

„Die Entscheidung, nach Tübingen zu gehen war die beste meines Lebens“: Alfred Königsrainer (Mitte), seit sieben Jahren ärztlicher Direktor am Uniklinikum Tübingen



Freigeist mit Skalpell

Der Chirurg Alfred Königsrainer gilt als eines der großen Talente seines Fachs. Seit 30 Jahren steht der gebürtige Passeirer Tag für Tag im OP, verpflanzt Därme, Nieren und Lebern. Heute ist er ärztlicher Direktor der Uniklinik Tübingen, er sagt: „Operieren ist reines Vergnügen.“

Tübingen in Baden-Württemberg. Die Crona Kliniken sind weithin sichtbar. Wer das Gebäude betritt, wähnt sich anfangs nicht unbedingt in einem Krankenhaus, Teppichböden, viel Glas. Dann doch Patienten in Bademänteln, auch vereinzelt Weißkittel. Einer davon ist Alfred Königsrainer. Kerzengerade sein Gang, schmal und lang die Chirurgenfinger. Fit sieht er aus, seit 12 Stunden ist er im Dienst. Er bittet ins Vorzimmer seines Büros. Ein kleiner runder Tisch, Kunst seiner Frau und viele Diplome an der Wand. Er spricht bedächtig, konzentriert, sein Dialekt verrät den Südtiroler.

ff: Professor Königsrainer, wann sind Sie heute aufgestanden?

Alfred Königsrainer: Heute um halb sechs, sonst jeden Morgen um sechs Uhr. Meistens verlasse ich die Klinik dann um zehn Uhr, elf Uhr abends.

Wieviele Stunden davon stehen Sie am OP-Tisch?

Schwer zu sagen. Ich mache 450 Operationen im Jahr. Ich genieße aber das Privileg, nicht jede Operation von Anfang bis zum Ende durchführen zu müssen.

Wie hält man das physisch durch?

Operieren ist reines Vergnügen, das hält man sehr leicht durch. Das Problem ist, dass wissenschaftliche Projekte und das administrative Geschäft liegen bleiben – das muss ich dann abends erledigen.

Sie leiten ein Team von rund 40 Ärzten, wie oft werden Sie von den Mitarbeitern nachts angerufen?

Wissen Sie, wer der beste Chirurg ist?

Verraten Sie es uns.

Der die besten Mitarbeiter hat. Ich werde zwar angerufen, muss aber nicht oft in die Klinik fahren.

Sie sprechen von Vergnügen?

Ja, denn im Operationssaal läutet kein Telefon. Die Zeit dort ist die schönste Zeit in der Chirurgie.

Was ist schön daran, in anderer Leiber herumzuschneiden?

Von außen sieht man das zu personalisiert, wir sehen es abstrakter. Auch ein anderer Arbeiter sieht in seiner Arbeit, wenn er sie gerne macht, ein Vergnügen und nicht allein die reine Arbeit.

Sie haben einmal gesagt, „Chirurgie passiert im Kopf“.

Man muss als Chirurg nicht nur manuell geschickt sein. Ein Chirurg ist im Grunde ein Internist, der zusätzlich eben auch operieren kann. Man muss die Pathophysiologie, die Anatomie, mögliche therapeutische Alternativen kennen und natürlich eine Strategie im Kopf haben. Dies ist besonders in der modernen chirurgischen Onkologie erforderlich. Das andere sind nur die Hände, die den Akt des Eingriffes ausführen. Die Transplantation ist dabei eine einfache Chirurgie.

Das müssen Sie uns jetzt bitte erklären. Transplantationsmedizin verzeiht doch erst recht keine Fehler.

Fehler sollte ein Chirurg grundsätzlich nicht machen. Fehler bedeuten Komplikationen und diese Leid für den Patienten, einen längeren Krankenhausaufenthalt und im schlimmsten Fall auch den Tod.

Warum also die einfachste Chirurgie?

Weil die Abläufe der Transplantation völlig standardisiert sind. Die wah-

re Kunst ist das Patientenmanagement: Man muss die richtigen Patienten auswählen, diese möglichst zum richtigen Zeitpunkt operieren und danach eng überwachen. Diese Patienten bewegen sich unmittelbar nach der Transplantation auf einem schmalen Pfad zwischen Abstoßung und Infektion. Der operative Akt an sich ist relativ einfach, erfordert aber eine breite chirurgische Ausbildung.

Die Misserfolgsrate der Transplantationschirurgie ist nicht höher als in anderen chirurgischen Disziplinen?

Rund 90 Prozent unserer Patienten überleben die Transplantation längerfristig. Die Kunst ist, aufgrund des Organmangels und der längeren Wartezeiten das Organ dem richtigen Patienten zu übertragen. Und längere Wartezeiten heißen natürlich auch, dass sich Erkrankungen verschlechtern und das Risiko zunimmt.

Und das gelingt immer?

In vielen Fällen haben wir nicht die Möglichkeit, das selbst zu entscheiden. Die Organe werden über eine zentrale Koordinierungsstelle vergeben. Wenn wir einen anderen Patienten aussuchen wollen, dann muss das immer in Absprache mit der Zentrale geschehen.

Stichwort Organmangel. Wie kann man die Nachfrage befriedigen? Mit künstlichen oder gar tierischen Organen?

Das ist sicher nichts für die nähere Zukunft. Eine tierische Leber beispielsweise wird nie transplantiert werden können, weil das Tier andere Eiweiße produziert als der Mensch. Vorstellen könnte man es sich am ehesten für das Herz und die Nieren. Doch auch hier ist die Übertragung irgendwelcher für das Tier nicht krankmachender Erreger auf den Men-

schen ein Riesenproblem. Die immunologischen Barrieren hat man im Griff. Es wird viel geforscht, ich glaube aber nicht, dass ich derlei noch erleben werde.

Wo sehen Sie die Zukunft der Transplantationsmedizin?

Das Problem ist: Es würde eigentlich ausreichend viele Organspender geben. Wir wissen, dass in Mitteleuropa etwa 40 bis 50 potentielle Spender pro Million Einwohner und Jahr da wären – allein, wenn wir die Todesstatistiken anschauen. Wir haben sie aber nicht, wegen logistischer Probleme und, zumindest in Deutschland, wegen einer hohen Ablehnungsrate. Einen Organspender zu konditionieren ist viel Arbeit. Ein weiterer Faktor ist vielleicht auch die Identifikation: Wenn eine Institution ein reines Spenderkrankenhaus ist, hat die Belegschaft nie dieses Erfolgserlebnis wie wir, die wir die Patienten wieder aus dem Haus hinausmarschieren sehen.

Wie kann man das Problem lösen?

Reden, aufklären und Vorträge halten, die Leute mitnehmen. Deswegen radle ich auch jedes Jahr mit den Transplantierten von Innsbruck an den Gardasee und von Tübingen zum Bodensee.

Sie haben die Euregio-Transplant-Radtour vor elf Jahren ins Leben gerufen ...

... mit Michael Prenner, er ist die treibende Kraft dahinter. Seine zweite Nierentransplantation liegt über 10 Jahre zurück. Wir wollen die Menschen sensibilisieren und zeigen, dass Transplantierte keine Exoten, sondern normale, völlig rehabilitierte Menschen sind. Denn Transplantation ohne Organspende geht eben nicht.

