



Der DOG-Präsident 2014/2015, Karl Ulrich Bartz-Schmidt/Tübingen (B-S), initiierte 2014 das „ophthalmologische Zeitzeugenprogramm“, dessen Ziel es ist, Bild- und Tondokumente von Persönlichkeiten der Augenheilkunde herzustellen und zu bewahren. Das erste Interview dieser Reihe – geplant sind weitere Interviews in den kommenden Jahren - fand am 31. Januar 2015 in der Universitäts-Augenklinik Erlangen mit Prof. Dr. Gottfried Otto Helmut Naumann (Nau) statt. Interviewer war Jens Martin Rohrbach/Tübingen (Ro). Die Aufnahme erfolgte durch die Firma Lorenz aus München, seitens der Universitäts-Augenklinik Erlangen war Herr Prof. Dr. Antonio Bergua behilflich. Das Interview dauerte etwa 3 Stunden. Es findet sich auf der Homepage der DOG. Nachfolgend wird der Interview-Text etwas gekürzt und mit einigen inhaltlichen und stilistischen Änderungen versehen wiedergegeben. Dieser Text und das Interview sind daher nicht deckungsgleich.

Zur Vita von Prof. Naumann sei im Übrigen hingewiesen auf

CV Gottfried OH Naumann-vision.research.de

Einleitung

B-S: Lieber Herr Professor Naumann, es ist mir eine besondere Freude und eine besondere Ehre, mit Ihnen die Serie „Interviews mit Zeitzeugen“ für den Internet-Auftritt der DOG einleiten zu können. Ganz kurz zur Motivation: Von bedeutenden Ophthalmologen haben wir Publikationen, wir haben Schriften, aber was mir immer schon gefehlt hat, waren lebendige Dokumente mit Bild und Ton, und das ist die Motivation dafür, diese Interviews mit Zeitzeugen zu beginnen, und ich danke Ihnen sehr, dass Sie sich dafür heute auch bereitgefunden haben. G.O.H. Naumann muss man eigentlich nicht mehr in der deutschen Ophthalmologie vorstellen. Sie haben etwas geleistet, was beispielhaft für alle jungen Ophthalmologen sein kann. Sie sind nicht nur Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse, Sie haben internationale Anerkennung gefunden mit der Mackenzie-, Krawicz-, Bowman-, Gonin- und Zimmerman-Medaille. 1996 wurde Ihnen vor allem auch die Albrecht von Graefe-Medaille als höchste Auszeichnung der DOG verliehen. Gerade im Moment wird ja wieder ein neuer Kandidat gesucht.

Darüber hinaus muss man zu Ihrer Vita noch sagen, Sie waren nicht Präsident der DOG. Das muss man erklären, denn Sie waren von 1996 bis 1998 Präsident des European Board of Ophthalmology und gleich 1998-2006 Präsident des ICO, des International Council of Ophthalmology, also des Weltverbandes der über 100 wissenschaftlichen Gesellschaften der



Ophthalmologen. Und es ist eine ganz besondere Ehre und Freude, mit Ihnen heute das Interview führen zu dürfen. Das Interview wird Ihr Nachfolger im Amt in Tübingen, der Leiter unseres ophthalmopathologischen Labors, Herr Prof. Rohrbach mit Ihnen führen, und er ist ja nicht nur Ophthalmologe, Ophthalmopathologe, sondern auch Medizinhistoriker, und es ist eine besondere Freude für mich, dass Prof. Rohrbach jetzt dieses Interview mit Ihnen führen wird.

Nau: Herr Präsident, danke für Ihre freundlichen Worte. Vielleicht eine kleine Anmerkung. Wir sind Kollegen. Wenn Sie mich mit „Professor“ titulieren, dann muss ich Sie mit „Präsident“ anreden. Wenn Sie einverstanden sind, können wir uns die Titel in unserem Gespräch ersparen.

B-S: Danke, ja. Sie waren für mich immer Prof. Naumann. Aber ich füge mich, okay.

Nau: Sie haben das neue Konzept dieser oralen Historie vorgestellt. Es leuchtet mir ein. Herr Rohrbach als Gesprächspartner ist mir sympathisch, weil wir die Leidenschaft für die Ophthalmopathologie teilen.

Die Ophthalmopathologie gilt als eine klinische Subspezialität unseres Faches, essentiell nicht nur für die Qualitätssicherung, sondern auch mitverantwortlich für die Einheit unseres Faches Augenheilkunde. Sie sollte als Schlüsselkompetenz in jeder Augenklinik präsent sein, die Augenärzte ausbildet. Zahlreiche Weggefährten, mit denen ich über Jahrzehnte zusammen gearbeitet habe, sind unvergessen (siehe die Publikationslisten). Hoffentlich war die gemeinsame Arbeit nicht nur Mühe, sondern für alle Freude!

Ro: Lieber Herr Naumann, auch mir ist es eine ganz besondere Freude, heute hier sein zu dürfen. Wir schreiben den 31. Januar 2015. Wir sind in der Erlanger Augenklinik. Das Zeitzeugen-Interview ist eine neue Serie, die Idee kam von Herrn Bartz-Schmidt. Mit Ihnen wollen wir beginnen. Ich bin ja auch in gewisser Weise ein Naumann-Schüler, denn ich habe 1978 Augenheilkunde in Tübingen bei einem gewissen Naumann gehört, und das war eine sehr, sehr schöne und lebhaftes Vorlesung. Ich denke heute noch, dass das ein ganz wesentlicher Aspekt war, warum ich später dann in die Augenheilkunde gegangen bin.

Nau: Sie haben es auch nie bereut?

Ro: Nie bereut, wobei ich nicht ein Ophthalmologe „durch und durch“ war. Ich hätte mir auch andere Fächer vorstellen können, aber ich habe es nie bereut, Augenarzt geworden zu sein, und das ist auch wesentlich Ihr Verdienst. Wir wollen in dieser Serie Sie vor allen Dingen als Ophthalmologen vorstellen, als Wissenschaftler, aber auch als Mensch. Und deswegen wäre eigentlich die erste Frage, was war so Ihr familiärer Hintergrund, und wie sind Sie überhaupt



in die Augenheilkunde gekommen?

Familie, Studium, Flucht, Internship in den USA

Nau: Als Kind wollte ich zuerst Bäcker und Bauer werden, später Steiger im Bergarbeiterdorf Rödlitz. Aber dann, als ich kurz vor dem Abitur mit 17 Jahren mir ernsthaft Gedanken machen mußte, wählte ich Nr. 1 Medizin und Nr. 2 Chemie. In unserer Familie gab es eher Theologen. Beide Großväter waren evangelische Theologen. Fünf Onkel sind Pastoren. Auch mein Vater hat zwei Semester Theologie studiert, bevor er in die Medizin wechselte. Er hat eine Doktorarbeit in der Kinderheilkunde geschrieben in Marburg, die preisgekrönt wurde, so dass er auf einem guten Weg schien, seine akademischen Interessen zu pflegen und fortzuführen. Es kam dann anders. Sein Chef Freudenberg sollte sich 1938 aus politischen Gründen von seiner Frau trennen. Mein Vater hat darauf spontan eine Unterschriftensammlung für seinen Chef gestartet. Zur Strafe musste er als Dienstverpflichteter nach Sachsen ins Erzgebirge gehen in den dreitausend Seelen-Ort Rödlitz, den man kaum auf einer Landkarte findet. Ich war drei Jahre alt. Als Landarzt machte er viele Hausbesuche, war auch regelmäßig nachts unterwegs mit Arbeitsunfällen, Geburtshilfe, kleinerer Chirurgie, Tag und Nacht ohne organisierte Dienstbefreiung und dergleichen. Er hat sich nie beklagt. Er war immer der Meinung, dass er wesentliche Aufgaben erfüllt und ist mir bis heute Vorbild für ärztliche Haltung. Später, in der Studienzeit in Leipzig, 1952-1957, hatte ich Gelegenheit, hervorragende Lehrer der vorklinischen und der klinischen Medizin zu hören. Alle Professoren mussten ihr Fach vertreten ohne neuere Lehrbücher. Herausragend waren für mich der Anatom Alverdes und der Pathologe Bredt, später in Mainz, der die Pathologie geradezu offensiv als Basisdisziplin der klinischen Medizin vertrat. Er pflegte zu sagen: „Glauben Sie nicht denjenigen, die die Meinung vertreten, dass das Leben ein amorpher Brei sei. Das Normale und das Krankhafte haben je eine eigene Gestalt. Und die Pathologie ist das Schlüsselfach, frei nach Osler, William Osler: „Die Praxis der Medizin ist eine Kunst, die auf Wissenschaft beruhen sollte“. Und für mich waren die Zeugen der Wissenschaft der Pathologe Bredt und der Internist Max Bürger.

Nach dem Examen ging ich zunächst nach Erlabrunn im Erzgebirge ins Wismut-Krankenhaus bei Johann-Georgenstadt, blieb dort aber nur acht Monate und verließ dann die DDR. Ich verbrachte einige Wochen im Flüchtlingslager in Gießen und machte Nachtwachen für zehn DM pro Nacht. Vom Krankenhaus Rheiderland Weener / Ostfriesland wurde mir eine Stelle für 300 DM auf die Hand und freie Station und Verpflegung angeboten.



Es stellte sich heraus, ich war der einzige in diesem 100 Betten-Krankenhaus:
Medizinalassistent, Stationsarzt, Oberarzt und Chefvertreter mit Dauerdienst Tag und Nacht.

Schon in Leipzig hatte ich von der VENTNOR FOUNDATION gehört. Das Ehepaar Hilton und Catherine Read aus Ventnor bei Atlantic City, USA, hat eine philanthropische Stiftung eingerichtet. In der Praxis handelte es sich um ein Programm, deutsche oder deutschsprachige Ärzte für eine sogenannte „Rotating Internship“ an die Ostküste der USA in die kleinen Krankenhäuser zum beiderseitigen Vorteil zu bringen. In diesen Zeiten des Ärztemangels in den USA, bei gleichzeitigem Ärzteüberschuss bei uns, fanden sich in dem Programm im Laufe von Jahren über 5.500 interessierte junge Ärzte! Die Reisekosten wurden samt Taschengeld von der Stiftung vorfinanziert. Auch heute noch findet man in Deutschland überall Readbrüder, die sich zu diesem Programm begeistert bekennen. Mein Englisch bestand aus 20 Lektionen im Selbstunterricht, als ich mich bewarb. Im deutschsprachigen Teil kompensierte ich mit aktiver Beteiligung. 20 Leute in einem Raum, Frau Dr. Albrecht als Interviewerin in der Mitte. Ich verdrückte mich beim Englischtest zeitweise unauffällig in die hinteren Reihen und signalisierte mit heftigem Kopfnicken, dass ich alles verstanden hatte. Wider Erwarten wurde ich dann tatsächlich in dieses Programm aufgenommen – 150 Bewerber, natürlich „Westdeutsche“, 75 ausgewählte – so dass ich zu meiner großen Freude sechs Monate später, nachdem ich aus der Sowjetzone, der DDR, entkommen war, in Plainfield/New Jersey in einem Belegkrankenhaus, dem Muhlenberg Hospital, - 500 Betten, 500 Belegärzte - einen Querschnitt durch die damalige Medizin erlebte. Und sehr rasch Englisch lernen musste! Denn nach sechs Wochen war Dienst, nur jede zweite Nacht durften wir schlafen. Aber immerhin, da lernte ich Innere Medizin in ihren typischen Aspekten. Der einzige Respirator z.B. versorgte einen 90jährigen Patienten mit Schlaganfall. Und dann kam ein 20jähriger Mann mit Atemstillstand nach einem Unfall zur Aufnahme. Der Respirator hatte den Zustand des Alten nicht gebessert und wir Interns teilten ihn dem Jungen zu. Zeit zum Überlegen gab es nicht. Es folgten am nächsten Morgen aber große Diskussionen. „We need new rules, wie machen wir das bloß?“

Einer der 500 Belegärzte, ein Augenarzt, suchte gerade einen OP-Assistenten für seine Staroperationen. Mit einem elektrischen Augenspiegel tat sich mir eine neue Welt hinter der schwarzen Pupille auf! Das faszinierte mich sofort und lenkte meine Aufmerksamkeit auf neue Welten.

Mein Freund Albrecht Kühn aus Leipzig war ein halbes Jahr später in das gleiche Programm nach Plainfield / New Jersey gekommen. Wir wollten nach der anstrengenden Rotating Internship die Rückreise nicht von den USA direkt nach Europa, sondern westwärts über



Japan, Indien usw. antreten. Wir meinten, dass unser Intern-Salär von 75 Dollar im Monat ausreichen müsste! Aber es war einfach zu wenig, selbst wenn wir versuchten, in Krankenhäusern Nachtdienste zu machen mit Krankengeschichtenschreiben.

Da bot sich ein alternatives Reiseziel. Ein Freund meiner Eltern lebte mit Familie in Filadelfia / Paraguay, ein Dr. Gerd Dollinger. Er betreute dort als Missionsarzt eine deutschsprachige Kolonie von 30.000 Mennoniten. Er war gleichzeitig deutscher Konsul für die deutsche Schule. Wir verbrachten viele Stunden mit ihm und lauschten seinen Erzählungen: Wie unter schwierigsten Umständen Mennoniten von Katharina der Großen von Preußen nach Russland gelockt worden waren. Jahrhunderte später vor den Bolschewiken flüchteten, für nur zehn Jahre nach Kanada. Sie zogen von dort geschlossen weiter, weil Steuern und Wehrdienst geleistet werden mussten, den sie aus religiösen Gründen verweigerten. In Paraguay machten sie die sprichwörtliche Wildnis erneut fruchtbar im Chaco. Ich bleibe beeindruckt von der Leistung dieser deutschen Kolonie. Jahrzehnte später saß ich neben einem Kollegen mit deutschem Akzent in einer WHO-Sitzung in Genf. Es stellte sich heraus, dass er aus Filadelfia im Chaco von Paraguay kam! Es ist inzwischen eine prosperierende Gegend mit voller Verkehrsanbindung.

Die nicht luxuriöse Reise durch Mittel- und Südamerika war eigentlich Ersatz für eine ursprünglich geplante „Weltreise“. Sie öffnete uns die Augen für die extreme Armut und schwere Krankheiten, die wir so nicht erwartet hatten. Da war zum Beispiel die grassierende Onchocerkose. Sie ist übrigens heute noch eine verbreitete Blindheitsursache in Guatemala. Zufällig trafen wir in einem Gesundheitsamt im Februar 1961 in Guatemala-City eine Kommission der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter deren Chef Henderson, der eine Weile auch verantwortlich war für die Ausrottung der Pocken. (Henderson erhielt 1976 den Ernst-Jung-Preis für Medizin in Hamburg für die komplette Ausrottung der Pocken. Die zweite Hälfte des Preises erhielt mein Lehrer Zimmerman). Henderson sprach uns an: „You are Germans? You like to come along with us? We are going to a coffee plantation where they have a lot of onchocercosis“. Das war eine völlig unerwartete Gelegenheit. Da standen auf einer Wiese Riesenwaschkörbe und wartende Patienten mit kahlrasiertem Kopf. Hilfspersonal wie Friseur entfernten diese walnußgroßen subkutanen Onchocerkoseknoten mit einem Schlitz in die Haut und dann mit dem Daumen den Inhalt so raus luxiert und in die Waschkörbe rein. Dieses Verfahren galt damals als einzige Möglichkeit, die Gefahr der Erblindung zu minimieren. Heute ist das offizielle WHO-Onchocerkoseprogramm eines der Musterprogramme für die erfolgreiche Prävention der vermeidbaren Blindheit neben Trachom und Vitamin-A-Mangel. In Quito zeigte man uns in einem regionalen Krankenhaus



floride Diphtherie und Pocken zu sehen an Fußsohlen und Händen. Die Kollegen in Quito warnten uns, wir bräuchten deren landestypischen Impfstoff! Später sahen wir in Peru die Vitamin- A-Mangel-, auch Masern-Keratitis, eine außerordentlich schwere, zur Erblindung führende Erkrankung.

Ro: Vielleicht darf ich noch mal ganz kurz ergänzen. Sie sind Jahrgang 1935, Sie werden demnächst 80. Jeder denkt natürlich Naumann ist ein Sachse, weil Sie so sympathisch sächsisch sprechen, aber Sie sind gebürtiger

Nau: Ich wage es kaum zu sagen.

Ro: Deswegen frage ich!

Nau: Ich bin in Hessen geboren, der Heimat meiner Mutter. Mein Vater, ein Sachse, war nach seiner Doktorarbeit in Marburg zunächst internistischer Assistent in Wiesbaden.

