

Der Chirurg

und sein Dilemma

Aus den Tagebüchern
eines Chirurgen

Der Chirurg und sein Dilemma

Paul Schweizer

Der Chirurg

und sein Dilemma

Aus den Tagebüchern eines Chirurgen

(Das Gewicht der Gewalt in der Medizin)
(Die Macht und Ohnmacht des Chirurgen)

Der Umgang des Chirurgen und der Patienten
mit den Komplikationen und Schicksalen)

Paul Schweizer

Der Chirurg und sein Dilemma

2. Auflage (2025)

Dieses Buch oder Teile davon dürfen in keiner Weise ohne Zustimmung
des Herausgebers reproduziert oder vervielfältigt werden

„Facta infecta fieri nequeunt“

(Geschehenes kann man nicht ungeschehen machen).

„Felix, qui potuit rerum cognoscere causas“

(Glücklich, wer die Ursachen zu erkennen vermag).

Meiner Frau Monika

Meinen Söhnen

Markus, Michael, Stefan, Martin

Meinen Enkelinnen und Enkel

Frederik, Linus

Moritz, Theresa, Johanna

Meinen Patientinnen und Patienten

Meinen Studentinnen und Studenten

Kapitelübersicht

Vorwort

1	Die Gewalt der Leidenschaften und Gefühle	9
2	Die Gewalt des Tumors	40
3	Die Gewalt der anatomischen Architektur	67
4	Die Gewalt des Affekts	78
5	Die Gewalt der Konstellation	87
6	Die Gewalt des Wortes	100
7	Die Gewalt des Todes	111
8	Die Gewalt der unbeherrschten Triebe	121
9	Die Gewalt der Gene	132
10	Die Gewalt des Glaubens und des Todes	142
11	Die Gewalt der Sympathie	158
12	Die Gewalt der Autorität, des Irrtums und des Widerspruchs	176
13	Die Gewalt der Verweigerung und des Glücks	188
14	Die Gewalt der Hormone und chemischen Substanzen	205
15	Die Gewalt der Angst	213

Vorwort

Dieses Buch entstand als Manuskript für ein Seminar mit dem Titel: Wie gehen Chirurgen und Patienten mit schweren Schicksalen und Komplikationen um? Es ist kein Lehrbuch im üblichen Sinn, sondern ein <fallbezogenes, patientenorientiertes, daher auch praxisnahes Manuskript, das ein Seminar einleitete.

Da ich in der zweiten Hälfte meiner 40-jährigen akademischen Lehrtätigkeit durch Früh- und Spätevaluationen zur Überzeugung kam, dass die narrative Didaktik gegenüber einer auf pure Wissenschaftssprache bauende Lehre für das Verstehen und die Einprägung von Wissen Vorteile bringt, wird in diesem Buch Medizin in realen Geschichten erzählt. Diese realen Geschichten führten zu einem umfangreichen Dialog mit Studierenden, sowohl über medizinische Sachverhalte, als auch soziale, psychologische und ethische Aspekte der Krankheit. In den <Geschichten>, die medizinische Sachverhalte und Systematik in die Darstellung einer Krankheitsgeschichte einbeziehen werden zwar Metaphern, Analogien und Gleichnisse benutzt. Es wird aber, soweit die Realität der Geschichte dies zulässt, auf Symbole, Animismen und automorphe Darstellungen verzichtet.

Mit dem didaktischen Mittel der <Erzählung> einer Krankheitsgeschichte, der Benutzung von Metaphern, Analogien und Gleichnissen soll eine affektive Brücke hergestellt werden, die nach pädagogischer Erfahrung und

neurophysiologischer Forschung „nachhaltiges Lernen“ ermöglichen soll.

Der Titel des Seminars wurde nicht von mir, sondern von einer Studentin angeregt. Wortwörtlich sagte sie : „In einem Seminar soll auch die Seele des Chirurgen zum Ausdruck kommen, der Umgang eines Chirurgen mit seinen Patienten und mit Komplikationen sowie schweren Schicksalen“. Sie kritisierte, dass in Vorlesungen und Seminaren „immer nur Patienten mit günstigen Verläufen ihrer Krankheit demonstriert werden“. Sie überzeugte ihre Kommilitoninnen und Kommilitonen, „dass der Blick in die Seele des Arztes und seiner Patienten auch Gegenstand der Ausbildung des Studierenden zur Ärztin und des Arztes sein muss, weil nur so, die Mechanismen einer Arzt- Patienten-Beziehung verstanden werden kann“.

Als ich <überredet> worden war, bot ich 25 Themen an, aus denen die Studierenden 15 für ein 30-stündiges Semester-Seminar auswählen durften. Ich stellte das Thema unter den Titel: „Gewalt in der Medizin“, weil ich selbst Krankheit und die Kollateralen, das psychische Verhalten von Arzt und seinem Patienten unter dem Aspekt der <Gewalt> erfahren habe.

Da ich jedoch das Empfinden hatte, dass das Wort <Gewalt> die Sache nicht immer exakt trifft, sprach ich oft von <Einfluss>, <Schicksal>, <Kraft>, <Ohnmacht>, <Macht>.

Jedes Thema mussten die am Seminar teilnehmenden Hörer in Hausarbeit vorbereiten, denn wir wollten im Seminar (narrative) Gespräche führen.

Im Seminar konzentrierten wir uns in der Regel auf 5 Fragen: Im ersten Schritt des Seminars stellte ich mit Bildmaterial und Tafelskizzen den realen Sachverhalt einer Krankheit dar, damit alle wussten, worüber wir sprechen wollen. In einem zweiten Schritt durften die Hörer Fragen stellen, die den Sachverhalt konzentrieren sollten. In einem dritten Schritt kam dann das Gespräch über das psychische Verhalten des Patienten, aber auch des Arztes zu seinem (narrativen) Recht. Und im 4. Schritt wurde das soziale Milieu des Patienten erforscht.

In einem abschließenden Gespräch bat ich meine Hörer das Seminar in freier schriftlicher Form zu bewerten. Sie sollten die narrative Methode mit der bekannten dozierenden Form vergleichen. Von 71 der 92 Hörer bekam ich binnen einem halben Jahr eine Bewertung. 64 davon bewerteten die narrative Form („ohne Einschränkung“) als besser. Ihre Begründung war, dass diese Form (wie ein Student schrieb) zu einer „intensiveren“ Einprägung des Wissens geführt habe. Er nannte den methodischen Effekt einen „carrier“, welcher der dozierende Unterricht als klassischer Vorlesung vermissen lasse.

Und 7 Studentinnen wiesen darauf hin, dass die narrative Form pädagogische Elemente enthalte, „die das neue Wissen im Gehirn besser verankern kann“.

Persönlich muss ich erwähnen, dass es mir nicht immer leicht fiel, die Studentinnen und Studenten in die <Seele> des Chirurgen blicken zu lassen.

Nach diesen <Analysen> kam Schweizer auf das erste Thema des Buches zu sprechen.

Der Chirurg und sein Dilemma

Die Gewalt der Leidenschaften und Gefühle

In der Nacht des 24. Novembers sprach ich ihn an. Wir hatten gemeinsam den Operations-Saal nach der schwierigen, ausgedehnten Versorgung einer Leberruptur mit Einriss der hinter der Leber verlaufenden Unteren Hohlvene und der Zerreißung eines großen Gallengangs verlassen und waren auf dem Weg in unsere Dienstzimmer.

Ich berichte nun über ein Ereignis mit vielerlei medizinischen, ärztlichen und menschlichen Aspekten. Vier Elemente dieses <Vielerleis> will ich nennen: Erstens, im Kontext der ärztlichen Tätigkeit zeigt das Ereignis in welche menschlichen Verstrickungen ein Arzt in seinem privaten, zwischenmenschlichen Umfeld geraten kann. Wenn er seine Arbeit trotzdem verrichten muss, können die privaten Belastungen auch zu beruflichen Belastungen konvertieren. Zweitens: Das Geschehen führt vor Augen, dass sich Ärzte, wenn sie selbst Patienten werden, oft hilflos an den Grenzen des noch zumutbaren bewegen. Drittens: Die Geschichte weist drastisch darauf hin, dass Ärzte, obwohl sie ständig mit der Misere des Menschen konfrontiert werden und daraus lernen können, ihre eigenen (privaten) Belastungen doch

nicht in den Griff bekommen, die Realitäten nicht mehr erkennen und einordnen können. Viertens: Am wichtigsten erscheint mir aber die Erkenntnis, dass Charaktere manchmal nicht richtig beurteilt werden können, weil wir die Gewalt neuer Bedingungen nicht voraussehen dürfen und auch das menschliche Leben und die Geschichte jedes Einzelnen den Kräften der Evolution, dem <pantarei>, wie Heraklit richtig erkannte, unterworfen sind. Ein scheinbar stabiles System kann plötzlich in Unordnung, ins Trudeln geraten, mutieren. Dann müssen wir enttäuscht feststellen, dass uns der Blick auf den Charakter eines Menschen getäuscht hat.

Ich erzähle jetzt die Geschichte des Assistenzarztes Thomas B., die eine Zeit lang auch die Geschichte unseres Klinikalltags war. Sie wirft ein Licht auf die zerstörende Gewalt der Leidenschaften und Gefühle von zwei Menschen, die am Ende zu <Patienten> wurden.

Thomas hatte sich seit Pfingsten verändert. Der plötzliche Wandel war nicht zu übersehen. Alle, die mit ihm zu tun hatten, nahmen die Veränderung wahr. Bis ins späte Frühjahr war er der gesellige, kontaktfreudige, für jede Kommunikation aufgeschlossene Kon-Assistent gewesen. Hilfsbereit, mit sichtbarer Freude am Leben. Äußere Einflüsse, wie eine nicht optimal verlaufene Operation, eine Erkältung oder Grippe, seinen Ellbogenbruch, den er sich beim Tennisspielen zugezogen hatte, die Launen des Chefs, der Schwestern und Patienten, fing er mit humorvollen Bemerkungen ab. „Man muss Schicksale, die den Menschen beugen wollen, geschickt parieren, sonst nehmen sie uns die Freude am Leben“, rief

er, wenn Aufmunterung notwendig wurde. Auf Thomas war (einfach) Verlass. Er war quasi der Fels unter den Assistenten. Er frischte unseren Alltag und die Nächte im Op mit humorvollen Bemerkungen auf. Seine Kommentare fasste er meistens aus dem Stand heraus in gelungene Verse und Reime.

Nur Gespräche über Gott, das Serben und den Tod mochte er nicht. Ihnen ging er aus dem Weg.

Sonst kommentierte er freimütig jedes Thema, erklärte sich einverstanden mit einer Meinung oder gab unumwunden zu, dass er eine Idee, eine Auffassung nicht mittragen konnte.

Thomas war kein schwieriger Charakter. Seine Haltung und Gesinnung, sein Handeln waren geprägt von Zuwendung. Er liebte Menschen, so wie sie waren. Große Unterschiede machte er nicht. „Meine Sympathie gehört allen Menschen“, sagte er einmal, als ihn ein Mitarbeiter in einem Disput aufforderte, doch zu den psychischen Problemen eines Patienten Stellung zu nehmen, sich der einen oder der anderen Meinung anzuschließen. „Jeder hat seine guten Gründe. Ein Problem ist nie derart wichtig, dass es Menschen entzweien sollte“. Thomas demonstrierte mit seinem Verhalten, dass das aus dem Griechischen stammende Wort „Charakter“ das „Gepräge“ heißt. Seit einem Viertel-Jahr bemerkte nun aber nicht nur ich, dass er sich veränderte. Er wurde still, ging Gesprächen aus dem Weg, zog sich gerne zurück, wirkte teilnahmslos, nach eigenen Operationen drängte er sich nicht mehr. An gemeinsamen Visiten hatte er kein Interesse mehr und verließ die Klinik am Abend auffallend pünktlich.

Sein braungebranntes Gesicht wurde blasser, es wirkte versteinert und seine breiten Wangenknochen traten immer stärker hervor. Seine Augen blickten oft ins Leere. Sein bisher offener Blick in die Augen der Anderen fehlte, er schaute seinen Gesprächspartnern jetzt immer am linken Ohr vorbei an.

Thomas wollte offensichtlich in Ruhe gelassen werden. Er hatte seine gewohnte Welt, die auch unsere Welt war, verlassen und war in eine andere, uns nicht erkennbare Welt eingetreten.

Keiner wusste, was ihn derart veränderte. Alle stellten aber Spekulationen an. Ärzte und Schwestern tuschelten.

In der Nacht des 24. Novembers sprach ich ihn nun unter vier Augen an. Thomas hatte mir teilnahmslos, zeitweise störend, assistiert, obwohl die Blutung aus der unteren Hohlvene und Leber lebensbedrohlich war. Das Leben des Patienten hing wirklich nur noch an einem dünnen Faden (und an unserer konzentrierten Arbeit). Thomas befolgte zwar meine Anordnungen, aber er assistierte nicht aktiv. Seine sonst flinken Finger waren träge, passiv. Er sprach während der Operation kein einziges Wort und nach dem Eingriff blieb seine Freude über den lebensrettenden Erfolg aus. Auch im Umkleideraum blieb er stumm und ich fragte mich zum ersten Mal, ob seine Teilnahmslosigkeit mit mir zu tun haben könnte. Aber, Thomas wartete bis ich den Op und die Umkleide verließ. Dann ging er wortlos neben mir her.

Als wir vor der Tür zu unserem Dienstzimmer angekommen waren, fragte ich ihn unumwunden, ob er mir sagen will, was ihn bedrückt. Ich hatte die vage Vermutung, dass er mit mir sprechen möchte.

Thomas sagte aber nichts. Als wir dann ziemlich hilflos im Zimmer standen, machte er eine Bewegung, die sagen konnte, dass wir uns doch setzen könnten. Nun wusste ich, dass er sprechen wollte.

Trotzdem saßen wir lange schweigend auf unseren Stühlen und jeder trank immer wieder verlegen einen Schluck aus der Flasche.

Schließlich brach ich das Schweigen und fragte, ob es etwas gibt, wo ich ihm helfen könnte. Thomas wand sich zwar sichtbar, drehte seinen kräftigen Körper nach rechts, nach links, beugte sich nach vorne um sich an die Stuhllehne zu drücken.

Offensichtlich suchte er einen festen Halt auf seinem fragilen Stuhl. Seine Lippen wollten mehrmals ein Wort formulieren, versagten aber. Nach einem verlegenen Räuspern, nach einem ausgedehnten, mahlenden Spiel der Wangenmuskulatur quälten sich stakkatohaft die Worte aus dem Mund: „Ich habe zur Zeit große private Probleme“. Und nach einer Pause sagte er noch die beiden Worte. „Meine Frau“.

Und wiederum nach einer Pause ergänzte er seinen Satz: „Meine Frau, will mich verlassen. Sie sagte, dass sie wieder frei sein, ihr eigenes Leben führen will“.

Nach einer dritten Pause, in der Tränen aus den Augen quollen, sprudelte flutartig der ganze Kummer aus seinem Mund. Er machte dazu hilflose Bewegungen mit Händen und ganzem

Körper, die seine Verzweiflung ausdrückten. „Seit Wochen führen wir nur noch Gespräche über eine Trennung, schluchzte er. „Aber ich habe keine Chance, sie will meine Argumente gar nicht mehr hören. Meine Frau ist mit ihren Gedanken schon weit von mir entfernt, sie hat ihre Pläne ohne mich gemacht, will mir die Notwendigkeit einer Trennung rational plausibel machen, mein Verständnis einholen, das Ende unserer gemeinsamen Zeit in einer bloßen Freundschaft versiegeln. Ich aber, ich will und kann mich nicht von ihr lösen, ich liebe sie doch mehr als zuvor“.

Wir beide saßen nun eineinhalb Stunden zusammen, der dunkle Nachthimmel begann sich im Osten bereits zu röten. Streckenweise sprachen wir kein Wort, sondern schauten uns nur an. Und als wir uns für die Arbeit des erwachenden Tag fertig machen mussten, hatten wir noch keine vernünftige Lösung gefunden.

Ich hatte Thomas nur nahe gelegt sofort zwei Wochen Urlaub zu beantragen und seine Frau ohne Druck entscheiden zu lassen. Ich legte ihm nahe, allein weg zu fahren, ohne seine Frau, und danach das Gespräch wieder auf zu nehmen.

Thomas ging, für mich überraschend, auf meinen Vorschlag ein und nahm Urlaub. Seine Frau entschied sich, wer hätte es anders erwarten wollen, für eine sofortige Trennung, ging trotzdem auf seine Bitte, nach diesen zwei Wochen nochmals ein Gespräch zu führen, ein.

Thomas braucht jetzt einfach Abstand, sagte seine Frau einem Kollegen, mit dem Thomas die

vorgesehenen Dienste tauschen musste. Und Thomas fuhr schon am nächsten Tag alleine weg. Seine Frau hielt das Wort, bis zu seiner Rückkehr in der gemeinsamen Wohnung zu bleiben, nicht, sie zog schon am Tag nach der Abreise von Thomas aus dem gemeinsamen Nest aus, hinterlegte einen Zettel, dass er sie nach seiner Rückkehr auf ihrem Handy anrufen könne. Einen (neuen) Ort gab sie jedoch nicht an.

Nun trat nach seiner Rückkehr eine Wende ein. Thomas war zwar verletzt vom Wortbruch seiner Frau und zog überraschend die Reißleine. In einem Telefonat mit seiner Frau wies er ein Gespräch mit ihr brüsk zurück.

Er trat seinen Dienst schon am Tag nach seiner Rückkehr an und stürzte sich buchstäblich in die Arbeit. Er übernahm Nachtdienste von Kollegen, er sprang ein, wo immer Engpässe auftauchten und verließ die Klinik fast nicht mehr. Bei allen akuten Operationen war er im Op anwesend, übernahm ungeplant Assistenzen, lagerte mit Pflegern Patienten auf dem Op-Tisch und verkroch sich abends noch im Labor.

Sein Humor kam aber nicht mehr zurück, jedoch steigerte sich seine Anteilnahme am Schicksal der Patienten. Es war nicht zu übersehen, dass er seiner Arbeit als Arzt wieder hohe Bedeutung widmete.

Als ihm bei einer Operation ein Fehler unterlief, der aber behoben werden konnte, wurde er aggressiv und zugleich apathisch. Er lehnte jetzt alle Operationsassistenzen und alle eigenen

Operationen, selbst einfache Wundversorgungen ab und bat um ein Forschungssemester.

Im Gespräch, das ich wegen seines Operationsfehlers mit ihm führen musste, schob er kritiklos überzeugt alle Schuld an seiner Misere seiner Frau Lilo zu. Sie habe ihn aus dem Gleichgewicht geworfen, „mit der ganzen Gewalt ihres rücksichtslosen Selbstfindungs- und Selbstbestimmungswahns, mit ihrer Gewalt der Egomane und des Egoismus“.

Am 4. April veranstalteten wir ein eintägiges Symposium. Thomas hielt auch einen Vortrag. Er war der dritte Redner. In der ersten Kaffeepause stand er mit Bettina, einer früheren Mitarbeiterin, zusammen, die inzwischen Kinderärztin geworden war. Sie unterhielten sich angeregt, das sah man auf den ersten Blick und sein bekanntes Lachen war im Foyer nicht zu überhören. Nach der Pause setzten sich die Beiden zusammen in die hinterste Bankreihe. Als ich Thomas bitten wollte, einen Teilnehmer aus Padua auf den Flugplatz zu bringen, war er sofort einverstanden. Ein Kollege sah ihn mit dem Kollegen aus Padua zusammen mit Bettina aus dem Klinikportal gehen.

Am nächsten Tag erlebten wir einen neuen Thomas. Er konnte wieder lachen, assistierte freiwillig bei einer Operation und ging mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Op zum Mittagessen ins Casino. Bei der Abendvisite erlaubte er sich sogar eine scherzhafte Bemerkung.

Zwei Wochen später bat er um eine Woche Urlaub. Er hatte ein neues Cabrio gekauft. Später erfuhren

wir, dass er mit Bettina nach Andalusien gefahren war.

Bald zeigte er seine Beziehung zu Bettina offen. Sie besuchte ihn fast jeden Tag in der Klinik. Sie holte ihn abends ab. Sie sprach mit ihren früheren Kolleginnen und ließ keinen Zweifel, dass sie und Thomas ein <Paar> geworden sind.

Am Pfingstmontag trat ein fatales Ereignis mit brutaler Gewalt in Thomas Leben. Eine Frau wurde nach einem Verkehrsunfall mit lebensbedrohlichen Verletzungen des Schädels, der Brustkorbes und des Bauches sowie einem gesplitterten Oberschenkelbruch in unsere Klinik eingeliefert. Thomas hatte in der Poliklinik Dienst und ich wurde als Diensthabender Oberarzt schon vor dem Eintreffen des Hubschraubers alarmiert, war also in der Poliklinik präsent.

Dass Gesicht der Patientin war blutverschmiert. Die Haare waren in einem Brei aus frischem und geronnenem Blut verbacken. Die Stirn blutete an einer Risswunde. Die Augen waren zugeschwollen, die Lider derart hämatomdurchtränkt, dass die Überprüfung des Pupillenreflexes nicht möglich war. Der linke Nasenflügel war bis zur Nasenwurzel aufgerissen, das Nasenseptum gespalten, der Mundwinkel auf einer Strecke von vier Zentimetern bis in die Mundhöhle eingerissen.

Die Patientin war (zum Glück) bereits am Unfallort intubiert worden. Aus Mund und Rachen mussten große Mengen Blut und Schleim abgesaugt werden. Dabei wurden auch drei ausgeschlagene Zähne gefunden. Das Blut sammelte sich nicht nur aus den Wunden der Kiefer und des Nasenraumes an, sondern sickerte aus dem Rachendach.

Deshalb musste eine Schädelbasisfraktur vermutet werden, zumal Blut auch aus den beiden Gehörgängen tropfte.

Am Hinterkopf klaffte eine 6 cm lange Quetschwunde und es war kein Kunststück, zu erkennen, dass darunter die Schädeldecke aufgebrochen und eine Knochenschale ins Gehirn eingedrückt war. Aus dieser Wunde tropfte sehr wässriges Blut als Hinweis auf Liquor.

Die orientierende Untersuchung des übrigen Körpers verschaffte rasch einen Überblick. Der linke Oberschenkelknochen war im oberen Schaftdrittel zerschmettert, mehrere Rippen waren gebrochen. Bauchorgane mussten zerrissen sein, denn die Palpation des Bauches wies auf freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle hin. Im Katheterurin wurde frisches Blut entleert, ein faustgroßer, sehr weicher Bluterguss in der linken Flanke wies auf eine Nierenruptur hin.

Es bestand kein Zweifel, dass wir sofort ans Operieren gehen mussten.

Neurochirurgen mussten die Versorgung der Hirnverletzungen übernehmen, wir Allgemeinchirurgen mussten die Bauchverletzungen, die Nierenruptur, den Bruch des Oberschenkels, die Wunden im Gesicht, am Schädel und alle sonst noch vorhandenen Verletzungen versorgen. Anästhesisten mussten sich mit uns Chirurgen über die angemessene Narkoseart verständigen und die Geräte besorgen, mit denen das Blut aus der Bauchhöhle wieder in den Kreislauf zurückgeführt werden kann. Selbstverständlich war, dass die Pfleger sich darum kümmerten, genügend Blutkonserven der

passenden Blutgruppe zu besorgen, um den Schock der Patientin möglichst bald überwinden zu können. Zudem mussten sie ausreichend Personal für eine derartige Notfallversorgung herbeirufen, was immer eine schwierige Aufgabe war.

Diese logistischen Aufgaben mussten in wenigen Sekunden ausgeführt werden, (mussten also ständig trainiert werden).

Als die Patientin korrekt auf dem Op-Tisch gelagert war, legte ich zunächst eine Thoraxdrainage an, weil ein Pneumothorax nicht zu übersehen war. Der Anästhesist klagte schon während des Transports der Patientin aus der Poliklinik in den Op-Trakt über große Schwierigkeiten in der Beatmung.

Als wir der Frau die Kleider vom Leib schnitten schrie Thomas, der inzwischen auch in den Saal gekommen war, schrill und laut auf und sank im selben Augenblick am Operationstisch in die Knie. Während er auf den Boden glitt, stammelte er herzerreißend: „Das – ist -ja-Lilo.“

Im Zwang der grausamen Situation blieb mir nichts anderes übrig, als Thomas von zwei kräftigen Pflegern aus dem Saal tragen zu lassen. Für Mitleid und Rücksichtnahme war jetzt keine Zeit, wir mussten unsere Kräfte und unsere Aufmerksamkeit (ganz) der Patientin widmen, auch wenn Thomas sich mit allen Kräften wehrte. Er musste mit der <ganzen Gewalt> der Pfleger aus dem Op entfernt und von einem Assistenten gebändigt werden. „Das war unmenschlich und brutal“, sagte ein Pfleger, aber wir hatten keine andere Wahl. Im Aufwachraum gab ihm ein Narkosearzt eine Beruhigungsspritze.

Wir, ein Team aus Neurochirurgen und Allgemeinchirurgen, operierten 7 Stunden lang, um Lilos Leben zu retten. Was nicht vital notwendig war wurde zunächst verschoben. Zudem vollbrachten die Anästhesisten ein Meisterwerk, sie bekamen den massiven Schock und einen initialen Herzstillstand immer wieder unter Kontrolle. Zur erfolgreichen Reanimation trug wohl auch bei, dass das Zwerchfell breit zerrissen war, sodass ich von der Bauchhöhle aus, das Herz fassen und eine Herzmassage durchführen konnte.

In der Bauchhöhle mussten wir eine Berstungsruptur der Milz versorgen. Nach Resektion der oberen Milzhälfte, die vom Gefäßstiel abgerissen war, konnte die untere Hälfte erhalten werden. Danach musste die ebenfalls vom Gefäßstiel abgerissene linke Niere wieder an ihre Gefäße angeschlossen werden. Dieser operative Schritt war sehr schwierig, weil keine brauchbaren Gefäßstümpfe der Nierenarterie vorhanden waren. Deshalb entschlossen wir uns, nach der Versorgung der blutenden unteren Hohlvene die linke Niere ins Becken zu verlagern und an den linken Iliakagefäßen anzuschließen. Wir nennen eine solche Prozedur eine <Autotransplantation>. Die Versorgung der Rupturstelle an der Nierenkonvexität mit Eröffnung eines Kelches gelang jedoch leicht.

Nach diesen Prozeduren konnte das zerrissene Zwerchfell wieder vernäht werden.

Während wir die Bauchwand schichtweise verschlossen machten sich die Neurochirurgen daran, die Verletzungen des Gehirns und des Schädels zu versorgen. Sie mussten ein

ausgedehntes subdurales Hämatom der linken Gehirnhälfte entleeren und drainieren und die Impressionsfraktur am Hinterhaupt heben und stabil befestigen.

Währenddessen rekonstruierten wir den Splitterbruch des linken Oberschenkels und stabilisierten die Fragmente mit einer langen Titanplatte. Sechs messerscharfe Knochensplitter mussten an die Platte fixiert werden.

Nachdem die Neurochirurgen mit ihrem Teil fertig waren versorgten wir die Verletzungen der Nase, vernähten den weit aufgerissenen Mundwinkel und den zweifach gebrochenen Unterkieferknochen.

Lilo blieb 10 Tage im Koma und musste beatmet werden. Nach der Extubation am 12. Tag brauchte sie noch fast eine Woche, bis sie sich wieder Stück für Stück orientieren konnte. Für den Unfall selbst hatte sie eine monatelange Amnesie. Sie konnte sich nur fragmenthaft an ihren Unfall mit ihrem Peugeot erinnern, als sie von einer Freundin 5 Monate nach dem Unfall an die Unfallstelle gebracht wurde. Die Erinnerung ließ sie jedoch nur bis zu dem Moment am Unfallgeschehen teilnehmen, bis sie bewusstlos wurde. Ihr letzter Eindruck erinnerte sie an die Fahrt in eine Kurve und einen mächtigen Baum.

*Was geschah nun mit Thomas?

Zwei Stunden, nachdem er die Beruhigungsspritze bekommen hatte, wachte er auf. Nach einer längeren Orientierungsunfähigkeit erinnerte er sich mit voller Gewalt, dass Lilo einen Unfall hatte. Er sprang von der Liege, wankte benommen durch den Raum und stürzte. Ein Pfleger schleppte ihn wieder zur Liege und rief einen Anästhesisten des

Aufwachraums. Da die Kanüle noch am Arm lag, wollte er ihm eine erneute Beruhigungsspritze geben, Thomas wehrte sich aber mit Händen und Füßen, schrie und jammerte herzzereißend, sodass der Anästhesist seinen Plan aufgab,

In diesem Augenblick streckte der Klinikpfarrer den Kopf durch die Tür. Er hatte von dem Ereignis bereits erfahren und wollte, da er außer Theologie auch Psychologie studiert und Kurse in <Katastrophenhilfe> absolviert hatte, nachfragen, ob er helfen kann. Er setzte sich breitbeinig auf die Liege und versuchte ihn, den der Pfleger kräftig festhalten musste, zu beruhigen. Unauffällig verabreichte ihm der Anästhesist eine zweite Injektion in die Kanüle. Nach kurzer Zeit hatte der Klinikpfarrer so viel Einfluss auf Thomas gewonnen, dass er wenigstens liegen blieb. Der Pfarrer blieb die ganze Nacht bei ihm und betreute ihn verbal. Am frühen Morgen, als Thomas tief eingeschlafen war, wurde der Pfarrer von einer Psychologin der Klinik abgelöst.

In den frühen Morgenstunden waren wir auch mit der Operation fertig und Lilo wurde auf die Intensivstation gefahren. Nach einer Dusche ging ich auf die Aufwachstation des Op und schaute nach Thomas. Aber, Thomas schlief fest.

Die Psychologin berichtete mir, dass bei Thomas unter der <Kruste> einer verlorengelauten Ehe eine unbändige Leidenschaft für Lilo aufgebrochen ist. Nach langer Sprachlosigkeit habe er, teils bei vollem Bewusstsein, verdrängte Erinnerungen rührselig wieder aufgefrischt, teils dahindämmernd oder im Traum mit Schuldgefühlen gekämpft. Er habe auch von einer Bettina geredet, die sofort

wieder aus seinem Leben verschwinden müsse, weil er sich nun mit voller Kraft nur noch um Lilo kümmern muss. Er bat sie sogar, Bettina zu sagen, dass sie sofort jeden Kontakt mit ihm meiden muss.

„Thomas hat alle Koordinaten der Realität, des ordentlichen gesellschaftlichen Zusammenlebens verloren“, sagte die Psychologin. Er hatte total verdrängt, dass Lilo ihn verlassen hat.

Wir erkannten bald, dass Thomas mit seiner zerrissenen Seele nicht nach Hause geschickt werden kann. Deshalb organisierte die Psychologin eine stationäre Aufnahme in der Psychiatrie mit Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Der chirurgische Assistent Thomas B. war jetzt zum <psychiatrischen Patienten> geworden.

Ein Tag später erschien Bettina in unserer Klinik. Ein Assistent hatte sie in der Vorstellung angerufen, dass sie jetzt die beste Stütze für Thomas sein könnte.

Aber, Thomas benahm sich kindisch verstockt, drehte sein Gesicht abweisend zur Wand. Bettina, die erwartungsvoll ins Zimmer getreten war stand fassungslos und sprachlos vor seinem Bett und suchte Hilfe. Die Psychologin nahm sie am Arm und führte sie aus dem Zimmer. Sie erklärte ihr, was geschehen war und die emotionale Zerrissenheit von Thomas. Sie wies darauf hin, dass Thomas unter dem Eindruck eines psychischen Traumas der Meinung sei, die Beziehung abrupt beenden zu müssen. Bettina konnte nur ungläubig den Kopf schütteln und ihren Tränen freien Lauf lassen. Aber sie bewies rasch ihr Verständnis und damit auch ihre Größe.

„Ich will dem Glück nicht im Weg stehen“, sagte sie gefasst, und bat um ein Bleistift, einen Briefbogen und ein Couvert. „Leute, das tut weh, das tut furchtbar weh“, sagte sie und verabschiedete sich stumm.

Zwei Tage später wagten die Psychologin und der Klinikseelsorger mit Thomas einen Besuch auf der Intensivstation. Thomas bekam zuvor noch ein Beruhigungsmittel.

Lilo war noch ohne Bewusstsein und wurde noch beatmet. Schläuche ragten aus ihrem Mund und der Nase, Drainagen aus dem Bauch, dem linken Oberschenkel und dem Brustkorb. Ein Blasenkatheter förderte noch spärlich Blut. Ihr Kopf war unter einem zirkulären Verband versteckt, der sie wie eine tugendhafte Nonne aussehen ließ.

Thomas griff hilflos nach Lilos freier Hand, ließ sich dann aber unerwartet aufs Bett fallen. Eine Schwester und der Klinikpfarrer fassten rasch zu und konnten verhindern, dass Thomas sie trotz Verbänden, Kabeln und Drainagen küssen konnte. Zwei Pfleger ließen ihn nicht mehr los, er stand wie eine Holzfigur starr, nach vorne über gebeugt, bewegungslos zwischen ihnen. Plötzlich schrie er wie ein wildes Tier herzerreißend in den Raum, fing zu fluchen an und bemühte sich frei zu kommen.

Die beiden Pfleger zerrten ihn nun aus dem Raum und brachten ihn in sein Zimmer.

Gegen Abend gelang es dann dem Klinikseelsorger Thomas zu beruhigen.

Die Psychologin beschrieb in einem Gespräch mit der Ärzteschaft die Ursache für die Eruptionen unseres Kollegen. Sie nannte es Ausdruck seiner

intimen, erotisch-sexuellen Leidenschaft, den Ausbruch eines südländischen Verhaltens, das Thomas von seinem Vater und seiner Mutter vererbt worden ist, uns Europäern aber inzwischen fremd ist.

In den nächsten zwei Tagen, in denen es Lilo gar nicht gut ging, wurde ein erneuter Besuchswunsch verhindert. Lilo hatte Fieber bekommen. Wir vermuteten eine aus dem verletzten Nasen-Rachenraum aufsteigende Infektion der Schädelbasis. Da Hirndruckzeichen auftraten, entschlossen sich die Neurochirurgen zur temporären Entfernung des Knochenimprimats am Hinterkopf.

Nach der Entfernung sämtlicher Tamponaden aus dem Nasen-Rachen-Raum und breiter antibiotischer Therapie kombiniert mit hochdosierter Decortingabe sank das Fieber binnen zwei Tagen. Sie war 48 Stunden später <Gott sei Dank> fieberfrei.

Nach einer 24-stündigen Fieberfreiheit stieg die Temperatur plötzlich wieder auf nahezu 40 Grad. Die Diagnostik, für die seinerzeit weder ein CT, noch andere apparative Verfahren, sondern nur der <klinisch Blick> und die <ärztliche Erfahrung> zur Verfügung standen, ergab eine Pyelonephritis (=eine Nierenentzündung) links. Nach Blasenspülung und Anlage einer suprapubischen Katheterdrainage sank das Fieber rasch und anhaltend.

Am 9. Tag nach dem Unfall bat Thomas den Seelsorger um Begleitung auf die Intensivstation. Thomas machte auf ihn einen psychisch stabilen Eindruck. Trotzdem ließ er ihm eine Tablette Tavor

(= ein Beruhigungsmittel) geben, um das Risiko eines erneuten emotionalen Ausbruchs zu vermeiden. Außerdem spielte er mit ihm das Szenarium Schritt für Schritt durch, so wie eine Mutter ihr kleines Kind auf ein neues Ereignis vorbereitet. Mit diesen wohldurchdachten Vorbereitungen wagte er einen Besuch auf der Intensivstation.

Der Besuch gelang. Thomas setzte sich still ans Bett, nahm Lilos rechte Hand und blickte ihr mitleidsvoll ins Gesicht. Eine gute Stunde saß er dort sprachlos, seine Mimik verriet nur Verlassenheit und Traurigkeit. Seine einzigen Worte, die er seiner bewusstlosen Frau beim Abschied zuflüsterte, waren: „Lilo, ich will dich wieder haben, bitte wache bald auf“.

Am 11. Tag reduzierten wir die Sedierung, um Lilos Reaktionen erkennen und verstehen zu können. Zwölf Stunden später stieg ihre Pulsfrequenz, die Atmung wurde unruhiger, manchmal atmete sie sogar gegen die künstliche Beatmung kräftig an und am Abend bewegte sie spontan den Kopf und den linken Arm. Wir entschlossen uns zur weiteren Reduzierung der Sedierung unter strenger Beobachtung ihres Verhaltens.

Als eine Schwester Thomas davon unterrichtete, atmete er stakkatohaft tief durch, setzte sich auf den Rand seines Bettes und weinte. Dabei schüttelte sich sein ganzer Körper. Als der Seelsorger vorbei kam, bat er ihn um Begleitung auf die Intensivstation. Es war nicht zu übersehen, dass Thomas große Angst vor einer Begegnung mit Lilo hatte. Aber, Lilo hatte das Bewusstsein noch gar nicht wieder erlangt.

Auf dem Rückweg fragte er den Seelsorger, was er denn sagen soll, wenn Lilo das Bewusstsein wieder erlangt hat.

Er, der früher ein wortgewaltiger Arzt war und für jede Konstellation einen Rat bereit hatte, war der Situation hilflos ausgeliefert. Jeder Schritt musste jetzt mit ihm besprochen und eingeübt werden.

Die Psychologin riet ihm zur <Sprachlosigkeit> mit der Begründung, dass jedes Wort zu einer Überreaktion seiner Frau führen könnte. Und jede Überreaktion könnte für sie schädlich sein.

Thomas reagierte auf diesen gut gemeinten Rat unfreundlich. Er wies die Psychologin brüsk darauf hin, dass nicht er die Ehe beenden wollte, sondern Lilo. Zudem wies er sie darauf hin, dass er doch für Lilos Wohl sorgen müsse. Und im Übrigen wolle er doch wieder mit Lilo wie früher zusammenleben. Dann sagte er noch herrisch: „Und im Übrigen werde er Lilo wieder nach Hause nehmen, sobald sie im Rollstuhl sitzen kann, niemand sonst habe das Recht dazu, sie irgend jemand mit zu geben. „Kein Anderer“, soll er gesagt haben.. Dann ergänzte er seinen Anspruch noch mit dem Satz: „Die beste Rehabilitation könne er ihr Zuhause geben“. Nach diesem trotzigen Disput kam der Seelsorger wieder und brachte ihn auf seine Station und sein Zimmer.

In der folgenden Nacht schlief Thomas mit einem Schlafmittel tief und ruhig. Am nächsten Morgen waren alle emotional geäußerten Worte <geglättet> (wie er selbst sagte).

Aber, als ihm am Nachmittag gesagt wurde, dass die Extubation für den nächsten Morgen geplant sei, verlangte er sofort und herrisch nach dem

Oberarzt der Station. Er begründete seine Forderung, dass sie nur in seinem Beisein extubiert werden dürfe, mit kunterbunten, fast unverständlichen Worten und Hinweisen auf die Rehabilitation.

Wir Ärzte verständigten sich nach diesen euphorisch vorgetragenen Worten darauf, dass die Extubation am späten Abend durchgeführt werden soll, wenn Thomas schon mit einem Schlafmittel in den Schlaf gefallen sei. Zu unserem Glück fragte er nicht nach einer definierbaren Zeit.

Mit allen Raffinessen musste Thomas ein Besuch auf der Intensivstation am frühen Nachmittag ausgedacht und der Termin immer wieder verschoben werden. Am frühen Abend bekam er ein Schlafmittel. Eine Schwester, zu der er großes Vertrauen hatte, hatte es in den Tee mischt. Thomas trank seinen Tee (mit der Schlaftablette) und schlief gegen 19.00 Uhr ein.

Gegen 19.30 war alles bereit zur Extubation, die unproblematisch verlaufen konnte.

Am nächsten Morgen wollte Thomas sofort in Begleitung einer Schwester auf die Intensivstation gehen und Lilo besuchen. Diesem Wunsch wurde auch stattgegeben. Als Thomas ins Intensivzimmer trat, sah er Lilo extubiert und schlafend im Bett liegen. Er blieb erschrocken stehen, zögerte kurz, schaute die begleitende Schwester böse an, sagte jedoch kein Wort.

