

Inhaltsverzeichnis

(nach Themen geordnet)

	<u>Seite</u>
Prolog	
1. Thema: <i>Ist das gut durchdachte hippokratische Arztbild überholt?</i> -----	10-17
2. Thema: <i>Meine Doktorarbeit und erste Erfahrungen als Medizinal-Assistent in Innerer Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/ Geburtshilfe.</i> -----	18-31
(a) <i>Das Thema meiner Doktorarbeit und Ergebnisse</i> -----	18
(b) <i>Erste überraschende Erfahrung am Krankenhaus in Tettnang</i> -----	22
(c) <i>Die Zeit in der Inneren Medizin und der erste Tag im Krankenhaus Tettnang mit meinem ersten Nachtdienst</i> -----	22
(d) <i>Die Zeit im Pflichtteil Chirurgie</i> -----	30
(e) <i>Die Zeit im Pflichtteil Gynäkologie/Geburtshilfe</i> -----	31
3. Thema: <i>Meine Erfahrungen in der Chirurgie in Tübingen</i> -----	32-39
(a) <i>Erste Erfahrungen in der Kinderchirurgie</i> -----	32
(b) <i>Am Krankenhaus Tettnang fühlte ich mich wohl, in der Kinderchirurgie in Tübingen wehte jedoch ein anderer <Wind></i> -----	33
(c) <i>Die Anfänge und die strapaziöse Arbeit an meiner Habilitationsarbeit</i> -----	34
(d) <i>Eine schwierige Situation, personelle Spannungen, Flach suchte eine Lösung</i> -----	36
4. Thema: <i>Der Anruf von Professor Flach: Er brauchte einen "neuen OA" und wollte mich für diese Position gewinnen. Ich wollte aber Lungenchirurg oder Unfallchirurg mit Handchirurgie werden. Meine Frau Monika fand einen Kompromiss</i> -----	39-40
5. Thema: <i>Meine Zeit als Leitender OA in der Kinderchirurgie Tübingen</i> -----	40-42
6. Thema: <i>Der Abschied von Tübingen</i> -----	42-44
7. Thema: <i>Die Entwicklungen der Chirurgie</i> -----	44-48

8. Thema: <i>Der Arzt, Chirurg und Chefarzt der <Kinderklinik auf der Bult> Hannover-----</i>	48-58
9. Thema: <i>Der Arzt, Chirurg und Hochschullehrer der Universität Tübingen -----</i>	58-66
10. Thema: <i>Die Wahrheit der Diagnose, besonders der Diagnose einer unheilbaren Krankheit-----</i>	67-76
11. Thema: <i>Korrekturen und Ergänzungen: Gespräch mit einem Vater, der IT-Forscher ist, dessen Sohn mein Patient mit einem Schädel- Hirn-Trauma wurde-----</i>	76-79

Epilog

oo

Inhaltssverzeichnis

(mit speziellen Inhalten)

1. Thema: Ist das gut durchdachte hippokratische Arztbild überholt?

- *Gespräche mit einer unheilbar kranken Patientin.
- *Die Biologie und Pathophysiologie des Menschen ist nicht eindimensional oder dreidimensional, sondern vielschichtig.
- *Erinnerungen an das Medizinstudium. Neugier, aber auch Enttäuschungen. Was hat das Medizinstudium mit der Versorgung von Patienten zu tun? Hat uns das Studium den Umgang mit Patienten gezeigt?
- *Der Verzicht des Studenten und die pure Neugier.
- *Die Rolle des Arztes in der Arzt-Patienten-Beziehung.
- *Die Unsicherheit der Ärzte in der Therapie der resistenten Schmerzbekämpfung.
- *Das rationale und irrationale Verständnis der Patienten in Diagnostik, Therapie und Prognose.
- *Die unbedingte Verpflichtung des Arztes zur Hilfe.

2. Thema: Meine Doktorarbeit und erste Erfahrungen als Medizinalassistent in Innerer Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe.

- *Das Dissertationsthema, die Ergebnisse der Doktorarbeit und die außergewöhnliche Geschichte, die zu meiner Promotion führte.
- *Einarbeitung in die Immunologie, Nachweis lymphozytärer Zellen, Nachweis von Antikörpern nach Immunisierung mit der Methode der PCR (=Polymerase-Chain-Reaction) und dem ELISA-Test.
- *Forschung zwischen Erfolg, Zweifel und Mißerfolg. "Mut Herr Student", sagte der Chef der Inneren Medizin, als ich ihn nach einem Thema für eine Doktorarbeit fragte.
- *Der 1. Tag als frisch examinierter Medizinalassistent im Bereitschafts- und Nachtdienst mit der simultanen Verantwortung für Patienten der Inneren Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe in Tettnang.
- *Meine erste Episiotomie (=Dammschnitt) im Nachtdienst.
- *Operative Versorgung von tiefen Schnittwunden und anderen Verletzungen im Nachtdienst.
- *Erwachsene und Kinder mit Bauchschmerzen im Nachtdienst, DD von Appendizitis und Schwangerschaft.
- *Die Diagnostik und therapeutische Überlegungen bei multimorbidem Patienten.
- *Meine erste Appendektomie mit gleichzeitiger Entfernung eines Meckel'schen Divertikels bei einem 17-jährigen Mädchen mit Verdacht auf Schwangerschaft.
- *Streit mit der Mutter dieses schwangeren Mädchens.
- *Sr. Eva führte mich in die Techniken der Narkoseeinleitung, der Intubation, der

Narkoseführung und der Narkoseausleitung ein. Sie war eine begnadete Pädagogin mit einer <enormen> Empathie.

*Das Angebot, später OA in der Tettnanger Chirurgie zu werden.

*Meine erste Resektion einer großen Ovarialzyste.

*Die erste Ausschabung des Uterus nach einer Fehlgeburt.

*Meine erste Hysterektomie bei Myomatose des Uterus.

*Bei Wundversorgungen, Appendektomien, Herniotomien, dem Anlegen von Thoraxdrainagen assistierte mir OA Dr. Kistler mit Geduld.

*Vorbilder im Krankenhaus Tettnang waren Dr. Gessler und Sr. Hildegard (aus der Inneren Medizin), OA Dr. Kistler (aus der Chirurgie), Chefarzt Dr. Eberle (aus der Gynäkologie/Geburtshilfe) und Sr. Eva (die als erfahrene Schwester die Anästhesie am Krankenhaus organisierte und leitete).

3. Thema: Erste Erfahrungen in der Chirurgie in Tübingen.

*Am 1. August 1968 begann meine Weiterbildung in der Tübinger Kinderchirurgie.

*Wer war mein Chef in dieser Abteilung? Professor Dick sagte: "Flach operiert außergewöhnlich vorsichtig und er ist ein <Kauz mit Ecken und Kanten>.

*Am Krankenhaus Tettnang fühlte ich mich wohl, in der Tübinger Chirurgie, besonders in der Kinderchirurgie, wehte jedoch ein anderer <Wind>.

*Eine schwierige Situation: Spannungen zwischen dem kinderchirurgischen OA Dr. Mildenberger und mir. Seine <Eifersucht> war unbegründet, aber ich hatte, besonders im Blick auf die Versorgung von Frakturen, oft eine andere Meinung als er. Flach suchte nach einer Lösung und fand eine Lösung.

*Der Wechsel von der Kinderchirurgie in die Allgemeinchirurgie, OA Geisbe wurde mein Lehrer für die Durchführung von großen Operationen in der Erwachsenenchirurgie. Er führte mich mit einer <außergewöhnlichen> Didaktik ins Operieren ein. "Wer ein Operationsverfahren nach dreimaliger Assistenz nicht begreifen kann, der soll den Wunsch, Chirurg zu werden, an den Nagel hängen."

*Danach erfolgte mein Wechsel von der Allgemeinchirurgie in die Unfall- und Handchirurgie. OA Veihelmann wurde mein Lehrer und war ein guter Diadaktiker.

*Zum Schluß meiner Weiterbildung <zum Facharzt für Kinderchirurgie, Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie mit Handchirurgie> arbeitete ich noch 7 Monate auf der Herz-Gefäß-und-Thoraxchirurgie. In dieser Sparte der Chirurgie interessierte mich besonders die Lungenchirurgie.

*Nach dieser breiten Weiterbildung machte ich die Facharztprüfung und wurde von der Ärtekammer zum <Facharzt für Kinderchirurgie, Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie> ernannt. Eine solche Facharztkonstellation war damals in der Bundesrepublik einmalig.

*Nun fasste ich den Entschluss, mich zum Lungenchirurgen oder Unfallchirurgen mit Handchirurgie zu spezialisieren.

==> Aber es kam anders!

4. Thema: Professor Flach brauchte einen "neuen OA."

*Wir suchten einen Kompromiss, denn ich wollte gar nicht in die Kinderchirurgie zurückkehren(vgl. dazu meinen Entschluß, siehe oben).

5.Thema: Meine Zeit als Leitender OA der Kinderchirurgie in Tübingen.

*Ich konnte meine Habilitation fortführen. Experimente und Ergebnisse.

*Mein erster Patient mit einer Extrahepatischen Gallengangsatresie (=EHGA).

*Meine erste Leberpunktion zur Gewinnung einer histologischen Diagnose.

*Ich gründete ein Forscherteam mit Embryologen, Pathologen, mir selbst und meinen Doktoranden/Doktorandinnen.

*Die Anfänge meiner Habilitationsarbeit: Eine experimentelle Studie zur Embryologie und Histologie des Gallewegsystems, die Untersuchungen zur Bedeutung des Mesenchyms für die Entwicklung des normalen Gallengangssystems und der Extrahepatischen Gallengangsatresie.

*Das Ergebnis: Die EHGA ist eine Hemmungsfehlbildung. Dieses Ergebnis war ein Novum und wurde international respektiert, nachdem ich es in einer englischsprachigen Zeitschrift veröffentlicht hatte. Für diese Publikation bekam ich den Jahrespreis des Journals.

*Experimentelle Studie zur Galleableitung aus der Leber, trotz EHGA.

*Meine Habilitationsschrift mit der Darstellung der Grundlagen für eine Galleableitung bei EHGA und mit der Beschreibung einer sog. "Erweiterten Hepatporto-Jejunostomie (=EHPE)". Der Japaner KASAI sagte: "Your procedure isn't a <KASAI-Procedure>, call it a <Schweizer Procedure> or even an <Extended hepatporto-jenunostomie." Später erfuhr ich, dass KASAI nach unserer Begegnung in Berlin auch eine solche Präparation der Leberpforte praktizierte, jedoch darauf hinwies, dass (ich zitiere wörtlich) "der Eingriff nach Schweizer nur mikrochirurgisch von erfahrenen Operateuren durchgeführt werden soll. This procedure is very risky."

*Die erste EHPE bei einem Kind mit EHGA. Teilnahme von Gästen aus Liverpool, Paris, Brüssel und Padua.

*Zweifel an meiner Wahl, Chirurg zu werden.

6 .Thema: Der Abschied von Tübingen.

*Ein Abschiedsgespräch mit meinem Chef Professor Flach. Er schenkte mir zwei Grafiken, in denen er die Entwicklung der Tübinger Kinderchirurgie unter meiner Aera als Leitender OA festgehalten hatte.

*Er lud mich zum Abschied ins Museum ein und hatte auch Mitarbeiter der Klinik eingeladen, mit denen ich eng zusammengearbeitet habe: Die Op-Schwestern, die Leitende Stations-Schwester, den OA Geisbe aus der Allgemeinchirurgie und den Dr. Reifferscheid, den ich ihm als meinen Nachfolger vorgeschlagen hatte.

*Am Morgen des Tages meiner Abreise musste ich noch ein frühgeborenes Kind mit

einer klassischen Ösophagusatresie operieren, weil mein Nachfolger, der OA Dr. Hoffmann, einen fieberhaften Schnupfen bekommen hatte.

7. Thema: Entwicklung der Chirurgie (im Verlauf von Jahrhunderten)

*Asepsis und Anästhesie, zwei Stichworte, die sich zum Segen für die Menschheit herausgestellt haben.

8. Thema: Der Arzt, Chirurg und Chefarzt der Kinderchirurgie der <Kinderklinik auf der Bult Hannover>.

*Höhepunkte in der Chirurgie dieser Klinik: (a) Die Operation des Klassenprimus Franz, der über einen Gartenzaun mit spitzigen Stäben klettern wollte, dann aber ausrutschte und sich einen Spieß durch den Hals, den Kehlkopf, die Schädelbasis bis ins Gehirn gestoßen hatte. (b) Die Operation von Roland Nötel, der sich die rechte Hand an einer Kreissäge abgesägt hatte. (c) Die Operation des frühgeborenen Kindes Jan-Henrike, das bei der Geburt nur 650 gr wog, einen persistierenden Ductus Botalli hatte und mit 100% Sauerstoff beatmet werden musste. Die Folge war eine Erblindung. Die Eltern forderten trotzdem eine Operation des "Winzlings", wie die Schwestern der Intensivstation das Kind nannten. Die Operation und Narkose gelang, das Kind überlebte und ist heute 35 Jahre alt. Ihr Dank für mich bleibt mir unvergessen!

9. Der Arzt, Chirurg und Hochschullehrer an der Universitäts-Klinik Tübingen

*Ich will auch zu diesem Thema nur ein paar Höhepunkte aus dieser Zeit erwähnen: (a) Die Operation des rituell im Urwald ausgesetzten Kindes HOPE aus der afrikanischen Republik Dahomey (=heute: Benin genannt) mit einer <verschleppten> Gastrochisis und 12 Darmfisteln durch die Bauchdecke. (b) Die Operation des 8-jährigen Kindes Wassja aus St. Petersburg, der schon in St. Petersburg mit der Diagnose <Morbus Hirschsprung> operiert worden war, aber danach trotzdem keinen Stuhl entleeren konnte. Es entwickelten sich 19 Fisteln vom Darm durch die Bauchdecke. Ein Kollege aus einer Klinik in St. Petersburg hatte das Kind im Alter von 8 Jahren (aus Verzweiflung) in unsere Klinik geschickt. Wir wiesen bioptisch einen Morbus Zuelzer (siehe Text) nach und mussten uns eine in den Operationsatlanten noch nicht beschriebene Rekonstruktion des Darms <einfallen lassen>. Das Verfahren beschrieb ich im Text (siehe dort). (c) Erwähnen möchte ich noch eine schwere thorakale Verletzung, die sich ein 6-jähriges Kind zuzog, als es von einem umstürzenden Garagentor erschlagen wurde. Der rechte Stammbronchus war am Abgang von der Trachea und die rechte Bronchus-Arterie vom Truncus pulmonalis abgerissen. Die rechte Lunge war schwer gequetscht. Er wurde von einem Notarzt geschickt intubiert, sodass zum Glück nur die linke Lunge beatmet wurde. Den rechten Pleuraraum drainierte er provisorisch mit einer modifizierten Bülaufdrainage, um einen Pneumothorax zu vermeiden. Auf diese Weise primär versorgt wurde er an einem

späten Samstagabend zu uns gebracht. Wir konnten in einer mehrstündigen Operation den Bronchus wieder an die Luftröhre annähen und die dazugehörende Arterie an den Gefäßtruncus. Der Junge überlebte den Unfall, den erheblichen Blutverlust, die lange Narkose und Operation.

10.Thema: Die Wahrheit der Diagnose, besonders der Diagnose einer unheilbaren Krankheit.

*Hier geht es um die grundsätzliche Frage, ob und wie man einem Patienten eine schlimme Prognose mitteilen soll. Darf man ihn aus Mitleid und zum Trost anlügen und wie kann man ihm die Wahrheit sagen? Es geht auch um den Begriff der fraktionsierten Aufklärung.

11.Thema: Korrekturen und Ergänzungen.

*Gespräche mit einem IT- oder KI-Forscher über die Bewusstlosigkeit seines 8-jährigen Sohnes, der bei einem Unfall ein Schädel-Hirn-Trauma erlitt.

*Ich stellte ihm in diesem Gespräch die Frage, was das <Cogito ergo sum> des Rene Descartes bedeutet. Es ist die Frage: Wer oder was ist der Mensch?

*Meine nächste Frage lautete: Kann ein Computer jemals Bewusstsein haben.

*Und die dritte Frage lautete: Kann ein Computer jemals über moralische Entscheidungen nachdenken, wird er entscheiden können, was gut oder böse ist?

*Die Predigt im Dom der französischen Stadt Le Puy: <Der Mensch ist die Krone der Schöpfung>. Sollten wir Menschen diesen Satz nicht demütig anerkennen?

Epilog

Namentliche Nennung einiger Wegbegleiter, deren Name im Text immer wieder auftaucht

Frühere Oberärzte und Assistenten meiner Kliniken in Tübingen, Hannover und Mainz baten mich um eine Biografie. Ich sträubte mich, wie ich im Prolog schon sagte, lange, einen solchen Text zu verfassen, gab aber dem Drängen nach, als mein Oberarzt Dr. Kolb starb und die verbliebenen Mitarbeiter nochmals auf ihren Wunsch zurückkamen. Ich kann zwar nicht alle Menschen erwähnen, die mich ein Stück auf meinem Weg als Arzt, Chirurg und Hochschullehrer begleitet haben, doch ist es mir ein Anliegen, wenigstens die Namen von Personen zu nennen, die sehr eng mit mir zusammengearbeitet haben, mir manchmal gute Ratschläge und Hinweise für Problemlösungen gaben, jedoch auch nicht mit konstruktiver Kritik sparten.

In 11 Kapiteln ging ich auf ihre Vorstellungen mit kasuistischen Darstellungen von Höhepunkten in der Behandlung von Patienten ein und verknüpfte diese Höhepunkte mit eigenen Gedanken, welche die ärztliche Tätigkeit, das Ethos des Arztes und Geschichtliches aus der Chirurgie als Fach betrafen.

Die vorliegenden biografischen Daten stammen aus der Zeit zwischen 1966 und 2004, sind zum großen Teil subjektive Aussagen und enthalten Lücken, wenn man sie als Biografie bezeichnen will. Es ist daher besser, wenn man die Worte als biografische Splitter bezeichnet.

In der Wahl der Kapitel des Textes wurde ich von Gesprächen geleitet, die ich nach meiner Emeritierung als Ordinarius der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen mit früheren Oberärzten und Assistenten geführt habe, die mich zu meinem 80. Geburtstag und auch später in Tübingen besuchten. Für diese Gespräche will ich allen danken, die mir, ohne mit Kritik zu sparen, den <Spiegel vorgehalten>, aber auch meine Arbeit gewürdigt haben.

Ich kann hier nun nicht alle Oberärzte und Assistenten erwähnen, die jemals meinen Weg gekreuzt haben. Die Liste würde zu lang und wahrscheinlich auch lückenhaft werden. Nennen will ich indessen die beiden Oberärzte, die bereits gestorben sind, den OA Dr. Lange und den Ltd. OA Dr. Kolb, mit denen ich gut und gerne zusammengearbeitet habe. Sie haben mich bei ihren Besuchen zwar offen für meine "Personalführung" kritisiert, aber auch auf positive Ereignisse hingewiesen, die wir zusammen in unserer beruflichen Arbeit erlebt haben. Nennen will ich auch den Dr. Schaupp, mit dem ich eine Reihe großer Operationen durchführte, dessen manuelles Talent und dessen Gelassenheit ich bewunderte. Er wurde später Chefarzt des Krankenhauses Laichingen, wo er sich einen hervorragenden regionalen Ruf erarbeitete. Nennen will ich die drei Mitarbeiter, die sich unter meinem Ordinariat in Tübingen habilitiert haben: Professor Dr. Stuhldreier, heute Leitender Arzt der Abteilung für Kinderchirurgie der Universität Rostock, den Professor Dr. Barthels,

heute Leitender Arzt an der Kinderchirurgischen Abteilung der Universität Greifswald und den Professor Dr. Böhmers, heute Chefarzt der großen chirurgischen Abteilung des Kinderkrankenhauses der Stadt Köln. Nennen will ich auch Frau Dr. Leriche und den Dr. Walter Hacker, die mir stets die <Stange hielten>, wenn in der Tübinger Kinderchirurgie personelle Turbulenzen geschlichtet werden mussten. Frau Dr. Leriche wurde zur Ärztlichen Direktorin des Klinikums Süd der Stadt Nürnberg berufen, wechselte später als Leitende Ärztin an die Kinderchirurgische Abteilung der Kinderklinik Ulm. Dr. Hacker wurde nach meiner Emeritierung Ltd. OA der Kinderchirurgischen Klinik Luzern. Erwähnen will ich auch noch Dr. Michael König, der mit einem außergewöhnlichen manuellen Talent sorgfältig operierte, indessen nach drei Jahren (wie er selbst sagte) <die Chirurgie an den Nagel hängte>, um Psychoanalytiker zu werden. Er wäre ein guter Chirurg geworden.

Nennen will ich last but not least noch 10 Doktorandinnen/Doktoranden. Während meines Ordinariats in Tübingen betreute ich insgesamt 105 Doktorandinnen/Doktoranden. Alle, außer einer Arbeit, wurden mit der, Note <cum laude>, <summa cum laude> oder <magna cum laude> bewertet. Die 10 Doktorandinnen/Doktoranden, deren Arbeit mit <summa cum laude> oder <magna cum laude> bewertet wurden, die ich jetzt noch namentlich nennen will, waren: Dr. Cornelia Bachmann, heute habilitierte Dozentin der Frauenklinik Tübingen, Dr. Judith Junginger, Dr. Anne Katrin Dieterle, Dr. Michael Schweizer, heute OA der Anästhesie des Marienhospitals Stuttgart, Dr. Nicole Stephanie Jeszberger, Dr. Mike Petersen, Dr. Kathrin Katja Schäffer, Dr. Mona Lenz und Dr. Joachim Kirschner, heute OA der Kinderchirurgischen Klinik Tübingen mit dem Schwerpunkt <Unfallchirurgie im Kindesalter>.

Liebe Leserin, lieber Leser, lesen sie meinen Text nun nicht als klassische Biografie, sondern als eine Summe von Ereignissen, die ich während meiner Zeit als Medizinalassistent, Assistent, Dozent, ordinierte Professor und Chefarzt erlebt habe. Denken Sie auch daran, dass ich zum Zeitpunkt der Verfassung der vorliegenden Schrift dem Tod näher bin/war, als dem Leben.

Ende, 17. Juni 2020, 5.00 Uhr
Paul Schweizer.

oo

Rückblick als Arzt, Chirurg und Hochschullehrer auf meine Arbeit und mein Leben

(Brief an einen unbekannten Leser)

Paul Schweizer (2020)

Ein Prolog

Das Wort <Prolog> kommt aus dem Griechischen und wird mit den Worten <Einleitung>, <Vorrede> in die deutsche Sprache übersetzt. In diesem Prolog soll zum Ausdruck gebracht werden, wie es zu diesem Dir vorliegenden Text gekommen ist und was er ausdrücken soll. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus meinen Kliniken in Tübingen, Hannover und Mainz baten mich angesichts des frühen Todes eines Oberarztes, der mich durch diese Kliniken begleitet hat, eine Biografie meines Lebens zu schreiben. Der Name <Biografie> war mir jedoch zu groß, so wichtig bin ich nicht, sodass ich nach anfänglicher Weigerung vorschlug, im **Rückblick** auf meine berufliche Tätigkeit einen Text über das antike hippokratische Arztbild und das moderne Arztbild der Zeit zu verfassen. Grundlage für eine derartige Schrift sollten Krankheiten von Patienten*innen sein, die ich als Arzt behandelte und als Chirurg operierte. Der Zensor meines Textes schlug vor, den Text nach folgenden Inhalten zu schreiben: 1.) War das nun wirklich mein Leben? 2.) Mein strapaziöses Leben als Arzt und Chirurg. 3.) Was Arzneien nicht heilen, das muß das Messer heilen (Zitat von Hippokrates). 4.) (Um) Alles zu retten, muß alles gewagt werden (Zitat von F. Schiller). 5.) Wer das Beste will, muß auch das Bitterste kosten (Zitat nach Altvater).

Ich ließ mir alle guten Ratschläge <durch den Kopf gehen>, entschloss mich indessen dazu, meine biografischen Gedanken nach einem Satz zu ordnen, den Wilhelm Weischädel formulierte: "Wer alt geworden ist und sein Ende nahen sieht, dem mag es wohl geschehen, dass er in einer ruhigen Stunde auf sein Leben zurückblickt." Das Inhaltsverzeichnis zu meinem Text kann ausdrücken, welche thematischen Splitter ich nun aus meinem Leben herausholte, um meine Arbeit als Arzt und Chirurg zu beschreiben.

Eine Biografie kann und will ich also gar nicht vorlegen, sondern nur gewisse Erlebnisse aus meinem beruflichen Leben darstellen. Damit scheiden alle Ereignisse aus, die mein Leben in der Zeit prägten, die vor meiner Tätigkeit als Arzt und Chirurg lag. Ich werde also nicht auf Ereignisse eingehen, die mich am ersten Schultag meines Lebens peinigten (und vielleicht auch prägten). Ich will auch nicht erklären, warum ich nach einem <Lehrerstudium> und einer zweijährigen <Schulmeistertätigkeit> eine gesicherte <Laufbahn> beendete (=weggeworfen habe, und mich als "armer" Student durchs Medizinstudium plagte, wie Matthias Angele, immer wieder sagte). Diese Ereignisse beschrieb ich in anderen Schriften.

1. Thema: Ist das gut durchdachte hippokratische Arztbild überholt?

"Als Arzt will ich helfen, aber meine Hilfe wird nicht angenommen", sagte ich dem Sohn und der Tochter einer Patientin. Ich hatte alles versucht, wirklich gar alles, um ihr die "unerträglichen, rasenden Schmerzen, die ihr das Leben zur Hölle machten", wie sie selbst sagte, zu mildern. Ich hatte ihr in vielen Gesprächen zu erklären versucht, dass ihr ein Therapiewechsel mit großer Wahrscheinlichkeit Erleichterung bringen könnte. Ich hatte sie gebeten, das Ibuprofen angesichts ihrer funktionsgeschwächten

Alters-Nieren abzusetzen. Mein Konzept, das ich ihr anbot, hatte ich mit Kollegen, schließlich auch mit einem professionellen Schmerztherapeuten bis ins letzte Detail besprochen. Der Schmerztherapeut hatte sich noch persönlich bemüht, der Patientin das Konzept zusätzlich zu meinen Bemühungen auch verständlich zu machen. Aber: Sie nahm unseren Vorschlag nicht an.

"Worum geht es denn", fragte mich die Tochter der Patientin.

Die jetzt 84-jährige Patientin wurde aus "völliger Gesundheit heraus" vor 16 Jahren mit der Diagnose eines Cöcumcarcinoms konfrontiert. Sie ging mit ihrem Mann, der wegen rektaler Blutungen zur Coloskopie gehen musste und Angst vor der Untersuchung und den möglichen Konsequenzen hatte, auch zur Coloskopie, ohne irgendwelche Symptome zu haben. Sie hatten sich gemeinsam auf die Untersuchung vorbereitet, um dem Mann die Angst zu nehmen. Beim Mann wurden innere Hämorrhoiden als Blutungsquellen erkannt, bei der Patientin, um die es hier geht, jedoch ein Cöcumcarcinom gefunden. Das Cöcum wurde zusammen mit einem Dünndarmsegment und ca. 20 mesenterialen Lymphknoten entfernt. Das Carcinom wurde histologisch bestätigt und in einem der ca. 20 Lymphknoten waren maligne Zellen angesiedelt. Eine postoperative Chemotherapie wurde nicht vertragen und musste nach zwei Zyklen abgebrochen werden.

Alle sonografischen und endoskopischen Kontrolluntersuchungen einschließlich des CEA-Wertes, der bei Darmmalignomen in der postoperativen Verlaufskontrolle große Bedeutung hat, blieben ohne pathologischen Befund; der CEA-Wert fiel sogar auf Normalwerte.

Sieben Jahre später, wurde, bevor sie aus der onkologischen Kontrolle enlassen werden sollte, eine letzte Coloskopie durchgeführt. Und man entdeckte am Übergang des Colon sigmoideum zum Rektum einen zerklüfteten Polypen, der malignomverdächtig war. Die histologische Untersuchung bestätigte ein Carcinom.

Die Patientin wurde erneut operiert. Ein Teil des absteigenden Colons zusammen mit dem Sigma und einem Rektumsegment wurden entfernt und das pararektale Gewebe total ausgeräumt. Das Carcinom hatte zwar die Rektumwand infiltriert, jedoch konnten in den Lymphknoten des pararektalen Gewebes keine metastatischen Absiedlungen gefunden werden. Die vorgeschlagene Chemotherapie lehnte die Patientin ab, aber eine präoperativ begonnene Bestrahlung im Blick auf ein sog. <down-staging> wurde postoperativ fortgeführt.

Die Patientin blieb symptomfrei, bis drei Jahre später der CEA-Wert mäßig anstieg und eine MRT-Untersuchung des Operationsgebietes und der Leber einen kugelrunden, homogenen, haselnussgroßen Knoten im Foramen intervertebrale L3/4 nachweisen

konnte, der zwar wie ein benignes Neurinom aussah, im Blick auf die Vorgeschichte indessen als Metastase gedeutet wurde.

Ein Neurochirurg, der den Knoten hätte entfernen können, wurde trotz intensiver Suche nicht gefunden. Jeder angespochene Neurochirurg wies auf das "nicht kleine Risiko der Beinlähmung" hin. Da eine Chemotherapie angesichts schlechter Erfahrungen der Patientin abgelehnt wurde, entschloß sich das onkologische Gremium des Krankenhauses, trotz fehlender Histologie zur Bestrahlung der Region L3/4.

Eine Kontrolle ergab nach einem halben Jahr, dass der Knoten zwar zerfallen war, aber sein Wachstum in Richtung Spinalkanal mit minimaler Progredienz fortsetzte. Nun war guter Rat teuer. Die möglichen therapeutischen Maßnahmen hatten ihre Grenze gefunden. Nun wurden Schmerztherapien in verschiedenen Modifikationen durchgeführt, welche die Schmerzen im Becken und Bein manchmal reduzierten, aber nie wurde Schmerzfreiheit erreicht. Von Zeit zu Zeit traten die neuropathischen Schmerzen in stärkerer Intension wieder auf.

Im 15. Jahr nach der ersten Operation verstärkten sich die Schmerzen bis ins Unerträgliche. Der Hausarzt und auch ein Schmerztherapeut eines Krankenhauses boten die bekannten Therapien an, die Hilfe bringen sollten und unterstützten die Basistherapie, die in der Verordnung von Novamin-Sulfon und Fentanylpflaster in verschiedenen Dosierungen bestand. Bei unerträglichen Schmerzen durfte sie zusätzlich noch einen sog. Pain-Breaker, ein Morphinpräparat, das aber nur ca. 20 Minuten zur Schmerzreduzierung führen kann, einnehmen. Die Opiate, die sie mit dem Pain-Breaker und dem Fentanylpflaster zugeführt bekam, wirkten jedoch kaum, sodass alle möglichen invasiven und nicht-invasiven Behandlungsoptionen diskutiert und auch verordnet wurden.

In dieser verzweifelten Situation wurde eine MRT- und CT-Untersuchung durchgeführt, die zum Tumorwachstum Aussagen machen sollten. Diese apparativen Untersuchungen demonstrierten ein diffuses, knotiges, ödemdurchtränktes, inhomogenes Gewebskonglomerat im Becken, das als Lympfknoten- und tumordurchsetztes Konglomerat beschrieben wurde.

Nun wurden erneut therapeutische Maßnahmen diskutiert. Eine Entfernung des tumorinfiltierten Kreuzbeines kam aus Altersgründen und angesichts der Ahnung, dass eine RO-Resektion (=eine Tumorentfernung im Gesunden) nicht erreicht werden kann, nicht in Frage. Eine erneute Bestrahlung des Tumorkonglomerates im kleinen Becken wurde vom Strahlentherapeuten zwar nicht abgelehnt, aber doch relativiert. Ich sah in dieser Maßnahme auch nur eine kurzfristige Palliation und wies auf das nicht zu unterschätzende Risiko von Fistelbildungen zum Rektum und zur Harnblase sowie zur Stenosierung des linken Harnleiters hin. Der Strahlentherapeut zog daraufhin seine relativierte Zusage zurück. Es blieb am Ende der Diskussionen also nur noch die

Möglichkeit einer Chemotherapie zur Verzögerung des Tumorwachstums. Diesem Verfahren stimmten nun alle an der Behandlung beteiligten Ärzte zu, zumal der radiologische Diagnostiker sagte, dass er den Tumor jetzt punktieren könne, um eine histologische Grundlage für eine Chemotherapie zu bekommen.

Da die Schmerzen aber, wie ich eingangs sagte, unerträglich waren und der Pain-Breaker sowie das Fentanylpflaster ohne Erfolg blieben, griff ich meinen schon früher gemachten Vorschlag wieder auf und empfahl den Therapiewechsel auf das Medikament <Hydromorphen-retard>. Zur Unterstützung meines Vorschlags konsultierte ich jedoch noch einen professionellen Schmerztherapeuten einer großen Klinik, der meinem Vorschlag vorbehaltlos zustimmte und ihn dadurch noch ergänzte, dass zwischen den Gaben des <Hydromorphen-retard> auch noch nicht-retardierendes Hydromorphen hinzugegeben werden könne, sofern unerträgliche Attacken auftreten sollten.

Nach dieser Beschreibung der aktuellen Situation komme ich darauf zurück, dass ich am Beginn meines Aufsatzes darauf hingewiesen habe, wie und warum die Patientin trotz der unerträglichen Schmerzen meinen/unseren Therapievorschlag ablehnte.

