

Richard Goebel

Glaubliches und Unglaubliches

Geschichten aus dem Leben eines Arztes

Richard Goebel

Glaubliches und Unglaubliches

Geschichten aus dem Leben eines Arztes



EDITION WORTSCHATZ

Das verwendete Papier ist FSC-zertifiziert. Als unabhängige, gemeinnützige, nichtstaatliche Organisation hat sich der Forest Stewardship Council (FSC) die Förderung des verantwortungsvollen und nachhaltigen Umgangs mit den Wäldern der Welt zum Ziel gesetzt.



Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.d-nb.de abrufbar.

Umschlaggestaltung: spoon design, Olaf Johannson

Umschlagbild: fran_kie/Shutterstock.com

Lektorat: Dr. Thomas Baumann

Satz und Herstellung: Edition Wortschatz

© 2024 Richard Goebel

Edition Wortschatz, Neudorf bei Luhe

ISBN 978-3-910955-09-7, Bestell-Nr. 588 909

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung des Autors

www.edition-wortschatz.de

EDITION WORTSCHATZ



*Meiner Frau, unseren vier Kindern und
meinen ehemaligen MitarbeiterInnen gewidmet*

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung	11
II.	Schule und Medizinstudium	13
	„Es hätte mir auch ohne ihre dumme Bemerkung geschmeckt!“	14
III.	Medizinalassistent	17
	Was ist Wahrheit?	17
	Ernüchternde Erfahrungen	18
	Ein Tag- und Nacht-Einsatz	20
	Arzt mitten im Ruhrpott	21
	Großalarm im Krankenhaus	24
	Trotz Urlaub unter Zeitdruck	25
	Selbst Patient!	25
IV.	Universitäts-Frauenklinik in München	27
	Klinikalltag	28
	Hörsaalatmosphäre	31
	Dramatische Erlebnisse im Kreißsaal	34
	Alarm im Keller!	36
	Wie der Bart in die Universitäts-Frauenklinik kam	38
	Wer entscheidet über Leben und Tod?	43
	Belastende Zeit in der Strahlenabteilung	44
	Was Abnehmen bewirken kann!	47
	Im wissenschaftlichen Labor	48
	Eine Kuriosität!	50
	DDR-Besuche	52
	So ein „Schmarrn“!	55
	Weihnachtsbescherung	57
	Was die Kinderwunschsprechstunde mit der Krippe im Bayerischen Wald zu tun hat!	61
	„Talk im Turm“	63
	Taufe in der Klinikkapelle	65

Theaterarzt . . . . .	.66
Weltkongress in Moskau . . . . .	.67
Wo kriege ich einen Schlips her? . . . . .	.74
Abschied von der Maistraße . . . . .	.75
 V. Eine Frauenklinik im Ruhrgebiet.	 77
Leben mit Diakonissen . . . . .	.77
Ruhrpottoriginal. . . . .	.82
Meine große Stütze . . . . .	.83
Münchener Studenten im Ruhrpott . . . . .	.85
„War das alles?“ – eine besondere Geburt. . . . .	.88
Dramatik pur! . . . . .	.89
„Ist der groß!“ . . . . .	.91
Lukas, der erste Pränatalmediziner? . . . . .	.93
Weihnachten im Krankenhaus . . . . .	.95
„Wat sind dat für Süße!“ . . . . .	.96
Die Suche . . . . .	.98
Die Sprechstunde . . . . .	.99
Der Dackel und die krebskranke Frau.	100
Immer montags!	101
Alles nur zum Wohle der Patientin?	104
Erschütterung	105
Ärztliche Ohnmacht.	107
„Kulturschock“.	109
Ärger mit der Verwaltung.	111
 VI. Afrika.	 115
Desolates Gesundheitssystem – Einsamer	
Doktor in einsamer Klinik	115
Die Bakas, die Pygmäen des afrikanischen Urwalds.	118
Ein Krankenhaus ohne Patienten	120
Die Suche nach einem Ultraschallgerät und das	
erste Ultraschallseminar in Afrika	123
Operationen unter erschwerten Bedingungen	127
Opfer eines Wildjägers	131
Mediziner versus Mediziner	133

Ein „heißes“ Fortbildungsseminar	135
Was für eine Überraschung.	137
Einsamer Kampf einer Frauenärztin.	138
Ein besonderes Geschenk!	140
Gottesdienst mit den Ärmsten der Armen	143
Im Krankenhaus des Sultans	145
Ein beeindruckendes Projekt.	153
„Richtige“ Entwicklungshilfe?	157
Der klinische Alltag in einem Krankenhaus im Süden Tansanias	158
Der magische Stein	161
Klimawandel auch in Afrika!	162
Afrikanische versus europäische Medizin.	166
„Is there a doctor on board?“ – Eine unvergessliche Nacht	168
VII. Zuletzt	175
Hommage an meine Schuhe	175
VIII. Was mich mein Leben lang getragen hat – eine biografische Annäherung	179
IX. Nachwort.	187
Danksagung	189
Zum Autor	190

I. Einleitung

Gestatten Sie mir ein Bekenntnis: *Ich bin leidenschaftlicher Mediziner*. Vor der Hochzeit habe ich zu meiner Verlobten und zukünftigen Frau gesagt: „Überlege es dir gut, ob du mich heiraten möchtest.“ Sie hat es dennoch getan. Wie oft sie es später bereut hat, muss der Leser sie selbst fragen: Sie ist immer noch meine Frau.

Nun bin ich über 80 Jahre alt und über 50 Jahre mit derselben Frau verheiratet. Unsere vier Kinder sind erwachsen und haben selbst Kinder.

Dann gehen Gedanken zurück an die Anfänge meiner Kindheit und meiner beruflichen Tätigkeit, an das, was über Jahrzehnte gewachsen, verwachsen, gestaltet und umgestaltet ist. In der Tat ist in dieser Zeit während eines Lebens als Arzt viel geschehen, viel Normales, aber auch Kurioses: zunächst als Arzt in der Ausbildung, ob in konfessionellen, in städtischen Krankenhäusern oder einer Universitätsklinik; ob zu Hause, in den Ferien oder bei Reisen in ferne Länder. So wie ein Theologe sein Leben lang Seelsorger – ob gut oder schlecht, sei mal dahingestellt! – bleibt, ist es beim Arzt ebenso: Er ist immer im „Dienst“.

Er lebt mit seinen PatientInnen und erlebt mit ihnen Gesundheit und Krankheit, hat Begegnungen mit Leidenden, mit Menschen in ihrer Verzweiflung und Hoffnung, mit Menschen in Grenzsituationen mit traurigem und frohem Erwachen. Es geschieht sowohl Glaubliches, was ich als naturwissenschaftlich trainierter Arzt eher glauben kann als auch Unglaubliches, was irritierend und faszinierend zugleich ist.

So sind „glaubliche und unglaubliche Geschichten“ entstanden, die ich erzählen möchte, um Menschen zum Nachdenken zu bringen, sie zu erfreuen oder sie abzuholen, da wo sie sich vielleicht gerade in ganz ähnlichen Situationen befinden wie die, von denen ich erzähle.

Es sind zunächst Erlebnisse aus meiner Zeit als Student und als Medizinalassistent. So nannte man früher die Absolventen einer zweijährigen Ausbildung nach dem Staatsexamen in den damaligen Hauptfächern Chirurgie, Innere Medizin und Frauenheilkunde, bevor ein Arzt die Approbation, das heißt die staatliche Zulassung, den ärztlichen Beruf selbständig und eigenverantwortlich ausüben zu dürfen, erhält. Dann folgen die Erlebnisse aus der Zeit als Assistent in der Chirurgie, als Assistent und Oberarzt an einer Universitäts-Frauenklinik, als Leiter einer Frauenklinik im Ruhrpott und schließlich an verschiedenen Orten in Afrika.

