auf die Privatstation konzentriert, aber im Verlauf auf alle Stationen und auch andere Gruppen von Patient:innen ausgeweitet. Aus diesem Engagement entstand auch ein Qualitätsmanagementprojekt für Pflegekräfte in der Palliativversorgung in der Verantwortung von Drⁱⁿ Susanne Maislinger.

Im weiteren Verlauf hat sich neben der Psychoonkologie die Versorgung chronisch kranker Menschen, allen voran Patient:innen mit Kollagenosen, als Schwerpunkt etabliert. Zudem gab es immer wieder Bemühungen, psychoedukative Gruppen für an Neurodermitis erkrankte Menschen anzubieten, doch erst Prof. Schmuth stellte dies auf eine stabile Basis, indem er einem interdisziplinären Team die Teilnahme an einer zertifizierten Schulung für Neurodermitistrainer:innen ermöglichte. Seit 2015 werden regelmäßig Schulungen für Eltern mit an Neurodermitis erkrankten Kindern angeboten. Der onkologische Bereich wurde 2016 im Rahmen der Zertifizierung zum Hautkrebszentrum neu strukturiert in der Zertifizierung verankert.

Getrennt davon entwickelte sich die psychosoziale Versorgung der Haut V unter der Leitung von Prof. Robert Zangerle. Von psychologischer Seite war in der Aufbauphase Drⁱⁿ Birgit Mumelter für die psychologische Betreuung der HIV-Patient:innen verantwortlich. Diese Kooperation begann in einer Zeit des Umbruchs, als wirksame Therapien auf den Markt kamen, die jedoch eine hohe Adhärenz voraussetzten. Ein therapeutisches Umfeld für diese stark von Stigmatisierung betroffene Gruppe von Patient:innen zu schaffen, war eine

interdisziplinäre Aufgabe, die nur in enger Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen – Ärzt:innen, Pflege, psychologischem CL-Dienst und der Sozialarbeiterin (damals Dodo Mahnke) – möglich war. Wissenschaftlich beschäftigte sich Drⁱⁿ Birgit Mumelter unter anderem mit von HIV betroffenen Frauen, die in dieser Zeit nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit standen.

Die Kooperation mit der damaligen Univ. Klinik für Medizinische Psychologie wurde nach der Emeritierung von Prof. Zangerle von Prof. Mario Sarcletti weitergeführt. Die Aufgaben veränderten sich im Lauf der Jahre stark: Stigmatisierung und Themen von Schuld und Scham sind in der psychologischen Betreuung von HIV-Patient:innen wichtig, geraten mit den wirksamen Therapien jedoch zunehmend in den Hintergrund. Die Lebenserwartung verlängerte sich und die meisten Patient:innen können ambulant behandelt werden. Die Betreuung älter werdender Patient:innen und die Prävention von Co-Morbiditäten und neuer Infektionen geraten zunehmend in den Fokus.

Seit Beginn des klinisch psychologischen/psychotherapeutischen CL-Diensts an der Hautklinik haben sieben Mitarbeiter:innen im Allgemeinen Bereich und sechs Mitarbeiter:innen an der Haut V gearbeitet (chronologisch, ohne Titel, die aktuellen Mitarbeiter:innen sind fett gedruckt):

CL-Mitarbeiter:innen im allgemeinen Bereich: Wolfgang Söllner, Florian Katzlberger, Susanne Maislinger, Renate Gross, Monika Burtscher, **Margit Breuss, Luna Rabl**

CL-Mitarbeiter:innen der Haut V: Birgit Mumelter, Gerhard Rumpold, Angela Schipflinger, Andrea Fink (früher: Stöckl), Rita Gastl, **Manfred Gugler**

Psychotherapeutischer/klinisch psychologischer Konsiliar-Liaisondienst (CL-Dienst)



Abbildung. Einige der früheren und aktuellen CL-Dienst-Mitarbeiter:innen an der Hautklinik (von links nach rechts: Margit Breuss, Renate Groß, Gerhard Rumpold, Luna Rabl, Manfred Gugler, Rita Gastl). Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.



Seelsorge im Krankenhaus

Michael Weiskopf

Was braucht ein Mensch, der durch Krankheit aus dem Alltag gerissen wird und vor ganz neuen Herausforderungen steht?

Neben einer guten medizinischen Betreuung ist der Blick auf psychische und soziale Schwierigkeiten wichtig. Doch dazu kommt noch die Dimension der Spiritualität, die sich mit dem Halt-Finden – besonders in Lebenskrisen – beschäftigt.

Dafür steht seit Beginn der Hautklinik Innsbruck die Seelsorge zur Verfügung, die für Menschen in der Krise eine Stütze sein und Hoffnung in den Krankenhaus-Alltag bringen will.

Geschichtlich betrachtet waren Krankenhaus und Seelsorge immer stark verbunden. Neben der medizinischen Behandlung war man sich dessen bewusst, dass auch die Seele in Zeiten von Krankheit und Krise einer besonderen Zuwendung bedarf. Ausgedrückt hat sich das in früheren Zeiten hauptsächlich durch die Feier von religiösen Ritualen am Krankenbett.

Wie die Krankenhauseselsorge heute arbeitet, hat sie im aktuellen Leitbild so formuliert:

Getragen von der Botschaft des Evangeliums begegnen und begleiten wir Menschen in Grenzsituationen. Kirchlich beauftragt sorgen wir für die Seele und tragen zur Sicherung der Qualität im Krankenhaus bei.

Konkret bedeutet dies eine 24-h-Bereitschaft vor Ort für Krisensituationen, die Begleitungen in der Krankheit sowie am Lebensende, die Schulung, Ausbildung und Lehre in diesem Bereich und das Angebot von religiösen Feiern. Ein weiteres, in den letzten Jahren besonders fokussiertes Angebot, stellt die Krisenintervention dar.

Bei all diesen Angeboten ist es der Seelsorge sehr wichtig, alle Menschen im Krankenhaus im Blick zu haben, denn nicht nur der erkrankte Mensch benötigt Halt, sondern auch die Angehörigen und die Mitarbeitenden des LKH Innsbruck.

So wie sich das Angebot der Seelsorge in den letzten Jahrzehnten verändert hat, so hat sich auch das Team den Bedürfnissen der Zeit angepasst: Waren es früher hauptsächlich Geistliche, die für die seelsorgliche Betreuung zuständig waren, sind es heute 14 Frauen und Männer, die Menschen begleiten. Wichtig ist dem Team auch eine enge ökumenische Zusammenarbeit, die sich darin äußert, dass eine evangelische Kollegin hauptamtlich in der Klinikseelsorge mitarbeitet.

Nicht zu vergessen sind natürlich die ehrenamtlichen Seelsorger:innen, die an festgelegten Wochentagen die Stationen besuchen, Gespräche und Rituale – wie zB Kommunionfeiern oder Segensriten – anbieten.

Konkret für die Hautklinik gibt es ein Team, das sich derzeit aus der evangelischen Seelsorgerin Mag.^a Ulrike Swoboda, dem katholischen Seelsorger Mag. Michael Weiskopf und der ehrenamtlichen Seelsorgerin Verena Kranebitter zusammensetzt.

Obwohl die Hautklinik über keinen Andachtsraum verfügt, können Patientinnen und Patienten leicht Zugang zu vier spirituellen Räumen auf dem Gelände der Tirol Kliniken haben. Speziell die Nikolauskapelle im Kinder-Herz-Zentrum ist nahe gelegen und überträgt auf dem Klinikkanal 1 – Auszeit TV – religiöse Feiern live direkt ins Krankenzimmer.

Besondere Menschen in der Leitung der Seelsorge haben einen guten, zukunftsfähigen Weitergang ermöglicht. Hier ist vor allem Mag. Andreas Krzyzan und seine Nachfolgerin Dr.ⁱⁿ Hildegard Anegg zu nennen. Verbunden mit einer ausgezeichneten Zusammenarbeit mit den Tirol Kliniken und einem hochengagierten und gut ausgebildeten Team kann auch in Zukunft eine qualitätsvolle Seelsorge im Krankenhaus angeboten werden.

Die Offenheit gegenüber allen Menschen und das Erkennen der aktuellen Bedürfnisse sind Garanten für einen guten Weg in die Zukunft. So können wir auch nach 150 Jahren des Bestehens der Innsbrucker Hautklinik gut miteinander weitergehen – zum Wohl der Menschen, die hier behandelt werden, der Angehörigen und unserer Mitarbeitenden.

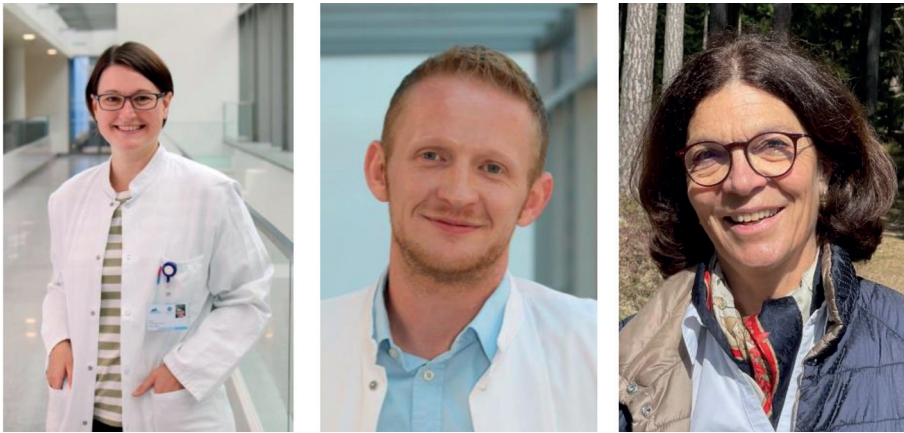


Abbildung: Das derzeitige Seelsorge-Team der Hautklinik: Mag.^a Ulrike Swoboda, Mag. Michael Weiskopf und die ehrenamtliche Seelsorgerin Verena Kranebitter. Bildquelle: Seelsorge Landeskrankenhaus Innsbruck.



Sozialarbeit an der Hautklinik Innsbruck

Dominika Kammerlander

Die Sozialberatung der Hautklinik Innsbruck besteht seit ca. 40 Jahren und wurde anfangs von Kollegin Gabi Schiessling von der Inneren Medizin aus mitbetreut. Bald war eine eigene Stelle notwendig, um die Versorgung der schwerstkranken und sterbenden Menschen mit HIV bzw. AIDS abzudecken. Die Sozialarbeit konzentrierte sich am Anfang fast ausschließlich auf HIV-Patient:innen mit schlimmsten Krankheitssymptomen und Nebenwirkungen; zusätzliche Probleme wie psychische Erkrankungen und Sucht machten Kriseninterventionen alltäglich.

Mit der Entwicklung der HIV-Therapie hat sich die Perspektive der Patient:innen verändert. Die Ausrichtung auf ein Leben mit HIV stellte die Patient:innen und das Personal und damit auch die sozialarbeiterische Betreuung vor neue Aufgaben. Die gesundheitliche Situation verbesserte sich laufend, Zukunftsperspektiven mussten entwickelt werden. Schulden mussten geregelt und Pensionsanträge gestellt werden, auch Stadtwohnungen wurden beantragt, wenn gleich damals schon jahrelange Wartezeiten Standard waren.

Die länger- bzw. langfristige Koordination der Betreuung und Begleitung gewann an Bedeutung. Aufgabe der Sozialarbeit im Team der Betreuer:innen war es, die Lebensumstände der Betroffenen so zu stabilisieren, dass sie die Einnahme der komplexen HIV-Therapien einhalten konnten. Die Organisation von Hilfsmitteln für das Complianceprogramm (Uhren mit Alarmzeiten zur Therapie, Medikamentenboxen etc.) war ebenso wichtiger Bestandteil der Arbeit wie die Organisation des Netzwerks, das seither kontinuierlich besteht. Dieses ist die enge und direkte Vernetzung zwischen Klinik und ambulanten Unterstützungsorganisationen wie AIDS-Hilfe, Mobiler Hilfsdienst (MOHI) und ambulanten Pflegediensten. Die enge Zusammenarbeit (und gute Vernetzung) mit allen Berufsgruppen innerhalb und außerhalb ist das Erfolgsrezept dieser Abteilung.

Seit einigen Jahren zeichnet sich ein vermehrter Bedarf an Sozialarbeit in der Betreuung von Hautkrebspatient:innen und Patient:innen mit Multiproblemlagen auf den Hautstationen ab.

Im onkologischen Bereich ist das Angebot nicht auf den stationären Aufenthalt begrenzt, sondern wird im Sinne der ganzheitlichen Betreuung auch ambulant angeboten.

Patient:innen mit Problemen wie Verwahrlosung, Vernachlässigung, psychischer Erkrankung, ohne Versicherungsschutz oder fehlender sozialer Beziehungen sind ebenso Teil der täglichen Sozialarbeit der Hautklinik wie die fehlenden ambulanten und stationären Nachsorgestrukturen. Sozialarbeit an der Hautklinik ist und bleibt ein spannender und komplexer Bereich. Die Betreuung von HIV-Patient:innen wird dabei in meiner Arbeit immer einen speziellen Platz einnehmen.

Direktorenbiografien

Matthias Schmuth

Eduard Láng, geb. 1841 in Klacsan in Oberungarn, gest. 1916 in Reichenau an der Rax, war Klinikleiter der Klinik für Syphilis und Dermatologie in Innsbruck von 1873–1887 (Spitzer 1916). Zu seinen Schwerpunkten gehörte die Infektiologie (Syphilis, Tuberkulose). Vor seiner Zeit in Tirol war er „Operationszögling“ bei Theodor Billroth in Wien, von wo aus er zum Chirurgen Carl von Heine nach Innsbruck wechselte (W. Mentzel 2022). An der Chirurgischen Klinik in Innsbruck etablierte er eine dermatovenerologische Ambulanz. Während des Deutsch-Französischen Krieges 1870, an dem Heine teilnahm, leitete Láng kommissarisch die Chirurgische Klinik. Er habilitierte sich 1871 für das Fach Chirurgie, bald darauf wurde seine Dozentur auf Syphilis ausgedehnt. 2 Jahre später, 1873, wurde er a.o. Professor und Leiter der neu gegründeten Klinik für Syphilis und Dermatologie in Innsbruck, die er 14 Jahre lang leitete (W. Mentzel, ebendort). Obwohl er 1875 und 1876 Rufe nach Prag erhielt, erfolgte die Besetzung dort nicht. 1886 erhielt er den Titel eines Ordinarius, womit Innsbruck nach Wien und München zu den ältesten Ordinariaten des Faches im deutschsprachigen Raum war. Láng fungierte als Mitglied der Spitalsneubaukommission, die die Übersiedlung aus dem alten Alten Stadtspital Am Marktgraben in das neue Spitalsareal in Innsbruck-Wilten plante. Jedoch nahm er, mit den Rahmenbedingungen in Innsbruck unzufrieden, 1887 ein Primariat am AKH Wien als Nachfolger von Heinrich Auspitz an (II. Abteilung für Syphilis) und gründete später in Wien die „Neue Wiener Lupusheilstätte“ (Tuberkulose). Er wird beschrieben als „Vollnatur, die ihre eigenen Wege ging und ohne Beeinflussung (...) Leistungen von dauerhaftem Wert schuf“. Im September 1918 wurde in Wien Ottakring die an der Heilstätte angrenzende und nach Niels Ryberg Finsen benannte Straße in Eduard Láng Gasse umbenannt und im Dezember 1938 erfolgte die bis heute gültige Umbenennung (wohl, weil Láng Jude war) in Steinlegasse (W. Mentzel, ebendort). Láng „hat den größten Teil seines Vermögens den Kranken gewidmet“ (L. Spitzer ebendort).

W. Mentzel. Aus den medizinhistorischen Beständen der UB Meduni Wien: Eduard Lang – Dermatologe und Gründer der Lupusheilstätte in Wien, ub-blog.meduniwien.ac.at/blog/?p=40063#_ftnref5, (2022)

L. Spitzer, Hofrat Prof. Dr. Eduard Lang. *Archiv für Dermatologie und Syphilis* volume 122, pages 876–879 (1916)

Adolf Jarisch, geb. 1850 in Wien, gest. 1902 in Graz war Schüler bei Ferdinand von Hebra in Wien, bevor er als a.o. Professor nach Innsbruck wechselte, um dort die Univ.-Hautklinik von 1888–1892 zu leiten. Seine wissenschaftlichen Arbeiten in Innsbruck betrafen insbesondere das Pigmentsystem, basierend auf seinem vertieften Interesse an Chemie im Studium zu lokaltherapeutischen Wirkstoffen. Er war außerdem ein Wegbereiter der Histologie in der Dermatologie und publizierte über die Morphologie des Pemphigus. Anschließend war er Vorstand der Univ.-Hautklinik in Graz. Er verfasste das Lehrbuch: „Die Hautkrankheiten“ und ist Namensgeber der Jarisch-Herxheimer-Reaktion, einer Fieberreaktion nach erfolgter Therapie der Syphilis (K.M. Dunst et al. 2006). Der Mitbeschreiber Karl Herxheimer, geb. 1861 in Wiesbaden, war Professor für Dermatologie in Frankfurt und starb 1942 im KZ Theresienstadt.

K.M. Dunst, R. Gurunluoglu, J. Auböck, C. Sakho, G.M. Huemer. Adolf Jarisch (1850–1902): an important contributor to Austrian dermatology. *Archives of Dermatological Research* volume 297, pages 383–388 (2006)

Wladimir von Lukasiewicz, geb. 1860 in Hottoszynez/Galizien, gest. 1924 in Lemberg, wurde in Wien unter Kaposi zum Dermatologen ausgebildet und war Vorstand der Innsbrucker Univ.-Hautklinik von 1892–1898. In seine Zeit fiel die Übersiedlung der Klinik vom vormaligen Stadtspital in ein neu eingerichtetes Gebäude in Innsbruck Wilten (C. Koffler 2001). 1898 wechselte er als Vorstand in die Univ.-Hautklinik in Lemberg, wo er allerdings nicht lange später im Rahmen eines Straßenunfalls verstarb (Rille 1946). Seine Forschungsgegenstände waren unter anderem: Lichen scrophulosorum, Erythema multiforme, Folliculitis exulcerans, Mycosis fungoides, Xeroderma pigmentosum (Rille ebendort).

C. Kofler. Die Geschichte des alten Innsbrucker Stadtsitals in Schriftenreihe des Archivs, Band 1, (2001)

J. R. Rille: 50 Jahre Wiener Dermatologie. In: Wiener klinische Wochenschrift. Wien / New York: Springer 1888 – lfd. 58, S. 496 ff. (1946)

Johann Heinrich Rille, geb. 1864 in Brünn, gest. 1956 in Höflein bei Wien, erhielt seine Ausbildung zum Dermatologen bei Isidor Neumann in Wien und bei Eduard Lipp in Graz. Er leitete die Innsbrucker Hautklinik zwischen 1898–1902. Anschließend wurde er Vorstand der Hautklinik der Universität Leipzig und später auch deren Dekan. 1945 floh er nach der Ausbombung der Leipziger Hautklinik nach Innsbruck und supplierte dort nochmals die Klinikleitung. Prof. Rille publizierte über Geschlechtskrankheiten, infektiöse und parasitäre Dermatosen sowie über Ekzeme. Er beschrieb mehrere Erythrodermien, unter anderem die Hautveränderungen bei Ichthyosis linearis circumflexa (Rille – Comél Krankheit). Lehrbuch: „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten“.

E. Spitzer. Johann Heinrich Rille und Julius Wagner-Jauregg. Arch Dermatol. 76: 362. (1957)

Ludwig Merk, geb. 1862 in Graz, gest. 1925 in Graz, war Schüler von Eduard Lipp in Graz nachdem er zunächst von 1888–90 beim österreichisch-ungarischen Lloyd als Schiffsarzt gearbeitet hatte, um eine Lungentuberkulose ausheilen zu lassen. Seine Schwerpunkte waren unter anderem die Pellagra (Merk 1908) und die Dermatopathologie. Er publizierte unter anderem auch über die Neurofibromatose. Ihm wird die Einrichtung eines Wassermannlabors zugeschrieben. Er wurde 1903 zum außerordentlichen Professor und 1913 zum ordentlichen Professor an der Univ.-Hautklinik in Innsbruck ernannt und leitete diese somit von 1903–1925.

L. Merk. Die Hauterscheinungen der Pellagra. Wagnersche Universitäts-Buchdruckerei. (1908)

Leopold Arzt, geb. 1883 in Wien, gest. 1955 in Wien. Er supplierte im Jahr 1919/1920 die Leitung der Innsbrucker Univ.-Hautklinik. Im Jahr 1926 war er für einige Monate berufener Leiter der Innsbrucker Univ.-Hautklinik, bevor er sehr rasch nach Wien als Vorstand I. Univ.-Hautklinik als Nachfolger seines Lehrers Gustav Riehl zurückberufen und mehrmals Dekan der Medizinischen Fakultät und 1836/37 Rektor der Universität Wien wurde. Arzt publizierte über Mykologie, Syphilis und lymphatisch-leukämische Erkrankungen der Haut sowie die Strahlentherapie von Hauterkrankungen. Lehrbücher: „Die Haut- und Geschlechtskrankheiten“, „Allgemeine Dermatologie“, „Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten“.

Quellen

www.geschichtewiki.wien.gv.at/Leopold_Arzt

geschichte.univie.ac.at/de/personen/leopold-arzt

Wilhelm Kerl, geb. 1880 in Wien, gest. 1945 in Wien, erhielt seine dermatologische Ausbildung unter Riehl in Wien. Er wurde Leiter des Ambulatoriums für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Kaiserin-Elisabeth-Spital, bevor er 1926–1927 als Vorstand der Innsbrucker Univ.-Hautklinik fungierte. Anschließend wurde er Vorstand der II. Univ.-Hautklinik in Wien. Seine Schwerpunkte waren die Tuberkulose, er studierte die Syphilis am Kaninchen und publizierte über die Salvarsan-Therapie der Syphilis. Professor Kerl wird die Errichtung einer Lichtstation an der Innsbrucker Klinik zugeschrieben.

Quelle

de.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_Kerl

Leo Kumer, geb. 1886 in Bleiburg, gest. 1951 in Wien, absolvierte die Ausbildung zum Dermatologen unter Riehl in Wien. Er leitete nach dem Kriegsdienst im 1. Weltkrieg und 4-jähriger russischer Gefangenschaft die Innsbrucker Univ.-Hautklinik von 1928–1938. 1938 wurde er kurzzeitig in Schutzhaft genommen. Er wurde anschließend „auf eigenes Ansuchen beurlaubt und hat gegen sich

Untersuchung beantragt. Die schwerwiegendste der gegen ihn erhobenen Anschuldigungen hat sich nach den Rektoratsakten und den vom Dozentenbund durchgeführten Erhebungen als unzutreffend erwiesen“ (P. Goller 2023). Er wurde ab 1939 Vorstand der Hautabteilung am Wilhelminenspital. Schwerpunkte: Strahlentherapie (Radium), Infektiologie (Mykosen, Tuberkulose, Viruserkrankungen). Er schrieb das Lehrbuch: „Dermatologie“.

P. Goller. Die Neugründung der Medizinischen Fakultät Innsbruck 1869 (2023)

Josef Konrad, geb. 1900 in Bregenz, gest. 1979 in Innsbruck, rückte vor seinem Studium im Frühjahr 1918 zum 3. Regiment der Tiroler Kaiserjäger ein. Nach dem Medizinstudium in Innsbruck, Graz und München erhielt er seine dermatologische Ausbildung unter Riehl und Kerl in Wien und Innsbruck. Von 1936–1945 war er Primararzt und Vorstand der dermatologischen Abteilung des Wiedener Krankenhauses in Wien (J. Zelger 1980). Er erhielt in Innsbruck 1945 das Extraordinariat bevor er 1948 zum Ordinarius ernannt wurde. Er leitete die Klinik 26 Jahre und errichtete das Fotolabor. Seine klinisch-wissenschaftlichen Schwerpunkte: Verbrennungen, Strahlentherapie, Tuberkulose, Lupus erythematodes, Syphilis.

J. Zelger. In memoriam em. Univ.-Prof. Dr. J. Konrad. Berichte des naturwissenschaftlich-medizinischen Vereines Innsbruck, Bd. 67, S. 269-274 (1980)

Gustav Niebauer, geb. 1924 in Wien, gest. 1988 in Innsbruck, leitete die Innsbrucker Univ.-Hautklinik von 1971–1975. Anschließend war er Vorstand der II. Univ.-Hautklinik in Wien. Er war Schüler von Albert Wiedmann in Wien und absolvierte Auslandsaufenthalte in Moskau, Kairo, Alexandria und Boston. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte umfassten Untersuchungen zum Bindegewebe, aktinische Hautpathologie, Langerhanszellen, das allergische Kontaktekzem, das Nervensystem der Haut, Pigment und Arbeiten zum Melanom. Er ist Autor eines Buches zum Thema Reisedermatosen.

K. Holubar. Prof. Gustav Niebauer (1924–1988). 176: 273-274 (1988)

Klaus Wolff, geb. 1935 in Hermannstadt (Sibiu), gest. 2019 in Wien, war von 1976–1981 Vorstand der Innsbrucker Univ.-Hautklinik. Er erhielt seine Fachausbildung in Dermatologie in Wien unter Wiedmann und Tappeiner. Nach Forschungsaufenthalten an der Mayo Clinic, Rochester, Minnesota und in Boston an der Harvard University gründete er eine Abteilung für experimentelle Dermatologie an der Universität Wien, bevor er 1976 Vorstand der Univ.-Hautklinik in Innsbruck wurde. Während seiner Innsbrucker Zeit wurden wichtige klinische (Lichttherapie) und wissenschaftliche Impulse an der Klinik gesetzt (Elektronenmikroskopie, Langerhanszellen, Retinoide, Zellkultur). Die Hauptvorlesung, die Klaus Wolff zu Beginn seiner Tätigkeit vor 6 oder 7 Studierenden abhielt, wurde rasch zum Geheimtipp und bald zum Blockbuster. Die Hörer mussten stehen oder saßen am Boden.

1981 erhielt Prof. Wolff den Ruf als Vorstand an die I. Univ.-Hautklinik in Wien. Während seines Ordinariats in Wien führte er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2004 die österreichische dermatologische Schule zu neuen Höhenflügen, fungierte als Verfasser einer großen Zahl „klassischer“ wissenschaftlicher Publikationen und war jahrzehntelanger Herausgeber von „Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine“. Er ist Autor weiterer international bekannter Lehrbücher: „Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology“, „Challenge Dermatology“.

M. Schmuth, P. Fritsch. Nachruf o. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Klaus Wolff. Nachrichten der Medizinischen Universität Innsbruck. www.i-med.ac.at/mypoint/thema/741701.html (2019)

Peter Fritsch, geb. 1940 in Wien, leitete die Univ.-Hautklinik von 1983–2008. Neben Láng und Merk war er einer der längstdienenden Vorstände der Klinik und prägte die Innsbrucker Dermatologie nicht nur als Klinikvorstand, sondern auch die medizinischen Geschicke der Fakultät als Dekan und Vorsitzender der Professorenkurie. Er absolvierte seine Facharztausbildung am AKH Wien und verbrachte Auslandsaufenthalte in Birmingham (Prof. Cruickshank), Paris (Prof. Prunières), New Haven (Prof. Lerner) und San Francisco (Peter Elias). Er war Gründer der Österreichischen Akademie für Dermatologische Fortbildung (ÖADF) und Präsident zahlreicher nationaler (z.B. ÖGDV, van Swieten Gesell-

schaft) und internationaler (Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung, European Dermatology Forum, European Society for Dermatological Research) Fachgesellschaften.

Seine Lehrbücher „Dermatologie, Venerologie“ und „Dermatologie & Venerologie für das Studium“ gelten als Standardwerke für angehende Dermatolog:innen im deutschsprachigen Raum. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte umfassten unter anderem das Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS), die toxische epidermale Nekrolyse (TEN), die Biologie der Melanozyten, Langerhanszellen und den dermato-pharmakologischen Einsatz von Retinoiden.

H. Hintner. Laudatio commemorating the 80th birthday of Univ. Prof. Dr. Peter Fritsch. Hautarzt, 7:732-733 (2020)

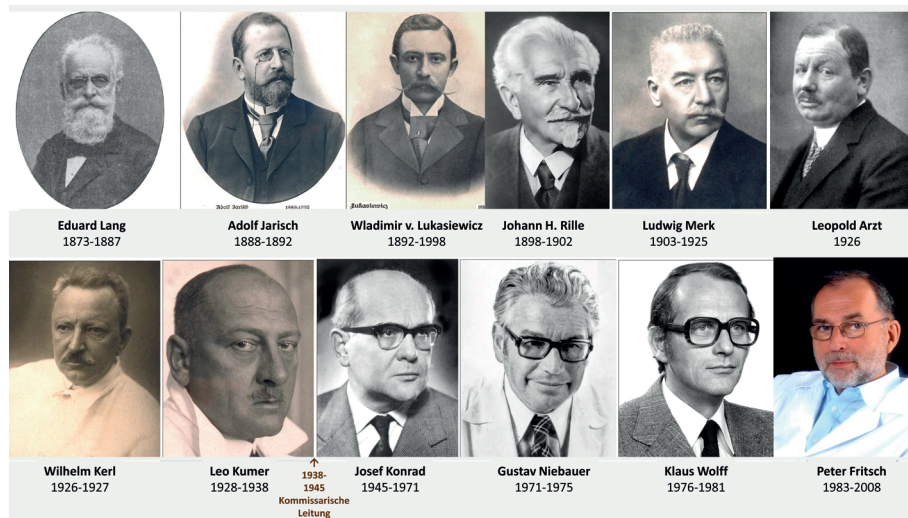


Abbildung. Die Leiter der Innsbrucker Univ.-Hautklinik zwischen 1873-2008. Bildquelle: Univ.-Hautklinik Innsbruck.



Mitarbeiterliste

Die Liste enthält die Namen der uns zum Zeitpunkt des 150-Jahr Jubiläums bekannten Mitarbeiter:innen der Univ.-Hautklinik Innsbruck. Die Mitarbeiter:innen des Jubiläumsjahres 2023 sind gekennzeichnet. Wir bitten um Verständnis, dass nicht alle Namen eruiert werden konnten. Bitte geben Sie uns gegebenenfalls Bescheid.

PFLEGE, PFLEGEHELPER:INNEN und ORDINATIONSASSISTENT:INNEN

Claudia Abfalter, Elisabeth Bartl, Gabriele Bauer, **Josef Beichtbuchner**, **Julia Böhme**, **Barbara Bradner**, Sonja Burger, Claudia Corrente, **Martina Cuturic**, **Birgit Deutschmann**, Gerhard Deutschmann, **Denise Dobler**, **Veronika Duftner**, Edeltraud Duregger, **Sonja Duschek**, Erika Eder, **Susanne Egger-Riedmüller**, Brigitte Egerbacher, **Christian Eisenzopf**, Sabine Eiter, **Waltraud Engeler**, Sandra Entstrasser, Brigitte Egerbacher, Ramona Ehrensperger, Rita Eisner, **Gerlinde Farnik**, Leni Feichter, **Sandra Fink**, **Melanie Forstlechner**, **Hanna Frei**, **Stefan Friehe**, **Gudrun Fritz**, Florian Fuchs, **Albert Gabl**, **Simon Gabriel**, Roswitha Gassl, Anja Gasser, Dora Greil, Linda Griesser, **Veronika Gspan**, Christina Hablitzel, **Regina Haider**, Manuela Hammer, **Elisabeth Haslacher**, Simon Haslinger, **Christine Hechenblaikner**, Corinna Heinrich, Tabea Herter, Sabine Himml-Wolf, Ludmilla Hlavackova, **Angelika Hochenegger**, **Andrea Hochschwarzer**, Waltraud Hofer, **Nadja Hofflehner**, **Verena Hödl**, **Jennifer Höfler**, Herlinde Hörmandinger, **Herbert Hornegger**, **Katrin Hörtnagl**, **Theresa Innerbichler**, Beate Jäger, Edith Jäger, **Thomas Jäger**, **Andrea Jehle**, Gudrun Jobst-Überall, **Julia Jordan**, **Julia Kammerlander**, Oliver Kapferer, **Silvia Kettenmayr**, **Lisa Kleinhappl**, **Julia Kofler**, Brigitte Köhle, **Eva Lackner**, **Cornelia Lamisch**, **Stephanie Larcher-Senn**, **Carina Lechner**, **Katrin Leiter**, **Sabrina Lener**, Maria Lindenbauer, Roswitha Loewit, Bettina Lundi, Klara Mair, Maria Mantl, Waltraud Marberger, Astrid Mayramhof, Claudia Meischberger, **Melissa Melmer**, Isabella Mitterschiffthaler, Dora Mlekus, **Tatiana Mühlbacher**, Heinz Neuner, **Gabriele Nocker**, **Angelika Obmascher**, **Barbara Ortner**, **Shonali Paul**, **Sandra Paulweber**, **Veronika Peresic**, **Alexander Plattner**, Barbara Plattner, Sieglinde Ploner, Barbara Poschgan, **Peter Praschberger**, Mikko Pukkinen, **Ramanie Ramalingam**, Marcel Rapold, **Maria Reich**, Julia Richter, Elisabeth Rieser, **Anselma Ritzer**, Katrin Rudig, Brigitte Rühr, Jasmine Rumer, Gabriele Sailer, Elisabeth Schuchter (RTA), Rosmarie Schölzhorn, **Barbara**

Sailer, Gebhard Schimpfössl, Georg Schmidinger, Ingrid Schreiber-Mayr, Sara Soller, Claudia Schwaha, **Ramona Sprenger**, Angelika Stern, **Andrea Stolz**, Thea Tabojer, **Bianca Taurer**, Regina Tinkl, **Marie Torggler**, Ferdinand Triendl, David Trojer, Daniel Truber, Gabriele Unterberger, Franz Unterpertinger, Maria-Luise Volgger, Nicole Weber, Susanne Weichselbraun, Regina Wieser, Roland Wieser, Monika Wildauer, **Nadine Witting**, Marianne Woratschka, Verena Würzner, Helga Zaudtke, **Reingard Zoller**

ÄRZT:INNEN

Werner Aberer, Karin Aichhorn, **Magdalena Aichner**, **Fiona André**, Leopold Arzt, Josef Auböck, Mehmet Baltaci, Hadwig Bauer, Klaus Bauer, **Christa Baumgartner**, Silke Belter, Susanne Benedikter, Boris Bill, Waltraud Bitterlich, **Stefan Blunder**, **Barbara Böckle**, Maresa Bodenberger, **Christine Brunner**, Nikolaus Czarnecki, Kathrin Dander, Elfriede Daniel, Manfred Danner, Anna Maria Derler, Diyani Dewasurendra, Carlo Dondlinger, **Lara Durakbasa**, **Sonja Eckmann**, Cornelia Egger, Klaus Eisendle, Isabelle Felber-Pohl, Anna-Maria Forster, **Nina Frischhut**, Esther Fritsch, Peter Fritsch, Beatrix Gasser, Irina Gasslitter, **Cornelia Gattringer**, Brigitte Geier-Wohlfahrt, **Martin Gisinger**, Alfred Grassegger, Gerhard Grubauer, **Robert Gruber**, Andrea Guggenbichler, Hildegard Gundel-Leiter, Wolf Gschwandtner, Andreas Haim, Hanaa Hasan, Dietmar Heiser, Norbert Hilty, Manfred Hinteregger, **Philipp Hinteregger**, Helmut Hintner, Hugo Hochleitner, Zita Hoffer, **Nicole Höllweger**, Michael Holzer, **Undine Holzmann**, Herbert Hönigsmann, Bettina Hönlinger, Reinhard Höpfl, Regina Huber, Wolfgang Hynek, Brigitte Illersperger, Ahmed Isser, Adolf Jarisch, Erna Jaschke, Gertraud Kaaserer, Ruth Kainzwaldner, Renate Kalkbrenner, Bettina Kerbler, Wilhelm Kerl, Maria Kitchen, Georg Klein, Heinz Kofler, Dietmar Köfler, Josef Konrad, Elisabeth Kowald, Christian Kranl, Hans Krösl, **Marlene Kuen**, Alexius Kufner, Laura Kühnelt-Leddhin, Leo Kumer, Eduard Láng, Udo Längle, **Angelika Le Beau**, **Iryna Levytska**, Dennis Linder, Isabella Linser, **Elke Linser**, Hans Loos, Michael Lukas, Wladimir von Lukasiewicz, Kerstin Luze, Marcela Martinez Escaname Y Pinales, Sylvia Mayr, Eva Meindl, Ludwig Merk, Simone Mitteregger, Birgit Moosbrugger, **Verena Moosbrugger-Martinz**, Sabine Moser-Oberthaler, Elisabeth Muglach, Hansgeorg Müller, Elisabeth Mwanakuzi, Katharina Neubauer, Johannes Neuhofer, Heidegard Neuner, Doris Neururer, Gustav Niebauer, **Van Anh Nguyen**, Karin Niescher-Lüftl, Werner Nindl, Nibert Oberkofler, Gerlinde Obermoser, Andreas Orou, Ulrike Ortner, **Mechthild Ottenthal**, Rudolf Payr, Raimund Pechlaner, Doris Penz-Schneeweiß, Anton Petter, Horst Philadelphy, Angelika Pichler, Beatrix Platzer, Laetitia Platzer-Miltgen,

Angelika Leila Plörer, Grete Pohlin, Stefan Praschberger, Veronika Prossliner, Christian Rainer, Robert Rainer, Ayesha Rana, **Gudrun Ratzinger**, Waltraud Rauschmeier, **Norbert Reider**, Johann Heinrich Rille, Benjamin Rogen, Angelika Rossmann, Christoph Sandholzer, **Mario Sarcletti**, Hugo Schauer, Walter Scheibltreiter, Christine Scheurecker, **Matthias Schmuth**, Gerold Schuler, Judith Schwaiger, **Magdalena Seidl-Philipp**, Norbert Sepp, Angela Shetty-Lee, Alexis Sidoroff, Ferdinand Sigmund, Kristina Siorpaes, Ludwig Spötl, Christine Staudacher-Villinger, **Seila Steger**, Victor Steichen, Beatrix Steiner, Georg Stingl, Christa Stückler, Gerhard Tappeiner, Lukas Tappeiner, Petra Thaler, Beatrice Thurner, Gerda Topar, **Thomas Trafoier**, Burghard Trenkwalder, Antonia Tschachler, **Luca Alessandro Türtscher**, Julian Umlauf, Sidi Unterkircher, **Ines Vergeiner**, Anja Vikoler, Norbert Walter, **Marina Wanner**, Florian Weber, **Georg Weinlich**, Franz Wenter, A. Winkler, Manuel Wilhelm, Anton Winkler, Hans Winkler, Klaus Wolff, Christoph Wörner, Siegbert Wörner, Robert Zangerle, Bernhard Zelger, Josef Zelger, Martina Zingg-Schir, Michael Zloczower, Rainer Zuchristian, Ulf Zumtobel, Christa Elisabeth Zussner

WISSENSCHAFTLER:INNEN

Kholood Alnutaifi, Lydia Bellmann, Giuseppe Cappellano, **Sophie Dieckmann**, **Sandrine Dubrac**, Susanne Ebner, Katja Eckl, Heidelinde Fiegl, Vincent Flacher, Hans-Christian Hennies, **Christina Heufler-Tiefenthaler**, Sandra Holzmann, **Florian Hornsteiner**, Katharina Hutter, Lennart Ivarsson, Patricia Jenewein, Eckhart Kämpgen, Franz Koch, Dominik Klaver, Dieter Köfler, Géraldine Leman, David Mairhofer, **Deborah Minzaghi**, **Bettina Müller**, **Daniela Ortner-Tobider**, Petra Pavel, Karina Pfeil, Beate Posch, Anastasia Prokopi, Karin Reichel, Julia Reichelt, Nikolaus Romani, Athanasios Seretis, Florian Sparber, Johanna Schachtel-Rieß, Sandra Schaffenrath, David Schlögl, Greti Schmid-Polin, Katharina Schwabenbauer, **Patrizia Stoitznier**, Susanne Tollinger, **Helen Strandt**, **Christoph Tripp**, **Janine Vierthaler**, Hermann Voit, **Claudia Zelle-Rieser**

TECHNISCHE ASSISTENZ

Margit Abenthung, Christine Aichholzer, Margarethe Auffinger, **Martin Binder**, Katharina Blümlein, Angelika Bereuter, Andreas Elentner, **Markus Forstner**, **Christina Fürhapter**, Viktoria Gapp, **Gabriela Grasser**, **Maria Grill**, Marita Gsenger, Marion Heuer, Katrin Janke, **Wolfram Jaschke**, Gertrud Kalchschmid, Gertrud Kavalär, Stefanie Kind, Kerstin Komenda, Sandra Kopp, **Antonia Kragten**, Daniela Köll, **Nadja Kühner**, Johann Linert, **Verena Lorenz**, Alexandra Molnar, **Birgit Moser**, Gabriele Münzer, Susanne Neyer,

Mitgliederliste

Alicia Orque, Karoline Ortner, **Katharina Peer**, **Daniela Reider**, Angela Romani, Margit Stifter, Maria Speckbacher, **Daniela Spielmann**, Barbara Schwab, **Gunda Stanarevic**, Ursula Stanzl, Laura Stingl, Hella Stössel, Bettina Trockenbacher, Tanja Weber, **Gabriele Zimmermann**

HÖRSAAL

Roman Kuenzer, **Rochus Sonnweber**

FOTOGRAF

Heinz Grosskopf, Bernhard Sickert, **Oliver Schlesinger**

KOSMETIKERINNEN

Carola Canal, Karin Fuchs-Raab

MEDIZINISCHE ORGANISATIONS-ASSISTENT:INNEN

Bettina Bindl, **Marie Kathrin Muckel**, Bernadette Pfurtscheller

SOZIALARBEITER:INNEN

Bernadette Frötscher, **Dominika Kammerlander**, Barbara Pühringer-Ludwig

ADMINISTRATION

Christine Achhorner, Gizem Aydin, **Dudu Bas**, Ina Brandner, Patrizia Brandner, Edith Brunner, Margit Brunner, **Margit Bültemeyer**, Corinna Danninger, Andrea Engel, **Marina Flörl**, Daniela Gitterle, Franziska Gögl, Brigitte Gollner, Janet Gschnitzer, Gertraud Gspan, Angelika Hansel, Andrea Kirchbner/Egger, Andrea Egger/Erler, Simone Kluckner, **Tamara Hosp**, Gertraude Kellner, Ilse Kröll, **Helga Kuen**, **Lisa Künzel**, Romana Leis, Stephanie Leutgeb, Roswitha Lorbeer, Daniela Marx, **Viktoria Migschitz**, Samra Music, Michaela Neuraüter, Liselotte Opuhac, Gabriele Pranger (Bauer), **Gordana Radivojevic**, Sonja Rainer, Hildegard Reinpold, Petra Roilo, **Melanie Sailer**, **Marlis Salchner**, Angelika Speckbacher, Lisa Schrott, Manuela Schwabl, Elisabeth Schwabl-Brix, Alexandra Steirer-Katschthaler, Verena Unterlechner, Helga Unterwurzacher, Klara Vötter, Hannah Wagner, Emma Wildburger, Gabi Willim, Herta Zangerle, Christine Zöhrer

Zeitzeugeninterviews



Hautklinik im Wandel – Erzählte Geschichte

Interview mit Frau Dr.ⁱⁿ Annamaria Pretner, Ärztin an der Hautklinik Innsbruck 1960 – 1970, aufgezeichnet im Jahr 2018

Frau Dr. Pretner, von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik beschäftigt?
Annamaria Pretner: 1960 bis 1970, 10 Jahre.

Und wieviel Ärzte waren damals an der Hautklinik?

Annamaria Pretner: Prof. Zelger, Hochleitner, Oppitz, Pretner, Trautmann – so 5 bis 6, die Dienst gemacht haben, Tag- und Nachtdienst. Die anderen Turnusärzte, die zählen ja nicht, weil die ja immer nur 3 Monate waren. Also waren da so 6.

Und diese 6 Ärzte haben die Ambulanz und die Stationen versorgt?

Annamaria Pretner: Ja, Prof. Zelger war in der Forschung, der hat sich mit den Verbrennungen sehr bemüht. Wissen Sie, da ist ja das alles erst aufgekommen mit dem ASTRUP, diese dänische Formel, bei den schweren Verbrennungen. Sie wurden dann zum Teil auf die Chirurgie geschickt zum Debridement und die kleineren leichteren Fälle haben wir behalten. Also Verbrennungen und dann sehr viel venerische Erkrankungen haben wir gehabt. Das war eine Hochblüte der Lues.

Wie haben Sie die Lues behandelt zu der Zeit?

Annamaria Pretner: Nur mit Penicillin und das ging gut.

Und die Zimmer waren Mehrbettzimmer?

Annamaria Pretner: Die Chefpatienten, das waren bei den Herren 1 Zimmer mit 2 Betten, das 2. Zimmer, das waren nur 2 Zimmer mit je 2 Betten oben bei den Herren im 2. Stock und im 1. Stock bei den Damen. Und ansonsten waren viele große Säle, so mit 10 bis 15 Leuten. Ja, dass die das ausgehalten haben. Ich denke mir jetzt, würde ich mit einer Patientin in einem Zweibettzimmer zusammenliegen und die schnarcht und alle anderen Nebentöne, na furchtbar, nicht zum Aushalten.

Wissen Sie, wieviel Betten die Klinik damals gehabt hat?

Annamaria Pretner: Um die 100.

Und das haben 6 Ärzte betreut?

Annamaria Pretner: Ja.

Waren in dem Gebäude noch andere Fachrichtungen zu der Zeit? Oder war es alles Hautklinik?

Annamaria Pretner: Das war alles Haut. Da waren die Tiere, die Schafe. Die Kaninchen waren im Keller. Das hat ein Pfleger gemacht. Nein, es war sonst nichts. Für die Serologie war alles gerichtet [...] Schafe, Kaninchen und dann noch Meerschweinchen, die gab es auch. Ja, das war eigentlich alles.

Verstehe. Hat es Aufzüge gegeben zu Ihrer Zeit?

Annamaria Pretner: Nein.

Hat man alles über die Stiege getragen?

Annamaria Pretner: Ja, es gab nichts. Unser Professor wollte keine Veränderung. Ja nichts verändern, was seine Ruhe gestört hätte. Ein Handwerker, ich bitte Sie!

Das war Prof. Konrad?

Annamaria Pretner: Ja. Ein herrlicher Lehrer, ein blendender Diagnostiker, Wiener Schule. Eine harte Schule. Wissen Sie, aus Vorarlberg stammend, arm, hat nur die abgetragenen Anzüge von der Firma Rhomberg gehabt, vom Herrn Rhomberg sagte er, und in Wien die üblichen wohlhabenden Schulen, die Kollegen, dieser Konkurrenzkampf, das können Sie sich nicht vorstellen. Sag ich, kann ich auch nicht. Weil es Männer sind und ich könnte nicht konkurrieren. Also eine harte Schule, aber eine blendende Ausbildung. Ich sag Ihnen, das habe ich gemerkt, wie ich dann die Moulagen in Paris sehen durfte, ausgefallene Sachen. Sag ich, ja das haben wir ja beim Chef schon gesehen, eine Fox-Fordyce Erkrankung. Wann sieht man den Fox-Fordyce? Gell, und solche Sachen, therapeutisch nichts zu machen, aber ein Fox-Fordyce.

Das hat der Prof. Konrad erkannt und auch erklärt und gezeigt?

Annamaria Pretner: Ja, ja gezeigt. Er kommt in die Ambulanz, hebt die Arme, oje, da muss was mit den Schweißdrüsen sein. Keine Ahnung. Also bitte anrufen, Herr Prof., ich hätte einen schönen Fall. Darf ich kommen? Ja, das ist ein Fox-Fordyce und die Therapia? Nulla. Danke, dann kann ich wieder gehen. So war's halt.

Wissen Sie eigentlich, dass es hier in der Klinik auch Moulagen gibt? Haben die eine Rolle gespielt?

Annamaria Pretner: Bei uns noch nicht. Von wann sind die Moulagen?

Ungefähr von den 1890er bis in die 1900er Jahre.

Annamaria Pretner: Ich habe nie eine gesehen [...] In 10 Jahren habe ich keine gesehen.

Sie haben erzählt, dass Sie auch einen Arbeitsaufenthalt in Paris hatten?

Annamaria Pretner: Ja, mit Dr. Rainer gemeinsam. Da musste er beim Prof. Gracianski anfragen, ob österreichische Ärzte kommen und 14 Tage drei Wochen hospitieren dürfen. Und dann kam eine Antwort, dass wir dürfen. Dann sind wir nach Paris gefahren ins Deutsche Haus, Damenabteil und Herrenabteil streng geteilt.

Wir sind jeden Tag in die Klinik marschiert. Dort haben wir Herrn Prof. Gracianski kennengelernt, ein schöner, feiner Mann, auch natürlich elegant. Riesen Säle, in Käfigen waren die Luetiker isoliert damals – eben riesen Säle und schöne Fälle. Dann sind wir in der Ambulanz gesessen, ein Doktor, eine Ärztin und ich. Und ich wurde dann examiniert. Da waren 6 oder 7 Kabinen, eine schwarze. Er drückte auf den Knopf, die Tür ging auf und der nackte Patient kam zu mir heraus. Qu'est-ce que c'est? Was ist das? Qu'est-ce que c'est? Alles ist gut gegangen, nur bei Dermatitis herpetiformis, das hat er nicht gewusst und ich habe es nicht gewusst [...] Und diese eine ausgefallene Krankheit, die mir im Moment nicht einfällt. Alle Patienten waren nackt, nur der eine Patient kam mit Höschen. Der Assistent schaut, die Ärztin schaut und ich denk mir bloß, was die so lange schauen. Und dann sag ich: Pardonne-moi. C'est un Mucha Habermann. Dann hat er geschrien „Huh“. Und klopft mir auf die Schultern, dass ich in meiner Größe zu-

sammensackte. Und dann ist er mit dem Patienten zum anderen Dozenten. Der ist gekommen, haut mir auf die Schultern: „Haben Sie schon gesehen?“ Dann sagt der andere: „Ja, sie hat's ja diagnostiziert!“ Also ein Mucha Habermann war für Paris eine Rarität. Und ich habe in Innsbruck einen einzigen gesehen. Aber 4 Wochen lang jeden Tag hat er uns jedes Pünktchen und jedes Nekroserl und jedes kleine Ulkus erklärt und eingebläut, dass man das getrennt hat. Das war das und alles andere ist flott gegangen.

Das war 1967, weil da war die Olympiade und da habe ich zum einen Doktor und seiner Frau gesagt, kommen's doch nach Innsbruck. Sie können beim Herrn Dr. Rainer wohnen, dann kommt das auch nicht zu teuer und Sie sind unabhängig. Er kam mit Frau und blieb auch und es hat ihnen ganz gut gefallen. Nur natürlich die Villa vom Herrn Doktor, die war ein bisschen altmodisch. Jetzt hat da die Großmutter noch darin gewohnt. Das Bad anders, die Ehebetten, aber sie haben es genossen, wir haben sie abgelenkt und haben sie nur zum Schlafengehen nach Haus geschickt.

Das waren also französische Kollegen, die in Innsbruck zu Besuch waren?

Annamaria Pretner: Wir haben gesagt, jetzt haben wir die Olympiade in Österreich, kommen's doch. Ein Ehepaar können wir einladen. Mehr können wir nicht unterbringen [...]

Wie war damals die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflege, Krankenschwestern, Sekretärinnen in Innsbruck?

