

HEYNE <

Dr. med. Florian Teeg ist seit neun Jahren Arzt, seit zwei Jahren Facharzt für Innere Medizin. Die meiste Zeit war er an einer großen Klinik tätig. Er behandelte Patienten auf der Intensivstation und in der Notaufnahme sowie in den Abteilungen für Gastroenterologie, Hepatologie, Kardiologie, Pulmologie und Onkologie. Nun erzählt er die Geschichten, die er dort erlebt hat.

Dr. med. FLORIAN TEEG

Von Bluterguss bis Exitus

Aus dem Alltag eines Assistenzarztes

WILHELM HEYNE VERLAG
MÜNCHEN

Vorbemerkung

In diesem Buch beschreibe ich die typischen Erfahrungen eines jungen Arztes. Aus persönlichkeitsrechtlichen Gründen sind Namen, Orte und Personen verändert und teilweise fiktionalisiert. Alles worüber ich erzähle, habe ich also erlebt oder hätte ich so erleben können.



Verlagsgruppe Random House FSC-DEU-0100
Das für dieses Buch verwendete FSC®-zertifizierte Papier
Holmen Book Cream liefert Holmen Paper, Hallstavik, Schweden.

Originalausgabe 10/2012
Copyright © 2012 by Wilhelm Heyne Verlag, München,
in der Verlagsgruppe Random House GmbH
Printed in Germany 2012
Redaktion: Florian Glässing
Umschlaggestaltung: Büro Überland, München
Satz: Greiner & Reichel GmbH, Köln
Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck
ISBN 978-3-453-60254-0

www.heyne.de

INHALT

Teil 1

Prolog 9

Herr Petzold oder die Fisteln am Po 19

Herr Wolf oder das Wasser im Bauch 31

Prof. Dr. Renner oder die Probleme der oberen Etagen 40

Assistentenleben oder der Alltag der Klinik 56

Herr Wuttke oder »Sedare dolorem divinum est« 76

Herr Pawlowski oder das Versagen der Leber 110

Frau Kramer oder der faulende Fuß sowie

Frau Hagers Problem mit dem Fett 132

Frau Reuter oder der Kampf gegen den Streukrebs 157

Teil 2

Teresa oder die Folgen der Weihnachtsfeier 191

Die europäische Integration oder ein überlastetes Herz 209

Herr Himmelreich oder der überlebte Tod 234

Der Abschied oder alles auf Anfang 278

TEIL I

PROLOG

Am schlimmsten war der Geruch. Es gab viele Patienten, die müffelten. Manche stanken regelrecht. Nicht nur die Obdachlosen, die sich nicht wuschen. Oder die mit offenen Beinen und infizierten diabetischen Füßen. Oder die armen, multimorbiden Schweine, wenn sie Pech mit dem Pflegepersonal hatten. Nein, auch die »Normalen«, die einen Beruf oder eine Rente und Angehörige hatten, die sich um sie kümmerten, rochen selten gut. Es ging los, wenn man ihnen die Socken auszog. Und je weiter man sich nach oben vorarbeitete, umso schlimmer wurde es. Besonders der Intimbereich war immer ein heißer Kandidat. Dort gibt es jede Menge Schweißdrüsen, die Duftstoffe absondern, und die Haut ist behaart. Wenn ich die Unterhose lüpfte, fand ich nicht selten Reste dessen vor, was eigentlich in der Toilette hätte verschwinden sollen. Im schlimmsten Fall schlug mir ein bestialischer Gestank entgegen und erzeugte würgenden Brechreiz. Aber ich hatte keine Wahl. Zur ärztlichen Aufnahme eines Patienten im Krankenhaus gehört die körperliche Untersuchung nun einmal dazu. Also Runterschlucken, Wegdrehen, Weitermachen.

Als ich dem etwa 70-jährigen Mann, der vor mir in dem schmucklosen Einzelzimmer unserer internistischen Station lag, half, die Unterhose auszuziehen, war ich jedoch angenehm überrascht. Sein Name war Herr Wolf, und er schien ein Mann zu sein,

der sich pflegte und seinen Körper ernst nahm. Es lag sogar ein Hauch von Eau de Toilette in der Luft. Vielleicht hatte es damit zu tun, dass Herr Wolf Privatpatient war. Das war, wie ich im Laufe der Zeit feststellen sollte, zwar keine Gewähr für gute Körperhygiene, erhöhte aber die Wahrscheinlichkeit.

Gleichzeitig spürte ich, dass Herr Wolf auch bei seiner Behandlung Wert auf gewisse Standards legte. Als Privatpatient hatte er Anspruch auf Chefarztbehandlung, und sein Unmut darüber, dass mit mir nicht das Oberhaupt, sondern der unterste Scherger des ärztlichen Hierarchiegebäudes an ihm herumfuhrwerkete, stand ihm deutlich ins Gesicht geschrieben.

Wäre ich in seiner Lage gewesen, hätte ich vielleicht ähnlich empfunden. Schließlich war ich erst seit knapp fünf Wochen dabei und blutiger Anfänger. Ich war 28 und hatte Ende Juli meinen ersten Arbeitsvertrag unterschrieben. Seitdem war ich Assistenzarzt der Inneren Medizin an dieser Klinik. Und mein Leben ein anderes.

Vor allem war mir aufgefallen, dass ich mehr schwitzte. Das lag nicht nur daran, dass unser Krankenhaus keine Klimaanlage besaß und die spätsommerliche Hitze in den Stationsräumen genauso drückend wie draußen war, sondern vor allem an Patienten wie Herrn Wolf, der jeden meiner Handgriffe misstrauisch beäugte. Ich würde mich gut verkaufen müssen, damit er mich ernst nahm. Schließlich galt es, möglichst viele Informationen aus ihm herauszubekommen und zu einer medizinisch sinnvollen Geschichte zu formen, die ich später meinem Chef erzählen konnte. Nicht gerade leicht, wenn man gerade mal fünf Wochen dabei ist. Der Hauptgrund fürs Schwitzen war also purer Stress.