II. Schule und Medizinstudium

Die Anfänge meiner „medizinischen Begierden“ gehen zurück in die fünfziger Jahre des vorigen Jahrhunderts. Schon als Pen-näler hatte mich das Krankenhaus in unserer Nähe magisch angezogen. Es war mein zweites Zuhause. Oft verbrachte ich nach der Schule die Nachmittage auf den Stationen, durfte die „Pfannen“ fürs große Geschäft transportieren, Patiententransporte begleiten und frisch Operierte in ihre Zimmer oder auf die Wachstation bringen. Inzwischen kannten mich fast alle Schwestern, Pfleger und Ärzte im Krankenhaus.



Hilfspfleger

Ein Highlight war für mich, wenn der Chefarzt der Chirurgie ausrichten ließ, Richard solle doch mal in den Operationsaal kommen; hier gäbe es etwas ganz besonders Interessantes zu sehen. So habe ich schon, bevor das Medizinstudium begann, Einblicke in die Abläufe und in das Geschehen eines Krankenhauses nehmen können.

Endlich fing das ersehnte Studium an. Pflicht war, währenddessen einige Praktika zu absolvieren, um Erfahrungen im Alltag von Kliniken zu sammeln.

„Es hätte mir auch ohne ihre dumme Bemerkung geschmeckt!“

So mache ich ein derartiges Praktikum in der Chirurgischen Abteilung einer Klinik in Süddeutschland. Die Begleitung bei den täglichen Visiten hilft mir, zum ersten Mal intensiven Kontakt mit Vorgeschichten von Patienten zu bekommen und Diagnosewege und Therapie(*Behandlungs-*)maßnahmen zu verstehen.

Allerdings ist mein Input am ersten Tag noch sehr dürftig.

Es ist etwas Besonderes, dass ich das Mittagessen schon zu Beginn des Praktikums mit den Assistenten und Oberärzten im Ärztekasino der Klinik einnehmen darf. So betrete ich den Raum. Am langgezogenen Esstisch sitzen schon einige Ärzte im weißen Kittel. Ein Arzt – so schätze ich – schon in den vierziger Jahren fällt mir sofort auf. Er ist so hoch wie breit. Im Nachhinein würde ich ihm einen BMI (*der Body-Mass-Index errechnet sich aus der Größe und dem Gewicht eines Menschen*) von 35 bis 40, das heißt eine extreme Adipositas = Übergewichtigkeit zuordnen. Die Bauchausdehnung nach vorne ist derart gestaltet, dass an seinem eigens für ihn eingerichteten Platz zu meinem Erstaunen im Tisch ein bogenförmiger Ausschnitt nötig ist, damit er sein Essen zu sich nehmen kann.

Und dann mache ich einen Kardinalfehler. Ein Platz neben dem Oberarzt der Inneren Medizin – wie ich später erfahre – ist noch frei. Ich frage höflich, wie es sich gehört, ob ich mich neben ihn setzen dürfe. Bevor ich mich setze, wünsche ich ihm noch einen guten Appetit.

Daraufhin erhalte ich postwendend die Antwort: „*Es hätte mir auch ohne ihre dumme Bemerkung geschmeckt!*“ Da hatte ich mein Fett weg und dachte: „*Das fängt ja wirklich gut an!*“ Wie konnte ich auch nur so dumm sein!

III. Medizinalassistent

Nachdem ich das medizinische Staatsexamen bestanden habe, beginne ich die zweijährige Zeit als Medizinalassistent. Um möglichst eine große Breite an Erfahrungen zu sammeln, arbeite ich an verschiedenen städtischen und konfessionellen Krankenhäusern.

Jeder Tag ist voller Erlebnisse und Begegnungen mit Menschen unterschiedlicher Nationen, Farben, Kulturen und Geschlechter. Manche Begegnungen werden mir unvergesslich bleiben; so vor allem diejenigen, die ich während meines Berufslebens hatte.

Was ist Wahrheit?

Ein besonders einprägsames Erlebnis am Anfang der Zeit als junger Mediziner hat mich mein Leben lang begleitet und tiefe Spuren hinterlassen. Es ist fast 60 Jahre her.

Die Pflichtzeit in der Inneren Medizin absolviere ich in einem städtischen Krankenhaus einer Großstadt. Unter der bewährten Leitung einer schon sehr erfahrenen bildhübschen Oberärztin lerne ich auf der sogenannten Leberstation die vielfältigen Formen und Verläufe von infektiösen (*entzündlichen*) und anderen Lebererkrankungen kennen.

Da meine Tutorin nach einer Weile der Einarbeitung eine Fortbildungsveranstaltung besucht, muss ich sie als Verantwortlicher für eine Woche auf der Station vertreten.

Eine 31-jährige Patientin, die sich nach foudroyant (*rasant*) verlaufener akuter Hepatitis B (*eine virale Infektionskrankheit der Leber*), raschem Übergang in eine Chronifizierung und Leberzirrhose (*aufgrund einer schweren Schädigung der Leber werden die Leberzellen zerstört und durch nicht funktionsfähiges Gewebe ersetzt*) in einem präfinalen (*todgeweiht bzw. kurz vor dem Tode*) Stadium befindet, fragt mich bei der Morgensvisite unmittelbar: „Herr Doktor, muss ich sterben?“ Tief betroffen stammele ich nach einer kurzen Pause nur: „Nein“. Ich fühle mich nicht in der Lage und traue mich nicht, dieser jungen Frau den wirklichen Zustand, ja die Wahrheit zu sagen, dass sie sterben müsse.

Bei der Visite am nächsten Morgen ist sie präkoma (nur noch auf starke Reize reagierend) und kann schon nicht mehr sprechen. Aber sie fixiert mich mit großen Augen „vorwurfsvoll“ – so erscheint es mir –, wie wenn sie sagen wollte: „Du hast mich belogen.“ Sie stirbt kurz danach.

Der Blick dieser Frau ist mir unvergesslich geblieben und so nachgegangen, dass ich von diesem Zeitpunkt an für mich entschieden habe: ***Du sagst niemals mehr die Unwahrheit am Krankenbett.*** Ich habe es während meiner gesamten ärztlichen Tätigkeit so gehalten wohl wissend, dass das *Wie*, die Wahrheit zu sagen, viele Facetten hat.

Ernüchternde Erfahrungen

Besonders intensiv erlebe ich die zweite Hälfte meiner Pflichtzeit als Medizinalassistent auf der neurologisch/psychiatrischen Station, die damals noch dem Fachgebiet der Inneren Medizin zugeordnet wurde. Eine derartige Fusion von Innerer Medizin und Neurologie/Psychiatrie gibt es meines Wissens heute nicht mehr.

Das Leben in dieser Abteilung ist lebhaft bis aufregend. Denn hier sehe ich nicht nur die klassischen neurologischen Erkrankungen, sondern die Vielfalt der Folgen akuter

Suchterkrankungen, vor allem bei PatientInnen mit einem Alkoholdelir (*akuter Verwirrtheitszustand aufgrund eines zu hohen Alkoholmissbrauchs*). Abgründe menschlicher Existenzen tun sich auf. Sie erzeugen eine Nüchternheit ob der Ideale, mit denen ich als Mediziner angetreten bin.

Im Stundentakt werden Suchtkranke eingeliefert. Besonders an den Wochenenden füllt sich sehr rasch der „Gummiraum“, das heißt der komplett mit Gummiwänden ausgestattete und mit Doppeltüren bewehrte erste Unterbringungsort der Alkoholiker oder Drogenabhängigen, damit die häufig um sich schlagenden und randalierenden PatientInnen nicht nur uns, sondern auch sich selbst nicht verletzen. Die Kräfte, die dabei freigesetzt werden, sind gewaltig. Es bedarf einiger Anstrengungen, um ihnen adäquat zu begegnen. Die Schwierigkeit besteht darin, die häufig Randalierenden festzuhalten – oft nur mit der Hilfe sehr kräftiger Pfleger, um sie zu fixieren, damit ihnen Clomethiazol (*Distraneurin*) als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung eines Alkoholentzug-Syndroms bzw. eines Alkoholentzugdelirs verabreicht werden kann. Währenddessen werden wir nicht selten mit „ausgesprochen liebenswerten“ Schimpfkanonaden überschüttet. Die Ernüchterung folgt am nächsten oder übernächsten Tag. Dann treten die wirklichen Probleme des Alltags zutage. Oft sind die Ursachen Streit, häusliche Gewalt, Scheidungsandrohungen, Zwist über Kindererziehung, vor allem aber Eheprobleme, die insbesondere am Wochenende den Männern und Frauen den Griff zur Flasche oder Droge „erleichtern“. Dabei überwiegen beim Griff zur Flasche bei weitem die Männer! Besonders in den Nachtdiensten ist die Belastung sehr groß, da bei enger Personaldecke oft die schweren Fälle von der Polizei gebracht werden. Dann sind die Diensthabenden froh, wenn der Morgen naht.