Annamaria Pretner: Sehr gut und sehr familiär, wohltuend, sympathisch, nett, ein bisschen kollegial, aber trotzdem distanziert. Wissen Sie, eine höfliche Distanz aber man hat gewusst, es hilft einem jemand, der verrät einen nicht. Ich war in mehreren Kliniken [...] Ja, kollegial, wohltuend. Die beiden unmittelbaren Vorgesetzten, Hochleitner und Zelger, zwei vornehme Männer. Bernhard ist ja der Sohn [...]

Gab es damals neben den Verbrennungen, die Sie erwähnt haben, Schwerpunkte an der Klinik?

Annamaria Pretner: Eben die Verbrennungen und das Venerische.

Haben Sie auch schlechte Erinnerungen an die Hautklinik?

Annamaria Pretner: Ja, dass der Chef so sparsam und geizig war und so streng, grad dass er uns nicht „gehauen“ hat. Also den Apothekerblock so hinschmeißen. In der Früh sind wir immer beisammengestanden beim großen Fenster und haben hinuntergeschaut, jetzt kommt er. Wir haben dann immer dazu gesagt, jetzt kriegen wir wieder das „Angstbrunzen“, wenn der Alte kommt.

Bestand eine starke Konkurrenz an der Hautklinik, erst einmal eine Stelle zu bekommen und dann, wenn man eine Stelle hatte, war das ein Konkurrenzkampf?

Annamaria Pretner: Ja schon, doch. Wie kam ich auf die Hautklinik? Ich wollte ja nie Haut machen, habe zuerst Anästhesie in Wien gemacht, wurde aber nicht bezahlt. Dann kam ein Lockruf von Innsbruck, ich soll eine Turnusstelle antreten. Und dann bin ich, das war einer meiner größten Fehler, nach Tirol zu gehen. Ich war doch für Wien geschaffen, nicht für Tirol [...] Ich bin aus Graz. Ich habe Anästhesie gemacht, dann kam der Lockruf aus Innsbruck, erst beim dritten Aufruf, letztes Angebot, nehmen Sie die Turnusstelle an oder nicht? Meine Mutter war schon immer grantig: „Jetzt studierst du schon so lange und verdienst noch immer nichts!“ Da habe ich mir gedacht: „Ja, ich verdiene nichts, nur 40 Schilling für einen Nachtdienst, und muss so schwer arbeiten.“ Auf der zweiten Chirurgie/Anästhesie, da gab es noch keine Unfall, da kam alles von Wien. Von der Straßebahn die abgeschnittenen Beine, nur die Chirurgen: „Mach eine Narkose.“ Und da ist ein ausgebluteter Menschen: „Mach eine Narkose!“ Also, da habe ich sehr gelitten, es war so anregend.

Herzoperationen waren gut, ich habe mich sehr wohl gefühlt. Und dann muss ich mal was verdienen. Die Golddukaten von der Promotion sind aufgebraucht. Die Mutter ist sauer, also muss ich nach Tirol.

Weil es dort eine Stelle gegeben hat?

Annamaria Pretner: Ja, eine bezahlte Turnusstelle. Und so kam ich weg von der Anästhesie und landete hier auf der Neurologie und Psychiatrie. Neurologie war meine persönliche Sehnsucht. Dann war ich drüben 1 ½ Jahre, hatte schon fast den halben Facharzt, und bin gut mit dem gefürchteten Prof. Urban ausgekommen. Der war so, ich weiß nicht, ob Sie von ihm gehört haben, der war so „super schrullig“. Das können Sie sich nicht vorstellen, was er für Sachen aufgeführt hat. Er hat

einem Patienten mit Schizophrenie eine Gelbsucht „verpasst“. Dann hat er gesagt, die Chinesen mit der gelben Hautfarbe leiden nicht so oft an Schizophrenie wie die weiße Bevölkerung. Das hat ihn dann natürlich den Job gekostet [...] Beurlaubt, weil sie sind nach Afrika. Er war ein Spinner, er war grandios. Die Assistenten hat er gewechselt wie ein anderer die Taschentücher. Und wie er dann zu mir sagt, ich bin ja nur ein armer Turnusarzt gewesen: „Sie können eine Hilfsarztstelle haben.“ Darauf habe ich gesagt: „Herr Professor, ich muss meinen Turnus fertig machen, ich muss noch 3 Monate Haut machen. Ich möchte als praktischer Arzt etwas abgeschlossen haben.“ „Ja, aber dann wird keine Stelle sein.“ „Ach, bei Ihnen als Assistentenwechsel, da kriege ich gleich einmal was. Lassen Sie mich nur jetzt ausscheiden, dass ich meinen Turnus fertig machen kann.“ Dann habe ich das so gemacht, das war also Neurologie. Damit war die Neurologie fertig, dann machte ich den ganzen Turnus: Chirurgie, Interne, Neurologie, das waren so die 4 wichtigsten. Da habe ich 5/6 Jahre vertrödelte. Es war aber ein ausgereifter Turnus. Ich konnte nach Matrei in Osttirol gehen zur Vertretung, bei einer Bäuerin die Geburt übernehmen, den Damm nähen, das konnte ich. Das habe ich beim „Trödeln“ auf der Frauenklinik gelernt. Da habe ich gelernt, dass ich ja nicht den Darm mit nähe, wenn ich den Dammschnitt zunähe, und nur eine Waschschüssel und ein Handtuch darüber: Sterilität Null Komma Josef. Ich habe viel gelernt im Turnus.

Wie sind Sie dann zur Hautklinik gekommen?

Annamaria Pretner: Da war eine Kollegin, die musste 3 Monate auf die Haut. Und dafür musste ich 3 Monate nach Lienz, dass sie ihren Turnus abschließen kann. Gut, dann gehe ich nach Lienz ins Spital. Es war sehr nett. Danach musste ich auf die Haut. Und dann gab es irgendwie einen Ärztemangel und ich hatte kein Quartier. Dort, wo ich wohnte, da sind von den Leuten die Eltern aus der Tschechoslowakei gekommen und haben mein Zimmer gebraucht. Dann musste ich eben von meinem Zimmer gehen und dachte, wo finde ich jetzt was. Bei der Visite gehe ich mit hängendem Kopf und die Oberschwester fragte mich: „Was ist los?“ Und ich sagte: „Ich habe kein Dach überm Kopf!“ „Ja wieso?“ „Ich muss aus meinem Zimmer ausziehen wegen Eigenbedarf.“ „Frau Doktor, der Chef hat oben im zweiten Stock ein großes Zimmer und das ist nur mit Klamuscheln, Waschbecken und seinen Sachen, die er von Wien mitgebracht hat und in der eigenen Wohnung nicht unterbringt.“

Und das war hier in diesem Gebäude?

Annamaria Pretner: Ja oben. Ich war in dem Zimmer mit den 4 Fenstern ganz westseits. Und das kleine Zimmer daneben hat der Zelger gehabt [...] Er sagt zum Zelger und zum Hochleitner: „Schaut’s, dass wir die Pretner bekommen, die hat den Turnus.“ Es hatte sonst niemand einen Turnus. Die waren alle frisch auf die Haut gekommen und hatten sonst nichts. Aber als kluger Chef: „Wir brauchen eine, die den Turnus hat.“ Ich habe mir gedacht: Haut – nein, nie im Leben, das grausige Fach, nein auf keinen Fall, die Strafe Gottes. Sie kamen, und dann bin ich halt hingegangen. Sag ich: „Herr Professor, ich habe gehört das ist eine Hilfsarztstelle?“ „Sie wären an einer Teilnahme interessiert?“ „Sie haben ja zum Zelger und Hochleitner gesagt: Schauen Sie, dass Sie die Pretner kriegen.“ Und jetzt wäre ich da, aber ich muss eine Bedingung stellen: „Wenn ich ein Zimmer im Haus bekomme, ich bin obdachlos.“ Hinaus, das ist Erpressung! Ich sage: „Ja, ich gehe schon. Sie wollten es ja.“ Und bin gegangen. Zwei Tage später kommt der Franz, so ein bockiger Unteroffizier, klein, gedrunken, einen Kahlkopf und sagt: „Sie gehen mir auf die Nerven!“ „Wieso, ich habe Ihnen doch nichts getan?“ Sagt die Schwester: „Er muss das Zimmer räumen.“ Sage ich: „Kriege ich das Zimmer? Herrlich!“ Dann habe ich den Rest der Jahre oben im Zimmer verbracht, musste keine Miete zahlen und konnte hier wohnen.

Haben Sie dann die ganze Ausbildung über in der Hautklinik gewohnt?

Annamaria Pretner: Die ganzen 10 Jahre, ich glaube schon. Was kann ich fachlich noch sagen, ich zerbreche mir den Kopf. Der Chef war so sparsam, wir haben mit den billigsten Mitteln gearbeitet [...]

Was haben Sie gemacht, nachdem Sie die Hautklinik verlassen haben?

Annamaria Pretner: Ich bin ins Gesundheitsamt. Ich wusste, die Mutter gibt mir kein Geld für das Einrichten einer Praxis. Dann habe ich mir gedacht, ich gehe ins Gesundheitsamt. Da hat man auch quasi auf mich gewartet, da war ich die erste weibliche Amtsärztin. Sonst waren immer nur Herren, Wolff und wie sie alle geheißen haben. Und dann habe ich 18 Jahre heruntergebogen. Nach dem ersten Jahr ist mir schon ein bisschen fad geworden, dieser Betrieb. 8:00 – 10:00 Uhr Schuluntersuchungen, 10:00 – 12:00 Uhr Parteienverkehr, gut, dass ist auch noch gegangen, Nachmittag Totenbeschauung und Hausbesuche bei den Fürsorgepatienten [...]

Waren Geschlechtskrankheiten auch als Amtsärztin ein Thema?

Annamaria Pretner: Natürlich. Die Feldarbeiter, die man untersucht hat. Die Geschlechtskrankheiten haben mich verfolgt, drum bin ich ledig geblieben.

*Interview mit Herrn Dr. Robert Rainer, Arzt an der Hautklinik Innsbruck
1961 – 1968, aufgezeichnet im Jahr 2020*

Herr Dr. Rainer, von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik tätig?

Rainer: Das war von 1961 bis 1968. Da habe ich die Gegenfächer schon gehabt bis auf Innere Medizin, es fehlten noch 4 Monate. Die habe ich dann später an der medizinischen Klinik absolviert. Eingetreten bin ich, wie gesagt, ich glaube 1961 oder 1962. Ich kam von der Pathologie. Ich war dort 1 ½ Jahre vorher und habe dann gehört, dass die Stelle hier frei wird und habe mich bei Herrn Prof. Konrad beworben. Der hat gleich im Prüfungsbuch nachgeschaut, weil ich habe bei ihm Prüfung gemacht, wie meine Note beurteilt wurde. Es war ein Genügend. Damals hat es ja nur drei Beurteilungen gegeben: Ausgezeichnet, Genügend und Ungenügend. Und sogar die Fragen hat er noch notiert gehabt. Die weiß ich heute nicht mehr. Aber so war das damals.

Wie viele Ärzte waren damals an der Hautklinik?

Rainer: Meiner Erinnerung nach waren es um die acht Ärzte, ohne Chef.

Wie viele davon waren Fachärzte und wie viele Ausbildungsärzte?

Rainer: Fachärzte waren vier, der Rest war in Ausbildung, so wie ich auch, und drei Turnusärzte haben wir gehabt. Die waren zu der Zeit im Haus beschäftigt.

Wie war die Zusammenarbeit miteinander?

Rainer: Die Zusammenarbeit war sehr nett. Das war eine Freude, wenn man sich in der Früh getroffen hat und eine kurze Besprechung abgehalten hat. Man hat den Eindruck gehabt, dass man gerne da gearbeitet hat.

Gab es bestimmte Schwerpunkte?

Rainer: Wir haben intern einmal in der Woche oder alle zwei Wochen einmal so eine Art Besprechung gehabt über Fälle mit der histologischen Diagnose. Und da habe ich mich ein bisschen damit beschäftigt über die Histopathologie im Hautbereich. Wir haben uns im Hörsaal getroffen und über die Fälle gesprochen und ich habe die Histologie dazu abgegeben.

Wie war das mit der Arbeitszeit? Gab es Dienste über das ganze Wochenende hinweg? War überhaupt jeden Tag ein Diensthabender im Haus?

Rainer: Zwei Ärzte waren immer anwesend. Da war der Hauptdienst und der Beidienst. Der Hauptdienst wurde dann verständigt, wenn der Beidienst Hilfe gebraucht hat. Wir haben uns immer abgewechselt. Am Wochenende war es so, dass am Samstag der eine angefangen hat mit dem andern und am Sonntag haben wir uns dann abgewechselt, der frühere Beidienst hat dann den Hauptdienst übernommen. Aber erreichbar waren wir beide ständig.

Also teilweise auch Hintergrund am Telefon?

Rainer: Damals hat es nur das Telefon gegeben mit der Wählscheibe, sonst nix. Kein Mobiltelefon oder Piepser.

Wie war die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen?

Rainer: Die war gut, sehr gut. Wir hatten damals auch noch die Ärztemensa, auf der heute die Kinderklinik steht, das rote Gebäude gegenüber. Das war mittags immer sehr interessant, eine nette Atmosphäre. Da waren viele Ärzte beim Essen von allen Kliniken. Man hat sich dort auch auf einen Gedankenaustausch getroffen, dadurch haben wir gute Kontakte gehabt.

Hat es so etwas wie ein Konsiliarwesen gegeben?

Rainer: Ja, das hat es gegeben. Konsiliarwesen hat es gegeben.

Sowohl dass man Konsiliare in die Klinik geholt hat als auch dass man selber gerufen wurde?

Rainer: Ja, ganz genau.

Haben Sie ungefähr in Erinnerung, wie viele Betten es damals an der Hautklinik gegeben hat und wie die Zimmer ausgesehen haben?

Rainer: Die Zimmer waren einfach. Die Bettenanzahl weiß ich nicht mehr, es waren vielleicht 30 Betten. Da war eine Männerstation, eine Kinderstation, eine Frauenstation und die Ambulanz.

Haben Sie gute Erinnerungen an die Hautklinik?

Rainer: Ich habe wirklich nur gute Erinnerungen. Es war eine schöne Zeit. Prof. Konrad war immer sehr dafür, wenn Ärzte seiner Klinik auswärtige Kliniken besucht haben. Da habe ich gerne mitgetan. Unter anderem in Saint-Louis, dort habe ich während eines 2-wöchigen Aufenthaltes in Paris Fälle von Lepra gesehen. Betroffen waren Patienten aus Nordafrika, Algerien und Tunesien, die stationär isoliert wurden. Der dortige Professor Gracianski war Herausgeber eines bekannten Bilderatlasses. Weitere sehr lehrreiche Aufenthalte haben mich an die Hautklinien in Frankfurt (Prof. Herrmann), ans AKH in Wien (Prof. Tappeiner) und ins Wilhelminenspital in Wien geführt. Die Abwesenheitsplanung wurde von OA Prof. Zelger für die Personaleinteilung problemlos umgesetzt. Die Aufenthalte sind vom Bundesministerium gefördert worden, der reisende Arzt musste nach seiner Rückkehr über seine Erfahrungen referieren.

Wenn ich Sie jetzt frage, haben Sie schlechte Erinnerungen?

Rainer: Nein, keine schlechten Erinnerungen.

Was würden Sie sagen, wie war die Medizin zu dieser Zeit? War sie anders als in der heutigen Zeit?

Rainer: Ja, sie war anders, einfacher. Es ist ja viel an Wissenschaft dazugekommen. Es war einfacher.

Hat es auch große Visiten gegeben?

Rainer: Ja, immer bei der Visite, einmal am Tag ist er gekommen, auch am Wochenende. Oft schon am Sonntag in der Früh um halb neun. Da kam er auf die Station und der Dienst musste dann mit ihm durch das ganze Haus gehen. Wenn ein besonderer Fall war, z.B. die Lues, die war ja damals eher häufiger anzutreffen, da haben wir immer den Chef holen müssen. Der wollte da immer dabei sein bei der Untersuchung und hat selbst durch das Mikroskop geschaut um sich von den Spirochäten zu überzeugen. Das gibt's inzwischen seltener, aber es kommt wieder.

Die Therapie der Syphilis damals war natürlich zu der Zeit schon mit Antibiotikum. Das war nicht das Salvarsan?

Rainer: Nein, das war schon das Penicillin. Es hat eigentlich nie Nebenwirkungen gehabt bis auf ab und zu einen anaphylaktischen Schock, den hat es schon gegeben. Aber da waren wir immer vorbereitet.

Dann haben Sie erzählt, Sie haben sich mit der Histologie befasst.

Rainer: Ja, das habe ich gerne gemacht. Ich war ja vorher an der Pathologie und da mussten wir alle Präparate, die wir bearbeitet haben, selbst histologisch beurteilen. Das wurde kontrolliert vom Chef selber, vom Prof. Lang oder Prof. Gögl, dann Prof. Thurner. Zum Obduktionsprotokoll mussten wir auch den dazugehörigen histologischen Befund schreiben. Das hat mich interessiert und das habe ich in der Hautklinik fortgesetzt. Aber nur dermatohistopathologisch.

Wie Sie dann in die Praxis gegangen sind, haben Sie es an jemanden übergeben, die Histologie?

Rainer: Da hat sich keiner mehr gefunden. Das hat nachher niemand mehr gemacht. Prof. Zelger wurde supplierender Leiter, als Prof. Konrad starb. Und dann Prof. Niebauer. Wer das dann nach mir übernommen hat, weiß ich nicht. Für uns in der Praxis draußen für die Niedergelassenen war eine Einrichtung sehr sinnvoll und für uns sehr wichtig: es hat einmal pro Woche, immer an einem Dienstag um dreizehn Uhr im Hörsaal, eine Fallbesprechung gegeben. Da waren die externen Praktiker eingeladen dazu und da bin ich eigentlich fast immer gekommen. Eine Stunde hat das gedauert, da wurden alle Fälle vorgestellt inkl. Histologie, projiziert auf die Projektionswand per Diapositiv. Da konnten wir, wenn wir einmal einen schwierigen Fall in der Praxis gehabt haben, was ja auch vorkam, die Patientin vorstellen.

Die Diaklinik gibt es unverändert immer noch.

Rainer: Gibt's das immer noch? Das ist sehr wichtig. Also man war als Niedergelassener immer am Laufenden. Das habe ich sehr begrüßt und entsprechend ausgenützt und immer besucht.

Was würden Sie sagen, wie man ein guter Dermatologe wird?

Rainer: Man muss sich interessieren für das Fach und es braucht einen gewissen Blick. Das ist wie beim Autofahren. Das erlernt man gleich oder nicht. So ungefähr ist es in der Medizin überhaupt. Das ist eine innere Stimme, die sagt einem, das wäre das Richtige, was man macht.

Interview mit Dr. Wolf Gschwandtner, Arzt an der Hautklinik Innsbruck von 1969 – 1976, aufgezeichnet im Jahr 2020

Von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik beschäftigt?

Wolf Gschwandtner: Ich habe den Turnus zuerst in Lienz begonnen und hier dann weitergemacht. Ich war im Jahr 1969 drei Monate an der Hautklinik als Turnusarzt. Es hat mir so gut gefallen, dass ich Prof. Konrad damals gebeten habe, ob ich eine Stelle bekommen könnte. Dann hat er mir in Aussicht gestellt, dass ich ein Jahr bleiben könnte, müsste mir dann aber etwas Anderes suchen. Aus diesem Jahr ist aber eine komplette Ausbildung geworden. Ich habe den Turnus hier fertiggemacht, habe dann die Stelle bekommen und war bis zum Jahr 1976 an der Hautklinik. Danach bin ich in die Praxis gegangen.

War die Hautfacharzt-Ausbildung schon vorher ein möglicher Gedanke?

Wolf Gschwandtner: Überhaupt nicht, ich hätte nie daran gedacht. Ich wollte Chirurg werden. Ich habe alles darauf abgestimmt. Ich musste zuerst ein Jahr Gegenfach an der Inneren machen, dann hätte ich ein halbes Jahr Röntgen machen müssen usw. Ich habe schon in Lienz gemerkt, da war ich an der Inneren und an der Chirurgie, dass das nicht die richtigen Fächer für mich waren. Dann habe ich den Turnus fertig gemacht und wollte evtl. als praktischer Arzt in die Praxis gehen. Gott sei Dank, muss ich sagen, bin ich dann an der Hautklinik hängen geblieben. Das ist für mich, glaube ich, das richtige Fach gewesen, weil ich ein Mensch bin, der sehr gerne beobachtet und differenziert. Ich habe mich dann viel, viel später für die Ornithologie interessiert. Das ist ganz was Ähnliches. Man sieht einen Vogel und möchte ihn erkennen. Man differenziert die Stimmen. Ich kenne die Vogelstimmen, so will man ihn erkennen. So ist es auch in der Haut. Man sieht was und will es erkennen. Wobei es nicht so ist, wie viele Leute glauben, wenn man was sieht, dass man es sofort erkennt. Das Hautfach ist nicht so einfach, wie viele glauben.

War diese klinische Beschreibung von Läsionen zur damaligen Zeit, Ende der 1960er Jahre, Anfang der 1970er Jahre, anders als heute?

Wolf Gschwandtner: Unter Prof. Konrad, und dann hat ein Jahr Prof. Zelger

suppliert, da war es sehr genau. Da hat man alles ganz genau beschreiben müssen, morphologisch ganz genau. Beim Prof. Niebauer war es nicht so genau. Später dann unter Prof. Fritsch war es etwas anders. Man kann jetzt nicht sagen, es war besser oder schlechter. Es hat alles sein Gutes und sein weniger Gutes. Ich habe mich damals sehr wohl gefühlt. Wir haben damals als Buch den Braun-Falko gehabt und wir haben uns an diese Lehre gehalten und das war eigentlich sehr gut.

Wie viele Ärzte waren zu dieser Zeit an der Hautklinik beschäftigt, wie viele Ausbildungsärzte, wie viele Turnusärzte?

Wolf Gschwandtner: Soweit ich weiß, waren es überhaupt nur zwei Oberärzte, Prof. Zelger und Prof. Hochleitner, wir waren sechs Assistenten und dann waren immer wieder ca. 3 Turnusärzte da. Wir waren relativ wenige damals.

Bei mehr Betten als heutzutage?

Wolf Gschwandtner: Ja, mehr Betten. Wir haben drei Stöcke gehabt. Parterre, erster Stock und zweiter Stock. Die Betten waren aber nie voll belegt. Vor allem zur Zeit von Prof. Konrad hat die Hautklinik noch keinen so guten Ruf gehabt.

Wie war allgemein die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten untereinander, den Ärzten mit den Schwestern, den Sekretärinnen?

Wolf Gschwandtner: Die war ganz ausgezeichnet. Es war eine wunderschöne Zeit damals, sowohl unter Prof. Konrad als auch unter Prof. Zelger oder Prof. Niebauer. Wir haben ein gutes Verhältnis gehabt, es gab keinen Konkurrenzkampf unter den Ärzten, wie man es heute öfters hört in den Kliniken. Es war wirklich eine ganz tolle Zusammenarbeit und auch mit den Schwestern.

Gab es Schwerpunkte in der Forschung, klinische Schwerpunkte?

Wolf Gschwandtner: Eigentlich wenig, muss man sagen. Es war so eine richtige Klinik, aber dass viel geforscht wurde ... es wurde auch gar nicht verlangt. Das war dann später, glaube ich, ganz anders. Da hat es nichts gegeben in diese Richtung.

Das hat sich geändert, als Prof. Wolff aus Wien kam?

Wolf Gschwandtner: Ja, genau. Aber da war ich schon weg. Ich glaube, ich habe Prof. Wolff noch 3 Wochen erlebt und bin dann in die Praxis gegangen. Die Dia-

klinik hat es immer schon gegeben, auch unter Prof. Fritsch und auch schon unter Prof. Wolff. Da konnte man recht gut beobachten und sehen, wie der Verlauf der Klinik ist. Da hat sich unglaublich viel geändert, auch mit den Oberärzten von Wien, die teilweise länger in Amerika waren. Die haben eine ganz andere, eine moderne Dermatologie eingeführt, muss man sagen. Das hat uns eigentlich in der Ausbildung gefehlt. Ich war doch sehr froh, dass ich noch Prof. Konrad erlebt habe. Unter Prof. Konrad war es ja verpönt, Cortison in der Klinik zu verwenden. Er hat einmal in der Woche einen Rezeptblock durchgeben lassen und jeder stationsführende Arzt musste dort seine Medikamente, die er für die Station wollte, eintragen. Wenn irgendein Cortisonpräparat eingetragen wurde, hat er das immer durchgestrichen. Er hat es aber in seiner Privatpraxis verwendet. Er hat damals noch sehr viel mit Farbstoffen gearbeitet, vor allem Pyoktanin, Brillantgrün. Die Leute sind im Hof (heute gibt's den ja nicht mehr, es ist ja alles zugebaut) spazieren gegangen und die waren teilweise grün, teilweise blau, teilweise orange. Die anderen Kliniken haben sich darüber mokiert, wie die ausschauen. Aber es war nicht so schlecht. Ich habe dann auch in der Praxis Pyoktanin noch sehr, sehr lange verwendet. Das gibt es leider nicht mehr, es ist verboten. Aber z.B. bei der Intertrigo ist das ein ausgezeichnetes Medikament, da kommt nichts heran ans Pyoktanin.

Was sind die guten Erinnerungen an die Hautklinik?

Wolf Gschwandtner: Es gibt überhaupt insgesamt gute Erinnerungen an die Hautklinik, weil wir ein wahnsinnig gutes Verhältnis untereinander gehabt haben. Wir waren richtig befreundet und da haben wir natürlich sehr viel gefeiert. Wir waren z.B. mit Prof. Niebauer mehrmals in Südtirol törggelen. Wir haben auch hier Diakliniken gehabt, wo z.B. eine Münchner Klinik eingeladen war und da war natürlich immer eine anschließende Feier. Das war immer sehr, sehr nett. Daran habe ich beste Erinnerungen.

Gibt es schlechte Erinnerungen?

Wolf Gschwandtner: Eigentlich nicht.

Was war in den 1960er und 1970er Jahren anders an der Medizin?

Wolf Gschwandtner: Es ist schwer zu sagen. Es hat sich so wahnsinnig viel geändert. Es hat z.B. nicht diese Medikamente gegeben, die es heute gibt. Wenn

ich an die Biologika denke, das ist ein unglaublicher Fortschritt. Man hat damals noch mit relativ einfachen Mitteln arbeiten müssen z.B. in der Dermatologie. Das Cortison war, als wir es dann verschreiben durften, als Prof. Konrad nicht mehr da war, ein großer Lichtblick. Aber was da dann noch alles gekommen ist, zu unserer Zeit hat es keine Vitamin A Säure gegeben, systemisch. Das Roaccutan oder Ciscutan, das hat es alles noch nicht gegeben. Man hat schon viel weniger Medikamente zur Behandlung gehabt.

Man hat vielleicht nicht sofort mit dem Besten geschossen. Man hat es zuerst mit einfachen Mitteln versucht. Z.B. unter Prof. Konrad einfache Kompressionsverbände, zu schauen, ob man Ekzeme auch ohne Cortison wegbekommt mit Fettcremen, mit Verbänden usw. Das war nicht alles schlecht, und wenn ich so zurückdenke, könnte ich mir vorstellen, dass man heute, wenn man bei manchen Krankheiten länger zuwartet, auch die Spontanheilungstendenz besser abwarten könnte. Insofern war es damals nicht schlechter. Aber natürlich, die vielen Medikamente, die man in den letzten Jahren und Jahrzehnten bekommen hat, die waren damals eben nicht vorhanden, das hat uns natürlich gefehlt.

Dieses Zuwarten auf die Selbstheilungstendenz und lange stationäre Aufenthalte wären gar nicht möglich heutzutage.

Wolf Gschwandtner: Ja, das weiß ich. Damals in Lienz war es so, da mussten die Betten voll belegt sein, das war ein gutes Geschäft. Ein guter Primar war ein Primar, der die Betten immer voll gehabt hat. Es hat einen internistischen Primar gegeben, der hat an einem Tag jemanden gesagt, dass er bleiben darf, am Nachmittag ist dann ein Akutfall gekommen und dann musste der Patient stante pede heimgehen. Da hat er dann zwei Tage verrechnen können, so waren die Gepflogenheiten damals. Ich glaube, es war damals an der Klinik vielleicht ein bisschen ähnlich. Das hat sich heute natürlich total geändert. Heutzutage muss jeder möglichst kurz im Spital sein, weil es wahrscheinlich so viel kostet. Aber wie gesagt, damals war es schon für gewisse Krankheiten ein gewisser Vorteil, dass man die Leute nicht sofort entlassen hat müssen.

Was macht einen guten Dermatologen aus?

Wolf Gschwandtner: Er muss gut beobachten können und muss gut differenzieren können. Die Differenzialdiagnose spielt in der Dermatologie eine ganz

große Rolle. Wahrscheinlich eine größere Rolle als in anderen Fächern. Vielleicht vergleichbar mit Röntgen, da muss man auch sehr differenzieren. Ich glaube, wenn jemand gut ist im Stellen einer Differenzialdiagnose, dann ist er ein guter Dermatologe und ein guter Beobachter.

Viele, die hier gearbeitet haben, oder auch arbeiten, fühlen sich besonders verbunden mit dem Haus, mit der Gemeinschaft. Was steckt da dahinter und warum ist das so?

Wolf Gschwandtner: Das kann ich nicht erklären. Vielleicht geht vom alten Bau ein gewisser Nimbus aus. Die Klinik war immer dieselbe, es ist nur renoviert worden. Es ist immer noch der gleiche Bau, vielleicht spielt das auch eine Rolle. Dass man sich irgendwie geborgen fühlt. Zum Beispiel dieser Hörsaal, der ist uralt, aber gemütlich. Wenn man heute so einen Hörsaal anschaut, wo es so hinaufgeht, mit weiß ich wie vielen Stufen, überall sind Computer und Bildschirme... er ist einfach gemütlich und das vermittelt das ganze Gebäude u.a. auch mit dem Hörsaal. Es muss natürlich schon auch an den Leuten liegen, die hier arbeiten und lehren, das spielt natürlich auch eine große Rolle.

Ich weiß nicht, ob das bekannt ist. Aber ich habe schon seit 10 Jahren die Diskussion mit den Tirol Kliniken, dass sie uns aus dem Gebäude aussiedeln wollen.

Wolf Gschwandtner: Ja, das wäre sicher sehr schade. Da geht schon was verloren, wenn man übersiedelt, oder so wie du sagst, dass man vielleicht irgendwo hingehen muss, 3 oder 5 Minuten irgendwo hingehen muss, dass man wieder in derselben Klinik ist, aber in einem ganz anderen Gebäude. Das ist nicht gut, es muss alles beisammen sein, denke ich, das wäre sehr wünschenswert.

Fällt dir eine Anekdote ein?

Wolf Gschwandtner: Ja, ich muss immer an Prof. Konrad denken, wenn ich einen Syphilis-Patienten sehe. Prof. Konrad ist immer um 10 Uhr in die Ambulanz gekommen um Ambulanzvisite zu machen. Ich habe damals Gott sei Dank sehr lange die Ambulanz führen dürfen, was für die Praxis sehr wichtig war und da ist er immer gekommen um 10 Uhr, hat allgemeine Visite gemacht und da hatte es damals relativ viele Syphilis-Erkrankte gegeben und die mussten alle splinternackt

dort stehen, es waren oft 2 bis 5 Patienten. Es war einmal so, da war ein Patient, wir hatten die Anamnese durchgeführt. 3 oder 4 Assistenzärzte bzw. Turnusärzte haben eine Anamnese gemacht und wir waren der Meinung, wir wissen alles von dem. Prof. Konrad fragte uns: „Haben Sie alle Partner herausgebracht?“ Wir sagten „Ja 100%, es waren diese.“ Dann fragt er den Patienten „Und wie war es? Haben Sie nicht noch eine Partnerin gehabt?“, dann hat er gesagt „Ja die Frau sowieso.“ Also er hatte irgendwie auf die Patienten so eingewirkt, dass die ihm alles gesagt haben und das war total beeindruckend für mich damals als junger Assistenzarzt.

Hat man sehr darauf geachtet, alle Kontaktpersonen zu identifizieren und einzuberufen?

Wolf Gschwandtner: Ja, du hast mit Frau Dr. Jaschke auch ein Interview durchgeführt, hat sie vom Honigbauer nichts erzählt? Da haben wir einen Patienten gehabt, der war Honigbauer, er hat was mit Honig zu tun gehabt und er war Ende 60 und er ist schief gegangen. Dann ist eine Patientin gekommen, die hatte eine Syphilis gehabt und dann hat sich herausgestellt, dass sie nicht die Einzige war, der Herr ist aus dem Unterland nach Innsbruck gefahren und hat dort den Honig verkauft von Tür zu Tür. Danach ist eine Zweite und Dritte gekommen, und dann ist auch die Frau gekommen. Diese eine Dame aus bester Gesellschaft ist dann einmal in der Nacht, als Frau Dr. Jaschke Dienst gehabt hat, zu ihr gekommen. Danach hat sie zu ihr gesagt: „Frau Dr., Sie werden sich wundern, dass ich von diesem Honigbauer die Syphilis habe? Aber wissen Sie, eins muss ich schon sagen, im Bett war er einsame Klasse.“

Interview mit Frau Dr.ⁱⁿ Erna Jaschke, Ärztin an der Hautklinik Innsbruck von 1972 – 1981, aufgezeichnet im Jahr 2020

Von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik beschäftigt?

Erna Jaschke: Ich wollte eigentlich gar nicht Haut machen. Ich war zuerst auf der Anästhesie und habe dann Gegenfach für den praktischen Arzt gemacht. Dann habe ich zwei Kinder zur Welt gebracht. Und nach dem ersten Geburtstag von meinem Sohn habe ich noch drei Monate Ausbildung Haut gehabt für den praktischen Arzt und bin dann hierhergekommen. Nachdem ich sehr schlechte Erfahrungen gemacht habe mit meinem Rigorosum bei Prof. Konrad, habe ich mir gedacht: „Das ist eigentlich kein Fach für mich.“ Er fragte mich nach der Zusammensetzung der Pasta zinci mollis. Ich sagte dann: „Das braucht man ja gar nicht zu wissen, das steht ja im österreichischen Arzneimittelbuch.“ Er meinte nur: „Sie werden das ja trotzdem sagen können!“ Dann antwortete ich: „Na ja, was wird schon drinnen sein: Vaseline album, Zinkoxid und Talkum.“ „Ja, warum geht das nicht sofort!“ Dann hat er mich noch über den Lichen ruber befragt. Ich habe dann später oben in der Bibliothek ein Büchlein gefunden, wo all die Leute, die mit mir geprüft wurden, dringestanden sind und bei mir war es sehr schlecht, gerade noch genügend. Das war also meine erste Erfahrung mit der Dermatologie.

Dann war ich in der Ambulanz eingeteilt bei Dr. Schmid [...]. Da habe ich dann gemerkt, dass es eigentlich schon ganz anders ist. Nicht mehr diese Schmierereien mit den Farbstoffen, sondern eben Cortison. Es war schon eine Mykologie vorhanden. Auch venerische Erkrankungen gab es häufig. Ich habe die Pilzabstriche und Genitalabstriche gelernt. Mir hat es eigentlich ganz gut gefallen in der Ambulanz. Aber ich habe nicht daran gedacht, dass ich Haut mache, sondern es war ein zufälliges Zusammentreffen. Es hätte eine Wienerin kommen sollen und da waren natürlich Leute da, die ich vom Studium her kannte, wie Dr. Dieter Wolf und Dr. Wolf Gschwandtner, die gesagt haben: „Warum kommst nicht du?“ Ich erwiderte dann: „Ich habe an und für sich eine fixe Stelle an der Anästhesie.“ Ich ging dann nach Hause und habe eine Nacht darüber geschlafen. Mein Mann sagte noch: „Warum eigentlich nicht?“ Die Nachtdienste auf der Anästhesie sind immer so schwer. Und das halb offene

System, ich habe immer einen niedrigen Blutdruck gehabt, warum eigentlich nicht? Da bin ich dann auf der Hautklinik geblieben [...] Das war im April 1972. Es hat mir damals schon gefallen. Prof. Niebauer hat schon damals modernere Dermatologie betrieben. Es war eine Histologie da, es hat ein Elektronenmikroskop gegeben, es hat natürlich die Allergieambulanz unter Prof. Zelger gegeben und die Mykologie.

Prof. Niebauer war gerade aus Wien hergekommen?

Erna Jaschke: Ja, er ist hergekommen und hat schon einiges umgekrempelt. Vor allem hat er uns wirklich animiert auch an Vorträgen und Kongressen teilzunehmen. Wir haben z.B. den ersten Kongress im Kühtai organisiert, das war der Vorläufer für Zürs und Lech. Er hat uns auch überall hingeschickt. Wir sind also regelmäßig zum Münchner Dermatologischen Nachmittag gefahren und natürlich auf die Fortbildungen der österreichischen Gesellschaft für Dermatologie. Mit Prof. May waren wir auf den Fortbildungen für Phlebologie.

Was sicherlich auch sehr prägend war, dass Prof. May, den sie ja auf der Chirurgie nicht habilitiert haben, unter Prof. Niebauer habilitiert worden ist. Prof. May hat dann bei uns regelmäßige Fortbildungen gemacht, die haben wir „Mayandacht“ genannt, die immer nach der Mittagspause stattgefunden hatten. Da wurde dann verdunkelt. Müde war man auch nach dem Mittagessen. Nichts destotrotz haben wir bei ihm sehr, sehr viel gelernt.

Prof. May hat die Venenchirurgie gelehrt?

Erna Jaschke: Er hat die Phlebologie gelehrt. Chirurgie hatte ich in der Ausbildung zum praktischen Arzt. Dr. Dieter Wolf war ja vorgeprägt durch die plastische Chirurgie. Wir haben relativ viel Chirurgie betrieben. Ich bin mit Dr. Dieter Wolf einmal nach Wien gefahren zu phlebologischen und chirurgischen Fortbildungen an die zweite Hautklinik.

Es war eine interessante Zeit, muss ich sagen. Prof. Zelger war da, Prof. Hochleitner war da, Dr. Dieter Wolf, Dr. Wolf Gschwandtner, Dr. Brigitte Wohlfahrt. Brigitte Wohlfahrt hat das histologische Labor aufgebaut. Prof. Niebauer war ein guter Histologe. [...] Als Prof. Wolff gekommen ist, ist auch die Immunfluoreszenz schon gelaufen. Nachdem Prof. Niebauer nach Wien berufen wurde, hat Prof. Zelger die Hautklinik interimsmäßig geführt. Und als Prof. Zelger 1976

nach Salzburg berufen wurde, hat Dr. Schmid als Dienstältester die Führung der Hautklinik bis zum Eintreffen von Prof. Wolff übernommen.

Am 1. April 1976 ist Prof. Wolff gekommen. Da haben wir uns gefragt, ob er am 1. April überhaupt kommt. Aber er ist gekommen. Das war doch einschneidend, weil Dr. Wörner und Dr. Gschwandtner waren damals auch noch da und beide haben schon bald gesagt, dass sie in die Praxis gehen werden. Ich habe mir damals den ersten Fitzpatrick gekauft und habe darin herumgeschmökert, weil ich mit dem Fach noch nicht fertig war. Es war eine eisige Stimmung, als Prof. Wolff gekommen ist. Es ist ihm kein guter Ruf vorausgeeilt. Wobei ich dazusagen muss, er war ein ausgezeichnete Chef. Prof. Fritsch, Prof. Hönigsmann und Prof. Tappeiner sind mit ihm gekommen. Dann wurden die Mittwochsvisiten gestartet, die ziemlich heftig waren. Da haben sich sogar Prof. Fritsch, Prof. Hönigsmann und Prof. Tappeiner gegenseitig hinaufgezitiert und wir mussten dann mit. Ich weiß, dass ich mich wirklich gut auf diese Hörsaalvisiten vorbereitet habe, was damals noch nicht so einfach war wie heute. Ich habe im Current Contents nachgeschaut. Als ich dann Oberärztin war, habe ich natürlich mit denen, die vorgestellt haben, oft bis spät am Abend noch vorbereitet. Wir haben wahnsinnig viel gelernt. Dann ist noch Prof. Stingl dazugekommen, der direkt von Amerika hergekommen ist. Da ist es ordentlich zur Sache gegangen. Ich wurde eingeteilt bei Prof. Hönigsmann auf die PUVA-Ambulanz. Das war damals neu. Wir haben relativ viele Versuche gemacht. Es sind immer wieder Freunde von Prof. Wolff hergekommen, z.B. Prof. Fitzpatrick war einmal da. Er besuchte die PUVA. Auf der PUVA waren immer wieder Patienten aus dem Ausland, u.a. arabische Scheichs, die bestrahlt worden sind. Ich war damals dort eingeteilt.

Die Lichttherapie war ganz neu, die war vorher nicht da?

Erna Jaschke: Die PUVA ist ganz neu etabliert worden. Da ist noch das alte Gerät, das jetzt noch auf der PUVA ist, das wurde damals angeschafft und ein Liegegerät für die Testungen. Dann sind die anderen Geräte dazugekommen. [...]

Vier Jahre nach Ihnen kam Prof. Wolff. Wann sind Sie dann in die Praxis gegangen?

Erna Jaschke: Im Oktober 1981. Prof. Wolff ist im Frühjahr 1981 nach Wien gegangen und ich bin dann 1981 in die Praxis gegangen. Es hat sich verzögert

mit meiner Niederlassung, weil Kufstein ursprünglich von einem anderen besetzt war und dann hätten sie mich nach Kitzbühel geschickt, das hat mir nicht „geschmeckt“ [...]

Wie war die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, dem Personal der Hautklinik? Muss man da unterscheiden zwischen verschiedenen Phasen: Prof. Niebauer, Prof. Wolff oder war das ähnlich?

Erna Jaschke: Nein, das war nicht ähnlich. Dadurch, dass Prof. Wolff doch so viele Wiener mitgebracht hat, 4 Wiener, das war schon anders. Sie waren dann auch Oberärzte, man hat sich anstrengen müssen. Er hat es aber durchaus gewürdigt. Ich kann mich noch erinnern an einen Fall, wo ich die Diagnose einer akuten Arzneimittelreaktion auf Bactrim (toxische epidermale Nekrolyse) gestellt habe. Die Patientin ist am Abend gekommen, das war heftig. Ich habe Prof. Wolff dann angerufen und ihm gesagt, wie ich behandelt habe, sowohl mit Antibiotika als auch Steroiden. Dann ist er am Abend im Frack, glaube ich, gekommen und hat sich das angeschaut, hat nicht gemotzt. Er ist am Abend nach einer Veranstaltung noch hergekommen und hat gesagt: „Es ist alles okay, was Sie gemacht haben.“ Ich habe gewusst, das ist eine Erkrankung, die sich sehr rasch zum Schlechteren entwickeln kann. Die Patientin hat geheilt überlebt. Mit Prof. Hönigsmann war es sowieso eine gute Zusammenarbeit. Prof. Fritsch habe ich eigentlich wenig gesehen, weil er hat seine eigene Station gehabt. Ich glaube, ich war nie auf der Station von Prof. Fritsch. Ich habe dann später, als ich Fachärztin war, eine eigene Station gehabt und daneben auch noch die PUVA betreut sowie die photobiologische Ambulanz als auch die Akne Ambulanz. Mit Prof. Fritsch habe ich vorwiegend in der PUVA zusammengearbeitet. Da haben sie mich 1981 nach San Francisco auf die American Academy of Dermatology geschickt um über Re-PUVA zu reden. Mit der Re-PUVA konntest du sowohl die Dauer der Bestrahlung als auch die Dosis der Bestrahlung auf die Hälfte reduzieren. Das haben wir als Erste gemeinsam mit Gschnait und Tanew von der ersten Hautklinik Wien gemacht. Prof. Fritsch hat damals nicht fahren können und da hat er mich geschickt.

Wie war die Zusammenarbeit zur Niebauer-Zeit?

Erna Jaschke: Zu Niebauers Zeiten war die Atmosphäre eigentlich eine gute. Mit Wohlfahrt, mit Reifenstuhl, mit Wörner, mit Gschwandtner, mit Dieter Wolf,

mit den Südtiroler Kollegen Wenter und Oberkofler und mit Prof. May. Es war nicht so wie unter Prof. Wolff, da hat sich alles schon wesentlich verstärkt, aber die Zusammenarbeit war eigentlich gut. Wie gesagt, unter Prof. Wolff habe ich mich auch wohl gefühlt. Ich habe nicht das Gefühl gehabt – die anderen haben gesagt, er ist so streng. Er war streng, aber das hat uns nicht geschadet.

Welche Schwerpunkte oder Forschungsprojekte gab es?

Erna Jaschke: Die PUVA, die Phlebologie und die Akne. Das waren meine Schwerpunkte [...] Ein bisschen Histologie habe ich natürlich auch gemacht. Ich war nie dazu eingeteilt. Aber ich habe mir die Histologie zu meinen Patienten immer angeschaut. Das ist klar, weil die Histologie gehört zur Dermatologie dazu.

Was sind die guten Erinnerungen an die Zeit an der Hautklinik?

Erna Jaschke: In guter Erinnerung habe ich die stundenlangen Diskussionen mit Prof. Stingl im Allergielabor. Das war dort, wo die Ambulanz jetzt ist. Das war kein richtiger Journal Club, sondern das ging über den Journal Club hinaus. Dann habe ich gemeinsam mit Prof. Hönigsmann und Frau Woratschka die PUVA Station aufgebaut. Da wurde ich schon sehr gefordert, weil ich mir praktisch jeden Patienten selbst angeschaut habe. Das war schon mühsam. Die PUVA Station war dort, wo jetzt die Kinderstation ist. Ich bin von der Ambulanz im Parterre in den zweiten Stock hinaufgerannt, habe mir jeden Patienten angeschaut, wirklich genau die Karten geführt, sonst hätten wir die ganzen Arbeiten nicht machen können.

Gibt es schlechte Erinnerungen?

Erna Jaschke: Nein, weil diese hitzigen Streitgespräche in der Früh bei der Mittwochsvisite waren ja sehr lehrreich. Prof. Tappeiner war schon ein besonderer Typ, aber ich habe mich mit ihm auch nicht so schlecht verstanden. Prof. Stingl war ja damals noch jung. Es hat keine schlimmen Berührungspunkte gegeben. Das Einzige, was für mich schlimm war, war, als Prof. Wolff gegangen ist, dass überhaupt nicht auf mich zurückgegriffen worden ist, dass ich irgendwie eine bessere Stellung bekommen hätte. Das war dann auch der Grund, warum ich gegangen bin. Ich habe mir gedacht, wenn ich nur Wasserträger bin, dann gehe ich lieber in die Praxis. Und das war abzusehen, dass mich Prof. Fritsch nicht fördert, das war abzusehen.

Wenn man zurückschaut, wie die Medizin damals war: War sie anders, als sie heute ist und was hat sich geändert an der Medizin?

Erna Jaschke: Die ganzen Untersuchungsmethoden haben sich geändert. Dann kam das HIV dazu, das habe ich ja erst in der Praxis erlebt. Ich habe in der Hautklinik gelernt, wie man sich weiterbildet. Ich habe natürlich weiterhin Fortbildungen besucht und habe auch Literatur gelesen. Es hat sich schon vieles geändert, das ist keine Frage. Patientenbezogen hat sich nicht so viel geändert. Man hat sich auf dem Laufenden halten müssen. Ganz interessant ist vielleicht, dass ich damals schon, vor 1981, mit Isotretinoin gearbeitet habe. Wir haben die ersten Publikationen über Isotretinoin veröffentlicht. Ich habe von der Firma La Roche Roaccutan auch noch in der Praxis bekommen, lange bevor das Präparat zugelassen wurde. Ich habe praktisch schon seit den 70er Jahren mit 13-cis gearbeitet. Da haben wir relativ viel gemacht, was Dosisfindung betrifft. Das ist das, was sich bis heute noch durchsetzt. Wobei ich mich wundere, wie viele Hautärzte heute nur noch mit 10 mg Ciscutan eine Therapie anfangen [...] Das ist einfach zu niedrig. Man braucht ja viel länger. Wir haben 1 mg/pro kg Körpergewicht gegeben, wobei sich bei einer Dosissteigerung von 1 mg auf 2 mg/pro kg Körpergewicht (das entspricht einer Tagesdosis von 60 mg bzw. 120 mg bei einem Körpergewicht von 60 kg) gar nicht so viel mehr Nebenwirkungen ergeben haben. Heute ist es gängig, dass man 0,5 mg/pro kg Körpergewicht täglich verabreicht, das sind 30 bis 40 mg Tagesdosis. Da hat man eine halbwegs überschaubare Zeit, dass die Patienten ansprechen, was vor allem bei Frauen wichtig ist wegen der teratogenen Nebenwirkung, ... aber das mit 10 mg Tagesdosis ... ich habe es schon öfters gesehen und habe mich gewundert [...] So viele Nebenwirkungen waren es nicht: trockene Lippen und Austrocknen der Haut, aber dafür, dass man die Akne komplett in den Griff bekommt, steht das dafür.

Das ist eigentlich eine Therapie, die sich über lange Zeit bewährt hat.

Erna Jaschke: Ja. Wenn du denkst, Ende der 70er Jahre haben wir angefangen, das sind über 50 Jahre [...] Es war primär die Indikation Akne. Wir haben es natürlich auch bei der Psoriasis versucht, aber da weiß man ja, dass es dafür nicht so gut ist. Da ist das Tigason, das Tretinoin, die bessere Variante gewesen. Wir haben auch ziemlich viele Testreihen mit 8 MOP gemacht und dann gesehen, dass es unregelmäßig resorbiert wird und wir zwischendurch immer wieder Über-

reaktionen trotz gleichbleibender Dosierung von 8 MOP gesehen haben. Wir haben dann auch mit dem 5 MOP getestet, das es jetzt nicht mehr gibt. Die Bestrahlungstherapie ist heute sowieso nicht mehr so wichtig wie damals. Damals hat es keine Biologika gegeben und das ist natürlich für die Psoriasisbehandlung ein Durchbruch gewesen. Das musste ich auch in der Niederlassung erst lernen.

Fallen Ihnen Anekdoten ein oder besondere Ereignisse aus dieser Zeit?

Erna Jaschke: Was ich immer noch in Erinnerung habe: Wir hatten damals eine geteilte Dienstzeit, von 13 bis 16 Uhr frei. Dr. Wörner, Gott hab ihn selig, war immer schon ein „Mords Ruach“ sozusagen. Er ist in der Mittagspause im Winter aufs Kar gefahren und ist dann später gekommen. Da hat ihn einmal Prof. Wolff erwischt und irrsinnig geschimpft. Aber Dr. Wörner hat sich nie etwas anhängen lassen. Er war ein netter Kollege und er hat auch viel gewusst. Aber er hat gewisse Sachen zusätzlich gemacht, seinen Sport.

Die Kontakte zur Wiener Hautklinik sind dann von der zweiten Hautklinik natürlich auf die erste übergegangen. Prof. Rappersberger habe ich dort z.B. kennengelernt. Prof. Klaus Konrad war mein Semester. Die anderen, Fritz Gschnait, Thomas Schwarz, Adrian Tanew kenne ich aus dieser Zeit. Die Fortbildung an der American Academy 1981 in San Francisco war sicherlich ein Höhepunkt. Ich bin sehr dankbar für die Ausbildung damals [...]

Wenn Sie die Entwicklung der Dermatologie betrachten aus heutiger Perspektive? Entwickelt sie sich prächtig oder entwickelt sie sich in die falsche Richtung?