Das Stichwort für diese Position kann nur das Adjektiv "irrational" sein. Man begreift etwas als notwendig, sieht die Notwendigkeit auch rational ein, handelt aber entgegen dieser Notwendigkeit. Der aufmerksame Beobachter erkennt, dass zwischen der Notwendigkeit und der Handlung, die rational gefordert wäre, ein unüberbrückbarer Spalt klafft. Das Wort "irrational" stammt aus dem Lateinischen und bedeutet "unvernünftig". Mit dem Verstand ist also das Irrationale nicht fassbar, das Geschehen läuft den Gesetzen der Logik zuwider.

Als Arzt bleibt man dann <auf der Strecke>, man kann eine rational begründbare Therapie anbieten und auch erklären, aber sie wird verweigert.

Ein solches irrationales Gespräch hatte ich gestern Abend mit der genannten Patientin. Es gab keinen Zugang zu ihrer Vernunft. Und in der schlaflosen Nacht dachte ich über die aussichtslose Lage der Ärzte nach, die heute vermehrt mit Patienten zu tun haben, die oft mit irrationalen Argumenten in die Gespräche kommen, weil sie in ihren elektronischen Medien Informationen einholten, die sie aber gar nicht richtig verstehen können, denn die Biologie und Pathophysiologie der Menschen ist nicht eindimensional oder dreidimensional, sondern vielschichtig konstruiert.

Dieser Blick auf die Situation des Arztes brachte nun aus meinen Erinnerungen Gedanken hervor, die mich an die vielen harten und Verzicht fordernden Jahre meines Studiums und meiner ärztlichen und zugleich chirurgischen Tätigkeit denken ließen. In der Atmosphäre der Vollmond-Nacht, halb bei Bewusstsein, halb im Traum, kam ich mir als einsamer Wanderer vor, der über einen Berg stieg, nasse Felsen überqueren

und durch Dornensträucher entlang steiler Abgründe gehen musste. Ich erinnerte mich, wie ich mich im Studium gegen Kommilitonen zur <Wehr setzen musste>, wenn es um Laborplätze ging, die mit der Begründung vergeben wurden, dass "wer zuerst kommt, auch zuerst mahlen darf", wie von Laborassistenten immer wieder gesagt wurde, obwohl Eignungsprüfungen stattgefunden hatten, die unser Wissen in Chemie abfragten. Als ich mich mit anderen Studenten*innen zusammen einmal beim Chef der Biochemie, dem Professor Weitzel, beklagte, der danach auf der Basis der Noten aus den Eignungsprüfungen Ermittlungen einleitete, kam heraus, dass die Assistenten die Plätze nicht nach den aktenkundigen Noten, sondern nach der Zugehörigkeit zu Studentenverbindungen vergeben hatten. Der Biochemiker veranlasste danach eine Platzvergabe nach den Noten. Manche Kommilitonen*innen mussten ihren Laborplatz räumen und wir <Anderen> mussten den Hass dieser Studenten*innen ertragen. Ich könnte noch viele andere Episoden berichten, die zeigen könnten, dass es im Studium nicht immer gerecht zuging. Manchmal, beileibe nicht als Regel, kam es vor, dass die Zugehörigkeit zu einer Studentenverbindung, die Bereitschaft von Studentinnen, eine sog. <Chordame> eines Verbindungsstudenten oder eines Assistenten zu sein, oder eine Verwandtschaft zu einem Mitglied des <Lehrkörpers> Vorteile brachten, die andere als Nachteile in Kauf nehmen mussten. Ich war zwar ein ausgesprochen schüchterner Student, der nicht auffallen wollte, aber wenn Ungerechtigkeiten ins Spiel kamen, war ich <Rebell>.

Trotz solcher Unannehmlichkeiten, die offensichtlich zum <System Studium> gehörten und manchmal die Zeit des Studiums in die Nähe der Hölle gleiten ließen, machte mir das Medizinstudium große Freude. Da ich wenig Geld zur Verfügung hatte und mich buchstäblich <durchbeißen> musste, konnte ich an den sog. <sozialen Begegnungen und Feiern> meiner Kommilitonen nicht teilnehmen. Ich konnte auch nicht mit Freunden ins Kino oder in Cafe's gehen. Mein Freundeskreis wurde von Jahr zu Jahr kleiner und beschränkte sich nach dem Physikum fast nur noch auf Kommilitonen, die in ähnlich <ärmlichen> Verhältnissen leben mussten. Aber, ich war mir meines Verzichts gar nicht bewusst, selbst dann nicht, wenn ich wegen meiner abgetragenen Kleider und meiner Zurückhaltungen von Kommilitonen*innen, später sogar von meinem Doktor-Vater, auf meine ("pathologische") Verzichtbereitschaft angesprochen wurde. Ich war Verzicht schlichtweg gewohnt, er gehörte zu meinem Leben. Er war selbstverständlich geworden. In einem Praktikum für Geburtshilfe, das mit Bereitschaftsdienst in der Klinik verbunden war, wohnte ich in einem engen Räumchen der Frauenklinik, direkt neben dem Kreißsaal gelegen, in das nur zwei Liegen passten, mit einem Kommilitonen zusammen. Wir freundeten uns rasch an, wurden wahrlich gute Freunde. Der Unterschied zwischen uns beiden war nur, dass er einen reichen Vater hatte und Geld für ihn keine Rolle spielte, ich mich jedoch durch die Finanzierung des Studiums hindurchquälen musste. In einem spät-abendlichen Gespräch sagte er, als wir über <unser Leben> sprachen: "Lieber Paul, dich rettet nur eine reiche Frau. Schau', dass du eine solche findest".

Von diesem Tag an lernten wir beide eifrig die pathophysiologischen und biochemischen Grundlagen von Krankheiten gemeinsam, nicht nur um Prüfungen zu bestehen, sondern aus purer Neugier, die von mir auf meinen <neuen Freund> übersprang. Da ich mir keine Bücher kaufen konnte und daher täglich in die Uni-Bibliothek ging, um Bücher auszuleihen und sie dort auch zu lesen, machte er mir den Vorschlag, dass ich mit ihm zusammen lernen soll, denn er sei kein "fleißiger und strukturierter Lerner, er brauche einen Mentor". Im Gegenzug bot er mir seine Bücher an, "dass ich nicht jeden Tag in die muffige Bibliothek sitzen müsse". Auf diesen Vorschlag ging ich ein und wir hatten beide den Vorteil, dass wir gute, sogar sehr gute Staatsexamina machten. Am Ende unseres Studiums schenkte er mir sein <Biochemie- und sein Physiologiebuch> und zusätzlich noch ein <Lexikon der Immunologie>, mit dem Hinweis, dass er ohne mich weder das Physikum, noch das Staatsexamen geschafft hätte. Als ich zögerte, diese Geschenke anzunehmen, sagte er: "Ich brauche sie nicht mehr, werde bestimmt nie wieder in diese Bücher schauen, sie sind keine Geschenke, sondern Ballast, der jetzt zurückbleiben muß".

Als mir diese Erinnerungen an das Studium wieder präsent geworden waren und ich sie aus Gründen, die ich gar nicht formulieren kann, zur Erfahrung mit der schon genannten Patientin verknüpfte, dachte ich auch über die Rolle des Arztberufes nach.

Ich fragte mich, wie weit ein Arzt in seiner Beziehung zu einem Patienten gehen darf, wie weit er Enttäuschungen, Abweisungen, Ablehnungen von Therapieangeboten und ärztlichen Beratungen ertragen soll. Die Frage meint, wann man sich als Arzt aufdrängt und wann man eine Konsultation ablehnen soll, weil kein rationales Einverständnis zu einer Therapieempfehlung zustande kommt.

Ich war in der Beantwortung dieser Frage zunächst sehr unschlüssig. Schließlich gelangte ich jedoch zu der Überzeugung, dass der Arzt einen Patienten nicht ad ultimo beraten und behandeln soll, weil mit der Ablehnung einer rational gut begründeten Therapie auch das Vertrauen in den Arzt verschwindet.

Trotz dieser wahrscheinlich stimmigen Aussage schob sich zwischen meine Gedanken immer deutlicher der Hinweis hinein, dass ein Patient dann in seinem Leiden wahrlich allein gelassen wird. Ich wurde mir bewusst, dass meine Patientin von ihren vielen beratenden Ärzten noch nie einen <guten> Rat bekam, der ihr wirklich weiterhalf. Alle waren unsicher, wie sie diese zum großen Teil neuropathischen, unerträglichen Schmerzen lindern könnten. Es war ein Hin- und Her-Therapiieren mit unterschiedlichen Medikamenten, die indessen keinen erwarteten und gewünschten Erfolg brachten. Niedergelassen praktizierende (Allgemein-)Ärzte, Internisten, mehrere Schmerztherapeuten, Neurologen und Neurochirurgen <bissen sich die Zähne aus>, um eine hilfebringende Besserung der Schmerzen zu erreichen, aber eine spürbare Schmerzlinderung war nicht <verfügbar>, nicht zu erreichen.

Wenn man diese unerträglichen Schmerzen nun nur auf eine <fehlgeleitete> Psyche zurückführen will, liegt man falsch. Ich habe die Patientin selbst leiden sehen. Ich habe ihre Bemühungen erlebt, wie sie trotz Schmerzen ihren Haushalt in Ordnung halten wollte. Ich habe ihre Mimik, ihr Gesicht und ihre Überwindung beobachten können, wie sie trotz der <entsetzlichen> Schmerzen die Wohnung wohnlich halten wollte, wie sie sich hinkend durch die Zimmer quälte und <verbissen> ihre Arbeit verrichtete.

Mit diesem Rückblick auf das jahrelange Leiden dieser und anderer Patienten kam ich zum Ergebnis, dass ein Arzt niemals einen leidenden Menschen im Stich lassen darf, nur weil er/sie sein Therapieangebot ablehnt und ihm mit dieser Ablehnung auch indirekt das Vertrauen entzieht. Im konkreten Fall konnte sich die Patientin schlichtweg nicht entscheiden, weil sie viele unterschiedliche Meinungen zu ihren neuropathischen Schmerzen bekam und sich aus praktischen Gründen nicht zu unserem Angebot entschließen konnte, bevor sie mit ihrem Hausarzt gesprochen hatte. Dieser Hausarzt war aber für zwei Wochen nicht erreichbar, sodass die Frage nach der Akzeptanz und dem Sinn der Verzögerung erörtert werden musste.

Alles Zureden fruchtete aber nicht, sie war auf ihren Hausarzt, der eigentlich Kardiologe ist, aus praktischen Gründen fixiert. "Er", so argumentierte sie, "ist für mich zuständig, er muß entscheiden, ob er der <neuen>, von uns empfohlenen Schmerztherapie mit Hydromorphone zustimmen will". Sie ertrug daher lieber ihre grausamen Schmerzen, die ihr in jeder Minute ihres Lebens zur Qual wurden. Sie blieb im Bett und litt entsetzlich, wie wir vom Ehemann hören mussten und wie ich selbst sehen konnte.

Die Patientin war nicht imstande, rational unsern Vorschlag zu akzeptieren. Sie hatte die Tür zu unserem Vorschlag geschlossen. Sie litt in ihrer Irrationalität. Man kann ihr Verhalten gar nicht anders bezeichnen, es war irrational. Trotz der Ablehnung unseres Vorschlags, der mit großer Wahrscheinlichkeit eine Besserung gebracht hätte, wurde ich am selben Tag noch 3-mal vom Ehemann angerufen und um Hilfe gebeten. Aber ich stieß immer auf die selben irrationalen=unvernünftigen Argumente, die unseren Vorschlag vereitelten. Unsere Argumente wurden am Tor zur Logik, die vertritt, was mit dem Verstand erfaßbar ist, abgewiesen.

Wie soll man in dieser Lage als Arzt nun helfen können? Fragt der Verstand. Die einzige Antwort kann nur lauten: "Bleib am Ball, lass die Patientin in ihrer Irrationalität nicht im Stich, denn allein die Tatsache, dass jemand jederzeit ansprechbar ist und sich die Klagen anhört, kann einem/einer Patienten*in helfen. Der Patient weiß dann, dass er nicht verlassen ist, nicht allein sein muß. Es gibt für ihn/für sie immer noch jemand, der sich um Antworten bemüht, der trotz irrationaler Entscheidungen und sogar Vertrauensentzug eine stabile rationale Stütze bleibt."

Der Arzt muß Irrationalität, Enttäuschungen, Widersprüche, sogar Ablehnung und

Vertrauensentzug ertragen, er muß <Blitzableiter> sein und die oft widerwärtigen Reaktionen und Klagen von Patienten stillschweigend <hinnehmen>. Eine Studentin, die bei solcher Situation einmal meine Hilfsangebote und Gespräche beobachtete, sagte unumwunden, dass "kein Mensch solche Vorwürfe, ein derartiges, dem Verstand entzogenes Klagen und Rebellieren verkraften kann". Ich antwortete ihr, dass sich **nur** Ärzte und Seelsorger die irrationalen Attacken von Patienten*innen, besonders auch von sterbenden Menschen, gefallen lassen müssen, dass schon das Pflegepersonal und Angehörige, sogar intime Personen, von dieser <Verpflichtung> befreit sind. Diese Studentin wechselte nach dem <Erlebnis> ihren Studienwunsch und entschied sich für ein Pharmakologiestudium, obwohl sie bereits das Physikum bestanden hatte.

Ich bin überzeugt, dass meine Beschreibung, die das Arztbild charakterisieren soll und seine Bereitschaft, allen Patienten zu helfen, richtig ist.

Trotz dieser Überzeugung wird mein Bild von einem verantwortungsbewussten Arzt nicht von allen Ärzten akzeptiert. In einer kontroversen Debatte sagte ein <Internist> nachdrücklich, dass "Ärzte auch nur Menschen sind und sich gewisse Patienten derart widerlich und ablehnend benehmen, sodass man eine Behandlung ablehnen soll". Ein anderer Kollege, ein Gastroenterologe, der sich fast ausschließlich nur noch mit Endoskopien <seine Brötchen verdient>, meinte im selben Sinn, dass manche Patienten derart "unappetitlich sind, sodass man keinem Arzt eine Behandlung dieser Patienten zumuten kann". Meine Haltung wurde, das ist bezeichnend, nur von einem älteren Psychiater unterstützt, der ebenfalls betonte, dass "der Arzt allen kranken Menschen, unabhängig von ihrem Alter, ihrem Benehmen, ihren körperlichen Merkmalen, ihren politischen Äußerungen, ihrem Beruf und ihrer Intelligenz helfen muß. Der Arzt sei nicht berechtigt, in der Wahl seiner Hilfestellungen das Prinzip der <Triage> zu praktizieren". Und ein Kinderarzt, der sich am Gespräch beteiligte, wies darauf hin, dass "auch der schmutzigste, der unappetitlichste kranke Mensch, der pausenlos erbrechen müsse und an Urin- und Stuhlinkontinez leide, ärztliche Hilfe braucht". Ein niedergelassener Allgemeinarzt fasste seinen Standpunkt im bekannten biblischen Zitat zusammen, dass "nicht der Gesunde, sondern der Kranke des Arztes bedarf". Jetzt sagte eine Studentin, die kurz vor dem Staatsexamen stand: "Das mag für euch ältere Ärzte noch gestimmt haben, aber wir leben jetzt in einem anderen Zeitalter, wo manche Hilfen unzumutbar sind".

Der bereits genannte Psychiater erwiderte ihr prompt: "Dann haben Sie den falschen Beruf gewählt!" Der Medizinethiker verteidigte den Standpunkt der Studentin jedoch mit dem Hinweis, "dass sich nicht jeder Arzt über die Hände erbrechen lassen müsse oder den verschmierten Kot eines Patienten aufwischen kann". Ich, der die Debatte angeregt hatte, beendete den Disput nun mit dem Hinweis, dass jeder Patient, sei er appetitlich oder unappetitlich, mit der ärztlichen Hilfe rechnen können muß. Der Arzt muß das Schmutzige des menschlichen Verhaltens ebenso ertragen können wie Ablehnung, Widerspruch, Irrationalität oder gar Vertrauensentzug".

Als wir den <Kleinen Hörsaal> verließen, gesellte sich der genannte Psychiater zu mir und sagte : "Wir haben es hier wohl mit einem Generationen-Problem zu tun".

2. Thema: Meine Doktorarbeit und erste Erfahrungen als Medizinalassistent in der Inneren Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

Nach dem Staatsexamen und meiner Dissertation (im Volksmund Doktorarbeit genannt), die ich in einem damals total unbekannten Fachgebiet, nämlich der <Immunologie> absolvierte, wurde ich Medizinalassistent am Krankenhaus Tettnang mit den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe. Professor Dr. Heni, Ordinarius für <Poliklinik der Inneren Medizin> und dem Schwerpunkt Endokrinologie, bei dem ich als Student oft famulierte und von dem ich eine Assistentenstelle angeboten bekam, sagte, ich soll zunächst für 1-2 Jahre an ein Krankenhaus der Grundversorgung gehen, um erste Erfahrungen in der medizinischen Praxis machen zu können. Bevor ich jedoch über meine ersten Erlebnisse und Erfahrungen als Arzt berichten werde, will ich auf meine Doktorarbeit (Dissertation genannt) zurückkommen.

(a.) Das Thema meiner Doktorarbeit hieß: "Immunologische Vorgänge nach Sensibilisierung von Kaninchen gegen Humanalbumin und Humangammaglobulin, Verlauf des weißen Blutbildes und der Antikörperbildung".

Ich sprach von einem "total unbekannten Gebiet der Medizin". Hinter dieser Formulierung verbirgt sich eine interessante Geschichte.

Mein sog. Doktorvater war ein hochintelligenter Dozent der Inneren Medizin, der für den Chef der Klinik, Professor Dr. Bock, die <Forschung und Wissenschaft> organisierte. Er fuhr 2 Wochen, bevor ich mein Thema von ihm bekam, nach Melbourne, wo er an einem Kongress über Impf-Medizin teilnahm. Diesen Kongress organisierte Sir Frank Macfarlane Burnet, der sich anlässlich dieses Kongresses 1965 selbst als "Ersten Immunologen der Welt" bezeichnete und später von der englischen Königin zum <Sir> geadelt wurde. Er war bis zu diesem Datum Impf-Mediziner, denn die Immunologie war damals (stillschweigend) Teil der Impf-Medizin. Über Immunologie sprach damals noch niemand. Als mein Doktorvater an einem Vortrag über das bisher unbekannte Thema "Antikörperbildung" teilgenommen hatte, brach er die Kongressteilnahme abrupt ab und ließ sich zum Flughafen Melbourne bringen, wo es ihm gelang, für den selben Abend noch ein Flugticket für einen Flug nach Deutschland zu bekommen. Seine Begeisterung für das Thema der <Antikörperbildung> hatte ihn derart erfasst, dass er "sofort" mit der Forschung über dieses Thema beginnen wollte. Später sagte Prof. Bock einmal: "Typisch Kallee". In Tübingen angekommen berichtete er unverzüglich seinem Chef, der das Thema (wie er stets betonte) auch "hochinteressant") fand.

Nun suchte Doz. Dr. Eckehard Kallee dringend Doktoranden, konnte indessen kein fertig formuliertes Thema anbieten. Sieben potentionelle Doktoranden hatten zwar mit Vorbehalt zugesagt, sprangen jedoch ab, weil das Thema auch nach zwei Wochen nicht formuliert und abgegrenzt werden konnte. Als ich den Professor Bock, den damaligen Chef der Klinik, nach einer Vorlesung auf die noch nicht formulierbare Doktorarbeit ansprach, sagte er: "Nur Mut, Herr Student, Forschung ist immer mit einem Risiko verbunden. Erfolg und Mißerfolg sind die Schwestern der Forschung!"

Ich ging unmittelbar nach diesem knappen Gespräch ins Labor zum Dozenten Dr. Eckehard Kallee. Er nahm sich viel Zeit, mir das "mutmaßliche, noch nicht formulierbare Thema, als schwierig und neu" zu erklären, vergaß aber nicht, mich auch auf das Risiko eines Fehlschlags hinzuweisen.

Ich nahm das Thema trotzdem an und las in der selben Nacht einen Packen von Arbeiten durch, die auf die Impf-Medizin und die Antikörperbildung hinwiesen. Nach diesem nächtlichen Studium, das auch eine wissenschaftliche Arbeit von Miescher/Tübingen aus dem Jahr 1934 betraf, setzte ich mich am folgenden Samstag mit Kallee hin, um das Projekt zu strukturieren. Bald wurde uns klar, dass wir uns mit Techniken zum Antikörper-Nachweis beschäftigen mussten, die bisher nur ansatzweise von Miescher und Burnet beschrieben worden waren. Wir mussten buchstäblich bei Null anfangen.

Der erste Schritt, den ich gehen musste, war das Erlernen der Chromatographie-Verfahren. Kallee sprach mit dem Chef der Biochemie (die man damals noch Physiologische Chemie nannte). Nach seiner Zusage lernte ich zwei Wochen im sog. Institut für Physiologische Chemie die verschiedenen Techniken der Chromatographie, mit der man Eiweiße (=Proteine) qualitativ nachweisen und auch differenzieren konnte.

Der zweite Schritt ergab sich aus einem zufälligen Gespräch. Wenige Tage, nachdem ich die Chromatographien ohne Hilfe selbst durchführen konnte, besuchte ich Kallee in seinem Labor. Er hatte einen Gast aus dem Pathologischen Institut zu Besuch, den er mir als Dr. Heinzel vorstellte. Im Gespräch, das jedoch ein ganz anderes Thema aus der Schilddrüsen-Diagnostik betraf, kamen wir auch auf die Verfahren der <quantitativen Eiweißbestimmung> zu sprechen. Dr. Heinzel, der ein eigenes Verfahren zur quantitativen Eiweißbestimmung mit einer Färbemethode entwickelt hatte, bot sich an, mich in sein Verfahren einzuarbeiten. Er war zwar (fast peinlich) streng mit mir, aber er kümmerte sich mit großem Zeitaufwand darum, dass ich diese Methode korrekt erlernte, denn er hatte dadurch, dass ich sein Verfahren nun anwandte, den Benefit, seine Methode im großen Stil testen und statistisch auswerten zu können. Mit den Ergebnissen, die ich unter seiner Anleitung erarbeitete, konnte er habilitieren.

Nun hatte ich also zwei Verfahren zur AK-Bestimmung gelernt: Die Chromatographie zur qualitativen Protein-Bestimmung und das Verfahren nach Heinzel zur quantitativen Bestimmung.

Mit diesen Test-Verfahren ausgerüstet konnte der dritte Schritt begonnen werden. Jetzt immunisierte ich eine Serie von Kaninchen mit Humanalbumin oder Humangammaglobulin und ließ ihnen Zeit zur AK-Bildung. Begleitend zu den beiden Verfahren zum Nachweis von AK` bestimmte ich nach einem zeitlich formulierten Schema auch die Veränderungen des sog. weißen Blutbildes, in dem die Immunzellen enthalten sind. Damals konnten die lymphozytären Zellen zwar noch nicht differenziert werden, aber ich beobachtete bald, dass es zumindest 2 Arten von Lymphozyten gibt: <Die großen und die kleinen Lymphozyten, aber auch die Monozyten und Makrophagen>, die heute auch zu den immunologisch wirksamen Zellen gezählt werden.

Ich will nun abkürzen: Mit den Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Kaninchen sowohl nach der Injektion von Humanalbumin, als auch von Humangammaglobulin, AK bildeten, die qualitativ mit der Chromatographie und quantitativ mit dem Verfahren nach Heinzel nachgewiesen werden konnten. Zugleich konnte zur AK-Entstehung das weiße Blutbild mit den lymphozytären Immun-Zellen korreliert werden. Wir konnten damit in die klinische Arbeit AK-Tests einführen, womit vor allem bei Autoimmunkrankheiten und Impfverläufen die AK-Entstehung diagnostisch und prognostisch erfasst werden konnte.

In einem zusätzlichen Gespräch zwischen Kallee, Heinzel und mir wies Heinzel darauf hin, dass er einen Freund habe, der bei den Behring-Werken in Marburg arbeite, die damals in der Impfstoff-Herstellung führend waren. Dieser Freund, so sagte er, sei an Verfahren zur AK-Körper-Bildung interessiert. Der Freund und Forscher der Behring-Werke kam schon wenige Tage später an einem Samstag nach Tübingen, um mit uns über unsere Ergebnisse zu sprechen. Er bot an, weitere Experimente unter seiner Mitarbeit zu finanzieren. Das Thema war nun <die Steigerung der AK-Bildung durch Röntgenbestrahlung> der Tiere kurz nach der Injektion von Antigenen. Wir konnten einen dosisabhängigen positiven, quantitativen Effekt der Röntgenbestrahlung nachweisen, jedoch keinen qualitativen Nachweis führen.

Nach mehreren Samstagmorgen-Gesprächen mit dem Forscher der Behring-Werke modifizierten wir zusammen mit Heinzel das Heinzel-Verfahren, das schließlich in einer modifizierten Methode zum heute ELISA-Test genannten Verfahren für den AK-Nachweis führte. (ELISA heißt: Enzyme-linked-immuno-sorbent-assay).

An diesem Punkt meiner neben dem Studium erarbeiteten Doktor-Arbeit war das Thema (vorerst) abgeschlossen. Nun wollte ich mich intensiv aufs Staatsexamen vorbereiten und hatte keine Zeit mehr, auch noch im Labor zu arbeiten. Mein Doktor-

Vater war einverstanden und bot mir an, nach dem Staatsexamen in seinem Labor an diesem interessanten Thema weiter zu forschen. Die Behring-Werke nutzten unser Nachweisverfahren später für die Impfstoff-Produktion, besonders für die Herstellung von Impfstoffen gegen Hepatitiden (=virale Leberentzündungen).

*Bericht über ein paar Erfahrungen als Medizinal-Assistent

Nach dem Staatsexamen absolvierte ich zunächst die zweijährige Medizinal-Assistenten-Zeit am Krankenhaus Tettnang. In dieser Zeit begeisterte ich mich jedoch für die Chirurgie und verabschiedete mich von der <Laborforschung>, die mich 2 1/2 Jahre begeistert und in Anspruch genommen hatte.

Ich bewarb mich an zwei Krankenhäusern, in Donaueschingen und in Tettnang, und bekam von beiden Häusern eine Zusage. Meine Entscheidung fiel aufs Krankenhaus Tettnang, und am Tag nach der Prüfung in Psychiatrie stellte ich mich dem Chefarzt-Gremium in Tettnang vor. Es waren die 4 Chefärzte der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Geburtshilfe/Gynäkologie. Sie instruierten mich auffallend eifrig, dass ich als Medizinalassistent zwar einer Abteilung zugeordnet werde, aber im Bereitschaftsdienst, besser gesagt im Nachtdienst, auch die Patienten aller drei Fachgebiete versorgen müsse.

Am Ende des Vorstellungsgesprächs konnte ich einen Vertrag unterschreiben und musste ein Formblatt unterschreiben, das Assistenten verbot, im Winter zum Skifahren in die nahe gelegenen Alpen zu gehen, denn das Krankenhaus hatte jährlich einen erheblichen Ausfall an Personal, weil Ärzte und Schwestern mit Knochenbrüchen vom Skifahren zurückkamen. Zudem wurde ich aufgefordert, eine Liste über therapeutische und diagnostische Techniken zusammen zu stellen, die ich bereits im Studium gelernt habe. Die Chefs der Abteilungen wollten wissen, ob und wie weit man mir den Bereitschafts- und Nachtdienst anvertrauen kann. Ich setzte mich an Ort und Stelle hin und schrieb einen Katalog zusammen. Dieser Katalog beschrieb beispielsweise: Ca. 80 Venenpunktionen zum Zweck von Infusionsbehandlungen, ca. 40 Wundversorgungen, ca. 40 Lokalanästhesien, das Anlegen von ca. 30 Gipsverbänden nach Frakturrepositionen, zahlreiche Verbandswechsel nach den Kriterien der Asepsis und Sterilität, das Durchführen von 9 Thoraxdrainagen als Bülau-Drainagen, und zwei Punktions eines Kniegelenkergusses. Diesen Katalog brachte ich ins Sekretariat und lief dort prompt dem Chef der Chirurgie, dem Dr. Lehner über den Weg, der im Vorstellungsgespräch die kritischen Fragen gestellt hatte. Er las meine Liste sofort durch und wollte wissen, wie ich zu diesem für einen Studenten doch umfangreichen Katalog medizinischer Techniken gekommen sei. Ich konnte ihm sagen, dass ich schon seit dem Vorphysikum jede Woche 2 Nachtdienste in den verschiedenen Kliniken der Universität geleistet habe, damit ich mein Studium finanzieren konnte. In diesem Gespräch verriet er mir auch, dass er die Stelle bereits einem anderen Bewerber zugesagt habe, jedoch von den anderen Chefs, die sich für mich entschieden haben,

überstimmt worden sei. Aber, so fügte er noch hinzu, er sei jetzt überzeugt, dass "wir" (gemeint war er und ich) gut zusammenarbeiten werden.

(b.) Die erste, überraschende Erfahrung am Krankenhaus Tettnang

Ich begann dann zwei Wochen nach der letzten Prüfung den Dienst am Krankenhaus Tettnang, wo ich der Inneren Medizin zugeordnet wurde. Nun wurde ich aber schon am ersten Tag unangenehm überrascht. Der OA der Inneren Medizin erklärte mir, dass ich am selben Tag schon den Nachtdienst für alle drei Abteilungen übernehmen müsse, weil zwei Assistenten akut krank geworden seien. Er führte mich nach der Visite durchs Haus, stellte mich in den verschiedenen Abteilungen dem Personal vor, zeigte mir die Op's und die Endoskopieabteilung, das Labor und die Ambulanzräume.

(c.) Die Zeit in der Inneren Medizin und der erste Tag im Krankenhaus Tettnang mit meinem ersten Nachtdienst

Nach dem mich Dr. Gessler, OA der Inneren Medizin, durchs Haus geführt hatte, setzten wir uns mit der Stationsschwester Hildegard zusammen. Beide erklärten mir die Abläufe auf der Inneren Station, wiesen mich in die Arbeiten ein, die ich zu verrichten habe, und erklärten mir Standardbehandlungen sowie die häufigsten Medikamente, die auf der Station zur Anwendung kommen. OA Dr. Gessler überreichte mir auch eine Liste der gängigen Medikamente mit einem Dosierungsplan. Nach diesem zweistündigen Gespräch machte ich mit Sr. Hildegard zusammen den ersten Rundgang durch die Station, bei dem mir die Patienten vorgestellt wurden. Es waren vorwiegend ältere und sogar (stein-)alte Patienten mit Schlaganfällen, Rechts- oder Linksherzinsuffizienzen, Hochdruck, Asthma bronchiale, Lungenemphysemen, Raucherlungen und Bronchialcarcinomen, Diabetes, gastrointestinalen Beschwerden, Hautekzemen, Rheumatischen Erkrankungen und Lebererkrankungen verschiedener Art. Solche Patienten bildeten das übliche Spektrum. Patienten mit einem Morbus Hodgkin, einer Leukämie, Vergiftungen, Epilepsien und anderen cerebralen Krankheiten waren dagegen selten.

Nach der Patientenvorstellung war schon die Mittagszeit angebrochen. Sr. Hildegard lud mich zum Mittagessen ins Schwesternzimmer ein und stellte mich als <Stationsarzt> ihren Mitarbeiterinnen vor.

Am frühen Nachmittag, kurz nach dem Mittagessen, wurde ich dann vom Sekretariat der Chirurgie zu einem Gespräch mit dem OA Dr. Kistler gerufen. Er führte mich nochmals im Krankenhaus durch die Op's, stellte mich den Schwestern des Op's vor und zeigte mir die sterilen Instrumente sowie die Spulen des Nahtmaterials, die für Wundversorgungen nötig sind. Danach verabschiedete er sich und wünschte mir viel Glück für den ersten Nachtdienst.

Anschließend suchte ich mich wieder zur Inneren Station durch, um mich bei Sr.

Hildegard nach Arbeit zu erkundigen. Es mussten 6 Infusionen neu angelegt werden, bei 4 Patienten musste Blut abgenommen und ins Labor gebracht werden, ich musste 5 Wunden inspizieren und neue Verbände nach Wundabstrichen anlegen. Danach durfte ich ein zweiseitiges Papier lesen, das mir Sr. Hildegard aushändigte. Auf diesen zwei Seiten hatte OA Dr. Gessler beschrieben, wie Arztbriefe verfasst werden sollen. Für diesen Hinweis war ich sehr dankbar, denn Arztbriefe hatte ich noch nie verfasst.

Gegen 18 Uhr rief mich der OA Dr. Kistler nochmals auf die Station der Chirurgie. Er wollte mir einen 52 Jahre alten Mann vorstellen, der zwar noch bei Bewusstsein war, aber erkennbar im Sterben lag. Kistler sagte mir unverblümt, dass dieser Patient einen Leberkrebs und bereits multiple Metastasen habe, und deshalb inoperabel sei. Er fügte noch hinzu, dass für diesen Mann der Tod nur noch Erlösung sein könne. "Versuchen Sie nicht, ihn therapieren zu wollen", war seine strenge Anordnung. Wir gingen ins Schwesternzimmer und er zeigte mir eine Morphinspritze, die unter Verschluss aufbewahrt wurde. "Für diese Nacht bekommen sie den Schlüssel", den er mir mit dem Hinweis aushändigte, "ihn morgen früh dem Stationsarzt Dr. Wiedmann zurück zu geben". Ich musste im sog. <Giftbuch> unterschreiben.

