

**E**r muß noch jung gewesen sein; jünger jedenfalls, als sein schales, ausgeblutetes Gesicht vermuten ließ. Sonntag abend war es, als sie ihn brachten, mit Hubschrauber und Krankenwagen, flankiert von geschäftigen Helfern und einem Stakkato von Kurzinformationen: „Polytrauma, männlich, zirka 20 Jahre, Schädeltrauma, schockbewußtlos, beatmet, Verdacht auf innere Blutungen, zentrale Zugänge liegen.“ Was dann kam, war Routine: Ein kurzer Check-up der vitalen Funktionen: Pupillenvergleich, Beatmungskontrolle, ein Blick auf den Monitor, die Hand an die Halsschlagader, ein Griff auf den Bauch und eine grobe Inspektion der Extremitäten. Das Wesentliche erfassen, schnell und ohne Zeitverlust und – so wenig wie möglich bewegen. Die entscheidende Frage steht im Raum: Was hat Vorrang, was muß zuerst behandelt werden? Die Technik kann helfen: Röntgen, Computertomogramm des Schädels, eventuell eine Angiographie und das Labor, die Diagnostik einer Großklinik.

Unterdessen wird es Nacht; eine von den vielen, die nie enden wollen, nach einem harten Arbeitstag im Wochenenddienst.

### **Eine Mütze voll Schlaf, in voller Montur**

Seit Samstag morgen 9 Uhr ist die Mannschaft im Dienst, erst Montag nachmittag geht sie wieder nach Hause. Je nach Belastung vielleicht auch schon mittags. Eine Mütze Schlaf nimmt man sich, wann und wo es nur geht, in voller Montur – irgendwo auf einer Liege oder im Sessel, denn der Gang ins frischbezogene Dienstbett lohnt meistens nicht. Irgendwo „brennt’s“ immer. Der Funker steht nie lange still. Wenn schon kein neuer Notfall ins Haus steht, ist auf irgendeiner Station wenigstens ein Herzkatheter verrutscht oder eine Beatmungsmaschine defekt, oder ein Schmerzpatient braucht erneut Morphin, oder der OP braucht Verstärkung oder, oder ... Der junge Motorradpatient

liegt mittlerweile im OP. Die vorrangige Diagnose steht fest, das Team ist komplett. Transport und Umlagerung auf den OP-Tisch sind abgeschlossen, die betriebsame Hektik der Ankunft weicht routinierten Abläufen. Stunden um Stunden vergehen, jeder hat seinen Platz und seine Funktion, Bewegungsradius gleich Null. Alles Treiben fokussiert auf einen Menschen. Nur die Gedanken schweifen gelegentlich ab, bleiben

## **Das | Eine lange Nacht im OP Erschrecken kommt erst später**

haften an belanglosen Details der Umgebung, an Gerüchen wie dem durch Elektrokauter verursachten Gestank von verbranntem Fleisch oder dem unruhig flackernden Licht der Neonröhren in dieser abgeschiedenen geschäftigen Enklave eines nächtlichen Operationssaales. Dem Operateur perlt der Schweiß auf der Stirn, mit einer Mullbinde wird er liebevoll abgewischt.

Bartstoppeln sprießen zwischen Mundschutz und Haaransatz der männlichen Assistenten. Reste von Augen-make up krümeln in den übermüdeten Lidfalten der OPSchwestern. Bekannte Animositäten zwischen zwei Assistenten entladen sich in kurzen verbalen Spitzen. Der hautnahe Körperkontakt zwingt zu Disziplinierung. Der Blick streift die Fenster, zumindest das, was in normalen Gebäuden den Blick ins Freie gestattet. Es muß schön gewesen sein tagsüber, draußen, hinter den undurchsichtigen Milchglasscheiben. Irgendeine treue Seele hatte uns Eis gebracht am Nachmittag, von draußen, wo es nach Sommer roch und

die Luft vibrierte, zumindest gestern, als wir ankamen.

Es war einer dieser Tage, an denen es die Menschen in die Freibäder zieht oder wenigstens zu einem Ausflug in die Umgebung.

Als der Notfallfunker ging, ahnte ich es schon. Es war die klassische Zeit und das klassische Wetter. Und ich begann sie zu hassen, diese gleißenden, prallen, himmelblauen Sommertage – zumindest wegen der Motorradfahrer. Nein, nicht die Fahrer, sondern die grausamen Unfälle, die sie verursachen. Gerade solche wunderschönen Tage scheinen sie zu animieren, die Farbtupfer dieser bunten Bilderwelt wie an einer Schnur an sich vorbeirasen zu lassen und beflügelt von der angestauten Hitze über den reflektierenden Asphalt zu jagen. Nach dem Motto „Meine

Maschine und ich und die Welt“. Motorradfreaks, die vom Mittelstreifen einer kurvigen Landstraße aus die Welt umarmen wollen.