Erna Jaschke: Die Spezialisierung hat man vorangetrieben. Ich habe damals die klinische Dermatologie in ihrer ganzen Breite erlernt. Und dass der Patient immer im Mittelpunkt steht. Spezialwissen ist wichtig, aber trotzdem sollte man den Blick auf den Patienten nicht verlieren. Ich habe immer wieder bei den Kollegen, die mich vertreten haben, gesehen, dass es nicht mehr so das Gesamte war. Es ist natürlich auch schwierig. Wobei Prof. Wolff war noch ein Gesamtdermatologe. Da haben wir wirklich alles gelernt. Und Prof. Fritsch eigentlich auch, schon alleine durch sein Lehrbuch. Das Klima auf der Hautklinik unter Prof. Wolff – wenn man sich vorstellt, wie er gekommen ist, wie alle Angst gehabt haben vor ihm – das hat sich wesentlich gebessert. Er war sehr gerecht. Er hat unheimlich

viel verlangt. Wenn man mitgearbeitet hat, hat man enorm profitiert. Die Mittwochsvisiten waren für mich schon interessant. Allein schon, wie sich die Wiener gegenseitig bekrittelt haben, das war ja gut. Kritik ist ja nicht schlecht. Danke, dass die guten Kontakte zur Hautklinik und die ausgezeichneten Fortbildungsmöglichkeiten – ich hatte nie Schwierigkeiten mit meinem Fortbildungsdiplom – auch nach meiner Niederlassung nicht abgerissen sind, sondern bis heute weiter bestehen.

Interview mit Frau Gabriele Willim, Chefsekretärin an der Hautklinik Innsbruck von 1975 bis 2013, aufgezeichnet im Jahr 2020

Frau Willim, von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik beschäftigt?

Gabriele Willim: Ich bin 1975 eingetreten und 2013 ausgetreten und das waren 38 schöne Jahre.

Wie war die Personalentwicklung zu Ihrer Zeit an der Hautklinik?

Gabriele Willim: In meiner Erinnerung hatten wir damals im Sekretariatsbereich für jede Station (4 Stationen, die AIDS-Station gab es noch nicht) sowie für die Haupt- und für die Allergieambulanz je eine Sekretärin (damals sogenannte „Schreibkräfte“ mit dementsprechend niedrigem Gehalt), zusätzlich gab es das Studentensekretariat und das Chefsekretariat mit je einer Sekretärin/Schreibkraft besetzt. Alle 8 vollangestellt, Teilzeit-Arbeit war damals noch nicht möglich. Erst Prof. Wolff stellte die erste Halbtagskraft ein, allerdings drittmittelfinanziert, unsere Janet, die Englischsekretärin. Das war nötig, weil eine intensive Publikationsphase in großteils englischsprachigen Journalen begann.

Die klinischen Labore waren mit jeweils einer MTA besetzt, die alle technisch sehr gut ausgebildet waren. Es gab noch wenige wissenschaftliche Projekte, eher klinische Studien. Das hat sich stetig entwickelt und so stellte auch der Bund mehr MTA-Stellen für die Wissenschaft zur Verfügung, möglichst für jede „Projektgruppe“. Wir hatten großes Glück mit der Qualität der MTAs, was sich auch in der Qualität der Forschungsergebnisse niederschlug. Es herrschte große Begeisterung und Aufbruchstimmung sowohl bei der wissenschaftlich tätigen Ärzteschaft als auch bei den technischen MitarbeiterInnen.

War diese Zuordnung eine Sache, die Prof. Wolff kreiert hat und die Prof. Fritsch fortgesetzt hat oder kam das erst von Prof. Fritsch?

Gabriele Willim: Nein, das führte schon Prof. Wolff ein. Und es wurden – und das darf man wahrscheinlich gar nicht laut sagen, die technischen Mitarbeiter entsprechend ihren Fähigkeiten eingesetzt, ungeachtet ihres Dienstverhältnisses zu Bund oder Land. Das war auch beim Schreibpersonal so. Man nahm Rücksicht auf besondere Begabungen der MitarbeiterInnen, was das Betriebsklima

und die Arbeitskraft stärkte. Man achtete aber schon streng darauf, dass das Gleichgewicht erhalten blieb.

Das Pflegepersonal hatte viel, viel mehr Planstellen, weil ja auch die Bettenzahl mehr als doppelt so hoch war wie heute. Die genaue Zahl dieser Planstellen weiß ich heute nicht mehr. Es gab früher den sog. „Stellenplan“, in dem sämtliches Personal aufgelistet war, und dieser Stellenplan wurde jedes Jahr in den „Budgetgesprächen“ vom Klinikvorstand und seinem 1. Oberarzt in Begleitung der Oberschwester mit der Personaldirektionen verhandelt.

Auch das Pflegepersonal war damals dem Klinikvorstand unterstellt, und so konnte dieser aufgrund seines Gewichts auch drohenden Stellenabbau im Pflegebereich leichter verhindern. Die Oberschwester war früher eine strenge, aber auch starke Vertretung ihres Personals nach „außen“ (= Direktion, später TILAK), später waren die (armen) Oberschwester/pfleger die „Vollstrecker“ der Krankenhausholding, die – zumindest dem Empfinden nach – ausschließlich nach wirtschaftlichen Kriterien handelte. Erst durch die Autonomiebestrebungen der Pflege wurde die Einflussmöglichkeit des Klinikvorstands auf den Stellenplan unmöglich. Es war ein ständiger Kampf um Betten und Personal, und jetzt sehen wir ja und es wird gerade dramatisch bewiesen, wie wichtig es war und ist, eine ausreichende Kapazität an Betten und vor allem Pflegepersonal zu haben. (Anmerkung: Das Interview wurde 2020 während der SARS-COV-2-Pandemie geführt, als ausreichende Bettenkapazitäten für die Bewältigung als notwendige Voraussetzung diskutiert wurden).

Früher musste man, was wahrscheinlich immer noch so ist, immer wieder beweisen, dass nicht der durchschnittliche Belag das Ausschlaggebende für die Personal- und Bettenberechnung sein darf, sondern dass es Notfallzeiten und saisonale Spitzen gibt. Durch stete Bettenstreichungen mussten Patienten immer wieder unter unwürdigen Umständen in irgendwelchen Funktions- oder – im Falle der Hautklinik – Schmierräumen oder Verbandszimmern oder im schlimmsten Fall sogar auf den Gängen liegen []. So war das mit dem permanenten Kampf um Betten und Personal.

Bei den Ärzten waren – nur in meiner Erinnerung, und nicht durch mir nicht mehr vorliegende Zahlen belegt – zwischen 12 und 14 Planstellen, aufgeteilt in Bund und Land, pro Monat immer zwischen 4 und 6 Turnusarztstellen. Mit der Einführung drittmittelfinanzierter PhDs wurde die wissenschaftlich tätige Ärzte-

schaft natürlich entlastet, in der Vergangenheit waren aber nahezu alle Ärzte mit wissenschaftlicher Arbeit betraut.

Als ich eintrat, gab es noch die geteilte Dienstzeit, von 08.00 bis 13.00 Uhr, und von 16.00 bis 19.00 Uhr. In den Vormittagsstunden fand die Hauptarbeit in den Ambulanzen und auf den Stationen statt. Am Beginn gab es eine große Allgemeine Ambulanz, in der die gesamte Dermatologie und Venerologie abgewickelt wurde und daneben die Allergieambulanz, die Patienten waren nach Geschlecht getrennt war, und 2 Oberärzte untersuchten am Vormittag ca. 100 Patienten, die Ambulanz war damals übrigens auch am Samstagvormittag geöffnet.

Ca. 1 mal pro Stunde wechselten die Ambulanz-Ärzte vom Untersuchungszimmer in den Behandlungsraum, wo die Patienten von den Schwestern zur Kontrolle und den Verbandswechseln vorbereitet „gesammelt“ wurden.

In einem Raum zwischen den beiden Untersuchungsräumen saß die Schreibkraft (anfangs auch ich), die die Arztbriefe direkt in die Schreibmaschine (es gab noch keine Computer) diktiert bekam und der Arztbrief wurde dem Patienten mitgegeben. All das wäre heute unvorstellbar.

Viele Mitarbeiter verließen in der 3-stündigen Mittagspause das Haus, viele nutzten aber auch die Zeit für die Erledigung der administrativen Aufgaben, z.B. das Diktieren der Arztberichte. Um 16.00 Uhr trafen alle wieder im Hause ein und haben dann zum Teil die an Zahl immer mehr werdenden kleinen Spezialambulanzen geführt bzw. wurden die Befundungen in den klinischen Labors vollzogen (Serologie, Mykologie, Histologie etc.).

Die wissenschaftliche Tätigkeit hat ausschließlich in den Abend- und Nachtstunden und an den Wochenenden stattgefunden. So war das damals – es waren für wissenschaftlich tätige Ärzte sehr lange und anstrengende Arbeitstage, die Belohnung war die Habilitation und vor allem die Aneignung von großem Wissen.

Diese Trennung zwischen Landes- und Bundesbediensteten, hat sie sich gewandelt mit der Zeit?

Gabriele Willim: Die Aufteilung der Arbeit auf Landes- und Bundesbedienstete wurde anfangs von der internen Revisionen überprüft, wo der Umstand, dass Bundesbedienstete Landestätigkeit und umgekehrt, Landesbedienstete Bundestätigkeit vollzogen immer wieder bemängelt wurde. Die Arbeit wurde qualitativ aber bestens erledigt und war, wie schon gesagt, gleichmäßig verteilt – eine strikte

Trennung wäre nie möglich gewesen. Es war früher übrigens auch die Bezahlung zwischen Bund und Land unterschiedlich, aber da hat man sich – glaube ich – ziemlich angenähert, weil das schon immer einen schalen Beigeschmack hatte. Wobei ich immer der Meinung war, dass die Bundesbediensteten ja pro Tag ihre Arbeit eine halbe Stunde früher beenden durften (das ergab sich durch die vorgeschriebene ½-stündige Mittagspause beim Land, die aber kaum jemand konsumierte), dafür ein bisschen weniger verdient haben als die Landesbediensteten. Aber es tut dem Klima sicher gut, wenn die gleiche Arbeit gleich bezahlt wird.

Die Naturwissenschaftler im Labor, zunächst waren ja die Gruppenleiter eher Mediziner und dann sind zunehmend Naturwissenschaftler gekommen, wie hat sich das entwickelt?

Gabriele Willim: Ich denke, das hat stark zugenommen unter der Laborleitung von Niki Romani, der sich mittels Grants die entsprechenden Mitarbeiter für seine Projekte suchen konnte. Das war der Beginn der drittmittelfinanzierten Angestellten. Ursprünglich gab es vielleicht 2-3 nicht-ärztliche Akademiker im Bundes-Stellenplan (z.B. Frau Prof. Reichelt, Dr. Kraus, Dr. Koch). Aber das wären auf Dauer viel zu wenige gewesen, sie hätten das gar nicht alles stemmen können. Und die Mediziner durchgehend auch nicht, nachdem sie den ganzen Tag am Patienten gearbeitet haben und die Administration immer mehr wurde. Früher gab es als „außerordentliche Geldgeber“ für wissenschaftliche Arbeiten lediglich den FWF und die Nationalbank, diese waren aber den ganz profunden Projekten vorbehalten. Erst mit den großen Medikamenten-Studien konnte der wissenschaftliche Betrieb derart ausgebaut werden – unter großem, aufwändigem Einsatz der Projektleiter und mit schlechten Bedingungen für die eingestellten Mitarbeiter, weil sie nur kurzfristige Verträge bekamen. So hatten die besten Wissenschaftler oft keine Lebensplanungssicherheit, das traf nach Einführung des neuen UOG mit einem „Stufenmodell“ auch auf bundesangestellte Wissenschaftler zu, ich befand das immer als großen Schaden für die Institutionen (man konnte wichtige und erfolgreiche Mitarbeiter nicht halten) und als unmenschlich den hart arbeitenden Wissenschaftlern gegenüber – vor allem jenen mit Familie. Aber das ist eine andere Geschichte.

[] Damals ist übrigens das ganze Haus auf dem Kopf gestanden, Sekretariat, Bibliothek, war dort, wo jetzt die Ambulanz ist, sämtliche Labore im Erdgeschoß

und nicht im erst später ausgebauten Keller. Auch der Dachboden wurde erst viel später ausgebaut und mit schönen Dienstzimmer bestückt, wo die Ärzte endlich ungestörte Arbeitsplätze vorfanden.

Ich versuche immer wieder Menschen, die weiter zurückblicken können, zu fragen, ob sie sich erinnern an Zeiten, wo die Psychiatrie und die HNO noch im Gebäude waren. Aber ich habe noch nie jemanden angetroffen, der das bestätigt hat, dass das alles in diesem Gebäude war.

Gabriele Willim: Da muss ich Sie enttäuschen, weil so alt bin ich noch nicht. Aber ich habe die Zeit erlebt, wo die onkologische Abteilung der Frauenklinik bei uns untergebracht war. Dort wo jetzt die AIDS-Station ist, war deren onkologische Abteilung. Hier erschien täglich Prof. Dapunt – der damalige Vorstand der Frauenklinik – mit wehendem Mantel mit seiner Entourage und hat dort seine Visite abgehalten. Als die AIDS-Station errichtet wurde, haben wir endlich unsere Räume wieder zurückbekommen.

War das auch zu Zeiten von Prof. Wolff so, dass die Onkologie der Frauenklinik in diesem Bereich war?

Gabriele Willim: Ja, das war noch zu seiner Zeit so. In meinen Anfängen, glaube ich, aber nicht mehr allzu lange. Ich weiß, dass es unter Prof. Wolff war, weil wir einen internationalen Kongress organisierten und Prof. Dapunt sich einen Spaß machen und sich auf dem Weg zu seiner Visite für diesen Kongress anmelden wollte. Er war dann schon erleichtert, dass wir ihn als Chef der Frauenklinik identifizieren konnten.

Wie war die Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen?

Gabriele Willim: Die habe ich immer als sehr, sehr gut empfunden. Wobei ich sagen muss, dass man früher gleichzeitig näher war, weil man mehr Berührungspunkte hatte, als das heute mit der Digitalisierung der Fall ist. Und trotzdem hat es im Umgang eine gewisse Distanz gegeben. Es war ein respektvoller Umgang. Das „Du“ hat es damals noch nicht in dem Ausmaß gegeben. Ich war immer ein Freund des „Sie“, weil manche das „Du“ – vor allem vor den Patienten – nicht richtig einzusetzen wussten. Prinzipiell hat das alles immer wunderbar funktio-

niert. In meiner Empfindung hat sich dann vieles – z.B. zwischen Ärzten und Pflegebereich – ein wenig negativ entwickelt. Das war, als die „Pflege-Autonomie“ stattgefunden hat. Ab da wurde immer hinterfragt, welche Tätigkeiten zu wessen Aufgabengebiet gehörten. Auch die räumliche Trennung auf den Stationen war für mich etwas ganz Schlimmes. Früher gab es die gemeinsamen sogenannten Stations-Zimmer, da arbeiteten die Pflegenden und die Ärzte in einem Raum. Alles sehr beengt, aber man war immer im direkten Austausch. Als dann die Digitalisierung Einzug hielt, musste Platz für die Computer und daher getrennte Dienstzimmer geschaffen werden. Plötzlich fanden sich Ärzte und Pflegenden über Gebühr am Computer, ein großer Verlust aus meiner Sicht. Mit dieser Trennung ging auch ein Stück Zwischenmenschliches und persönliche Interaktion verloren und wurde von E-Mail- und Post-it-Kommunikation abgelöst, obwohl man nur durch einen Gang getrennt war. Ich empfand das als kleinen Bruch zwischen den Berufsgruppen, vielleicht ist das aber alles wieder gut.

Ganz wichtig in diesem Zusammenhang ist für mich auch zu erwähnen, und das ist natürlich nur meine persönliche Sicht – dass die Digitalisierung große und z.T. auch sehr negative Umbrüche zur Folge hatte: so glaube ich fest, dass durch sie nicht nur ganz wertvolle Pflegenden vertrieben, sondern vielleicht noch mehr davon abgehalten hat, den Pflegeberuf zu ergreifen. Und damit meine ich nicht unbedingt die diplomierten Kräfte (sie sind in ihrer Ausbildung schon mit der Technik konfrontiert), sondern z.B. jene Mitarbeiter, die früher als Pflegehelfer bezeichnet wurden. Sie waren zu einem großen Anteil auch für die Seelen-Pflege der Patienten verantwortlich. Irgendwann musste man aber fast schon ein Hochschulstudium vorweisen, um im Pflegebereich Fuß fassen zu können. Stellvertretend für alle diese herzlichen, großteils aus einfachen Verhältnissen stammenden Pflegemitarbeiter fällt mir Bernarda ein, ein aus einer 12-köpfigen Osttiroler Bergbauernfamilie abstammender Seelenmensch, der – zugegebenermaßen in einer anderen Zeit – niemals Zugang zu technischen Hilfsmitteln hatte, das auch niemals gewollt hätte und trotzdem zu einer der für das Patientenwohl und die Laune der Mitarbeiter so wichtigen Pflegemitarbeiter zählte. Singend, lachend, mit Sterbenden betend etc.

Es wäre so schön, wenn auch derlei Qualitäten im Gesundheitswesen wieder mehr Platz hätten. Ein Lob aber an alle Pflegemitarbeiter, die Technik, Expertise UND Herz täglich unter einen Hut bringen müssen, und dafür immer zu wenig Zeit zur Verfügung haben!

Welche Rolle spielten Roman und dann später Rochus?

Gabriele Willim: Der Roman, das war einfach DAS Original der Hautklinik. Es war ganz schwierig oder eigentlich unmöglich für den Rochus in seine Fußstapfen zu treten. Weil Roman hat man wirklich in der ganzen Klinik in allen Ebenen gekannt. Er war ein „Unikum“, ein Spaßvogel. Er hatte immer gute Einfälle, wie man Patienten unterhält, die sehr krank waren. Roman ist als 14-Jähriger, das war damals normal, als Pflegehelfer eingetreten. Er hat im Keller des Hauses gewohnt, das war also nicht nur ein Dienstzimmer, sondern er hat – wie auch einige wenige (geistliche) Schwestern (und einzelne Ärztinnen) damals – an der Klinik gewohnt. Spannend aus heutiger Sicht. Eine der vielen Geschichten, die Roman unvergessen gemacht haben und die diese damalige Zeit gut beschreiben: Er hat sich im Winter eine Rodel geschnappt und ist dann damit vom zweiten Stock über die Klinik-Treppe in den Keller hinunter gedonnert. Unter großem Beifall der Patienten. Er bekam daraufhin von der Oberschwester einen furchtbaren Rüffel. Es war dann aber zum Erzählen ihre Lieblingsgeschichte, böse konnte man dem Roman sowieso nicht wirklich sein. Seine weit bekannten (und sehr züchtigen) Striptease bei Klinikfeiern, die Zurverfügungstellung seines Waldhauses für Klinikfeste, seine kleinen Schabernacks, das sind alles Dinge, die der Rochus auch gar nicht hätte machen können, weil das heute undenkbar wäre. Man hatte damals einfach ein bisschen mehr Spaß gehabt neben all der strengen Arbeit. Roman hat viel Freude in unser Arbeitsleben gebracht. Er war auch für alle organisatorischen Dinge gut. Man hat ihn dann zum Hörsaaldiener gemacht, irgendwann hat er auch den Tierstall versorgt und, weil er so geschickt war, viele Reparaturen erledigt oder in Windeseile durch die Klinik-Werkstätten erledigen lassen – Roman hatte aufgrund seiner Wesensart die besten Kontakte auch dorthin gehabt. Damals verfügte das Krankenhaus über viele hauseigene Werkstätten, die Mitarbeiter waren Landesangestellte, Tischler, Maler, Tapezierer, Elektriker etc. Roman war über seinen „Aufstieg“ damals zwar ein bisschen traurig, weil er eigentlich lieber bei den Patienten geblieben wäre.

Und Rochus hat diese administrativen Tätigkeiten und den Tierstall sehr, sehr ordentlich fortgeführt, aber für Schabernack war keine gute Zeit mehr.

Die Werkstätten waren in diesem Gebäude?

Gabriele Willim: Nein, sie waren nicht in diesem Gebäude, sondern im heutigen

ZVG. Dort waren die ganzen Handwerker untergebracht. Das war natürlich eine tolle Einrichtung, die meisten Einrichtungen und Personen fielen allerdings auch einer negativen Entwicklung zum Opfer, alles extern zu vergeben. Ähnlich verhielt es sich mit den „Haus- oder Stockmädchen“, die den leitenden Schwestern auf den Stationen oder Ambulanzen unterstellt waren, die deren Arbeit auch streng kontrolliert haben. Das ganze Haus hat deswegen immer geblitzt. Unter der TILAK wurde die Reinigung an Fremdfirmen übergeben, wobei ich deren Mitarbeitern nicht zu nahetreten will, weil diese ein furchtbares und zeitlich nicht bewältigbares Arbeitsvolumen übernehmen mussten und das, wie man hörte, bei schlechter Bezahlung. Und so hat es – zumindest zum Teil in manchen Bereichen auch ausgeschaut. Zu wenig sauber und hygienisch. Auch eine schlechte Entwicklung und alles dem Spardruck geschuldet.

Was sind besonders gute Erinnerungen?

Gabriele Willim: Eine besonders gute Erinnerung war sicher diese Aufbruchszeit, als Prof. Wolff nahte mit seinem großen Team. Man fürchtete sich im Haus davor, weil man nicht wusste, was auf einen zukommt. Da war nur mehr die Rede davon, dass sicher viele entlassen würden. Und wie würden diese „Wiener“ sich etwa benehmen. Die Befürchtung war, dass kein Stein auf dem anderen bleibt und so war es dann tatsächlich. Es wurden ganz tolle neue Geräte angeschafft – u.A. die PUVA installiert, deren Bestrahlungsgeräte mit Kran über die Fenster in den zweiten Stock gehievt werden mussten. Das Personal wurde aufgestockt. All dies war damals noch elementarer Bestandteil der Berufungsverhandlungen mit dem Bund, ohne deren Erfüllung man eine Klinik bei vorhandene Konkurrenzangeboten nicht übernommen hätte.

Man hat in dieser Aufbauphase rund um die Uhr gearbeitet. Das war auch der Start der wissenschaftlichen Projekte, die man damals noch beim Wissenschaftsfonds oder direkt beim Ministerium einreichen konnte. Dotiert wurden natürlich nur besonders qualitätsvolle Arbeiten. Die Erstellung dieser Anträge war extrem aufwändig, da es damals noch keine Computer gegeben hat. Man musste diese 300 Seiten Anträge mit der Schreibmaschine tippen, man durfte keine Tippfehler machen, weil die auf den Durchschlägen sichtbar waren. Es sind dann alle beteiligten Wissenschaftler und die Sekretärin um einen Tisch gestanden und haben diese Pakete der 13-fachen Kopien sortiert, um sie dann abzuschicken – immer in

letzter Sekunde um Mitternacht noch schnell zur Hauptpost laufend, damit die Deadline nicht überschritten wurde.

In dieser Zeit war auch ich selbst speziell betroffen, weil ich – damals selbst noch bis zu 16 Stunden arbeitend – mich immer zuständig gefühlt habe für die Ärzte, die so lange im Haus waren, angeführt von Prof. Wolff und seinen Mitarbeitern. Um 23.00 Uhr nachts kam der große Hunger, weil man den ganzen Tag noch nichts gegessen hatte. Ich fuhr dann in die „Kaisermühle“, eine etwas dubiose Tanz-Einrichtung in der Innsbrucker Innenstadt, wo man allerdings wunderbare Grillhendl und Schnitzel bekommen hat. Besonders die „Wiener“ waren sowieso immer hungrig. Ich musste nicht nur Schweinestelzen besorgen, sondern für danach noch einen Kaiserschmarren. Das war eine so schöne Zeit und ein Zusammenhalt, man wollte einfach gemeinsam ganz etwas Tolles schaffen und man war mitgetrieben. Das waren mit die schönsten Erinnerungen.

Auch die Kongressreisen waren damals besonders, es reiste immer eine ganze Gruppe an wissenschaftlich tätigen Ärzten gemeinsam zu denselben Veranstaltungen. Fliegen war meist zu teuer, die Ärzte waren stundenlang mit der Bahn unterwegs. Ich habe einmal eine ganze Mannschaft nach einer Überseereise nächstens am Flughafen in München mit dem Bus eines befreundeten Bäckers abgeholt und hab die Herren dann mit Glühwein und Krapfen empfangen. Es war tiefster Winter und ich habe ziemlich geschwitzt beim erstmaligen Steuern eines Busses, aber die Überraschung ist gelungen und alle haben sich gefreut. Mit der Spezialisierung hörte auch das gemeinsame Kongressreisen auf – sehr schade, weil das sehr viel für die Gemeinschaft getan hat.

Wie ist es den Tirolern und Vorarlbergern dabei gegangen, die vorher schon da waren?

Gabriele Willim: Die haben sich dann schon eingefügt. Einige haben die Gelegenheit zum Absprung genutzt, aber nicht, weil sie mussten, sondern weil sie sich wahrscheinlich nicht mehr so gut zurechtgefunden hätten. In der Zeit ist den Mitarbeitern sehr viel abverlangt worden. Viele haben das aber auch als toll empfunden und sich voll hineingehängt. Die Umstände waren dann gar nicht so schlimm, wie ursprünglich befürchtet. Es ist aber ein strenges Regime eingezo-gen. Angeführt von Prof. Fritsch, der unter Prof. Wolff der erste Oberarzt war. Prof. Wolff machte es sich insofern leicht, weil er immer den „good cop“ mimte.

Prof. Fritsch musste oft den „bad cop“ bringen und für Ordnung sorgen, ein nicht angenehmer Auftrag, den er aber sehr gut erfüllte. Selbst ich hatte großen Respekt. Aber auch der stets charmante Prof. Wolff konnte sehr laut werden, wenn ihn der Zorn packte.

Beide, zuerst Prof. Wolff und nach dessen Abgang nach Wien, Prof. Fritsch, haben extrem viel für ihre Mitarbeiter getan, sich extrem um ihre Ausbildung gekümmert, sie für Kongressvorträge vorbereitet, in der Nacht deren Publikationen korrigiert, ihnen Auslandsaufenthalte ermöglicht. Prof. Fritsch arbeitete sein ganzes Arbeitsleben bis tief in die Nacht, nur die Abend-Nachrichten wollte er zu Hause verfolgen, um danach weiterzuarbeiten. Um 8 Uhr früh pünktlich – inklusive Samstag – im Haus. Ich bin mir nicht sicher, ob alle Mitarbeiter das in diesem Ausmaß mitbekommen haben.

Gibt es schlechte Erinnerungen?

Gabriele Willim: Meine schlechten Erinnerungen, es gibt nicht viele, hängen alle mit dem Einzug der TILAK zusammen. Wobei ich natürlich zugeben muss, dass es sicher notwendig war, mehr als in der Vergangenheit auf die Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu schauen. Es hat z.B. früher kaum ein Arzt gewusst, wie teuer bestimmte Medikamente sind, es gab keine diesbezüglichen Aufzeichnungen, und man hat natürlich immer das verschrieben, von dessen Wirkung man am meisten überzeugt war – Generika gab es damals ja sowieso noch nicht. Man war frei in der Rezeptur. Also, dass diese Kostenwahrheit Einzug gehalten hat, war schon etwas Gutes. Auch die Unterstützung durch die Einkaufsabteilung bei Vertragsabschlüssen mit Lieferfirmen etc. war von Vorteil. Das wurde alles professioneller.

Nicht so toll aber war der Umgang mit den Mitarbeitern, den habe ich einfach als schrecklich und herablassend empfunden. Wenn beispielsweise ein Bereichsleiter dem OP-Personal nach Kaputtwerden des Instrumenten-Sterilisators die Dringlichkeit eines Neukaufs mit den Worten verwehrt, sie könnten die Instrumente doch auch mit der Hand waschen, oder wenn ein Direktor einer Krankenschwester der AIDS-Station, an der in den ersten Jahren so viele Menschenleben zu beklagen waren, beim Wunsch nach einer Supervision ausrichten lässt, dass ja dann jede Putzfrau um Supervision ansuchen könnte, dann lässt das tief blicken. Die morgendliche Begegnung des seriös weiß-gewandeten Personals

mit der Porsche-fahrenden sonnenbebrillten TILAK-Führungsetage mit hochgestelltem Sakkokragen war dann auch besonders (meine überspitzte Formulierung sei mir verziehen).

Eine drastische Verschlechterung im Vergleich zu früher, wo man bei den Krankenhaus-Direktoren immer ein offenes Ohr und das Angebot der Hilfe erwarten konnte. Ich kann jetzt nicht mehr beurteilen, ob sich dieser Umgang mit den Klinikmitarbeitern, denen ich unterstelle, dass sie immer zum Wohle des Patienten tätig sind, seit meiner Pensionierung gebessert hat, aber wohl eher nicht. Die physisch und psychisch so anstrengende Arbeit an den Kliniken wurde aus meiner Sicht von der TILAK nie entsprechend gewürdigt.

Es wurden immer mehr Bereiche in der TILAK und der darunter liegenden Direktion eingezogen. Die Arbeit an den Kliniken, die hoch engagiert, hingebungsvoll und zum Wohle der Patienten verrichtet wurde, schien gar nicht so wichtig. Ich habe immer scherzhaft/ironisch gesagt, der TILAK wäre am liebsten eine Klinik ohne Patienten und ohne Personal, weil genau das so teuer ist. Viele Mitarbeiter, vor allem jene, die weit in die Vergangenheit blicken konnten, wollten sich das dann nicht mehr antun. Man hatte ja nie das Gefühl, dass die Patientenversorgung dadurch besser wurde, ganz im Gegenteil, immer weniger Zeit für den Patienten, immer mehr Administration. Besser wurde die Patientenversorgung natürlich durch den medizinischen Fortschritt, der das System aber gleichzeitig immer teurer machte.

Es wurden gegenüber vielen Mitarbeitern verletzende Äußerungen getätigt. Und viele, die sich über Jahre in der Klinik aufgearbeitet hatten, haben das Haus früher verlassen, als ursprünglich gedacht.

Als wir Chef-Sekretärinnen erfuhren, dass die TILAK-Sekretärinnen viel mehr verdienten als wir, zogen wir unter gewerkschaftlicher Begleitung empört in den Kampf. Im Zuge dessen beauftragte die TILAK eine externe Beratungsfirma, um unsere Tätigkeiten zu überprüfen. Der Meinung eines hohen TILAK-Mitarbeiters nach waren wir ja hauptsächlich dazu da, für den Chef Kaffee zu kochen oder einen Knopf an seinen Mantel zu nähen. Und das, obwohl wir täglich unzählige (und nicht vermerkte) Überstunden verrichteten. Ein Eigentümer, weil sich herausstellte, dass unsere Tätigkeit höher zu bewerten und wir in eine andere Gehaltsstufe überstellt hätten werden müssen. Die Arbeiterkammer bot mir damals an, einen Musterprozess zu führen – mit wurde „Erfolgsgarantie“. Ich unterließ dies

letztlich, weil Prof. Fritsch damals Dekan und immer bemüht war, ein besseres Einvernehmen zwischen Universität und TILAK herzustellen. Es kam mir nicht richtig vor, in dieser Zeit vor das Arbeitsgericht zu ziehen, obwohl mein Gehalt und auch meine jetzige Pension sich angemessen erhöht hätten.

Ist es so, dass die zentralen Sekretärinnen, die bei der TILAK gearbeitet haben, ein anderes Gehaltsschema hatten als die Sekretärinnen, die in den einzelnen Kliniken beschäftigt waren?

Gabriele Willim: Genau so war es. Wir waren ja Landesbedienstete, einem Gehaltsschema zugehörig, während die TILAK-Sekretärinnen Privatangestellte waren.

Was würden Sie sagen, was war zu Beginn Ihrer Tätigkeit anders als zum Zeitpunkt Ihrer Pensionierung und mit der heutigen Situation?

Gabriele Willim: Was sicher anders war, war der engere Kontakt zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Das war sogar sehr anders. Man hat sehr viel mehr Privates miteinander unternommen. Wobei ich nicht mit Sicherheit sagen kann, ob dieser Eindruck stimmt. Weil, wenn man als „Frischling“ hereinkommt, sind alle Mitarbeiter älter, alles Respektspersonen, da hat man mit denen nichts zu tun. Dann kommt diese wunderschöne Zeit, wo man gleich alt ist wie die ärztlichen oder die Labormitarbeiter, wo man natürlich viel miteinander unternimmt, weil man fast oder auch wirklich befreundet ist. Das verändert sich beim Älterwerden dann ins Gegenteil, man hat keinen wirklichen Kontakt mehr zu den nachfolgenden Mitarbeitern und empfindet vielleicht nur, dass diese untereinander nichts mehr miteinander machen. Aber man weiß es nicht und vielleicht ist man ja nur des Altersunterschieds wegen nicht mehr dabei.

Was sich auch verändert hat, war ein gewisser Verlust der Autonomie der Kliniken, was das Wirtschaftliche anbelangt. Früher musste man beim Land einen Budgetvoranschlag abgeben, der Personalwünsche oder Geräteanschaffungen etc. beinhaltete, und musste den natürlich begründen. Danach gab es immer ein Budgetgespräch, bei welchem die Höhe der Summe festgelegt wurde, die man für das kommende Jahr zur Verfügung hatte, und auch wofür das Geld verwendet werden soll.

Im Vorfeld konnte auch sämtliches leitendes Personal seine Wünsche beim Klinikvorstand deponieren. Stand die Summe fest, hat man damit auskommen

müssen. Bei Notfällen konnte man das Budget zwar überschreiten, das wurde dann im nächsten Jahr wieder ausgeglichen.

Aber immer mehr wurde man zum Bittsteller und war von Gnaden der TILAK abhängig, obwohl man meinen könnte, dass wohl das direkt am und für den Patienten arbeitende Personal am besten wüsste, was für das Patientenwohl das Vorrangigste sei.

Welche Traditionen stechen an der Innsbrucker Hautklinik heraus? Was ist Besonders im Vergleich zu anderen Kliniken?

Gabriele Willim: Was über Jahre hinweg besonders war, das war unsere Fortbildung, die wirklich 2 – 3 x pro Woche stattgefunden hat, um die uns sehr viele Kliniken beneidet haben, die sich in der Vergangenheit hauptsächlich auf Fachkongresse konzentriert hatten.

Bei uns jedoch hat es wöchentliche Diakliniken, Hörsaalvisiten, Journalclubs, und die alpenländische Dermatologen-Tage etc. gegeben, wo immer alle aus Klinik, Labor und dem niedergelassenen Bereich zusammengekommen sind.

Für unsere jungen Mitarbeiter waren diese Fortbildungsveranstaltungen immer eine tolle Geschichte, in denen sie auf große Aufgaben bei internationalen Kongressen vorbereitet wurden, da haben sie geübt und geübt, bis ihnen die Schweißperlen auf der Stirn gestanden sind.

Und ein Benefit waren die Veranstaltungen auch für die Niedergelassenen, dass sie ständig auf dem Laufenden waren. Man hat sich im Haus insgesamt sehr gut vertragen, nicht durchgehend, aber meistens.

Das war eine der tollsten Sachen, dass man so zusammengeblieben ist. Ich glaube, das ist jetzt immer noch so. Das sieht man ja, wenn man ruft, dann kommen sie alle. Das ist etwas ganz Schönes.

Viele, die hier arbeiten oder gearbeitet haben fühlen sich besonders verbunden mit diesem Haus und mit dieser Gemeinschaft. Was steckt da dahinter?

Gabriele Willim: Das ist eben genau deshalb, weil man nicht locker lässt, die Leute immer wieder einzuladen, mitzumachen. Da gibt es nach wie vor das Angebot der Weihnachtsfeier, wo auch die Niedergelassenen und ehemaligen Mitarbeiter eingeladen sind. Auch z.B. Ski- und Betriebsausflüge sind aus meiner Sicht ganz wichtig. Sie werden zwar nicht mehr so angenommen wie in den Urzeiten, weil

jeder auch sehr viel privaten Stress hat, bei solchen Aktivitäten konnte man aber immer etwaige kleine Fehden beenden oder jemanden besser kennenlernen und erfahren, was ihn „plagt“. Das ist einfach extrem wichtig und ich glaube, das hat die Hautklinik und eigentlich das ganze Fach Dermatologie immer ausgezeichnet, dass man versucht hat, alle zusammenzuhalten.

Gibt es noch eine Anekdote, vielleicht eine lustige oder kuriose?

Gabriele Willim: Ja [...] vor allem unter Prof. Fritsch hat es sehr viele gegeben. Wir haben sogar ein Büchlein darüber verfasst, ein Anekdotenbuch. Dazu habe ich viele Geschichten zusammengetragen, die dann der Hautarzt Dr. Hilty auch noch illustriert hat. Es war betitelt mit „Wolln’s an Apfel?“. Dies deswegen, weil Prof. Fritsch manchmal wie der Böse durchs Haus gestapft ist und die Leute zu-rechtgewiesen hat, und das war manchmal schon sehr streng. Manchmal hat es ihm danach leidgetan, nicht immer, aber meistens. Und er war ein begeisterter Apfelkonsument, hat immer eine Kiste Äpfel in seinem Büro gehabt. Er hat dann immer wieder mal den Mitarbeiter hergeholt und ihn gefragt: „Wolln’s an Apfel?“ Das war dann das Versöhnungsangebot. Dieses Büchlein ist voll von Anekdoten, es war also auch sehr viel Freude im Arbeitsleben enthalten.

Was bleibt zu sagen: Vom ersten so beeindruckenden Tag meiner fast 40-jährigen Klinikarbeit bis zur Pensionierung war ich stolz, hier und mit so vielen tollen und hingebungsvollen Menschen zu arbeiten. Und Prof. Fritsch, mit dem ich 35 Jahre zusammenarbeitete, bin ich bis auf ewig dankbar dafür, dass er nicht aufgehört hat, mich mit seinem unglaublich breitgefächerten Wissen zu streifen und immer für mich da zu sein.

Seinem geschätzten Nachfolger, Prof. Schmuth kann ich nur alles Gute und einen langen Atem wünschen – zum Wohle der Klinik!

Interview mit Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Wolff, Vorstand der Klinik 1976 – 1981, anschließend Vorstand der I Univ.-Hautklinik im AKH Wien von 1981 – 2004, geführt von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Fritsch im Jahr 2014

Angekommen in der Basisdemokratie 1. April 1976: Ich merkte bald, dass sich hier eine – auch dermatologisch – ganz neue Welt auftat. Als ich an diesem Tag pünktlich um 7.30 Uhr die herrliche Natursteintreppe hinaufschritt, um die Klinik in Besitz zu nehmen, kam mir eine (mir natürlich noch unbekannte) Schreibkraft mit ihrem großen, zutraulich schnüffelnden Schäferhund entgegen. Der saß immer bei ihr im Zimmer – in einem Spital? Und das war nicht das einzige Haustier, dem ich im Lauf der ersten Tage dort begegnete. Eine meiner ersten Amtshandlungen war daher, ein Plakat am Haustor anbringen zu lassen: „Tiere haben keinen Zutritt an die Klinik.“

Ich übernahm die Klinik in einer Zeit des Interregnums. Mein Vorgänger, Prof. Gustav Niebauer, war per 1. Jänner 1975 zurück an die II. Hautklinik Wien berufen worden. Danach hatte Prof. Josef Zelger die Klinik supplierend geleitet, war aber selbst 1975 als Primar an das LKH Salzburg gegangen. Seither war die Klinik „kopflös“, die Geschäfte führte eine Gruppe der ältesten Assistenten auf basis- demokratische Art: pragmatisch und hierarchielos, im Wesentlichen unstrukturiert – jeder arbeitete eher als Einzelgänger, wobei jedoch ein hohes Arbeitspensum erledigt wurde. Mit Prof. Zelger hatte der letzte Habilitierte die Klinik verlassen; Oberärzte, wie sonst üblich, gab es nicht. Der Ton war locker und vertraulich, selbstverständlich auch mit den Schwestern und Schreibkräften – das Duwort war sozusagen präexistent und brauchte nicht extra erteilt zu werden. Alles in allem, was für ein Kontrast zu Wien! So sympathisch das auch sein mochte: die Klinik war erstarrt, hatte in Ausstattung und Organisation keine tragfähige Infrastruktur (z. B. gab es keine Chef- und Kliniksekretariate), keine nachhaltige Planung und keine Zukunftsperspektive. Wissenschaftliche Bestrebungen gab es nicht.

Einschub Peter Fritsch: Das ist natürlich nicht ganz richtig, und ich will das nicht so stehen lassen. Professor Niebauer, mit dem mich später eine respektvolle Freundschaft verband (obwohl wir einander recht unähnlich waren), hatte in den kurzen Jahren seines Ordinariats in Innsbruck einige wichtige Neuerungen

eingeführt: unter anderem ein Histologielabor, das er mit einer ausgezeichneten MTA besetzte, und das ein Fluoreszenzmikroskop besaß. Histologie wie Immunfluoreszenz waren Sache von Dr. Brigitte Wohlfarth, der in dieser Zeit u.a. der wichtige Nachweis von IgA-Immunkomplexen bei der Purpura Schönlein-Henoch gelungen war.

Ein gutes Beispiel für die erdverbundene Atmosphäre an der Klinik war der Eiermann. Die Ambulanzstationsschwester war mit dem Besitzer einer Hühnerfarm bekannt, der ihr einmal wöchentlich ein großes Tablett riesiger schöner Eier an die Klinik brachte, die sie in der Ambulanz abstellte, bis sie sie abends mit nach Hause nahm. Von hier eroberten die Eier die gesamte Klinik, und bald lagerten die Tabletts an jeder verfügbaren Horizontalfläche, oft die ganze Woche. So gut wie jeder wurde von diesem Eierfieber ergriffen, ich muss gestehen, ich selbst gelegentlich auch, wie selbstverständlich meine Wiener Mitarbeiter. Als das Ganze für die Außenwelt auffällig wurde, musste ich es abstellen – meine zweite Amtshandlung, die sich auf Tiere bezog.

Es gab also eine Menge an der Klinik zu tun, in vielen Beziehungen, und es war mir klar: da lag eine große Aufgabe vor mir. Noch als ich in Wien war, hatte es sich herumgesprochen, dass ein schneidiger junger Mensch – ich – die Klinik übernehmen solle, und man wisse nicht, wie das werden würde. Die zwei ältesten Assistenten, beide ungefähr mein Alter, verließen noch vor meiner Ankunft die Klinik fluchtartig Richtung Praxis, bald danach zwei weitere. So kam es, dass ich in den ersten Monaten keinen Mitarbeiter mit abgeschlossener Facharztausbildung hatte, dafür kam aber eine Gruppe enorm motivierter junger Tiroler und Vorarlberger an die Klinik. Ich packte den Stier bei den Hörnern und vergrub mich an der Klinik: ich machte täglich 4 bis 6 Stunden Visite in der Ambulanz und an den Stationen (Visiten hatten nur mehr sporadisch stattgefunden) und führte das bedside teaching ein, so wie Jahre zuvor in Wien. Das war möglich, weil ich (wie wir später alle) wie Eremiten lebten und ein Jahr lang nur an den Wochenenden zur Familie nach Hause fuhren. Zur Histologiebefundung, die bald meine Aufgabe wurde, kam ich oft erst nach 10 Uhr abends. Wegen der ausgezeichneten Technik konnten vernünftige Histopathologiebefunde erstellt werden. An Labors stand sonst lediglich die Mykologie zur Verfügung, die von Herrn Kraus betrieben wurde, einem freundlichen, verbummelten Biologiestudenten.

Da hauptsächlich Kontaminanten wuchsen, ergaben sich vorwiegend Fantasiebefunde. Sonst gab es keine Labors, an experimentelle Forschung war nicht zu denken.

Peter Fritsch: Es gab sehr wohl noch etwas von hervorragender Qualität: das Fotolabor, von Prof. Zelger zu einer Zeit eingerichtet, wo das noch lang keine Selbstverständlichkeit war. Eine Zeitlang hatte die Klinik wohl die beste klinische Diasammlung der dermatologischen Welt, einerseits wegen der Fülle an Motiven, andererseits wegen der hohen technischen Qualität und des Einfallsreichtums der Fotografen. Ich nenne ihre Namen: Heinz Großkopf und Bernhard Sickert.

Das Umfeld. Ich musste bald feststellen, dass die Hautklinik keine besondere Wertschätzung in Innsbruck genoss, vielleicht weil die Dermatologie kein ausgesprochen chirurgisches Fach ist. Überweisungen von anderen Kliniken fielen nicht ins Gewicht, von den niedergelassenen Dermatologen kam ebenfalls kaum etwas (alle waren Abgänger von der Klinik; einer sagte einmal: an die Klinik überweise ich nicht viel, denn die machen immer so viel Tamtam). Das Patientengut der Ambulanz war daher fast nur „Laufkundschaft“, die aber rekrutierte sich aus ganz Tirol, Vorarlberg und damals noch Südtirol (teils auch aus den angrenzenden Regionen von Südbayern und Salzburg). Ich hatte darauf bestanden, alle neuen Patienten selbst zu sehen. Schnell kam ich drauf, dass da eine hochinteressante Quelle von Hautkrankheiten an die Klinik floss: seltene und exzessive Genodermatosen, Autoimmunkrankheiten, Tumoren etc., alles, was das Herz eines Dermatologen pochen lässt, und alles meist im „Naturzustand“. Einer unserer wichtigsten Lieferanten war die Region Schlanders im Vinschgau. Im dichter versorgten Wien bekam man derlei kaum mehr zu Gesicht (außer vielleicht aus dem Burgenland). Mir gaben diese aufregenden Fälle die Möglichkeit, meinen jungen Mitarbeitern und den Studenten zu zeigen, was die moderne Dermatologie kann. Andererseits stellte ich dann vor allem bei meinen Antrittsbesuchen bei anderen Klinikvorständen fest: die fachlichen Bereiche waren streng abgesteckt, zum Teil auf Kosten der Dermatologie. Die Melanome waren fest in der Hand der Plastischen Chirurgen. Kinder mit Hautkrankheiten wurden grundsätzlich an die Kinderklinik geschickt, und Histologien von Patienten anderer Kliniken, auch wenn es sich um Hautpräparate handelte, landeten automatisch an der Patho-

logie. Prof. Otto Dapunt, der Vorstand der gynäkologischen Klinik, teilte mir schon bei meinem Antrittsbesuch mit: „Ich mache Sie aufmerksam, Herr Wolff, die Vulva gehört mir.“

Peter Fritsch: Seltsam: als ich mich etliche Monate später gleichfalls bei Prof. Dapunt vorstellte, wiederholte sich diese Episode nahezu wortgleich. Dapunt saß in seinem Chefsessel, wippte gedankenversunken mit einem übergeschlagenen Bein und sagte, ohne auf meine Präambel einzugehen: aber oans sag i Ihnen glei: die Vulva gehört mir (nicht etwa uns).

Das Kollegium. Das und vieles andere musste geändert werden, das bedeutete eine hinhaltende Auseinandersetzung. Die Arena dafür hatte ich bald gefunden: Der Wilde Mann.

Der Wilde Mann war – und ist immer noch – ein hervorragender Landgasthof in Lans, gleich oben bei Innsbruck. Hier traf sich regelmäßig eine kleine Gruppe von Professoren der Medizinischen Fakultät nach jeder Kollegiumssitzung zum „Postkollegium“: das eben Besprochene und Beschlossene wurde diskutiert und die Weichen für Weiteres gestellt. Ich hatte den Vorzug, gleich von Anfang an zu dieser illustren Gruppe zugelassen zu werden, da ich in der Fakultät drei sehr potente Gönner hatte: den Anatomen Prof. Werner Platzer – Vater unserer Trixi Volc-Platzer, der als rühriger Dekan die gesamte Fakultät umgekrempelt, modernisiert und vor allem mit Bundesmitteln versehen hatte; Prof. Herbert Braunsteiner, den mächtigen Chef der Internen (er hatte als erster Mediziner in Österreich elektronenmikroskopisch gearbeitet und fand vielleicht deshalb Gefallen an mir); und schließlich Prof. Hans Marberger, Ordinarius für Urologie, ein Pionier seines Fachs von international brilliantem Ruf, und ein unglaubliches Tiroler Original; er war der erste Österreicher, der nach dem Krieg seine Ausbildung teils in den USA gemacht hatte, und ich stand ihm deshalb nahe.

Als ich durch beharrliche Arbeit gezeigt hatte, dass die Dermatologie etwas taugt und ich etwas von dieser verstehe, war es mir mit Unterstützung dieser 3 Kollegen leichter, die Anliegen der Dermatologie durchzusetzen. Das kostete viel Kleinarbeit, lohnte sich aber: als ich Innsbruck 1981 wieder verließ, waren die onkologische und pädiatrische Dermatologie wieder integriert, die Histopathologie florierte, und die Ambulanz war von Zuweisungen geradezu überlaufen.

Wir waren das „Referral Center“ des gesamten Raumes. Die durch diese Expansion und viele andere Aktivitäten zwangsläufig gestiegene Administration wurde durch ein wohlfunktionierendes Sekretariat ermöglicht, das ich meiner Chefsekretärin Gabi Willim verdankte.

Das Wiener Team in Innsbruck. Die Arbeit an der Klinik machte mir viel Freude, war aber natürlich anstrengend. Leichter wurde es, als Peter Fritsch und Herbert Hönigsmann nach 2 bzw. 3 Monaten aus Wien nachkamen und mir viele administrative und klinische Bürden abnahmen. Georg Stingl stieß später direkt vom NIH zu uns. Damit war mein ehemaliges Wiener Team an der Innsbrucker Klinik verankert – natürlich nicht komplett, leider, aber das wäre ja nicht möglich gewesen. Später kam noch Georg Tappeiner hinzu, der Sohn meines alten Chefs, dem ich von der Pathologie in Wien an die Mayo Clinic verholffen hatte, wo er bei Robert Jordon in Immunologie ausgebildet wurde.

Der Motor springt an. Zusammen nahmen wir die Reorganisation der Klinik in Angriff. Ein Hauptziel war die fachliche Perfektion an der Klinik, ein anderes die Verschmelzung unseres Teams mit den alten und den mittlerweile neu gewonnenen Innsbruckern. Das waren wertvolle Leute mit sehr ausgeprägtem Charakter, die schnell unentbehrlich wurden, viel Farbe in die Klinik brachten und längst ihre eigenen, sehr erfolgreichen Wege gegangen sind: Helmut Hintner, Gerold Schuler, Werner Aberer sowie später Trixi Volc-Platzer. Josef Auböck und Georg Klein würde ich auch gerne dazu zählen, aber die stießen erst zu uns, als ich bereits die Klinik zum Abschied in der Hand hielt.

Immerhin, Georg Klein hatte ich noch gut als etwas aufmüpfigen Studentenvertreter kennen gelernt, dessen Zunge gleich spitz war wie sein schwarzer Vollbart lang. Mit Freude denke ich auch an die vielen engagierten Assistenten, die wir ausbilden konnten. Stolz bin ich, dass ich einen Vertrag mit der Südtiroler Landesregierung aushandelte: diese stellte Kredite für Südtiroler Kollegen bereit, um deren Ausbildung an unserer Klinik zu finanzieren. Wir führten Neuerungen ein, die es meines Wissens sonst nicht gab: die Dauereinrichtung wöchentlicher Hörsaalvisiten und Diakliniken. Nichts führt stärker zusammen und hinterlässt tiefere Spuren als feurige Diskussionen. Wir spielten miteinander regelmäßig ein wenig Theater, in unserem schönen alten Hörsaal, lernten alle in Dermatologie

dazu und alle konnten das auch sehr bald treffend artikulieren. Später kamen noch individuelle klinische und wissenschaftliche Journal Clubs hinzu. Es entstand ein Gemeinschaftsgefühl. Gleichzeitig erfolgte die bauliche Erneuerung der Klinik und die Etablierung von Forschungslabors. Alles war dringlich und alles geschah nebeneinander: Sanierung der Stationen, Verlegung der Ambulanz ins Parterre, Schaffung einer PUVA-Station, im Dachgeschoss eine schöne neue Bibliothek und Dienstzimmer. Durch die Jahre knirschte es an der Klinik ständig unter den Sohlen wegen des Bauschmutzes. Besonders publikumswirksam war die Neubemalung der Außenfassade – die Klinik sah auf einmal sehr honett aus. Leider reichte das Geld nur für 2 der 4 Seiten, aber immerhin: das Land Tirol und das BMWF haben sich damals sehr großzügig erwiesen.

