

II. 2010

Ein Magazin von Pfizer Deutschland

Zwei

thema [**Ich**]

ein Heft über
Heilige Ladykiller,
Schauspieler im Krankenhaus
und
Ärzte zwischen Wolken und Steilwand

Impressum

Herausgeber – Pfizer Deutschland GmbH
Gesamtverantwortung – Martin Fensch
Redaktion – Thomas Biegi, Henning Hesse, Kirsten Wörnle
Mitarbeiter dieser Ausgabe – Christiane Bohm, Steven Dohn, Annette Leyssner, Oliver Link, Theo Nonnen, Jan Rübél, Stefan Scheytt, Cora Trinkaus, Beate Wagner, Andreas Wenderoth, Susanne Werner
Fotos – Exactitudes, Kathrin Harms (mit freundlicher Unterstützung des Deutschen Technikmuseums Berlin), Jo Henker, istockphoto/pixelorb, Frank Korte, Cira Moro, picture-alliance/Mary Evans Picture Library, Barbara von Woellwarth
Illustrationen – Silke Beneke, Julien Bigot, Skizzomat/Marie Emmermann, Delphine Korth
Lektorat – Dana Haralambie
Gestaltung und Realisierung – Bohm und Nonnen
Druck – Colordruck Leimen

Kontakt – zwei, Martin Fensch,
Pfizer Unternehmenskommunikation,
Linkstraße 10, 10785 Berlin,
Telefon +49(0)30 550055-51088,
E-Mail: martin.fensch@pfizer.com



zwei erscheint in deutscher Sprache.
Alle Rechte sind vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung des Herausgebers wieder. Nachdruck und elektronische Verbreitung von Artikeln, auch auszugsweise, ist nur mit Genehmigung der Redaktion möglich.

6 SCHULZE, SCHULZE & SCHULZE
das Selbstverständnis einer Arztfamilie
[... früher heilte er mit seinen fünf Sinnen ...]

10 ADIEU, FALSCHES ICH
William James über die wichtigste persönliche Entscheidung
[... ein Ladykiller und ein Heiliger ...]

12 MEIN ZWEITES ICH ... IST NUR FÜR MICH
Ärzte als Berufspiloten und Basketballprofis
[... ich hab' mir meinen Traum erfüllt ...]

18 DER DAS ICH OPERIERT
Beim Pionier der Deep Brain Stimulation
[... das Ich in den Zellenverbänden ...]

22 MEINE ROLLE UND ICH
Fernseharzt trifft Arzt – ein Dialog
[... eine liebenswerte Fiktion ...]

26 WO WOHT DAS ICH?
Auf der Suche: Atem oder Auge, Haare oder Herz?
[... die Seele in der Zirbeldrüse ...]

28 ERDBEERTÖRTCHEN FÜR DAS NEUE ICH
Demenz und Würde in einem Schweizer Pflegeheim
[... wichtig ist, was jetzt ist ...]

36 FÜR JEDES ICH DIE RICHTIGE MEDIZIN
Die genetische Forschung und die Suche nach der Behandlung nach Maß
[... der Schlüssel in dir ...]

42 WENN ICH ES MAL SELBST BIN
Der Arzt als Patient – vier Protokolle
[... die Perspektive hat sich geändert ...]

46 DIAGNOSE – STELL ICH MIR SELBST
Über den Umgang mit dem informierten Patienten
[... es geht hier schließlich um mich ...]

50 DIE GRENZEN DER SELBSTVERWIRKLICHUNG
Die Plastische Chirurgie als Entfaltung des äußeren Ichs
[... als „Fischgesicht“ und „Totale Verlierer“ beschimpft ...]



Liebe Leser,

der Künstler Ottmar Hörl hat vor einigen Jahren einen Spiegel angefertigt, in dessen Mitte die Lettern „Ich“ stehen. Jeder Blick in den selbigen wird so zu einer besonderen Begegnung. Womit eigentlich?

zwei hat nachgeschaut. Wir haben das Ich-Territorium, Spielort großer Dramen der Literaturgeschichte und Ursprung manches Verhängnisses der Menschheitsgeschichte, weiträumig, aber deutlich abgesteckt – das Thema ins Licht gehalten, mal hier, mal dort reflektiert, es gewendet und wieder umgedreht.