Seit dem Meisterchirurgen Christiaan Barnard, der 1967 in Südafrika das erste Herz verpflanzte, gilt der Transplantationschirurg als etwas Besonderes. Ist er auch heute ein Arzt mit Starstatus?

Diese Branche der Medizin ist sicherlich sehr mystifiziert worden. Reine Transplantationschirurgen gibt es im deutschsprachigen Raum praktisch nicht, das sind Allgemein- und Viszeralchirurgen, die die Transplantationschirurgie einfach mitmachen. Wir machen im Jahr über

4.000 Eingriffe, davon 150 Transplantationen. Das ist im Verhältnis marginal.

Sie werden oft „Starchirurg“ genannt...

Was ist ein Star? Wenn Sie damit ein Vorbild für junge Kollegen meinen, kann ich das akzeptieren. Was ich mache, ist nichts anderes als beinharte Arbeit.

Trotzdem ist es etwas anderes, wenn jemand eine Schlosserarbeit am Knie durchführt oder ein Organ verpflanzt.

Sicher, das ist schon etwas Besonderes. Es sind meist Akuteingriffe, da man die Organe nicht länger liegen lassen kann und ausgewählte Eingriffe gelegentlich zurückstehen müssen. Eine Organtransplantation lässt sich mit einer Knieoperation nicht vergleichen. Aber auch ein Eingriff am Knie hilft dem Patienten.

„Die Ärzte brauchen mehr Freiheit und Perspektiven, sich weiterzuentwickeln.“

Gibt es ein Organ, das Sie noch nicht verpflanzt haben?

Unser Schwerpunkt hier sind die Bauchorgane. Diese habe ich freilich alle schon transplantiert.

Oder eines, das Sie gerne einmal transplantieren würden? Vielleicht ein Herz?

Herzchirurgie habe ich nie gelernt, interessiert mich auch nicht wirklich. Faszinierend wäre die Lungentransplantation. Wir versuchen derzeit in Kooperation mit unseren Herzchirurgen, in diesem Bereich etwas aufzubauen. Ob ich selbst transplantieren werde, ist nicht so wichtig. Mich interessiert das Konzept.

Wieso haben Sie sich für die Transplantationsmedizin entschieden?

Ich bin da hineingewachsen. In Innsbruck war es am Beginn meiner Ausbildung ein neuer Bereich. Als junger Chirurg an einer Entwicklung mitarbeiten zu können, das war attraktiv und motivie-

rend. Darüber hinaus hat mich Professor Raimund Margreiter sehr fasziniert. (*Ex-Leiter der Transplantationschirurgie an Innsbrucker Uniklinik; führte als weltweit Erster eine gleichzeitige Leber- und Nierentransplantation durch; Anm. d. Red.*)

Worin liegt die Faszination der Transplantationschirurgie?

Wenn man ein erkranktes Organ entfernt, ein neues einpflanzt, die Blutzirkulation freigibt und sieht, wie ein transplantiertes Organ durchblutet wird, seine Funktion aufnimmt – und dem Patienten damit ein neues Leben schenkt. Das ist fantastisch!

Sie haben tolle Operationen durchgeführt, etwa vor zwei Jahren erstmals in Deutschland eine Transplantation von Dünn- und Dickdarm bei einem dreieinhalbjährigen Mädchen. Was ist das für ein Gefühl?

Ein gutes Gefühl, auch eine gewisse Befriedigung. Der enorme Einsatz zur Etablierung eines Kurzdarmzentrums für Kinder hat sich ausgezahlt.

Was macht einen guten Chirurgen aus?

Dass er wenig Fehler macht. In der Chirurgie sieht man jeden noch so kleinsten Fehler.

Unterscheiden sich Chirurgen von anderen Ärzten?

Ja. Chirurgen sind Pragmatiker und sehr zielstrebig.

Die größte Gefahr für einen Chirurgen?

Wenn er kritiklos ist und sich selbst überschätzt.

Was konkret heißt Selbstüberschätzung bei einem Chirurgen?

Wenn er Dinge macht, obwohl er nicht das Rüstzeug dafür hat. Oft ist es so, dass der Chirurg die Operation zwar beherrscht, das Krankenhaus aber die Komplikationen nicht managen kann – das ist gefährlich für den Patienten. Ein moderner Chirurg ist in ein interdisziplinäres Team eingebunden. Allein geht gar nichts, man muss das Gesamte im Auge haben, die Möglichkeiten der Struktur kennen und richtig einschätzen.



Foto: Alexander Alber

Alfred Königsrainer, Jahrgang 1955, absolvierte seine Facharztausbildung an der Innsbrucker Universitätsklinik für Chirurgie. Weitere Stationen seiner Arbeit waren Mailand, Hamburg, Brüssel und London. Der gebürtige Passeirer war **stellvertretender Leiter** der Klinischen Abteilung für Allgemein- und Transplantationschirurgie in **Innsbruck**, von wo er 2004 zum **Ärztlichen Direktor** der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Transplantationschirurgie am Uniklinikum **Tübingen** berufen wurde. 1995 war er als Chirurgie-Primar nach Bozen gekommen; kein halbes Jahr später ging er wieder: „Weil qualitativ hochwertige Medizin hier nicht gefragt ist“, sagte er damals zu *ff*. Und: „Ob jemand gut ist und arbeitet oder aber nichts tut, das spielt hier keine Rolle.“

Sind Sie bei einer OP mal mehr und mal weniger inspiriert?

Kann ich nicht sagen, ich bin zumindest immer konzentriert. Der Chirurg steht mit einem gewissen Plan im Kopf im OP. Manchmal stellt sich heraus, dass die Situation sich völlig anders darstellt als geglaubt, da muss man die geplante Strategie verlassen. Ob diese Entscheidung richtig oder falsch war, zeigt sich später. Doch auch das ist Teil der Faszination.

Wenn eine OP verloren ist – wie verhält man sich als Chirurg?

Diese Situation wird so offen wie möglich kommuniziert und der betreffende Arzt auch geschützt. Das muss jeder für sich verarbeiten und verkraften. Einfach so wegstecken aber kann das niemand.

Glauben Sie an ein Weiterleben?

Ja. Wir leben in unseren Kindern und auch in unseren Schülern weiter.

Muss ein Chirurg risikofreudig sein?

Nein, allerdings muss man wissen, dass die Chirurgie nicht risikolos ist. Der Chirurg ist vielleicht entscheidungsfreudig, das Risiko aber trägt der Patient. Es ist ein Abwägen, was ist machbar, sinnvoll und dem Patienten zumutbar?

Wie risikofreudig sind Sie im Leben?

Wenig. Ich fahre zwar gerne schnell mit dem Auto oder den Skiern, aber ich suche nicht bewusst das Risiko.

Was bedeutet Ihnen Erfolg?

Wenig. Ich bin glücklich, den tollsten Beruf zu haben, den es gibt. Ich wollte immer einmal eine größere Struktur leiten, dies habe ich erreicht. Auch das Ar-

beiten mit jungen Menschen bereitet mir große Freude. Das ist das Schöne an meiner Arbeit. Den Mitarbeitern alles, was ich weiß und kann weiterzugeben, sie auf eigenständiges Arbeiten vorzubereiten. Dass damit viel Arbeit verbunden ist, stört mich nicht. Im Gegenteil.