Man fand ihn, weit entfernt von seiner Maschine, an einer Böschung, nach dem Aufprall mit einem entgegenkommenden Fahrzeug; mehr weiß ich nicht. Die Polizei hat den Rest notiert: Unfallhergang, Namen, Nummern, Spuren.

Die Fahrzeuge werden mittlerweile abtransportiert sein und auch der Stau ist längst beseitigt. Die Gaffer haben was zu erzählen – morgen früh im Büro. Blut, Splitter und Kreidestriche müßten noch zu sehen sein, vor allem Blut, denn er hat viel verloren.

### **Ein schwerer schlaffer Klumpen Mensch**

Der nächste Regen wird alles fortspülen und verwischen. Der Ausflugsverkehr wird darüberrollen und niemand ahnen, welcher Leidensweg hier begonnen hat.

Unfälle wie dieser, Mehrfachverletzungen mit Schädelbeteiligung, übersteigen die Behandlungsmöglichkeiten der umliegenden kleinen Krankenhäuser. Derartig massiv Verletzte werden mit Hubschraubern in die großen Zentren geflogen,

in Kliniken mit allen technischen Einrichtungen und mehreren bereitstehenden OP-Teams.

Bereits unterwegs werden sie medizinisch versorgt und überwacht, Ärzte und Helfer begleiten diesen Transport. Die Übergabe an die Klinikmannschaft erfolgt in der Schleuse zwischen sterilem OP und Außenwelt.

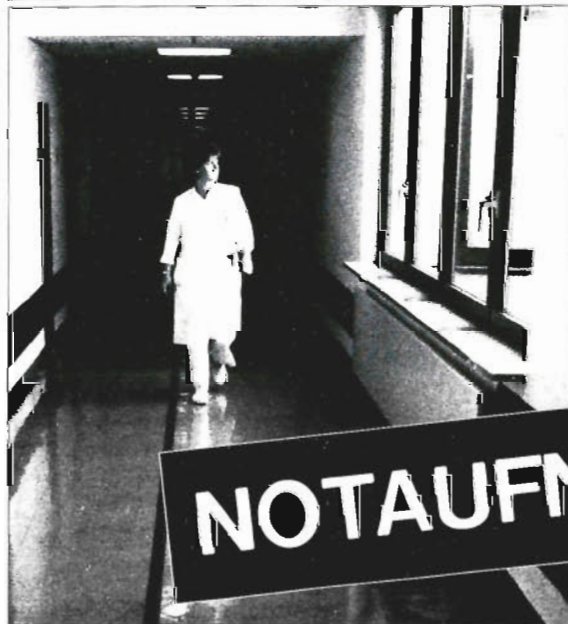
Auch er kam dort an. Ein schwerer schlaffer Klumpen Mensch, blutverschmiert, verschmutzt und verschorft, völlig hilflos unter einer mausgrauen Decke. Die Augen verklebt, Schleim und Dreck um Nase und Mund. Schläuche in allen Körperöffnungen: Beatmungstubus, Magensonde, Blasenkatheter und diverse Infusionszugänge. Aufwendig erhaltenes Leben. Gut, daß er sich so nicht sehen kann; es würde ihn mutlos machen.

## Abläufe – tausendfach trainiert, reflexhaft

Da liegt er nun auf dem nüchternen OP-Tisch, angeschlossen an rhythmisch pumpende Technik, in tiefer Narkose, ausgeliefert und willenlos. Umringt von berufsmäßigen Helfern: Chirurgen, Anästhesisten, Schwestern und Pflegern. Zweiundzwanzig Hände und zeitweise doch nicht genug. Immer wieder entstehen kritische Situationen. Dann werden rasend schnell Infusionen gewechselt, spritzende Blutungen tamponiert, Blutkonserven aufgepumpt und ausgetauscht, zusätzliche Medikamente gespritzt, Drainagen gewechselt und neue Zugänge gelegt.

Ein geordnetes Chaos aus säuberlich beschrifteten Leitungen und Kabeln. Übersicht ist alles, wo ein Gestrüpp von Schläuchen und Kathetern irgendwo unter grünen sterilen Abdecktüchern verschwindet.

Immer wieder sortieren die OP-Schwester ihr Instrumentarium, routiniert und sicher. Wortlos gleiten Skalpelle und Haken in die fordernd aufgehaltene Hände der Operateure, die Hand schnappt zu, jeder Griff muß sitzen. Bewegungsabläufe, die den Charakter dieser Gattung Medi-



● In seiner Photo-reportage schildert Markus Naumann einen 32-Stundendienst in der chirurgischen Ambulanz und Notfallaufnahme des Kreiskrankenhauses Dornum. Die Arbeit, die zufällig mit jener von Heidi Schüller in der Redaktion eintraf, entstand zur Prüfung für die Fachhochschule Dortmund.