Ro: Also Sie sind gebürtiger Wiesbadener, das wollen wir doch nochmal festhalten und vielleicht interessiert es die Zuhörer auch, wie sind Sie damals geflohen? Einfach über die grüne Grenze mit zwei Koffern? Damals war ja die Mauer noch nicht da oder der Grenzzaun, wie ging das? Können Sie uns das vielleicht noch erzählen?

Nau: Die Familie hatte handfeste Gründe. Ein Bruder sollte sich 1958 vier Jahre zur Nationalen Volksarmee verpflichten, um zum Abitur zugelassen zu werden. Alle jüngeren Geschwister durften nicht zur höheren Schule. Das war der Moment, wo meine Eltern sagten, wenn es jetzt anfängt, dass auch die Kinder sich nicht entfalten können, dann müssen wir gehen. Ich gehörte damals als Ältester schon zum Familienrat. Es wurden kurz entschlossen Vorbereitungen getroffen, dass die Eltern mit den Geschwistern angeblich an die Ostsee fahren. Stop in Ostberlin, und in Ostberlin ohne Gepäck in die U-Bahn, um nach Westberlin umzusteigen. Dann mit dem Flieger nach Hannover, dann weiter nach Gießen.

Ich blieb zunächst in Erlabrunn zurück. Ich hatte allerdings nicht erwartet, dass es so schnell bekannt wurde, dass meine Familie geflüchtet war. Ich war ein junges Bürschlein von 22 Jahren, hatte gewisse Narrenfreiheit, wenn ich versuchte, den trockenen Betrieb ein bisschen aufzuhellen mit dummen Scherzen. Am nächsten Morgen um 7 h war der Chefarzt M. aber überhaupt nicht fröhlich aufgelegt. „Naumann, Ihre Familie hat das Verbrechen der Republikflucht begangen“. Ich parierte sofort im O-Ton: „Herr Chefarzt, ich bin genauso erschüttert wie Sie. Ich stehe fest auf dem Boden des Arbeiter- und Bauernstaates. Ich wusste von nichts.“ Es ging um meinen Kragen. Und dann hat er mir aber nicht den Personalausweis weggenommen, so dass ich heute nicht ausschließe, dass er mir eine Chance geben wollte.



Ein anderer Freund half mir akut weiter. Als Slawistik-Student hatte er eine Seminargruppenreise nach Moskau und Leningrad organisiert und noch zwei freie Plätze. „Wir werden vielleicht nie wieder Gelegenheit haben, das sowjetische Imperium zu sehen“. So sind wir ohne Kontrollen nach Ostberlin gekommen. Ich besuchte gleich meinen Onkel in Westberlin, den Archäologen Carl Weickert. Er schalt mich aus: „Sowas darf man nicht machen. Wenn die Familie geht, musst du gleich mitgehen“. Ich aber hatte die „Schnapsidee“, ein bisschen Meissner Porzellan von meiner Großmutter, vielleicht das eine oder andere Buch und das Mikroskop aus der Praxis meines Vaters zu retten. „Und darauf wollen wir dann mal ein Glas Kirsch trinken“ leitete mein Onkel über zum gemütlichen Teil des Abends. Er schob erleichtert ein Buch beiseite, angelte sich zwei Gläser und füllte sie mit Kirsch. Kaum hatte ich mir Mut angetrunken, argumentierte ich verwegen: „Weißt Du, die Moskau-Tour kommt ja auch auf dem Rückweg wieder über Ostberlin, das nehme ich noch mit“. Dann kam ich noch ein zweites Mal zu ihm.

Von Westberlin ging es per Flugzeug nach Hannover und dann per Anhalter nach Gießen. Im Flüchtlingslager in Gießen wurde ich vom Verfassungsschutz intensiv interviewt wegen des Wismut-Krankenhauses, meiner letzten Arbeitsstelle. Es war apparativ sehr gut eingerichtet. Die Ärzte kamen zum Teil aus dem Westen und bekamen das Gehalt nicht in Ost- sondern in Westmark. Die sowjetische Besatzungsmacht versuchte, die Berufskrankheiten des Uranbergbaus zu kompensieren. Die Patienten bekamen beste Pflege, medizinische Betreuung und Ernährung. Das sowjetische Atomprogramm hing von der Urangewinnung im Erzgebirge ab!

Ro: Das ist sehr interessant, das ist gut, dass wir das noch mal gehört haben. Aber wissen Sie, wie der Augenarzt in den USA hieß, der Ihnen den Augenspiegel und den Augenhintergrund sozusagen eröffnet hatte? Denn der war ja wohl der entscheidende gewesen?

Nau: Richtig, das war George Lane.

Ro: George Lane, das müssen wir uns merken, dem Mann sind wir dankbar.

Bewerbungen, Hamburg

Nau: Ich bin ihm auch dankbar. Ich habe leider den Kontakt zu ihm verloren. Nach dem Ende meiner Internship in Plainfield ging ich zwischenzeitlich nach Philadelphia in die Pathologie, während ich auf das Ende der Internship meines Freundes wartete. Von dort habe ich mich an allen deutschen, deutschsprachigen Augenkliniken von Bern bis Wien, von



Kiel bis München um eine Assistentenstelle beworben. Von fast allen wurde ich zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen. „Wir suchen einen Pathologen, und wir suchen einen der Englisch spricht, und Sie sind einer der wenigen, der in Amerika war“. Dann bin ich zunächst nach München gegangen und wurde freundlich empfangen durch den Chef der Mathildenstr. „Herr Kollege, wir suchen jemanden wie Sie. Was Sie mir noch nicht erklärt haben: Warum in meiner Klinik?“.

Ro: Das war Rohrschneider in München, oder wer war das?

Nau: Den Namen wollte ich in dem Fall nicht sagen. Ich habe ihm aufgezählt, was mir alles in den Sinn kam: also Pinakothek, die alte, Starnberger See ist nah, Garmisch. Und dann war ich schließlich in Meran gelandet, und er wurde zunehmend verstimmt und sagte: „Also, Sie haben mich mit ihren Antworten nicht überzeugt, dass Sie wissen, warum Sie in meiner Klinik arbeiten wollen“. Dann ging ich nach Frankfurt. Ich war beeindruckt von dem Thiel'schen Farb-Atlas. Und dann habe ich aber erlebt, wie er seinen Oberarzt Otto in einer Weise unfreundlich behandelte ...

Ro: Wir reden von Rudolf Thiel.

Nau: Wir reden von Rudolf Thiel. Der Oberarzt hat mir leid getan. Thiel schlug auf eine Klingel, da guckte jemand verängstigt durch die Tür. „Herr Professor?“. „Raus! Stören Sie nicht! Sehen Sie nicht, wie ich mich mit diesem jungen Kollegen über wissenschaftliche Themen wie die Onchozerkose austausche. Das ist mit Ihnen ja völlig unmöglich, Herr Otto“. Nach diesen Erfahrungen habe ich betrübt meinen Freund Peter Lommatzsch in Ostberlin angerufen, den inzwischen alle in Deutschland kennen. Der war mein Kinderfreund, Schulfreund und Studienkollege seit 1938. Inzwischen war er sogar schon Oberarzt in der Universitäts-Augenklinik in der Charité. Sein Vater war praktischer Arzt im benachbarten Hohndorf, die Eltern befreundet. „Peter, ich komm hier nicht klar, weder in München noch in Frankfurt. Was würdest du machen?“ Das war ja noch lange vor dem Fall der Mauer. „Also, wenn Du mich fragst, dann ist für Dich der Sautter geeignet. Das ist ein junger, scharfer Hund, der bändigt Dich vielleicht“.

Ro: Hans Sautter, Schwabe, muss man sagen, Oberarzt in Tübingen bei Stock. Und dann sind Sie zu Sautter gegangen.

Nau: Er galt als pedantischer Chef, das war er auch, aber er war ein gutmütiger Pedant. Kann ein Beispiel erzählen, dass er bei der Visite nach dem Ergebnis der Gesichtsfelduntersuchung fragte. Kennen Sie die Geschichte?

Ro: Nein.



Nau: „Herr Professor, das Gesichtsfeld ist in Ordnung.“ Sautter: „Aber ich möchte das Gesichtsfeld sehen“. „Aber ich sagte schon, das Gesichtsfeld ist in Ordnung“. „Und trotzdem möchte ich das Gesichtsfeld sehen. Zeigen Sie es mal, bitte“. Ich überreichte das Gesichtsfeld. „Ich wusste, dass es völlig wertlos ist. Es fehlt das Datum. Die Korrektur ist nicht drauf. Sie verschwenden meine Zeit.“ Das immer mal wieder in Gegenwart von Patienten. Das war nicht so gut, aber der Punkt, dass die Details wichtig sind, der war für mich nötig. Schon im Vorstellungsgespräch nahm er sich Zeit. „Sie müssen unbedingt das ophthalmopathologische Labor von Stock übernehmen. Der Stock war ein großer Mann auf dem Sektor. Ich wäre dankbar, wenn Sie sich darum kümmern“. 1961-1964 habe ich in diesem völlig unzureichend ausgestatteten Labor gearbeitet, aber schon viele Fälle für das Pathologiebuch gesammelt. Erst nach meiner Rückkehr aus den USA forderte ich, es sei völlig ausgeschlossen, die technische Zubereitung von Paraffinschnitten so weiter zu machen. Ich müsste eine MTA nach Washington schicken, damit sie sich das vor Ort anschaut, wie man aus einem (wegen eines Tumors) enukleierten Auge, einen Paraffinschnitt ohne Falten gewinnt, der als Übersichtspräparat für Spezialfärbungen geeignet ist. Leider haben wir das dann allein finanzieren müssen. Die erste MTA fiel gleich aus.

Ro: Sie haben in der Zwischenzeit geheiratet. Darf ich das fragen?

Nau: Wir haben unseren 50. Hochzeitstag vorigen November gefeiert. Meine Frau war meine beste Kritikerin. Wir haben von Anfang an aus gemeinsamem Interesse bei vielen größeren Publikationen zusammengearbeitet. Meine Frau erbarmte sich und glättete die Texte der Manuskriptstapel auf meinem Nachttisch. In unserer Washingtoner Zeit machte auch sie eine Rotating Internship (ECFMG-Examen von Hamburg aus vornweg), begann in der George Washington University die Ausbildung als Resident der Ophthalmologie – fortgesetzt nach unserer Rückkehr in Hamburg-Barmbek. Vier Geburten in geringem Abstand ließen die „Schielerei“, die noch fehlte, in den Hintergrund treten. Zeit für Praxisvertretungen blieb immer noch. Last but not least stellten wir, nachdem die 10 Jahre Herausgeberzeit bei den „Klinischen Monatsblättern“ abgeschlossen waren, in weiterer, zehnjähriger, mühsamer Arbeit knapp 1.000 klinische Dias aus diversen Vorlesungssammlungen von mir und denjenigen von einigen befreundeten Emeriti (unter deren Namen) ins Internet. Unter der Leitung von Georg Michelson und Robert Machemer lief schon einige Jahre der [www.atlas](http://www.atlas.ofophthalmology.com) of ophthalmology.com in Erlangen, ein kostenloser Bild-Atlas mit Legenden in mehreren Sprachen mit der Gliederung aus der „Pathologie des Auges“. In vielen Kliniken der 3. Welt wird direkt von der Videowand gelehrt. Das ist unser



praktischer Beitrag für die weniger privilegierten Residents der Welt. Der Atlas war kein Projekt des ICO, wurde aber „endorsed“ und in den Ausbildungsprogrammen benutzt.

Armed Forces Institute of Pathology (AFIP), Lorenz E. Zimmerman

Ro: Aber jetzt geht's weiter mit Washington.

Nau: Ja. Ich habe mich 1962 bei Zimmerman beworben und gesagt, ich möchte unbedingt zu einem Postdoc (Fellowship) kommen. Ich käme aber aus der Sowjetzone, und das Armed Forces Institute of Pathology sei ein Armeeinstitut der USA. Ist es überhaupt möglich? Und dann hat Zimmerman sofort geantwortet: „It can be done, but we need to go through the proper channels“. Die Stationen waren Amerikanische Botschaft in Bonn, Deutsche Botschaft in Washington, Secretary of the Army, Surgeon General, Director of Armed Forces Institute of Pathology Joe Blumberg. Er hätte sehr wohl sagen können: „Mit Ihrer Anamnese ist es hoffnungslos“. Ein Großonkel mütterlicherseits, schon vor dem 1. Weltkrieg nach USA ausgewandert, hatte versprochen, die benötigte Empfehlung für die Bewerbung zu schreiben, aber starb eine Woche vorher. Ich hatte ihn einmal besucht. Seine Frau fuhr umgehend zu Zimmerman in das AFIP, um zu erklären: „I want to make sure that you understand that this was a clear situation to recommend his support“. (Das hat Zimmerman wörtlich berichtet).

Ro: Um es nochmal zeitlich einzuordnen: Wann war genau Washington, Zimmerman?

Nau: 1965-1966. Unsere Hochzeitsreise, auf einem leeren Kohlenfrachter mit unserem VW-Käfer im Ballast, ging über Weihnachten 1964 von Hamburg nach Norfolk. Ich war nun Facharzt, meine Frau hatte gerade das ECFMG-Examen gemacht. Sautter: „Ich lege Wert darauf, dass Sie wieder zurückkommen. Ich befürworte den DFG-Antrag nur, wenn Sie die feste Stellenzusage auch einhalten“. Als Gutachter habe ich der DFG später immer empfohlen, dass der Kandidat eine verbindliche Stellenzusage nach der Rückkehr von seiner Heimatinstitution hat. Machen wir mal einen Sprung gleich zur Rückkehr nach Hamburg. Ich hatte mich dann doch in der Zeit in den USA emanzipiert.

Der Empfang in Deutschland nach meiner Rückkehr aus USA war allerdings nicht überschwänglich. Ich durfte auf der Starstation Wimpern schneiden und Tränenwege spülen, weil ich aus der Sicht der Kollegen in Hamburg durch die amerikanische Episode verdorben sei. Also nur, um sich das nochmal auf der Zunge zergehen zu lassen: Ich war von der DFG geschickt! Ähnliches ist vielen Rückkehrern zugestoßen – weltweit! Ich habe mich dann aus Verzweiflung entschlossen, das American Board of Ophthalmology zu machen. Durch



Fürsprache von Lorenz Zimmerman, der mich dem Chef des American Boards, dem Physiologen Francis Adler, persönlich empfohlen hatte, wurde ich zur Prüfung zugelassen. Die AFIP Fellows hatten immer gespottet: „Ihr habt ja kein ordentliches Examen in Deutschland, Ihr macht ja ein kollegiales Gespräch“. Ich gab Kontra: „Gebt mir eine Chance, dann mache ich das Examen“. Die Multiple Choice-Prüfung war in Wiesbaden, US-Army-Hospital. Danach wurde ich zum mündlichen Examen in New York zugelassen, durch sieben verschiedene Schwerpunkte, also Kornea, Linse und Linsenersatz, Neuroophthalmologie, Glaukome, Hornhaut usw. Im Waldorf Astoria-Hotel! Ein plüschiges, luxuriöses Hotel, nicht Ihr und mein Geschmack. Man saß da als verängstigter Kandidat plötzlich vor der Tür eines Prüfers wie Henry Fonda, nicht der Schauspieler, sondern der Spezialist für Optik. Da kam der Hogan vorbei, den ich vom AFIP her kannte. „Fritz, what is the matter? Warum sind Sie so beunruhigt?“ „I am supposed to give my knowledge in optics, and that is lousy“. „Don't worry. All I have in my office are full spheres. I don't bother with cylindric glasses and so on“. Fonda ging tatsächlich gleich freudig medias in res: „You have a German accent. You know everything about optics“. Ich kämpfte um mein Leben und habe ihn enttäuscht. Und dann habe ich das aber zu meiner Verblüffung mit einem blauen Auge bestanden. Sautter hat Adler angeschrieben und gefragt: „Wie hat mein Mitarbeiter abgeschnitten?“ „Your colleague Naumann did actually surprisingly well in all fields except in refraction and optics where he just passed“.

Ro: Sie haben gesagt „Fritz“. Woher und seit wann kommt der Begriff „Fritz“ Naumann?

Nau: Ich schätzte meinen altmodischen Namen nie wirklich. Mein Großvater, nach dem ich benannt wurde, war immerhin Ordinarius für praktische Theologie in Straßburg. Er ist übrigens 1918 von den Franzosen, weil er nicht bereit war, Franzose zu werden, seines Amtes enthoben worden. Udenkbar in unserer Zeit!