Mich berührte es schon damals immer wieder tief, wenn schon Jugendliche ihren Frust, ihr Nichtverstandenwerden, ihren Streit mit den Eltern oder Gleichaltrigen oder ihre Hilflosigkeit als Mobbingopfer im Alkohol bzw. im Drogenkonsum loswerden

wollten. Leider blieben nach der Ausnüchterung Gesprächsangebote rar. Daher sahen wir die oder den einen oder anderen einige Tage oder Wochen im gleichen Zustand wieder. Nur gelegentlich war uns vergönnt, ein vielleicht klärendes, aufmunterndes oder sogar seelsorgerliches Gespräch mit ihnen zu führen.

Für mich ist es – insbesondere für die nachfolgenden Ausbildungszeiten – eine sehr intensive und lehrreiche Zeit gewesen.

Ein Tag- und Nacht-Einsatz

Nicht im Geringsten habe ich damals daran gedacht, dass die 6-monatige Pflichtzeit in dem Fachgebiet der Frauenheilkunde einmal prägend für meine berufliche Zukunft sein würde.

In einer kleinen gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung bin ich nach kurzer Zeit sozusagen als vollwertiger Assistenzarzt gefordert. Nur ein Facharzt, der gleichzeitig als Oberarzt fungiert, und der stets ansprechbare, überaus liebenswerte und geduldige Chefarzt sind unsere Vorgesetzten.

Mit einem anderen Medizinalassistenten teile ich mir 15 (unbezahlte) Nachtdienste im Monat. Zum Frühstück erhalten wir für unseren nächtlichen Einsatz aber immerhin einen Apfel extra auf einer Untertasse serviert! Allerdings können wir uns – was die Ernährung betrifft – nicht beklagen, da uns häufig die Nonnen, die die Leitung der Stationen in dem katholischen Krankenhaus innehaben, mehr als Kleinigkeiten zukommen lassen; ob Süßigkeiten, Obst, Joghurt und anderes. Tagsüber geht der Dienst in der gynäkologischen Ambulanz und auf den Stationen weiter. Zeit für etwas anderes verbleibt dabei nicht!

Aber der überaus intensive Einsatz in einer wohltuenden Atmosphäre unter Federführung von Nonnen in der Klinik- und Stationsleitung und der gedeihliche Lerneffekt ließen die immensen (unbezahlten) Überstunden vergessen.

Arzt mitten im Ruhrpott

Schließlich suche ich eine Stelle in der Chirurgie, da ich in diesem Fach noch nicht die volle Medizinalassistenten-Pflichtzeit erbracht habe. Ein Inserat im Deutschen Ärzteblatt beschert mir etwa 100 Angebote. Die Chefs von Krankenhäusern überbieten sich mit Anrufen; es besteht wohl ein akuter Mangel an Assistenten in der Chirurgie, ähnlich wie heute. Ich entscheide mich für eine Klinik am Niederrhein, da sie – wie mir der Chefarzt versichert – offensichtlich über ein breites und vielfältiges Krankengut verfügt. Das bestätigt sich im Laufe der nächsten Monate, die ich dort zunächst als Medizinalassistent und dann als chirurgischer Assistenzarzt verbringe.

Das Zimmer im Wohnheim der Klinik liegt sehr günstig für mich, da es bis in die Chirurgische Ambulanz nur etwa 100 Meter sind. Zu Anfang bin ich die meiste Zeit dort im Einsatz. Hier herrscht rund um die Uhr Betrieb: Vor allem Unfälle aus dem nahegelegenen 1897 gegründeten Hüttenwerk in Rheinhausen am Niederrhein, das zur Hütten- und Bergwerke Rheinhausen AG gehörte, einer Gesellschaft innerhalb des Kruppkonzerns, treffen fast im Minutentakt bei uns ein.

Im Rückblick bleibt die Erinnerung an den damals viel beachteten Arbeitskampf der Arbeiter mit monatelangen Mahnwachen, Besetzung der Rheinbrücke und der Villa Hügel, dem Herrensitz der Kruppfamilie, als im November 1987 die Werksschließung für das Ende 1988 und der Verlust von über 6000 Arbeitsplätzen bekannt wurde. Letztendlich konnte die Belegschaft trotz aller Proteste das „Aus“ des Hüttenwerks im Jahr 1993 nicht verhindern. Damit endete am Niederrhein eine fast 100-jährige Industriegeschichte.

In den sechziger Jahren waren allerdings noch etwa 15.000 Arbeiter in den Kruppschen Stahlwerken Rheinhausen tätig.

Leider sind Bagatell- bis schwerste Verletzungen, Verbrennungen, Verätzungen und vieles mehr an der Tagesordnung.

Oder Schwerstverletzte als Folge von Unfällen über oder unter Tage, leider nicht selten mit Todesfolge, werden aus den linksrheinischen Zechen, die zu unserem Einzugsgebiet gehören, eingeliefert. Zur Versorgung der regionalen Notfälle ist zusätzlich ein Notarzt-Krankenwagen am Krankenhaus stationiert, der mit einem Chirurgen aus unserer Abteilung besetzt wird.

Während dieser Zeit hat mich persönlich jedes Mal besonders betroffen gemacht, wenn Bergleute oder Stahlarbeiter mit so schweren Verletzungen eingeliefert werden, dass schon bald klar ist: Sie werden es „nicht mehr schaffen“. Dann kommt mir – als Sohn eines Vaters und Enkel eines Großvaters aus dem Bergbau – wieder ins Bewusstsein, wie hart und brutal die Arbeitswelt in der Bergbau- und Stahlindustrie war und noch ist.

Gelegentlich tut es allerdings gut, wenn ich auch einmal aus dem Klinikalltag herauskomme; denn sofern ich vor Ort bin, dauert es nicht lange – auch wenn ich keinen Dienst habe –, dass die Anfrage kommt, ob ich nicht etwas aushelfen könne; es gäbe so viel zu tun. Und nein sagen fällt mir schwer!

Nachts und vor allem an den Wochenenden ist das Klinikpersonal häufig mit den Folgen von Verkehrsunfällen beschäftigt, insbesondere nach Motorradunfällen. Seit dieser Zeit habe ich eine tiefe Abneigung gegen das Motoradfahren. Denn zu oft habe ich junge Männer sterben sehen oder mit Querschnittslähmungen, deren Leben sich dann – leider meistens negativ – verändert haben.

Außerdem landen bei uns in der Ambulanz gehäuft Betrunkene oder Autofahrer, die verdächtigt werden, mit Alkohol am Steuer zu sitzen und von der Polizei erwischt werden. Für die Neigung der Arbeiter, in der freien Zeit und insbesondere an den Wochenenden dem Alkoholabusus zu frönen, dafür war unsere von Arbeitern und ihren Familien bewohnte Industrieregion berühmt-berüchtigt.

Dann besteht unsere ärztliche Aufgabe darin, die noch oder nicht mehr vorhandene Koordinations- und Gangfähigkeit zu prüfen. Die Blutentnahme zur Messung des Alkoholgehaltes ist obligat. Dafür gibt es Spezialröhrchen, die der Polizei mitgegeben werden. Somit müssen wir nachts häufig aufstehen.