**NOTAUFNAHME** ▶

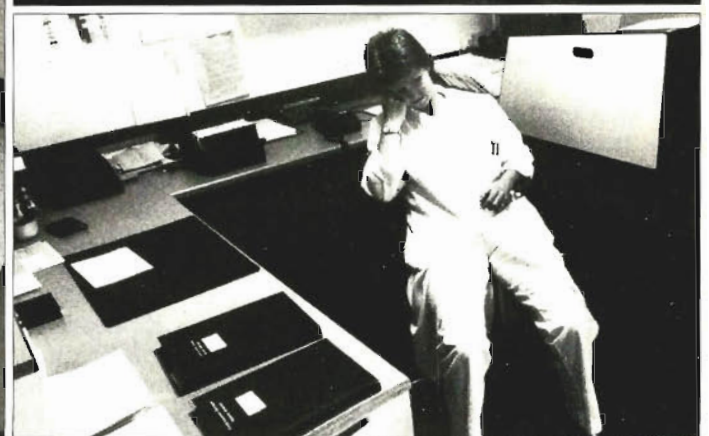
ziner prägen. Kurz und bestimmt, ohne wenn und aber, dominant und herrisch. Tausendfach sind diese Abläufe trainiert, reflexhaft, fast unbeiligt. Jeder weiß, was er zu tun hat. Routine im OP-Alltag, wie immer, nur graduell verschieden.

Was wie emotionslose Stoik anmutet, ist antrainiertes Funktionieren. Das Erschrecken kommt erst später, wenn alles vorbei ist – wenn überhaupt. Bei manchem Routinier hat der Verrohungsprozeß bereits eingesetzt – der Schritt zum Zynismus ist nicht mehr weit – oder längst überschritten.

Nur dumpfes Gemurmel und knappe Anweisungen unterbrechen das stereotype Zischen der Beat-

mungsmaschine und das beruhigende Piepsen des EKG-Monitors. Dazwischen beständiges Geraschel vom Aufreißen steril verpackter Instrumente durch den „Springer“. Der Fußboden sieht aus wie ein Schlachtfeld. Die großen, rollbaren Mülleimer mit ihren blauen Plastiktüten quellen über von leeren Infusionsflaschen, Papier und orangefarbenen, desinfektionsmittelgetränkten Mullappen.

Gelegentlich wird auch gebrüllt und geflucht, wenn nämlich ein Rädchen dieser perfekt eingespielten Maschinerie nicht greift, wenn ein Glied der Helferkette den Ablauf der anderen verzögert. Dann versprühen nervöse Augen giftige Blitze



# 32 Stunden im Dienst

zwischen Mundschutz und Kopfhäube. Floretthiebe, die sitzen. Emotionale Volltreffer. Und dennoch bewirken sie fast Erleichterung, wie die befreiende Entladung eines Gewitters nach schwüler Luftstille. Verschnaufpausen zwischen angestrenzter Beherrschtheit.

Hunger, Durst, Müdigkeit? Ja, schon – später! Aufkommende Gelüste lassen sich befristet verdrängen.

Man hört und hört doch wieder nicht. Nur Abweichungen der stereotypen Geräuschkulisse werden überhaupt noch wahrgenommen, verbreiten aber schlagartig besorgte Unruhe.

Meist ist nur ein Elektrokabel verrutscht oder ein Schlauch eingeklemmt. Aber man kann nie wissen. Der Patient ist hilflos, alle Verantwortung liegt bei uns. Jede Unachtsamkeit kann ihn sein Leben kosten.

Es wird eine lange Nacht werden. Die Operateure stehen wie angewurzelt auf ihrem Fleck, wechseln nur gelegentlich das Standbein, den Blick focussiert auf ihr Arbeitsfeld, diesen kleinen, von grünen Tüchern umrandeten Ausschnitt Mensch, dessen Gesicht sie nicht sehen. Nackt liegt er da, hingestreckt auf einem schmalen Tisch, ca. 80 kg zertrümmerte Knochen, Muskeln, Blut und gequetschte Organe – in einer anderen Welt, weit weit weg. Wer ist das, der da liegt? Lange dunkle Augenwimpern und graublau Augen hat er, sorgsam mit Salbe gegen Austrocknen geschützt – und einen Ring im Ohr. Als Anästhesist sehe ich wenigstens das Gesicht und die Hände, wichtige Parameter für seinen Bewußtseinszustand und die Durchblutung.

Was mag er wohl vorgehabt haben, heute abend, jetzt? Wer wartet auf ihn, wer sorgt sich jetzt? Was hat in bewegt, worüber hat er gelacht und worüber geweint? Vermutlich hat er heute morgen den Himmel gesehen und sich des Lebens gefreut: Ein toller Tag zum Motorradfahren.