Viele Chirurgen träumen davon, eine Karriere zu machen wie Sie. Hat es nur mit Arbeit zu tun oder auch mit Talent?

Es braucht sicher auch Talent. Aber man muss vor allem bereit sein, Opfer zu bringen und auch ins Ausland zu gehen. Es braucht auch das Glück, im richtigen Moment am richtigen Ort zu sein. Zeigt sich dieses Glück, sollte man ohne „Wenn und Aber“ zugreifen.

Sie hatten einst auch das Ziel, in Südtirol etwas aufzubauen.

Ich habe es kurz versucht, ja.

Warum hat es nicht geklappt?

Ich war damals 40 Jahre jung – und wohl zu gutmeinend und irgendwie naiv. Ich hatte mir vorgestellt, ich könnte am größten Spital meines Heimatlandes meine medizinischen Vorstellungen verwirklichen und eine kompetitive Chirurgie aufbauen. Leider musste ich bald erfahren, dass andere Dinge im Vordergrund standen, etwa standespolitische Probleme, Vertragsdiskussionen, aber auch Differenzen zwischen den Sprachgruppen. Die Bedürfnisse des Patienten wurden hintenangestellt. Ich habe nur begrenzte Möglichkeiten gesehen, mich weiterzuentwickeln. Ein Schlüsselerlebnis war der Besuch des italienischen Gesundheitsministers in Bozen: Das Krankenhaus wurde da im Gegensatz zu meiner damaligen Einschätzung als eines der besten Italiens beschrieben. Somit war für mich ein Wille nach Optimierung nicht mehr erkennbar.

Was war denn Ihr Traum damals?

Ein offenes, dynamisches Spital und die Menschen, die dort arbeiten, mitzunehmen und zu motivieren. Der Boden dafür schien mir nicht reif, vielleicht war ich auch zu ungeduldig. Ich hatte Angst zu resignieren und nur noch Dienst nach Vorschrift zu machen wie so manche Kollegen. Also bin ich gegangen.

„Die Zeit im OP ist die schönste in der Chirurgie“: Alfred Königsrainer (links) bei der Darmtransplantation 2009 bei einem dreijährigen Mädchen



Foto: Andreas Reagg

Die Organspende: Jeder Südtiroler Bürger kann sich **frei entscheiden**, ob er im Fall des Todes seine Organe zur Spende freigeben will oder nicht. Für jene, die sich weder ablehnend noch zustimmend äußern, entscheiden im Fall einer möglichen Spende die nächsten Angehörigen. Während in den Jahren 2007 und 2008 mehr als zehn Mal so viele Organe an Südtiroler verpflanzt wurden wie Südtiroler Organe gespendet haben (nämlich vier), ist die Zahl der Organspenden in Südtirol 2009 wieder angestiegen – auf zehn. In den vergangenen Jahrzehnten wurden rund **620 Südtiroler transplantiert**; etwa 400 davon leben noch. Derzeit **warten etwa rund 70 Südtiroler** auf ein Organ, die meisten auf eine **Niere**. Nierenkranke müssen im Schnitt zweieinhalb bis drei Jahre auf eine Niere warten, Leberkranke bis zu zwei Jahre auf eine Leber.

Hinsichtlich der Organtransplantation hat Südtirol mit dem **Land Tirol** eine entsprechende Vereinbarung getroffen, auch gibt es eine Zusammenarbeit mit der überregionalen **Transplantationsvereinigung „AIRT“** auf nationaler Ebene. Auch ist Südtirol der Organisation **Eurotransplant** angeschlossen – eine zentrale Sammelstelle für für medizinische Daten von Patienten, die zur Transplantation angemeldet sind. Dieser Zentrale sind weiters die Niederlande, Belgien, Luxemburg, Deutschland und Österreich angeschlossen. Da sich seit 1976 der überwiegende Anteil der in Südtirol ansässigen Patienten für die Eintragung in die Wartelisten für Organempfänger an der **Uniklinik Innsbruck** entscheidet, werden die meisten in Bozen entnommenen Spenderorgane nach Innsbruck geschickt. Nur ein kleiner Anteil der Patienten unserer Provinz ist in den Wartelisten der zu AIRT gehörenden Organtransplantationszentren (z. B. in **Bologna, Modena**) eingetragen. (aa)

Sie verzweifelten am System Südtirol?

Wohl eher am Bozner Krankenhaus. Es wurde viel gejammert, es gab eine große Unzufriedenheit. Ob das typisch südtirolerisch ist – ich weiß es nicht. Trotzdem möchte ich diese Zeit nicht missen, ich habe viel gelernt und Freundschaften geknüpft, die nach wie vor bestehen.

Haben Sie noch alte Rechnungen offen?

Nein. Ich bin nicht nachtragend. Mein Weggang von Bozen hat keine Wunden hinterlassen. Das Arbeitsumfeld war mit meiner Vorstellung nicht kompatibel.

Hätte Ihr Traum heute eine Chance?

Kann ich nicht beantworten.

Wie sehen Sie heute, von außen, die Südtiroler Sanität?

Derzeit wird ja über eine medizinische Ausbildungsstätte diskutiert, eine Medical School. Man kann so etwas auf die Beine stellen, der Bedarf ist sicherlich vorhanden. Man muss aber im Rücken ein akademisch orientiertes Klinikum haben, sprich, Ärzte müssen auch zu Dozenten ausgebildet werden, Möglichkeiten für Forschung haben und nicht

nur für die Patientenversorgung vorgehalten werden. Im Moment gibt es dafür zu wenig ausgebildetes Personal.

Sie halten das Konzept der Medical School für sinnvoll?

Im Prinzip ja. Man darf aber nicht glauben, wenn man heute 50 praktische Ärzte oder Fachärzte braucht, dass man diesen Bedarf kurzfristig decken kann. Es dauert Jahre, bis so eine Struktur Früchte trägt. Der Vorteil ist, dass sich daraus eine völlig andere medizinische Kultur im Lande etablieren könnte.

Es fördert nicht die „Inzucht“?

Nein. Eine Uni ist eine offene Struktur, sie lebt von Personen, die von außen kommen – Studenten und Dozenten.

Wenn sie denn auch kommen...

Man muss den Menschen Perspektiven geben. Von meinen 40 Ärzten wollen nur die wenigsten längerfristig an ihrer Mutterklinik bleiben. Sie möchten so viel wie möglich lernen, sich klinisch und wissenschaftlich profilieren, um dann selbst irgendwo Chef zu werden. Ebenso ist es erforderlich, in der Klinik Strukturen zu schaffen, um Mitarbeitern, die man gerne halten möchte, eigenständige Bereiche mit Verantwortung geben zu können. Das heißt, wir müssen bereit sein, Kompetenz abzugeben. Es gibt einen stetigen Wechsel von Oberärzten und Fachärzten. Seit ich hier in Tübingen bin, konnte ich schon sieben Oberärzte als Chefs in die Eigenständigkeit entlassen. Junge Mitarbeiter motivieren sich selbst. Es wird eine andere Kultur gelebt. Deshalb frage ich mich durchaus, wie in Südtirol ein universitärer Gedanke zum Tragen kommen soll, wenn leitende Positionen vorwiegend intern besetzt werden. Gut ist das auf die Dauer gesehen nicht.