Die letzten Minuten hatte ich mit der Anamnese zugebracht und Herrn Wolf zu seinem Leben befragt. Trotz seines offensichtlichen Misstrauens hatte er sich bemüht, nett und korrekt zu sein, und mir einiges erzählt. Er war jetzt 70 Jahre alt und hatte bis zu

seinem 65. Lebensjahr gearbeitet, obwohl er eigentlich mit 63 Jahren hätte in Rente gehen können. Er war Ingenieur gewesen, leitende Position, und hatte sich sehr mit seinem Job identifiziert. Außerdem war er seit 40 Jahren verheiratet. Krank sei er bisher nie gewesen, wie er betonte. Zumindest war er nie zum Arzt gegangen. Ich schätzte ihn als den Typ »harte Schale, weicher Kern« ein, der zu sich selbst aber eher tough war. Jedenfalls war er nicht gerne auf andere angewiesen und gewohnt, Probleme selbst zu lösen. Jetzt aber hatte er ein Problem, mit dem er nicht alleine fertig wurde. Deswegen war er hier. Bei mir.

Natürlich war er nicht von selbst gekommen, sondern auf Einweisung seines Hausarztes. Sein Problem bestand darin, dass sein Bauch, wie er erzählte, plötzlich sehr schnell sehr dick geworden sei. Innerhalb weniger Tage hätte sich sein leichter Bauchansatz in das verwandelt, was man in Bayern eine Wampe nennt. Herr Wolf war aber kein Bayer. Zwar war er, wie er zugab, dem ein oder anderen Pils nicht abgeneigt, doch um sich ein solches Prachtexemplar von einem Bierbauch anzutrinken, brauchte man schon ein bisschen länger. Außerdem war sein Körper für einen 70-jährigen verhältnismäßig gut trainiert.

Ich konnte mir auf seine Geschichte keinen Reim machen. Bis zu 80 Prozent seiner Diagnosen, hieß es in den Lehrbüchern, könne der erfahrene Arzt bereits durch seine Anamnese stellen, also durch die einfache Befragung des Patienten. Herr Wolf hatte mir mittlerweile allerdings fast sein ganzes Leben erzählt, und ich hatte immer noch keinen blassen Schimmer, was mit seinem Bauch los war. Das wurmte mich. Schließlich hatte ich knapp sieben Jahre studiert und vor drei Monaten mein letztes Examen an der »Arztschule«, der medizinischen Fakultät, mit »gut« abgelegt. Also eine Zwei. Für das Hammerexamen, bei dem alle klinischen Fächer an wenigen Tagen hintereinander geprüft worden waren, war das ziemlich okay. Augenheilkunde, HNO, Kinder

und Orthopädie an einem Tag, am nächsten Chirurgie und Neurologie, dann das große Gebiet der Inneren Medizin am übernächsten – so war es tagelang weitergegangen, quer durch den ganzen Bereich der modernen, subspezialisierten Medizin. Ein Hammer eben. Laut Statistik hatte ich genau 89,3 Prozent meiner Kommilitonen hinter mir gelassen. Ich war trotzdem nicht ganz zufrieden gewesen. Ein paar richtige Antworten mehr bei den Multiple-Choice-Fragen und es wäre ein »sehr gut« geworden. Nichtsdestotrotz gehörte ich mit zu den Besten meines Jahrgangs, und das wollte ich natürlich auch beweisen. Mir. Den Patienten. Meinem Chef.

Da die Anamnese nichts gebracht hatte, blieb mir eine Chance von 10 Prozent, die Diagnose über die körperliche Untersuchung zu stellen, die im ärztlichen Ablauf auf die Anamnese folgt. Das behaupten zumindest die Lehrbücher. Die ganzen technischen Untersuchungen, die die moderne Medizin so anbietet, sollen idealerweise nur der Überprüfung und Bestätigung einer bereits gestellten Verdachtsdiagnose dienen.

Also hatte ich die Zunge von Herrn Wolf begutachtet und – während Herr Wolf »Aahh« sagte – in seinen Rachen gesehen. Ich hatte den Hals betastet und seinen Brustkorb beklopft. Anschließend musste er mit offenem Mund tief ein- und ausatmen, während ich Lunge und Herz abhörte. Schließlich kitzelte ich ihn ungewollt an den Füßen, als ich an seinen Knöcheln nach den dortigen Pulsen suchte. Alles war unauffällig.

Die Betastung seiner Superwampe hatte ich mir für den Schluss aufgehoben. Zuvor würde ich mich noch seinem Hinterteil widmen müssen. Digital-rektale Examination, sprich Finger in den Popo. Sie war Teil der körperlichen Untersuchung – zumindest auf unserer Station. Der große Bereich der Inneren Medizin, der alle Organe zwischen Kinn und Steiß und manchmal auch darüber hinaus umfasst, war an der Klinik, an der ich angestellt war,

nämlich nochmals in eigene Schwerpunktbereiche unterteilt. In meiner Klinik würde ich mich in den nächsten Jahren vor allem um Magen, Darm, Leber und die sonstigen Bauchorgane kümmern.

Und das Austasten des Enddarms gehörte deswegen bei uns zum Standard einer vollständigen Aufnahmeuntersuchung nun mal dazu. Ich bat Herrn Wolf, der sich inzwischen die Unterhose runtergezogen hatte, sich auf die Seite zu legen. Wie immer, wenn ich aufgeregt war, waren meine Finger kalt. Ich zog mir die mitgebrachten Handschuhe über und entnahm etwas Vaseline aus der Tube in meiner Kitteltasche. Dann zog ich die Pobacken auseinander. Wirklich alles erstaunlich sauber. Hämorrhoiden, Feigwarzen oder zumindest »Marisken« – harmlose, aber unappetitliche Schleimhautfalten – irgendwas fand man eigentlich immer. Nicht so bei Herrn Wolf. Alles blitzblank und reizfrei. Quasi ein Babypopo.

Als ich mit dem Finger vorstieß, gab Herr Wolf ein Geräusch des Missempfindens von sich, das ungefähr wie »Hrrgh« klang. Ich verwies auf die zwangsläufige Unannehmlichkeit der notwendigen Prozedur und versuchte, mich nicht aus der Ruhe bringen zu lassen. Schließlich hatte ich meinen Finger nicht zum Spaß in seinem Hinterteil. Ganz vorgeschoben begann ich zu tasten und drehte den Finger vorsichtig um die eigene Achse. Hinten fühlte man immer den harten Knochen des Steißbeins, daran konnte man sich gut orientieren. Vorne, Richtung Bauch, konnte man beim Mann die Prostata fühlen. Wie bei fast allen älteren Männern zeigte sie sich bei Herrn Wolf leicht vergrößert, aber ansonsten nicht weiter auffällig. Bei den Frauen fand sich an etwa derselben Stelle die Portio des Uterus, die auch den schönen Namen »Muttermund« trägt, weil dort die Kinder aus der Gebärmutter schlüpfen, bevor sie sich durch den Vaginalkanal zwängen und schließlich das Licht der Welt erblicken.