Als ich nun wieder im Arztzimmer der Inneren Station Platz nehmen wollte, läutete das Telefon. Am Apparat war Dr. Eberle, Chef der Abteilung Geburtshilfe/Gynäkologie. Er bat mich, auf seine Abteilung zu kommen. Nach einem kurzen Gespräch nahm er mich in den Kreißsaal mit und zeigte mir, wie er eine Episiotomie (=einen Dammschnitt) durchführte und vernähte. Ich schaute aufmerksam zu und ließ mir die Nadeln und die Fäden demonstrieren. Dann drückte er mir ein Blatt Papier in die Hand, auf dem die Anatomie des Dammes dargestellt wurde. Ich hatte drei Minuten Zeit, die Zeichnungen anzusehen. Danach wurde ich von ihm in den nebenanliegenden Raum mitgenommen, wo eine zweite Gebärende lag, die sich auch mit dem Gebären abquälen musste. Ich empfand großes Mitleid für diese Frauen. Dr. Eberle nahm mich beiseite und erklärte mir nochmals das Vorgehen zum Schneiden und Versorgen einer Episiotomie anhand der Zeichnungen. Als die Hebamme hinzu kam, war es schon so weit, dass eine Episiotomie geschnitten werden musste. Dr. Eberle gab mir unverkennbar das Zeichen, dass ich mich jetzt waschen und den Dammschnitt durchführen musste. Als ich nolens volens auf dem Hocker zwischen den hochgeschlagenen Beinen der Frau saß und einen Puls von ca. 180/min spürte, drückte er mir eine Schere in die Hand, flüsterte mir zu, dass ich mir nun den Damm mit der einen Hand entgegendrücken und mit der Schere durchtrennen soll. Ich musste mich zwingen, diesen <animalischen Akt> zu vollziehen, aber ich schnitt ihn durch. Danach schob mich die Hebamme grob beiseite, denn das Köpfchen des Kindes schob sich schon in die Vulva, und die Entbindung war nun <ihre Sache>. Die Hebamme nahm das kleine, blut- und schleimverschmierte Mädchen nach der Abnabelung beiseite und legte es der Mutter ohne ein Wort zu sagen auf den Bauch. Jetzt reichte mir Dr. Eberle eine Spritze mit einem Lokalanästhetikum. Ich infiltrierte die Wundränder und begann den Damm schichtweise zu rekonstruieren. Nach den ersten Nähten, klopfte mir Dr.

Eberle wohlwollend auf die Schulter und verließ den Raum. Die Hebamme stellte sich neben mich und erklärte mir schroff, dass ich durchgreifende Nähte machen soll. "Es kommt hier nicht auf Ästhetik an", sagte sie, aber ich konnte ihr nicht gehorchen. Ich nähte penibel Schicht für Schicht und verärgerte dadurch die Hebamme, weil es, wie sie mir nach der Prozedur sagte, "Zeitverschwendung ist".

So hatte ich also meine erste Episiotomie geschnitten und einen Beckenboden wieder aufgebaut.

Gegen 23 Uhr wurde ich vom Pförtner in den <Wundversorgungs-Op> gerufen. Er hatte einen Verletzten in den Ambulanzraum bringen lassen. Ein Heimwerker hatte noch zu später Stunde in seinem Werkraum an einer Figur geschnitten und sich in die Hohlhand geschnitten. Die Wunde war tief, blutete stark und war ca. 6 cm lang. Da der Schnitt längs ausgerichtet war, hatte er alle Falten der Hohlhand vom Daumenballen bis zu den Schwimmhautfalten der Finger durchtrennt. Nach einer vorsichtigen Säuberung und lokalen Betäubung der Wunde konnte ich in der Tiefe der Wunde die Palmarisplatte sehen. In ihr steckte ein grober Holzsplitter, den ich zunächst entfernte. Dann desinfizierte ich die Wunde erneut und konnte eine Blutung aus dem unter der Palmarisplatte liegenden Gewebe ausschließen. Die Blutung kam aus der Haut und dem Subcutangewebe. Nach Naht des Subcutangewebes und dem Hautverschluss standen die Blutungen auch komplett. Trotzdem tamponierte ich die Wunde noch mit einem leichten Druckverband. Nach der Auffrischung der Tetanusimpfung empfahl ich dem Verletzten und seiner Frau über die Nacht im Krankenhaus zu bleiben. Er verweigerte indessen eine stationäre Aufnahme mit dem Argument, dass er gar nicht krankenversichert sei. Ich hatte keine Chance, ihn zu überreden. Ich gab ihm drei Schmerztabletten mit, die er in vorgeschriebenen Abständen einnehmen könne, sofern Schmerzen auftreten würden. Zudem bat ich ihn, sich in zwei Tagen zu einem Verbandwechsel bei mir vorzustellen. Die Wunde war nach diesen zwei Tagen in Heilung begriffen und ließ keine Anzeichen für eine Infektion erkennen.

Punkt 2 Uhr in der Nacht wurde ich von einer Hebamme angerufen. Sie hatte eine Frau, die schon seit 14 Stunden Wehen hatte, in den Kreißsaal gebracht. Das Kind war schon in den Geburtskanal eingetreten, konnte aber den Damm nicht passieren. Die Hebamme befürchtete einen Dammriss und bat um eine Episiotomie, bevor der Damm reißen werde. Die Hebamme drängte, und mir blieb nun nichts anderes übrig, als mitten in der Nacht eine Episiotomie zu schneiden und nach der Geburt des Kindes auch zu versorgen. Diese noch sehr junge Hebamme hatte nichts dagegen einzuwenden, dass ich zeitverbrauchend alle Schichten des Beckenbodens mit Einzelnähten versorgte und nicht, wie mir die Hebamme nach meiner ersten Episiotomie sagte, durchgreifende Nähte legte, weil es nicht um Ästhetik gehe. Die Hebamme dieser Gebärenden fädelte mir sogar willig die Fäden in die Nadel und fragte nach den Namen der anatomischen Schichten des Schnittes, die ich nur mit Abscheu und widerwillig durchtrennt hatte, weil ich einen Damm <zerstören> musste. Für meine Arbeit bekam ich vom Chef der Geburtshilfe am nächsten Tag jedoch ein Lob. "Sie haben wohl beim Chef einen Stein im Brett", sagte eine Stationsschwester.

Inzwischen war es halbvier Uhr geworden, und ich meinte mich ins Arztzimmer zurückziehen und ein bisschen ausruhen zu können. Im selben Augenblick, als ich die Türklinke drücken wollte, meldete sich aber mein Rufgerät. Der Pfötner suchte mich, weil ein Patient mit Bauchschmerzen eingeliefert worden war. Ich musste mich also wieder in die Ambulanz der Chirurgie begeben, wo sich Sr. Eva (Name wurde auf Wunsch geändert) schon mit dem Patienten beschäftigte. Der 59 Jahre alte Mann war geistig behindert und sehr ungepflegt. Er wurde von einem in Meckenbeuren liegenden Pflegeheim ins Krankenhaus gebracht. Nach der Untersuchung war mir klar, dass der Patient eine akute Appendizitis haben musste. Zudem bestand aber auch eine kardiale Insuffizienz; er hatte eine Tachyarrhythmie und erhebliche Beinödeme. Die üblichen Laborwerte wiesen eine Leukozytose von 17.000 vorwiegend granulozytären Zellen auf, das CRP (ein Entzündungsparameter) war mit 12 mg/dl erheblich angestiegen und im Urin konnten massenhaft rote und weiße Blutkörperchen sowie Myriaden von Bakterien nachgewiesen werden. Der Mann hatte auch Fieber von 40,5 Grad Celsius.

Er war also multimorbide. Sr. Eva, die zugleich Narkoseschwester des Krankenhauses war, sagte auf Schwäbisch entschieden: "Bei dem kann ich keine Narkose machen". "Und zudem", so fügte sie noch hinzu, "werden Sie vom OA keine roten Rosen bekommen können, wenn Sie ihn jetzt mitten in der Nacht anrufen". Ich schaute mir die klinischen Befunde, die Laborbefunde und das EKG, das ich geschrieben hatte, nochmals an und kam zur Überzeugung, dass eine Narkose und eine Operation ein sehr hohes Risiko wäre. Ich rief also den OA nicht an, sondern legte eine Infusion mit einer Elektrolytlösung an, in die ich Antibiotika gab. Ich war froh, dass das EKG keinen Hinweis auf einen Herzinfarkt zeigte, sodass ich berechtigt auf einen Anruf beim OA verzichten konnte.

In der Morgenbesprechung äußerte der OA der Chirurgie Respekt für diese Entscheidung, und der internistische OA Dr. Gessler sagte, nachdem er das EKG angesehen hatte: "Dieser Mann hätte weder eine Narkose noch eine Operation durchgestanden, er wäre euch auf dem Tisch geblieben". Er wurde nun von den Internisten, zu denen ich gehörte, wegen seiner Herzinsuffizienz und Tachyarrhythmie behandelt und die Antibiotikatherapie wurde noch intensiviert. Da die Bauchschmerzen jedoch persistierten, obwohl das Fieber und der CRP-Wert deutlich fielen, drängte der chirurgische OA am 8. Tag zur Appendektomie. Sie wurde auch am 9. Tag der antibiotischen Therapie durchgeführt. Entfernt wurde eine verklebte gangränöse Appendix, die jedoch noch nicht perforiert war. Die peritonitischen Verwachsungen waren regional begrenzt geblieben. "Wir hatten Glück, aber das Vorgehen mit der vorbereitenden kardialen Therapie und der antibiotischen Behandlung war richtig", sagten in einer Konferenz, sowohl der internistische OA als auch der Chirurg.

Das waren nun meine ersten 24 Stunden als frisch examinierter Medizinalassistent.

Drei Tage später hatte ich den zweiten Nachtdienst. Er war in ähnlicher Weise strapaziös, brachte mir indessen ein unvergessliches Ereignis. Als ich abends um 7 Uhr die Arbeiten auf der Inneren Station erledigt und die ersten Arztbriefe verfasst hatte, wurde ich von Sr. Eva in die Ambulanz gerufen. Sie hatte ein 17-jähriges, sehr schönes Mädchen mit Bauchschmerzen und Erbrechen aufgenommen. Ich erhob die Anamnese, nahm Blut ab, legte eine Infusion an und sprach mit der Mutter über die Operationsindikation, den wahrscheinlichen postoperativen Verlauf und die Risiken einer Appendektomie. Mir war aber bei der ganzen <Sache> nicht ganz wohl, denn eine typische Symptomatik einer akuten Appendizitis lag nicht vor. Das Mädchen hatte zwar den charakteristischen Druck- und Loslass-Schmerz, aber in der Anamnese hatte sie mitgeteilt, dass sie die letzte Periodenblutung vor 7 Wochen gehabt habe. Die Frage nach Geschlechtsverkehr beantwortete sie mit einem gequälten, unsicheren Lächeln zwar negativ, und die Mutter unterstrich diese Aussage prompt mit dem Hinweis, dass die Perioden ihrer Tochter schon seit Beginn der Pubertät unregelmäßig seien. Ich spürte die Unsicherheit der Tochter und gleichzeitig die prompt geäußerte Sicherheit der Mutter. Zudem passte ins Geschehen der Hinweis des Mädchens nicht, dass sie in letzter Zeit immer wieder morgens nach dem Aufstehen erbrechen müsse und deshalb oft ohne Frühstück in die Schule gehe. Es passte zur akuten Appendizitis auch nicht, dass die Bauchschmerzen gar nicht akut aufgetreten waren, sondern in den vergangenen zwei Wochen sich zögernd verstärkt haben. Aber, das Mädchen blieb in Anwesenheit der Mutter bei ihrer Aussage, sie habe noch nie Geschlechtsverkehr gehabt.

Mein Bauchgefühl sagte aber, dass eine Schwangerschaft nicht ausgeschlossen ist. Deshalb schickte ich die Mutter zur Anmeldung zum Pförtner, wo sie Formulare ausfüllen müsse. Die Mutter schöpfte keinen Verdacht, zumal ich ihr sagte, ich müsse nun den OA rufen und sie könne inzwischen beim Pförtner die Formulare ausfüllen.

Nachdem sie gegangen war, fragte ich das Mädchen nochmals mit Blick auf eine mögliche Schwangerschaft. Nach einem unsicheren Nein gab sie schließlich zu, dass sie mit einem Jungen ihrer Schule "ein einziges Mal Geschlechtsverkehr gehabt habe". Sie wies aber ausdrücklich darauf hin, dass es bei dem einzigen Mal geblieben ist.

Damals stand in unserem Krankenhaus noch kein Sonografie-Gerät zur Verfügung. Wir konnten in der Diagnostik also nicht weiterkommen. Als Medizinalassistent hatte ich auch das Recht, jetzt den OA anzurufen und um seine Befunderhebung zu bitten. Der OA kam nun mitten in der Nacht ins Krankenhaus, zwar etwas mürrisch und wortkarg, aber er kam doch. Er untersuchte den Bauch des Mädchens nochmals. Für ihn war eine akute Appendizitis eindeutig, "Verdacht auf eine Schwangerschaft hin oder her", sagt er apodiktisch, wir müssen operieren".

Da das Mädchen nüchtern war und uns keine andere Arbeit von einer Operation

abhalten konnte, operierten wir sofort. Wir wuschen uns, und der OA stellte sich auf die linke Seite des Op-Tisches. Ich durfte meine erste Appendektomie durchführen.

Als die Bauchhöhle mit einem Pararektalschnitt eröffnet war, floss reichlich klare Flüssigkeit aus der Bauchhöhle, was dem OA und der Instrumentierschwester die Diagnose einer akuten Appendizitis schon bestätigte. Nachdem ich die Region des Cöcums dargestellt hatte, erkannte ich die Lage der Appendix: Sie lag retroperitoneal. Ich wollte nun die Operation an den OA abgeben, aber er weigerte sich mit einem ironischen Lächeln. "Mit der Angst muß der Chirurg leben", sagte er schulmeisterlich, "lernen Sie jetzt, ihre Angst zu beherrschen". Also mobilisierte ich das Cöcum in dem ich von rechts her den Retroperitonealraum eröffnete. Dort fand ich eine nicht eitrig entzündete, "unschuldige Appendix", wie wir im chirurgischen Vokabular sagen. Ich trug die Appendix in üblicher Weise ab und lagerte das Cöcum nach dem Stumpfverschluss wieder an seine angestammte Position. Danach wurde der Darm auf Pathologika, besonders auf ein Meckel'sches Divertikel oder eine Darmduplikatur begutachtet. Zu unserer Überraschung fand ich am Übergang vom Ileum zum Jejunum ein nicht entzündlich verändertes Meckel'sches Divertikel. Nun wollte ich die Operation erneut an den OA abgeben. Er weigerte sich aber wieder. Ich musste es abtragen und den Darm an der Divertikelbasis mit zwei Nahtreihen quer vernähen. Am Ende fischte ich das rechte Adnexe aus dem kleinen Becken, das verschwollen und gerötet erschien. Der Uterus war deutlich vergrößert, "machte", wie der OA bemerkte, "keinen unschuldigen Eindruck". Also entschlossen wir uns zum Verschluss der Bauchhöhle. Alle drei, die Operationsschwester, der OA und ich als Operateur äußerten den Verdacht auf eine Schwangerschaft. "Die ist schwanger", sagte die Narkoseschwester Eva und betonte das Wörtchen ist. Wir waren uns aber einig, dass wir der Mutter bei unserer eigenen Unsicherheit (noch) nichts sagen werden.

Das Mädchen erholte sich von der Operation rasch und die Entlassung wurde für den 7. postoperativen Tag bereits geplant. Am Morgen dieses 7. Tages bekam das Mädchen aber nach der Fadenentfernung heftige Bauchschmerzen. Sie musste rasch auf die Toilette rennen. Als sie verstört aus der Toilette zurück kam, bemerkte ich, dass ihr Nachhemd blutverschmiert war. Ich wollte sie untersuchen, aber sie weigerte sich. Ein paar Sekunden später traten erneut heftige, kolikartige Bauchschmerzen auf. Jetzt gestand sie mir, dass sie auf der Toilette einen "kräftigen Blutklumpen aus der Vagina entleert hat", den sie wegen Schwindel(symptomen) nicht abgespült habe. Sie deutete diese Blutung als Erlösung, als Zeichen der nun eingetretenen Periodenblutung. Ich benachrichtigte sofort den OA und wir bargen den sog. Blutklumpen. Es war ein Embryo, den der Pathologe in die 5. Schwangerschaftswoche einstuft. Er gab uns aber auch den Hinweis, dass der Embryo schon präoperativ abgestorben sei und das Herz Zeichen für eine Transposition der großen Gefäße aufweise.

Wir entließen das Mädchen nicht und der OA übernahm das Gespräch mit der Mutter. Er sagte mir zwei Tage später, dass er der Mutter das Ereignis mit einer

vorübergehenden Lähmung des Darms erklärt, von der Schwangerschaft aber nichts berichtet habe. Als ich unglücklich geschaut habe, sagte er: "Warum sollen wir jetzt der Mutter von der Schwangerschaft berichten. Den Nachteil hätte doch nur das Mädchen und sie wollen wir als unsere Patientin doch schützen". Wir entließen das Mädchen am 11. postoperativen Tag und alle, außer mir, waren zufrieden: Die Mutter, das Mädchen, der OA, sogar die Nonnen der Station.

Zwei Wochen später kam es indessen zum Eklat. Die Mutter, als Beamtin privat versichert, bekam vom Pathologen eine Rechnung mit der Diagnose: "Mäßiggradige Entzündung der Appendix, nicht entzündetes Meckel'sches Divertikel und histopathologische Untersuchung eines schon abgestorbenen ca. 5 Wochen alten Embryos mit einem schweren Herzfehler, einer Fallot'schen Tetralogie".

Die Mutter stritt nun heftig mit ihrer pubertierenden Tochter und nannte sie "eine miese kleine Schlampe" (wie uns die Großmutter später berichtete). Die Tochter flüchtete zu dieser Großmutter. Die Mutter kam wie eine Furie unangemeldet zum OA und machte ihm "furchtbare Vorwürfe, drohte ihm sogar mit einer Anklage". Nun schaltete sich die Großmutter in den Streit ein und verbot ihrer Tochter quasi eine Anzeige. Die Großmutter berichtete dem OA, dass sie ihre Tochter nur zur Raison gebracht habe, indem sie ihr ihre eigene nicht gerade unschuldige Pubertät vor Augen geführt habe. Das Mädchen blieb bei ihrer Großmutter. Ob es jemals zu einer Versöhnung mit der Mutter kam, wissen wir nicht. Offensichtlich wuchs Gras über die Episode. Vielleicht war die Mutter auch froh, dass ihr Kind kein Kind geboren hatte.

Später, als ich selbst Chefarzt einer Hannoveraner Klinik war, wurde ich mit einem fast identischen <Fall> konfrontiert. Mit Blick auf diese Identität will ich das Problem erwähnen. Es handelte sich wieder um eine 17-jährige Patientin, bei der die Untersuchung wegen akuter Bauchschmerzen auch nicht zwischen einer akuten Appendizitis und einer frühen Schwangerschaft unterscheiden ließ. Damals besaß unser Klinikum zwar ein Sonografie-Gerät, mit dem die Unterscheidung möglich gewesen wäre, aber der Apparat war am selben Tag in Reparatur. Ich schlug vor, das Kind in ein anderes Krankenhaus zu bringen, um eine Sonografie zu bekommen.

Der Vater, selbst Arzt, war im Blick auf die Anamnese und die stundenlange Beobachtung der Tochter von einer akuten Appendizitis überzeugt. Da er als Kind selbst eine Appendizitis-Perforation durchgemacht hatte, drängt er auf "eine Operation, ohne Verzögerung". Auf meinen Hinweis, dass eine frühe Schwangerschaft aufgrund der Anamnese nicht ausgeschlossen werden kann, drängte er nicht nur auf eine Operation, sondern forderte sie vehement. "Schwangerschaft hin oder her", sagte er, "jetzt geht es um die Gesundheit meiner Tochter, basta."

Da er mit einem OA meiner Klinik gut bekannt war, forderte er die Operation von diesem OA. Er operierte das Mädchen und fand eine retrocöcal gelagerte, nicht

entzündete Appendix und eine Schwangerschaft. Das Mädchen wurde am 7. postoperativen Tag entlassen, kam aber drei Tage später wieder ins Krankenhaus, weil sie eine "Fehlgeburt" eines etwa 5 Wochen alten Embryos hatte. Eine solche Identität nennen wir die <Dublizität der Fälle>.

Dieses Mal waren wir im Gegensatz zum vorher genannten <Fall> nicht zur Vertuschung der intraoperativ gefundenen Schwangerschaft gezwungen. Aber es kam auch dieses Mal zum Streit. Die Mutter machte uns schwere Vorwürfe, weil wir uns vom Vater beeinflussen ließen und keine Sonografie durchgeführt haben. Es kam auch zum Streit zwischen den Eltern, der schließlich Anlass zur Scheidung ihrer Ehe war. Die Frau warf dem Ehemann vor, dass er die von mir vorgeschlagene Sonografie verworfen und vehement zur Appendektomie gedrängt hatte, obwohl die Schwangerschaft nicht ausgeschlossen worden war.

Als Medizinalassistent der Inneren Medizin hatte ich, wie ich weiter oben schon sagte, ein umfassendes Spektrum von Krankheiten kennenlernen können. Ich arbeitete an den Wochenenden die Krankheitsbilder in der Absicht durch, bald auf den Visiten mitreden, die Patienten ordentlich und sachgemäß behandeln und gute Arztbriefe schreiben zu können. Wichtig war mir auch die Detailkenntnis der Krankheiten, was die Erhebung von Anamnesen sachgemäß erleichtern konnte. Für meine Anamnesen bekam ich dann auch das erste Lob und die Anerkennung meiner Arbeit von OA Dr. Gessler, der sonst mit Lob sparsam umging.

Am meisten imponierte mir auf der Inneren Medizin jedoch das <gelebte> ärztliche Ethos der Sr. Hildegard und des OA Dr. Gessler. Sie wurden mir zum Vorbild für den Umgang mit Patienten und prägten mein Arztbild. An der Art, wie sie mit Patienten jeder Art umgingen, erkannte ich ihre Hilfsbereitschaft; sie war schlichtweg <vornehm>.

(d.) Die Zeit im Pflichtteil Chirurgie

Dem Pflichtteil in Innerer Medizin folgte der Pflichtteil Chirurgie. Mit gemischten Gefühlen wechselte ich in dieses Fach. Ich hatte zwar in den Bereitschafts- und Nachtdiensten die Ärzte und Schwestern der Chirurgie kennengelernt und mit ihnen auch oft gearbeitet, durfte in diesen Diensten auch schon unter der geduldigen Assistenz des OA Dr. Kistler eingeklemmte Leistenbrüche operieren und Appendektomien durchführen, aber die großen, lange dauernden Operationen am Gallewegssystem, am Magen und Darm und in der Versorgung von Knochenbrüchen waren mir noch fremd. Vor diesen Eingriffen hatte ich großen Respekt. Ich nahm mir sogar vor, nicht länger als das halbe Pflichtjahr in der Chirurgie zu bleiben, zumal ich davon überzeugt war, dass ich nicht Chirurg werden will.

Am ersten Tag in der Chirurgie wurde ich, wie der OA Dr. Gessler die Situation einmal

ausdrückte, "in die Anästhesie abkommandiert". Da das Krankenhaus keinen ausgebildeten Anästhesisten hatte wurde die hocherfahrene und pädagogisch versierte Sr. Eva meine <Instruktorin>. Sie war zwar auch Instrumentierschwester, aber die Narkosen waren ihr Metier, das sie beherrschte. Damals wurden noch Äther- und Lachgasnarkosen durchgeführt, und es ist mir heute noch ein Rätsel, wie die Chirurgen Entfernungen von <steinreichen> Gallenblasen, Magenteilresektionen, Darmresektionen, besonders aber auch Rektumamputationen bei Rektumcarcinomen ohne relaxierende Narkosen durchführen konnten. Sr. Eva hatte die Aufgabe, mir das Handwerk der Anästhesie binnen drei Wochen beizubringen. Danach musste ich in ihren Freizeiten sowohl im Tagesdienst als auch in den Bereitschafts- und Nachtdiensten Narkosen ohne Evas Unterstützung durchführen. Zu solchen Narkosen gehörten auch Narkosen bei Kaiserschnitten, die ein spezielles Wissen benötigten.

Sr. Eva war eine exzellente und zugleich strenge Pädagogin. Sie brachte mir die Techniken der Anästhesie mit viel und engem Körperkontakt bei. Ihre voluminösen Brüste drückte sie mir ungehemmt auf die Wangen, Arme, Schultern und den Rücken, wenn sie mich korrigieren musste. Aber sie schaffte es bis zu ihrem Weihnachtsurlaub, also binnen drei Wochen, dass ich selbstständig Narkosen durchführen konnte. In Erinnerung blieb mir besonders eine Narkose in der Weihnachtsnacht für einen Kaiserschnitt bei einer 19-jährigen jungen Frau, die meine erste Narkose ohne Unterstützung durch die erfahrene Sr. Eva war. Ich war schweißgebadet und froh, als das Kind (endlich) geboren war.

So war ich also zum Anästhesisten geworden.

Zu Assistenzen bei größeren Operationen wurde ich erst in der zweiten Hälfte meines chirurgischen Pflichtteils eingesetzt, sofern Sr. Eva im Dienst war. In dieser Phase der Weiterbildung bestand OA Dr. Kistler jedoch darauf, dass ich ihm assistieren musste, wenn er Knochenbrüche in der AO-Technik operierte. Dazu muß ich bemerken, dass die AO-Verfahren damals noch in den Kinderschuhen steckten. OA Dr. Kistler hatte sie in zwei Tagen plus einem Wochendé in St. Gallen <gelernt>. Danach arbeitete er sich autodidaktisch in die AO-Verfahren ein. Mich bat er, eine Broschüre aufmerksam zu studieren, die er aus St. Gallen mitgebracht hatte. Wir waren also ein Team von zwei Pionieren.

Dr. Kissler wusste, dass ich nach meiner Medizinal-Assistenten-Zeit wieder nach Tübingen zurückkehren möchte, jedoch bot er mir in einem vertraulichen Gespräch an, nach 3-4 Jahren wieder ans Tettnanger Krankenhaus zu kommen, denn dann sei er bestimmt zum Chefarzt gewählt worden und wir beide könnten dann bestens zusammenarbeiten. Ich konnte ihm damals kein Versprechen geben, jedoch gefiel mir das Angebot. Zu diesem Team kam es nicht, denn der OA Dr. Kistler starb schon ein Jahr nach meinem Weggang aus Tettnang an einem Nierencarcinom.

Kistler war ein sympathischer Mann, distanziert und zugleich väterlich. Zu uns

Medizinalassistenten war er stets kollegial, zu den Op-Schwestern außerordentlich freundlich. Seinen Chefarzt, den Dr. Lehner respektierte er, obwohl sie sowohl im Blick auf die diagnostischen Maßnahmen und die adäquate Therapie für einen Patienten oft unterschiedlicher Meinung waren. OA Kistler war ein geschickter und ruhiger Operateur, ein geduldiger Assistent für uns Medizinalassistenten. Mir assistierte er eine Handvoll Appendektomien und Herniotomien, er führte mir die Hand beim Anlegen von Thoraxdrainagen nach Unfällen oder einem Spontanpneumothorax. Er demonstrierte uns auch, dass wir bei Aufklärungsgesprächen und postoperativen Informationen immer bei der Wahrheit bleiben, und dem Patienten keine falschen Hoffnungen und Prognosen als Trost mitteilen sollen. Im Vergleich zu Dr. Gessler aus der Inneren Medizin war er der Techniker, Gessler der Seelsorger.

(e.) Die Zeit in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Die Gynäkologie/Geburtshilfe hatte ich schon in den Bereitschafts- und Nachtdiensten kennengelernt. Ich wies auch schon darauf hin, dass ich für die Gynäkologen und Geburtshelfer <als Anästhesist> Narkosen gemacht habe. Ich beschrieb schon, dass ich bereits in meinem ersten Nachtdienst am Krankenhaus Tettnang das Schneiden von Episiotomien und deren chirurgische Versorgung gelernt habe.

Jetzt wurde ich vom ersten Tag an zur Assistenz bei der Entfernung von Ovarialzysten, die häufig vorkamen, und bei Hysterektomien, wofür meistens Myomatosen des Uterus verantwortlich waren, eingeteilt.

Drei Höhepunkte will ich erwähnen: In der dritten Woche meiner Weiterbildung in Gynäkologie/Geburtshilfe assistierte mir Dr. Eberle, der Chef der Abteilung, bei der Entfernung einer Ovarialzyste. In der 4. Woche ließ er mich nach einer Fehlgeburt eine sog. <Ausschabung des Uterus> durchführen. Ich spüre heute noch, wie mir die Schweißtropfen den Rücken hinunter flossen und ich höre immer noch das Geräusch, das bei jedem Schabevorgang entstand. Am Ende meines Pflichtjahres in Gynäkologie/Geburtshilfe durfte ich nach einer Reihe von Entfernungen von Ovarialzysten auch noch 4 Hysterektomien (=Entfernungen der Gebärmutter) bei Uterusmyomen durchführen.

Dr. Eberle war ein wortkarger und ruhiger Mensch, kein Mann großer und vieler Worte. Er blieb gefasst und ruhig, auch wenn Schwierigkeiten und Komplikationen auftraten. Diese Eigenschaften prägten mich für meine ärztliche Tätigkeit. Ich kopierte seine Mentalität.

3. Thema: Meine Erfahrungen als Chirurg in Tübingen

Nach zwei Jahren war meine Zeit als Medizinalassistent in Tettnang nun zu Ende und ich erhielt die Approbations-Urkunde vom Ministerium und der Ärztekammer. Ich

hatte am Krankenhaus Tettnang mit offenen Augen und großem Interesse enorm viel gelernt und ich wäre gerne in Tettnang geblieben, wenn das Haus für eine Facharztausbildung eine Zulassung von der Ärztekammer gehabt hätte.

*Erste Erfahrungen in der Kinderchirurgie

Nun trat ich am 1. August 1968 den Dienst in der Kinderchirurgie des Tübinger Klinikums an. Professor Flach war wenige Wochen davor zum Ärztlichen Direktor der neu geschaffenen Kinderchirurgischen Abteilung ernannt worden. Er wurde von Prof. Dr. Dick, den man nur den <Hofrat Dick> nannte, zum Direktor einer neu geschaffenen Kinderchirurgischen Abteilung vorgeschlagen und von der Fakultät sowie dem Ministerium zum ersten Ärztlichen Direktor der Kinderchirurgie ernannt. Dick, so sagte er mir persönlich, hatte ihn vorgeschlagen, weil er ihn als sehr sorgfältigen, manuell geschickten Chirurgen kennen gelernt hatte, aber er fügte noch hinzu, dass er auch "ein bayrischer Kauz" sei, was bedeutet, dass er <Ecken und Kanten> habe. Ich hatte ihn schon als Operateur kennengelernt, als ich noch als Student Nachtdienste in der Chirurgischen Klinik machte. Er war ein ausgesprochen langsamer und sehr sorgfältiger Operateur, drehte das Organ, an dem er operierte, z.B. einen Darm, mehrfach hin und her und benötigte zum Operieren nur seine Lieblings-Pinzette, ein Skalpell und eine selbst konstruierte Schere. Wenn der Eingriff erfolgt und die Nähte, die man am Organ legen musste, genäht und geknotet waren, stand er von seinem Hocker auf und überließ den Thorax- oder Bauchverschluss den Assistenten. Er verließ den Saal, ging in den sog. Aufenthaltsraum und trank eine Flasche Cola. Dann ging er meistens durch die anderen Op-Säle, zog Schrauben an den Türen nach oder reparierte Op-Tische und im Waschraum tropfende Hähne.

Eine Episode ist besonders erwähnenswert, die ihn charakterisieren kann. Als klar war, dass in Tübingen eine selbstständige Kinderchirurgische Abteilung gegründet werden sollte, schickte Dick den damaligen Dozenten Flach zu Professor Rickham in Zürich, "um Kinderchirurgie nicht nur autodidaktisch, sondern in einer <Schule> lernen zu können". Vorgesehen war eine vierteljährige "Vervollkommnung seines Talents". Flach hatte das "akademische Getue" von Professor Rickham und seiner Mannschaft jedoch schon nach vier Tagen "satt", denn er sah, dass "alle", wie er oft betonte; "auch nur mit Wasser kochen" können. Im Klartext hieß diese Aussage: Er konnte dort nichts mehr hinzu lernen. Also packte er sein Köfferchen wieder, legte dem Prof. Rickham einen Zettel auf den Tisch, dessen Inhalt niemand erfuhr, ging auf den Bahnhof und fuhr nach Tübingen zurück.

*Am Krankenhaus Tettnang fühlte ich mich wohl, in der Kinderchirurgie in Tübingen wehte dagegen ein anderer <Wind>

Im Vergleich zum Krankenhaus Tettnang, wo man Kollegialität praktizierte und spürte, war der Ton und das Arbeiten in Tübingen anders und gewöhnungsbedürftig.

Eifersucht der Chefs, der OÄ, und Assisteten untereinander und Hektik sind Stichworte, die das Arbeiten charakterisieren können. Ein Kollege, der zur gleichen Zeit als Assistent angestellt wurde, hatte dasselbe Empfinden. Er kam auch aus einem verhältnismäßig kleinen Krankenhaus mit nur 3 Abteilungen. Schon nach einer Woche sagte er mir: "Wir werden hier nur benutzt, gehören aber gar nicht dazu". Ein halbes Jahr später kündigte er und ging an seine frühere Arbeitsstelle zurück. Ich fühlte mich auch unwohl, dachte ebenfalls ans Verschwinden und überlegte mir oft auf dem Heimweg, was die Ursache für diese Veränderung sein könnte.