Als ich in Plainfield / New Jersey als Intern anfang, war gerade Staff Conference. Da waren zwar nicht alle 500 Belegärzte anwesend, aber 200 mindestens. „We have a new intern in addition to the three other German interns that we are happy to have. His English is still a little weak. I suggest we put him on surgery.“ Und es geschah dann so, dass sie mir mit der Pinzette auf die Hand geklopft haben, wenn ich die Haken nicht optimal zog. Die Langmut der amerikanischen Kollegen habe ich damals schätzen gelernt. Gerade die jüdischen Ärzte haben sich mit mir hingesezt: „Ich weiß genau, wie Sie sich fühlen. Foot, Inches, Unzen: Fürchterlich. Dann die Krankengeschichtsführung, Papierkrieg ohne Ende. Aber wir helfen Ihnen“.



Ro: Dann hat man Sie dort „Fritz“ getauft. Das kommt von Gottfried, Friedrich, Fritz, wahrscheinlich kommt's daher.

Nau: Gottfried. Da war ein Dr. Fitch. Der meinte: „Gottfried is too complicated for us. We call you „Fritz“. Do you agree?“ Ich wusste damals nicht, dass Deutsche im Jargon „Fritz“ hießen, eigentlich der häßliche Deutsche damit gemeint war. Jeder fand das erheiternd bis heute.

Ro: Dann haben wir das auch geklärt, woher „Fritz“ kommt.

Und jetzt kommen wir zurück zu Lorenz Zimmerman. Sie haben schon ein bisschen berichtet. Zimmerman hatte ja auch deutsche Wurzeln, sogar im Schwäbischen, ich glaube aus Horb bei Tübingen kamen seine Vorfahren. Als er 1975 das Dorf seines Vaters besuchte, wurde er mit einer Blaskapelle begrüßt!

Nau: Sein Vater war Deutscher, war vor dem 1. Weltkrieg nach USA ausgewandert, seine Mutter Schweizerin. Zunächst ist mal die Hartnäckigkeit von Zimmerman bewundernswert: wie er sich einsetzte, dass ich als erster ausländischer Postdoc kommen konnte. Er hat mich von Anfang an beeindruckt mit seiner ganz nüchternen, trockenen Beobachtung, die sich in allen Diskussionen bewährte. Seine genuine Wertschätzung von Kritik war einmalig. Ich habe nie erlebt, dass er einem den Mund verbot, etwa mit: „Sie Anfänger, halten Sie den Schnabel, bis wir Sie fragen“. Diese Tonart ist mir ja in Hamburg nicht so selten begegnet. Zimmerman sagte im Gegenteil: „Die Jüngsten sind die, die am wenigsten voreingenommen sind durch die Hälfte der Wahrheit, die wir heute für richtig halten. Ich möchte deren Meinung haben“. Jeder Vortrag oder jedes Poster wurde in der Arbeitsgruppe von 20 Leuten diskutiert. Wenn jemand gar nichts weiter sagte als „Nice lecture“, schnappte er nach Luft: „I want new information. That the lecture is pretty nice I know myself. I expect that you criticise me. Otherwise you don't help me. I expect this as an important part of the education process“. Und wenn dann jemand völlig daneben war, staunte er: „What made you think that?“ Oder „Take this in your hand“. Es war ein histologisches Präparat. „What do you have in your hands“. „That is a slide“. „What else?“. „There is tissue“. „It's true but what tissue precisely do you hold in your hands?“ „I don't know what you mean“. „This is stained tissue. It's a piece of the patient“. Diese Geduld mit den Jungen. Das haben unsere Altvorderen nicht gehabt.

Ro: Ich weiß, ehrlich gesagt, gar nicht, war Zimmerman eigentlich reiner Pathologe oder war er auch Ophthalmologe?

Nau: Zimmerman war ein reiner Pathologe, der aber die Kliniker achtete. Wenn zu wenig klinische Information vorhanden war, hat er nachgefasst. Das AFIP war ein einmaliges



Institut. Die Pathologen der gesamten Welt haben diffizile Fälle zur Konsultation geschickt. Da gab es „Leber“, „Neuro“, „Knochen“, „Tropen“, „Haut“, was haben wir noch, „Zähne“. Es gab alles, und es gab einen Ritus wie man im Institut Konsultationen organisiert. Es gab ein sogenanntes „Consultation-Sheet“. „Asking for consultation soft tissue, neuropathology, parotid gland, mucus ...“. Und dann wurden die Unterlagen zusammen mit dem Präparat zirkuliert.

Ro: Vorbildlich.

Nau: Es war Ehrensache, dass man sich ein Präparat ansah, ehe man durch die Vorgeschichte oder Korrespondenz schon festgelegt war.

Ro: Das wird so schön genannt, wie nannten Sie das?

Nau: Cold slide.

Ro: Cold slide, das finde ich gut. Kalter Schnitt.

Nau: Man muss zunächst allein auf die Morphologie achten. Also dieser Ritus wurde auch eingehalten. „Wenn ihr einen neuen Casus anfasst, wartet nicht auf die klinische Diagnose, die ihr könnt ihr später erfragen“. Später hat Zimmerman dann oft Briefe geschrieben: „We need more clinical information“. Das Äußerste, was er sagen konnte, wenn jemand mit der Diagnose völlig daneben lag, war: „That is a very interesting thought. I just wonder what made you to believe that“?

Und dann muss ich sagen, er war immer auch einer, der Achtung für „den Doktor“ hatte. Die amerikanischen Ophthalmologen machten eine Umfrage in den letzten Jahren, in welchem Rang Zimmerman rangierte unter Ophthalmologen. Sie waren vice versa der Meinung, dass er einer der zehn bedeutendsten Ophthalmologen des letzten Jahrhunderts war. Er hat mich persönlich entscheidend geprägt für meinen beruflichen Weg. Wir hatten bis zu seinem Tode regelmäßigen herzlichen Kontakt mit beiden Zimmermans.

Ro: Haben Sie seine Frau mal kennengelernt?

Nau: Anastasia, oh ja. Ein character auf Englisch, eine herzliche Frau mit beiden Beinen auf der Erde. Sie war Army Nurse und führte ein großes Haus mit sechs oder sieben Kindern aus zwei Ehen von Lorenz und zahlreichen Enkeln.

Ro: Ich habe ein rührendes letztes gemeinsames Bild gesehen. Beide sind innerhalb von 10 Tagen gestorben.

Nau: Ja, so wünscht man es sich.



Die Zimmermans haben alle Fellows regelmäßig privat eingeladen, genauso wie die Reads das gemacht hatten. Sie waren als Gastgeber unübertroffen und hielten es für ihre Pflicht, ihre Wertschätzung für uns auszudrücken.

Unsere Familie hat diese Gastfreundschaft in Erlangen auch versucht zu leben. Dann haben wir uns bemüht, uns in einem „bread and butter- letter“ ordentlich zu bedanken. Ich langweile Sie, wenn ich jetzt ins Detail gehe.

Ro: Sie langweilen uns überhaupt nicht.

Nau: Also die Reads haben wir mal außer der Reihe besucht in Atlantic City. Das war zwei Stunden weg von Plainfield / New Jersey. Als Fosterchildren hatten wir Familienanschluß. Die Reads waren kinderlos und hatten uns alle quasi adoptiert. Und dann wollten wir uns tüchtig bedanken: „We thank you so much for your phantastic hostility“. Da war zunächst mal „Null Echo“. „We are sorry to hear that we showed hostility“. Für mein nicht gelerntes Englisch war host nicht die boshafte Feindschaft, sondern ging zurück auf den „host“, den „Gastgeber“.

Ro: Nun hat ja Zimmerman eine ganze Schule von Ophthalmopathologen begründet. Da waren ja viele berühmte Leute dabei. Können Sie uns ein paar aufzählen?

Nau: Also, ich nenne zunächst meine Freunde. Das wären Ray Font, Myron Yanoff, der mein Englisch betreut hat. Dann der Dick Green, Fred Jakobiec, der Guil de Venecia, Dick Smith. Ben Fine war mir ein geduldiger Ratgeber: „Fritz, you enjoy histopathology and light microscopy and tissue. You can have three things, but not at the same time. Not clinical morphology, histopathology, and electron microscopy. You can choose two of the three, but not more“. Ich nahm diesen Rat an, und habe die Elektronenmikroskopie dann nicht selbst gemacht.

Zimmerman hat mich später weiter empfohlen. Maumenee schrieb mir 1968, sie suchten einen Ophthalmopathologen. „I have no questions, but I like to know about military service“. Ich wusste, dass ich bis zum 35. Lebensjahr noch zum Vietnam-Krieg eingezogen worden wäre. Unsere zweite Tochter war ein viertel Jahr alt. Da entschieden wir uns gegen die Auswanderung nach USA. Maumenee hatte mich über Zimmerman am AFIP kennen gelernt. Das Wilmer-Institut bestand 1968 aus Maumenee und dem Neuroophthalmologen Frank B. Walsh. Zusammen mit dem Neurologen Lindenberg hielten sie jeden Samstag Morgen ein Seminar. Wir haben uns das angehört, es war eine hochinteressante Patientenvorstellung! Die beiden haben sich gegenseitig befragt und das Gespräch genossen. Maumenee kam



regelmäßig zu diesen Sitzungen und skizzierte Pläne, noch mehr Subspezialitäten für klinische Schwerpunkte einzurichten. Das fing damals auch in den USA gerade erst an.

Hamburg, Habilitation

Ro: Wir sind nun wieder in Hamburg, und der junge, dynamische Ophthalmologe Naumann ist dort wieder tätig, auch im Histolabor. Nun haben Sie sich natürlich in Hamburg dann 1968 habilitiert, sind zum leitenden Oberarzt ernannt worden und waren dann, das ist ja kein Geheimnis, letztendlich der Erbauer der neuen Hamburger Augenklinik. Jetzt müssen Sie uns also bitte noch etwas über Ihre Hamburger Zeit erzählen.

Nau: Die neue Hamburger Augenklinik war ausschließlich das Werk von Hans Sautter, der sein ganzes Geschick in die Verhandlungen mit der Politik, dem Senat und den Patienten dazu gelegt hat. Das war sein Werk. Und er war traurig, er hat es mir persönlich übel genommen, dass ich nicht nach Hamburg zurückgekommen bin.

Ro: Aber in Hamburg hat man sich immer erzählt – und ich habe in Hamburg mein Abitur gemacht - die Klinik ist von Naumann geplant worden, sagen wir es so.

Nau: Nur zur Einrichtung war mein Rat gefragt, ja. Hans Sautter konnte auch sehr großzügig sein! Als ich 1972 nach dem Sommerurlaub, dem ersten als leitender Oberarzt, zurückkam, klagte er: „Naumann, es war eine schlimme Zeit ohne Sie. Es ist schön, es ist gut, dass Sie ein bisschen Entlastung für mich schaffen. Ich bin urlaubsreif. Hier habe ich übrigens noch einen Brief für Sie“. In diesem Brief stand die Einladung von Maumenee zur AUPO (American University Professors of Ophthalmology) Visiting Professorship, einer Rundreise mit Gastreferaten durch 18 Universitäts-Augenkliniken – 12 Wochen lang! „Ich bleibe selbstverständlich hier und verzichte darauf“. Worauf er, ohne auch nur eine Sekunde zu zögern, sagte: „Naumann, das machen wir“.

Ro: Zur Habilitation: Sie haben, denke ich mal, ein morphologisches Thema gewählt?

Nau: Das Thema lautete „Nävi der Aderhaut und des Ziliarkörpers“. Im AFIP fanden sich mehrere 100 Schnitte von enukleierten Augen mit melanozytären Naevi. Dazu führten wir weiterhin die von uns im Verlauf beobachteten Hamburger Patienten mit Fotodokumentation auf. Es gab eben auch eine Reihe von enukleierten Augen, die wegen der klinischen Diagnose eines malignen Melanoms entfernt worden waren, aber nur Nävi enthielten. Die ungeklärte, entscheidende Frage war, wie bedeutsam die Sekundärveränderungen über chorioidalen Nävi sind? Sind morphologische Veränderungen der benachbarten Retina und



funktionelle Ausfälle Zeichen von Malignität? Wir konnten zeigen, dass sekundäre Veränderungen allein in der Differentialdiagnose nicht maßgeblich sind.

Ro: Und die Arbeit ist dann publiziert worden, ich glaube in „Documenta“?

Nau: Nein, es waren die „Developments in Ophthalmology“. Das war ein Begräbnis. In den „Transactions der American Academy of Otolaryngology and Ophthalmology“ haben wir über diese Sekundärveränderungen berichtet: Gesichtsfeld, ERG, fokales, dann die sekundären Veränderungen. Ophthalmoskopisches Bild: Lipofuszin, Drusen, Pigmentepithelatrophy und –proliferation usw. Die Tatsache, dass Sekundärveränderungen vorliegen, sagt nichts über die Zytologie. Zimmerman – ich war Erstautor, er war Senior-Autor – hatte zunächst eine CPC (Clinical Pathological Correlation) Kasuistik zu Cogan geschickt. Er war Chairman in Harvard und Herausgeber der Archives of Ophthalmology. Cogan antwortete prompt: „Dear Colleague Zimmerman, we really appreciate your efforts to clarify morphologic entities in our field but you cannot judge the dignity of a melanocytic process in neglecting the functional defects“. Zimmerman explodierte, so hatte ich ihn nur einmal erlebt: „God damned clinical prejudice. They cannot accept that even as clinician you can be mistaken“.

Für Zimmerman war interessanter, warum und wie melanozytäre Nävi durchaus ausgeprägte Effekte auf Choriocapillaris und Pigmentepithel ausüben. Was kommt da zuerst? Ist es nur das Refraktionsskotom durch die Prominenz oder der Ausfall durch den Verlust von Zellen: Rezeptoren, Bipolaren, oder entstehen Ausfälle, dass die Rezeptoren auf der prominenten konvexen Seite nicht mehr senkrecht zum Lichteinfall kommen, sondern schräg. Eine Art Stiles-Crawford- Effekt? Franz Fankhauser hat sich damit näher befasst. Aber wie dem auch sei, es ist Tatsache, dass die Sekundäreffekte für die Differentialdiagnose nicht entscheidend sind.

Am Anfang einer neuen klinischen Beobachtung steht nicht selten eine Kasuistik. Die Kasuistik, die mir am meisten Gänsehaut machte, war die meiner Mutter. Sie hatte einen papillennahen, nasalen, melanozytären Prozess, 3 Papillendurchmesser groß nach nasal, und von dort ausgehend oberhalb der Papille in die Makula hinein eine seröse disciforme Makulaabhebung. Der lokale Augenarzt hatte überlegt, das Auge zu enukleieren. Nur die Sekundärveränderungen waren progredient. Dann habe ich meinen Freund Wessing zu Rate gezogen, den ich von Tübinger Zeiten ja gut kenne. Wir waren uns einig. Der melanozytäre Prozess ist stabil, umschrieben, d.h. benigne. Das kollaterale, disciforme Ödem ging spontan zurück. Wessing kommentierte: „Schade, dass ich das nicht lichtkoaguliert habe. Das hätte sich dann meiner goldenen Hand zuschreiben lassen“.



Tübingen

Ro: Also Kasuistik ist ganz wichtig, da sind wir uns beide übrigens einig. Aber jetzt geht es dann weiter. 1975 kam der Ruf nach Tübingen. War das eigentlich Ihre erste Bewerbung oder hatten Sie sich schon vorher beworben?

Nau: Ich hatte mich nicht in Aachen beworben, aber mein Chef Sautter sagte: „Sie können nicht in Hamburg mein Nachfolger werden, wenn Sie sich nicht vorher anderswo bewährt haben. Eine „Hausberufung“ ist nicht durchzusetzen“.

Ro: Und dann waren Sie fünf Jahre in Tübingen. Es gibt heute noch Anekdoten, aber das wollen wir jetzt nicht vertiefen....

Nau: Schade.

Ro: Also, die Assistenten hatten vor den Visiten schon ein bisschen Bammel, weil es hieß, Du musst alles im Kopf haben. Die Anamnese, den Visus, die Refraktion, Nachblättern in der Akte gilt nicht, ja. Das sind ja wirklich schon Anforderungen gewesen.

Nau: Ich kannte natürlich die Fakten, besonders die von den kritischen Patienten!

Ro: Und dann sind Sie nach fünf Jahren nach Erlangen gegangen. In Tübingen hatte ja damals die Teilung der Lehrstühle nach Heinrich Harms bestanden.

Nau: Es war mir wesentlich, dass ich meine Mitstreiter, die ich von Hamburg mitgebracht hatte, wieder mitnehmen konnte nach Erlangen.

Ro: Die nennen wir jetzt mal.

Nau: Und zwar ist das Hans Völcker, als leitender Oberarzt, später Schriftführer der DOG und Ordinarius in Heidelberg. Er war zu Beginn unserer engen Zusammenarbeit 1973 noch nicht Facharzt.

Ro: Der andere war Klaus Ruprecht.

Nau: Klaus Ruprecht war zwischendurch in der Klinik für Diagnostik in Wiesbaden. Bei einem Besuch in Tübingen sagte er: „Ich würde gerne wieder in die alte Arbeitseinheit zurückkommen“. Das war in Tübingen tatsächlich möglich. Sie sind beide in Tübingen habilitiert ...