Vorsichtig tastete ich weiter. Herr Wolf wurde langsam ungeduldig. Nach der Prostata befühlte ich die Darmschleimhaut. Sie war weich, nachgiebig und bot keine Resistenzen. Ein weiteres Verweilen meines Fingers im Enddarm von Herrn Wolf war aus medizinischer Sicht nicht zu rechtfertigen. Ich zog ihn raus, nicht ohne gedanklich noch den guten Tonus des Sphinkters von Herrn Wolf, seines Schließmuskels, zu notieren. Die minimalen Reste von Stuhl, die sich in seiner Enddarmampulle befunden hatten, waren ebenfalls unauffällig, wie ich mit einem Blick auf den Handschuh feststellte, bevor ich ihn umgestülpt von meinen Fingern zog.

»Schon vorbei, Herr Wolf, war doch gar nicht so schlimm ...«

Herr Wolf grunzte etwas Unverständliches und machte ein Gesicht, als wäre er anderer Meinung.

Die erste der fünf klassischen Lügen des Arztes, dachte ich, eine Abwandlung von »Tut gar nicht weh«. Hoffentlich würde ich die anderen nicht auch noch gebrauchen müssen.

Ich wandte mich wieder an Herrn Wolf: »Dann wollen wir uns jetzt mal ihren Bauch ansehen.«

Bereits während Herr Wolf sich mühsam wieder auf den Rücken drehte, war so etwas wie ein »Nachhinken« seines Bauches zu erkennen. Die gewaltige Kugel wirkte wie eine träge Masse, die nicht zum übrigen Körper dazugehören schien. Mit noch immer kalten Fingern fing ich an, vorsichtig den Bauch zu befühlen. Herr Wolf zuckte kurz zusammen. Ich bemühte mich um ein entschuldigendes Lächeln. Ein Blick in sein Gesicht machte klar, dass sein Misstrauen inzwischen einer gewissen Genervtheit gewichen war. Ich sollte besser bald zum Ende kommen.

Vorsichtig tastete ich weiter und befühlte den ganzen Bauch, erst oberflächlich, dann fester drückend, um die inneren Organe zu erspüren. Aber da war nichts zu erspüren. Der Bauch war eine träge, wabbernde Masse Fleisch, die alles, was darunterlag, ver-

deckte. Ich wurde immer unruhiger. Ich sah kurz nach oben ins Gesicht von Herrn Wolf. Dieser blickte ernst und erwartungsvoll zurück. Ich bemerkte, wie sich zu meinen kalten, feuchten Fingern eine unpassende Gesichtsröte gesellte. Meine Untersuchung näherte sich ihrem Ende, irgendetwas würde ich Herrn Wolf als Ergebnis präsentieren müssen. Und vor allem meinem Chef.

Meine Bewegungen waren hektisch und ein wenig unkoordiniert, als ich mich wieder auf den Bauch konzentrierte. Ungeschickt stieß ich mit meinem Bein gegen das Bettgestell. Der nackte Bauch von Herrn Wolf wackelte wie ein Pudding hin und her. Da machte es bei mir endlich »Klick«. Die wabernde Masse im Bauch von Herrn Wolf war kein Fett oder Fleisch, sondern Wasser! Wie hatte ich nur so lange auf dem Schlauch stehen können! Hatte ich nicht sogar ein Gluckern gehört? Ich wurde noch röter und überprüfte nochmals den Bauch. Eindeutig, es war Wasser. Wenn ich auf der einen Seite anschluss, konnte ich die Welle am anderen Ende spüren. Wie bei Wasser eben. Ich riss mich zusammen und begann fieberhaft zu überlegen.

Wasser im Bauch. Okay. Im Kopf ging ich die möglichen Krankheiten durch, auf die das Vorhandensein von Bauchwasser hindeuten könnte. Am häufigsten trat es als typisches Symptom einer Leberzirrhose mit konsekutiver Ascites-, sprich Bauchwasserbildung auf. Trotzdem war ich mir nicht sicher. Nach Aussage von Herrn Wolf war sein Bauch derart schnell angeschwollen, dass es sich nur um eine rasche Verschlechterung einer bereits vorbestehenden Leberzirrhose hätte handeln können. In der Anamnese von Herrn Wolf gab es dafür aber keine Hinweise. Auch der Rest passte nicht. Neben der Bauchwasserbildung hat eine Leberzirrhose, egal welcher Ursache, nämlich noch andere typische Folgen und Symptome. Leberhautzeichen zum Beispiel – eine rötliche Verfärbung der Handinnenflächen, eine glänzende rote Zunge, »Lackzunge« genannt, oder sogenannte »Spider naevi«,

Spinnenflecke, die als Folge von Gefäßerweiterungen der Haut vor allem im Bereich des Rückens und des Dekolletés auftreten. Nichts von alledem bei Herrn Wolf. Auch ein »Caput medusae«, ein Gefäßkonvolut um den Nabel herum, das die alten Mediziner an das schreckliche Antlitz der mythologischen Medusa erinnert hatte, ließ sich nicht feststellen. Es kann bei einer Leberzirrhose als Folge des Blutstaus in den Lebergefäßen auftreten, wenn das Blut nicht mehr schnell genug durch die geschrumpfte, verhutzelte Leber kommt und sich andere Wege sucht. Zu guter Letzt gab es bei Herrn Wolf keinerlei Anzeichen für die berühmte »Bauchglatze«. So nennt man den Ausfall der männlichen Sekundärbehaarung, die eintritt, wenn die kaputte Leber die weiblichen Geschlechtshormone nicht mehr ausreichend abbauen kann. Haare hatte Herr Wolf nämlich genug. Außer vielleicht am Kopf, da waren es sicher mal mehr gewesen.