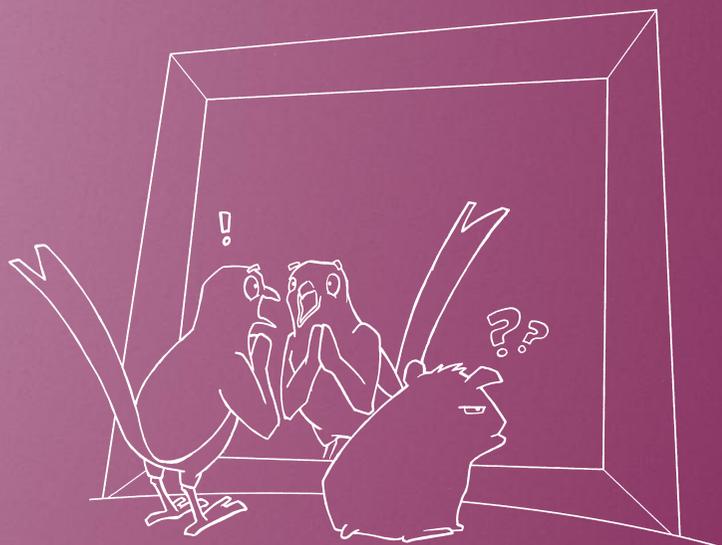
Wir sprachen zum Beispiel mit Prof. Dr. Volker Sturm, der mit Hirnschrittmachern und der elektrischen Stimulation von Nervenzellen schwere Depressionen und Angststörungen behandelt. Im Interview sprechen Dr. Helmut Klein und sein Schwiegersohn Francis Fulton Smith über ihr Selbstverständnis als Arzt. Der eine ist Orthopäde, der andere Hausarzt der ARD-Fernsehserie Familie Dr. Kleist. Und Michael Schmieder, Leiter eines Pflegeheims für Menschen mit Demenz, berichtet über Menschen, die ihr Ich verlieren oder verändern.

Warum macht Pfizer das? Die *zwei* soll einen Beitrag leisten, mit Ihnen auch jenseits unserer Arzneimittel ins Gespräch zu kommen – über Dinge, die Sie und uns bewegen.

Haben Sie Fragen zur *zwei* oder zum Thema „Ich“? Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mir eine E-Mail schreiben: martin.fensch@pfizer.com

Mit den besten Grüßen,

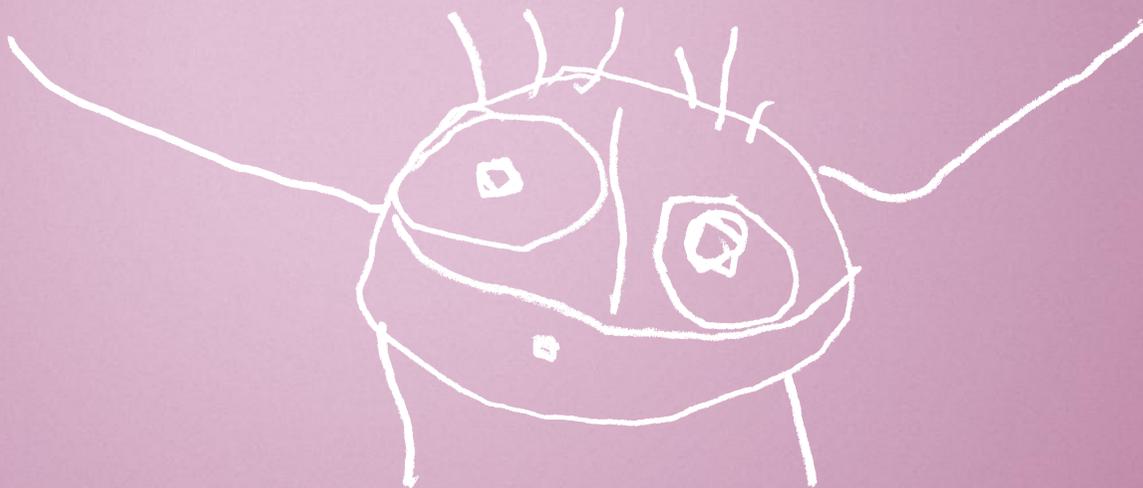
Martin Fensch,
Leiter Unternehmenskommunikation



Ich |.