Ro: ... und haben auch viel Histologie gemacht. Ich sehe heute noch Befunde von Naumann und Ruprecht, oder Naumann und Völcker. Also, wir leben heute immer noch von Ihren alten



Befunden. Und wie war es dann in Erlangen? Was haben Sie hier vorgefunden, und wie ging es dann in Erlangen weiter?

Nau: Wir sind privat sehr gerne in Tübingen gewesen, das muss man sagen. Man konnte wunderschön wandern und sofort in die schöne Umgebung ausschwärmen ohne große Anfahrt. Das genossen wir nach der Großstadt Hamburg sehr.

Ro: Sie waren ja auch „Enkel“ von Stock, wenn man das mal so sagen darf. Sautter war ja Stock-Schüler, und so sind auch Sie ja sozusagen in der Tübinger Tradition groß geworden.

Nau: Richtig.

Ro: Und haben dann ja auch – das wollen wir nicht vergessen – die „Pathologie des Auges“ nach 10 Jahren Vorlauf 1980 in Tübingen abgeschlossen. Es sind ja einige hervorragende embryologische Bilder aus der Sammlung Stock drin. Und Sie haben das histologische Labor in Tübingen zu neuer Blüte gebracht. Auch davon profitieren wir dann heute immer noch. Aber gut, dann sind Sie doch nach Erlangen gegangen, leider. Man hätte Sie gern in Tübingen behalten, denke ich mal.

Nau: Die Kinder wären auch gern dageblieben. Sie hatten eine ideale Spielstraße.

Nau: In Stuttgart wurde mir gesagt: „Es gibt hier nicht viel zu bereden mit Ihrem Kommen nach Tübingen. Erster Ruf, Sie müssen annehmen. Haben Sie sonst noch Fragen?“ Das war der Herr Ministerialrat Rösinger „Ich muss gerade noch ein paar Unterschriften machen“. Er drehte sich nicht einmal um. Da machte er zehn Minuten lang seine Mappen runter und fragte noch: „Und Sie sind, wer sind Sie noch?“ Habe ich gesagt: „Mein Name ist Naumann“. „Ja, Herr Naumann, wo kommen Sie her?“ „Aus Hamburg, von Professor Sautter“. „Das ist ja interessant. Ich wusste jetzt gar nicht über Sie Bescheid, aber jetzt ist ja alles klar.“ Und dann wurden der Klinik 50.000 Mark für Einrichtung zugebilligt. In Tübingen habe ich die paar Geräte, die ich brauchte, bestellt. Und dann bekam ich die umgehende Auskunft: „Sie können nicht bestellen. Ihre Zusagen sind eine Auskunft des Kultusministeriums. Wir sind das Finanzministerium. Wir bestimmen, was Sie zur Verfügung haben. Und da ist nichts“. Fand ich nicht so lustig.

Ro: Die Schwaben sind sparsam. Das ist ja bekannt.

Nau: Ich hatte ein fast traumatisches Erlebnis in Tübingen. Ich hatte Edelhauser-Lösung an Stelle der Ringer-Lösung als intraokulare Spülflüssigkeit eingesetzt. Und da passierte die Katastrophe. Am nächsten Tag hatten zwölf Patienten eine eitrige Endophthalmitis mit Hypopyon. Es gab welche, die sagten: „So was haben wir früher nicht gehabt“. Ich hatte



aber ein Programm installiert von wöchentlichen Keimzahlbestimmungen im OP sowie Sporenproben vom Brutkasten, die ich selbst überprüfte. Es kam eigentlich nur eine Erklärung in Betracht. Der Apotheker Schmidt meldete sich spontan: „Ich wollte Sie gerade anrufen. Was ganz Furchtbares ist passiert. Unser Bakterienfilter ist gebrochen. Das ist viel zu schnell durchgelaufen“. Die Patienten behandelten wir intensiv antibiotisch und konnten so alle Augen retten.

Ro: Also lag es natürlich nicht an Ihnen. Vielleicht kann ich noch anfügen, dass Sie in Tübingen ja mit der Phakoemulsifikation angefangen haben als einer der allerersten in Deutschland. Aber nun müssen wir doch noch mal in Erlangen weiter machen.

Nau: Vielleicht ganz kurz noch zu dieser Katastrophe mit der Edelhauser-Lösung. Jedenfalls hat sich das später nie wiederholt. Heute verwendet man industrielle Produkte mit Chargennummern. Der ärztliche Direktor meinte, man müsste die Klinik schließen. Der Dekan sagte: „Wir müssen die Öffentlichkeit informieren“. Der Universitätspräsident sagte: „Das müssen wir unbedingt ganz transparent gestalten, und Sie müssen die Klinik schließen“. Und dann hat der Kultusminister geraten: „Das ist ein schwer wiegender Vorgang. Wir müssen hier aus organisatorischen Gründen die Klinik schließen“. „Herr Minister, für die Dinge in der Augenklinik bin ich der Verantwortliche. Wir haben unsere Keimzahlen überprüft, rezent, vom letzten Freitag. Bei uns ist alles in Ordnung. Es wird morgen voll operiert“. Dann hat mich Sautter zweimal am Tag angerufen und gefragt: „Um Gottes Willen, wie sieht es denn aus?“

Nau: Ich habe gelernt, wenn es brennt, ist man plötzlich fast für sich allein.

Erlangen

Ro: Ja, ja, das ist dann immer so. Gut, jetzt machen wir aber nochmal in Erlangen weiter. Aber Erlangen war ja nun auch schön. Ich war ja selbst mal zwei Jahre in der Anatomie in Erlangen. Da kann man ja auch gut leben. Sie sind 1980 nach Erlangen gekommen, gleich in diese Klinik hier, im Kopfklinikum.

Nau: Herr Rohen und der Dekan Rügheimer haben mich zu Beginn der Sommerferien 1979 zum erstenmal angerufen. Die Deadline für das Manuskript des Buches „Pathologie des Auges“ war der 1. September. Ich war beeindruckt bei meinem ersten Besuch im Oktober in Erlangen, ich war nie in Erlangen zuvor gewesen. Nicht nur von dem kürzlich bezogenen Neubau, den mein Vorgänger Schreck erreicht hatte, als er 1960 den Ruf nach Frankfurt ablehnte, sondern ich war auch beeindruckt von der Geschlossenheit der Fakultät. Sie war



vollzählig bei meinem Vortrag außer der Reihe, sowohl die theoretischen als auch die klinischen Mediziner.

In Tübingen waren die Anatomen und Pathologen eine separate theoretische Fakultät. Herr Arnold war zwar in allen Berufungskommissionen und wusste Bescheid, aber es war grässlich. Ich habe es als großen Nachteil empfunden, keinen automatischen Zugang zu den Theoretikern gehabt zu haben. Klinische Forschung ist mindestens so anspruchsvoll, so wichtig wie die molekulare. Das vergessen unsere molekularen Freunde manchmal.

Kurz und gut, ich ging dann mit Interesse nach München zu dem Gespräch mit dem Ministerialdirigenten Hunger. Der sagte knapp: „Naumann, Sie sind alt genug, ich auch, Sie haben keine Zeit, ich habe auch keine Zeit. Was soll ich schreiben für Hamburg? Sie wollen ja nach Hamburg“. „Irrtum. Ich möchte gerne nach Erlangen“. „Können Sie sagen, warum?“ „Ich schätze das Hamburger Hochschulgesetz nicht, z.B. den Klinikrat“ (Als ich dem Hamburger Präsidenten Fischer-Appelt gegenüber vom Klinikowjet geredet habe, hat er mich zurecht gewiesen. Es hat mich aber einen Nachmittag in der Woche in den Hamburger Jahren gekostet). Mit Hunger hatte ich ein konstruktives Gespräch. „Was haben Sie für Pläne“? „Wir müssen was über die Glaukome machen, wir müssen was über die benignen Muttermale machen, wir müssen was über die Hornhauttransplantation machen, wo wir klare Hornhaut haben und trotzdem ist der Patient todunglücklich, weil der Astigmatismus so mordshoch ist. Und dann müssen wir sehen, ob wir nicht andere Schneidmechanismen kriegen, z. B. dass man den Laser, Excimer-Laser, nimmt“. Hunger stimmte zu und sagte: „Wir haben noch Einrichtungsmittel“. Ich legte nach: „Entscheidender, erster Punkt ist: Ich hätte gerne meine bewährten Mitarbeiter, Völcker und Ruprecht, mitgenommen, und zwar Hans Völcker auf ein Extraordinariat und Ruprecht auf eine C2-Stelle. Um mehr geht es nicht“. Hunger dämpfte: „Personal? Da sind wir ganz schlecht dran. Wir tun, was wir können, aber das ist schwierig, auch bei uns. Im Apparativen werden wir Ihnen helfen“.

Später hat die zentrale Klinikumsverwaltung in Erlangen nicht so prompt kooperiert. Der gepriesene Nordbayerische Hochgeschwindigkeitsrechner stellte sich als unhandlich heraus zur Bewältigung der Datenmengen im Sonderforschungsbereich. Dann habe ich vorgeschlagen, man sollte doch diese kleinen neuen Plastikboxen, PC, nehmen. Das sei doch was, wo man im Netz dezentral die Informationen sammeln und auswerten kann. Da bremste die Verwaltung massiv: „Da preschen Sie wieder ein bisschen voraus. Warten Sie doch ein bisschen, bis wir da weiter kommen“. „Wir können nicht warten. Wir fangen an“. „Dann müssen Sie das selber zahlen“. „Gut, wenn Sie mir das schriftlich geben, dass das nicht Aufgabe der zentralen Verwaltung ist, uns zu helfen, bin ich damit einverstanden.“



Übrigens brauchen wir aber auch jemanden für die Einrichtung des Netzes“. „Wir haben gehört, Sie haben da jemanden von der ‚Quelle‘, einen Ersatzdienstleistenden, der einigen Mitgliedern der Augenklinik bereits die neue Technik beibringt“. Die letzte Auskunft der Klinikverwaltung war: „Also, das geht zu weit.“ Ich habe R. einen Teil seines Studiums der Informatik aus eigener Kasse bezahlt, ähnlich wie ich die MTAs in den 60iger Jahren zweimal sechs Wochen nach Washington gebracht habe. Ich wäre mit dem Pathologie-Labor damals nicht weiter gekommen ohne spezielle Geräte zum Schneiden.

Ein Elektronenmikroskop war in Erlangen noch von meinem Vorgänger, Prof. Schreck, angeschafft worden. Viele interessante Fragen brannten uns auf den Nägeln.

Ro: Sie haben in Erlangen eine ganze Menge bewegt. Man verbindet Sie natürlich mit Blockexzision, will ich mal sagen, mit Excimer-Laser-Keratoplastik, vor allen Dingen mit Histologie - kommen wir gleich noch dazu - und dann natürlich mit PEX, also dass müssen wir uns jetzt noch mal ein bisschen ansehen.

Nau: Wundheilung der Iris ist auch ein Thema!

Ro: Iris, genau. Aber vielleicht fangen wir kurz mit der Blockexzision an, wie sind Sie darauf gekommen?

Blockexzision, Ziliarkörper

Nau: Wenn Sie viele Schnitte von enukleierten malignen Melanomen der Aderhaut und des Ziliarkörpers betrachten, dann sind in einem hohen Prozentsatz die Innenschichten der Sklera infiltriert. Das sieht man klinisch nur dann, wenn sie pigmentiert sind. Es gibt aber auch nicht-pigmentierte, da sieht man es nicht. Deswegen erscheint es mir vernünftig, dass man die benachbarte Sklera, Iris, Ziliarkörper, notfalls auch Linse als Stützgewebe nimmt, um den Tumor komplett zu entfernen.

Im Anfang waren Rezidive zu beobachten, weil wir die Aussaat in den Glaskörper präoperativ nicht gesehen hatten. Ich muss dazu sagen, wir haben in Tübingen und auch in Erlangen der OP-Vorstellung eine Schlüsselstellung für die klinische Forschung beigemessen. Wegen der zusätzlichen Arbeit möchte man am liebsten darauf verzichten. Es ist eine Verrichtung, die mittags stattfindet, wenn alle erschöpft sind. Wenn nicht ein sehr Erfahrener die OP-Vorstellung macht, dann verpassen Sie die PEX-Beteiligung, auch wenn Sie eine allgemeine Jagd darauf veranstalten. Und Sie verpassen auch die Ausbreitung von Epithelinvasion in der vorderen Augenkammer. Wenn Sie das im histologischen Präparat



wiederholen, dann fällt Ihnen auf, dass in beiden Fällen eine komplette Exzision nur geht, wenn Sie sowohl bei den Tumoren – da haben wir angefangen - als auch bei der Epithelinvasion Iris und Ziliarkörper bis zur Pars plana hin mit wegnehmen. Sie müssen natürlich außerdem die Tatsache berücksichtigen, dass, wenn ein Prozess die Iriswurzel beteiligt, immer auch eine Ziliarkörperbeteiligung anzunehmen ist. Wenn man da versucht, eine Iridektomie zu machen, ist das inkomplett und gibt ein Rezidiv. Da bin ich mal eines Tages angegriffen worden, das sei unnötig aggressiv, aber wir haben bei der Berücksichtigung dieser Kriterien kurativ was machen können.

Ich halte das für das Verfahren der Wahl bei der Epithelinvasion. Auch wenn Fortschritte der Onkologie von anderen Seiten her zu erwarten sind, wird es für die Epithelinvasion kaum eine Alternative geben. Denn die Zellschichten der Zystenwand sind bei der Epithelinvasion ja dünn. Eine Schicht an der Hornhaurückfläche, eine Schicht vielleicht über den saftigen Ziliarzotten. Wenn Sie das nicht berücksichtigen, dann kriegen Sie ein Rezidiv.

Ro: Das weiß man aber natürlich nur als Histologe.

Nau: Wir beide sind ja überzeugt: Mikrochirurgie ist nur dann schonend, wenn man die Ophthalmopathologie kennt.

Ro: Mikrochirurgie ist angewandte Ophthalmopathologie. Das ist Ihr Spruch.

Nau: Herr Rohrbach, Sie äußern sich hier als echter Freund.

Ro: Wobei wir die Epithelinvasion heute nur noch selten sehen. Aber gut, und dann kommen wir vielleicht jetzt zur Keratoplastik, das ist ja ein weiteres Steckenpferd von Ihnen.

Nau: Wir dürfen aber den Ziliarkörper nicht vergessen, ganz kurz, der galt früher als Tabuzone. Wenn man ihn berührt, kommt aus den Ziliarzotten das Blut im Schwall, und das tut man also eher nicht. Wir haben aber zeigen können, dass bei einer Zyklodialyse, traumatisch oder chirurgisch, die direkte Chirurgie möglich ist ohne signifikante Blutungen, wenn man mit Mikrokauter unter der Kontrolle des Mikroskops arbeitet! Wir haben es in meiner Zeit zusammen mit Kühle untersucht. Die erste Priorität sichernde Publikation war mit Hans Völcker. Genau wie bei der Epithelinvasion, das haben wir mit ihm zusammen gemacht.

Ro: Herr Völcker. Und Rummelt war auch noch mit dabei.

PEX-Syndrom, Sonderforschungsbereich



Nau: Ja Rummelt, unsere Serie war die größte im amerikanischen Schrifttum, weil wir ja auch wollten, dass die Amerikaner das zur Kenntnis nehmen. Mein Freund Dick Green sagte dazu. „You can say many things about your approach, but it is certainly the golden standard“. Das habe ich natürlich als Bemerkung eines Freundes verstanden.

Jetzt kommen wir aufs PEX. Es hat mich immer fasziniert, warum da so merkwürdige Melaningranula in der Vorderkammer nach einer Mydriasis aufgetreten sind und habe dann gelernt, frühere Stadien von PEX zu erkennen, z. B. die erste Abschilferung des abgelagerten Materials, nasal oben, was wir als Mini-PEX bezeichnen. Das ist eine der frühesten Veränderungen. Die tritt immer an dieser Stelle auf. Da scheint der Pupillarsaum stärker auf die vordere Linsenkapsel zu drücken.

Es ist von Bedeutung, welche Art von Pigment man sieht. Bei Myopie-Pigmentdispersion stammen die Melaningranula vom Pigmentepithel, bei den malignen Melanomen von den Melanozyten des Irisstromas. Bei PEX vom Pigmentepithel des Irispigmentepithels. Sie können dem Studenten z.B. zeigen, dass diese sternförmigen Zellen bei malignen Melanomen Zellkerne und Melaningranula enthalten. Wir können individuelle Zellen im lebendigen Äuglein sehen!

Ro: Biozytologie! Mit Henke war die Arbeit.

