

# Mein Krampf *oder*

## Im Nebel der Anästhesisten-Erinnerungen

---

Es ist fast neun Jahre her, dass ich aufhörte Anästhesien durchzuführen. Krankheitshalber blieb ich am 11. September 2001, jenem schicksalhaften Tag, zu Hause, zuerst noch unwissend, dass sich die Welt um mich veränderte, also nicht nur meine Welt. Die eigene Frühpensionierung musste eingeleitet werden. Hätte ich damals noch meine Erinnerungen aufs Papier gebracht, wären sicherlich einige Details erhalten geblieben, dafür ist nun der Nebel der Anästhesie-Dämpfe endlich weggeblasen. Die Geschichte ist vielleicht in einigen Punkten dadurch eher besser geworden.

Als Medizinstudent im letzten Teil des Studiums konnte man in Dänemark ein Vikariat als Arzt antreten. Man bekam 75% des Anfänger-Gehaltes eines Arztes, die restlichen 25% bekam der ‚arme Hintergrunddienst‘ wegen seines erhöhten Arbeitsaufwandes und der Verantwortung. In diesen letzten drei Jahren machte ich 11 Monate Vikariat, neben meiner sonstigen Beschäftigung als kardiologischer Assistent (Spitzname ‚Schirmwächter‘ oder ‚Cardiopaf‘) und Ventilator (Beatmungs-Assistent), also konnte ich mich ökonomisch nicht beklagen. Nur das letzte halbe Jahr vor dem Staatsexamen wurde hektisch, ich sollte ja auch irgendwann intensiv studieren.

Die Erlebnisse als Student möchte ich hier nicht mit einbringen, nur einen kurzen Blick in die Anästhesieabteilung eines mittelgroßen, dänischen Provinzkrankenhauses, wo ich gerade mein erstes Vikariat antrat. Nach einer Woche sollte ich alles Wesentliche über die Anästhesie erlernen (wie konnte man sich danach ein ganzes Leben lang einem so schnell entmystifizierten Fach widmen?), und danach trat ich meinen Dienst an allen gesammelten Wochenenden an. Es war mir doch etwas mulmig dabei, und es wurde nicht besser, als mein ‚Hintergrunddienst‘, der Chefarzt, sagte: „Übrigens, am Samstagnachmittag bin ich auf der Rennbahn!“ „Aber was soll ich tun, wenn ich nicht mehr zurecht komme?“, fragte ich besorgt. „Ach, die Schwestern kennen sich aus. Zur Not können Sie die Oberschwester anrufen, sie ist vermutlich daheim.“ Unter diesen Umständen lernt man schneller, und ich hatte so mein Wissen in praktischer Übung rasch erweitern können – zum Glück ohne in fatale Ereignisse verstrickt zu werden.

Hier erlebte ich den schlimmsten Anästhesie-Nebel meiner Karriere. Die Ausatmungsgase wurden nicht abgesaugt, sondern ein Abgasschlauch wurde auf den Boden gelegt und das Personal damit getröstet, dass „Halothan schwerer als Luft sei.“ Ich machte allerdings einen sehr müden Eindruck auf meine Umgebung in dieser Zeit. Ich schlief praktisch jeden Abend vor dem Fernseher ein – zum Glück wurde man damals um Mitternacht durch einen lauten Ton geweckt und konnte sich aus diesem Anlass ins Bett verpflanzen. Mit dem Aufhören meiner Anästhesie-Tätigkeit hörte auch der Schlafwandler-Zustand sofort auf.

Viele Ärzte in diesem Krankenhaus trieben auch nebenbei Landwirtschaft – oder war das Arztsein der Nebenberuf? Mein Chef war besessen von Pferden, ein anderer hatte Rassehühner und alle hatten ein Stück Land zu besorgen, man konnte es im OP-Saal fast riechen. Der chirurgische Chefarzt war ein allseits gefürchteter Despot mit rücksichtslosem Benehmen. Ich lernte ihn am zweiten Tag kennen: Ich saß alleine im Aufenthaltsraum und erweckte mich aus dem Anästhesie-Nebel mit einer Tasse Kaffee, da kam er hereingestürmt auf der Suche nach einem Assistenten. Er sah, dass ich alleine war und stellte fest: „Keine richtigen Menschen hier drin!“ „Nein, nur wir beide,“ kommentierte ich. Er verschwand schweigend und sucht noch immer nach einer Erwiderung.