Flach war es nicht; er ließ uns Assistenten gewähren, solange wir unsere Arbeiten verrichteten und abends erst nach Hause gingen, wenn er nach Hause gegangen war. Die tägliche Ruhepause über den Nachmittag hielt er strikt ein; nichts konnte ihn davon abhalten. Gegen 17 Uhr kam er dann in die Klinik zurück, nahm wegen dauernder Kopfschmerzen 2 Gelonidatabletten aus dem Arzneimittelschrank, suchte sich einen Säugling oder ein Kleinkind aus, das ihm sympathisch war, ging über die Stationen, spielte und sprach mit den Kindern der Station und verschwand dann mit einem Kind, das er auf dem Arm durchs Haus trug, ohne mit uns Assistenten gesprochen zu haben, in sein Arbeitszimmer, wo ihm seine Sekretärin meistens schon kühles Cola beschafft und auf den Schreibtisch gestellt hatte. Meistens kam er dann gegen 18.30 Uhr in Begleitung der Sekretärin, die zu dieser Zeit nach Hause ging, auf die Station zurück und brachte das Kind, das er ins Sekretariat mitgenommen hatte, ins Bettchen. Sofern das Kind noch die Milchflasche oder einen Brei bekommen musste, <fütterte> er seinen Patienten auch noch. Flach, der selbst keine Kinder hatte, war außerordentlich kinderlieb und sprach oft und gerne <stundenlang> mit Müttern der Kinder. Wenn wir Assistenten unsere Arbeit getan hatten, durften wir nach stiller Übereinkunft noch nicht nach Hause gehen. Wir mussten warten, bis er sich gegen 21 oder sogar 22 Uhr anschickte, die Klinik zu verlassen. Gegen 20 Uhr kam er meistens ins Stationszimmer, wo wir noch Arztbriefe diktierten oder in Lehrbüchern Operationstechniken studierten. Dann setzte er sich zu uns und diskutierte mit uns über Krankheitsverläufe der Patienten oder über wissenschaftliche Fragen, die ihn und uns interessierten. Am nächsten Morgen kam er mit einem Packen Zeitschriften in die Klinik. Die Sekretärin, Frau Junele, musste Kopien anfertigen und sie an uns Assistenten verteilen. Die Manuskripte sollten uns Assistenten zu wissenschaftlicher Forschung anregen.

*Die Anfänge und die strapaziöse Arbeit an meiner Habilitation

Flach war kein Lehrstuhlinhaber, der zu <publish or perish> (=veröffentliche oder verschwinde) neigte. Wenn er aber erkannte, dass sich einer seiner Assistenten für ein wissenschaftliches Konzept interessierte, ging er in die Bibliotheken und beschaffte uns Zeitschriften oder Bücher. So ging es auch mir. Als ich am Ende des ersten Jahres in der Kinderchirurgie eines Abends mit ihm zusammen in der Kinderklinik war, um konsiliarisch ein Kind mit Bauchschmerzen zu untersuchen, lag neben diesem Kind ein 9 Wochen alter quittengelber Säugling. Der Chef der Kinderklinik, Professor

Bierich, kam in dem Augenblick ins Stationszimmer, als ich den Bauch des quittengelben Säuglings untersuchte. Die Leber dieses Patienten war vergrößert, ihre Konsistenz verhärtet und auf der Oberfläche der Leber tastete ich zahlreich kleine, linsengroße Knötchen. Bierich bemerkte, dass ich erschrocken war und sagte: "Diesem Kind dürfen Sie morgen gerne die Leber punktieren, wir kommen diagnostisch ohne Histologie nicht zu einer Diagnose."

Am nächsten Tag punktierte ich zum ersten Mal eine Leber mit einem Besteck, das ich vorher im Institut für Pathologie abholen musste. Der Pathologe Schubert ging mit mir in die Kinderklinik und nahm nach der Punktion das wurmförmige, braune Biopsat ins Institut. Am späten Nachmittag des anderen Tages rief er mich an und fragte, ob ich mit ihm zusammen die Histologie am Mikroskop ansehen wolle. Das Kind hatte eindeutig eine Gallengangsatresie, die damals noch als inoperabel galt.

Flach, dem ich von der Punktion und Histologie berichtete, kam am nächsten Tag mit einem Packen Schriften in die Klinik und fragte mich, ob ich nicht über das Krankheitsbild <Gallengangsatresie> forschen wolle, denn ich habe doch gesagt, dass man für solche Kinder <unbedingt> eine operative Technik entwickeln müsse.

Die Gespräche mit Flach und mein Studium der Leberanatomie sowie der Leberentwicklung waren der Beginn für meine Habilitationsschrift. Für meine Habilitation war also <der Zufall> verantwortlich. Aber ich wusste auch, dass eine experimentelle Forschung Geld benötigte. Damals gab es noch keine wesentliche, finanzielle Forschungsunterstützung, aber Flach schaffte es, dass meine Experimente im Wesentlichen aus dem Topf der Forschungsgelder der Universität bezahlt wurden.

Zusammen mit den Pathologen Professor Schubert, Professor Müller und Dr. Reifferscheid, später auch mit dem Embryologen Professor Drews und meinen Doktorantinnen Cornelia Bachmann und Mike Petersen sowie den Doktoranden Kirschner und Schittenhelm untersuchten wir Lebern von neugeborenen Schweinchen und von verstorbenen Kindern im Blick auf den Verlauf der großen und kleinen Gallengänge. Unsere Untersuchungen an Rattenembryonen in den sog. Carnegiestadien 17-21 ließen erkennen, dass die großen extra- und intrahepatischen Gallengänge aus dem sog. hepatischen Divertikel (=einer Ausstülpung aus der Darmanlage) entlang von Mesenchymstraßen in die Leberanlage einsprossen. Sie verbinden sich dann an der Grenze zum sog. Leberläppchen mit Gangstrukturen, die sich aus den sog. Leberzellbalken entwickeln. Wir konnten auch zeigen, dass das Mesenchym die Gallengangsentwicklung <anregt und steuert>. Ein Überschuss an Mesenchym, das zeigten unsere Präparate auch, führte zu einer gestörten Gallengangsentwicklung mit Obliteration der Gallengänge, also zu einer Gallengangsatresie (Atresie bedeutet angeborener Verschluss der Gänge). Wir konnten auch beobachten, dass sich ein Mesenchym-Überschuss besonders in der Leberpforte entwickelte, sodass vor allem die Gallengängchen in der Leberpforte

obliterieren. Eine Ursache für die überschüssige Mesenchymentwicklung konnten wir aber bis heute nicht finden. Jedoch konnten wir die Gallengangsatresie als Hemmungsfehlbildung definieren und in einem internationalen, englischsprachigen Journal publizieren. Die Jury dieser wissenschaftlichen Zeitschrift honorierte unsere Arbeit dann auch und wählte unsere Publikation zur besten Publikation des Jahres.

Nachdem unsere Arbeitsgruppe diesen Nachweis geführt hatte, musste ich nun allein eine operative Technik finden, mit der diese Gallengängchen, welche die Leberpforte verlassen wollten, mit einem aus Darm geschaffenen Neo-Gallengang verbunden werden konnten. Für die Lösung des Problems musste ich zunächst wissen, wie die Gallengänge der Leber bis zur Leberpforte verlaufen. Histologische Untersuchungen und Untersuchungen mit dem Operationsmikroskop an Nativpräparaten von neugeborenen Schweinchen und kurz nach der Geburt verstorbenen Neugeborenen sowie von fünf verstorbenen Embryonen zeigten eine sehr enge Beziehung der Gallengängchen in der Leber mit den vaskulären Strukturen, also den Leberarterien und den (venösen) Pfortaderästen. Die Distanz der Gängchen zu den Gefäßen betrug nur ca. 3-5 u und die Gängchen selbst hatten nur einen Durchmesser von 20-80 u. Diese Messdaten waren keine günstigen Voraussetzungen für eine operative Korrektur. Aber ich ließ mich nicht entmutigen. Mit dem Operationsmikroskop präparierte ich die Leberpforte von insgesamt 50 neugeborenen Schweinchen in Narkose, die von mir vor dem operativen Eingriff intubiert worden waren, dann aber von meiner Frau Monika in Narkose gehalten wurden. (Sie war die <Anästhesistin> und machte ihre Arbeit gut). Ich löste die dünnen, fragilen Gallengängchen in mikrochirurgischer Technik von den vaskulären Strukturen und verband sie mit einer ausgeschalteten Dünndarmschlinge, die ich zu einem Neo-Gallengang umgestaltete, sodass Galle von der Leber in den Darm abfließen konnte.

Schließlich hatte ich Nahtmaterialien gefunden und Instrumente entwickelt, die mir mikrochirurgische Operationen an Kindern mit Gallengangsatresien erlaubten.

Ich will an dieser Stelle nun nicht weiter über die Bedingungen sprechen, welche Kinder mit Gallengangsatresien mitbringen mussten, sodass die Operation Erfolg hatte. Zu diesen Bedingungen wurde ausführlich in Doktorarbeiten und Publikationen berichtet. Zudem wurden die operativen Details in meiner Habilitationsschrift beschrieben, photographisch dokumentiert und gezeichnet.

*Eine schwierige Situation: Spannungen zwischen Flachs OA Dr. Mildenberger und mir. Flach suchte eine Lösung

Trotz meiner wissenschaftlichen Forschung und trotz der guten Zusammenarbeit mit meinem Chef, Professor Dr. Flach, wurde ich in der Abteilung Kinderchirurgie nicht <heimisch>. Mir fehlte die Kollegialität aus dem Tettnanger Krankenhaus und ich spürte die (unbegründete) Eifersucht und den Neid meines damaligen OA Dr.

Mildenberger, den die Schwestern der Station zwar uneingeschränkt respektierten, jedoch respektierten sie die Assistenzärzte nicht.

Am Endes des zweiten Jahres meiner Zugehörigkeit zum Team der Kinderchirurgie, also in einer Zeit, bevor ich meine begonnene Habilitation unter <Dach und Fach> gebracht hatte, war ich an einem Tiefpunkt angelangt; ich wollte die Klinik unbedingt verlassen, ich wollte nicht mit meinem OA streiten. Also streckte ich meine Fühler aus und fand auch eine Klinik, die mir gerne eine Stelle anbot. Mit einer Zusage für diese Stelle, die ich von mir aus gesehen nur als <theoretische> Zusage verstand, ging ich zu meinem Chef, um zu kündigen. Flach war sichtlich überrascht (fast geschockt) und wollte Gründe wissen. Ich sagte ihm offen, dass ich mich im Team nicht wohl fühle, nannte jedoch keine Namen und ich sagte ihm auch, dass ich Zweifel bekommen habe, ob ich in der Chirurgie überhaupt am richtigen Platz sei.

"Schlafen wir eine Nacht darüber", war schließlich sein kurzer Kommentar. Am nächsten Tag drückte er mir ein Buch des italienischen Chirurgen Andrea Majocci mit dem Titel "Das Leben des Chirurgen" in die Hand und empfahl mir, das Buch bald zu lesen. Er wies noch darauf hin, dass ein Assistent mit dem Namen Adrea Majocci aus Mailand während seiner Ausbildung zum Chirurgen auch "das Handtuch werfen wollte, dann aber ein geachteter Chirurg geworden sei". Zudem legte er mir drei Zeitschriften auf den Schreibtisch, die verschiedene Gallewegsfehlbildungen thematisierten. Aber über meine <Kündigung> verlor er kein Wort. Das Thema war für ihn gar nicht existent.

Eine Woche später sagte er mir, dass er mit dem Chef der Allgemeinchirurgie gesprochen habe und ich in vier Wochen dort als Privatassistent arbeiten dürfe. Über diese Mitteilung war ich froh, denn ich musste, um die Facharztprüfung machen zu können, noch 2 Jahre in der Allgemeinchirurgie und 1 Jahr in der Unfallchirurgie gearbeitet haben. Flach hatte also im Disput zwischen Mildenberger und mir eine Lösung gefunden. Er sagte mir, als ich die Kinderchirurgie verließ (wörtlich): "Man kann als Chirurg nicht arbeiten, wenn sich Probleme mit den Kollegen einer Abteilung entwickeln." Viel später verriet er mir, "dass er die Eifersucht zwischen mir und Mildenberger gespürt habe, aber der Meinung war, dass sich das Problem von alleine lösen werde."

Also wechselte ich von der Kinderchirurgie 2 Jahre in die Allgemeinchirurgie, danach 2 Jahre in die Unfallchirurgie und schließlich noch 1 Jahr in die Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie.

Ich wollte <die Chirurgie> möglichst in ihrer ganzen Breite erfahren, um alle Organe des menschlichen Körpers <beherrschen>, um die Scheu vor diesen Organen kontrollieren zu können. Meine Absicht lief der Vorstellung der Zeit, ein fachspezifischer Experte (oder, wie man im Fachjargon sagte: ein Fach-Idiot) zu werden, zuwider. Meine Absicht wurde von dem Wissen getragen, dass wir als

Studenten <alle> Organe in der allgemeinen und speziellen Anatomie und Histologie kennenlernen mussten; wir mussten schließlich nicht nur einzelne Organe präparieren, sondern eine (komplette) Leiche obduzieren. Zudem war ich in der Vorstellung groß geworden, dass ein Chirurg im Notfall Verletzungen und Krankheiten alle Organe versorgen können muß. Ich wollte ein Chirurg werden, der diesen Anspruch erfüllen kann und ich wusste, dass der Kinderchirurg Spezialist für fast alle Organe sein muß; er kann sich nicht auf ein einziges Organ <spezialisieren>.

In der Allgemeinchirurgie wurde ich nach einem halben Jahr als Privatassistent dem Dozenten OA Geisbe, der zwei sog. Normalstationen betreute, zugeordnet. Von ihm lernte ich die großen Operationen der Erwachsenenchirurgie. Bald durfte ich Gallenblasen bei Gallensteinen selbstständig entfernen, Magen- und Darmresektionen durchführen, wobei er mir strikt <befahl>, Magenresektionen grundsätzlich nach der Methode Billroth I zu operieren, auch wenn die Präparation des Duodenums wegen Verwachsungen mit dem Pankreas schwieriger und riskanter sei. In den letzten Wochen, die ich noch auf der Allgemeinchirurgie verbringen musste, assisierte er mir bei einigen Rektumresektionen wegen Rektumcarcinomen und bei tumorösen Erkrankungen der Leber, besonders bei Segmentresektionen wegen Lebermetastasen, die entweder aus dem Darm über die Pfortader in die Leber gestreut wurden oder als Folge einer alkoholischen bzw. einer hepatischen Leberzirrhose entstanden waren. Da damals auch noch die Mammachirurgie bei Mammacarcinomen zur Chirurgie gehörte, assistierte er mir noch bei 3 Segmentresektionen der femininen Brust, sodass ich, da Mammacarcinome zu den häufigen Tumorerkrankungen gehörten, insgesamt 68 Operationen an der Brust operativ durchführen konnte. Geisbe hatte eine <eigensinnige> pädagogische Didaktik. Er assistierte mir jeweils nur dreimal bei einem operativen Verfahren. Danach musste ich ohne seine Unterstützung selbstständig und eigenverantwortlich operieren. Seine Didaktik hatte Erfolg: Ich musste intensiv Anatomie, Topografie und Operationstechniken lernen. Ich konnte mich nach jeweils drei Assistenzten pro Operationsverfahren nicht mehr auf seine Hilfe verlassen. Er verteidigte seine Didaktik auch konsequent und sagte einmal: "Wer ein Operationsverfahren nach drei Assistenzten nicht verstanden hat, der sollte den Wunsch, Chirurg zu werden, an den Nagel hängen."

Nach zwei Jahren wechselte ich zunächst in die Unfallchirurgie. Dr. Veihelmann, der zur gleichen Zeit wie ich habilitiert wurde, aber schon lange in der Unfallchirurgie tätig war, führte mich in die AO-Techniken zur Behandlung von Knochenbrüchen ein, die ich zwar schon kannte, aber noch nicht geübt hatte. Er begann sehr systematisch, ließ mich zuerst verschobene Wadenbeinbrüche, danach Unterschenkelbrüche, dann Sprunggelenksfrakturen, außerdem Oberschenkelbrüche und schließlich auch Schenkelhalsbrüche operieren, meistens unter seiner Assistenz. Da die Versorgung von gelenksnahen Knochenbrüchen mit künstlichen Prothesen damals noch in den Kinderschuhen steckte, war diese operative Technik nur den fortgeschrittenen Unfallchirurgen vorbehalten. Trotzdem durfte ich in den letzten vier Wochen meiner

Ausbildung in der Unfallchirurgie 3 Prothesen nach medialen Schenkelhalsbrüchen <einbauen>.

Gleichzeitig lernte ich von OA Dr. Pannike die Verfahren der Handchirurgie, beispielsweise Operationen bei Dupuytren'scher Kontraktur, die Sehnen-Ersatzplastiken, Nervennähte, die Verfahren zur Korrektur von Karpaltunnel-Syndromen und schnellendem Daumen.

Dann kam der Wechsel in die Herz-Gefäß-und-Thoraxchirurgie. Die Operationen am Herzen imponierten mir zwar nicht, denn ich wusste, dass ich nicht Herzchirurg werden wollte. Trotzdem musste ich die Verfahren zur Kanalisierung der großen herznahen Gefäße für den Anschluss an die Herz-Lungen-Maschine lernen und durfte auch bei immerhin drei Patienten Aortenklappen-Ersatzoperationen unter Assistenz des OA der Abteilung durchführen.

Großes Interesse hatte ich jedoch an den Verfahren der Lungenchirurgie. Und mein erkennbares Interesse an solchen Operationen war Anlass, dass ich Lungenchirurgie in allen Details lernen durfte. In diesem Zusammenhang konnte ich auch die Methoden zur Resektion von segmentalen Verengungen der Trachea lernen und selbstständig durchführen. Ich lernte, wie man bei solchen Operationen eng mit dem Anästhesisten zusammenarbeiten muß. In dieser Zeit wuchs meine Entscheidung, nach der Facharztanerkennung Lungenchirurg zu werden.

4. Thema: Der Anruf von Professor Flach: Er brauchte einen "neuen OA" und wollte mich für diese Position gewinnen. Ich wollte aber Lungenchirurg oder Unfall- und Handchirurg werden. Meine Frau Monika fand einen Kompromiss.

Eines Tages rief mich Flach an. Er sagte mir kurz und bündig, dass Mildenberger sich den Daumen gequetscht habe und deshalb längere Zeit nicht mehr operieren könne. Zudem habe er sich an seiner <Wunschklinik> in Stuttgart als Abteilungsleiter beworben und die Chance, dass er die Stelle bekommen könne, sei groß. Er habe meinen Werdegang seit vielen Jahren gründlich beobachtet und auch mit OA Geisbe über meine Fähigkeiten gesprochen. Er und Geisbe seien überzeugt, dass sich für diese Position (ich zitiere wörtlich) "keiner von den Assistenten des Hauses besser eigne, als Sie." Außerdem, so fügte er noch hinzu, sei er ja immer noch der Betreuer meiner Habilitation.

Flach versuchte zwar, mich für seine Abteilung zu überreden; ich blieb jedoch hartnäckig bei meiner Entscheidung, dass ich Lungenchirurg oder Unfall- und Handchirurg werden will.

Als er begriffen hatte, dass ich die angebotene Position nicht annehmen will, <zog er eine Karte>, die mir gar nicht gefiel, und mir kaum eine Wahl ließ. Er sagte unerwartet

streng und wörtlich: "Dann sind wir geschiedene Leute; dann kann ich auch nicht weiter deine Habilitation in der Fakultät betreuen."

Damit war das Gespräch beendet.

Ich berichtete am Abend meiner Frau über unseren Disput und wies darauf hin, dass nun auch meine Habilitation *<den Bach hinunter geht>*. Meine Frau Monika sah das Problem sehr pragmatisch. Sie sagte, dass doch ein Kompromiss möglich sein müsse, der so aussehen könne, dass ich einen Vorteil habe und zudem dem Professor Flach, von dem wir wussten, dass er chronisch krank war und selbst nicht mehr operieren, aber die Kinderchirurgie noch leiten konnte, geholfen werde. Sie brachte ihre Gedanken auf folgenden Nenner: "Du bietest ihm an, zwei Jahre in die Kinderchirurgie zu kommen, sodass er sich einen geeigneten OA suchen oder aufbauen könne und er müsse bereit sein, meine Habilitation, die er bisher doch mit großem Engagement begleitet habe, weiterhin zu betreuen." Damals konnte man ohne professoralen Betreuer nicht habilitieren.

Mit diesem Vorschlag ging ich auf Flach zu. Ich machte ihm auch den Vorschlag, den Dr. Reifferscheid, einen sehr gewissenhaften und sorgfältigen Mann aus der Pathologie, als OA *<aufzubauen>*. Flach ging auf meinen Vorschlag sichtlich erlöst von seinem Problem ein. Ich wechselte also wieder zurück in die Kinderchirurgie.

5. Meine Zeit als Leitender OA in der Tübinger Kinderchirurgie

Da Professor Flach selbst nicht mehr operieren konnte, kam auf mich viel Arbeit zu. Zudem musste ich bereit sein, seine Privatpatienten zu operieren, ohne dass ihre Eltern wussten, dass nicht er, sondern ich, operiert habe. Diese Solidarität forderte er, und ich war bereit, ihm auf diese Art und Weise zu helfen.

Ich hatte den großen Vorteil, nun viele Patienten mit den verschiedensten Krankheiten operieren zu können. Dadurch lernte ich in kurzer Zeit *<alle>*, wirklich alle in der Kinderchirurgie vorkommenden Krankheiten operieren zu können. Es handelte sich um die Fehlbildungen von Neugeborenen im Bauch, im Thorax, um Fehlbildungen der Speiseröhre und der Trachea. Es handelte sich um die onkologischen Erkrankungen wie Wilmstumore (=Tumore der Nieren), Neuroblastome (=Tumore der Nebennieren), Tumore der Leber (=Hepatoblastome), Tumore der Bauchspeicheldrüse (=Nesidoblastome), Blasentumore mit der Notwendigkeit zur Blasenentfernung und der Anlage einer Pseudoblase aus Darm, die wir Brigger-Blase nennen, um verschiedene andere Neoplasien der Lunge, der Leber, der Bauchspeicheldrüse und der Knochen.

Es ist unmöglich, sämtliche chirurgisch relevanten Erkrankungen, die im Kindesalter vorkommen können, zu nennen. Deshalb beschreite ich den umgekehrten Weg und

berichte, welche Operationen von anderen Disziplinen der Chirurgie/Orthopädie durchgeführt werden. Es sind die meisten Fehlbildungen der Hände und Füße, die Operationen am Gehirn mit Ausnahme des Hydrocephalus, die Korrekturoperationen bei Herzfehlbildungen mit Ausnahme des Ductus Botalli. Dagegen operieren Kinderchirurgen in der Regel alle chirurgisch relevanten Erkrankungen des Halses, des Bauches, der Lungen, der Zwerchfelle, alle Fehlbildungen und Erkrankungen des ableitenden Harnsystems einschließlich der Fehlbildungen der Geschlechtsorgane, alle Knochenbrüche oder sonstigen Verletzungen an/im Bauch und Thorax, sowie Blutungen ins Gehirn und den Hydrocephalus, der drainiert werden muß.

Mit dieser Aufzählung ist die Arbeit des Kinderchirurgen nicht vollständig beschrieben. Sie kann nur ausdrücken, dass der Kinderchirurg Spezialist für alle Organsysteme des Körpers sein muß. Deshalb können die komplexen, oft noch gar nicht in den Operationsatlanten beschriebenen Eingriffe, nicht an nachgeordnete Ärzte delegiert werden, sondern müssen vom bereits erfahrenen Kinderchirurgen operiert werden. Diese fachspezifische Eigenschaft und Konstellation führte auch dazu, dass ich täglich von 6 Uhr bis abends 22 Uhr in der Klinik war, meistens im Op. Wenn ich dann todmüde nach Hause kam, hatte ich nicht mehr die Kraft, sinnvoll zu essen und zu trinken. Ich ging in der Regel sofort ins Bett, nahm eine Tafel Ritterschokolade und einen Liter Mineralwasser mit. Beides verzehrte ich in wenigen Minuten wie ein Verhungernder. --- Fast jede Nacht läutete zu irgendeiner Stunde das Telefon, weil die Intensivstation oder der <Nachtdiensthabende Arzt> ein Problem hatte oder ein Patient aufgenommen wurde, der akut operierte werden musste, den aber nur ich operieren konnte oder dem diensthabenden Assistenten assistieren musste. Unser Ritual war immer dasselbe: Meine Frau nahm den Anruf entgegen, versicherte sich, ob der Anruf auch wirklich notwendig ist und reichte mir den Hörer weiter, <wenn Not am Mann war>. Ich kann nicht sagen, warum meine Frau dieses Leben, das Tag und Nacht, rund um die Uhr, Bereitschaft und Einsatz forderte, mitspielte. Meine Söhne werfen mir heute vor, dass sie "keinen Vater gehabt haben".

Manchmal überlegte ich mir auch, ob ich meine Arbeit weiterführen soll. Ich hatte oft das Verlangen, in eine Disziplin zu wechseln, wo man sich nur mit einem überschaubaren Krankheitsspektrum beschäftigen muß, nur mit einem einzigen Organsystem, wie beispielsweise in der Orthopädie, Urologie, Bauchchirurgie oder Lungenchirurgie (um nur pars pro toto ein paar Beispiele zu nennen).

Trotzdem blieb ich auch nach den vereinbarten zwei Jahren als Leitender OA in der Kinderchirurgie. Ein wesentlicher Grund war bestimmt die Erkenntnis, dass ich meinen Chef, der viel Vertrauen in mich setzte, in seiner Situation nicht allein lassen wollte. Als sich dann aber die Aussicht ankündigte, dass Flach einen Kollegen aus Österreich als OA gewinnen könnte, änderte ich meine Meinung. Der Kollege aus Österreich hatte mich vertrauensvoll telefonisch angerufen, um sich zu erkundigen, ob in absehbarer Zeit in Tübingen eine Stelle freiwerden könnte. Was ihn dazu bewog, weiß

ich nicht. Nach einem langen Gespräch, in dem ich den Eindruck gewann, dass er <Kinderchirurgie konnte>, vereinbarten wir ein Treffen in Tübingen und eine Vorstellung bei meinem Chef. Flach ging auf meinen Bericht ein und war mit einem Treffen einverstanden. Ich war zum Teil erleichtert über diese mögliche Veränderung, zum Teil aber begriff ich eine Veränderung als Verrat an meiner mir doch liebgewordenen Situation.

Ich hatte mir sogar überlegt, ob ich Chirurgie aufgeben soll, weil mir an einer anderen Universität eine Stelle als <Professor für Ernährungsmedizin> angeboten wurde. Ich stellte mich dort sogar mit einer Vorlesung vor und wurde einstimmig von der Fakultät gewählt. Nun musste ich mich entscheiden: Entweder für die Weiterführung meiner anstrengenden und zeitbeanspruchenden Tätigkeit in der Kinderchirurgie, oder für ein wesentlich leichteres, planbares und <humaneres> Leben.

Am Tag, nachdem ich mich an dieser Universität vorgestellt hatte, überstürzten sich die Ereignisse. Der Kollege aus Österreich kam zum Vorstellungsgespräch zu meinem Chef, und drei andere Universitäten hatten sich fast gleichzeitig mit der Frage an mich gewandt, ob ich mich als Direktor bewerben wolle, wenn sie eine Abteilung Kinderchirurgie ausschreiben werden. Zur ersten Turbulenz: Flach und der österreichische Kollege verstanden sich derart gut (der eine war Bayer, der andere Österreicher), dass mit meinem Einverständnis bereits über einen Vertrag geredet werden konnte. Zur zweiten Turbulenz: Die Gremien der drei auf mich zugekommenen Universitäten zeigten wirklich Interesse an mir. (Später erfuhr ich, dass der Kollege aus Österreich <die Trommel gerührt> und in Umlauf gebracht hatte, dass er die Stelle in Tübingen annehmen werde, weil ich mich anderweitig bewerben wolle). Diese Interpretation war aber falsch!

Nach Rücksprache mit meinem Chef vereinbarten wir einen Zeitpunkt, an dem die Stelle des OA an der Kinderchirurgie neu besetzt werden soll.

Jetzt war ich frei und besuchte alle drei Orte, die mir eine Stelle als Chefarzt oder eines Ärztlichen Direktors anboten. Eine angebotene Stelle strich ich nach einer ersten Besprechung sofort von meiner Liste, weil mir der Ton der Verhandlungsführer nicht gefiel. Die beiden anderen besuchte ich jedoch. Die Berufungskommission einer Universität sagte mir, als die Verhandlungen ernst geworden waren, dass ich mich offiziell bewerben und mit vier anderen Interessenten messen lassen müsse. Ich ärgerte mich zwar über diese Hinterlist, aber ich hatte auch Lust darauf, mich mit anderen Bewerbern zu messen. Obwohl ich mich für die angebotene Stelle kaum interessierte, fuhr ich in einer Nacht zur Vorstellung, kam 20 Minuten vor der Vorstellungsprozedur am Ort an und hielt frei und leger meinen Vortrag, den ich mit nur zwei Diapositiven absolvierte. Nach einem persönlichen Gespräch mit dem Dekan dieser Fakultät, der mir mitteilte, dass mich die Berufungskommission "bestimmt" wählen werde, drängte ich nicht auf eine eindeutige Zusage, sondern fuhr am selben Abend wieder nach

Tübingen zurück. Kaum angekommen, läutete das Telefon, und der Allgemeinchirurg, welcher der Berufungskommission angehörte, berichtete mir, dass ich mit einer Enthaltung von 12 möglichen Stimmen gewählt worden war.

Nun begannen die Verhandlungen, die mir jedoch nicht gefielen. Die Vergütung spielte dabei keine Rolle, denn sie wurde ohnehin nach Tarif bestimmt. Ich hatte auch keinen Einwand gegen limitierte Kompetenzen, die wegen anderer Disziplinen angeblich erforderlich wurden, Konkurrenz fürchtete ich nicht. Aber die Atmosphäre und der überhebliche norddeutsche Stil in den Verhandlungen behagte mir nicht. Ich sagte ab.

Nun blieb nur noch das Interesse des Lehrkrankenhauses der Medizinischen Hochschule Hannover übrig. Die Verhandlungsführer waren mir auf Anhieb sympathisch, Stil und Ton der Verhandlungen zeigten ein wahres Interesse an mir. Ich hielt an der zugehörigen Hochschule auch einen Vortrag und wurde nach einer über eine Stunde dauernden Diskussion meines Vortrags einstimmig gewählt. Ich darf erwähnen, dass ich mich mit 7 anderen Interessenten an der Stelle messen lassen musste. Die Verwaltung des Lehrkrankenhauses hatte keinen Einwand gegen meine Wahl durch die Hochschule, begrüßte ihre Entscheidung sogar ausdrücklich, sodass ich gewählt war.

6. Thema: Der Abschied von Tübingen

Mein Chef, Professor Flach, bat mich dann aber, "doch noch vier Wochen in der Nähe zu bleiben, bis der Nachfolger wirklich Fuß gefasst" habe. In diesen 4 Wochen lernte ich meinen Nachfolger aus Österreich kennen. Ich nahm bald wahr, dass wir beide grundsätzlich verschieden waren. Er war extrem extrovertiert, ich dagegen zurückhaltend introvertiert. In <meinem Op> durfte während der Operationen nichts gesprochen werden, was nicht zum Operationsgeschehen gehörte. Er redete dagegen während Operationen dauernd, sowohl mit den Assistenten als auch mit den Schwestern, und besonders gerne mit der Anästhesistin, die er später heiratete, über Alltägliches aus dem Leben in der Klinik, aber auch über Urlaubserlebnisse. Wäre ich in Tübingen geblieben, was Flach favorisierte, dann hätte der Charakterunterschied bestimmt zu Problemen geführt. Es war also besser, wenn ich den Platz räumte.

Am 30. März 1980 verabschiedete ich mich von meinem Chef, der mir sein uneingeschränktes Vertrauen geschenkt hatte. Er spürte offensichtlich, dass mir der Abschied schwer fiel und sagte: "Nun reden wir doch über die Erfolge der Chirurgie in den vergangenen 15 Jahren", und mir wurde bewusst, dass ich schon so lange in seiner Gegenwart im Klinikum gearbeitet hatte.

Uns beiden wurde in diesem Gespräch bewusst, welche Fortschritte die Kinderchirurgie in diesen 15 Jahren gemacht hatte. Er zeigte mir eine Grafik, in der er das Anwachsen der kinderchirurgischen Operationen aufgezeichnet hatte. Er zeigte mir

eine zweite Grafik, welche die Mortalitätsraten festgehalten hatte und demonstrierte mir, dass in meiner Ägide als OA der Abteilung kein Kind mit einer Ösophagusatresie, deren Korrektur damals als <Königsoperation> galt, gestorben sei. Er wies mich zudem darauf hin, dass die Operationen an der Lunge, an der Leber und am Pankreas stetig anwuchsen und in den 15 Jahren um 46 % gestiegen waren. Mir wurde erst nach einer Weile klar, dass er mir mit seinen Grafiken die Arbeit meiner Zeit als sein Leitender OA demonstrieren wollte. "Diese Grafiken kopierte ich für dich, sie sind mein Abschiedsgeschenk", sagte er am Ende unseres Gesprächs. Fast wäre ich meinem Chef um den Hals gefallen und ich musste Tränen den Weg aus den Augenwinkeln verbieten. Dann sagte er plötzlich: "Wir sehen uns heute Abend noch zu einer Verabschiedungsfeier im <Museum>.

Es war mir peinlich, dieses Angebot anzunehmen, und ich ging mit einer gewissen Scheu ins Lokal. Mein Chef hatte die Op-Schwestern eingeladen, zusätzlich den Leitenden OA der Allgemeinchirurgie, den Dozenten Dr. Geisbe, weil ich immer wieder betont hatte, dass er mir das Operieren beigebracht habe. Er hatte auch seinen <Lieblingsschüler> Dr. Reifferscheid, der erst vor kurzer Zeit aus der Pathologie in die Kinderchirurgie gewechselt hatte, eingeladen. Flach wusste, dass wir beide in der wissenschaftlichen Forschung zusammengearbeitet hatten. Mehr will ich zu dieser Abschiedsfeier nicht sagen, aber es war ein sehr schöner Abend.

