

Dachschaden

Marion Reddy, Iris Zachenhofer: Dachschaden

Alle Rechte vorbehalten
© 2014 edition a, Wien
www.edition-a.at

Lektorat: Anatol Vitouch

Cover: Kyungmi Park
Gestaltung: Cornelia Lein
Gedruckt in Europa
Gesetzt in der *Premiera*

1 2 3 4 5 6 — 17 16 15 14

ISBN 978-3990011041

Marion Reddy
Iris Zachenhofer

Dachsbaden

Zwei Neurochirurginnen
decken auf

edition a

Inhalt

Zum Einstieg oder Was so passiert, 7

Fall eins, 7

Fall zwei, 10

Prolog, 17

Narzissen in Weiß, 23

Und ich?, 31

Die Gier nach Operationen, 39

Lizenz zum Töten, 46

Zerlegen wir ein Plüschtier, 51

Kompetenz, 57

Üben am Patienten, 57

Spezialisten? Brauchen wir nicht, 61

Keiner will die guten Ärzte, 65

Alltag, 69

Das neurochirurgische Zölibat, 69

Essen gehört sich nicht, 83

Stehend k. o., 85

Wenn wir gar nichts mehr machen können, 90

Krank im Dienst, 96

Schwanger? Wieso?, 102

Sunny, 114

Feinde fürs Leben, 117

Graben- und Machtkämpfe, 117

Der Umgang mit Frauen, 127

Schriftliche Entmündigung, 131

Die Süchte der Neurochirurgen, 137

Einkommen, 143

Die schlechten Chefs, 149

Notwendige Reformen, 165

Paris, 167

Zum Einstieg oder Was so passiert

Fall eins

Die neurochirurgische Abteilung des Krankenhauses, in der ich damals als Assistenzärztin arbeitete, hatte einen neuen, auf Zeit bestellten Chef bekommen. Neben seinem Sinn für Karriere und dem Montblanc-Kugelschreiber in seiner Brusttasche, qualifizierte ihn meiner Meinung und der Meinung der meisten meiner Kollegen nach nur sehr wenig für den Job. Seine Referenzen waren fragwürdig, seine Führungsqualitäten wären nicht einmal unter dem sündteuren OP-Mikroskop sichtbar geworden.

Da er aber nun mal der neue Chef der Abteilung war, nutzte er seine vorübergehende Amtszeit konsequent, um seine Referenzen für die Zukunft gründlich zu verbessern. Bei einem Neurochirurgen bestehen Referenzen zu einem großen Teil aus den Operationen, die er schon durchgeführt hat. Daher teilte er sich hemmungslos für praktisch alles ein, das unsere Abteilung zu bieten hatte. Niemand aus dem Team bezweifelte, dass eine Reihe von Patienten bitter für sein Engagement in eigener Sache bezahlen würde, aber wir hatten ihn nicht bestellt. Chef ist nun mal Chef, und keiner hatte Lust auf noch mehr Stress, als wir ohnedies jeden Tag hatten.

Die Patientin, um die es hier geht, war eine gerade einmal dreißigjährige Krankenschwester. Sie litt an einem Meningeom, einem gutartigen Tumor mit sieben Zentimetern Durchmesser. Das Meningeom lag noch dazu an einer Stelle im Gehirn, an der die venösen Blutleiter besonders stark ausgeprägt sind, was bedeutete, dass sie bei einer Operation sehr stark bluten konnten. Blut ist bei einem Eingriff im Schädel nie gut. Es war trotzdem eine Routineoperation, die jeder einigermaßen eingearbeitete Neurochirurg locker hingekriegt hätte. Sie dauerte für gewöhnlich fünf Stunden und verlief in den

meisten Fällen gut. Unser neuer Chef hatte solche Eingriffe bisher jedoch kaum durchgeführt, war aber zu stolz, um einen erfahreneren Kollegen beizuziehen. Also operierte er das Meningeom alleine. Er war ja jetzt zumindest vorübergehend Chef und musste seinen Operationskatalog für zukünftige Bewerbungen ordentlich auffetten. Doch übertriebenes Karrierebewusstsein und mangelnde Erfahrung bei einem Neurochirurgen sind für Patienten eine verhängnisvolle Kombination.