Aber ich hatte nach fünf Monaten genug von der Anästhesie – ich wusste jetzt, dass ich nie Anästhesist werden sollte. Stattdessen schnupperte ich an Medizin, Thorax- und

Gefäßchirurgie und Röntgen („die Schatten der Wahrheit,“ wie der Chefarzt es treffend bezeichnete). In der kleinen medizinischen Abteilung einer anderen Klinik war ein junges Mädchen, 13 Jahre alt und 85 kg schwer, in die Falle getappt und stationär aufgenommen worden. Der Chefarzt erklärte bei der Morgenkonferenz wie eine solche Fettsucht mit schweren Krankheiten einherging. Das Mädchen sollte hier zur Abmagerungen bleiben und... „Herr Schou soll das doch bitte den Eltern beibringen.“ Ich bestellte also die Eltern in die Klinik, ohne ihnen vorher per Telefon unsere Absichten zu verraten. Sie kamen, und auf einmal wurde klar, woher unsere Patientin ihre Neigung hatte. Die beiden, schätzungsweise je 300 Pfund schweren und sauer aussehenden Menschen, sahen nicht so aus als würden sie sich von einem mageren Assistenzarztvikar überzeugen lassen. Also sagte ich unsicher: „Äh, der Chefarzt möchte Sie sprechen.“ Am nächsten Tag war das Mädchen zu Hause, und meine Stellung wurde auch nicht verlängert.

Beim Medizinstudium war ein kleiner Anästhesie-Kursus vorgesehen. Unter dem Hinweis auf meine bisherige Tätigkeit versuchte ich bei der Universität Kopenhagen von dieser Zeitverschwendung befreit zu werden. Typisch für dänische Behörden waren sie dazu nicht in der Lage, die Regeln galten ja für alle.

Als das Ende des Studiums sich näherte, fingen alle Studienabgänger an, eine Arbeit zu suchen. Zu dieser Zeit gab es zu viele Ärzte in Dänemark, und nur wenige der Neuabgänge von Januar 1977 haben den Sprung in eine feste Stelle geschafft. Mir wurde eine Stelle in einer medizinischen Abteilung versprochen, aber der Nepotismus siegte und die Stelle bekam ein anderer Bewerber. So stand ich da und musste sehen, wo ich bleibe. Der arme Postbote bekam Rückenschmerzen, als sich die Absagen häuften. Am Ende suchte ich dann doch eine Anästhesie Stelle – der einzige Bereich, in dem ich schriftlich tätig gewesen war, wenn man die Intensivmedizin dazuzählt – und ich bekam sie. Nun, das hatte auch etwas Gutes an sich, denn im gleichen Krankenhaus konnte ich auch in der Chirurgie und Medizin arbeiten, sodass ich nach 21 Monaten meine volle Autorisierung als Arzt erhielt.

Die Anästhesieabteilung hatte zwei Chefs. Der eine war auch nebenbei Chefarzt von Dänemarks legendärem privaten Rettungsdienst, Falck – Motto: „Schnelle Hilfe ist doppelte Hilfe.“ Der andere, ältere, sagte im Gegensatz dazu, „Wenn es so eilt, ist es ohnehin zu spät!“ Trotzdem verstanden sich die beiden hervorragend, das einzige Mal, dass ich dies bei einem Chefarzt-Duo erleben konnte.