Die älteren Assistenten empfinden dies als sehr lästig und möchten während der Nachtdienste nicht mehr so gerne das Bett verlassen. Deshalb sind sie dankbar, wenn wir Jüngeren ihnen diese Arbeit abnehmen. Mir macht das Aufstehen (noch) nicht so viel aus, zumal damit ein Zubrot zu verdienen ist.

Heute ist der Nachweis des Alkoholgehaltes im Blut vor Ort aufgrund moderner Verfahren möglich und hat die früheren Methoden abgelöst. Damit werden die Nachtdiensttuenden entlastet; die Jüngeren allerdings können ihr Assistentengehalt nicht mehr aufbessern.

Anfänglich übe ich mich in der kleinen Chirurgie: Wunden nähen, Verbände und Gipse anlegen, Wundverbandwechsel, Lokalanästhesien usw.

Sobald ich nach Absolvierung meiner Medizinalassistentenzeit meine Approbation erhalte, werde ich nun als vollwertiger Arzt zunehmend auch mit Operationen (OP) betraut. Nach anfänglichem Hakenhalten beim Chef oder bei den Oberärzten und anschließender erster Assistenz darf ich nun kleinere Operationen unter Anleitung der Oberärzte selbst ausführen, wie zum Beispiel Appendektomien (*sogenannte Blinddarmoperationen*) und Herniotomien (*Leistenbruchoperationen*). Schließlich darf ich, – unter erster Assistenz des Chefs persönlich – eine Cholezystektomie (*Entfernung der Gallenblase*) vornehmen; also erhalte ich schon höhere Weihen! Auch lerne ich die Grundlagen der Fraktur (*Knochenbruch*)-Behandlung (*Repositionen, Nagelung usw.*) kennen.

Der Lerneffekt in der Chirurgie ist für mich riesig und unschätzbar wertvoll! Er bietet eine hervorragende Grundlage für meine spätere operative Tätigkeit in einem anderen Fachgebiet.

Großalarm im Krankenhaus

Unvergessen bleibt mir, als – ich bin gerade der diensthabende Chirurg im Hause – der Anruf von der Leitstelle der Feuerwehr an uns ergeht, dass in den nächsten Minuten Kinder mit schweren Verletzungen eingeliefert werden, die am nahe gelegenen Baggersee beim Klettern auf den laufenden Förderbändern zwischen den Tragrollen und dem darüberliegenden Transportband eingeklemmt waren. Es ist Spätnachmittag; der Tagdienst ist schon zu Hause.

Ich rufe den Chef, alle Oberärzte und Assistenten, die OP-Schwestern, Pfleger und Anästhesisten an, die ich erreichen kann, damit sie sofort wieder in die Klinik zurückkommen: Großalarm!

Vier Kinder zwischen zehn und 14 Jahren werden in schrecklich zugerichtetem Zustand mit Notfallambulanzen in die Klinik gebracht. Mein Chef ist schon eingetroffen und entscheidet – je nach Schweregrad der Verletzung –, wer als erster, zweiter usw. operiert werden muss. Den ganzen Abend und die Nacht über wird an drei Operationstischen gleichzeitig versucht, die großen Weichteilwunden, die offenen Frakturen und vor allem die ausgedehnten Defekte am Thorax (*Brustkorb*) zu versorgen: eine dramatische Nacht!

Als die Vier die kritische postoperative Phase überstanden haben, möchte ich den Grund ihres Leichtsinns erfahren. Offensichtlich hatten die beiden Älteren die Jüngeren zu einer Mutprobe verleitet. Der Jüngste wagte sich dann, als erster auf das laufende Transportband zu klettern. Da er dabei hängenblieb, kamen ihm die anderen zu Hilfe. Damit nahm das Unglück seinen Lauf.

Was waren wir dankbar, dass alle vier mit dem Leben davongekommen sind und schließlich in einem stabilen Gesundheitszustand entlassen werden konnten!

Trotz Urlaub unter Zeitdruck

Zwischendurch endlich einmal ein wenig Urlaub.

So verschwinde ich mit meinem alten VW Käfer – mit dem ovalen zweigeteilten Fenster hinten! – über Neujahr ins kleine Walsertal zum Skilaufen. Viele Freunde und Bekannte sind schon dort, die mich gerne als Skilehrer engagieren. Denn während meiner Gymnasial- und Studienzeit habe ich das Skifahren recht ordentlich gelernt.

Allerdings muss ich spätestens am Morgen des 3. Januar wieder in der Klinik antreten. Daher muss ich auf jeden Fall am Abend des 2. Januar aus dem Kleinen Walsertal aufbrechen. Leider schneit es den ganzen Tag und während der Nacht. Die Autobahnen sind nur zum Teil geräumt. Ich weiß, dass ich im Schnitt 100 Kilometer pro Stunde zurücklegen muss, um die etwa 600 Kilometer bis zum Niederrhein zu schaffen. Dann fällt auch noch die Autoheizung im VW aus. Also lasse ich die Seitenscheiben herunter, weil sonst die Frontscheibe zu sehr beschlägt. Ich hülle mich in eine Decke ein und gebe Gas. Mein Gefährt hält durch.

Am 3. Januar treffe ich nach durchfahrener Nacht um 7.55 Uhr im Wohnheim ein; beim Betreten des Zimmers klingelt schon das Telefon. Ich werde im OP erwartet!

Selbst Patient!

Müdigkeit schon zu Anfang des Tages: Das kannte ich nicht. Schon seit ein paar Tagen lähmt sie mich mehr und mehr. Und

eines Morgens sagt dann eine Schwester, als ich zum Dienst erscheine: „*Herr Doktor, sie sind ja so gelb!*“ Der Chef der Medizinischen Abteilung nimmt mich gleich unter seine Fittiche. Die stark erhöhten Leberwerte lassen keinen Zweifel daran: Ich habe eine Gelbsucht. Eine Hepatitis B-Infektion wird nachgewiesen. Habe ich mich angesteckt? Die Recherche beginnt. Dann erinnere ich mich, dass ich mir vor nicht allzu langer Zeit bei einer Operation eine unbeabsichtigte Nadelstichverletzung zugezogen habe. Den Patienten können wir ermitteln und tatsächlich nachweisen, dass ich durch ihn infiziert worden bin.

Eine 4-wöchige Isolation ist die Folge. So bin ich Patient im Krankenhaus, in dem ich eigentlich als Arzt aktiv sein sollte.

Wahrlich ein wundersamer Wechsel. Plötzlich befinde ich mich auf der anderen Seite und muss brav das tun, was mir gesagt wird: etliche Infusionen den Tag über ertragen, Tabletten einnehmen und artig das Bett hüten!

Ich gebe gerne zu, dass ich in jeder Beziehung verwöhnt worden bin. Der Chefarzt war unglaublich bemüht, mich bald wieder fit zu bekommen, zumal ich nach anderthalb Jahren Chirurgie in ein anderes Fachgebiet wechseln will. Deshalb hatte ich mich schon an der Universität in München beworben. Eine Assistentenstelle ist mir zugesagt worden.

Bis zum Wechsel muss ich wieder soweit hergestellt sein, dass ich meine neue Stelle antreten kann. Es ist mir dank der guten ärztlichen und pflegerischen Betreuung gelungen.

So habe ich notgedrungen schon sehr früh das Krankenhaus von der anderen Seite des Lebens kennengelernt.

