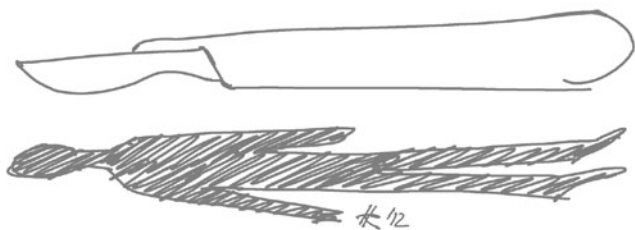


Volker Schumpelick

Unterm Messer II

Weitere Anekdoten aus der Chirurgie



Kaden Verlag

Vorwort

Folgt man aktuellen Berichten in den Medien, so muss man den Eindruck gewinnen, dass Krankenhäuser heute in erster Linie Marktplätze gewinnstüchtiger Trägergesellschaften sind oder Tatorte geldgieriger Ärzte, überforderter Schwestern und Pfleger, mogelnder Transplantationsmediziner, korrupter Verwaltungschefs, überfütterter Krankenkassen und nicht zuletzt Orte des Missbrauchs der Fallpauschalen zum Zweck der Gewinnmaximierung anstatt einer auf den individuellen Patienten abgestimmten ärztlichen Behandlung. Man fragt sich verwundert, ob das Krankenhaus – früher eine verlässliche Stätte mildtätiger Humanität – heute zum Arbeitsplatz geschäftstüchtiger Gesundheitsfabrikanten verkommen ist. Patient, Arzt und Pflegepersonal, für die das Krankenhaus ja gebaut wurde, scheinen kaum noch eine zentrale Rolle zu spielen. Der Patient als der eigentliche Souverän im Behandlungsprozess erlebt diese Funktion gelegentlich nur noch anlässlich innerbetrieblicher Verteilungskämpfe. Ansonsten scheint er das wohlfeile Objekt merkantiler Fremdinteressen zu sein. Für ihn als Subjekt, d.h. für den individuellen Patienten, interessiert sich vielleicht noch der Arzt im Bemühen um die Optimierung des Behandlungserfolgs.

In der Realität bleibt das Krankenhaus unverändert die verlässliche Stätte praktizierter Humanität

In der tatsächlichen – in den Medien lediglich in vorabendlichen Soaps dargestellten – Realität aber bleibt das Krankenhaus unverändert die verlässliche Stätte praktizierter Humanität. Hierbei stützt es sich auf den Idealismus mehrerer Hunderttausend medizinischer Mitarbeiter, für die das Wohl ihrer Patienten ein höheres Ziel ist als die Rendite ihres Kran-

kenhausträgers. Auf diesen Wertehorizont darf der Patient vertrauen, da die Patienten in jedem Gesundheitssystem in den Ärzten und im Pflegepersonal ihre verlässlichsten Partner haben. Angesichts der fortschreitenden Ökonomisierung der Medizin ist es darum dringend notwendig, den Patienten wieder auf seinen Platz im Mittelpunkt des Krankenhauses zu stellen. Dort, wo sich Ökonomen gelegentlich selbst als das Bedeutungs-Zentrum der Klinik begreifen, muss wieder der Patient stehen.

Ein Beitrag zu dieser notwendigen Umorientierung war das 2012 veröffentlichte Buch „Unterm Messer“, das Patienten und ihren Geschichten im Alltag einer chirurgischen Klinik beschreibt. Zu meiner Freude fand dieser Band eine so wohlwollende Aufnahme, dass bald schon von vielen Seiten der Wunsch nach einer Fortsetzung geäußert wurde. Deshalb ergänze ich die bereits vorliegenden Patientengeschichten mit diesem neuen Buch „Unterm Messer II“ um weitere 43 Anekdoten chirurgischer Patienten. Auch hierbei wurden zum Schutz der Persönlichkeit und zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht alle persönlichen Daten durch Verfremdung unkenntlich gemacht.

Wozu dient eine solche Anekdotensammlung? Sie ergänzt die Lehre und Ausbildung in der Chirurgie, die trotz aller Technik und Wissenschaft stets ein Fach der „sprechenden Medizin“ war, das allein durch abstrakte Wissensvermittlung nicht erlernbar ist. Wegen der notwendigen Verwissenschaftlichung droht zudem das Narrative in der Lehre der Chirurgie verloren zu gehen. Evidenzbasierte Medizin lässt keinen Platz für narrative Elemente, wer mitteilt, will nicht erzählen. Erzählungen aber waren es, die den Menschen von Anbeginn an kulturell prägten. Sowohl die Ilias oder die Bibel, wie auch Grimms Märchen bis hin zu Harry Potter, immer nahmen Erzählungen den Menschen mehr gefangen als sachliche Mitteilungen. Auch Chirurgen erfahren in ihrer Ausbildung bei aller gebotenen Sachlichkeit durch Anekdoten mehr über ihre Patienten, als das beste Lehrbuch es je vermitteln könnte. Da-

rum war es die erklärte Absicht dieses Buches, im Zeitalter des abstrakten Multiple-Choice-Lernens durch lebensnahe Anekdoten Studenten, junge Ärzte, Schwestern, Pfleger aber auch interessierte Laien am bunten Erfahrungsschatz täglicher Chirurgie mehr Anteil nehmen zu lassen.