Alle Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in ganz Dänemark wurden damals in dieser Klinik operiert, und dafür wurde eine eigentümliche Anästhesie-Technik angewendet. Die Neugeborenen waren nicht intubiert, sondern es wurde ein Saugkatheter durch die Nase eingeführt, durch den ein Gemisch von Halothan und Äther mit Sauerstoff geblasen wurde. Das Kind atmete spontan, und der Chirurg bekam auch seinen Anteil ab, aber das war er gewöhnt – sein privilegierter Nebel sozusagen. Später wurden die Kinder nasal (durch die Nase bis zur Luftröhre) intubiert. Als ich später nach Lörrach kam, wo der Operateur stets von Basel gestellt wurde, wurden auch die ganz Kleinen nasal intubiert und durch die Anästhesie-Nebel auch ein paar Spatzen auf dem Dach betäubt - das gab's auch.

In der Chirurgie war meine einzige Ambition, die Fähigkeit zu gewinnen, eine Appendektomie zu bewältigen. Ich hatte wohl den schwachen Traum davon, einmal als Schiffsarzt zu arbeiten, und dafür wurde diese Fähigkeit verlangt. Zwischendurch konnte man im weißen Smoking, respektvoll „Doc“ genannt, am Tisch des Kapitäns sitzen und die heiße Luft der Karibik atmen. Diese Ambition wurde belohnt, ich konnte mich später an sechs Fällen beweisen, nur die Schiffsreise fehlte.

Danach wollte ich endlich in der Medizin weitermachen, und um mich dazu zu zwingen, kündigte ich die Stelle, die sofort wieder besetzt wurde, denn es gab immer noch zu viele Ärzte in Kopenhagen, und meine Frau und ich besaßen jetzt ein Haus in einem Vorort und konnten nicht in die Provinz ziehen. Am Ende blieb mir nicht anders übrig als erneut eine Anästhesisten-Stelle zu suchen. Dieses Mal bekam ich wenigstens

ein höher dotierte Stellung (,1. Reservelæge'). Diese brachte mich zu entscheidenden neuen Techniken, die ich später unberechtigterweise unter eigenem Namen vorstellte, wie z. B. ,Schou's Übergriff' (ein Griff, um bei einem tief narkotisierten Patienten einen Magenschlauch in die Speiseröhre einzuführen) und ,Wikingernarkose' (wie weit man die Medikamentenbelastung reduzieren kann, um noch eine Anästhesie zu erreichen, mit Vorteilen im postoperativen Verlauf). Ich muss wohl kein einfacher Mitarbeiter gewesen sein, denn irgendwann hörte ich die Bemerkung: „Man muss Indianer sein, bevor man Häuptling werden kann“ (ich hatte mich wohl zu weit aus dem Fenster gelehnt). Dessen ungeachtet hatte ich aber bald genug von der Anästhesie – nie wieder, dachte ich – und entschied mich dafür, durch Notfalldienste und (doch) Anästhesie-Hintergrunddienste an einer anderen kleinen Klinik die Wartezeit bis zur Anstellung an einer medizinischen Klinik zu verbringen.

Die Notfalldienste waren sehr gut bezahlt und entsprechend begehrt, so würde mich niemand vermissen, sollte ich plötzlich eine andere Stelle bekommen. Das System stellte sich zusammen aus ,Weißen' (Niedergelassene mit Priorität für die Dienste), ,Mulatten' (fest angestellte Vikare) und ,Negern' (in der Regel Klinikärzte, die sich damit ein Zubrot verdienten); ich war in dieser Funktion stets ein Neger. Dadurch konnte ich kurzfristig eine andere Stelle antreten.

Die erste Gelegenheit dazu kam im Sommer, als ein 3-monatiges Vikariat in einer psychiatrischen Abteilung ausgeschrieben wurde. Nun muss man wissen, dass man, um die Autorisierung zum niedergelassenen Arzt zu erhalten, drei Monate in der Psychiatrie gearbeitet haben muss – alles darüber hinaus wäre Zeitverschwendung, - und deshalb gab es gerade für diese kurze Anstellung etwa 120 Bewerber, von denen ich vermutlich einer der am geringsten Qualifizierte war. Dies veranlasste mich dazu, etwas Disparates zu unternehmen, was mich aus der grauen Masse heraushob – um unter den Irrenärzten aufzufallen. Zum Glück hatte ich die Bekanntschaft des Chefarztes bei einer Weinprobe gemacht und war somit mit einer seiner Schwächen bekannt. Ich schrieb also auf die Rückseite des Weinetiketts eines alten, sehr noblen Bordeauxweins kurz und bündig, „Hiermit bewerbe ich mich für ... ,“ und brachte selbst die besondere Post zu seinem Wohnort. Am nächsten Vormittag rief er mich an: „Natürlich bekommst du die Stelle, aber schreib mir bitte noch eine Bewerbung auf ein weißes Blatt Papier, damit ich der Verwaltung etwas vorzeigen kann.“ Ich hatte eine sehr gute Zeit in dieser Abteilung.