13 Stunden, nachdem er den Schädel der jungen Frau geöffnet hatte, war er mit der Beseitigung des Meningeoms noch immer nicht fertig. Eine weitere Stunde später fing es im gesamten Operationsgebiet wie verrückt zu bluten an. Unser Chef musste uns, einen Kollegen und mich, zu Hilfe holen, um die Schädeldecke so rasch wie möglich wieder zu schließen. Sich rechtzeitig Hilfe zu holen hätte seiner Reputation nicht geschadet, im Gegenteil, es hätte für sein Verantwortungsbewusstsein gesprochen. Er tat es leider viel zu spät.

Wir halfen ihm, so gut es ging. Doch gleich nachdem er die Frau, die angesichts ihrer vergleichsweise harmlosen Diagnose wohl nie vermutet hätte, was für ein endloses Gemetzel in ihrem Gehirn stattfinden würde, aus dem Operationssaal in die Intensivstation geschickt hatte, erlitt sie eine massive Nachblutung. Das machte eine sofortige weitere Operation notwendig.

Diesmal waren wir von Anfang an dabei. Wir öffneten ihre Schädeldecke weiter, als bei der zuvor durchgeführten Operation. Die aufgetretenen Komplikationen machten das notwendig. Der Knochendeckel, den wir ihr abgenommen hatten, würde nach der Operation weg bleiben, für den Fall einer Schwellung oder weiterer Komplikationen. Ein Mensch, der sich nach dem Aufwachen auf den Kopf greift und feststellt, dass auf einer Seite seines Kopfes kein harter Knochen mehr ist, sondern ein Loch im Knochen mit etwas, das sich so ähnlich anfühlt wie ein mit Wasser gefüllter Luftballon, hat sich darüber wahrscheinlich noch nie besonders gefreut.

Nach dem zweiten Eingriff landete die junge Frau als Risikopatientin künstlich beatmet und stark geschwächt abermals auf der Intensivstation. Im weiteren Verlauf kamen dann internistische Probleme hinzu, eine schwere Lungenentzündung und Embolien. Ihr Zustand war mehrere Tage lang lebensbedrohlich. Erst nach einem ganzen Monat wachte sie wieder auf, und es war kein schönes Erwachen für sie. Das Loch im Kopf war dabei ihr geringstes Problem. Ihr Sprachzentrum war ausgefallen. Sie konnte weder sprechen noch schreiben. Sie konnte auch den Worten, die sie hörte, keinen Sinn entnehmen. Sie konnte zum Beispiel eine Banane zwar sehen, aber nicht benennen, und das, obwohl sie bei vollem Bewusstsein war.

Das war noch immer nicht das Schlimmste, denn sie hatte durchaus eine Chance, dass ihr Sprachzentrum eines Tages wieder funktionsfähig sein würde. Das Schlimmste war, dass sie an einer Hemiplegie litt, einer kompletten Halbseitenlähmung.

Gewöhnlich bekamen wir nicht mehr viel von den Patienten mit, wenn sie unsere Station einmal verlassen hatten. In diesem Fall war es anders, weil es sich um eine Branchenkollegin handelte. Deshalb weiß ich, dass ihre Mutter sie jahrelang zur Rehabilitation begleiten musste, bei der sie dank harten Trainings das Sprechen und Lesen tatsächlich wieder erlernte. Das verbesserte ihre Lebensqualität, aber gegen die halbseitige Lähmung hätte ihr auch das beste Training nicht mehr geholfen.

Hätte ein erfahrener Facharzt aus dem Team die gleiche Operation durchgeführt, dann wäre die junge Frau vollkommen geheilt worden und würde ein normales Leben führen. Sie wäre wieder in ihrem Job tätig, den sie gerne mochte, sie wäre vielleicht verheiratet und hätte Kinder. Auf jeden Fall würde sie nur noch ganz selten an den Eingriff in ihrem Schädel denken.

Doch so hatte ein Neurochirurg, der aus Prestige- und Karrieregründen eine Operation durchführte, für die ihn nichts qualifizierte, ihr Leben zerstört. Aus der Traum von einem normalen, glücklichen

Leben, von Sport, Fernreisen, beruflichem Aufstieg, Hochzeit und eigenen Kindern.