Peter Fritsch: Wir nutzten natürlich manchmal Begebenheiten medial aus. Z.B. waren die PUVA-Geräte zu groß, um über das Stiegenhaus geliefert zu werden. Da die PUVA-Station einen großen Balkon im zweiten Stock hatte, wurden sie mit dem Hubschrauber eingeflogen. Das war der Tiroler Tageszeitung immerhin eine Meldung wert.

Im Kellergeschoß wurde ein elektronenmikroskopisches Labor und ein Gewebekulturlabor eingerichtet, ersteres leitete Herbert Hönigsmann, letzteres Peter Fritsch, im Erdgeschoß je ein Immunologielabor für Georg Stingl und Gert Tappeiner. Die erforderlichen Mittel für die Ausstattung aufzubringen war natürlich meine Sache. Hier halfen neben den öffentlichen Quellen auch private Donoren – ich hatte einige sehr finanzpotente Patienten, denen Spenden lieber waren als Honorare. Es gelang, ein sündteures Philips Elektronenmikroskop anzuschaffen – und so waren wir nach und nach bereit, wieder mit der Forschung zu beginnen.

Die Innsbrucker Schule kriecht aus dem Ei. Die wissenschaftliche Ausbeute unseres Teams aus dieser Zeit war durchaus ansehnlich. Einige Eckpunkte: Georg und Laura Stingl verfolgten und analysierten die antigenpräsentierende Funktion der Langerhanszellen; sie entdeckten übrigens schon damals T- Zell-Abnormalitäten bei atopischer Dermatitis. Aberers Arbeit über Antigenverlust der Langerhanszellen durch UV-Bestrahlung wurde eine der meistzitierten Arbeiten der

dermatologischen Forschung. Tappeiners Arbeiten über CD4-Defizienz und Lupus, Immunkomplexe bei Vaskulitis und Danazol beim hereditären Angioödem wurden teils Klassiker. Fritsch entwickelte zusammen mit Hönigsmann die Re-PUVA-Therapie bei Psoriasis und gemeinsam mit Pechlaner die Grundlagen der Auflichtmikroskopie. Hönigsmann arbeitete über PUVA bei Mycosis fungoides, Urticaria pigmentosa und 5-MOP-PUVA. Hintner erfand das Prinzip des Antigenmapping bei bullösen Dermatosen und wandte es u.a. bei der generalisierten atrophen benignen Epidermolysis bullosa (GABEB) an.

Die Studentenlehre entwickelte sich zum Erfolgserlebnis. Als ich nach Innsbruck kam, war Dermatologie ein Fach, das man nebenher nach einem veralteten Skriptum mehr schlecht als recht lernte. In meiner ersten Hauptvorlesung saßen nur klägliche 6 oder 7 Leute. Aber das änderte sich rasch. Die Studenten kamen, kamen mehr und mehr, schauten, diskutierten viel und intelligent und ließen mich auch nachher nicht ohne weiteres gehen. Der Hörsaal wurde bald zu klein, die Hörer mussten stehen oder saßen auf dem Boden herum. Die Vorlesung war für mich ein Vergnügen und ein Höhepunkt des Tages (um aber der Wahrheit die Ehre zu geben: auch die Vorlesungen meiner Dozenten waren hervorragend besucht – die Tiroler waren auf den Geschmack gekommen). Um eine vernünftige Lernunterlage zu schaffen, begann Peter Fritsch an seinem „legendären“ Lehrbuch für Dermatologie zu schreiben, das allerdings erst zwei Jahre nach meinem Abgang erschien.

Peter Fritsch: Natürlich freut mich ein solches dickes Lob. Es wird nur durch das Bekenntnis einer Kollegin übertroffen, sie hätte in Studienzeiten mein Buch immer zur Schlaflektüre verwendet.

PR-Arbeit, Kongresse. Meine Oberärzte und ich fuhren in die entlegensten Orte der Region, um bei Fortbildungsveranstaltungen auf unsere Klinik aufmerksam zu machen, traten in ORF-Sendungen auf und schrieben in der örtlichen Presse allerlei über „aktuelle“ Themen.

Peter Fritsch: Einmal fuhr ich auf Klaus' Geheiß im tiefsten Winter zu einer Veranstaltung der Volkshochschule Meran über „Tumoren der Haut“. Schon auf der vereisten Brennerautobahn wollte meine Frau umkehren. In Meran verbrachten

wir die Nacht als einzige Gäste in einem durchkälteten Hotel (es war extra für uns aufgesperrt worden). Beim Vortrag war nur ein einziger Zuhörer anwesend, ein liebenswürdiger Mann mit MF, den wir seit Jahren mit PUVA behandelten. Er war nur aus alter Verbundenheit gekommen, und – so traurig es ist – er ist bald danach seiner Krankheit erlegen.

Die von Niebauer im Kühtai begonnenen Fortbildungs-Skiwochen setzten wir alljährlich in Zürs am Arlberg fort – ein großer Renner, nicht nur in Österreich sondern auch im benachbarten Ausland. Sie waren auch tatsächlich fachlich wie im Unterhaltungswert extrem ansprechend, selbst für uns als Veranstalter (nur der wenig sportliche Prof. Kresbach, Graz, konnte sie nicht leiden und beschwerte sich über die „weiße Hölle“). Da man mich, wie bei frisch ernannten Ordinarii üblich, zum Präsidenten der ÖGD gewählt hatte (und Peter Fritsch zum Sekretär), wurde erstmals bei uns in Innsbruck eine durchaus gelungene ÖGD-Jahrestagung abgehalten. Unser erfolgreichster Kongress war das internationale Vaskulitis-Symposium, zu dem es mir gelang, alles was in USA und Europa Rang und Namen hatte, nach Innsbruck zu locken. Daraus entstand ein Buch, mit Winkelmann als Co- Editor, das zum Standardwerk dieses damals wenig bearbeiteten Themas wurde und relativ bald vergriffen war.

Der berühmte amerikanische Internist und Immunologe Frank Austen hatte an unserem Vaskulitis-Symposium teilgenommen, und Gert Tappeiner brachte ihn auf den Arlberg, wo er Skifahren wollte (ein Teil des Deals). Dort brach er sich schon am ersten Tag das Bein, wurde per Hubschrauber nach Innsbruck gebracht, operiert und lag dann in der Chirurgie. Ob er meiner Sekretärin ein paar Briefe diktieren könne? Janet, unsere englische Sekretärin, fragte mich nach ein paar Tagen: „Herr Professor, von wem bin ich hier eigentlich die Sekretärin? Ich schreibe für Dr. Austen 6 Stunden am Tag?“

Tirolisierung. Man sagt, es dauere drei Generationen, bis man in Tirol anerkannt wird. Das war natürlich auch bei uns so, nur etwas kürzer. Ich selbst hatte noch nie Schwierigkeiten mit sozialen Kontakten gehabt, und es dauerte nicht lang, bis ich, vor allem durch meine Förderer vom Wilden Mann und den Industriellen Fritz Egger (der schon in Wien mein Patient gewesen war) auch in Innsbruck

überall akzeptiert wurde. Meinen Wiener Mitarbeitern ging es etwa gleich – aber viel Zeit blieb uns wegen der Knochenarbeit fast rund um die Uhr ohnehin nicht. Und wie schon gesagt, unsere Familien waren anfangs noch in Wien, wir „commuteten“ jedes Wochenende hin und her. Und es brauchte auch etwas Gewöhnung an diverse Tiroler Eigenheiten.

Einer unserer alten Patienten mit MF war ein liebenswürdiger Pfarrer aus dem Zillertal. Ihn lud ich ein, an der Klinik-Weihnachtsfeier (die damals noch einen hohen Stellenwert hatte) teilzunehmen und eine Ansprache zu halten. Er kam dem gerne nach, aber kurz darauf wurde ich zum Abt von Wilten gerufen. Der machte mich freundlich aber bestimmt aufmerksam, dass die Pfarre meines Dekans zum Bistum Salzburg gehöre. Meine Einladung könne daher als Affront für die Tiroler Landeskirche verstanden werden.

Es hatte uns von allen Anfang an in Tirol gut gefallen. Aber je länger wir hier waren, desto mehr schätzten wir die oft kernige, direkte, offene und verlässliche Mentalität der Menschen an der Klinik (inklusive der Patienten). Mir schien, die Leute gaben einander mehr Vertrauensvorschuss und Verständnis, als ich es von Wien gewohnt war. Mir war die loyale Mithilfe aller Mitarbeiter eine große Unterstützung (ich denke hier etwa an die großartige Oberschwester Dora Mlekus), was ich mit dankbarem Respekt erwiderte. Und dazu waren die Leute voll origineller Einfälle und lachten oft und gerne. Auch ich habe, glaube ich, nirgendwo mehr gelacht als in Innsbruck.

Helmut Hintner war als frischer Assistent auf der Sonderstation und machte bei einem Bauern aus einem entlegenen Tal Anamnese und Status. Der Bauer sprach ihn immer mit „Herr Professor“ an, worauf Hintner sagte: „Na, i bin koa Professor, der Professor kommt später.“ Darauf der Bauer: „Aha, do san Sie des Knechtl?“

Peter Fritsch: Ich kann das mühelos toppen. Der damalige Finanzminister und Vizekanzler Hannes Androsch weilte einmal in Tirol und wollte eine bei uns stationierte Bekannte besuchen. Klaus Wolff, Herbert Hönigsmann und ich waren gerade im Speisesaal zum Abendessen, und irgendwer hatte Androsch den Aufzug

aufgesperrt und ihm gesagt, er solle in den 2. Stock fahren und dort fragen. Dort langte er an wie ein *deus ex machina* und wandte sich an den nächsten Pfleger (ich weiß den Namen, sage ihn aber nicht). Dieser war ein würdiger Mann, neigte aber bei Aufregung zum Stottern. Wir kamen gerade bei der Tür herein, er lief uns entgegen und sagte kreidebleich: Der der der, der mit'n Göd is da.

Einen Gutteil meiner Freude am Tirolerischen verdanke ich unserem Urtiroler Laboranten, Passepartout und Hahn im Korb Roman Kuenzer. Roman war ungemein geschickt, konnte alles, kannte alle, steckte voll Schabernack, war dabei aber immer ein wenig distanziert, und war ganz einfach unentbehrlich. Bei manchen Klinikfesten gab er pantomimische Darbietungen, würdig eines Charlie Chaplin. Besonders beliebt war eine Stripteasenummer, die er aber verweigerte, als er älter wurde. In seiner Freizeit leitete er eine Kinder-Trachtentanzgruppe.

Peter Fritsch: Roman war Klaus Wolff restlos ergeben. Einmal fragte ich ihn, wie das gekommen sei. Er sagte mir sinngemäß: ich habe schon ein paar Chefs gehabt, den Konrad, den Niebauer und den Zelger. Aber so wie der Wolff an Hammer angreift, da sieht man, der versteht was. Das ist nicht komisch, das ist wahr.

Und die Tiroler wussten zu feiern. Nie werde ich die langen und fröhlichen Weihnachtsfeiern vergessen, von denen man ja an vielen Kliniken abgekommen sind, obwohl sie so wichtig sind. Oder die alljährlichen Törggelfahrten nach Südtirol, die ganze Klinik in einem gemieteten Bus, für die mir kein passenderes Wort einfällt als „Hetz“. Ich erinnere mich an eine solche Fahrt, wo ich unvorsichtig genug war, mit Helmut Hintner ein Gerstlsuppen-Wettessen zu bestreiten, das ich natürlich verlor.

Wieder zurück im internationalen Trubel. In den ersten eineinhalb Jahren hatten wir kaum ein wissenschaftliches Meeting besuchen können; jetzt, als Klinik und Forschung in voller Fahrt waren, wurden wir wieder international präsent. Wir nahmen so wie früher aktiv an den Tagungen der AAD, der SID, der ADF und ESDR und verschiedenem Anderen teil – ein reichliches Pensum. Ich wurde zu meiner Freude von Tom Fitzpatrick ins Editorial Board von „Dermatology in General Medicine“ geholt und begleite dieses große Standard-Handbuch bis

zum heutigen Tag. Innsbruck, den meisten ausländischen Dermatologen sonst nur als Olympiastadt bekannt, wurde ein Fixpunkt auf dem dermatologischen Globus. Als die Innsbrucker Jahre vergingen, erhielt ich eine Reihe von Berufungen, darunter die Temple University in Philadelphia, nach Cleveland und die Johns Hopkins University, die ich alle ablehnte. Nur zwei Angebote erschienen mir erstrebenswert: die New York University – Nachfolge von Prof. Rudolf Baer –, wo die Verhandlungen schon weit fortgeschritten waren, aber letztlich an meinem (bewusst) hohen Forderungen scheiterten, und Zürich (Nachfolge Prof. Storck), wo aufgrund eines Einspruchs des Kantons ein Schweizer berufen wurde. In Wirklichkeit wollte ich, wenn es mich schon aus Innsbruck hinauszog, nur zurück nach Wien gehen, wo Professor Tappeiner mittlerweile vor der Emeritierung stand. Ich bewarb mich und wurde Anfang 1981 an die I. Univ.-Hautklinik Wien zurückberufen.

Es war eine schöne Zeit. Die Jahre in Innsbruck waren wahrscheinlich die schönste Zeit meines beruflichen Lebens. Es war die Zeit, wo ich nicht mehr ganz jung, aber auch noch nicht alt war. Es gelang uns viel, und das durch wirkliche Teamleistung – wobei das Team sich in Innsbruck enorm vergrößert hatte. Wir waren alle begeistert, motiviert, haben zusammengehalten und uns über jeden Erfolg gemeinsam und neidlos gefreut. Unsere wissenschaftlichen Projekte wurden gemeinsam geplant und durchgezogen, und gefeiert haben wir auch gemeinsam und durchaus reichlich.

Besonders berührt wurde ich durch die Abschiedsfeier, die Peter Fritsch 1981 für mich organisierte, bevor ich nach Wien zurückging. Dabei übergab er mir das Präsent der Klinik, ein Bild der römischen Wölfin, die die Tiroler Dermatologen säugte, es hängt noch heute in meinem Arbeitszimmer. Ich ging also per 1. Mai 1981 zurück nach Wien.

Interview mit Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Fritsch, Arzt an der Hautklinik Innsbruck seit 1976, Vorstand der Klinik 1983 – 2008

Von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik Innsbruck beschäftigt?

Peter Fritsch: Beschäftigt bin ich eigentlich bis zum heutigen Zeitpunkt. Hergekommen bin ich im März 1976 und habe es dann hier bis zum Vorstand gebracht. Zuerst supplierend 1981 bis 1983 und dann bis zum Jahr 2008. Seither bin ich als Besucher tätig, vielleicht zu häufig.

Wie war die Personalentwicklung in diesem Zeitraum?

Peter Fritsch: Es hat sich Gott sei Dank nur in eine Richtung verändert, nämlich, dass es mehr geworden sind. Zwar nicht im Eilzugtempo, sondern schon unter Wolff hat das begonnen. Jeder kriegt als Einstandsgeschenk, wenn er berufen wird, eine Stelle oder zwei. Auf diese Weise, oder wenn man besonders penetrant „benzt“, kriegt man auch zwischendurch noch was. [...]

Wie war die Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen?

Peter Fritsch: Ich glaube, die war immer sehr gut. Natürlich als Chef erfährt man bekanntermaßen vielleicht die Hälfte der Dinge. Aber ich habe nie das Gefühl gehabt, dass die Leute einander nicht mögen, sich gegenseitig an die Gurgel fahren wollen oder Ähnliches. Es war immer Frieden. Gelegentlich gibt es natürlich Streitereien, aber das ist in jeder Gemeinschaft so. Soll angeblich auch in Familien so sein.

Was waren die Schwerpunkte einerseits in der Klinik, andererseits in der Forschung?

Peter Fritsch: Das ist leicht gefragt und schwer beantwortet. Also ich glaube, die klinische Arbeit war hier immer an wesentlicher Stelle und der größte Schwerpunkt. Sie war an komplett erster Stelle, bevor wir unter Wolff hergekommen sind und war dann noch immer sehr wichtig, weil ganz einfach sehr viele Patienten hier zu betreuen sind. Seit wir da sind, ist sie vielleicht etwas zurückgedrängt worden, aber es war immer sehr wichtig.

Vor uns war Prof. Niebauer an der Klinik, er hat natürlich schon den Grundstein gelegt, zumindest gedanklich für die wissenschaftliche Entwicklung der Klinik. Ich glaube nicht, dass Prof. Niebauer nur an dermatologische Wissenschaft gedacht hat. Er hat ja auch keine Zeit gehabt, weil er hier klinisch sehr beansprucht war. Aber er hat z.B. daran gedacht, dass eine Klinik ja auch nur ein begrenztes Maß an Stellen haben kann und die waren immer mit Ärzten besetzt, diese Stellen. Dann wird für die Forschung selber nicht so viel Raum bleiben können wegen der Routinearbeit. Er hat die Idee gehabt, dass er PhDs an die Klinik gezogen hat. Ich kann mich an zwei erinnern, eine Dame, die hauptsächlich die Histologie aufgebaut hat, und eine andere, die die Mikrobiologie, Mykologie usw. aufgebaut hat. Das waren nicht die Einzigen, es waren da noch ein paar Personen mehr, die kürzere Zeit geblieben sind, aber die das Fundament der theoretischen Arbeiten an der Klinik, bevor wir hergekommen sind, gelegt haben. Schwerpunkte, bevor wir gekommen sind, sind mir keine schlagkräftigen in Erinnerung. Prof. Niebauer hat auch mit den Langerhanszellen gearbeitet, das weiß ich noch. Er hat eine Meinung vertreten, die die Schule Wolff nicht geteilt hat. Aber er hat sie vertreten und zwar durchaus mit Gewicht. Er hat sich auch mit den Melanozyten beschäftigt. Das hat auch damit zu tun, dass sein Bruder in der Veterinärmedizinischen Universität eine wichtige Stelle in Wien eingenommen hat, und er war eigentlich derjenige, der Bruder und er hat es dann selber weitergeführt, der bemerkt hat, dass die Schimmel, die Fiakerpferde in Wien, Melanome bekommen und dass sie schwarz geboren werden, im Laufe der Monate dann erbleichen und weiß werden. Also diese heute jedem Dermatologen bekannte Entdeckung geht auf den Bruder von Prof. Niebauer und Prof. Niebauer selber zurück. Das waren Schwerpunkte: die dendritischen Zellen, Melanozyten, Langerhanszellen. Und dann vor allen Dingen war das Hauptaugenmerk der klinischen Tätigkeit die dermatologische Chirurgie. Da waren sie immer schon sehr gut bis in die heutige Zeit. Das hat hier eine lange Tradition, vielleicht mehr als das in Wien der Fall war oder vielleicht noch ist, das kann ich nicht beurteilen. Die meisten jungen Kollegen haben auch die operative Dermatologie angestrebt und haben sich zum Teil selber, zum Teil durch Anleitung von den älteren Kollegen ausbilden lassen und sind sehr gute Dermatochirurgen geworden. [...] Dann haben wir schon immer eine große Ambulanz gehabt, schon unter Prof. Niebauer und wahrscheinlich auch vorher. [...] Die wissenschaftlichen Schwerpunkte habe

ich schon versucht zu streifen. Sonst wurde in „Wissenschaft“ hier hauptsächlich Kasuistik betrieben und publiziert, aber nicht nur, das wäre ungerecht, das zu sagen. Es waren ja auch die Möglichkeiten und die Rollenfiguren nicht so sehr vorhanden. Es gab eine Frau Dr. Wohlfahrt, die ist dann nach Salzburg in die Praxis gegangen. Die hat die Histologie geführt und mit der PhD-Kraft, die ich vorher erwähnt habe, zusammen betrieben. Frau Dr. Wohlfahrt hat [...] die Immunfluoreszenz in die Histologie hineingenommen, logischerweise und sehr löblicherweise auf eigene Initiative. Sie hat dabei eine Entdeckung gemacht, die erst viele Jahre später Allgemeingut der dermatologischen Lehre geworden ist: dass sich bei der Dermatitis herpetiformis überall IgA-Deposits in der Haut und auch sonst wo finden. Das hat sie als Erste beschrieben und publiziert. Das war durchaus eine originale Leistung, die sie gemacht hat, ganz alleine. Sie ist eine sehr selbständige Person.

Wie ist die Entwicklung von der Niebauer-Zeit ausgehend? Was hat dann eine Aufwärtsentwicklung erfahren, welche Bereiche sind weniger geworden und was waren die Schwerpunkte?

Peter Fritsch: Es ist alles mehr geworden. Die Wissenschaft war plötzlich eine erstrebenswerte Sache an der Klinik, an der relativ viele teilgenommen haben, nicht alle vielleicht mit vollem Herzen, aber sie war doch existent an der Klinik. Ich habe an den mittwochs morgendlichen Sitzungen geäußert, dass mehr wissenschaftliche Themen vorgetragen werden sollen, die, wie ich hoffe, auch auf Interesse gestoßen sind. Alles das, was ich erwähnt habe, hat zugenommen. Je nach Interessenslage der Kollegen, die gekommen sind und in unsere Gruppe dazugestoßen sind, haben sich natürlich auch die Arbeitsgebiete geändert. Da möchte ich zu allererst Prof. Schuler nennen, der bei uns als Assistenzarzt angefangen hat. Er hat sehr viel im Ausland, in Deutschland und in den USA, gearbeitet und dort Kooperationspartner gefunden und er hat die ursprüngliche von Prof. Wolff hier an die Klinik gebrachte Idee – oder wenn man ganz ehrlich ist, schon von Prof. Niebauer hergebrachte Idee – der Beschäftigung mit den Langerhanszellen aufgegriffen und zu einer glanzvollen Entwicklung gebracht, ihre Funktion, ihre der Identität mit den sogenannten dendritischen Zellen hervorgehoben, ihre Charakterisierung erledigt, die Ultrastruktur beschrieben und natürlich auch ihre immunologische Funktion vor allen Dingen. Das war das Hauptgebiet, wo viele

Leute auch mitgegangen und mitgeschwommen sind, z.B. einer unserer Liebsten und Teuersten, Herr Prof. Romani. Er hat mit ihm gemeinsam das Labor geführt, wo hauptsächlich dendritische Zellen – d.h. Langerhanszellen-Themen – bearbeitet wurden.

Wir haben auch ein Elektronenmikroskop bekommen, das zur Zeit von Prof. Wolff bei verschiedenen Firmen geschnorrt wurde.¹ Dieses wurde auch weidlich ausgenutzt, bis die Zeit der Morphologie einem natürlichen Ende entgegengegangen ist. Es war viele Jahre in Betrieb, die Betreuer waren hauptsächlich Prof. Schuler und Prof. Romani. Damals sind etliche interessante Arbeiten veröffentlicht worden, aber es hat nie die Rolle gespielt, die man sich seinerzeit erwartet hat. Wir haben damals nicht wirklich erkannt, dass die Zeiten der Morphologie mit dem Elektronenmikroskop dem jähren Ende entgegenging.

Dann wurden natürlich auch die Labors der Histochemie erweitert und vergrößert sowie ihre Funktion ergänzt und ausgeweitet. Zu erwähnen ist auch die PUVA-Station, die Photodermatologie, die von Prof. Wolff vor vielen, vielen Jahren hier etabliert wurde. Herr Prof. Aberer machte die wesentliche, fundamentale Beobachtung, dass die Langerhanszellen der Haut durch UV-Bestrahlung in ihrer Funktion beeinträchtigt, ja fast ausgelöscht werden. Sie erholen sich dann jedoch wieder, aber das ist eine sehr wichtige Angelegenheit, wo man auch geglaubt hat, dass das viel tiefergreifende therapeutische Konsequenzen haben wird. Das hat es eigentlich nicht wirklich gehabt, aber es war doch eine der fundamentalen Beobachtungen.

Wir haben auch die Mykologie weiterbetrieben. Ich habe Gewebekulturen betrieben, z.B. mit den Keratinozyten, den Melanozyten. Ich selbst wurde dann natürlich auch sehr stark in der Klinik eingeteilt. Ich habe die Rolle des leitenden Oberarztes bekommen, wobei ich mich über Routinemangel nicht zu beklagen hatte. Prof. Hönigsmann sollte man nicht vergessen, der die Photodermatologie betrieben und alle möglichen Experimente gemacht hat. Dann habe ich ja noch gar nicht erwähnt, dass unsere wissenschaftliche Potenz durch die Rekrutierung von prominenten Leuten sehr gewonnen hat. Durch z.B. Herrn Prof. Stingl, der eine ganz wesentliche Rolle in der Immunologie gespielt hat und der auch das im-

¹ Anmerkung Prof. Matthias Schmuth: Prof. Wolff berichtete außerdem von einer Bundesfinanzierung seitens des damaligen Vizekanzlers Androsch und der Wissenschaftsministerin Firnberg.

munologische Labor aufgebaut hat. Er hat Techniken eingeführt, so ähnlich wie Prof. Schuler, die heute eigentlich allgemein gut etabliert sind in wissenschaftlich tätigen dermatologischen Kliniken. HIV ist etwas später gekommen. Prof. Zangerle hat die unglaubliche Aufgabe selbst angestrebt und dann auch übernommen, zunächst nur eine AIDS-Ambulanz, des Weiteren eine AIDS-Station und letztlich eine richtige AIDS-Abteilung zu schaffen, obwohl sie universitär strukturell nicht so deklariert war. Er hat ungeheuer viel klinisch daran gearbeitet. Aber auch sehr viel an Zusammenhängen mit verschiedenen Organstrukturen der Haut und anderen Organen zusammen mit Prof. Romani aufgeklärt.

Wie war die Stellung der Hautklinik in der Fakultät im größeren universitären Umfeld?

Peter Fritsch: Eine starke, würde ich sagen. Ich war ja neben meiner dermatologischen Tätigkeit der längst dienende Dekan, den es je gegeben hat: 3 Funktionsperioden war ich Dekan. Nicht aus Ehrgeiz oder aus sonst irgendwelchen niederen Instinkten heraus. Es hat sich damals ergeben. Jeder Mensch behauptet, dass sich immer alles ergibt, wenn man dazu beiträgt. Aber es waren damals auch diese Umstellungen im Universitätsorganisationsgesetz (UOG), die z.B. die Funktionsträger an den Fakultäten verpflichtet haben ihre Rolle weiterzuspielen, bis endgültige neue Strukturen gefunden wurden. Und das hat gedauert, ich war wie gesagt 6 oder 7 Jahre Dekan und habe aus diesem Grund eigentlich mit allen Dingen und mit allen Leuten zu tun gehabt. Begonnen hat die starke Rolle der Dermatologie schon unter meinem Vorgänger Prof. Wolff, der wegen seiner geistigen und sonstigen Kapazitäten eine sehr bewunderte Person war, auch unter den Nichtdermatologen hier. Das hat kontrastiert zu dem, was früher war und zu dem, wie es oft in anderen Städten ist, wo die Dermatologie mit einem gewissen mitleidigen Lächeln und Freundlichkeit behandelt wird, wo man aber nicht die Kraft erkennen möchte, die drinnen steckt und die Bedeutung dieses gedanklichen Trainings, das in der Dermatologie eines der wesentlichen Facetten ist, nicht erkennen und honorieren möchte. [...] Also mit einem Wort, die Rolle der Dermatologie als Fach innerhalb des Spektrums der akademischen Fächer, die war früher eigentlich immer ein bisschen bescheiden so wie andere Fächer, die nicht so ans Eingemachte gehen. Das hat sich eigentlich sehr geändert und ich meine, dass auch in der heutigen Zeit das noch so ist [...] Das hat natürlich auch für uns

Dermatologen große Vorteile, nämlich den in erster Linie, dass wir in ständigem Kontakt und auch Kooperation mit den Leuten sind, die mit großem Eifer vorwärtsgehen und wir sie sozusagen führen und dass wir auch nie Probleme gehabt haben, hochbegabte Studentinnen und Studenten anzuheuern und an die Klinik heranzuziehen. Das sind schon sehr große Vorteile.

Gibt es besonders schöne Erinnerungen?

Peter Fritsch: Es war eigentlich alles schön. Es war die schönste Zeit meines Lebens, wie ich Ordinarius geworden bin, wie ich hergekommen bin – überhaupt. Es war sehr schön und ich kann nichts Negatives sagen. Die Leute waren willig, tatkräftig, intelligent und auch persönlich, privat zum weit überwiegenden Teil angenehme Naturen. Es hat keine Streitereien, keine Eifersüchteleien gegeben, Eifersüchteleien vielleicht ein bisschen, aber nicht so sehr. Es war okay.

Wie war die Erfahrung als Wiener damals nach Tirol zu kommen?

Peter Fritsch: Die Leute sind die spezielle Ausformung des Wiener Humors nicht gewohnt. Es gab vom Prof. Hintner diesen Ausspruch: Es gibt keine Witze, es wird alles ernst genommen! Ich glaube, dass die Tiroler nicht automatisch für die Humorigkeit des Wieners, seinen Sarkasmus etc. Verständnis und Wertschätzung empfinden. Aber in Wirklichkeit haben wir uns sehr gut verstanden. Ich habe sie gemocht, die Tiroler. Das haben sie auch gespürt. Und ich bin mir auch keines Attentats auf mich bewusst. Es war eine angenehme Zeit.

Gibt es schlechte Erinnerungen?

Peter Fritsch: Nein, es waren nur gute.

War die Medizin zu jener Zeit anders, als Sie nach Innsbruck gekommen sind und wie hat sie sich geändert?

Peter Fritsch: Sie hat sich natürlich gewaltig geändert, nicht dem Inhalt nach, der ist ja unverrückbar. Das, was die Innsbrucker Medizin auszeichnet, und das geht auch schon weit zurück, ist, dass hier immer schon das Praktische oder auch die chirurgischen Fächer im Vordergrund gestanden sind. Aber gleichzeitig auch eine Förderung der Theorie, ich habe mir die Mühe gemacht das auch mit Zahlen zu untermauern. Die Behauptung, dass hier die Innsbrucker Klinik nur wie

ein besseres Gemeindespital von den Leuten betrieben wurde, stimmt nicht. Sie haben sehr wohl Sinne für Wissenschaft gehabt, wenn sie es auch selber nicht so betrieben haben. Die Verbindung von Theorie und Praxis ist in Innsbruck eine besonders starke und gewollte und geförderte. Das war damals so und ist heute noch viel mehr, nehme ich an. Die wissenschaftlichen Leistungen, die in den theoretischen Instituten erbracht werden, die sind oft schon sehr löblich und erstaunlich, das muss man schon sagen – auch in den Kliniken. Wobei das alles immer ein bisschen ein Selbstlob ist, weil die Dermatologie hat bei den ganzen Rankings mit dem wissenschaftlichen Output etc. immer im obersten Achtel oder Viertel gelegen, wo sie auch heute noch liegt.

Welche Rolle spielen Auslandsaufenthalte?

Peter Fritsch: Eine ganz wesentliche, da hat sich sehr viel getan. Es war vielleicht weniger entwickelt, als wir nach Innsbruck gekommen sind. Aber mittlerweile fahren schon sehr viele Leute ins Ausland, vor allem die Jungen. Das ist auch extrem gut, ich weiß das von meinen eigenen Aufenthalten her. Als ich zurückgekommen bin, war ich eigentlich ein anderer Mensch als vor meinem Auslandsaufenthalt, im Sinne eines besseren Funktionierens und eines besseren Einblicks. Grundsätzlich ist es ganz wichtig, auch hier bei uns in Innsbruck.

Was ist im Rückblick das Wirksamste, was man als akademischer Lehrer tun kann, worauf man sich konzentrieren sollte, und was ließe sich im Rückblick weglassen?

Peter Fritsch: Weglassen kann man nicht viel meiner Meinung nach. Das Wichtigste ist in meinen Augen immer dasselbe, schon seit den Zeiten des Hippokrates: das persönliche Beispiel, das Zeigen. Ich kann mich erinnern, dass ich mit einem der Schüler hier viele Monate hindurch jeden Samstag, sofern ich Zeit hatte, Dias angeschaut habe und ihm all das, was mir dazu eingefallen war, aus allen Levels der Tiefe heraus erklärt habe. Ich glaube, dass das etwas sehr Wichtiges ist, natürlich auch für diejenigen, die viel operieren, die sollen den Jüngeren zeigen, wie das geht, was es für Kniffs und Tricks gibt, wonach man streben muss, was man vermeiden soll, und wie man sich dem Patienten gegenüber verhält. Wie man die Untersuchung eines Patienten beginnt, anlegt und wie man die Schlüsse daraus zieht. Das ist alles, was wichtig ist. Natürlich muss man auch

selber lesen und lernen. Es wird einem nicht alles immer serviert, sondern man muss sich selber so manches aneignen. Das persönliche Beispiel zieht sich durch die Geschichte, es war die Lehrmethode zu Zeiten des Hippokrates, es war auch so zu Zeiten der ersten Wiener dermatologischen Schule. Das waren damals alles sehr gute Lehrer, die die Lehre der Dermatologie nicht nur durch Zeichnungen an der Tafel, sondern auch durch Erklären von Patienten durchgeführt haben. Es war sehr aufregend, lehrreich und wenn man ein bisschen aufpasst, hat man sehr viel davon.

Von allen hier an der Klinik aber auch im ganzen deutschsprachigen Raum wird das „Fritsch Lehrbuch“ sehr geschätzt. Waren die Anfänge hier in Innsbruck oder schon davor in Wien?

Peter Fritsch: Die Anfänge waren hier in Innsbruck. Damals hat es noch die mündlichen Prüfungen gegeben, die ja abgeschafft wurden, zum Teil, leider, muss ich sagen, weil es hatte auch sehr viele Vorteile. Ich war ein strenger Prüfer, wahrscheinlich, weil ich nicht verstehen konnte, dass andere Leute die Dermatologie nicht so anspricht wie mich oder uns. Jedenfalls habe ich Kenntnisse verlangt, bei denen die Studenten immer wieder gefragt haben: „Wo sollen wir das denn herhaben? Das steht in keinem Lehrbuch drin.“ Und das muss man verstehen. Dann habe ich mir gedacht: „Na gut, dann werde ich ein Skriptum schreiben.“ Dann habe ich mich hingesetzt. Es war eine sehr schöne Zeit. Es ist mir auch sehr leicht gefallen, damals war ich noch etwas jünger. Ich habe mich jeden Abend, wenn ich nach Hause gekommen bin zum Diktafon gesetzt und habe meine Kapitelchen herunterdiktirt, was dann fast unverändert in den ganzen Metamorphosen dieses Werkes drinnen stecken geblieben ist. Das hat eine unglaubliche Sekretärin geschrieben, sie war ein bisschen resch, aber freundlichen Gemütes. Die konnte das so schnell und fehlerlos schreiben, wie ich es vorher und nachher nie wieder gesehen habe. Das war ein Naturtalent. Das, was ich da diktirt habe, abends zu Hause, hat sie innerhalb von einer oder zwei Stunden etwa geschrieben. Das habe ich dann mitbekommen und korrigiert und am nächsten Tag war das Kapitel beendet. Innerhalb von kurzer Zeit hatte ich ein komplettes 6-bändiges Skriptum erstellt. Das war die Grundlage des Buches. Ich hätte nie daran gedacht, ein Buch zu schreiben, sondern ich wollte eben den berechtigten Unmut der Innsbrucker Studenten aus der Welt schaffen,

indem ich gezeigt habe, dass mir auch etwas daran liegt. Dann ist durch Zufall eine Vertreterin eines Buchhandels, eines Verlags gekommen und hat das Skriptum gesehen und wollte unbedingt für ihren Verlag ein Buch daraus machen. Sie wollte es natürlich für ihren Verlag haben. Ich bin dann aber den Leuten des Springer-Verlages über den Weg gelaufen und die haben das auch wollen. Da ich den Springer-Verlag sehr gut kenne, habe ich es diesem Verlag versprochen. Man kann leider nicht zu zwei Verlagen gleichzeitig ja sagen. Daraufhin war diese arme Dame, die sehr nett war, furchtbar und auf ewige Zeiten auf mich böse. Das Buch hat der Springer-Verlag herausgegeben. Das ist in kurzen Worten die Geschichte des Buches.

Viele, die hier arbeiten oder gearbeitet haben fühlen sich besonders verbunden mit dem Haus und der Gemeinschaft der Hautklinik. Wie kommt das und was steckt dahinter?

Peter Fritsch: Zuerst einmal ist das Haus wunderschön, es sieht aus wie ein Tiroler Verschnitt des Palazzo Pitti. Dann die herrliche Labor- und Wiesenanlage. Das ist der eine Punkt. Und warum sie so gerne da waren? Es war hier eine besondere, wenn auch strenge aber sehr gute, freundliche Atmosphäre, an der ich vermutlich nicht ganz unschuldig bin. Meine erste Tat, die ich gesetzt habe, war, dass ich gesagt habe, wir müssen einen regelmäßigen Stammtisch einführen. Das war ein großer Erfolg. Die Burschen haben das zwar zu Beginn ein bisschen missverstanden, weil sie gemeint haben, dass sie zu einem regelmäßigen Abendessen eingeladen werden. Das Essen mussten sie selbst bezahlen, aber die Getränke wurden zur Gänze von der Klinik bezahlt. Das war eigentlich der Beginn, dass hier alle Leute per du sind. Das sind zwei wichtige Voraussetzungen, weil es waren ja keine großen trennenden Wände zwischen den Individuen. Und dann vor allen Dingen die gemeinsamen Veranstaltungen, wie die Diaklinik und die Hörsaalvisite. Wir sind da gesessen in unserem schönen Hörsaal und haben miteinander geredet unter der kundigen Leitung der dazu berufenen Personen. Da habe ich das Gefühl gehabt, man lebt und die Leute haben sich getraut – da sind die Wiener nicht anders als die Tiroler. Die haben nie im Leben in der Schule gelernt in der Öffentlichkeit zu reden. Wenn man vergleicht mit den jungen Engländern, jungen Amerikanern, die Deutschen weniger: [...] die haben alle gelernt, wenn man in Gesellschaft ist, aufzustehen und das Wort an die Allge-

meinheit zu richten. [...] Die haben das gelernt und die können das. Hingegen bei uns sind es Mulis, die das nicht können, die das nicht gelernt haben, nicht weil sie zu blöd sind, sondern weil das auch nicht gelehrt wurde an der Schule. Die Einführung der Hörsaalvisiten war ein Nachholen dieses Versäumnisses in einem Alter, wo das schon längst alles da sein sollte. [...] Manche sind vor Scham fast gestorben, als sie sich in den Hörsaal gestellt haben und uns den Inhalt von irgendeiner Arbeit nahegebracht oder auch nur die Beschreibung eines Patienten vorgetragen haben. Aber das haben sie im Lauf der Zeit verloren und diese Angst nicht mehr gespürt und haben plötzlich vor Publikum reden können [...]

Gibt es noch eine Anekdote?

Peter Fritsch: Mein Bruder, der ein sehr ernsthafter Mensch war [...], hat die Idee gehabt, er will Croupier werden. Das hat er aber nicht in die Tat umgesetzt – wäre auch Blödsinn gewesen, er war einer der schnellsten Jus-Studenten. Da habe ich mir gedacht: „Wäre das was für mich? Du hast diese Möglichkeit ausgeschlagen. Kannst du nicht vielleicht schauen, dass man deinen Bruder nimmt?“ Dann hat er gesagt: „Nichts leichter als das.“ [...] Und dann bin ich mich vorstellen gegangen. Dann haben sie mich angestellt für die Sommersaison in Velden und dann auch noch in Salzburg. Einen Monat in Velden und einen Monat in Salzburg habe ich Croupier gespielt. Zuerst war ich in einem Croupier-Kurs, weil das kann nicht jeder machen. Das ist ja wirklich nicht leicht. Ich war auch kein sehr guter Croupier, muss ich dazusagen. Mich hat es fasziniert, dass man so viele Typen gesehen hat, die man im normalen Leben nie zu Gesicht bekommt. Lauter so deviante Leute. Dann war ich halt dort und habe so einiges erlebt. Nicht alles sehr angenehme Dinge. Ja warum erzähle ich das eigentlich? Ah ja! Und da war dieser Herr Schlesinger, der war in Salzburg. Er und ein anderer, dessen Name mir leider entfallen ist, die waren wirkliche Artisten in diesem Geschäft. Das Rateau, wissen Sie ja, was das ist? Das ist der Stecken mit dem Hölzl vorne, mit dem man die Jetons am Tisch hin und her schieben kann. Das ist ja wie ein Degen, mit dem man fechten kann. In der Hand eines Wissenden und Könnenden, der Schlesinger ist dort gesessen und hat die unglaublichsten Dinge... Haben Sie schon einmal versucht so einen Jeton in 2 Metern Entfernung hinzuschießen und dann mit dem Rateau aufzufangen und mit einer

Handbewegung auf die richtige Nummer zu bringen? Das kann nicht ein jeder. Auch wenn er 1000 Jahre studiert. Aber der Schlesinger hat das gemacht wie nix, das war unglaublich.

Oliver Schlesinger: Ich bin mir nicht sicher, ob ich mit diesem Schlesinger verwandt bin, da muss ich nachschauen.

Interview mit Univ.-Prof. Dr. Herbert Hönigsmann, Arzt an der Hautklinik Innsbruck 1976 – 1981, späterer Vorstand der Univ.-Hautklinik AKH Wien, aufgezeichnet im Jahr 2019

Herr Prof. Hönigsmann, von wann bis wann haben Sie an der Hautklinik Innsbruck gearbeitet?

Herbert Hönigsmann: Von 1976 bis 1981.

Wie viele Ärzte waren zu dieser Zeit an der Hautklinik?

Herbert Hönigsmann: Ich würde schätzen um die 30 mit Turnusärzten. Damals gab es auch noch Turnusärzte.

Und der Unterschied zwischen Wien und Innsbruck, der Wechsel, war das sehr anders?

Herbert Hönigsmann: O ja, für den Anfang war es anders, weil damals gab es in Innsbruck im Unterschied zu Wien eine geteilte Dienstzeit. Man hat zu Mittag aufgehört und hat am späteren Nachmittag wieder begonnen. Ich glaube, da hat man so um halb eins, eins aufgehört und so um vier, halb fünf wieder begonnen. Es war aber so, wie wenn man erneut, wie am Morgen, anfängt. Es sind sämtliche Visiten wiederholt worden, die Ambulanzen wieder geöffnet. Es war eine etwas seltsame Geschichte. Wir haben das dann nach einiger Zeit an die internationalen Standards angepasst und haben einfach durchgehend bis am Nachmittag gearbeitet [bis dahin sind die Meisten in der langen Mittagspause auf den Berg wandern oder Schifahren gegangen] und dann war Schluss. Dann sind sie in Schi- oder Bergkleidung an die Klinik zurückgekommen, mussten sich umziehen, duschen und wieder in den Alltag einkehren. Mein erster Arbeitstag war an dem Tag, an dem die Reichsbrücke in Wien eingestürzt ist. Und da habe ich mir gedacht, das ist das Orakel; jetzt habe ich alle Brücken nach Wien abgebrochen. [...]

War in Innsbruck die Hautklinik die erste Klinik, die die lange Mittagspause umgestellt hat?

Herbert Hönigsmann: Ich glaube, wir waren die erste Klinik, die auf durchgehende Dienstzeit umgestellt hat. Die meisten bestanden auf der langen Mittags-

pause, weil man da eben auf den Berg gehen kann, oder andere Freizeitaktivitäten ausüben konnte.

Wie war die Zusammenarbeit unter den Ärzten, aber auch Ärzten und Pflege, Ärzten und MTAs?

Herbert Hönigsmann: Die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal war eigentlich sehr gut. Ich muss sagen, wir waren überrascht über die Freundlichkeit vor allem der Schwestern und Pfleger, im Vergleich zu Wien, wo viele grantig waren. Die Kollegen haben natürlich am Anfang nicht gewusst, wie sie uns begegnen sollen. Wir sind als Wiener Truppe, gleichsam als Rudel, gekommen. Da waren die einheimischen Assistenzärzte und wir die Gruppe der Oberärzte aus der Fremde [noch dazu aus Wien]. Da waren sie sehr skeptisch am Anfang. Aber dann haben sie bemerkt, dass wir nicht bösartig sind und eigentlich nur ordentliche Arbeit leisten wollten. Es entstand schließlich ein sehr angenehmes, später auch freundschaftliches Verhältnis. Ich bin dann sogar von den Tiroler Kollegen zum Schifahren eingeladen worden. Dr. Wörner, einer der älteren Assistenten, ein sehr sportlicher Typ, hat mir dabei als Nichttiroler ein unglaubliches Kompliment gemacht: „Heasch, fir an Weaner farscht eigentlich guat Schi.“ Das war fast wie ein Ritterschlag.

Was waren die klinischen und auch wissenschaftlichen Schwerpunkte?

Herbert Hönigsmann: Ich war damals noch vorwiegend in der Elektronenmikroskopie tätig. Gerold Schuler ist dann noch dazu gestoßen und hat dieses Gebiet schließlich ganz übernommen. Ich habe mich dann mehr auf die Photobiologie und Phototherapie gestürzt. Diese hat sich ganz gut entwickelt. [...]

Die Photobiologie, das war ja eigentlich was ganz Neues?

Herbert Hönigsmann: Das war in Innsbruck neu. Es gab keine Phototherapie und auch keine Photobiologie im wissenschaftlichen Sinn. Es hat sich dann ganz gut entwickelt. Wir haben lauter neue Geräte gehabt, im Unterschied zu Wien, wo wir zum Teil selbstgebastelte Bestrahlungseinheiten gehabt haben. Die Seele der phototherapeutischen Ambulanz war ein gewisser Herr Nicolussi aus der zimbrischen Trentiner Gemeinde Lusern. Er war ein ewiger Medizinstudent. Er war im ungefähr 40sten Semester Medizin, aber der hat den ganzen Laden der

Phototherapie geschupft. Er war ein sehr netter Kerl. Was aus ihm geworden ist, weiß ich nicht, aber wahrscheinlich kein Doktor, auch bis jetzt nicht. Ich würde schätzen, dass er jetzt auch schon an die 70 ist. Nicolussi ist ein typischer Name für die Gegend um Lusern, da heißt etwa die Hälfte der Bewohner Nicolussi. Sie haben ein eigenes seltsames Deutsch, zimbrisch. Das ist so ein bisschen Mittelhochdeutsch.

Für uns als Wiener war es am Anfang natürlich ein bisschen schwierig die Tiroler Bergbauern, die stationär waren, zu verstehen. Und noch viel ärger war es mit den Vorarlbergern. Ich hatte einen Tiroler und einen Vorarlberger Assistenzarzt, die haben dann jeweils bei der Visite übersetzt. Später habe ich das Tirolerische schon gelernt, Vorarlbergisch aber nicht. Ich erinnere mich noch gut an einen Patienten, das war so ein Schlüsselerlebnis. Der hatte eine Skabies und in habe ihn gefragt, was fehlt Ihnen denn? Dann sagt er: „Doktor i han an biss ka.“ Ich dachte mir, was soll das denn heißen? Einen biss han i ka. Da hat mir der Vorarlberger übersetzt: Biss heißt beißen also jucken, mich juckt halt. Dann wusste ich, was ihm fehlte. Das waren die ersten Übersetzungsdienste.

Wurde die Nähe zu Italien für Klinikausflüge genutzt?

Herbert Hönigsmann: Vor allem Südtirol. Wir sind oft am Abend nach Südtirol essen gefahren. Mein Lieblingsrestaurant war der Stafler in Mauls. Das einzige Problem war, dass wir damals keine Sommerzeit hatten und die Italiener schon, d.h. wenn ich um 8 Uhr aus Innsbruck weggefahren bin, war es schon 9 Uhr in Südtirol. Man musste relativ zeitlich fahren, damit man noch die Küche genießen konnte. Eingekauft haben wir am Brenner, Obst, Wein und damals auch Zigaretten, die in Italien wesentlich billiger waren. Wir sind aber dann vom Brenner nach Sterzing hinuntergefahren und über die Autobahn zurück, weil da haben sie einen nicht aufgehalten. Während wenn man vom Brenner direkt gekommen ist, haben die geschaut, was man eingekauft hat. Es ging vor allem darum, glaube ich, dass man keine Salami einführen durfte. Verschiedene Sachen waren nicht gestattet.

Noch einmal zurück zur Photobiologie. Da war ja eine gewisse Parallele der Entwicklung zwischen Boston und Innsbruck?

Herbert Hönigsmann: Das ist richtig. Ich war auch längere Zeit in Boston bei Fitzpatrick [Massachusetts General Hospital] und hatte mit Monochromato-

ren experimentiert. Ein größeres Projekt mit John Parrish war die Messung der DNA-Reparatur in der Haut nach UV-Bestrahlung [mit Hilfe der unscheduled DNA synthesis unter verschiedenen Bedingungen].

Kann man sagen, dass das die Geburtsstunde der PUVA-Methode war?

Herbert Hönigsmann: Nein, PUVA ist eigentlich schon in Wien geboren worden. Auch das kam aus Boston von der Klinik Fitzpatrick und seinen Mitarbeitern. [Klaus Wolff hat die Technik von dort mitgebracht]. Wir haben damals von einem Tischler Bestrahlungseinheiten zimmern lassen und haben die Lampen dort eingebaut. Das war nicht einfach, hat aber funktioniert. Die europäische Geburtsstunde war in Wien, als Fitzpatrick nach Wien kam und die ersten Untersuchungen mit den Lampen machte. Früher gab es keine hochintensiven UVA-Lampen, und deswegen hat die Therapie nicht richtig funktioniert. John Parrish, der nebenbei ein bisschen mit Physik angehaucht war, hat mit der Lampenfirma Sylvania Experimente mit Lampen gemacht. Bis man dann diesen „Phosphor“, das ist die Substanz im Inneren der Lampe, die für Wellenlänge und Intensität verantwortlich ist, für eine hochintensive UVA-Quelle gefunden hatte. Die wurde dann serienmäßig produziert. Wir haben diese Lampen aus Amerika bezogen. Erst viel später hat dann auch Philips diese Lampen produziert, weil das ein gutes Geschäft in Europa war.

D.h. es hat eigentlich schon vorher Versuche der PUVA gegeben, die waren aber zu wenig effektiv wegen mangelnder Qualität der Lichtquellen.

Herbert Hönigsmann: Ursprünglich ist PUVA in Deutschland entstanden [wurde allerdings nicht so bezeichnet]. Man hat Psoralen lokal auf die Haut aufgetragen und mit der sogenannten Blacklight Lampe, also Blaulicht, bestrahlt. Das hat ein wenig geholfen, aber nicht wirklich gut. Das wurde in Deutschland schon in den 50er Jahren versucht, publiziert von Mortazawi 1973 in Haut und Geschlechtskrankheiten (H+G). Mangels Wirkung hat man damit wieder aufgehört. Vor allem das lokale Psoralen war nicht sehr praktisch und die Lampen zu schwach. Parrish und Fitzpatrick, also die Idee (eigentlich von John Parrish) war eben, dass man Psoralen oral einnimmt, weil ja dann der ganze Körper behandelt wird. [...]

Welche guten Erinnerungen haben Sie an die Innsbrucker Zeit?