Unter meine vielen Nebenbeschäftigungen gehörte auch die Abendkonsultation in einer Lungenklinik. Hier versammelten sich überwiegend die Opfer der Tabakindustrie und wurden geröntgt – zeitlich konnte ich höchstens zwei schwarze Messen pro Konsultation verlesen, unter Grippeepidemien gar keine, aber für besondere Fälle nahmen wir uns immer Zeit. Um nicht Fanatiker zu werden, versammelten wir uns anschließend, wenn der letzte Patient gegangen und die Pforte geschlossen war, mutig zum Rauchen.

Unter den Patienten war auch ein älterer Herr, dessen Röntgenbild besonders hässlich aussah, und das ich daher meinem Chef zeigte. „Das ist ein weit vorgeschrittener Lungenkrebs mit Lokalmetastasierung. Den wird jetzt keiner mehr retten können.“ Dann wurde der Patient zur Urteilsverkündung hereingerufen: „Es handelt sich um eine Lungenentzündung. Hier ist ein Rezept für Penicillin. Kommen Sie in einem Jahr wieder zur Kontrolle.“ Als er gegangen war, fügte der Chef hinzu: „So lange lebt er nicht, aber warum soll man ihn heute damit plagen?“ Ob es sich jetzt um eine Fehldiagnose oder Spontanheilung handelte, ist in der durch Anästhesie-Gase vernebelten Erinnerung schwer zu sagen, aber 12 Monate später war der Patient wieder da, und sein Röntgenbild war astrein. „eine Bestätigung der gesprochenen Diagnose,“ meinte der Kollege selbstironisch.

Endlich, im Jahre 1980, bekam ich die Stelle, die ich so intensiv gewünscht hatte – nein, nicht entsprechend meiner früheren Tätigkeit in der Kardiologie, sondern in der Lungenmedizin. Dieses Sub-Spezialgebiet hatte durchaus eine spekulative Bedeutung: Für Viele klebte noch das Stigma früherer blühender Tuberkulose-Sanatorien an diesem

Fach, und dabei hatte man übersehen, dass Lungenkrebs und Asthma auf dem Vormarsch waren – letztere in scharfer Konkurrenz zu den Hautkliniken. Patienten gab (und gibt) es genug.

Der Empfang war alles andere als herzlich. Ich hatte, wie ich bald erfuhr, mir eine Stelle angemaaßt, die die anderen Kollegen einem Freund wärmstens empfohlen hatten, und von erstem Tag an war ich ihren Feindlichkeiten ausgesetzt. Sie diskutierten in meiner Anwesenheit, wer von ihnen mir nun die Arbeitsstelle zeigen sollte und waren dann einig, dass dazu keiner Zeit hatte. Zum Glück fand ich Unterstützung bei den beiden Chefarzten (die, um den Frieden zu bewahren, den Distrikt geografisch unter sich aufgeteilt hatten – je nach Wohnort des Patienten war die Zuständigkeit klar). In wenigen Monaten gab es neue Assistenzärzte, die ich mit Freuden in ihrer neuen Arbeitsstelle herumführte.

Jawohl, es gab auch Tuberkulosefälle, und da sie nicht gerade häufig waren, gehörte die östliche Hälfte der dänischen Bevölkerung zu unserem Aufnahmegebiet, sofern eine stationäre Aufnahme erforderlich war. Das hatte die bedauerliche Folge, dass die anderen Ärzte kaum einen TB -Fall zu sehen bekamen und ihnen dadurch dauernd Fehler unterliefen, wenn doch ein Fall vorkam.