Der Oberarzt, der sie ganz sicher schon völlig vergessen hatte, noch ehe sie zu ihrer ersten Rehabilitationsstunde antrat, hatte nicht einmal mit Konsequenzen zu rechnen. Denn sowohl halbseitige Lähmung als auch Verlust des Sprachzentrums standen als mögliche Begleiterscheinungen am Beipackzettel dieser Operation.

Fall zwei

Zwölf Uhr Mittag an einem sonnigen Tag Anfang März. Ich hatte meinen Dienst vor vier Stunden angetreten und war fit und relativ gut ausgeschlafen. Als ich in den Schockraum gerufen wurde, klang die Vorabinformation zu der Patientin drastisch. Eine deutsche Skifahrerin war ohne Helm kopfüber auf einen Stein gestürzt. Sie kam mit einer großen Platzwunde am Kopf und, logischerweise, dem Verdacht auf ein Schädel-Hirn-Trauma. Also mussten Neurochirurgen zur Stelle sein. Wer nicht gerade im OP arbeitete, musste sich in so einem Fall einfinden.

Wir, zwei Neurochirurgen und ein Anästhesist, warteten auf den Hubschrauber, der sich als schwarze Silhouette vor dem wolkenlosen Himmel auf die Landeplattform am Krankenhausdach herabsenkte. Mit einem Blick durchs Fenster auf die Landefläche stellte ich bereits fest, dass der Kopfverband der Frau komplett mit Blut vollgesogen war und das Blut schon über die Trage rann. Nach den Informationen, die ich vom Notarzt und den Sanitätern am Ort des Unfalls bekommen hatte, war mir klar, dass sie keine Chance hatte. Sie würde sterben. Denn neben der Blutung deutete auch alles auf ein Hirnstamm-Schertrauma hin. Dabei entsteht durch den harten Aufprall des Schädels eine derartige Beschleunigung, dass der Hirnstamm vom Grosshirn abgetrennt wird, als Folge tritt eine dif-

fuse Gehirnschädigung auf. In so einem Fall kann kein Arzt der Welt helfen.

Selbst bei einem Notfall wie diesem laufen die Vorbereitung für die Operation kontrolliert und ohne Panik. Das Ärzteteam legt die Zugänge, untersucht die Extremitäten auf Brüche und legt die Patientin auf den Tisch für die Computer-Tomographie. Die Helfer entledigen sie ihrer Kleidung, wobei sie sich nicht lange mit Reißverschlüssen oder Knöpfen aufhalten. Um die Verletzte nicht ungünstig zu bewegen, schneiden sie die Kleider mit einer scharfen Schere herunter. Bei Skifahrern denke ich manchmal, tausend Euro Anorak. Sechshundert Euro Skihose. Aber egal, diese Dinge spielen dann keine Rolle. Die Skischuhe brechen die Helfer einfach auf. Ringe schneiden sie mit Zangen von den Fingern.

Auf dem Computertomographie-Bild sah ich ein Epiduralhämatom, eine Blutung außerhalb des Gehirns, zwischen der harten Hirnhaut und dem Schädelknochen. Ein Epiduralhämatom ist grundsätzlich nicht besonders schwer zu operieren, es muss bloß alles sehr schnell gehen. Außerdem zeigte das CT-Bild, wie ich erwartet hatte, eine offene Fraktur der Schädeldecke, wobei das eingebrochene Stück Knochen im Gehirn der Patientin steckte. Überlebenschance meiner Einschätzung nach: gegen null.

Trotzdem musste ich operieren, denn das Herz der Patientin schlug noch. Sie hatte auch keine Scheinwerfer, wie wir es nennen, sprich keine bis an den Rand der Augäpfel erweiterten Pupillen, die auf einen Hirntod hingewiesen hätten. Sie war offensichtlich noch am Leben.

Ich schnitt die Haut ihres inzwischen vollständig rasierten Schädels an der Scheitellinie auf, klappte den Hautlappen zur Wange herunter und fixierte ihn dort mit Haken, die wie Fischerhaken aussehen. Mit der Bohrmaschine bohrte ich mehrere Löcher mit je zehn bis fünfzehn Millimetern Durchmesser in den Knochen. Beim ersten Loch setzte ich das Kraniotom an und schnitt den Knochen von Loch zu Loch auf.