Nau: Richtig. Kurz und gut, das waren Dinge, die mir viel Freude gemacht haben. Und dann ging es weiter, dass maskiertes PEX in Kombination mit Miotika die Pupille auf der Linse fixierte. Der Kliniker konnte also die „Linsenveränderungen“ gar nicht sehen, erst bei der Operation, wenn er mit den Irishäkchen die Linse frei machte. Um diese Frage ging es als allererste, als Frau Schlötzer-Schrehardt zu uns kam. Sie ist Biologin und hat über das Nervensystem der Wattwürmer eine biologische Doktorarbeit mit summa cum laude gemacht und war dann, weil ihr Doktorvater starb, bereit, sich in diese Augenklinik einzuarbeiten. Wir fragten sie: „Ist das etwas, was jeder kriegt, wenn er alt genug ist“? Und die Antwort war: „Nein, es ist entweder, ich habe es, oder ich kriege es nicht. Nicht jeder, der alt wird, bekommt es“. Zweite Frage: „Ist das PEX, das wir mit allen unseren Künsten nur einseitig sehen, wirklich nur einseitig“? Und da hat Frau Schlötzer antworten können: „Es gibt kein einseitiges PEX, nur asymmetrisches. Die frühesten Veränderungen, die ich elektronenmikroskopisch sehe, sind im Dilator pupillae und in den Gefäßauskleidungen, Endothelauskleidungen der Irisgefäße. Deswegen ist Eiweiß in der vorderen Augenkammer“. Meines Erachtens ist auf diesem Gebiet noch viel zu tun.



Die Lasertyndallometrie ist ein Verfahren, das optisch-technisch noch verbessert werden muss. Ich glaube, dass so der Schritt in den Bereich der quantitativen Pathologie ermöglicht wird. Ich habe immer versucht, Langenbacher dafür zu interessieren. Die beste Forscherin, die wir für die Lasertyndallometrie hatten, war Frau Nguyen aus Vietnam. Sie war erst Stipendiatin der Christoffel-Blindenmission und studierte in Rostock Medizin, hospitierte mal in unserer Klinik, und wurde dann Fellow der Alexander von Humboldt-Stiftung. Dann wurde sie bei uns habilitiert. Sie werden mir zustimmen, sie ist eine außergewöhnliche Kollegin.

Ro: Wir sind sehr froh, dass wir sie haben. Leiterin unserer Sehbehindertenambulanz im Augenblick. Ja, immer fröhlich, immer freundlich, eine sehr geschätzte Mitarbeiterin. Nochmal zum PEX, Sie haben mit Ihrer Arbeitsgruppe nicht nur festgestellt, dass es eigentlich primär eine bilaterale Erkrankung ist, auch wenn man es nur einseitig sieht. Sie haben aber auch festgestellt, dass es eine Systemerkrankung ist, und das ist noch interessanter!

Nau: Bei den Op-Vorstellungen war es ein gewisser Sport, die PEX-Frühstadien zu erkennen. Und wir haben dann uns gegenseitig überboten, dass wir immer frühere Stadien der präkapsulären Schicht, die man eigentlich nur elektronenmikroskopisch nachweisen kann, aber indirekt zu erkennen ist, wenn sie abschilfert.

Und schließlich haben wir vermutet, dieses pathognomonische Material könnte auch woanders noch sein, extraokular und sogar systemisch. Und es ergab sich eine Möglichkeit, als man bei einem Spenderauge nach Eröffnung die PEX-Auflagerungen auf den Ziliarzotten schon makroskopisch sah. Kollege Koca hat fabelhaft reagiert und sofort nachgefasst, ob für diesen Spender Herz-, Leber-, Lungengewebe in der Pathologie zu erhalten seien. Die dortige Pathologin war eine Schlüsselfigur, weil sie uns das Material freigab. „Sie können alles haben, aber ich kann da nichts weiter dran machen“. Frau Schlötzer fand massiv PEX im Bindegewebe des Herzmuskels sowie in der Lunge. Leber und Niere. Herr Kochsiek hat mir neulich nochmal gesagt, er sei unglücklich, dass er dieser klinischen Entität nicht mit klinischen Mitteln näher kommen konnte. Es gäbe unklare Krankheitsbilder im Herzen, aber sie seien bisher nicht weiter gekommen.

Ro: Kurt Kochsiek war Kardiologe in Tübingen, ist dann aber von Tübingen nach Würzburg gegangen.

Nau: Wir sind zur gleichen Zeit von Tübingen weggegangen.

Ro: Ja, ich glaube ja auch, dass viele Erkrankungen mit PEX zu tun haben.

Gefäßveränderungen, Schlaganfallrisiko wahrscheinlich sogar ein bisschen erhöht. Vielleicht



hat PEX auch mit neurodegenerativen Erkrankungen zu tun. In der Retina gibt es noch keine Fakten für PEX-Ablagerungen.

Nau: Außer der pädiatrischen Ophthalmologie haben alle was davon. Die Neuroophthalmologie z.B. mit Pupillenstörungen: wenn Sie die übersehen sollten bei PEX, können Sie den Befund falsch deuten. Es kommen immer wieder Kollegen, die sagen: „Wir haben Sie ja vor 20 Jahren für ein bisschen monoman gehalten“.

Ro: Vielleicht noch ein paar Worte zum Sonderforschungsbereich, dem Sie ja diese ganzen Erkenntnisse auch zum großen Teil verdanken, denke ich.

Nau: Ich muss, mit Verlaub, genauer ausführen, weil Sie danach fragen.

Ich hatte die klinischen Frühstadien schon jahrelang in den 80er Jahren beobachtet. Erste Publikation 1983. Die Kliniker fragten sich immer wieder

„Die Linse schlottert. Warum?“ Frau Schlötzer-Schrehardt guckte den Ansatz Zonula / Ziliarepithel und Linsenkapsel an. „Nekrosen in der Iris?“ „Ja, Nekrosen in der Iris“.

Trabekelwerk – das hat sie auch morphometrisch gemacht.

Die isolierten Forschungsteams der 80er Jahre der Erlanger Augenklinik wurden mit Hilfe der DFG zusammengefasst in der

- **DFG-Klinischen Forschergruppe 1991-1997**
- Projekt a) Na 55/6-1: Pathogenese , Frühdiagnose und Verlaufskontrolle bei Glaukomen: Korth, Jünemann, Jonas, Naumann
- Projekt b Laser-Tyndallometrie (Maron-Stiftung): Nguyen
- Projekt c) Na 55/5-3 Altersveränderungen des Ziliarkörpers und ihre Abgrenzungen von pathologischen Veränderungen (PEX, Glaukome): Naumann, Schlötzer-Schrehardt
- Projekt Okuläre Perfusion DFG Mi 320/2-2 G: Michelson

Es gab außerdem Unterstützung durch Informatiker und zahlreiche Assistenten, die sich eine Gruppe aussuchten, um mitzuarbeiten und mitzupublizieren.

Korth bekam eine eigene Abteilung für Sinnesphysiologie und übernahm die Leitung der Forschergruppe. 1997 gingen diese bewährten Arbeitsgruppen über in den

DFG-Sonderforschungsbereich 539: Glaukome, einschließlich PEX-Syndrom.



Zusätzlich schlossen sich sechs Institutionen der Erlanger Medizinischen Fakultät an: die Anatomischen Institute, Institut für Experimentelle Medizin und Bindegewebforschung, Humangenetik, Physiologie und Kardiologie und Medizinische Statistik und Dokumentation.

Der damalige Dekan Bernhard Fleckenstein hatte uns dringend ermutigt, diesen Sonderforschungsbereich zu beantragen! Wir selbst hätten diesen Mut nicht gehabt. Die erste Verlängerung von 2000-2003 für drei Jahre habe ich erreicht. Ein Jahr vor meiner Emeritierung hat Frau Drecoll übernommen und bis 2009 zuende geführt. Nun gab es Möglichkeiten, mit den Anatomen zusammenzuarbeiten.

Rohen und Frau Drecoll hatten PEX bei chronischem Glaukom vor Jahren untersucht, aber in der Regel nur kleine Ausschnitte, nicht die Übersichten, die wir für die Klinik brauchen. Wir gonioskopieren ja nicht eine 1 mm² große Fläche, sondern schon ein bisschen mehr! Der Pathologe Seifert hatte mich 1966 beschwätzt, das Kapitel „Auge“ zu übernehmen für „Doerr/Seifert/Uehlinger“. Seifert kannte ich von Leipziger Zeiten her. Als ich das Buch schließlich ablieferte, spöttelte er als Allgemeinpathologe: „Naumann, Hand aufs Herz. 100 Seiten über Hornhaut, über 5 mm im Radius, das kann doch wohl nicht sein. Haben Sie irgendwas von dem schon mal selber gesehen?“ „Sie werden lachen, nicht alles, aber das meiste von dem habe ich tatsächlich gesehen“.

Außerdem hatten wir bisher noch etwas anderes nicht geklärt:

Fuchs sah Endothelveränderungen, beginnend im Zentrum und von zentral nach peripher sich ausbreitend. Bei der PEX-Keratopathie durch Endothelbeteiligung ist die gesamte Hornhaurückfläche beteiligt, und die gesamte Hornhaut wird auch trüb. „Frau Schlötzer, wir sind ja gemeinsam froh, dass wir immer Glück hatten mit unseren Suchaktionen.“ „Herr Naumann, werden Sie mit Ihrem Hornhautendothel nicht wieder ein bisschen monoman?“ Eine Woche später verkündete sie: die Hornhaut-Endothelzellen sind bedroht, selbst diese pathognomonischen Mikrofibrillen zu produzieren“.

Dann kam noch was Weiteres zu dem PEX dazu. Ich hatte sah auf einer Station drei Patienten mit abdominellen Aneurysmen der Aorta, drei gleichzeitig. Frau S. war Stationsärztin, und ich fragte: „Können Sie abklären, ob das überhaupt stimmt? In der Literatur hat eine türkische Arbeitsgruppe Jahre später berichtet, dass nicht nur abdominelle Aneurysmen vorkommen, sondern auch solche der Arteria renalis. Diese Beziehung von PEX und AAA geht einher mit einem 10fach erhöhten Risiko von Komplikationen. Man muss m.E. den Angiologen konsultieren.“



Ro: Also müssen wir immer über das Auge hinausdenken, das haben Sie auch immer wieder betont.

KORTH

Nau: Wir hatten Glück mit Korth, der unsere ersten Jahre in der Klinischen Forschergruppe souverän koordinierte. Er ist im engeren Sinn nicht mein Zögling. Der Physiologe Keitel hatte mich angesprochen: „Ich hab hier einen Mann, der ist vorzüglich, den möchte ich aber gern in jemandes Hände geben, der ihn schätzt“.

Unser Gespräch war offen: „Herr Korth, ich möchte Sie so gerne haben, wir können nur keine Stelle für einen Nicht-Augenarzt an dieser Klinik generieren. Ist es eine Zumutung, wenn ich von Ihnen erwarte, dass Sie eine Augenarzt-Ausbildung, so im zweiten Gang, noch mal mitmachen?“ Da hat er ein bisschen geschluckt und gesagt: „Ich sehe das ein, dass das wünschenswert wäre“.

Er war sechs Jahre lang Sprecher der DFG-Klinischen Forschergruppe, mit dem Ziel, eine Abteilung für Sinnesphysiologie zu etablieren, die für ihn vorgesehen war. Das ist uns gelungen. Es waren in der Forschergruppe außerdem Kessler dabei, der vegetative Physiologe, dann Jonas und Jünemann natürlich. Das waren 5 oder 6, ich müsste eigentlich drauf kommen.

(Excimer-) Keratoplastik, Iris-Wundheilung

Ro: Also gut, sie waren jedenfalls insgesamt eine sehr erfolgreiche DFG-Klinische Forschergruppe und ein DFG-Sonderforschungsbereich. Ich denke, das kann man sagen.

Und dann fehlt uns noch jetzt Ihre Excimer-Laser-Keratoplastik. Das war ja auch eine Spezialität. Wie sind Sie auf diese Idee gekommen?

Nau: Mir haben Hornhauttransplantationen immer große Freude gemacht, aufbauend auf dem, was die Tübinger Mackensen und Harms gemacht haben. Der Einsatz des Mikroskops war weltweit bahnbrechend. Ihr Mikroskop, was ich dort vorfand, war nicht das letzte Modell. Da hat man sich begnügt. Da war ich zunächst erstaunt. Harms hatte den Breuninger-Bau durchgesetzt und viele Stellen. Die Werkstatt war die beste in Deutschland. Das ist ein Schmuckstück, das muss man wirklich sagen.



Und dann fiel uns auf, die Hornhaut war schön operiert, kristallklar, aber der Patient war todunglücklich bei hohem oder irregulärem Astigmatismus.

Uns beschäftigten in Erlangen Fragen wie: Nähen wir irgendwie falsch? Ist die Wundarchitektur zu asymmetrisch? Haben die Transplantate eine vertikale Tiltung oder sind sie horizontal zu torquiert? Deswegen haben wir Masken gebaut mit Seitz, mit Lang ganz am Anfang experimentell.

Ro: Ich glaube mit Berthold Seitz hauptsächlich.

Nau: Ja, und Langenbacher. Schließlich haben wir dann gesagt: „Es liegt nicht an der Naht. Wenn man die Naht rausmacht, wird's evtl. noch schlimmer. Es muss also an der Wundkonfiguration liegen“.

Gerhard K. Lang hat als Fellow bei W.R. Green eine Serie von enukleierten Augen nach penetrierender Verletzung älteren Datums untersucht. Seine Ergebnisse bestätigten die entscheidende Rolle der Wundkonfiguration. Und dann haben wir versucht, die Torsion auszuschalten, indem wir 8 Zähne eingebracht haben. Und dann konnte man relativ gute Nähte machen. Als Seitz zurück kam aus Texas, wo er Kaufman, der ja auch eine Rolle in der Hornhautchirurgie spielte, die Sternnaht vorgestellt hatte, erzählte Seitz: „Did Fritz do this case?“ Die Nähte sind ästhetisch auch ganz schön. Die lamelläre Keratoplastik haben wir in Tübingen schon gemacht, als lamelläre Keratoplastik auf die nackte Descemet. Da haben wir das gesamte Stroma ohne Descemet darauf gelegt wie heute bei - wie heißt er noch?

Ro: Melles.

Nau: Melles. Und auch unser Jonas. Die Zentrierung hat die Chirurgie der Hornhaut vorangebracht.

Ro: Sie haben ja auch elliptische Keratoplastiken gemacht.

Nau: Ja, das haben wir gemacht. Ellipsoide sind ein Weg, möglichst wenig Gewebe abzutragen und auszutauschen. Je größer das Transplantat, desto häufiger die Transplantatreaktion. Ich glaube nach wie vor, dass die Nanotechnik uns noch mehr Möglichkeiten eröffnet. Man muss sagen, dass der Witz der Mikrochirurgie ja nicht darin liegt, dass man die Instrumente nur kleiner macht, sondern dass man den Kollateralschaden niedrig hält und das Zielgewebe genau definiert. Dass man ein Loch in der Iris macht, ohne dass man die Linse oder die benachbarte Iris zu stark schädigt. Und wir konnten zeigen, dass die Iris genauso zur Wundheilung befähigt ist wie andere Gewebe auch. Dauert nur ein



bisschen länger, weil das Kammerwasser das Fibrin im Wundspalt irgendwie wegspült. Das heißt, Iriswundheilung erfolgt nur dann, wenn man die Wundränder lose adaptiert. Zwischen den Knoten haben Sie gar keinen Effekt, da ist alles nekrotisch. Außerhalb der Knoten ist in der Tat normale Wundheilung. Witmer hatte mich da bei der DOG mal angeschossen, dass wir keine Elektronenmikroskopie gemacht hätten.

Ro: Rudolf Witmer aus Zürich. War aber lange die Lesart, dass Iris keine Wundheilung hat, und die Iris selbst nach Jahren wieder auf geht, wenn ein Faden durchtrennt wird.

Nau: Wird nur eine Irisnaht gelegt und diese mit dem Argonlaser oder mechanisch gelöst, trennt sich das neben dem Knoten nekrotische Gewebe. Es fehlt also nicht an der Wundheilung, sondern an der Nahttechnik. Meine Irisnähte haben gehalten. Zwischen zwei Einzelknopfnähten gab es bei guter Adaptation gute Wundheilung.

Ophthalmopathologie, DOP

Ro: Jetzt haben wir Ihre wesentlichen Schwerpunkte eigentlich schon besprochen. Die Pathologie ist wichtig für Blockexzisionen, für Tumoren, ja auch für die Chirurgie. Aber, wenn ich das richtig mitbekommen habe, gehörte ja auch die Pathologie quasi zur Ausbildung zum Augenarzt bei Ihnen. Fast alle Augenärzte haben Ihr Haus verlassen mit einer ophthalmopathologischen Grundausbildung.