Ja, das sind Sie vorne auf dem Cover. Sie und andere Mitmenschen, die sich im Spiegel erkennen können. Doch die visuelle Selbsterkenntnis ist keine allein menschliche Gabe; immer größer wird der Club der erfolgreichen Spiegeltester: Nach Schimpansen, Orang-Utans sowie Delphinen haben auch Schweine und Elefanten inzwischen den Test bestanden. Als Letztes sind die Elstern 2008 beigetreten, die ersten Nicht-Säuger und die ersten ohne gefaltete Großhirnrinde.





Ich II.

Das ist schon ein ziemlich fortgeschrittenes Ich, ein dreijähriges Mädchen. Vor nur vier Monaten hatte sie sich noch als gesichtslosen Kreis mit vielen langen Tentakeln gemalt, die sich der Welt entgegenstreckten – die Eltern hatten's nicht kapiert und entzückt „Au, was für eine schöne Sonne!“ gerufen. Auch diesen Kopffüßler hier verstehen Mama und Papa nicht ganz und fragen: „Aber willst du denn keinen Körper?“ Dabei hat das Mädchel den gemalt: im Schädel – man beachte den Bauchnabel gleich unter dem Mund. Später gibt's dann noch ein paar Feinheiten: kastige Körper, knochige Hände, längere Beine. Und dann hat sich die Kleine ein Bild von sich gemacht – und hört alsbald damit auf. Oder wann haben Sie sich das letzte Mal gemalt?



SCHULZE, SCHULZE & SCHULZE

Seit 125 Jahren kümmert sich eine Familie um die Gesundheit der Menschen im niedersächsischen Vorsfelde – eine Arztpraxis in vierter Generation. Die Arbeitsbedingungen haben sich über die Jahre sehr verändert; das ärztliche Selbstverständnis dagegen kaum. Ein Familienporträt.





Schulze |

Jahrgang 1925

→

Der Ruhestand beginnt für Rudolf Schulze jeden Morgen um zehn vor sieben. Er geht von seiner Wohnung im ersten Stock hinab zu den Praxisräumen und schaltet vier Computer ein. „Mein Ritual“, sagt er. Eigentlich ist Rudolf Schulze, 85, in Pension. Aber da ist noch der Privatpatient, dessen Rheumabeschwerden er sich gleich annehmen wird. Danach noch eine Frau mit Magenbeschwerden und dann ein erster Morgenspaziergang durch den Garten; die Computer laufen nun auf Hochtouren. Sie gehören seinem Sohn: Rudolf Schulze Junior führt die Praxis in vierter Generation weiter. Seit 125 Jahren kümmern sich die Schulzes um die Gesundheit der Leute in Vorsfelde, einem Stadtteil von Wolfsburg. So viel ist passiert

seitdem. In die Allee der stolzen Fachwerkbauten haben sich hässlich bunte Verputzungen gefressen, das fand man modern, vor vierzig Jahren.

Von seinem Beruf kann Schulze Senior auch heute kaum lassen. „Jahrzehntelang war ich immerhin in ständiger Bereitschaft“, sagt der Landarzt und setzt sich auf seinen Gartenstuhl. Sonnenwärme kriecht langsam in die Terrassensteine. „Man ist für die Menschen ein Helfer in Not – das war so und wird immer so bleiben.“ Brauchte ihn ein Patient, packte Schulze seine Tasche und eilte los.

Aber unangefochtener war das Arztleben damals schon. Sein Wort galt, kein anderes. Eine Diagnose wie in Stein gemeißelt für die Bauern der Region. „Die Patienten waren duldsamer“, erinnert er sich. **Auch habe er sie sich ein Stück weit erzogen, dass sie ihn nicht ständig mit jedem Wehwehchen aufsuchten.** Und er war für sie da, bis zum Ende. Wem der Lungenkrebs wuchs, kam nicht ins Krankenhaus. Schulze betreute ihn daheim bis zum Tod.