Als ihn eine Schwester ansprach hatte sie den Eindruck, dass Thomas froh war, Lilo extubiert zu sehen. Er sprach keinen Vorwurf aus, vermied den Hinweis auf <Vereinbarung>, begann jedoch sofort über seine Pläne zu sprechen, dass er Lilo bald

nach Hause nehmen und sie dort rehabilitieren und betreuen wolle.

Thomas blieb danach fast zwei Stunden an Lilos Bett sitzen und sprach kein Wort mehr. Dann fing er unerwartet plötzlich an, auf Lilo einzureden, aber Lilo reagierte nicht.

Schließlich kam die Sekretärin des Chefs auf die Intensivstation, die Thomas suchte, weil er mit dem Chef ein Gespräch vereinbart habe. Der Chef ließ mich zudem wissen, dass ich beim Gespräch anwesend sein soll.

Auf dem Weg ins Chefsekretariat redete Thomas unaufhörlich auf die Sekretärin und mich ein und wollte uns seine große Liebe zu Lilo erklären.

Außerdem ging er nicht von seinem Plan ab, Lilo schon morgen nach Hause zu holen. Dabei wusste er gar nicht mehr, dass er die gemeinsame Wohnung schon bald nach dem Beginn seines Verhältnisses mit Bettina gekündigt und ein Einzelzimmer im Personalwohnheim des Klinikums gemietet hatte. Bis zu Lilos Unfall hatte er ohnehin bei Bettina gewohnt und das Zimmer im Wohnheim nur aus Trägheit noch nicht gekündigt.

Ich bemerkte in seinem Bericht über seine und Lilos Zukunft, dass Thomas gar nicht mehr in normalen, realen Koordinaten seines Lebens lebte. Er redete viel von einer gemeinsamen Wohnung, die er gar nicht mehr hatte, von der Aufgabe seines Berufes, um Lilo zu rehabilitieren, von einer „ganz großen Aufgabe“, die er nun erfüllen müsse. Als er dann noch davon sprach, dass Lilo nie wieder „ganz gesund“ werden könne, immer auf ihn angewiesen sei, erkannte ich neben seinem Realitätsverlust auch seine Egomane.

Realitätsverlust und Ego manie/ Egoismus hatten sich zu einer unrealistischen Vorfreude verpaart. Und in diese Vorfreude hinein fragte ich ihn (unvorsichtig), und wenig überlegt, ob er gewiss sei, dass Lilo überhaupt seine Betreuung und Hilfe wünsche und annehmen werde. Thomas blieb jetzt abrupt stehen, bäumte sich vor mir auf und schrie mich zornig an: „Verdammt, was wollt ihr denn alle von mir, Lilo braucht mich und nur ich kann ihr helfen“.

Thomas ging danach zielstrebig ins Chef-Zimmer, kam aber wenige Minuten später in Begleitung des Chefs wieder aus dem Zimmer. Der Chef sagte: „Lieber Kollege B. jetzt lassen sie Lilo erst einmal ganz gesund werden, dann können sie über ihre Kündigung und ihre Pläne reden“. Er gab mir zugleich ein Zeichen, dass mit Thomas im Augenblick gar nicht geredet werden kann. Er machte dabei ein Zeichen über seinem Kopf, das nur so gedeutet werden konnte, dass Thomas nicht mehr bei Sinnen sein kann.

Als das kurze Gespräch mit dem Chef beendet war, wollte Thomas sofort wieder auf die Intensivstation gehen und ich hätte ihn begleiten sollen. Als wir in den Vorraum der Intensivstation kamen, trat <Gott sei Dank>, der Seelsorger aus dem Bettenraum und ich wurde in den Op abgerufen. Der Seelsorger kümmerte sich um Thomas.

Zwei Stunden später, als ich meine Operation beendet hatte, traf ich auf dem Gang einen Pfleger der Intensivstation, der mir berichtete, dass Lilo zwar die Augen geöffnet habe, jedoch noch nicht ansprechbar sei. Thomas sitze stumm an ihrem Bett.

Lilo öffnete ihre Augen erst ein paar Stunden später wieder. Sie hob dabei verzweifelt ihre Arme, sprach dabei aber kein Wort. Erst in der Nacht würgte sie in Anwesenheit einer Schwester ein paar unverständliche Worte aus ihrem Mund und ihrer trockenen Kehle.

Die nächsten Tage änderte sich nicht viel. Lilo versuchte immer wieder, einige Worte zu sagen, aber ihre Kehle, ihre Zunge, ihr Mund und ihre Lippen wollten ihr nicht gehorchen. Vielleicht so dachte ich, sind auch ihre Gehirnfunktionen der Broca- und der Wernicke-Region, die das Sprachverständnis und die Sprachbildung kontrollieren und regeln sollten, nicht intakt.

Am späten Abend sagte sie dann zum ersten Mal mit schleimiger, aber einigermaßen verständlicher Stimme: „Es ist so still geworden, hier“. Da sie auf meine Sätze, die ich ihr zu ihrer Orientierung sagen wollte, überhaupt nicht reagierte schaute ich ihr in die Ohren und erkannte, beiderseits ein sog. Hämatotympanon (= Blutergüsse). Ein HNO-Arzt war in der Nacht jedoch nicht zu erreichen, sodass ich gezwungen war, die notwendige <Parazentese> selbst durchzuführen. Nun spülte ich noch vorsichtig ohne Druck die Gehörgänge mit lauwarmer Kochsalzlösung. Das Blut sickerte auch in den folgenden Stunden ab. Am frühen Morgen fragte ich Lilo, ob sie jetzt wieder hören kann und sie nickte. Gegen 10 Uhr besuchte ich sie wieder und fragte erneut nach dem Hören. Jetzt sagte sie mit kehliger und rauer Stimme, aber verständlich: „Ich kann euch jetzt gut verstehen“. Und danach sagte sie spontan: „Ich weiß jetzt auch wo ich bin“.

Nach der Visite überlegten wir, ob, wann, wo und wie wir eine Begegnung von Thomas und Lilo herbeiführen sollen.

Die Schwester der Station, die mit Thomas am besten umgehen konnte, hatte Thomas mit der Klugheit einer Frau dazu bewegt, doch einmal ins Personalheim zu gehen, um seine Wohnung in Ordnung zu bringen. Sie schickte ihn in Begleitung eines Pflegeschülers ins Heim, dem sie diskret ein Rufgerät mitgab, damit er im Notfall auf der Station hätte anrufen können.

Die Psychologin übernahm die Aufgabe, mit Lilo über eine Begegnung mit Thomas zu reden. Das Vorhaben missglückte jedoch gründlich. Lilo versuchte, wie von einer Tarantel gestochen, worden zu sein, ruckartig mit Händen und Füßen zu gestikulieren. Sie bekam einen Krampf und wollte schreien, aber der Schrei blieb ihr in der Kehle stecken. Die Luftröhre, und ihre Atmung wurde schlagartig obstruktiv. Theatralisch versuchte sie uns verständlich zu machen, dass sie sich nicht mit Thomas treffen möchte. Sie schaute panisch zur Tür und sank schließlich ermattet in ihre Kissen zurück. Der Monitor zeigte einen gewaltigen Puls- und Blutdruckanstieg an. Wir mussten ihr ein Beruhigungsmittel injizieren. Und ein Psychiater der zufällig auf die Intensivstation gekommen war, deutete das Verhalten als Hysterie.

Jetzt war guter Rat teuer.

Die Lösung brachte wiederum die Schwester mit ihrer feministischen Klugheit. Sie machte Thomas mit sicherem Instinkt für die richtigen Worte klar, dass die Psychologin mit Lilo über eine erste

Begegnung mit Thomas gesprochen habe, Lilo aber noch zu einem klareren Bewusstsein kommen, und er sich doch noch ein paar Tage besser auf diese Begegnung vorbereiten muss. Sie bat Thomas mit weiblicher List, „als Beweis seiner Liebe“ auf Lilos Wunsch einzugehen. Zudem überredete sie Thomas dazu, sich die Zeit zu nehmen, um seine Wohnung herzurichten, sie bewohnbar zu machen und zu schmücken. Thomas ging auf ihre Vorschläge ein, besorgte schon einen Rollstuhl. Er akzeptierte auch, dass das Signal für eine erste Begegnung von Lilo und der Psychologin ausgehen muss.

Und Lilo?

Sie erklärte kategorisch, dass die Klinik dafür sorgen müsse, jede Begegnung mit Thomas zu vermeiden.

Die Klinikkonferenz fasste den Plan, Lilo so bald wie möglich, in ein Rehabilitationszentrum zu verlegen.

Bisher hatte Thomas das <Spiel> mitgespielt. Nach 5 Tagen riss jedoch seine Geduld. In der Nacht schlich er sich auf die Intensivstation. Als ihm ein Pfleger den Zutritt verwehrte stieß er ihn derart grob beiseite, dass er stürzte und sich eine Platzwunde am Hinterkopf zuzog. Thomas nutzte die prekäre Situation, packte einen Rollstuhl, hob die tief schlafende Lilo aus dem Bett und bettete sie sorgfältig in den Rollstuhl. Er war so geistesgegenwärtig, dass er das operierte linke Bein auf eine zuvor anmontierte Schiene lagerte. Dann wickelte er Lilo in ein Wolltuch und verließ die Station. Am Aufzug wurde er jedoch von einer Schwester der Station eingeholt. Thomas stieß

auch sie zur Seite. Dann beging er einen Fehler. Er schrie die Schwester an, sodass Lilo aufwachte und ebenfalls tierisch schrie. Vom Schrei alarmiert, erschienen nun mehrere Pfleger von den verschiedenen Stationen sowie der Diensthabende Arzt. Allen zusammen gelang es, Thomas zu bändigen. Der Arzt injizierte ihm ein Beruhigungsmittel und veranlasste eine Noteinweisung in die geschlossene Abteilung der Psychiatrie.

Der gewaltige Ausbruch seiner intimen Leidenschaft zu Lilo war auch in der Psychiatrie nur mit Beruhigungsmitteln zu bewältigen. Eine vierteljährliche stationäre Psychotherapie konnte ihn Schritt für Schritt von seiner wahnhaften Leidenschaft erlösen. Seine gestörten Koordinaten der Realität, seine egoistische Leidenschaft für Lilo mussten ins recht Lot gebracht werden. Ein Jahr lang blieb Thomas in psychotherapeutischer Behandlung. In dieser Zeit brach zwar einmal seine pathologische Leidenschaft für Lilo wieder aus. Er wollte sie in der noch laufenden Rehabilitation im Reha-Zentrum G. besuchen, bekam aber zunächst keinen Zutritt. Lilo war wegen Wortfindungsstörungen immer noch in stationärer Rehabilitation, hatte also noch eine Aphasie.

Thomas überredete schließlich aber eine Ärztin der Reha-Klinik und durfte Lilo unter Aufsicht einer Schwester besuchen.

Bei diesem Besuch kam es aber zum Eklat. Im Gespräch mit Lilo spuckte sie ihren früheren Ehemann mit der <ganzen Gewalt der Verachtung> an, sodass der Besuch abgebrochen werden musste. Der betreuende Psychiater von Lilo

schrieb in seinem Entlassungsbrief, „dass Thomas, als er unverhofft angespuckt wurde, sehr erschrocken sei und ihm im Bruchteil einer Sekunde die Schuppen von den Augen gefallen seien“. Der Brief besagte also, dass Thomas den Hass Lilos „verstanden habe“. Maßlos enttäuscht, unendlich mühsam, welk wie ein sterbender Greis sei er aus seinem Sessel aufgestanden und habe die Reha-Klinik, ohne einen letzten Blick auf Lilo zu werfen, sprachlos verlassen.

Einen Tag später hätte Thomas zur psychotherapeutischen Sitzung kommen müssen, aber Thomas erschien nicht. Nach zwei Stunden versuchte der Psychiater seinen Patienten telefonisch zu erreichen. Mehrere Anrufe waren vergebens. Aber, das Telefon von Thomas war ständig besetzt. Nun schöpfte der Psychiater Verdacht, dass Thomas etwas zugestoßen sein könnte. Er fuhr ins Personalheim der Klinik und fand Thomas in seinem Zimmer in tiefer Bewusstlosigkeit in einem Sessel liegen. Sein Atem war sehr flach. Im Abfalleimer des Badezimmers fand der Psychiater ein leeres Medikamentenröhrchen das einmal 20 Tabletten Luminal enthalten hatte.

Nach vierwöchiger stationärer Behandlung in der Klinik für Innere Medizin wurde er von seinem Psychiater wieder ambulant behandelt. Thomas kündigte außerdem seinen Vertrag mit der chirurgischen Klinik, und verabschiedete sich von keinem seiner ursprünglichen Kollegen.

Viel später erfuhren wir, dass er nach Schweden ausgewandert ist und sich dort zum Psychiater

ausbilden ließ. Seither ist er aus unserem Gesichtskreis verschwunden.

Lilo zog nach ihrer Entlassung aus der Rehabilitation in die Schweiz und arbeitet dort wieder als Psychologin in einer Praxis. Ihre Aphasie konnte wie ihre Ataxie nie total behoben werden, aber sie kommt recht und schlecht zurande, benötigt aber immer einen Gehstock. Sie schrieb einer Schwester der Intensivstation: „Meine motorischen Sprachstörungen verschwanden nur zum Teil und meine Wortfindungsstörungen machen mir immer noch Schwierigkeiten Zum Gehen benötige ich immer noch einen Gehstock, aber ich komme zurecht. Das Thema <Thomas> habe ich total abgeschlossen, aus meinem Gedächtnis gestrichen“. Auffallend ist, dass sie in ihrem Brief betont, dass Thomas nie geheiratet und mit keiner neuen Frau zusammenlebt.hat.

Wer sich die Lebensgeschichte dieser Frau und dieses Mannes ansieht, die sich einmal drei Jahre lang geliebt und ihr Leben miteinander geteilt haben, die intim mit einander gelebt, ihre Seelen bloßgelegt haben, wird auf dreierlei menschliche Aspekte stoßen: (1.) Das Glück, das Menschen in ihrem Leben erfahren, ist brüchig, nie stabil nur momentan geschenkt. Das Ende, der Zusammenbruch des Glücks droht jeden Augenblick. (2.) Menschen sind zu unbändigem Hass, enthemmter psychischer Gewalt fähig. Sie können, wenn die Bedingungen gegeben sind, zu Bestien werden, ausbrechen aus der Zivilisation, anderen Menschen ins Gesicht spucken, unbändiges Leid zufügen. (3.) Menschen können,

als Folge von Ego manie und des Egoismus unerwartet aus den Koordinaten der Realität fallen, sich irrational entscheiden und sich abscheulich, gewalttätig verhalten. Das Beispiel Thomas zeigt, wie schwer Charaktere zu beurteilen und zu definieren sind. Anfangs sagte ich, dass Thomas keinen schwierigen Charakter hat. Wir irrten uns alle. Seine Geschichte lehrt uns, dass selbst in einem lustigen freundlichen, offenen, den Menschen zugewandten, kommunikativen, lebensfrohen Menschen, der anscheinend ein Fels in der Brandung ist und sogar wegen seiner menschlichen Eigenschaften beneidet wurde, auch das Böse, Dämonische, Rücksichtslose Irrationale stecken kann.

Es kommt nur auf die äußeren Bedingungen an, wie unsere Rationalität und Emotionalität mit uns umgeht, welche Neurone vernetzt werden. Das Geflecht der Neurone im basalen Frontallappen des Gehirns, das unsere Handlungsabsichten kontrolliert, prüft, stimuliert oder bremst kann zu einem spritzenden Auto werden, dessen Bremsen nicht mehr funktionieren. Das Auto bricht dann in der nächsten Kurve aus und die Katastrophe tritt ein.

Was wäre aus Thomas geworden, wenn er Lilo nie begegnet wäre? Er hatte doch alle Talente zu einem guten Forscher und Chirurgen gehabt. Thomas und Lilo wurden mir zum Muster <seelischer Verwerfungen>, die zur zerstörenden Tragik eines Lebens führen können. In diesem Muster erkenne ich auch, dass, wie die alten Philosophen und Goethe sagten, zwei Seelen in

unserer Brust wohnen, die uns gegenseitig beeinflussen können, was wir tun und was wir lassen sollen. Sie führen einen verdeckten Zweikampf und drängen uns zu guten und schlechten Entscheidungen und Handlungen.

„Mein Gott“, bat Saul, der erste gesalbte König von Judäa und Israel, „was soll ich nun machen?“

„Greif die Philister an“, sagte ihm eine innere Stimme.

„Nein, greif nicht an“, sagte eine andere.

„Du bist doch stark“, sagte die erste Stimme, „Du bist doch der Held, weißt Du nicht, wie Du die Ammoniter verjagt hast“.

„Glaub es nicht, Saul“, sagte die andere Stimme, „Du bist inzwischen schwach, ein alter Mann und Gott hat dich wegen Deiner Verfehlungen verworfen“..

Die <Verwerfer der Seele>, die zwei Stimmen in der Brust, der Realitätsverlust, kommt auch im einst mächtigen König Saul, der über zwei Reiche herrschte, zum Ausdruck.: Er sagte zu seinem Sohn Jonathan, der ihn wegen seiner Absicht, David töten zu wollen, rügt: „Wenn der böse Geist mit der Stimme der einen Seele über mich kommt, dann weiß ich nicht mehr, was ich sage und mache“. Schließlich erkennt Saul seinen Fehler, seinen Realitätsverlust wenn er sagt: „Ich habe gefehlt, ich habe mich an Dir vergangen“. Mit diesen Worten der Erkenntnis entschuldigt er sich bei David und seinem Gott. Er verstand, dass er gegen besseres Wissen die Koordinaten der Realität nicht richtig erkannt und anerkannt hatte.

Aber alle Einsicht in seine seelische Verwerfung, in seine <Versündigung> nützte nichts. Als er den Kampf gegen die Philister verloren hatte, stürzte er sich ins eigene Schwert und starb. Er hatte doch nicht zu den Koordinaten der Realität zurückgefunden.

Thomas geriet aus der Bahn, als er die Realität nicht anerkannte und gegen seine erste innere Stimme entschied und handelte. Er hätte sehr früh erkennen müssen, dass „er gefehlt hat“ als er selbstsüchtig die Augen vor der schmerzhaften Realität verschloss.

Lilo trug zur Entgleisung bei, weil sie ihren eigenen Interessen, ihrem Drang zur <Selbstverwirklichung> ohne Rücksicht auf ihre Ehe, ihren selbst gewählten Partner nachgab. Ihr Psychiater im Reha-Zentrum bescheinigte ihr „einen ausgeprägten, Hang zur Egomanie“, der keine andere Wahl ließ.

Beide, Thomas und Lilo, wurden von der <Gewalt der Leidenschaften und Egomanie> erdrückt, aus den Koordinaten der Realität geworfen. Realitätsorientierte Entscheidungen und Handlungen waren deshalb beiden nicht möglich.

Die Gewalt eines Tumors

„Was ist ein bösartiger Tumor“, fragte die 13-jährige Julia, ein intelligentes, leptosomes, asthenisches Mädchen während der Visite.

Ich erklärte ihr, dass ein Tumor eine Geschwulst, ein Knoten in einem Gewebe oder Organ ist, der entsteht, weil Nester von Stammzellen oder auch reifen, schon ausdifferenzierten Zellen der Gewebe oder Organe aus meistens unbekannten Gründen beginnen, sich unnormal, unkontrolliert zu teilen und zu vermehren.

Ich erklärte ihr auch, dass es zwei Arten von Tumoren gibt. Bei einer ersten Tumorart sehen die Zellen wie ganz normale Zellen aus. Solche Zellen stellen ihre normale, aber überschüssige Teilung und Vermehrung nach einer bestimmten Zeit wieder ein, der Tumor wächst nicht mehr weiter. Nun kam mir Julia zuvor und sagte, dass dies wohl die gutartigen Tumore sind, die nichts Böses anrichten können.

Da sie diese Zusammenhänge offensichtlich verstand, fragte ich sie, was Tumore denn böses anrichten können. Julia hatte aus den bisher mit den Eltern geführten Aufklärungsgesprächen, bei denen sie immer anwesend war, schon einige Details über das Wesen und die Biologie der Tumore aufgeschnappt und sagte nicht ohne Stolz in ihrer Stimme und Mimik, dass Tumore ein Organ total zerstören und aus diesen Tumoren auch

Zellen in andere Organe gelangen können, die ebenfalls zerstört werden.

Julia kannte also schon die wesentlichen pathologischen Merkmale eines bösartigen Tumors, sodass ich nur noch einige Einzelheiten aus der Tumorbiologie ergänzen musste.

Ich erklärte ihr, dass sich die Zellen der bösartigen Tumore verändert haben, ihre Erbsubstanz, die in 23 langgestreckten DNA-Molekülen eingebaut ist und 25000 Produktionsvorschriften für die Herstellung von Zellproteinen enthält, im Vergleich mit dem Erbgut normaler Zellen winzige Schäden aufweist. Wenn sich die Moleküle der Erbsubstanz verändert haben, dann werden auch die Rezepte der Erbsubstanz verändert. Danach werden in der Zelle andere Eiweiße produziert, die zu unnormalen Enzymen, Strukturen und Membranrezeptoren führen, sodass sich diese Zellen ungehemmt weiter teilen und vermehren und normale Zellen zerstören. Ich erklärte ihr auch, dass solche Tumore auch die Fähigkeit haben, Blut- und Lymphgefäße bildende Zellen zur Sprossung anzuregen, sodass ihr Überleben durch Zufuhr von Nährstoffen und Sauerstoff gesichert ist, sie also weiterwachsen können. Ich sagte ihr auch noch, dass bösartige Zellen, die meistens in lockeren Verbänden zusammenliegen, leicht in Blut- und Lymphgefäße gelangen und an andere Körperorte verschleppt werden können. Ich wies sie darauf hin, dass diese Veränderungen der Tumorzellen auch einen Schutz gegen das Immunsystem bilden, sodass sie immunologisch gar nicht mehr angreifbar sind.

Ein bösartiger Tumor, so fasste ich zusammen, bildet also Zellen an verschiedenen Stellen des Körpers, die sich ständig teilen und vermehren und sich dem Immunsystem entziehen können.

Jetzt fragte Julia: „Und was könnt ihr dagegen tun“?

Ich erklärte ihr, dass das beste Mittel gegen solche Tumore die totale Entfernung aus dem Körper ist, diese Entfernung aber Grenzen hat, weil oft Beziehungen zu anderen Organen bestehen die eine totale Entfernung verhindern.

Nun fragte Julia, was wir gegen verschleppte Zellen (die man Metastasen nennt) tun können. Ich musste ihr sagen, dass die totale Entfernung von Metastasen oft auch Grenzen hat.

Und, so fuhr ich mit meinen Erklärungen fort: „Manchmal wird eine bösartige Geschwulst so spät entdeckt, dass die Entfernung keine Chance mehr hat.

In einem solchen Fall geben wir zwar noch nicht auf. Nun versuchen wir den Tumor medikamentös zu verkleinern, um einer operativen Entfernung eine Chance zu geben. Andere Möglichkeiten gibt uns eine Tumorbestrahlung oder eine Steigerung der immunologischen Abwehr durch Medikamente.

„Was meistens misslingt“, sagte Julia.

Julia spürte vor vier Monaten zum ersten Mal einen stechenden Schmerz in ihrem rechten Oberschenkel, als sie im Schulsport von der Lehrerin gezwungen wurde, über Barrenholme zu springen. Die Schmerzen klangen erst nach wenigen Tagen ab. Eine Woche später traten die Schmerzen wiederum im Schulsport auf. Sie

behinderten sie jetzt auch beim Treppensteigen. Die Sportlehrerin, der sie diese Schmerzen erklären wollte, sagte jedoch schroff, dass sie „umso mehr trainieren muss“. Eine Woche danach wachte sie in der Nacht wegen Schmerzen auf. Sie waren auch nicht abgeklungen, als sie wieder in der Schule saß, sodass sie ständig an ihrem Bein herummassierte. Die Sportlehrerin, die zugleich ihre Mathematiklehrerin war, befahl ihr nach mehreren Ermahnungen, „in die Ecke zu stehen, bis sie sich wieder auf den Unterricht konzentrieren kann“.

Am Nachmittag ging sie wegen ihrer nicht mehr aufhörenden Schmerzen unangemeldet zum Hausarzt. Er war sensibler als die Lehrerin, untersuchte sie gründlich und veranlasste für den selben Tag eine Röntgenaufnahme. Der Oberschenkel war, wie der Arzt berichtete, unverkennbar geschwollen und röntgenologisch wurde handbreit über der Wachstumsfuge am Knie ein Tumor nachgewiesen. Er reichte bis in den mittleren Oberschenkel, war also schon recht groß. Die Corticalis des Oberschenkelknochens war unregelmäßig konfiguriert, an manchen Stellen sah sie <angefressen> aus. Am oberen Tumorrand erkannte man im Auflicht sogar typische <Spiculae>. Solche Veränderungen sind dornartige Knochenneubildungen, die für Bösartigkeit sprechen.

Spiculae wachsen im Vergleich zu reaktiven Knochenneubildungen, die zwiebelschalig parallel zur Wand der Corticalis angeordnet sind, radiär von einem Punkt der Knochenwand aus ins Weichteilgewebe.

Der fatale Befund passte „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ zu einem osteogenen Sarkom. Ich war mir dieser Diagnose sicher. Eine Knochenbiopsie, welche von den Eltern <unbedingt> gefordert wurde, bestätigte die Diagnose zweifelsfrei.

Nun folgten lange Diskussionen zwischen den Kinderärzten und uns Kinderchirurgen. Schließlich einigten wir uns darauf, nach einer kurzzeitigen Chemotherapie, die den Tumor devitalisieren und verkleinern sollte, das tumorbefallene Segment des Oberschenkels operativ zu entfernen und den Unterschenkel im Sinne einer <Umkehrplastik> als Oberschenkelersatz in die Hüfte einzufügen.

Dieses, damals international favorisierte, jedoch grausame Verfahren, musste ich Julia und ihren Eltern nun als einzige Chance anbieten. Als ich ihr dieses Verfahren mit einer Skizze an die Tafel malte, sagte sie sofort: „Das kommt gar nicht in Frage“.

Was tun?

Ich konnte Julias Reaktion sehr gut verstehen, denn das Verfahren war <verstümmelnd>. Ich musste ihr jedoch beibringen, dass es das einzige Verfahren mit einer gewissen Überlebenschance ist.

Wir nahmen Julia mit ihrem Einverständnis stationär auf, um unter Aufsicht eine Sedierung durchführen zu können. Die Eltern waren auch einverstanden.

Wenn ich mit ihr in den folgenden Tagen sprechen wollte, sagte sie abrupt jedes Mal ein <klares Nein>. Aber Julias Schicksal ließ mir keine andere Wahl als immer wieder ein Gespräch zu versuchen.

Als ich 3 Tage später in dunkler Nacht nach Hause ging, kam mir der Gedanke, sie mit einem Mädchen zu konfrontieren, das ich ca. ein Jahr davor mit der genannten (grausamen Operations-Methode) versorgen musste.

Ich rief am nächsten Morgen die Eltern dieses damals 9-jährigen Kindes an und nach wenigen Worten hatte ich ihre Zustimmung erreicht.

Das Mädchen kam schon am nächsten Tag in unsere Klinik. Sie zeigte ohne Hemmungen ihr Bein, zeigte, wie sie damit Gehen und auch gewisse Übungen machen kann. Das Mädchen war damit einverstanden, dass sie bei uns in der Klinik übernachten kann, sie sah ein, dass Julia Hilfe und Unterstützung brauchte. Die beiden Mädchen kamen hervorragend miteinander aus. Als dieses Mädchen am Tag danach wieder abgeholt werden musste, kam es zu einer tränenreichen Verabschiedung.

Ich hielt mich für einen Tag zurück, um Julias Gedanken nicht zu stören. Am Tag danach bat sie um ein Gespräch mit mir, (ohne ihre Eltern). Ich musste ihr nochmals erklären, was eine <Umkehrplastik> ist.

Ich zeigte Julia nochmals, wie eine Umkehrplastik aussieht, und erklärte ihr, dass der tumorkranke Oberschenkel, der ihr ohne Operation den sicheren Tod bringen werde, entfernt werden muss und als Ersatz der umgekehrte Unterschenkel in die Hüfte eingebaut wird. Ich demonstrierte ihr am Modell, dass das Bein dann um die Länge des Oberschenkels zu kurz ist. Ich demonstrierte auch, wiederum am Modell, dass der Fuß des implantierten Unterschenkels mit seinen Zehen auf

der Höhe des Knies nach hinten schaut. Am Unterschenkel wird dann zur Verlängerung des Beins eine Prothese angebracht.

Julia, das war gar nicht anders zu erwarten, schüttelte oft nicht nur den Kopf, sondern ihren ganzen Körper. Schließlich wollte sie sich verabschieden, bat aber noch um ein Foto des Modells. Dann flossen die Tränen in vollem Strom. Julia brauchte jetzt emotionale Hilfe. Ich nahm sie in den Arm, wischte ihre Tränen aus dem Gesicht und versicherte ihr, dass sie mich jederzeit stören darf, wenn sie eine Frage hat. Ich war im Augenblick der einzige Mensch, der sie trösten konnte. „Gott hat mich einfach aus seiner Hand fallen lassen“, sagte sie und drückte damit ihre Verzweiflung aus. Sie war ins Dunkel des Lebens gestoßen worden, aus dem sie allein nicht herausfinden konnte.

Die alte Hiobsgeschichte, dachte ich, als Julia ihren Satz gesagt hatte.

Auch die Eltern waren der Verzweiflung nahe, konnten das Geschehen emotional nicht begreifen und Rationalität hatte jetzt in ihrem Leben keinen Platz. Sie konnten es nicht begreifen, dass ihre Tochter <verstümmelt> werden soll, um Überleben zu können.

Es war nun zur Gewohnheit geworden, Julia, deren Seele auf's Tiefste verletzt worden war, jeden Abend zu besuchen, bevor ich nach Hause ging. Als ich ihr an einem Abend eine <Gut Nacht> wünschte, fragte sie, welchen Sport sie nach der Operation noch treiben, ob sie damit auch tanzen kann, ob es Menschen gibt, die mit einem solchen Bein auch heiraten können.

Ich spürte, dass Julia fragen wollte, ob sie mit einem solchen Bein auch einen Mann finden und eine Ehe führen kann.

„Wie reagierte ihr Mann, auf eine solche Verstümmelung“, fragte sie, als ich ihr von einem Paar berichten wollte, dessen Frau auch eine <Umkehr-Plastik bekommen musste und seit einem Jahr mit ihrem früheren Freund verheiratet ist. Sie wollte mit dieser Frau sofort Kontakt aufnehmen. Ich versprach ihr, diese Frau anzurufen.

Aber die Frau lehnte strikt ab.

Ich erfuhr von ihr jedoch, dass sie seit drei Monaten schwanger ist und wegen Lungenmetastasen wieder chemotherapeutisch behandelt werden muss. „Ich bin unfähig, anderen Patienten eine Stütze zu geben, ich bin heilfroh, wenn ich mein eigenes Leben in den Griff bekommen kann“, sagte sie bedauernd.

Diese Schicksal verschwieg ich Julia.

Zwei Tage später sah ich Julia in die Hauskapelle gehen. Sie schaute sich mehrmals um, bevor sie den Türgriff drückte. Sie wollte offensichtlich von niemand gesehen werden. Aber, ich hatte sie gesehen. Ich wartete ein paar Minuten, bevor ich die Kapelle auch betrat. Julia saß mit Tränen in den Augen in der hintersten Bank. Sie zitterte kaum erkennbar. Ich setzte mich in die selbe Bank. Als ich wahrnahm, dass ihre Tränen versiegt, reichte ich ihr stillschweigend ein Taschentuch.

Julia nahm es an, sagte aber kein Wort. Dann stand sie auf und sagte: „Ich habe mit dem da oben

gesprachen und er sagte: Lass dich operieren, du hast keine andere Wahl“.

Ich fragte sie nicht, welches Versprechen ihr Gott gab. Julia sagte selbst, dass er ihr gesagt habe: „Ich bin bei dir“.

Dann fragte sie: „Wann?“ Und ich wusste, dass sie nach einem Operationstermin fragte.

Jetzt musste ich ihr sagen, dass ich beabsichtige, sie nach Wien zu einem Spezialisten für diese Operationsart zu verlegen. Julia erschrak, sagte nach wenigen Sekunden jedoch: „Aber nur, wenn sie bei der Operation anwesend sind“.

Wir planten nun und vereinbarten einen Op-Termin.

Drei Tage später, als Julia verlegt werden sollte, hatte mich eine hochfieberhafte Grippe ins Bett gefesselt. Ich hatte einen bellenden Husten, einen Schnupfen, eine Angina und 40 Grad Fieber.

In zwei Telefonaten konnte ich Julia mit heißerer Stimme dazu überreden, sich ohne mich nach Wien verlegen zu lassen „Du hast keine Zeit mehr“, war mein Argument.

Julia wurde wie besprochen operiert.

Als sie zwei Tage danach das Ergebnis sah, erschrak sie. Der Operateur aus Wien sagte mir telefonisch: „Sie schrie entsetzlich, und musste sediert werden“.

Fünf Tage lang verweigerte sie jedes Gespräch und jedes Essen, sie lag versteckt in ihren Kissen und weinte, und weinte. Am 7. postoperativen Tag beschimpfte sie den Operateur bei der Visite, der solche grässlichen Operationen den Menschen

zumutet. Der Chirurg war tief gekränkt, verweigerte weitere Visiten bei ihr, (sagte mir eine Schwester am Telefon). .

Am Tag danach konnte ich Julia am Telefon sprechen. Das Gespräch war grauenhaft, ich musste nun Blitzableiter sein und alle Schuld auf mich nehmen. Julia beschimpfte mich sogar als <Lügner>. Ich ließ mich fast eine Stunde lang am Telefon beschimpfen, denn Julia brauchte jetzt einen Blitzableiter. Während ich mich beschimpfen ließ, sagte ich kein einziges Wort, konnte auch gar nicht reagieren, weil Julia pausenlos schimpfte. Dann brach die Schwester das Gespräch ab, rief mich jedoch von einem anderen Raum aus an. Sie sagte: „Der Faden zwischen Ihr und ihnen und zwischen unserem Chirurgen und Julia ist total abgebrochen“.

Nach einer Woche rief mich Julias Mutter an, die aus Wien abgereist war, weil sie das Geschrei ihrer Tochter nicht mehr ertragen konnte.

Nun versuchte ich Julia auf ihrem Handy anzurufen. Fehlanzeige. Ein Kontakt über eine Wiener Schwester kam auch nicht zustande. Sie sagte mir nur, dass Julia eine schwierige Patientin sei, die jeden Verbandswechsel und auch die Antibiotika mit dem Hinweis ablehne, dass ihr Leben doch am Ende ist.

Was konnte ich jetzt noch für Julia tun?

Der Klinikpfarrer unserer Klinik riet mir zur Zurückhaltung und ein Kollege aus der Psychiatrie diagnostizierte aus der Ferne eine „Hysterie eines pubertierenden Mädchens“

Ich entschied mich nun, ihr einen Brief zu schreiben. Ich erinnerte sie an unsere Gespräche,

in und vor der Hauskapelle, an unsere mehrfachen Aufklärungsgespräche am Modell.

Mein Brief wurde jedoch nicht von Julia beantwortet, sondern von einer Putzfrau, die Orlina genannt wurde. Da sie mir ihre Handynummer genannt hatte, rief ich sie an. Orlina hatte offensichtlich ein natürliches Gefühl für die Psyche der Menschen, kein geschultes Wissen, jedoch hatte sie Julias Psyche erkannt. Sie berichtete mir, dass sie mit Julia über alltägliche Dinge redet, über belanglose Dinge wie das Wetter, das Geschehen in den Wiener Straßen, über ihren Sohn, der vor 9 Jahren in der Wiener Klinik an Leukämie starb, über den Prater, den sie mit Julia besuchen werde, sobald sie in den Rollstuhl gesetzt werden kann, über das schöne Leben, das sie ohne Mann führen kann, der sie vor 6 Jahren wegen einer anderen Frau verließ. „Ich habe ihr heute schon gesagt“, sagte sie, „dass zu einem glücklichen Leben nur unsere Gesundheit und ein kühler Kopf gehört. „Das wird schon wieder mit Julia“, sagte Orlina am Ende unseres Gesprächs.

Viel später erfuhr ich von Julia, dass Frau Orlina schon zwei Tage nach der Operation ihren Rock hochgezogen habe und ihr ihre Oberschenkelprothese gezeigt habe, die sie seit ihrem 20. Lebensalter tragen muss. Und als Julia und Orlina später über Männer gesprochen haben, habe sie gesagt: „Mein Mann hat mich verlassen, weil ich diese Prothese tragen muss und er eine andere Frau gefunden hat. Aber, so sagte sie auch: „Seither kann ich frei und glücklich leben, Männer sind eine Last“.

Frau Orlina hatte also nicht nur ein natürliches Talent, eine <Empathie> zu Menschen mit Schwierigkeiten im Leben, sondern auch Erfahrungen gemacht, die sie zum richtigen Zeitpunkt in ihrem Leben machen musste. „Orlina ist ein richtiger Engel“, sagte Julia, „ich glaube, den hat mir Gott geschickt“.

Nach meinem ersten telefonischen Gespräch mit Orlina erkundigte ich mich immer wieder über den gesundheitlichen und mentalen Fortschritt von Julia. „Ah, der gnädige Profäsor aus Deitschland sagte sie jedesmal, wenn ich sie anrief. Am fünften Tag nach meinem ersten Kontakt mit Frau Orlina berichtete sie mir, wie Julia meinen Brief in Empfang genommen hat: „Der Professor aus Tübingen schreibt mir einen Brief“, soll sie gesagt haben, „der will sich wohl bei mir entschuldigen“. Dann habe sie den Brief in die Schublade gelegt, den Kopf in die Kissen gesteckt und geweint. „Ich glaube, sie hat sich dafür geschämt, dass sie den Herr Profäsor, eine Stunde lang beschimpft hat.“ Als Orlina ihre Arbeit auf der Station erledigt hatte, ging sie nochmals zu Julia. Neugierig fragte sie nach dem Brief des Profäsors aus Tübingen, den sie dann gemeinsam gelesen haben. Und von Julia weiß ich, dass Orlina ihr geraten hat, sich beim Herr Profäsor zu entschuldigen.

Ihren Ausflug zum Prater 10 Tage später beendeten sie in einem Wiener Cafeehaus. Im belanglosen Gespräch machte Frau Orlina unvorsichtig eine Bemerkung und Julia fragte

verduzt: „Sag mal, kennst du den Professor aus Tübingen, denn du weißt so viel über ihn?“

Orlina, so berichtete später Julia, habe sofort gespürt, dass sie eine unangebrachte Frage gestellt hatte. Deshalb habe Orlina auch rasch ihre Hand in ihre Hand genommen, um sich zu entschuldigen. Sie konnte Julia erklären, dass sie mit mir ein Telefonat führte, als es ihr (Julia) sehr schlecht ging. Nun fielen sich Orlina und Julia um den Hals.

In der Woche danach begannen die Prozeduren zur Anpassung der Prothese. Orlina begleitete sie. Eine Woche später begannen die ersten Gehversuche und Orlina war stets dabei. Und nach einer weiteren Woche wurde Julia entlassen. Julia blieb noch zwei Wochen bei Orlina, sie waren wie Mutter und Tochter geworden. Den berühmten Operateur aus Wien sah Julia die ganze Zeit nicht mehr.

Sieben Tage nach ihrer Heimkehr hatte Julia die erste Nachuntersuchung in unserer Klinik. Blass und gealtert, mit schmalem Gesicht und spitzer Nase kam sie mit zwei Krücken hinkend auf meinen Oberarzt zu, der die Nachuntersuchung durchführte. Als mich der Oberarzt informierte ging ich in den Untersuchungsraum, um Julia zu begrüßen. Sie sagte: „Da bin ich, aber ich bin nicht mehr die Julia von früher. Schuld daran sind auch sie. Ich bat sie, mir von ihrem Aufenthalt in Wien zu berichten, aber Julia winkte mit dem Hinweis ab, dass er ihre Geschichte doch schon von den Wiener Ärzten erfahren hat. Zudem übergab sie ihm einen Brief aus Wien.“

Da Julia sehr verschlossen wirkte, sagte ich: „Wenn es nichts Neues aus Wien zu berichten gibt, dann sprechen wir doch über deine Zukunft. Julia war einverstanden.