Der ältere Chefarzt sagte spöttisch, „Wir wissen nicht, wie sich TB verbreitet, ansteckend ist es jedenfalls nicht, denn ich habe nie erlebt, dass einer vom Personal angesteckt wurde.“ Tatsächlich gingen wir unter den Hustenden unbesorgt herum ohne Masken und sonstige Schutzkleidung. Allerdings erkrankte eine Schwester während meiner Zeit in der Klinik an TB und musste die Fronten wechseln. Trotzdem lachte ich immer über die übertriebenen Hygienemaßnahmen, wenn mir später in Deutschland TB -Kranke begegneten.

Ich habe als Student und junger Arzt in fast allen kleinen, alten Kliniken in Kopenhagen<sup>1</sup> gearbeitet. Diese sind dann später alle geschlossen worden, was mir sehr zu denken gab. Der offizielle Grund hatte jedoch nichts mit meiner Tätigkeit dort zu tun, sondern sie waren die Bauernopfer einer enormen Fehlkalkulation: Die drei Verwaltungseinheiten für Kliniken in Kopenhagen bauten fast gleichzeitig je ein großes Zentralkrankenhaus<sup>2</sup> und vergaßen dabei, die gesamte Bettenzahl zusammenzurechnen und dem Bedarf gegenüberzustellen. Bis heute wurden die obersten Stockwerke im 26 -stöckigen ‚Babelturm‘ (auch hier sprachen die Bauherren plötzlich verschiedene Sprachen) KAS-Herlev nicht in Betrieb genommen, weil angeblich kein Bedarf besteht (angeblich, denn lange Wartezeiten und Patiententourismus sagen etwas anderes aus).

Der Grund für meine Emigration nach Deutschland Anfang April 1981 ist nicht fachlich bedingt, daher lasse ich ihn hier aus. Ich tat gut daran, Lungenmediziner zu werden, aber im Ausland war es besser, in mein früheres Spezialgebiet zurückzugehen. Als Mediziner muss man viel schreiben, und dafür fehlten mir damals (und vielleicht heute noch?) die sprachlichen Voraussetzungen. Anästhesisten hingegen sind eine Art Handwerker und könnten eigentlich komplette Analphabeten sein, ohne dass jemand etwas bemerkt, solange sie ihre Routine tadellos durchführen.

Ich kam also nach Norddeutschland und sah mich als erstes vor die Wahl gestellt, entweder die Deutschen (gesamt) oder mich (alleine) in einem Punkt zu ändern. In Skandinavien kennt man zwar eine Übersetzung von ‚Sie,‘ aber es ist fast eine Beleidigung, einen Kollegen damit anzusprechen. Umgekehrt bei den Ärzten in Deutschland im vorigen Jahrhundert, hier musste man fast Blutsbrüderschaft getrunken haben, um das Recht zu haben, das ansonsten abwertende ‚du‘ zu verwenden. Der entscheidende Punkt leuchtete mir bald ein: Es war einfacher, mich selbst zu ändern, als das deutsche Volk gesamt umzuerziehen. Sonst gab es leider nur schleppende grammatikalische Fortschritte – ich leistete Entwicklungshilfe, aber die Eingeborenen

---

<sup>1</sup> Diakonissestiftelsen, Finsensinstitutet, KAS Lyngby, Skt. Lukas, Skt. Joseph, Blegdams-hospitalet.

<sup>2</sup> Rigshospitalet, KAS Herlev & Hvidovre

wollten ihre verkrusteten Rituale nicht aufgeben. In all diesen Jahren in Deutschland lernten sie kein Wort Dänisch.