Durch die Fraktur hatte ich danach zwei Stücke des Schädelknochens in der Hand und ein drittes steckte nach wie vor im Gehirn. Es hatte die harte Hirnhaut, die das Gehirn umgibt, durchdrungen und war ins Gehirn selbst eingedrungen. Es sah so ähnlich aus wie diese dreieckigen Eiswaffeln, die manchmal in den Eisbechern im Eis stecken. Gewöhnlich schnitt ich in so einem Fall die harte Hirnhaut sternförmig auf und klappte die Ecken auseinander. Aufgrund der Form der Verletzung ging das bei der Skifahrerin nicht. Ich konnte nichts tun, als das Knochenstück nehmen und es aus dem Gehirn ziehen.

Das Stück Schädeldecke, das ich entnahm, legte ich normalerweise zur Seite, um es später in eine zertifizierte Knochenbank zu schicken. Die lagerte es bei minus siebzig Grad Celsius ein, bis ich es meinem Patienten wieder einsetzen konnte. In diesem Fall ging auch das nicht. Ich hatte am Ende drei Teile der Schädeldecke in der Hand. Mit denen wäre selbst im besten Fall für die Patientin, ihrem Überleben, nichts mehr anzufangen gewesen. Ich warf sie in den Müll. „Für den Flocki“, also für den Hund, sagen die OP-Pfleger dann gewöhnlich makabererweise.

Vor mir sah ich jetzt das Hämatom, einen Klumpen geronnenes Blut, und ich begann, es mit dem Sauger abzusaugen. Danach legte ich die Hirnhaut wieder über die offene Stelle und wollte gerade mit dem Zumachen beginnen, als ich bemerkte, dass es überall wieder zu bluten begonnen hatte. Vor lauter Blut unter meinen Händen konnte ich nicht sehen, was passiert war, ich konnte nur absaugen, absaugen, absaugen. Minutenlang.

Eigentlich war klar, was passiert war. Durch die starke Blutung nach dem Unfall hatte ihr Körper alle im Blut enthaltenen Gerinnungsfaktoren aufgebraucht, und dann blutet eben auf einmal alles, scheinbar ohne Ende. Der Anästhesist, der die Blutwerte kontrollierte, fing zu schreien an. „Mach was“, schrie er, „sie steht gleich“, womit er sagen wollte, dass die Patientin schon fast einen Herzstillstand hatte.

Mir gingen damals verschiedene Überlegungen durch den Kopf. Einige hatten mit dem Überleben der Patienten zu tun. Einige mit meiner Angst zu versagen. Einfach ruhig bleiben, dachte ich. Tu, was du gelernt hast, und tu es, so gut du kannst. Die meisten der Überlegungen, die mir in diesem Moment durch den Kopf gingen, waren aber viel pragmatischerer Natur. Wenn ein Patient schon sterben musste, dann besser nicht auf dem Operationstisch sondern auf der Intensivstation. So hatten es mir meine erfahrenen Kollegen von Anfang an eingetrichtert. Tote auf dem Operationstisch machten nur Probleme. Sie machten eine Selbstanzeige erforderlich. Ich würde mich rechtfertigen müssen, warum ich dieses und jenes gemacht und dieses und jenes unterlassen hatte, auch wenn am Ende herauskäme, dass keiner Schuld an gar nichts war.

Herzstillstand.

Die Anästhesisten reanimierten meine Patientin. Ich sah das Gesicht der Skifahrerin, während ihr Blut unter dem OP-Tisch zu einer rasch anwachsenden Pfütze zusammenfloss. Auch sie war noch jung und hübsch. Doch für grundsätzliche Fragen, die das Leben und das Schicksal betrafen, hatte ich während einer Operation keine Zeit.

Ich ließ einen Kollegen anrufen, der ebenfalls Facharzt war, weil ich unmöglich die Blutung alleine stillen konnte. Als er endlich kam, bewegte er sich langsam wie unter Drogen auf den Tisch zu und betrachtete in aller Ruhe den blutüberströmten Schädel.

„Sieht schlimm aus“, sagte er.