Nau: Ich bin sehr dankbar, dass Sie diesen Punkt ansprechen. Die Ophthalmopathologie, wie wir sie betreiben in Erlangen, ist ja keine Voll-Labor-Pathologie. Ich hab selber, wie gesagt, Elektronenmikroskopie nicht betrieben, aber ich wusste, wo man nachgucken musste. Und dann haben wir dafür gesorgt, dass wir Frau Schlötzer-Schrehardt als Biologin und Langenbucher als Physiker auf Dauerstellen in der Augenklinik gesetzt konnten.

Ro: Ja, da sind wir uns einig. Auch Albrecht von Graefe hat die Ophthalmopathologie schon für wichtig befunden. Nichtsdestotrotz müssen wir der Realität ins Auge schauen. Und die Realität ist: Das AFIP gibt es nicht mehr. In Deutschland tut sich die Ophthalmopathologie auch ein bisschen schwer. Vor allen Dingen aus ökonomischen Gründen sind doch einige Labors in die Institute für Pathologie gekommen. Eine Entwicklung, die uns beiden so ein bisschen Sorge bereitet. Es gibt natürlich weiterhin Labors, die die Ophthalmopathologie hochhalten. Das sind z.B. die Mitglieder der deutschsprachigen Ophthalmopathologen. Ja, dazu müssen Sie jetzt noch was sagen, zur DOP.

Nau: Also ich bilde mir ein, da haben wir gemeinsam was Gutes gemacht.



Ro: Ja! Ich war ja erst später dabei.

Nau: 1950 waren die Amerikaner Vorbild mit der Verhoeff Society, in der sie die klinischen und histopathologischen Befunde zusammen brachten. Dann kam 1962 die EOPS, die europäische Gruppierung. Die wurde von Norman Ashton, Ry Andersen und Manschot aus der Taufe gehoben, und war später sehr wichtig für persönliche Kontakte innerhalb von Europa.

Und zwar Europa in den Grenzen der EU, nicht von dem Pan-Europa bis zum Ural. Damals war ja noch kalter Krieg, und die Regierungen waren nicht so frei. Das habe ich als Generalsekretär des paneuropäischen Kongresses SOE in Hamburg 1976 erlitten, wie politische Quoten in der Auswahl der Teilnehmer gesetzt wurden.

Dass die Ophthalmopathologie ein Kern- und Schlüsselfach ist und eine augenärztliche Ausbildung auch Grundlagen der Ophthalmopathologie vermitteln muss, darüber besteht auch weitgehend Einigkeit. Ein Augenarzt sieht und behandelt anders, wenn er die dritte Dimension kennt. Ich habe immer versucht, Brücken zu schlagen zwischen den klinischen Beobachtungen und dem Laborbefund. Wir haben gefordert, wenn jemand in Erlangen eine akademische Laufbahn einschlagen will, dann erwarten wir, dass er außerdem das Examen des European Board of Ophthalmology freiwillig macht. Ich stehe immer noch dazu.

Ro: Sehr gut. Nochmal zur Gründung der DOP. Haben Sie ja in Hamburg gegründet mit, wer war noch dabei: Martin Vogel, Heinrich Witschel und ...

Nau: Nicht zu vergessen Hans Völcker, Dietrich von Domarus.

Ro: Dietrich von Domarus. Und das war so eine Idee: Gegen die Europäer machen wir jetzt mal was auf deutscher Ebene?

Nau: Nein, keineswegs, wir wollten hier mehr Kontakt untereinander. Und dann waren auch die Deutschsprachigen aus Straßburg, aus Holland, aus Ungarn und aus Polen dabei. Die Diskussion ist vielleicht unter direkten Kollegen ergiebiger in der Muttersprache!

Ro: Das muss man betonen. Das ist deutschsprachig, nicht nur deutsch. Wir haben ja auch traditionell Schweizer und Österreicher dabei.

Nau: Die DOP war immer deutschsprachig. Das war auch ein Modell, nach dem wir uns gerichtet haben, wenn es um das Consilium diagnosticum bei der DOG ging. Das war ja auch eine zelebrierte Ophthalmopathologie, d.h. klinisch-pathologische Korrelation. 1991 bis 1999 genoss ich das Privileg, den Vorsitz zu dieser stark besuchten Sitzung zu übernehmen



mit Teilnehmern aus Ungarn, der Schweiz, Österreich, den Niederlanden, Frankreich, Polen und Gästen aus aller Welt. Es war eine reine Freude.

Ro: Ja, die DOP gibt es ja immer noch, floriert auch immer noch, und ist in diesem Jahr in Ulm bei Ihrem Schüler Lang, der ja die Ophthalmopathologie auch sehr hoch hält.

Mir sind noch drei Namen eingefallen, über die wir uns kurz unterhalten wollen, die auch mit der Pathologie zu tun haben, ganz viel. Was fällt Ihnen zu David Cogan ein? Sie haben ihn ja noch kennengelernt.

Nau: Ich habe David Cogan kennengelernt, als er noch Chef der Harvard-Abteilung für Ophthalmologie war ohne große Subspezialisierung. Er tat sich in Harvard zusammen mit einem japanischen Mediziner, Kuwabara. Die beiden zeigten, mit Touissant aus Belgien, am trypsinverdauten Flachpräparat der sensorischen Netzhaut bei Diabetes mellitus den primären Verlust von Perizyten. Dagegen ist die primäre Schädigung der Endothelzellen für die hypertensive Retinopathie pathognomonisch. Vor der Entdeckung des Insulins waren die Augenärzte nicht in der Lage, einen Unterschied zwischen der hypertensiven und der diabetischen Retinopathie zu erkennen. Voraussetzung war die Trypsinverdauung der Retina im Flachpräparat!

Ro: Ich dachte jetzt noch ein bisschen an Cogans Rolle nach dem 2. Weltkrieg. Er war ja für uns deutsche Ophthalmologen durchaus sehr wichtig, über rein Fachliches hinaus.

Nau: Cogans Hobbies waren die Ophthalmopathologie - das wird Sie nicht so sehr wundern - und die Neuroophthalmologie. Er war aber darüber hinaus einer, der Deutschland aus der Vorkriegszeit des 2. Weltkriegs kannte, und der Bescheid wusste über das total darniederliegende Deutschland nach 1945. Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft hatte keine Tagung oder kaum Tagungen, wurde total geächtet, und kein Ausländer kam zu den Tagungen. Der erste US-Amerikaner, der kam, war David Cogan. Mein Chef Sautter zog mich damals ins Vertrauen: „Wenn Sie Cogan ansprechen, müssen Sie immer dankbar erinnern, dass er der erste war, der die Isolation der DOG überbrückt hat“.

Ro: 1948 hatten wir die erste DOG-Tagung wieder nach dem Krieg, und in der Tat, Cogan war ganz wichtig für die internationale Verständigung der Ophthalmologen nach dem 2. Weltkrieg. Das sollten wir nicht vergessen. Und dann natürlich noch die Frage: Sie waren in den 60iger Jahren in den USA, gab es da keine Animositäten gegen den bösen Deutschen, der da kam. Sie erzählten vorhin mal was von Yanoff.

Nau: 6 Wochen lang war das heftig, dann haben wir 20 Jahre lang Urlaub zusammen mit unseren Frauen gemacht, kreuz und quer durch die USA und Europa.



Ro: Wie war das mit Myron Yanoff? Erzählen Sie uns das mal.

Nau: War immer anregend. Im AFIP hatte er meine ersten Manuskriptversuche korrigiert, neben Zimmerman übrigens. Die Korrekturen waren dunkelrot, da war kaum noch ursprünglicher Text zu sehen. Und dann hat Myron plötzlich Frieden gemacht, und wir haben uns intensiv kennen gelernt. „Fritz, we need to talk. It is not your business that my father and his family suffered. You have not anything to do with that“.

Ro: Gut, und dann haben wir noch Blodi, Frederic Blodi.

Nau: Frederik Blodi war ein Benefaktor für die deutschen Ophthalmologen und uns persönlich. Neben Norman Ashton gab er aus dem Steggreif ausgefeilte und witzige After-Dinner-Speeches. Eines Morgens orakelte er aber düster: „Fritz, your Europa ist erledigt. Ihr könnt noch ein bisschen medizinhistorischen Kram machen, aber sonst werdet ihr nicht mehr aufholen“. Ich hielt dagegen: „Ihr operiert ja immer noch ohne Mikroskop, das ist doch Steinzeit“. „Ihr könnt das nie aufholen“. Dann kam er 10 Jahre später auf dieses Thema zurück: „Fritz, ich hab mich geirrt. Es ist erstaunlich, was ihr doch auf die Beine gebracht habt. Nicht nur der Meyer-Schwickerath“. Seine Buchbesprechung unserer Pathologie 1980 hat uns alle gerührt. Er war die Brücke von Europa nach den USA und vice versa. Er sagte immer mit „tongue in cheek“: „I am a war bride!“ Ohne Zweifel war er einer der wichtigen Brückenbauer zwischen den Ophthalmologen der USA und Europa. Das gilt besonders für die enge Verbindung von Deutschland und den USA.

Ro: Blodi war ja Wiener, glaub ich. Wiener Charme. Hat ja auch die Ophthalmopathologie in den USA sehr befruchtet, war zuletzt in Iowa.

Gut, aber jetzt kommen wir noch mal zu Ihrer Klinik und Ihren Mitarbeitern zurück.

Es hat ja in den letzten Dekaden kein Ordinarius so viele Lehrstühle mit Schülern besetzt wie Sie. Ja, man hatte ja fast, so wie ich, gar keine Chance, irgendwo was zu werden, wenn man nicht bei Naumann war. Es waren ja immerhin sieben Ihrer Schüler, die einen Lehrstuhl bekommen haben. Das ging los mit Hans Völcker, dann Klaus Ruprecht, dann Jost Jonas, dann Berthold Seitz.

Nau: Bielasiewicz ...

Ro: Ja, den können wir noch mitrechnen. Claus Cursiefen natürlich, Anselm Jünemann und ...

Nau: ... die beiden Langs.



Ro: Ja, natürlich. Und Gerhard Lang und Gabriele Lang. Also eine ganze Menge von Lehrstühlen, die Sie besetzt haben. Jetzt muss man doch dumm fragen, warum war das so? Warum waren Ihre Leute so viel besser als die von den anderen Kliniken?

Nau: Also das würde ich nie behaupten. Hier muss ich nochmal einhaken, damit sich unsere Erlanger Leser wiedererkennen. Monologe wie dieses Interview sind sie nicht gewohnt.

Zunächst hatten wir hervorragende Bewerber, die von unserem Stab von ca. 15 an der Zahl, gemeinsam interviewt und ausgewählt worden sind. Nicht der Chef allein, sondern gemeinsam!

In ihrer Ausbildungszeit gingen sie durch ein internes Purgatorium in der Klinik mit hohem Patientenaufkommen und vielen Spezialsprechstunden. Es gab eine Ausbildungssystematik mit Rotation auf allen Ebenen, wöchentliche Fortbildungen durch den Stab, vierwöchentliche Weiterbildungen für die Niedergelassenen. Kongresse wurden reichlich besucht, aber nur mit eigenem Vortrag. Fast alle Assistenten arbeiteten in den Forscherteams mit. Nebenbei liefen immer wieder spezielle Workshops. Selbst die Ophthalmopathologie hatte zuletzt, bei meiner Emeritierung, 1350 Einsendungen im Jahr!

In 18 Jahren DFG-Klinische Forschergruppe und Sonderforschungsbereich kam das externe Purgatorium dazu durch zahlreiche Begutachtungen. Unser Dekan und die Kollegen der DFG-Forschergruppe waren von unseren Vorhaben überzeugt worden und unterstützten uns!

Was ich vielleicht zusätzlich tun konnte, war, dass ich auf manchen Dingen bestanden habe. Ich habe gesagt, klinische Forschung ist wichtig. Wir wollen nicht Max-Planck-Institute in der Augenklinik haben. Die klinische Fragestellung muss relevant sein. Das hatten wir schon besprochen im Verlauf des Interviews. Die Melanozyten, die Glaukome, das PEX, die Hornhautorgane, das ist alles klinisch einleuchtend. Und bei den Glaukomen sind wir bis heute noch nicht entscheidend weiter gekommen. Wir machen immer noch ein therapeutisches Loch in die Augenwand.

Ro: Wir wissen bis heute nicht genau, wie der Druck reguliert wird, da haben wir noch Defizite.

Nau: Ich habe jungen Kollegen geraten, erst Facharzt in Deutschland, dann ein Jahr mindestens ins englisch sprechende Ausland, aber nicht länger als anderthalb, zwei Jahre. Und dann zurückkommen. Bei den Anträgen auf Stipendien in die USA habe ich immer darauf geachtet, dass sie eine verbindliche Zusage haben für die Zeit nach dem Aufenthalt. Der deutsche Steuerzahler hat ein Recht darauf.



Ich halte es für nötig, dass wir bessere Qualitätskontrollen der Facharztausbildung machen. Der European Board ist nicht ideal, aber besser als was wir machen. Es ist ein freiwilliges Examen, aber wer das nicht hat, den kann ich nicht guten Gewissens für die akademische Laufbahn in der Augenheilkunde empfehlen.

B-S: War es nicht sogar so, dass Sie sagten, Ihre Mitarbeiter müssen trotz des hohen klinischen Einsatzes auch Freude bei der Arbeit haben?

Nau: Also - Sie werden es nicht für möglich halten - ich hatte den Ruf eines Berserkers, der die armen Leute geschunden hat. Aber gleichzeitig war es sichtbar: sie hatten Freude und ich auch an unserem gemeinsamen Erfolgen (der mittelfränkischen Dorfaugenklinik). Viele Male haben sie es mir unaufgefordert versichert. Viele Male haben wir ausführlich gefeiert.

Soll ich Ihnen mal ein Geheimnis verraten? Nach der Op-Vorstellung sind wir oft die sieben Stockwerke zur Visite zu Fuß hochgelaufen, und ein Bittsteller oder Fragesteller war dann außer Atem und hatte sein dringendes Thema schon fast vergessen. Ich bin aber mitgelaufen. Ich hab nie gesagt, ich fahre mit dem Fahrstuhl. Ich habe den Kollegen immer Kredit als Koautoren gegeben für ihre Beiträge. Ich habe ihre Manuskripte immer kommentiert.

Ro: Man merkt es heute noch, wie sehr Ihre Schüler Sie verehren. Es ist auch in ein paar Wochen eine große Feier hier in der Orangerie geplant zu Ihrem Geburtstag. Es vergeht kein Vortrag auf der ganzen Welt, wo Berthold Seitz nicht Ihren Namen erwähnt. Also kein Life-Vortrag ohne Naumann. Ich muss oft mit Seitz „schimpfen“. Er propagiert immer, dass das optische Sektorkolobom eine Erfindung von Naumann ist. Ist es nicht. Hat schon Albrecht von Graefe vorgeschlagen.

Nau: Bei der Peters'schen Anomalie?

Ro: Ja, bei der Peters'schen Anomalie.

Nau: Von Graefe habe ich verpasst. Es war nicht mehr in der aktuellen Diskussion. Seitz war der erste, von dem ich verlangt habe, dass er das European Bord Examen macht. Das hat er mir eine Weile übel genommen, aber dann verstand er nach überstandenen Examen, dass das was bedeutet.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde

Ro: Also die Erlanger Schule ist begründet, und sie wird weitergeführt werden durch Ihre Schüler. Ich denke, da können Sie ganz zuversichtlich sein. Nun kommen wir dann vielleicht



noch zu einem anderen Thema. Sie waren auch Schriftleiter der „Klinischen Monatsblätter“ 10 Jahre lang, und Sie haben sich 2001 mit einem kurzen Editorial verabschiedet von der Schriftleitung und einen ganz bemerkenswerten Satz zitiert, wirklich toll: „Wissenschaftler versuchen, Straßen in die Zukunft zu bauen, die sie selbst meist nicht betreten werden.“

Nau: Das war ein softes populistisches Statement aus der Presse der Zeit, dessen Urheber ich nicht mehr erinnere. Es ist jedoch viel drastischer: Wissenschaftler wissen nicht, ob ihre Erkenntnisse in der Zukunft in einem größeren Umfeld schlüssig und relevant bleiben. Das gleiche kann man auch für Editorial Boards sagen. Eine Kasuistik kann das erste Beispiel einer Serie sein. Und das andere, was meines Erachtens wichtig ist: Wir brauchen den Beistand der Grundlagenwissenschaftler. Also Biologen, Techniker, Physiker. Aber möglichst aktiv in den Räumen der Augenklinik.