Der Halt in Ostholstein war nur ein Intermezzo. Nach Kopenhagen waren es nur etwa vier Stunden Fahrt (davon 30 Min. Wartezeit auf die Fähre), aber die Heimfahrt wurde immer seltener. Dafür gab es vor allem Ausflüge in die Umgebung. Zu der Anästhesieabteilung gehörte ein Rettungshubschrauber, und das war einerseits spannend, andererseits frustrierend, denn ich war offensichtlich inkompetent und überfordert. Es gab damals nicht viele Möglichkeiten, sich in die Materie einzulesen, und daher fing ich an, eigene Notizen zu machen, die viel später in Englisch herausgegeben wurden (wo ärztlicher Notfallmedizin damals noch unbekannter war). Auch in der Anästhesie selber gab es viel Neues dazulernen. Gegen Ende des Jahres gab es eine besondere Anzeige: In Lörrach suchten sie einen Anästhesie-Oberarzt mit Interesse für Notfallmedizin. Wir waren schon 1977 durch Lörrach gefahren und dann plötzlich in Basel gelandet. Ich markierte also die nähere und fernere Umgebung und entschied mich dafür, eine Briefmarke zu opfern. In Kürze: Ich bekam die Stelle und bin immer noch in Lörrach – leider aber nicht mehr in der früheren Funktion.

In Lörrach wurden die Anästhesie-Gase abgesaugt, außer bei den Kindern. Da ich auch bei den Kleinen zugange war und den Nebel verabscheute, war hier das erklärte Ziel, diese unmittelbare Umweltverschmutzung zu reduzieren. Dies wurde auf drei verschiedene Weisen erzielt und dauerte insgesamt mehrere Jahre.

Die erste Tat, die schwierigste, war die Umerziehung des Personals, weg von dem so genannten Kuhn-System. In Deutschland wurde dies bei den kleinsten Patienten vorrangig eingesetzt, und damit verbunden war ein Beutel mit Loch, aus dem der Nebel freien Austritt in die Umgebung hatte. Zwar war das System auch für einen Außenbeutel konzipiert, aber den hat niemand jemals gesehen. Mit einem besonderen Anästhesie-Ventil, das wir ohnehin besaßen, gab es keine Untergrenze beim Körpergewicht des Patienten. Die ärztlichen Kollegen waren aber gut dressiert auf das Kuhn-System, dieses Nebelhorn. Nachdem ich jahrelang für dessen Abschaffung vergeblich plädiert hatte, griff ich feige zu einer anderen Methode. Das Pflegepersonal wurde sensibilisiert und zeigte sich mehr sensibel, was die eigene Umweltverseuchung anbetraf. Als Ergebnis verschwand das Kuhn-System über Nacht und wurde seither nicht mehr gesehen.

Der zweite Angriffspunkt war eine miserable Prämedikation (Vorbereitungsmedikation), die eine ruhige Einleitung der Kleinen eher selten machte. Hier bekamen wir die Möglichkeit, wirkliche Pionierarbeit zu leisten, aber eigentlich wollten wir nur weg von dem offensichtlich schlechten System – weiteres ist in meinen Arbeiten zu Midazolam festgehalten.

Der dritte Weg fort vom Nebel verlief über eine neue Erfindung, die Doppelmaske. Diese haben wir nur bei den Kindern eingesetzt (es war auch schwer genug hier), obwohl das Problem der Anästhesie-Nebel auch bei Erwachsenen entstehen kann. Zusammen mit einem anderen Fortschritt der Anästhesie, dieses Mal ein pharmakologischer, haben wir daraus einen Flugsimulator<sup>3</sup> erstellt.

Klappe zu? Apropos Klappe, gegen Ende meines Auftrittes hier bekamen wir einen neuen OP-Tisch mit vielen Funktionen, unter anderem einer Klappe im Kopfbereich. Ich war ganz begeistert. Einen nach dem anderen rief ich die Kollegen herzu. „Halten Sie mal hier ... höher ... Danke, ich wollte nur sehen, ob Sie die Klappe halten können!“

So langsam senkt sich wieder der Nebel. Bevor der ganz zumacht, wollte ich noch diese Erinnerungen loswerden.

Lörrach, den 18.6.2010

---

<sup>3</sup> <http://www.schou.de/anaesth/sevo.html>