Zusammen mit Flach, Geisbe und Reifferscheid sprach ich noch, als die Schwestern gegangen waren, über die Fortschritte in der Kinderchirurgie. Wir kamen zum Ergebnis, dass die Fortschritte besonders Folge der speziellen neonatologischen Versorgung von Neugeborenen, aber auch der besseren Nahtmaterialien waren, die wesentlich dünner, selbst resorbierbar und in die Nadel eingeschweißt waren. Hinzu kamen die Techniken des mikrochirurgischen Operierens, und last but not least auch die Fortschritte in der Anästhesie.

7. Thema: Die Entwicklung der Chirurgie

Als ich mich dann spät abends todmüde ins Bett legte, konnte ich nicht einschlafen. Ich knipste wieder das Licht an und fischte mir ein Buch vom Nachttisch. Es war das Buch von Andrea Majocci aus dem Jahr 1939 mit dem Titel <Das Leben des Chirurgen>, das mir mein Chef vor vielen Jahren geschenkt hatte, als ich in einer Phase der Belastung mit Chirurgie aufhören wollte. In einem interessanten Kapitel berichtet der Autor über die Geschichte der Chirurgie vom Barbier bis zum wissenschaftlich arbeitenden Arzt.

Sein Text beginnt mit dem Satz: "Als ich meine chirurgische Laufbahn am Ospedale Maggiore in Mailand begann, war die operative Kunst am Beginn ihres Entstehens. Es hatte lange gedauert, bis diese erhabene Disziplin sich vom Verruf und der Mißachtung erholt hatte."

Ich konnte dem Chirurgen Andrea Majocci nur zustimmen. Noch im Jahr 1163 hatte das Konzil von Tours mit dem Titel *<Ecclesia abhorret a sanguine>* die chirurgische Tätigkeit diskreditiert, in ein "böses Licht verdammt und mit einem Fluch belegt". Danach weigerten sich Ärzte Jahrhunderte hindurch, "blutige Operationen durchzuführen" und überließen Operationen den sog. Barbieren.

Wenn ein operativer Eingriff nicht zu umgehen war, rief man "verächtlich" den Barbier (=den Wundarzt), denn mit "Messern und Lanzetten" wollten die Ärzte nichts zu tun haben, diese Arbeiten "waren für sie erniedrigend". Zum Verständnis der Beschäftigung mit Medizin, also mit den Krankheiten, muß gesagt werden, dass Ärzte nur die Männer waren, die wir heute Internisten nennen. Was heute Chirurgen genannt werden, waren indessen die Barbiere oder die Empiriker (wie sie manchmal auch genannt wurden). Ich will nun ein paar Beispiele erwähnen, die das Kapitel der chirurgischen Eingriffe als Geschichte der Chirurgie illustrieren können. Der (chirurgische) Leibarzt von Heinrich II., Ambroise Pare, schrieb im 16. Jahrhundert ein Buch mit dem Titel *<Verbesserung der Schusswundenbehandlung, der Amputationen, der blutigen und unblutigen Behandlung von Knochen- und Gelenkserkrankungen>*. Er wurde von den Ärzten der damaligen Zeit, also den Internisten, nicht als Arzt anerkannt, "weil er des Lateinischen nicht mächtig war".

Die ersten Versuche, die chirurgische Arbeit als Arbeit von Ärzten anzuerkennen, kommen in einem Brief Diderots zum Ausdruck. Er schreibt in *<Lettre d'un citoyen qui n'est ni chirurgien ni medicin>*: "Möge es in Zukunft keine Wundärzte mehr geben, sondern Mediziner und Chirurgen, die sich zu einer geschlossenen Gruppe von Heilkünstlern vereinigen". Mit diesem Satz wurde aber auch die Verpflichtung ausgesprochen, dass sich Chirurgen "neben ihrer operativen Handgriffe auch mit der Erforschung von der Entstehung der Krankheiten und der Symptome befassen sollen".

Die Mißachtung der Chirurgen hing auch damit zusammen, dass sie sich noch in der Mitte des 20. Jhd. (nur) mit den Erkrankungen der Knochen, Gelenke und Muskeln beschäftigten, also, wie damals gesagt wurde, nur mit den *<leicht>* zugänglichen Regionen des menschlichen Körpers, die eigentlichen Ärzte, die Internisten jedoch mit den *<schwer>* zugänglichen "inneren Krankheiten". Ärzte teilten sich daher selbst in zwei Gruppen ein, die auch von der Bevölkerung derart eingeteilt wurden: In Internisten und Chirurgen. Dabei wurde immer noch übersehen, dass auch Chirurgen inzwischen (wissenschaftlich arbeitende) Ärzte geworden waren.

Es dauerte bis zum Beginn des 20. Jhd. bis Chirurgen wirklich als Ärzte anerkannt und dieselbe Aus- und Weiterbildung absolvieren mussten. Die Reform und Anerkennung war sicher Folge der Einführung der Anästhesie, die von Chirurgen eingeführt und weiterentwickelt wurde, und die Erkenntnis, dass Wunden nur unter sterilen Bedingungen heilen konnten. Andrea Majocchi schreibt 1939: "Keine Wunde, so groß

sie auch sein mag, ist an sich gefährlich; sie wird erst gefährlich, wenn sie mit bestimmten Stoffen in Berührung kommt, die eine Veränderung in den Geweben hervorrufen können. Und diese Stoffe sind die Mikroben, die immer in der Luft vorhanden sind und sich auf alle Gegenstände legen, auch auf unsere Hände (mit denen wir operieren)."

Nun beschäftigten sich in Frankreich und Deutschland Bakteriologen mit dieser Erkenntnis, also mit der <Antisepsis>. Lister, wird als Entdecker dieser Erkenntnis bezeichnet. Er führte die Verwendung "gewisser Substanzen" in die Chirurgie ein. Es waren Substanzen, die Mikroben (=Bakterien) abtöten konnten. Nun wuschen sich Chirurgen vor einer Operation die Hände mit solchen Substanzen, Instrumente, Verbandmaterial wurden damit gereinigt und die Haut des Patienten. "Asepsis" wurde zum Wort der Chirurgie. Zum Beginn der Asepsis wurden Sublimat (eine Quecksilber enthaltende Substanz), später Karbolsäure zum Reinigen der Op-Säle, zur Desinfektion von Instrumenten, der Hände der Operateure, der Haut von Patienten und der Verbände benutzt. Später benutzte man das übelriechende Jodoform in der Behandlung von Wunden und man reinigte die Luft der Op-Säle mit Karbolsäuredämpfen.

Die Operationsresultate wurden danach zwar deutlich verbessert, Wundinfektionen und postoperative Todesfälle reduziert. Bald erkannte man aber, dass diese (rabiatten) Substanzen zwar Bakterien abtöten konnten, jedoch Gewebe der Patienten, auch die Haut der Ärzte und des Op-Personals schädigten.

Deshalb rückte man von diesen Substanzen ab, um Gewebe intraoperativ keimfrei zu machen, aber der Operateur durfte weder mit seinen Händen, noch mit den Instrumenten Erreger in die Operationswunden bringen.

Man ging daher dazu über, Instrumente und Verbandsmaterial auszukochen, denn auch durch Kochen konnte man Erreger abtöten. Die Desinfektion von Materialien wurde zum unerlässlichen Prinzip der Asepsis erklärt, das bis zu modernen Autoklaven weiterentwickelt wurde.

Aber, wie sollten Hände des operierenden Personals desinfiziert werden? Ich erlebte in meinen chirurgischen Anfängen noch, dass wir uns die Hände eine halbe Stunde mit Seifen, danach mit Permanganatlösung, später mit Alkohol waschen mussten. Unsere Hände schwollen an, bekamen juckende Dermatosen und man versuchte, die langen Waschzeiten zu verkürzen. Schließlich lösten verträgliche Kautschukhandschuhe das Problem. Die Handschuhe wurden indessen nicht nur einmal, sondern öfters benutzt, denn sie wurden postoperativ gewaschen, in Lösungen desinfiziert und in Autoklaven sterilisiert. Heute wechselt man während langer Operationen die Handschuhe mehrmals und wirft sie als Einmalmaterialien zur Entsorgung weg.

Die Chirurgie wurde auf diese Weise in meiner Zeit immer sicherer. Infektionen von Wunden seltener, große zeitverbrauchende Operationen gelangen und unsere Patienten überlebten in der Regel auch große Operationen.

Und nun muß ich wieder auf die Anästhesie zurück kommen. Parallel zur Asepsis entwickelte sich die Anästhesie, die heute auch bei schweren Krankheiten, bei Risiko-Patienten eine Narkose erlaubt. Mit der Entwicklung der Anästhesie konnten Schmerzen während und nach der Operation beseitigt werden. D.h.: Chirurgen konnten und können nun schmerzfrei operieren.

Versuche, Schmerzen während Operationen zu verhindern oder wenigstens zu reduzieren, wurden schon im frühen Mittelalter praktiziert. Man ließ beispielsweise Patienten Mischungen von Opium, Bilsenkraut, Schierling und vielen anderen Drogen schnupfen oder irgendwie inhalieren. Man betäubte sie, indem man sie mit Alkohol in einen Rauschzustand versetzte, aber alle diese Versuche waren nicht geeignet, "große" Operationen durchzuführen, weil solche Eingriffe oft stundenlang in schwer zugänglichen Körperhöhlen stattfinden müssen. Sie waren gerade noch für Amputationen, Wundversorgungen, Abszessspaltungen und Punktionen von Körperhöhlen geeignet.

Solche Maßnahmen waren auch nicht geeignet Blutstillungen, exakt vorzunehmen. Daher wurden Amputationswunden zur Blutstillung oft mit bestimmten heißen Ölen, sogar mit heißem Pech übergossen. Wenn wir heute an die Schmerzen und die Schreie dieser Patienten denken, dann bekommt man Magenkrämpfe. Aber: Chirurgen hatten damals gar keine andere Wahl, als Patienten unter Schmerzen zu operieren.

Es gibt viele Berichte über solche Operationen, bei denen die Patienten gefesselt, von robusten Pflegern festgehalten, sogar geschlagen und mit Alkohol betrunken gemacht wurden. Bottini, ein berühmter italienischer Chirurg des angehenden 20. Jhd., berichtet, dass er sein Handwerk aufgab, weil er "die Schreie aus heiseren Kehlen und die Kämpfe auf den Operationstischen" nicht mehr ertragen konnte. Er "zog sich ins Mailänder Istituto Sappey zurück, wo er sich mit Anatomie beschäftigte, weil Leichen, keinen Schmerz mehr erleiden konnten".

Mit Fug und Recht können wir sagen, dass die Entdeckungen und Weiterentwicklungen der Anästhesie ein epochemachender Segen für die Menschen waren.

Eine wichtige Beobachtung machte der amerikanische Zahnarzt Morton. Er betäubte eine Wunde im Mund eines Patienten mit Äther und bemerkte, dass der Patient "recht plötzlich" zu klagen aufhörte und sogar einschlief. Er wiederholte seinen Versuch an mehreren Patienten und fand heraus, dass diese Patienten nach Einatmung von Ätherdämpfen in einen tiefen Schlaf fielen, sodass er sie operieren konnte, ohne dass

sie von der Operation Schmerzen spürten. Heute wird zu seinen Ehren immer noch im <Massachusetts Hospital> von Boston die Liege demonstriert, auf welcher der erste so betäubte Mensch eingeschlafen und operiert worden war.

Bald entdeckte man auch andere Substanzen, welche die gleiche Wirkung erzielten, beispielsweise das Chloroform. Die Chirurgen hatten nun erreicht, dass sie ihre Patienten schmerzfrei operieren konnten.

In der Folgezeit wurden viele Substanzen entdeckt, die sich für die Lokalanästhesie (= die örtliche Betäubung), aber auch für eine sog. allgemeine Betäubung (=die Narkose) eignen. Heute werden solche Substanzen sogar individuell und ortspezifisch angewandt und man unterscheidet regionale-, spinale-, Plexus-Anästhesie und allgemeine Anästhesie (=Narkosen), bei denen nicht nur der Schmerz, sondern auch das Bewusstsein ausgeschaltet wird.

In diesem Zusammenhang, der deutlich machen kann, dass sich die Anästhesie aus der Chirurgie entwickelte, möchte ich darauf hinweisen, dass mein Chef Flach der erste Chirurg war, der auch <Facharzt für Anästhesie> genannt werden durfte. Er arbeitete damals in Kiel.

Mit diesen Erfolgen der Chirurgie fielen die von Internisten geschaffenen Grenzen zwischen Innerer Medizin und Chirurgie weg. Trotzdem spürt man als Chirurg immer wieder, dass manche Internisten auch heute noch, auf Chirurgen <herabblicken>. Aber: Internisten und Chirurgen gehören heute nolens volens der gleichen Gruppe an. Beide sind Ärzte. Und: Sie sind oft aufeinander angewiesen. Diese Abhängigkeit drückt sich in dem Satz eines Internisten aus, der gesagt haben soll: "Was wir (Internisten) nicht heilen können, geben wir an die Chirurgen weiter, denn sie haben Anatomie gelernt und besitzen das passende Gemüt."

8. Thema: *Der Arzt, Chirurg und Chefarzt an der <Kinderklinik auf der Bult> in Hannover*

Am Nachmittag des 31. März 1980 fuhr ich nun nach Hannover an meine neue Arbeitsstelle. Zuvor musste ich noch, da mein Nachfolger in Tübingen einen fieberhaften Schnupfen bekommen hatte, ein Neugeborenes mit einer Ösophagusatresie und einer ösophago-trachealen Fistel operieren. Es war schon am späten Abend des 30. März von einer auswärtigen Frauenklinik zu uns verlegt worden, aber das Kind war ein frühgeborenes Kind mit einem Geburtsgewicht von nur 1520 Gramm und hatte auf dem Transport erbrochen sowie aspiriert. Es musste daher zunächst von den Neonatologen der Kinderklinik in einen stabilen narkose- und operationsfähigen Zustand gebracht werden. Gegen 6 Uhr erkundigte ich mich nach dem Zustand des Kindes und es wurde mir zugesagt, dass es gegen 9 Uhr operiert

werden kann. Gegen 7 Uhr ging ich in die Kinderklinik, um mir selbst einen Eindruck vom Zustand des Kindes zu verschaffen und mit dem Vater zu reden, der inzwischen eingetroffen war. Um 9.15 Uhr konnten wir mit der Operation beginnen. Es handelte sich um eine typische Ösophagusatresie mit einer schräg zur Trachea verlaufenden Fistel. Die Operation machte mir trotz der kleinen und engen Verhältnisse keine Schwierigkeiten und war nach 2 Stunden auch schon beendet. Der Vater wartete schon vor dem Op, sodass ich mit ihm noch ein Gespräch über den operativen Verlauf und die mutmaßliche Prognose führen konnte.

Nach einem kurzen Mittagessen und einer Dusche verabschiedete ich mich von meiner Frau und meinen Kindern und fuhr nach Hannover. Gegen 19 Uhr kam ich dort an und suchte nach meinem Quartier im sog. Schwesternhaus.

Punkt 7 Uhr stellte ich mich am nächsten Morgen den Stationsschwestern, den Schwestern des Op' und den Ärzten der Abteilung vor. Nach einer rund 2 Stunden dauernden Visite führte mich der OA der Klinik, Dr. Lange, durchs Haus. Er berichtete mir dabei auch über die Gepflogenheiten des Hauses und über den Ausbildungsstatus der ärztlichen Mitarbeiter. Gegen 11 Uhr hatte ich ein Gespräch mit dem Verwalter der Klinik und mit den vier Chefärzten des Hauses. Gegen 13 Uhr hatte ich dann noch ein Gespräch mit dem Chef Professor Hürter und seinem OA Dr. Pörksen, einer benachbarten Kinderklinik, die bisher aus Gründen der Konkurrenz mit der sog. Kinderheilanstalt nicht zusammenarbeitete. Kinder dieser Klinik, die operativ versorgt werden mussten, wurden umständlich in die Kinderchirurgie nach Bremen verlegt. Wir vereinbarten aber gegen die Meinung der Chefärzte der Kinderheilanstalt eine Zusammenarbeit im Blick auf operationsbedürftige Kinder, was vorübergehend zu Missstimmungen mit den Ärzten der Kinderheilanstalt führte.

Schon am frühen Abend meines ersten Arbeitstages wurde ich vom Chef der benachbarten Kinderklinik angerufen, ob und wann ich einen Säugling mit einem eingeklemmten, nicht reponierbaren Leistenbruch mit Hodenhochstand operieren könne. Meine Antwort lautete: "Das ist ein Notfall, wir sollten sofort operieren". Binnen einer halben Stunde lag der Säugling auf dem Op-Tisch, und ich führte meine erste Operation an diesem Kinderkrankenhaus durch. Wer Leistenbrüche mit Hodenhochstand von Säuglingen kennt, der weiß, dass solche Operationen schwierig sein können und große Sorgfalt fordern. Der hauchdünne peritoneale Bruchsack und der fadendünne Samenleiter mit seinen Blutgefäßen können nur mikrochirurgisch geschont werden.

Gegen 20.30 Uhr war ich mit der Operation fertig. Der Kollege, der mir assistierte, wurde im selben Augenblick in die Poliklinik abberufen. Zehn Minuten später rief er mich an und teilte mir mit, dass er die 13-jährige Tochter des Sozialministers von Niedersachsen mit hohem Fieber und Bauchschmerzen aufnehmen müsse. Ich untersuchte das Mädchen und wies darauf hin, dass es sofort zur Operation vorbereitet

werden muß. Dieses Mädchen hatte alle Zeichen einer Peritonitis als Folge einer perforierten Appendizitis. Binnen einer Dreiviertelstunde lag sie mit einer Infusion, die ein Antibiotikum enthielt, auf dem Op-Tisch. Unsere Diagnose einer gangränösen, perforierten Appendizitis mit regionaler eitriger Peritonitis hatte sich bestätigt. Als ich den Op-Saal nach dieser Operation verließ, rief mich der Pförtner an. Er sollte mir im Auftrag des Sozialministers mitteilen, dass der "Herr Minister" erst in 2 Stunden in der Klinik sein könne, weil er auf dem Weg von Hamburg nach Hannover im Stau sei. Ich musste also noch 2 Stunden im Haus bleiben, obwohl ich todmüde war und Hunger sowie großen Durst hatte.

Das Gespräch mit dem Herrn Minister war sachgerecht und gut. Er berichtete mir, dass er zum Verwaltungsrat der Klinik gehöre und "stark" in den Neubau der <Kinderklinik auf der Bult> eingebunden sei. "Wenn Sie Probleme haben, dann steht Ihnen meine Tür immer offen", sagte er noch zum Schluss unseres gut 2 Stunden dauernden Gespächs.

Jetzt war der Tag für mich gelaufen; ich suchte mich zum Schwesternhaus durch und war froh, dass mir meine Frau Proviant für ein paar Tage in den Koffer gepackt hatte.

Ich spürte schon in den ersten paar Tagen, dass meine Position als Chefarzt einer operativen Einrichtung anders war, als meine Stellung als Leitender OA in Tübingen. In Tübingen wurde ich von den Ärzten in der Kinderklinik schlichtweg ernst genommen, ich wurde respektiert und mein Chef hatte volles Vertrauen in meine Arbeit. Hier in Hannover wurde ich von Schwestern, Kollegen und sogar vom Hausmeister kritisch <beäugt>. Ich hatte das Gefühl, dass alle nur darauf warten, wann ich einen Fehler machen werde. Zudem galt mir in Tübingen die Achtung der Studierenden, da ich, wie immer wieder betont wurde, sehr gute Vorlesungen und Seminare halten würde. Ausdruck für diese Achtung konnte eine Urkunde der Fakultät sein, die mir die besten Unterrichtsveranstaltungen bescheinigte. Zudem wurde ich von der Studentenschaft zweimal mit hoher Stimmenzahl in die sog. Studien-Kommission und später zum Studien-Dekan gewählt.

Ich wurde rasch mit organisatorischen und geschäftlichen Fragen konfrontiert, für die in Tübingen der Chef zuständig war. Schon in den ersten Tagen delegierte ich die organisatorischen und geschäftlichen Dinge an meine zwei OÄ; der eine war für die Organisation der Op-Pläne, für die Instrumente und Geräte verantwortlich, der andere für das Geschäftliche, das ich <hasste>. Ich wollte Arzt und Chirurg sein, kein Geschäftsmann werden. Ich wollte Operationsverfahren mit wissenschaftlichen Methoden auf Mängel untersuchen und technische Verbesserungen ausprobieren, also auch Forscher mit wissenschaftlichen Methoden sein. Die Klinikverwaltung hatte mir zugesagt, dass ich meine Untersuchungen an Zellen von Neuroblastomen und Leber-tumoren weiterführen kann, die von der DFG finanziert wurden. Dazu musste man operieren und immer wieder selbst operieren und die Abende im Labor verbringen.

Diese Aufgabenverteilung funktionierte bald reibungslos; meine OÄ hatten Freude am Organisatorischen und Geschäftlichen. Ich ließ ihnen auch freie Hand.

Zu meinen Aufgaben als Chefarzt gesellten sich auch weit mehr Gespräche, die mit Stationsschwestern, Op-Schwestern und ärztlichen Mitarbeitern geführt werden mussten. Ich hatte solche zeitaufwändigen Gespräche zunächst für überflüssig gehalten, machte aber die Erfahrung, dass sie dem Arbeitsklima dienlich waren. Immer wieder mussten verschiedene Meinungen und Vorstellungen zu einem Kompromiss verarbeitet, ab und zu musste auch Streit unter dem Personal geschlichtet werden.

Darüber hinaus gab es auch viel mehr Eltern, die lange Gespräche mit dem Chef führen wollten. (Norddeutsche Menschen sind gesprächiger, als die mundfaulen Schwaben). Deshalb richtete ich am Samstag- und Sonntagmorgen Sprechstunden für Eltern ein, wobei ich manchmal auch Ehestreitigkeiten schlichten musste.

Nun will ich nicht lange aufzählen, welche Operationen wir durchführten, sondern aus dem umfassenden Spektrum ein paar High-Lights auswählen.

Eine besondere Operation war die Versorgung eines zwölfjährigen Gymnasiasten, der in seiner Klasse immer Primus war, zugleich aber <waghalsige> Dinge machte, deren Risiken der Primus nicht abschätzte. Seine Intelligenz hätte ihm dieses Talent aber geben können. --- Eines Tages kletterte er über den Zaun seines Nachbarn, der den Zaun erst wenige Tage vor dem Unfall des Klassenbesten wegen eines Einbruchs in seine Garage mit spitzen <Metall-Spießen> versehen ließ. Franz (der Name wurde geändert) kletterte jedoch über diesen Zaun, rutschte aus und fiel derart ungeschickt in einen der Spieße, dass der Spieß unter dem Kinn zum Kehlkopf, dann zur Schädelbasis und schließlich noch ins Gehirn vordrang. Der Vater sah den Unfall, sprang rasch in seinen Keller, holte eine Metallsäge und sägte den Spieß in der Nähe des Halses ab. In der Zwischenzeit war der Sanitätswagen gekommen, der den verletzten Buben zu uns ins neue <Krankenhaus auf der Bult> brachte. Als er ankam, war er schon bewusstlos und bradycard, als Zeichen der Hirnschwellung.

Zur selben Zeit war <unser neurologischer Konsiliarius> aus einer anderen Klinik im Haus. Ich ließ ihn herbeirufen und er rief sofort den Neurochirurgen seiner Klinik an. Eine Verlegung des Patienten hielten wir nicht für sinnvoll. Alle umstehenden Ärzte waren mit dem Neurologen einig, dass wir jetzt ohne Verzögerung durch eine Verlegung oder apparative Diagnostik die Narkose einleiten sollten. Der Neurochirurg kam rasch und sagte nur: "Waschen, wir operieren den Burschen hier". Er und ich wuschen uns. Während wir uns wuschen, sagte er mir: "Sie sind Herr des Hauses, Sie operieren und ich assistiere Ihnen. Wir entfernen zunächst das Schädeldach, damit wir genügend Übersicht über das Gehirn bekommen, und danach werden wir sehen, was wir machen können."

In der Zwischenzeit hatte mein OA Kolb dem Buben die Haare abrasiert, Hals und Kopf desinfiziert und der Infusion ein Breitband-Antibiotikum hinzugefügt. Danach deckte er den Patienten mit der Op-Schwester so ab, dass der Schädel in ganzer Zirkumferenz für einen Schnitt frei war.

Zuerst sägte ich mit einer speziellen rotierenden Säge das Schädeldach ab, das Dr. Kolb in Empfang nahm und in eine Nährlösung legte. Im nächsten Schritt eröffnete ich die Dura mater unter Schonung aller Gefäße, die ins Blickfeld kamen. Im dritten Schritt wurde die linke Hirnoberfläche zwischen der Dura mater und dem Hirnparenchym mit einem stumpfen Spatel gelöst. Wir sahen jetzt den Lobus frontalis des Großhirns, teilweise auch den Lobus parietalis und weit unten, nahe der Schädelbasis den Lobus temporalis. In der Tiefe sahen wir dann den Spießschaft, der vor dem Lobus temporalis in der Fissura cerebri lateralis ins Großhirn eingedrungen war.

Nach gründlicher Desinfektion des Spießschaftes schlug der Neurochirurg vor, dass wir nun den Sulcus centralis auseinanderdrängen, um die weitere Inspektion zu gewährleisten. Wir konnten dort aber kein Spießende entdecken. Deshalb musste ich den sichtbaren Teil des Spießes ins Gehirn hinein verfolgen, indem wir äußerst vorsichtig, ohne Hirnparenchym zu zerstören, das Hirnparenchym vom Spieß wegdrängten. Wir arbeiteten uns bis zur Spitze des Spießes vor und ich hatte bald den Verdacht, dass der Spieß ins sog. Brocca-Zentrum (das für die Wortbildung verantwortlich ist) eingedrungen sein musste.

Nun führte ich in äußerster Anspannung einen rotierenden, sehr schmalen Sägefaden um die Basis der Spießspitze und sägte den Schaftteil von der Spitze ab. Der Schaftteil konnte jetzt nach unten entfernt werden. Die Spitze, die zwei schmale, seitlich wegstehende, messerscharfe Flügel hatte, verkleinerten wir danach, indem wir mit einer schmalen Zange die Flügel mühsam abknabberten. Jetzt war die Spitze des Spießes in drei Teile zerlegt worden, und jedes dieser Teile konnte mit einer schmalen Fasszange entfernt werden. Zu einer größeren Blutung kam es nicht; wahrscheinlich war das verletzte Gehirn derart angeschwollen, dass sich Gefäße selbst tamponiert hatten. Wir spülten den Spalt, den der Spieß im Gehirn verursacht hatte, nun noch mit einer Antibiotika-Lösung und legten ein feines Drainageröhrchen in diese Wunde des Gehirns. Den Defekt in der Schädelbasis drainierten wir ebenfalls mit einem Röhrchen. Dann verschlossen wir die Dura mater mit ein paar adaptierenden Nähten und legten supradural eine dritte Drainage ins Wundgebiet. Den Defekt, der durch die Abnahme des Schädeldaches entstanden war, deckten wir mit feuchten, sterilen Gazen ab.

Nun stieg der Neurochirurg aus der Operation aus. Meine nächste Aufgabe war es, den Kehlkopf, die Schilddrüse und die großen Halsgefäße zu inspizieren. Da der Spieß in der Mitte der Längsachse des Halses eingedrungen war, hatte er die Schilddrüse und den Kehlkopf exakt in der Mittellinie gespalten. Deshalb kam es wohl auch zu keinen

großen Blutungen. Auf die Inspektion der Reccurensnerven verzichtete ich, weil eine Verletzung ohnehin keine operative Konsequenz gehabt hätte. Den in der Mitte gespaltenen knorpeligen Kehlkopf nähte ich, nach dem ich mich vergewissert hatte, dass die Stimmbänder nicht verletzt worden waren, mit resorbierbaren Fäden exakt zusammen. Wir bemühten uns danach, Bluttrockenheit zu erreichen, legten eine Drainage ins Wundgebiet des Halses und verschlossen die Wunde schichtweise adaptierend.

Nach 7 Stunden war die Operation, die ich nur in groben Zügen beschrieben habe, zu Ende.

Der postoperative Verlauf war komplikationsfrei. Das Gehirn schwoll überraschend rasch ab, sodass wir schon ab dem dritten postoperativen Tag mit der schrittweisen Entfernung der Drainagen beginnen konnten. Am 7. postoperativen Tag wurde der Schädeldeckel wieder eingenäht. Vom 8. Tag an vermieden wir relaxierende sowie sedierende Medikamente und Schmerzmittel und am 10. Tag war die Vigilanz (=das bewusste Wachsein) so gut und unauffällig, dass wir mit der sprachlichen Rehabilitation beginnen konnten.

Am Ende der zweiten Woche diskutierten wir das Ereignis nochmals mit dem konsiliarischen Neurologen. Es ging besonders um die Frage, welche Areale des Gehirns zerstört worden sind. Ich war der Meinung, dass der Spieß im oder nahe des sog. Broccazentrums steckte. Der Neurologe sagte, dass die genaue Region der Verletzung an einem verschwollenen Gehirn nicht anatomisch oder operativ zu klären sei, sondern nur durch die neurologische Symptomatik, zumal wir im Hause weder ein CT, noch ein MRT durchführen konnten und ein Transport in eine andere Klinik nach der Aussage des Neurologen ohne Konsequenz bliebe.

Franz, so nannten wir den Jungen, erholte sich motorisch langsam, beonders die Mimik des Gesichts besserte sich von Tag zu Tag nur in Nuancen. Gravierende Sensibilitätsausfälle konnten nicht festgestellt werden. Er verneinte durch Kopfschütteln Schwindel oder Übelkeit und hatte keine schweren optischen oder akustischen Ausfälle. Das verschwommene und unsichere Sehen sowie das angedeutete Schielen erklärten wir uns durch Verschwellungen im Bereich der Schädelbasis, wo das Chiasma opticum verläuft. Aber: Franz konnte nicht mehr sprechen, weder Worte noch Vokale. Selbst das Nachsprechen von Wörtern und Vokalen gelang nicht. Zudem reagierte er nicht auf das Vorlesen von Texten, sie verwirrten ihn sogar und er wurde aggressiv. Der Neurologe stellte die Diagnose einer <motorischen Aphasie> und schloss aus dem Befund, dass das Broccazentrum, möglicherweise auch das Wernickezentrum von der Verletzung betroffen ist. (Zum Verständnis: Das Broccazentrum ist für die Wortbildung, das Wernickezentrum für die Erkennung der Wortbedeutung zuständig).

Am Ende der dritten postoperativen Woche entließen wir Franz nach Hause. Die logopädische Rehabilitation wurde ambulant organisiert. Trotz intensiver Logopädie besserte sich das Sprachvermögen aber kaum. Ein halbes Jahr später konnte er manchmal zwar Vokale nachsagen, indessen sehr verwaschen und kaum verständlich. Die Logopädin bemühte sich trotzdem intensiv weiter.

Als ich mich 5 Jahre später wieder einmal über seine Fortschritte informieren wollte, musste ich seinen Aufenthaltsort erst mühsam über die Ämter der Stadt Hannover suchen. Seine Eltern waren inzwischen gestorben (vielleicht aus Leid und Gram über das Schicksal ihres intelligenten Sohnes). Die Schwester, die Goldschmiedin geworden war, zog mit ihrem Bruder nach dem Tod beider Eltern in eine andere Stadt (deren Name ich nicht nennen darf), eröffnete dort ein Geschäft für Schmuckartikel und Uhren. Sie lernte ihrem Bruder Techniken, mit denen man Schmuckstücke und Uhren reparieren oder sogar selbst herstellen kann. Sie ist für die Organisation des Geschäfts und den Verkauf, er für Reparaturen zuständig. Inzwischen, so berichtete sie mir, kann er Vokale, Worte und auch stückweise Sätzchen ansatzweise sprechen, die er mit reichlich Gestik unterstreichen muss, damit seine Schwester verstehen kann, was er denn sagen will. Sie kann inzwischen verstehen, was er ausdrücken will, andere Menschen verstehen ihn jedoch nicht.

Ein anderer Höhepunkt war die Verletzung des Roland Nötel (seinen Namen darf ich nennen). Roland war knapp 7 Jahre alt, als er nach einem Fußballspiel auf einem Bolzplatz in der Nähe des Maschsees, mit anderen Buben nach Hause gehen wollte. Es war Freitagabend gegen 19.30 Uhr. Auf ihrem Weg kamen sie an einem Bauplatz vorbei und sie konnten nicht widerstehen, sich dort umzusehen. Auf dem Vorplatz stand eine Kreissäge, die noch an ein Kabel angeschlossen war, aber der Stecker war aus der Buchse gezogen. Ein Junge steckte den Stecker ein und Roland spielte in diesem Moment am Sägeblatt herum. Er sägte sich den rechten Arm handgelenksnah ab. Im selben Augenblick kam ein Spaziergänger vorbei, der das Mißgeschick sofort erkannte und von einem benachbarten Haus aus den Sanitätsdienst bestellte. Die Sanitäter waren rasch am Platz, banden den Oberarm ab, um Blutstillung zu erreichen und fuhren den Jungen in unsere Klinik.

Meine Mitarbeiter waren schon nach Hause gegangen, nur der Diensthabende Assistent und mein OA Dr. Kolb waren noch im Haus. Als wir den Buben im Op auf einen Op-tisch umgelagert hatten, brachten andere Sanitäter die mit Sägemehl und Dreck verschmierte Hand in einem Kunststoffbeutel in die Klinik.