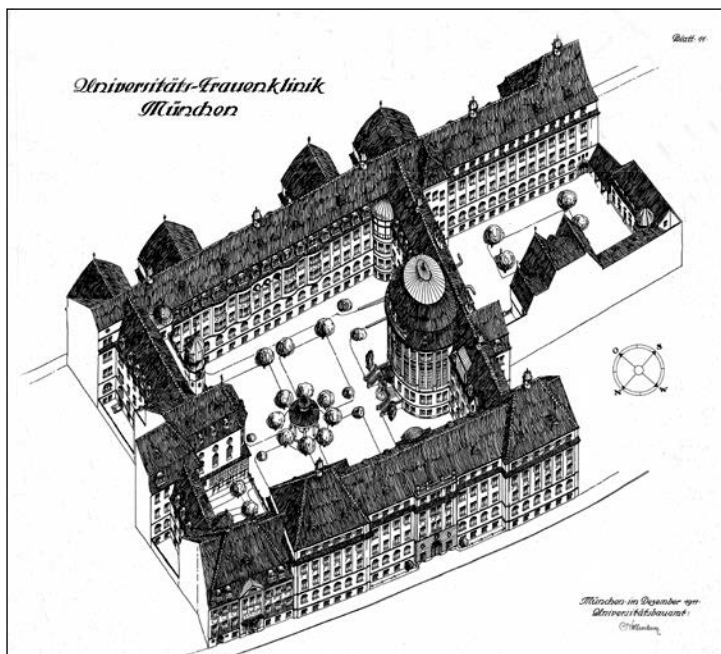
IV. Universitäts-Frauenklinik in München

1968 beginne ich als Assistenzarzt mit der Ausbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde an der I. Universitäts-Frauenklinik in München. Mit über 300 Betten ist sie zu der Zeit eine der größten, wenn nicht sogar die größte Frauenklinik Europas.

Noch während des I. Weltkriegs gebaut und 1916 durch König Ludwig III. eingeweiht, nahm sie unter dem ersten Ordinarius, Professor Dr. Albert Döderlein (*bis heute bekannt wegen der nach ihm benannten Döderlein-Stäbchen bzw. Döderlein-Flora der Scheide*), sehr bald international einen hohen Rang ein. Vor allem galt er als führender Vertreter der Strahlenbehandlung des Genitalkarzinoms (*Unterleibskrebs*) weltweit.

Es ist eine Ehre für mich, an einer so renommierten Klinik arbeiten zu dürfen.

Während der Facharztausbildung durchläuft man als Assistenzarzt die verschiedenen Bereiche der Frauenheilkunde, meist beginnend mit der geburtshilflichen Ausbildung im Kreißsaal. Es schließt sich die Tätigkeit auf der konservativen Station an, gefolgt von der Ausbildung auf der septischen Station und in der Strahlenabteilung, der größten Abteilung in Bayern für die Behandlung von Genitalkarzinomen. Den Abschluss der Facharztausbildung bildet dann eine gut einjährige Tätigkeit auf der operativen Station.



Münchener Universitäts-Frauenklinik in der Maistraße aus der Vogelschau, Bauplan 1911

(Architekturzeichnung aus Kollmann, Theodor: Der Neubau der Kgl. Universitäts-Frauenklinik und Hebammenschule in München. In: Der Baumeister, Band 16, 1918, Heft ½, S.1)

Klinikalltag

Der Klinikalltag in der I. Universitäts-Frauenklinik beginnt mit der Morgenbesprechung um 8.00 Uhr in der ehrwürdigen Bibliothek im ersten Stock des Hauses. Alle Klinikärzte, die in der Nacht Dienst hatten, berichten über die Neuaufnahmen, die Geburten

und besondere Ereignisse bzw. Probleme, die eventuell erst im Laufe des Tages einer Lösung zugeführt werden können.



Bibliothek in der I. Universitäts-Frauenklinik in München

(Mit freundlicher Genehmigung Roman Lorenz design alliance München)

Aufgereiht stehen – streng nach hierarchischer Ordnung – im Rund des großen Raumes vor den hinter Glastüren in Reih und Glied geordneten Büchern und Zeitschriften, beginnend mit dem Direktor der Klinik, danach die Oberärzte – vom Ältesten bis zum Jüngsten, dann die Assistenten nach Alter der Zugehörigkeit zur Klinik, die Medizinalassistenten und schließlich ärztliche Besucher von Kliniken aus dem In- und Ausland.

Zu Zeiten meines ersten Chefs wird Pünktlichkeit großgeschrieben, denn der Klinikdirektor ist meistens als einer der Ersten anwesend. Und wehe, wenn Einzelne ohne nachvollziehbare Begründung zu spät kommen. Der diensthabende Oberarzt trägt die Ereignisse der letzten Nacht vor. Die Nachfragen des

Professors sind gefürchtet. „*Warum haben sie bei dieser Frau eine Sectio (einen Kaiserschnitt) gemacht?*“

Zu der Zeit war die Sectio-Rate noch deutlich niedriger als heute. Bei schlechter Argumentation wurde der Oberarzt nicht gerade zimperlich zur Rede gestellt.

Inzwischen hat sich in der Geburtshilfe allerdings einiges geändert und so dürfte heute die Frage an den diensthabenden Oberarzt eher lauten: „*Warum haben sie in diesem Fall **keinen** Kaiserschnitt vorgenommen?*“

So wandeln sich die Zeiten!

Oder ein Gerichtsgutachten ist seit einer Weile überfällig. „*Wer von den Herren Oberärzten trägt die Verantwortung für die Fertigstellung dieses Gutachtens und warum liegt es mir noch nicht vor?*“

Kaum, dass sich der Betreffende gemeldet hat, folgt vor allen Anwesenden eine heftige Standpauke mit der Auflage: „*Am kommenden Montag liegt das fertige Gutachten auf meinem Schreibtisch.*“

Ganz anders bei meinem späteren Chef. Da er meistens die Nacht zum Tage macht, wird die Morgenbesprechung in der Regel vom Leitenden Oberarzt der Klinik übernommen. Die Gesprächsatmosphäre ist deutlich entspannter. Nicht nur der diensthabende Oberarzt, sondern die Ärzte, die in den verschiedenen Abteilungen Nachtdienst haben, berichten.

Nach der Morgenbesprechung verteilen sich dann alle auf ihre Stationen oder in die Funktionsbereiche. Im Operationsaal beginnt das Programm und auf den Stationen die Morgenvisiten. Es folgen die Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen. Um 10.15 Uhr fängt die Hauptvorlesung an, die entweder der Chef selbst oder einer der Oberärzte hält.

Die Nachmittage bis in die Abendstunden hinein sind mit Stationsarbeit, Gesprächen mit Patientinnen und Angehörigen, zum Beispiel Aufklärungsgesprächen über geplante operative Eingriffe sowie mit Lehrtätigkeit in Vorlesungen, Kursen und Seminaren ausgefüllt. Meist bleibt dann erst nach der Übergabebesprechung

um 18.00 Uhr ausreichend Zeit für eine konzentrierte wissenschaftliche Arbeit. Zuvor versammeln sich die verantwortlichen Oberärzte und AssistentInnen vor der Bibliothek zur Abendbesprechung mit Übergabe wichtiger Nachrichten von den Stationen und aus dem Kreißaal für die Nachtdiensthabenden. Laboraten, klinische Befunde und die daraus resultierenden Entscheidungen bei Risikopatientinnen werden lebhaft diskutiert. Dabei sind besonders die kritischen Kommentare und Nachfragen des Leiters des klinisch-chemischen Labors gefürchtet. Denn die Zuordnung von wichtigen aktuellen Laboraten zu klinischen Befunden und die sich daraus ergebenden Entscheidungen muss gelernt sein; zum Beispiel ob eine Risikoschwangerschaft wegen einer zunehmenden Gefährdung des Kindes durch einen Kaiserschnitt vorzeitig beendet werden muss.