Herbert Hönigsmann: Ich war sehr gerne dort. Wir haben sehr schön gewohnt. Da ist ein Hotel in Igls zu Wohnungen umgebaut worden. Und wir haben im zweiten Stock eine Wohnung bekommen mit wunderschönem Blick auf die Serles und auf die Nordkette. Es war sehr schön dort zu wohnen. Prof. Wolff hat im Erdgeschoß gewohnt in einer viel größeren Wohnung im Speisesaal des ehemaligen Hotels.

Vielleicht von der Klink noch heitere Geschichten: Es gab damals einen Vorstand der Kinderklinik, der hat gemeint, er kann die Dermatologie selber und er braucht keinen Konsiliararzt. Es ist hin und wieder vorgekommen, dass in der Nacht, wenn der zu Hause war, die Oberärzte von der Kinderklinik angerufen und gebeten haben: Könnte nicht einer kommen, ohne dass er einen Brief hinterlässt? Schaut's das Kind an, wir wissen nicht, was wir mit dem tun sollen. Und da waren wir natürlich sehr befriedigt.

Eine andere eher, sagen wir, traurige Geschichte: Da war ein Patient für eine Nierentransplantation vorgesehen. Ich hatte Dienst und bin mitten in der Nacht angerufen worden, weil da gerade das Transplantationsteam zusammengekommen war. Man hat mich gerufen, weil der Patient am Rücken so einen komischen dunklen Knoten hatte. Und ich bin hingekommen und sah, dass es ein ziemlich großes Melanom war. Ich habe diesem erstaunten bereits komplett eingehülltem Operationsteam gesagt, es wäre nicht gescheit, wenn ihr jetzt eine Transplantation macht. Entfernt ihm erst einmal das Melanom und wenn er nach der Transplantation immunsupprimiert wird, wird wahrscheinlich das Melanom noch besser wachsen. Ich habe sie mit fassungslosem Gesicht zurückgelassen. So hat also die Dermatologie eine Operation verhindert. Das sind Geschichten, die einem erst so langsam wieder einfallen. Ich weiß nicht, ob man das sagen soll, aber das war ein bisschen makaber.

Gibt es denn etwas, was negativ war, also in schlechter Erinnerung ist?

Herbert Hönigsmann: Eigentlich habe ich überhaupt keine schlechten Erinnerungen. Ich hatte ein gutes Verhältnis zu den Assistenzärzten, später wurden einige von ihnen Oberärzte [und schließlich Primärärzte in Salzburg, Linz und Graz]. Ich wäre auch noch länger geblieben, allerdings das Herz lag dann doch eher in Wien. Ich bin ganz gerne wieder zurückgegangen. Übrigens habe ich in

Innsbruck habilitiert. Ich bin schon mit einer fertigen Habil-Arbeit nach Innsbruck gekommen. Damals wurden keine englischen Arbeiten angenommen. Man musste deutsch publiziert haben. Da habe ich 3 Arbeiten aus dem Journal of Investigative Dermatology (JID) übersetzt und wollte das bei der Wiener Klinischen Wochenschrift drucken lassen, eines der üblichen Journale, die die Habil-Schriften gedruckt hatten.

Man hat 100.000 Schilling verlangt, weil so viele elektronenmikroskopische Bilder dabei waren. Dann bin ich zu Prof. Tappeiner, meinem damaligen Chef, gegangen und habe gesagt, ich brauche eine finanzielle Unterstützung. Daraufhin hat er gesagt, ja wenn Sie habilitieren wollen, dann ist das Ihre Sache. Ich bin dann auf Anraten vom späteren Prof. Kerl aus Graz, zu Prof. Grimmer nach Wiesbaden gefahren, der war der Herausgeber des Blattes Haut und Geschlechtskrankheiten (H+G). Herr Prof. Grimmer hat sich das angeschaut, sagte „Ja das ist ja wunderschön, das ist eine schöne Arbeit. Wir werden das in drei Teilen publizieren.“ Und so ist das publiziert worden. Das habe ich dann in Innsbruck eingereicht und habe mich ohne Probleme habilitiert. Einzig vom Kolloquium hat jener Kinderarzt, der uns eben nicht gemocht hat, gesagt: „Also diese erythropoetische Porphyrrie sehen wir doch jeden Tag.“ Dann habe ich gesagt, dann sollen sie sie zu uns schicken, weil wir bisher nur vielleicht 20 Patienten in ganz Österreich haben. Das war dann peinlich.

Das ist ja eigentlich eine ultraseltene Krankheit.

Herbert Hönigsmann: Natürlich, ja. Damals wusste man noch nicht, dass es eigentlich mehrere Formen, eine dominante, eine rezessive, eine x-chromosomale Form gibt. Alle manifestieren sich klinisch gleich. Die x-chromosomalen sind die, die dann an Leberversagen häufig in jungen Jahren sterben. [...]

Wie war die Medizin zu der Zeit, wenn man sie vergleicht mit dem, wie sie sich weiterentwickelt hat?

Herbert Hönigsmann: Als wir nach Innsbruck gekommen sind, muss man schon sagen, haben wir eigentlich eine moderne Therapie, von der Wissenschaft abgesehen, eingeführt. Der Vorgänger war Prof. Niebauer, der allerdings nur sehr kurz dort war, der aber schon einiges verbessert hatte. Denn früher wurden in der Behandlung ausschließlich Farbstoffe verwendet, Kortikoide waren verpönt.

Unter Niebauer und bei uns wurden natürlich die üblichen kortisonhaltigen Salben und andere topische Präparationen eingeführt. Und so haben wir wirklich die dermatologische Therapie dort, wenn man so will, zumindest „up to date“ für den damaligen Zeitpunkt gebracht. Damals (vor Niebauer) wurden weder Methotrexat noch Steroide oral verwendet. Innsbruck war eigentlich ein dermatologisches Mittelalter.

Wenn Ihnen vielleicht noch eine Anekdote einfällt?

Herbert Hönigsmann: Es fallen mir eigentlich keine anderen Anekdoten ein. Außer, dass ich ca. 150 Rigorosen abgehalten habe. Von jetzt in Tirol tätigen Ärzten habe ich sicher 1/3 geprüft. Manchmal mit gutem Erfolg, weil vor ein paar Jahren ist meine Tochter am Hahnenkamm schwer gestürzt. Sie hat furchtbare Schmerzen gehabt und ich bin mit ihr nach St. Johann zur Unfallchirurgie gefahren. Da war der Primarius und hat gesagt, ja, Herr Professor, Grüß Gott. Dann habe ich gesagt, Sie kennen mich? Und er hat gesagt, ich habe bei Ihnen Rigorosum gemacht. Dann sage ich, na, wie ist es ausgegangen? Und er sagte, eine Auszeichnung habe ich gekriegt. Da hat man gleich ein anderes Entree. Meine Tochter hatte sich nichts gebrochen gehabt und es war wieder alles in Ordnung. Aber so kennen mich Leute noch immer. Ich erkenne sie natürlich nicht, weil bei den vielen Rigorosanten merkt man sich kaum jemanden.

Ja, einige Anekdoten habe ich ja gesagt. Also wie Prof. Niebauer die Klinik übernommen hat, war die erste Sitzung der Österreichischen Dermatologischen Gesellschaft seit Jahrzehnten in Innsbruck, weil der alte Prof. Konrad es abgelehnt hat, bei ihm Sitzungen abzuhalten. Und weil wir halt jetzt in Innsbruck waren, hat Klaus Konrad, also sein Sohn, der an der ersten Hautklinik tätig war, einen mehr oder weniger großen Festvortrag gehabt. Ich bin gerade über die Stiege zum Hörsaal hinaufgegangen, da kommt der alte Prof. Konrad herunter und ich sage, ja bitte, Herr Professor, Ihr Sohn hält jetzt gerade seinen Vortrag. Da hat er gesagt, das ist mir egal, ich habe jetzt eine Kartenpartie.

Interview mit Herrn Prof. Helmut Hintner, Arzt an der Hautklinik Innsbruck von 1977 bis 1992, später Vorstand der Univ.-Hautklinik in Salzburg, aufgezeichnet im Jahr 2021

Helmut Hintner: Ich soll etwas sagen über die Hautklinik in Innsbruck, und zwar kann ich das natürlich nur in meiner Zeit, der Zeit, wo ich da war. Und zwar muss ich da sofort mit Namen beginnen. Die Zeit, als Prof. Wolff da war, das war 1977 bis 1981. Ich war zugleich mit Prof. Wolff da. Prof. Wolff war der Chef, und dann hat Prof. Fritsch übernommen (1982 bis 1992), das waren für mich 15 Jahre. Man muss sich bewusst sein, dass das eigentlich die große Zeit der modernen österreichischen Dermatologie war. In Wien haben sie begonnen mit dem Austausch nach Amerika und dann ist die ganze Mannschaft, ich komme gleich darauf, nach Innsbruck. Das war natürlich sensationell. Da waren die Wiener, die Schwester Inge hat immer gesagt: „Die Wiener“, Wolff natürlich, Fritsch, Hönigsmann, Stingl.

Und dann waren da die „jungen Wilden“ – die haben hier angefangen. Das waren Schuler, Platzer, Aberer, Zangerle, Hintner. Wir haben sozusagen angefangen und sind in diese Zeit hineingekommen. Der erste Punkt, den ich betonen möchte ist: „die Klinik“, der Patient und die klinische Dermatologie waren primär. Da ist dann was weitergegangen. Bei uns wäre es niemals möglich gewesen, dass man bei einem Patienten die Diagnose Skabies macht, ohne dass man die Milbe findet. Bei einem schreienden Kind mit 5 Jahren 20 Minuten popeln, bis die Milbe heraus ist, war nicht so ohne. Auch Pilzbefund war notwendig und einmal habe ich mich bei Prof. Wolff aufgeregt und habe gesagt: „Ich kann die Pilzbefunde, den Candidabefund, nicht, ich kann den nicht. Alles ist rund, sind das jetzt Sporen, sind das jetzt Zellen?“ Daraufhin hat mich Prof. Wolff regelmäßig in seine Privatordination geholt, wir waren sowieso immer da, dann hat er mich gerufen und hat gesagt: „Schau, das ist jetzt ein Candidabefund.“ So habe ich das gelernt. So ist die Dermatologie ernst genommen worden. Man ist darauf gekommen, dass es alle diese Dermatosen, über die man lehrt, diese Erkrankungen, die Dermatosen, die im Lehrbuch stehen, wirklich gibt. Die sind da. In der Zeit, also in diesen 15 Jahren, habe ich praktisch alles gesehen. Das war wirklich toll. Begonnen haben wir, und das ist für mich essentiell, Fallberichte zu schreiben. Ein Fallbericht

ist wissenschaftlich nichts Besonderes. Man lernt aber wahnsinnig viel, weil man lernt über die Erkrankung, die der Patient oder die Patientin hat, man lernt aber auch alles Rundherum, die Differentialdiagnosen. Also, wenn man 25 Fallberichte gemacht hat, dann hat man große Teile der Dermatologie intus gehabt.

Es gibt Stories ohne Ende. Ich habe einmal eine Biopsie gemacht, da war das Chefsekretariat hier und drüben der OP, sind ja nur zwei Türen weiter. Dann hat mich die Patientin gefragt: „Darf ich singen?“ Ich war ahnungslos, das war eine Wiener Opernsängerin. Ich habe sie am Hals operiert. Und sie hat eine Arie geschmettert, das war unglaublich, dass der Wolff hereingeschossen kam: „Was ist hier los?“ Dann habe ich gesagt: „Herr Professor, ich biopsiere Ihre Patientin.“ Das war natürlich seine Patientin. Oder, einmal war der Pfleger Hansl ganz aufgeregt: „Da ist der, da ist der!“ Dann sagte ich: „Aber Hansl – (der übrigens bei den Wiltener Schützen war) – wer ist da?“ „Der ist da, der mit dem Geld.“ Er hat den Finanzminister Androsch gemeint. Patienten waren ..., ich kann mich an den Besuch ..., da könnte man ein ganzes Kapitel schreiben ... über den Besuch des Königs der Vereinigten Arabischen Emirate. Als ich den jungen Niarchos einmal abgeholt habe, vom Außerfern, habe ich eine Bemerkung gemacht zu ihm, er ist neben mir gesessen im Auto: „Ich verstehe nicht, wie so ein großes Flugzeug in Innsbruck landen kann?“ Das war eine Boeing oder irgendetwas. Nichts ahnend, dass das seine Maschine war.

Wir haben Patienten versorgt. In der Klinik war wichtig, dass wir die AIDS-Station und AIDS-Ambulanz bekommen haben. Am Beginn war ich involviert. Das war gerade 84, als ich aus Amerika gekommen bin. Aber das hat bald Prof. Zangerle übernommen. Das war ein Segen für das Ganze, weil der Bursche, wenn sie irgendwo im Klinikum eine Frage gehabt haben in Bezug auf Notfälle oder Infektionen, Zangerle hat alles gewusst, das war wahnsinnig.

Also das war die Klinik, dann die Fortbildung. Die ist immer groß geschrieben worden mit den Hörsaalvisiten, die Dermatologen-Nachmittage. Nicht ohne Grund ist die ÖADF hier gegründet worden. Etwas, was ich nachher immer schmerzlich vermisst habe: Es waren eigentlich immer alle Niedergelassenen da, von Tirol sowieso, aber es sind auch die Südtiroler gekommen, es sind die Vorarlberger gekommen. Die sind gern gekommen, weil sie gewusst haben, sie lernen was. Apropos Fortbildung: Wenn wir Jungen selbst Vorträge halten mussten, dann ist das geübt worden. Ich weiß nicht, ob es das jetzt noch gibt. Mein Gott

haben wir geübt. Ich habe Manuskripte oder etwas vorbereitet, wo am Ende nur mehr mein Name darauf war. Das war das Einzige, was geblieben ist von dem, was ich vorbereitet habe. Wir haben natürlich wahnsinnig gelernt. Mein erster Vortrag war bei der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung (ADF) in Frankfurt. Und der Chef damals in Berlin hat, glaube ich, Stüttgen geheißten. Ich war so aufgeregt, es war unmenschlich. Ich habe so gezittert. Dann sagte er: „Na, Kollege Hintner, das ist Ihr erster Vortrag. Machen Sie es so, gehen Sie in die Bar und trinken Sie ein Bier.“ Dann bin ich in die Bar gegangen und habe ein Bier getrunken und, mein Gott, das war der beste Vortrag meines Lebens. Kongresse hat es auch immer gegeben: in München, Südtirol, Amsterdam. Der erste Kongress in Amsterdam, der hat, glaube ich, vier Tage gedauert. Man ist vom ersten Augenblick bis zum letzten bei den Vorträgen drinnen gesessen. Steve Katz hat einmal gesagt, als wir alle gemeinsam heruntergekommen sind über eine große Treppe: „Wow, here comes the Austrian Mafia!“ Aber wir sind gesessen und am Abend haben wir gefeiert, dass meine Eltern nach vier Tagen, als ich zurückgekommen bin, gemeint haben: „Was haben sie mit dir gemacht?“ Weil ich nicht geschlafen und ordentlich gefeiert hatte. Bei der Fortbildung haben sie uns auch die Möglichkeit gegeben Management-Seminare zu machen. Damals war Herrenstein das Große. Aber wir haben dürfen, das ist finanziert worden.

Dann die Wissenschaft. Die war eben das Neuere und das war das gesamte Spektrum. Ob das jetzt der Schuler mit der Elektronenmikroskopie war, ob das der Stingl war, mit der Immunologie. Wir haben immer gearbeitet und den Urlaub grundsätzlich verfallen lassen. Aber nicht, damit wir Karriere machen. Karriere habe ich groß durchgestrichen. Wir haben gearbeitet, weil wir gerne gearbeitet haben. Nicht, dass wir was werden, sondern dass das Ganze was wird. Und ich kann mich noch erinnern, mit welcher Freude man das erste Paper in Händen gehalten hat – damals hat es noch Reprints gegeben – es war herrlich. Dann ist der Keller ausgebaut worden mit Romani. Romani war, glaube ich, einmal der Professor des Jahres in Österreich. Freistellungen hat es gegeben, es hat Bundesangestellte und Landesangestellte gegeben. Die Bundesangestellten waren die mit der Wissenschaft. Manchmal hat es da Unverständnis gegeben für die Zeit, die da zur Verfügung gestellt worden ist. In der Freistellung haben wir eh die ganze Zeit klinisch gearbeitet. Aber es ist doch etwas Zeit übriggeblieben. Mit der Wissenschaft hat man um 16.00 Uhr angefangen. Das ist wahrscheinlich heute auch noch so.

Die Wissenschaftler, die man aus den Büchern von den Arbeiten kennt, die hat es alle wirklich gegeben. Die haben Innsbruck besucht. Das ist meiner Ansicht nach das Wichtigste, die „jungen Wilden“, jeder Einzelne, ist in die Staaten geschickt worden. Bei mir waren es die NIH, da hat man gelernt, das war Leben. Zweimal habe ich ein Sabbatical in London gemacht. Man hat uns wirklich uneigennützig gefördert. Das gilt für Wolff und Fritsch.

Das soziale Leben war auch nicht schlecht. Die Törggelefahrten waren ... da haben wir nicht nur einmal nachher Salzinfusionen geben müssen. Der Roman Kuenzer, der war auch immer dabei. Der hat beim oberen Pacher in Brixen einen „Striptease“ hingelegt, den musste man erst einmal fertigbringen. Dann auch mit den Patienten: An eine Patientin kann ich mich noch gut erinnern, die hatte einen großen Ballon. Den habe ich nach Hause für meine Kinder mitgenommen. Wolff, aber mehr noch Fritsch ... Fritsch hat einen guten Humor. Der hat was ausgehalten. Da habe ich am ersten April einen Zierfisch gekauft und ihn in eine Infusion gegeben und die Leitung zur Patienten hinuntergelegt, die hat natürlich mitgemacht. Das war die mit dem Ballon und andere Sachen. Und das hat so ausgesehen, als bekäme sie die Infusion mit dem Zierfisch drinnen. Fritsch war aber an diesem ersten April nicht da, das hat mir sehr leidgetan. Aber es war trotzdem gut. Die Feste beim Roman Kuenzer oben waren auch legendär. Also ich kann mich noch erinnern, da ist ein Chinese dabei gewesen. Das war ein Professor der Dermatologie und der war auf Besuch. Dem hat er ein Geweih geschenkt. Was tut ein Chinese mit einem Geweih im Flugzeug? Natürlich waren auch immer die Wiener dabei, auf die komme ich gleich zu sprechen. Der Stingl z.B., das wissen wir ja, er liebt „Das Ringelspiel“, ... „schön ist so ein Ringelspiel“ ..., und „Stellts meine Ross in Stall“. Jetzt hat er das oben auf der Hütte beim Roman ins Tal geschmettert, bis die Polizei gekommen ist. Ich war damals verhältnismäßig gut aufgelegt und meine jetzige Frau, damals Freundin, hat mich gerade noch davon abgehalten, in das Polizeiauto, das unten gestanden ist mit steckendem Schlüssel, zu steigen und wegzufahren. Ich wollte einmal mit einem Polizeiauto wegfahren. Die Feste waren wirklich Legende.

Die Schwester Inge, das war die Stationsschwester auf der Frauenstation. Da habe ich zwei- oder dreimal was gemacht, das hat ihr nicht gepasst. Und dann hat sie das in einem Satz zusammengefasst, was sie von mir hält und hat gesagt:

„Sie sind schlimmer als die Wiener.“ Und einen Tiroler hat das natürlich hart getroffen. Um das Soziale noch einmal abzuschließen:

Bei der letzten Weihnachtsfeier ... (Bei der Weihnachtsfeier hat der geschäftsführende erste Oberarzt dem Chef gedankt). Es muss ja auch einmal dem Chef einer danken. Und ich habe etwas vorbereitet und unsere Leistungen vorgebracht. Bei der letzten Weihnachtsfeier sind mir die Tränen gekommen.

Die Auslandsaufenthalte zum Forschen und vielleicht auch für klinisch Tätigkeit: Was macht das eigentlich aus? Warum bringt das so viel?

Helmut Hintner: Nachdem bei uns die meisten in die Vereinigten Staaten gegangen sind: In den Vereinigten Staaten ist das Leben ganz anders. Als ich drüben angefangen habe ... Mein damaliger Chef, der Tom Lawley, der dann über Jahrzehnte der Chef der Emory University war, der hat mir sein Auto gegeben, ein neues Auto, das er sich ein Leben lang gewünscht hat. Das war so ein auffrisiertes, ganz ein schnittiges Auto. Das hat er mir gegeben, um eine Matratze zu transportieren. Und am Abend hat er mich zum Abendessen eingeladen. Das war der erste Tag. Dann habe ich gesagt, dies und dies, und er hat gesagt: „Wir reden beim Essen nicht über die Arbeit. Wir reden am Abend eigentlich gar nicht über die Arbeit, wenn es nicht notwendig ist.“

Für mich war es deswegen besonders, weil ich unverheiratet war, und drüben waren die in meinem Alter alle verheiratet, hatten alle ein Haus und haben alle Kinder gehabt. Dann bin ich mir so deppert vorgekommen, dass ich zurückgekommen bin und im gleichen Jahr geheiratet habe. Die Wissenschaft und die Arbeit sind wichtig, aber das andere ist auch wichtig. Ich habe das dann fortgesetzt in Salzburg und habe allen die Möglichkeit gegeben das Leben in Amerika kennenzulernen bzw. es konnte auch London sein oder etwas Anderes. Aber das hat schon sehr viel gebracht. Außer natürlich, das muss man auch dazusagen, ich habe doppelt so viel Zeit gehabt, als die anderen Jungen [verheirateten]. Ich habe auch doppelt so viel weitergebracht. Das ist schon eine Basis. Man lernt drüben alle kennen, alle Bekannte vom Fritsch, vom Hönigsmann und vom Stingl, das waren die Freunde vom Stingl und vom Wolff.

Du hast in Österreich die Genodermatosen, die seltenen Krankheiten, ins Bewusstsein gerückt. Das kennt ein jeder Österreicher heutzutage. War das für dich in Salzburg ein kompletter Neustart oder hatte das schon in Innsbruck begonnen?

Helmut Hintner: Das hat im Prinzip in Innsbruck begonnen. Nachdem wir aber das EB-Haus Austria gebaut haben und die DEBRA Austria gegründet haben, die uns natürlich enorm finanziell unterstützt haben, war da ein gewisser Sog. Es war ja nicht nur die Epidermolysis bullosa, sondern auch andere seltene Erkrankungen. Es hat eigentlich kein anderer gemacht und da haben wir uns darauf konzentriert. Du hast die Ichthyosen natürlich gemacht. Zusammen ist das ein Thema, das der Dermatologie gut ansteht.

Die Dermatologie kann für die Gesamtmedizin einen Impuls geben, weil sie sehr forschungsintensiv ist und die Haut ein gutes Modellorgan ist. Hat sich diese Rolle der Dermatologie seit den 70er behauptet? Ist sie mehr geworden? Ist sie weniger geworden?

Helmut Hintner: Schon, darum habe ich gesagt, die Geburtszeit der modernen österreichischen Dermatologie war eben hier. Das ist aber auch weitergegangen. Beispielgebend, die Dermatologie hat den großen Vorteil, dass die Haut an der Oberfläche ist, da hat man leicht Zugriff, man sieht es und man kann auch viel nehmen. Und das ist leidlich gemacht worden. Wir haben uns selbst biopsiert, dass wir von oben bis unten voll sind mit Narben. Das haben wir auch schon in Amerika gemacht. Das war beispielgebend. Die Entwicklung der Medizin ... man hat an der Dermatologie gesehen, wie die Entwicklung der Medizin durch die Wissenschaft weitergehen kann. Das, was ich für extrem wichtig halte, ist: die Klinik ist nie vergessen worden. Das weiß ich deswegen gut, weil ich seit 7 Jahren in Pension bin, und ich sehe mit großem Vergnügen Patienten, mit großem Vergnügen. Es ist jetzt anders, jetzt packt mich der Ehrgeiz, ich möchte draufkommen, was da ist. Und noch mehr packt mich der Ehrgeiz, ich möchte der oder dem helfen. Ich habe Zeit und habe auch die Muße und setze mich hin und bearbeite für einen Patienten solche Stapel von Befunden, um dann zum Schluss auf sein Problem generell einzugehen.

Es kommen wahrscheinlich auch sehr komplexe Patienten speziell zu dir.

Helmut Hintner: Ja, ja, das ist so. Aber komplexe Patienten... Da gibt's diese: Sie sind meine letzte Rettung! Da mache ich dann meistens ein Kreuz und renne. Es gibt auch Leute, die wirklich verzweifelt sind. Die haben das Recht, dass sich jemand hinsetzt und sich damit beschäftigt. Ob es jetzt etwas bringt oder nichts bringt, das ist jetzt wieder ganz was Anderes. Aber es beschäftigt sich jemand, der doch Erfahrung hat. Z.B. weil ich zuerst AIDS erwähnt habe. Als ich damals die AIDS-Station sozusagen aufgebaut habe, haben wir alles selbst geplant. Dann hat man mir gesagt, man dürfe nicht vergessen, die Vorhänge dürfen nicht brennbar sein usw., es war immer irgendetwas. Und dann die Ambulanz, da lernt man die Medizin. Wenn du AIDS kennst, da lernst du die Medizin, du lernst die Infektionen, du lernst die Tumoren. Und in der Dermatologie lernst du alles. Ich kenne Dermatologen, die sind eigentlich Hausärzte.

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 an der Pharmakologie. 1977 bin ich dann an die Hautklinik bis 1995, danach bin ich 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 fühlten 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 etwas Spezielles. Das gibt es natürlich an etlichen Stellen der Welt, aber nicht immer. Das sind so Glücksmomente, wo dann etwas 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 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, bei dem viele Jahre dabei war, heißt nicht umsonst „Dermatology in General Medicine“. Das ist im klinischen Bereich das Verständnis von der Wiener Schule, dieser Schule eben, gewesen, dass die Dermatologie nicht irgendetwas ist, was sich nur mit der Haut beschäftigt, so wie die anderen Leute sich das gedacht haben, sondern dass es 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 gese-

hen, 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 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 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, 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 und auszeichnen müssen. Dann hast du überhaupt erst ins Labor dürfen. Das war nicht so, wie es heute 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, habe 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 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 Zeitlang 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 limb perfusion, 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.

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 noch dazu, zu bekommen, zu finanzieren hat das damals geheißen. Das war damals nicht so einfach. Heute ist es auch nicht einfach, aber es gibt Möglichkeiten. Damals gab es nicht so gebahnte Wege, das hat's 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 dem Markt war. Das war eben im Keller. Da haben wir eifrig Sachen betrieben. Das hat sich gut ergänzt mit dem, was 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 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 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 Ralph Steinman. 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 du 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 in der Klinik sind natürlich schon wichtig. Wenn man das rückblickend betrachtet, muss ich sagen, dass an dieser Klinik vieles vorweggenommen wurde. Von strukturbildenden Maßnahmen, was dann später Gremien erarbeitet haben. Ich war ja später acht Jahre im Senat der Deutschen Forschungsgemeinschaft, da haben wir 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 noch kein Mensch 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, aus meiner Sicht der Unterschied zwischen den Amerikanern und uns Europäern, wenn ich jetzt so sage „Europäer“, ist das natürlich etwas hochgegriffen – ich kann es nur sagen für die Österreicher und für die Deutschen – 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 radikal ändert, 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 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 gespötelt worden – ich war ja von 1983 bis 1985 an der Rockefeller. Wie ich damals hingekommen bin, ich sage jetzt keine Namen, ist der Präsident, immerhin mit 33 Nobelpreisträgern, also er war damals vielleicht 50 oder 60, keine Ahnung, ist er geschasst worden, weil er den Job nicht gemacht hat. Job ist Administration, klein aber fein und muss effizient sein, da kann sich nicht die Organisation, die Administration vom Overhead immer mehr holen, je mehr 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 schon so. Da sind manchmal radikale Änderungen gemacht worden, auch durch das Temperament der Leute bedingt, so dass ich sagen muss, da war in gewisser Weise sehr amerikanisch. Wie gesagt, nach Amerika gehen, das hat jeder der führenden Leute vor Ort als absolute Notwendigkeit erachtet. Es war ja so, Prof. Wolff hat ja Prof. Markl von der Max Kade Foundation gut gekannt. Das war ja damals nicht so einfach, dass man irgendeinen Grant geschrieben hat und ein Programm, das hat es ja damals nicht gegeben. Diese Aufenthalte sind dadurch also finanziert worden 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 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, Peter Fritsch war ja ein sehr knorri-ger 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 änderte sich das. Man weiß ja, wie man manches zu nehmen hat. Der Peter Fritsch war der erste Oberarzt. Das ist der, der sozusagen beißen 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 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 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 bringen. Da muss man ein bisschen einen Riecher haben für das Potential. 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 von 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 Zeitlang 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 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 PhDs beschäftigen, das geht einfach nicht.

Natürlich auch, aber man muss das Bindeglied sein und als Bindeglied muss man selbst davon was verstehen. Man muss 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 dabei. Und die Phototherapie/Photochemotherapie, das war ja eine wichtige Sache. Die Immunologie, die hat dann über Georg Stingl Fuß gefasst. Da hat auch Klaus Wolff, der 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 klar, wenn man es banal sieht, dass das 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 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 nicht so von den Dermatologen okkupiert ist. Das ist 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 heute therapeutisch zur Verfügung steht, für das Melanom, für chronisch entzündliche Hautkrankheiten und auch für die Lymphome, das sind ja doch gleich 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 auf Testbatterien verlässt. 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 erkleckliches Maß an grundlagenwissenschaftlichem Verständnis, zumindest das Verständnis der Methoden, mitbringen müssten, weil man es 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 auf Gewinn orientiert. Das ist ja gut so, weil sonst das System nicht funktionieren würde. Manche Ansätze, die gar nicht schlecht wären, die werden einfach nicht verfolgt, weil sie einfach von vorneherein nicht so vielversprechend sind. Was vielversprechend ist, wird bis zum Maximum gepusht. Man muss sicher von den Methoden was verstehen, sonst kann einem jeder was erzählen. Das Armamentarium wird schon immer komplizierter oder komplexer, aber man muss es 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 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 Methoden 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 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 aus meiner Sicht in der Diagnostik, 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. Antigenspezifisch überschießende Immunreaktionen zu unterdrücken wird man lernen. Das ist aber doch nicht so einfach, wie wir uns 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, so wie wir das kennen, sind wir noch nicht dazu im Stande. Bei der Tumorthherapie ist es auch so. Es ist ja 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, das 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 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 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 oder in Kürze zur Verfügung hat und 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, man könne die antigen-

spezifische Immunintervention mit den dendritischen Zellen (DC) 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, das 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, es ungestraft mit einem Antikörper 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 danebengelegen, dass man sozusagen Zytokine einbremsen 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.

Interview mit Herrn Univ.-Prof. Dr. Georg Stingl, Arzt an der Hautklinik Innsbruck von 1978 bis 1981, Vorstand der klinischen Abteilung für Immundermatologie, Univ.-Hautklinik AKH Wien, 1992 – 2017. Aufgezeichnet im Jahr 2022

Herr Prof. Stingl, von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik beschäftigt?

Georg Stingl: Ich war in Innsbruck beschäftigt vom 01. Juli 1978 bis 30. April 1981, also knappe 3 Jahre.

Die Daten sind sehr genau präsent.

Georg Stingl: Die sind deswegen so genau präsent, weil ich zwei Tage vor meinem Arbeitsbeginn in Innsbruck aus Amerika von meinem Postdoc Fellowship an den NIAS zurückgekommen bin, dann gerade noch meine Eltern begrüßt und mich in den Zug gesetzt habe um nach Innsbruck zu fahren. Da war schon auch sehr viel Neugierde dabei, weil ich in meiner Vor-Innsbruck-Zeit und Vor-Amerika-Zeit selten in Tirol war. Ich habe schon vom „Goldenen Dachl“ gewusst und von der Maria-Theresien-Straße, aber nicht wirklich viel mehr. Da war auch sehr viel Neugierde dabei und Spannung und eine große Erwartungshaltung.

Wie viele Ärzte waren in dieser Zeit an der Hautklinik beschäftigt?

Georg Stingl: Wir hatten einen alles überstrahlenden Chef, Prof. Wolff. Wir waren zu Beginn 5 Oberärzte, am Ende, als ich dann zurückging, waren wir 6 Oberärzte. Ich würde sagen, die Schar der AssistentInnen war, das kann ich jetzt nicht genau sagen, etwa 15 oder 17 in etwa. Ich glaube, wir waren eine Klinik mit insgesamt etwa zwischen 23 – 25 Ärzten.

Wie war die Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern, den Ärzten, der Pflege, Labormitarbeitern, Administration an der Klinik?

Georg Stingl: Ich habe nicht vorher und nicht nachher Besseres gesehen. Es war schlicht und ergreifend herzerwärmend. Es hat wunderbar funktioniert und alle Interaktionen mit anderen Berufsgruppen in der Klinik, die ich später hatte, die durfte ich in meiner Erinnerung an Innsbruck nicht vergleichen. Diese Segrega-

tion in den Krankenhausführungen, wo alles eher auf Trennung hinauslief, das war in Innsbruck ganz anders. Das ist ein Teil vieler schöner Erinnerungen.

Was waren zu dieser Zeit die Hauptthemen, die Schwerpunkte einerseits klinisch und andererseits in der Wissenschaft?

Georg Stingl: Es war beides stark nebeneinander. Auch deswegen, weil der Chef der Klinik, Prof. Wolff, sehr, sehr darum bemüht war, dieses Phänomen des forschenden Arztes mit jeder Faser seines Herzens zu beschleunigen. Physician-scientists waren ihm ganz besonders wichtig. Es ging von ihm ein Sprühregen aus, von seinem Wissen in der Dermatologie, die Chefvisiten. Aber gleichzeitig haben wir auch gelernt, dass es nicht nur die Empirie ist, das Hinschauen, dass man auch sehr viel lesen, viel klinisch arbeiten muss, Kriterien sich erarbeiten muss. Also eine sehr gute Symbiose zwischen amerikanischem Muster, viele Kriterien, viel lesen, aber nicht sehr viele Patienten anschauen, bei uns sehr viele Patienten anschauen, nicht so viel lesen. Aber in Innsbruck hat man das versucht und dann haben letztendlich wir alle versucht, das auch weiterzugeben an unsere eigenen Assistenten, dass diese Doppelstrategie gefahren werden muss. Um die Frage zu beantworten: Die Dermatologie als Fach Dermatovenerologie musste in der gesamten Breite kompetent abgedeckt werden, das war das Allerwichtigste. In der Hinsicht war Prof. Wolff ein Klinikchef der alten Schule. Klinik müssen sie alle können, wie man es bei uns gewohnt war. Daneben war es aber auch so, und das hatte sehr viel damit zu tun, dass mehrere von uns Auslandserfahrungen hatten und anderswo gelernt haben. Auch die Tatsache, dass Prof. Wolff uns immer gesagt hat: „Es reicht nicht aus, die Wiener Klinische Wochenschrift zu lesen, ihr müsst jede Woche das New England Journal lesen“, also den Blick über den Tellerrand, der hat dann auch zur Begeisterung geführt in der Forschung. So ist ein Team entstanden, das von besonderer Qualität war, wie ich glaube.

Was waren die Forschungsthemen?

Georg Stingl: Wir hatten auf der einen Seite Ultrastrukturforschung durch Prof. Wolff selbst und dann über Herbert Hönigsmann. Herbert Hönigsmann hat gemeinsam mit Klaus Wolff die Photobiologie und die Photomedizin stark ins Zentrum gerückt. Peter Fritsch war ein hervorragender Allroundkliniker, und gleichzeitig hat er die ersten Schritte gemacht in der damals noch nicht so selbst-

verständlichen Zell- und Organkultur der Haut, also die Isolation von Zellen, das Wachstum, die Steigerung des Wachstums, das ging von Peter Fritsch aus. Gerd Tappeiner und ich haben uns bemüht, die Immunfunktion des Organs Haut zu beschreiben und vielleicht auch die Mechanismen zumindest teilweise aufzuklären. Dann kam in den Ultrastrukturbereich Gerold Schuler dazu, der auch ein bisschen den Schwenk in Richtung Immunologie gemacht hat. Da ist uns einiges sehr Gutes gelungen, also Arbeiten, auf die wir recht stolz sein können. In der Immunologie kam dann noch Helmut Hintner dazu und so waren wir ein Team von 6 bis 8 Leuten. Wir waren bei aller Konkurrenz, die es natürlich auch gab, in einem Maße zusammengeschweißt. Manchmal erinnere ich mich sogar, dass wir gemeinsam zu Meetings gefahren sind. Wir sind immer im Rudel aufgetreten. Ich erinnere mich heute noch, wenn ich ein Fußballspiel anschau, wo die einzelnen Spieler im Kreis stehen und die Köpfe zusammenstecken, so ähnlich war das bei uns. Wenn wir irgendwohin kamen, haben wir sehr klar gemacht, dass wir zusammengehören.

Gibt es gute Erinnerungen oder vielleicht Anekdoten, die Sie speziell mit der Innsbrucker Klinik verbinden?

Georg Stingl: Am Anfang meiner Innsbrucker-Zeit ist mir sehr bewusst geworden, dass die mutuelle Liebe zwischen Innsbruck und Wien keine besonders innige ist. Ich hatte das am Anfang sehr merkwürdig empfunden. Am Anfang, das darf man nicht vergessen, ist die gesamte Oberarztriede aus Wien gekommen gemeinsam mit Prof. Wolff, Prof. Fritsch, Prof. Hönigsmann, dann bin ich nachgekommen, Gerd Tappeiner. Mit den Assistenten gab es am Anfang keinen einzigen oder keine einzige Wienerin. So dass nicht nur der Konflikt dazukam zwischen Innsbruck und Wien, sondern die Oberärzte, die anschaffen von dem einen Ort und die Assistenten vom anderen Ort. Und wenn man dann aus einem großen Land wie den USA zurückkommt, dann war man am Anfang doch erstaunt, wie man mir mitgeteilt hatte, es gibt 2 Toiletten: eine Toilette für die Wiener und eine Toilette für die Innsbrucker. Das habe ich schon als amüsant empfunden und heute kann man darüber lachen. Das, was dann eingetreten ist, bald danach, aber in einem stetigen Prozess, war eine immer stärkere Annäherung. Irgendwann sind diese lächerlichen Grenzen gefallen und wir waren dann ein Team, egal ob wir in Innsbruck, in Wien oder sonst irgendwo geboren waren.

Wir hatten einen Assistenzarzt aus Südtirol, ein sehr tüchtiger Dermatologe. Irgendwie haben wir bei ihm als Oberarztteam versagt. Es ist natürlich sehr wichtig, dass man Salben oder Sonstiges rezeptiert, nicht nur verumhaltige Salben und Cremen, sondern auch Pflegecremen, Pflegesalben und ein bisschen eine Ahnung hat, über diese Art der indifferenten Lokalthherapie. Das haben wir nicht ausreichend in der Ambulanz getan und dieser Assistenzarzt, der hat, wie so viele andere, am Abend gerne ferngesehen, und da war im Fernsehen nahezu täglich die Reklame von „Oil of Olaz“. „Oil of Olaz“ war für besonders weiche geschmeidige Haut von irgendwelchen Models. Und irgendwann kriegt die Klinik einen Anruf von einer der Innsbrucker Apotheken, dass hier die Patienten in unglaublichen Mengen Verschreibungen der Universitätsklinik über „Oil of Olaz“ bekommen und sie können das gar nicht erklären, wie das möglich wäre. Dann haben wir die Herkunft dieser Verschreibungen erkannt. Das war der Südtiroler Arzt. Der hat dann auf tirolerisch gesagt: „Des isch ja guat!“

Gibt es schlechte Erinnerungen?

Georg Stingl: Nur persönlich schlechte Erinnerungen, aufgrund meiner Unfähigkeit gut Ski zu fahren, so dass ich immer die anderen beneidet habe, die gesagt haben, sie gehen auf irgendeinen Kofel Skifahren. Mit denen kann man nicht mit, weil ich derart unbeholfen herumgepflügt bin. Das war nichts Negatives, Schlechtes von Innsbruck, sondern das war die eigene Schwäche.

Gab es zu dieser Zeit noch die langen Mittagspausen oder war das schon Vergangenheit?

Georg Stingl: Das war schon Vergangenheit. Wie mir erzählt wurde: Prof. Wolff kam 1976 nach Innsbruck und wir gingen 1981 nach Wien zurück. Ich kam erst 1978 und mir wurde dann erzählt, dass eine der ersten Maßnahmen, die gesetzt wurden, dass diese lange Seegruben-Mittagspause nicht mehr existiert hat.

Was war zu dieser Zeit anders in der Medizin als heute?

Georg Stingl: Zwei große Dinge: 1. Eine Technologieexplosion seit dieser Zeit, die heute Dinge möglich macht, die damals unvorstellbar war, egal in welchen Bereichen, im Forscherischen, aber auch im klinisch-diagnostischem Bereich, Imaging, die Chemie, von Genomik möchte ich gar nicht reden. Wir haben heu-

te eine Wissensexplosion. Unsere Therapien waren viel weniger spezifisch und subjektiv als heute. Wir sind bei vielem mit der Sense darübergefahren. Haben aber doch erfolgreich versucht, wenn es Neuigkeiten gab, dass wir zu den Ersten gehört haben, die das auch umgesetzt haben. Aber dennoch waren wir immer noch sehr therapeutisch promiskuös. Das, was sich aber auch verändert hat, ist, dass die Medizin, nach meinem Gefühl, ein bisschen ihre Menschlichkeit verloren hat und ihre Persönlichkeit. Die Direktheit der Interaktion zwischen Patient und Arzt, dass sie ihrem Arzt die Sorgen ausschütten konnten. Das war viel stärker als heute. Auch das genaue Hinschauen. Ich habe vor nicht allzu langer Zeit erlebt, dass ein Arzt am Computer sitzt, neben ihm sitzt ein Patient, er oder sie sagt etwas, der Arzt tippt das ein und das Exanthem wird nicht begutachtet, weswegen er oder sie gekommen ist. Das hat sich deutlich verändert und daher befürchte ich, dass die Liebe der DermatologInnen zur Morphologie abgenommen hat. Wenn die Liebe zur Morphologie abnimmt, bedeutet das auch, dass man auf längere Zeit diagnostisch schlechter wird. Auch wenn es vielleicht vorstellbar wird, dass wir irgendwann überhaupt nicht mehr hinschauen müssen und nur mehr eine Schuppe nehmen und in irgendeine Maschine hineinwerfen und eine Diagnose im Ausdruck kommt. Dann muss man auch nicht mehr Medizin studieren.

Es könnte ja sein, dass es sich auch in die Richtung entwickelt, dass man weniger mit diagnostischen Klassifikationen arbeitet, sondern sehr auf das Therapieansprechen ausgerichtet wird. Wenn man anfängt zu stratifizieren, molekular, welches Muster ist besonders empfindlich für ein bestimmtes Medikament.

Georg Stingl: Ja, daher überhaupt eine mehr und mehr systemübergreifende Ausrichtung und weniger organbezogen und sehr stark personalisiert und individualisiert getrieben von der Therapie, vom Erfolg der Therapie.

Was ist es, was ein akademischer Lehrer seinen Schülern besonders wirksam weitergeben kann? Was ist besonders nachhaltig?

Georg Stingl: Ein wirklich guter akademischer Lehrer macht das, was du gerade im ersten Satz gesagt hast. Er bildet sich Schüler heran. Es ist nicht automatisch so, dass jeder hierarchisch Untergebene automatisch ein Schüler ist. Viele können auch einfach da sein und sagen, ich habe eine Chefin oder einen Chef. Das

Erste ist das Heranbilden einer Schule. Da braucht man sehr viel Talente um das zu tun. Ich glaube schon, dass man kompetent sein muss. Ich glaube, es ist sehr schwer, wenn die Chefin oder der Chef nicht kompetent sind, eine Schule zu bilden. Man muss begeisterungsfähig sein, du musst die berühmten alten Worte „Fördern und Fordern“ beachten. Wenn man das gut macht, dann kann man sehr, sehr viel bewegen. Für mich persönlich, das mag jetzt nicht für jeden so sein, ist die forschende Komponente eines akademischen Lehrers eine sehr wichtige und daher versuche ich immer zu sagen, nicht nur akademischer Lehrer, sondern akademischer Lehrer und Forscher, weil ich es für betrüblich empfinden würde, wenn irgendwann ein akademisches Medizinsystem entsteht, wo die Mediziner mehr oder minder durch 0815 durchschnittliches Wissen irgendwelche Diagnosen stellen und jegliche Art von klinischer Forschung, die wir so sehr brauchen, nur mehr von PhDs gemacht würde. Das ist überhaupt keine negative Beurteilung des PhDs, ich glaube, es braucht beides, damit Großes entstehen kann. Darum muss sich heute ein akademischer Lehrer kümmern.

Mir fällt die Abschiedsfeier von Prof. Schuler in Erlangen ein. Da haben Sie eine Rede gehalten und ich habe das als Bild in Erinnerung, wie Sie das Labor der Innsbrucker Hautklinik beschrieben haben: Im Keller, im Sinne von „Gewölbe“.

Georg Stingl: Ja, wir gingen immer „ins Gewölbe“ hinunter. Das Bild, das ich da gezeigt habe, da hat dieses Labor schon ein paar Dinge gehabt. Als ich 1978 hinkam, war dort nichts, außer eine an der Decke aufgehängte Zentrifuge. Das war das Einzige, und ein riesen Tisch, an dem zwei Damen saßen, die mich sehr misstrauisch und skeptisch beäugt haben. Es war nicht ganz so einfach zu dieser Zeit. Es war mir völlig unmöglich, bei dieser klinischen Belastung, die ich damals hatte. Ich war plötzlich Oberarzt von einer Station mit 35 Betten, Frauen- und Männerstation. Es war klinisch enorm herausfordernd. Daneben wurde von mir erwartet, dass ich eine Forschergruppe aufbaue. Das wäre völlig undenkbar gewesen, wenn mir nicht meine spätere Frau, Laura, aus Amerika nach Innsbruck und dann später nach Wien gefolgt wäre. Letztlich war sie diejenige, die das ganze Labor wirklich aufgebaut hat. Als dann die Gruppe entstanden ist und immer größer wurde, war sie weiterhin die Seele des Labors.

Interview mit Herrn Univ.-Prof. Dr. Werner Aberer, Arzt an der Hautklinik Innsbruck von 1978 bis 1980, Univ.-Hautklinik Graz, aufgezeichnet im Jahr 2022

Herr Prof. Aberer, von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik beschäftigt?

Werner Aberer: Ich war vom 01. Oktober 1978 bis zum 31. März 1981 an der Innsbrucker Hautklinik.

Wie war die Personalstärke damals?

Werner Aberer: Die Innsbrucker Klinik war ja im völligen Umbruch. Von einer sehr traditionsbewussten, morphologisch orientierten, auf den Patienten abgestimmten „wir behandeln Hautkrankheiten an unserer Uniklinik“, wie sie in der Dermatologie wahrscheinlich weit verbreitet war, ist mit dem neuen Chef 1976 auch ein neuer Wind an die Klinik gekommen. Man musste von der alten beschreibenden Dermatologie weg in Richtung Funktion. Es war fast alles beschrieben, gut beschrieben, aber man wollte weiterkommen in der funktionellen Forschung, darum hat sich sehr viel getan. Allerdings mit der Situation, dass einerseits dieser neue Chef, Prof. Wolff, aus Wien höchst kompetente Forscher mitgebracht hat, die ganz in seinem Sinne arbeiten wollten und es auch getan haben. Andererseits hat es das traditionell orientierte Stammpersonal an der Klinik gegeben, die Dermatologie so machen wollten, wie man es immer gemacht hatte: Wir behandeln gut, und genauso wollen wir es auch weiterhin machen. Damals war die Klinik mit ungefähr 10 Fachärzten, also Oberärzten und 10 Ausbildungsassistenten besetzt.

Es hat auf der einen Seite die Wiener Gruppe gegeben, die am Kopf gestanden ist: mächtig Prof. Wolff, die Dozenten Fritsch, Hönigsmann, Stingl und Tappeiner, international bekannte Leute, sehr tüchtige Leute, sehr erfolgreiche Leute, die mit der konventionellen Denkweise, die an der Klinik geherrscht hat, manchmal ihre gewissen Schwierigkeiten hatten. Und sie auch verändern wollten in eine forschungsorientierte, zukunftsorientierte Mentalität. Daneben hat es recht viele junge Assistenten gegeben, die gemischter Ansicht waren. Gemischt im Sinne von Ausbildung durchziehen, die aber auch angelockt waren, durch den Forschungsenthusiasmus, den Prof. Wolff mitgebracht hatte. Es waren eigentlich

zwei getrennte Gruppen und über dem Ganzen ist irgendwie doch gestanden, was ich schon angedeutet habe: oben der Kopf aus Wien und unten der große Rest. Ein sehr gemischter Rest, der nicht mit einem Wort gesprochen hat, wo sich aber doch manches immer wieder polarisiert hat. Etwas vom Ersten, das Prof. Wolff in Innsbruck geändert hat oder ändern wollte, war die Hollywoodschaukel am Dach des Hörsaals, und die geteilte Arbeitszeit, wo man in der Mittagszeit auf der Seegrube Schifahren konnte und dann am späteren Nachmittag wieder an die Klinik gekommen ist. Das hat geschmerzt. Das kameradschaftliche, fleißige und auch ruhige Arbeitsklima an der Klinik, nicht nur von den Ärzten, sondern vom gesamten Personal wurde vor neue Herausforderungen gestellt: Der Wunsch der neuen Leitung, die Forschung zu fördern, hat viele neue Aufgaben und ein beschleunigtes Tempo an die Klinik gebracht, das nicht überall gleich willkommen war. Langjährig geschätzte Oberärzte, die ihre klinische Qualifikation zweifellos hatten, und es so gemacht haben, wie man es im guten alten Sinne immer gemacht hatte, standen plötzlich nicht mehr vorne im Mittelpunkt, sondern es haben diejenigen, die national und vor allem international etwas zu sagen haben, das Hauptwort geführt.

Das Verhältnis zwischen Ärzten und dem restlichen Klinikpersonal der Pflege, im Labor und der Verwaltung war früher anders als heute. Die Ärzte haben gewusst: „Wir sind die Ärzte, wir geben den Ton an, wir sagen, was wie zu tun ist.“ Das Pflegepersonal war historisch orientiert an der Pflege, wie man sie damals gelebt und empfunden hat: „Wir haben das umzusetzen, was uns von den Ärzten angeordnet wird.“ Und es sei hier angemerkt: Ein gendern gab es damals nicht! Die Rollenverteilung war klar: Ärzte ordnen an, das hat dann umgesetzt zu werden. Ich konnte dann aber bald, etwa im Eingriffsraum, feststellen, dass dort Pflegekräfte uns Jungassistenten besser als manche Oberärzte sagen konnten, wie etwas gemacht wird.

Auch im Labor wurde sehr kooperativ zusammengearbeitet. Das Labor der Hautklinik war ursprünglich ein reines Routinelabor und dann ist die Forschung dort eingezogen; es wurde umgeschichtet, von der Routine in die Forschung. Da ist der Großteil des Personals kompetent und eifrig mitgegangen. Die Zusammenarbeit war hervorragend.

Daneben hat es auch eine Person an der Klinik gegeben, die ein gutes Bindeglied für alle war. Das war Roman, der Pedell der Klinikleitung, der im Vor-

lesungsbereich, aber auch auf den Stationen und den Ambulanzen für viele Probleme eine perfekte Ansprechperson war. Unvergesslich sind auch die außer-klinischen Aktivitäten, die für das Zusammenleben an der Klinik sehr, sehr förderlich waren.