Nur das Wasser im Bauch – das war da. Und würde wiederum gut zu einer Leberzirrhose passen. Fast alle Zirrhose-Patienten bekommen es als Folge des erhöhten Drucks auf die Pfortader, die das Blut aus dem Magen, dem Darm, der Milz und der Bauchspeicheldrüse durch die Leber hindurchleitet. Viel Blut – im Schnitt ein Liter pro Minute – und das bereits im nüchternen Zustand. Nach dem Essen ist es eher noch mehr. Wenn dieses ganze Blut nicht schnell genug weiterkommt, weil es sich vor der schwächelnden Leber staut, steigt der Druck auf die Ader. Pure Physik. Pfortaderhochdruck ist die Folge. Das Blut wird durch die Gefäßwand hindurch in den Bauchraum gepresst. Nicht die Blutzellen und die Plättchen, die bleiben in der Pfortader. Die Flüssigkeit jedoch findet man im Bauch wieder. Dort heißt sie dann Ascites und sieht aus wie Urin. Mal dunkler, mal heller, mal durchsichtig, mal pissgelb.

Die ausgepresste Flüssigkeit fehlt dann natürlich im Blut. Was dazu führt, dass die Patienten Durst bekommen und trinken. Na,

ja, und das, was sie trinken, wird dann wieder abgepresst und landet im Bauch, der dicker und dicker wird. Normalerweise gibt der Arzt dann Medikamente, die die Urinproduktion der Nieren hochfahren und bewirken, dass der Patient die Flüssigkeit ausscheidet, bevor sie im Bauch landen kann. Wenn das jedoch nicht ausreicht und der Bauch des Patienten trotzdem weiter anschwillt, muss man ihn punktieren. Das Bauchwasser nach außen ablassen.

Und genau so eine »Ascitespunktion« würde man bei Herrn Wolf auf jeden Fall durchführen müssen, schloss ich meine vorläufigen Überlegungen ab. Alleine schon um rauszukriegen, was genau los war. Denn das aus dem Bauchraum abgelassene Wasser konnte man untersuchen. Und dann würde man vielleicht schon wissen, was bei Herrn Wolf los war.

Meine Unsicherheit war einer gewissen Euphorie gewichen. Zwar wusste ich immer noch nicht, was für das Wasser in Herrn Wolfs Bauch verantwortlich war, aber ich würde es herausfinden! Auch hatte ich eine Ascitespunktion noch nie selbst ausgeführt, beschloss jedoch, mich davon nicht bremsen zu lassen. Schließlich hatte ich schon einmal zugeguckt und mir sagen lassen, dass es kinderleicht sei und ich es in Zukunft alleine machen sollte. »See one – do one« war schließlich ein gängiges Vorgehen in der Ausbildung junger Mediziner.

Herr Wolf, der mich immer noch genervt und ungeduldig ansah, hatte wohl bemerkt, dass mir ein Licht aufgegangen war, und wollte nun endlich wissen, was ich herausgefunden hatte.

»Wir müssen einmal in Ihren Bauch hineinpieken und das Wasser darin ablassen, um es zu untersuchen«, erklärte ich Herrn Wolf gut gelaunt, der ob meines plötzlichen Stimmungswechsels nun seinerseits verunsichert wirkte. »Ich komme gleich wieder mit dem Ultraschallgerät und dem notwendigen Equipment. Keine Angst, tut nicht weh. Wir machen das hier fast täglich.«

Wow, dachte ich, als ich die Zimmertür öffnete, um das Ultra-

schallgerät zu holen. Gleich drei der klassischen Arztlügen auf einmal: »Ich komme gleich wieder«, »Tut nicht weh« und »Wir machen das hier fast täglich«. Ich ging aus dem Zimmer. Zum Glück fielen mir die anderen Lügen nicht mehr ein.

HERR PETZOLD ODER DIE FISTELN AM PO

Langsam lief ich den langen Stationsflur entlang, der mit grün gesprenkeltem Linoleum ausgelegt war, und orientierte mich Richtung Arztzimmer. Es befand sich in der Mitte der Station und war ein circa 20 Quadratmeter großer, weiß getünchter Raum mit drei hintereinander angeordneten Schreibtischen älteren Datums. Darauf stand jeweils ein Computer, ebenfalls älteren Datums, zum Schreiben und Korrigieren der Arztbriefe. Meist waren sie von herumliegenden Akten eingemauert. Obwohl dadurch ein Gefühl permanenten Platzmangels entstand, waren meine bisherigen Aufrufe und Initiativen, mehr Ordnung zu halten, bisher allesamt gescheitert. Die Wandschränke im Holzdesign quollen über vor frischen und nicht mehr ganz so frischen Arztklamotten, weiteren Akten älterer Fälle, wo die fehlenden Briefe wohl nie mehr geschrieben werden würden, sowie allerlei Krimskrams vorausgegangener Ärztegenerationen. Es fanden sich Einladungen zu nie besuchten Kongressen, niemals abgeholte Zertifikate für Fortbildungsveranstaltungen, DVDs und VHS-Videobänder interessanter Befunde, die irgendwann einmal zur Veröffentlichung vorgesehen waren, kaputte medizinische Taschenlampen, Thermometer oder Ohrenspiegel. Dazu gesellten sich persönlichere Utensilien wie abgelaufene Deos, alte Namensschilder, eingetrocknete Eyeliner und verblichene Fotos stolzer Jungärzte, die

ihre Karrieren inzwischen längst woanders fortsetzten. Als ich auf die Station gekommen war, hatte ich mir einen kleinen Schrankteil für meine eigenen Belange frei geräumt. Den Rest hatte ich, teils aus Faulheit, teils aus Respekt gegenüber meinen Vorgängern, nicht angerührt.

Trotz des Chaos mochte ich den Raum. Das Arztzimmer war ein Rückzugsort für uns Ärzte, gemütlich und hell. Die Station befand sich im fünften Stock des riesigen Krankenhauskomplexes, sodass viel Licht durch die beiden Panoramafenster hereinfiel und man weit in die Ferne und über die Stadt gucken konnte.

Gleich neben dem Arztzimmer befand sich die »Kanzel«, eine Art Zentrale, die zugleich das Reich der Schwestern war. Dieser Raum war ebenfalls weiß gestrichen, dafür schimmerten die zahlreichen Schränke und die ringsum laufende Arbeitsfläche in einem matten hellgrünen Ton. Außerdem war alles viel ordentlicher.