Er streckt sich. Spät ist es gestern geworden, am Abend hatte er eine Fortbildung des ärztlichen Kreisvereins besucht, ein Professor trug über Angina Pectoris und Infarkte vor. „Der technische Fortschritt ist so rasant“, sagt er und zieht seine Hosenträger straff. „Das ist wie ein Wettrennen für mich. Wie Sport.“ Er lächelt. **Früher heilte er mit seinen fünf Sinnen, horchte und schaute mit ihnen in den Menschen hinein.** Die technischen Hilfsmittel waren bescheiden. „Ich war eine Einmann-Unternehmung“, sagt er. Seine Ehefrau half ihm zuweilen in der Praxis – Schulze aber zog allein Spritzen auf, nahm Blut ab und plante seine Termine selbst.

In seinen letzten Dienstjahren zwang ihn der Sohn zur Freundschaft mit den Computern. „Anfangs sträubte ich mich, ich fürchtete den Mehraufwand.“ Doch schnell packte ihn der Tüftlerdrang. Und 1994 bearbeitete Rudolf Schulze erstmals eigene Statistiken mit dem Computer. Er sagt: „Ein Mehraufwand ist es dennoch. Aber ein lohnenswerter.“

Er steht auf. „Nun muss ich aber das Mittagessen kochen.“ Und steigt langsam die Außentreppe wieder hoch, vorbei am Praxisfenster, hält inne. Keiner darin zu sehen. Ein Stilleben aus Liege, tellerrunden Lampen und einer Glasvitrine voller Medikamentenschachteln. Doch ein Monitor daneben, der flirrt.



Schulze II.

Jahrgang 1958

→

Herrn Jansens* Lebenswille besteht aus lauter Zahlen. Ein Klick, und ein Dutzend Ziffernreihen rattert auf dem Monitor nach unten. Rudolf Schulze Junior atmet durch. „Alles in Ordnung“, sagt er zu seinem Patienten, „die Aortenklappe ist leicht verkalkt und schließt nicht richtig“ – aber halb so wild, lächelt Schulze und verschreibt ein Medikament zur Senkung des Blutdrucks.

Es ist kurz vor 12, die Praxis verzeichnet gerade den 180. „Patientenkontakt“ an diesem ersten Tag im Quartal. Das Wartezimmer ist noch voll. Doch für Herrn Jansen nimmt sich Schulze noch etwas Zeit. „Puls und Prostata, alles bestens“, sagt er. Bei einem Routine-Gesundheitscheck hatte er vor einer Woche über der Aortenklappe ein Strömungsgeräusch gehört, so gerade noch. „Mein Vater kann das besser, mit der Technik haben wir das etwas verlernt.“ Herrn Jansen schickte er zu einem kardiologischen Facharzt. Dessen Echokardiografie-Befund erscheint auf dem Monitor. Die Praxis läuft völlig digitalisiert.

„**Ich fühle mich auch als Manager**“, sagt Schulze. „Mein Vater dagegen widmete sich ganz der Heilkunst“. Er weist auf zwei eineinhalb Meter große Metallschränke im Abstellzimmer nebenan. 40 Jahre Patientenverwaltung stecken darin. „Mein Vater schimpfte mit mir als Bub, wenn ich hundert Blatt Papier für ihn gekauft habe. 50 reichten ihm im Jahr.“ Seit vergangenem Dezember realisierte die Praxis 34.000 Ausdrucke, gibt jährlich 1.500 Euro allein für Druckerpatronen aus – alles zum Zwecke der Dokumentation. „Manchmal wünsche ich mir die Arbeitsbedingungen meines Vaters zurück“, seufzt er.

Aber nur manchmal: Im Internet kann er seltene Krankheiten und ihre Behandlung per Knopfdruck recherchieren, sich mit Kollegen vernetzen. „Wenn nur die Zeit nicht so knapp wäre – und die Praxissoftware nicht so anfällig.“ Tatsächlich steckt die computerisierte Arztpraxis der Gegenwart noch in den Kinderschuhen. Vieles ist möglich, aber nicht immer funktioniert es. Da muss schnell einmal improvisiert werden.

Schulze Junior spielt im Team. Arbeit für die fünf Arzthelferinnen, die er sich mit einem Kollegen in der Praxis teilt, gibt es immer: neben der aufwändigen Verwaltung übernehmen sie auch medizinische Dienstleistungen, welche die Herren in den weißen Kitteln früher selbst übernahmen. Apropos: Weiß wie sein Vater trägt Schulze Junior selten, einen Kittel nie, eigentlich immer Bluejeans und heute dazu ein rot kariertes Hemd. Nur das Stethoskop über der Schulter verrät den Arztberuf. Verändert haben sich auch die Patienten.