Wir stellten einen Plan für die notwendigen Nachuntersuchungen auf, nahm Blut ab und kam auf die notwendige Chemotherapie zu sprechen. Julia hörte mit beiden tief in die Augenhöhle gefallen schwarzen Augen zu. Ich kannte ihre Skepsis auf Chemotherapie, deshalb beobachtete ich aufmerksam ihre Mimik und Bewegungen. Ich erklärte ihr die Bedeutung der Chemotherapie, wies darauf hin, dass man nie ganz sicher sein kann, ob nicht doch Tumorzellen trotz radikaler Operation zurückgeblieben sind. Ich konnte an unseren Gesprächen ansetzen. „Und die müssen jetzt mit euren grässlichen Medikamenten zerstört werden“, sagte Julia und ich wusste nicht, was sie von der Therapie wirklich hielt. „Hoffentlich taugen ihre Medikamente auch“, sagte Julia skeptisch und ich konnte sie gut verstehen, denn wir Ärzte wissen, dass bei einer Chemotherapie z.B. blutige Geschwüre im Mund entstehen können, welche das Leben zur Hölle werden lassen. Und manchmal bringt Chemotherapie keinen Erfolg, sodass alle Qualen <umsonst> waren.

Nun machte ich sie darauf aufmerksam, dass Chemotherapie stationär begonnen werden muss, um Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten rasch zu erkennen. Julia hörte aufmerksam und skeptisch zu. Als ich ihr sagte, dass die Durchführung der Chemotherapie in speziellen onkologischen Räumen erfolgen muss, versuchte Julia noch zu verhandeln, beugte sich jedoch rasch den Notwendigkeiten. Telefonisch berichtete ich in

Anwesenheit von Julia Dr. J., dem Stationsarzt der Onkologie die aktuellen Befunde und vereinbarte einen Aufnahmetermin für den kommenden Tag. Julia war einverstanden.

Die Chemotherapie war für sie eine brutale Tortour, sie musste oft erbrechen und blutigen Schleim aus Mund und Nase würgen. Schon am zweiten Tag bekam sie blutige Durchfälle. Schluckstörungen und hämorrhagische Geschwüre auf den Wangen und auf der Zunge verhinderten das Essen und sogar das Trinken. Schließlich musste sie künstlich ernährt werden. Ein desolates Blutbild, die Erhöhung der Leberwerte und eine Gelbsucht zwangen zu einem 10-tägigen stationären Aufenthalt und zur Therapiepause.

Den nächsten Block Chemotherapie, der von Beginn an milder komponiert wurde, wurde besser vertragen. Nach wenigen Tagen zwang jedoch eine Knochenmarksdepression mit einer Leukopenie und Thrombocytopenie zur Therapieunterbrechung. Als sich das Blutbild erholt hatte bat Julia um Entlassung. Sie verweigerte eine Fortführung der Chemotherapie. In dieser Situation rief ich Orlina an. Frau Orlina erklärte mir, dass Julia ihr das Chemotherpieversagen schon mitgeteilt habe und sie ihr auch nicht zu einer Fortführung der Therapie raten kann, denn sie habe die grausamen Tortouren kennengelernt, als ihr Sohn wegen einer Leukämie gestorben sei. Alle Chemotherapien hätten bei ihrem Sohn auch versagt.

Zwei Wochen später hatte sich Julia erholt. Sie berichtete meiner Sekretärin telefonisch, dass sie

schon wieder Flöte spielen und viel Musik hören kann. Nur das Schlucken mache ihr noch Schwierigkeiten.

Meine Sekretärin musste versuchen, sie zu einer Nachuntersuchung ein-zu-bestellen. Julia ließ sich ohne <Wenn und Aber> einen Termin geben.

Das Blutbild hatte sich erholt, die Gerinnungswerte lagen im Normbereich und eine Röntgenaufnahme der Lunge zeigte keine verdächtigen Veränderungen. Die Prothese saß gut und die Narben waren reizlos.

Was habe ich nun für Chancen, fragte Julia.

Sie stellte mit dieser Frage die Frage, die alle Tumorkranken stellen. In der Antwort auf diese Frage kamen wir nolens volens wieder auf die Chemotherapie zu sprechen. Ich sagte ihr aufrichtig, dass Chemotherapie keine ideale Therapie ist, jedoch die einzige Chance anbietet, Metastasen und Rezidive zu vermeiden. Julia kommentierte meine Erklärung mit dem Satz: „Chemotherapie or not Chemotherapie“. Diese Metapher hatte sie auf der onkologischen Station in Wien täglich hören müssen.

Ich hatte Ablehnung erwartet, aber Julia sagte mit einem Anflug Ironie in ihrer Stimme: „Das ist ihre Entscheidung, sie sind der Arzt“.

Ich flüchtete nicht in den Ausweg, dass ich sie als Arzt nur beraten kann, sondern sagte: „Chemotherapie or not Chemotherapie bedeutet nach aller wissenschaftlichen Erfahrung eine Wahl zu treffen, zwischen einer Chance oder einer

anderen Chance. Und jede Wahl ist mit Unsicherheit verbunden. Ein Blick in deine Zukunft ist uns leider verwehrt. Wir können uns nur an die wissenschaftlich orientierten Aussagen, nach vergleichenden Therapiestudien, halten. Und nach den Ergebnissen der vorhandenen Studien bietet die Chemotherapie eine kleine Chance, Rezidive zu vermeiden. Die Statistik sagt aber nichts aus über die Wirkung im Einzelfall, kann keine Aussage machen, wie die Therapie bei dir anschlagen kann.

Als Fazit kann ich dir nur den Rat geben, den nächsten Block Chemotherapie nochmals zu wagen. Wir können die Wirkung vorsichtig beobachten und im Zweifelsfall abbrechen.

Julia blieb lange unschlüssig, sagte jedoch schließlich: „Dann machen wir das, aber ich bitte sie, dass sie vorher noch mit Orlina sprechen werden“.

Ich wählte Orlinas Nummer und hatte Glück. „Ah, der Herr Profäsor aus Tübingen, wie geht es Julia?

Ich kam rasch auf den Punkt und fragte Orlina, ob sie bereit sei, in der Meinungsfindung zu helfen. Ich wartete ihre Antwort gar nicht ab, sondern gab den Hörer an Julia weiter. Nach einer heftigen, kaum endenden emotionalen Begrüßung durchs Telefon sagte Orlina: „Herr Profäsor, Julia macht das, was sie ihr raten“.

Julia vertrug den Therapieblock dieses Mal recht gut. Es war zudem vorläufig der letzte. Sie kommentierte die Therapie als „Klammauk“ und freute sich.

Sie besuchte bald wieder die Realschule und trug statt einer Perücke, die ihr auf der Station empfohlen wurde, nur ein Kopftuch.

Ich hatte durch mehrere Telefonate, bis in die oberste Schulbehörde hinauf, erreicht, dass Julia wieder Anschluss an ihre frühere Klasse bekam. Die Behörden taten sich dabei schwer, weil sie Formalien und Regeln <beiseite> legen mussten. Nur die Mathematiklehrerin, die früher schon ihre Lehrerin war, sträubte sich beharrlich, sodass der Schulleiter ihr den Auftrag gab, Julia <gebührend rücksichtsvoll> zu behandeln, ihr eventuell sogar Nachhilfeunterricht zu geben. Diesen Auftrag kommentierte sie jedoch mit dem Satz: „Bei Julia ist das doch alles vergeblich und für Nachhilfeunterricht in Mathematik bin ich mir zu schade“. Die beiden Klassenarbeiten, die Julia mitschreiben musste, bewertete sie mit eine <Sechs>. Deshalb besorgte ich ihr eine Studentin, die ihr Nachhilfe geben konnte. Am Ende des Schuljahres hatte Julia in Mathematik eine <Vier> und konnte in ihrer Klasse bleiben. Der Rektor ordnete jedoch an, dass alle Arbeiten in Mathematik von zwei Korrektoren beurteilt werden müssen. Das Schuljahr schloss sie mit der Note <2,6> ab.

Ein halbes Jahr nach dem Ende der Chemotherapie zeigte mir der Radiologe das neue Röntgenbild. Es ließ verschwommen zwei erbsgroße Rundherde im rechten Lungenmittellappen und einen im rechten Unterlappen erkennen. „Ich wusste, dass es so kommen wird“, sagte Julia gefasst, warum sollte es mir anders ergehen als Orlinas Sohn“.

Nach mehreren internen Diskussionen und der Einholung externer Beurteilungen entschlossen wir uns dazu, die Metastasen operativ radikal zu entfernen und im Anschluss nochmals eine Chemotherapie zu versuchen. Julia stimmte diesem Angebot zu. „Ich habe doch gar keine andere Wahl“, sagte sie gefasst.

Nach der Freilegung beider Lungen über eine Sternotomie fanden ich insgesamt 6 linsengroße Knoten, die durch Segmentresektionen im histologisch nachgewiesenen gesunden Lungengewebe entfernt werden konnten. Julia erholte sich nach dieser Operation rasch und war über den Erfolg begeistert.

Eines Abends, drei Tage vor dem Ende der Chemotherapie, fand ich sie weinend in ihren Kissen vergraben. Ihre Flöte war verschwunden und das Suchen nach ihr brachte sie nicht wieder ans Tageslicht. „Meine Eltern können mir doch keine neue Flöte kaufen“, jammerte sie.

Nachdem ich am nächsten Tage mein Operationsprogramm beendet hatte, schwänzte ich die Fakultätsitzung, ging in die Stadt und kaufte ihr eine neue Flöte. Ich bat die Stationsschwester ihr die Flöte unauffällig unter das Kopfkissen zu legen. Als ich am Abend nochmals auf der Station war, hörte ich sie das <Ave Maria> flöten. Ich hörte vom Schwesterzimmer aus zu, vermied es aber in Julias Zimmer zu gehen. Am nächsten Morgen fand ich einen Brief an der Tür meines Dienstzimmers.

Julia hatte nach ihrer Entlassung eineinhalb Jahre Ruhe vor einem neuen Tumor. Dann wurde sie in einer Nacht wegen heftiger Bauchschmerzen in

unsere Klinik eingeliefert. Ein Sonogramm zeigte einen kastaniengroßen Knoten in der Mitte der Leber.

Ich hatte keine andere Wahl, als Julia nochmals zu operieren.

Rechts neben dem Ligamentum falciforme, das den rechten vom linken Leberlappen trennt, war ein kleines Konglomerat von 4 Knoten zu finden, das zusammen Kastaniengröße ergab. Dieser Knoten konnte durch radikale Präparation weit im Gesunden entfernt werden.

Nach dieser Operation wurde gezielt bestrahlt und nochmals eine Chemotherapie durchgeführt. Diese Therapie vertrug sie jedoch derart schlecht, dass sie darum bat, keine Chemotherapie mehr zu planen.

Julia wurde nach drei Wochen wieder entlassen. Bei der Verabschiedung sagte sie ironisch: „Ich will euch nie wieder sehen“.

Am Tag danach saß sie schon wieder in ihrer Schulbank und am Nachmittag besuchte sie zum ersten Mal die Musikschule. Wir hatten beim Personal der Klinik gesammelt, dass wir ihr den Flötenunterricht für ein Semester bezahlen konnten.

Julias Schicksal ließ sie aber nicht zur Ruhe kommen. Wir mussten sie in den nächsten 5 Jahren noch 7 mal wegen Metastasen operieren. Sie selbst bestand darauf, dass wir sie operierten, denn sie lebte im Vertrauen, dass „der Tumor eines Tages doch müde werden muss“. Für eine Chemotherapie war sie aber nicht mehr zu gewinnen.

Nach dieser Operation hatte sie ein Jahr Ruhe. Sie schloss die Realschule trotz ihrer Fehlzeiten mit einer ordentlichen Note ab und begann in einer Buchhandlung eine Lehre und verdiente ihr erstes Geld. „Ich kann meinen geplagten Eltern doch nicht ewig auf dem Geldbeutel liegen“, sagte sie mir. Sie war inzwischen 18 Jahre alt geworden.

Am Gründonnerstag des folgenden Jahres kam sie mit Dr. J. von der onkologischen Station der Kinderklinik in unsere Kinderchirurgische Klinik: „Julia begrüßte uns mit einem: „Grüß euch Gott, da bin ich wieder“. „Ich komme aber, um mich zu verabschieden“, sagte sie gebrochen, fing zu stammeln an und brach zusammen.

Das Röntgenbild zeigte einen kastaniengroßen Knoten in der linken Herzwand. Als wir Julia wieder stabilisiert und auf eine Liege gelegt hatten, sagte ich: „Julia, du bleibst jetzt hier liegen und ich gehe zum Kardiochirurgen“. Ich hatte zwar wenig Hoffnung, dass er eine Lösung anbieten kann, aber ich konnte auch nicht hinnehmen, dass es keine Chance mehr gibt.

„Keine Chance“, sagte der Herzchirurg.

Dann fügte er noch hinzu: „Man muss Menschen auch einmal sterben lassen“. „Die einzige Chance wäre eine Herztransplantation, aber, bei dieser Vorgeschichte finden sie keinen Kollegen, der sie durchführen würde“.

Wir hatten also verloren.

Der Tumor hatte Julia nach vielen Jahren doch noch mit aller Gewalt besiegt.

Ich rief nun zunächst die Psychologin an und bat sie um Unterstützung. Dann rief ich die Mutter an

und bat sie, so rasch wie möglich in die Klinik zu kommen.

Danach atmete ich tief durch und wagte den Schritt ins Zimmer, wo Julia auf eine Antwort wartete. Bevor ich auch nur ein Wort sagen konnte sagte Julia: „Ich weiß, wir haben verloren“.

Nun wechselten wir den Ort. Wir gingen in mein Dienstzimmer. Julia wollte nun sehr sachlich wissen, was sie zu erwarten hat, ob sie noch mit starken Schmerzen zu rechnen hat, „wann Gott sie von ihrem Elend erlösen wird“.

Im Blick auf die Schmerzen konnte ich ihr sagen, dass wir für Schmerzfürsorge sorgen können. Im Blick auf die Frage, wann Gott sie erlösen wird, musste ich sagen „dass allein Gott weiß, wann er dich erlösen muss“, aber wir werden dich nicht aufgeben, wir werden dich Tag und Nacht bewachen und bei dir sein.

Auf meinen Hinweis, dass ich die Psychologin gerufen habe, winkte sie energisch und unmissverständlich ab du sagte: „Das kriegen wir alleine hin“. Das einzige Problem werden meine Eltern sein, die brauchen vielleicht die Psychologin, sagte sie noch, denn meine Eltern sind nicht religiös, haben keine Stütze. Ich bat deshalb meine Sekretärin, die Psychologin zu den Eltern zu bringen.

Dann knüpfte ich beim Hinweis auf die Religiosität an und fragte, was sie unter Religiosität versteht. Und Julia antwortete überzeugt, dass es ein irgendwie geartetes Leben nach dem Tod gibt. „Jesus und der Apostel Paulus haben uns ein Leben nach dem Tod in Aussicht gebracht“, sagte

sie. Im Rahmen dieses Gesprächs vergaß Julia fast ihr eigenes Problem.

Ich war deshalb unsicher, sogar beunruhigt, denn Julia ließ gar keinen Zweifel an ihrem Schicksal und ihrem religiösen Wissen erkennen. Und es gab gar keinen Hinweis auf Angst. Ihr Verhalten irritierte mich sogar. Aber, ich erkannte auch, dass die Frage nach dem Sterben für Julia kein überwältigendes Ereignis ist, dass jetzt keine gründlichen philosophischen und theologischen Worte angemessen sind, sondern emotionale Überzeugungen. Ich wurde mir bewusst, dass über die <letzten Dinge> nur in einfachen Worten gesprochen werden kann, Trost nur aus der religiösen Überzeugung kommen kann.

Also sagte auch ich, dass ich von einem Schöpfer-Gott überzeugt bin, der uns als seine Söhne und Töchter mit Hilfe eines Vaters und einer Mutter ins Leben berufen hat, uns aber dieses Leben wieder nimmt, wenn er es für richtig hält. Julia nickte zustimmend, aber sie begann auch zu weinen. „Stotternd, fast schluchzend, sagte sie: „Wir Menschen sind doch von diesem Schöpfer-Gott geschaffen worden, kein Physiker und kein Mathematiker können beweisen, dass <Etwas> aus <Nichts> geschaffen wird/wurde. Alles Geschaffene muss einen Schöpfer haben, denn aus Nix wird doch Nix. Der Schöpfer ist doch immer die Ursache dessen, was geschaffen wurde. Und diesen Schöpfer nenne ich Gott. Er ist die Ursache, dass ich Leben durfte.

Jetzt erkannte ich ,dass Julia sehr müde wirkte. Und im selben Augenblick saget sie: „Ich möchte jetzt mit meinen Eltern nach Hause gehen“.

Nach einem kurzen Gespräch mit den Eltern, welche die Situation trotz ihres Gespräches mit der Psychologin noch nicht richtig wahrgenommen hatten, entschloss sich Julia mit ihnen nach Haus zu gehen. „Für mich könnt ihr ohnehin nichts mehr tun“, sagte sie, war dabei sehr niedergeschlagen, jedoch nicht verzweifelt. „Und wenn ich euch brauche, dann komme ich, auch unangemeldet“.

Julia nahm ihr Mutter an der Hand und ihr Mann legte seinen Arm um Julia.

In der Nacht schlief ich schlecht. Mich beschäftigte Julias Satz: „Und diese <Ursache> hat eine <Ursache>“. Was wollte sie damit sagen?

Mir war plausibel, dass der Schöpfer-Gott die <Ursache> der gesamten Schöpfung ist. Und dieser Schöpfer hatte keinen Anfang und wird kein Ende haben. Auch dieses Wissen der Bibel war plausibel. Wenn Gott also gar keine (eigene) Ursache hat, dann ist er (einfach) da, ist existent. Dieser Schluss kann auch aus der Bibel abgelesen werden, wenn Gott zu Moses gesagt haben soll, <Jahwe>, <ich bin, der ich bin>. Und, macht euch kein Bild von mir. Mehr aber auch nicht weniger vertraute Gott Moses an.

Ich kam zum Schluss, dass Julia dies sagen wollte. Vielleicht wollte sie auch noch sagen, dass es über die Existenz Gottes, als unseren Schöpfer; aus

logischen Gründen keinen Zweifel geben muss, wir das Wesen Gottes nicht erkennen können. Dazu passt der Satz der Bibel: „Macht euch kein Bild von mir“. Wir wissen also nicht, ob Gott eine Person ist, wie wir, ob er vielleicht nur eine kosmische Kraft ist. Es ist müßig, sich darüber Gedanken zu machen, denn Gott ist ein Wesen der Transzendenz, und für die Erkennung der Transzendenz haben Menschen keine Sinne. Wir sind in diese Welt hineingeworfen worden und wissen nichts über unseren Sinn auf Erden, unsere Bestimmung, den Willen unseres Schöpfers. Wir müssen wohl oder übel auf die Weisheit unseres Schöpfers vertrauen, wenn wir unsere Lebensspanne mit Anstand und Respekt vor ihm bestehen wollen. Wie wir uns in diesem Leben benehmen, verhalten sollen muss uns unsere Vernunft sagen, die unser Schicksal mit dem Sprichwort zusammenfasst: „Was du nicht willst, das man dir tut, das füg auch keinem anderen zu“. Es ist also im eigenen Interesse und im Hinblick, dass alle Menschen vom selben Schöpfer geschaffen wurden vernünftig, nach diesem Sprichwort zu leben. Dann brauchen wir keine Juristen mehr, die uns vorschreiben wollen, wie wir zu leben haben. In der Rücksichtnahme auf die anderen Menschen können wir diesen vernünftigen Weg wählen. Was es für uns am Ende unseres Lebens gibt, wissen wir nicht, selbst wenn Julia überzeugt sagte, dass Jesus und Paulus gesagt haben sollen, dass sie uns ein Ewiges Leben (bei Gott) in Aussicht stellen können.

Wenn wir den Weg dieser Logik gehen, dann ist es unvernünftig einen anderen Weg zu gehen. Dann ist es unvernünftig nicht an ein Weiterleben nach dem Tod zu glauben. Dann ist der Tod auch

Erlösung aus den Wirren des irdischen Alltags, dann wären wir wahrlich Söhne und Töchter Gottes. Auf dem anderen Weg der (Ungläubigen) sind wir dagegen am Ende unseres Lebens materieller <Müll>.

Am Ende der Nacht war ich fast überzeugt, dass uns Julia diesen Weg der Logik beschreiben wollte, aber von ihrer Müdigkeit gehindert wurde. Das Wörtchen <fast> benutze ich, weil uns trotz Logik die letzter **Gewissheit** fehlt, wenn wir Zeit und Raum verlassen müssen.

Julia hatte meines Erachtens die Gewissheit, trotz ihres jungen Alters, trotz, oder wegen ihrer fatalen, grausamen Krankheit.

Wenn mich nun jemand fragt, warum manche Menschen an einen Gott glauben und andere nicht, dann kann ich nur mit folgendem Gleichnis antworten: „Wenn jemand ohne Geruchssinn behaupten würde, eine gelbe Rose, welche fast alle Menschen riechen können und gerne riechen wollen, keinen Duft hat, wüssten wir, dass er sich irrt. Es liegt an ihm, nicht an der Rose. Dasselbe gilt für jemand, der sagt, Gott gibt es nicht. Es liegt an ihm, dass ihm die Fähigkeit fehlt, seine Existenz und Gegenwart wahrzunehmen.“

Wenn wir aus diesen Gedanken, die ich Julia verdanke, in die Religionsgeschichte des Monotheismus hineinsteigen und erfahren wollen, was die jüdische Religion, der Islam und besonders das Christentum sagen, dann beschäftigen wir uns am besten mit dem Christentum, mit dem Menschen <Jesus Christus>.

Bei kritischer Betrachtung und auf die Autorität eines Anderen hin, bekommen wir Zugang zu den <letzten Dingen>, zu Jesus und seiner vorösterlichen Verkündigung, die an eine historische Person (=Jesus), an einen historischen Raum und eine historische Zeit gebunden ist. Dann verstehen wir, dass wir Menschen ein <Ewiges Leben> bei Gott zu erwarten haben. Wie dieses Leben aussehen wird, erfahren wir jedoch nicht.

In einem Brief an Julia, den alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschrieben haben, schrieb ich: „Julia, es wird für dich spannend werden, Du kannst bald dem (vernünftig angenommenen) Gott gegenüberreten. Der Tod ist also nicht nur Zerstörung eines Menschen und dessen Lebens, sondern auch der Augenblick, der dir die endgültige Gewissheit geben wird“.

Je ne meurs pas, j'entre la vie“, sagte Theresa von Lisieux, als sie mit 24 Jahren an Tuberkulose starb.

Ihr habt mir mit eurem Brief sehr geholfen, schrieb sie in einer Antwort. Ich weiß jetzt noch besser, was mich erwartet, ich kenne jetzt den Weg. Ich werde erfahren, wie und warum er mich erschaffen und so früh wieder sterben lässt.

Zwei Tage, nachdem wir Julias Brief erhalten hatten, fing mich, als ich das Portal der Klinik erreicht hatte, eine Schwester ab, und berichtete, dass Julia in der Nacht gestorben, nicht mehr aufgewacht ist.

Der Tumor hatte mit seiner <rücksichtslosen Gewalt> Julias Leben zerstört.

3

Die Gewalt (=Macht, =Einfluss) der anatomischen Architektur und histologischen Struktur

Simom war ein 11-jähriger Junge, der auf ein Baugerüst geklettert und aus 5 Meter Höhe auf einen Betonboden gestürzt war. Augenzeugen berichteten, dass er während des Sturzes seinen linken Arm an einer Gerüststange derart hart angeschlagen habe, dass sofort Blut aus einer Wunde gespritzt sei.

Er wurde bewusstlos, hatte eine Quetschwunde am linken Arm, die vom oberen Drittel des Unterarmes durch die Ellenbeuge bis zur Oberarmhälfte verlief. Aus dieser Wunde spritzte nach dem Lösen des provisorischen Druckverbandes sofort pulsierend Blut.

Auf den ersten Blick war zu erkennen, dass der Ellbogen aufgerissen und das Speichenköpfchen abgerissen ist. Elle und Speiche waren gebrochen und die Fragmente waren dislociert. Am Handgelenk

konnte kein Puls getastet werden, die Finger waren weiß, also nicht durchblutet.

Wenn wir den Arm bei dieser komplexen Verletzung retten wollten, dann mussten wir trotz Bewusstlosigkeit sofort operativ tätig werden.

An der rechten Schläfe des Kopfes bestand zudem ein handtellergroßer, weicher, den Kopf unsymmetrisch deformierender Bluterguss. Die Haut über ihm war breitflächig geprellt und geschürft worden, rot, grün, blau verfärbt. Aus der Haut sickerte in dünnen Rinnsalen Blut. Serumtröpfchen begannen schon zu gerinnen.

Die Pupillen waren mittelweit und reagierten auf Licht nur angedeutet. Der Puls war nicht bradykard, aber unregelmäßig. Pathologische Reflexe konnten nicht festgestellt werden.

Im Computertomogramm konnte zwar eine klaffende Frakturspalte des rechten Schläfenbeins dargestellt werden, ein intracranieller Bluterguss konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Und für eine Schädelbasisfraktur gab es auch keinen Hinweis. Es gab also keine Zeichen, aus denen wir hätten ableiten müssen, keine akute Operation durchzuführen. Trotzdem gab es Diskussionen, die eine Operation für gefährlich hielten. Ein Internist, der zufällig hinzu kam, mischte sich auch in die Debatte ein und schlug sogar eine Amputation des Armes vor.

Ich musste also die Entscheidung treffen und die Verantwortung übernehmen.

Da die Untersuchungen keinen Hinweis gaben, dass das Gehirn verletzt ist, entschied ich mich für eine Notfall-Operation.

Wir sagten alle geplanten Operationen ab, weil ich ahnte, dass eine mehrstündige Operation bevorstand.

Nach dem Anlegen einer Manschette am Oberarm, um eine Blutleere im Operationsgebiet zu erreichen, wurde der Arm gründlich desinfiziert und danach auf trockenen, sterilen Tüchern gelagert.

Mein erster Blick galt nun der Arm-Arterie. Sie war zerrissen, jedoch war die Rückwand durch einen 1 cm breiten Streifen intakt. Dieser schmale Streifen war aber von zwei Knochenbruchstücken eingeklemmt, die verhindert hatten, dass die elastische Arterie zusammengeschnürt ist. Die begleitende Vene war ebenfalls aufgerissen, jedoch auch nicht abgerissen.

Der zweite Blick galt den drei großen Nerven der Ellenbeuge, dem Nervus ulnaris, dem Nervus radialis und dem Nervus medianus. Der Nervus ulnaris war von einem scharfen Knochensplitter des Epicondylus humeri ulnaris durchstoßen, aufgespießt und zur Hälfte gespalten worden. Der Nervus radialis war zwischen dem abgerissenen Condylus radialis und dem abgescherten, nach vorne verschobenen Speichenköpfchen eingeklemmt und gequetscht worden. Der Nervus medianus war nach seinem äußeren Aspekt unverletzt geblieben, eine Zerrung durch Überdehnung konnte aber nicht ausgeschlossen werden.

Das <Gelenkbildende Knochenmassiv> des Oberarms war in 3 Bruchstücke zertrümmert: Eines gehörte dem Oberarm. Das zweite und dritte Bruchstück gehörte zum abgerissenen Condylus humeri radialis.

Die beiden Unterarmknochen, die Elle und die Speiche waren am Übergang vom oberen zum mittleren Schaftdrittel quer durchgebrochen. Ihre Fragmente waren nach der Seite, sowie nach hinten abgeknickt.

Die Art des Bruches deutete darauf hin, dass die Elle und die Speiche während des Sturzes beim Aufschlag des Armes auf eine Gerüststange direkt abgeschlagen wurden. Die Architektur und Struktur des Ellbogengelenks war, das zeigte schon die erste Inspektion, durch die Verletzung gründlich zerstört worden.

Bei einer solchen Zerstörung, deren Korrektur eine Vielzahl operativer Schritte benötigt, kommt der Verletzung der Ellbogenarterie (= der Arteria cubitalis) oberste Priorität zu. Die Hand musste rasch wieder mit arteriellem Blut versorgt werden, sonst starben die Finger ab. Aber, eine operativ versorgte Arterie muss ein stabiles Lager haben, die Knochen müssen Ruhe garantieren, sonst reißen die Gefäßnähte aus und die innere Zellschicht wird geschädigt. An der inneren, rauen Gefäßwand bleiben dann Blutzellen hängen, sodass sich Thromben bilden, welche das Gefäß verstopfen.

Wir befanden uns also im Dilemma und mussten uns entscheiden, welchen Schritt wir zuerst wählen, die Rekonstruktion der Gefäße oder der Knochen. Über eine solche Situation schreiben aber die Lehrbücher keinen Buchstaben. Nun müssen wir das Gehirn anstrengen und rational entscheiden.

Ich entschied mich aus zwei Gründen für die primäre Rekonstruktion der Gefäße. (1.) Die Hand musste rasch wieder mit sauerstoffreichem Blut versorgt werden und die Rekonstruktion des Knochengerüsts hätte bei der komplexen Zertrümmerung der genannten Knochen mehrere Stunden in Anspruch genommen. (2.) Eine ruhige Unterlage für ein rekonstruiertes Gefäß können wir auch durch entsprechenden vorsichtigen Umgang mit den zersplitterten Knochen erreichen, fordert allerdings hohe Konzentration über Stunden hinweg, was nicht immer gelingt.

Ich rekonstruierte in einem ersten Schritt also die Arterie und die begleitende Vene.

Im zweiten Schritt mussten wir mehrere Frakturstücke, die nicht leicht zueinander passten, prüfen, zu welchem anderen Frakturstück sie gehören. Nach dieser zeitraubenden Arbeit, die zum Teil nur mit Lupenbrille bewältigt werden konnte, mussten wir die Splitter teils mit Klebstoff, teils mit Fäden, teils mit Metallstiften, Schrauben oder einem Metallplättchen fixieren. Während dieser mikrochirurgischen Prozeduren mussten wir streng auf die rekonstruierten Gefäße achten, uns gegenseitig an diese Verpflichtung erinnern.

Als auch die Rekonstruktion des Knochengerüsts gelungen war, mussten noch die drei genannten Nerven mikrochirurgisch miteinander verbunden werden.

Die Operationsschritte nahmen insgesamt 9 Stunden in Anspruch. Nach den Prozeduren, die genaues Hinsehen und penibles Arbeiten verlangten, spülten wir uns die Augen aus,

massierten unsere Nacken und Hälse. Mein Assistent sagte: „Jetzt weiß ich, dass ich nicht Chirurg werden kann“. Dieser Erklärung blieb er aber nicht treu. Wie ich, wurde er auch Chirurg. Warum wir uns von dieser intensiven, zeitraubenden und verantwortungsvollen Arbeit anziehen ließen, können wir nur als Arzt erklären. Es ist wohl der Impuls, der uns zu Helfern macht.

Auf die Beschreibung von Details dieser Operation will ich verzichten, denn sie können nur den Experten interessieren.

****Ich will dagegen einige Worte über die <Chirurgie> verlieren.**

Meine ersten chirurgischen Erfahrungen, die ich schon als Medizinal-Assistent in der Chirurgie gesammelt habe, zeigten mir, dass sogar sog. international anerkannte <Profis> der Chirurgie bei Rekonstruktionen von außergewöhnlichen Verletzungen Schwierigkeiten haben. Auch sie müssen oft improvisieren und können sich nicht an Lehrbüchern orientieren.

Ich assistierte einmal als junger Arzt einem solchen <Profi>, der eine Trümmerfraktur eines Armes rekonstruieren musste. Ich erkannte seine Nervosität, sah den Schweiß auf seiner Stirn, und spürte sein Ringen um eine richtige Entscheidung. Er musste nach einer vierstündigen Operation erkennen, dass ein Bruchstück trotz Fixation mit 3 Kirschnerdrähten nach der Seite verkippt und nach hinten verdreht war. Er musste den Patienten erneut operieren, denn in dieser Position durften die Fragmente nicht stehen bleiben.

Der Radiologe hatte das postoperative Röntgenbild schon dem Vater, einem Sparkassendirektor gezeigt, der gewohnt war, dass man sein Wort bedingungslos respektierte. Er verlangte vom Radiologen den Operateur sofort in die Radiologie zu rufen.

Der Chirurg war zu dieser Zeit aber mit einer Wirbelfraktur im Operationssaal beschäftigt und war nicht <abkömmlich>. Der skeptische Vater, der nicht respektierte, dass der Operateur zu dieser Zeit mit einer Operation beschäftigt ist, ging nun auf die Station, weil er hoffte, dort den Chirurgen zu finden. Aber auf der Station war nur noch ein Medizinalassistent anwesend, denn an diesem Freitagnachmittag vor Pfingsten hatten die anderen Ärzte das Haus schon verlassen. Der Vater forderte trotzdem brüsk ein Gespräch mit dem Chirurgen, „jetzt und sofort“, denn (so sagte eine Schwester), der Vater des Jungen habe gefordert, dass der Chirurg doch einen 2. Arzt bei sich habe, der die Operation weiterführen kann, während er mit dem Operateur seines Sohnes reden kann.

Ich stand zu dieser Zeit auch im Op und beobachtete die Operation.

Als der Medizinalassistent auf Drängen des Sparkassendirektors in den Op kam, um dem Chirurgen das Bild des Sohnes zu zeigen, geriet er in Wut, stampfte mit den Füßen kraftig auf den Boden, fluchte sogar mit Worten, die ich hier nicht wiederholen will.

Was lag in diesem Dilemma näher, als mich zu bitten, mit dem Herrn Sparkassendirektor ein Gespräch zu führen, zumal ich bei der Operation des Knochenbruches als Assistent anwesend war.

Der Medizinalassistent und ich sprachen mit dem Vater und ich musste ihm sagen, dass die Operation wiederholt werden muss. Der Vater forderte die Operation „sofort“, zumal der Sohn noch nicht aus der Narkose aufgewacht war.

Ich berichtete dem (international anerkannten) Traumatologen, dass der Vater die Re-Operation „sofort“ wünscht. Der Chirurg, den ich ja nur besucht habe, um bei ihm einen Tag zu hospitieren, um zu lernen, bat mich nun, die Re-Operation zu organisieren, was hieß, dass ich mit dem Anästhesisten, den ich gar nicht kannte, reden soll und danach den Jungen in den Op zu bringen.

Um den Kollegen vor dem Vater zu schützen und ihm in seiner Bedrängnis zu helfen, ging ich auf seine Bitte ein. Ich dachte, dass die Vorarbeit für die Prozedur einige Zeit benötigt und die Operation an der Wirbelsäule dann beendet ist.

Ich sprach daher nochmals mit dem Vater des Buben, sagte ihm, dass ich heute nur als Gast in der Klinik sei, also gar nicht zum Personal der Klinik gehöre. Meinen Einwand, der mich davon bewahren sollte, dass ich die Re-Operation durchführen soll, ließ er gar nicht gelten. Wichtig war ihm nur, dass sein Sohn <sofort> re-operiert wird.

Der Medizinal-Assistent sprach nun mit dem Anästhesisten, der wiederum sprach mit dem Vater, dem er im Gespräch auf dessen Frage sagte, dass ich fähig sei, den Sohn erfolgreich zu operieren. Ich versuchte durch Langsamkeit Zeit zu gewinnen, in der Hoffnung, dass der Traumatologe bis zum Beginn der Operation mit seiner Operation an der Wirbelsäule fertig ist.

Aber, mit meiner Taktik hatte ich keinen Erfolg. Der Anästhesist hatte den Buben rasch in den Op mitgenommen und die Narkose eingeleitet; es war mir also gar nicht möglich, mich zu verweigern.

Nach der Öffnung der Operationswunde bestätigte sich der röntgenologisch festgestellte Befund. Die Fragmente waren verdreht und verkürzt mit Spickdrähten fixiert worden. Diese Verkürzung und Verdrehung behinderte auch die Beweglichkeit. Die Korrektur war zwar sehr schwierig, weil die Fragmente wegen fehlender Kontur und wegen Trümmerarealen nicht dicht verbunden werden konnten, gelang schließlich doch, sodass sie wieder mit den Spickdrähten fixiert werden konnten. Eine Röntgenaufnahme auf dem Op-Tisch in 4 Positionen zeigte keinen Längenverlust und keine Verdrehung mehr. Die Fragmente standen jetzt <anatomiegerecht>.

Diese beiden Erfahrungen mit Trümmerfrakturen in der Region des Ellbogengelenks vergaß ich mein ganzes Berufsleben hindurch nie.

Beide Patienten hatten Glück, beide waren bei Nachuntersuchungen nach einem halben Jahr <zufrieden>, denn sie hatten nur geringe Behinderungen in der Rotation des Armes, beide konnten ihren Arm im Sport und bei anderen Notwendigkeiten fast ganz strecken und beugen. Simon konnte beispielsweise schon nach einem halben Jahr wieder den Violinunterricht fortsetzen, beide konnten sich wieder am Schulsport beteiligen, Basketball spielen. Beide hatten keine motorischen Behinderungen der Hände und Finger, keine Durchblutungsstörungen.

Diese Operationen hatten mir gründlich demonstriert, dass die vorgegebene Architektur der anatomischen Strukturen im Blick auf die Funktion zwar sinnvoll ist, aber der chirurgische Zugang bei Erkrankungen und Rekonstruktionen des Armes enorm erschwert wird.. Der Chirurg, der solche komplexen Zerstörungen des Ellbogengelenks reparieren muss, kann an die Grenze seines Könnens, seiner Macht, seiner Gewalt stoßen und seine Ohnmacht (bitter) erfahren.

Auf die Macht = die Gewalt der Architektur unseres Körpers und seiner histologischen Strukturen wurde ich z. B. auch bei der Korrektur von Hydronephrosen, bei Ureterabgangsstenosen von der Niere, bei vielen Frakturen, bei Operationen am Zwerchfell hingewiesen.

Ähnliche Schwierigkeiten können wir auch im histologischen Bereich von Muskeln, Sehnen und anderen Organen feststellen. Sie sind sinnvoll, können aber einem Chirurgen Schwierigkeiten bereiten, wenn er z. B. die Faserrichtung eines Muskels, einer Sehne, der Organe nicht respektiert oder bei Narben und sonstigen Verwerfungen nicht erkennen kann. Solche Verwerfungen und queren Durchtrennungen von Faserrichtungen können (wie histologische Untersuchungen demonstrieren) sogar zu tödlichen Veränderungen nach Operationen, zu knäueelförmigen Vernarbungen führen. Korrekturen von Verletzungen oder Entzündungen durch die Natur können zu ähnlichen Störungen der Funktionen führen, die Nachoperationen oder den Tod fordern. Mikroskopisch durchgeführte Operationen können solche Störungen zwar herabmindern, jedoch nicht absolut verhindern. Auf der Grundlage solcher

Gefahren gingen wir schon vor fast 40 Jahren dazu über, beispielsweise Operationen an der Niere, am Zwerchfell, am Harnleiter mikrochirurgisch durchzuführen. Eine längsverlaufende Faser des Harnleiters muss so mit Fasern des Nierenbeckens vernäht werden, dass sich wieder eine Spiralstruktur ergibt.

Solche Beispiele weisen uns Chirurgen auf den Zwang = die Macht = die Gewalt von vorgegebenen Architekturen der Anatomie, der Strukturen von Geweben und Organen hin, die wir zum Wohl von Patienten, besonders von Neugeborenen und Kleinkindern kennen und mikrochirurgisch operieren müssen.

Ende.

4

Die Gewalt des Affekts

„Ich kann mir kaum vorstellen, dass das Kind noch lebendig in ihrer Klinik ankommen wird“, sagte Dr. K., ein Kinderarzt am Telefon, als er einen schwer verletzten fünf Monate alten Säugling anmeldete.