Auf der Arbeitsfläche summten einige Computer für die Pflegedokumentation, die oft Stunden in Anspruch nahm. Daneben standen die Rollwägen mit den Utensilien zum Blutdruck- und Fiebermessen, zum Austeilen der Medikamente oder zum Bauch-Spritzen-Geben.

Von diesen beiden Räumen, die sich ziemlich genau in der Mitte der Station befanden, liefen Flure in beide Richtungen. Sie waren nicht nur mit grünem Linoleum ausgelegt, sondern auch in einem hellen Grünton gestrichen. Vielleicht hatte das Ganze farbsymbolisch einen tieferen Sinn. Grün war schließlich die Hoffnung. Von den Fluren gingen die Einzel- bis Vierbettzimmer unserer 30-Betten-Station sowie der »reine« und der »unreine« Arbeitsraum ab. Im »reinen« Arbeitsraum befanden sich die sterilen Utensilien für Blutabnahmen, Punktionen oder Infusionen, die in bis unter die Decke reichenden Schränke gelagert waren, zusammen mit Verbänden, Windeln und Kathetern; kurzum al-

les, was man im Krankenhaus für die pflegerische und medizinische Versorgung täglich brauchte. Nach Gebrauch wanderten all diese Dinge dann in den »unreinen« Arbeitsraum, der im Wesentlichen diverse Müllsäcke, Abfallbehälter sowie Spülbecken und -maschinen beinhaltete. Da es dort meist nicht so gut roch, war es von Vorteil, dass der »unreine Raum« am Ende der Station lag. Auch wenn die Schwestern oft schimpften, dass sie mit ihren gefüllten »Toilettenpfannen« oder Windeln so weit laufen mussten. Hinter dem »unreinen Arbeitsraum« befand sich nur noch ein »Patientenbad« für den Fall, dass ein Patient sich nicht selbst in einem der kleinen Bäder duschen konnte, die sich in allen Krankenzimmern befanden, und von den Schwestern gewaschen werden musste. Während ich den langen Flur entlanglief, um die Utensilien für die Punktion aus dem »reinen Arbeitsraum« zu holen, spielte ich in Gedanken den Ablauf einer Ascitespunktion durch. Als ich das Arztzimmer passierte, zerstörte eine spöttische Stimme das Happy End des vor meinem geistigen Auge ablaufenden Punktionslehrfilms.

»He, Florian, bist du endlich fertig mit deiner Aufnahme?«

Die Stimme gehörte Dr. Sebastian Schlunk, der gerade aus der Tür des Arztzimmers trat. Er war 33 Jahre alt, Facharzt für Innere Medizin und schon mindestens sechs Jahre dabei. Schlunk war mittelgroß gewachsen, etwa 1,80 Meter, und damit minimal kleiner als ich. Dafür war er aber auch noch etwas schlaksiger. Er kam aus dem tiefen Westen Deutschlands, irgendwo vom Rhein. Sein mittelblondes bis bräunliches Haar trug er kurz geschnitten und gepflegt, was im merkwürdigen Gegensatz zu seinen buschigen Augenbrauen stand, unter denen ein Paar graublaue Augen hervorleuchteten, aus denen er mich jetzt herausfordernd anblickte.

Schlunk war der Stationsarzt, gewährleistete den rechtlich geforderten »Facharztstandard« und leitete jüngere Kollegen wie mich an. Manchmal nahm er sich etwas wichtig, dafür war

er fachlich gut. Zumindest wusste er auf eigentlich alle Fragen immer eine Antwort.

»Ich muss den Patienten noch ascitespunktieren«, antwortete ich und blieb stehen. Schlunk blickte mich weiter fragend an. Er wollte wohl noch mehr hören. Widerwillig fuhr ich fort: »Herr Wolf ist bis jetzt noch nicht bei uns gewesen. Er ist 70 Jahre alt und hat seit ungefähr einer Woche einen dicken Bauch. War vorher wohl gesund. Sieht nicht nach Leberzirrhose aus. Und er verneint glaubhaft zu trinken. Keine Ahnung, was der hat.«

Schlunk grinste: »Aber Ascites ist es schon? Der Gute hat nicht einfach nur Blähungen?«

Ich ärgerte mich über den überheblichen Ton – umso mehr als ich dachte, ich hätte mich in den letzten vier Wochen daran gewöhnt. Und gleich würde es sicher noch schlimmer werden. Denn just in diesem Moment trat Nina aus einem der hinteren Krankenzimmer und steuerte auf uns zu. Nina war das dritte ärztliche Wesen auf unserer Station. Sie war etwas jünger als ich, aber schon einige Monate länger dabei, und Schlunk kümmerte sich für meinen Geschmack etwas zu fürsorglich um sie. Wenn man ihr zusah, wie sie mit ihrem glatten, in der Mitte gescheitelten brünetten Haar, ihrem hübschen Elfengesicht und ihrer selbst unter dem unvorteilhaften Kittel erkennbar schlanken Figur grazil auf uns zuschwebte, war das auch irgendwie verständlich. Aber es war auch ein bisschen billig. Und ungerecht mir gegenüber.

Immerhin musste ich den Angriff von Schlunk nicht mehr kontern, da er nur noch Augen für Nina hatte. Diesmal wartete er höflich mit seiner Ansprache, bis sie zu uns herantreten war:

»Und du, Nina? Was hat dein Patient zu bieten? Hast du auch keine Ahnung, was er hat?«

Sein Seitenblick in meine Richtung machte klar, dass der Spott mir galt.