Wie laufen Nachbesetzungen am Klinikum in Tübingen ab?

Wir beginnen meist drei Jahre bevor ein Professor emeritiert, uns auf dem „Markt“ umzuschauen. Mögliche Kandidaten werden ausgemacht und zu Vorträgen bzw. Abendessen eingeladen, zwei Jahre vorher wird die Stelle ausgeschrieben. Der Nachfolger steht in der Regel fest, wenn der Stelleninhaber noch in Amt und Würden ist. Ein Wechsel ohne kommissarische Leitung wird angestrebt. Wir wollen die Besten holen, nicht die Mittelklasse.

Südtirol scheint nicht die Besten, sondern die Passendsten zu suchen.

Das kann ich nicht kommentieren, dazu fehlt mir der Einblick. Einige meiner Ärzte würden durchaus nach Südtirol gehen, würde man ihnen Perspektiven bieten. Die Frage für die jungen Leute ist: Kann ich dort meinen Marktwert steigern? Diese Möglichkeit fehlt.

Was motiviert einen Arzt?

Mit Menschen arbeiten zu können, ihnen helfen zu können, Dinge voranzutreiben. Man muss immer wieder den Schritt jenseits der vorgegebenen Leitlinien wagen – in der Onkologie ist das fast täglich so. Das muss aber zugelassen werden, nur so kann etwas Neues entstehen. Ein Arzt braucht Freiheiten und Freiräume. Mediziner sind Freigeister.

Wären Sie in Südtirol geblieben: Sie hätten nie Ihr heutiges Niveau erreicht?

Vermutlich nicht.

Was, wenn Sie geblieben wären?

Da kann ich lediglich spekulieren.

Könnten Sie sich vorstellen, noch einmal etwas in Südtirol zu machen?

Die Medical School würde mich reizen.

In welcher Funktion?

Beratend oder unterrichtend, mal sehen. Ich muss noch zehn Jahre hier arbeiten.

Konkret: Sie könnten sich vorstellen, die Leitung zu übernehmen?

So weit gedacht habe ich noch nicht. Zutrauen würde ich mir diese Funktion aber schon. Es wäre eine schwierige Entscheidung, da ich dann keine Patienten mehr behandeln könnte. Derzeit kann ich mir das nicht vorstellen.

Aber Sie hängen noch an Südtirol?

Natürlich. Unabhängig davon war die Entscheidung, nach Tübingen zu gehen, die beste meines Lebens. Mein Horizont hat sich gewaltig erweitert, ich habe viele neue Menschen kennengelernt, Zugang zu der größten Gesellschaft für Chirurgie bekommen und eine neue universitäre Kultur kennenlernen dürfen. Sicher, eine Arbeitsstelle näher an meinem familiären Lebensmittelpunkt wäre angenehmer.

Sie leben mittlerweile seit acht Jahren in Tübingen. Wie sind die Schwaben?

Vergleichbar mit den Tirolern, Leute mit Handschlagqualität und extrem fleißig. Es ist sehr angenehm, hier zu arbeiten.

Den schwäbischen Dialekt haben Sie aber noch nicht angenommen.

Nein. Anfangs hatten wir hier bei meinem Eingang sogar ein Schild hängen, „Hier spricht man Südtirolerisch“.

Sie haben die Krisenphase der Transplantationsmedizin in Tübingen beendet. Ihre Klinik ist Exzellenzzentrum für Onkologie von ganz Deutschland. Was treibt Sie an?

Eine nimmermüde Begeisterung. Der Drang, andere Menschen zu motivieren und Dinge voranzutreiben. Man darf nicht nur reden, sondern muss das, was man predigt, leben. Als wir das erste Leberkind transplantiert haben, war dies das kleinste, das in Deutschland transplantiert worden war; es wog unter drei Kilo. Man hat mich von Berlin aus angerufen, ob ich die OP mache. Einige meinten, ich sei wahnsinnig, mit so was Kleinem zu beginnen. Ich entgegnete: Warum? Ich kann es, das Team ist vorbereitet. Wir werden uns bemühen, dann wird es klappen. Und es hat geklappt.

Solche Erfolge vorweisen zu können ist wichtig für die Finanzbeschaffung?

Absolut. Wenn man eine gewisse Reputation genießt, hat man auch ein besseres Standing bei Drittmittelgebern. Härter geworden ist aber nicht nur der Kampf um das Geld für die Forschung, sondern auch um die Patienten. Dies unterscheidet sich wesentlich von Südtirol. Wir müssen uns um jeden Patienten bemühen, arbeiten ständig an der Verbesserung der Struktur sowie der Abläufe. Darüber hinaus lassen wir uns extern begutachten. Bislang konnten wir erreichen, dass kein Patient länger als eine Woche auf eine Tumoreroperation warten muss. Deutschland hat über 2.000 Spitäler, allein Baden-Württemberg hat vier renommierte Unikliniken. Man muss sich ständig bemühen und innovativ bleiben. Wenn man in der Jugend viel Sport betrieben hat, weiß man: Will man gewinnen, dann muss man mehr und härter trainieren als die anderen.

Welchen Sport haben Sie betrieben?

Judo, Fußball, Volleyball.

Und wie kämpft man um Patienten?

Mit Service und guten Ergebnissen. Es hängt davon ab, wie zufrieden der Pati-

ent das Krankenhaus verlässt. Wir haben derzeit eine Weiterempfehlungsrate von fast 100 Prozent. Für Südtirol würde ich so ein Vorgehen nicht unrealistisch halten – wenn man sich die richtigen Leute holt und sich in die Arbeit hineinkniet. In naher Zukunft wird sich der Gesundheitsmarkt in Europa öffnen, das heißt, der Zugang der Patienten zu medizinischen Einrichtungen wird liberalisiert. Darauf sollte man vorbereitet sein.

Wenn Sie der Südtiroler Medizin einen Ratschlag geben müssten ...

Die Ärzte brauchen mehr Freiheit und vor allem Perspektiven, um sich und die Institution weiterentwickeln zu können. Eigenverantwortung und Gestaltungsfreiheit sind wichtige Motivationen.

Sind die Südtiroler Ärzte zu träge?

Glaube ich nicht, das wäre eine Unterstellung. Ich weiß nur, dass ich damals genau davor Angst hatte in Südtirol.

Vor einem Jahr wurde eine Studie veröffentlicht, laut der 45 Prozent der Südtiroler Ärzte unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind.

Das ist viel. Das ist die Hälfte der Mannschaft und eigentlich eine Katastrophe. Wenn das so stimmt, haben diese Mitarbeiter vermutlich schon resigniert und tun nur noch das Allernotwendigste. Dies sollte für die Verantwortlichen starkes Indiz dafür sein, dringend eine Ist-Analyse zu erstellen und umgehend Maßnahmen zu beschließen, um das Personal wieder für die eigentliche Aufgabe zu gewinnen.