Zunächst rief ich verschiedene auswärtige Kliniken an, von denen ich wusste, dass sie Handchirurgische Spezial-Abteilungen hatten: Die Medizinische Hochschule Hannover, ein Krankenhaus in Braunschweig, die Uni-Kliniken in Göttingen und die Hochburg der Handchirurgie im Uni-Klinikum Hamburg. Von allen angerufenen Kliniken bekam ich jedoch Absagen. In meiner Not rief ich dann noch meinen früheren

Kollegen Dr. Reill in der Handchirurgie der Tübinger BG-Klinik an. Er wäre zwar zur Übernahme des Patienten bereit gewesen, lehnte jedoch ab, weil es der zeitliche Aspekt nicht erlaubte. "Du schaffst das selbst", sagte er aufmunternd, "ich bleibe in der Nähe des Telefons und wenn du Probleme hast, kannst du mich jederzeit anrufen, auch in der Nacht".

Nun zog ich mich für eine kurze Zeit in das <Aufenthaltszimmerchen> des Op' zurück, um die Anatomie in meinem Kopf bildlich zu rekapitulieren. Nach drei- vier Minuten kam Sr. Lotte (=die Leitende Op-schwester) herein, die von der Diensthabenden Op-Schwester zuhause abgerufen wurde. Sie sagte nur: "Wir sind bereit, die Narkose <steht>".

Ich will nun nicht die Details der Operation berichten, sondern nur erwähnen, dass die abgesägte und verschmutzte Hand sorgfältig gereinigt, die Knochenenden für eine Osteosynthese hergerichtet, die Arteria und Vena radialis mit feinen, selbst auflösenden Fäden genäht, die Nervi radialis et ulnaris sowie die zerfetzten Sehnen der zur Hand führenden Muskeln ebenfalls mit solchen Fäden genäht werden mussten. Nach Abnahme der am Oberarm angebrachten Manschette, die Blutungen verhindern musste, wurde die Hand bald rosig, als Hinweis, dass sie durchblutet wird und das Blut venös wieder abfließen konnte. Nach diesen Prozeduren wurden das Unterhautgewebe und die Haut nach Herstellung glatter Wundränder adaptierend genäht. Als nach einigen Minuten zu erkennen war, dass die Hand gut durchblutet blieb, wurde die Wunde locker verbunden und eine Gipsschale in leichter Beugestellung der Hand anmodelliert. Den Saalpfleger ließ ich beim Pförtner anfragen, ob die Mutter des Buben schon ins Haus gekommen sei. Er musste die Mutter fragen, ob ihr Sohn Tetanusimpfungen bekommen hatte. Nachdem ihm die Mutter keine Auskunft geben konnte, spritzen wir ihm in den rechten Oberarm Tetanol in üblicher Dosierung. Zudem bat ich die Anästhesistin Dr. Anupöld für einen guten Zugang zu sorgen, dass wir mehrere Tage eine antibiotische Behandlung durchführen können.

Nachdem der Junge auf die Intensivstation gefahren worden war, rief ich das gesamte Personal des Op's in den Op zusammen. Ich bat alle, über die Operation absolutes Stillschweigen zu bewahren, denn ich wusste, dass nun schon Zeitungsleute unterwegs waren, die eine derartige Sensation in ihren Journalen berichten wollten. Danach konnte das Op-Personal nach Hause gehen. Ich blieb jedoch die ganze Nacht in der Klinik, um die Durchblutungsverhältnisse der Finger lückenlos beobachten zu können. Morgens, gegen 6 Uhr, suchte mich dann der Pförtner über mein Rufgerät: Er wollte mir die <Neue Hannoveraner Zeitung> übergeben, in der schon ein ausführlicher Bericht über die Rettungsaktion und die Operation zu lesen war.

Irgendwo gab es eine Lücke, einen Maulwurf, der Informationen aus der Klinik an die Presse gab. Am folgenden Montag waren dann auch noch Berichte in überregionalen Zeitungen zu finden, die manche Kollegen der Republik, besonders

frühere Kollegen aus Tübingen, zu Telefonanrufen animierten. Am Mittwoch nach der Operation bekam ich dann ein Einschreiben des <Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie>, dem Chef der Handchirurgie der Uni-kliniken Hamburg, dessen Abteilung ich auch angerufen hatte, um Roland Nötel in eine <Spezialklinik> verlegen zu können, aber eine Absage bekommen hatte. Der Präsident der Gesellschaft gratulierte mir zwar für den (wörtlich) "schönen Erfolg", tadelte mich gleichzeitig aber auch mit bösen Worten, weil ich in ein "spezielles, der Handchirurgie vorbehaltetes Gebiet eingegriffen habe". Ich teilte ihm darauf lapidar mit, dass ich seine Abteilung um die Übernahme des Patienten gebeten, aber eine Absage bekommen hatte. Der folgende Brief aus seiner Feder enthielt jedoch keine Entschuldigung oder anderweitige Erklärung für die Absage, sondern die Aufforderung, doch der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie beizutreten, damit ich ins <Transplantations-Verteilungs-Register> eingetragen werden könne. Ich musste ihm schreiben, dass meine Abteilung aus personellen Gründen nicht fähig ist, immer wieder und akut Patienten mit schweren Handverletzungen aufnehmen zu können.

Am zehnten postoperativen Tag führte ich den ersten Verbandswechsel durch. Zu meiner Freude war die Durchblutung weiterhin gut, ebenso der venöse Abfluss und die Wunde war weitgehend verheilt, die Fäden konnten entfernt werden. Das schönste Zeichen war indessen, dass die Finger auf Aufforderung schon <etwas> bewegt werden konnten. Am 14. Tag entließen wir Roland mit einer Gipsschale nach Hause. Die Krankengymnastik übernahm eine Mitarbeiterin unseres Hauses in Ambulanz. Roland, der gut mitarbeitete, machte rasch Fortschritte. Er kam 8 Wochen später in die erste Klasse der Grundschule. Ein Vierteljahr später kam die Lehrerin mit ihm in die Ambulanz. Sie wollte wissen, wie weit Roland nun ohne Gipsschale im Unterricht mitarbeiten, in den Pausen auf den Pausenhof gehen und Sport mitmachen dürfe. Er konnte alle 5 Finger bereits fast vollständig beugen, strecken und spreizen und hatte auch schon Hinweise, dass Sensibilität vorhanden war. Nun vereinbarten wir einen Termin zur Entfernung der zur Stabilisierung von Elle und Radius verwendeten Drittellohrplatten. Am Heiligen Abend kam Roland dann allein in die Klinik, weil er mir ein selbstgemaltes Bild schenken wollte. Er hatte einen Op-Tisch gemalt, um den viele maskierte Menschen herumstanden und einer (gemeint war ich) hatte ein Skalpell in der Hand. --- Wer nicht wusste, was dem Buben geschehen war, hätte nichts von der nur noch minimalen Bewegungseinschränkung der Finger erkannt. Nach dieser Begegnung verlor ich Roland Nötel aus den Augen.

Vier Jahre später, als ich schon wieder als Professor und Ordinarius der Kinderchirurgie in Tübingen war, sagte mir der Handchirurg Dr. Reill, dass er die Angelegenheit anlässlich eines Handchirurgischen Kongresses mit dem Präsidenten geregelt habe. Das Gespräch mit Reill machte mir aber nochmals klar, was passiert wäre, wenn die Operation gar nicht gut ausgegangen wäre. Die allgemeine Presse und die Fachgesellschaften hätten mich in aller Öffentlichkeit <zerrissen>. Und als ich darüber mit Dr. Reill sprach, sagte er (wörtlich): "So ist nun eben die deutsche Konsum-

Gesellschaft, das müssen wir uns als Ärzte nolens volens gefallen lassen".

Ein drittes Ereignis, das mir im Kopf blieb, ist die Operation eines sog. <Sechsmonatskindes>. Es hieß und heißt Jan-Hendrike, war bei Geburt nur 36 cm lang und wog 620 Gramm. Das Mädchen, das von Schwestern der neonatologischen Intensivstation nur der "Winzling" genannt wurde, hatte einen hämodynamisch hochwirksamen offenen Ductus Botalli (=einen Ductus persistens = ein Gefäß zwischen dem Aortenbogen und der A. Pulmonalis). Diese Gefäßverbindung ist im embryonalen Leben lebenswichtig, weil sie das Blut nicht der nicht belüfteten Lunge zuführen soll, sondern direkt der Aorta und damit direkt den Organen des Körpers, besonders des Gehirns. In der Regel schließt sich das Gefäß spontan mit dem <Ersten Schrei> des Kindes, denn nun wird die Lunge belüftet und das Blut muß in der Lunge mit Sauerstoff beladen und auch vom CO₂ befreit werden können. Wenn der Ductus Botalli nicht spontan verschlossen wird, kommt es zu Störungen der Sauerstoffbeladung des Blutes und zur ausbleibenden Reinigung von CO₂; die Organe des Körpers können kein sauerstoffhaltiges Blut zugeführt bekommen. Diesen pathologischen Mechanismus nennen wir eine <hämodynamische Störung oder Insuffizienz>. Neonatologen versuchen den offen bleibenden Ductus dann medikamentös zu verschließen. Dieser Versuch mißlang bei dem genannten "Winzling" jedoch, sodass er, um am Leben bleiben zu können, mit 100% Sauerstoff beatmet werden musste. Eine derartige Sauerstoffbeladung toleriert das Gewebe, besonders die Netzhaut des Auges nur einige Stunden, danach wird sie vom hohen Sauerstoffgehalt des Blutes irreversibel geschädigt. Diese Kinder erblinden. Der "Winzling" wurde nun aber mehrere Tage mit diesem 100%-haltigen Sauerstoff beatmet, weil die Neonatologen immer wieder an einen Erfolg <glaubten> und ein Kind mit dieser enormen <Frühgeburtlichkeit> nicht für narkose- und operationsfähig hielten. Das Schrifttum gab ihnen auch recht. Noch nie hatte bis zu diesem Datum ein Kind mit dieser <Frühgeburtlichkeit> überlebt.

Also riefen die Neonatologen ein Konsilium zusammen, dem die Leiter und OÄ der neonatologischen Abteilungen unseres Hauses und der Medizinischen Hochschule Hannover sowie der Medizinethiker der MHH angehörten. Sie kamen zum Ergebnis, dass das Kind inoperabel ist. Das sog. <Statement>, das die Mitglieder der Kommission auch unterschrieben, stützte sich neben den Aussagen in der Literatur besonders auf einen Bericht der Vertreter der MHH. Dort wurde 2 Wochen zuvor ein 7 Tage altes Kind mit 980 Gramm und einem persistierenden Ductus Botalli operiert. Es überlebte zwar Narkose und Operation, starb aber wenige Stunden postoperativ.

Ich war nicht Teil der Kommission. Kurz nach der <Sitzung> begegnete ich jedoch dem Leitenden OA der Neonatologie unseres Hauses, der mir von der Entscheidung berichtete, aber auch die Frage stellte, ob ich den Mut gehabt hätte, ein solches Kind zu operieren. Meine Antwort lautete: "Wir Ärzte sind dazu da, Leben zu retten, nicht Therapien zu verweigern". Und ich fügte hinzu: "Wenn das Kind narkosefähig ist und

ein Anästhesist den Mut hat, das Kind zu narkotisieren, dann bin ich zur Operation bereit."

Der OA berichtete meinen Kommentar sofort seinem Chef, Professor Natzschka. Er bat mich und die Anästhesistin nun zu einem Gespräch, an dem auch die Eltern anwesend sein sollten. Jetzt hatte der OA der neonatologischen Intensivstation, der Dr. Alfeld, bereits den Entschluss zur Operation gefasst. Aber: Die Anästhesistin verweigerte ihre Bereitschaft. Die Eltern <witterten trotzdem wieder eine Chance>, weil sie gehört hatten, dass Dr. Alfeld und ich zur Operation bereit seien. Sie forderten hartnäckig die möglicherweise lebensrettende Operation, trotz des Hinweises des Prof. Dr. Natzschka, dass Jan-Hendrike wahrscheinlich schon blind sei. Jetzt erklärte sich Dr. Alfeld bereit, die Narkose zu <machen> und zu verantworten, und die Anästhesistin erklärte sich bereit, mit ihm zusammen zu arbeiten, sofern sie nicht die Verantwortung tragen müsse. Obwohl ich an diesem Tag schon sechs Kinder operiert hatte und noch eine größere Sprechstunde in der Poliklinik anstand, einigten wir uns auf eine Operation in 2 Stunden. Nach 2 Stunden rief mich die Anästhesistin Dr. Anupöld an und sagte, der "Winzling" liege schon auf dem Op-Tisch. Meine Sprechstunde war noch nicht zu Ende; es warteten noch 7 Mütter mit ihren Kindern. Ich bat daher den OA Kolb, den Müttern die Situation zu erklären, und die Sprechstunde zu Ende zu führen. Ich ging in den Op und operierte das Kind, das kaum größer war als meine eigene Hand.

Nach Eröffnung des Brustraumes war es nicht schwierig, den Ductus zu finden, weil der "Winzling" kaum Fett zwischen den Blutgefäßen hatte, das manchmal den Blick behindern kann. Ich sah jedoch durch die Wand des Ductus hindurch die einzelnen Blutkörperchen schwimmen. Und diesen Ductus mit einer außerordentlich dünnen, zarten und durchsichtigen Wand musste ich nun ringsherum freipräparieren, sodass ich zwei Ligaturen legen konnte: Die eine nahe an der Aortenwand, die andere nahe der Pulmonalis. Dazwischen lag nur ein Gefäßsegment von bestenfalls einem Millimeter. Ich hoffte sehr, dass meine Hände und Finger sowohl während der Lösung des Kurzschlussgefäßes aus seinen Verwachsungen mit dem umliegenden Gewebe, als auch während des Legens und Knüpfens der Ligaturen nahe der Aorta und nahe der Pulmonalis und schließlich auch während der Durchtrennung des Gefäßsegmentes, das zwischen den Ligaturen lag, ruhig blieben. Gewiss war ich mir nicht, denn der Zugang zum Gefäß war für meine Hand und Finger außerordentlich schmal. Gewiss war nur, dass das Kind verbluten wird, wenn die Wand des Ductus einreißt.

Während der Operation musste ich den Gedanken von mir fern halten, was ein Mißerfolg bedeuten würde. Ich musste mich zur < rationalen Kaltblütigkeit > zwingen. Der Vorwurf, <das hätte er doch wissen müssen>, wäre noch der harmloseste Vorwurf gewesen. Die <Häme> der Kollegen aus der Hochschule und im eigenen Haus hätten mich mehr getroffen.

Aber wir hatten Glück, pures Glück. Die Kraft des Kindes, das Drängen der Eltern, die auch eine Blindheit nicht abschreckte, unser Mut und Vertrauen in den Erfolg, sowie meine <Kaltblütigkeit>, die gar nicht <kaltblütig>, sondern strenge, disziplinierte Beherrschung war, führten mit der Hilfe des Schöpfers dieses Kindes zum Erfolg. Sr. Lotte, die leitenden Op-Schwester, sagte nach der Operation: "Gott wollte das Kind, deshalb führte er Ihre Hände und Finger." Das Kind überlebte Narkose und Operation, ist heute 35 Jahre alt. Nach eigenen Aussagen ist die junge Frau (wörtlich gesagt) "gesund". Sie wurde trotz ihrer Blindheit Goldschmiedin und ist in diesem Beruf erfolgreich und zufrieden. "Ich habe doch meine Finger", sagte sie, als sie mich in Tübingen besuchte, und "mit diesen Fingern kann ich unterscheiden, welches Material ich anfasse und wie ich es bearbeiten muß."

Auf meine Frage, wie sie mit ihrer Blindheit zurecht komme, sagte sie ein bisschen verärgert: "Sehr gut, ich darf ja leben und das Leben ist wunderschön". Sie stand etwas verlegen und zögernd von ihrem Stuhl auf und fiel mir um den Hals. Als sie sich wieder von mir löste, flüsterte sie mir ins Ohr: "Danke!". "Ihnen verdanke ich mein Leben."

9. Thema: Der Arzt, Chirurg und Hochschullehrer an der Universität Tübingen

Nach exakt sieben Jahren als Kinderchirurg am <Hannoveraner Kinderkrankenhaus auf der Bult> bekam ich einen Anruf des Ärzlichen Direktors der Tübinger Kinderklinik, dem Professor Bierich. Er berichtete mir, dass Professor Flach, mein früherer Chef in der Tübinger Kinderchirurgie, "in den verdienten Ruhestand gehen werde" und die Stelle von der Fakultät schon im Ärzteblatt ausgeschrieben worden sei. Die Ärzte in Tübingen würden sich wundern, dass von mir noch kein Bewerbungsschreiben eingetroffen sei.

Ich musste ihm mitteilen, dass ich vor 4 Wochen in der MHH an einem Bandscheibenvorfall im Segmet C5/6 der Halswirbelsäule operiert worden sei und noch nicht wisse, wie der postoperative Verlauf sich gestalten werde, ob ich meinen Beruf als Chirurg überhaupt weiterführen kann. Ich sagte ihm auch, dass ich mit einer Halskrause in Hannover zwar schon wieder meine Aufgaben erfüllen und auch operieren könne, aber die Nackensteifigkeit verhindere immer noch die Halsdrehungen. Diese Unsicherheit sei der Grund, dass ich mich nicht beworben habe. Professor Bierich ermutigte mich trotzdem zu einer Bewerbung. Er sagte mir auch, "dass nun alles sehr schnell gehen müsse, weil die Bewerbungsfrist in zwei Tagen ablaufen" würde. Am nächsten Tag kam noch ein Anruf des Dekans der Tübinger Fakultät dazu, der mich ebenfalls zu einer Bewerbung ermuntern wollte. Er sagte mir am Ende unseres Gesprächs, dass ich ihm meine Bewerbung auch mündlich mitteilen könne. Die schriftliche Bewerbung dürfe ich ihm dann noch nachreichen. Er gab mir aber nur noch eine Nacht Bedenkzeit. Am anderen Tag sagte ich zu.

Trotzdem war mein Wunsch, wieder nach Tübingen zurückkehren zu können, ins Wanken geraten. Ich fühlte mich inzwischen auch in Hannover <beheimatet>, wurde vom Personal der Klinik sogar außerordentlich freundlich angenommen, und wurde von den Chefs der anderen Abteilungen uneingeschränkt kollegial akzeptiert. Die Klinikverwaltung erfüllte mir jeden Wunsch, wenn es um Verbesserungen im Op oder der Stationen ging. Zudem hatte mich die <Neue Hannover Zeitschrift> zum "König von Hannover" ausgerufen, nachdem ich das extrem frühbeborene Kind Jan-Hendrike erfolgreich operiert hatte.

Warum also sollte ich jetzt die Klinik, die mir heimisch geworden war, verlassen?

Mein <Ja> für den Dekan und für Professor Bierich erkannte ich aber auch als Verpflichtung. Nach einem mehrtägigen Hin-und-Her entschied ich mich doch für Tübingen, auch im Blick auf meine Söhne, die sich in Hannover zwar sehr wohl fühlten, aber ich wollte sie nicht zu <Norddeutschen> machen.

Vier Wochen später fuhr ich, durch meine Halskrause immer noch geschützt, nach Tübingen und stellte mich der Fakultät sowie der Berufungskommission vor. Meine Gedanken sagten mir, dass ich in den Berufungsverhandlungen immer noch absagen kann, sofern sie mir nicht bringen, was meine Vorstellungen sind.

Diese Möglichkeit erlaubte mir, recht leger einen Vortrag über meine wissenschaftlichen Forschungen zu halten. Die anschließende fast 2 Stunden dauernde Diskussion des dreiviertelstündigen Vortrags wurde für Berufungsvorstellungen unüblich mit Applaus respektiert. Es gehörte aber zum akademischen Standard, dass man nach Vorträgen von Bewerbern nicht klatschte.

Am Ende fragte mich der Vorsitzende der Berufungskommission, ob ich in zwei Stunden Zeit habe, mit der Berufungskommission zu reden. Ich verschob meine Rückreise auf den nächsten Tag.

Die Berufungskommission wollte nochmals "ein paar Minuten" über meinen Vortrag reden, danach ging es in die Details der Verhandlungen. Sie sagte mir die Anschaffung eines Op-Mikroskops und eines Doppler-Sonografie-Geräts zu. Im Blick auf das ärztliche Personal wurden mir 2 OA-Stellen und 7 Assistenz-Arzt-Stellen zugesichert. Mein Versuch, die Kommission von meinem Verständnis zu überzeugen, dass ich primär Arzt, sekundär Chirurg und erst dann auch noch Wissenschaftler sein wolle, wurde von keinem Mitglied der Kommission aufgegriffen. Als ich einen dritten Anlauf machte, die Mitglieder von diesem Verständnis zu überzeugen, sagte der Vorsitzende (ich zitiere wörtlich): "Sie haben aber in Ihrem Vortrag dargestellt, dass Sie Wissenschaftler sind und sogar DFG-Gelder von mehreren hunderttausend Euro bewilligt bekommen haben. Wir gehen davon aus, dass sie ihre wissenschaftlichen Aktivitäten weiter im Auge behalten wollen. Dafür bewilligt Ihnen die Fakultät

zusätzlich zu den besprochenen Angeboten noch zwei Laborräume und zwei wissenschaftliche Assistenten-Stellen". Dieses großzügige Angebot nahm ich gerne an; ich hätte aber lieber über mein Verständnis von der <ärztlichen Tätigkeit> und meinem Vorhaben in der <Krankenversorgung> gesprochen.

Am frühen Abend suchte mich telefonisch Professor Bierich. Er wollte mir mitteilen, dass mein Vortrag und die anschließende Diskussion "sehr gut angekommen" seien und ich "gewiss" mit einer Berufung rechnen könne.

Zwei Tage später war Fakultätssitzung und abends gegen 22 Uhr, rief mich der Tübinger Dekan an, um mir mitzuteilen, dass ich von der Fakultät mit nur einer Enthaltung "primo et unico loco" gewählt worden sei.

Ich konnte mich trotz dieser Ehre nicht richtig freuen, denn ich hatte Gewissensbisse gegenüber meinen Hannoveraner Kollegen und Schwestern. Ich ließ mir eine Woche Zeit, bis ich mit meinen Kollegen sprechen wollte. Aber schon 2 Tage später fragte mich der Kollege Professor Hürter, ob ich in Tübingen schon unterschrieben habe. Er hatte von Professor Bierich von meiner Vorstellung und Wahl gehört, denn die beiden Hamburger waren einmal Freunde gewesen.

Nachdem das Gerücht nun zur fassbaren Kunde geworden war, lud ich alle Chefs der anderen Abteilungen mit ihren OÄ zu einer Kafferunde ein. Ich teilte ihnen ehrlich meine Beweggründe mit. Danach wurde ich zunächst mit Argumenten überschüttet, wie und warum sie die Zusammenarbeit mit mir weiterführen möchten. Ich sagte auch offen, dass mir die Kündigung Gewissensbisse bereite und bedankte mich für die 7-jährige hervorragende, vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Als die Runde begriffen hatte, dass ich in Tübingen zugesagt hatte, fragten sie mich nach Kinderchirurgen, welche die Abteilung im bisherigen Sinne weiterführen könnten und über dasselbe breite operative Spektrum verfügen, wie ich. Ich nannte zwei Namen: 1.) den Dr. Kolb, meinen OA, der ein guter Operateur geworden war, und 2.) den Dr. Hoffmann, der zur Zeit OA der Tübinger Kinderchirurgie ist. Die Kollegen sagten mir offen, dass das Zusammenarbeiten mit OA Kolb "immer wieder problematisch gewesen sei und er viel zu viele Freundschaften mit Schwestern habe". Wenige Tage danach war klar, dass Dr. Hoffmann aus Tübingen zu einem Gespräch eingeladen wird. Das Gespräch fand bald statt und Professor Natzschka sagte mir schon am Abend, dass das Gespräch interessant und aufschlussreich gewesen sei; alle Chefärzte könnten dem Wechsel zustimmen. Nun war der Groschen gefallen, es gab kein Zurück mehr.

Am 31. März 1987 muß ich mich mit Dr. Hoffmann auf der Autobahn gekreuzt haben. Er fuhr von Tübingen nach Hannover, ich fuhr von Hannover nach Tübingen. Er begann seine Tätigkeit am 1. April in Hannover, ich dagegen in Tübingen.

Ich will und kann nun nicht die Operationen aufzählen, die ich in Tübingen in 15 Jahren durchführte, in denen ich Ordinarius und Klinikdirektor der Kinderchirurgie in Tübingen war.

Ich nenne deshalb nur die Gesamtzahl der Operationen, betone aber, dass ich alle Wundversorgungen und Assistenzen aus dieser Gesamtzahl herausnehme. Es waren rund 45 000 große Eingriffe, wahrscheinlich noch ein bisschen mehr. Diese Zahl bedeutet, dass ich in 15 Jahren pro Jahr rund 3000 Operationen durchführte, das macht rund 250 Operationen pro Monat.

Hinzu kommen noch in 15 Jahren rund 15 000 Endoskopien zur Diagnostik oder zu therapeutischen Verfahren. (Dazu gehören Rektoskopien/Colonoskopien, Cystoskopien, Bronchoskopien und Gastroskopien). Umgerechnet auf das einzelne Jahr besagen diese Zahlen rund 960/Jahr, was rund 76/Monat bedeutet.

Wenn ich nach meinen Schwerpunkten und Daten gefragt werde, so kann ich folgende Liste präsentieren.

Am 29. 7. 1966 erhielt ich die Promotion für meine Doktorarbeit, die mit dem Prädikat <summa cum laude> bewertet wurde.

Am 31. 10. 1973 erhielt ich die Urkunde der Ärztekammer, mit der ich zum <Facharzt für Allgemeinchirurgie/Kinderchirurgie/ Unfallchirurgie> ernannt wurde. Ich war mit dieser Konstellation der einzige Kinderchirurg im gesamten Deutschland, der zusätzlich zum Facharzt für Kinderchirurgie auch noch den Facharzt für Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie verliehen bekam.

Am 20. 6. 1974 habilitierte ich mich und wurde vom Ministerium für Wissenschaft und Kunst zum Professor an der Universität Tübingen ernannt. Gleichzeitig erhielt ich die Urkunde für "die Lehrbefugnis für das Fach Chirurgie mit dem Schwerpunkt Kinderchirurgie."

Mein Schwerpunkt war zunächst die Unfallchirurgie im Kindesalter. Nach einem Gastaufenthalt in St. Gallen führte ich die AO-Techniken, die beim Erwachsenen schon etabliert waren, unter Respektierung der Besonderheiten des Skeletts und des Sehnen-Muskel-Apparates der Kinder in die Kinderchirurgie ein. --- Nach der Habilitation wurden dann die Abdominal- und Lungenchirurgie, wozu ich auch die Trachealchirurgie zähle, meine Schwerpunkte. Ich befasste mich besonders mit Fehlbildungen im Neugeborenenalter, beispielsweise mit den Fehlbildungen des Gallengangssystems (z.B. Gallengangsatresien, Gallengangscysten) und des Pankreas (z.B. dem Pankreas annulare und der Nesidioblastose). Später kamen aus Notwendigkeit die urologischen Fehlbildungen in meinen Gesichtskreis, (z. B.

angeborene Fehlbildungen der Nieren, der Harnleiter und der Harnblase.

Es ist nun nicht ergiebig, das ganze Spektrum der Eingriffe aufzuzählen, die ich im Laufe meines Berufslebens operiert habe. Ich will nur ein paar Beispiele nennen: (a.) Die erste Hepato-Porto-Jejunostomie bei Extrahepatischer Gallengangsatresie, an der Kollegen aus Liverpool, Genf und Paris teilnahmen. (b.) Die Wiederherstellung des abgerissenen rechten Stammbronchus und der abgerissenen Arteria pulmonalis nach einem Trauma, bei dem der rechte Stammbronchus und die rechte Lungenarterie komplett von ihren Ursprüngen aus der Trachea und dem Gefäßtrunkus abgerissen waren. (c.) Die Pankreasteilresektionen bei Nesidioblastomen (=Tumoröse Veränderungen der Insulin-produzierenden Inselzellen, die zu lebensbedrohenden Hypoglykämien führen). (d.) Die Operation beim afrikanischen Kind HOPE, das als Säugling rituell im Urwald ausgesetzt wurde, weil es mit einer Gastrochisis (=einem offenen Bauch mit vor die Bauchhöhle gelagerten Bauchorganen wie Leber, Milz, Magen, Darmschlingen, manchmal sogar mit einem Zipfel einer Lunge oder der Harnblase) geboren wurde. Die Darmschlingen und anderen Organe waren <brutal> untereinander durch dicke Schwielenbildung verwachsen. Durch Umstände, die uns nicht bekannt sind, perforierten mehrere Darmschlingen und aus zwölf Löchern entleerte sich Dünndarmsaft, Galle, Pankreasssaft und Stuhl. Galle und Pankreasssaft hatten die Bauchdecken bis auf Reste an- und abgedaut. Das rechte Zwerchfell war großflächig perforiert, sodass Lungenanteile in die Region des Bauches prolabieren konnten.

Wie durch ein Wunder hatte HOPE überlebt und wurde gefunden. Wie lange das Kind im Urwald lag, war nicht zu eruieren. Die Frau des Botschafters der afrikanischen Republik Dahomey (=das heutige Benin) fragte bei uns an, ob das Kind bei uns in Tübingen operiert werden könne. Wir lehnten eine Verlegung nicht ab. Die Frau des Botschafters brachte den Säugling eigenhändig in unsere Klinik und wir bereiteten ihn auf eine Narkose und Operation vor.

In einer mehrere Stunden dauernden Operation mussten die untereinander verwachsenen Organe von einander getrennt, das Zwerchfell rekonstruiert, die zwölf Löcher im Dünnd- und Dickdarm verschlossen werden. Danach mussten die Organe regulär im Bauch gelagert und fixiert werden. Die Bauchdecke konnte mangels Haut nicht primär verschlossen werden, sodass wir mit Kunststoff einen Beutel über den Eingeweiden bilden mussten. Sukzessive wurden die Hautreste des Bauches in 8 Wochen einander durch Raffung des Beutels genähert, sodass wir in der 8. postoperativen Woche die Bauchdecke mit nachgewachsener Haut und einer Verschiebeplastik rekonstruieren konnten. HOPE konnte in der 15. postoperativen Woche der Frau des Botschafters in Dahomey übergeben werden. Sie brachte ihn in ein katholisches Kinderheim in Afrika, wo er aufwachsen konnte. Die Kosten für diesen Jungen im Heim übernahm die Deutsche Botschaft.

An eine ähnliche Operation erinnere ich mich auch noch gut.

Wassja aus St. Petersburg litt an den Folgen einer falsch eingeschätzten Erkrankung. Von Geburt an hatte er Schwierigkeiten mit der Stuhlentleerung. Deshalb wurden ihm mit 2 Jahren 90 cm des rechten Dickdarms und Quercolons entfernt, in dem sich Stuhlmassen aufgestaut hatten. Trotz dieser rigorosen Operation, die das falsche Darmsegment entfernte, konnte er spontan keinen Stuhl entleeren und benötigte täglich eine Ausspülung des noch vorhandenen Dickdarms. Die Mutter, eine grazile Pianistin und Sängerin war der Verzweiflung nahe, weil sich Wassja jeden Tag vor dem Einlauf fürchtete und sich entsprechend dagegen wehrte. Es müssen furchtbare Prozeduren jeden Morgen gewesen sein. Vom dritten Lebensjahr an bildeten sich Fisteln vom Darm zur Bauchdecke, aus denen sich Stuhl entleerte.

Wassja wurde im Alter von 7 Jahren wegen dieser Fisteln erneut in einem Klinikum in Petersburg aufgenommen, weil die Haut von aggressiven Verdauungssäften angedaut wurde. Dort wurde die Mutter von einem Arzt informiert, dass es "in Tübingen, einer deutschen Stadt, einen Arzt gibt, der solche Krankheiten operieren kann". Wie dieser Arzt zu dieser Information kam, wurde erst klar, als mir die Mutter einen Brief mitbrachte, der in gebrochenem Deutsch geschrieben war. Der Petersburger Arzt hatte eine Publikation von mir in einem englischsprachigen Journal gelesen.

Die Mutter dieses Patienten hatte den Mut, mit Geld, das sie bei Verwandten und Bekannten für die Reise gesammelt hatte, nach Tübingen zu reisen. Sie kam total ermüdet an einem Sonntagnachmittag in unserer Klinik an und trug einen 9-jährigen Buben in ihren Armen, der mehr tot als lebendig war. Er war völlig ausgetrocknet, bis auf die sichtbaren Knochen abgemagert, hatte schüttete blonde Haare, schlechte, braun verfärbte Zähne und aus seinem Gesicht ragte eine spitze, gerötete Nase. Er stank entsetzlich und aus seinem Mund kam übelriechender Atem. Appetitlich war er wahrlich nicht. Bevor wir ihn baden konnten, musste er mit Infusionen aus seiner Somnolenz geholt werden. Eine Schwester, die mir bei der Punktation einer Vene zur Blutabnahme und zum Anlegen einer Infusion assistierte, sagte wörtlich: "Den bringen wir nicht durch, der stirbt uns weg."

Die Laborwerte unterstrichen die desolate Situation. Der Hämatokrit war als Zeichen der massiven Austrocknung auf 72% angestiegen, die Elektrolyte waren völlig durcheinander. Der bedrohlichste Labor-Befund war ein Kaliumwert von 5.9 mmol/L. Die Leukozyten waren erheblich erniedrigt und der Hämoglobinwert betrug nur 6,5g/dl. Der Blutzucker soll auch noch erwähnt werden, er betrug nur 49 mg/dl, war also in den hypoglykämischen Bereich gefallen. Erwähnenswert ist auch ein Ammoniakwert von > 80 ug/dl und ein Harnstoffwert von > 8 mmol/l. Diese Werte demonstrierten, dass Wassjas Leben nur noch an einem sehr dünnen Faden hing, der jeden Moment abreißen konnte. Eine Hyperkaliämie von 5,9 mmol/L können nur wenige Menschen überleben. Wir hatten große Mühe, ihn am Leben zu erhalten, aber es gelang uns doch. Unsere

Stationsschwester, Sr. Elisabeth, charakterisierte die Situation mit dem Satz: "Da hatte eine außerirdische Macht die Hand im Spiel."