Ro: Also, Sie haben die KliMos von Merté übernommen. Ihr Schüler Gerhard Lang führt sie bis heute. Wie würden Sie den Stellenwert der „Klinischen Monatsblätter“ heute einordnen?

Nau: Der Impact-Faktor ist nicht das Maß aller Dinge. Man muss sagen, die „Klinischen Monatsblätter“ werden immer noch mit Interesse gelesen. Ich finde die beiden Langs, sowohl G. als auch G.K. Lang, tragen dazu bei, dass aktuelle Beiträge auch aus dem Ophthalmologen herüber kommen. Reviews und dergleichen. Wir brauchen ein deutsches Blatt, eine deutsche Sprache. Also da war am Anfang der Wunsch, wir können das Deutsche als Wissenschaftssprache weltweit erhalten. Das ist ein Irrtum. Ich glaube, wir müssen akzeptieren, dass Englisch die Amtssprache ist so wie früher Latein und auch mal eine kurze Zeit, 50 Jahre lang, auch auf Deutsch publiziert wurde nach Albrecht von Graefe. Das muss man akzeptieren. Aber die „Klinischen Monatsblätter“ werden gebraucht für gute Fortbildung, für gute Kasuistiken. Sie sind eine der ehrbaren, alten Zeitschriften aus den 1850iger Jahren.

Ro: Graefes Archiv 1854, Klinische Monatsblätter 1863.

Nau: Richtig.

Ro: Also, wir haben ja vor zwei Jahren „150 Jahre Klinische Monatsblätter“ gehabt.

Nau: Zusammen mit meiner Frau als Redakteurin haben wir die Vancouver Autorenrichtlinien „Uniform Requirements For Publication in Biomedical Journals“ mit standardisierter Gliederung - Hintergrund, Methoden, Ergebnisse, Diskussion und dann die Zusammenfassung – auch die geforderte Form der Literaturzitate - eingeführt. Mit Unterstützung meiner Frau habe ich das relativ schnell und wohl vor den anderen deutschen Journalen durchgesetzt und bin den Autoren dankbar. Der eine oder andere Chef von eingereichten Arbeiten hatte die Arbeit nie gesehen. Ich glaube, das muss man heute



verlangen. Ein Seniorautor muss generell Gliederung und Zusammenfassung sehen. Wenn nicht, haben wir uns erlaubt, den Text zu korrigieren, ohne den Autor nochmal zu fragen.

Ro: Da muss man, glaube ich, heute auch noch die Senior-Autoren etwas mehr in die Pflicht nehmen, die Arbeiten gründlicher durchzusehen und den jungen Erstautoren da an die Hand zu gehen.

Nau: Das war etwas, was wir systematisch gepflegt haben. Zimmermann gab seine Zustimmung zur Seniorautorenschaft nur, wenn er beigetragen hatte: Die Idee zum Projekt, die Arbeit am Manuskript und dann die Zusammenfassung. So haben wir das in Erlangen auch gehalten.

Ro: Also, auch hier sind wir völlig einer Meinung: Die „Klinischen Monatsblätter“ sind wichtig, und wir brauchen sie noch lange und hoffen natürlich, dass sie uns erhalten bleiben. Wollen Sie noch ein, zwei Sätze als Grußwort quasi an die „Klinischen Monatsblätter“ sagen in diesem Zusammenhang. Vielleicht doch – Herr Lang hat darum – ein kurzes Statement für die „Monatsblätter“?

Nau: Vivat, crescat, floreat!

Erstens: Wir erreichen durch die Publikation in den „Klinischen Monatsblättern“ zuerst unsere eigenen Mitarbeiter und Kollegen für eine gründliche Diskussion, oft anlässlich ihrer Erstpublikation. Das sollte eine echte Prägung sein für das berufliche Leben! Der Impact-Faktor kommt später. 2. Wie wir weiter vorn schon sagten, eine Kasuistik ist oft der Beginn einer Serie! 3. Familiennachrichten verbinden!

International Council of Ophthalmology (ICO), internationale Ophthalmologie

Ro: Und dann bleibt eigentlich nur noch das ganz große Thema, das Ihnen ja sehr am Herzen liegt und in den Emeritusjahren eigentlich Ihre Tätigkeit dominiert hat. Das ist der ICO, International Council of Ophthalmology. Sie haben sich ja weit über Erlangen und Deutschland hinaus um die Weltophthalmologie verdient gemacht. Vielleicht erklären Sie uns, wie sind Sie zum ICO, der seit 1929 offiziell besteht, gekommen, und was waren dort Ihre ganz besonderen Anliegen?

Nau: In den ICO und die Academia Ophthalmologica Internationalis (AOI) bin ich von Maumenee hineingezogen worden. Die Academia war mit eigener Satzung ein Freundeskreis um François, in dem auch mein Chef Sautter, Straub, Merté und einige weitere aktiv waren. Sie haben sich als Redner bei internationalen Kongressen eingebracht



und Referenten empfohlen. Das braucht man ja. Man darf die Academia nicht als Alternative zum ICO ansehen. Der ICO besteht aus dem Verband von Beitrag zahlenden, nationalen, wissenschaftlichen Fachgesellschaften, International Federation of Ophthalmological Societies (IFOS). Es können auch zwei nationale Gruppierungen beitreten. Ich hatte die Erfahrung gehabt, dass unser Berufsverband auch aufgenommen werden wollte. Wir haben sogar die Satzung geändert. Das Verdrießliche war nur: Als das durchgeboxt war, wollte der Berufsverband eine Erhöhung der Gebühren von einem Franken auf drei Franken pro Mitglied nicht mittragen und kündigte seine Mitgliedschaft. Eine so hohe prozentuale Steigerung darf natürlich nicht durchgehen.

Ro: Aber Sie haben dann trotzdem unverdrossen beim ICO weitergemacht. Die Fellowships, glaube ich, liegen Ihnen auch ziemlich am Herzen.

Nau: Darf ich nochmal anfügen. Maumenee hatte seit meiner Zeit in Washington einen Narren an mir gefressen. Er hat mich gefördert und echt gefordert, wo er konnte. Er sagte: „Du sollst in die Academia reingehen. Ihr Germans solltet mehr tun für die internationale Augenheilkunde. Dann hat er mich 1986 als Mitglied der Academia vorgeschlagen. Man lud mich ein, die Academia-Lecture in Chicago für die American Academy zur 100-Jahres-Feier 1996 zu halten. Eine andere Gruppierung neben der Academia war die „International Agency for the Prevention of Blindness“ (IAPB), die in ihrer letzten Publikation auch im Internet gar nicht mehr darauf hinweist, dass sie aus ICO und „World Blind Union“ entstanden ist. Maumenee war Präsident des ICO 1982-1990, und Sir John Wilson war Präsident der „World Blind Union“. Sie wollten gemeinsam die Blindenorganisationen mit einbeziehen, also die Betreuung der Sehschwachen und Blinden.

Es hat mich immer fasziniert, nachdem ich lange im Käfig in der DDR gelebt hatte, diese frische Initiative in den USA und Europa zu spüren. Dass man in der EOPS frei miteinander reden konnte, war mein erstes Erstaunen.

Und dann gab es mal ein Fluor-Treffen, das Wessing in Baden-Baden organisiert hatte mit Steve Ryan, 1985 war das. Wir baten Ryan am Rande dieses Treffens: „Könnt Ihr uns helfen mit Statuten der AUPO? Wir wollen in Europa etwas Ähnliches anfangen“. Ein Jahr später habe ich in Aachen für 20 Kollegen, die ich überwiegend von der EOPS her kannte – es waren dabei August Deutmann, Jean Jacques de Laey, Gisele Soubrane, Peter Eustace, Yves Pouliquen,...ich krieg jetzt nicht alle zusammen – jedenfalls für 20 Gründungsmitglieder habe ich 1986 zu einer festlichen Tafel mit Kerzen und Blumenschmuck geladen und ihnen die Statuten der AUPO vorgestellt. 1987 wurde in Lissabon die EUPO als private Vereinigung der akademischen Hochschullehrer in aller Form



gegründet, als nicht-staatliche Initiative. Das war für die Osteuropäer schwer zu verstehen, auch für Balder Gloor, meinen guten Freund in der Schweiz, dass eine Privatorganisation in diesem Rahmen was zu tun haben will. Auch die UEMS, die Facharztvereinigung der EU, hat sich dagegen gestemmt: „Ihr seid ein privater Verein, was sollen wir mit euch?“

Dann haben sie allerdings gemerkt, dass sie uns doch brauchen für ein gemeinsames Facharztexamen. Denn das haben wir vordringlich forciert. Es wurde eine letzte Schlacht um die Sprache ausgefochten. Unsere französischen und italienischen und spanischen Kollegen waren der Meinung, dass man neben Englisch mindestens Französisch noch dazu nehmen sollte als romanische Sprache. Wir konnten uns aber die Übersetzung nicht leisten. Gebrochenes Euro-Englisch wurde der Kommunikationsmodus, der für alle am besten geeignet ist.

Das Examen des European Board of Ophthalmology wurde 1992 als ein Unikat begründet. Die EU war offiziell durch die UEMS vertreten, und die EUPO als privater Verein registriert. Wir machen jetzt alle 4 Jahre einen Kurs, der läuft seitdem in Rotation quer durch die Länder in der EU. Ein Beispiel für Public Private Enterprise. Und wir bieten außerdem jährlich ein Examen an, bestehend aus Multiple Choice als schriftlichem Teil und einer mündlichen Prüfung. Eine Mehrheit befand eine mündliche Prüfung zunächst als zu schwierig. Ich habe vehement für die mündliche Prüfung gekämpft: „Freunde, wenn die Essenz von Europa in der Sprachenvielfalt und den verschiedenen Sitten im Examen nicht zum Tragen kommt, dann spiele ich nicht mehr mit“. Der Prüfling hat das Recht, in seiner Muttersprache geprüft zu werden.

Ro: Vielleicht darf ich noch kurz sagen, dass wir als Vertreter Europas auch Herrn Prof. Bergua hier haben als langjährigen Mitarbeiter von Herrn Naumann. Herr Bergua war bei der Vorbereitung dieses Interviews auch sehr behilflich. Als seine persönliche Initiative hatte er bereits ein ähnliches Interview per Video aufgenommen. Aber jetzt machen wir weiter mit dem ICO.

Nau: Jetzt kommen wir schließlich zum ICO. Ich wurde also von Maumenee vorgeschlagen für die Academia und in geheimer Abstimmung gewählt. Dadurch wurde ich so ein bisschen bekannt in diesem Kreis und habe dann bei der Hundert-Jahr-Feier der American Academy in Chicago die einstündige Academia-Lecture gehalten. Das war eine Riesen-Ehre.

Ro: 1996. War ich dabei. Habe ich gehört.

Nau: Zimmerman saß neben meiner Frau und raunte: „So much material“. Das war sein höchstes Lob. Es gab volles Haus und keine Parallelveranstaltung, das war ungewöhnlich.



Wieder auf Vorschlag von Maumenee wurde ich 1997 in geheimer Abstimmung zum Nachfolger von Nakajima gewählt. François war bis 1980. Machen wir mal rückwärts. 1998 bis 2006 war ich Präsident. Davor war es Nakajima. Davor war es Maumenee, davor war es François. Die Präsidenten des ICO waren immer Europäer bis auf Derrick Vail, der war, 1966, glaube ich der erste Amerikaner. Es war immer eine europäische Angelegenheit.

Ro: Wir haben ja ein schönes Buch von Prof. Naumann über die „Geschichte des ICO“, da steht das bestimmt drin. Erzählen Sie ruhig weiter über den ICO.

Nau: Dann wurde ich also vor die Tatsache gestellt, dass man mich gewählt hatte. Da habe ich gleich meine Frau angerufen. Sie sagte nur: „Gotteswillen, aber wenn Du Dir das zutraust, mach das“. Als ich Zimmerman gegenüber Selbstzweifel hegte, protestierte er: „You are a doctor. You are the right person“.

Es war wirklich eine reizvolle Aufgabe. Es sind dort viele gescheite Kollegen, deren Anliegen es ist, Initiativen zur Vermeidung von Blindheit im Rahmen von „Vision 2020“ zu unterstützen. Das ist ein komplexes Projekt! Es braucht außerdem Optiker, Soziologen, Public health.

Leider sind meine Pläne, nach meiner Präsidentenzeit aktiv weiter zu machen, gescheitert wegen meines M. Parkinsons. „Teach the teachers“ wäre mein Thema gewesen. Sich nach der Emeritierung mindestens sechs Wochen in einem Dritte Welt – Land zur Verfügung zu stellen.

Den International Council gibt es seit 1857, drei Wochen nach der Heidelberger Gesellschaft wurde er gegründet! Es war zunächst nur ein Verein. Alle 4 Jahre sollte „International Congress“ sein. Wegen der Weltkriege gab es Unterbrechungen. 1929 kamen erst die Statuten und Regularien des ICO, 1933 wurde in Madrid die „Executive der International Federation of Ophthalmological Societies – IFOS“ definiert. Das war eine Besonderheit nach Jahren von informellen internationalen Treffen! Die offizielle, öffentliche Registrierung als Non-profit Organisation geschah erst 1998 in Zürich.

Ro: Darf ich kurz unterbrechen? Ich habe gerade hier die Präsidenten des ICO gefunden. Sie haben es richtig gesagt. 1927-29 war van der Hoeve aus Leyden, dann folgte von 1929-31 Lundsgaard aus Kopenhagen, 1934-51 Nordenson aus Stockholm. Also das waren die Europäer. 1951-66 noch Duke-Elder aus London. Und dann kam Derrick Vail von 1966-70. Das war dann wirklich der erste Amerikaner. Dann 1970-74 Charamis aus Athen, kenne ich gar nicht. Dann kam 1974-82 François (Belgien), 1982-90 Maumenee (USA), 90-98 Nakajima (Japan), und 1998-2006 Naumann, und 2006 dann Bruce Spivey (USA). Das



waren die Präsidenten. Sehr schönes Buch! Muss man haben! (Anmerkung: GOH Naumann, BP Gloor, PG Watson. History of International Ophthalmology 1982-2007. 2010. Kostenlose Bestellung beim ICO, Gerd Lang, Peter Wiedemann oder GOH Naumann möglich. Außerdem online verfügbar)

Nau: Es ist sehr bemerkenswert, wie die Entwicklung in den letzten Jahren quasi explodierte mit Beginn des digitalen Zeitalters. Bruce Spivey hatte Erfahrung im Umsetzen von Ideen und der digitalen Organisationsstruktur aus der American Academy of Ophthalmology and Neuro-otolaryngology. Ich brachte die Erfahrung aus den europäischen Ländern über die EOPS, über die EUPO, über das European Board mit, und insofern haben wir dann gesagt: „Jetzt müssen wir konkret etwas tun. Wir können nicht immer nur Reden halten.“

Peter Watson aus Cambridge fing zuerst an: „Fritz, unter uns Freunden. Ihr macht ja gute Ophthalmologie in Deutschland, habt auch Top-Leute, aber wie Ihr Eure Facharztausbildung absichert, das ist, mit Verlaub gesagt, einfach nicht genug. Das müsst Ihr ändern“. „Unsere Augenärzte sind nicht schlechter als die britischen, das wage ich zu sagen“. „Trotzdem, Ihr braucht sowas“. Peter Watson hat mit anderen Mitgliedern der Kommission einen Assessment Test eingerichtet mit Unterstützung der American Academy. Da waren unter den Testteilnehmern alle Kontinente vertreten, und man muss dazu sagen, dass inzwischen – nicht dass ich falsche Zahlen sage - über 3000 Zeugnisse für den klinischen Test ausgestellt wurden.

Dann hat Balder Gloor als Schatzmeister vorgeschlagen: „Wir haben zwar nicht viel Geld, aber mit dem wenigen Geld sollte man eigentlich was tun“. Er war Fellow bei Becker, ich war Fellow bei Zimmerman. Man kann einem jungen Menschen nichts Besseres antun, als dass man ihn in ein internationales Milieu setzt, wo er eine andere Blickweise im Privaten und Beruflichen etabliert. Wir haben ein Fellowship-Programm, federführend Balder Gloor, eingeführt. Für drei Monate nur, gegen Protest der Amerikaner. Die wollten ein Jahr. Ich habe strikt dafür plädiert, bei den drei Monaten zu bleiben, weil man dann fast viermal so viel Stipendiaten erreicht als mit einem Jahr. Es ist heute wahrscheinlich das beste und beliebteste Programm neben dem Assessment-Test. Die Testsieger kommen nicht aus Europa, sondern aus benachteiligten Ländern wie Bangladesh, Iran und Ägypten! Dann gibt es ständige Komitees für Kongresse und für die Finanzen. Das „Committee for Countries With Minimal Ophthalmologic Presence“ sucht Wege zur Hilfe und Selbsthilfe. Man muss betonen, die Amerikaner sind sehr hilfsbereit. Sie haben großzügig Fragen aus ihrem Pool zur Verfügung gestellt und bei den Statuten geholfen. Schweizer Juristen in Zürich halfen bei



der Registrierung und den Regularien. Das ist in meinem ersten Amtsjahr 1998 geschehen. Dann hat der ICO weiter mitgemacht bei der Initiative zur Zerstörung von „Laser blinding weapons“. Das hat sich die „World Health Assembly“ / WHA - nicht „World Health Council“ der WHO - zu eigen gemacht, und wir haben es unterstützt. Wir haben auch die Initiative gegen Landminen unterstützt, die ja für die Augenärzte häufig von Interesse sind: Die kleinen, spielenden Kinder sind besonders gefährdet.