Volle Lippen hat er und ein kantiges, leicht vernarbtes Gesicht.

Ob seine Eltern schon wissen, was mit ihm los ist? Mir graut bei dem Gedanken, sie aufklären zu müssen, ihnen zu erklären, was hier vorgeht und was ihnen allen noch be-

vorsteht an Sorgen, Ungewißheit und Angst.

Sie werden fragen, ob er es schafft und wir werden antworten: „Wir hoffen. Der Zustand ist kritisch, es besteht akute Lebensgefahr und über die Spätschäden können wir uns noch nicht äußern. Wir müssen abwarten, aber wir tun, was wir können.“

## Die Anspannung fällt aus den Gesichtern

Wie heißt er eigentlich? Bis jetzt stand nur die Einlieferungszeit, der OP-Beginn und das Geschlecht auf dem Protokoll, zur Eintragung des Namens ist noch niemand gekommen. Im Vorraum liegt ein blauer Müllsack, beschriftet mit seinem Namen, gebündelt mit allem, was er am Leibe trug als er kam. Darin blutverschmierte Wäsche, ein zerrissenes Hemd, die sorgsam zerschnittene Lederkluft, um ihn nicht unnötig zu bewegen, eine klebrige Uhr, ein goldenes Halskettchen mit „Anette“ darauf. Ein paar Stiefel, Socken, eine abgewetzte Brieftasche mit Papieren und Fotos – die Eltern, die Freunde, die Schwester, Anette?

Ein Sack voller trivialer menschlicher Habseligkeiten – ein Hauch von Leben in dieser unterkühlten Atmosphäre steriler Technik.

Der Morgen naht – es könnte langsam hell werden, draußen hinter den Milchglasscheiben.

Die Operateure sind bei den letzten Nähten. Die Atmosphäre wird langsam gelöster. Die Anspannung fällt aus den Gesichtern, die wortkarge Zweck- und Angstkonversation weicht einer plapperigen Logorrhoe. Erleichterung greift um sich. Zumindest ist der Patient nicht „auf dem Tisch geblieben“. Fürs erste ist er über'n Berg, im „steady state“ – wie es im Fachjargon heißt.

Keineswegs „gerettet“, denn alle Komplikationen stehen noch im Raum. Jetzt braucht er aufwendige Pflege und permanente Überwachung auf der Intensivstation. Ihm steht noch einiges bevor. Dies war nur die dringlichste Erstversorgung, die Feinarbeit kommt später, erst

dann, wenn sich die Bewußtseinslage stabilisiert hat und die Entwicklung absehbar wird.

Es wird noch Wochen und Monate dauern, bis er das Ausmaß seines Unfalls voll erfaßt, wenn überhaupt. Unsere Arbeit ist getan. Jetzt bereiten wir die Übergabe vor. Letzte Check ups im Labor. Hat er genug Blut, funktioniert die Niere, ist die Beatmung ausreichend? Alle Kabel werden sortiert und für den Transport vorbereitet, die Wunden versorgt und die weitere Behandlung mit der Intensivmannschaft abgesprochen.

Die Nacht steckt allen in den Knochen, doch die Aussicht auf Befriedigung kleiner menschlicher Bedürfnisse, ein schwarzer Kaffee in Ruhe und ein Frühstück im Sitzen läßt alle aufatmen und weckt neue Lebensgeister. Draußen auf den Gängen hört man Geklapper von OP-Schuhen, frisch und dynamisch – ganz anders als das dumpfe müde Schlurfen der Nachtmannschaft. Die Tagesschicht rückt an. Für einen normalen Montag mit geplanten Eingriffen. Putzfrauen stecken ihre Köpfe durch die Schiebetür, laut Einsatzplan gehört dieser OP jetzt ihnen. Normalerweise. Daß wir immer noch hier sind, stört sie gewaltig. Maulig brummend ziehen sie davon. Zwischenfälle wie diese stören ihren Ablauf.

Alles ist bereit zur Übergabe des Patienten. Ein frischbezogenes weißes Bett steht für ihn bereit. Da liegt er nun, beatmet und versorgt mit allem, was medizinischer Fortschritt zu bieten hat. Immer noch ein Häufchen Elend, aber wenigstens sauber, rosig und warm. Sein Gesicht ist friedlich, die Züge entspannt, tief schlafend und schmerzfrei, dank hoher Dosen Analgetika.

Am Fußende liegt sein blauer Plastiksack. Martin heißt er, war Kfz-Mechaniker und das einzige Kind. Draußen auf dem Flur kauerte seine Mutter und weinte. Sie hatte immer befürchtet, daß es einmal so kommt. Ich sah sie noch öfter, viele Monate lang. Sie hat ihn begleitet bei einem Leben, das in jedem Fall anders verlaufen ist, als er es sich einmal vorgestellt hatte.

Dr. med. Heidi Schüller