Als wir ihn von den stuhlverschmierten Kleidern befreiten, sahen wir einen buckelig aufgetriebenen, harten Bauch, und nach Säuberung der Bauchdecken zählten wir insgesamt 19 Fisteln, aus denen sich teils Dünndarmsaft, teils Stuhl entleerte. Die Haut um die Fisteln war breitflächig gerötet oder bereits angedaut. Die Schwester, die mir bei diesen Prozeduren half, holte sich eine Mund-Nasen-Maske und sagte erschüttert: "Ich wusste nicht, dass ein Mensch so stinken kann, schlimmer als Schweine".

Nach 10 Tagen war Wassja soweit <genesen>, dass wir die Operation wagen konnten. Wegen der entzündlichen Verschwellungen der Bauchorgane untereinander, kombiniert mit Verwachsungen, welche die vorausgegangene Operation hinterlassen hatte, war die Operation erheblich erschwert. Schon die Suche nach einem geeigneten Schnitt zur Eröffnung der Bauchhöhle war problematisch. Und wenn ich von einer Bauchhöhle rede, dann muß ich sagen, dass gar keine Höhle, kein Bauchraum mehr vorhanden war. In Millimeter-Schritten mussten wir uns durch das Konglomerat der Eingeweide arbeiten, sie aus ihren Verwachsungen und Verschwellungen lösen und dabei aufpassen, dass wir weder Gefäße, noch Darmwände oder Strukturen wie die Gallenblase, die Bauchspeicheldrüse, die in die Schwielen verklebte Lunge oder den Harnleiter, der in die Schwielen verbacken war, zu verletzen. Die Fisteln, die sich zwischen Darm und Bauchdecke gebildet hatten, wurden nach und nach aus der Bauchdecke präpariert und sofort durch Naht verschlossen. Die Nähte rissen in der spröde gewordenen Darmwand oft aus, sodass allein die Verschlüsse der Fisteln viel Zeit benötigten. Zwischen den verwachsenen Organen, besonders hinter der Milz- und in der Leberbucht stießen wir auf zystische Räume, die mit alten Stuhlmassen gefüllt waren; sie waren das Zeichen, dass sich immer wieder aus perforiertem Darm Stuhl in die früher noch vorhandene Bauchhöhle entleert hatte.

Ich will nun hier nicht weitere Details der Operation und der sehr schwierigen Präparation berichten, sondern nur darauf hinweisen, dass die Lösung der Organe aus ihren Verwachsungen und die Säuberung, die Spülung und die Desinfektion der neu geschaffenen Bauchhöhle 8 Stunden in Anspruch nahmen.

Das Wesentliche der Operation war damit aber noch nicht vollbracht. Wir mussten angesichts des Befundes nun eine Lösung suchen, zumal die Lehrbücher damals noch keine Lösung anbieten konnten. Jetzt war unser Lösungswille und unser Mut gefragt, etwas Neues zu wagen..

Ich präparierte zunächst das nach der ersten Operation verbliebene linke Rest-Colon bis hinunter ins Rektum, bis hinunter auf den Beckenboden frei. Es war etwa 25 cm lang. Ich schnitt es dann in Längsrichtung auf. Danach präparierte ich den Dünndarm frei, so dass ich sein unteres Ende auf einer Strecke von 20 cm ebenfalls längs aufschneiden konnte. Den aufgeschnittenen Dünndarm nähte ich danach wie einen

Deckel auf den aufgeschnittenen Dickdarm mit dem aufgeschnittenen Sigma und Rektum, sodass ein neues Rohr entstand. Die Hinterwand bildete nun das Colon mit dem Sigma und Rektum, die Vorderwand der Dünndarm. Die Naht begann unten etwa 2 cm oberhalb der Beckenboden- und Schließmuskelstrukturen. Der Darm konnte nun dreierlei Funktionen erfüllen: (1.) Der Beckenboden und der Schließmuskelapparat blieben unverletzt und konnten die Kontinenz sichern. (2.) Die Schleimhaut des Colons, Sigmas und Rektums konnten ihre Hauptaufgabe, die Wasserrückresorption wahrnehmen. (3.) Die Vorderwand, die nun aus Dünndarm bestand und mit nervalen Strukturen (=den Ganglien) versehen war, musste den Transport des Darminhalts bis hinunter zum After übernehmen. Die Vorderwand musste aber zusätzlich zu ihrer Transportfunktion auch noch die Resorption von Nährstoffen gewährleisten, also die sog. resorative Funktion leisten.

Mir war bewusst, dass hinter der Konstruktion die Gefahr der aufsteigenden Infektion bestand, der sog. <overgrowth>, wie der Fachjargon diese Gefahr nennt. Aus Gründen, die ich nicht verstehen konnte, war bei der ersten in Petersburg durchgeführten Operation statt dem linken, das rechte Colon mit der Bauhin'schen Klappe entfernt worden. Die Bauhin'sche Klappe, so hat es unser Schöpfer weise verfügt, muß verhindern, dass Erreger aus dem Dickdarm in den oberen Darm und Magen wandern können. Aber die Vermeidung einer aufsteigenden Infektion war eine sekundäre Frage, die eine aufmerksame Strategie erforderlich machen musste.

Die für unsere Operation vorhandene pathologische Situation ließ also gar kein anderes Verfahren zu, um Kontinenz, Stuhltransport und Resorption zu gewährleisten.

Wie ging es nun weiter? --- Wassja erholte sich unter antibiotischer Infusionstherapie auffallend rasch. Wir ließen ihn schon drei Tage nach der Operation Wasser und Tee trinken. Vom 5. postoperativen Tag an machten wir den Versuch, unseren Patienten mit dünnem Brei zu ernähren, mussten den Darm aber medikamentös in Funktion bringen. Als wir am 10. Tage nach der Operation sahen, dass der Darm transportierte und sich nun auf natürlichem Weg entleeren konnte, machten wir einen großzügigen Nahrungsaufbau nach Wassjas Wünschen.

In einem Nebensatz will ich noch erwähnen, dass die Tübinger Zeitung den Fall "Wassja" zeitungskritisch beobachtete und berichtete. Diese Zeitungshysterie schätzte ich zwar nicht, aber im vorliegenden Fall war sie ein Segen. Die Zeitung gründete eine Spendenaktion, die der Klinik die Kosten für Wassjas Behandlung ersetzte und der Mutter zudem die Rückreise finanzierte. Die Pianistin, Mezzosopranistin und Kantoristin aus St. Petersburg bedankte sich am Tag der Entlassung in einer Weise, die uns kühleren Europäern fremd ist.

Für interessierte Leser will ich nun noch erklären, was Wassjas Krankheit war. Er hatte einen sog. langstreckigen Morbus Hirschsprung, der auch Morbus Zuelzer genannt

wird. Bei dieser gar nicht seltenen angeborenen Krankheit wird die Einwanderung von Nervenzellen (=Ganglien) in den Darm aus Gründen gehemmt, die wir noch nicht kennen. In der Regel ist nur der Enddarm von der Aganglionose betroffen, aber manchmal wird die Einwanderung der Nervenzellen in die Darmwand schon weiter oben gestoppt, sodass der Darminhalt gar nicht in die tiefer gelegenen Darmabschnitte, d.h. bis ins linke Colon und ins Rektum transportiert werden kann. Wir haben es dann mit einer Neuropathie des Darmes, mit einer spastischen Lähmung zu tun.

Als sich mein Sohn Markus dienstlich in St.Petersburg aufhalten musste, versuchte er Wassja und seine Mutter zu finden. Aber er konnte sie in dieser großen Stadt nicht ausfindig machen. Ein Pfarrer aus Tübingen, der später in Petersburg war, fand die Kantoristin einer Kirche und berichtet, dass Wassja <gesund> sei und ein musisches Gymnasium besuchen könne. Als ich ihn auf Einzelheiten ansprach, besonders auf die Frage, ob ein <overgrowth Syndrom> eingetreten sei, konnte er mir ebenso keine Antwort geben wie auf meine Frage, wie er sich ernähren könne. Seine Antwort lautete stereotyp: "Er ist gesund und munter".

10. Thema: Die Wahrheit der Diagnose, besonders der Diagnose einer unheilbaren Krankheit

Nun komme ich nochmals auf den Beginn meiner biografischen Schrift zurück. Die Diagnose steht am Anfang jeder Absicht, eine Krankheit heilen zu wollen. Wenn der Arzt und Chirurg einen Patienten untersucht, dann muß er auf Zeichen, die wir Ärzte Symptome nennen, achten.

Manche Krankheiten sind schon prima vista erkennbar, andere verraten sich aber nicht auf den ersten Blick. Der Arzt muß sich dann bemühen, die anatomischen und funktionellen Veränderungen der Krankheit zu finden. Damit er diese Aufgabe erfüllen kann muß er viel, stetig und unaufhörlich gelernt haben. Sein Gehirn muß die normale Anatomie und Funktion der Organe und die möglichen pathophysiologischen Veränderungen gespeichert haben. Deshalb muß er in seinem Studium neben der Anatomie mit ihrer Topografie die Physiologie/Pathophysiologie der Organe und ihr biochemisches Verhalten gelernt haben, die jederzeit sofort abrufbar sein müssen. Da durch Forschung und Ordnung von Erfahrungen immer neues Wissen hinzukommt, muß sich der Arzt zeitlebens um diese neuen Erkenntnisse bemühen.

Wenn wir nun eine Diagnose stellen wollen, die sich nicht prima vista verrät, dann müssen wir unsere Sinne und unser analytisches Erkennen ständig geschult haben, besonders den Tast- und Geruchssinn sowie den Blick auf den Patienten. Manchmal reichen unsere natürlichen Sinne und deren Schulung jedoch nicht aus, sodass wir in der Diagnostik und Differentialdiagnostik Hilfsmittel benötigen. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise spezielle Lupen, das Mikroskop, das EKG und EEG, der Röntgenapparat, das CT und MRT, die Sonografie. Andere Hilfsmittel sind

laborchemische Techniken, wie das Anfärben und Differenzieren von Blutbildern, das Anfärben und die mikroskopische Untersuchung von Gewebsproben, die Chromatographie (um nur einige wenige Techniken zu nennen). Zu einer derart fortgeschrittenen Diagnostik benötigen wir heute auch eine Reihe spezieller Instrumente.

Ich will ein einfaches Beispiel nennen. Eine akute Appendizitis ist in der Regel prima vista zu erkennen. Wir müssen eine passende Anamnese erfahren, typische Zeichen bei der klinischen Untersuchung finden, wie beispielsweise den Druckschmerz im rechten Unterbauch und den sog. Loslaßschmerz, wir müssen im Blutbild positive Entzündungszeichen wie eine Granulozytose und einen erhöhten CRP-Wert nachweisen. Obwohl wir die Diagnose in der Regel prima vista erkennen können, wird heute (auch aus juristischen Gründen) noch eine Sonografie des Bauchraumes gefordert, um andere Veränderungen, z. B.: eine Schwangerschaft oder Fehlbildungen der Organsysteme ausschließen zu können. Das Sonogramm kann uns Veränderungen zeigen, die zur akuten Blinddarmentzündung gehören: Die Schwellung der Appendixwand und das periappendizitische Ödem. Das Sonogramm kann uns die Diagnose bestätigen oder den Blick auf andere Veränderungen lenken.

Prima vista können auch die Unter- und Überfunktion der Schilddrüse oder manche konvulsiven neurologischen Erkrankungen erfasst werden. Ein typisches Beispiel ist auch die Parkinson'sche Erkrankung, die am Zittern der Hände, an den Trippelschrittchen mit bloßem Auge erkannt werden kann. Typische Symptome für eine Prima-vista-Diagnose zeigen auch das Asthma bronchiale und die Rechtsherzinsuffizienz. Angeborene Fehlbildungen der Hände, Arme, Beine und Füße, oder Fehlstellungen der Extremitäten nach Knochenbrüchen sind in der Regel ebenso prima vista erkennbar.

Ich will hier nicht das gesamte Spektrum der Prima-vista-Veränderungen aufzählen, sondern darauf hinweisen, dass ich auf Bahnhöfen, auf Straßen der Stadt, in Museen und sogar in Veranstaltungen der Kirchen mein Augenmerk auf Menschen richte, um prima vista ihre Veränderungen und Krankheiten zu erkennen.

Ein Beispiel kann erklären, was ich meine: Ich musste einmal auf dem Bahnhof in Hamburg auf einen Zug warten. Unter anderen Menschen beobachtete ich ein ca. 20 jähriges Mädchen, das mir auffiel, weil es an ihrem linken, entblößten Oberarm ein sog. <Muttermal> hatte. Ich war prima vista überzeugt, dass es sich nicht um ein Muttermal handelt. Zur Bestätigung meiner Prima-vista-Diagnose wanderte ich auf dem Bahnsteig hinter ihr her und versuchte ihr immer näher zu kommen. Schließlich setzte sie sich auf eine Bank und ich fragte, ob ich neben ihr Platz nehmen darf. Sie hatte nichts dagegen und ich setzte mich auf ihre linke Seite. Jetzt konnte ich ihr <Muttermal> besser betrachten: Ich sah, dass die dunklen Verfärbungen nicht homogen waren, sondern sich braune und schwarze Flecken sowie warzenartige Knötchen

abwechselten. Zudem erkannte ich, dass in der Nähe des großen, dunkel verfärbten, unregelmäßig berandeten Flecks mehrere schwarze Satelliten lagen. Nach einer Weile bemerkte sie, dass ich ihren Fleck betrachtete und sie fragte, was ich an ihm so interessant finde, der Fleck sei doch <ein banales Muttermal>. Ich sagte ihr, dass ich Arzt sei und ihren Fleck nicht für ein Muttermal, sondern für eine maligne Veränderung, ein sog. Melanom halte. Sie lachte laut und wollte mich davon überzeugen, dass es gewiss ein Muttermal sei. Ich riet ihr dringend, so bald wie möglich zu einem Hautarzt zu gehen, der die Veränderungen noch mit bestimmten Lupen betrachten könne.

Im gleichen Augenblick fuhr mein Zug ein und sie fragte noch rasch nach meiner Adresse. Drei Wochen später erhielt ich einen Brief von ihr, dem sie den Befundbericht des Dermatologen beigelegt hatte. Der Dermatologe in der Düsseldorfer Klinik hatte ein "schwarzes Melanom", das durchs Subcutangewebe bis auf die Oberarmmuskelfaszie gewachsen war, diagnostiziert. Er hatte es ihr binnen 2 Tagen entfernt. Die Histologie bestätigte ein malignes Melanom. Sie berichtete mir in ihrem Brief, dass sie nun mit einem (erfolgversprechenden) neuartigen Zytostatikum behandelt werde. Mit sachlichen Worten bedankte sie sich bei mir für meine Diagnose, "die ich unüblich auf einem Bahnhof gestellt habe", ging dann aber auf den Hinweis über, dass sie meine Begegnung zunächst als "Annäherung" interpretiert habe. Dafür, so sagte sie, möchte sie sich mit diesem Brief entschuldigen, "obwohl diese <Annäherung> eine Zumutung gewesen sei". Aber, für meine <Frühdiagnose> wolle sie sich ausdrücklich bedanken. "Wenn wir uns nicht begegnet wären", schrieb sie, "hätte der Befund inoperabel werden können". "Ich drücke Sie herzlich in Ihrer Abwesenheit an mich", fügte sie noch hinzu.

Ich gehe nun auf Krankheiten über, die schwer und oft unsicher zu diagnostizieren sind. Beispiele dafür sind viele bösartige Krankheiten, beispielsweise das Bauchspeicheldrüsencarcinom, das Rektumcarcinom, manche Brustdrüsencarcinome oder Bronchialcarcinome. Sie lassen zwar anamnestisch Vorboten erkennen (beispielsweise hartnäckigen trockenen Husten oder Blutungen), reichen aber nicht für eine sichere Diagnose aus. Oft sind sie auch mit dem Tastsinn und den anderen Sinnen gar nicht nachweisbar. Auch das Alter des Patienten, seine Essgewohnheiten, seine berufliche Arbeit etc. können uns keinen sicheren Hinweis bringen. Prima vista kann keine Diagnose gestellt werden. Jetzt sind wir auf spezielle Laborbefunde, auf apparative Untersuchungen, auf Biopsien und histologische Befunde angewiesen.

Ich nenne auch zu dieser Aussage ein Beispiel: Nach einem Gottesdienst sprach mich eine junge Frau an und wies mich auf einen kugelrunden, erbsgroßen, hautfarbenen Knoten an ihrer Stirn hin. Sie hatte gehört, wie mir eine andere Frau vor dem Kirchenportal berichtete, dass es ihrer Tochter, deren Kind ich vor vielen Jahren operiert hatte, gut gehe, kein Rezidiv ihres Tumors aufgetreten sei. Nun wollte die Frau, die mich ansprach, von mir wissen, ob und wo ihr Knoten entfernt werden kann. Ich hielt den Knoten für ein Histiozytom (=eine lokale knotige Wucherung des

ortsständigen Bindegewebes), sagte ihr, dass der Knoten mit großer Wahrscheinlichkeit nichts Bösartiges sei, jedoch nur durch eine histologische Beurteilung sicher definiert werden kann. Ich wies sie darauf hin, dass ein solcher Knoten manchmal auch eine seborrhoische Alterswarze, ein Nävuszellnävus, sogar ein Basaliom oder ein atypisches Melanom sein kann. Die Frau wollte nun wissen, was diese differentialdiagnostisch in Frage kommenden Hautveränderungen seien. Ich erklärte ihr die Art der Veränderungen und sie zeigte mir, als wir uns ein Stück von den anderen Kirchgängern entfernt hatten, einen weiteren haselnußgroßen Knoten, der zwischen ihren Brüsten über dem Brustbein wuchs. Sie berichtete, dass dieser Knoten sich nur langsam, kaum erkennbar vergrößert habe, aber oft von Schuppen überzogen sei. Diesen Knoten konnte ich jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit einem Basaliom zuordnen, weil er zweifelsfrei einen sog. zentralen Krater erkennen ließ. Die Frau wollte nun beide Knoten rasch, am besten sofort, entfernt haben. Ich vereinbarte mit ihr eine operative Entfernung am nächsten Tag. Und drei Tage später berichtete mir der Pathologe, dass der Knoten an der Stirn ein Histiozytom und der Knoten über dem Brustbein ein <knotiges Basaliom> ist. Beide Knoten waren sowohl in der tiefen, als auch in der flächigen Dimension weit im Gesunden entfernt worden, sodass keine weiteren therapeutischen Maßnahmen erforderlich waren.

Diese Beispiele demonstrieren, dass eine Diagnose erst gesichert werden kann, wenn histologische Untersuchungsergebnisse vorliegen. Prima vista kann zwar eine Vermutung geäußert werden, aber eine Sicherheit wird nicht gegeben.

Wenn es sich um eine bösartige Erkrankung, also einen Tumor handelt, wird die Mitteilung der Diagnose zum Problem. Jetzt muß der Arzt zunächst herausfinden, welche psychische Belastung er/sie ertragen kann, bevor man ihm/ihr seine/ihre Diagnose mitteilt. Menschen können psychische Belastungen unterschiedlich ertragen. Manche, das sind aber die Wenigsten, nehmen eine Diagnose einer bösartigen Erkrankung gefasst hin, stellen lediglich Fragen zur langfristigen Prognose. Andere Patienten*innen geraten in Verzweiflung, bekommen Weinkrämpfe, schimpfen irrational, machen Gott, den Menschen und der Umwelt Vorwürfe, oder toben und zerstören Gegenstände. Sie suchen nach einem <Schuldigen>. Nach einem solchen emotionalen Ausbruch, in dem sie ihre Fassung verlieren, fallen sie in eine Depression.

Wenn man die psychische Belastbarkeit schon vor der Diagnosemitteilung kennt, kann man vorbereitet ins Gespräch gehen. Es stellt sich trotzdem die Frage, was und wie man dem Patienten oder einer Patientin die Diagnose sagt. Die Worte können nicht standardisiert werden. Das eiserne Prinzip muß aber lauten: Ich muß ihm/ihr die Wahrheit sagen, ich darf ihn/sie nicht anlügen. In diesem Dilemma gibt es mindestens zwei Wege.

Manchen Patienten*innen kann man sofort die <ganze> Diagnose mitteilen, ihnen die Therapie erklären und die Prognose formulieren. Sie bewahren trotz einer grausamen

Mitteilung <Haltung>. Ich sagte aber schon, dass es sich um eine Minderheit der Patienten*innen handelt. In der Regel sind es Frauen und Männer, die religiös gefestigt sind, sich schon oft mit den Fragen des Sterbens, des Todes und dem Leben nach dem Tod beschäftigt haben. Sie nehmen auch grausame Diagnosen und infauste Aussichten gefasst (oft Gott-gewollt) hin. Es sind in der Regel Menschen aus ländlichen Regionen, die mit den guten und bösen Ereignissen der Natur vertraut sind. Eine Bäuerin mit einem Bauchspeicheldrüsencarcinom, das nicht mehr komplett zu entfernen war und schon regionale Metastasen gestreut hatte, sagte: "Ich wohne in der Nachbarschaft unseres Friedhofs, den ich täglich besuche, ich gehe also, wenn ich sterbe, nicht fort und ich weiß, dass ich nur in die Hände Gottes fallen kann". Mit diesem Gottvertrauen und einer naiven Bodenständigkeit nahm sie ihre infauste Diagnose widerspruchslös und demütig an. Ihr konnte ich also die <volle und ganze Wahrheit> zumuten.

Die meisten Patienten*innen haben jedoch keine robuste Psyche. Ihre Psyche ist fragil, ihnen kann man nicht in einem einzigen Gespräch <die volle und ganze Wahrheit> sagen. Meistens sind es Menschen aus dem urbanen Milieu, die sich nur selten Gedanken übers Sterben und den Tod gemacht haben, sondern sich seit ihrer Kindheit in ihrer konsumorientierten Welt bewegten. Ihnen kann man die erbarmungslosen Konsequenzen einer grausamen oder sogar infausten Diagnose nicht in einem einzigen Gespräch zumuten. Der Arzt muss vielmehr prüfen, in welcher Weise er seine Patientin oder seinen Patienten <fraktioniert> informiert. Er kann ihnen die volle Wahrheit über ihr Schicksal zwar nicht verweigern, soll ihn/sie aber auch nicht belügen. Lügen und Beschönigungen aus Mitleid führen nicht zum Vertrauen, aber der Arzt kann, wenn er sein Vorgehen begründen kann, aus Nächstenliebe, zu der er als Arzt ohnehin verpflichtet ist, Hoffnung ins Geschehen bringen. Zudem muß er dafür sorgen, dass die Patientin/der Patient nach dem Gespräch nicht allein ist. Die Patientin/der Patient muß erkennen können, dass er sein Schicksal jetzt nicht allein und von allen verlassen tragen muß, sondern Unterstützung, Sorgfalt und Zuwendung bekommt. Dann wird auch das Vertrauen in seinen Arzt erhalten bleiben, dann kann in einem zweiten und dritten Gespräch über therapeutische Maßnahmen und die Prognose gesprochen werden. Hilfreich ist in diesen Gespächen, dass man dem Patienten oder der Patientin nicht gegenüberstellt, sondern ihm/ihr die Hand halten kann. Und er/sie muß spüren können, dass das Gespräch mit Empathie und Sympathie geführt wird.

Eine dritte Gruppe von Patienten*innen muß schon vor, bestimmt aber nach einem Gespräch, das die grausame Diagnose überbringt, sediert werden. Für sie gelten aber zudem zwei Bedingungen. Die Wahrheit soll nur <fraktioniert> ausgesprochen werden und für die Zeit nach dem Gespräch muß eine Vertrauensperson vorhanden sein, die mit dem Patienten zusammen die bittere Zumutung der Diagnose trägt.

Ich will meine Aussagen durch ein Beispiel unterstreichen: Eine 32-jährige verheiratete Frau, die zuhause zwei kleine Kinder hatte und in geordneten bürgerlichen Verhältnissen lebte, kam mit einem geröteten, nicht juckenden Ekzem (!) über dem

Hals und der Brust in unsere Behandlung. Sie klagte zudem über "furchtbar brennende Schmerzen" in der Region der Harnröhre und der Vulva, also in der Region zwischen ihren Oberschenkeln. Am Hals und in den beiden Leisten waren die Lymphknoten schmerhaft angeschwollen. In der Vulva und im regionalen Genitalbereich entdeckten wir schmerzhafte, stark gerötete, mit Eiter verschmierte Ulcera. Bei der Abtastung des Bauches tastete ich zudem eine vergrößerte, schmerzhafte Milz. Ihre Zunge hatte ebenfalls brennende, mit übelriechendem Eiter überzogene Ulcera.

Ich hatte an diesem Abend als Assistenzarzt der Klinik Dienst und konnte diese Symptomatik nicht sofort einer Krankheit zuordnen. Während ich die Ambulanzkarte ausfüllte, kam mir jedoch plötzlich der Verdacht, die Frau könnte eine Syphilis haben. Den Gedanken schob ich indessen wieder beiseite, denn die Frau war verheiratet und hatte zwei kleine Kinder zuhause. Naiv, wie ich damals noch war, konnte ich mir nicht vorstellen, dass eine gut verheiratete bürgerliche Frau eine Geschlechtskrankheit erworben haben könnte. Trotzdem fragte ich sie, nachdem der Mann zu seinen Kindern nach Hause gegangen war, ob ihr Mann ähnliche Symptome, vielleicht ein Geschwür am Penis habe. Die Frau verneinte meine Frage strikt. Dann sagte ich ihr, dass sie wahrscheinlich eine gefährliche Geschlechtskrankheit habe. Nun sah ich, dass sich das Gesicht der Frau zunächst puterrot verfärbte, dann aber erschrocken blass wurde. Ich bemerkte zudem ihre Unruhe und Unsicherheit, die sie plötzlich befiel. Ich fragte sie nun erneut nach ihrem Sexualverhalten. Und sie sagte mit zitternder Stimme, dass sie ihrem Mann "immer treu" geblieben sei, auch vor ihrer Eheschließung keinen Geschlechtsverkehr mit einem anderen Mann gehabt habe. Ich spürte, dass sie nicht die Wahrheit gesagt hatte, und ließ ihr Zeit, sich zu fassen, um sich zur Wahrheit durchzuringen. Nach einer Weile sagte ich ihr, dass ihre Symptome auf eine Syphilis hinweisen. Ich fixierte sie jetzt nicht mit meinem Blick und sie gestand mir mit zitternder unsicherer Stimme, dass sie im Rahmen einer nächtlichen Fasnachtsveranstaltung mit einem arabischen Mann, dessen Name und Wohnsitz sie gar nicht kenne, Geschlechtsverkehr hatte, aber sie betonte, "dass ihr das Mißgeschick nur ein einziges Mal passiert sei".

Ich nahm Blut ab, machte aus den Geschwüren Abstriche und punktierte in der selben Nacht noch ihren Rückenmarkskanal, um Liquor zu bekommen. Zudem nahm ich sie stationär auf.

Nach zwei Tagen war klar, dass die Frau in den Geschwüren den Erreger Treponema pallidum, also den Erreger der syphilitischen Erkrankung hatte. Ich sagte der Frau, zu ihrer Beruhigung, dass sie mit desinfizierenden Bädern und einer parenteralen antibiotischen Behandlung geheilt werden könne, sofern die Erkrankung noch nicht das Rückenmark befallen habe.

Ein Tag später kam dann der Befund des Liquors. Sie hatte keine Hinweise auf eine Neuro-Syphilis, die meistens keine Heilung mehr erwarten lässt.

Diesen günstigen Aspekt ihrer Krankheit wollte ich ihr sofort mitteilen, um sie aus ihrer depressiven Stimmung zu befreien.

Zusammen mit einer Schwester betrat ich nach der Stationsvisite das Krankenzimmer wieder und sagte ihr offen, dass sie zwar gesichert an einer Syphilis erkrankt ist, die aber das Nervensystem noch nicht erreicht habe. Nachdem ich ihr diesen Befund als positiven Aspekt und als vermeintlichen Trost gesagt hatte, sprang sie unerwartet aus ihrem Bett, schleppte die Infusionsflasche hinter sich her, stieg rasch und geschickt auf das Fensterbrett und riss das Fenster auf. Sowohl die Schwester, als auch ich sprangen ihr hinterher. Die Schwester erwischte den Zipfel ihres Nachthemds und ich konnte sie an einem Bein fassen. Die Patientin hatte die Wahrheit nicht ertragen und wollte Suizid begehen. Wir konnten ihr jedoch helfen und nach drei Monaten war auch ihre Syphilis weitgehend geheilt. Ihre beiden Kleinkinder hatten ihre Mutter nicht verloren.

Im Rahmen einer Nachuntersuchung gestand sie mir, dass sie sich aus Scham und als Strafe für ihre schwere Sünde, das Leben nehmen wollte. Sie habe während unseres Gesprächs plötzlich begriffen, was sie ihrem Mann und ihren Kindern angetan hatte, dass sie schwer gesündigt und Strafe verdient habe.

Dieses Ereignis, das mir jetzt nach Jahrzehnten immer noch derart in Erinnerung ist, als ob es sich erst gestern ereignet hat, lehrte mich, wie vorsichtig man in der Mitteilung einer schlimmen Diagnose sein muß. Ich hatte ihr die Diagnose einer Syphilis deutlich *<ins Gesicht>* gesagt. Sie war nicht auf eine solche Erkrankung vorbereitet, obwohl ich schon eine halbe Stunde zuvor von einer Geschlechtskrankheit gesprochen hatte. Mit dem Begriff *<Syphilis>* konnte sie offensichtlich nichts *<Konkretes>* verbinden. Ich hätte ihr das Geschehen besser erklären müssen, ich hätte sie vor der Mitteilung der Diagnose vielleicht sogar sedieren müssen, oder ich hätte sie vielleicht sogar belügen müssen.

Immer wieder wird der Vorschlag geäußert, einem Patienten eine grausame Diagnose nicht zu sagen, sondern ihn mit einer Lüge zu beruhigen, ihm die Mitteilung einer schlimmen oder sogar tödlichen Krankheit zu ersparen, ihm die Hoffnung auf Heilung nicht zu nehmen.

Ich will nun meine Ausführungen zur Diagnostik, Differentialdiagnostik, den Umgang mit der Wahrheit über eine grausame Diagnose noch mit einem anderen Beispiel beenden, weiß aber, dass meine Aussagen zur *<Mitteilung einer Krankheit>* noch nicht vollständig sind. Wer noch mehr wissen will, der muß in meiner Broschüre mit dem Titel: "Wissen und Gewissheit, Gespräche mit Sterbenden" aus dem Jahr 2014 lesen.

Das letzte Beispiel: Ich lernte einen Priester kennen, der die Messdiener seiner Pfarrei betreute. Zu diesen Messdienern gehörten auch drei unserer Söhne. In einer Phase, in der mir die Kirche und ihre Hierarchie nicht viel bedeutete, beobachtete ich das Leben

dieses Priesters. Ich erfuhr von meinen Söhnen und von Bekannten, dass er seine Messdiener nicht nur sportlich, sondern auch spirituell meisterhaft führte. So kam es, dass ich mit ihm bekannt wurde und auch seine Gottesdienste besuchte. Ich erlebte seine Spiritualität, die gleichzeitig auch Bodenhaftung bewies, und ich bewunderte seine hervorragenden Predigten.

Der Priester bekam eines Tages die Diagnose eines fortgeschrittenen Prostatacarcinoms. Die Diagnose machte ihm zwar zu schaffen, aber er nahm sie auf der Basis seiner Religion besonnen und wahrhaft demütig an. Er wurde operiert und zytostatisch behandelt. Da der Tumor trotz operativer und zytostatischer Behandlung weiter wuchs, wandte er sich an mich.

Er gehörte zu den Menschen, die mit Gottvertrauen auch eine Wahrheit hinnehmen, die ihnen wenig Hoffnung geben kann. Die Gespräche mit ihm waren sachlich. Wir vereinbarten, dass ich mich mit seiner Zustimmung mit seinem behandelnden Urologen in Verbindung setzen darf. Wir sprachen über die Behandlung des bereits metastasierenden Tumors mit einem Mittel, das aus Epithelkörperchen der Nebenschilddrüse hergestellt wird und die Metastasen verkalken und einmauern soll. Amerikanische und englischsprachige Journale hatten über Erfolge berichtet, welche zeigten, dass dieses Mittel das Wachstum von Prostatacarcinomrezidiven und Metastasen verzögern kann.

Diese Behandlung wurde auch durchgeführt und Kontrolluntersuchungen zeigten, dass die Tumore zwar nicht kleiner wurden, aber doch eine geringere Wachstumstendenz erkennen ließen. Nach einer etwa 6 Wochen langen Behandlung konnte sein Blasenkatheter entfernt werden, weil er wieder spontan die Harnblase entleeren konnte. Der Priester sprach in einem Gespräch bereits davon, dass seine Gebete wohl erhört worden seien. Wenige Wochen später zeigte ein MRT jedoch ein erneutes Weiterwachsen des Carcinoms und zudem Metastasen in der hinteren Schädelgrube, in der Nähe des Atemzentrums.