„Anekdote“ meint die Hervorhebung pointierter Erlebnisse mit Patienten in der Chirurgie, die das Kontinuum der täglichen Arbeit schlaglichtartig erhellen. Sie sind die markanten Fußspuren im Sand der Routine, die bereits der nächste Wind zerstreuen wird. Es galt, diese Spuren mit Empathie und Bewunderung aufzuzeichnen, um die Persönlichkeit des einzelnen Patienten gebührend zu würdigen. Sind es doch wahre Heldentaten, wenn der einzelne gegen sein übermächtiges Schicksal ankämpft, obwohl er weiß, dass er nicht jede Schlacht gewinnen wird. Seine Waffen in diesem Kampf sind Vertrauen, Hoffnung, Zuversicht und Humor.

Verehrte Leser, folgen Sie bei ihrer Lektüre unserem Patienten mit Zuneigung, Verständnis und Respekt.

Hamburg, im April 2013

Volker Schumpelick

Inhalt

Geleitwort	III
Vorwort	V

Notfälle

Zweite Hilfe	1
Erbsensuppe und Herzinfarkt	7
Angst vor Blutvergiftung	11
Der Stich des Skorpions.....	13
Blinddarm vor Helgoland	17
Der missglückte Selbstmord	23
Ein fast tödlicher Pflaumenkuchen	29
Traumatischer Gedächtnisverlust	33
Frühe Reue	37
Hand am Puls	41
Beilschlag im Taurus	45
Die Kraft der Bullen	49
Silvester in der Notaufnahme	55

Im Krankenhaus

Der Nachttisch	61
Der fliehende Teppich	65
Die fleißige Schwester	69
Operationssüchtige.....	73
Goldene Uhren	77
Ungewollter Beischlaf	81
Verschleppte Befunde	85
Der Kapitän geht.....	89

Kriminelle

Pro Stich ein Toter	93
Pumpgun auf den Champs-Élysées	97
Kranke Mörder	101
Stirb und werde	105
Häftlinge	109

Religiöses

Talmud im Schlaf	115
Moderne Schamanen	119
Wollgras in der Eifel	125

Raritäten

Der Knopf an der Backe	129
Haare im Magen	133
Die verschluckte Fliege	137
Tätowierungen	141
Von Schwertschluckern, Feuerspuckern und Glasfressern	145
Hindernde Phimose	151

Menschliches allzu Menschliches

Heiligabend in der Notaufnahme	155
Endstation Bahnhofstraße	161
Halbgebildete	165
Hypochonder	169
Heilende Büroklammer	173
Das Wunschkind	177
Terroristen	181
Die Brust in der Kasse	185
Mut der Verzweiflung	191

Nachwort	197
----------------	-----

Ungewollter Beischlaf

Das heutige Krankenhaus der offenen Türen und der liberalen Besuchszeiten bringt es mit sich, dass nicht alle Wege des Patienten kontrolliert werden. Ein Patient würde sich dagegen wehren, auf seinen Pfaden durch das Krankenhaus gleichsam an die Hand genommen zu werden oder permanenter Kontrolle zu unterliegen. Dies ist bei zeitlich und örtlich voll orientierten Patienten selbstverständlich, jeder würde die ständige Begleitung durch Pflegepersonal als Bevormundung und Belästigung empfinden. Neben den üblichen Tagesabläufen mit Visiten, Untersuchungen und Konsilien durch Kollegen anderer Kliniken ist der Patient frei in seinen Bewegungsabläufen. Die Heimat auf Zeit ist seine Station, sie ist die Kommandozentrale der täglichen Aktivitäten, hier stehen sein Bett, Nachttisch und Kleiderschrank. Wenngleich einige Organisationsformen moderner Klinikstrukturen versucht haben, diese persönliche Bindung an einen Ort durch ein rollierendes System ständig wechselnder Stationszugehörigkeit auszutauschen, so wurde diese Heimatlosigkeit und Inkonstanz der stationären Anbindung von den Patienten nicht akzeptiert und blieb darum als Konzept erfolglos.