Was fehlt Ihnen in Ihrer Karriere noch?

(lange Pause) Eine Publikation in einer der größten medizinischen Zeitschriften, dem *Lancet* oder dem *New England Journal of Medicine*. Das wäre eine besondere Auszeichnung. Da ist zwar schwierig, aber nicht unmöglich.

Sie sind ein schillernder Chirurg. Zurück in Südtirol würden Sie vermutlich schnell eins auf die Mütze bekommen?

Vermutlich gibt es Neider. Aber auch Neid muss man sich verdienen. Ich bin nicht ohne Fehler, dazu stehe ich aber. ■

Interview: Alexandra Aschbacher,
Kurt W. Zimmermann



Kann eine Südtiroler Medical School Ärzte aus dem Ausland ins Land locken (im Bild: Eingangsbereich des Bozner Krankenhauses)?

Die Geister, die man rief

Das Gesundheitswesen hat einen gewaltigen Umbruch zu bewältigen: Ärztemangel, Umstrukturierungen ... Eine eigene Medical School soll Wunder wirken – und Südtiroler Ärzte aus dem Ausland anlocken. Wer sind die Koryphäen? Und wollen sie überhaupt zurück?

Regensburg ist eine schöne Stadt, sie liegt im Osten Bayerns. Regensburg hat vieles, was eine Stadt mit hoher Lebensqualität auszeichnet, das Universitätsklinikum zählt zu den modernsten Deutschlands. Auch Lukas Prantl zog es vor sechs Jahren in die bayerische Stadt – als Leiter der Sektion für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie am Uniklinikum. Davor arbeitete der 43-jährige Arzt in München am Klinikum rechts der Isar.

Prantls Plan nach seinem Medizinstudium war ein anderer gewesen. „Hochmotiviert“ hatte er an den Krankenhäusern von Schlanders und Meran zu arbeiten begonnen, nach eineinhalb Jahren nur hängte er den Südtiroler Arztkittel jedoch an den Nagel – und wanderte aus. Prantl: „Es gab kein Ausbildungskonzept, es war mehr Freizeit als Arbeit.“

In München erwartete ihn das Gegenteil – nur noch Arbeit. Aber er blieb.



Foto: Alexander Albers

Heute ist er akademischer Direktor der Uniklinik Regensburg und Mitglied zahlreicher renommierter medizinischer Fachgesellschaften. Seine Arbeit setzt sich zu 70 Prozent aus klinischer und zu 30 Prozent aus wissenschaftlicher Tätigkeit zusammen. Allein der Forschung wegen hatte es ihn damals aber nicht nach Deutschland gezogen: „Mir hat die klinische Entwicklung gefehlt.“

Den Abwändertrend hat es immer schon gegeben. Mittlerweile jedoch könnte er die künftige medizinische Versorgung im Lande gefährden. Schätzungen gehen davon aus, dass Südtirols Gesundheitswesen bis 2020 rund 420 neue Ärzte braucht. Woher diese kommen sollen, ist den Verantwortlichen aber ein Rätsel. Knapp 2.500 Ärzte sind derzeit in das Südtiroler Ärzteverzeichnis eingetragen, rund 400 sind im Ausland tätig – als Assistenzärzte oder erfolgreiche Oberärzte. Viele von ihnen haben sich aber auch zu Chefärzten, honorigen

Professoren oder wissenschaftlich international renommierten Ärzten emporgearbeitet. Einer der prominentesten dürfte wohl der Chirurg und Transplantationsmediziner Alfred Königsrainer sein (siehe Interview). Sein Versuch, Mitte der 90er-Jahre in Südtirol als Primar der Chirurgie des Bozner Krankenhauses wieder Fuß

zu fassen, scheiterte. Nach weniger als einem halben Jahr kündigte er und ging nach Innsbruck zurück. Kein Einzelfall, auch der Sextner Bruno Schäfer wurde vom Allgemeinen Krankenhaus Wien nach Bruneck geholt als Primar der

Anästhesie- und Intensivmedizin. Intrigen führten dazu, dass auch er kündigte und nach Wien zurückkehrte. Ähnlich der Fall Vittorio Paolucci, er wurde einst von Frankfurt nach Bozen geholt, auch er scheiterte am Sanitätssystem. „Entweder jemand geht freiwillig weg, oder er stirbt“, sagte Königsrainer einst. Und: „Das ist der perfekte Beamtenstaat, tödlich für eine qualitative Medizin.“

„Das Problem in Südtirol ist die fehlende akademische Verknüpfung.“

Christian Marth, Direktor
Uniklinik für Frauenheilkunde Innsbruck

Am System selbst scheint sich seitdem nicht viel verändert zu haben. Nach außen schottet man sich ab, es gibt kaum Fluktuation in den medizinischen Hierarchien. „Bezeichnend ist“, sagt Königsrainer im *ff*-Interview, „dass sich für ein Chirurgie-Primariat in Südtirol niemand von außen bewirbt.“ Die Karrieremöglichkeiten sind gering, eine hierarchische Struktur gibt es nicht – die meisten Primar-Nachbesetzungen erfolgen intern.

Was macht Südtirol für Mediziner so uninteressant? Warum flüchten viele ins Ausland und wer sind dort die führenden Südtiroler Ärzte? Und: Was würde sie nach Südtirol zurücklocken?

„Die Forschung bringt die Ärzte zurück“, meinte Florian Zerzer vor einem Monat im Interview mit dem Tagblatt der Südtiroler. Der Ressortchef des Gesundheitswesens ist überzeugt, die Lösung im Projekt der so genannten „Medical School“ gefunden zu haben. Seit rund einem Jahr schwirrt dieser Begriff durch die Luft. Gemeint ist eine eigene Medizin-Fakultät, dreisprachig soll sie gemacht werden und in Zusammenarbeit mit der Uniklinik Innsbruck und einer italienischen Uni (die noch nicht feststeht, die Gespräche laufen). Angesiedelt wird sie an der Freien Universität Bozen und jährlich Platz bieten für 80 bis 100 Studenten, die sich nach einer fünfjährigen Ausbildung „Doktor“ nennen dürfen.

Florian Zerzer ist „von der Sinnhaftigkeit einer qualitativ sehr gediegenen Mediziner-Ausbildung in Südtirol absolut überzeugt“. Erarbeitet wird derzeit ein entsprechendes Curriculum für das Südtiroler Medizinstudium, Hilfestellung dafür gibt es von Alfred Königsrainer selbst. Es soll „neuer und innovativer“ werden, so Zerzer, angereichert mit Informatik, Kommunikationswissenschaft, Ethik in der Medizin, vor allem aber mit mehr Praxisbezug. Während die vorklinischen Fächer (etwa Biologie, Biochemie, Anatomie, Physik) in Innsbruck angeboten werden sollen, wird sich Südtirol auf die klinischen Fächer konzentrieren. Auf welche genau, erarbeitet ein Team rund um Sanitätsdirektor Oswald Mayr. Als „sinnvoll und notwendig“ bezeichnet auch dieser das Projekt. „Für die Zukunft der Sanität wäre es wichtig. Es sollte nicht mehr



Foto: Alexander Alber

Lukas Prantl, Jahrgang 1968, absolvierte die Facharztausbildung für Chirurgie in München an der Technischen Universität des Klinikums rechts der Isar. Daraufhin wechselte der Meraner in die **Plastische und Ästhetische Chirurgie**; 2004 legte er die Prüfung für den europäischen Facharztstitel des „European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons“ als Jahresbester ab. Ein Jahr später wurde er zum Leiter der Sektion für Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie ans **Universitätsklinikum Regensburg** berufen. 2009 erhielt er in Houston eine Gastprofessur. 2010 wurde er zum akademischen Direktor an der Uniklinik Regensburg ernannt. Er sagt: „Medizinische Forschung ist wichtig für die Entwicklung der Ärzte.“

nur um Patientenversorgung gehen.“ Die Kosten? „Wir bekommen es freilich nicht zum Nulltarif“, sagt Zerzer. Er bleibt vage, spricht von rund 12 Millionen Euro.