Ich kannte den Kinderarzt gut und wusste von Kollegen und Müttern, dass er unangefochten als beherrscher, besonnener, sorgfältiger und gewissenhafter Arzt galt.

„Dr. K. ist noch ein richtiger Arzt, einen solchen finden sie in ihrer Klinik nicht mehr. In ihrer Klinik gibt es doch nur noch Forscher, die an den Schicksalen der Patienten wenig interessiert sind, die für ihre Patienten doch keine Zeit mehr haben“, sagte eine Mutter.

Wenn Dr. K. Patienten anmeldete, dann gab er stets einen klar formulierten Bericht über die vermutete Krankheit. Seine Wortwahl war treffend, und eindeutig, man konnte sich immer ein Bild machen.

Ungereimtheiten und Unsicherheiten, Hektik und Aufgeregtheiten gab es bei ihm nicht. Er konnte sich weder leidenschaftlich an einer Sache

begeistern, noch ließ er Andere Gefühle der Enttäuschung erkennen. Er lebte und arbeitete diszipliniert und strahlte die Würde eines Arztes aus.

Heute war er aber aufgeregt, spürbar aufgeregt, unruhig, hastig. Seine Sätze waren nur Fragmente und man musste sich das Prädikat des Satzes selbst suchen, oder hinzudenken.

Dr. K. war von einer Mutter ins Haus gerufen worden, in dem ein Säugling blutüberströmt auf dem Bett der Mutter lag. Er war leichenblass und der Dr. K. sah mehrere Stichwunden. Er stammelte durchs Telefon, dass die Mutter im Affekt auf ihr Kind eingestochen hat.

Diese Situation brachte offensichtlich auch einen Mann wie Dr. K. aus der Fassung.

Sein Bericht, der heute streckenweise ungeordnet und zusammenhanglos war, war für uns Anlass <alles> vorzubereiten, auch den Operationssaal. Das Kind wurde an der Poliklinik vorbei sofort in den Op gefahren. Der Saal war sogar schon auf 35 Grad aufgewärmt. Zudem stand ein Autotransfusor bereit, die Blutbank hatte 2 Konserven frisches Blut der Blutgruppe O, rh neg. bereitgestellt. Noch während der Anästhesie am Kind nach Venen suchte öffneten wir den Brustkorb des bewusstlosen Kindes durch eine Sternotomie, weil es eindeutig beidseits einen Pneumothorax hatte und der Anästhesist beunruhigt war, weil er das intubierte Kind nicht (richtig) beatmen konnte. Zudem <blubberten> aus 2 Stichwunden an der Brustwand blutig verfärbte Blasen aus der Lunge.. Diese Befunde legten (mit an Sicherheit

grenzender Wahrscheinlichkeit) einen beidseitigen Pneumothorax nahe.

Am Bauch befand sich eine weitere Stichwunde knapp oberhalb des Nabels, aus der sauer riechende, milchige Flüssigkeit austrat. Angesichts dieser Wunden öffnete ich die Brustwand bis zum Nabel durch eine Sternotomie. Wir fanden sowohl an der rechten als auch an der linken Lunge blutende Verletzungen. An der linken Lunge waren 2 Segmente betroffen. Das eine musste ich resezieren, weil es sternförmig zerrissen und der zugehörige Bronchus durchschnitten war. Das andere konnte übernäht werden, wodurch die Blutung gestillt war.

Nach diesen beiden Prozeduren konnte das Kind gut beatmet werden.

Eine Wunde am Hals blutete zwar stark, jedoch ging der Stich nicht in die Tiefe, verletzte kein großes Blutgefäß. Sie war rasch versorgt.

Sonst fanden wir im Brustraum keine weiteren Verletzungen. Die Stiche an der Brustwand verletzten zwar noch drei Rippen, jedoch betrafen sie nicht mehr die Lunge.

Das Zwerchfell war nicht verletzt, gestattete mir jedoch keinen Blick in die Bauchhöhle. Deshalb musste ich den Schnitt der Sternotomie bis unterhalb des Nabels verlängern.

Am Magen war eine gut 3 cm lange Wunde aus der sauer riechende und milchig aussehende Flüssigkeit floss. Zudem fanden wir am queren Dickdarm eine Wunde, deren Umgebung stuhlverschmiert war. Beide Verletzungen wurden (wie üblich) schichtweise vernäht.

Die weitere Inspektion des Bauchraumes ergab keine weitere Verletzung, sodass wir den Bauch nach gründlicher Reinigung verschließen konnten.

Anschließend legten wir in beide Brustkorbräume je eine weiche Drainage und verschlossen die Wunde der Sternotomie.

„Gerettet“, sagte der Saalpfleger, als er mit mir die Verbände anlegte, und ich sah, dass ihn die Verletzung des Kindes nicht <kalt> ließ. Seine Stimme verriet seine emotionalen Gefühle.

Nachdem das Kind beatmet auf die Intensivstation gebracht worden war verließen wir den Op über die Poliklinik. Dort saß zusammengekauert eine athletisch gebaute, kräftige Frau mit zerzausten schwarzen Haaren. Sie weinte in die Ellbeugen ihrer muskulösen Arme, die sie vor ihrem Gesicht ineinander verschlungen hatte. Ein Pfleger wies uns <verstoßen> darauf hin, dass diese Frau die Mutter des eingelieferten Babys ist.

Bevor ich mit ihr sprach, rief ich den Dr. K. an. Ich wollte ihm über die Operation und die Verletzungen berichten. Außerdem wollte ich erfahren, wie es zu diesen Verletzungen gekommen ist.

Dr. K. war jetzt gefasster als 5 Stunden zuvor. In unserem Gespräch wurde auch die Frage beantwortet, ob die Polizei eingeschaltet worden ist. Dr. K. sagte: „Das ist mein Problem, ich habe sie bisher nicht eingeschaltet“. „Warten sie, riet ich ihm, ich werde zunächst mit der Mutter sprechen, sie sitzt hier“.

Von ihr erfuhr ich nun die Einzelheiten der Geschichte. Sie hatte bereits drei Kinder, mit denen sie im Blick auf das <Stillen> keine Schwierigkeiten hatte. Dieses Kind machte ihr aber Tag und Nacht Probleme. Es konnte weder normal gestillt noch mit einem Fläschchen gefüttert werden. Selbst die Hebamme, kam mit dem Kind nicht zurecht, es schrie und schrie „den ganzen Tag“, sodass sie schließlich ihre Besuche bei der Mutter aufgab. Nun musste die Mutter selbst mit dem Kind <fertig werden>, aber sie wurde nicht fertig. Eine Nachbarin berichtete später, dass sich die Mutter mit ihrer ganzen Kraft bemüht habe, das Kind zu versorgen. Das Leben wurde ihr dabei zur Hölle, sie kam mit ihrer Kraft an eine Grenze. Sie hatte andere Mütter gefragt, was sie noch tun könne.

Sie hatte die Intervalle zwischen den Stillzeiten verkürzt, sie trug das Kind Tag und Nacht auf dem Arm herum, sie ging mit ihm spazieren, sie sang ihm vor. Alle Maßnahmen, die ihr empfohlen wurden, hatten aber keinen Erfolg. Zu all diesen Turbulenzen kam noch hinzu, dass ihr Mann Nachtdienste hatte und tagsüber seine Ruhe haben wollte. Und, sie hatte mitbekommen, dass ihr Mann mit einer andren Frau <ein Verhältnis hatte>.

Und das Kind schrie und schrie weiter.

Schließlich war die Mutter an die Grenz ihrer Kräfte gekommen. Sie hatte die Grenze sogar überschritten und sah kein Ende der misslungenen Situation. „Ich konnte einfach nicht mehr“, flüsterte sie verzweifelt. Sie hatte in den vergangenen Wochen nur wenig schlafen können. Sie musste ihre Kinder versorgen, musste das Haus aufräumen, Essen kochen, putzen, Geschirr spülen

und einkaufen. Und sie konnte kein Ende der misslichen Situation sehen.

Todmüde, erkennbar vor sich selbst gedemütigt, verzweifelt, voller Reue und Scham berichtete sie mir mit leiser, schluchzender Stimme, aber sehr klar und im Detail, dass sie heute Morgen, nachdem sie ihr Kind wieder stundenlang zu beruhigen versucht habe, in die Küche gegangen sei, um Wasser abzukochen, womit sie eine Vigantolette fürs Kind auflösen wollte. Das Kind habe aber furchtbar weiter geschrien, auf ihrem Arm gezappet und ihr den Löffel mit der aufgelösten Vigantolette aus der Hand geschlagen.

„Da lag nun das verdammte Brotmesser“, flüsterte sie mir verstohlen zu, „und ich stach wie von Sinnen einfach zu“. „Ich wusste nicht mehr, wer ich eigentlich bin“.

Als sie Blut aus der Brust des Kindes fließen sah, kam sie wieder zu ihren Sinnen, „schlug die Hände vor ihr Gesicht, rannte zum Telefon und rief Dr. K. an“.

An dieser Stelle brach ich das Gespräch ab. Ich bat eine Schwester, sich um die Mutter zu kümmern, sie in ein Bett zu legen und die Formalitäten für eine stationäre Aufnahme zu erledigen.

Ich bat Dr. K. zunächst keine Polizei einzuschalten, sofern diese Maßnahme noch nicht in die Wege geleitet worden sei. Dr. K. zweifelte an meiner Bitte, fragte ängstlich, ob wir uns damit nicht strafbar machen. Ich versicherte ihm jetzt, dass ich die ganze Verantwortung auf mich nehme, Kind und Mutter seine Patienten seien.

Dr. K., der zu dieser Zeit mit dem Vater und den anderen drei Kindern in der Wohnung der Frau war, berichtete mir am späten Nachmittag, dass er für die Kinder bereits eine Betreuerin aus der Kirchengemeinde gefunden habe, die Kinder also versorgt seien. Er beschrieb die Mutter als „herzensgute, aufopferungsvolle Frau, die nichts Böses tun kann, jetzt aber aus purer Verzweiflung im Affekt gehandelt habe“. Eine halbe Stunde später rief er mich wieder an und berichtete, dass die Polizei schon bei ihm war, er sie jedoch an mich verwiesen habe.

Ich war der selben Meinung wie Dr. K. und sagte ihm, dass ich alles vermeiden werde, das dazu führt, dass diese geplagte Frau in die Hände der Polizei gerät.

Ich war mir bewusst, dass ich mit meiner Meinung ein Risiko eingehe.

Was heißt eigentlich <Affekt> fragte ich mich, als ich mein Dienstzimmer betrat. Und ich definierte das Wort <Affekt> als plötzliche Gemütsbewegung, die durch Erregung des Gefühls unter weitgehender Ausschaltung des klaren Denkens den Willen mitreißt, eine <unheilige> Tat zu begehen. Und in einem Lexikon las ich dann noch den Hinweis, dass „die fatalen Verschaltungen des Gehirns zu unverständlichen Handlungen führen“.

Die Tat der Mutter unseres kleinen Patienten handelte also im <Affekt>, war für ihre fatale Tat gar nicht verantwortlich. Sie brauchte jetzt keine Polizei, sondern eine vernünftige Psychologin.

Dr. K. hatte in einem weiteren Gespräch die Bemerkung gemacht, dass Affekt immer mit einer unbewussten <Leidenschaft> verbunden ist.

Wenn man <Affekt und Leidenschaft> verstehen will, muss man bei D. Bernecke nachlesen, der eine Geschichte über den Affektbegriff schrieb, man muss die Sätze von W. Dilthey lesen, der eine Affektlehre verfasste, A. Apfelbach studieren, der sich zur Affektdynamik äußert, oder G. Mall beanspruchen, der eine Affektlehre verfasste.

Diese Schriften weisen darauf hin, dass Affekte „natürliche“, „lebensgesetzliche“ notwendige Äußerungen des Menschen sind, und Affektlosigkeit „Lebensschwäche“ und „Lebensunreife“ bedeutet. Sie zeigen dass eine ständige <Unterdrückung> und Verdrängung von Affekten entweder zum Affektstau mit plötzlichen, eruptiven Explosionen in einer unbegreiflichen Handlung oder zu somatischen Erkrankungen führt.

Mit dem Problem der Affekte befasste sich schon die aristotelische Philosophie, ebenso das Gedankengebäude des Thomas von Aquin, die schreiben, dass den Affekten die Besonnenheit, die immer eingeübt werden muss, entgegengesetzt werden muss.

Die Besonnenheit kann Affekte unterdrücken und schließlich auslöschen, sodass ethisch wertvolle Handlungen (auch Leidenschaftlichkeit für eine Sache) entstehen kann.

Die Philosophie der Renaissance betont die positiven Seiten der Affekte. Ohne Affekte können keine innovativen, schöpferischen Leistungen hervorgebracht werden.

➔ Nun zurück zu unserem Patienten: Nach fünf Tagen konnten wir das Kind extubieren. Es erholte sich danach rasch. Am sechsten Tag nach der

Operation brachten wir das Mädchen mit ihrer Mutter zusammen. Sie nahm ihr Kind liebevoll in die Arme und übergoss es mit ihren Tränen.

Sie flüsterte scheu ein „Danke“ aus ihrem Mund.

Bevor wir Mutter und Kind entließen, führten unsere Schwestern ein Gespräch mit der Mutter, dem Vater, einer Frau aus der Kirchengemeinde des Dorfes und dem Dorfpfarrer.

Die weitere <Aufzucht> des Kindes war nach den Worten von Dr. K. „problemlos“ Das Kind war jetzt kein <Schrei-Kind> mehr. Drei Gespräche, die unsere Schwestern mit der Mutter bei der Kontrolluntersuchung des Kindes führten, zeigten, eine „einfache Frau, die ihre Tat in Reue und Scham verarbeitete. Sie hatte offensichtlich ihre <Leidenschaft> für ihre vier Kinder im Griff und auch <ihren einzigen Affekt-ausbruch>.

Das Kind entwickelte sich in den nächsten fünf Jahren normal, hatte im Kindergarten gute Kontakte und hatte (wie Dr. K. sagte) eine <herzensgute Mutter>.

Die Gewalt der Leidenschaft, die in unserem Kopf nur eine Nuance vom <Affekt> entfernt ist hatte gnadenlos zugeschlagen, aber vernichten konnte sie zwei Menschen doch nicht.

(Über den Prozess gegen die Mutter will ich hier nichts aussagen, denn diese Angelegenheit ist private Sache. Ich will jedoch darauf hinweisen, dass Dr. K. und ich große Mühe hatten, die Juristen zu überzeugen, dass Gesetze nur menschliche Erzeugnisse sind und vernünftige Spielräume ohne zu schaden angewandt werden dürfen)

Die Gewalt der Konstellation.

Ein Vater, promovierter Lehrer einer Technischen Hochschule, hatte sich vor zwei Jahren geweigert, das Formular der Operationseinwilligung für seinen Sohn zu unterschreiben, der eine Tumoroperation vor sich hatte. Ich wandte mich daher an die Mutter, die jedoch auf ihren Mann verwies.

Vater, Mutter und 17-jähriger Sohn baten mich jedoch die Operation auch ohne Operationseinwilligung durchzuführen, denn die Einwilligung auf Papier sei doch nur eine „Formalie“. Auf meinen Einwand, dass das Formular ein verpflichtendes Dokument sei, sagte der Vater: „Aber wir geben ihnen doch durch unser Gespräch die Einwilligung“. Der dominante Vater blieb bei seiner Meinung, die mündliche Einwilligung sei mehr wert.

Schließlich hatte ich die dreitägige Diskussion satt und wusste, dass die Operation dringend notwendig ist und keinen großen Aufschub mehr duldet.

Also operierte ich den Sohn.

Der Sohn war 17 Jahre alt und hatte im oberen rechten Brustraum einen faustgroßen Tumor, der ihm jetzt Nackenschmerzen und Taubheitsgefühle in den Fingern verursachte. Die präoperative Diagnostik hatte einen <neurogenen Tumor> bewiesen, der wahrscheinlich vom

Grenzstrang ausgeht. Er war mit einem zapfenartigen Ausläufer in das erweiterte Intervertebralloch der Wirbelsäule eingewachsen. Aufgrund der stark erhöhten Katecholaminwerte (andere Tumormarker gab es damals noch nicht) wurde er als maligne eingestuft.

Bei der Operation unter Assistenz eines Neurochirurgen konnte der Tumor Schrittchen für Schrittchen aus seinen festen und blutgefäßreichen Verwachsungen mit der Lunge, der Luft- und Speiseröhre, der hinteren Brustwand, den großen Gefäßen der Brusthöhle, des Thymus, des Herzens und der Wirbelsäule gelöst werden. Dabei mussten wir, um Blutgefäße der Intercostalräume zu schonen, nahe an der Tumorzapfen präparieren, ohne den Tumor selbst zu verletzen. Bevor wir daran gingen, den genannten Tumorzapfen aus dem Intervertebralloch zu präparieren, entnahmen wir dem Tumor eine Gewebeprobe, um eine Auskunft über seine Malignität zu bekommen. Die Untersuchung des Schnellschnitts ergab einen <mitosereichen Tumor> und der Pathologe beschrieb ihn als ein „Ganglio-Neuroblastom mit Betonung <Neuroblastom>“. Dieser Befund und der stark erhöhte Katecholaminwert veranlasste uns, den Tumor als maligne einzustufen, was eine radikale Entfernung des Zapfens aus dem Intercostalraum forderte. Das Zurücklassen von Zellformationen hätte mit großer Wahrscheinlichkeit den bald eintretenden Tod gefordert. Schrittchen für Schrittchen wurde er von den Wänden des Intervertebrallochs gelöst, ohne den Liquorraum zu öffnen.

Postoperativ mussten wir (leider) eine Lähmung der Beine erkennen. Von Neurochirurgen wurde eine Blutung in den Wirbelkanal oder eine Kompression des Rückenmarks durch eine Nachblutung vermutet. Sie fanden aber weder eine Nachblutung, noch eine Kompression des Rückenmarks. Aber, das Rückenmarksegment war insgesamt minderdurchblutet.

Auf der Suche nach einer Ursache dieser Minderdurchblutung wurde im betroffenen Brustmarksegment statt der zwei bis drei Arterien nur eine einzige Längsarterie nachgewiesen. In der Regel treffen sich in diesem Segment, die von oben aus der Arteria vertebralis kommenden ein bis zwei Längsarterien mit den von unten aus der Arteria spinalis anterior kommenden und den sog. Sulcusgefäßen kommenden Längsarterien. Sie kommunizieren dann miteinander und bilden zarte Quervernetzungen aus. Diese Gefäße verbinden sich dann noch mit der Aorta und mit Intercostalarterien, sodass das Segment ausreichend durchblutet wird.

Bei unserem Patienten hatte aber die einzige, fadendünne Längsarterie, die das Verbindungsstück zwischen den unteren und den oberen Längsgefäßen herstellen sollte, keinen Partner gefunden, mit dem sie Querverbindungen hätte herstellen können. Diese einzige fadendünne längsverlaufende Arterie war aber unverletzt, intakt. Sie reichte jedoch nicht aus, das Segment ausreichend mit Blut zu versorgen.

Der Patient und ich als sein Operateur waren einer angeborenen Anomalie des Gefäßsystems zum Opfer geworden, denn fadendünne Gefäße, die der

Pathologe am Tumorpräparat nachweisen konnte, mussten unterbunden und durchtrennt werden, damit der Tumor <en bloc> und total entfernt werden konnte.

Die intensive epikritische Beurteilung des Befundes und der Folgen der Tumorentfernung durch Neuroanatomen, Neuroradiologen, und Neurochirurgen erklärte die Minderdurchblutung als Folge der **Gefäßanomalie**.

Zum besseren Verständnis wiederhole ich die Konstellation des Befundes nochmal unter dem Aspekt der Entwicklung des spinalen Gefäßsystems: Normalerweise werden alle Rückenmarkssegmente von zwei bis drei längs am Rückenmark verlaufenden Arterien mit Blut versorgt, die sich im oberen Rückenmarkssegment verbinden. Das eine Längsgefäß entwickelt sich von oben, das andere von unten. Beide Längsgefäße fusionieren im Segment, in dem der genannte Tumor lokalisiert war. Diese Längsarterien sind dann in Höhe des Segments, wo sie embryonal fusionieren, durch querverlaufende Gefäßchen verbunden. Normalerweise ist das Fusionssegment also gut vernetzt. Es hat zudem noch Verbindungen zu den Gefäßen, die im Brustraum verlaufen. Die entscheidenden Gefäße sind aber die beiden Längsarterien. Sie kommen normalerweise aus der Arteria vertebralis von oben und aus der Arteria spinalis anterior sowie aus den Sulcusarterien von unten.

Wenn nun die Fusion der Längsarterien in der embryonalen Entwicklung gestört wird, kommt die Fusion nicht zustande. Die Versorgung des

Segments mit Blut ist auf die Gefäßchen angewiesen, welche die queren Verbindungen herstellen müssen.

Das obere Brustmark ist daher ein heikler Ort, in der Entwicklung des Gefäßsystems der Wirbelsäule mit dem Rückenmark.

In der Zone, wo sich die Gefäße von oben und von unten treffen, um sich zu verbinden können nun Anomalien auftreten, wie bei unserem Patienten. Die Gefäße von oben und von unten treffen sich zwar, aber ihre Verbindung kann misslingen, sodass Durchblutungsstörungen auftreten können, wenn auch nur ein fadendünnes Gefäßchen bei einer Operation oder einem Unfall ausfällt.

(Diese Gefäßversorgung im Rückenmark wurde vom Pathologen G. Müller und einem italienischen Pathologen nachgewiesen, dessen Name mir nicht mehr <einfällt>).

Es gibt nun Menschen wo solche Durchblutungsdefizite auftreten, wenn ihr minimales Gefäßsystem in dieser Region durch eine Operation oder einem Unfall gestört wird.

In eine solche Situation, die Folge einer angeborenen Anomalie war, geriet ich als Operateur und musste das <Pech>, wie ein neurochirurgischer Chef sagte, aushalten. Ich musste in Konferenzen, die das Thema auslöste, Rede und Antwort stehen. Diese Kollegen kamen vorwiegend aus Disziplinen, die keine Ahnung von Chirurgie, Anatomie und Tumoren hatten, die noch nie ein Skalpell in der Hand hatten.

Ich konnte diese Prozedur nur aushalten, weil ich wusste, dass ich keinen Fehler gemacht hatte und dem Patienten das Leben gerettet habe.

Nachdem die Sache geklärt und Gras über das Thema gewachsen war bekam ich mehrere Briefe von Chefs und Oberärzten, die wahrscheinlich meinten, mich trösten zu müssen. Ich gestehe, dass mir diese Briefe geholfen haben, <Chirurgie nicht an den Nagel zu hängen>.

Der Brief eines Neuropathologen aus Paris schrieb mir: „Kopf hoch, denn diese Anomalie des Gefäßsystems ist kein Unikat, laut Obduktionsbefunden tritt sie in 15 % der Menschen auf, aber nur ein geringer Teil dieser betroffenen Menschen wird operiert“.

Ein andere Pathologe schrieb: „Obduktionsbefunde weisen darauf hin, dass rund 12-15 % der Menschen im oberen Brustmark eine anomale Gefäßausstattung haben. Wenn sie operiert werden müssen, dann treten in der Regel Lähmungen auf, sie sind dann gar nicht vermeidbar. Ich erlebte in meiner <pathologischen Arbeit> zwar nur einen Patienten, der auf unseren Obduktionstisch kam und diese Anomalie aufwies, aber die bisher spärliche Literatur über diese Anomalie spricht immerhin von 12% Menschen, die diese Anomalie haben. Und Sie hatten das <Pech> einen solchen Patienten operieren zu müssen. Sie können stolz sein, denn Sie haben ihm das Leben gerettet.

Ein Radiologe schrieb mir: „Ärzte ohne chirurgisches Wissen fragen, warum präoperativ nicht nach einer solchen Anomalie gefahndet wird. Die Antwort können nur erfahrene Neuroradiologen geben: Sie lehnen (bisher) eine radiologische Darstellung des Gefäßsystems in der zur Debatte

stehenden Region ab, weil das Kontrastmittel in der Region des oberen Brustmarks vermehrt zu Querschnittslähmungen geführt hat. Vielleicht (?) hatten diese Patienten eine Gefäßanomalie, wie sie ihr Patient hat, sodass Kontrastmittel in dieser Region zu Schwellungen des Rückenmarks führen konnten“.

In der beratenden Konferenz wurde ich gefragt, ob wir als Chirurgen die zur Debatte stehende Anomalie gekannt haben. Ich konnte die Frage mit einem <Ja> beantworten. Als Chirurg wusste ich, dass die Blutversorgung im oberen Segment des Brustmarks die Kommunikationsstelle der beiden von oben und von unten kommenden Gefäßen ist, eine kritische und heikle Stelle, die Chirurgen fürchten. Deshalb wurde der Tumor auch streng an der Tumorzapfen mit Geduld und Sorgfalt mikrochirurgisch, Schrittchen für Schrittchen aus dem Brustraum und dem Intervertebralloch gelöst.

Trotz dieser Vorsichtsmaßnahme kam es zur Lähmung, weil das einzige fadendünne Gefäßchen, das zur radikalen Tumorentfernung entfernt werden musste, nicht für eine ausreichende Blutversorgung reichte.

In einem Gespräch, das ich mit dem Neurochirurgen führte, der mir bei der Operation assistiert hatte, suchten wir auch nach einer Ursache der Lähmung. Wir sprachen über folgende Wirkungen: (1.) Das äußerlich nicht verletzte einzige fadendünne Gefäßchen des Brustmarks thrombosierte. Dafür gab es aber keinen Hinweis. (2.) Dieses einzige Gefäßchen war wenig vernetzt, hatte also keine

Kollateralen. Da die Gefäßversorgung aber vor der Operation ausreichte, muss mit dem Tumor ein Gefäß entfernt worden sein, dass nun fehlte. Ein solches Gefäßchen konnte nur im Tumor verlaufen, den wir gar nicht angeschnitten haben. Da ich diesen Verdacht auch schon hatte, ging ich in die Pathologie und bat um Schichtuntersuchungen des Tumors, um nach einem solchen vermuteten Gefäßchen zu suchen. Nach wenigen Tagen meldete mir der Chef der Pathologie, dass im Tumor ein hauchdünnes = fadendünnes Gefäßchen verläuft, das aber nolens volens mitentfernt werden musste, weil die Resektion sonst große Tumorteile hätte zurücklassen müssen. Aus diesem Befund war klar, dass eine Tumorentfernung keinen logischen Sinn gehabt hätte, wenn man den Tumor im Körper zerstückelt hätte, um ein vermutetes Gefäßchen zu suchen. Diese Vorstellung, so sagte der Neurochirurg, ist absurd, denn kein Mensch hätte diesen Weg favorisiert und alle Regeln der Tumorchirurgie <über den Haufen geworfen>.

„Es ist eine Ironie des <Entwurfs von Menschen>, dass man Vorteile bei Tumorentfernungen nicht an außergewöhnlichen Befunden messen kann“, sagte ein Kollege aus Paris bei einem Kongress in London, wo ich diesen <Fall> vorstellte.

Ein Kollege aus Norwegen fragte ins Auditorium (nicht mich), wie wir Kollegen uns entschieden hätten, wenn wir von dem winzigen Gefäßchen im Tumor gewusst hätten. Und der Kollege aus Norwegen regte nach der Pause eine Abstimmung über diesen <Fall> an. Von 82 Anwesenden votierten 69 für die Aussage, dass es Situationen gibt, wo man sich sehr individuell entscheiden

muss. Nun forderte ein englischer Kollege eine neue Abstimmung, die entscheiden soll, ob man dann einen anderen Weg einschlagen würde, als den von mir schon ausgeführten Weg. Jetzt votierten 72 von 82 Anwesenden für meine Entscheidung, die anderen 10 enthielten sich einer Stimmabgabe, weil sie keine Tumoroperationen durchführen.

Die Gewalt der Konstellation, des Zusammentreffens ungünstiger Umstände, dessen, was wir den klinischen oder anatomischen Befund nennen, hatte zu fatalen Folgen unseres Patienten geführt, die beim besten Willen nicht vermeidbar waren.

Ein theologische Ethiker, mit dem ich einmal über diese Konstellation und die Folgen sprach, wies darauf hin, dass das Wort Konstellation nicht umsonst vom Lateinischen <con> = <zusammen> und <stella> = <Stern> kommt. Im wörtlichen Sinn meint Konstellation <die gegenseitige Stellung der Sterne>. Im übertragenen Sinn bedeutet <Konstellation <das gegenseitige Zusammentreffen von Umständen. Die Art und Stellung der einzelnen Faktoren in einem Ganzen.

Wenn wir das Wort Konstellation auf unseren Fall mit dem Tumor beziehen wollen, dann wäre der Tumor per se das Ganze. Die rarefizierte Gefäßanomalie das Ganze für sich. Das ohnehin schlecht versorgte Brustmark das Ganze. Der Verlauf eines Gefäßes im Zentrum eines Tumors das Ganze. Die Tatsache, dass Neuroradiologen damals keine Kontrastmitteldarstellungen im

Bereich des Brustmarks durchführten wäre auch das Ganze.

Auf meinen Fall angewandt bedeutet diese philosophische Aussage, dass das genannte Gefäßchen im Tumor zum Tumor als <Ganzes> gehörte, also mit der totalen Entfernung des Tumors mitentfernt werden musste.

Alle diese Faktoren kämen dann zusammen und würden eine Entscheidung herausfordern. Sie wären aber zeitgebunden, wie die Aufzählung leicht erkennen lässt. Die Konstellation kann also nur zeitgebunden gute oder schlechte Entscheidungen treffen.

Das Wort Konstellation kann nach dieser Philosophie also keine absoluten Entscheidungen begründen, sondern nur zeitgebundene = dem Stand der Sterne folgende Entscheidungen. Eine Konstellation kann also nur relative Situationen beschreiben.

Es war nicht einfach der Philosophie des Ethikers zu folgen und seine Aussagen mit meinem Problem zu verbinden, das mir die Tumoroperation in der Region des Brustmarks brachte.

Als ich ihn dann fragte, was seine Epistel mit meiner Operation zu tun hat, sagte er: „Ich wollte dir die Relativität des Lebens skizzieren“.. Dann fügte er noch hinzu: „Relativität kann Sorgen und Entscheidungen nehmen. Ich habe beobachtet, dass dein Mut, deine Freude Entscheidungen zu treffen verloren gehen.“

Ein weitere Aspekt des Begriffes <Konstellation:

Konstellatation bedeutet übersetzt: Die Art der einzelnen Fakten in einem Ganzen. Das Wort ist zusammengesetzt aus dem Wort <con> = mit und <stelle> = Stern.

Konstellatation beschreibt also die <gegenseitige Stellung der Sterne>. Übertragen beschreibt das Wort <das Zusammentreffen von Umständen>, <die Art und Stellung der einzelnen Faktoren in einem Ganzen>.

Alle philosophischen Erklärungen und alle epikritisch mit hohem Sachverstand auf der Basis der Evidenz zusammengetragenen Erklärungen der Pathogenese beruhigten mich jedoch nicht, auch wenn meine Kollegen tausendfach versicherten, dass die Komplikation nach bestem Wissen und Gewissen nicht vermeidbar war und jedem Operateur auch <passiert> wäre.

Ein Neurochirurg der den <Fall> gutachterlich beurteilen musste, verriet mir, um mich trösten zu wollen, (gegen alle Vorschriften), dass er als Resultat auf Operationen im selben Rückenmarkssegment auch schon drei Lähmungen ertragen musste. Und ein Herzchirurg, der in seinem Leben viele Aortenaneurysmen operiert hatte, wollte mich mit dem Hinweis trösten, dass er nach der Versorgung thorakaler Aortenaneurysmen „auch schon drei derartige Ereignis verkraften musste“. Und ein Orthopäde berichtete, dass er nach der Korrektur thorakaler Skoliosen in rund 10 % mit einer Lähmung rechnen muss.

Alle diese Folgen waren das Ergebnis einer nach der Operation nicht mehr ausreichenden arteriellen Versorgung des Brustmarks, bei vorher nicht bekannter Gefäßanomalie.

„Was hätten wir denn anders machen können“, fasste ein Neurochirurg, der auch schon die bittere Erfahrung machen musste, das Dilemma zusammen? Und er beantwortete seine Frage selbst, als er sagte: „Wir mussten unsere Patienten doch operieren, wir hatten keine andere Wahl“.

Aber, auch alle diese Geständnisse, die manchmal nur hinter vor den Mund gehaltenen Händen gesagt wurden, beruhigten meine Seele nicht. <Ich> war verstrickt in die fatale Konstellation = den Ursache-Wirkungs-Mechanismus. Da half auch der Hinweis auf die Gefäßanomalie nicht. Da half auch der Hinweis nicht, dass die komplette Tumorentfernung dem Patienten das Leben gerettet hat. Da half auch der Hinweis nicht, dass der Tumor, hätte man ihn nicht entfernt, bald zur Lähmung geführt hätte.

<Ich> war verwickelt in das fatale Geschehen und ich hätte mir wahrscheinlich das Leben genommen, wenn ich keine Familie zu versorgen gehabt hätte. An meiner Suizidabsicht hielt mich aber auch der feste Glaube an meinen Schöpfer-Gott zurück.

Trotzdem suche ich bis auf den heutigen Tag nach einer Erklärung, ob die Folge für den Patienten und mich nicht vermeidbar gewesen wäre. Ich habe mir den Operationssitus schon tausend Mal in meinem Gehirn und meinen Träumen nachgestellt, fand aber keine Antwort. Meiner Frau bin ich dankbar, dass sie mich auf Spaziergängen im Schönbuch, wo wir oft über das fatale Ereignis gesprochen

haben, immer wieder darauf hinwies, dass das Geschehen unvermeidbar war.

Der Chirurg und sein Dilemma

Die Gewalt des Wortes

„Wird er das alles überleben können?“, fragte mich Benjamins Mutter stereotyp bei jeder Visite.

Sonst fragte sie nichts. Dieser eine Satz kam seit drei Wochen beharrlich aus ihrem Mund, als ob ihr Gehirn einen (<Platten-) -Riß hätte, und nur noch diese eine Spur abspielen kann.

Benjamin war fünf Jahre alt, als er von einem Auto auf dem Weg zum Kindergarten angefahren wurde. Und die Mutter hatte den Unfall aus nächster Nähe gesehen. gesehen.

Er wurde vom Notarzt bewusstlos in unsere Klinik gebracht. Der erste Blick wies schon darauf hin, dass er eine Impressionsfraktur des Schädels auf der rechten Schläfenseite, einen offenen Oberschenkelbruch auf der rechten Seite, Kompressionsfrakturen der Rippen, eine dislocierte Beckenringfraktur und wahrscheinlich auch innere Verletzungen hatte.

Für umfassende Diagnostik blieb keine Zeit, denn das Kind befand sich in einem schweren Schock.

Das Kind wurde sofort in den Op gefahren. Der Autotransfusor wurde bereit gestellt, damit bei Bedarf Blut aus der Bauchhöhle <re-fusioniert> werden kann. Frische Blutkonserven mit Blut der Gruppe O-rhesus-negativ wurden in der Blutbank angefordert, gerinnungsfördernde Mittel wurden in

die Op-Vitrine gestellt. Ein Pfleger brachte ein fahrbares Röntgengerät in den Raum. Die Op-Schwester ordnete ihre Instrumente. Anästhesisten nahmen eine Umintubation vor, weil der Tubus nicht richtig positioniert war und wir 2 Chirurgen wuschen uns. Diese Arbeiten wurden ohne viel Worte zu verlieren routinemäßig durchgeführt.

Die skurrilen Aussagen mancher Patienten, besonders aber auch von Anwälten, wie es in Operationssälen zugeht, wurden durch dieses <Hand-in-Hand-Arbeiten, dieses eingeübte Handeln wahrlich in den Bereich der Märchenwelt verschoben. Sie zeugen nur von Ignoranz, Unkenntnis oder Böswilligkeit. Sie beschreiben nicht, was es bedeutet, dass es meistens um Leben oder Tod geht.

Wir begannen die Operation mit der Öffnung der Bauchhöhle. Nach der Durchtrennung der Bauchwand strömte uns eine Fontäne Blut entgegen, die vom Autotransfusor aufgefangen und re-transfundiert wurde. Als Ursache erkannten wir sofort eine Blutung aus einer Ruptur des rechten Leberlappens und eine Berstungsruptur der rechten Niere. Aus der Bauchhöhle wurde mindestens 1 Liter Blut abgesaugt und re-transfundiert. Die rupturierte Leber wurde satt tamponiert, dann in den Oberbauch gegen das Zwerchfell gedrängt, wodurch weitgehende Blutstillung an der Leber erreicht wurde.

Danach wurde die blutende Niere überprüft, wobei wir einen Rupturspalt im Oberpol fanden, der durch einen aufgerissenen Kelch entstanden ist. Nach der Spreizung der Ruptur konnte der Riss im Kelch übersichtlich dargestellt und dicht vernäht werden.

Der Spalt im Parenchym der Niere wurde ebenfalls schichtweise dicht vernäht. Danach stand die Blutung aus der Niere.

Jetzt wurde die gesamte Bauchhöhle auf weitere Verletzungen untersucht, ohne die Tamponade der Leberruptur zu entfernen. Dabei entdeckten wir, einen Einriss im Zwerchfell, wo die Speiseröhre durchs Zwerchfell in die Bauchhöhle eintrat.

Nach der vorsichtigen Entfernung der Tamponade aus der Ruptur der Leber wurde der 10 cm lange Rupturspalt mit seinen zerfetzten Rändern schichtweise vernäht, wobei wir in der Tiefe des Rupturspalte einen gut 3 cm langen Einriss in einer Leberarterie dicht vernähen mussten, bevor der Rupturspalt in der Leber schichtweise vernäht werden konnte.

Nun konnten wir die Verletzung des Zwerchfells übersichtlich darstellen und das Zwerchfell wieder um die Speiseröhre rekonstruieren, ohne eine Enge zu verursachen.

Während ich das Zwerchfell vernähte roch ich Narkosegas, sodass ich an eine Lungenruptur mit Verletzung eines Bronchus denken musste.

Zudem quoll aus der Brusthöhle immer wieder Blut in den Spalt des rupturierten Zwerchfells, das den Verdacht auf eine Lungenverletzung wahrscheinlicher machte. Ich fragte den Anästhesisten ob der Patient gut beatmet werden kann und er musste mir sagen, dass er auch an eine Lungenverletzung denkt, weil er die Lunge nur schlecht belüften kann.

Ich musste nun nolens volens den Bauchschnitt bis zum Brustbein verlängern. Nach der Öffnung der linken Brusthöhle fand ich im Unterlappen einen 3

cm langen Riss, aus dem das Gas ausströmte. Und in diesem Riss sahen wir nach Spreizung der Verletzung den Einriss eines Bronchus.

Angeichts aller anderen Verletzungen die schon versorgt, aber auch noch versorgt werden mussten, verzichtete ich auf eine Segmentresektion und vernähte sowohl den Riss im Bronchus als auch im Lungensegment schichtweise dicht.

Bevor ich mich nun den weiteren Verletzungen in der Bauchhöhle zuwandte, verschloss ich die Brustwand und das Zwerchfell, nachdem ich noch eine Thoraxdrainage in die linke Brusthöhle eingelegt hatte.

Während wir die Lungenruptur versorgten, hoben die Neurochirurgen das Schädelimprimat und entleerten ein flaches subdurales Hämatom im Bereich des rechten Schläfenlappens.

Wir wandten uns nach der Versorgung der Lungenverletzung der Beckenringfraktur zu. Beide Schambeinäste waren gebrochen, verschoben und die Symphyse war gesprengt. Nach der Reposition der Fragmente der beiden Schambeinäste mussten wir improvisieren. Die Schambeinäste ließen sich zwar reponieren, aber nicht mit Fadennähten fixieren. Deshalb benutzten wir zur Fixation der Fragmente Drittelrohrplättchen. Die Symphyse wurde mit einer Vicrylbandschleife, einem aus abbaubaren Proteinen hergestellten Bändchen, zusammengefügt und fixiert..

Im Anschluss an diesen Operationsschritt legten wir die Blasenvorderwand frei, um unter Sicht eine Harnleiterschleife ins rechte, operativ schon versorgte Nierenbecken vorzuschieben.