Und um das Klima in der Ärzteschaft retrospektiv zusammenzufassen: In der Erinnerung bleibt einerseits die Polarisierung hängen zwischen denjenigen, die – zum Teil fast nur – die Forschung im Blickfeld haben wollten und denjenigen, welche das Beschäftigen mit dem Patienten als alleinige Aufgabe sahen. Und andererseits war für mich als Jungassistent, aus Vorarlberg stammend, die Zusammenarbeit der überwiegend aus der Hauptstadt stammenden Dozenten, mit den stark klinisch-orientierten Fachärzten aus Tirol und den jungen Assistenten aus Vorarlberg und anderen Bundesländern lehrreich: ich durfte viel erleben und habe dabei manches gelernt.

Was waren die klinischen und Forschungsschwerpunkte dieser Zeit?

Werner Aberer: Es war natürlich Prof. Wolff als Chef, der nicht nur aus Wien kam, sondern vorher lang und intensiv in den USA ausgebildet wurde und geforscht hat. Er kam natürlich mit einem Forschungsschwerpunkt an die Klinik. Er war verbunden mit „seiner“ Zelle, der Langerhanszelle, wo er die ATPase-Färbung mitetabliert hat und seine Liebe zu dieser Zelle an einen seiner Schüler, dem damaligen Oberarzt Stingl, weitergegeben hat. Das war immunologisch funktionelle Dermatologie, die im Brennpunkt war, das sollte es werden. Das war der Grundlagenforschungsstandpunkt. Was macht diese Zelle wirklich? Wie lässt sich ihre Funktion beeinflussen durch äußere Faktoren, durch medikamentöse Faktoren?

Das zweite Gebiet war natürlich das Stammgebiet von Prof. Wolff, der mit Fitzpatrick die PUVA-Therapie in die Dermatologie einführte und großgemacht hat, die gemeinsam mit dem damaligen Oberarzt Dr. Hönigsmann, an der Innsbrucker Klinik plötzlich sehr wichtig geworden ist. Es wurde jeder Psoriatiker bestrahlt, aber es wurde auch versucht, viele andere Krankheiten, für die wir keine Standardtherapie hatten, fotobiologisch anzugehen. Das für mich beeindruckende als ein vom Studium kommender Jungarzt, unerfahren, fragend, hilflos und einfach nicht den Überblick besitzend, war Folgendes: Es wurden viele Studien eingeleitet – damals allerdings alle ohne Ethikkommission – in denen

dann gezeigt wurde, dass diese PUVA-Therapie bei einer Krankheit wirkt, oder eben nicht wirkt. Beides wurde publiziert, oft in getrennten Publikationen. Aber es ging nicht nur um die Psoriasis, sondern um viele andere Krankheiten, für die wir bis dahin nur Steroide, meist topisch, eingesetzt haben.

Die Immunfluoreszenzdiagnostik wurde etabliert und weiterentwickelt. Erst damit wurde es möglich, die verschiedenen bullösen Dermatosen bzw. Autoimmunerkrankungen aufzutrennen und zu klassifizieren. Den damaligen Oberärzten Tappeiner und Hintner sind etliche Erstbeschreibungen gelungen. Defizite im Komplementsystem wurden in Österreich erstmals beschrieben, so etwa das Hereditäre Angioödem.

In der Melanom-Diagnostik wurde das Auflichtmikroskop als heute unersetzliches Hilfsmittel in der täglichen Praxis durch Pechlaner und Fritsch etabliert.

Die Histopathologie wurde gefördert und an der Klinik ein Elektronenmikroskop etabliert, mit Hilfe dessen Gerold Schuler manche beeindruckenden Entdeckungen machte.

Es gibt inzwischen Studien, die gezeigt haben, dass bei der Basistherapie, bei der Neurodermitis zum Beispiel, es viel wichtiger ist, dass es den Patienten angenehm ist und er es deshalb verwendet, als was es ist.

Werner Aberer: In meinen ersten Ausbildungsjahren haben wir Steroidsalben großzügig, großflächig, über Wochen, mit Okklusivverbänden, eingesetzt. Die Wirkung war sehr gut, die Gefahren haben wir damals noch unterschätzt. Folge war die Umkehr, die Cortisonangst bei vielen Anwendern Anfang der 80er Jahre. Viele Rezepte, die in England von Dermatologen ausgestellt wurden, wurden von den Müttern in den Apotheken nicht abgeholt, weil sie ihr Kind nicht mit dem „gefährlichen Cortison“ behandeln wollten.

Und auch wir haben zu wenig auf Patientenwünsche geachtet; ein Externum, das sich nicht perfekt schmiert, gut riecht, wird vom Patienten abgelehnt. Aber wir sind auf diese Probleme nicht eingestiegen, wobei ich die damals viel verwendeten Mischsalben heute nie mehr verwenden würde.

Gibt es etwas zu sagen über das Verhältnis zu anderen Fachspezialitäten, anderen Kliniken?

Werner Aberer: Wir haben natürlich mit anderen Kliniken zusammenarbeiten müssen. Wir haben eine große Kinderstation gehabt, die wurde auch gefüllt. Das war damals selbstverständlich, das Kind hat eine Hautkrankheit und sollte gut behandelt werden und wurde an der Hautklinik aufgenommen. Es hatte keine Mutter-Kind-Betten gegeben, es war damals eine völlig andere Zeit. Die Kinder haben das auch gut überlebt – hoffe ich. Die Zusammenarbeit mit der Kinderklinik war recht gut. Wir haben schon damals häufig den internistischen Konsiliararzt gebraucht. Wir hatten sehr strenge Konsiliare, die uns in mehrjähriger Erfahrung gesagt haben, der Mediziner, der einen simplen Diabetes oder einen simplen Hypertonus nicht einstellen kann, soll kein Mediziner sein und nicht Hautarzt werden. Es war damals die Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen aus verschiedenen Gründen anders, als sie heute ist. Es war natürlich auch die Konkurrenz groß. Die Plastische Chirurgie in Innsbruck war berühmt. Wir haben schon damals gewusst, aktinische Keratosen an der unbehaarten Kopfhaut können nicht schön ausschauen, sie werden auf möglichst milde Weise abgetragen, es sind zwar Krebsvorstufen, aber sie sind damit geheilt. Die Patienten sind auf die Plastische Chirurgie gekommen, Weltmeister im Operieren. Die Patienten sind mit wunderschönen Vollhauttransplantaten zurückgekommen. Wir haben den Kopf geschüttelt, ja wissen die nicht, was wir alles wissen. Die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Fachgruppen war eine tagtäglich geübte, aber anders als sie heute ist, so wie sie heute sein muss. Was die Interne betrifft, was die Chirurgie betrifft, was alle anderen Fachgruppen sind.

Gibt es lustige oder kuriose Anekdoten?

Werner Aberer: Es gab viel Lustiges, viel Erfreuliches, und auch manches Schmerzhafte an der Klinik. Die von Roman organisierten Treffen an der Nordkette waren immer besondere Erlebnisse. Erfreulich war auch das jährlich stattfindende Törggelen in Südtirol, wo sich die Atmosphäre unter dem Einfluss des Weinkonsums meist sehr entspannte. Schmerzhaft wurde es, wenn jemand dann am Tisch der Wiener Klinikleitung flüsterte, was am Tisch der Vorarlberger über die Klinikleitung verbreitet wird, Nettes wie weniger Nettes. Eine dieser Nachrichten hat dazu geführt, dass es später kein Törggelen mehr gab.

Stimulierend und auch erstaunlich war für uns Jungärzte, wie bei den wöchentlichen Diakliniken sich die Experten in der Falldiskussion in die Haare geraten konnten. Wo doch, zumindest in den Anfangsjahren, der Chef immer recht hatte – bzw. zumindest das letzte Wort, das dann auch das gültige, „das richtige“ war. Ich habe von diesen Kontroversen viel gelernt.

Die Standardfrage des Chefs, wenn man sich in einen Urlaub verabschieden wollte, ob man wohl Playboy oder Wissenschaftler werden wolle, wäre immer leicht zu beantworten gewesen: Wissenschaftler kann doch jeder werden, Playboy wäre nicht so einfach! Das habe ich mich aber nie auszusprechen getraut.

Interessanter Weise dieser große Kontrast zwischen den West- und den Ost-österreichern. Ausgerechnet Sie sind dann für den Rest Ihrer Karriere zunächst einmal in den Osten gegangen und dann in den Süden.

Werner Aberer: Das war etwas, was ich gar nicht wollte. Aber wenn ich es gestehen darf, es waren einige Aspekte, die zu dieser Entscheidung geführt haben. Einerseits die Freude, mit der Erfolgsgruppe Wolff in der berühmten Wiener Klinik Einzug halten zu dürfen, die Ehre mitgenommen zu werden. Andererseits die Angst vor einer ungewissen Zukunft an der Innsbrucker Klinik, wer wird sie leiten, wie geht's hier weiter, was wird aus mir? Also, ich ging mit, und es war gut so. Das kompetitive Klima am Wiener AKH war stimulierend, Wien als Stadt alles bietend, außer Berge! Graz wiederum ist ruhiger, überschaubar, hat eine schöne Hautklinik – der Innsbrucker vergleichbar und bietet eigentlich auch alles, im Kleinformat von Wien; aber mit Bergen in erreichbarer Nähe.

Im Labor war es nicht so, weil wir die Medizin erwähnt hatten, dass die persönlichen Projekte auch mit der Fotomedizin zu tun hatten?

Werner Aberer: Es war natürlich genauso. Prof. Stingl ist aus Amerika zurückgekommen, hat dort gezeigt, dass diese Langerhanszelle eine immunologische wichtige Funktion in der Haut hat. Wenn man die beeinflussen könnte, negativ wie positiv, dann könnte man doch auch vielleicht therapeutische Überlegungen haben oder nicht haben usw. Das war die eine Seite, der Gedankengang von Stingl. Der andere war dieser Fotodermatologische Schwerpunkt an der Klinik durch Wolff und seinen Schüler Hönigsmann. Was tun wir den ganzen Tag, wir bestrahlen den ganzen Tag den Patienten und könnte man durch UV-Therapie

nicht diese Zelle beeinflussen? Es hat sich dann in den ersten schönen Experimenten gezeigt, an der menschlichen Haut, die wir bestrahlt haben, diese Zellen sind weg, mit regelmäßiger Bestrahlung sind sie weniger geworden. So haben wir gedacht, das bedeutet, man kann den Patienten immunkompetent machen, in dem man ihn bestrahlt. Wir haben das Positive gesehen. Wir hätten es auch vielleicht negativ sehen sollen oder können und müssen. Aber es war sehr schnell eine schöne Methode und ich bin da in etwas hineingerutscht, was für mich sehr schön war und mir meinen Einstieg in die Forschung leichtgemacht hat, der sonst insgesamt nicht ganz einfach war: Stundenlang Zellen zu präparieren, Tag und Nacht und nicht selten auch an den Wochenenden. Aber wenn man dann Erfolg hat, dann entschädigt das natürlich für Vieles. Es war sehr eindrucksvoll nach den ersten Vorexperimenten, ich musste lernen, wie man mit ATPase färbt und Sheets macht, wie man das tut, wie man jenes tut, wie man Zellen präpariert, wie man sie isoliert. Dann hat es geheißsen, es scheint sich wirklich durch diese Bestrahlungen der Haut an diesen Langerhanszellen etwas zu tun. Wir brauchen jetzt Freiwillige. Die Freiwilligen waren drei von den leitenden Köpfen der Klinik und ich selber und Prof. Wolff hat am Gesäß bei dreien davon die Biopsie gemacht, bei ihm selbst hat es jemand anderer gemacht. Das war für mich einfach diese Zusammenarbeit im Labor auf dieser banalen technischen Ebene, wo wir alle ein Team sind und alle am Gleichen arbeiten und gemeinsam miteinander arbeiten, jeder ist gleich, zum ersten Mal. Das war für mich sehr lehrreich und auch prägend. Wir haben auf diesem Gebiet doch noch längere Zeit zusammengearbeitet auch ganz gut publiziert. Es ist dann irgendwo irgendwie zum Stillstand gekommen, weil man nicht gewusst hat, wie man dieses Beeinflussen dieser Langerhanszellen, dieser wichtigen Immunzelle, wie man das interpretieren soll. Wie man die ausschaltet, wie man das benützen kann, wie man das benützen will. Das ist dann irgendwo irgendwie zu einem guten Ende gekommen.

Noch ein Wort: Ich war natürlich als Vorarlberger nicht an einer Vorarlberger Klinik, sondern ich war „fort, im Ausland“, auch wenn man Innsbruck wohl nicht als solches bezeichnen darf. Ich habe an der Klinik gelernt, es gibt in Österreich verschiedene Bundesländer, wir haben auch viel Kontakt mit den Amerikanern gehabt, die zu Prof. Wolff gekommen sind und mit Deutschen und Engländern usw. Ich habe einfach gelernt, was die nationalen Spielereien sind, Vorarlberg, Tirol, Wien, die ich früher nie verstanden hatte und immer einseitig

gesehen hatte, aus dem Blick des kleinen Vorarlbergers. Ich hatte gesehen, wie doch die größere Welt auch funktioniert und teilweise unterschiedlich funktioniert. Das einzig Wichtige ist die positive Zusammenarbeit. Ich habe da und dort erlebt, wie Prof. Wolff, Prof. Stingl, Prof. Hönigsmann, Prof. Fritsch alle, auch natürlich Tappeiner, der die Methodik eingeführt hat, für die wir alle kein Verständnis hatten. Er hat mit dem Komplement in Amerika gearbeitet, für ihn war es interessant. Man kam plötzlich mit dieser ersten Patientin, die von Seefeld von der Schipiste gekommen ist. Sie hatte dieses kuriose Krankheitsbild hereditäres Angioödem. Tappeiner hatte Interesse aufgebaut und wir haben eine Diagnose gemacht, die davor in Innsbruck nicht bekannt war. Für mich war das ungeheuer beeindruckend: Leute, die aus verschiedenen Teilen zusammenkommen und Unterschiedlichstes mitbringen und ihre „Hobbys“ erweitern – wie aus dem Ganzen etwas ungeheuerlich Großes entstehen kann. Das habe ich an der Tiroler Klinik als junger Arzt lernen dürfen und auch versucht, mitzunehmen und auf Dauer zu profitieren. Die Heterogenität in der Denkweise, in der Sichtweise, in der Beurteilung von anderen Methoden, anderen Menschen. Das ist mir in Wien sehr zugutegekommen und davon habe ich auch in der Steiermark – und fürs Leben – profitiert.

Interview mit Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Romani, Leiter des wissenschaftlichen Labors der Hautklinik Innsbruck, 1980 bis 2018

Herr Prof. Romani, Niki, von wann bis wann warst du an der Hautklinik Innsbruck?

Niki Romani: Anfang September 2020 werden es genau 40 Jahre gewesen sein. Ich war also ca. 40 Jahre in diesem Haus. Ich bin im September 1980 gekommen. Nur ein, zwei Monate später haben Prof. Georg Klein und dann Prof. Josef Auböck an unserem Haus begonnen. Dann bin ich formal geblieben als Fulltime Hautklinikmitarbeiter bis zum 30. September 2018. Seither bin ich in Pension, oder wie es amtlich korrekt heißt, „im Ruhestand“ – aber immer noch ein bisschen aktiv als „geringfügig beschäftigter“ wissenschaftlicher Mitarbeiter. Es war eine lange und schöne Zeit.

Wie viele Ärzte und Schwestern waren damals beschäftigt?

Niki Romani: Das ist schwierig zu sagen, denn ich war ja sozusagen ein „Kellerbewohner“ als Wissenschaftler, und diese Zahlen, die kenne ich nicht. Ich kann nur sagen, dass das Verhältnis von Wissenschaftlern, Pflegepersonal, ärztlichem Personal meinem Empfinden nach damals sehr, sehr gut war.

Ich möchte noch dazu sagen, die Art und Weise, wie ich in diese Klinik gekommen bin, ist ja auch nicht so selbstverständlich. Ich habe Biologie studiert und Erdwissenschaften auf Lehramt an den höheren Schulen. Warum bin ich jetzt an der Hautklinik? Ich hätte mir auch damals, als ich mein Studium abgeschlossen habe mit meiner Diplomarbeit (das hat früher „Hausarbeit“ geheißen) über „Die Jagd in Obergurgl“ (1979) nie vorstellen können, was ich an einer Hautklinik mache. Ich komme zwar aus einem Haushalt, wo beide Eltern Ärzte sind, aber mit diesen Dingen habe ich gar nichts am Hut gehabt. Ein Grund war, dass ich einmal in die Wissenschaft reinschnuppern wollte. Ich habe das sogenannte „Probejahr“ gemacht, womit ich befähigt und auch berechtigt gewesen wäre, an den Gymnasien zu unterrichten, aber es hat mich einfach interessiert, einmal Forschung zu machen. Zu der Zeit war, ein Jahr vor mir im Studium, mein 8 Jahre Gymnasium-Bludenz-Begleiter Prof. Robert Zangerle (wir haben gemeinsam in Innsbruck studiert, er Medizin, ich Biologie). Wenn wir Schi-

fahren oder Wandern waren, hat er mir immer von den Vorlesungen von Prof. Wolff erzählt: „Die Dermatologie ist so toll und so faszinierend, du kannst dir das gar nicht vorstellen. Dann ist da ein junger Dozent dabei, Stingl heißt der. Der arbeitet mit so Langerhanszellen.“ Ich habe natürlich keinen Schimmer gehabt. Ich war zwar Magister der Biologie, aber ich habe gar nicht gewusst, was das ist. Es war mir auch neu, dass man dazumal in einer Klinik forscht. Mein Gott, in einer Klinik sind halt Patienten, die man behandelt. Also, ich war ziemlich vom Lande und sehr unbeleckt in diesen Dingen. Das hat sich geändert. Insofern bin ich, wenn auch indirekt, durch Prof. Wolff an diese Klinik gekommen. Mein Eintritt war eher ein Glücksfall und Zufall. Das ist sicher ein großer Unterschied zu heute, wo man das Gefühl hat, dass die Studenten bereits mit Karriereplänen daherkommen und sich schon im Vorfeld überlegen, was sie alles machen und wie man eine Laufbahn planen kann. Ich bin ohne jeglichen Karriereplan dahergekommen. Und wieder war es Prof. Zangerle, der zu mir kam und sagte: „Du, ich war gerade auf einem Festl, und da ist jemand an der Hautklinik, eine Studentin, die hat eine Stelle abgesagt. Da wäre was frei, geh doch einmal hin, zum Doz. Fritsch.“ Dann bin ich an einem Sonntag im Juli zum ersten Mal in die Hautklinik gegangen. Ich habe Spitäler gehasst, schon der Geruch etc. ... Wie auch immer, ich bin da rauf in den zweiten Stock, da saß Doz. Fritsch in seinem Kammerle. Ich sagte: „Grüß Gott. Mein Name ist Romani.“ „Was wollen Sie?“ „Ich möchte da gerne arbeiten, ich habe gehört, dass was frei wäre.“ Dann sagte er: „Gehen Sie zuerst nach Amerika.“ „Ja, warum soll ich nach Amerika gehen?“ Dann haben wir ein bisschen geredet und dann sagte er: „Ja, dann kommen Sie im August einmal vorbei im Labor.“ Dann habe ich im August ein paar Tage im Labor im Keller geschnuppert. Damals war auch schon eine Biologin da, Dr. Greti Pohlin-Schmid (also meine Vorgängerin), die dann im Anschluss eine politische Karriere gemacht hat. Sie wurde zur Gesundheitslandesrätin in Vorarlberg. Das waren meine Anfänge in der Hautklinik. Und da bin ich picken geblieben.

Wie war die Zusammenarbeit zwischen dem Personal insgesamt?

Niki Romani: Wie gesagt, ich habe die Zusammenarbeit im ärztlichen und wissenschaftlichen Bereich sehr positiv wahrgenommen. Es war damals, das darf man nicht vergessen, ziemlich unüblich, dass Biologen oder „Nichtmediziner“ in einem klinischen Umfeld arbeiteten. Vielleicht in Fällen, wie in der Radiologie,

wo man natürlich einen Physiker braucht, aber in Fächern wie der Dermatologie war es unüblich. Es war sicher auch einer der ganz großen Verdienste von Prof. Wolff, der dieses amerikanische, offene, wissenschaftliche Denken in die österreichische Dermatologie eingebracht hat, letztlich auch bei uns an die Klinik. Das wurde dann in gleicher Weise aufgenommen und weitergeführt von Prof. Fritsch. Man hat da Geschichten gehört, dass die Biologen an manchen Orten als „Knechte“ gehalten wurden, und dass die dann den Ärzten „zuarbeiten“ müssen. Da gab es so manche Klagen. Solche Dinge sind moniert und beklagt worden. Das kannte ich nicht an der Hautklinik. Das hat es nicht gegeben. Das war so von Prof. Fritsch angefangen bis hin zu allen Kollegen – Prof. Schuler, Prof. Hintner, Prof. Aberer und wie sie alle heißen, damals noch Prof. Wolff und Prof. Stingl, die „Wiener Partie“, mit der ich grad noch so ein halbes Jahr überlappt habe, bevor sie nach Wien gingen. Wie gesagt, sowas kannte ich nicht. Ich wurde von Anfang an als Biologe voll respektiert und als gleichwertig betrachtet. Es gab nie irgendwelche Diskussionen, wenn ich eine Arbeit geschrieben habe, dass ich als Erstautor genannt wurde, wenn ich eben den Hauptpart gemacht hatte. Dieses Zuarbeiten, das gab es bei uns nicht. Und das war, glaube ich, eine Besonderheit der Hautklinik, wie gesagt, eingeführt und verstärkt durch diese Charaktere, die ich vorher genannt habe, diese positiven Figuren und Professoren. Es war ein wunderbares Umfeld. Diesbezüglich muss ich auch gestehen, dass ich keinerlei Karriereplan verfolgt habe. Ich habe nicht gewusst, wie Wissenschaft geht. Meine Diplomarbeit war ja, wie schon erwähnt, „Die Jagd in Obergurgl“. Da habe ich ein Paar Jäger gefragt. Ich hatte einen Fragebogen vorbereitet und sie haben dann gesagt: „Was willst du denn mit dem? Ich erzähl dir einfach was.“ Und dann kam ich in einen Bereich hierher, wo systematische Wissenschaft nach den Regeln der Wissenschaft betrieben wird. Ich weiß noch gut, als Prof. Fritsch gesagt hat – nach einem Jahr oder eineinhalb – als wir die negativ geladenen Stellen auf den Melanomzellen und den Melanozyten angeschaut haben und bearbeitet haben: „Sollen wir das publizieren?“ „Was heißt publizieren?“, habe ich mir gedacht, „Das steht ja eh in meinem Protokollbuch drinnen.“ Solche fundamentalen Dinge habe ich damals gelernt. Es gab natürlich auch im Studium nicht diese Fächer, die es heute gibt mit „Soft Skills“, wie schreibe ich ein Paper, wie beantrage ich einen Grant, ein Forschungsprojekt und dieses und jenes. So habe ich begonnen. Und noch einmal, das möchte ich besonders betonen, dieses Abwertende als

Biologie habe ich nie gehabt. Ganz im Gegenteil. Ich war nach Abgang vom Prof. Wolff, als er in Wien Klinikvorstand geworden war, für einige Zeit der einzige „Professor“ in der Hautklinik. Das wurde immer wieder mit einem Augenzwinkern und Lächeln thematisiert. Ich war Mittelschulprofessor, ich hätte unterrichten können, also war ich „Professor“.

Herr Prof. Fritsch war noch nicht Professor zu dieser Zeit, er war noch Dozent. Sonst haben wir keinen gehabt und da wurden immer Schmähs gemacht, „der Romani ist der einzige Professor in der Hautklinik“. Also, soviel zum wirklich retrospektiv, über 40 Jahre hinweg sehr, sehr guten Verhältnis und der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Gruppen im Haus.

Was waren deine Forschungsprojekte und ihre Schwerpunkte?

Niki Romani: Die Schwerpunkte sind relativ einfach umrissen. Zuerst war mein primärer Mentor Prof. Fritsch, der mit den Melanozyten gearbeitet hat. Das war ein großes Thema im Haus. Wir haben versucht, Melanozyten in reiner Zellkultur darzustellen. In der Oberhaut, in der Epidermis, sind ja nur 2 – 3% Melanozyten, der Rest sind Keratinozyten. Wir wollten Kulturen, wo diese 95% Keratinozyten fehlen. Da haben Prof. Fritsch und ich alles Mögliche ausprobiert. Es waren so lustige Experimente dabei, wie zum Beispiel die „Adhärenzmethode“ („Cruickshank Methode“). Da erstellt man eine Zellsuspension aus den Epidermalzellen. Die werden in eine kleine Kulturflasche eingesät. Dann lässt man sie ca. 20 Minuten „hinsitzen“. Dann dreht man die Flasche um, und dann kleben die Melanozyten (die Melanozyten kleben besser) und die Keratinozyten fallen auf den Boden und werden weggeschüttet. Das waren ganz simple Anreicherungsmethoden, die ein bisschen funktioniert haben, nicht extrem gut. Aber niemand konnte damals reine Melanozytenkulturen machen. Wir haben uns dann angeschaut – ich habe das Beispiel immer in meinen Vorlesungen gebracht und bringe auch heute noch Bilder davon – wie sich die Oberflächeneigenschaften, also die negativen Ladungen der sogenannten Glykokalix (das sind die Zuckermoleküle, die die Zelle außen umgeben) verhalten. Ob und wie sie sich unterscheiden zwischen gesunden Zellen und Krebszellen, also zwischen Melanozyten und Melanomzellen. Da waren Unterschiede da. Das hat sicher zu den ersten Arbeiten gehört, die sowas gezeigt haben, sehr grob natürlich. Heute wissen wir, wie das molekular aussieht und wir kennen die Gene, die dafür verantwortlich

sind und deren Mutationen. Es ist jedenfalls damals schon in diese Richtung gegangen.

Und dann, als mich der damalige Dozent Gerold Schuler unter seine Fittiche genommen hat, viele Jahre als Mentor, wandte ich mich in Richtung Immunologie. Da gehörte die Elektronenmikroskopie dazu. Das war die Zeit, als die Wiener Kollegen, vor allem Prof. Erwin Tschachler und andere Kollegen, wie Prof. Paul Bergstresser aus Dallas, Texas, diesen neuen Zelltypus in der Oberhaut der Mäuseepidermis 1983 erstmals gefunden haben. Das war damals schon ziemlich bemerkenswert. Den haben sie entdeckt; da war auch Gerold Schuler dabei. Wir haben dann 2 – 3 Jahre lang mit allen möglichen immunhistochemischen, immunelektronenmikroskopischen, immunenzymatischen Methoden diese Zellen charakterisiert. Die haben damals einen fürchterlichen, sperrigen Namen gehabt, die „Thy-1-positive dendritic epidermal cells“, heute sagt man DETC dazu. Da weiß natürlich auch niemand, was es heißt, außer man kennt die Insider-Abkürzung. Es waren T-Lymphozyten in der Epidermis. Diese Aktivitäten sind dann bald übergegangen in die Forschung an den Langerhanszellen. Die Forschung mit Langerhanszellen habe ich mein Leben lang gemacht, mit Gerold Schuler gemeinsam, bis er Mitte der 90er Jahre dann den Ruf an die Hautklinik nach Erlangen bekommen hat. Dann habe ich dieses Thema weiterverfolgt. Wir haben das Spektrum der dendritischen Zellen, von denen die Langerhanszellen ein spezieller Typus sind, erweitert in die dendritischen Zellen vom Blut. Da war Prof. Schuler, mit dem ich mitgearbeitet habe, der erste, der aus den Monozyten im Blut diese dendritischen Zellen züchten hat können. Das war damals unser Hauptprojekt, und das hat die Anwendung von dendritischen Zellen in der Tumorthherapie für die ganze Welt geöffnet. Vorher nämlich waren dendritische Zellen für alle eine riesige Herausforderung, und nur wenige haben sie anreichern können, wie auch die Langerhanszellen. Da die Langerhanszellen in der Haut nur 1% aller Zellen ausmachen, ist es furchtbar schwer, zum Studium von Molekülen oder Genen ausreichende Mengen von reinen Zellen zu erhalten. Diese Methode der Züchtung aus den Monozyten des Blutes hat viel geöffnet. Das haben wir dann weitergeführt in den 80er und 90er Jahren – nicht nur wir in Innsbruck alleine, aber wir waren da schon führend, vor allem gemeinsam mit Herrn Prof. Schuler. Wir haben also dendritische Zellen, die aus dem Blut gezüchtet wurden, beladen mit Tumorantigenen und diese im Sinne einer „Krebsimpfung“ den

Patienten zurückgegeben. Wir publizieren jetzt erst einige dieser Daten. Gerold Schuler hat vor 3 – 4 Jahren einmal eine Serie dieser Patienten publiziert, und das war auch im Licht der heutigen ganz modernen Immuncheckpoint Melanomtherapien gar nicht so schlecht. Immuntherapie mit dendritischen Zellen ist auch im Lichte dieser heutigen Checkpoint Therapien, die super sind, soweit ich das als Biologe betrachten kann (denn ich betrachte mich als „Dermatologe ehrenhalber“ durch die 40 Jahre Hautklinik), weiterhin als adjuvante, unterstützende Therapie wichtig und interessant. Also das war meine Forschungsrichtung, die aus den Vorgängern Prof. Fritsch und Gerold Schuler hervorgegangen ist und erweitert wurde. Ich habe da nicht mit irgendetwas Altem aufgehört und etwas Neues in diesem Haus etabliert.

Das hat sich alles harmonisch weiterentwickelt, mit all seinen Verzweigungen, sei es Frau Prof. Heuffer, die eigentlich die Molekularbiologie in unsere Forschung eingebracht und entwickelt hat und sich dann in Richtung der molekularen Allergologie von dendritischen Zellen entwickelt hat. Oder seien es dann meine Schüler, allen voran Frau Prof. Stoitzner, die ich als einen meiner größten Erfolge in diesen 40 Jahren betrachten kann. Es ist mir wohl gelungen, sie zu fördern und ihr auch nichts in den Weg zu legen, sodass sie jetzt diese Richtung im Wesentlichen weiterführt und fortentwickelt, hoffentlich in eine gute Zukunft. Aber da bin ich sehr zuversichtlich.

Wie wichtig waren Auslandsaufenthalte?

Niki Romani: Auslandsaufenthalte waren für mich extrem wichtig. Das war eine der prägendsten Phasen auf meinem beruflichen und durchaus auch auf meinem allgemeinen Lebensweg. Ich war 1987 und 1988 an der Rockefeller Universität in New York im *Laboratory of Cellular Physiology and Immunology* bei Prof. Ralph Steinman. Dieser Auslandsaufenthalt war nicht so klar, auch da bin ich wieder irgendwie hingedrängt worden oder, mit einem modernen Wort ausgedrückt, „Nudging“, also irgendwo „hingeschupft“ worden. Bis ich dann endlich kapiert habe, dass das etwas ganz Tolles und wahnsinnig wichtig ist. In die Wege geleitet hat das Prof. Fritsch über seinen Kollegen in den USA, Herrn Prof. Martin Carter, Leiter der Dermatologie an der Rockefeller Universität. Die haben das damals eingefädelt. Vorher war ja unter demselben Titel Gerold Schuler 1983 bis 1985 im gleichen Labor, und ich habe die Fortsetzung gemacht. Das war wissenschaft-

lich natürlich ein riesiger Boost, den ich dort erfahren durfte. Es war auch von der Tatsache her beeindruckend, zwei Jahre lang in einer der tollsten Städte der Welt zu leben, und das als Montafoner aus dem Dorf. Das war etwas ganz Besonders und dieser Aufenthalt hat mir unglaublich gut gefallen. Frau Prof. Heufler hat meinen und Prof. Schulers Aufenthalt sozusagen weitergeführt, sie war nämlich auch dort. Sie war dort beim ehemaligen Dissertanten von Prof. Steinman, dem berühmten Prof. Michel Nussenzweig, der heute extrem aktiv ist im Bereich der HIV-Forschung. Bei den *broadly neutralizing anti-HIV antibodies* ist er einer der federführenden Forscher.

Manche Leute gehen ins Ausland, zwei Jahre oder so, kommen wieder zurück und das war's dann. Das war bei uns nicht so, und das war das Wertvolle. Unsere Rockefelleraufenthalte waren sozusagen *nachhaltig*. Wir haben über lange Jahre kommuniziert und kollaboriert mit Prof. Steinman im Sinne von gegenseitigen Aufenthalten, Reagenzien, die wir bekommen haben, Ratschläge und vor allem akademische und intellektuelle Hilfe. Diese Aufenthalte waren unglaublich fruchtbar. Dafür wurde Prof. Steinman dann bei uns 1998 zum Ehrendoktor der damals noch ungeteilten Universität Innsbruck ernannt. Die späte Krönung von Prof. Steinmans Laufbahn (im gewissen Sinn war ich damals auch beteiligt mit meinem kleinen Scherfflein, das wir als Innsbrucker Team beigetragen haben) war dann 2011 die Verleihung des Nobelpreises an ihn. Die konnte er leider nicht mehr erleben, weil er einige Tage vor der Verkündung des Preises, die immer im Oktober stattfindet, an einem Pankreaskarzinom verstorben ist. Seine Frau hat damals den Preis in Empfang genommen. Das war für mich und meine Familie sehr bewegend und auch menschlich ganz toll. Wir waren alle, viermannhoch, in Stockholm bei der Verleihung dabei. Seine Töchter haben nach seinem Tode gesagt: "Niki, you have to be there. Dad would have liked you to be there." Dann waren wir also bei der Verleihung dabei. Das ist kein Schmach, das war wirklich etwas ganz Besonderes, dabei gewesen zu sein. Insofern war der Auslandsaufenthalt (das wäre er auch ohne den Nobelpreis) sehr hilfreich und extrem wertvoll. Auch die ganze Uni und die ganze Hautklinik hat davon profitiert. Nicht nur durch die Personen, sondern durch das, was wir mit dieser Zusammenarbeit und Unterstützung gemeinsam geschaffen haben.

Hast du schlechte Erinnerungen an die Hautklinik?

Niki Romani: Ich kann mich nicht daran erinnern. Weder Prof. Wolff noch Prof. Fritsch haben mich je zusammengebrüllt am Gang oder sonstiges. Die recht gute Zusammenarbeit habe ich schon erwähnt. Die Tatsache, dass mich und viele andere ein Übermaß an Bürokratie „angezipft“ hat, ist nicht die Schuld der Hautklinik gewesen. Außerdem, mit der Weisheit des Alters oder vielleicht nur mit der fortschreitenden Zeit, merkt man, dass das sowieso nicht besser geworden ist. Wenn, dann wurde es eher mehr Bürokratie. Die Erinnerungen sind aber durchwegs gut. Natürlich blendet das Gedächtnis die schlechten Erinnerungen vorzugsweise aus. Diese 40 Jahre waren toll. Natürlich war es nicht immer „High time“, es sind viele Mühen der Ebenen und Phasen, wo man nicht jeden Tag sagt: „Toll, heute darf ich wieder in die Arbeit gehen! Bin ich froh!“ Aber es war eine schöne Zeit. In diesem Sinne habe ich wirklich keine negativen Erinnerungen.

Möchtest du noch eine besondere Anekdote nennen?

Niki Romani: Am Anfang meiner Laufbahn bei den ersten Kongressen, *Pigment Cell Society* in Prag 1981, sind wir mit Gerold Schulers Auto durch die rabenschwarze Tschechoslowakei durchgefahren, Fritsch, Schuler und ich. Nachdem wir unsere Vorträge vorbereitet hatten, mussten wir immer „Vorsingen“ im Hörsaal. Da saß Prof. Fritsch und ein paar Andere, und da war man immer sehr nervös. Ich konnte zwar recht gut Englisch aber, was ich nie vergessen werde, bei meinem ersten Mal, da sagte ich etwas über die „expiriments“. Da sagte Prof. Fritsch: „Nein, das heißt nicht „Expirimentes“, das heißt „Experiments“. Das ist mir bis heute noch im Sinn. Was ich auch nie vergessen werde, waren meine ersten Eindrücke über Zellkultur zu einer Zeit, als es in der Hautklinik nur eine sterile Werkbank gab. Dort, wo man also steril arbeiten kann. Die war damals im Immunologielabor Wolff-Stingl-Tappeiner, die hatten mit solchen super neuen Geräten Vorrang vor Prof. Fritsch. Wir waren im Keller und in diesem Raum war ein Rauch-/Dampfabzug, wo wir die Meerschweinchenohren präpariert haben. Das hat mir Prof. Fritsch gezeigt. Wir haben die Hände chirurgisch desinfiziert ca. 5 Minuten lang, bis die Hände ganz rot waren, und dann haben wir ohne Handschuhe gearbeitet. Prof. Fritsch hat natürlich während der Arbeit immer seine Pfeife im Mund gehabt. Das war für mich ein bleibender Eindruck: Zellkultur – Mentor mit Pfeife – und chirurgisch desinfizierte Hände. Aber ich muss

dazu sagen, es sind damals nicht mehr Kulturen kontaminiert worden als in späteren Zeiten, wo man Handschuhe angehabt hat und wirklich echte Laminar-Flows, die für steriles Arbeiten geeignet sind.

Was war in der Medizin damals anders als heute?

Niki Romani: In der klinischen Medizin kann ich es schwer beurteilen, ich würde von der Wissenschaft, von der Forschung reden. Natürlich haben sich die Methoden und die Geräte in diesen 40 Jahren unfassbar entwickelt. Das kann man in dem Sinne gar nicht alles beschreiben.

Es hat sich die Geschwindigkeit geändert. Nicht dass es damals langsamer gewesen wäre, oder dass wir weniger und gemütlich gearbeitet hätten, ganz im Gegenteil. Damals, würde ich fast meinen, waren nächtens oder über die Wochenenden mehr Leute im Labor, als es heute der Fall ist. Vor allem Ärzte. Das war sicher ein Unterschied, dass in der Wissenschaft, als ich kam, die ganze Forschung hauptsächlich „Arzt-dominiert“ war. Ich war der einzige Biologie, der mitgemischt hat und ich möchte das nochmals betonen, auf Augenhöhe, nicht als Knecht. Das ist natürlich heute völlig anders. Es ist schwieriger für die Ärzte heutzutage, keine Frage, Forschung zu betreiben. Speziell auch experimentelle Forschung, weil die so komplex ist. Es lässt sich in vielen Fällen nicht mehr nach der Arbeit alles machen. Heute haben wir im Haus sicher an die 10 – 12 Biologen, Chemiker, Pharmazeuten, Leute, die ihre Ausbildung machen. Das gab es ja damals nicht. Ich habe zwar meine Dissertation hier gemacht, aber das war nicht formal. Das war im Rahmen von irgendeinem Projekt. Die Klinik als postgraduelle Ausbildungsstätte für Nichtmediziner, das gab es damals nicht. Ich habe meine Dissertation ohne Dissertationskomitee und ohne formalen Dissertationsplan durchgeführt. Nach 3 Jahren meiner Lektin-Färbungen (an den Melanozyten und Keratinozyten, wofür mich Herr Prof. Hintner „heiliger Lektin“ genannt hat, weil ich immer aus der Kühlkammer, wo ich in der Kälte die Zellen gefärbt habe, mit einem Anorak herausgekommen bin) und Forschung hat Prof. Fritsch zu mir gesagt: „Romani, wollen Sie das jetzt nicht vielleicht als Dissertation zusammenschreiben?“ Da dachte ich mir: „Aha, dann könnte ich Doktor werden. Weil mit einem Magister, da glauben alle, ich wäre ein Apotheker.“ Auf diesem Niveau haben wir dann miteinander geredet. Dann habe ich diese Dissertation zusammengeschrieben. Prof. Klima und Prof. Wieser

haben das dann für gut befunden und ich bin damals Dr.rer.nat. geworden. Das war eher unüblich.

Heute sind wir, Prof. Heufler, Prof. Stoitzner, Prof. Dubrac, Prof. Schmuth und alle eingebunden in Doktoratsprogramme der Medizinischen Universität, d.h. wir haben jetzt sicher an die 11 – 12 Leute da, die die Diplomarbeiten machen in der Molekularen Medizin oder Diplomarbeiten als klinische Mediziner oder eine Dissertation oder ein PhD-Studium. Somit ist der Anteil an Studenten und zum Teil auch an Post-Docs, also Studenten, die dann noch 2 – 3 Jahre in Forschungsprojekten bleiben, viel größer, als es damals war.

Es war damals auch sehr wenig aus Drittmitteln bestritten, d.h., finanziert. Das war ein großer Unterschied in der Forschung. Ich habe hier eine Stelle gehabt, die Prof. Fritsch damals irgendwie dem Ministerium „herausgerissen“ hat. Das war auch nicht so leicht, an einer Klinik eine Stelle für einen „Nichtmediziner“ zu bekommen. Das war eine ziemliche Leistung und die Stelle ist geblieben. Das hat man offensichtlich vergessen, dass das keine klinische Stelle ist. Gott sei Dank! Heute sind natürlich die ganzen jungen Leute und oft Leute bis hin zur Habilitation, über Drittmittel angestellt, die immer wieder kompetitiv eingewoben werden müssen, was prinzipiell natürlich okay ist, aber eine riesen Belastung für die Kolleginnen und Kollegen, die mir jetzt nachfolgen. Das war in diesen ersten Jahren, in den 80er Jahren, wo eben Schuler, Fritsch, Hintner und ich sehr produktiv waren, ganz anders. Niemand von uns hat sich allzu viele Gedanken machen und allzu viel Zeit darüber verschwenden müssen, wie man unsere Mitarbeiter beschäftigt oder „wie stellen wir einen Romani an, dass er weitermachen kann“. Ich mir selbst auch nicht. Heute sind die Leute, die Gruppenleiterinnen, die Principal Investigators, die Professoren, andauernd damit beschäftigt, Anträge zu schreiben. Primär, damit sie die Leute, die für das Haus arbeiten, anständig weiterfinanzieren können – und das bei leider sinkenden Mitteln für die Forschungsförderung. Das ist sicher eine große Änderung.

Und, wie gesagt, die Geschwindigkeit hat sich verändert, auch von der Methodik her. Wir haben damals Durchflusszytometrie gemacht, zuerst mit einer Farbe, dann mit zwei Farben. Heute macht man es mit 24 verschiedenen Antikörpern in einem Röhrchen. Es gibt Geräte, die wir in Innsbruck noch nicht haben (CYTOF), die können das mit 80 machen. In der Molekularbiologie ist es das Gleiche. Da kann ich auf einmal ein ganzes Genom analysieren. Ich kann ein

ganzes Genom von einer Million Epidermalzellen oder Langerhanszellen analysieren, wenn ich will. Da verschiebt sich der wissenschaftliche Teil ganz stark hin zur Auswertung. Da werden die Auswertungen dann extrem aufwendig. Natürlich auch extrem künstliche Intelligenz-lastig / Bioinformatik-lastig. Das ist ein großer Unterschied.

Früher haben wir ein Paper zusammengeschrieben und die Abbildungen gemacht, ausgeschnitten, alles schön beschriftet (mit LETRASET). Damals mussten wir alles sechsmal abgeben. Dann ist man auf die Post gegangen. Wenn man selbst auf die Post gegangen ist, ging das schneller als über die Hauspost der Klinik. Und nach 2 – 3 Monaten ist dann vielleicht ein Bescheid oder ein Gutachten gekommen, ob die Arbeit angenommen wurde oder nicht. Diese Dinge gehen schneller. Aber auch nicht immer, im Moment haben wir etwas bei einem Journal, da warten wir auch schon 2 ½ Monate. Alles ist relativ.

Die Komplexität der Wissenschaft hat sich massiv verändert. Dennoch ist es wichtig, dass auch relativ simple, clevere, pfiffige Experimente weiterhin gemacht werden. Einerseits um Studenten auch diese Dinge zu lehren. Die sollen ja nicht nur lernen, schnell eine Zellsuspension zu machen, oder Blut abzunehmen und das dann in eine Maschine zu geben. Da kommt dann eine riesige Datenwolke heraus, die man dann selbst wieder nicht analysieren kann, weil man die Bioinformatik und die künstliche Intelligenz braucht. Man braucht aber die ganze Bandbreite der wissenschaftlichen Methodiken. Diese Methoden werden auch im Haus bei uns von den Leuten, die momentan die Wissenschaft machen, weiter betrieben. Es hat sich sehr viel geändert in der Medizin beispielsweise, dass inzwischen histologische Präparate vom Computer ebenso oder auch ganz gut beurteilt werden können und die ganzen Implikationen. Das hat sich in den letzten 10 Jahren exponentiell entwickelt. Ganz toll. Und wer weiß, meine Tochter studiert Medizin, da sage ich immer: „Ich bin gespannt, wenn du fertig bist, in 20 oder 30 Jahren, was du für diagnostische Mittel an der Hand haben wirst. Was du für therapeutische Mittel an der Hand haben wirst.“ Aber mit dem Patienten wird sie trotzdem hoffentlich immer noch reden müssen, sollen, dürfen. Und die Empathie sollte auch bleiben. Vielleicht wird sie größer, wenn die Computer so viel abnehmen. Das wäre schön.

Interview mit Primarius Univ.-Doz. Dr. Georg Klein, Arzt an der Hautklinik Innsbruck 1980 – 1991, später Leiter der Abteilung für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des Krankenhauses der Elisabethinen Linz, aufgezeichnet im Jahr 2019

Von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik in Innsbruck beschäftigt?

Georg Klein: Von Oktober 1980 bis Juli 1991. Ab diesem Zeitpunkt bin ich dann als Leiter der Abteilung bei den Elisabethinen nach Linz gegangen. Und davor war ich am pharmakologischen Institut.

Ich nehme an, das war eine prägende Zeit?

Georg Klein: Es war extrem prägend, es war auch eine sehr spannende Zeit. Ich bin im Oktober 1980 an die Hautklinik gekommen, noch zu Prof. Wolff. Von dem aber damals mehr oder weniger schon klar war, dass er im darauffolgenden Jahr nach Wien geht. Und mit ihm zusammen haben damals auch 5 oder 6 durchaus berühmte Kollegen das Haus verlassen. Wir waren ein ganz junges Team, das Peter Fritsch zusammengehalten und ausgebildet hat. Es hat Monate gegeben, heutzutage darf man das ja nicht laut sagen, weil heutzutage wäre das gar nicht mehr möglich, wo außer dem Chef kein Facharzt an der Klinik war. Es hat sich dann gebessert und es war für uns, die wir damals jung waren, sehr positiv, weil es uns die Möglichkeit gegeben hat, uns zu entwickeln und zu profilieren, und das haben wir auch versucht.

Wie war die Zusammenarbeit unter den Ärzten, aber auch Krankenschwestern, Pflegern und im Labor?

Georg Klein: Wir haben das immer als ausgesprochen familiär empfunden, und es war auch eine große Familie mit allen Vor- und Nachteilen. In dem Fall wirklich mit vielen Vorteilen und ganz wenig Nachteilen. Wir haben immer tolle Weihnachtsfeiern gemacht, dann diese Törggelereisen unterm Jahr. Es hat da nie wirklich irgendwelche gröberen Friktionen gegeben, außer auf sehr persönlicher Ebene und das ist eben in einer Familie normal. Wenn man sich die Ärzteschaft anschaut, waren wir eine wirklich starke Peergroup, die dann von unten auch ein bisschen Druck bekommen hat. Mit den Schwestern, das war unstrukturiert,

aber es war eine ausgesprochen angenehme und sehr positive Zusammenarbeit. Wir haben auch viel gelernt. Ich kann es leider nicht mehr, aber wir haben damals Pfleger gehabt, die haben wunderschöne Fingerverbände machen können. Ich glaube, es gibt heute in ganz Österreich keine Pflegeperson mehr, die das kann, außer vielleicht in der Erinnerung. Das war schon toll.

Was waren die Schwerpunkte in der Klinik und im Labor?

Georg Klein: Das ergab sich aus der Struktur, da war die pädiatrische Dermatologie, die Allergieambulanz, Allergologie war ein großer Schwerpunkt, Phlebologie gab's. Dann gab's im Labor das Immunologische Labor, Pilzlabor, das Elektronenmikroskopische Labor und dann auch noch das Melanomlabor, das eigentlich der Peter Fritsch geleitet hat, und welches dann der Niki Romani übernommen hat und welches dann später irgendwie fusioniert wurde. Aber diese Details müsste man, glaube ich, in den Büchern nochmals nachschauen. Es gab sehr wohl Schwerpunkte, die schon gegeben waren. Ein wesentlicher Schwerpunkt war die Photobiologie im klinischen Bereich, wo Prof. Wolff führend war. Das war eben sein Spezialgebiet und er hat das natürlich in Innsbruck etabliert und es wurde dann auch viele Jahre weitergeführt und das gibt es in gewisser Weise immer noch. Und damals die Studien, die begonnen wurden: Die ersten Studien, an die ich mich erinnern kann, waren die Roaccutan-Studien mit den jungen Damen. Das muss man natürlich schon sagen, das war damals sehr interessant. Aber wenn man das mit den heutigen Studien vergleicht, war es sehr unreguliert. Wir haben zwar gewusst, dass die Damen nicht schwanger werden sollten und das hat man ihnen auch gesagt. Ich kann mich noch gut erinnern, deswegen ist es mir auch präsent, weil ich das immer in meinen Patientengesprächen verwende. Da war eine junge Dame, die hat wirklich sehr schwere Akne gehabt, eine nodulozystische Akne. Wir haben ihr dann gesagt, dass sie nicht schwanger werden soll und sie hat dann gesagt: „Na ja, schauen Sie mich an, wer nimmt mich schon.“ Und wenige Monate später war sie prompt schwanger, weil das Medikament so gut geholfen hat und sie war plötzlich so anziehend, dass sie doch einer genommen hat. Das wäre heute wirklich undenkbar. Das war ein weiterer Schwerpunkt, die Retinoide. Aus meinem eigenen Sein an der Klinik: Ich war einige Jahre der Leiter der Allergieambulanz, die ja damals sehr groß war mit 12.000 Patienten pro Jahr. Da musste schon gearbeitet werden. Ich selbst, meine Forschungen, waren

in Wirklichkeit bescheiden. Ich habe mich mit IgG Subklassen Antikörpern beschäftigt, mit Insektengiften, versucht Basophilen Degranulations (Release)-Tests zu machen, über Penicillinallergien habe ich geforscht und einige andere Dinge auch. Aber das hat zum Ruhm der Innsbrucker Klinik wahrscheinlich nicht allzuviel beigetragen.

Gab es eine Zusammenarbeit mit theoretischen Instituten?

Georg Klein: Die Forschung fand eigentlich vorwiegend auf der Hautklinik statt. Die Zusammenarbeit war zwar nicht verboten, aber sie war nicht angestrebt. Es hat eine große Rivalität gegeben mit der Immunologie von Georg Wick und unserer Klinik, wer denn da jetzt besser sei. Das war natürlich stark getragen von den Protagonisten von Klaus Wolff und vom Georg Stingl, wobei die sich dann schon irgendwie arrangiert haben. Und der Nachwuchs kam ja auch. Ich kann mich erinnern, ein einziger Kollege, der vom Wick genommen wurde sozusagen, das war Heinz Kofler. Alle anderen wurden anderswo weggekrutert. Die Immunologie, die wir brauchen, die können wir selber.

Gibt es Anekdoten, schöne Erinnerungen?