Aber Hand aufs Herz: Baucht ein Land wie Südtirol eigentlich Spitzenmediziner à la Königsrainer? Eine eigene Medizin-Uni und – können wir uns das überhaupt leisten? In der Ärzteschaft inner- und außerhalb des Landes scheiden sich hinsichtlich des Projektes Medical School die Geister: Die einen sind dafür, sprechen von einem „Paradigmenprung“ in der Südtiroler Medizin und sagen, Südtirol müsse endlich „akademisiert werden“, schließlich komme kein Mediziner allein der schönen Landschaft wegen ins Land. Andere sind skeptisch, sie glauben nicht, dass sich mit einer Medical School der Ärztemangel

beheben lässt. Günther Birbamer merkt etwa kritisch an: „Medizinische Universitäten haben meist eine jahrhundertelange Tradition, wo die besten Leute lehren. Und in Südtirol will man mit Wald- und Wiesenprimaren eine eigene Fakultät machen?“ Birbamer stammt aus Algund, er ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und seit zehn Jahren ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums Angermühle im bayerischen Deggendorf. Er sagt, dem Südtiroler Gesundheitswesen fehle die Konkurrenz, das „geschlossene System“ werde so nicht „überleben“.

In eine ähnliche Kerbe schlägt ein Kollege, der jedoch im Lande selbst arbeitet. Rudolf Schönhuber, Primar der Neurologie am Krankenhaus Bozen, sagt, „nicht grundsätzlich dagegen“ zu sein. Mit einer „unausgereiften Scheinlösung vorpreschen“ bringe jedoch nichts. Die Hauptprobleme seien, außer der Finanzierung, die Rekrutierung von Professoren – „von denen es mindestens 20 braucht“. Dass jene Südtiroler Mediziner, die im Ausland erfolgreich arbeiten, wegen einer Medical School zurückkommen, bezweifelt er. Und ein Eisacktaler Primarius-Kollege fügt hinzu: „Die Ärzte werden immer dorthin gehen, wo es die besten Arbeitsbedingungen gibt“ – ob in oder außerhalb Südtirols.

Für Martin Olivieri, 30, war es außerhalb seines Heimatlandes. Nach abgeschlossenem Studium gab es für ihn dort keine Ausbildungsstelle. Heute arbeitet er an der Kinderklinik und Kinderpoliklinik am Dr. von Hauerschen Kinderspital der LMU München und absolviert dort seine Facharztausbildung. Ähnlich Miriam Erlacher. Die 33-jährige Medizinerin ist seit fünf Jahren Assistenzärztin am Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde der Uniklinik Freiburg im Breisgau tätig. Warum sie Südtirol den Rücken gekehrt hat? Ihr Interesse galt seit jeher der Kinderonkologie, die gibt es in Südtirol nicht. Auch wollte sie forschen.

Heute leitet sie in Freiburg eine eigene Arbeitsgruppe mit 50-prozentiger Freistellung von der klinischen Tätigkeit für Forschungszwecke, betreut zwei Doktoranden und ist Stipendiatin im Margarete-von-Wrangell-Habilitationsprogramm. „In Südtirol hätte ich eine solche Stelle nie bekommen“, sagt Erlacher.

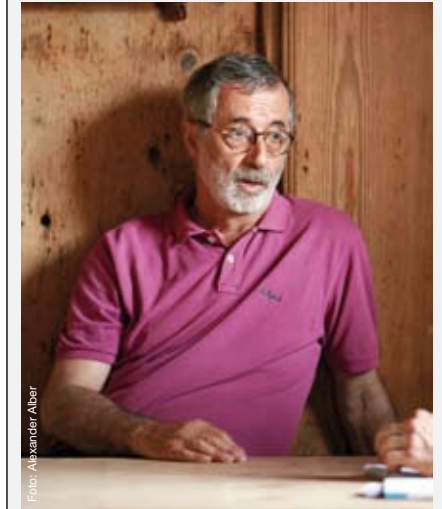


Foto: Alexander Alber

Bernd Gänsbacher, Jahrgang 1948, absolvierte seine Facharztausbildung in Innerer Medizin an der University of Pennsylvania, Philadelphia, und am Memorial-Sloan-Klettering-Krebszentrum in New York. Anschließend war er elf Jahre lang Professor am **New Yorker Krebszentrum**, eine der renommiertesten Einrichtungen dieser Art auf der Welt. Seit 1996 ist er Inhaber des Lehrstuhls für Experimentelle Onkologie und Therapieforschung und Direktor des gleichnamigen Instituts am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität **München**. Zum Projekt Medical School sagt er: „Eine Medical School ist auf drei Säulen aufgebaut: **Forschung, Lehre, Klinik**.“ Die Voraussetzungen dafür sieht er in Südtirol derzeit nicht unbedingt als gegeben.

Die beiden jungen Ärzte sind Mitbegründer des „Planeten Medizin“ innerhalb der „Südsterne“, dem Netzwerk der Südtiroler im Ausland. Über 70 Mediziner, verteilt auf 12 Länder, umfasst das Netzwerk; es besteht seit einem knappen Jahr. Bei einem Treffen mit Landesrat Richard Theiner & Co. sprach man über mögliche Kooperationen ebenso wie Rückkehr-Möglichkeiten. Zerzer erzählt: „Die jungen Ärzte haben uns versichert, gäbe es in Südtirol Forschungsmöglichkeiten, sie würden zurückkommen.“ Mit einer Medical School wäre das möglich.

Bernd Gänsbacher ist erstaunt. Dass ein Land mit 500.000 Einwohnern ohne jegliche Forschung und entsprechendes Lehrpersonal seine eigene Medical School errichten will, um unter anderem dem Ärz-



Norbert Pallua, Jahrgang 1952, zählt zu den führenden Kapazitäten der Plastischen Chirurgie. Seine Ausbildung zum Chirurgen erhielt er in Berlin. 1989 wechselte der Brunecker an die Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover, wo er 1992 die Anerkennung als Plastischer Chirurg erhielt und drei Jahre später habilitierte. Seit 1997 ist er **Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie am Universitätsklinikum Aachen**. Seit einigen Jahren ist er Honorarprofessor und Direktor der Chirurgischen Klinik in Nanjing/China und Honorardirektor der Klinik für Plastische Chirurgie am Traditional Chinese Medicine Hospital in Yixing/China.

temangel vorzubeugen, verwundert den Sarntheiner Krebsforscher. Er spricht von einem „gewaltigen finanziellen und personellen Aufwand“. Der Mediziner weiß, was es mit einer Medical School auf sich hat – er hat sechzehn Jahre in den USA gearbeitet. Heute ist er Direktor des Instituts für Experimentelle Onkologie und Therapieforschung in München. „Eine Medical School“, sagt er, „ist auf drei gleichwertigen Säulen aufgebaut: Forschung, Lehre und Klinik.“ Ihre Aufgabe sei nicht nur, hervorragend ausgebildete Ärzte zu produzieren, sondern auch, Wissensgrenzen zu verschieben.