Jetzt trennten wir unser Team. Zwei Assistenten verschlossen die Bauchhöhle, ein dritter Assistent und ich reponierten die 4 Splitter des rechten Oberschenkels und fixierten sie mit zwei langen Drittelrohrplatten.

Die Neurochirurgen waren mit ihrem Teil der Operation bereits fertig, als wir noch die gequetschte Muskulatur und Haut des Oberschenkels vernähen mussten.

Im Anschluss an diese siebenstündige Operation wurde der Patient beatmet auf die Intensivstation gebracht. Die Anästhesisten hatten eine Meisterleistung vollbracht. Sie hatten den Patienten aus dem Schock geholt, die bedrohliche Bradykardie behoben und den Kreislauf anhaltend stabilisiert.

Als ich unter der Dusche stand, wunderte ich mich, welches Maß an Verletzungen ein Körper durchhalten kann. Die Frage stand im Raum, ob in einer solchen Situation <Andere> ihre Hand im Spiel haben, als wir Chirurgen.

„Wird er das alles überleben können“, fragte die Mutter erneut, als ich mit ihr über die Verletzungen und ihre Versorgung sprach. Sie schaute, als sie diese Frage stellte, geistesabwesend ins Leere, als ob dort die Antwort abzulesen ist .

Sie stellte diese Frage stereotyp bei jeder Visite, jeden Tag die selbe Frage. Im selben Ton. Ihr Gehirn musste alle anderen Bahnen abgeschaltet

haben, nur noch diese Wortkombination für ihre Frage bereit haben.

Stundenlang saß sie, in sich zusammengesunken, am Bett ihres Sohnes und sprach sonst kein einziges Wort, weder mit anderen Kindern, noch mit Schwestern und Ärzten/Ärztinnen. Sie stellte ihre Frage auch nur, wenn ich ans Bett ihres Sohnes trat.

Als ich wegen diesem Verhalten ein Gespräch mit ihrem Kinderarzt hatte, erfuhr ich ein paar Bruchstücke über das Leben und Wesen der Mutter.

„Ich kenne die Frau nicht richtig“, sagte er und wies darauf hin, dass sie (eigentlich) eine lebenslustige Frau ist, die keine Party auslässt“. Er wies auch darauf hin, dass sie oft verreist und immer wieder andere Männer hat. Sie können doch selbst sehen, dass sie eine attraktive Frau ist. Seit einigen Jahren arbeitet sie erfolgreich in einem Modegeschäft und ist die <recht Hand> ihres Chefs. „Mehr weiß ich aber über sie nicht“, schloss er sein Gespräch ab.

Dieses Bild passte so gar nicht zum Bild das wir von ihr gewonnen hatten.

Benjamin blieb rund 14 Tage bewusstlos. Die Neurochirurgen waren schon am dritten Tag beunruhigt, weil sich erneut ein subdurales Hämatom an der rechten Schläfe bildete. Sie wollten jedoch wegen des allgemeinen Zustandes mit einer erneuten Operation abwarten. Ab dem dritten Tag vergrößerte sich das Hämatom jedoch nicht mehr, und erkennbare Zeichen eines

Hirndrucks oder andere neurologische Symptome blieben aus.

Benjamin bekam in seiner Bewusstlosigkeit außer Antibiotika keine Medikamente, auch keine Beruhigungs- oder Schmerzmittel, sodass das lange Koma nicht medikamentös beeinflusst wurde.

Am 13. Tag bemerkte eine Schwester, dass Benjamin „ab und zu“ schlitzförmig die Augen öffnete. Einige Stunden später wurde er unruhig, atmete stärker durch, arbeitete mit seinem Mund gegen den Trachealtubus, sodass wir uns zur Extubation entschlossen.

Benjamins erholte sich, wir begannen auch mit leichten Bewegungsübungen und fuhren ihn vom 16. Tag ab zeitweise ins Spielzimmer. Die Mutter ließ ihn jedoch nicht aus den Augen, sie reagierte nicht auf Fragen der Schwestern, aß nicht auf der Station, sondern sagte.

Die Stationsschwester sagte nach einer Visite: „Ich weiß nicht, ob Frau Y. wahrnimmt, dass ihr Sohn spontan atmet und sprechen kann“. Ich konnte ihr nur sagen, dass er von Frau Y. nach jeder Visite mit der gleichen Frage angesprochen wird, also sprechen kann.

Schwestern, die sie zum Essen und Trinken aufforderten, die ihr abends eine Liege bereit stellten, wurden von ihr <negiert>, (wie eine Schwester sagte).

Zwei bis dreimal am Tag verschwand sie von der Station, aber die Schwestern konnten beobachten, dass sie zu dieser Zeit auf die Toilette ging.

Als ich sie fragte, ob sie mit der Klinikpfarrerin oder einer Psychologin sprechen möchte, schüttelte sie kaum sichtbar den Kopf. Die Psychologin suchte trotzdem den Kontakt, wurde aber brüsk ignoriert.

Trotz dieser Ignoranz stellte sie mir täglich die Frage: „Wird er das alles überleben können“? Als sie am 18. Tag ihre Frage wiederholte, aber keinerlei Reaktion auf meine Antwort gab, bat ich Benjamin, kräftig nach seiner Mama zu schreien. Benjamin weigerte sich zwar zunächst, schrie dann aber plötzlich dreimal hintereinander: Mama, Mama, Mama. Frau y. blieb aber stumm auf ihrem Stuhl sitzen, rührte sich nicht.

Eine Weile danach bat ich Benjamin nochmals zu schreien. Und er schrie. Jetzt drehte ich den Stuhl, auf dem Frau y. saß, in die Richtung von Benjamin. Frau y. sprang auf, und schrie wie ein wildes Tier nur ein Wort: „Benjamin“. Dann setzte sie sich wieder auf ihren Stuhl, als ob nichts geschehen sei.

Dann sagte ich ausdrücklich sehr langsam, in einem hypnotisierenden Ton: „Frau y., Benjamin ist hier, er hat alles überlebt“.

Nun hob sie ruckartig ihren Kopf, strich sich ihre roten Haare aus dem Gesicht, griff danach hilflos in den Raum. Dann wurde sie von einer Schwester in die Arme genommen und direkt zu Benjamin geführt. Benjamin umklammerte seine Mutter und sie schrie hilflos: „Er lebt, er hat alles überlebt“.

Und danach kam Frau y. auf mich zu und sagte: „Das hast du gut gemacht“. Und ich bedankte mich für dieses Kompliment.

Danach nahm die Stationsschwester Benjamins Rollstuhl und führte ihn zusammen mit seiner Mutter auf die Intensivstation, wo schon drei Schwestern auf die Gruppe wartete. Benjamin fing zu weinen an, wurde aber von einer Schwester getröstet, die ihm ein Kuschelbär schenkte. Frau y. führte mit diesen drei Schwestern ein Gespräch, als ob nichts geschehen ist. Sie sprachen nochmals über seine Verletzungen, seine Bewusstlosigkeit, den Unfall und die Prozeduren, die jetzt noch auf ihn zukommen werden.

Am Abend bemerkten die Schwestern der Normalstation, dass Frau y. ihren Koffer packte. Und nach der Morgenvisite sagte sie: „Ich muß jetzt wieder nach Hause und mit meinem Chef sprechen, der sicher schon auf mich wartet.“

Benjamin blieb noch 10 Tage ohne Mutter in der Klinik und musste täglich krankengymnastische Übungen absolvieren, damit er das Gehen an zwei Krücken lernen konnte. Dann entließen wir ihn mit einem Rollstuhl, zwei Krücken, einem Brief an den Kinderarzt und einem Plan für die Nachuntersuchungen. Frau y., die ihn abholte, zeigte keinerlei Veränderungen, die auf eine psychische Krankheit hinweisen konnten.

In einer Konferenz mit Kinderpsychiatern wurde darüber gesprochen, wie man das Verhalten von Frau y. beschreiben kann. Nach zweistündiger Debatte mit mehreren Referaten, fasste der Chef der Kinderpsychiatrie das Verhalten zusammen. Er sprach von einer „psychogenen Blockade, die das Unfallgeschehen, das Frau y. aus der Nähe

miterleben musste, auf einen einzigen Punkt konzentrierte“. Sie konnte sich danach nicht mehr von dieser Blockade lösen. In ihrem Gehirn gab es nur noch eine einzige Spur, die das Denken und die Wahrnehmung erlaubte. Und diese Spur kannte nur noch den Weg des Unfalls mit der Folge der Bewusstlosigkeit ihres Sohnes.

Als ich sie fragte was sie in der Zeit nach dem Unfall gedacht und erlebt habe, sagte sie: „Ich wartete, bis Sie mich rufen“. Sie hatte kein Gefühl dafür, dass sie zwei Wochen nicht <anwesend>, sondern nur <abwesend> war.

Und das Wort, das die Erlösung brachte war: „Benjamin hat das alles überlebt“. Dieser Satz hatte sie wieder in die Wirklichkeit zurückgeführt. Dieser Satz hat die Rädchen ihrer blockierten Gedankenwelt wieder in die Spur der Wirklichkeit zurückgeführt. Jetzt passten die Rädchen wieder wie in einem Uhrwerk zusammen. Jetzt funktionierte ihre Wahrnehmung wieder.

Das Verhalten von Frau y. ist in großen Teilen gar nicht untypisch. Solche fatalen Schicksale können nach dem Sterben und Tod geliebter Menschen auftreten. Man spricht dann von <psychischer Erschütterung>. Solche Blockaden können nach körperlichen Verletzungen und psychischen Erlebnissen auftreten, meistens, wenn man von ihnen aus einer heilen Welt gerissen wird. Man spricht dann von „nervösen Störungen“. Sie charakterisieren Neurasthasien, Hypochondrien, Hysterien. Sie können auch als Mischformen dieser psychogenen Erkrankungen auftreten.

Das Verhalten von Frau y. war vorwiegend neurasthenisch, ließ aber auch in Nuancen eine Hypochondrie und hysterische Merkmale erkennen. Wenn ich das Verhalten von Frau y. in der Rückschau betrachte, dann kommt mir auch der Begriff der <Transzendenz> in den Sinn. <Transzendenz> kommt aus dem lateinischen Wort <transcendere> (= hinübersteigen). Ein Mensch, der traumatisiert wird, übersteigt die individuelle, gegenwärtige, reale Erfahrung, er taucht in eine Welt außerhalb der bekannten Grenzen der Realität ein, verlässt vielleicht den Bereich seines Bewusstseins und lebt in einer anderen, in seiner eigenen Welt, die ihm sein Gehirn zurechtbiegt. Wir <Sterblichen>, die in der rauen Realität leben, haben zu dieser Welt keinen Zugang.

Die Erfahrung mit Frau Y. zeigt uns aber, dass der Mensch aus einer Welt jenseits der Realität mit den passenden Worten, mit der Gewalt eines einzigen Wortes, herausgeholt werden kann. Man muss nur das richtige Wort finden, das in die Spur passt.

DIE Gewalt des Todes

Ich musste eine 28-jährigen Mutter mit dem Gedanken vertraut machen, dass ihr 9-jähriger Sohn sterben muss.

Julian war mit seinem Skateboard vier Meter tief von einer Rollbahn gestürzt. Er hatte sich ein Schädelhirntrauma, eine Oberschenkelfraktur und eine Oberarmfraktur zugezogen. Sanitäter brachten ihn in tiefer Bewusstlosigkeit in unsere Klinik. Seine Atmung war sehr oberflächlich, manchmal glich sie nur noch einer Schnappatmung. Der Puls war mit 30 Schlägen pro Minute verlangsamt. Er blutete aus Mund, Nase und beiden Ohren, sodass keine Zweifel an einer Schädelbasisfraktur bestanden.

Schon auf den ersten Blick waren Hirndruckzeichen zu erkennen.

Die Anästhesisten hatten unseren Patienten rasch intubiert und konnten ihn auch effektiv beatmen. Nun musste rasch das Hirnödem beseitigt werden, das zum enormen Hirndruck geführt hatte. Wir injizierten mit

200 mg (eine hohe Dosis) Decortin und infundierten hypertone Kochsalzlösung, um das Gehirn zu entwässern. Gleichzeitig nahmen die Neurochirurgen die Schädeldecke ab, um dem Gehirn die Barriere zu nehmen, an die es gedrückt wurde.

Als Reaktion auf die therapeutischen Maßnahmen kam es binnen 45 Minuten zu einem Pulsanstieg von 60 Schlägen pro Minute und zu einem messbaren Blutdruck von 80 zu 40 mm Hg.

Als sich dieser Befund nach weiteren 20 Minuten anhaltend stabilisiert hatte, entschieden wir uns im Einvernehmen mit den Anästhesisten zur operativen Versorgung der stark dislozierten Frakturen des Oberarms und des Oberschenkels. Bevor wir mit den Prozeduren begannen spiegelte ich den Augenhintergrund und sah beidseits ein Ödem der Netzhaut mit punkt- und flächenförmigen Einblutungen.

Um Zeit zu gewinnen operierten wir in zwei Teams. Sowohl der Oberschenkel – als auch der Oberarmknochen konnte ideal reponiert und mit gekreuzten Nancy-Nägeln fixiert werden. Die Operation war nach 1 Stunde

fertig und der Patient konnte auf die Intensivstation gebracht werden. Unmittelbar nach der Operation sprach ich mit der Mutter, die in der Poliklinik wartete. Im Gespräch musste ich zwischen der Mitteilung einer möglicherweise fatal endenden Verletzung des Gehirns und ihrer Hoffnung auf Erholung des Gehirns die richtigen Worte finden. Ich durfte ihre Zuversicht nicht total zerstören, das Ereignis aber auch nicht als harmlos darstellen. Dabei wusste ich, dass wir von einem fatalen Ausgang nicht weit entfernt sind. Aber ich durfte auch keinen falschen Optimismus wecken. Ich konnte und durfte ihr jetzt nicht sagen, dass nach aller Erkenntnis wenig Chance auf Genesung besteht. Ich durfte ihr aber mitteilen, dass sich der Blutdruck erholt und der Puls verbessert hat, dass die Blutungen aus Mund, Nase und Ohren im Augenblick beseitigt werden konnten, und die Frakturen schon operativ korrigiert sind. Ich musste ihr aber auch sagen, dass Julian noch beatmet werden muss, weil er spontan nicht atmen kann.

Vorsorglich forschte ich nach ihrer religiösen Haltung, um für weitere Gespräche, die noch hart werden könnten, gewappnet zu sein.

Langjährige Erfahrungen hatten mir gezeigt, dass in fatalen Situationen die meisten Patienten nur mit religiös orientierten Gesprächen getröstet werden konnten, besonders in Situationen, wo keine Hilfe mehr möglich war. Jetzt brauchen die meisten Menschen eine Stütze, die nur der religiös orientierte Trost, der auf ein Weiterleben nach dem Tod hinweisen kann, geben kann.

Die meisten Menschen sind heute aus Bequemlichkeit, aus Leichtfertigkeit, aus Oberflächlichkeit noch nie mit dem Gedanken an ihre Vergänglichkeit konfrontiert worden. Die Frage nach dem Glauben hat sich für die meisten Menschen noch nie gestellt.

Selbst die meisten überzeugten Atheisten, die sich mit der Frage nach dem Glauben, der Vergänglichkeit, der Existenz eines Gottes und der Ewigkeit befasst haben, sind in solchen fatalen Situationen, die einen Tod vermuten lassen, für religiös orientierte Gespräche offen. Auch sie können sich nicht mit dem Gedanken zufrieden geben, dass ihre Existenz durch den Tod ausgelöscht werden soll.

Die Reaktionen der Menschen sind in solchen Situationen unschlüssig. Es gibt Menschen die können stoisch in den Tod gehen. Andere sind im Sterben verzweifelt und benötigen Hilfe. Ich erlebte Atheisten, die in den letzten Minuten ihres Lebens die Hände zum Gebet falteten. Andere fluchten und machten (den für sie doch gar nicht existierenden Gott) für ihr Schicksal verantwortlich. In ähnlicher Weise verhalten sich auch Agnostiker im Sterben angesichts der Ausweglosigkeit auf Heilung einer Krankheit.

Julians Mutter ließ erkennen, dass sie „ungläubig“ ist, „nicht an Gott und eine Auferstehung glaubt“, jedoch den Tod ihres Sohnes im Blick auf die Existenzlosigkeit nach dem Sterben nicht ertragen könnte, sondern verzweifeln müsste.

Trotzdem schlug sie mein Angebot, mit dem Klinikpfarrer oder einer Psychologin zu sprechen, aus.

Julian erholte sich in den folgenden 24 Stunden nicht. Puls, Blutdruck, Urinausscheidung verschlechterten sich wieder, das Gehirn schwoll weiter an, das

Ödem der Netzhaut und Punktblutungen wiesen auf eine schlechte Prognose hin.

Neurochirurgen maßen den Hirndruck mit einer Sonde und diagnostizierten einen <malignen Hirndruck>, ein Phänomen, aus dem es in der Regel keinen Ausweg mehr gibt.

Unter Ärzten und Schwestern kam es zu einer kontroversen, teilweise sehr emotional geführten Diskussion über die Frage, ob und wann die Beatmung angesichts der wahrscheinlich infausten Prognose beendet werden soll, zumal kein weiterer Beatmungsplatz mehr vorhanden war. Zudem mussten zwei geplante Operationen verschoben werden, weil die Patienten postoperativ beatmungspflichtig waren. Das Wort <Improvisation> konnten die Schwestern und Pfleger der Intensivstation nicht mehr <hören>. Es wurde über das Recht der <Priorisierung> und die Notwendigkeit der <Rationierung>, des <Therapieabbruchs> gestritten und die unterschiedliche Auffassung über die <infauste Prognose> debattiert. Ein Konsens konnte jedoch nicht gefunden werden, weil ethische Fragen und Begründungen im Dilemma der unterschiedlichen

weltanschaulichen und religiösen Ausgangsbasis stecken blieben.

Solche Fragen werden immer subjektiv beantwortet, eine objektive Sichtweise ist gar nicht möglich und in einer heterogenen Gesellschaft können sie auch nicht demokratisch vereinheitlicht werden.

Julian starb nach 2 Tagen ohne auch nur eine winzige Spur eines zurückkehrenden Bewusstseins erkennen zu lassen. Sein EEG zeigte schon eine Stunde vor dem biologisch endgültigen Tod eine <Null-Linie> an.

Die Gespräche mit der Mutter kurz vor und kurz nach seinem Sterben waren von abgrundtiefer Verzweiflung gekennzeichnet. Obwohl nicht gläubig machte sie Gott für den „gnadenlosen Tod“ verantwortlich.

Trost konnte ich dieser Frau jetzt nicht geben, aber ich konnte Blitzableiter für ihre verletzte Seele sein. Ich konnte ihr die Plattform für ihre Anklagen sein, und vor allem das Gefühl geben, dass sie jetzt nicht allein leiden muss.

Nachdem ihre erste zornige Tirade versiegt und für eine Weile Stille eingetreten war, in der ihre Tränen fließen durften, fragte sie unerwartet: „Was ist denn der Tod“?

Diese Frage verwirrte mich. Und ich konnte ihr nicht spontan antworten. Julians Mutter spürte offensichtlich meine Hilflosigkeit. Sie fragte, ob ein Mensch den Tod noch spüren kann, ob er im Tod noch Schmerzen leiden muss, ob er sein Ende bewusst erfahren kann.

Als ich mich wieder gefasst hatte erklärte ich ihr, dass <Tod> unterschiedlich definiert wird: Man spricht biologisch vom Tod, wenn die Funktionen des Lebens versiegt sind, wenn der Leib unweigerlich und unumkehrbar dem Anorganischen zugeführt wird. Theologisch wird <Tod> als die Rückkehr des Menschen in die Hände dessen definiert, der ihn geschaffen und mit Hilfe von Eltern ins irdische Leben geführt hat. Dieser Schöpfer von Menschen, will ihn als Mensch (erleben), aber auch die Herrschaft über sein Leben haben, was den Tod einschließt.

Philosophisch wird <Tod> unterschiedlich definiert, je nach dem <Geschmack> des Philosophen. Man denke nur an die Erklärungen der Existentialphilosophen, die ihre Auffassungen sehr subjektiv darstellen. Ich wies mit dieser Aussage auf Jean-Paul-Sartre und Simone de Beauvoir hin.

Die vernünftigste Definition bieten Platon und der vorösterliche Jesus Christus an. Platon trennt den Menschen dual in einen Körper und eine Seele und spricht davon, dass im Tod die „zeitweilig im Körper eingekerkerte Seele“ wieder aus dem Leib des Menschen in die <Unsterblichkeit> zurückkehren darf.

Jesus und das Christentum heben den Dualismus Platons jedoch auf und sprechen von der <Verwandlung> des (ganzen) Menschen im Tod, so wie Jesus Christus nach seinem Tod am Kreuz „verklärt“ auferstanden ist.

Ich zitierte am Ende dieses Gesprächs über das Wesen des Todes noch den Trost der Teresa von Lisieux, die ihren Mitmenschen als Sterbende in ihrem 24. Lebensjahr sagte: „Je ne meurs pas, j`entre la vie“.

Ich war verwundert, denn diese Frau hörte mir die ganze Zeit aufmerksam zu.

Nach einer Pause fragte sie mich: „Fürchtete sich Julian, der alleine, ohne mich, sterben musste“? Nun bemühte ich Epikur, sagte ihr aber vorweg, dass ich nicht abschätzen kann, ob seine Aussage ihr helfen kann. Sie wollte aber Epikurs Definition trotzdem hören.

Epikur sagte: „Der Tod ist für uns ein Nichts. Solange wir leben, ist er nicht da, und wenn er da ist, dann leben wir nicht mehr“.

Nun sagte die Mutter des verstorbenen Julian: „Am besten gefällt mir, was Platon geschrieben hat“. Seine Aussage war ihr Trost.

Ich wunderte mich, denn vor wenigen Tagen hatte sie mir noch gesagt, dass sie nicht religiös ist.

Offensichtlich war ihr der Hinweis auf ein Weiterleben nach dem Tod Trost, denn sie sagte, als sie sich von mir verabschiedete: „Julian ist zwar gestorben, aber er lebt weiter und ich werde ihn nach meinem eigenen Tod hoffentlich wieder sehen“.

Drei Tage nach Julians Beerdigung wurde ich informiert, dass sich seine Mutter das Leben genommen hat.

Sie hinterließ zuhause einen kurzen Brief, in dem sie darum bat, in Julians Grab beerdigt zu werden.

Ende.

Die Gewalt der unbeherrschten Triebe

Ron war vier Jahre alt, als er an einem frühen Abend von seiner Mutter und einem jungen Mann, den sie als ihren Lebenspartner vorstellte, in die Klinik gebracht wurde. Der kräftig gebaute, muskulöse, große Mann mit vollem schwarzem Haar und einem Oberlippenbärtchen berichtete theatralisch, dass er Ron im Garten neben einem schmiedeeisernen Zaun weinend und schreiend gefunden habe. Als er ihn ins Haus gebracht habe, habe er bemerkt, dass seine Hose zerrissen und durchgeblutet ist. Die Mutter bestätigte seinen Bericht nachdrücklich.

Die erste Untersuchung ergab eine Blutung aus einem zerrissenen After. Unter der Diagnose einer Pfählungsverletzung wurde Ron in den Op gebracht, damit in Narkose eine gründliche Untersuchung möglich wurde. Sie ergab eine sternförmige Zerreißung des Anl rings einen fast komplett zerrissenen Abriss des Enddarms am Übergang des Enddarms in das Aftersegment, einen sieben Zentimeter langen Längsriss im Enddarm mit zerfetzten Rändern und einer Perforation des Bauchfells im Douglas`schen Raum. Erd-, Textil- und Rostspuren, auf die bei der Untersuchung geachtet wurde, waren nicht nachweisbar.

Die Verletzungen machten die Anlage eines Kunstafters aus drei Gründen notwendig: (1.) Der verletzte Darm und die Bauchhöhle waren stuhlverschmiert, also musste mit einer Infektion gerechnet werden. (2.) Die stark zerfetzte Darmwand konnte nur adaptierend vernäht werden, die Wiederherstellung der Darmwandkontinuität war nicht möglich. (3.) Die zerfetzten Schließmuskeln konnten zwar rekonstruiert werden, durften nun aber keiner Infektion ausgesetzt werden.

Nach einer dreistündigen Operation hatten wir einen Quercolonkünstafter angelegt, die Bauchhöhle gereinigt und desinfiziert, Wände der zerrissenen Darmsegmente vernäht, die Schließmuskeln Faser für Faser adaptierend vernäht und die Haut des Afters wieder mit der Schleimhaut der Schließmuskeletage verbunden. Außerdem wurde ein suprapubischer Katheter in die Harnblase eingelegt, um die Pflege des Operationsgebietes zu erleichtern.

Das Gespräch mit der Mutter und ihrem Lebenspartner war sehr kurz, denn beide drängten mit einem Vorwand, rasch nach Hause zu kommen.

Am Abend des folgenden Tages kam nur die Mutter zu einem Besuch. Ron war auffallend zurückhaltend, wenn die Mutter ihn lieblosen oder in den Arm nehmen wollte. Er freute sich auch nicht über ein Stoffbärchen und Süßigkeiten, die sie ihm mitbrachte. Der Abschied sei von beiden Seiten <emotionslos> gewesen, berichtete die Zimmerschwester. Als die Mutter gegangen war, versteckte sich Ron in den Kissen und weinte.

Am vierten Tag erschien schon morgens der Lebenspartner. Er brachte ein überdimensionales Stofftier mit. Und als er mit einer Schwester ins Zimmer trat, versteckte sich Ron unter seinen Kissen, sodass sich der Lebenspartner fluchtartig verabschiedete.

Dieser Vorfall machte die Schwestern hellhörig. Sie beobachteten jetzt, wie sich Ron gegenüber Männern einerseits und Frauen andererseits verhält. Bald kamen sie zum Ergebnis, dass Ron Männer, beispielsweise Pfleger und Väter anderer Kinder, ablehnt, gegenüber Schwestern und Müttern der anderen Kinder jedoch keine Abneigung zeigt. Mit meinen männlichen Assistenten und weiblichen Assistentinnen kam es zum selben geteilten Ergebnis.

Als der Kunstafter bei Jon durchtrennt werden musste nahmen ihn zwei Assistenten sediert in den Op. Schon auf dem Weg dorthin versteckte sich Ron unter sein Kissen. Und als sie ihn im Op aus dem Bett nehmen wollten schlug er um sich und schrie. Die Schwestern wechselten nun die männlichen Assistenten gegen weibliche

Assistentinnen aus. Diesen Wechsel akzeptierte er.

Die beiden Assistenten berichteten mir die Verweigerung und äußerten den Verdacht, dass Ron missbraucht worden ist. Ich machte die Probe aufs Exempel und ging ohne Begleitung in Rons Zimmer. Es geschah aber nichts, ich durfte sogar den Stoffbär aufheben und ihm geben, der ihm auf den Boden gefallen war. Wir deuteten diesen Unterschied mit der Erklärung, dass Ron schon einmal wegen einer oberflächlichen Stichverletzung mit seiner Mutter in meiner Behandlung war, mich also kannte.

Nach diesem Erlebnis mit den beiden Assistenten, die seinen Kunstafter nicht durchtrennen durften, tauchte Ron nur noch selten aus seinem Versteck unter den Kissen auf.

Die Ablehnung von Männern war nun Anlass, mit der Mutter nochmals ein Gespräch zu führen. Eine Schwester, eine Ärztin und ich führten mit ihr ein Gespräch. Rons Mutter berichtete uns wieder, dass Ron sich an einem Gartenzaun verletzt habe. Als wir sie , befragten und sie bei ihrer Geschichte blieb, <platze einer Schwester der Kragen>. Sie

schrie die Frau an: „Das kann doch alles gar nicht wahr sein, selbst wenn Ron am Gartenzaun geklettert und abgestürzt wäre, hätte er diese Verletzungen nicht bekommen können“. „Erzählen Sie uns doch keine Märchen, sonst hole ich die Polizei“. Als sie nun nochmals anfang, uns die selbe Geschichte zu erzählen, machte ich sie auf Widersprüche in ihrer Geschichte aufmerksam und bat sie darum, uns nun endlich die Wahrheit zu sagen.

Sie brauchte lange, bis sie das Wort ergriff: „Aber nur, wenn sie keine Polizei einschalten“. Nun sagte die Schwester streitsüchtig: „Über die Polizei reden wir erst, wenn sie uns die wahre Geschichte erzählt haben, und vorher kommen sie hier nicht mehr heraus“.

Statt zu antworten, brach Rons Mutter in Tränen aus. Es dauerte nun eine Weile bis sie in Richtung der Schwester flüsterte: „Ich glaube, dass Tony es getan hat“. Wir schwiegen und warteten auf weitere Informationen. Aber, sie blieb stumm. Eine Schwester fragte sie, ob sie damals nicht zu Hause war. Jetzt kam die ganze Geschichte ans Licht. Sie berichtete, dass ihr

Lebenspartner seit langer Zeit arbeitslos ist, sie jedoch eine Stelle in einer Brauerei habe. Sie sagte: „Tony regelt die Einkäufe und organisiert den Haushalt, versorgt auch liebevoll Ron. Die Beiden sind richtige Freunde geworden“. Sie berichtete uns auch, dass Tony nicht Rons Vater ist, sie erst seit knapp einem Jahr mit Tony zusammenlebt. Tony sei aber ein guter Vater. Vorwurfsvoll sagte sie noch, dass sie gar nicht arbeiten könnte, wenn sie Tony nicht bei sich hätte.

Dann griff sie den Hinweis auf die Polizei wieder auf. Sie sagte: „Ich gebe Tony keine Schuld, ich glaube er ist aus Liebe zu Ron einfach „ausgerastet“. Bitte lassen sie die Polizei aus dem Spiel. Ich schwöre, das wird nie wieder vorkommen“.

Nun bat sie, endlich gehen zu dürfen.

In den nächsten Tagen bekam Ron keinen Besuch.

Ron versteckte sich immer öfters unter seinen Kissen, aß wenig, trank kaum, hatte keinen Kontakt zu den anderen Patienten im Zimmer, weigerte sich ins Spielzimmer geschoben zu werden. Alle Schwestern, wir

Ärzte, die Kindergärtnerin, ein aus der Kinderpsychiatrie gerufener Psychiater und die Psychologin scheiterten. Ron hatte sich in seine Kissen <verabschiedet>.

Der einzige Mensch, der zu Rons Seele Zugang hatte, war die Putzfrau. Wenn sie ins Zimmer kam, verließ Ron sein Versteck, mit ihr sprach er, sie durfte ihn waschen, einkremen, von ihr nahm er die Antibiotika.

Sie freundeten sich an. Schließlich wagte sie, ihn zu fragen, wer ihn denn „so krank gemacht hat“. Und er sagte ihr offen, dass es Tony war.

Nach diesem Geständnis baten wir die örtliche Polizei, mit Rons Mutter ein Gespräch zu führen. Die Polizei hatte Erfolg, Rons Mutter erschien in der Klinik, wo das Gespräch stattfinden sollte. Aber, sie berichtete der Polizei wieder die unwahre Geschichte, die wir von ihr schon kannten. Sie bat die Polizei, Tony in Ruhe zu lassen, sie selbst würde ihn ja auch nicht anzeigen. Sie schob den Grund für Tonys Tat „einem Sexualstau zu, der eingetreten sei, weil sie mit Tony wegen einer Scheidenentzündung keinen Sex mehr haben durfte. Außerdem, habe Tony Ron, der ihn liebte, gar nicht

schaden wollen. Am Ende sagte sie noch, dass Ron in Tony doch einen lieben Vater gefunden habe.

Am Tag danach kam Rons Mutter in die Klinik, um Ron „heraus zu holen“. Sie beschuldigte uns des Wortbruchs. Als ich mit ihr sprach, drohte sie mir mit Konsequenzen. Sie ging ins Zimmer und wollte Ron mitnehmen. Eine Schwester verhinderte ihr Vorhaben, wurde aber an die Wand gestoßen. Wir konnten das Vorhaben von Rons Mutter verhindern, hatten aber schon am Tag danach das Jugendamt im Haus. Die Leiterin des Jugendamts kam 2 Tage danach in die Klinik, „um sich ein Bild zu machen“. Meine Sekretärin und die Stationsschwester, die das weitere Vorgehen regeln mussten, mussten Formulare ausfüllen.

Ich war an diesem Tag nicht involviert, weil ich eine 5- stündige Prüfung von 5 Studenten abnehmen musste.

In der ganzen Zeit wurde Ron von der Putzfrau versorgt. Seine Mutter kam überhaupt nicht mehr auf Besuch. Allmählich und vermittelt durch die Putzfrau bekamen auch die Schwestern, die Kindegärtnerin und wir Ärzte Kontakt mit Ron.

Zwei Wochen später wurden wir vom Jugendamt informiert, dass Ron von einer Frau xy abgeholt wird, die in Zukunft (von Amtswegen) ihre Fürsorgerin und der Vormund sein werde.

Vier Wochen später mussten wir uns zu einem <Colondurchzug> entschließen, weil ein verletztes Darmsegment in 10 Zentimetern ab Ano stenotisch geworden war. Dieser etwa 10 cm lange Darmabschnitt musste zusammen mit dem Kunstafterssegment reseziert werden. Der simultan durchgeführte <Colondurchzug> stellte die Kontinuität des Dickdarmes wieder her. Eine später durchgeführte Nachuntersuchung zeigte einen funktionierenden Schließmuskel, sodass Ron <stuhlkontinent> war.

Vom (weiblichen) Vormund hörten wir, dass sie den Buben nach der Gerichtsverhandlung (wahrscheinlich) adoptieren werde.

Tony, der Lebenspartner, wurde zu 2 Jahren Gefängnis auf Bewährung und zu einer psychotherapeutischen Behandlung verurteilt. Beide psychologischen Gutachter waren zum Ergebnis gekommen, „dass die Tat bei Einhaltung der

psychotherapeutischen Betreuung „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ eine <Einzeltat> bleibt. Begründung : „Er hat aus falsch verstandener und falsch gesteuerter Liebe die Tat begangen“, stand im Urteil. Und das Urteil führte zudem aus: „Dass solche Taten oft rauschartig, plötzlich begangen werden. Und solche Affekt-Taten seien oft solitäre Ereignisse“ (Zitat nach dem Gutachten).

Tony und Frau B. wohnten noch eineinhalb Jahre zusammen. Dann trennten sie sich, weil er sie angeblich geschlagen hat.

Die Gutachten, auch wenn man sie nicht ohne Weiteres nachvollziehen kann, weisen darauf hin, dass Ron <das Opfer der Gewalt eines fehlgesteuerten Triebes> geworden ist.

Ende.

Die Gewalt der Gene

Als Almut 5 Monate alt war, wurde sie mit einer Gelbsucht in die Klinik eingewiesen. Die Diagnostik ließ rasch eine <Choledochuscyste> erkennen, die umgehend operiert werden musste.

Der Gallengang war nur eine mandarinengroße Cyste, hatte eine 8 mm dicke, stark vernarbte Wand, die fest mit der Umgebung verschweielt war. Sie drängte sich hinter den Kopf der Bauchspeicheldrüse und buckelte sie nach vorne vor. Besonders heftig war sie mit der Pfortader verwachsen. Trotz dieser Schwielen konnte sie sowohl von der Leber als auch vom Ausführungsgang der Bauchspeicheldrüse gelöst und in toto entfernen werden. Der Ductus hepaticus des Gallengangs wurde danach mit einer ausgeschalteten Dünndarmschlinge anastomosiert.

Nach der Operation besprach ich den seltsamen Befund und das Procedere der Operation mit der damals 23-jährigen Mutter. Als ich ihr erklären wollte, was eine Choledochuscyste ist, zog sie ihren Pullover

und ihre Bluse hoch, zeigte mir eine 5 cm große, quer über den Bauch verlaufende Narbe und sagte: „Vor 15 Jahren haben sie mich auch an einer Choledochuscyste operiert“.

Almut erholte sich nach der Operation rasch, wir konnten sie schon am 7. postoperativen Tag nach Hause entlassen. Die erste sonographische Kontrolle führte ich nach einem Vierteljahr durch, um eine Stenose an der Verbindung des Gallengangstumpfes mit dem Darm erkennen zu können. In den Lehrbüchern steht, dass diese Komplikation oft auftritt. Ich selbst musste sie, obwohl ich verhältnismäßig viele Operationen am Gallengang durchführte, (zum Glück) nie erleben. Wichtig bei dieser Operation ist es, die Schleimhaut des Gallengangsstumpfes an der Leber und des anastomosierten Darmes <Stoß-auf Stoß> zu vernähen. Es darf keine Lücke in der Schleimhaut zurückbleiben. Die Schleimhaut der beiden miteinander verbundenen Strukturen (= Gallengangsstumpf und Darm) müssen die entstehende Röhre wie eine Tapete auskleiden.

Eine zweite sonographische Kontrolle wurde ein Jahr später durchgeführt.

Die gefürchtete Stenose trat aber nicht auf. Als ich sie in ihrem 21. Lebensjahr im Rahmen einer wissenschaftlichen Langzeitstudie wieder sonographisch untersuchte, stellte ich in der Leber mehrere linsengroße Zystchen fest. Da ich gleichzeitig auch die beiden Nieren (unter die Lupe genommen hatte) fand ich solche Zystchen auch in beiden Nieren.

Es bestand kein Zweifel, Almut hatte eine <polycystische Nierendegeneration>. Die Sonografie der Bauchspeicheldrüse wies auch solche kleinen Zystchen im Pankreas nach.

Nach dieser Sonografie suchten wir alle bisher schon angefertigten Bilder von Almut und ihrer Mutter zusammen. Auf keinem dieser Bilder waren cystische Veränderungen zu erkennen. Allerdings lag die letzte sonographische Kontrolle bei Almut 10 Jahre zurück und bei der Mutter wurde damals noch keine Sonografie durchgeführt, weil es noch keine Sonografiegeräte gab.

Das Gespräch, in dem ich Almut den Befund, die Konsequenzen und Prognose mitteilen

musste, war schwierig, weil sie eine erste Schwangerschaft geplant hatte. Von diesem Vorhaben war sie nur schwer abzubringen.

Ich musste ihr auch schonend, ohne Illusionen zu wecken, mitteilen, dass ihre Krankheit <die adulte Form der polycystischen> Nierendegeneration ist, die autosomal vererbt wird. Zum Verständnis musste ich ihr die Worte <adult> und <autosomal> erklären. Ich sagte ihr, dass <adult> (=erwachsen) nicht ganz richtig ist, weil sich die ersten Veränderungen manchmal schon im Kindesalter entwickeln, aber keine Symptome machen.

Ich konnte Almut, die offensichtlich in ein tiefes Loch gefallen war, ein bisschen beruhigen, als ich ihr sagte, dass die Symptome sich erst im späten Erwachsenenalter entwickeln, ihre Leber und ihre Nieren jetzt aber nicht betroffen sind.

Da sie nicht nach den Folgen fragte, sagte ich ihr jetzt auch noch nicht, dass im späten Alter eine Niereninsuffizienz auftritt.

Ich musste sie aber darauf aufmerksam machen, dass ihr Blutdruck ansteigen wird, der jetzt schon behandlungsbedürftig ist.

Almut hatte keine Fragen.

Deshalb beendete ich das Gespräch mit der Ausarbeitung eines Plans für weitere Termine zur Kontrolle der Befunde.

Die endgültigen Konsequenzen, auch den Hinweis auf die Probleme einer Organtransplantation wollte ich ihr jetzt nicht mitteilen.

Unmissverständlich erklärte ich ihr nur nochmals meinen Hinweis, ihren Plan, eine Schwangerschaft ins Auge zu fassen, nicht zu verwirklichen, weil ihre Nieren unter einer Schwangerschaft schwer leiden müssten und sie außerdem das geschädigte Gen einem Kind vererben könnte.

Obwohl ich ihr während unseres Gesprächs viele Möglichkeiten bot, Fragen zu stellen, stellte sie keine einzige Frage.

Am Ende unseres langen Gesprächs erkundigte ich mich nach der Gesundheit ihrer Mutter, die inzwischen schon 45 Jahre alt war. Sie konnte mir berichten, dass ihre Mutter bis auf einen erhöhten Blutdruck „kerngesund“ ist. Ich empfahl ihr, ihre Mutter trotzdem in einem halben Jahr auch zur Sonografie mitzubringen.