Ich war nicht sicher, ob sein Ton in Ninas Gegenwart noch

ätzender oder ich selbst nur empfindlicher war. Eigentlich gab es keinen Grund, empfindlich zu sein. Ich kannte Nina schon lange, wir hatten eine Weile gemeinsam studiert, dann hatte sie mich überholt, weil sie für ihre Doktorarbeit nicht so lange pausiert hatte wie ich. Im Gegensatz zu mir hatte sie ihre Promotion auch schon eingereicht und musste sie nur noch vor dem Promotionsausschuss verteidigen. Dann würde sie ihren Doktor verliehen bekommen. Schließlich waren Doktor und Arzt keine Synonyme. Um den »Dr.« zu bekommen, muss man nicht nur Medizin studieren, sondern dazu noch eine Promotion machen, mehr oder weniger wissenschaftlich arbeiten, die Ergebnisse zusammenschreiben, einreichen und begutachten lassen. Sonst ist man halt nur Arzt. Als solcher ist man zwar nicht besser oder schlechter als einer mit »Dr.« vor dem Namen, aber »Dr. Teeg« klingt natürlich schon besser als nur »Herr Teeg«. Fand ich zumindest. Dummerweise war ich in meinem Freisemester, das ich mir extra für die Doktorarbeit genommen hatte, nicht ganz fertig geworden, und meine etwas unausgegorene Arbeit lag halb fertig im Ordner »Promotion« auf dem Desktop meines Rechners. »Herr Teeg« also, zumindest vorerst noch.

Dass Nina im Gegensatz zu mir ihren Doktor quasi schon in der Tasche hatte, war eigentlich das Einzige, was mich an ihr wurmte. Ansonsten kam ich gut mit ihr aus, zumindest wenn Schlunk nicht in der Nähe war. Da sie schon etwas länger dabei war, konnte ich mir bei ihr auch vieles abgucken, ohne Schlunk fragen und seinen Spott ertragen zu müssen. Außerdem war ich nicht – wie ich es von Schlunk annahm – in Nina verschossen, auch wenn sie zugegeben attraktiv war. Viel interessanter fand ich Teresa, eine der jüngeren Schwestern.

Ninas Miene verriet, dass sie die Anspielung von Schlunk richtig deutete. Sie blickte kurz und eine Spur abschätzig in meine Richtung, dann lächelte sie Schlunk strahlend an und erklärte:

»Ich habe Herrn Petzold aufgenommen, du kennst ihn doch, der Crohn-Patient mit den vielen Fisteln. Es geht ihm wieder schlechter. Mehr Durchfälle und Schmerzen, der Bauch sieht nicht gut aus. Er gefällt mir irgendwie nicht. Willst du vielleicht gleich mal zu ihm mitkommen?«

Ninas übliche Masche, dachte ich. Schlunk nett anlächeln und um seine kompetente Hilfe bitten. Diesem Doppelappell an seinen männlichen Beschützerinstinkt einerseits und seinen fachlichen Ehrgeiz andererseits konnte er natürlich nicht widerstehen:

»Gerne, Nina. Und Florian kommt auch mit. Vielleicht kann er ja noch was lernen.«

Ich wollte aufbegehren und mit Verweis auf den wartenden Herrn Wolf und die ihm und mir noch bevorstehende Punktion aus der Ärztetroika ausscheren, die sich in Richtung des Patientenzimmers in Bewegung setzte, aus dem Nina eben gekommen war. Für mein Dafürhalten verlief meine Lernkurve an diesem Tag bereits steil genug. Ein stechender Seitenblick von Schlunk jedoch bewirkte, dass ich die Widerworte, die mir bereits auf der Zunge lagen, wieder verschluckte. Es war so ein »Na-was-machst-du-jetzt-Kleiner?«-Blick gewesen. So eine »Bist-du-ein-Mann-oder-eine-Memme?« – Schicksalsfrage. Das war zumindest meine Interpretation. Und natürlich wollte ich ein Mann sein. Keine Memme. Also schwieg ich und trottete den beiden hinterher.

In der Hoffnung, dass das Ganze nicht lange dauern würde, versuchte ich, meine Gedanken von dem Wasser in Herrn Wolfs Bauch auf den Darm zu lenken. Schlunk würde mir sicher gleich eine fachliche Frage stellen, um sich auf meine Kosten vor Nina zu produzieren. Morbus Crohn war dafür ideal. Die Krankheit ist selten und zählt zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen noch immer ungeklärter Ursache. Am wahrscheinlichsten ist eine Überreaktion des Immunsystems auf die Bakterienflora des Darms. Immerhin leben circa 100 Billionen Bakterien

im Darm – zehnmal mehr, als der Mensch Zellen hat. Je weiter Richtung Anus, desto dichter das Gewimmel. Bei Morbus Crohn stellen die an sich harmlosen Bakterien allerdings plötzlich ein Problem dar. Die Permeabilität des Darms ist gestört, und die Darmschleimhaut wird übermäßig durchlässig, was beim Crohn-Patienten im Zusammenspiel mit seinem überaktiven Immunsystem eine Entzündung auslöst. Diese kann im ganzen Verdauungstrakt auftreten, das Spektrum reicht von Aphten im Mund bis hin zu Fisteln im Analbereich. Der fistulierende Verlauf ist die schlimmste Form. Eine sich durch den Körper fressende, durchätzende Entzündung, die woanders wieder austritt, zum Beispiel in der Haut des Analbereiches. Oder in der Blase, was zu Schaumbildung beim Pinkeln durch die mit austretende Darmluft und zu chronischen Harnwegsinfekten führt. Oder, bei Frauen, in der Vagina. *Worst case scenario*, würde ich sagen.

Als wir die Tür öffneten, sahen wir im ersten Bett des ansonsten leeren Zweibettzimmers einen vielleicht 30-jährigen, ausgezehrt wirkenden Mann mit seltsam flackernden Augen, der leicht gekrümmt auf der Seite lag. Es ging ihm augenscheinlich schlecht. Er schien zu frieren und zitterte am ganzen Körper. Sein Atem ging schnell und hörbar, sein Brustkorb hob und senkte sich sichtbar unter der bis an sein Kinn hochgezogenen Bettdecke.

»Herr Petzold, was ist los?«

Zielstrebig trat Schlunk ans Bett des jungen Mannes und ergriff seine Hand. Sehr gut, dachte ich, Körperkontakt schafft Vertrauen, erzeugt Empathie. Lehrbuch, ganz weit vorne. Gleichzeitig bedeutete Schlunk Nina, das noch unbenutzte Bettzeug des zweiten Bettes zu holen und zusätzlich über Herrn Petzold zu decken. Herr Petzold mühte sich um ein dankbares Lächeln und sagte mit abgehackter Stimme:

»Weiß nicht, Dr. Schlunk, bis vorgestern war eigentlich alles gut, seitdem ist alles scheiße. Mindestens 15-mal auf die Toilette

am Tag und Bauchschmerzen kaum zum Aushalten. Und jetzt ist mir furchtbar kalt ...«

Während Herr Petzold sprach, hatte Schlunk bereits seine Stirn und seinen Puls befühlt und mit entschuldigender Miene die Decke des Patienten gelüftet. Nachdem er auch sein T-Shirt leicht hochgeschoben hatte, betastete seine Hand vorsichtig den Bauch. Dieser schien gespannt, bereits Schlunks leichte Berührung war offensichtlich schmerzhaft. Herr Petzold lächelte nicht mehr. Als Schlunk etwas fester drückte, schrie er auf.