„Mach schon“, schrie ich ihn an. „Wir müssen die Blutung stillen, und dann raus mit ihr.“

Noch nie war einer meiner Patienten am Tisch gestorben. Danach auf der Intensivstation schon, das gehörte dazu, aber noch nie unter meinen Händen. Dieses Mal sollte nicht das erste Mal sein. Mein Kollege wusste, worum es ging, und deshalb konnte ich es nicht fassen, dass er so langsam machte. Nur möglichst rasch ab auf die Intensivstation mit ihr, dachte ich.

Mein Kollege stopfte blutsaugendes Fleece in ihren Schädel. Im OP waren jetzt bereits fünf Anästhesisten. Der Tropf reichte längst nicht mehr. Die Versorgung war viel zu langsam. Die Anästhesisten pressten das Blut mit beiden Händen aus den Blutkonserven in sie hinein.

Auf einmal begann die Skifahrerin sich zu stabilisieren. Ich nähte die Hirnhaut zu und mein Kollege vernähte die Platzwunde, in aller Ruhe und mit einer Genauigkeit, als wolle er sie für eine Ausstellung in Schuss bringen. Der Mann hatte einen Hang, auf Stress mit Phlegma zu reagieren, weshalb er in einer Abteilung wie der unseren superdauerphlegmatisch war.

Theoretisch war die Operation letztendlich ganz gut verlaufen. Theoretisch würde die Skifahrerin nach ein bis drei Monaten eine weitere Operation bekommen, bei der ihr ich oder ein anderer Neurochirurg einen dauerhaften Ersatz für das fehlende Stück ihrer Schädeldecke einsetzen würde. Doch ich glaubte nicht daran. Ich rechnete damit, dass sie auf der Intensivstation sterben würde, an Herzstillstand oder an Kreislaufversagen.

Eine Woche lang sedierten die dort zuständigen Ärzte die Patientin, maßen ihren Hirndruck und hielten ihren Kreislauf stabil. Die Schwellung ging zurück. Die Ärzte konnten sie aufwecken. Sie konnte die Extremitäten bewegen und war ansprechbar. Im MR zeigte sich, dass die Patientin, anders, als ich es vermutet hatte, kein Schertrauma hatte, und dass das Gehirn beim Unfall nicht weiter beschädigt worden war. Die Art, wie sie von selbst zu sich gekommen war und Hände und Füße bewegt hatte, hatte schon angedeutet, dass sie den Unfall erstaunlich gut überstanden hatte.

Klar, sie hatte einen kahl rasierten Kopf, eine große, eingesunkene Hautstelle dort, wo die Schädeldecke fehlte, was sich nicht nur beschissen anfühlt sondern auch beschissen aussieht, aber das war normal. Das hatten alle Trauma-Patienten. Es hingen ja auch keine Spiegel auf der Intensivstation, die Patienten dort hatten andere Probleme.

Nach sechs Monaten bekam sie ein Knochendeckel-Implantat eingesetzt. Durch einen Zufall war wieder ich dafür zuständig, wobei ich vom erfreulichen Verlauf ihrer Genesung erfuhr. Für eine kleinere Stelle hätte ich selbst eine Rekonstruktion des Knochens herstellen können, aus einer Masse, die sich wie Plastilin anfühlt, die geformt und dann eingesetzt wird. Die Skifahrerin brauchte allerdings eine halbe Schädeldecke in Form einer dreidimensionalen Rekonstruktion ihres Schädelknochens aus Kunststoffkarbonplastik, und das musste nach einer CT-Vorlage angefertigt werden.

Das Einsetzen war nur noch ein Routineeingriff. Ich legte die Schädelöffnung frei, präparierte die Schichten und setzte den neuen Deckel ein. Kein Mensch würde je glauben, dass die Neurochirurgin, die sie operiert hatte, nicht mehr um ihr Leben gekämpft hatte, sondern nur noch darum, wo sie sterben würde – gleich am Operationstisch oder hinterher in der Intensivstation. Glück gehabt. Auch das gibt es.

Prolog

Sie werden, was Sie in diesem Buch lesen, vermutlich entsetzlich finden. Allein die Vorstellung, dass jemand Ihren Schädel öffnet und sich Ihr Gehirn vornimmt, hat schon etwas Entsetzliches. Dass er es im Rahmen eines Systems tut, dessen Parameter nicht einzig auf Ihre anschließende körperliche und geistige Unversehrtheit und Ihr höchstmögliches Wohlbefinden ausgerichtet sind, ist noch entsetzlicher. Da tut sich ein richtiger Abgrund auf.