B-S: Ich habe persönlich erlebt, dass Länder, in denen kein strukturiertes Gesundheitswesen vorhanden ist, also viele afrikanische Staaten, dass sie letztlich auf das ziemlich schwere ICO-Examen zurückgreifen, ihre Mediziner in der Augenheilkunde zu qualifizieren und dann auch als Augenärzte im Land tätig werden zu lassen.

Nau: Herr Bartz-Schmidt, Sie machen mir eine richtige Freude, ein Geschenk. Das ist das, worum wir kämpfen. Etwas Konkretes. Es gibt auch Curricula. Es gibt Curricula für die standardisierte Minimalausbildung von Studenten, separat für Facharztausbildung, für Hilfspersonal, technisches Personal und Pflegepersonal. Und für die Fortbildungen. Nicht dass der ICO irgendwo meint, das könnte angeordnet werden. Sondern: „Think globally, act locally“!

B-S: Der Assessment-Test gilt als sehr anspruchsvolle Prüfung. Stimmt, auch unsere Mitarbeiter haben das festgestellt. Die deutschen Lecturer, die in Afrika unterwegs sind, sind sehr beeindruckt von den Anforderungen, und sagen, man muss sich richtig anstrengen. Es ist wohl in der Tat so, dass diese Prüfungen weitaus anspruchsvoller sind als das kollegiale Gespräch, was wir in Deutschland in der Facharztprüfung haben.

Nau: Es gibt auch in Europa Länder, die auf eigene Facharztprüfungen verzichten und stattdessen die Assessment Tests anerkennen. Das erste Land war die Schweiz, dann kam Belgien! Dann braucht es Standards für Visusanforderungen im Verkehr. Da gibt es viele Experten, die mitmachen. Costenbader in Amerika, der Lachenmayr in Deutschland. Peter Gabel übernahm als Direktor das weltweite Fellowship-Programm. Eine Fellowship kostet ja 5.000 € für 3 Monate. Insgesamt hat der ICO 820 Fellows betreut, davon 220 in Deutschland. Überall unterstützten die Gastgeber. Die deutschen Gastgeber sind vorbildlich, dafür wollte ich mich zum Schluss nochmal bedanken. Die Fellows strahlen, wenn sie einen treffen: „I was in your place“. Und sie sagen meiner Frau dann auch öfter: „I was in your home“.

Wir sind der Meinung, dass, wenn sie Laser-koagulieren können beim Diabetes, oder wenn sie wissen, wie man eine Katarakt-Extraktion machen kann bei einer hypermaternen Katarakt,



dass man das mit dem Phako nicht unbedingt machen muss, dass das eben nützlich ist. Auch Vertreter wie Peter Wiedemann aus Leipzig, Schatzmeister der Academia, außerdem Schatzmeister des ICO, brauchen Unterstützung. Wir haben nie Zweifel an den Ergebnissen. Wenn der Visus nur ein bisschen besser ist, ist das ein Erfolg.

Ro: Der WOC hat immer mehr Zuspruch, es gibt immer mehr Programme. Auch Tübingen unterhält eine Kooperation mit Malawi. Kamerun gibt es, Kenia gab es. Also, da ist man international sicherlich viel vorangekommen. Und es ist wichtig, dass das natürlich am Laufen gehalten und mit Leben gefüllt wird. Jetzt kommen wir schon langsam zum Ende.

Nau: Eine ausführliche Website stellt den ICO vor und schafft Kontakte in aller Welt. Darf ich noch ganz kurz einfügen, kurz sagen. Der Weltkongress, WOC, in Berlin 2010 unter G.K Lang war glänzend organisiert. Vorher gab es einen in München, der war prima – H.K. Müller 1966 - der andere war in Heidelberg.

Ro: Wobei das Beste am WOC 2010 – ich darf es nicht laut sagen – war das „WOCtoberfest“. Waren Sie auch beim „WOCtoberfest“?

Nau: Es wurde gefeiert und getanzt. Die Japaner sogar auf den Tischen! Ich war mit all den Häuptlings da.

Ro: Ja, das war wirklich toll. Freut mich auch für Herrn Lang, der ja nun wirklich 10 Jahre und länger mit der Vorbereitung beschäftigt war. Und das war ja auch letztlich Ihr Verdienst, dass der Weltkongress 2010 nach Deutschland kam.

Nau: Nur noch eine formale Kleinigkeit, wenn es um Entscheidungen geht. Internationale Gremien sind ja manchmal umstritten. Und dann geht's im Detail darum, wie wird da abgestimmt. Da war z. B. meine Nachfolge. War eigentlich besprochen: Bruce Spivey kennt die Dinge, Kontinuität wird gewährleistet, das sollten wir doch ihn machen lassen. Das hatte ich vorgeschlagen. Und dann kam ein amerikanischer Kollege, der mir immer juristisch dazwischen gefahren ist und der für mich – lag vielleicht auch an mir – problematisch war. Der sagte: „Wir stimmen per Akklamation ab. Das ist ja lächerlich, ein einziger Kandidat. Akklamation ist völlig genügend. It is a waste of time“. Habe ich gesagt: „As long as I am president any decisions about persons will be made by secret vote written“. Da hat mich der Chef von der WHO unterstützt. „Ich bin in der Sowjetzone aufgewachsen, ich kenne diese Mauscheleien. Personen entscheiden über Personen. Die Entscheidungen müssen eindeutig secret, in geheimer Abstimmung, gemacht werden“. Spivey hat sich dann gefreut. In geheimer Abstimmung einstimmig! Das muss man sich klar machen, das ist wesentlicher Teil der demokratischen Kultur.



Ausflüge mit der Klinik und der Familie in die neuen Bundesländer

Ro: SBZ ist vielleicht noch das Thema. Sowjetische Besatzungszone, kennt heute auch nicht mehr jeder. Nach der Wende sind Sie dann mit Ihrer Mannschaft hier auch in die neuen Bundesländer gefahren, nach Thüringen und nach Sachsen. War sozusagen „back to the roots“ die Idee, oder was steckte dahinter?

Nau: Wir haben ja alle die meiste Zeit, meine Weggefährten und ich, in der Klinik verbracht. Wir hatten auch einmal im Jahr die Klausurtagung im Bayerischen Wald oder in Wildbad Kreuth oder in Kloster Banz. Nur für den Stab, also die Oberärzte und den Chef. Mit Übernachtung und: was haben wir für Probleme, wo können wir anfangen, wie machen wir das? Und dann gab es Klinikausflüge in die bayerische Umgebung. Das war immer schön.

Als die Mauer fiel, habe ich gesagt: „Ab jetzt Klinikausflüge nach Sachsen und Thüringen. Ihr habt keine Ahnung von unserem Vaterland“. Da waren die alle begeistert. Die waren noch nie in Sachsen oder in Thüringen gewesen. Wollen wir mal anschauen, was aus diesen Ländern geworden ist und was passiert wäre, wenn wir Pech gehabt und unter die falsche Besatzungsmacht gekommen wären. Es wäre schon schade gewesen, wenn die Mauer nicht gefallen wäre. Das habe ich als große Überraschung erlebt. Und dann sind wir, wie gesagt, auch mit den Töchtern sofort losgefahren. Am dritten Weihnachtsfeiertag war das erste Mal, dass man ohne Visum in die Sowjetzone fahren konnte, sogenannte DDR. Im Sommer hatten die Töchter gesagt, weil ich wieder über die Kommunisten, die wieder alles madig machen, geklagt habe: „Papa, grundsätzlich bist Du gar nicht so schlecht. Nur wenn man Dich berührt, steigt eine Staubwolke auf“. Jetzt hatte ich am 3. Weihnachtsfeiertag die gleichen vier Töchter und meine Frau ins Auto gepackt. Da waren wir in Erfurt, wo ich die Räumung durch Stalin miterlebt hatte. Jetzt wogte eine erregte Menge und verlangte Zutritt zu den Stasiarchiven. Dann noch Naumburg, Leipzig, Dresden. Wir sind später immer wieder in Thüringen gewesen. Der erste Winter war kalt, keine Restaurants, kein Klo, schrecklich. Die Luft stickig, das graue Hemd war schwarz.

Ro: Braunkohle.

Nau: Die Töchter gaben kleinbei: „Papa, das ist ja viel schlimmer als Du erzählt hast“. Mit Töchtern kann man Überraschungen erleben!

Ro: Ja, vielleicht sagen wir das noch: 4 Töchter, 6 Enkel.



Nau: Nach Prag sind wir auch mit der Klinik gefahren. In drei Bussen sind wir morgens früh um 4 h los, Frühstück an Bord. Außer der Stallwache in der Klinik war alles dabei: Als Überstunden deklariert. Assistenten aus Thüringen oder Sachsen haben die Reise wie immer vorbereitet. Unterwegs wurde eingekehrt. Dann haben wir uns umgeschaut, mit den Leuten gesprochen.

Ro: Prag ist ja auch eine tolle Stadt. Nun werfen wir denn doch noch mal einen Blick in die Zukunft. Was meinen Sie, wie wird es in der Augenheilkunde weitergehen? Welche Entwicklungen wird es geben? Welche Entwicklungen machen Ihnen vielleicht auch Sorgen im Augenblick?

Zukunft der Augenheilkunde

Nau: Vielleicht die Sorgen vorneweg. Es macht mir Sorgen, wenn gegenüber den Kollegen zum Ausdruck gebracht wird, man müsse die Augenheilkunde in Korneologen, Glaukomatologen, plastische Chirurgen komplett aufteilen. Das halte ich für verkehrt. Ich glaube, wir müssen an dem Augenarzt festhalten, so wie die Amerikaner an dem Eye MD. Wir brauchen die Schwerpunkte für die klinische Forschung, für die Ausbildung von Augenärzten, aber wir brauchen sie am wenigsten für die Ausbildung der Studenten. Jeder, der eine akademische Augenklinik vertritt, sollte in der Lage sein, Studenten zu unterrichten. Im Interesse des Faches braucht es eine gemeinsame Klinik. Vieles wird ambulant gemacht. Und es entsteht der Eindruck: „Das sind ja Softie-Kollegen, was tun die schon“. Wie meinen Freunden das gelegentlich widerfährt, selber am Auge erkrankt zu sein und zu sagen: „Ich hab mich getäuscht. Das ist nicht ein Randgebiet. Das ist ein Kernfach, wir sollten darauf achten, dass es nicht wie in Harvard als „elective“ gehandhabt wird. Es ist m.E. die größte Gefahr, das Fach zu zertrümmern. Es ist wichtig, dass wir, wenn wir politisch gehört werden wollen, an der Einheit festhalten. Nur gemeinsam sind wir stark! Und ein Faktor, die Einheit zu erhalten, ist auch die Ophthalmopathologie. Es ist nicht ausreichend, nur die Korneologie zu machen. Also wir müssen die Einheit des Faches wahren. Die Ausbildung der jungen Kollegen muss überwiegend in der Augenklinik geschehen. Die Ophthalmopathologie verbindet alle Schwerpunkte.

Ro: Ja, wir haben ein tolles Fach, da sind wir uns ja auch einig. Wir müssen natürlich den Nachwuchs auch für uns begeistern. Wir konkurrieren heute um die jungen Köpfe, muss man sagen. Ich habe gehört, dass die Augenheilkunde bei den heutigen Studenten gar nicht so beliebt ist. Wir brauchen 5% der Medizin-Absolventen in der Augenheilkunde, aber 2 bis 3%



liebäugeln nur damit. Also wir müssen noch mehr tun, um das Fach attraktiv zu halten. Oder noch attraktiver zu machen!

Nau: Und deshalb – darf ich Sie unterbrechen – darf ich daran erinnern: wir sind kein kleines Fach, erstens. Zweitens: Die Bekanntheit der Augenheilkunde wird verdrängt durch die Fortschritte in der übrigen Medizin und den chirurgischen Fächern. Das geht heute manchmal soweit, dass das New England Journal über 3 homologe Gesichtstransplantationen berichtet mit 20 Autoren, ohne dass ein Ophthalmologe dabei ist. Da habe ich vor kurzem einen Brief an den New England Journal Editor geschrieben. Ich bekam die Auskunft, das gehörte eigentlich nicht zu seinem Schwerpunkt. Dann kommt wichtig dazu, die Augenheilkunde gibt ja der übrigen Medizin was zurück! Wo sind die Pioniertaten? Der Augenarzt Koller und Sigmund Freud haben die Lokalanästhesie mit Kokain entwickelt, und die spielt in allen chirurgischen Fächern eine Rolle. Zirm hat 1905 die erste erfolgreiche Hornhauttransplantation als erste Transplantation beim Menschen durchgeführt und 1906 darüber berichtet. Meyer-Schwickerath hat festgestellt, dass die Lichtstrahlen nicht nur zur Diagnostik nützlich sind, auch nicht nur als Schädigung wie bei der Sonnenfinsternis zu betrachten sind, sondern als Handwerkszeug. Man kann das Licht in die Hand nehmen, ein Areal der Netzhaut verkochen, und induziert eine Narbe bei der Amotio, die die Verbindung der Netzhaut mit der Basis wieder herstellt durch Proliferation des Pigmentepithels. Ich werde ein paar Dinge vergessen haben. Die Endoskopie mit koaxialer Beleuchtung ist modifizierte Ophthalmoskopie. Die brauchen alle.

Ro: Und jetzt kommt die allerletzte Frage. Wenn Sie jetzt die Chance hätten, in Ihrem Leben nochmals etwas anders zu machen: Gäbe es etwas, was Sie heute, aus heutiger Sicht, anders machen würden?

Nau: Wir sind heute in der Lage, auf relativ effiziente Weise den Sehschwachen und Blinden zu helfen, z. B. durch eine Katarakt-Operation oder wenigstens mit einer Brille. Das International Council als NGO hat sich der verstärkten Ausbildung junger Kollegen aus aller Welt angenommen, insbesondere in Ländern mit fehlenden eigenen Strukturen. Verbessern und ausweiten kann man den Weckruf „Teach the Teachers“ in allen Ländern.

Ro: Wir sind alle beeindruckt, wirklich beeindruckt von diesem phänomenalen Interview. Wir haben Ihnen eine Kleinigkeit aus Tübingen mitgebracht, einen Lemberger und wissen Sie, wie der heißt? Glaukos. Ja: Nomen est omen. Und Glaukos hat ja mit Glaukom zu tun, also ein Glaukom-Wein aus Württemberg, Ihrer zweiten Heimat. Mit allerbestem Dank für dieses wirklich ganz tolle Interview.



Ende des „offiziellen Interviews“

Nachtrag

Nau an B-S: Der Präsident ist ein geplagter Mann, wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann. Ich habe mich übrigens nicht um die DOG-Präsidentschaft gedrückt. Ich war ja sechs Jahre im DOG-Vorstand auch. Dann, glaubte ich, mein Quäntchen für das Gemeinwohl der DOG erfüllt zu haben.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre freundliche Zuwendung. Herr Rohrbach, der Kammerton war so, wie ich mir das vorgestellt habe.

Abschließende Stichworte Prof. Naumanns

Ein Zeitzeuge ist kein Solist, sondern ist Teil eines Chores eng verbundener Weggefährten in unserer Arbeitsgruppe, die besonders geprägt wurde von zwanzig Habilitanden in Tübingen und in Erlangen.

Die Vernetzung reicht hinüber in den Rest der Medizin in den Universitäten und den Berufsverband.

In diesem Interview verzichtete ich bewusst auf die vollständige Aufzählung von Namen und Publikationen, sie sind ja über das Internet leicht auffindbar.

Klinische Forschung in der Augenheilkunde sollte in der Regel von den Fragen der Patienten ausgehen. Die Ophthalmopathologie kann morphologische Befunde quantifizieren und über die Imagingmethoden korrelieren.

Die moderne Mikrochirurgie in der Augenheilkunde zielt nicht als Selbstzweck auf eine Verkleinerung des Instrumentariums und der Anwendung des Mikroskopes, sondern soll die Zielgenauigkeit erhöhen und den Kollateralschaden vermindern.



Dafür ist zu beachten: Mikrochirurgie ist angewandte Pathologie.

ENDE