Voraussetzung für das Heimatgefühl eines Patienten ist seine mentale Fähigkeit, sich auf die für ihn neuen Umstände eines Krankenhausaufenthalts umzustellen. Was tagsüber bei klarem Bewusstsein und guter Beleuchtung unproblematisch ist, kann bei Nacht und im Zustand des Halbschlafes zum Problem werden. Nicht selten müssen Schwestern älteren Patienten den Weg zu ihrem Zimmer weisen oder sie sogar von fremden Stationen abholen, um sie in ihre Heimatstation zurückzubringen. Dies bedarf keiner besonderen Erwähnung und ist ein selbstverständlicher Service bei betagten Patienten mit eingeschränktem Orientierungssinn. Häufiger ist dies naturgemäß bei Demenz-Patienten, bei denen meist erst nachts das Vollbild ihrer Demenz auftritt. Dann irren sie hilflos ohne

Orientierung über die Stationen und suchen ihr Zuhause, indem sie sich an gerade noch erinnerten äußeren Merkmalen ihrer Station orientieren und hier gelegentlich durch schlichtes Abzählen der Türen endlich ihr Zimmer wiederfinden. Es ist ihnen meist zu peinlich, die Schwestern um Hilfe zu bitten, so dass sie sich bemühen, selbstständig ihr Bett und ihren Nachttisch zu finden. – Es bleibt nicht aus, dass hierbei Verwechslungen vorkommen, die bei Doppelzimmern von den Bettenachbarn rasch reklamiert oder durch Hinzuziehung des Pflegepersonals korrigiert werden.

Schwierig wird es, wenn es sich um ein Einzelzimmer handelt und so der korrigierende Einfluss des Bettenachbarn ausbleibt: In diesem Fall hatte eine 82-jährige pensionierte ledige Studienrätin das überraschende Erlebnis, morgens in ihrem Bett an der Seite eines schnarchenden Mannes aufzuwachen, dessen Identität, Stationszugehörigkeit und Erkrankungsform ihr nicht bekannt war. Auffällig waren der große Kopfverband und das Infusionsbesteck an seinem Arm, wobei die zugehörige Flasche allerdings auf dem Boden lag. Dieser überraschend aufgetauchte Bettgenosse war nicht ansprechbar und drohte sie durch Verdrängung aus dem Bett zu schubsen. Die herbeigerufene Schwester befreite sie von dem unbekanntem Beischläfer und konnte in mehreren Telefonaten klären, dass es sich um einen frisch operierten 62-jährigen neurochirurgischen Patienten handelte, der in einem identischen Einzelzimmer in der darunter gelegenen Station untergebracht war. Er hatte bei seinen ersten Gehübungen nach der Operation auf der Station das Treppenhaus der darüber liegenden chirurgischen Station zum Üben des Treppensteigens benutzt und war dann wegen zunehmender Erschöpfung zielstrebig in der falschen Etage auf sein dort vermutetes Zimmer und sein ersehntes Bett zugelaufen. In seiner Ermüdung gelang es ihm nicht einmal mehr, die Infusionsflasche, wie ihm dies von den Schwestern auf der neurochirurgischen Station aufgetragen war, an den Ständer zu hängen. Er habe sich, so sagte er später, in völliger Erschöpfung einfach auf das Bett fallen lassen, ohne

nach rechts oder links zu schauen. Ursache für dieses Missgeschick sei offensichtlich, dass er sich bei seiner Treppenübung in der Etage geirrt habe, da beide Stationen absolut identisch konstruiert seien. Auch könne er durch seinen Kopfverband nur sehr eingeschränkt sehen, zumal er außerdem noch Brillenträger sei, erklärte er zu seiner Entschuldigung.

Für den Stationsarzt der chirurgischen Station und den hinzugezogenen Chef der Abteilung war es eine schwierige Aufgabe, der ledigen alten Dame zu erklären, was in dieser Nacht geschehen war. Sie selbst hatte von alledem bis zum Morgen nichts bemerkt, da sie im Krankenhaus immer mit Schlafmitteln und Ohrenstöpseln zu schlafen pflegte. Der schnarchende fremde Mann in ihrem Bett aber sei für sie beim Erwachen ein schlimmer Schock gewesen, den sie erst langsam habe überwinden können. Sie wisse erst jetzt, was ihr in ihrem bisherigen Leben als Ledige Gott sei Dank erspart geblieben sei. Vielleicht hat sie der sehr große Blumenstrauß, den der 62-jährige Architekt ihr für die ungewollte gemeinsa-



me Nacht schenkte, neben der schriftlichen Entschuldigungen der beteiligten Klinik, doch etwas trösten und beruhigen können. Schon fast versöhnt sagte sie zum Abschied, dass sie sich nie hätte vorstellen können, in ihrem hohen Alter noch einmal zusammen mit einem Mann im einem Bett zu schlafen, doch diese Erfahrung wolle sie rasch wieder vergessen. Habe sich doch in der heutigen Nacht ihre vor mehr als 60 Jahren getroffene Entscheidung zu einem Leben in Ledigkeit als nachhaltig begründet bestätigt. Sie könne die Frauen nicht verstehen, die sich „diese Tortur“ freiwillig antäten.