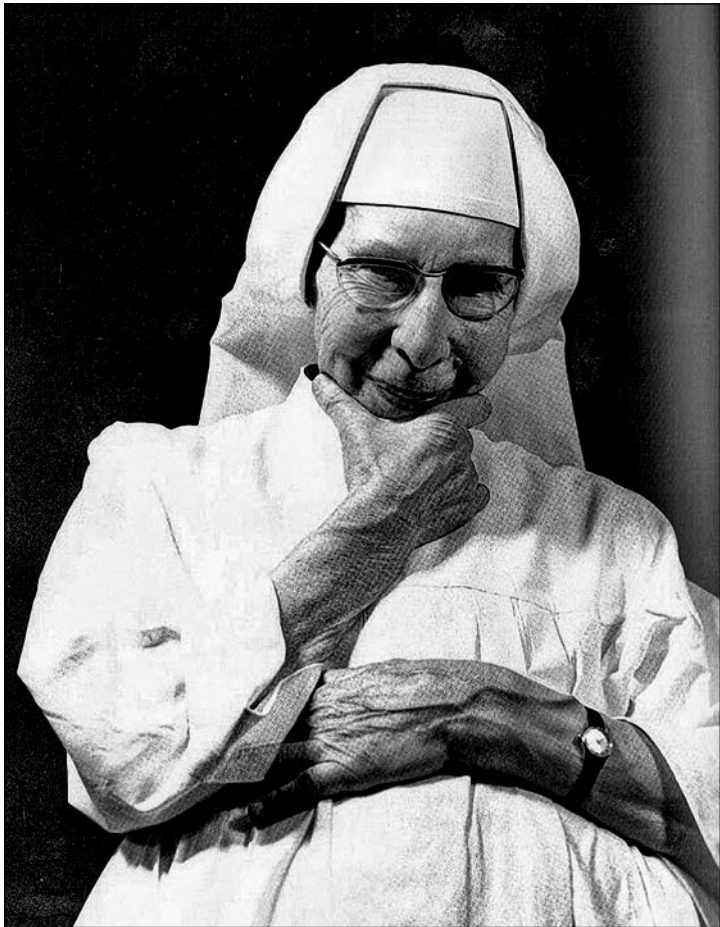
Hörsaalatmosphäre

Für die Hauptvorlesungen und die diversen Übungskurse steht der große Hörsaal der Klinik zur Verfügung.

Die Ordensschwester Leodegar ist die gute Seele im und um den Hörsaal herum.

Sie gehört, wie alle geistlichen Schwestern in der Frauenklinik, dem Orden der *Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul* an. Ihr Lebensalter ist in der immer gleichen Verkleidung schwer einzuschätzen, dürfte aber bei 70 Jahren liegen. Jedenfalls ist sie im Juni 1927 zum ersten Mal als Krankenschwesternschülerin in der Frauenklinik auf der geburtshilflichen Abteilung unter dem damaligen Chef, Geheimrat Professor Dr. A. Döderlein, eingesetzt worden. Im Dezember 1932 sollte sie für vier Wochen die zuständige krank gewordene Ordensschwester im Hörsaal vertreten; daraus wurden dann 42 Jahre Vorlesungsassistentz! Sie kennt sich als Faktotum in allem aus und hilft uns jungen Assistenten rasch die Gewohnheiten und den Ablauf der Vorlesungen

zu erfassen. Es lohnt sich, ihren Geschichten aus früheren Zeiten zu lauschen und mit ihr eine Besichtigung der Ausstellungsstücke (*Präparate von Aborten, Totgeburten, fetalen Missbildungen usw.*) in den Zugängen zum Hörsaal zu erleben.



Schwester Leodegar, das „Vorlesungsfaktotum“

(aus: „Meine Lebenserinnerungen aus der Frauenklinik von 1927 – 1975“ von Sr. Leodegar Wolfhauser)

Die Vorlesungsassistenten bereiten die Hauptvorlesungen vor: die Technik muss vorher gecheckt werden. Funktioniert sie? Für die zum Thema der Vorlesung passenden Krankheitsbilder müssen zur Veranschaulichung geeignete stationäre Patientinnen ausgesucht werden. Unsere Aufgabe besteht darin, das Einverständnis der Frauen einzuholen und sie auf den Auftritt im Hörsaal vorzubereiten, damit sie während der Vorlesung für die Studenten ihre Geschichte möglichst didaktisch klug erzählen können.

Der aus den 20er-Jahren des 20. Jahrhunderts stammende weitläumige große Hörsaal ist noch fast im Original erhalten. Der Boden und die Frontwand des weiten ovalen Halbrunds sind mit kleinen rechteckigen weißen Kacheln ausgekleidet. Eine große Schiefertafel und die rechts und links daneben befindlichen alten Waschbecken lockern die weiße Front ein wenig auf. Von dort steigen die im Halbrund verlaufenden reihenweise zusammenhängenden Holzbänke steil an, bis der Hörsaal weit oben in einem kuppelförmigen Glasdach endet. Er strahlt etwas Majestätisches aus und gibt Raum für mehr als 300 Studenten.



Vorlesung im großen Hörsaal

Meine Zeit als Vorlesungsassistent fällt in die Phase der Studentenunruhen der Post-68er. Zwar sind die Studentenrevolten in

München nicht so gewaltsam und intensiv wie an anderen Universitäten. Aber sie machen trotzdem nicht ganz halt vor den Hörsälen der altehrwürdigen Ludwig-Maximilians-Universität. So packen etliche Studenten in der heißen Phase der Unruhen auch bei uns in der Klinik während der Hauptvorlesung ihre mitgebrachten Butterbrote aus oder werfen gelegentlich schon mal Tomaten und Eier in Richtung Rednerpult, sodass ich mich als Fänger und Beschützer meines Chefs betätigen muss. Vor allem dann, wenn Professor Zander nicht bereit ist, das begonnene Vorlesungsthema zu unterbrechen, weil die Studenten unbedingt und auf der Stelle, zum Beispiel über den § 218, das heißt über Abtreibung, zu diskutieren wünschen. Eine derartige Unterbrechung geschieht aber selten, da es Professor Zander versteht, sehr diplomatisch mit den Studierenden umzugehen. Mein ursprünglich weißer Kittel wird allerdings doch dann und wann bis zum Ende der Vorlesung etwas bunter.

Dramatische Erlebnisse im Kreißaal

Was für ein Glück! Ich bin in der Geburtshilfe tätig und fast den ganzen Tag im Kreißaal beschäftigt. Das liebe ich.

Da es in der I. Universitäts-Frauenklinik in München Ende der 60er- und Anfang der 70er-Jahre eine große Anzahl an Geburten gab, erlebe ich reichlich normale und pathologische Geburten. Ein schon etwas älterer, erfahrener und sehr liebenswerter Assistent führt mich in die ersten Geheimnisse der Geburtshilfe ein. Aber vor allem kann ich zu Beginn viel von den bewährten Hebammen lernen, insbesondere von der leitenden Hebamme.

Man kann es sich heute nicht mehr vorstellen. Aber damals standen etwa 10 bis 12 Entbindungsbetten in Reih und Glied nebeneinander, nur durch eine mobile Wand voneinander getrennt, wahrhaft ein Saal, eben der Kreißaal, nicht wie heute

ein *Entbindungswohnzimmer*. Mit Sicherheit würde in der jetzigen Zeit keine Schwangere mehr einen derart sterilen und keinerlei individuelle Atmosphäre ausstrahlenden „Saal“, der bis zur Decke mit weißen Kacheln versehen ist, betreten.

Unter den Gebärenden befinden sich recht häufig Ehefrauen der aus der Türkei oder aus anderen Ländern Süd- und Osteuropas stammenden Gastarbeiter, die zu jener Zeit reichlich Arbeit in Bayern gefunden haben. Damals bekamen die Frauen aus diesen Ländern noch mehr Kinder als heute.

Unsere Hebammen und wir Ärzte tun uns oft schwer mit den Gebärenden aus diesen Regionen, da sie damals, von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen, kein Wort Deutsch können und – in ihren Traditionen verhaftet – ganz andere Gewohnheiten und ein anderes Verhalten unter der Geburt zeigen, als wir es bei uns gewohnt sind und im Interesse des Kindes für notwendig erachten.

Dann kann es passieren, wie ich es in einer dramatischen Situation erlebe, dass sich eine Frau noch in der Eröffnungsphase – der Muttermund (*Ausgang der Gebärmutter*) ist noch nicht vollständig eröffnet – bei zunehmender Wehentätigkeit im Kreibett aufsetzt und mit aller Kraft während einer Wehe mitpresst in der Annahme, sie sei schon in der Pressphase am Ende der Geburt. Trotz Aufforderung unsererseits verändert sie nicht ihre Position bzw. reagiert nicht auf unsere Anweisungen.