In der Vorstellung, seine Psyche und sein Gottvertrauen seien stabil geblieben, sprach ich offen mit ihm über seine infauste Prognose. Er fragte mich, wie viel Zeit ihm noch fürs Leben bleiben werde. Und als ich ihm eine limitierte Prognose mitteilte, bekam er einen Weinkampf, der schließlich in einen furchtbaren Schreikampf überging. Er schlug um sich und musste sediert werden. In den Tagen danach bekam er heftige Schmerzen, sowohl in der Blasenregion als auch im Hinterkopf. Als er mich wiederum konsultierte, musste ich ihm sagen, dass jetzt die Phase der Schmerztherapie begonnen habe, andere Therapien gebe es nicht. Und in diesem Gespräch sagte er mir abrupt, dass er mit allen Bekannten, aber auch mit dem Bischof und sogar mit Gott gebrochen habe. Auf seinem Nachtkasten in der Klinik habe er sämtliche Hefte, die Telefonnummern von seinen Bekannten enthielten, vernichtet. Nur meine Nummer liege noch auf seinem Tischchen und er habe die Ärzte verpflichtet, alle

Entscheidungen nur noch mit mir zu besprechen. Ich wollte ihm etwas Trost geben und sagte, dass sein Bruch mit allen Bekannten und allem, was ihm bisher wichtig war, dem Schrei Jesu vom Kreuz gleiche, der zu Gott gerufen habe: "Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen". Ich appellierte an sein (früheres) Gottvertrauen, an seinen tiefen und begründbaren Glauben, der aus seinen exzellenten Predigten gesprochen habe.

Als er mir von seiner Entscheidung berichtet hatte, dass er mit allem was ihm bisher lieb und teuer war, gebrochen hat, wurde mir bange. Ich hatte zwar seinen Vertrauensbeweis gehört, aber ich konnte ihm außer einer Schmerztherapie keine rationale Therapie anbieten. Meine Telefonate, die ich nun täglich mit ihm führte, nutzte ich, um ihn über rund 800 km hinweg wieder zu seinem Gottvertrauen zu führen. Wir sprachen ausführlich über <das Gottvertrauen>, aber er blieb bei seiner Aussage, dass ihn Gott verlassen habe und er im Gegenzug auch seinen Gott verlassen habe. Er akzeptierte, dass keine therapeutische Option sein Schicksal ändern könne, ich trotzdem <seine einzige Stütze> bleiben soll. Mit den behandelnden Ärzten besprachen wir die Schmerzbehandlung mit Opiaten und da von Tag zu Tag die Dosis erhöht werden musste, wurde ich von ihnen gefragt, ob ich auch eine Dosierung akzeptieren könne, die das Sterben als Nebenwirkung nicht ausschließe. Ich konnte ihnen als sein <ärztlicher Anwalt> nur sagen, dass der Tod in Kauf genommen werden kann, wenn keine andere Möglichkeit der Schmerztherapie mehr möglich ist. Mein Priester bekam nun eine Dosis Morphium, die den Tod als mögliche Nebenwirkung einschloss. Der Patient schlief danach 36 Stunden durch, erwachte wieder und war an diesem Tag sogar "fröhlich", wie mir ein Arzt sagte. Am Tag danach wurden die Kopfschmerzen derart unerträglich, sodass erneut eine hohe Dosis Morphin verabreicht werden musste. Er schlief wieder 24 Stunden durch und war (wie eine Schwester sagte), nach dem Aufwachen "guter Laune, betete sogar laut sein Brevier und schnitt sich seine Fingernägel zurecht".

Zwölf Stunden später läutete unser Telefon: Der Priester war nicht mehr aus seinem Schlaf aufgewacht. Er durfte im Schlaf sterben. Jetzt erinnerte ich mich an einen Satz, den er vor vielen Wochen einmal gesagt hatte, als er noch im Gottvertrauen lebte. "Wenn mir Gott gnädig ist, dann lässt er mich eines Tages nicht mehr aufwachen, sondern holt mich im Schlaf in seinen Himmel".

Die Erfahrung mit der Krankheit und dem Sterben des Priesters zeigte mir, dass man in der Mitteilung einer infausten Prognose bei schweren, grausamen Krankheiten sehr vorsichtig sein muß, und die Worte, die man sagen will/muß, gründlich ausgewählt werden müssen. Vielleicht hätte ich mit anderen Worten sein <Gottvertrauen> erhalten können.

Trotz des Verlustes seines Gottvertrauens wurde der Priester mit seinem <Habit> in den Sarg gebettet und der Erde übergeben. In einem Testament, das er aufgeschrieben

hatte, als er noch gesund war, hatte er diese Verfügung geäußert.

Jetzt komme ich, wie bereits angekündigt, auf die Frage zurück, ob man einen Patienten, um ihm Kummer und Leid zu ersparen, anlügen darf. Als ich noch als Student an einem Krankenhaus ein Praktikum machte, sagte mir ein Chefarzt angesichts eines todkranken Mannes, dass ein Arzt manchmal auch zu einer Lüge greifen müsse, wenn er sehen könne, dass der Patient die Wahrheit nicht ertragen kann. Die Ordensfrau, die uns bei der Visite begleitete, unterstrich diese Aussage mit dem Hinweis, dass Gott solche Notlügen bestimmt verzeihen wird. Und der Chefarzt sagte überzeugt, dass <Lügen müssen> zum Beruf des Arztes gehört, wenn man durch eine Lüge Kummer und Leid mindern oder sogar vermeiden kann. Eine solche Notlüge sei besonders angezeigt, wenn ein schmerhaftes, infaustes Leben bald zu Ende geht. Er führte seinen Gedanken noch weiter aus und sagte, dass man anlässlich eines bösartigen, fortgeschrittenen Tumors statt von einem Carcinom oder Sarkom auch von einer entzündlichen Schwellung reden darf. Er wies indessen auch darauf hin, dass eine Notlüge dann riskant oder sogar gefährlich sein kann, wenn noch eine geraume Zeit bis zum Tod vorhanden sei. Dann könne es "passieren, dass der Patient auf irgend eine Weise erfahren kann, wie es um ihn in Wahrheit steht."

Beispiel: Ich spüre heute noch mein Entsetzen über diese Meinungen, muß aber beichten, dass ich später einer jungen Frau mit dicken Lymphknoten am Hals, in der Jugulargrube und in beiden Leisten gesagt habe, dass diese schmerhaft verschwollenen Lymphknoten entzündlich entstanden seien, obwohl mir klar war, dass sie einen Morbus Hodgkin hatte. Ich hatte danach Gewissensbisse und fuhr spätabends noch mit meinem Fahrrad ins Krankenhaus, um ihr meine Notlüge zu beichten. Ich sagte ihr ehrlich, dass ich <es nicht übers Herz gebracht habe, ihr die Wahrheit zu sagen>.

Ich hatte großes Glück. Die junge Frau nahm mir meine gut gemeinte Notlüge nicht übel, sondern zog mich zu sich herunter und küsste mir die Stirn. Danach wollte sie wissen, was ein Morbus Hodgkin ist. Ich erklärte ihr die Krankheit und sagte ihr, dass wir nach einer Lymphknotenbiopsie eine Therapie finden können. Die Chancen, dass sie in wenigen Wochen das Haus (gesund) wieder verlassen könne, seien gut. Dieses Erlebnis prägte mich. Ich verwarf den Gedanken an Notlügen zum Schutz von Patienten, zumal ich in meinem Leben oft die Wahrheit des Sprichwortes <Lügen haben kurze Beine> erfahren habe.

Nach meinen Erfahrungen und meiner Ansicht haben besonders schwer- oder sterbenskranke Menschen ein Recht, die <Wahrheit> über ihre Krankheit und Prognose zu erfahren. Sie müssen planen und sich auf ein Leiden oder auch den Tod vorbereiten können. Ich zitiere zu dieser Auffassung besonders meine Erlebnisse mit zwei professionellen Atheisten und einer 29-jährigen professionellen Atheistin mit einem metastasierenden, inoperablen Lebercarcinom, die ihre atheistischen Vorstellungen

und Philosophien noch in den wenigen Tagen oder sogar Stunden vor dem Tod revidierten. Die atheistische Philosophin bat mich im Sterben, wenige Stunden vor ihrem Schritt in die Ewigkeit, noch um die Taufe. Sie konvertierte im Sterben noch von der überzeugten Atheistin zur (getauften) Christin.

Ein Epilog

Zum Schluss will ich noch erwähnen, welche Tätigkeiten ich ausübte, die nur indirekt zu meinen Aufgaben als Ordinarius und Ärztlicher Direktor gehörten.

Ich war 10 Jahre lang gewählter Präsident des <Hochschullehrer-Konvents> der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, musste in dieser Funktion die Forschung unserer Gesellschaft anregen und koordinieren, mit der DFG und Wissenschaftsministern verhandeln.

Von 1997- 2002 war ich gewählter Studien-Dekan der Medizinischen Fakultät und arbeitete zusammen mit meinem Referenten Dr. Wirth die erste, vom Ministerium akzeptierte Studienordnung für das Medizinstudium aus, die es bis zu diesem Datum in Tübingen nicht gab.

Zudem war ich gewähltes Mitglied in der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie und im <European Board of Liver- and Pankreas-Diseases>, das alle zwei Jahre in Straßburg tagte, um Richtlinien für chirurgisch-relevante Krankheiten der Leber, der Gallewege und der Bauchspeicheldrüse zu diskutieren.

Von 1987 – 2002 war ich Mitglied der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen und musste pro Woche 3-5 Anträge für <Klinische Forschung> bewerten und in den monatlichen Sitzungen kommentieren.

Im Rahmen der Feier zu meiner Emeritierung wurde ich von einer Journalistin nach meiner längsten Operation gefragt. Ich konnte ihr berichten, dass ich eine Reihe komplexer Fehlbildungen 32 Stunden am selben Kind und am gleichen zeitlichen Stück korrigieren musste. Alle Fehlbildungen hatten lebensbedrohliche Relevanz. Ich zählte ihr diese Fehlbildungen auf, ohne auf Details ihrer Korrektur einzugehen. Das neugeborene Kind hatte: (1.) Ein langstreckiges ösophago-tracheales Cleft-Syndrom (=eine Spalte zwischen dem oberen Ösophagus und der Luftröhre, d. h. auf einer längeren Strecke war das embryonal gemeinsame Rohr der Speiseröhre und der Luftröhre nicht in zwei längsverlaufende Röhre getrennt worden). (2.) Damit verbunden war eine Kehlkopfhypoplasie mit einer Hypoplasie der Stimmbänder. (3.) Das Kind hatte einen Lungensequester (=eine <Lunge in der Lunge>, die von verschiedenen Gefäßsystemen her durchblutet wurde, aber keinen Anschluss an das Bronchialsystem hatte, also nicht belüftet und damit nicht an der Atmung beteiligt werden kann. Solche Sequester abzedieren oft schon im frühen Säuglingsalter und

stören durch arterio-venöse Kurzschlüsse die Sauerstoffversorgung der Organe. Sie müssen entfernt werden). (4.) Zudem hatte das Kind einen hämodynamisch wirksamen persistierenden Ductus Botalli (siehe oben beim Krankheitsgeschehen der Jan-Hendrike). (5.) Es hatte auch eine Choldechuszyste (= eine Zyste am lebernahen Gallengang), (6.) ein Pankreas annulare, das die Entleerung des Magens in den Darm blockiert und (7.) eine Harnleiterabgangsstenose links mit riesiger Hydronephrose.

Alle Fehlbildungen waren, wie ich schon gesagt habe, lebensbedrohlich. Um diese Lebensbedrohung zu beseitigen und dem Kind weitere Operationen und Narkosen zu ersparen, entschloss ich mich mit der ausdrücklichen Zustimmung des Anästhesisten, alle Fehlbildungen primär und simultan zu beseitigen. Das Kind war widerstandsfähig, hatte eine stabile Kondition und verkraftete diesen <Mammuteingriff>. Es konnte schon nach drei Tagen extubiert werden und atmete frei. Komplikationen traten postoperativ nicht auf. Ein großer Teil des glücklichen Verlaufs schuldete ich der Arbeit des Anästhesisten, der, wie ich auch, 32 Stunden ohne Pause durcharbeiten musste. Der chirurgische Assistent wurde jedoch nach 8 Stunden, die Op-Schwester nach 16 Stunden ausgetauscht.

Am 31. März 2002 waren nun meine Arbeit und mein Amt beendet. Ab dem 1. April war ich ein freier Mann. Mein erstes Erlebnis war, dass <man> eine ganze Nacht durchschlafen kann; und ich schlief die ersten Nächte im April auch wie ein müder Vogel die ganzen Nächte durch. Tagsüber räumte ich mein Arbeitszimmer auf und nach 10 Tagen fiel ich in das berühmte <Loch>, über das Menschen, die in ihrem Beruf ihre Berufung erkannten, immer wieder berichten. Ich wusste nicht, wie ich mein weiteres Leben gestalten sollte. Hobbys hatte ich nicht, das Klavierspielen hatte ich schon seit meiner Medizinalassistentenzeit aufgegeben und den Marathonlauf auch. Meiner Frau stand ich <im Weg>. Oft musste ich hören, dass ich in der Küche nichts verloren habe. Meine Söhne waren der Kinderzeit bereits entwachsen und führten ihr Leben weitgehend selbstständig. Den Vater, den sie sich als Kinder gewünscht hatten, brauchten sie jetzt nicht mehr. Ein Sohn drückte die Malaise mit folgenden Worten aus: "Einen Vater hatten wir eigentlich nicht".

Dann kam nach einem halben Jahr der Ruf aus Mainz. Dort war der Chef der Klinik für Kinderchirurgie gestorben und ich wurde gefragt, ob ich mir das Direktorat der vakanten Klinik vorstellen könne. Ich wollte (eigentlich) nicht zusagen, bat jedoch um 2 Tage Bedenkzeit. Danach leitete ich die Klinik doch 7 Monate, bis zur Berufung eines neuen Abteilungsleiters.

Nach dieser Episode nahm ich nur noch gelegentlich an Operationen teil, zu denen ich gebeten wurde. Es waren besonders vier Operationen: 1.) Zwei Assistenzes in Bern bei Gallengangsatresien. 2.) Eine Operation in Genf zur Entfernung einer längerstreckigen Stenose der Trachea. 3.) Eine Assistenz in der Chirurgie in Baden-Baden zur Korrektur einer langstreckigen Ösophagus-Stenose als Folge einer Verätzung.

Damit war mein Leben als Chirurg und Hochschullehrer nun endgültig zu Ende. Jetzt kamen die Altersbeschwerden und fingen an, meinen Bewegungsradius zu behindern: Eine Art Herzinsuffizienz, die schließlich durch Stenteinlagen zu meiner, Zufriedenheit gebessert werden konnte. Ein Diabetes mellitus, obwohl ich stets ein asketisches Leben geführt hatte. Nach der zweiten Vorstellung bei einem Diabetologen sagte mir der frühere Kollege: "Sie haben keinen manifesten Diabetes, sie sind (nur) Prädiabetiker". Jetzt musste ich neben dem <Sport>, den ich hasste, doch wieder zum Verzicht zurückkehren und asketisch leben, einem Leben, das ich glaubte, hinter mir zu haben.

Was tut man in der Situation, wenn man erkennt, dass man dem Tod näher ist als dem Leben?

Eine mit meiner Frau und mir befreundete Psychologin sagte in einem Gespräch: "Dann beschäftigt sich der Mensch nolens volens mit seinem Tod." Also wurden die Evangelien der Bibel zu meinem Hobby. Ich las sie, auf Widersprüche lauernd, inzwischen schon dreimal und auf meinem Schreibtisch lagert jetzt ein Papierberg mit vielen Notizen, der auf seine Bearbeitung wartet.

Viele Wochen lang meinte ich nach diesem Studium der Bibel, dass ich die Zukunft verstorbener Menschen nun verstanden habe, und der Tod nicht das Ende unserer Existenz ist. Ich fühlte mich befreit. Dann kamen aber erneute Zweifel, die keine Lösung finden konnten. Meine erste (banale) Erkenntnis, die zum Zweifel geführt hat, war, dass die Bibel nicht von Jesus, sondern von Menschen geschrieben wurde, Jesus uns Menschen nichts Schriftliches hinterlassen hat. Gott und Jesus blieben mir also verborgen. <Jesu Worte>, wie die Bibel sie sakrosankt als <Wort Gottes> nennt, sind nicht authentisch, nicht bewiesene Worte Jesu. Sie wurden von Menschen aufgeschrieben und von Menschen formuliert. Wir können sie auf die Autorität eines Anderen hin glauben oder auch nicht glauben. Die zweite Erkenntnis war, dass die Bibel über <Dinge> spricht, die in den Bereich der Transzendenz gehören, mit unserem irdischen Leben daher nichts zu tun haben. Wir haben keinen Sinn, mit dem wir Transzendentales verstehen könnten.--- Dann wollte ich mich an die Aussagen des Paulus klammern, geriet aber in die selbe Enge, denn Paulus war auch nur Mensch ohne Sinn für das Transzendentale=Göttliche.

Wegen solcher Zweifel, die zweifellos zusammenhängen, sträube ich mich gegen eine weitere Bearbeitung meines Papierberges, der vor mir auf dem Schreibtisch liegt.

Ich bin zwar aus Gründen der Logik überzeugt, dass es eine Schöpfung und damit auch einen Schöpfer geben muß (den Christen GOTT nennen), aber wer oder was dieser Schöpfer ist, wissen wir nicht. Ich bin also auch überzeugt, dass wir Menschen von diesem Schöpfer ins Leben gerufen wurden, unseren Atem bekommen haben, aber was

dieser Schöpfer mit uns Menschen <vor hat>, wissen wir wiederum nicht; und ob er sich noch um uns kümmern will, wissen wir auch nicht. Der Schöpfer aller Dinge bleibt für uns Menschen verborgen, sodass wir auch nicht erfahren und erfragen können, was er mit uns nach unserem Tod <vor hat>. Wir kennen den Schöpfer nicht, aber seine Werke, die wir bestaunen und untersuchen können. In dieser fragilen Lage haben wir Menschen nur drei Möglichkeiten, die wir für unsere Erkenntnis nutzen können: 1.) Wir akzeptieren diese Lage (und denken möglichst oft über unsere Zukunft nicht nach). 2.) Wir suchen beharrlich eine Quelle, die uns unsere Fragen beantworten kann. Eine solche Quelle kann die Bibel sein, wenn wir sie als <Wort Gottes> verstehen und glauben können, was sie uns über Jesu Worte sagen will. 3.) Wir verzweifeln an unseren existenziellen Fragen, die niemand mit letzter Sicherheit beantworten kann. Fazit: Wir müssen unser Leben nolens volens auf unserer Erde leben und uns gleichzeitig auch zwischen Himmel und Erde <denken>.

28. Mai 2020, 5.00 Uhr
Paul Schweizer.

11. Thema: Korrekturen und Ergänzungen

Als ich mein Manuskript am 1. Juni nochmals las, spürte ich, dass noch etwas fehlt. Wenn wir als Menschen sagen, "dass sich der Mensch zwischen Himmel und Erde denken kann" (siehe oben), dann sind wir bei der Frage angekommen, wer oder was der Mensch denn ist. Wir sind also, wie sich René Descartes schon fragte, bei der Frage nach unserer eigenen Existenz angekommen. Descartes fand nach vielen Zweifeln, gequält und gleichzeitig auch erleichtert, eines frühen Morgens, zur berühmten Aussage des cogito ergo sum (=ich denke, also bin ich).

D.H.: "Ich existiere und bin zudem ein denkendes Wesen." Die Existenz des Menschen, die sich aus dem Denken ableiten lässt, ist zugleich der Hinweis (vielleicht sogar der Beweis), dass wir als Menschen denken können, also mit Ratio begabt sind.

Diese Erkenntnis ist indessen gar nicht neu. Schon die antike Philosophie beschäftigte sich mit der <eitlen Frage> nach unserer Existenz und unserem Wesen. Und von der Antike ging diese Frage auch auf die Philosophen des römischen Imperiums über, sodass Terenz den Satz formulierte: " Machina sum – humani nil a me alienum puto" (=frei übersetzt: Wir sind eine Maschine, nichts Menschliches ist mir fremd). In diesem Satz drückt sich stillschweigend aus, dass der Mensch mit dem was er ist, nie zufrieden ist, sondern weitere Erkenntnis sucht, wozu auch die Erkenntnis seiner Zukunft gehört. Anders ausgedrückt heißt diese Aussage, dass der Mensch seinem Wesen nach ein suchendes, ein forschendes, ein wissenschaftlich neugieriges Geschöpf ist.

Ich gestehe nun, dass ich den Satz des römischen Dichters Publius Terentius aus dem Jahr 195 v. Chr. in seinem Werk *<Der Eunuch>* variiert habe. Ich sprach von "Machina sum" (=ich bin eine Maschine), denn in seiner Schrift spricht er vom Menschen derart, als ob er eine Maschine ist. Diese zusätzliche Aussage erlaubte ich mir im Blick auf unsere moderne Forschung zur Künstlichen Intelligenz (=IT), die zwar zum Zauberwort der Forschung wurde, jedoch ihre Stimmigkeit noch nicht beweisen konnte. Wenn ich Publikationen über IT lese oder Reden über diese Forschung höre, dann bekomme ich stets den Eindruck, dass sich diese Forschung noch zwischen Faszination, Phantasie und Psychologie bewegt. Diskussionen mit Physikern, Mathematikern, Biologen und Psychologen weisen oft darauf hin, dass IT-Forschung noch nicht beweiskräftig sagen kann, ob sie für den Menschen ein wahrhaftiger Benefit sein wird.

Aber: Dieser Zweig der modernen technologischen Forschung demonstriert deutlich, dass der Mensch neugierig ist, ein unstillbares Interesse am Fortschritt hat, sogar seine Zukunft mit Algorhytmen in den *<Griff kriegen will>*. Der Mensch soll als Maschine begriffen und umgekehrt die Maschine derart konstruiert werden, dass sie wie ein Mensch denken, sogar mit Bewusstsein denken kann. Diese Neugier wird mit "einer unvorstellbaren Menge Geld" finanziert, wie mir erst kürzlich nach einem Vortrag eines IT-Forschers ein Mathematiker sagte. Ein Physiker sowie Biologe fügte noch hinzu, dass diese Art Forschung an "Hybris" grenze. Der Redner hörte unsere Debatte, trat zu uns und fragte, was wir unter Hybris verstehen würden. Ein Philosoph (dessen Name ich nicht nennen darf) nahm an unserer Debatte auch noch teil und definierte "Hybris als Übermut und Selbstüberhöhung". Er fügte an, dass das Wort Hybris aus dem antiken Drama komme und im Drama als "Haltung" dargestellt werde, die den Zorn der Götter herausfordere. Der Redner beendete die Debatte mit dem Hinweis, "dass er dann eben ein Forscher sei, den die Götter ins Visier genommen haben." Am Benefit für die Menschheit ließ er überhaupt keinen Zweifel.

Wenige Tage später, traf ich den schon genannten Mathematiker wieder und ich fragte ihn herausfordernd, ob "eine Maschine jemals denken kann". Er zitierte dazu eine Frage, die er einmal gehört habe, deren Autor er aber nicht mehr wisse. Diese Frage lautete: "Kann eine Maschine jemals wissen, dass sie denken kann?" Jetzt trat der Theologe Hans Küng zu uns und sagte, bevor er uns begrüßte: "Computo ergo sum". Seine Frage hieß also: "Kann ein Computer jemals Bewusstsein haben, gibt es ein künstliches Bewusstsein"?

Nachdem wir Anderen sprachlos blieben ergriff Küng wieder das Wort. Er sagte sehr dezidiert: "Das Denken ist eine pure menschliche Aktivität, die eine schöpferische Evolution voraussetzt, die unsere fünf Sinne geschärft hat und nur von anderen Menschen verstanden werden kann. Ergo: Eine Maschine wird nie mit Bewusstsein denken und über moralisches Verhalten entscheiden können."

Als ich dann einige Wochen später den schwer verletzten Sohn eines IT-Forschers

operieren musste, kamen wir im Rahmen unseres Gesprächs über Bewusstlosigkeit und die Plastizität des Gehirns auch auf die Frage zu sprechen, ob eine Maschine jemals bewusst denken könne, also mit Ratio und Bewusstsein begabt sein kann. Seine Vertrauen in seine Forschung war <grenzenlos>, sein <Ja> apodiktisch (=unwiderlegbar, keinen Widerspruch duldet). "Man wird in naher Zukunft eine denkende Maschine konzipieren, dann auch bauen und benutzen können", sagte er ohne auch nur eine Spur Zweifel erkennen zu lassen. "Denken", so sagte er "ist ein Umgang mit gegebenen, Algorhythmen (=Rechenvorgängen, die sich schematisch wiederholen) und vom Gehirn gesteuert synchronisiert werden". "Wenn wir die Mechanismen (gemeint waren die Algorythmen) endgültig kennen, dann können wir sie simulieren, einem Computer systematisiert eingeben. Der Computer wird sich äußern können, dass er die komplexen Vorgänge verstanden hat. Damit kann er ausdrücken, dass er Ratio und Bewusstsein hat. Wir haben heute schon intelligente Roboter, Expertensysteme und auch automatisierte Spracherkennungssysteme. Wenn wir ihn noch zum logischen Sprechen bringen können, dann haben wir ihm beigebracht, was das Brocca-Zentrum und das Wernicke-Zentrum des Gehirns auch leistet: Die Spracherkennung=die Erkennung der Bedeutung von Worten und die Wortformulierung." (Ich schrieb mir die Sätze des IT-Forschers nach dem Gespräch sofort auf und hoffe, dass ich ihren Sinn richtig wiedergegeben habe).

Ich ging an diesem Abend nach Hause und suchte Schriften zusammen, die mir meine Frage, von der ich in der vorliegenden Schrift ausgegangen bin, vielleicht beantworten können. Meine initiale Frage lautete doch (siehe oben): Wer oder was ist der Mensch?

Ich wurde mir bald bewusst, dass sich schon die antiken Philosophen und später die Bibel der Christen mit dieser Frage beschäftigt haben. Obwohl ich mir bewusst bin, dass ich keine neuen Erkenntnisse aus diesen Schriften gewinnen konnte, entscheide ich mich, wenigstens ein paar Zeilen der Schriften zu zitieren.

Aristoteles nannte uns Menschen <politisch> und <vernunftbegabt>. Der Mensch ist nach seiner Auffassung ein <Zoon politicon et animal rationale>. Aristoteles nennt den Menschen mit diesem Satz auch ein <vernunftbegabtes Tier>, <eine animalische Kreatur>. Anders ausgedrückt heißt diese Formulierung: <Der Mensch ist ein rationales (=vernunftbegabtes) Lebewesen, das nach Erkenntnis streben will/kann>, mit dem was er ist, nicht zufrieden ist.

Wenn wir diese Formulierung ernst nehmen, dann müssen wir auch fragen, <was ist typisches menschliches Tun und Lassen?> Aristoteles gibt uns eine Antwort: Typisches menschliches Tun ist Sprechen, Schreiben, Lesen, Rechnen, Forschen, aber auch: Essen (nicht fressen) und Lieben (gemeint ist nicht der bloße Sex). Und irgendwo las ich auch: "Der Mensch kann nachdenken, lügen, sich versprechen, lieben, hassen, lachen und trauern". Die Liste könnte noch erweitert werden. Mit solchem Können, mit solcher Erkenntnisfähigkeit definiert sich das menschliche Wesen im Vergleich mit

dem animalischen Wesen. Im Menschen bekam das Tier, das evolutionär zum Homo sapiens geworden war, also politischen Sinn und Ratio. Er wird sich seines Tuns und Lassens bewusst. Er kann entscheiden, ob er das Gute tun und das Böse lassen will. Er kann sogar darüber nachdenken, ob unsere Urteile über gut und bös objektiv oder nur subjektiv richtig sind.

Damit komme ich zu den Aussagen der Bibel, die sich im Blick auf das Tun und Lassen am mosaischen Dekalog orientiert. Ich wiederhole nun meinen Satz, den ich in meinem Text schon erwähnte (siehe oben): "Der Mensch kann sich zwischen Himmel und Erde denken", sagte ich. Manche Menschen drücken diesen Satz anders aus, wenn sie sagen: "Der Mensch befindet sich zwischen Himmel und Hölle". Eine moslimische Studentin sagte: "Der Mensch befindet sich irgendwo zwischen Allah und dem Satan." Wenn ich die Bibel immer wieder lese, dann bekomme ich das Gefühl, dass wir Menschen nicht mehr <animals> (=Tiere) sind, aber göttliche Engel sind wir auch nicht (denn wir sind ausnahmslos auch Sünder, die den mosaischen Dekalog nicht punktgenau respektieren). Und die Bibel weist uns im Blick auf die Frage, was der Mensch denn ist, auf die Seele des Menschen hin, die uns in die Nähe Gottes bringt. (Eine sterbende 32-jährige Frau, von ihrer Haltung her eine Philosophin, sagte mir: "Die Seele ist der dünne Faden, der uns Menschen mit Gott, unserem Schöpfer, noch verbindet"). Nach der Bibel ist es gar nicht die Ratio, die uns Menschen von den Tieren abhebt, sondern allein die Seele (die wir nur beschreiben aber nicht definieren können. Auch die sog. Herkunftswörter aus dem Griechischen (=1) und Lateinischen (=2) *psyche* (1) und *anima* (2) können den Begriff *Seele* nicht definieren. Und wer *Seele* mit Geist oder Bewusstseinsregungen beschreiben will, scheitert ebenfalls. Wir können Seele nur im Gegensatz zum Leiblichen, zum Materiellen verstehen, aber nicht begreifen. (Weder Aristoteles, noch E. Bleuler, C.G. Jung, B. Rosenmüller und B. Sternegger, Ed. Spranger, L. Klages, A. Bier und I. Kant, die sich um eine Definition bemühten, und deren Bücher ich las, konnten Seele von Geist, Psychischem, Bewusstsein, Energetik, Seiendem oder Metaphysik trennen).

Wenn uns die Bibel, wie auch die poetische Literatur, oft als "Krone der Schöpfung" tituliert, dann müssen wir uns schon fragen, warum wir uns mit dieser Rolle nicht zufrieden geben wollen/können. "Hybris ist uns näher als Demut", sagte ein Pfarrer in einer Predigt im Dom der französischen Stadt Le Puy. Wir sind übermütig, wir sind selbstüberheblich, wir haben nicht die Demut, mit der wir respektieren könnten, dass wir "die Krone der Schöpfung" sein dürfen. Dieses Privileg wollen wir (einfach) nicht akzeptieren. Die Menschen streben nach mehr, nach Erkenntnis, nach Fortschritt, nach Wachstum nach Reichtum; sie bauen Türme, die in den Himmel ragen sollen, sie konstruieren Flugzeuge, die den Schall hinter sich lassen sollen, sie züchten neue Pflanzenarten, verändern Genome von Pflanzen Tieren und Menschen, sie klonen Lebewesen, sie wollen Maschinen mit Ratio und Bewusstsein herstellen, sie wollen Schöpfer ihrer eigenen Existenz und Zukunft werden, unabhängig sein, selbst (Gott und) Schöpfer spielen.

Psychologisch (und theologisch) betrachtet ist dieses Streben der bewusste oder unbewusste Versuch Gott, den wir <Schöpfer> nennen, unnötig zu machen, von ihm unabhängig zu werden. Wir wollen unsere Zukunft selbst gestalten, wir wollen Wesen schaffen, die von sich aus lebendig und intelligent sind, Ratio und Bewusstsein haben, perfekte Menschen sind. Den Atem, den Gott den Menschen einhaucht, damit sie Leben haben, wollen sie ihren Wesen und Konstruktionen selbst geben. In einer religiösen Analyse dieses Verhaltens kommt man zum Ergebnis, dass der Mensch Gott beiseite schieben will, um selbst Gott sein zu können. Der Mensch will selbst bestimmen und definieren, was er ist, und was er tut. Mit dieser bewussten oder unbewussten <Haltung> erliegt er der Hybris.

In einem Gespräch mit einem professionell theologisch und philosophisch gebildeten Menschen (er war mein Patient) kam zum Ausdruck, dass mit einer demütigen <Haltung> genug Platz für Wissenschaft und Forschung bleibt. Die Pandemie mit dem Corona-Virus kann uns aktuell demonstrieren, wo die Gebiete liegen, die Forschung fordern und rechtfertigen. Mit Scham müssen wir erkennen, dass es keine wirksamen Medikamente gegen eine Corona-Virus-Infektion gibt und noch kein Impfstoff vorhanden ist, mit dem sich die Menschen schützen könnten. Allein der Nachweis von spezifischen Antikörpern gegen die Infektion musste erst (wieder) aufgegriffen, organisiert und optimiert werden. Wenn wir also vom <Benefit der Forschung für den Menschen>, für den leidenden und kranken Menschen reden, dann müssen wir den Blick auf eine Forschung richten, die uns hilft, Schmerzen wirksam zu lindern, die Entstehung von Schmerzen zu verhindern, Schutzmechanismen zu finden, die uns vor Infektionen schützen können, immunologische Vorgänge so zu beeinflussen, dass keine zerstörerischen Autoimmun-Mechanismen entstehen können. Die Liste könnte noch fortgesetzt werden. Und wenn wir an die Vermeidung von embryonal entstehenden Fehlbildungen denken, dann darf die Forschung zwar einen Blick ins krankhaft veränderte Genom wagen, aber sie muß den Menschen nicht klonen, ihn nicht zu einem anderen Menschentypus verändern wollen. "Die Menschheit sollte demütig anerkennen, dass sie <die Krone der Schöpfung ist>, vernunftbegabt und mit Bewusstsein versehen", sagte der bereits erwähnte Priester im französischen Le Puy in seiner Predigt.

16.6. 2020, 3.45 Uhr

Paul Schweizer

Ende.

Tagebüchern eines Chirurgen

Drei Kinder mit Extrahepatischer Gallengangsatresie.

Entfärbter Stuhl als Zeichen eines Gallengangsverschlusses.

Das quittengelbe Gesicht eines Kindes mit Extrahepatischer Gallengangsatresie.

Dasselbe Kind im Alter von neun Monaten. Sein Gesicht ist entfärbt..

Sein Stuhl ist grasgrün gefärbt, Galle wir ausgeschieden.

Bei einer Gastrochisis liegen die Bauchorgane vor der Bauchdecke.

Das kranke Baby und sein Arzt (siehe Text).

Tagebüchern eines Chirurgen