Almut, sehr gewissenhaft im Umgang mit ihrer vererbten Krankheit, vermied eine Schwangerschaft und heiratete auch nicht. Als sie ein halbes Jahr später zur Kontrolluntersuchung kam, brachte sie ihre Mutter mit. Almut's Befunde waren <stationär> geblieben. Bei ihrer Mutter konnten keine Krankheitszeichen nachgewiesen werden, sie war offensichtlich gesund.

Es war beeindruckend, wie sich Almut darüber freute. Im Blick auf ihre eigene Situation stellte sie weder Fragen, noch kommentierte sie ihre Befunde. Ich hatte allerdings den Eindruck, dass sie ihre Befunde stoisch akzeptierte. Sie verabschiedete sich mit den Worten: „Dann komme ich eben in einem Jahr wieder“.

Als auch nach einem Jahr keine Veränderungen aufgetreten waren, streckten wir die Untersuchungsintervalle auf 2 Jahre.

Almut konnte mit ihrer Krankheit (wie sie selbst sagte) gut umgehen. Sie arbeitete in ihrem Beruf als Goldschmiedin weiter, und schenkte ihrem Körper (wie die Mutter berichtete) nur mäßige Aufmerksamkeit.

Von einer Reise nach Südafrika kam sie krank zurück. Sie hatte eine Hepatitis A <eingefangen>, klagte aber auch über Rückenschmerzen und Darmkoliken. Deshalb stellte sie sich frühzeitig bei uns vor. Damals war sie 30 Jahre alt. Ihre Mutter war 1 Jahr zuvor an einer Pneumokokken bedingten Lungenentzündung gestorben.

Jetzt war die polycystische Degeneration der Nieren fortgeschritten, sonografisch waren nur noch wenige Parenchyminseln darstellbar. Die zystischen Veränderungen der Leber und der Bauchspeicheldrüse hatten sich dagegen nicht verändert.

Ihr Blutdruck betrug 190:110 mm Hg, die harnpflichtigen Substanzen im Urin waren deutlich angestiegen, das Serumkalium war erschreckend hoch.

Innerhalb von zwei Jahren war diese Verschlechterung der Werte eingetreten.

Nachdem der Blutdruck medikamentös gesenkt und der Kaliumspiegel normalisiert worden war wurde mit Almut die Notwendigkeit einer Dialyse besprochen.

Almut lehnte ab.

Drei Wochen später wurde sie benommen, aber noch nicht komatös, in unsere Klinik <eingeliefert>. Sie war jetzt azetonämisch und urämisch, hatte eine Hyperkaliämie, jedoch unter dem Einfluss der Medikamente keine Hypertonie mehr. Die Nieren konnten beidseits als große, pralle Konglomerate getastet werden. Der Urin war blutig.

Nachdem Almut mit Mühe aus der Urämie und Hyperkaliämie herausgeholt werden konnte, wurde ihr nochmals die unumgängliche Notwendigkeit der Dialyse nahegelegt.

Dieses Mal stimmte Almut dem Verfahren zu. Sie sagte, als ich mit ihr darüber sprach: „Ich weiß, dass mein Leben nur noch an einem dünnen Faden hängt“. Sie wurde in ein Dialyseprogramm aufgenommen und regelmäßig dialysiert. Nach fast einem Jahr wurde ihr eine Nierentransplantation vorgeschlagen, aber Almut lehnte mit dem Hinweis ab, dass ihre vererbte Krankheit auch ein Transplantat befallen kann. Sie konnte ihre Arbeit mit den Terminen zur Dialyse vereinbaren und ihr Arbeitgeber hatte keine Einwände gegen eine weitere Beschäftigung.

Im 36. Lebensjahr wurde sie von einer Arbeitskollegin, mit der sie im selben Haus zusammenwohnte, bewusstlos in ihrem Bett vorgefunden. Sie hatte schon am Abend zuvor über Kopfschmerzen und Schwindel geklagt. Die Symptome wurden als <hypertensive Krise> interpretiert, weil der Blutdruck 190 zu 100 mm Hg betrug.

Trotz Blutdrucksenkung mit anschließender Dialyse kehrte das Bewusstsein nicht zurück. Am Ende der Dialyse bemerkte die betreuende Schwester, dass Almut nicht mehr atmete. Alle Reanimationsversuche blieben erfolglos.

Almut war tot.

Die behandelnden Ärzte der Dialysestation erklärten den Tod als Folge einer <hypertensiven Krise>, und einer <arrhythmischen Linksherzinsuffizienz>.

Dieser Hinweis erinnerte mich an einen Artikel, den ich in einer Fachzeitschrift gelesen hatte, der berichtete, dass Aneurysmen bei Menschen mit einer polyzystischen Nierendegeneration im Gehirn eine Aneurysma-Ruptur erleiden können, die zum Tod führen kann. Ich äußerte diesen Verdacht als ich in der Dialysestation war.

Der Leiter der Dialysestation fordert nun eine Obduktion der Patientin.

Da Almut keine näheren Angehörigen hatte, stimmten ihre Freunde und Freundinnen einer partiellen Sektion des Gehirns zu.

Der Pathologe war von dieser Einschränkung der Obduktion zwar nicht begeistert, jedoch stimmte er nach einem Gespräch mit mir, zu.

Er konnte bei der Obduktion des Gehirns rupturierte Aneurysmen darstellen. Ein Aneurysma befand sich in der Wernicke-Region, die Teil der Sprachbildung ist

Diese Aneurysma war rupturiert und hatte ein ausgedehntes Hämatom hinterlassen. Zudem bestand im linken Ventrikel des Gehirns eine massive Ventrikelblutung.

Almut starb demnach an den Folgen von Gehirnblutungen. Sie sind die Folge autosomal vererbter Gene, die vorwiegend im Gehirn die Bildung von Aneurysmen anregen.

Die Gewalt der Gene hatte letzten Endes dazu geführt, dass Almut schon in ihrem 36. Lebensjahr sterben musste.

End

Die Gewalt des Glaubens und des Trostes

Als ich noch junger Assistenzarzt war und wenig Erfahrung im Umgang mit schwerkranken Patienten hatte, wurde ich mit einem Erlebnis konfrontiert, das mir nicht mehr aus dem Kopf geht.

Frau Helga K. war eine 59-jährige Patientin mit einem <Desmoidtumor> der Bauchdecke, der in breiter Front tief in beide Leberhälften und die Magenvorderwand eingewachsen war. Außerdem hatte sie 18 Jahre zuvor den gesamten Dickdarm wegen einer <Polyposis coli et recti> verloren. Diese hereditäre Erkrankung der Dickdarmschleimhaut, die durch zahlreiche Rasen kleiner Polypen gekennzeichnet ist, stellt eine <Präcancerose> dar, die vor dem 35. Lebensjahr durch die Resektion des gesamten Dickdarms behandelt werden sollte, weil danach meistens bösartige Dickdarmtumoren auftreten können.

Beide Tumore, das Bauchdeckendesmoid und die entartete Polyposis coli et recti

gehören pathogenetisch zusammen. Die Desmoide, die zu den Fibromatosen gehören, sind primär benigne Weichteilgeschwülste, mit einem hohen Gehalt an kollagenen Fasern und Bindegewebszellen. Sie werden im klinischen Jargon als <semimaligne Tumore> bezeichnet: Sie metastasieren zwar nicht, wachsen aber breit destruierend in Nachbarorgane ein. Wenn sie bei einer Operation angeschnitten und nicht vollständig entfernt werden, dann wachsen sie explosionsartig weiter. Wir sprechen dann von einer <Exacerbation>.

Nach der Entfernung des ganzen Dickdarms im Kantonspital Zürich lebte sie 17 Jahre lang mit einem Dünndarmkunstaft. Von einem Anschluss des Dünndarms an den After war ihr mehrmals abgeraten worden. Die meisten Patienten, mit einer solchen <Durchzugsooperation> werden im Analbereich unerträglich wund, die Haut zwischen den Beinen <exematisiert> (= bekommt Geschwüre). Der aus einem <Neo-Anus> austretende Dünndarmsaft enthält beim Fehlen des Dickdarms noch Galle und Pankreasenzyme, welche <blankliegende> Haut andauern können. Es ist die Aufgabe der

Dickdarmschleimhaut Galle und Pankreasenzyme funktionsunfähig zu machen. Wenn Dickdarmschleimhaut fehlt verdauen sie rücksichtslos (=aggressiv) Haut. Außerdem werden die meisten Patienten inkontinent. Die Empfehlung aus Zürich hatte also schon ihren Sinn. Der Prof. Largiadier hatte Erfahrung.

Vor eineinhalb Jahren spürte sie nun zum ersten Mal beim Bücken Schmerzen in der Bauchdecke. Als die Schmerzen persistierten und stärker wurden, konsultierte sie ihren Hausarzt.

Er sah und tastete oberhalb der Kunstafterrosette einen mandarinengroßen Bauchwandbruch, den sie aber nicht operieren lassen wollte.

Ein Vierteljahr später tastete sie dann selbst zwischen dem Bruch und dem Nabel einen Knoten im rechten Bauch. Als die Gartenarbeit im Herbst beendet, der Knoten auch größer geworden, und Krämpfe im Bauch auftraten besuchte sie ihren Hausarzt wieder. Er konnte den Befund nicht eindeutig deuten und vermutete ein „verhärtetes Hämatom“.

Der Chirurg in einem Krankenhaus der Schweiz entschloss sich zur Operation. Er stieß schon, als er die Hautincision durchgeführte hatte, auf „hartes, fibröses Gewebe“, das sich bis in die Mittellinie des Bauches und die rechten Rippen ausbreitete.

Er brach die Operation ab und verschloss die Wunde.

In einem Gespräch wurde vereinbart, dass die Patientin in unserer Klinik operiert werden soll, weil die Schwester der Patientin in Tübingen wohnte.

In einem Telefonat, das unser Oberarzt führte sagte er die Übernahme der Patientin zu.

Zufällig beschäftigte ich mich damals mit einer Arbeit des amerikanischen Pathologen Stout, der desmoide Tumore und Fibromatosen von einander abgrenzte. Er beschrieb zum ersten Mal maligne Fibrosarkome. Dieser Bericht beeindruckte mich, weil aus ihm hervorging, dass manche Weichteiltumore bisher fälschlicherweise unter der Diagnose einer (gutartigen) Fibromatose registriert worden waren, jedoch histologisch Merkmale eines bösartigen Tumors hatten.

In der Nachmittagsbesprechung berichtete unser Oberarzt von seinem Telefonat und fragte ins Auditorium, ob jemand aus den berichteten Merkmalen des Tumors eine Diagnose stellen kann.

Ich konnte mit meinem angelesenen Wissen Stout anführen, der sich mit desmoiden Tumoren, Fibromatosen und Fibrosarkomen beschäftigt. Ich äußerte den Verdacht auf ein <Fibrosarkom>.

Unmittelbar nach der Besprechung telefonierte unser Oberarzt in meiner Anwesenheit mit dem Chirurgen aus der Schweiz, ob er auch eine Gewebprobe entnommen hat. Er bat ihn, das Präparat in die Tübinger Pathologie zu schicken.

Das Präparat wurde uns schon am nächsten Tag gebracht und ich musste Stouts Schrift besorgen. Unser Pathologe beschäftigte sich dann mit Stouts Schrift, untersuchte das Präparat nach den Kriterien, die Stout beschrieb, und stellte die Diagnose: „Sonderform eines juvenilen Desmoids mit untypischen malignen Zellnestern“.

„Sie haben uns diese Sache eingebrockt, nun übernehmen sie auch die Patientin“ sagte der Oberarzt.

Die Patientin wurde am selben Tag noch in unsere Klinik verlegt und 2 Tage später operiert.

Der Oberarzt führte eine Laparotomie durch musste jedoch nach 2 Stunden wegen <Inoperabilität> aufgeben. Die Laune des enttäuschten Oberarztes musste ich aushalten.

Nach der Operation, die unseren cholerischen Oberarzt wieder einmal auf die <Palme> gebracht hatte, musste ich mit der Patientin den Verlauf der misslungenen Operation besprechen.

Ich setzte mich scheu ans Bett der Patientin und suchte nach angemessenen Worten.

Die Frau hatte meine Scheu bemerkt und sagte: „Junger Mann, reden sie nicht lange um den heißen Bei herum, sondern sagen sie mir doch einfach, dass man nichts mehr machen kann“. Dann nahm sie meine Hand in ihre Hand und ließ sich geduldig den Verlauf der Operation und die malige Art des Tumors beschreiben.

Ich musste ihr berichten, dass der Tumor in die Leber und die Magenwand sowie die Bauchspeicheldrüse und das Zwerchfell

eingewachsen ist, also nicht mehr operabel ist.

Frau T. hatte trotz ihres Schicksals noch Interesse an der Tumorart. Ich erklärte ihr also, was ein Desmoid ist, wie es mit der Polyposis coli et recti pathogenetisch zusammengehört, was die Zeichen der Malignität sind.

Als sie spürte, dass ich sie trösten will, sagte sie: „Junger Mann, ich brauche keinen Trost. Gehen sie doch wieder an ihre Arbeit, andere Patienten brauchen sie vielleicht“.

Ihr Schicksal ließ mich nicht zur Ruhe kommen. Als die Arbeit auf der Station an den Nachtdiensthabenden Arzt übergeben worden war, besuchte ich Frau T. wieder. Ich fragte sie ohne zu zögern, ob sie religiös ist. „Junger Mann“, sagte sie wieder, „jeder Mensch ist auf irgend einer Art religiös und ich bin überzeugt, dass alle Menschen von Gott nach ihrem Tod angenommen werden, die Religiösen, die Agnostiker, die Atheisten. Er wird zu seinem Versprechen, das uns Jesus verkündete, stehen und jeden von uns früher oder später als Söhne oder Töchter zurücknehmen“.

„Ist das ihr Trost“, fragte ich, und „trägt er auch“.

„Ja“ sagte sie gefasst, „das ist mein Trost, aber lassen sie mich jetzt in Ruhe, ich brauche die Zeit, um mit meinem Gott zu sprechen“.

Als ich mich zum Gehen anschickte, fügte sie noch hinzu: „Herr Doktor, ich wäre ihnen sehr dankbar, wenn sie mir noch eine Spritze gegen die Schmerzen geben würden“.

Ich ließ ihr eine Infusion mit Dipidolor anfertigen, die ich ihr selbst an die liegende Vene anschloss.

Bevor ich das Zimmer verließ, sagte sie noch: „Ich werde ihnen alles aufschreiben, was ich jetzt denke und was mir Trost gibt, auch wenn sie Zweifel an Gottes Trost haben“.

Am fünften Tag nach der Operation drückte sie mir während der Visite einen dicken Brief in die Hand.

Sie schrieb:

Lieber Doktor,

sie haben sich rührend um mich bemüht. Noch nie fragte mich ein Mensch ernsthaft, ob ich religiös sei. Ich spürte, dass sie mir mit

dieser Frage Trost geben wollten und ich sagte, dass ich ihren Trost gar nicht brauche. Ich werde ihnen jetzt mitteilen, was mir Sicherheit und Trost gibt.

Uns Menschen fehlen zwar Aufzeichnungen aus der Hand Jesu, aber wir wissen viel über ihn, seine Verkündigung und sein Sendungsbewusstsein aus den Evangelien und Paulusbriefen, die Glaubenserzeugnisse sind. Alle vier Evangelien enthalten zwar viel Sekundäres, Überflüssiges, später durch Übersetzungsfehler Hinzugekommenes. Wir müssen uns die Legenden, und Wundergeschichten und alles, was später durch griechische, lateinische und lutherische Übersetzungen hinzu kam wegdenken, nur den wahren Kern bedenken. Dann bleibt das <ureigene> Wort Jesu, die <ipissima vox Jesu>. Sie sagt uns, was Jesus über Gott und unser Schicksal nach dem Tod verkündet, was Jesus zu seinen Lebzeiten, nicht erst nach seinem Tod, bei der Begegnung mit seinen Aposteln ausdrückte.

Wir hören in seinen ureigenen Worten die vorösterliche Verkündigung. Und wir hören in dieser nachösterlichen Verkündigung nochmals seine Aussagen, aber nur im

Rückverweis auf die vorösterlichen Aussagen, auf das, was er vorösterlich sagte.

Er sagte seine Worte in einer historisch definierbaren Zeit, an einem historisch definierbaren Ort. Was die Evangelisten viel später beschrieben, ist nur die christologische, oder paulinische Deutung der Worte Jesu. Beim genauen Hinhören finden wir, dass Paulus in seiner Verkündigung immer auf den historischen Jesus hinweist, ihn also als historische Person bezeugt. Die vorösterliche und nachösterliche Verkündigung widerspricht sich nicht, sie ist widerspruchlos, einstimmig, auf Jesu <ipsissima vox> verweisend. Wir können die Verkündigung daher als Dokument verstehen.

Außerdem können erste Studien der aramäischen und galiläischen Schriften in der Sprache, die Jesus in einer historischen Zeit und an einem historischen Ort sprach, <die ipsissima vox Jesu> als mündliches Dokument verstehen.

Was aber verkündete Jesus uns Menschen, fragen Agnostiker, Menschen anderer Couleur und manchmal auch Atheisten.

Erstens: Er verkündete, dass Gott in ihm (= in Jesus) ist.

(Wir können diesen Satz mit unserem eingeschränkten Verstand zwar nicht verstehen, aber wenn wir sicher sind, dass Jesus von Gott gesandt wurde, auf Jesus bezogen (logisch) glauben).

Zweitens: Er verkündet, dass Gott in ihm die Menschen versöhnen wird.

(Wir müssen also annehmen, dass sich die Menschheit vor Gott versündigte. Wenn wir dieses Jesu-Wort für wahr halten, dann dürfen wir auf Gott vertrauen; er wird sich mit uns versöhnen).

Drittens: Jesus redete Gott mit dem aramäischen Wort <Abba> an. Und Abba heißt: <Vater>, ein Wort, das große Vertrautheit, Zuneigung und Liebe ausdrückt.

(Wir dürfen also auf die Zuneigung und Liebe Gottes vertrauen. Er wird uns nicht aus der Hand fallen lassen. Die beiden aramäischen Worte der Reden Jesu <Abba> und <Amen> weisen darauf hin, dass Jesus aramäisch sprach, sich also auch historisch im aramäischen und galiläischen Sprachraum bewegte. Das Wort <Abba> spricht dafür,

dass wir uns als Söhne und Töchter Gottes verstehen dürfen.

Viertens: Wenn wir auf das Wort Jesu von der Versöhnung Gottes mit den Menschen zurückkommen, dann müssen wir auch fragen, was Jesus über die Versöhnung gewusst hat, ob er sich über sein bevorstehendes Versöhnungsoffer, sein Sterben geäußert hat.

(Die vier Evangelisten und der in der Zeit vor den vier Evangelien ums Jahr 30-40 n. Chr. geschriebene Paulusbrief an die Hebräer und Galater berichten widerspruchslös über das Ereignis der Kreuzigung Jesu und weisen einstimmig darauf hin, dass Jesus beim <letzten Abendmahl> und am Ölberg den Aposteln verschlüsselt seinen bevorstehenden Tod ankündigte. Wir dürfen also darauf vertrauen, dass Jesus seinen Auftrag, seine Sendung gewusst und seinen Tod als Versöhnungsoffer verstanden hat. Jesus musste mit einem gewaltsamen Tod rechnen, denn der Verlauf seines Lebens mit seinen Kollisionen mit dem orthodoxen Judentum konnte nicht ohne staatliche Konsequenzen bleiben. Er wusste, dass er verfolgt und bestraft werden wird. Im

Judentum stand auf die Überschreitungen des Sabbatgebots, die Lästerung Gottes, den geäußerten Anspruch, der Sohn Gottes zu sein und die <Zauberei = Wunderwirkung> die Strafe der Steinigung mit anschließendem Erhängen des Sterbenden in aller Öffentlichkeit.

Fünftens: Jesus kündigte (vorösterlich) seine Verherrlichung, seine Auferstehung an.

(Die Verherrlichung, gemeint war die Auferstehung, ist daher auch nicht nachösterlicher Natur, die aus dem Erleben der Apostel entstanden ist. Die Verkündigung der Verherrlichung ist also nicht <vaticinia ex eventu> (= aus den nachösterlichen Ereignissen) abgeleitet worden, sondern wurde von Jesus schon vorösterlich angekündigt. Jesus kündigte diesen Verlauf aber in einem Gleichnis an. Er sagte: „Dass er nach drei Tagen den Tempel errichten wird“. In dieser Aussage der Evangelien wird auf den historischen Jesus verwiesen, der in ihrer Zeit in Israel lebte)

Sechstens: Wir Menschen fragen nun, was Jesus über den Sinn seines Lebens, sein bevorstehendes Leiden und seinen gewaltsamen Tod gewusst hat.

(Wir fragen sehr menschlich, wenn wir diese Frage stellen. Trotzdem kann sie beantwortet werden. Sie wird aus Jesu Worten beim <letzten Abendmahl abgeleitet. Wir haben aber keinen direkten Beweis, dass Jesus diese Worte gesprochen hat. Aber, alle vier Evangelien berichten einstimmig und widerspruchlos über das Wort „Für viele“ , das Jesus gesagt haben soll. Und auch Paulus greift dieses Wort „Für viele“ in Antiochia im Jahr 40 n. Chr. auf. Er liefert damit den frühesten Hinweis, auf Jesu Worte, allerdings 40 Jahre nach Jesu Kreuzigung. Das Wort „Für viele“ ist die Deutung, die Jesus als Sinn seiner Leiden gesagt haben soll. Sein Leiden und Tod soll die Menschheit (= die Schar der Vielen) mit Gott versöhnen . Jesus fasste seine Leiden und seinen Tod demnach als <Sühneopfer>, als Opfer zur Versöhnung der Menschen mit Gott auf. Jesus hat demnach sein Opfer für die <Vielen> auf sich genommen, um die Schar der Menschheit mit Gott zu versöhnen. Es war ein Liebesdienst Jesu für die in Sünde verstrickte Menschheit und die Menschen, die sich von Gott losgesagt haben).

(Die Deutung, die Jesus seinem Leiden und Tod gab, wird noch von einem anderen

Blickwinkel aus erkennbar. Die Fürbitte, die Jesus nach dem Lukasevangelium, das als das historisch korrekteste Evangelium gilt, wurde von Jesus am Kreuz gesprochen. Alle Menschen, die hingerichtet wurden, mussten nach dem jüdischen Gesetz öffentlich den Satz aussprechen: „Mein Tod sei Sühne für meine Verfehlungen“. Damit musste er die letzte Schmach auf sich nehmen und seine Henker entlasten. Jesus sprach diesen Satz am Kreuz aus, aber als Fürbitte für seine Feinde. „Mein Vater, mein Vater, mein Tod sei Sühne für meine Sünden und für die Sünden der Übeltäter“, soll er gebetet haben.

Jesus deutete seinen Tod am Kreuz als Stellvertretertod. Er stirbt stellvertretend <Für Viele>, freiwillig, mit Geduld ertragen, unschuldig, von Gott gewollt.

Ein Theologe drückte diese Deutung einmal so aus: „Es war Leben aus Gott und mit Gott, das hier in den Tod gegeben wurde“.

Mein lieber Doktor, jetzt wissen sie was und wie ich glaube, was meine Religiosität ist und warum mein Glaube Trost für mich ist. Vielleicht kann ihnen mein Brief ihre Zweifel an der Glaubwürdigkeit meines Trostes nehmen. Ich wünsch ihnen alles Glück,

(Ein solcher Brief kann nicht leicht verkraftet werden. Er ist purer Ausdruck der Gewalt (=der Macht) des Vertrauens auf Gott und eines tiefen Glaubens. Wer dieses Vertrauen besitzt, der leidet und stirbt im göttlichen Trost.

Den Zweifelnden jedoch, die den bloßen, real fassbaren Beweis verlangen fehlt die Gewalt dieses Trostes. Sie quälen sich mit der existentiellen Frage nach dem Sinn des Lebens, des Sterbens und Todes. Und niemand kann ihnen eine schlüssige Antwort geben.

Die Gewalt der Sympathie

„Sie mögen Frau W.“ sagte Schwester Karin, als ich sie überzeugt hatte, dass unsere 79-jährige Patientin im Sterben liegt und nun in ein separates Zimmer gefahren werden soll.

Schwester Karin war wegen ihrer Organisationsfähigkeit (wie in der Ernennungsurkunde steht) schon mit 27 Jahren zur Oberschwester ernannt worden. Als ich mit meinem Anliegen auf sie zu kam, Frau W. in ein separates Zimmer zu fahren, weil sie erkennbar im Sterben lag, lehnte sie zunächst mit dem Hinweis ab, dass wir <überbelegt> sind. Nach meiner Bitte, Frau W. zu separieren, dass sie in Ruhe sterben kann, war sie bereit, das Badezimmer zu räumen.

Sie putzte jetzt das Badezimmer selbst aus, ließ alle Utensilien ins Besenzimmer bringen, putzte auf dem Boden knieend den Boden und veranlasste, dass über die Badewanne ein großes Brett und ein sauberes weißes Tuch gelegt wurde. Auf diesen <Tisch> stellte

sie eine große Kerze und eine grüne Blattpflanze. An die Wand hängte sie ein Bild mit der <Muttergottes>. In einer dreiviertel Stunde war das Zimmer gerichtet und Frau W. wurde mit einer Schülerin ins Zimmer gefahren. Schwester Karin zog ihr noch ein sauberes, weißes Hemd an, wusch sie sorgfältig, tupfte ihr ein paar Tropfen eines wohlriechenden Öls auf die Stirn, den Nacken und die Arme. Die Schülerin musste noch zwei saubere Stühle in den Raum stellen.

Bald danach erschien der Klinikpfarrer, den Schwester Karin angerufen hatte, weil Frau W., die noch voll bei Sinnen war, darum gebeten hatte.

Inzwischen war es Abend geworden und das Personal des Tages wurde vom Personal des Nachdienstes abgelöst.

Frau W. atmete inzwischen sehr schwer. Wir gaben ihr deshalb über eine Nasenbrille Sauerstoff und befeuchteten ihre Lippen. Schwester Karin und ich überredeten die Schülerin, als Nachtwache auf der Station zu bleiben.

Gegen 22 Uhr wurde Schwester Karin unruhig. Ihr Mann war gekommen, pilgerte

schon seit einer halben Stunde auf dem Gang der Station hin und her, drängte seine Frau oft, sich endlich von der Station zu lösen und erlaubte sich immer wieder einen Blick durch die nur angelehnte Türe des Bades, in dem sich seine Frau mit der Schülerin aufhielt.

Als ich Karins wachsende Unruhe sah, legte ich ihr nahe, nach Hause zu gehen. Ich war überrascht, dass sich Karin, eine selbstbewusste Frau, von einem derart unbeherrschten Mann verunsichern ließ.

„Sie mögen sie“ hatte Schwester Karin gesagt. „Gehen sie jetzt nach Hause, forderte ich sie auf, ich werde noch bleiben und die Schülerin unterstützen“. Schwester Karin ging nach Hause und ich spürte ihre Gewissensbisse. Ihre zwei Seelen in der Brust, wollten einen Streit mit ihrem Mann nicht riskieren.

Frau W. war vor drei Wochen mit unerträglichen Oberbauchschmerzen eingewiesen worden. Sie hatte unverkennbar eine Gelbsucht. Die Diagnostik ergab ein Pankreascarcinom mit einer Galleabflußstörung, weil die Gallengangspapille, durch die Galle in den

Darm abfließen muss, vom Tumor verschlossen wurde.

In der chirurgischen Konferenz wurde der Entschluss gefasst, die Gallenblase mit einer Dünndarmschlinge zu verbinden, damit die Galle ablaufen kann. Weiter Maßnahmen waren damals noch nicht möglich, Pankreaschirurgie war noch ein <Noli me tangere>.

Erste Versuche, das Pankreas bei Pankreastumoren zu entfernen, wurden zwar bei jüngeren Patienten (experimentell) versucht, aber alle diese Versuche scheiterten weltweit. Pankreascarcinome galten als inoperabel. Die Patienten starben nach spätestens einem halben Jahr. (Und die Prognose ist auch heute noch miserabel).

Die operativen Möglichkeiten sind zwar standardisiert, aber meistens kommt die Operation zu spät, weil die meisten Tumore des Pankreas schon metastasiert haben, wenn sie erkannt werden.

Zudem gibt es bis heute keine wirksamen Medikamente und auch Bestrahlungen versagen. Trotzdem wird geforscht, vor allem auf dem Sektor der Cytostatika.

Als Stationsarzt im dritten Ausbildungsjahr durfte ich die Operation zur Galleableitung durchführen. Schon zwei Tage später klang die Gelbsucht ab und die Stühle hatten wieder Farbe. Die Cholestase war beseitigt, aber das Pankreascarcinom war inoperabel.

Frau W. fühlte sich zwar gut, ging schon am zweiten Tag nach der Operation im Haus spazieren, aber der Tumor wuchs gnadenlos weiter.

Am siebten Tag sagte sie während der Visite: „Operieren konntet ihr mich zwar und es geht mir auch gut, aber heilen könnt ihr mich nicht“. Ich spürte, dass sie diesen Satz als Frage stellte. Jetzt half kein Herumreden mehr, wir mussten Frau W. über die Inoperabilität informieren. Und weil ich die Operation zur Galleableitung durchführen durfte, musste ich ihr jetzt auch die Inoperabilität erklären.

Frau W. musste jetzt Bescheid wissen, denn lang konnte sie nicht mehr leben. Meine Erklärungen hörten sich stoisch an, sie weinte nicht, sie drehte den Kopf nicht weg, sie hörte (einfach) zu.

Am nächsten Tag fragte sie mich, wie lang sie noch leben darf. Ich sagte ihr ehrlich, dass

sie höchstens noch ein Vierteljahr leben kann, wir aber für sie da sind, wenn sie Schmerzen bekommt oder sich sonst unwohl fühlt.

„Vergelts Gott“, sagte sie als ich in meinen Erklärungen eine Pause machte, knipste, ohne noch etwas zu sagen, das Licht der Nachttischlampe aus. Ich wusste, dass sie jetzt allein sein will.

Frau W. war eine alleinstehende, einsame, altgewordene Frau, die nur eine Nichte in Fribourg/Schweiz hatte, die sich aber nicht um sie kümmern wollte. Wir konnten sie daher auch nicht entlassen. Sie musste bis zu ihrem Tod in der Klinik bleiben.

In der Nacht, als Schwester Karin ihr ein Sterbezimmer eingerichtet hatte, verstarb sie. Ich hielt ihr, nachdem Schwester Karin gegen ihren Willen nach Hause gehen musste, immer wieder die Hand und sah, dass ihr Atem schwächer wurde. Schließlich traten erste, dann bald längere Atempausen auf, die gelegentlich von einer Seufzeratmung unterbrochen wurden. Manchmal öffnete sie für einen kurzen Augenblick die Augen und schaute mich an, als Hinweis, dass sie ihr Bewusstsein nicht

verloren hatte, aber sprechen konnte sie jetzt nicht mehr. Gegen Mitternacht kam dann der letzte Atemzug bei schon geschlossenen Augen. Ich spürte noch eine halbe Sekunde ihren schwachen und schwächer werdenden Puls, dann war er nicht mehr zu tasten.

Frau W. war gestorben.

Ich ließ uns nun Zeit, die notwendigen Formalitäten zu regeln und hielt ihr noch ungefähr 7 bis 10 Minuten die Hand.

Danach widmete ich mich der Bürokratie und füllte die Formulare aus. Ich beschrieb die Todeszeichen, überprüfte die Pupillenreaktion, ein paar Reflexe und mit dem berühmten Spiegelchen auch, ob das Spiegelglas noch beatmet wird oder trocken bleibt. Dann notierte ich die Befunde ins Exemplar der anonymen Verwaltung. (Ich bestätigte damit den Tod der Frau W., um die sich niemand gekümmert hat).

Danach drängte mich die Nachtschwester rigoros aus dem Zimmer und schloss die Tür ab. Auf meinem Heimweg in der tiefen Nacht kam mir die Bemerkung der Schwester Karin in den Sinn. Sie hatte gesagt: „Ich glaube, sie mögen sie“. Ich hatte sie jedoch korrigiert und gesagt: „Sie ist mir sympathisch“.

Als ich Frau W. nach ihrer Einweisung in die Klinik zum ersten Mal sah, hatte ich Mitleid mit dieser Frau. Sie schaute mich mit ihren kleinen, gelben Augen, die am Rande gerötet waren, hilflos an. Ihre Pupillen waren nur schwarze Punkte im Gelb der Bindehaut. Die Rippen konnten leicht gezählt werden. Sie war kaum fähig, ihren Arm zu heben. Ihr Gesicht war welk und erinnerte mich zusammen mit dem Gelb der Haut an ein verblühendes Tulpenfeld. Die fahle, dünne, durchsichtige Haut spannte sich wie eine Maske über ihr Kinn, die Nase, die Backenknochen und die Stirn. Die trockene, pergamentartige Haut hing verloren von den Armen und Beinen. Die Rippenzwischenräume waren tief eingefallen, schuppig. Die vordere Bauchwand lag verloren auf der Wirbelsäule, man sah die Aorta pulsieren. Ihre ehemaligen Brüste waren ein paar verworfene Falten mit zwei verdornten, ausgetrocknete Himbeeren. Kurzum: Frau W. war kachektisch, zerstört, kraftlos, ihre Elastizität war total verschwunden.

Eine Tasche, wie es üblich ist, wo die notwendigen Utensilien für die Körperpflege verstaut werden, hatte sie nicht mitgebracht.

Als sie auf der Station aber ins Bett gelegt wurde, entdeckten die Schwestern ein kleines, rotes, sehr abgegriffenes Ledermäppchen, das sie standhaft mit ihrer linken Hand umklammerte. In ihm bewahrte sie ihren Personalausweis und ein paar Münzen auf. Im Personalausweis stak auch ein Zettel mit der Adresse ihrer Nichte in Fribourg und ein Foto, das sie in ihren Dreißigerjahren zeigte. Damals war sie eine große, schöne Frau mit großen runden Augen, milchweißen Zähnen, vollen Lippen und gescheitelten schwarzen Haaren.

Aber, was ist von all dieser Schönheit geblieben?

Nichts, was Schönheit ausdrücken könnte. Und doch wiesen ihr Blick und ihre Bewegungen, trotz Müdigkeit, Ausgezehrtheit und Kraftlosigkeit auf Menschlichkeit und Güte hin.

Frau W. war voll bei Sinnen. Ihre Wahrnehmungsfähigkeit hatte sie nicht verloren. Flüsternd antwortete sie auf jede Frage, formulierte ihre Worte prägnant.

Wir erfuhren, dass sie vor 60 Jahren Sekretärin im Rektorat der Universität war, und fünf Fremdsprachen gelernt hatte. Wir erfuhren auch, dass sie nie heiratete, keine Kinder hatte, nie schwanger war. Alle Verwandten, bis auf die Nichte in Fribourg, waren schon gestorben.

Mit dieser ausgemergelten, vom Alter und ihrer Krankheit geschundenen Frau hatte ich Mitleid. Doch wenige Stunden später war aus Mitleid Sympathie geworden.

Am Abend schaute ich im Lexikon nach, was das Wort Sympathie sagen will. Ich bekam bestätigt, was ich schon wusste, dass Sympathie <Mitleiden, Mitgefühl, Einfühlungsvermögen> heißt. Aber, das spürte ich, da fehlte noch etwas. Und ich kam auf den Gedanken, dass zur Sympathie auch noch <die gleiche Stimmung, also Resonanz> gehört. Was diese Sympathie ausgelöst hat, weiß ich nicht. Ich meine es war schlichtweg <Mitleid mit einer zerstörten Person>.

Ich fasste also zusammen: Meine Sympathie zu dieser ausgemergelten Frau war pures Mitleid, vielleicht auch Zuneigung. Und aus

Mitleid und Zuneigung wurde dann Sympathie.

Aber diese Sympathie galt nicht nur dieser Frau, sondern allen Menschen, die vor dem Tod standen und vom Leben zerstört worden waren. Alter, Hilflosigkeit, Schmerzen, zerstörtes Leben gehören zu einer Misere, die jeden Menschen treffen kann. Es ist die Misere der Grandeur des Menschen, der sich nach Schönheit, Weisheit, Talent, Glück und Anerkennung sehnt. Es ist auch die Sehnsucht nach der Anerkennung der Lebensleistung durch unseren Schöpfer nach dem Tod.

Die Sympathie zu Frau W. war also das Produkt ihrer Hilflosigkeit, ihres Alters, ihrer Ausgezehrtheit, ihrer zumindest körperlichen Zerstörtheit. Sie war vom Leben zerstört worden, von ihren Krankheiten, ihrer Beziehungslosigkeit in der dritten Lebensphase. Das Alter, die Krankheiten, die Beziehungslosigkeit konnte jedoch nur ihren Körper zerstören, nicht ihre Seele, denn sie ließ immer wieder erkennen, dass sie die Demütigungen ihres Körpers ertragen konnte, aber die seelischen nicht.

Dieses Konglomerat der Gefühle wurde erst nach ihrem Tod im vollen Umfang erkannt, als uns die Schülerin berichtete, dass ihr Frau W. anvertraute habe, wie und warum sie ihre herausragende Sekretariatsposition verlor. Sie berichtete uns, dass sie ein hoher Mitarbeiter der Universitätsverwaltung vergewaltigen wollte, sie sich aber erfolgreich wehren konnte. Diesen Versuch habe sie mit dem Rektor besprochen, der ihr jedoch keinen Glauben geschenkt und nichts unternommen hat. Er habe ihr vielmehr vorgeschlagen, den Posten zu räumen, denn meistens seien die Frauen die Ursache für anscheinend erzwungenen Sex. Frau W. kündigte, fand aber keine passende Stelle mehr, sodass sie verwahrlost sei.

Trotz dieser Erfahrung, die sie anscheinend aus dem Ruder warf, konnte sie ihre Seele vor der Zerstörung bewahren. Sie blieb eloquent, formulierte in Gesprächen mit zielgenauen Worten, was sie meint, akzeptierte ihre Armut, glitt nicht in ein mieses Verhalten ab, warf sich nicht Anderen zum Fraß vor. Sie blieb auch ihrem, von den Eltern erlernten Glauben an einen Schöpfer treu.

Das Wort Sympathie ließ mich aber nie frei. Als sich die sog. technische Neurologie entwickelte, entstand auch eine neue Definition für das Wort Sympathie. Jetzt wird Sympathie aus apparativ gewonnenen Daten als „gespiegelte Wahrnehmung> des Gehirns definiert“.

Was heißt das?

Zunächst muss man wissen, dass es im Gehirn Neurone und neuronale Zellen gibt, die wie ein Spiegel Wahrnehmungen aufnehmen und erkennen. In der Neuroanatomie, Neurologie und Psychosomatik werden diese Zellen <Spiegelneurone> genannt. Sie sind in der Hirnrinde in unmittelbarer Nachbarschaft zu grauen Nervenzellen lokalisiert, die die Muskelbewegungen steuern. Beim Betrachten eines Gesichts z.B. wird das Gesehene im Gehirn des Betrachters von den Spiegelneuronen abgebildet. Über die Spiegelneurone, die durch Erfahrung, durch frühere Benutzung geprägt wurden, erkennt der Betrachter sogar die Stimmung des anderen und entscheidet dann, ob ihm der Andere sympathisch oder unsympathisch ist.

Bekannt ist das Phänomen, dass ein Mensch zu gähnen beginnt, wenn ein anderer gähnt. Und wenn eine Mutter ihr Kind mit Brei füttert, macht sie auch den Mund auf, wenn das Kind ihn öffnet. Der Mensch imitiert im Alltag oft Handlungen eines Anderen. Die Wissenschaft spricht von <Resonanzphänomenen>.

Sympathie hat also mit Resonanz zu tun.

Der Freiburger Psychiater Joachim Bauer hebt die Bedeutung der Spiegelneurone für das Leben der Menschen heraus, wenn er sagt, dass die Neurone nicht nur Verhaltensweisen oder Mimik unserer Mitmenschen <spiegeln>, sondern auch intuitives Handeln ermöglichen und Sympathie schaffen. Ohne sie wäre ein Zusammenleben der Menschen gar nicht möglich, sagt er in einer Zusammenfassung des Phänomens.