Damals machten wir die ersten Erfahrungen mit der sogenannten Kardiotokographie (CTG), das heißt mit der kontinuierlichen Registrierung der kindlichen Herztöne intrauterin (*im Mutterleib*), eine Überwachungsmethode, die heute als Standard unter der Geburt angewendet wird.

Die Herztöne des Kindes sinken bedrohlich ab. Was tun? Wir müssen handeln. Der Ehemann wird in den Kreißaal geholt. Denn damals mussten die Männer generell draußen ausharren, bis die Geburt beendet war. Und wehe, wenn ein Mann es dennoch wagte, den Kreißaal zu betreten. Dann kam die

Oberhebamme wie eine Furie angerast und beförderte den ungebetenen Gast wieder nach draußen. Das stelle man sich heute mal vor. Am nächsten Tag wäre das die gefundene Story auf der ersten Seite der Bildzeitung!

In diesem Fall bitten wir allerdings den Ehemann, seiner Frau zu erklären, dass das Kind gefährdet sei, wenn sie nicht Folge leiste dem, was wir für notwendig erachten. Kaum hatte er das verstanden, gibt er ihr – ehe wir uns versehen – eine krachende Ohrfeige, die sich gewaschen hat. Daraufhin folgt sie unseren Anweisungen!

Während einer anderen Geburt in einer ähnlichen Situation erlebe ich eine Schwangere aus Ostanatolien, die selbst zu Beginn der Eröffnungsphase bei jeder Wehe entgegen all unseren Bemühungen, das zu verhindern, im Bett hockt und aus vollen Kräften immer nur presst. Nichts hält sie davon ab, bis die Herztöne des Kindes nicht mehr zu hören sind. Eine sofortige Entbindung ist erforderlich. Aber bis wir im Operationssaal sind – damals mussten wir noch mit einem uralten Aufzug in den zweiten Stock fahren, um in den Operationssaal zu gelangen –, vergeht eine Zeit, in der das Kind keine Chance mehr gehabt hätte zu überleben.

Also wird einfach eine Atemmaske auf Mund und Nase gepresst und ordentlich Chloroform (*ein Narkosemittel*) zugeführt. Ich greife mir das nächst liegende Skalpell und schneide den Bauch auf ohne eine großartige Desinfektion. Ein schon recht cyanotisches (*blau angelaufenes*) Kind kommt zur Welt und wird sofort adäquat versorgt. Es überlebt ohne Komplikationen. Danach haben wir Zeit, den Kaiserschnitt im Operationssaal zu beenden.

Alarm im Keller!

Das Gebäude der Universitäts-Frauenklinik ist, wie es zur wilhelminischen Zeit üblich war, großzügig und weitläufig angelegt.

Lange, große Gänge verbinden den Zugang zu hohen und großen Patientenräumen, zu den Vorlesungssälen und dem majestätischen Hörsaal. Darüber hinaus befinden sich im Souterrain weitere Räumlichkeiten, in denen wissenschaftliche Labors, Werkstätten und Lagerräume untergebracht sind.

Hier im Souterrain wohnen auch die sogenannten Hauschwangeren, ledige Schwangere ohne familiäre Bindung und ohne Einkommen. Sie haben zwar freie Verpflegung, Unterkunft und medizinische Versorgung, müssen aber zu Lehrzwecken zur Verfügung stehen.

Die AssistentInnen der geburtshilflichen Abteilung haben neben dem Kreissaaldienst die Aufgabe, während des Semesters die Studenten in die Schwangerenvorsorge einzuführen und sie in praktischen Übungen anzuleiten. Für diese geburtshilflich-gynäkologischen Untersuchungskurse werden die sogenannten Hauschwangeren in den Hörsaal gebeten, damit die Kursteilnehmer unter anderem die Bestimmung des Höhenstands der Gebärmutter und die Lage des Kindes im Mutterleib üben können.

Über diese Art des Unterrichts sind wir jungen AssistentInnen allerdings geteilter Meinung. Ich jedenfalls fühle mich an die zweifelhaften Unterrichtsmethoden während meiner Studienzeit in den Vorlesungen der Wiener Universitäts-Frauenklinik erinnert. Denn diese Art des Studentenunterrichtes war schon früher üblich. So wurden über lange Zeit (bis nach dem II. Weltkrieg) im Hörsaal Sectiones (*Kaiserschnitte*) vorgenommen oder normale und auch regelwidrige Geburten demonstriert – deshalb die besondere Ausstattung des großen Hörsaals mit halbhoch gekachelten Wänden, mit Steinboden und den ovalen Waschbecken zur chirurgischen Reinigung der Hände und Unterarme.

Wir AssistentInnen und auch die meisten Oberärzte sind froh, als schließlich von höherer (staatlicher?) Ebene eine andere Lösung für Unterkunft und Betreuung dieser mittellosen Schwangeren gefunden wird. Bis dahin können wir ihnen nur mit dem nötigen Respekt begegnen.

Allerdings fällt uns das mit dem Respekt manchmal nicht so leicht. Denn bei einer größeren Zahl an schwangeren Frauen in einem Riesenwohn- und Schlafsaal zugleich kommt es gelegentlich vor, dass ein Streit zu schlichten ist oder unliebsame Personen, die sich nachts in die Schlafsäle geschlichen haben, zu entfernen sind. Und wer muss dann für Ruhe und Ordnung sorgen: wir junge Assistenten. Spätestens dann, wenn während des Nachtdienstes der Anruf des Pförtners kommt, wir hätten uns schleunigst in das Souterrain zu begeben, wissen wir: „Jetzt wird es ernst!“ Zu zweit oder zu dritt machen wir uns auf in die „Höhle der Löwinen“. Dort werden wir dann nicht unbedingt freundlich empfangen und müssen gelegentlich wenig „schmeichelhafte Wortfindungen“ über uns ergehen lassen; vor allem dann, wenn wir unter den Betten oder Bettdecken männlichen Besuch identifiziert haben. Mit viel Lärm und vielseitigem Widerstand werden schließlich die unerwünschten Personen hinausbefördert. Nur einmal haben wir keinen Erfolg, sodass die Polizei hinzugezogen werden muss, was wir eigentlich vermeiden wollen.

Was man nicht alles in seiner Ausbildung zum Frauenarzt nebenbei lernen muss!

Wie der Bart in die Universitäts-Frauenklinik kam

Es ist über 50 Jahre her. Eine Saharadurchquerung ist geplant. Ich begleite als Arzt eine Gruppe von 25 jungen Erwachsenen. Wir fliegen nach Tunis und übernehmen acht VW-Transporter, die zuvor nach Tunesien gebracht worden waren und die unter Saharabedingungen auf ihre Tauglichkeit getestet werden sollen. Ich decke den Rückzug und fahre einen der speziell für mich als Mediziner ausgestatteten VW-Transporter am Ende der Reihe. Ein kleiner Behandlungstisch, chirurgisches Instrumentarium, ein Medikamentenschrank mit einem Medikamentenpool,

Anästhesiemittel, ein Sterilisator und ein Kühlschrank mit Antiseren zur Erstversorgung bei Schlangenbissen stehen mir zur Verfügung. Es wird vereinbart, dass ich für die notwendigen gesundheits-prophylaktischen Maßnahmen verantwortlich bin. Wer keinen Sonnenschutz trägt oder Flüssigkeiten bzw. Essen ohne meine Genehmigung zu sich nimmt, wird eindringlich ermahnt, sogar mit Androhung des Ausschlusses im Wiederholungsfall. Dazu ist es erfreulicherweise aber nicht gekommen. Meine Anweisungen werden sehr wohlwollend aufgenommen und akzeptiert.