»Sorry, Herr Petzold, ist gleich vorbei. Was machen die Fisteln am Gesäß?«

Der Patient nahm sich mühsam zusammen. Er raffte T-Shirt und Decke eilig wieder über seinen zitternden Körper.

»Auch scheiße. Tut weh und ist geschwollen. Bitte nicht anfassen dort, das halte ich nicht aus ...« Seine Augen blickten flehentlich zu Schlunk.

»Na, zeigen müssen Sie es mir schon, damit ich weiß, was los ist. Kommen Sie, drehen Sie sich kurz zur Seite.«

Noch während er sprach, begann Schlunk, Herrn Petzold in die für die Begutachtung des Gesäßes richtige Position zu zerren. Würde ich anders machen, dachte ich, vorsichtiger. Herr Petzold keuchte. Der Po sah ebenfalls nicht gut aus. Die ganze linke Backe war gerötet und geschwollen. Einzelne Fistelöffnungen waren zu erkennen, aus denen sich auf leichten Druck eine Mischung aus Stuhl und Eiter ergoss. Geruch unangenehm. Sehr unangenehm. Als Schlunk die Pobacken auseinanderzog, schrie Herr Petzold erneut auf. Zwischen den Backen war ein blutiger Krater zu erkennen. Schlunk ließ los, Herr Petzold wimmerte. Schlunk ließ sich jedoch nicht aus der Ruhe bringen.

»Das kriegen wir schon wieder hin«, sagte er laut zu Herrn Petzold.

Abgewandt und deutlich leiser murmelte er zu Nina und mir:

»Perianaler Abszess, beginnendes akutes Abdomen. Dazu ist er septisch und schwemmt gerade ein. Florian, wir brauchen einen Zugang und Blutkulturen. Dann soll die Schwester Wasser im Strahl reinlaufen lassen. Nina, organisier schon mal ein CT. Und dann brauchen wir einen Chirurgen hier am Bett. Ich überleg mir inzwischen eine Antibiose.«

Ich eilte aus dem Zimmer. Eigentlich hätte Nina beides übernehmen können, die Organisation des CT wie auch das Legen eines Zugangs. Schließlich hatte ich noch einen eigenen Patienten, um den ich mich kümmern musste und der auf mich wartete. Ich schluckte meinen Ärger hinunter, ging in den »reinen Arbeitsraum«, sammelte die Utensilien zum Legen einer Venenkanüle zusammen – dem geforderten Zugang – und eilte zurück in das Zimmer, das Nina und Schlunk inzwischen verlassen hatten. Auch an die Flaschen mit Nährmedien für Bakterien hatte ich gedacht, mit deren Hilfe wir versuchen wollten, Bakterien aus dem Blut des Patienten anzuzüchten. Ich trat an das Bett, in dem Herr Petzold mit geschlossenen Augen lag und am ganzen Leib zitterte. Ich atmete tief durch. Wenn ich jetzt nicht danebenstach, wäre die Sache in fünf Minuten erledigt.

Zum Glück hatte Herr Petzold gute Venen. Ich entschied mich für ein geradlinig verlaufendes Gefäß am Handrücken. Desinfektion, Abwischen, Ansetzen, Stich. Blut floss in die Kanüle zurück. Ich hatte getroffen. Noch etwas vorschieben, dann die Stahlnadel zurückziehen und die Plastikkanüle gleichzeitig weiter nach vorne drücken. Easy. Inzwischen selbst für mich.

Mit einer Spritze entnahm ich 20 Milliliter Blut und spritzte es in die Blutkulturflaschen. Unser Ziel war es, mit dem Blut ein paar der Bakterien aus dem Körper von Herrn Petzold zu entnehmen und zu kultivieren. Auf diese Weise hofften wir herauszufinden, was für Bakterien es waren, die Herrn Petzold die Probleme bereiteten. Wenn wir das erst einmal wussten, konnten wir sie mit

Antibiotika gezielt bekämpfen. Leider gelang das Anzüchten nur bei circa 30 Prozent aller Blutkulturen. Andererseits standen die Chancen bei Herrn Petzold etwas besser. Denn sein Schüttelfrost war das sichere Zeichen für einen Fieberanstieg als Reaktion auf die Bakterien, die gerade in sein Blut einschwemmen. Sein Körper verstellte die Sollwerttemperatur, er wollte nicht mehr 37 Grad warm sein, sondern 38 oder 39 Grad. Das Zittern war nichts anderes als der verzweifelte Versuch des Körpers, Wärme zu generieren um diese Temperatur zu erreichen. Das Ganze nennt man dann Fieber. Es dient dazu, die Bakterien zu killen, die ins Blut geschwemmt und vom Körper als Feinde erkannt werden. Der fiebernde Körper wehrt sich und befiehlt die Generalmobilmachung. Er fördert die Durchblutung und aktiviert die Abwehrzellen, um die Bakterien in seinem Blut zu eliminieren. Würde ihm das nicht gelingen, sähe es schlecht aus. Dann hätten die Bakterien gewonnen. Und der Körper verloren. Und der Patient wäre tot. Gestorben an »Sepsis« – Blutvergiftung. Manchmal wird der Ablauf einer solchen Entzündungsreaktion mit einem Gewitter verglichen: Kommt schnell, heftig und alles passiert auf einmal. Eine sinnvolle Strategie im Kampf gegen Bakterien. Für den Patienten allerdings eher unangenehm.

Ich war gerade mit der Blutentnahme fertig, als die Schwester mit der ersten Flasche Kochsalzlösung kam. Herr Petzold zitterte immer noch, und auf seiner Stirn hatten sich Schweißperlen gebildet. Ich ließ die Schwester den Kochsalztropf anschließen, bat sie, noch einmal Fieber zu messen, und verließ mit meinen beiden tiefroten Blutkulturflaschen das Zimmer.