Als ich einmal mit einem Assistenten über dieses Phänomen sprach, fragte er, wie die Forschung auf diese Phänomene und Spiegelneurone aufmerksam geworden ist.

Zufällig hatte ich den Bericht über ein <Aha-Erlebnis> des Neurobiologen Vittorio Gallese aus Parma gelesen, der die Gehirnströme

von Affen maß, um heraus zu finden wie die Aktivitäten der grauen Zellen der Gehirnrinde auf motorische Neurone und motorisches Handeln übertragen werden. Er leitete elektrische Signale grauer Zellen ab, welche die Bewegungen der Tiere steuern. Dabei erkannte er, dass die grauen Neurone immer aktiv werden, wenn die Affen nach dem Futter greifen. Als er einmal selbst nach der Nuss griff, wurden die Zellen des Affen auch aktiviert, so als hätte er nach der Nuss gegriffen. Aber der Affe saß nur still da und beobachtete das Geschehen. Gallese hatte also rein zufällig beobachtet, was mit den Gehirnströmen der grauen Zellen der Affen geschieht, wenn ihnen eine Nuss angeboten oder weggenommen wird. Er hatte registriert und sofort begriffen, dass gewisse Hirnregionen der grauen Substanz angeregt werden, die für die Ausführung der Handlung <Nach der Nuss greifen> verantwortlich sind. Das Gehirn des Affen hatte sich so verhalten, als versetzte es sich in den Kopf des Versuchsleiters hinein: Wenn der Affe die Bewegung eines anderen beobachtet, spiegeln die Neuronen das Verhalten des Gegenübers. In einer Erweiterung des Programms wurde dem Affen nur noch

gezeigt, wie ein anderer Affe nach der Nuss griff. Zu seiner Überraschung registrierte Gallese, dass bei diesem Vorgang dieselben Hirnregionen angeregt wurden. Dieses Phänomen nannte er die <neurobiologische Resonanz>.

Weitere Untersuchungen zeigten, dass nicht nur die visuelle Beobachtung zur Spiegelung im Gehirn führt, sondern auch akustische Wahrnehmungen oder sogar bloße Beschreibungen von Ereignissen dazu führen. Die gleichen Neurone werden angeregt, wie wenn das Ereignis selbst real ausgeführt wird.

Mit den Ergebnissen solcher Untersuchungen kann also das Phänomen des <Mitleids>, der <Sympathie> erklärt und verstanden werden. Wir erkennen aber auch die ungeheure Abhängigkeit und Beeinflussung des Menschen durch Handlungen Anderer.

Wie oft muss der Chirurg erfahren, dass er schon beim bloßen Gedanken an eine erschwerte Venenpunktion mitleidet. Wie oft spürte er Mitleid, wenn ein Kollege über eine schwierige Operation berichtet. Ich nenne die Fähigkeit zum Mitleiden in der Chirurgie

<chirurgische Resonanzphänomene>, die auf Spiegelneuronen beruhen.

Noch ein anderes Phänomen aus der Chirurgie kann erwähnt werden. Bei einer Operation ist das Team <Anästhesist, Operateur, Schwester am Instrumententisch und Springerin> nolens volens aufeinander angewiesen. Sie müssen sich verbal und non-verbal gut verstehen. Dieses Verstehen setzt voraus, dass bestimmte Verhaltensweisen der Anderen mit den eigenen Spiegelneuronen nachvollzogen = <gespiegelt> werden. Das eingespielte Team ist der Ausdruck des guten Verstehens, das nur durch die Spiegelneurone ermöglicht wird. Das Ideal ist das non-verbale Verstehen zwischen Schwester, und Operateur. Wenn sie sich nicht verstehen, wenn sie ihre Verhaltensweisen und Handlungen nicht in ihrem Gehirn spiegeln, dann können Operateur und Schwester gegenseitig zur Qual werden. Wenn jedoch gegenseitige Sympathie besteht, dann ist jede Operation auch eine <Freude>.

Frau Maria W. war mir also sympathisch, weil ihr erbärmlicher Zustand, ihre Misere im Alter und in der tödlichen Krankheit, aber auch

ihre erhaltene menschliche Grandeur sich in meinem Gehirn gespiegelt haben. Die Sympathie war also neurobiologische Resonanz.

Menschen leben nicht nur für sich, sondern auch im Spiegelbild, das sie in anderen Menschen erzeugen, schreibt Joachim Bauer.

Ohne Spiegelneuronen hätten wir keine Fähigkeit zum Mitgefühl. Ohne diese Neurone gäbe es keine intuitive Bereitschaft, das, was wir sehen, hören, spüren, wahrzunehmen und in Handlungen umzusetzen.

Für Ärzte bestätigt sich aus diesen Erkenntnissen die alte Forderung, dass sie sich in ihre Patienten <einfühlen> müssen wenn sie sie wirklich verstehen wollen. Und für die Erziehung von Kindern gilt, dass sie Vorbilder brauchen, die sie für die Entwicklung von Spiegelneuronen brauchen.

In meiner Zuneigung zu **dem Menschen**, der damals meine Hilfe brauchte, drückt sich die Gewalt (= Macht) der Sympathie aus.

Die Gewalt der Autorität, des Irrtums und des Widerspruchs

Die Einsicht, dass ein Befund <inoperabel> ist, belastet jeden Chirurgen. Manche Chirurgen verknüpfen die Erkenntnis der <Inoperabilität> mit dem Gefühl, versagt, eine Niederlage erlitten zu haben. Die rationalen Argumente, mit denen Inoperabilität begründet wird, werden zwar verstanden, jedoch wird der Verstand von emotionalen Empfindungen bedrängt, manchmal sogar verdrängt.

Ich erlebte diesen Zwiespalt (= diese Zweigespaltenheit) schon als Medizinalassistent. Unser Chef war einerseits eine rational entscheidende Persönlichkeit, andererseits aber auch emotional an jeder Entscheidung beteiligt. Diese Konstellation kam deutlich zum Ausdruck, als eine 42-jährige Frau mit einer tastbaren Gallenblase und einer Gelbsucht unter dem radiologisch geäußerten Verdacht auf einen Stein im Konfluenz der beiden hepatischen Gallengänge operiert werden musste. Das

Courvoisier'sche Zeichen war positiv, aber die radiologischen, diagnostischen Möglichkeiten zum Nachweis der Ursache waren noch eingeschränkt. Es gab damals noch keine Sonografie, kein CT und auch keine Kernspintomographie. Da die Patientin eine bekannte Allergikerin war, wagte es die Radiologie nicht, eine Cholangiografie mit Kontrastmittel durchzuführen. Der Chef musste daher die Anamnese, die klinisch erkennbaren Symptome und die Befunde einer <Abdomenleeraufnahme> zusammenzählen, um eine Operationsindikation zu rechtfertigen.

Er operierte unter dem Verdacht eines den Gallefluss aus der Gallenblase behindernden Steines. Nach der Mobilisierung der Gallenblase stieß er auf hartes Gewebe im Konfluenz des Galleausführungsgangs. Es bestand kein Zweifel, dass ein Tumor die Ursache der Verhärtung sein musste. Nun mobilisierte er den Zwölffingerdarm, um mehr Übersicht zu erreichen, präparierte den distalen Gallengangabschnitt und zügelte ihn mit einem textilen Bändchen. Nachdem er die parallel verlaufende Pfortader identifiziert und ebenfalls angeschlungen hatte, versuchte er den Konfluenz der

hepatischen Gallengänge zusammen mit dem Tumor zu mobilisieren. Dieser Operationsschritt gelang ihm aber nicht, vielmehr musste er erkennen, dass der Tumor fest mit der Pfortader verwachsen war und breit in den Leberhilus hineinwuchs. Es handelte sich mit großer Wahrscheinlichkeit um ein Gallengangscarcinom, das man Klatskintumor nannte.

Der Chef gab noch nicht auf, sondern versuchte beharrlich, die Leberpforte weiter zu präparieren. Der Schweiß lief ihm über die Stirn, wir Assistenten (ich gehörte dazu) und der Anästhesist wurden beschimpft, die Stimmung war gereizt. Er schimpfte vor sich hin: „Ich kann doch diese junge Frau nicht aufgeben“. (Wem dieser Tadel galt, wusste der Chef wahrscheinlich selbst nicht). Er kämpfte verbissen weiter, aber ohne erkennbaren Erfolg. Er wollte die Niederlage abwenden, aber es gelang ihm nicht.

Dann kam für uns Assistenten endlich das erlösende Wort: „Ruft mir den Oberarzt, vielleicht hat er einen guten Gedanken“. Der Oberarzt kam und der Chef übergab ihm ohne viele Worte zu verlieren, die Operation.

Der Oberarzt versuchte mit Schere und Pinzette den Tumor aus der Leber zu präparieren, sagte aber bald, ohne dem Chef in die Augen zu schauen: „Dieser Tumor ist inoperabel, wie jeder Klatskintumor“. Der Chef zog die Op-Handschuhe resigniert aus und verließ den Op.

Wenige Sekunden später kam er frisch gewaschen wieder in den Op und operierte weiter. Er versuchte den Tumor von allen Seiten zu mobilisieren. Es gelang ihm aber nicht. Nach ca. 20 Minuten trat er vom Op-Tisch zurück, warf die Handschuhe in einen Winkel des Raums und verließ den Saal sprachlos.

In der Nachmittagsbesprechung wies er mich an, alle Formalitäten zu erledigen, denn er werde die Patientin verlegen. Er hatte mit dem Chef der Münchner Universität telefoniert und die Verlegung arrangiert. Mit dem Satz: „Das ist eine herbe Niederlage für mich und es kostete mich eine riesige Überwindung, mit dem Prof. A. in München zu telefonieren“.

Mit diesem Bekenntnis ließ er mich in sein Chirurgenherz blicken.

Am frühen Nachmittag verlegten ein Anästhesist und ich Frau J. nach München. Im Gespräch mit einem Oberarzt der Klinik hörte ich heraus, dass er skeptisch ist, ob sie helfen können, denn Klatskintumoren seien in der Regel <inoperabel>.

Die Münchner <Kapazitäten> operierten nicht. Sie begründeten ihre Absage mit den Befunden, die wir in unserem Bericht aufgezählt hatten.

Unser Chef war sehr enttäuscht und zwei Tage nicht ansprechbar.

Am dritten Tag nach diesem Erlebnis sagte er in einer Besprechung des Ereignisses: „Meinem Sohn empfehle ich nicht, Chirurg zu werden“. Mit diesem Hinweis drückte er seine Enttäuschung aus, die ihn noch lange nicht losließ.

An dieses Erlebnis wurde ich in meinem beruflichen Leben oft erinnert. Ein Beispiel: Wir mussten einen 14-jährigen Schüler von einem großen Krankenhaus mit einem überregionalen guten Ruf übernehmen. Er wurde in diesem Krankenhaus unter der Verdachtsdiagnose einer perforierten Appendizitis aufgenommen und auch operiert. Als der Chirurg den Bauch eröffnen wollte, stieß er auf einen harten, breit in die

Bauchdecke eingewachsenen Tumor, den er zunächst als <perityphlitischen Abszess> deutete. Er verlängerte den queren Schnitt, kam aber auch jenseits der Mittellinie des Bauches nicht in die freie Bauchhöhle. Nach dem frustrierten Versuch, den Tumor zu mobilisieren, entnahm er eine Biopsie und verschloss den Bauch.

Der Pathologe kam zu keiner eindeutigen histologischen Diagnose: Er schrieb: „Keilbiopsie aus einem Tumor des Bauches mit vielen kollagenen Fasern, die zwischen den Fasern Nester mit leukozytenähnlichen Infiltraten und atypischen Zellen zeigen. Die Zellen haben zum Teil Mitosen. Auffallend sind auch Infiltrate mit cuboiden, mesothelartigen Zellen, die aber nicht mitosenreich sind. Diese Zellen liegen locker im Bindegewebe, haben keine Adhärenzen mit den Fasern. Die Tumorrowand besteht aus Narbengewebe“.

Einen perityphlitischen Abszess schloss er aus und einen malignen Tumor konnte er nicht nachweisen. Er wies aber auf die atypischen Zellen mit Mitosen hin.

Der Chef des auswärtigen Krankenhauses rief mich wegen einer Verlegung an und wir

diskutierten über den pathologischen Befund, der uns nicht weiterhalf.

Mit den Eltern sprach ich über diesen fragwürdigen pathologischen Befund und vereinbarte eine histologische Untersuchung der Keilbiopsie in unserer Pathologie.

Zwei Tage später hatten wir den histologischen Befund auf dem Tisch. Der Pathologe schrieb zusammenfassend: „Aufgrund der Mitosen muss von einem malignen Tumor ausgegangen werden. Mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich um ein atypisches Mesotheliom, einen im Kindesalter seltenen Tumor“.

Nun musste aus diesem Befund eine Konsequenz abgeleitet werden. In einer Konferenz mit den Pathologen, dem Chirurgen des auswärtigen Krankenhauses, den Onkologen der Kinderklinik und meinen Mitarbeitern entschlossen wir uns, den Tumor als maligne und <inoperabel> zu bezeichnen.

Ich hatte aber kein gutes Gefühl.

Da die Eltern aber auf eine Entscheidung drängten, der 14-Jährige seit unserer Über-

nahme unser Patient war, musste ich mit den Eltern reden. Ich erklärte, dass jetzt zunächst die Onkologen der Kinderklinik versuchen müssen, den Tumor mit Medikamenten und vielleicht auch Bestrahlungen am Wachstum zu hindern und ihn zu verkleinern. Je nach Verlauf können dann weitere Therapien, vielleicht auch eine weitere Operation folgen.

Die Eltern, die großen Respekt vor dem Chefarzt ihres Krankenhauses hatten, wollten die Entscheidung noch mit **ihrem** Chefarzt besprechen, der ihre Großmutter mit Erfolg an einem Leistenbruch operiert hatte.

Wenige Tage danach mussten die Eltern mit ihrer Tochter wegen eines Keuchhustens zum Kinderarzt gehen. Dabei kamen sie auch auf die Krankheit des Sohnes zu sprechen. Und der Rat des Kinderarztes war, noch eine Zweitmeinung einzuholen, denn „eine Meinung allein könne in der Chirurgie rasch zu einem Fehler führen“.

Der Chefarzt des regionalen Krankenhauses, in dem Roland zunächst operiert worden war, wies in einem Gespräch mit den Eltern darauf hin, dass ihre Befunde glasklar bewiesen seien. Es sei aber richtig, dass sie nochmals

ein Gespräch mit dem Herrn Professor führen sollen, „damit er seine falsche Meinung revidieren könne“.

Die Eltern kamen auf seinen Rat hin nochmals zu mir, um ein Gespräch zu führen. Da ich von unserer Entscheidung in der genannten Konferenz nicht lückenlos überzeugt war, stornierte ich den Beginn einer Chemotherapie und vereinbarte verschiedene apparative Untersuchungen, nochmals eine Sonografie und ein CT. Aber: Alle Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf die Art eines Tumors.

Da auch alle Laboruntersuchungen auf Tumormarker negativ waren bekam ich immer mehr Zweifel an einem malignen Tumor und veranlasste eine perkutane Punktion des tastbaren Tumors.

Die histologische Untersuchung brachte zwar keine Diagnose, jedoch zweifelte der Pathologe an einer Malignität.

Jetzt hatte ich ein Argument, eine Re-Operation zu empfehlen. Die Eltern waren einverstanden. Alle Beteiligten wollten von mir nun wissen mit welcher Diagnose ich operieren werde. Nun lüftete ich meinen

Verdacht auf einen <**inflammatorischen Pseudotumor**>.

Der Pathologe überprüfte seine Diagnose nochmals und kam zum Ergebnis, dass ein inflammatorischer Tumor „durchaus in Frage kommt“. Er wies aber darauf hin, dass diese Tumorart schwer von einem Mesotheliom abgrenzbar ist.

Da kein Einwand gegen eine Re-Operation geäußert wurde, operierte ich Roland.

In einer 5-stündigen Operation konnte der Tumor aus der Bauchdecke, den Därmen, den übrigen Organen des Bauches, vom Zwerchfell bis ins Becken, entfernt werden. Der Tumor ging (wahrscheinlich) vom großen Netz aus, von dem er nicht zu lösen war. Deshalb wurde das Omentum major nach Unterbindung zahlreicher Gefäße mitentfernt.

Große Schwierigkeiten machte die Befreiung des Tumors aus dem unübersichtlichen Becken.

Unter Mitnahme des Wurmfortsatzes und des Blasendaches konnte er aber auch von der Rückwand des Bauchraumes, von den Harnleitern, vom auf und absteigenden

Dickdarm und aus dem Douglas`schen Raum entfernt werden.

Am Ende dieser Resektionsschritte waren wir sicher, keine Reste des Tumors zurückgelassen zu haben. Die Serosadefekte, die nicht zu vermeiden waren, mussten jetzt noch, so gut es ging, übernäht werden.

Histologisch war der Tumor ein <inflammatorischer Pseudotumor>, der keine Nachbehandlung notwendig machte.

Der entfernte Tumor wog 3,7 kg, der Patient war also deutlich leichter geworden und konnte wieder am Sportunterricht teilnehmen.

In mein Tagebuch skizzierte ich den Befund und schrieb dazu: „In den dreidimensionalen Koordinaten der <Gewalt der Autorität, des Irrtums und der Widersprüche> war die Entscheidung zur Operation schwierig. Ich musste der <Gewalt einer Autorität> widersprechen, ich musste dem <Irrtum> mit selbstkritischer Urteilskraft ausweichen, die <Selbsttäuschung> vermeiden und der Verallgemeinerung möglicher Fehlerquellen aus dem Weg gehen. Dieses Mal lag der Irrtum auf der Seite einer <anerkannten, respektierten, rhetorisch gebildeten

Autorität“. Ich dagegen konnte durch kritische Betrachtung und durch sprichwörtliche Zurückhaltung einen Fehler vermeiden. Mein Widerspruch wurde als richtig bestätigt.

Was hätte es bedeutet, welche Folgen hätte es gehabt, wenn den Eltern ihr unumstößlicher Respekt vor der Autorität <ihres anerkannten Chefarztes> bestätigt worden wäre.

Ich weiß, dass ich gnadenlos angeprangert und in aller Öffentlichkeit zerrissen worden wäre, wenn ich meinen Widerspruch konsequent versteckt hätte.

Die Meute der Journaille hätte sich besserwisserisch und unbarmherzig <auf den Fall> gestürzt und das intellektuelle Fußvolk hätte sich in Leserbriefen der Zeitung zu Wort gemeldet.

Die Gewalt (=Kraft) der Verweigerung und des Glücks

„Ihr Kind ist mongoloid und hat zudem Fehlbildungen“, sagte ein <hochkarätiger> Pränataldiagnostiker einer 32-jähriger Frau, die bereits zwei Fehlgeburten hinter sich gebracht hat und nun wieder im 5. Monat schwanger ist. Sie unternahm „alles Denkbare“, um dieses Mal zu ihrem Kind zu kommen.

„Ich rate ihnen zum Schwangerschaftsabbruch“, soll der Pränataldiagnostiker gesagt haben. Die Ösophagusatresie und die Urinabfluss-Störung aus der linken Niere können Kinderchirurgen zwar operativ beseitigen, aber die Niere wird schon vor der Geburt erheblich geschädigt worden sein. Und ob das Kind nach der Reparatur des Ösophagus normal schlucken kann, steht in den Sternen. Selbst wenn die Fehlbildungen korrigiert sind, bleibt zudem der Mongolismus, den kein Chirurg beseitigen kann. Ich rate ihnen also zum Schwangerschaftsabbruch“.

Die Frau haderte mit ihm nach diesem Gespräch und erklärte schließlich, aber mit einem leichten Zweifel in der Stimme, dass für sie ein Schwangerschaftsabbruch nicht in Frage kommt. Der Pränataldiagnostiker drängte sie jedoch mit dem Argument, dass Kinder mit einem Down-Syndrom für Eltern eine Last sind und das Kind keinem schönen Leben entgegengeht. Zudem müsse sie bedenken, dass Down-Kinder heute von der Gesellschaft abgelehnt werden. Dann wies er noch darauf hin, dass die Entscheidung von der Zeit her gesehen sofort fallen müsse.

Die bedauernswerte Frau ließ nach diesem Gespräch das Thema Abbruch der Schwangerschaft abrupt fallen und stellte die Frage nach einem Chirurgen, der die genannten Fehlbildungen der Speiseröhre und Niere operieren kann.

Das Gespräch fand schon 5 Tage später statt.

Am Tag nach dieser Vereinbarung, also noch vor dem Gespräch der betroffenen Eltern mit mir, rief mich der Pränataldiagnostiker an, um mir die Dringlichkeit der Entscheidung zu erklären. Ich spürte, dass ihm der Abbruch der Schwangerschaft für das Wohl der Mutter eine <Herzensangelegenheit> ist, wie er

sagte. Er wollte der Frau wirklich helfen. Er wies zudem darauf hin, dass ihn keine Schuld trifft, wenn die Eltern den Abbruch verweigern und nachher klagen.

Die schwangere Frau und ihr Mann erschienen bei mir am vereinbarten Termin. Ich lotete zunächst aus, was ihnen diese Schwangerschaft und das spätere Kind bedeuten. Dann fragte ich sie nach den wahrscheinlichen Ursachen für die früheren Fehlgeburten. Zuletzt spürte ich den Gedanken und Gefühlen nach, welche die Eltern haben, wenn sie an ihr mongoloides Kind denken. Selbstverständlich wird in solchen Gesprächen auch unauffällig die Frage nach dem religiösen Standpunkt gestellt.

Der Mann ließ bald erkennen, dass Religion für ihn keine Rolle spielt. Er sagte: „Ich bin schließlich Naturwissenschaftler und Techniker, ich brauche keine Religion und sehe die Dinge real“.

Die Frau ließ dagegen scheu, mit einem wiederholten Blick auf ihren Mann erkennen, dass sie aus einem Haus kommt, wo Religion eine Rolle spielt und sie deshalb einen Schwangerschaftsabbruch als Sünde wertet.

Nun wusste ich, dass sich der Mann bereits für einen Abbruch der Schwangerschaft entschieden hat, denn es gab für ihn keine religiös motivierte Barriere. Ich verstand, dass er nur aus Rücksicht auf seine Frau den Gedanken für einen Abbruch (noch) nicht aussprach. Er hoffte auf ein Argument für den Abbruch aus meinem Mund zu hören. Seine Worte zeigten, dass er ein mongoloides Kind nicht akzeptieren kann. Dazu passte seine Frage, was die Entwicklung eines mongoloiden Kindes auslöst. Seine Frage hieß aber, das erkannte ich wohl: „Wer ist Schuld an der Fehlbildung, der Mann oder die Frau“

Nun musste ich den Beiden die genetischen Details des Mongoloismus erklären. Als ich von Trisomie sprach, wollte der Mann wissen, ob sie eine Folge der männlichen Spermien oder des weiblichen Eies ist. Ich sagte ihnen in aller Deutlichkeit, dass daran sowohl das männliche Erbgut, als auch das weibliche beteiligt ist. Der Mann war mit dieser Erklärung zufrieden und sagte: „Darüber wollen wir gar nicht streiten, ich will von ihnen nur hören, dass Mongoloismus gar nicht heilbar ist.“

Trotzdem erklärte ich ihnen, wie eine Trisomie entsteht. Ich begann mit dem Hinweis, dass Chromosomen die sog. Erbinformationen in sog. Genen enthalten. Jede Körperzelle hat ein zweifaches Gen in einem Chromosom. Jedes Gen teilt sich für die Befruchtung, sodass jedes nur noch einfach vorhanden ist. Wenn sich nun eine Samenzelle mit einer Eizelle paart, dann entsteht wieder das zweifache Gen, jedoch mit anderen Eigenschaften.

Nun gibt es eine Anomalie wo sich eine Samenzelle oder eine Eizelle vor der Befruchtung nicht teilt, sondern gedoppelt bleibt, also 2 Gene mitbringt. Wenn sich nun ein gedoppeltes Gen mit einem regulär einfachen Gen trifft, dann kommen drei Gene zusammen, was diesem Konstrukt den Namen Trisomie gab. Das Chromosom 21 ist dann nicht nur einfach vorhanden, sondern dreifach, also hat das Kind einen trisomeren Satz = ein trisomeres Chromosom = eine Trissomie des Gens 21 = einen Morbus Down.

Der Morbus Down = die Trisomie 21 = das mongoloide Kind hat eine Anomalie, jedoch keine Krankheit. Statt 46 Chromosomen hat es 47.

Wenn ich sage, dass die Trisomie keine Krankheit, sondern eine Anomalie ist, heißt diese Aussage nicht, dass die Kinder immer kerngesund auf die Welt kommen. Sie bringen zum Beispiel nicht selten Ösophagusatresien und Hydronephrosen der Nieren mit auf die Welt.

Nach diesen Erklärungen sagte der Vater, nun wollen wir aber wissen, was an der Speiseröhre und an den Nieren zu reparieren ist. Und ich sagte: „Die Speiseröhre kann in der Regel folgenfrei rekonstruiert werden, denn der obere Abschnitt der Speiseröhre und der untere stehen in der Regel so nahe zusammen, dass sie problemlos miteinander vernäht werden können. Und die Fistel vom unteren Abschnitt zur Luftröhre ist in der Regel auch problemlos zu verschließen.

Problematisch an der Niere ist, dass die Stenose am Abgang des Harnleiters vom Nierenbecken schon während der embryonalen Entwicklung stenotisch ist und daher die Niere meistens schon zum Zeitpunkt der Geburt deutlich geschädigt ist. Aber, die Korrektur der Harnleiterstenose ist in der Regel auch problemlos zu beseitigen,

möglicherweise mit mikroskopischer Methode.

Nun stand der Mann auf und sagte kühn: „Jetzt haben sie uns alles gesagt, was wir für unsere Entscheidung wissen müssen“.

Die Frau blieb auf ihrem Stuhl sitzen und wollte noch über Operationskomplikationen sprechen. Nachdem ich darauf hingewiesen hatte, dass Schluckstörungen nach Operationen am Ösophagus keine Seltenheit sind, sagte ihr Mann: „Diese Probleme müssen wir doch gar nicht kennen, denn sie sind für unsere Entscheidung doch gar nicht <relevant>“. Die Blicke der beiden verhärteten sich, die Argumente und Gegenargumente wurden zunehmend verbitterter.

Nun musste ich mich entscheiden, denn einen Kompromiss der konträren Meinungen konnte ich nicht erwarten. Der Mann sagte ziemlich böse: „Das müssen wir jetzt doch nur noch mit Prof. xY,, dem Perinatalarzt besprechen“.

Jetzt wusste ich, dass der Meinungsstreit nur noch mit dem <principium contradictionis> gelöst werden kann. Es gab nur noch das <Entweder/Oder>. Ich musste mich

entscheiden: Entweder musste ich die Position der Frau verteidigen oder mich auf die Seite des Mannes stellen. Ich musste also das Wagnis auf mich nehmen, den Mann zu verärgern.

Aus heiterem Himmel kam mir nun aber der Zufall zu Hilfe. Der Mann machte ein paar Schritte aufs offene Fenster zu, schaute aus dem Fenster. Blitzschnell schob ich der Frau eine Zettel mit einer Telefonnummer zu. Sie verstand sofort, griff nach dem Zettel und schob ihn in ihre Tasche. Dann stand auch sie aus ihrem Stuhl auf und wir verabschiedeten uns. Der Mann wirkte sehr erleichtert und verabschiedete sich von mir mit einem Handschlag.

Am nächsten Tag rief mich der Mann an und erklärte, dass sie sich beide zum Abbruch der Schwangerschaft entschlossen haben. Er berichtete mir auch noch, dass sie beim Pränataldiagnostiker ein Pfarrersehepaar getroffen haben, das sich angesichts eines mongoloiden Embryos auch zum Schwangerschaftsabbruch entschlossen haben. „Durch ihre Entscheidung haben wir uns dann auch zum Abbruch entschlossen“, sagte er erleichtert. Das Pfarrersehepaar war

eine Woche zuvor zur Beratung bei mir. Ich konnte also zwei Abtreibungen trotz ausführlicher Gespräche nicht verhindern. Eine doppelte Niederlage!

Um so mehr war ich überrascht, als mich die Frau wenige Stunden später anrief und um ein Gespräch unter vier Augen bat.

Sie berichtete mir in diesem Gespräch, dass sie keinem Schwangerschaftsabbruch zugestimmt hat, vielmehr nach einem Gespräch mit ihren Eltern den Entschluss fasste, keinen Abbruch zu machen. Sie berichtete auch, dass sie beim Gespräch ihres Mannes mit dem Perinataldiagnostiker und dem Pfarrersehepaar nicht dabei war.

Die Frau kam schon am frühen Nachmittag und wollte mit mir nur nochmals über die Korrekturen der Fehlbildungen ihres Embryos reden. Sie wies mich darauf hin, dass ihre Eltern sich bereit erklärt haben, das Kind zu übernehmen, wenn ihr Mann große Schwierigkeiten machen werde.

Aus dem Gespräch konnte ich auch heraushören, dass sie bereits entschlossen war, „den Bruch mit ihrem Mann zu wagen“.

In Anwesenheit der Mutter und des Vaters der Frau erklärte ich nochmals, wie und mit welchem Erfolg die Korrekturen der Fehlbildungen durchgeführt werden können. Der Vater fragte aus Interesse oder Verlegenheit, vielleicht aber auch, weil er seine Profession unter Beweis stellen wollte, nach den Ursachen der Fehlbildungen. Die Mutter interessierte sich mehr für die Risiken der Operationen. Die schwangere Tochter wiederum, die sich wieder in die Obhut der Eltern begeben hatte, fragte nach den formalen Umständen der Operation und nach der Dauer der notwendigen Klinikaufenthalte.

Nach einem zweistündigen Gespräch war klar, dass ein Abbruch der Schwangerschaft aus religiösen Gründen keine Option ist.

Alle drei baten mich, die Anmeldung in unserer Frauenklinik zu organisieren. Zu ihrem Pränataldiagnostiker wollte die Frau nicht mehr gehen, obwohl schon ein Termin vereinbart war.

Bei der ersten Untersuchung in unserer Frauenklinik im 8. Monat wurde eine Querlage des Kindes festgestellt und auf die mögliche Entbindung durch Kaiserschnitt

aufmerksam gemacht. Die Frau stimmte widerspruchslos zu. Die weiteren pränatalen Untersuchungen lehnte sie mit dem Hinweis ab, „sie werde das Kind so gebären, wie es ist“.

Die weiteren Fragen betrafen nur noch die Termine. Die werdende Mutter legte großen Wert darauf, dass ich an diesen Tagen auch anwesend sein werde. In Anwesenheit der Mutter notierte ich die Termine in meinem Kalender.

Am vereinbarten Termin wurde der Kaiserschnitt in den frühen Morgenstunden durchgeführt. Das Kind wog 3890 Gramm, hatte bald gute, stabile Apgarwerte, musste jedoch mehrmals abgesaugt werden.

Die neonatologische Kollegin diagnostizierte einen <Herzfehler>, jedoch konnte sonografisch ein schwerer Defekt, besonders ein sog. <blauer Herzfehler> ausgeschlossen werden. Nachdem das Kind 2 Stunden im Blick auf die Herztätigkeit und Atmung stabil geblieben war, wurde es von den Kinderkardiologen zur Operation der Ösophagusatresie <frei gegeben>.

Drei Stunden nach der Entbindung lag das Kind zur Operation <auf dem Tisch>.

Zunächst führten wir einen speziellen, sehr dünnen Katheter ins linke Nierenbecken ein, damit die Niere entlastet wurde. Die Prozedur war wegen der Enge des Harnleiters am Abgang vom Nierenbecken schwierig.

Danach wurde der Brustkorb eröffnet, die ösophago-tracheale-Fistel hinter der Vena azygos identifiziert, freipräpariert, nach beiden Seiten hin abgenäht und durchtrennt. Jeder, der schon Ösophagusatresien operiert hat, weiß, dass es nicht einfach ist, den nur 1mm langen Fistelgang zum Ösophagus und zur Trachea abzunähen und zu durchtrennen.

Danach wurden die beiden Ösophagusstümpfe miteinander End-zu-End verbunden = anastomosiert.

Nach der Operation schaute ich das Kind näher an, denn es war suspekt, dass weder die Geburtshelfer, noch die Hebammen, noch die Neonatologen zum diagnostizierten Morbus Down etwas gesagt hatten. Ich fand bei der Untersuchung weder die bekannte quere Furche in der Hohlhand, noch die typischen mongolischen Schlitzaugen. Und der Anästhesist sagte zudem, dass ihm beim Intubieren keine übermäßig große, dicke Zunge aufgefallen ist.

Es fehlten alle äußeren Zeichen für einen Morbus Down.

Ich bezweifelte jetzt eine Trisomie 21, also einen Morbus Down, rief aber zum endgültigen Ausschluss eines Down-Syndroms noch einen Neonatologen an, der sich gründlich mit dem Down beschäftigt hatte.

„Kein Down“, sagte er trocken, „wie kommst du eigentlich auf diese Diagnose“?

Als ich ihm vom Ergebnis der Fruchtwasseruntersuchung berichtete bat er mich, doch noch ein kleines Gewebsstückchen zu entnehmen, damit die Diagnose Morbus Down endgültig ad acta gelegt werden kann.

Da das Kind noch nicht extubiert und die Narkose noch nicht endgültig beendet worden war, entnahm ich ihm eine kleines Stückchen Gewebe aus dem Ende der Incision an der Brustwand.

Wenige Stunden später rief er mich an, um mir knapp zu sagen: „Kein Down“!

Also fuhr ich direkt nach dem Anruf in die Frauenklinik, um der Mutter zu sagen: „Kein Down“. Diesen Triumph wollte ich schon für

mich verbuchen, denn ich hatte schließlich ein kleines bisschen dazu beigetragen, dass das Kind nicht <abgetrieben> worden war.

Beim Betreten des Aufwachraumes, der unmittelbar neben dem Kreißsaal lag, nahm ich, wie schon oft, den unangenehmen Geruch wahr, der zwischen Kernseife, Essig, Olivenöl und Kuhstall liegt. Es war der Geruch der Wöchnerinnen und ich musste jedes Mal Brechreiz unterdrücken.

In diesem Aufwachraum lag nun auch noch die Mutter des vermeintlichen Down-Kindes, das noch keinen Namen hatte. „Wie war`s“, fragte sie und ich durfte sagen: „Kein Down“! „Was heißt das“, fragte sie ängstlich und ich konnte ihr mitteilen, dass ihr Kind mit absoluter Sicherheit kein Kind mit Mongoloismus ist. „Kommen sie“, rief sie laut aus, sie haben einen Kuss von mir verdient“.

Ich stand <verdutzt> am Bett dieser Frau und konnte mich nicht zu ihr hinunterbeugen. In diesem Moment kam mir eine Schwester zu Hilfe, die sich um die Frau kümmern wollte. Ich verabschiedete mich rasch und war froh, als ich wieder <frische Luft> atmen konnte.

Ich hatte aber im letzten Moment ein glückliches Gesicht wahrgenommen, ein Gesicht, das besser mit <Glückseligkeit> beschrieben werden muss. Die Mutter des Kindes war in diesem Augenblick **glückselig**.

Das glückliche Gesicht kann nicht mit Worten beschrieben und mit Bleistift und Farben gemalt werden. Das <glückselige> Gesicht entzieht sich allen Worten, Stiften und Farben, es kann nicht beschrieben und nicht gezeichnet werden, es muss erlebt werden. Ich habe noch kein Bild, keine Skulptur gesehen, mit der Künstler das <glückselige> Gesicht einer Frau ausdrücken konnten. Nur die Kraft der Erlösung führt zur Komposition der <Glückseligkeit>.

Als ich darüber mit Monika, meiner Frau, sprach sagte sie: „Glückseligkeit ist wahrscheinlich der Zustand der absoluten Befriedigung, des vollkommenen Friedens, der vollkommenen Wunschlosigkeit, die höchste Empfindung, zu der Menschen fähig sind. Und ich fügte hinzu: „Die Übereinstimmung mit Gott“.

Die griechische Ethik spricht von <<Eudaimonia> und meint <das Glücksgefühl>, das der Mensch empfinden

darf, den die <Eutychia> (= die Gunst der Umstände und des Schicksals) umgibt. Die griechische Philosophie betont, dass nicht jede Person die Fähigkeit zur <Eudaimonia> in sich trägt, Eudaimonia vielmehr ein individueller, <Persönlichkeitswert> ist.

Wenn ich jetzt die griechischen Ethiker nochmals bemühen darf, so ist die Aussage wohl nicht vermessen, dass die Frau, die das falsch diagnostizierte Kind geboren hat, <den Wert des Lebens und die Bereitschaft ethische Werte anzuerkennen und zu verwirklichen schon immer in sich trug. Deshalb war sie auch zur <Eudaimonia> fähig. Sie hatte gegen den Willen des Mannes, gegen die Argumente des Pränataldiagnostikers, gegen die gesellschaftlichen Vorurteile die Schwangerschaft mit einem Kind ausgetragen, das als mongoloid bezeichnet wurde. Sie hätte auch ein Kind mit einem Down-Syndrom in ihre Arme, in ihre Sorge genommen. Dafür wurde sie mit der Fähigkeit zur Eudaimonia, der Glückseligkeit belohnt, auch wenn sie nur eine Weile in ihr verweilen durfte.

Sie durfte auch erleben, dass die Korrekturen der Fehlbildungen am Ösophagus und an der Niere gelangen und zu einem normalen Leben des Kindes führen konnten.

Zwei Wochen nach der Geburt und danach auch der Fehlbildungskorrekturen konnten wir das Kind zu seiner Mutter und auch dem Vater nach Hause entlassen. Als ich ihn sein Kind im Korb tragen sah, fragte ich mich, was der <Naturwissenschaftler und Techniker> dem Kind wohl sagen müsste, damit er bestätigen könnte, dass er die Dinge <real sieht>. Kann er wohl beruhigt schlafen, wenn er seinen Sohn sieht, kann er wenigstens im Geiste ein mea culpa sprechen.

Ende.

Die Gewalt (=der Einfluss) der Hormone und chemischen Substanzen

Julian war ein Titan, erst vierzehn Jahre alt, aber schon 1,81 Meter groß, athletisch gebaut, sportversessen. Die Schule war nicht sein Metier; er machte eine rückwärts-gewandte Karriere vom humanistischen Gymnasium zurück in die Realschule. Seine Eltern befürchteten, dass seine Schulkarriere noch nicht zum Ende gekommen ist. Richtig gut war er nur in den leichtathletischen Wurfdisziplinen. Die 7, 5 Kilokugel stieß er schon 11 Meter weit und die Diskusscheibe schleuderte er fast 40 Meter von sich weg. Er war der Star seiner Mitschülerinnen.

Bis ins 11. Lebensjahr war er kerngesund. Im Winter wurde er von einem Tag zum anderen müde, blass, appetitlos, lustlos, er bekam Schwindelattacken und Sehstörungen. Als Fieber hinzu kam, wies ihn der Hausarzt unter der Verdachtsdiagnose einer akuten Leukämie in die Kinderklinik ein. Zu dieser

Diagnose passte aber nicht, dass weder die Leber noch die Milz vergrößert war. Das Differenzialblutbild zeigte bald, dass die Leukozyten und Thrombozyten zwar knapp, unter dem Normwert lagen, jedoch keine Erythrozyten vorhanden waren. Eine Knochenmarkspunktion ergab eine drastische, selektive Verminderung der erythropoethischen Vorstufenzellen.

Damit war bewiesen, dass es sich nicht um eine Leukämie, sondern um eine <isolierte aplastische Anämie>, eine <Erythroblastophtise> handelte.