Ihrem Wesen nach sind Unikliniken die Werkstätten der Medizinstudenten, welche dort von den besten Spezialisten und direkt am Patienten lernen. Ein Anspruch, an dem ein Land wie Südtirol von vorneherein zum Scheitern verurteilt ist?

„Das Bozner Krankenhaus ist ein regionales Haus, wo keine Forschung und keine Lehre gemacht werden“, gibt Gänsbacher zu bedenken. „Die Bozner Prima-

re jetzt einfach zu Universitätsprofessoren zu ernennen, wäre der falsche Schritt. Er warnt davor, bestimmten Primaren mittels politischer Entscheidungen zu einem billigen Professorentitel zu verhelfen. „Nur wer die internationalen Kriterien für eine

Hochschulprofessur erfüllt, sollte dieses Amt ausfüllen.“ Freilich, sagt Gänsbacher, es ist alles möglich. Die Frage aber sei, was man produziere: bessere Krankenpfleger mit Dokortitel? Worin liegen die Perspektiven

der Medical-School-Abgänger, werden sie wettbewerbsfähig sein?

Forsergeist verbreiten und die Studierenden mit Frontberichten über den neuesten Stand ihres Gebietes faszinieren – das sind mitunter die Aufgaben der Professoren. Die Ausbildung, so Gänsbacher, müsse so sein, dass die künftigen Ärzte das neueste Wissen in der Praxis anwenden, sich um Drittmittel bewerben und in internationalen Zeitschriften publizieren können. „Ihre Karriere sollte durch eine gute Ausbildung garantiert sein.“

„Die Bozner Primare zu Uniprofessoren zu ernennen, wäre der falsche Schritt.“

Bernd Gänsbacher, Krebsforscher in München

Karriere machen kann ein Mediziner in Südtirol im Moment nicht. Und wieso aber sollte er nach einer erfolgreichen Karriere im Ausland nach Südtirol zurückkehren? „Heim kommen jene, die nicht mehr erfolgreich sind“, ist der Sarntheiner Mediziner überzeugt. Ein Blick auf die Südtiroler Ärzteschaft gibt ihm Recht. Koryphäen à la Königsrainer, Mediziner von Rang also, unbestritten in ihrem Fach, hat das Land viele hervorgebracht (siehe Infokästen S. 38 bis S. 41). Norbert Pallua etwa zählt zu den führenden Kapazitäten der Plastischen Chirurgie. Der gebürtige Brunecker ist heute Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie, Hand- und Verbrennungschirurgie am Uniklinikum Aachen, die Patienten pilgern gar aus Russland, Saudi-Arabien und den USA zu ihm. Zu seinen Schwerpunkten zählt unter anderem die Wiederherstellungschirurgie des Kopf-Hals-Bereiches; hier entwickelte er eine neue Methode, die es ermöglicht, nach Tumoroperationen und schweren Verbrennungen ganze Gesichtshälften zu rekonstruieren.

Oder Dietger Niederwieser, Jahrgang 1952, Medizinprofessor und Leiter der Abteilung Hämatologie und Onkologie an der Uniklinik Leipzig. In der Knochenmarks- und Stammzellentransplantation setzte er neue Akzente, mit der Immuntherapie ging er neue Wege in der Krebsbekämpfung. Unter anderem entwickelte er in seiner Innsbrucker Zeit ein neues technisches Verfahren (die allogene

Kaffee aus Völs am Schlern

FAIRTRADE

Jetzt im Fachhandel erhältlich

CAROMA
— mmhh Caffè —



Foto: Alexander Alber

Florian Demetz, Jahrgang 1966, ging nach dem Studium in Innsbruck nach München. Bleiben wollte er ein Jahr, geworden sind es 13. Er wurde Facharzt für Intensiv- und Notfallmedizin; seine Arbeit führte ihn an die Harvard Medical School in Boston, das Imperial College in London. Seit einem Jahr ist er der **erste Klinikdirektor der Notfallklinik im Klinikum Ingolstadt**. In seiner Freizeit begleitet er das Symphonieorchester des Bayerischen Rundfunks als Arzt auf Reisen, er ist ärztlicher Leiter des Südtiroler Bergrettungsdienstes.



Foto: Archiv

Clemens Scherzer, 42, studierte Medizin in Wien und absolvierte seine Ausbildung zum Facharzt der **Neurologie** an der renommierten Emory University in Atlanta. Anschließend wurde er an die **Harvard Medical School in Boston** berufen, wo er 2004 das „Laboratory for Neurogenomics“ gründete. Gleichzeitig ist er Co-Direktor des Biomarker-Program am Harvard NeuroDiscovery Center. In seiner klinischen Tätigkeit ist er Oberarzt und Parkinson-Spezialist am „Brigham & Women’s Hospital“ und Massachusetts General Hospital.

nicht vorstellen. Für Südtirol könnte er sich eine bestimmte Form von Spitzenmedizin“ durchaus vorstellen: „Äpfel und Tourismus können auf lange Sicht nicht die einzige Zukunft des Landes sein.“

Ob Königsrainer, Gänsbacher oder Marth – die Liste der erfolgreichen Südtiroler Mediziner im Ausland ist lang. Sie ließe sich fortsetzen mit Bernhard Spechtenhauser, Jahrgang 1962, seit 2004 Leiter der chirurgischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses Kufstein, Ulrich Mahlknecht, Jahrgang 1967, Professor für Immun- und Gentherapie am Uniklinikum des Saarlandes in Homburg, mit Leopold Saltuari, Jahrgang 1951, Leiter der Abteilung Neurologie am Landeskrankenhaus Hochzirl in Tirol, Andreas Greiner, stellvertretender Klinikdirektor und leitender Oberarzt an der Klinik für Gefäßchirurgie am Uniklinikum Aachen – oder aber auch mit Markus Paulmichl.

Mit 29 Jahren war der Meraner bereits Uniprofessor an der medizinischen Fakultät Innsbruck. Nach Forschungs- und Arbeitsaufenthalten in den USA und Italien ist der 53-Jährige heute Leiter des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) Salzburg. Jener Uni, die Zerzer & Co. als Parademodell für die Südtiroler Medical School vorschwebt.