Nachdem ich die Flaschen im unreinen Arbeitsraum abgestellt hatte und in das Arztzimmer zurückkehrte, war ich gedanklich bereits wieder bei Herrn Wolf und der bevorstehenden Punktion. Schlunk saß neben Nina. Beide beugten sich über die Patientenkurve, wo die Anordnungen für die Schwestern einzutragen wa-

ren. Schlunk schien immer noch darauf aus, mir eins auszuwischen:

»Na, Florian, fertig? Wir überlegen gerade, welche Antibiose wir ansetzen und ob man Herrn Petzolds Zustand tatsächlich schon als »Sepsis« bezeichnen muss. Vielleicht kannst du uns ja helfen. Was waren noch mal die Kriterien für Sepsis?«

Seine Frage brachte mich aus dem Konzept. Morbus Crohn und der Ascites waren genug an Krankheitsbildern, die ich bis dato noch nie gesehen hatte. Natürlich wusste ich, dass Sepsis das medizinische Wort für »Blutvergiftung« ist und letztlich nichts anderes bedeutet, als dass Bakterien in die Blutbahn gelangten und der Körper darauf reagierte. Allerdings gibt es für das Vorliegen einer Sepsis definierte Kriterien. Ich erinnerte mich dunkel an erhöhte Entzündungszeichen, Beschleunigung von Atmung und Puls, außerdem Fieber. Während ich versuchte, mein Wissen zu ordnen, um eine sinnvolle Antwort zu geben, schien Schlunk jedoch die Lust zu verlieren. Vielleicht lag es daran, dass Nina inzwischen aus dem Raum geschlüpft war, um noch mal nach Herrn Petzold zu sehen. Vielleicht aber auch daran, dass die Uhr über der Tür bereits kurz nach drei zeigte. Das bedeutete, dass bald der Oberarzt zur täglichen Besprechung kommen würde. Jedenfalls entließ Schlunk mich wie eine zu leichte Beute:

»Na, vielleicht wird es jetzt auch zu viel. Mach erst mal die Ascitespunktion. Wenn du um halb vier nicht wieder da bist, komme ich besser mal vorbei.«

Erleichtert entließ mein Geist das Bild des sich schüttelnden und vielleicht schon septischen Herrn Petzold. Das Bild des wartenden Herrn Wolf mit seinem dicken Bauch, das unmittelbar an seine Stelle trat, ließ jegliche Leichtigkeit jedoch sofort wieder verfliegen. Die eigentliche Herausforderung dieses Nachmittags stand mir noch bevor. Ich schluckte und merkte, wie angenehm es in den letzten Minuten gewesen war, nicht selbst denken und

Verantwortung übernehmen zu müssen, sondern Schlunks sicheren und selbstbewussten Anweisungen zu folgen – trotz seiner kleinen Demütigungen. Auch Schlunks spöttische Ankündigung, um halb vier bei mir vorbeizusehen, war mir im Grunde willkommen. Andererseits bestätigte Schlunks prüfender Blick mein dumpfes Gefühl, dass das »Mann-oder-Memme?«-Spiel noch nicht zu Ende war. Ich nahm mich also zusammen:

»Brauchst du nicht«, antwortete ich und sah Schlunk fest in die Augen. »Vorbeikommen, meine ich.«

Schnell verließ ich das Arztzimmer.

HERR WOLF ODER DAS WASSER IM BAUCH

Ich ging wieder in den »reinen Arbeitsraum« und suchte zusammen, was ich für die Punktion brauchen würde: Nadeln, Spritzen, Tupfer, Röhrchen für die Diagnostik, Beutel zum Ablaufenlassen. Ich hoffte, nichts vergessen zu haben. Ich legte die Utensilien auf das fahrbare Ultraschallgerät und schob alles zusammen Richtung Zimmer von Herrn Wolf. Als ich die Klinke drückte, merkte ich, dass meine Hände wieder ganz kalt und schwitzig waren. Richtig, Handschuhe würde ich auch noch brauchen. Nicht die normalen, mit denen sich der Arzt vor den diversen Ausscheidungen des Patienten schützt, sondern die sterile Version. Sie waren dafür da, den Patienten vor mir zu schützen. Zumindest vor meinen Keimen.

Ich ging noch einmal zurück. Über dem Aufenthaltsraum der Schwestern leuchtete das grüne Licht, das die Anwesenheit von Pflegepersonal verriet. Hinter der Tür hörte ich munteres Geschnatter. Ich haderte, ob ich hineingehen und mir Hilfe holen sollte. Eigentlich war es Standard, dass bei steril durchzuführenden Punktionen jemand assistierte und anreichte. Sonst wurde aus steril ganz schnell semisteril, sprich halbe Sache. Andererseits musste dann der Arzt auch den Chef mimen und die Ansagen machen. Ich aber fühlte mich alles andere als cheflike und wollte nicht, dass mir jemand zusah. Trotzdem, es war meine erste Punktion und ich wollte alles richtig machen. Also riss ich mich

UNVERKÄUFLICHE LESEPROBE



Florian Teeg

Von Bluterguss bis Exitus

Aus dem Alltag eines Assistenzarztes

ORIGINALAUSGABE

Taschenbuch, Broschur, 304 Seiten, 11,8 x 18,7 cm

ISBN: 978-3-453-60254-0

Heyne

Erscheinungstermin: September 2012

Schaugeschichten aus dem Krankenhaus

Gestern noch an der Uni, heute alleine vor einem Patienten, der vor Schmerzen halb ohnmächtig ist. Und man hat keine Ahnung, was ihm helfen könnte. Wie ist das, wenn man ein halbes Blutbad anrichtet und dann plötzlich der Chefarzt ins Zimmer platzt? Oder wenn man einem Patienten sagen muss, dass er eine tödliche Krankheit hat? Sehr ehrlich, selbstkritisch, aber auch höchst komisch berichtet Florian Teeg von seinem ersten Jahr an einer großen Uni-Klinik: von störrischen Patienten, Fehldiagnosen und ihren Folgen, Flirts im Schwesternzimmer und den Grenzen der Medizin.