Georg Klein: Schöne Erinnerungen, ich habe eigentlich an diese Zeit nur schöne Erinnerungen, weil das weniger Schöne vergisst man irgendwann im Laufe der Zeit und es waren ja wirklich keine schwerwiegenden, einschneidenden oder unangenehmen Dinge. Außer vielleicht gelegentlich eine Kränkung der persönlichen Eitelkeit. Aber das kann man jetzt nicht der Hautklinik anlasten. Ich habe diese Zeit als wirklich sehr, sehr schöne Zeit in Erinnerung. Ich bin froh, dass ich das in der Zeit erleben durfte. Bin auch froh, dass ich in Innsbruck geblieben bin und nicht getrachtet habe, nach Wien zu kommen. Ich glaube nicht, dass es mir dort so gut gegangen wäre, dass mein Weg so gewesen wäre, wie er dann war. Und Anekdoten, erstens bin ich kein guter Anekdotenerzähler und zweitens hat es so viele nette Situationen gegeben, dass man jetzt nicht eine herausgreifen soll.

Gibt es etwas, was nicht gut war?

Georg Klein: Wenn man es aus der heutigen Sicht betrachtet, waren sicherlich einige Dinge zu verbessern, die man heute anders macht. Ich glaube, dass für die damalige Zeit unser Tun und Handeln einen sehr hohen Standard hatte, dass

die Führung der Klinik auf einem hohen Niveau war. Es hat, glaube ich, wenige Kliniken gegeben, die besser geführt wurden. Es hat natürlich die eine oder andere Klinik gegeben, die ebenfalls sehr gut geführt war, aber es wäre sehr unfair, wenn man jetzt sagt: das oder jenes hätte man nicht machen sollen. Es war die Zeit eine andere.

Wenn man vergleicht, wie die Medizin zu der Zeit war und wie sie sich heute entwickelt hat, was gibt es für herausstechende Unterschiede?

Georg Klein: Auf der operativen Ebene, auf der praktischen Ebene war sie damals sehr unstrukturiert. Man hat das gemacht, was der Chef vorgegeben hat. Aber es war oft nicht dokumentiert, es gab wenig Reglementierungen und wenig Pflichten und nicht so strenge Regeln für die Dokumentation, das ist einmal das Eine. Und die Bürokratie, von der wir heute alle reden, das gab es damals in dem Sinne nicht. Wir hatten auch viel mehr Zeit für die Patienten, weil wir haben Liegedauern von 10-12 Tagen gehabt und nicht von 4-5 Tagen. Natürlich hat es die ganzen diagnostischen Möglichkeiten nicht gegeben, die ganze Molekularbiologie hat es nicht gegeben. Die war ja eigentlich grad zu der Zeit erst in den Kinderschuhen. Und daher war das eine viel einfachere und simplere Medizin, die man damals gemacht hat. Wir konnten die Schuppenflechte dank der PUVA sehr gut behandeln. Aber so wirklich ganz genau gewusst, oder die Zusammenhänge oder die Details hat man nicht wirklich verstanden. Das Crosslinking war eine Idee und das hat schon gestimmt, aber was sich da wirklich abspielt, das war ein sehr grobes Verständnis im Vergleich zu dem, was man heute an Details kennt und das eigentlich immer noch nicht ganz durchschaut.

War die Psychodermatologie ein Thema?

Georg Klein: Ja, ein „Unthema“. Es gibt einen legendären Artikel von Peter Fritsch und Georg Klein im Hautarzt „Haut und Psyche – ein Zusammenhang?“. Ich habe damals schon versucht, das in irgendeiner Form zu thematisieren, weil es irgendwie naheliegend ist, dass die ektodermalen Organe miteinander irgendwas zu tun haben. Aber grad der Peter hat das immer abgelehnt und er lehnt es ja in Wirklichkeit auch heute noch ab. Aber wir wissen heute, das ist nicht ganz so wahr. Es hat ja damals schon sehr spannende Untersuchungen dazu gegeben, die in erster Linie aus Russland gekommen sind, leider Gottes. Und da

hat man dann gesagt: Na ja, die Russen. Aber es war ein Thema. Ende der 80er Jahre wurde dann das Institut für Medizinische Psychologie gegründet. Da wurde der Herr Prof. Wesjack berufen. Der hat dann ein Diplom angeboten, das ich besucht habe, ein Jahr lang, leider nur ein Jahr. Ich habe damals schon sehr viel gelernt. Und dann hätten wir eine Woche auf ein Seminar fahren sollen. Dann habe ich den Chef gefragt, ob ich frei bekomme – war keine gute Idee. Das Seminar war Voraussetzung, um dieses Diplom weiterzumachen und dann habe ich das abgebrochen, weil ich nicht mehr so viel Urlaub hatte und auch nicht so viel Urlaub investieren wollte. Keine Ahnung. Es wird so eine Kombination gewesen sein. [...]

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 Prof. Fritsch der einzig Habilitierte war, er war damals Dozent. Wir hatten damals nur einen „Professor“, das war Prof. Niki Romani. Der hat 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, Be-

sprechungen. 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 ordentliches Ansehen gewonnen und über sich 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 oder mitgetragen hat. Es war zum einen die Elektronenmikroskopie. Das war die ultrastrukturelle Forschung, die von Prof. Wolff 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 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, 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, All-

ergologie, 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, woraus wir die Keratinozyten gewonnen haben, einen 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 unterstützt. Es war das „Klimatische“ sehr, sehr gut. Da hat's eine Oberschwester gegeben, 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. Die MTAs waren auch ganz toll. Das waren wegweisende Unterstützer. Ich denke da an die Steffi, die die Schnitte gemacht hat für die Immunfluoreszenz, wo 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 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 immer wieder aufgefangen wurde und Gott sei Dank alles entschärft wurde. 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 sicher nie mehr wieder macht. Natürlich haben wir gezittert, wenn wir 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, 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 und 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 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 die Arbeit und natürlich auch über persönliche Angelegenheiten. Es war nicht so streng. Ich denke, 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.

Hat es nicht eine Zeit gegeben an der Innsbrucker Hautklinik oder an der Innsbrucker Klinik überhaupt, wo eine Mittagspause obligat war?

Josef Auböck: Sie war nicht obligat, aber es war einfach klar, dass man das tun konnte. Wenn Experimente waren oder wenn Besprechungen anberaumt waren, dann hat es das natürlich nicht gegeben. Aber es war nicht ungewollt, nicht unerwünscht. Es war nicht vorgeschrieben.

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 molekularebiologische 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 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 Ulkus 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 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. Das war schon aufregend: Kommt hoffentlich keine Dermatoze, die ich nicht kenne oder bin ich nicht überfordert. Da haben die anderen Kollegen 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 war’s?“ 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, als 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 einfühlsame Fußballspieler waren. 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 für Prof. Fritsch alles getan haben und er auch für uns.

Interview mit Frau Univ.-Prof.Dr. Beatrix Volc-Platzer an der Hautklinik Innsbruck 1980, aufgezeichnet im Jahr 2023

Frau Dr. Volc-Platzer, von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik beschäftigt?

Beatrix Volc-Platzer: Das erste Mal war ich nach Beginn meines Studiums, wahrscheinlich 1973 oder 1974, so genau kann ich mich nicht mehr erinnern, war ich tatsächlich hier an der Hautklinik beschäftigt. Gustav Niebauer war damals Chef und hat mich eingeladen, ob ich nicht gerne Histologie, die Technik des Schneidens und des Färbens lernen wollte. Der Hintergrund war, er wollte mich gleich einmal gewinnen für eine dermatologische Ausbildung. Er hat ein Projekt gehabt zum Thema aktinische Elastose, er war damals auch in der Forschung ganz vorne mit dabei. Ich wurde angestellt und habe auch ein kleines Gehalt bekommen. Ich habe zunächst von der MTA schneiden und färben gelernt und die Präparate besorgen. Da wurde mir Sigi Wörner zur Seite gestellt, der mit mir auf die Pathologie gehen musste um Präparate von Seemannshaut zu beschaffen, eigentlich von Tiroler Landmannshaut, davon haben wir Biopsien im Nacken gemacht und die habe ich verarbeitet. Ich habe also verschieden Färbetechniken gelernt, und Gustav Niebauer hat dann auch ein oder zwei Diapositive verwendet von Färbungen mit Kongorot oder Kongoschwarz. Da war ich zum ersten Mal ca. 6 Wochen an der Klinik. Das zweite Mal war ich dann in der Vorlesung bei Klaus Wolff, das war 1976 und dann habe ich hier eine Ausbildungsstelle angetreten mit 1. April 1980.

Wie war die Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern, Ärzten, Ärztinnen, Pflege, Sekretariate, LabormitarbeiterInnen?

Beatrix Volc-Platzer: Zunächst einmal waren unter den Ärzten und Ärztinnen viele verschiedene Persönlichkeiten. Jeder für sich eine unglaublich interessante Persönlichkeit mit einem eigenen Schwerpunkt, anfangen bei Peter Fritsch, der damals Oberarzt war, der diese Funktion eigentlich meisterhaft ausgeübt hatte und es geschafft hat, einen Spagat zwischen einem strengen Chef und den Interessen der Mitarbeiter herzustellen. Dann Georg Stingl, der von Klaus Wolff auserkoren wurde, als mein Mentor und Tutor aufzutreten. Aber auch Erna Jaschke,

die damals Oberärztin auf der Frauenstation war, wo ich zugeteilt war. Herbert Hönigsmann. Alle hatten ihre persönliche Note, aber alle und auch alle anderen, die da waren, waren unglaublich engagiert uns Jungen die Dermatologie beizubringen auf höchstem Niveau. Natürlich auch manchmal mit einem gewissen Nachdruck, das lässt sich nicht vermeiden. Man hat auch gemerkt, neben ihrem Engagement für die Dermatologie für die Jungen, alle sind unglaublich motiviert, die Dermatologie weiterzuentwickeln, auf einen noch höheren Level zu bringen, dass die Innsbrucker Hautklinik tatsächlich eine der weltbesten Kliniken ist. Daneben haben alle Forschungsprojekte bearbeitet oder betreut. Die Pflege war, würde ich sagen, gemischt. Es waren einige Schwestern, die unglaublich freundlich, gütig, fürsorglich waren für Patienten, aber auch die jungen Ärzte und Ärztinnen unter ihre Fittiche genommen haben. Es gab aber auch etwas Kritischere vor allem unter den Schwestern. Das war nicht immer angenehm. Die Sekretariate, es gab auch ein Chefsekretariat und ein Kliniksekretariat. Da kann ich mich im Chefsekretariat noch an die Gabi erinnern. Gabi braucht man, glaube ich, nicht beschreiben. Sie war unglaublich herzlich, immer freundlich, ich kann mich nicht erinnern, je ein böses Wort gehört zu haben. Obwohl die Workload von allen Seiten kam. Genauso war es im Kliniksekretariat. Da kann ich mich noch an Janet erinnern. Auch die Damen haben es verstanden, bei aller Arbeit, die angefallen ist, einem dieses Gefühl der Zugehörigkeit zu übermitteln. Dann gibt es noch Roman. Er war ein Herzstück dieser Klinik. Immer wenn ein Problem aufgetaucht ist, oder auch wenn keines aufgetaucht ist, Roman wurde immer gesucht, er hat für alles eine Lösung gehabt. Es hat damit angefangen, dass er in der Früh Patienten in die Vorlesung gebracht hat oder zur Prüfung. Aber auch wenn im Heizungskeller ein Problem war oder irgendein anderes technisches Problem. Oder schnell ein Schriftstück von A nach B transportiert werden musste. Er war immer da und hat alles erledigt. Labormitarbeiter, ich war ja dadurch, dass ich Georg Stingl zugeteilt war, nicht nur klinisch, sondern auch im Immunologielabor und über Laura Stingl brauche ich, glaube ich, nichts erzählen. Sie hat damals einen Teil der Laborarbeit gemacht und Margit Stifter, die mit ihr zusammengearbeitet hat. Ich habe auch Immuneffloreszenz hier gelernt. Es waren noch mehrere Labormitarbeiter, an die ich mich leider nicht alle erinnern kann. Aber das Immunologielabor ist natürlich in Erinnerung geblieben.

Als jemanden, der sowohl in Innsbruck als auch in Wien gelebt hatte, wie war das Verhältnis zwischen den Tirolern und den Wienern an der Klinik zu dieser Zeit?

Beatrix Volc-Platzer: In meiner Erinnerung war es sehr gut. Ich überblicke genau genommen 15 Monate als Ärztin hier. Es gab nie irgendeine Auseinandersetzung oder gröbere Meinungsverschiedenheiten. Natürlich wurden die Wiener und auch ich am Anfang mit einer gewissen Vorsicht behandelt, mit einem leichten Misstrauen vielleicht. Das hat sich jedoch sehr rasch gegeben. Ich habe nicht den Eindruck gehabt, dass es hier ernste Differenzen gegeben hätte. In Wien war das schon anders an der Hautklinik. Da gab es dann die Innsbruck-Rückkehrer und die, die dortgeblieben sind.

Gab es Schwerpunkte und Forschungsprojekte?

Beatrix Volc-Platzer: Es gab natürlich die klinischen Schwerpunkte. Es war die Fotobiologie im Aufbau, die Klaus Wolff nach Österreich gebracht hat. Das hat damals Herbert Königsmann betreut und Waltraud Rauschmaier. Die Histologie war immer ein Herzstück der Klinik. Letztlich hat das Peter Fritsch unter seiner Kontrolle gehabt. Von Karl Holubar eigentlich importiert die Immunfluoreszenz, die einen wesentlichen Teil der Laborarbeit ausgemacht hat. Somit waren die Autoimmunerkrankungen natürlich ein Forschungsschwerpunkt. Damit war Helmut Hintner in seiner Assistenzzeit hauptsächlich beschäftigt, bevor er sich der Epidermolysis bullosa zugewandt hat. Da war natürlich auch die Histologie, die Immunfluoreszenz und die Elektronenmikroskopie ein großer Schwerpunkt. Dann war auch schon die Allergologie ein Schwerpunkt in diesem Haus. Die Dermatoskopie wurde gerade entwickelt. Das hat eigentlich Peter Fritsch unter seinen Fittichen gehabt. Einer unserer Kollegen aus Vorarlberg, der dann in Bregenz in die Praxis gegangen ist, der hat eigentlich die Funktion, die Michi Binder in Wien bei Pehamberger ausgeübt hat, hier gemacht. Da war noch ein großer Apparat am Fotoapparat angeschlossen und dann wurde Verschiedenes probiert, um die Technik zu optimieren. Der OP war ein Kernstück, da hat kurz nach mir Burghard Trenkwalder angefangen, der dann viele Jahre den OP betreut und die Techniken erweitert und ausgebaut hat. Die Langerhanszellforschung war selbstverständlich ein großes Thema. Sowohl in der Histologie als auch in der Immunologie und in der Elektronenmikroskopie. Dann hat Gerold

Schuler in der Elektronenmikroskopie eine Technik entwickelt um Herpes nachzuweisen. Aus der Fotobiologie ergaben sich die verschiedenen Schwerpunkte und die Autoimmunerkrankungen und eben der Beginn der Epidermolysis bullosa-Forschung. Also quasi die Vorbereitung des EB-Zentrums, das dann in Salzburg etabliert wurde.

Was sind die guten Erinnerungen an die Hautklinik?

Beatrix Volc-Platzer: Ja, die guten Erinnerungen sind die Atmosphäre der Aufbruchsstimmung, es hat hier ein Pioniergeist geherrscht und daran Teil zu haben, das hat unglaublich viel Freude gemacht. Es hat schon einige Wochen gedauert, bis ich überhaupt begriffen habe, in welcher Truppe ich hier gelandet bin und bis ich begriffen habe, dass da eine homogene Mannschaft in einer familiären Atmosphäre wirklich klinische Wissenschaft auf hohem und höchstem Niveau betreibt. Dass man sich also glücklich schätzen kann, wenn man hier lernen kann. Ein Teil davon war die Ausbildung am Krankenbett und besonders erinnere ich mich an das Wintersemester 1980/81 auf der Männerstation. Georg Stingl war Oberarzt und in statu habilitandi. Er hat wirklich keine Gelegenheit ausgelassen um Josef Aufböck und mir die Dermatologie beizubringen. Die dermatologische Diagnostik am Krankenbett. Wir haben Tzancktest geübt am Abend, Pilzbefunde. Die Technik hat er uns selbst beigebracht. Es war eine unglaublich intensive Zeit, da sind sicher einige Abend- und Nachtstunden hineingeflossen, weil einfach so viel zu lernen war. Das war aber letztlich die prägende Phase in meiner klinischen Ausbildung, würde ich sagen. Auch die Feste sind nicht zu kurz gekommen. Ich kann mich noch an eine Weihnachtsfeier erinnern. Es war eine unglaublich freundliche, freundschaftliche und dabei aber sehr ambitionierte Atmosphäre.

Haben Sie auch schlechte Erinnerungen an die Hautklinik?

Beatrix Volc-Platzer: Ja, natürlich, die habe ich auch. Ich habe zwei schlechte Erinnerungen, aber die habe ich selber verursacht.

Und wie könnte man aus der heutigen Perspektive, die Rolle von Frauen zu dieser Zeit sehen, die in der Dermatologie z.B. eine akademische Laufbahn verfolgten? Gab es die notwendigen Chancen, gab es Hindernisse?

Beatrix Volc-Platzer: Also grundsätzlich würde ich sagen, sind Frauen sehr wohl gefördert worden, vorausgesetzt, sie wollten tatsächlich eine akademische Karriere. Es hat ja auch viele Frauen gegeben, die die Ausbildung gemacht haben um wirklich gute dermatologische Klinikerinnen zu werden, um dann in eine Praxis zu gehen. Diejenigen, die gesagt haben, sie würden gerne in der Forschung arbeiten und doch eine akademische Karriere machen, die wurden sehr wohl gefördert. Bei Klaus Wolff war es so, dass es sehr wohl möglich war, wissenschaftlich mitzuarbeiten, aber auch selbst zu arbeiten. Was mich persönlich betrifft, er hat mich ein paar Wochen orientieren und mich eines Tages rufen lassen und gesagt: „So, jetzt ist es genug, jetzt gehen Sie zum Georg Stingl.“ Damit war der Grundstein für meine akademische Karriere gelegt. Sowohl hier, als auch in Wien war das Umfeld optimal und ich bin sehr wohl unterstützt worden. So habe ich es auch bei den anderen empfunden. Natürlich ist es schwierig und man hat als Frau das Gefühl, dass man um den Deut mehr investieren muss an Zeit als die Männer vielleicht. Insbesondere dann, wenn es um die Familiengründung geht. Aber grundsätzlich war sehr wohl eine Förderung da und keineswegs eine Diskriminierung.

Was war zu dieser Zeit anders in der Medizin als heute?

Beatrix Volc-Platzer: Die Liste ist lang! Wir haben auch in den 80er Jahren gemammert. Aber die Bürokratie war vernachlässigbar im Vergleich zu dem, was sich entwickelt hat. Das ist eine Hydra mit 7 Köpfen und sicher durch die Einführung des Internets noch befeuert, durch viele Gesetze, die dazugekommen sind, Patientenschutz, Datenschutzgesetz. Für Patienten ist es sicher gut und hat einiges zum Positiven gewendet, auch was Patientenrechte angeht. Was den Datenschutz betrifft, da würde ich sagen, fesseln wir uns heute an völlig unnötigen Stellen und behindern dadurch sowohl die klinische Arbeit als auch die Forschung. Durch die Einführung der Drittelparität an den Universitätskliniken durch das UOG, ich glaube, es war das Jahr 2002, hat man an den bis dahin zum Großteil sehr gut funktionierenden Hierarchien gerüttelt, hat die Klinikchefs entmachtet, was in den meisten Fällen nicht zum Vorteil war. Weil es immer eine Identifikations-

figur braucht und jemanden der tatsächlich für Leadership geeignet ist. Klaus Wolff war das mit Sicherheit. Natürlich ist es gut, wenn man im Konsens entscheidet. Manche Dinge muss man im Konsens entscheiden. Es war sowohl hier an der Klinik als auch später in Wien so, dass Klaus Wolff eigentlich immer mit der Oberschwester entschieden hat. Es musste die Pflege nicht aufgewertet werden, was später vermittelt wurde, denn vor einer Oberschwester hatten alle mindestens so viel Respekt wie vor dem Klinikchef. Das war eine ausgesprochen sinnvolle und auch erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den beiden. So habe ich es erlebt und ich weiß, dass es das an vielen Kliniken gab, an Universitätskliniken, aber auch in den peripheren Krankenhäusern. Es hat immer gut funktioniert: Primararzt und Oberschwester. Wenn da kein Blatt Papier dazwischen gepasst hat, war das zum Vorteil von allen, ob PatientInnen oder ÄrztInnen oder Pflegepersonal. Mit der Einführung der kollegialen Führungen hat sich das nicht zum Guten gewendet. Das ist ein Weg, der leider eine Einbahnstraße ist. Dieser Abbau von Autoritäten und von Eliten ist nicht unbedingt von Vorteil für die Menschen, die primär Hilfe brauchen. Weil es letztlich die Arbeitsqualität von allen Beteiligten einschränkt. Wenn ich die Arbeitsqualität des Chefs einschränke, dann wirkt sich das automatisch auf die MitarbeiterInnen aus. Das ist meine Erfahrung, die ich selbst als Primarärztin gesammelt habe. Die Arbeitsqualität spielt eine große Rolle und ist von Lebensqualität nicht zu trennen.

Danke, ich glaube, das sind ganz wichtige Aspekte, die auch gut sind, wenn sie festgehalten werden. Eine weitere Frage, die Leitung des Histologielabors hat Prof. Fritsch gehabt oder Prof. Wolff?

Beatrix Volc-Platzer: Die Oberhoheit hatte Peter Fritsch, befundet hat Herbert Hönigsmann und Pechlaner. Pechlaner hatte auch die Dermatoskopie. Ich kann mich erinnern, eines Tages war Berni Ackermann hier eingeladen und Pechlaner musste alle Präparate für ihn vorbereiten. Ackermann hat immer wieder gesagt, man solle doch Fragen stellen, aber alle, die nicht routinemäßig Histologie befundet haben, haben eine gewisse Hemmung gehabt, eine Frage zu stellen. Aber Pechlaner hat Fragen gestellt und die Diskussion unterhalten. Das war ein sehr beeindruckender Besuch, der mir natürlich in Erinnerung geblieben ist. Udo Längle war in der Allergie. Carlo Dondlinger, der die Diaklinik meisterhaft gemacht hat. Er hat es geschafft, den manchmal fast unerreichbaren Ansprüchen

von Klaus Wolff in der authentischen Wiedergabe der Patientengeschichte zu entsprechen. Er hat es geschafft mit einem gewissen luxemburgischen Humor das Ganze zu bringen. Das war großartig, weil in den Diakliniken hat man immer sehr viel gelernt. Und was man auch sagen muss, das Fotolabor, Bernhard zuerst, die Qualität der klinischen Bilder von Innsbruck sind nie mehr in diesem Ausmaß erreicht worden, auch in Wien nicht. Andreas Ebner ist sehr gut geworden an der Wiener Klinik. Da muss ich sagen, Oliver macht tolle Bilder. Er hat das fantastisch übernommen vom Bernhard.

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. 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, 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 besucht. Das ist dann für die AIDS-Station umgebaut worden. Im Rahmen dieses Umbaus gab es 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 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 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

schon sehr zugänglich ist. 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, sich dann etwas in die Länge gezogen hat. 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, dem 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 hatten, 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 wurden. 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 wenig 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, Drogenabhängige und schwule Männer waren. 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 ich Bayern haben sie in einem mit Innsbruck vergleichbaren Krankenhaus acht solcher 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 Kühlschrank greifen 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 Geschichte, 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 vorherige Leiter, 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, 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 gab's 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, denn HIV ist eine gut behandelbare Krankheit geworden. Man bezahlt schon einen hohen Preis, weil man lebenslang Medikamente einnehmen muss. Aber das ist 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 auf die Betreuung der Patienten, denen es dann besser geht. Es ist jetzt vielleicht ein bisschen vereinfacht, weil 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. 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 viele in der Bevölkerung, die das nicht bekommen.

Interview mit Frau Dr. Mechthild Ottenthal, Ärztin an der Hautklinik Innsbruck von 1982 bis 1988, Frau Dr. Sidi Unterkircher, Ärztin an der Hautklinik Innsbruck von 1981 bis 1985, Herr Dr. Burghard Trenkwalder, Arzt an der Hautklinik Innsbruck von 1980 bis 1986, aufgezeichnet 2021

Waren Sie gemeinsam in der Ausbildung hier an der Hautklinik Innsbruck?

Mechthild Ottenthal: Ja, in einer gewissen Art und Weise. Ich war von 1982 bis 1988 hier.

Burghard Trenkwalder: Ich von 1980 bis 1986.

Sidi Unterkircher: Ich von 1981 bis 1985.

Mechthild Ottenthal: Also haben wir von 1982 bis 1985 gemeinsam die Zeit hier auf der Hautklinik verbracht.

Burghard Trenkwalder: Spannende Zeit mit Wechsel des Chefs. Vor allen Dingen war das spannende, dass fast 1 ½ Jahre lang nur Prof. Fritsch hier als Facharzt tätig war. Alle anderen waren in der Ausbildung nicht fertig und die zwei einzigen, die Fachärzte waren, waren damals in Amerika. Das waren Gerold Schuler und Helmuth Hintner. Die waren nicht vorhanden. Da haben wir Oberarztfunktionen eingenommen, obwohl unsere Ausbildung nicht fertig war. Das war eine sehr spannende Zeit, würde ich sagen.

Sidi Unterkircher: Am Papier war ja schon ein Facharzt, der Dr. Rainer, Klinikchef, den wir aber nie eingeladen haben zu irgendwelchen Fragen, vielleicht die Verwaltung. Aber der hat von außen her am Papier als Facharzt seinen Kopf halten müssen, wenn was gewesen wäre.

Burghard Trenkwalder: Wann immer ein Vizedirektor da sein musste, hat man den niedergelassenen Dr. Rainer genommen.

Wie groß war das Team, wie viele Ärzte waren damals beschäftigt?

Burghard Trenkwalder: 12 bis 13 Ärzte in etwa. Und damals noch 120 Betten. Ich weiß nicht, wie viele es heute sind, aber das ist stark reduziert worden.

Mechthild Ottenthal: Wie viele Ärzte sind jetzt vorhanden? Ungefähr 25 Ärzte.

Burghard Trenkwalder: Interessant, das hat sich total gewandelt. Also mehr ambulante Medizin, was ja vernünftig ist. Wir haben in diesen Sälen, da waren ja 12 Betten (13 manchmal) oder mehr, da sind ja manchmal Leute gelegen mit

einem Ulkus am Unterschenkel. Die sind dann 6 oder 8 Wochen gelegen. Für eine Klinik eigentlich unmöglich. Und da hat zuerst der Prof. Wolff aufgeräumt mit diesen Dingen. Dann natürlich Prof. Fritsch, so dass es langsam vernünftige Formen angenommen hat.

Das hat sich natürlich sehr gewandelt. Ich habe einen Patienten mit atopischer Dermatitis auf der Station, was wir schon fast nicht mehr gewohnt sind, weil die meistens ambulant behandelt werden. Ähnlich auch bei der Psoriasis. Das ist ein Patient, der lehnt die Systemtherapien ab. Nun behandelt man ihn so, wie man das vor vielen Jahren gemacht hat. Er kommt immer wieder mit einer Exazerbation stationär, bleibt dann relativ lange, so dass es für uns ganz ungewohnt ist. Das ist sozusagen ein Rückblick, wie man es früher gemacht hat. Es hat sich einfach wahnsinnig gewandelt, gerade bei den Diagnosen Psoriasis und atopische Dermatitis.

Sidi Unterkircher: Für die ambulanten Patienten hatten wir zwei Räume, Männer und Frauen, wo dann die ambulanten Patienten gleichzeitig, 6 und 7, mehr oder weniger bekleidet, zum Untersuchen, Behandeln und zum Verbände machen in einem Raum waren.

Mechthild Ottenthal: Das war egal.

Burghard Trenkwalder: Das hat niemanden besonders gestört. Das kann man sich heute nicht mehr vorstellen.

Sidi Unterkircher: Dazu noch eine Fußbadewanne. Abgesehen davon, dass auch noch eine Badewanne für die ambulanten Patienten bestanden hat. Die Idee war eigentlich nicht schlecht, dass manche zuerst gebadet worden sind.

Mechthild Ottenthal: Und dann von uns angeschaut worden sind, oder von den Schwestern. Das stimmt, das war eigentlich gang und gäbe. Es hat auch (das gibt es heute, glaube ich, immer noch) die sogenannten „Sandler“ gegeben, die zu bestimmten Zeiten hergekommen sind. Natürlich haben sie das Fußbad bekommen, natürlich haben wir sie dementsprechend behandelt. Dann sind sie wieder nach Hause marschiert oder haben auch längere Zeit hier verbracht.

Burghard Trenkwalder: Es war üblich, wenn die Polizei irgendwo einen Obdachlosen aufgegriffen hat: Wo geht man hin? Man hat ihn an die Hautklinik abgegeben. Es war unglaublich. Die sind da hineingekommen, dann hat man mit einer Schere einmal die Kleider abgeschnitten, es war ja nicht mehr auszuziehen, es war meistens verkrustet.

Mechthild Ottenthal: Masken haben wir keine gehabt.

Burghard Trenkwalder: Wir haben einen Raum gehabt, da ist man abgespritzt worden, da sind die Maden durch den Ausguss geschwemmt worden. Unglaublich. Man hat die an der Hautklinik abgegeben, das war vielleicht nicht unvernünftig für den ersten Teil. Da hat man geschaut, was darunter rauskommt. Ich glaube heute unvorstellbar.

Mechthild Ottenthal: Das gibt's noch, ja. Nicht in diesem Ausmaß, aber es kommt immer wieder vor. Weil man in der Notfallambulanz gar nicht weiß, wo sie hingehen sollen. Da sind wir dann doch zuständig für Ulzera mit Maden.

Mechthild Ottenthal: Im MZA gibt es wirklich wieder solche Patienten.

Sidi Unterkircher: Es gibt regionale Unterschiede in Österreich. Als ich zur Venausbildung in Wien war im Hanusch Krankenhaus beim Prof. Partsch einige Zeit, da ist mir einfach aufgefallen, die Wiener Patienten waren doppelt so dick als die Tiroler, aber doppelt so sauber. Die waren alle sauber gewaschen und in Ordnung. Das muss man denen lassen.

Burghard Trenkwalder: Vielleicht warst du im ersten Bezirk.

Sidi Unterkircher: Nein im Hanusch, weiter draußen.

Mechthild Ottenthal: Gut, aber ich meine, es ist eine Ausnahme, wenn man von den Patienten redet. Das waren Exoten, die wir dann eigentlich schon sehr geliebt haben, oder?

Burghard Trenkwalder: Ja, natürlich. Da sind uns viele auch ans Herz gewachsen. So war es nicht, die sind ja immer wieder mal gekommen. Und dann haben sie schon gesagt: „Hallo!“ Prof. Hintner hat immer die nette Geschichte erzählt, als er bei der Markthalle vorbeigegangen ist mit seiner Frau irgendwann einmal am Sonntag. Da haben die ganzen Obdachlosen aufgeschaut mit einer tiefen Verbeugung. Seiner Frau war das so unangenehm. Alle „Sandler“ haben ihren Mann gekannt. Das hat er oft erzählt.

Mechthild Ottenthal: Das ist publikumsnahe.

Burghard Trenkwalder: Ich kann nur sagen, was ich rückblickend als besonderes nett empfunden habe, von der Medizin abgesehen, das war, dass wir natürlich durch dieses kleine Team eine sehr verschworene Gemeinschaft waren. Also eigentlich befreundet muss man sagen. Sehr übersichtlich.

Mechthild Ottenthal: Was man auch sagen muss, übersichtlich und was bis jetzt sich noch hält.

Burghard Trenkwalder: Ja, das stimmt.

Mechthild Ottenthal: Streitereien gibt es überhaupt keine.

Burghard Trenkwalder: Ich glaube, das Klima war dadurch sehr kameradschaftlich und freundschaftlich. Deswegen muss ich immer lachen, ich hole manchmal noch mein Facharztzeugnis heraus. Das war damals kein Rasterzeugnis, sondern eine Beschreibung. Da hat Prof. Fritsch hineingeschrieben: „Er hat immer wieder Stammtische und Rodelpartien organisiert.“ Im Facharztzeugnis finde ich das einen unheimlichen Gag. Das hat die Stimmung beschrieben. Dass man auch miteinander auf ein Bier gegangen ist, einen netten Stammtisch gemacht hat oder irgendeine Unternehmung.

Die Tatsache, dass es nur einen Facharzt gegeben hat, ist im Nachhinein eigentlich etwas Positives?

Sidi Unterkircher: Im tiefen Wasser lernt man Schwimmen.

Burghard Trenkwalder: Es war schon eine Herausforderung.

Sidi Unterkircher: Untereinander hat man sich absprechen können.

Mechthild Ottenthal: Alles weitergegeben.

Burghard Trenkwalder: Den Stress hat eher Prof. Fritsch gehabt. Er hat immer seinen Kopf hinhalten müssen, was wir da treiben. Ich kann mir gut vorstellen, dass es ihn schon viel Nerven gekostet hat. Dass alles gut läuft und er war auch mit vollem Einsatz dahinter, dass alles funktioniert.

Wie war die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen?

Sidi Unterkircher: Mit den Schwestern? Sehr gut. Also ich habe sehr viel gelernt und profitiert, auch von den Ambulanzschwestern, Stationsschwestern, unserer Schwester Käthe im OP und Schwester Luise und praktische Tipps. Ich weiß noch, in einem meiner ersten Dienste ist ein Patient gekommen mit Exanthem und Juckreiz. Dann war Schwester Käthe neben mir: „Frau Dr., Infusion wie immer?“ Ich war völlig beruhigt. „Natürlich, bitte gleich herrichten.“ Alles hat geklappt.

Burghard Trenkwalder: Hast du geschaut, was drinnen ist, in den Infusionen? [Gelächter]

Mechthild Ottenthal: Es war eine super Zusammenarbeit. Da hat eine Hand die andere gewaschen. Wir haben eigentlich gut kommuniziert. Es gab auch immer von der Station her Gespräche: wie schaut die Therapie aus, was kann man besser

machen oder wie machen wir das. Eigentlich hat man gerade von den Schwestern sehr viel gelernt.

Burghard Trenkwalder: Es war damals ein sehr gutes Team. Gerade die Ambulanzschwestern waren super eingespielt. Auch die Stationsschwestern.

Mechthild Ottenthal: Die Dora.

Burghard Trenkwalder: Damals noch Männerstation und die Sonderstation.

Mechthild Ottenthal: Auf der Frauenstation, wie hat sie geheißen?

Burghard Trenkwalder: Ach ja, fällt uns nicht ein.

Mechthild Ottenthal: Das war eine wahnsinnig nette. Als sie in Pension gegangen ist, haben wir ihr einen Hund geschenkt, kannst du dich noch erinnern.?

Burghard Trenkwalder: Richtig, ja.

Mechthild Ottenthal: Und auf der Kinderstation die Roswitha.

Burghard Trenkwalder: Und dann natürlich der Roman. Ich weiß gar nicht, was der offiziell für eine Funktion gehabt hat, aber er war überall und für alles zuständig. Er war natürlich ein unglaubliches Original. Ich kann mich erinnern, als Vorlesung war, ist er hinten mit ein paar Hüpfen vom Schuhplattln hinausgehüpft, dass er selber ganz begeistert war. Der vortragende Professor hat nicht genau gewusst, was er da hinten treibt.

Mechthild Ottenthal: Oder, wenn man Prüfungen gehabt hat bei Prof. Fritsch, Prof. Hintner und Prof. Schuler hat der Roman immer die Patienten in den Hörsaal gebracht und hat immer eingeflüstert, was für eine Diagnose er hat. Weil er schon gesehen hat, wie aufgeregt die Studenten sind und da waren sie schon leicht beruhigt, wenn sie gewusst haben, was da ist.

Burghard Trenkwalder: Prof. Fritsch hat schon genau gewusst, dass es eingeflüstert war. Der Roman hat auch Feste veranstaltet.

Sidi Unterkircher: Törggele-Ausflüge und auf seiner Hütte.

Burghard Trenkwalder: Das war so ein illegaler Bau hinter der Buzihütte droben, der dann wahrscheinlich irgendwann von der Stadt akzeptiert wurde. Das hat ausgesehen wie ein kleines Gasthaus, eine Berghütte mit Terrasse. Da hat der Roman seine Feste gegeben und die Klinik eingeladen.

Mechthild Ottenthal: Es war ein unglaublich guter Zusammenhalt. Aber man muss schon sagen, dass z.B. Dr. Pechlaner, das war mein Tutor damals und Sidi, du eigentlich auch. Von dir habe ich viel gelernt. Der Pechlaner war rhetorisch

eins A und hat unglaublich viele Differentialdiagnosen gewusst und die Kollegenschaft mitreißen können.

Burghard Trenkwalder: Er war vor allem ein toller Histologe. Ich habe mit ihm Histologie gemacht und gelernt und das war sehr toll. Pechlaner war sicher einer der Herausragenden.

Mechthild Ottenthal: Es gab auch immer wilde Diskussionen bei den Hörsaalvisiten usw. Pro und Kontra Fritsch – Pechlaner. Da ist es wirklich heiß hergegangen. Da hat man geschaut, dass man nicht in das Wortgefecht kommt.

Burghard Trenkwalder: Der Pechlaner ist insofern von Prof. Fritsch geadelt worden, als er sagte: „Pechlaner, Sie haben ein lexikales Wissen.“ Das hat Prof. Fritsch nicht oft zu jemandem gesagt.

Mechthild Ottenthal: Dann Prof. Hintner natürlich, der Schuler. Von Prof. Schuler haben wir schon viel gelernt. Du hast mich viel gelehrt, Burghard.

Burghard Trenkwalder: Danke für die Blumen.

Mechthild Ottenthal: Die Sidi. Dann haben wir die Frau Dr. Pichler, die ja leider verstorben ist. Die Evelyn. Das war eine tragische Angelegenheit. Das hat uns schon sehr beschäftigt.

Burghard Trenkwalder: Ja. Der Verlust von Frau Dr. Pichler, das war brutal.

Mechthild Ottenthal: Das war eine Seele von einem Menschen und eine super Kollegin. In jeglicher Beziehung ein großartiger Mensch.

Sidi Unterkircher: Die war bei mir als Turnusärztin sozusagen auf meiner Station. Dann wollte sie eine Stelle haben. Dann hat mir Prof. Fritsch einmal gesagt, Sie kennen sie ja jetzt schon lang – ja freilich. Sie ist super und emsig und einfach freundlich und einfach verlässlich. – Und die Frage von Prof. Fritsch war als einzige: „Ist sie intelligent?“ Da habe ich auch „ja“ sagen können.

Mechthild Ottenthal: Was ja auch stimmt.

Burghard Trenkwalder: Sie hat eine herausragende Empathie gehabt. Sie hat ihre Melanompatienten zu Hause angerufen und beruhigt. Sie war wirklich für den Patienten da, wie das jemand anderer vielleicht gar nicht kann oder Zeit hat.

Mechthild Ottenthal: Er kann nicht, Zeit hätten wir schon. Es war ja auch früher sicherlich eine ganz andere Einteilung mit der Arbeitszeit. Weil, erinnert euch, wir haben Nachtdienste gemacht. Da kamen wir am Samstag in der Früh rein

und haben Samstag/Sonntag alles bewältigt. Und Montag ist alles gleich weitergegangen. Da ist man nicht heimgegangen. Da war am Montag bis mind. 16 Uhr hierzubleiben, und wenn man nicht fertig war, hat man eigentlich weitergemacht. Das war ganz normal. Und wenn ich ganz ehrlich bin, ich habe nicht gewusst, wie viel Urlaubszeit mir zusteht. Mich hat das nie so interessiert.

Sidi Unterkircher: Das war einfach so.

Burghard Trenkwalder: Es ist schon lustig, wenn man heute mit jungen Ärzten redet, die reden über wie viel Urlaub sie haben und wann sie frei haben. Ja, okay, es ist eine andere Zeit. Ich will ihnen das jetzt gar nicht vorwerfen. Aber diese Einstellung, die hat nicht existiert, komisch.

Mechthild Ottenthal: Nein, die hat nicht existiert.

Burghard Trenkwalder: Wir waren froh, dass wir diesen Job gehabt haben. Da hat man überhaupt nicht darüber geredet, ob man länger bleibt oder nicht.

Mechthild Ottenthal: Es war selbstverständlich, dass man die Ambulanz fertiggemacht hat und der Nachtdienst hat es dann übernommen. Wir haben sicherlich nie einen Patienten übriggelassen, so dass man gesagt hat, das macht jetzt der Nachtdienst. Jetzt gehe ich, weil jetzt habe ich Dienstschluss. Aber es war auch vielleicht verwaltungstechnisch anders geregelt. Ich weiß es nicht. Es war zu unserer Zeit einfach normal.

Sidi Unterkircher: Da hat man noch arbeiten dürfen.

Wer hat damals die Personaleinteilung gemacht?

Sidi Unterkircher: Ich habe eine Zeitlang diese Dienstlisten und Urlaubslisten und Wochenenddienste machen müssen. Mein Mann hat das dann geschrieben, weil er schön schreiben kann. Bei mir hat man es ja nicht lesen können.

Mechthild Ottenthal: Der Klaus hat dann alles geschrieben, oder? Schau, das hätte ich jetzt gar nicht mehr gewusst, dass du das gemacht hast. Ich hätte nicht gewusst, wer es gemacht hat. Keine Ahnung. Ich hätte auch nicht gewusst, an wen ich mich wenden soll, wenn ich einmal Urlaub will.

Was waren fachliche Schwerpunkte oder auch Neuigkeiten, die gerade entstanden sind in der Dermatologie?

Burghard Trenkwalder: Neuigkeiten?

Mechthild Ottenthal: Ja, doch, das Roaccutan, die Vitamin A Säure in der cis-Stellung und dann die Vitamin A Säure in der trans-Stellung. Das waren eigentlich schon die Highlights.

Burghard Trenkwalder: Da war natürlich Prof. Fritsch führend. Da sind ja die ganzen Studien gelaufen und das war schon eine interessante Geschichte.

Mechthild Ottenthal: Und damals, wenn man sich erinnert, haben wir ja die Vitamin A Säure, also Isotretinoin, in einer Dosierung verschrieben: 40 mg war eigentlich die Norm.

Burghard Trenkwalder: Das war 1 mg/kg Körpergewicht, also unglaubliche Mengen.

Mechthild Ottenthal: Mit den Nebenwirkungen hat man sich durchkämpfen müssen.

Burghard Trenkwalder: Ich weiß auch nicht warum. Man hat geglaubt, dass muss so sein.

Mechthild Ottenthal: Das war lange Zeit so. Eigentlich sehr lang, bis vor 15 Jahren. Dann sind Studien herausgekommen, dass man mit 5 mg die gleiche Wirkung hat wie mit 20 mg.

Burghard Trenkwalder: Zumindest ist es immer weiter heruntergegangen. Oder auch mit 80 oder 100 mg glaube ich.

Mechthild Ottenthal: Ja, Wahnsinn. Die Nebenwirkungen der Patienten waren fulminant. Da hat man nicht mehr gewusst, was besser ist.

Burghard Trenkwalder: Ja, Cheilitis usw. ja, das war nicht so schön.

Habt ihr alle gute Erfahrungen gemacht mit z.B. 5 mg, mit niedrigeren Dosierungen?

Mechthild Ottenthal: Ich hervorragende.

Burghard Trenkwalder: Also bei Männern schon eher 20 mg, aber es gibt natürlich welche, das muss man nach wie vor sagen, die mehr brauchen, das sind vereinzelte.

Was damals eigentlich undenkbar war. Wenn man damals 5 mg gegeben hätte ...

Mechthild Ottenthal: Das hat es damals gar nicht gegeben.

Burghard Trenkwalder: Es hat auch die 10 mg noch nicht gegeben, nur 20 mg.

Mechthild Ottenthal: 20 mg war das kleinste und das hat man auch als niedrigstes damals dosiert.

Burghard Trenkwalder: Ich glaube, es hat überhaupt nur 20 mg gegeben, ganz am Anfang.

Mechthild Ottenthal: 20 mg, die 5 mg sind dann später gekommen, vor ca. 15 Jahren sind die auf den Markt gekommen.

Burghard Trenkwalder: Ja, stimmt. Ich glaube überhaupt am Anfang nur in Österreich auf Wunsch der Hautärzte, soviel ich jetzt von Niki Peljak weiß, und die hat's überall, ich weiß nicht, ob es die überhaupt woanders gibt, oder ist das nur das Ciscutan, das es in 5 mg gibt.

Mechthild Ottenthal: Dann kommt noch dazu, das Ciscutan ist mein Name.

Burghard Trenkwalder: Ja, das weiß ich.

Wie ist das zustande gekommen?

Mechthild Ottenthal: Beim Radlfahren. Der Niki Peljak hat gefragt: „Hast du nicht irgendeine gute Idee für die Vitamin A Säure.“ Dann habe ich nachgedacht, ein bisschen gestrampelt wahrscheinlich, und gesagt: „Weißt was, es ist eine Vitamin A Säure in cis-Stellung, nenn es Ciscutan. Das versteht jeder Dermatologe und ich finde das großartig.“ Dann hat er das so genannt. Deswegen gibt es das Ciscutan.

Burghard Trenkwalder: Wahrscheinlich hast du keine Luft mehr gekriegt.

Mechthild Ottenthal: Ja, das könnte jetzt passieren.

Burghard Trenkwalder: Was damals noch groß war, war natürlich die Psoriasisbehandlung durch PUVA, das war ja auch ein Schwerpunkt in Innsbruck. Da war zuerst Prof. Wolff dahinter. Das war ja eine heilige Station.

Sidi Unterkircher: Hönigsmann.

Burghard Trenkwalder: Hönigsmann natürlich auch, die Photochemotherapie. Und wie du schon gesagt hast, damals sind ja x Patienten dagelegen, mit diesen schweren Psoriatika aus aller Welt, wenn man so will. Das waren schon mühsame Wochen, bis die so weit waren.

Mechthild Ottenthal: Die sind geschmiert worden.

Burghard Trenkwalder: Aber immerhin war das die erste Möglichkeit, dass sie einmal wirklich frei waren. Das waren schon tolle Erfolge.

Mechthild Ottenthal: Das war eine intensive Lokaltherapie durch die Schwestern, in Leinenlaken sind sie alle eingehüllt worden. Da hat man es so richtig gelernt, wie die Dermatologie eigentlich ein Handwerk ist.

Burghard Trenkwalder: Richtig, ja.

Mechthild Ottenthal: Aber PUVA-Bade-Therapie hat es, so kommt mir vor, bei mir noch nicht gegeben.

Sidi Unterkircher: Nein, das kam erst später.

Burghard Trenkwalder: Ich kann mich auch nicht erinnern.

Mechthild Ottenthal: Sondern da war eigentlich nur das mit dem Oxoralen, was man geschluckt hat.

Burghard Trenkwalder: Richtig, wir haben nur das Osxoralen gehabt.

Mechthild Ottenthal: Sonst ist eigentlich die Badetherapie erst 1988 gekommen.

Burghard Trenkwalder: Ja, die Badetherapie ist erst später gekommen. Ja, das Cignolin hat man noch gehabt und Teer ist viel verschrieben worden. Das hat ja auch fantastisch gewirkt sowohl bei Lichen ruber, also bei den Plaques, das war ja eine tolle Geschichte eigentlich. Damals.

Mechthild Ottenthal: Ja, jetzt kannst dich damit schleichen.

Burghard Trenkwalder: Ja, ist schon klar, das gibt es jetzt nicht mehr.

Farbstoffe hat es zu dieser Zeit weniger gegeben?

Burghard Trenkwalder: Die hat der Prof. Wolff verbannt.

Sidi Unterkircher: Die wurden verboten.

Burghard Trenkwalder: Er ist gekommen und hat alle Farbstoffe von Gentianaviolett bis Brillantgrün aus der Ambulanz geschmissen. Ich war einmal vorher an der Klinik, da ist jeder blau herumgelaufen da herinnen.

Mechthild Ottenthal: Man hat dann schon gewusst, was er für eine Diagnose hat.

Würdet ihr sagen, dass das auch was geändert hat für die Stellung der Dermatologie im Konzert der Fächer, diese Entwicklungen mit Retinoiden und Lichttherapie? Hat das etwas geändert, wie man die Dermatologie gesehen hat, aus der Sicht anderer Fächer?

Sidi Unterkircher: Ja, das glaube ich schon.

Burghard Trenkwalder: Also dieser Sprung, sozusagen von 10 Jahre zuvor zur Ära Wolff/Fritsch, der war schon unglaublich, oder? Vorher war die Hautklinik nicht besonders angesehen, in diesem Kontext der anderen Kliniken. Die haben das schon unglaublich nach vorne gebracht. Auch mit der Forschung, muss man sagen, die da nebenher gelaufen ist. Die ist dann schon sehr angesehen gewesen.

Schuler, Hintner, die haben da die nächsten Schritte gesetzt, also das waren sicher die Personen, die das dorthin gebracht haben.

Wie habt ihr die Forschungsaktivitäten zu dieser Zeit wahrgenommen? Hat man das ziemlich hautnah miterlebt?

Mechthild Ottenthal: Ja, eigentlich schon, weil es hat dann auch immer bestimmte Forschungen oder gewisse Studien gegeben, an denen man natürlich beteiligt war. Da hat man schon was mitgekriegt, vielleicht kriegt man jetzt mehr mit. Also wenn man jetzt an der Hautklinik arbeitet, merkt man es noch mehr, dass sehr viel geforscht wird.

Burghard Trenkwalder: Wir drei waren jetzt nicht gerade im Labor oder wissenschaftlich tätig.

Mechthild Ottenthal: Nein, wir waren nie dort tätig. Aber man hat es schon mitgekriegt.

Burghard Trenkwalder: Aber wir haben es schon bewundernd zur Kenntnis genommen, was sie alles geleistet haben.

Mechthild Ottenthal: Erwinnere dich an den Romani, den kennen wir doch alle.

Burghard Trenkwalder: Ja, sicher, oder damals der Auböck.

Mechthild Ottenthal: Schuler. Die waren alle in der Wissenschaft.

Burghard Trenkwalder: Die Langerhans-Zellen, das war ja damals auch der große Sprung in der Forschung.

Mechthild Ottenthal: Das hat man schon mitgekriegt. Man hat es eher bewundert. Und hat gesagt, davon versteht man jetzt etwas weniger, da lassen wir lieber den Mund zu und sagen nichts. Wir machen nur: mh.

Die Histologie hat zu dieser Zeit doch Dr. Pechlaner gemacht? Und auch Frau Dr. Pichler?

Sidi Unterkircher: Frau Dr. Pichler auch, du auch.

Burghard Trenkwalder: Ja, dann habe ich sie gemacht.

Sidi Unterkircher: Ich war nur wirklich kurz da.

Burghard Trenkwalder: Fritsch hat natürlich am Anfang, der hat es, würde ich sagen, gemeinsam mit Dr. Pechlaner gemacht [die Histologie]. Der Pechlaner hat sicher fast die Expertise von Prof. Fritsch erreicht. Würde ich glauben, ich hoffe, er stimmt mir da zu. Und Pechlaner hat dann sozusagen weitergelehrt.

Mechthild Ottenthal: Dann war die Pichler, dann warst du.

Burghard Trenkwalder: Ich war vorher, ich habe es 3 Jahre lang betrieben. Aber das war schon spannend. Prof. Fritsch hat ja gar nicht die Zeit gehabt, derart wichtige Dinge sind ihm da vorgelegt worden. Aber vom Pechlaner hat man schon unglaublich viel gelernt. Und er hat das auch können, er war didaktisch gut, wir sind ihm dafür schon sehr dankbar. Es ist schade, dass er in die Praxis gegangen ist, ehrlich. Das habe ich als Verlust empfunden. Er war eine herausragende Persönlichkeit, er wäre an der Klinik schon interessant gewesen.