Die Ursache dieser Anämieform ist bis heute nicht bekannt. Experten nahmen einen hemmenden Einfluss von Substanzen wie Benzol, oder Arsen an, weil unter solcher Exposition einzelne Patienten beobachtet worden waren. Die kasuistischen Berichte in den Journalen begründeten die Vermutungen

Angeschuldigt wurden vor allem Antibiotika, Antiphlogistika, Anticonvulsiva. Es gab auch Berichte, die Virusinfekte und einen Mangel an Vitaminen verantwortlich machten. Postuliert wurden in Analogie zu familiären Anämieformen auch genetische Defekte und eine individuelle, wahrscheinlich genetisch

bedingte Prädisposition, die der Chef der Kinderklinik mit Lust immer wieder eine <Idiosynkrasie> nannte.

Da der Zustand Jonathans bedrohlich war, wurde trotz erheblicher Bedenken Frischblut transfundiert. Unter der Annahme, dass eine immunologische Komponente in der Pathogenese eine Rolle spielen könnte, wurde immunsuppressiv mit einer hohen Dosis Prednison behandelt.

Die Stationsärzte liefen in die Bibliotheken und blätterten Fachzeitschriften durch. Der gemeinsame Nenner ihres Studiums war <die Therapie mit Androgen>, einem männlichen Sexualhormon, das die spärlich erythropoetischen Zellen zum Wachstum und zur Vermehrung anregen sollen. Vor allzu großen Hoffnungen warnten die Schriften.

Die Therapie mit Androgen zeigte bei Jonathan aber, trotz der Skepsis, auch nach dem Abklingen des günstigen Einflusses des Frischblutes, das ihm transfundiert worden war, Wirkung auf sein Wohlbefinden. Die Erythrozyten stiegen langsam, aber stetig, und im Knochenmark konnten nach zwei Wochen mehr erythropoetische Vorstufen nachgewiesen werden.

Dieser günstige Verlauf dauerte aber nur 5 Wochen. Dann traten die selben Symptome sowohl im peripheren Blut und im Knochenmark wieder auf. Zunächst wurden jetzt die Dosen des Prednisons und Androgens auf Empfehlung des international bekannten Hämatologen Fanconi aus Zürich reduziert.

Zwölf Wochen nach Beginn der Behandlung kam es dann zu einem lebensbedrohlichen Ereignis. In der Nacht von einem Samstag auf den Sonntag, vier Stunden nachdem eine Frischblutkonserve <eingelaufen> war, traten Erstickungsanfälle auf. Jonathan wurde unter dem Verdacht eines Transfusionszwischenfalls rasch auf die Intensivstation gefahren, intubiert und beatmet.

Sieben Tage später wurden wir Chirurgen nach zwei misslungenen Extubationsversuchen um eine Tracheostomie gebeten. Bevor ich mit der Operation begann, führte ich eine Bronchoskopie durch und entdeckte eine weiche Einengung der unteren Trachea und von Stammbronchien. Das Bronchoskop konnte diese Enge jedoch passieren.

Röntgenaufnahmen in verschiedenen Ebenen (CT gab es damals noch nicht) demonstrierten eine erhebliche Hyperplasie des Thymus, das die Luftröhre und die Stammbronchien einengte.

Jonathan war nun zu einem chirurgischen Patienten geworden. Ich führte noch in der Nacht statt einer Tracheotomie eine totale <Thymektomie> durch. Der Patient konnte schon am Nachmittag problemlos extubiert werden.

Nach dieser Operation erholte sich Jonathan binnen 2 Wochen. Er benötigte in diesen zwei Wochen keine Transfusion. Nach einer weiteren Woche konnte die Therapie mit Androgen und Prednison schrittweise abgesetzt werden. Das periphere Blutbild und das Knochenmark erholten sich.

Ein halbes Jahr nach der Operation nahm er zum ersten Mal an einem großen Sportfest teil. Er gewann das Kugelstoßen und das Diskuswerfen, war am gleichen Tag 12 Jahre alt geworden.

Aus heutiger Sicht müssen wir die durchgeführte medikamentöse Therapie als Doping bezeichnen. Er war in dieser Zeit noch 9 cm gewachsen und hatte kräftige Muskeln

entwickelt. Als er wieder nach Hause kam, passte er in keine Kleider und keine Schuhe mehr hinein. Nun trainierte er in jeder freien Minute wieder auf dem Sportplatz. Das Leben hatte für ihn wieder einen Sinn. Nur die Schule spielte für ihn keine Rolle. Am Ende des Schuljahres musste er wieder die Hauptschule besuchen.

Mit 14 Jahren musste er wegen eines Lebertumors operiert werden. Der Oberbauch war vorgebuckelt und man konnte einen faustgroßen Tumor tasten. Er konnte schon vom Tastbefund her dem linken Leberlappen zugeordnet werden. Die präoperative Diagnostik erlaubte keine Zuordnung zu einer Tumorart, zudem waren alle Tumormarker negativ. Das blühende Aussehen Jonathans und das Fehlen von Lungenmetastasen sprachen gegen Malignität.

Intraoperativ war der Tumor auf den linken Leberlappen begrenzt. Er hatte nach rechts am Ligamentum falciforme eine Grenze.

Ich musste den Tumor bis zum Ligamentum falciforme entfernen. Die Histologie eines Schnellschnitts schloss Malignität aus.

Die postoperative Histologie des gesamten Tumors ergab die Diagnose: <Fokale Noduläre Hyperplasie> ohne Zeichen von Malignität, den man im medizinischen Jargon mit dem Kürzel <FNH> (= **Fokale , Noduläre Hyperplasie**) beschrieb.

Als ich diese Histologie las, erinnerte ich mich an eine Patientin, die wir 5 Jahre zuvor an einem Sonntag operieren mussten, weil sie nach einem Sturz eine Leberruptur bekommen hatte. Sie hatte auch die histologische Diagnose <FNH>. Diese Patientin hatte auch aus (anderer Begründung) eine kurze Androgenbehandlung bekommen. Deshalb lag es nahe, für die beiden Patienten als Ursache ihrer Tumorentstehung das Androgen zu verdächtigen.

Die Literatur berichtet auch über die Entstehung von <FNH>-Lebertumoren nach Androgen-Behandlungen. Die Literatur berichtet zudem, dass sich solche Tumoren oft spontan zurückbilden können (sofern sie nicht aus anderen Ursachen entfernt werden müssen: (siehe beide Fallberichte).

Die in der Literatur genannten <Fälle> stammen aus Beobachtungen von Frauen,

die Kontrazeptions-Mittel über Jahre eingenommen hatten.

Solche Tumore gab es angeblich vor der <Zeit der Pille> nicht. Sie sind also zivilisatorisch bedingt.

Meine Erfahrungen mit <FNH-Tumoren> sind spärlich, aber es gibt nur wenige Chirurgen, die mit solchen Tumoren konfrontiert wurden. Der wesentliche Grund für diese Beobachtung ist wahrscheinlich die Tendenz dieser Tumore zur spontanen Rückbildungsfähigkeit. Das Beispiel dieser Tumorentstehung ist ein Hinweis, was chemische und auch natürliche Prozesse durch die Kraft = Gewalt der Hormone pathologisch anrichten können.

Ende.

Die Gewalt der Angst

Als mir ein Kinderarzt das CT eines 4 Monate alten Säuglings zeigte geriet ich in emotionale <Aufregung>. Ich hörte meine Aorta klopfen und war **(emotional gerührt)**, denn ich hatte zuhause selbst einen 4 Monate alten Säugling. Meine Aufregung und Rührung galt nicht so sehr dem Säugling, sondern den Eltern. <Was müssen diese Eltern jetzt durchmachen>, fragte mein ganzer Körper; mit ihnen hatte ich jetzt Mitleid. Wie soll ich jetzt diesen Eltern gegenüberreten, denn der Kinderarzt erwartete ein Gespräch zwischen ihm, mir und den Eltern. Ich wusste, dass diese Eltern nun meine Zuneigung erwarten. Ich war jetzt ihre Hoffnung.

Nun musste ich mich wieder fassen, durfte meine Emotion gar nicht zeigen, denn von mir wird Hilfe verlangt, was Souveränität heißt. Ich wurde jetzt in die Pflicht genommen.

Das Bild zeigte eindeutig einen orangengroßen Tumor über der rechten Niere und eine sehr kleine Niere auf der linken Seite. Nach der bisher durchgeführten

Diagnostik, einschließlich der Tumor-Marker, handelte es sich um ein <N-myk-positives Neuroblastom>, das die obere rechte Brustwirbelsäule fast zirkulär umwachsen hatte. Die rechte Niere, deren oberer Anteil auch vom Tumor umwachsen war, drängte die Niere nach unten und die Leber nach oben. Es war also nicht zu erkennen, ob die rechte Niere angesichts der sehr kleinen linken Niere erhalten werden kann.

Ein anderer Aspekt war die Radikalität, die uns die Beziehung der Niere zum Tumor erlaubte. Die Frage nach der Radikalität betraf nicht nur die rechte Niere, die Leber und die untere Hohlvene, die auch mit dem Tumor verwachsen war. Hinzu kam die Vorstellung des pädiatrischen Kollegen, dass er Chemotherapie nur sinnvoll durchführen kann, wenn der Tumor total entfernt wird und die Chemotherapie nur zelluläre Reste am Wachstum hindern muss. Der Tumor war schließlich N-myk positiv, das MIBG-Szintigramm auch, und die Katecholamie bewiesen ein aggressives Neuroblastom.

Diese Befund-Komposition und die Tumorgroße (=die Tumormasse) sprachen für ein sehr bösartiges Neuroblastom, das

keine Chance auf spontane Rückbildungsfähigkeit hatte, die es bei Neuroblastomen immer wieder gab.

Die Argumentation des pädiatrischen Kollegen überzeugte mich, es musste radikal operiert werden, dessen Gelingen aber von den Verwachsungen des Tumors mit den Organstrukturen der Tumorumgebung abhängt.

Die biochemischen Messdaten, das histologische Ergebnis und das radiologische Bild sagten mir, dass diese Operation Schwierigkeiten mit sich bringen wird.

Angst hatte ich vor der Aufgabe nicht, aber ich wollte den Eltern und dem Kind helfen, war psychisch also <angespannt>. Wer vor einer Operation Angst hat, sollte das Operieren sein lassen. Jede Operation kann nur im Vertrauen auf die eigene Stärke, sein anatomisches, griffbereites Wissen und seine intuitive Kraft gelingen.

Zur Vorbereitung der Operation gehörte nun auch ein lupenreines, topnormales Bild der anatomischen Situation im eigenen Kopf. Deshalb führte ich in großer Geduld mit dem unruhigen Kind eine Sonografie von allen

Seiten seines Körpers durch, um viele Information in meinem Kopf zu speichern.

Mit diesen sonografisch gewonnen Bildern über die Topografie der Organe, die vom Tumor betroffen sind, ging ich in die Operation.

Es gelang, das Neuroblastom in toto und im Gesunden zu entfernen, obwohl ich an manchen Stellen nahe an die Strukturen des Tumors herangehen musste. Die Niere und der größte Teil der Nebenniere konnte geschont werden, die Untere Hohlvene wurde nicht verletzt, die Leber und die Wirbelsäule konnte vom Tumor befreit werden, wir konnten sogar zwei Tumorzapfen aus ihren Intervertebrallöchern befreien, ohne die aus den Intervertebrallöchern austretenden Nerven und Gefäße zu verletzen.

Obwohl ich ein gutes Gefühl hatte blieb am Ende die bange Frage nach den Folgen zurück, denn Präparationen in den Intervertebrallöchern sind kritische Teile der Operation. Wir können nie 100%-ig sicher sein dass die Gefäße und Nerven im Kanal der Wirbelsäule intakt geblieben sind. Wir haben zudem keinen eindeutigen Hinweis

auf die Architektur der Längsgefäße im Wirbelkanal.

Und diese bange Frage begleitet den Operateur viele Stunden lang.

Die Anästhesisten entschieden sich nach der 9 Stunden dauernden Operation, das Kind nicht zu extubieren, weil die Entfernung des Tumors auch mit einer Segmentresektion der Lunge verbunden war. Ich musste daher geduldig warten, bis die Beweglichkeit der Beine beurteilt werden konnte. Nachdem ich gegen 22 Uhr nochmals in die Klinik fuhr, um die Beweglichkeit der Beine zu beurteilen, fuhr ich gegen Mitternacht unerledigter Dinge wieder nach Hause, weil das Kind noch nicht extubiert war.

Ich schlief deshalb auch miserabel und fuhr schon um 5 Uhr wieder in die Klinik. Jetzt bewegte sich das Kind, öffnete sogar die Augen, bewegte aber die Beine nicht. Ich suchte die Anästhesistin, die Nachdienst hatte, und wir extubierten das Kind gemeinsam. Es bewegte beide Beine schon während des Extubationsmanövers. Jetzt fiel mir der Stein vom Herzen, die Operation war gelungen und ich konnte nach dieser Operation die 2 auf der Agenda des Tages

stehenden Operationen auch noch erledigen.

Dann fuhr ich nach Hause und legte mich wenigstens für eine halbe Stunde hin. Ich lag exakt 10 Minuten auf dem Sofa, als schon wieder das Kliniktelefon klingelte.

Ich wurde rücksichtslos aus einem Schlaf gerissen, der wenige Sekunden davor begonnen hatte. Die Klinik musste ein fünfjähriges Kind aufnehmen, das aus seinem Etagenbett gefallen war und sich einen Trümmerbruch der Ellbogenknochen zuzog. Eine konservative Reposition der Fragmente war nicht möglich, der Bruch musste operativ versorgt werden.

Da das Kind mit dem Trümmerbruch des Ellbogengelenks noch nicht in Narkose war, ging ich auf die Intensivstation und schaute nach meiner Patientin mit dem Neuroblastom.

Eine Viertelstunde später wurde ich zur Operation gerufen. Der Arm war grotesk verformt, die Finger waren als Zeichen einer Durchblutungsstörung teilweise blau, teilweise weiß verfärbt. Das bereits vorhanden Röntgenbild zeigte einen verschobenen Bruch des Ellenbogengelenks

und drei Knochensplitter, die frei im angrenzenden Oberarm lagen.

Es handelte sich um eine <y-förmige percondyläre Humerusfraktur>. Während ich das Bild anschaute, rief ein Pfleger in den Op-Saal: „Das Kind von gestern bewegt die Beinchen, Herr Professor, sie können beruhigt sein“. Er hatte seine Information von der Intensivstation, der er Material bringen musste, und wusste nicht, dass ich schon auf der Intensivstation war.

Die Reposition und die Fixation der Fragmente im Ellbogengelenk mit gekreuzten Kirschnerdrähten war mühsam und die drei Splitter am Oberarm mussten mit drei einzelnen dünnen Schrauben fixiert werden.

Nach dieser Notfalloperation führte ich die drei auf meiner Agenda stehende Operationen durch, orientierte mich auf der Normalstation über die dort liegenden Patienten und fuhr dann in die Frauenklinik, um der Mutter des Kindes mit dem Neuroblastom zu berichten, dass ihr Mädchen die Beine bewegen kann.

Nach mehreren Gesprächen mit der Sekretärin, mit drei Assistenten und den Stationsschwwestern sowie der Abendvisite

und der Fakultätssitzung war es bereits 20 Uhr geworden. Ich gestattete mir, jetzt nach Hause gehen zu dürfen. Ich ließ meinen alten BMW in der Tiefgarage stehen und ging zu Fuß nach Hause.

Diese Nachtsparziergänge, auf denen ich in der Regel keinem Menschen begegnete, waren für mich pure Erholung. Mein Gehirn hatte die Freiheit, zu denken was es wollte.

Heute war es Kierkegaard, der in meinem Gehirn arbeitete. Er war der Startgeber für die Existenzialphilosophie, der von der Theologie zur Philosophie kam. In seiner Schrift <Entweder Oder> erwähnt er Beispiele und kommt zu einem fassbaren Ergebnis, das dem Menschen Orientierung und Sinn geben kann. Er argumentiert mit dem Begriff der <Grundentscheidung>, welche die Frage nach der Existenz, die Frage „Wer will ich sein“ impliziert. In der Beantwortung dieser Frage kann sich der Mensch einem von drei <Grundgruppen> zuordnen: Dem sinnlich orientierten, mit seinen Sinnen die Welt erfassenden Genussmenschen, der das Körperliche, Materielle betont. Dem für Beziehungen Verantwortlichen, der <sein Selbst aber als ein Selbst definiert, das sich

zu sich selbst verantwortlich verhält. Dem Selbst, das sich von einem Ursprung her als etwas „Geschenktes“ versteht. Der Mensch, der sich von seinem Ursprung her versteht, überwindet den <Skandal des Seins>, den Skandal des Vergänglichen, der den Menschen **ängstigt**. Der Mensch kann sich (schon) in diesem Leben auf etwas Bleibendes, stabiles stützen, trotz Angst.

Nietzsche ist der Antipode zu Kierkegaard. Er erkennt die Verbindung und Abhängigkeit von „Daseinsformen“: Der Mensch kann sich als „Kamel“, „Löwe“ oder „Kind“ begreifen. Wenn er diese Daseinsformen in seiner Entwicklung durchläuft, wird er erst in der Daseinsform des Kindes zur Selbsterkenntnis des unabhängigen Individuums kommen, einem Individuum, das sich selbst versteht und begründet. Nietzsches Individuum ist unabhängig. Es braucht weder einen Ursprung, einen Gott, einen anderen Menschen. Konsequenterweise bleibt Nietzsche aber nicht. Im <Zarathustra> erkennt er doch die Verbindung, die Abhängigkeit seines Individuums von anderen Menschen, um den Skandal des Lebens zu bestehen.

Jaspers stellt sich zwischen Kierkegaard und Nietzsche. Er lehnt in seiner Schrift <Dasein und Existenz> zwar das Christentum ab, respektiert aber Religiosität und anerkennt „einen Ursprung“, aus dem das <Ich> hervorgeht. Er definiert Religiosität als Auseinandersetzung mit Grenzsituationen, in denen es gilt, Ängste zu überwinden, zu lösen. Er fordert den Menschen im Blick auf seine Endlichkeit zur „Selbstüberlegung“ auf und betont die „Selbstdefinition als Individuum“, trotz Endlichkeit. Die Lösung, die aus der <Selbstüberlegung> hervorgehen muss, muss etwas Bleibendes, Stützendes sein. Das Verhalten in Grenzsituationen, das immer mit Angst verbunden ist, muss Möglichkeiten des Verhaltens in die Zukunft aufzeigen, damit Ängste in der Zukunft besser bewältigt werden können.

<Selbstüberlegung> ist aber verbunden mit <Freiheit> des Denkens und des <sich Verhaltens>. Freiheit im Verhalten enthält jedoch immer auch das Risiko, des Verderbens.

Jaspers definiert <Verhalten> als das <Verknüpfungen herstellen> und Transzendenz als Produkt der <Selbst -

überlegung>, als <Überschreiten> (= Bewältigung) der Grenzsituationen.

Bei Jaspers wird deutlich, dass die Existenzialphilosophen, mit Ausnahme von Kierkegaard; zwar das Verhalten des Menschen analysieren, jedoch keine Hinweise für das Verhalten geben.

Dieser Mangel wird besonders bei Heidegger und Sartre deutlich. Sie philosophieren nur theoretisch, semantisch, in keiner Weise jedoch hilfreich für die Bewältigung des Lebens, für die Überwindung des <Skandals des Seins>, der Vergänglichkeit der Existenz.

Nirgendwo erkennt man in ihren Schriften die eigene Erfahrung mit der Angst des Lebens. Vielleicht spürte Heidegger wenigstens die Angst, als er nach dem Krieg erkannte, dass sein Nationalsozialismus ein Irrtum war.

Heidegger definiert Angst als <Befindlichkeit>, in der das Dasein durch eigenes Sein dem <Selbst> gezeigt wird. Wovor die Angst sich <ängstigt, ist das „in der Welt sein“.

Nach Sartre „ängstige ich mich in der Angst vor mir selbst“, vor meinen eigenen, durch

die Freiheit undefinierbaren, unvorhersagbaren Verhaltensmöglichkeiten.

Als ich selbst über meine Ängste nachdachte kam ich zu einem konkreten Bild: Es sagte mir, dass ich gelernt habe, Risiken zu erkennen und manchmal abrupt Lösungen zur Bewältigung der Risiken zu finden. Mein Gehirn sagte mir, dass ich als Kind zwar Ängste vor der Nacht, vor Hunden und Schlangen hatte, aber gelernt habe, wie und wann ich sie vermeiden konnte, wie ich ihnen aus dem Weg gehen konnte.

Im Studium machten mir die Obduktionen von verstorbenen Patienten große Sorgen, aber rational konnte ich Angst kompensieren, weil ich verstand, dass sie erforderlich sind, um Krankheiten zu verstehen.

Nach dem Staatsexamen wurde ich gefragt, welches Fach ich nun lernen will. Ich gab stets die Antwort: Ich kann mir alle Gebiete der Medizin vorstellen, mit Ausnahme der Chirurgie und der unästhetischen Gerichtsmedizin.

Favorisiert habe ich damals die Innere Medizin, sodass ich mir auch ein

Dissertationsthema aus der Inneren Medizin, speziell der Immunologie aussuchte.

Als ich in meiner Medizinalassistentenzeit verpflichtend ins Fach Chirurgie wechseln musste schlief ich eine Woche zuvor (maßlos) schlecht. Ich hatte Angst vor dem Versagen meiner Psyche, musste aber wechseln.

Diese Angst musste ich nolens volens überwinden, so dachte ich, begann meinen Dienst und fand rasch Gefallen an der Chirurgie, die neben einem kühlen Kopf auch manuelles Geschick forderte. Ich entschloss mich binnen einer Woche die Kunst der Chirurgie zu erlernen, denn in diesem Fach war ich <Zuhause angekommen>. Diese Entscheidung, Chirurg zu werden, hatte mit großer Wahrscheinlichkeit auch mit der (damals noch als inoperabel geltenden Krankheit meiner Mutter zu tun).

*(Meine Mutter erkrankte akut an einer Gelbsucht. Als Ursache wurde eine Galleabfluss-Störung im Gallengang festgestellt, die binnen 24 Stunden zu einer Gallengangsruptur führte, die akut operiert werden musste. Der Chirurg Dr. van Ladewig gab mir, statt mich über die Operation

aufzuklären, ein schon aufgeschlagenes Lehrbuch mit einer Beschreibung von den Folgen einer Gallengangsruptur, also über einen <Cholasgos> und verschwand mit dem Hinweis, dass er meine Mutter ohne Zeitverlust operieren muss. Ich saß in seinem Dienstzimmer und las im Buch den Satz: „Ein Cholasgos ist **inoperabel** und tödlich“.

Dieses Ereignis war der Start für mein Medizinstudium, obwohl ich schon 1 Semester Mathematik studiert hatte)*.

Ich begann also das Studium der Medizin, obwohl ich Angst vor dem psychischen Versagen hatte. Damals fragte ich mich auch, wovor ich denn Angst habe. Meine Angst, so erkannte ich, hatte mehrere Gründe: Ich hatte Angst einem Patienten schaden zu können (was man immer wieder in Zeitungen lesen konnte). Ich hatte Angst vor Fehlentscheidungen. Ich hatte Angst vor Misserfolgen. Ich hatte Angst vor unvermeidbaren Folgen eines Ursachen-Wirkungs-Mechanismus, dessen Steuerung einem aus der Hand geraten kann. Ich hatte Angst, dass man aus der Natur der Sache eine Sache nicht steuern kann, aber durch

die Profession zu einer Handlung verpflichtet wird. Und ich hatte Angst, dass man in Planungen Details einer Sache übersieht.

Als ich mein Spektrum der Ängste nochmals durchdachte, kam ich auf den Nenner, dass Angst schlicht und einfach eine Angst ist, in einen Mechanismus zu geraten, der aufgrund der Konstellation einer Sache gar nicht vermeidbar ist, niemand vermeiden kann.

Und trotzdem wollte ich Arzt werden.

Ich wusste nicht, warum ich trotz der geäußerten psychischen Versagensängste Arzt werden will. Meine Mutter sagte zu dieser Frage: Das ist dein <Helfer-Syndrom>, das ich schon seit langer Zeit kenne, du aber jetzt erst spürst.

Als ich dann nochmals Kierkegaard las, schlief ich zwar ein, erkannte jedoch, dass meine Mutter recht hat. Ich will Menschen helfen, deren Leben wegen Krankheiten erhebliche Nachteile bringt, was ich ungerecht fand.

Ein halbes Jahr nach dem Staatsexamen geriet ich in die <Gewalt der Angst>.

Eine Mutter entband in ihrem Heimatskrankenhaus einen kräftigen Jungen mit einem monströsen Lymphangiom des Halses und Gesichts. Der Tumor war doppelt so groß wie der Kopf des Kindes. Der Brustkorb war gar nicht gegen den Hals und das Gesicht abzugrenzen. Nase und Lippen waren nicht erkennbar, und das linke Auge war in lymphangiomatösen Massen versteckt. Der Kopf wirkte wie ein Kopf eines Zyklopen. Eine CT demonstrierte, dass das Lymphangiom weit in den linken oberen Brustraum reicht. Die linke Lunge war nach unten und hinten verdrängt, das Herz nach hinten gekippt. Ein derart voluminöses Lymphangiom hatte ich noch nie gesehen und auf keinem Bild abgebildet wahrgenommen. Es war ein Unikum.

Das Kind wurde nach der Entbindung ins nächst gelegene Kinderkrankenhaus gebracht. Der Kinderchirurg der Klinik erklärte sich sofort außerstande einen derart großen Tumor am Kopf und Hals zu operieren. Deshalb wurde das Kind sofort als Notfall in eine Universitätsklinik verlegt. Aber der Allgemeinchirurg, der Kinderchirurg, der HNO- und der Kieferchirurg lehnten eine Operation ab. Nun versuchten die Pädiater

den Tumor mit hochdosiertem Cortison zu verkleinern. Aber das Lymphangiom zeigte keine Tendenz kleiner zu werden.

Als das Kind eineinhalb Wochen alt war, rief der Pädiater der Klinik einen Kieferchirurgen in unserer Klinik an und bat um Übernahme. Er ließ sich umgehend ein Foto des Kindes schicken. Der Oberarzt unserer Kieferchirurgie sagte mit dem Hinweis zu, dass das Kind von seinem Chef und mir operiert werden kann. Das Kind wurde am nächsten Tag in unsere Abteilung für Kieferchirurgie verlegt. Als das Kind in der Kieferchirurgie ankam, wurde es ohne uns zu informieren in die Kinderchirurgie weiter gereicht und die Verlegung als Lapsus bezeichnet, weil Kieferchirurgie mit Kinderchirurgie verwechselt worden sei. Ich wusste von dieser Verlegung auch nichts. Als ich das Kind aber sah, nahm ich es zunächst bei uns auf, um dem Spuk ein Ende zu machen. Gleichzeitig rief ich den Chef der HNO-Klinik an, der vorschlug, das Kind im Team zu operieren.

Jetzt bereiteten wir nach einem Gespräch mit den Eltern, das Kind für eine Operation in zwei Tagen in unserer Klinik vor.

Das Kind musste, damit es intubiert werden konnte zunächst eine Tracheotomie bekommen. Um Zugang an die Trachea zu bekommen fing ich sehr früh an diesem Tag zu operieren an. Ich musste über einen Schnitt am Hals die versteckte Trachea suchen. Dazu musste ich den distalen Tumoranteil, der über dem Brustbein lag, bis aufs Brustbein spalten und den Spalt soweit verlängern, bis ich den Kehlkopf und die Trachea fand. Dann konnte ich die Tracheotomie durchführen, sodass die Anästhesisten intubieren konnten. In der selben Zeit erwartete ich den Chef der HNO-Klinik, der versprochen hatte, mit mir im Team das Kind zu operieren.

In einem Telefonat mit der HNO-Klinik erfuhr ich, dass kein Kollege etwas von einer solchen Operation wusste. Ein Anruf in der Kieferklinik führte zum selben Ergebnis, jedoch zur Information, dass der Chef der HNO-Klinik seit zwei Tagen auf einem Kongress in Köln ist.

Nun lag die ganze Verpflichtung bei mir. Und das Kind war schon intubiert. Es gab kein Zurück mehr .

So lange ein Assistent und der Saal-Pfleger das Kind lagerten, desinfizierten und mit sterilen Tüchern abdeckten, schaute ich in einem Lehrbuch die Anatomie und Topografie des Kopfes von der Schädelbasis bis zum Hals an. Den größten Teil der Anatomie kannte ich, weil ich immer wieder die Verläufe der Hirnnerven studiert habe.

Dann fing die Operation an. Ich wusste an welchen Punkten ich mich orientieren konnte, welche Strukturen ich der Reihe nach aufsuchen, identifizieren und anschlingen wollte: Die Vena jugularis externa mit ihren großen Seitenästen, die Rami musculares der kurzen Halsmuskeln, die Nervi supraclaviculares posteriores et anteriores. Dann suchte ich den Ansatz des M. sternocleidomastoideus am Schlüsselbein, trennte ihn ab und klappte ihn, wie im anatomischen Präperierkurs gelernt, hinter die Ohrmuschel hoch. Das hört sich einfach an, ist aber nicht leicht, diesen Muskel in den lymphangiomatösen Geschwulstmassen zu finden.

Anschließend konzentrierte ich mich auf die Suche nach dem M. omohyoideus, dem M. scalenus ventralis ventralis, den vorderen

langen Halsmuskel und der hinteren Gruppe der Halsmuskeln. Alle diese Muskeln mussten identifiziert und aus ihren teils harten Verwachsungen mit den ektatischen, blasigen und plattenförmigen soliden Lymphgefäßen herauspräpariert werden. Nach eindeutiger Identifikation konnte auch die Arteria carotis communis mit ihren großen Ästen und die Vena jugularis interna freipräpariert und angeschlungen werden.

Schwierig gestaltete sich das Aufsuchen der Schilddrüse und des haardünnen Stimmbandnerven. Beide Strukturen waren total vom Lymphangiom umwachsen und verdrängt. Den Nervus recurrens konnte ich nur mikroskopisch identifizieren.

Jetzt kamen die Nerven des hinteren und vorderen Halsdreiecks an die Reihe: In der Nachbarschaft des Schlüsselbeines wurde die Arteria subclavia eingebettet und versteckt in einem enormen lymphangiomatösen Gewebe gefunden. In der Nähe konnte auch der Plexus brachialis, ein Bündel von Nervenbündeln, identifiziert werden. Die zahlreichen Nerven und Nervenzweige mussten schrittweise aus den blasigen und fasrigen Tumormassen

präpariert und sauber, ohne Rückstände zu hinterlassen, dargestellt werden.

Vom hinteren Halsdreieck aus fanden wir die Nervenäste der Nervi cervicales, die berühmte Ansa hyperglossi, den Nervus glossopharyngeus mit seinen Verzweigungen, besonders den Nervus laryngeus superior, den Stamm und die Äste des Nervus hypoglossus.

Bis hierher hatte die Operation schon 5 Stunden gedauert.

Als ich in mühsamer Präparation endlich den M. stylopharyngeus gefunden hatte, konnte ich die Parotisdrüse und ihren Speichelgang aus den Blasen und harten, teilweise verkalkten Gewebsplatten des Lymphangioms schälen.

Bevor ich mich der Präparation des Gesichts zuwandte suchte ich den Nervus vagus entlang der Arteria carotis und des Nervus phrenicus auf dem M. scalenus ventralis. Jetzt trug ich den bisher in toto herauspräparierten Anteil des Tumors ab, weil er die Übersicht störte. Ich war überrascht, wie wenig Lymphe aus dem

abgetrennten Lymphangiomanteil floss, ein Hinweis, dass der größte Teil solide ist.

Nun wandte ich mich der Präparation des Gesichts zu. Ich orientierte mich am Ansatz des M. sternocleidomastoideus am Schädel, hinter der Ohrmuschel. Ich vergewisserte mich nochmals, dass der Nervus hypoglossus und der Nervus glossopharyngeus unverletzt geblieben sind. Dann präparierte ich die teils schon präparierte Ohrspeicheldrüse aus den Lymphangiommassen. Dabei stieß ich auf den Ramus marginalis mandibularis und hinter dem Ohr auf die Äste des Nervus auricularis magnus.

Da inzwischen Lymphe aus dem Brustraum quoll, konnte ich meine ursprüngliche Absicht, den thorakalen Anteil des Lymphangioms zunächst zu belassen nicht weiter verfolgen. Ich präparierte daher entlang der Arteria carotis communis und der Vena jugularis interna unter Beachtung des Nervus vagus und des Truncus sympathicus sowie des Nervus phrenicus hinter dem Schlüsselbein in den Brustkorb hinein. Als ich ein breites Septum des thorakalen Lymphangioms fassen konnte, kam mir eine

günstige Anatomie zu Hilfe. Das Lymphangiom war hier nur gering mit der Lunge, dem Thymus und anderen Strukturen verwachsen, sodass ich den Tumor en bloc aus dem Brustraum in den unteren Halsbereich ziehen konnte. Am stärksten war er mit der Rückseite des Brustbeins und der Luftröhre verwachsen. Nach dem Lösen des Lymphangioms vom Brustbein und der Lungenspitze konnte der Tumor derart günstig luxiert werden, dass die Trachea übersichtlich dargestellt werden konnte. Da die Verwachsungen des Tumors nur die Vorderwand der Luftröhre betrafen, konnte er ohne Risiko für den Stimmbandnerven abgelöst werden. Die Präparation war trotzdem nicht ganz leicht, weil der Aortenbogen und die Arteria subclavia die Übersicht störten. Die Ablösung des Lymphangioms von der Luftröhre gelang aber vom Hals aus bis hinunter zur Teilung der Luftröhre in die beiden Hauptbronchien. Die ständige Angst, doch noch den Stimmbandnerven oder ein Gefäß zu verletzen wich erst, als ich mit gutem Gewissen sagen konnte, dass der Brustraum jetzt vom Lymphangiom befrei ist.

Nun erwartete ich auch eine Normalisierung des eigenen Herzens, denn ich spürte ständig das verstärkte Pochen der Aorta.

Was dieses ungestüme Pochen und Schlagen des Herzens bedeutet, können Messdaten aussagen. Ein Oberarzt der Anästhesie maß bei einer schwierigen Operation den Puls und den Blutdruck an meinem linken Bein. Der Blutdruck schwankte während der Operation zwischen 220 und 130 mm Hg. Zudem maß er eine Tachykardie mit einem Puls zwischen 190 und 178 Schlägen über eine stundenlange Messphase. Solche Werte sind gesundheitsschädlich.

Ich erlebte einen Kollegen, der während einer strapazierenden Operation einen Schlagabfall erlitt und wenige Tage danach an einem Herzinfarkt starb.

Chirurgen kennen diese Folgen der Belastung, aber sie können die Belastung nicht vermeiden. Die Vermeidung wäre eine Aufgabe der Politik, die sich aber für solche Probleme nicht interessiert.

Als wir den beschriebenen Schritt unserer Operation hinter uns hatten, wechselte ich ein paar dankbare Blicke mit der

Instrumentierschwester. Sie sagte mitleidend: „Professor, jetzt dürfen sie aber wieder ein paar Worte sprechen, sie haben jetzt 6 Stunden lang kein einziges Wort gesagt“. (Die ganze Operation hatte bisher 12 Stunden gedauert).

Wir waren aber noch gar nicht fertig. Ich musste mich jetzt noch um das Gesicht des Patienten kümmern.

Ich begann die Korrektur an der tastbaren Kinnspitze und löste von hier aus den M. mylohyoideus, die Glandula submandibularis und die Arteria sowie Vena facialis aus den Lymphangioglioblastenmassen. Ventral des M. mylohyoideus traf ich auf die beiden Muskelbäuche des M. biventer mandibularis, das Zungenbein und den M. stylopharyngeus. Jetzt wusste ich, dass die Präparation dieser Muskeln und des Zungenbeins für den Nervus glossopharyngeus, den Nervus vagus und den Nervus accessorius gefährlich werden kann. In zeitraubender Präparation löste ich das Lymphangiom Schrittchen für Schrittchen von den Strukturen dieser Region und konnte erst wieder durchatmen, als ich

die genannten Nerven einwandfrei identifiziert hatte.

Anschließend spaltete ich den Zungengrund in der frei präparierten Raphe von der Kinnschuppe bis zum Zungenbein, weil ich wusste, dass ich hier mit keinem Nerven konfrontiert wurde. Das Lymphangiom, das hier besonders hart mit der Muskulatur verwachsen war konnte jetzt sowohl in die Zungenmuskulatur hinein als auch nach der Seite gelöst werden. Mit der Präparation in die Zungentiefe konnte der Musculus genioglossus, in den die Lymphangiomblasen diffus hineingewachsen waren unter Schonung der Äste des Nervus lingualis vom Tumor befreit werden. Mit der Präparation zu Seite hin wurden der M. genioglossus und der M. hyoglossus unter Beachtung der Äste des Nervus hyoglossus vom Tumor befreit. In der Region des M. hyoglossus und des M. styloglossus wurde die Präparation durch die vielen Äste des Nervus lingualis, des Nervus glossopharyngeus und des Nervus hypoglossus erheblich erschwert. Die Präparation gelang nur mikroskopisch. Die Struktur, die uns führen konnte, war das Zungenbein. Bei seiner Darstellung

erkannten wir, dass das Lymphangiom unterhalb des seitlichen Zungenbeins in die Tiefe wuchs und den Nervus laryngeus superior in sich vergrub. Mühsam konnte dieser Nerv mit seinen vielen Verzweigungen präpariert werden. Dazu musste allerdings die Membrana hyothyroidea unterhalb des Zungenbeinkörpers eingekerbt werden, um ausreichende Übersicht erreichen zu können. Bei diesem Operationsschritt erkannten wir, dass der hier besonders solide Tumor seitlich auch in die Muskulatur des Pharynx und des Larynx eingewachsen war.

Nachdem wir diese Region mühsam ausgeräumt hatten, führten wir die Präparation zum Gesicht hin weiter. Wir begannen in der Region, wo der Nervus glossopharyngeus den M. stylopharyngeus und den M. cephalopharyngeus kreuzt. Dabei gerieten wir in die Tonsillenbucht, in der sich ein kastaniengroßer lymphangiomatöser Knäuel befand. Um Übersicht zu erreichen, mussten wir die Tonsille entfernen.

Jetzt konnten wir diese Region verlassen und den Tumor, der eine breite, derbe Gewebsbrücke zu den traubigen

Veränderungen in der Gesichtsmuskulatur aufwies, unter Beachtung des Parotisdrüsenganges aus dem M. buccinator, dem M. masseter und den Muskeln, die das Auge umgeben, herauspräparieren. Im Vergleich zur bisher durchgeführten Präparation gelang dieser Schritt erstaunlich leicht, weil zwar traubige Blasen diffus zwischen den Muskelfasern wuchsen, jedoch nur geringfügig verwachsen waren. Die breiten Septen, harten Knäuel, und dichten Platten, die uns bisher das Präparieren erschwerten, fehlten. In gleicher Weise war es verhältnismäßig einfach, das Lymphangiom von der harten Platte der Fascia temporalis oberhalb der Ohrmuschel und der Schläfenregion zu befreien.

Nach 12 Stunden hatten wir <das Werk> vollbracht. Die Schwestern und Assistenzärzte waren nach 8 Stunden schon ausgetauscht worden, aber der Anästhesist und ich mussten weiterarbeiten. Ich bemerkte den Wechsel erst, als mir eine Schwester den Schweiß von der Stirn wischte und einen neuen Mundschutz umband.

Nun mussten wir noch die eröffneten Logen des Halses und des Gesichtes schließen,

sorgfältige Blutstillung durchführen, die paar abgetrennten Muskeln wieder inserieren und die überdehnte, an manchen Stellen nicht ideal durchblutete Haut so verschließen, dass eine seitengleiche Kopfform resultierte. Zusammen mit dem Pfleger modelliert ich dann noch einen Kopfverband an, der dem Gesicht Form geben musste.

Nun begann für mich als Operateur wieder eine lange Wartezeit, bis ich feststellen konnte, ob das Kind alle Muskeln des Gesichts, des Halses, des Nackens, der Hände und die Zunge bewegen kann.

Die Extubation konnte erst nach 3 Tagen durchgeführt werden, sodass die genannten Funktionen erst nach 3 Tagen festgestellt werden konnten.

Am 5. postoperativen Tag konnte mir erst der Stein vom Herzen fallen, als ich sah, dass das Kind alle Funktionen ausführen, also auch die Zunge bewegen kann.

Ende.