Paulmichl ist „glühender Verfechter“ des Projektes, bereits vor zehn Jahren drängte er Landeshauptmann Luis Durnwalder, eine Medizinerbildungsstätte in Südtirol zu errichten. „Leider hat man sich in Vergangenheit nie so recht an ein Projekt herangewagt“, sagt der Mediziner heute. Er ist überzeugt, dass dieses die Krankenversorgung im Lande enorm verbessern würde. Allerdings nur dann, wenn besagte Medizinuni „komplett vor Ort“ errichtet wird und nicht im Verbund mit anderen Unikliniken. „Die Vorklinik ist zwar teuer und fachlich am intensivsten. Der Mehrwert jedoch entsteht nur dort, wo man auch die Aktivitäten hat und wo man investiert“, sagt Paulmichl.

Und während Bernd Gänsbacher gerade in den universitären Grundfesten Klinik-Lehre-Forschung für eine Südtiroler Medical School schwarz sieht, bewertet Paulmichl die Ausgangssituation durchaus vorteilhaft. Es gäbe ja schon einige

Stammzellentherapie), durch welches der Kreis der Knochenmarkspender wesentlich erweitert werden kann.

Eine Koryphäe auf seinem Gebiet ist auch Helmut Gadner. Der Kinderfacharzt war dreißig Jahre lang Direktor des Kinderspitals St. Anna in Wien, im vergangenen Jahr ging der Siebzigjährige in Pension. Dank ihm und seiner Forschung überleben heute rund 70 Prozent aller an Leukämie und anderen Krebsarten erkrankten Kinder. 1980, als er ans St. Anna berufen wurde, waren es 20 bis 30 Prozent. Die Tätigkeiten des St. Anna-Kinderspitals hat er weit über die Landesgrenzen hinaus bekannt gemacht.

Einen Namen gemacht hat sich auch der Meraner Christian Marth. Der 52-Jährige hat sich auf gynäkologische Tumorthherapie spezialisiert und war unter anderem in den USA, Italien und in Oslo tätig. Mehr als 300 Fachartikel hat er in wissenschaftlichen Journalen veröffent-

„In Südtirol hat man immer das Gefühl, dass die Politik sehr dominant ist.“

Markus Paulmichl, Paracelsus Medizinuni Salzburg

licht und zahlreiche internationale Preise für seine Publikationen erlangt. Seit zehn Jahren ist er Direktor der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Innsbruck.

Das Problem des Südtiroler Gesundheitswesens sei, so sagt er, „die fehlende akademische Verknüpfung“. Freilich, es werde im Lande gute Versorgungsmedizin gemacht. Wolle man aber bestimmte Mediziner im Lande haben, müsse man auch bestimmte akademische Entwicklungen ermöglichen. Sein eigenes Mediziner-Dasein könne er sich ohne Forschung



Foto: Alexander Auer

Markus Paulmichl, Jahrgang 1958, war bereits mit 29 Universitätsprofessor an der Medizinischen Fakultät in Innsbruck. Nach sieben Jahren wechselte der Meraner an die Mayo-Klinik in **Rochester/USA**. Zweieinhalb Jahre später folgte er dem Ruf nach Innsbruck, wo er die Leitung der Arbeitsgruppe für Molekularphysiologie übernahm. 2000 wechselte er nach **Mailand** als Ordinarius der Abteilung Biomolecular Sciences and Biotechnology, 2007 dann nach **Salzburg** an die medizinische Privatuni (PMU). Dort baute er das **Institut für Pharmakologie und Toxikologie** auf.

Primare „mit Universitätsprofessoreniveau“ und gut ausgerüstete Krankenhausabteilungen, die Forschung müsse man sicher intensivieren. Der Rest werde sich im Laufe der Zeit entwickeln. Eine gute Strategie, so der Mediziner, wäre, wenn die Politik zwar die Rahmenbedingungen schafft, den Rest jedoch jene ausarbeiten lässt, die von der Sache etwas verstehen. „In Südtirol hat man immer das Gefühl, dass die Politik sehr dominant ist.“ Der Sache selbst sei das nicht immer dienlich.

Allein steht Südtirol mit seiner Diskussion rund um die Mediziner Ausbildung nicht da, weltweit wird sie debattiert. Schon lange gilt sie als zu kopflastig und alltagsfern. Es soll eine Balance gefunden werden zwischen wissenschaftlichem Anspruch und der Notwendigkeit, Mediziner für die Hausarztpraxen auszubilden. Zerzer & Co. wollen genau hier ansetzen, für eine Medical School will er die Versorgungsforschung entdecken. Das ist die „wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Dienstleistungen unter Alltagsbedin-

gungen“. Ob diese Art der Forschung dem Anspruch einer Uni genügen wird? „Wir wollen Forschung zu einem machbaren Preis machen“, sagt Zerzer. „Und dass die Versorgungsqualität der Patienten verbessert wird.“

Für Adolf Engl steht und fällt eine Medical School im Lande mit dem Studienaufbau und dem entsprechenden Lehrpersonal. Dass man damit dem drohenden Ärztemangel vorbeugen kann, bezweifelt er. Der Brixner Allgemeinmediziner und Präsident der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin plädiert dafür, die Facharztausbildung im Lande selbst zu verbessern und aufzuwerten. Freilich, eine eigene Mediziner-Ausbildung wäre eine große Chance. Allerdings nur, wenn sie auch wirklich dem wissenschaftlichen, universitären Niveau entspricht – „und hier“, sagt Engl, „sind Zweifel sicher berechtigt“. Eine wichtige Rolle für das Projekt sieht der Basisarzt jedoch für die Allgemeinmedizin und die starke Patientenorientierung von Beginn des Studiums an. Gute Ärzte sind schließlich mehr als Naturwissenschaftler. Zerzer selbst sagt, man wolle „Akzente set-

zen“, aber auch mit den Füßen am Boden bleiben. Anderes wird ihm und allen anderen Medical-School-Befürwortern vorerst auch nicht übrig bleiben. Bevor das Projekt kein grünes Licht von Rom erhält, muss das Konzept in der Schublade liegen bleiben. Aufgrund der Gelmini-Reform darf in Italien eigentlich keine weitere medizinische Fakultät errichtet werden. Ressortchef Florian Zerzer gibt sich allerdings zuversichtlich. „Man hat uns zu verstehen gegeben, dass man dem Projekt positiv gegenübersteht.“ Wann man aber starten kann, steht mehr oder weniger noch in den Sternen.

Lukas Prantl hat die Diskussion um das hehre Projekt Medical School nur am Rande mitverfolgt. Irgendwann, sagt er, sei man doch weit weg von der alten Heimat, er sagt: „Ich bin mittlerweile mehr Europa- als Südtirol-aktiv.“ Ob ihn ein solches Projekt nach Südtirol zurücklocken würde? „In Form einer Kooperation mit meiner derzeitigen Stellung vielleicht“, antwortet Prantl.

Vor etwa zwei Jahren statteten ihm und der Uniklinik Regensburg einige Südtiroler Vertreter aus Politik und Sanität einen Besuch ab – um mögliche Kooperationen abzuklären. Geworden ist daraus nichts. Innsbruck, so hieß es, sei politisch eben doch der wichtigere Partner. Prantl, der Chirurg, meint: „Bei so einem Projekt sollten doch nicht politische Gründe die Hauptrolle spielen, sondern allein die Qualität.“

Alexandra Aschbacher

Kaffee aus
Völs am Schlern

VERA

Jetzt im Fachhandel
erhältlich

CAROMA
— mmmh Caffè —