Mechthild Ottenthal: Er war rhetorisch so einwandfrei. Das war geschliffen. Und nie einem um irgendetwas schuldig. Er hat einem alles bestens erklärt.

Burghard Trenkwalder: Es war fast peinlich, weil er immer alles gewusst hat. Furchtbar. Nein, das war nur Spaß.

Mechthild Ottenthal: Diese Unehrlichkeit, dass er einfach alles weiß.

Gibt es schlechte Erinnerungen, was war schlecht?

Burghard Trenkwalder: Ich glaube, da sind wir schon zu alt dafür.

Sidi Unterkircher: Ja, zu euphorisch.

Mechthild Ottenthal: Ich kann mich an überhaupt nichts erinnern.

Burghard Trenkwalder: Es waren sicher Phasen. Je länger man weg ist. Vielleicht haben wir uns damals über etwas geärgert.

Mechthild Ottenthal: Dann haben wir uns aber ausgedet. Spätestens bei einem Bier, dann haben wir wieder lachen müssen.

Sidi Unterkircher: Was nicht wirklich schlecht war, was sich aber dann geändert hat: die Hörsaalvisite um halb 11, die war immer nur vor der Tafel. Der Patient und dann sind alle nur gestanden und die etwas breiteren Wiener Rücken waren alle vor mir. Ich war da hinten und habe überhaupt nichts gesehen. Dann war einmal eine größere Urlaubszeit oder Reisetätigkeit von allen ohne große Chefs, und dann habe ich gesagt: „Warum setzen wir den Patienten nicht daher, dann könnten wir alle sitzen und etwas sehen.“ Das habe ich damals eingeführt und dann war es so.

Mechthild Ottenthal: Das weiß ich zum Beispiel gar nicht.

Burghard Trenkwalder: Aber das stimmt, an das kann ich mich erinnern. Diese Menschen.

Sidi Unterkircher: Ja, nur Rücken, völlig umsonst.

Mechthild Ottenthal: Jetzt findet die Hörsaalvisite, glaube ich, immer so statt. Das ist eher seltener geworden, weil wir vieles in der Früh machen. Wir besprechen die Patienten in der Früh anhand von Fotos.

Burghard Trenkwalder: Das Problem war ja, wir mussten bis 11.00 Uhr Patienten für die Vorlesung haben, das war ja die Forderung. Jetzt ist ja Bestellpraxis. Das war damals auch, aber in Wirklichkeit ist da Hinz und Kunz dahergekommen. Das war natürlich für das Patientengut gut zum Lernen. Aber das ist schon hervorragend, weil man natürlich auch Fälle gesehen hat, die wirklich frisch und neu waren. Also ich habe das Geschlechtskrankheitenpraktikum übrigens von Dr. Pechlaner übernommen. Der hat das jahrelang betrieben. Und ich glaube, das waren 8 Stunden, das war eine Pflichtvorlesung für Studenten. Ich glaube, das wäre heute gar nicht mehr möglich, Patienten dafür zu finden. Das war damals möglich, dass man so viele gefunden hat oder zumindest einen, den man vorführen konnte.

Für die Geschlechtskrankheiten?

Burghard Trenkwalder: Das kann ich mir heute gar nicht mehr vorstellen.

Mechthild Ottenthal: Das macht jetzt auch keiner mehr.

Burghard Trenkwalder: Das war damals kein Problem.

Mechthild Ottenthal: Das macht sicherlich keiner in der heutigen Zeit. Aber damals war das gang und gäbe. Gang und gäbe wäre jetzt übertrieben, also einen Geschlechtserkrankten habe ich in der Vorlesung sicher nicht gesehen. Außer die Sekundärerkrankungsbilder, die Exantheme, die schon.

Burghard Trenkwalder: Also die unglaublichste Szene, das war zwar vor unserer Zeit, habe ich erlebt. Ich bin als Student im letzten Semester im Geschlechtskrankheitenpraktikum gesessen.

Mechthild Ottenthal: Da bist du aber gerne gewesen.

Burghard Trenkwalder: Na, das war Pflicht, wenn du dich erinnerst. Eigentlich bin ich dazu wie die Jungfrau zum Kind gekommen. Das hat nur geheißen: „Du machst das!“ Lustig, der Kollege Wörner hat einen Patienten mit Syphilis hereingebracht in dieses Praktikum und da sind sicher 15 Studenten gesessen. Und da hat er ihm zuerst mit örtlich betäubtem Penis, mit einem Scherenschlag die Vorhaut eröffnet um das Primärulkus freizulegen. Vor unseren Augen unter Assistenz vom Roman. Unglaublich, heute unvorstellbar. Und hat dann das Dunkelfeld abgenommen.

Fallen euch weitere Anekdoten ein?

Mechthild Ottenthal: So richtige Anekdoten. Ich glaube, da muss man echt aufpassen.

Burghard Trenkwalder: Ja, da muss man aufpassen.

Gibt es nicht so eine Geschichte, wo du auf den Tisch geklettert bist?

Mechthild Ottenthal: Ja, das ist eigentlich in Zusammenhang mit der Sidi gewesen. Ja, genau, das war in der Ambulanz. Da war die gleiche Situation in den kleinen Ambulanzräumen. Und da haben sie irgendeinen speziellen Fall vorgestellt, gesehen habe ich gar nichts. Null, alle sind sie vorgebeugt gewesen und alle „aha“ und so. Und dann habe ich mir gedacht, eigentlich bin ich da zum Lernen und nicht zum Nichtssehen. Und dann bin ich auf den Schreibtisch und von da aus hatte ich dann den besten Blick auf das Bett gehabt, wo der Patient gelegen ist. Und der Fritsch war wirklich sehr verwundert und hat sich gedacht, was kommt denn da von oben. Dann hat er so heraufgeschaut zu mir und war nicht sehr amused, muss ich sagen. Er hat dann gesagt: „Frau Doktor, so geht es nicht!“ Und ich habe gesagt: „Aber wie denn dann?“ Und dann wird das wahrscheinlich parallel so gelaufen sein, wie du das erzählt hast. Oder wie ich meine Stelle auf der Hautklinik bekommen habe. Ich finde, das war das Coolste überhaupt. Es war sowas von absolut irre. Weil mich die Haut nicht wirklich interessiert hat. Den Turnus habe ich gemacht, da war ich natürlich auf der Haut. Dann wollte ich Fachärztin werden, eigentlich wollte ich Neurologin werden. Auf der Neurologie beim Gerstenbrand, der hat gesagt: Es tut mir leid, aber er hat keine Stelle für mich. Er würde mich gerne nehmen, aber es geht nicht. Okay, dann habe ich in der Zeitung nachgeschaut, in der Ärztezeitung. Da ist drinnen gestanden: Hintner ist auf Karenz und auf der Hautklinik gibt es eine Karenzstelle für ein Jahr. Das mache ich sofort, da rufe ich jetzt an. Dann habe ich angerufen. Da war die Gabi, mit der ich noch per Sie war, natürlich. Ja, da ist Forchermayer, so habe ich damals noch geheißen, ich würde mich gerne erkundigen, ob ich mich auf die Stelle bewerben kann. Dann sagt die Gabi zu mir: „Nein, es tut mir irrsinnig leid, ich glaube, die ist schon irgendwie besetzt, aber ich verbinde Sie zum Chef.“ Dann habe ich mit Fritsch geredet. Und er hat gesagt: „Nein, es tut ihm leid, die Stelle ist schon an einen bevorzugten Kandidaten vergeben worden.“ Und ich am anderen Ende habe gesagt: „Und was muss man tun, damit man bevorzugt wird?“

Burghard Trenkwalder: Das ist gut, frech wie immer.

Mechthild Ottenthal: Daraufhin hat er gar keine Antwort mehr gehabt und hat nur gesagt: „Bringen Sie alle Ihre Zeugnisse und kommen Sie gleich.“ Dann habe ich alle meine Zeugnisse gebracht und bin gleich zu ihm gekommen. Dann hat er aber schon bei der Personalkommission positiv für den anderen gestimmt gehabt. Und am Tag danach mit meinen ganzen Zeugnissen usw. hat er die Personalkommission informiert, dass sich die Frau Forchermayer erst zu spät gemeldet hat, aber sie hat noch viel bessere Zeugnisse und überhaupt, also ich habe gedacht, ich bin ein Genie. So hat er geschrieben. Ja, und dann habe ich die Stelle gehabt. Das war's. Hat mich nicht einmal interessiert. Er fragt mich noch: „Haben Sie sich schon immer für die Haut interessiert?“ Ich sage: „Nein, überhaupt nicht.“ Dann sagte er: „Ja, nun. Und wieso, dann?“ Dann habe ich gesagt: „Ich denke mir, bevor ich überhaupt nicht arbeiten gehe, täte ich das ganz gerne.“ Also, so war's.

Burghard Trenkwalder: Das hat ihm natürlich gefallen, eine atypische Bewerbung.

Mechthild Ottenthal: Total. So etwas hat es nie wieder gegeben. Die Gabi hat gesagt: „Du warst ein Einzelfall. Alle haben sich zimal beworben und du rufst einmal an und bist schon da.“

Burghard Trenkwalder: Ich weiß nicht, was du da gemacht hast.

Mechthild Ottenthal: Na, nichts eben. Das, was man tun muss, um bevorzugt zu werden. Weil das mag ich nicht, solche Auskünfte. Ja, das war's.

Hat es Zeiten gegeben, wo es zu wenig Bewerber gegeben hat? Haut war schon immer sehr gefragt?

Mechthild Ottenthal: Ja, Haut ist sehr gefragt.

Burghard Trenkwalder: Aber es war dann so, ich kann mich noch erinnern, wir haben dann mit Prof. Fritsch in der Oberarztbesprechung oft durchbesprochen, dass das immer so gelagert wäre, wer drankommt. Und wenn man dann angerufen hat, dann waren die ersten 3, 4, 5 schon weg. D.h., die haben sich an 5 Kliniken beworben und wenn man dann gesagt hat: „Du, jetzt wäre eine Stelle frei.“ Die haben sich dann auf mehreren Stellen beworben.

Mechthild Ottenthal: Das kann ich aber verstehen.

Burghard Trenkwalder: Ja, das verstehe ich auch. Und gute Leute haben da natürlich auch einen Job bekommen, klarerweise. Ich kann mich erinnern an den Picker Hannes. Den wollte der Chef unbedingt haben.

Mechthild Ottenthal: Der wäre auch gut gewesen.

Burghard Trenkwalder: Und dann hat er gesagt: „Rufen’s den an.“ Und dann war er genau HNO.

Mechthild Ottenthal: Aber das Ranking um die Hautklinik und Ausbildungsstellen war schon immer vorhanden. Und es war immer etwas sehr hoch Geschätztes.

Burghard Trenkwalder: Aber das hat natürlich mit Wolff begonnen.

Sidi Unterkircher: Ja, nicht nur. Das Ansehen war nicht so hochgeschätzt. Ich war damals auf der Unfall und auf der Nuklearmedizin und habe freiwillig Nachtdienste auf der Unfallambulanz gemacht. Das konnte ich dann nicht mehr, ich bekam eine Stelle auf der Haut und machte dann drüben Nachtdienste. Weil auf der Nuklearmedizin gab es keine Nachtdienste. Und da war der Prof. Lugger dort. „Ja, Frau Doktor, wohin gehen Sie?“ „Ja, ich gehe auf die Hautklinik.“ „Das ist ja kein Fach, das ist eine Krankheit.“

Mechthild Ottenthal: Ja, oder wenn sie sagen „Wimmerle schauen“, das machen sie aber jetzt nicht mehr. Das haben sie früher oft gemacht. Oder der „Wimmerledoktor“. Das passiert heute nicht mehr.

Burghard Trenkwalder: Ich war in Feldkirch im Turnus, kann ich mich erinnern. Da war ich auf der Anästhesie. Der Chef hat gesagt: „Was machst du dann?“ Das war ein Steirer. Ich gehe auf die Haut. Dann sagte er: „Oh, dann weiß ich schon, wie deine Habilitationsschrift aussieht. Die Differentialdiagnose vom analen Juckreiz.“ Diese Blödheiten.

Mechthild Ottenthal: Ja, mit dem hast dich halt schon herumschlagen müssen.

Wie seht ihr das, die Medizin zur Zeit der Ausbildung und wie sie sich heute weiterentwickelt hat? Seht ihr da einen großen Sprung?

Mechthild Ottenthal: Eine Veränderung insofern, und das würde ich schon sagen, ist dadurch bedingt, dass sie örtlich auseinander sind. Wenn wir zum Beispiel irgendeine Frage hätten – heute wird das per Video beantwortet – das ist vielleicht manchmal ein Problem, dass man nicht gleich jemanden zur Seite hat und ihn fragen kann. Dass man mehr auf die Differentialdiagnosen eingehen kann. Ich sage immer wieder, es ist wichtig, wie man den Patienten befragt und es ist auch sehr wichtig, dass man manchmal bestimmte Sachen selbst sieht und auch angreifen kann. Weil nur die Optik oder nur mit dem Sehen über Video könnte ich viele Diagnosen nur im Ansatz beschreiben. Aber ich muss schon sagen, da

würde ich vorschlagen, wäre es besser, dass man mehr greift, mehr schaut oder vielleicht sagte, wenn es komplizierte Patienten sind, wo man sich nicht sicher ist, machen wir die normale Hörsaalvisite, wenn die Patienten damit einverstanden sind. Das ist ja damals nur am Rande angesprochen worden. Da hat's einfach geheißen, Sie kommen zur Chefvorstellung, aus. Mehr ist ja nicht mehr diskutiert worden, da hat der Patient kein Argument abgegeben. Er war ja froh, dass man ihm irgendwo weiterhilft. Und das ist das Einzige, wo ich mir sage, das würde mich, wenn ich in Ausbildung wäre, würde mich das nicht ganz sicher stimmen. Ich hätte gerne, dass jemand mehr an meiner Seite wäre. Obwohl es funktioniert auch hervorragend. Es werden ja Fotos gemacht und die Fragestellung geht dann an den entsprechenden Oberarzt, der Dienst hat, weiter. Und ich sehe auch, dass wenn etwas unklar ist, da kommt der entsprechende Oberarzt und schaut es sich vor Ort an. Aber man will es ja vermeiden als Assistenzarzt. Man will ja niemanden belästigen und versucht alles möglichst gut selber zu machen. Da ist ein Unterschied. Wenn ich mir nicht ganz sicher war, früher, dann habe ich gesagt, Sidi oder Burghard oder Evelyn oder wie auch immer, sei so gut und schau dir das noch an. Dann war das relativ rasch ausdiskutiert. Aber ansonsten, muss ich sagen, funktioniert es im MZA hervorragend. Auch von Seiten der Wartezeiten kann man überhaupt nichts sagen. Es wird so eingeteilt, dass „die Wichtigen“ zuerst drankommen, das macht schon die Ambulanz, die Triage, und das passt auch immer. Dann wird der Patient hervorragend abgeklärt. Er kommt rein, es wird auf alle Fälle ein Blutbild angeschaut und Röntgen, wenn es notwendig ist, MR oder auch verschiedene Kollegen (anderer Fachgruppen) sind schon involviert, die auch ihre Meinung dazugeben. So finde ich, dass es schon sehr gut organisiert ist.

Ich möchte an der Stelle noch einmal danke sagen, dass du diese Lehrfunktion übernimmst in der Ambulanz. Das ist für die Assistenten schon ein anderer Blickwinkel. Wie jemand Erfahrenes aus der Praxis herangeht, ist dann auch wieder anders als wie ein erfahrener Klinikarzt an etwas herangeht. Das hat schon eine ganz besondere Qualität. Also vielen Dank, dass du das machst.

Mechthild Ottenthal: Ja, wie gesagt, das Einzige ist eben die örtliche Distanz. Schade, dass die so weit auseinander ist. Weil interaktiv kann man, wenn man einen Stock hinuntergeht, viel schneller etwas erledigen, als wenn man sich sagt,

jetzt muss ich da hinübergehen, da brauche ich jetzt mindestens 7 bis 8 Minuten, das brauche ich.

Burghard Trenkwalder: Und die Hemmschwelle, jemanden anderen zu fragen, ist geringer, wenn er dabei ist. Ich kann mich erinnern, wir Zwei haben uns aus Spaß in der Praxis angerufen und haben gesagt: „Du, Nachbarkabine.“ Es ist ja fein, wenn man jemanden fragt, bist du der gleichen Meinung.

Da ist das Einzelkämpfen in der Praxis völlig anders. Wenn man da mehrere Meinungen hat, ist es immer toll. Da bildet sich immer was raus. Das haben wir damals genossen.

Mechthild Ottenthal: Ja, das haben wir sehr genossen. Aufgrund der Nähe. Es ist klar, die Hemmschwelle ist gegeben. Wenn man da jetzt alleine in der Ambulanz arbeiten muss, ja da kann man nicht schnell jemanden fragen. Oder nicht schnell dich irgendwo schlau machen oder was durchlesen. Du bist einfach immer vor dem Patienten. Du kannst den Patienten rausschicken, okay, aber das ist nicht angenehm.

Interview mit Herrn Univ.-Prof. Mag. Dr. Bernhard Zelger, Arzt an der Hautklinik Innsbruck seit 1987 – 2022, aufgezeichnet im Jahr 2020

Herr Prof. Zelger, seit wann sind Sie an der Hautklinik beschäftigt?

Bernhard Zelger: Das fängt gleich gut an, in dem sozusagen die Hirnleistungskapazität geprüft wird. Wenn ich mich recht erinnere war es 1987 im Mai.

Als Sie an der Hautklinik angefangen haben, wie viele Ärzte waren hier beschäftigt in Ihrer Anfangszeit und wie hat sich das verändert im Laufe der Jahre?

Bernhard Zelger: Da müsste man in den Unterlagen nachschauen, dass weiß ich nicht mehr im Detail. Es waren sicher weniger, als es jetzt sind. Das Verhältnis war, würde ich vermuten, ungefähr gleich wie jetzt, dass Oberärzte/Assistenten sich eins zu eins die Hand gegeben haben. Vielleicht waren wir 10 : 10. Dann sind noch mehr Turnusärzte dazugekommen.

Wie war die Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern, den Ärzten, der Pflege, der Sekretariate und anderen Leuten an der Klinik?

Bernhard Zelger: Breitgestreut von äußerst angenehm bis nicht erzählenswert.

Berichten Sie ein bisschen über die Schwerpunkte Ihrer Forschungsprojekte. Was sticht für Sie besonders hervor?

Bernhard Zelger: Ich war immer ein Forscher, der kein eigentlicher Forscher ist, so wurde es zumindest von vielen gesehen. Weil ich mich nicht in den Bereichen beschäftigt habe, die gerade „en vogue“ waren. Das waren zu meinen Zeiten am Anfang beginnende molekulare Geschichten. Ich war ein translationaler Forscher, wenn man so will, an der klinischen und vor allem auch histo-pathologischen Front, die durch die eigene Geschichte geprägt war, weil ich in der Vorausbildung 1 ½ Jahre lang Pathologie gemacht habe und dort vorbelastet war. Das ist die Basis dessen, über das dann über die Jahre ein bisschen was produziert wurde. Die Schwerpunkte sind die Vaskulitiden und Koagulopathien, die sogenannten histiozytären Erkrankungen, die es ja eigentlich gar nicht gibt. Quer durch den Gemüsegarten durch, im Grunde genommen faktisch jedes Feld,

irgendwann einmal der Dermatologie mit irgendwelchen Arbeiten abdeckend. Es ist faktisch alles bearbeitet worden.

Was sind Ihre guten Erinnerungen an die Hautklinik?

Bernhard Zelger: Die beste Erinnerung an die Hautklinik ist die, dass man hier als Mediziner noch wirklich Mediziner ist. Und zwar in dem Sinne, dass die Hautklinik nämlich der letzte Allgemeinmediziner ist. Viele andere Fachbereiche sind unglaublich röhrenartig auf ein Thema fokussiert und lassen den Menschen mit den anderen Problemstellungen und den anderen Organen links liegen, ganz abgesehen vom sozialen Liegenlassen des Menschen. Da war die Haut immer eine Ausnahme, die hat immer das Ganze gesehen. Mit oft großen Problemen, weil wir in der letzten Zeit keine Betten haben und uns nicht all diesen Problemen in der Intensität widmen können, wie es vorgesehen wäre oder eigentlich vernünftig wäre. Und das Allumfassende war auch immer insofern schön und angenehm, weil man in der Hautklinik von einem konservativen Dermatologen bis zu einem recht aktiven chirurgischen Dermatologen tätig sein konnte als reiner „Praktiker und Arzt“, aber auch lehrender Wissenschaftler und man alles im Haus gehabt hat. Das hat kurze Wege bedeutet, man hat alle relevanten Labore im Haus gehabt. Im Grunde hätte man alles selber machen können. Man hat keine Bruchlinien gehabt zwischen Kliniken, die oft große Hindernisse sind und waren in der Zusammenarbeit von den einzelnen Leuten. Das ist nach wie vor heute noch so, dass wir eine geschlossene Einheit sind, wobei hier in meinem Wunschdenken ich mir immer gewünscht hätte, dass die, welche sich die wissenschaftlichen Labors nennen, auch ein bisschen mehr eingespannt werden sollten. In den Routinebetrieben, man muss bedenken, wir haben da, ich weiß jetzt nicht genau wie viele auf diesen Bundesstellen, hier in diesen Wissenschaftslaboren arbeitende Leute, die das ganze Jahr nur für die Wissenschaft „freigestellt“ sind. Und es gab die Phase in der Entwicklung, das war am Beginn die B-RAF und die NRAS-Mutationfeststellung, wo bei uns im Labor das alles möglich gewesen ist, was auch teilweise gemacht wurde und dann leider aus Gründen, die ich jetzt hier nicht erwähnen will, das sieht jeder natürlich subjektiv, das dann außer Haus gegangen ist. Was sehr schade ist, weil hier Valenzen verlorengegangen sind. Aber das ist meine persönliche Sicht.

Ihr Vater war in leitender Funktion an der Innsbrucker Hautklinik tätig. Haben Sie Erzählungen parat, die vom Vater stammen?

Bernhard Zelger: Ja und nein. Erstens war mein Vater nie ein großer Erzähler, sondern eher ein nüchterner, realer Mensch, der wie ich in meiner Ausbildung, wo ich noch viel mehr geprägt war durch die Pathologie, sagt: tot oder lebendig, oder Krebs oder nicht, oder Melanom oder melanozytärer Nävus und auch nicht sehr viel daheim erzählt hat. Insofern gibt es natürlich schon Episoden, die immer mal wieder durchgedrungen sind, wo mir jetzt aber stante pede keine einfällt. Doch, eine ist lustig. Er war ja auch über einige Jahre hier, bevor Prof. Wolff, den ich gegenüber an der Wand hängen sehe, nach Innsbruck gekommen ist, leitend und zwar zweimal. Sowohl nach dem Vorgänger Konrad als auch nach Prof. Niebauer, der dann nach Wien gegangen war. Und in dieser Phase hat er als Leitender natürlich auch Privatgelder bekommen oder hätte sie bekommen sollen. Die sind damals noch in der gemeinsamen Universität abgerechnet worden und irgendwie hat es sich ergeben, dass er einen Brief gekriegt hat, dass er etwas gekriegt hätte, das er aber nie bekommen hat an Geld. Man ist dann drauf gekommen, dass es einen gleichnamigen Philosophen an der Leopold Franzens Universität gibt, der all diese Gelder kassiert hatte. Der hatte sich damals gewundert, dass er Privatgelder bekommt, er hat dann auch noch beim Rektor nachgefragt, ob das in Ordnung sei, und die Geschichte war dann so, dass der gesagt hat, ja, das ist alles in Ordnung. Damit hat er das auch verwendet und der Vater hat dann irgendwann einmal, weil überhaupt nichts hereingekommen ist, angefangen zu intervenieren. Dann ist man halt draufgekommen, was passiert war. Es haben sich aber sämtliche Strukturen, wie gar nicht unüblich in solchen Situationen in staatlichen Bereichen für nicht zuständig erklärt und selbst bis zum Verfassungsgerichtshof ist das gegangen. Sie haben gesagt, es war alles rechtens und er hat keine Chance das Geld zu kriegen. Es war unglaublich. Also das Schicksal schlägt manchmal unglaublich drastisch zu. Es gab dann Jahre später das Umgekehrte, dass der Vater das Geld vom Namenskollegen bekommen hat und auf die Art und Weise in gewissem Ausmaß das Ganze sich ausgeglichen hat. Das ist eine Geschichte, die hat er immer wieder erzählt, die hochamüsant war und für einen universitären Betrieb fast pathognomonisch. Medizinisch fällt mir nichts ein.

Haben Sie eigene Kindheitserinnerungen an die Innsbrucker Hautklinik?

Bernhard Zelger: Ja. Ab und zu hat er einen dann doch mitgenommen. Mein Vater hat damals ein Zimmer gehabt, das war die heutige Sonderstation. Und zwar der nordwestliche Bereich. Neben dem Lift der Bereich rechts war ein großes Oberarztzimmer, denn er war bei Prof. Konrad schon lange Stellvertreter und hat dort gewerkt und natürlich auch wissenschaftlich gearbeitet. Und die wissenschaftliche Arbeit war damals ganz anders. Da wurde nicht mit Pub-Med oder sonst was gearbeitet, sondern viel langsamer. Da hat man noch viele Briefe bekommen. Als Briefmarkensammler zu diesen Zeiten bekam ich immer die Briefmarken heruntergeschnitten, die er da von seiner national-internationalen Korrespondenz bekommen hat, die nicht weit in die große Welt hinaus gegangen ist, aber zumindest in den ganzen deutschen Markt hinein und die ganzen Briefmarken, die ich damals bekommen habe. Das ist die eine Erinnerung. Und die andere Erinnerung, das sind Geruchserinnerungen, die ganz offenkundig als archaische Erinnerungen sehr tief verankert sind. Die Hautklinik hat ganz anders gerochen, als man das heute gewohnt ist. Wobei man sagen muss, vermutlich wird man sich heute an den Geruch gewöhnt haben, den man empfunden hat, als ich 1987 angefangen habe. Damals, in den 60er Jahren, als ich ab und zu mit war, also die Olympiazeit 1964, da hat es in der Hautklinik noch einen ganz anderen Geruch gehabt. Das sind so die Erinnerungen, die einem durch den Kopf gehen.

Haben Sie schlechte Erinnerungen aus Ihrer Zeit in der Hautklinik?

Bernhard Zelger: Ich glaube, es wäre vermessen zu sagen, dass man nur gute hat. Natürlich gibt es auch schlechte, aber über die redet man nicht in so einem Interview.

Was war früher anders in der Medizin als heute?

Bernhard Zelger: Ich glaube, dass die Medizin früher näher am Patienten dran war, mehr analog und weniger virtuell. Es ist ein gewaltiger „Shift“ erfolgt heute, wo auch in der Arbeit der Ärzte die Nähe zum Patienten, wo man mit dem Patienten mehr reden konnte und den Patienten letztlich als Parameter hatte, der zu beurteilen war, heute weitgehend verlassen ist. Man beurteilt heute viel mehr irgendwelche Laborbefunde, Röntgenbefunde, bis ins letzte Detail gehende Befunde. Man fragt den Patienten nicht: Wie geht's? Oder schaut ins Gesicht

oder achtet auf den Gesichtsausdruck oder Ähnliches – Wie geht's dir? – da ist ein gewaltiger „Shift“, der abgelaufen ist auf ärztlicher Ebene und auch auf der Schwesternebene. Ich beobachtete das auch auf der Station, wenn die Schwestern nicht an der Front arbeiten, sondern hauptsächlich im Wesentlichen schauen, dass das Virtuelle stimmt, weil das ist, was forensisch dann vor Gericht auch die Problematik nach sich zieht, das muss stimmen. Was in der Realität war, ist hier ein bisschen verloren gegangen. Das widerspricht dem, was sozusagen propagiert wurde Ende des letzten Jahrtausends, des neuen Jahrtausends, das erste Jahrhundert im neuen Jahrtausend, dass das das Jahrhundert der Qualität sein soll. Da ist in meinen Augen ein bisschen eine Problematik drinnen, die Qualität ist heute einem „Fake“ gewiecht.

Interview mit Frau Gudrun Jobst-Überall, Stationsschwester an der Hautklinik Innsbruck von 1991 bis 2014, aufgezeichnet im Jahr 2022

Von wann bis wann waren Sie an der Hautklinik beschäftigt?

Gudrun Jobst-Überall: Ich habe 1991 hier begonnen und bin 2014 in Pension gegangen. In der Zwischenzeit war ich an der plastischen Chirurgie 3 ½ Jahre. Insgesamt bin ich fast 19 Jahre an der Hautklinik beschäftigt gewesen.

Wissen Sie, wie viele Ärzte und Schwestern zu Ihrer Zeit in der Hautklinik beschäftigt gewesen sind? Wobei das war sicher von Station zu Station unterschiedlich?

Gudrun Jobst-Überall: Es sind annähernd gleich viel gewesen wie zu meiner Pensionierungszeit. Ich habe am Anfang nicht so viel wahrgenommen, weil ich in der Ambulanz begonnen habe. Ich habe nach der Geburt meiner Kinder nachgefragt, ob es irgendeine Position gibt, wo ich kinderfreundlich arbeiten kann. Ich habe von der Stationsoberschwester, Leni, ein Angebot bekommen als Nachtbereitschaftsschwester. Da war schon eine, ich glaube eine Belgierin, die hat die Nachtbereitschaft gemacht und da hat man eine zweite gesucht. Das waren 4 Nächte pro Woche im Wechsel. Der Dienst begann um 18 Uhr und endete um 7 Uhr. Es wurden nur 6 Stunden bezahlt, man konnte aber schlafen. Außer man musste aufstehen. Ich habe mir vorgestellt, das ist eine wunderbare Geschichte, da meine Kinder sowieso zu Hause schlafen und ich in der Früh wieder zu Hause bin. Da habe ich dann hier begonnen. Die Ambulanz war zu dieser Zeit ausgesiedelt wegen des Umbaus hier, in der alten Frauenklinik, wo jetzt das MZA ist. Da stand die alte Frauen- und Augenklinik. Im 2. Stock war die Ambulanz und die Frauen- und Sonderstation ausgelagert. Das war sehr spannend. Ich habe mich nicht ausgekannt. Man musste unterirdisch vom Dienstzimmer hier hinübergehen. Als ich die erste Nacht alleine war, kam ein Patient: schwarzhaarig, er hat ausgesaut wie ein Künstler. Dann hat sich herausgestellt, es ist ein Künstler. Er hatte eine seltsame Krankheit, für mich seltsam. Eine Pedikulose. Anschließend im Mikroskop habe ich die Ursache dieser Pedikulose gesehen. Das war ein unfassbar hässliches Tier. Es ist eine Filzlaus gewesen. Da ist mir schon einmal furchtbar schlecht geworden. Erstens gruselig, eklig. Der Patient hat mir dann aus Dank-

barkeit, weil ich ihn so nett betreut habe, ein Bild geschenkt. Ich habe es aber nicht angefasst, ich habe es mit Handschuhen entgegengenommen und habe es gleich entsorgt. Der zweite Patient, der kam auch in dieser Nacht. Es war ein Unterstandsloser mit üblem Geruch und Aussehen. Er hatte offene Unterschenkel. Als ich seine Kleidung entfernt habe, sind mir die Maden entgegengekrochen. Da habe ich mir gedacht: „Ich bin komplett falsch hier!“ Ich war OP-Schwester an der Unfall und Orthopädie. Steril, steril hat es da sein müssen, keine Fliege, kein Staub, nichts hat sein dürfen. Dann kommt zuerst eine Filzlaus und dann Würmer oder Maden. Dann habe ich mir gedacht: „Nein, ich muss mit Schwester Leni reden. Das halte ich nicht aus!“ Beim nächsten Dienst kam endlich ganz was „Normales“, Dermatologisches. Eine Nesselsucht, eine Urtikaria. Von da an hat es mir dann wirklich super gefallen.

Was war das für ein Bild?

Gudrun Jobst-Überall: Es war naive Malerei: er hat Blumen und Bäume und Berge gemalt, wie ein Kind.

Wie war grundsätzlich die Zusammenarbeit mit den Schwestern und mit den Ärzten? Wie haben Sie das empfunden?

Gudrun Jobst-Überall: Ich habe wirklich ausnahmslos gute Kontakte zu den Ärzten gehabt. Es gibt eine Ausnahme, aber erst in späteren Jahren. Sonst gibt es nur Positives zu berichten. Ich hatte eine sehr strenge Ausbildung in Oberösterreich, auch im OP war die Ausbildung sehr streng. Ich habe gelernt respektvoll umzugehen vor allem mit den Ärzten, aber auch hilfreich. Als OP-Schwester hat man immer schon gewusst, was der Arzt braucht und das ist einfach in mir gewesen. Ich habe versucht immer schon vorzudenken, was gebraucht werden kann. Das war für viele erleichternd und für viele jungen Assistenten erleichternd. Wenn ein Patient kam mit geschwellenen Füßen, dann habe ich ein Fußbad gemacht, damit der Fuß sauber war. Oder ich habe schon irgendwelche reinigenden Tätigkeiten gemacht, die Wunden gereinigt, gleich angerufen und versucht die richtigen Diagnosen zu stellen. Sofern ich es konnte. Es ist nur so, dass ich da drüben in der Ambulanz eine sehr negative Erinnerung habe. Und zwar war das mein erster Todesfall überhaupt. Eine ältere Dame ist von einem Hol-und-Bring-Dienst in die Ambulanz geschoben worden. Sie hat schon schlecht geatmet und ist nur wegen

einem Ausschlag herübergebracht worden. Dadurch, dass die Distanz zwischen der Hautklinik und der Außenstelle so weit war, hat die Assistentin sehr, sehr lange gebraucht, bis sie da war und in der Zwischenzeit ist trotz Reanimation meinerseits die Patientin verstorben. Das war ein ganz schreckliches Erlebnis. Daraufhin habe ich wirklich versucht jeden Reanimationskurs zu machen, den ich kann. Auch Kinderreanimationskurse, damit mir das nicht mehr passiert. Es ist mir auf der Frauenstation und auf der Sonderstation passiert, dass jemand zu reanimieren war und es ist Gott sei Dank immer gut ausgegangen. Allerdings meistens mit Hilfe dieses Notrufes zusammen, aber meine Vortätigkeit war schon nicht unwichtig.

War das dann Ihre Art das zu verarbeiten, dem entgegenzuwirken, indem Sie sich möglichst viel Wissen aneignen?

Gudrun Jobst-Überall: Ja.

Hat sich in all der Zeit ein Wertewandel vollzogen? Haben Sie da Veränderungen wahrgenommen, wie das zwischen Patienten und Ärzten gewesen ist und zwischen den Schwestern und den Ärzten?

Gudrun Jobst-Überall: Die Schwestern früher waren anders. Sie waren vielleicht ehrfürchtiger und vielleicht obrigkeitshöriger. Ich war nicht so obrigkeitshörig. Ich habe mich immer als Löwin gefühlt, als Löwin für mein Rudel. Mein Rudel waren meine Mitarbeiter und meine Patienten. Wenn irgendetwas, brauchte nur ein schlechtes Wort oder eine falsche Information sein, mein Rudel gestört hat, dann bin ich wie eine Löwin vor ihnen gestanden. Ich habe meine Patienten und mein Personal immer geschützt. Auch meinen Hol-und-Bring-Dienst, meine Küchenmädchen und meine Putzfrauen, die habe ich alle geschützt. Ich habe sie gefördert und habe mir immer gedacht: „Sie haben alle Talente und diese gehören gefördert. Die Mängel, die jeder Mensch hat, die lassen wir lieber in Ruhe, denn wenn man die Talente fördert, fallen die Mängel nicht auf.“ Das war mein wichtigster Aspekt. Ich habe immer gerne „geführt“ sozusagen. Ich habe immer gerne Chef gespielt.

Hat es dann in Folge dessen Konflikte gegeben?

Gudrun Jobst-Überall: Wenig, eigentlich. Es hat mit Prof. Fritsch einen großen Konflikt gegeben, weil die Patienten bei der Chefvisite alle nackt im Bett liegen mussten. Von oben bis unten nackt. Prof. Fritsch wollte die Haut von oben bis

unten sehen. Ich dachte mir: „Wenn ich jetzt da drinnen liegen müsste, in diesem Bett, und dann kommt Herr Prof. Fritsch mit einem Schwanz an Ärzten herein, ich würde versinken im Bett.“ Die Patienten haben mir das auch bestätigt, dass sie sich furchtbar klein fühlen, wenn da alle rund um das Bett stehen und sie liegen da drinnen, und dann wird die Decke weggerissen, und dann werden sie entblößt. Das hat für mich ethisch nicht gepasst. Ich habe immer geschaut, was wir für Diagnosen haben. Wenn sie am Fuß was gehabt haben, dann durften sie bei der Chefvisite, wenn ich die Vertretung gehabt habe, das Hemd anlassen. Beim ersten Zimmer hat Herr Prof. Frisch festgestellt, dass die Patienten nicht nackt sind und hat gesagt: „Wer ist heute da?“ Ich habe darauf gesagt: „Ich bin's.“ „Wer ist der „Ich“?“, hat er gesagt. „Ich bin Schwester Gudrun“. „Ich sehe nichts!“ „Ich habe kein Periskop, Herr Prof. Fritsch.“ Dann musste man immer mit einer großen gelben Lampe zur Steckerleiste hin, damals gab es keine batteriebetriebenen Lampen, sondern ein riesenlanges Kabel musste man immer anstecken an der oberen Leiste und hinleuchten auf die Stelle. Bei der zweiten Visite dann, als ich die Vertretung gemacht habe, hat er gesagt: „Sind die Patienten nicht ausgezogen? Sind Sie heute wieder da?“ Von da an war es in Ordnung. Das Feedback war von etlichen Oberärzten, dass das sehr mutig gewesen ist.

Haben Sie in all der Zeit, als Sie hier angestellt waren, Veränderungen der Hautklinik wahrgenommen? Waren zu Ihrer Zeit noch große Mehrbettzimmer?

Gudrun Jobst-Überall: Zu meiner Zeit waren, dadurch, dass ich in der Ambulanz begonnen habe und die Umbauten schon waren, nur mehr 6-Bettzimmer. Keine 12-Bettzimmer oder mehr. Das größte auf der Frauenstation war ein 3-Bettzimmer nach den Umbauten. Das war für mich eigentlich wunderbar. Was ganz wunderbar ist, dass das Haus so kompakt ist und für mich wie ein Biotop an der Klinik ist. Es ist eine große Familie. Man konnte mit jedem gut umgehen, auch mit den Kellerasseln, wie wir immer gesagt haben. Oder mit den Professoren, mit den ganzen Diensten, die rundherum zuständig sind. Hier war immer ein Biotop. Dadurch, dass ich in der Ambulanz und im OP war und auf der Kinderstation und auf der Sonderstation und Frauenstation, habe ich praktisch alles kennengelernt. Bei einer Weihnachtsfeier habe ich mit einer Ärztin gesprochen, die ich als ganz junge Assistentin kennengelernt habe, da hat sie gesagt: „Du warst doch immer bei diesen Weihnachtsfeiern und Feiern dabei?“ Ich

sagte: „Ja, ich war deshalb immer dabei, weil ich dem Personal, das Dienst hatte, von dem Essen, das übriggeblieben ist, was in den Dienst gebracht habe.“ Allen, ob das jetzt die Ärzte waren, oder die Schwestern, alle die Dienst gehabt haben, haben etwas bekommen. Da habe ich schon Pfannen und Schüsseln und Töpfe mitgehabt und habe das Buffet dann geplündert und habe die übriggebliebenen Sachen hergebracht.

Gibt es nette Erinnerungen an die Weihnachtsfeiern? Gibt es eine besondere Erinnerung oder waren es alle besondere Anlässe?

Gudrun Jobst-Überall: Das war immer sehr nett, weil Prof. Fritsch auch die ganzen honorigen, schon nicht mehr anwesenden ÄrztInnen eingeladen hat. Da hat man sich immer wieder gefreut, dass man sie nach Jahren wiedersieht. Wenn sie dann in Wien waren oder in Graz oder in Ausland, wirklich, das war so wunderbar. Ich habe das immer gern gemocht.

Sind da auch viele Freundschaften entstanden?

Gudrun Jobst-Überall: Ich habe mit Kolleginnen immer noch viel Kontakt, obwohl ich jetzt sehr weit weg wohne. Ich wohne in Oberösterreich. Aber ich habe immer noch viel Kontakt, telefonisch oder auch persönlichen Kontakt. Weil meine Kinder und Enkelkinder hier in Tirol leben. Mit etlichen Ärztinnen habe ich sehr guten Kontakt. Sie haben mich immer als eine Art Mama gesehen. Ich habe mich für manche sehr eingesetzt, wenn sie nicht so geliebt wurden von Prof. Fritsch. Da habe ich mich immer sehr eingesetzt für sie. Ob das jetzt Ärztinnen oder Ärzte waren, ein paar hat es gegeben, die waren für mich schützenswert.

War das damals eine harte Schule, weil Sie sagen schützenswert? War das ein raueres Klima oder wie würden Sie das beschreiben?

Gudrun Jobst-Überall: Ja, es war streng. Es war sehr streng und es musste korrekt sein. Ich war auch streng, aber ich war sehr gütig. Die Güte ist erst ein bisschen später gekommen. Mit dem zunehmenden Alter von Prof. Fritsch ist auch die Güte gekommen.

Hat es einen speziellen Moment gegeben, wo das eingetreten ist, oder sagen Sie einfach, mit der Zeit des Älterwerdens ist das gekommen? Oder hat es da vielleicht einen speziellen Moment gegeben, an den Sie sich erinnern können, der das beeinflusst hat?

Gudrun Jobst-Überall: Das habe ich immer ganz spannend gefunden. Prof. Fritsch hat immer klinische Betten organisiert für ganz besondere dermatologische Erkrankungen. Da haben wir mehrmals eine junge Griechin aufgenommen. Sie musste dann wegen ihrer Erkrankung auch plastisch-chirurgisch versorgt werden. Sie kam mit einem Dolmetscher und ihrer Mutter. Diese Patientin konnte fast kein Englisch, die Mutter nur Griechisch. Der Dolmetscher konnte natürlich Deutsch, der hat uns viel erklärt. Aber es war nett, wenn man in der Früh hineinging ins Zimmer und „Kaliméra“ gesagt hat und dann schon „Kaliméra“ zurückkommt. Mittags hat man dann „Kali orexi“ gesagt, guten Appetit und ein bisschen mit „Hand und Fuß“. Wir haben uns immer gut verstanden, obwohl wir kaum verbal kommunizieren konnten. Das Interessante war, dass die Mutter keine Patientin war, sondern Begleitperson und an beiden Unterschenkeln Geschwüre hatte. Ich habe dann Prof. Fritsch gefragt, ob ich mit Material aus der Verbandstoffkommission, also kein teures Material, der Patientin bzw. der Begleitperson Zinkleimverbände machen kann. Während der 14 Tage Zinkleimverband sind die Unterschenkelgeschwüre abgeheilt, praktisch ein Zusatzeffekt. Vielleicht waren das solche Momente, die ihm gezeigt haben, dass da auch mehr kommt. Nicht nur die Pflicht, sondern dass da von uns aus mehr kommt, von der Pflege aus mehr kommt. Prof. Fritsch war auch Patient auf meiner Station. Nach seinem Aufenthalt an der Charité wollte er zurück und dann war er bei mir Patient. Ganz angenehm war das.

Wie war die Erfahrung, ihn als Patient zu haben?

Gudrun Jobst-Überall: Es war für ihn vielleicht noch spannender als für mich. Für mich ist jeder Patient extrem wichtig. Jeder Patient, ganz egal welcher Herkunft, muss optimal behandelt werden. Ich habe es geliebt zu verbinden. Ich habe es geliebt herumzuzupfen und die Wunden sauber zu machen. Ich habe wunderschöne Verbandstechniken gelernt. Wir haben einen Oberpfleger gehabt, dessen Stellvertretung ich zum Schluss war. Die letzten Jahre habe ich mit meinem Team eine Verbandstechnik praktiziert, die wirklich toll war. Wir haben bandagiert,

wir haben spezielle Dachziegelverbände gemacht. Wir haben spezielle Fingerverbände gemacht, wir haben Fingerschienen gemacht, wir haben diese ganzen Hautkrankheiten, wo sich die Hautschicht löst, die musste man im sterilen Salbenbett behandeln und immer vorsichtig verbinden. Es war irrsinnig spannend. Nicht nur, dass wir das normale Pflegen wie Waschen und Füttern und Wickeln gemacht haben, auch bei alten Menschen, wir haben wirklich eine ganz spezielle Pflege gemacht. Mein Team war da super. Wir haben ein paar Spezialisten gehabt, die sich nur für Finger- und Zehennägel interessiert haben und welche, die auch die Haare gepflegt haben von den Patientinnen, wenn sie wochenlang dagelegen sind, wir haben ihnen Lockenwickler eingedreht, damit sie sich wohlfühlen. Wir haben uns schon viel Zeit genommen für unsere Patienten. In anderen Kliniken hat man vielleicht nicht so viel Zeit, wir sind auch nie herumgesessen irgendwo in einem Zimmer und haben es lustig gehabt, sondern wir haben uns immer mit den Patienten beschäftigt und uns um sie gekümmert mit Bädern und Verbänden.

War das immer möglich, oder hat es da eine Zeit gegeben, wo das dann schwerer war, sich so sehr um Patienten kümmern zu können?

Gudrun Jobst-Überall: Nein, das war bei uns immer möglich. Darum habe ich schon gesagt, das ist ein Biotop. Wir haben einen Personalstand gehabt, der sich kaum verändert hat. Es ist das Personal gekommen und geblieben. Außer sie sind in Pension gegangen oder sie haben Kinder bekommen. Aber sie sind nach den Kindern immer wieder gekommen. Ich habe eine Kollegin, die hat 4 Buben bekommen, während sie bei mir beschäftigt war. Sie ist immer wieder gekommen, weil sie so gerne hier arbeitet. Das war wirklich eine große Familie.

Wie war das Verhältnis von den Patienten zum Personal? Hat sich da auch etwas verändert? Haben Sie negative Erfahrungen gemacht von Seiten der Patienten?

Gudrun Jobst-Überall: Eigentlich kaum. Das Tolle ist ja, wir hatten Patienten von 0 bis 100 Jahre. Wir hatten Säuglinge, ganz kleine mit Neurodermitis oder Verbrennungen oder sonst irgendwelchen Hautkrankheiten, die auch alleine blieben. Wir hatten ausgebildete Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger. Wir hatten ganz alte Menschen, wir hatten auch sehr viele Tumorpatienten und auch etliche Patienten, die im Laufe der Zeit verstorben sind. Also wir haben

viele Patienten viele Jahre begleitet und das waren ganz tolle Erfahrungen. Es hat kaum negative Geschichten gegeben, vielleicht ein- zweimal mit Angehörigen, wenn man dem Patienten gesagt hat, sie werden nicht mehr lange leben. Das ist aus psychologischer Seite sehr wichtig, dass man das dem Patienten sagt. Aber manche Angehörigen wollten das nicht wahrhaben. Da kam oftmals negatives Feedback, man sollte das nicht so sagen. Aber es war schon wichtig, es war immer wichtig, dass sie die Wahrheit wussten.

War der Umgang mit dem Tod für viele Patienten und die Angehörigen sehr belastend?

Gudrun Jobst-Überall: Für die Angehörigen war es oft viel schwieriger als für die Patienten selber. Die wussten oder sie spürten es ja.

Wie war das bei den kleinen Patienten? Haben da die Mütter nicht da sein dürfen, oder?

Gudrun Jobst-Überall: Es gab eine Mutter-Kind-Einheit. Es gab oft Kinder, die keine Betreuung hatten. Wir hatten Mütterbetten und Gitterbetten dazu. Es wurde dann aber immer weniger, weil die Kinderklinik neu gebaut wurde und dann alle Kinder auf die Kinderklinik kamen.

Ich denke, dass man früher sehr viel mehr Zeit für den Patienten hatte, dass die Patienten auch länger stationär bleiben durften, bis die Haut wirklich schön war oder bis die Heilung da war. Jetzt werden die Patienten schnell wieder entlassen, vielleicht auch aus Kostengründen. Allerdings, die Kostengründe können es nicht sein, denn die Therapien, die jetzt angewandt werden in vielen Bereichen, sind um ein x-Faches teurer, sodass die Aufenthaltsdauer wahrscheinlich weniger teuer ist als die Therapien. Allerdings, die Therapien wirken jetzt unendlich gut. Das Melanom kann man heilen. Früher sind die Patienten nach maximal 5 Jahren verstorben. Ich kann mich an eine über achtzigjährige Melanompatientin erinnern, die 7 Jahre gelebt hat, die wir 7 Jahre lang begleitet haben. Die anderen sind alle relativ früh gestorben. Jetzt durch diese Therapien, Immuntherapien, hat sich so viel verbessert für die Genesung.

Wie erklären Sie sich, dass eingespart wird, obwohl die Behandlung günstiger geworden ist oder effizienter?

Gudrun Jobst-Überall: Die Forschung geht weiter. Ich werde sicher auch einmal froh sein, wenn ich 70 oder 80 oder 90 bin und eine adäquate Therapie für irgendwas bekomme, wo man früher keine hatte. Das hat sich sicher zum Positiven verändert.

Wie sehen Sie die Zukunft der Medizin in Ihrem Bereich, was glauben Sie, wird sich noch alles verändern? Haben Sie sich dazu schon einmal Gedanken gemacht?

Gudrun Jobst-Überall: Ja, ich habe schon Sorge, dass die Pflege diese Anforderungen nicht mehr so durchstehen wird. Es sind die Anforderungen so hoch geworden, vor allem jetzt, in dieser Covid-Zeit. Ich kann mir vorstellen, dass meine Kollegen auf der Intensivstation ausgebrannt werden. Auch auf den Normalstationen ausgebrannt werden, wenn das alles so aufwendig wird mit der Hygiene. Hygiene ist unheimlich wichtig. Am wichtigsten ist aber für mich Hände waschen, richtig Hände waschen. Wenn ich richtig Hände wasche und ordentlich Abstand halte von gewissen Dingen, dann wird man nicht krank und das werde ich vermitteln: meinen Kindern, meinen Enkelkindern, meiner Familie. Die Pflege wird, glaube ich, kurzlebiger werden. Die Arbeitszeiten müssen gekürzt werden, weil das hält man sonst nicht mehr durch.

Ist Burnout damals schon ein Thema gewesen oder noch nicht?

Gudrun Jobst-Überall: Das war auch ein Thema, aber nicht in der normalen Pflege, sondern eher in der Intensivpflege, in der Anästhesiepflege, im OP. Da gab es etliche, die Suizid gemacht haben aus meinem Bekanntenkreis.

Wie sind Sie persönlich mit starken Belastungssituationen umgegangen? Haben Sie für sich eine Strategie entwickelt?

Gudrun Jobst-Überall: Ja, habe ich schon. Ich war Radfahren mit dem Mountainbike. Wenn ich einen anstrengenden Dienst hatte, bin ich auf die Arzler Alm gefahren und hinuntergerauscht wie eine Irre. Das ist zwar nicht so gesund, wenn man hinfällt, ich habe es Gott sei Dank gut überlebt. In die Natur gehen und sporteln, das war mein Ausgleich.

Gibt es sonst noch ein Thema, das Sie ansprechen wollen?

Gudrun Jobst-Überall: Ich bin sehr dankbar, dass ich hier dieses Biotop gefunden habe und dass ich hier arbeiten durfte. Ich habe mich so wohlfühlt. Ich bin mit einem lachenden, aber mit zwei weinenden Augen von hier weggegangen. Ich habe es nie bereut, dass ich nach Innsbruck gekommen bin und vor allem, dass ich auf der Hautklinik war.