Wir starten im Süden Tunesiens direkt an der Grenze zu Libyen; dort, wo heute nach dem Sturz Muammar al-Gaddafis verschiedene politische, religiöse und terroristische Gruppierungen immer noch um Machtpositionen ringen. Es geht durch Stein- und Sandregionen Tunesiens und Algeriens bis in die Nähe der südlichen Wüstenregionen, die heute zum Teil von Rebellen bzw. IS-Anhängern beherrscht werden; anschließend weiter durch die Wüste im Südwesten Marokkos, um schließlich in der Nähe von Casablanca an den Atlantischen Ozean zu gelangen. Von Marokko aus überqueren wir die Enge von Gibraltar und treten im Süden Spaniens von Malaga den Rückflug über Paris nach München an.

Jeden Abend müssen die Autofilter gereinigt oder ausgewechselt, das Getriebeöl, die Radaufhängungen, die Keilriemen und die Motoren kontrolliert oder Reifen ausgetauscht werden. Da wir eher Stein- als Sandwüste durchqueren, sind viele Reifenwechsel erforderlich. An manchen Tagen schaffen wir es, eine Entfernung von etwa 300 Kilometern zurückzulegen. Gelegentlich hindern uns aber zu viele größere Steine daran, schneller als Schritttempo fahren zu können. Oder ein Einsinken im Sand lässt uns nur mit Mühe vorankommen; dann sind es auch mal nur 40 Kilometer am Tag, die wir schaffen. Einen Sandsturm müssen wir überstehen, der innerhalb ganz kurzer Zeit über uns hinwegfegt. Noch ganz schnell können wir die Wagen so eng wie möglich in einem Kreis

zusammenbringen, bevor wir vom Sand umspült werden. Ein unheimliches Gefühl überkommt mich: alles ringsum ist dunkel, nur das Zischen und Rauschen des Sandes umgibt uns. Nach 10 Minuten ist alles vorbei und das große Reinemachen beginnt.

Entweder übernachteten wir mitten in der Sahara in unseren Autos. Dabei müssen wir nachts meistens die Standheizung laufen lassen, da es trotz etwa 25 Grad Celsius kalt ist; denn tagsüber steigen die Temperaturen bis auf 45 – 50 Grad an. Aufgrund der gewaltigen Temperaturunterschiede zwischen Tag und Nacht müssen wir frieren. Oder wir erreichen noch vor der Dunkelheit eine Oase, in der wir eher geschützt sind. Natürlich werden wir mit großem Hallo begrüßt, bestaunt und alles, was wir tun, mit wachen Augen betrachtet.

Als bekannt wird, dass ein deutscher Arzt dabei ist, kommen sehr bald die ersten Oasenbewohner mit kleinen oder größeren Wehwehchen und Wünschen, behandelt zu werden. Denn die Oasenbevölkerung weigert sich strikt, die zum Teil vorhandenen kleinen Krankenstationen aufzusuchen. Als Grund wird meistens angegeben, dass nach ihrer Meinung dort nur sehr unfreundliche und faule russische Ärztinnen tätig seien, zu denen keiner Zutrauen habe. Die damalige sozialistische algerische Regierung von Staatschef Houari Boumedienne, der einen am Islam orientierten Sozialismus vertrat, pflegte enge Beziehungen zur Sowjetunion.

Offensichtlich bin ich als Arzt aus Allemagne gefragt und deshalb umringt von Kindern und Erwachsenen. Auch bei späteren medizinischen Einsätzen in Afrika durfte ich immer wieder erfahren, dass Ärzte aus Deutschland sehr geschätzt sind.

Alte und teilweise vereiterte Wunden, die zum Beispiel durch Verletzungen oder als Folge von ausgeprägten Moskitostichen entstanden sind, müssen gereinigt, Verbände angelegt oder Dornen und Sandflöhe aus den Füßen entfernt werden. Vor allem sind Medikamente gegen Durchfall, Husten und Augen- oder Ohrentropfen gefragt.

Als wir nach mehrwöchiger Durchquerung endlich die Atlantikküste erreichen, sind wir happy und suhlen uns nach langer Zeit der Abstinenz im Wasser des Atlantiks.

Eine andere Reisegruppe übernimmt die VW-Transporter und bringt sie zurück nach Deutschland.

In den letzten Tagen vor der Rückkehr nach Europa erleben wir noch einen Hauch von nordafrikanisch-orientalischem Leben mit buntem Treiben auf den Märkten und in den typischen Gassen der Suqs von Marrakesch, Fez und Rabat. Es sind die idealen Orte, um einen Berberteppich zu erwerben. So verbringen wir zwei Tage im Laden eines Teppichhändlers in Rabat, bis wir nach viel Tee, Palaver und Feilschen schließlich – ich glaube, es waren acht – Berberteppiche zu einem äußerst günstigen Preis erhandeln. Ich habe einen zwei x drei Meter großen Teppich erstanden. Aber wie nach Deutschland transportieren? Auf dem Schiff von Tanger nach Gibraltar geht das noch. Aber im Flugzeug? In Malaga verhandeln wir mit der Fluggesellschaft. Da wir zu acht sind, die wünschen, außer ihrem Gepäck auch noch einen Teppich transportiert zu bekommen, wird es schwierig. Nach langen Diskussionen ist die Air France bereit, uns erst einmal nach Paris mitzunehmen. Von dort wollen wir mit der Lufthansa nach München zurückfliegen. Auch das klappt. Vor der Landung auf dem Flughafen Riem – damals gab es noch keinen Franz-Josef-Strauß-Flughafen weit außerhalb von München – sehen wir beim Überfliegen die hell erleuchtete Festwiese des Oktoberfestes: imposant.

An diesem Abend, an dem ich mit reichlicher Verspätung in München lande, findet das traditionelle Feiern der Klinikärzte und der Hebammenschülerinnen der I. Universitäts-Frauenklinik auf der Wies'n statt. Der Termin steht schon lange fest. Selbstverständlich darf ich als Hebammenlehrer nicht fehlen. Was tun? Es ist inzwischen so spät geworden, dass ich nicht erst nach Hause fahren kann, um mich umzuziehen und dem über einige Wochen gewucherten wilden Bartwuchs Einhalt zu gebieten. Also gebe ich mein Gepäck einschließlich Teppich, den ich bis dahin

auf dem Kopf transportiere, bei der Gepäckaufbewahrung ab. So treffe ich zwar zu schon vorgerückter Stunde, aber gerade noch rechtzeitig auf die angeheiterte Gesellschaft im Löwenbräuzelt.

Ein großes Hallo bricht aus; denn alle sehen mich unrasiert und mit einem Bart versehen in nicht gerade ansprechender Kleidung! Ich entschuldige mich und versichere, am nächsten Morgen wieder „anständig“ in der Klinik zu erscheinen. Aber ein noch größeres Gejohle folgt. Offensichtlich bedrängen die Anwesenden und insbesondere die Hebammen den Direktor der Klinik, der schon ein gewisses Pensum an Alkohol „getankt“ hat, er solle mir als Chef der Klinik verbieten, meinen Bart abzurasierern. Und tatsächlich; es ist schon fast Polizeistunde: der Herr Professor steigt auf einen Tisch im Wies’nzelt und ordnet höchst persönlich an, Herr Goebel habe gefälligst seinen Bart stehen zu lassen. Das sei Anordnung von oben! Ein bis dahin vor allem unter dem Vorgänger bestandenes ungeschriebenes, aber streng praktiziertes Gesetz, kein Arzt der Frauenklinik dürfe einen Bart tragen, wird aufgehoben. Seitdem „ziert“ mein Gesicht im Gegensatz zum leeren Haupte, von einer kurzen Unterbrechung abgesehen, bis heute ein dezenter Bart.

Im Übrigen dauert es nicht sehr lange und weitere Ärzte der Frauenklinik folgen meinem Beispiel. Bald gehören diese sichtbaren Zeichen der Männlichkeit zum selbstverständlichen Erscheinungsbild in der Klinik. Ich kann mich rühmen, ein Trendsetter gewesen zu sein.

PS.: Der Berberteppich hat lange Zeit in verschiedenen Wohnzimmern als Bodenschmuck gedient und alle Umzüge überstanden, bevor er schließlich vor einigen Jahren seinen Dienst quittieren musste.