Für uns beide waren Gehirnoperationen, die wir an den neurochirurgischen Abteilungen unterschiedlicher Krankenhäuser durchgeführt haben, jahrzehntelang unser tägliches Brot. Wir waren anfangs beide hoch motiviert, Patienten zu helfen und selbst dabei ein gutes Leben zu führen. Doch mit der Zeit stellten wir fest, dass wir naiv waren. Dass es nicht um die Patienten geht, sondern zum Beispiel um Dinge wie die Selbstbestätigung der narzisstischen Neurochirurgen.

Früher hatten wir beide Angst, bei Aufenthalten, sagen wir in Thailand, in Vietnam oder in Staaten wie Bangladesch oder Nicaragua ins Krankenhaus zu müssen und uns damit einem vermeintlich unterentwickelten Gesundheitssystem auszuliefern. Doch irgendwann kamen wir zu dem Schluss, dass das österreichische und das deutsche Gesundheitssystem als Spielzeug narzisstischer Wichtigtuer dermaßen ausgerastet ist, dass ein Aufenthalt hierzulande auch schießgefährlich sein kann.

Die Idee, ein Buch zu schreiben, ist ja an und für sich nichts Großartiges. Fast jeder denkt sich mal die Phrase: „Da könnte man ein Buch darüber schreiben“. Viele tun es, es gibt Autobiographien von sämtlichen Stars und auch Regale voller „real life“-Bücher, die von Supermarktkassiererinnen, Modejournalistinnen, Tänzerinnen und Briefträgern, ja sogar von Grabrednern geschrieben wurden. Wir hatten beide auch schon vor Jahren einmal die lockere Idee, wir schreiben ein Buch über die Zeit an der Neurochirurgie. Eine von uns war

sogar schon so weit, dass sie ein Inhaltsverzeichnis geschrieben hatte. Aber das alles hatte nicht mehr Ernsthaftigkeit, als der Silvester-vorsatz, im nächsten Jahr mit dem Rauchen aufzuhören und fünf Kilo abzunehmen. Gar keine nämlich. Wir waren dann auch zu beschäftigt damit, im Hamsterrad der Neurochirurgie zu laufen, sodass wir gar keine Zeit oder kreative Möglichkeit gehabt hätten. Wir sind nur gelaufen, wie zwei vertrottelte Hamster. Irgendwann einmal ist dann alles zusammengebrochen, unsere Jobs waren nur mehr die Hölle, die Beziehungen gescheitert. Ungefähr zu diesem Zeitpunkt begannen wir, uns mehrmals täglich über facebook zu schreiben, und wir ließen nichts aus. Sämtliche beruflichen und privaten Katastrophen haben wir diskutiert, analysiert, seziert. Wir haben gelacht und geweint.

Mitten zwischen den ganzen Desastern wollte eine von uns dann diese zig Seiten einfach so abspeichern, als Erinnerung, weil sie ja fast wie ein Tagebuch waren, diese ganzen Dramen. In der Zeit, in der sich die Sanduhr am Bildschirm während des Speicherns schier endlos drehte, begann sie, die ganzen alten Dialoge noch einmal durchzulesen. Und die waren wie reality-TV, lustig, traurig, erschreckend, oberflächlich, tiefgründig, alles. Und durch die ganzen Seiten zog sich als blutroter Faden die Neurochirurgie, immer wieder und wieder, wie ein böser Albtraum, der einen ein Leben lang verfolgt. Eine von uns hat dann, da das ganze wirklich packend und ergreifend zu lesen war, der anderen vorgeschlagen, diese facebook-Dialoge zu einem Buch umzuschreiben, Orte und Namen zu ändern und probeweise an ein paar Verlage zu schicken. Die Zweite war sofort begeistert.

Die Idee war geboren. Wir machten uns aus, wenn wir unsere beruflichen und privaten Tiefs überstanden haben, wenn es wieder aufwärts geht, machen wir uns daran. Wir lagen zu dem Zeitpunkt, wie gesagt, beide am Boden. Mit dem Gesicht im Dreck. Aber es ging wieder aufwärts, wir sind wieder aufgestanden, beziehungsweise war