„Die Patienten sind mündiger geworden“, sagt Schulze. „Oft kommen sie mit einer selbst recherchierten Diagnose zur Sprechstunde.“ Gefalle der ausgestellte Befund nicht, wechsle mancher einfach den Arzt. **„Das Doktor-Hopping“ hat sehr zugenommen.“**

Als Halbgott mit Stethoskop sieht sich Schulze indes nicht. „Vier Augen sehen mehr als zwei“, sagt er. Da sei die Aus- und Absprache mit Kollegen selbstverständlich. „Doch das Allerwichtigste ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient“, sagt er und schaltet eine Tischlampe am Computer an. Draußen ziehen Wolken auf. „Die müssen miteinander reden. Nur so lassen sich zum Beispiel psychosomatische Krankheiten erkennen.“ Und dieses innere Band zu den Leuten, die in seine Praxis kommen, das liebe er mit am meisten an seinem Beruf.

* Name von der Redaktion geändert



Schulze III.

Jahrgang 1991

→

Entscheidungsstark ist er. Stephan Schulze gähnt. Gestern war Abiturientenball, der 19-Jährige ist am Vorabend aus dem Schülerleben getanzt. Und kennt bereits den nächsten Schritt: Bald beginnt Stephan Schulze, Sohn von Rudolf Schulze Junior und Enkel von Rudolf Schulze Senior, ein duales BWL-Studium, lässt sich bei Volkswagen zum Industriekaufmann ausbilden. Lockt nicht die 125-jährige Geschichte der Schulzes als Ärzte? „Doch, daran gedacht habe ich schon“, sagt er. „Aber das lasse ich mir noch durch den Kopf gehen.“ Eine Perspektive für diesen Job sehe er jedenfalls: „Krank werden die Leute immer.“ Nehmen wir an, Stephan Schulze übernimmt die Familientradition, die Chance auf ein eigenes Unternehmen – ohne das Klingelschild auszuwechseln.

Es ist das Jahr 2025. Wissen und Technik sind seit Beginn des neuen Jahrtausends explodiert. Die Kosten auch: Schulze hat einen Kredit aufgenommen, um die neuen Instrumente und Geräte finanzieren zu können. Einen kleinen Umbau hat er sich gleich auch geleistet: Noch größere Fenster kamen

rein, alles wirkt heller und weiter, irgendwie asiatisch. Noch immer aber ziert kein Schild die Praxis von außen. „Man kennt uns“, sagt Schulze.

„Uns“ sind Schulze, seine zwei Partner und die vier Arzthelferinnen, die jetzt meist im Behandlungszimmer assistieren, denn am Tresen braucht es eigentlich niemanden mehr. **Telefontermine und Patientenempfang regelt weitgehend ein Computerterminal.** Abrechnung und Dokumentation laufen komplett online und servergeschützt. Auch Krankmeldungen gehen automatisch per Mail an Arbeitgeber und Krankenkassen.

„Wir Ärzte wissen einfach mehr, auch über die Patienten“, sagt Schulze. Die Chipkarte ermöglicht ihnen nun Einblick in die früheren medizinischen Konsultationen. „So kann ich mich mit Kollegen vernetzen und die beste Behandlung beratschlagen.“ Schulze tut dies auch, um sein Ranking nicht zu gefährden. **Jede Praxis unterzieht sich mittlerweile öffentlichen Leistungstests.** Patienten suchen sich ihren Arzt auch nach diesen Hitlisten aus.

Der Computer piepst. Schulze blickt auf: „Jansens Scanner meldet sich.“ Und: „Auch dessen Vater ließ sich schon von meinem Vater behandeln.“ Oft kommt Jansen Junior aber nicht mehr in die Praxis. Der Diabeteskranke trägt immer einen Scanner mit sich: Blutzucker, Blutdruck und Körpergewicht gehen per Mobilfunk an Schulzes Terminal. Im Ernstfall schlägt ein Analyseprogramm Alarm. Schulze greift zum Hörer. „Sylvie, melde dich mal bei Jansen.“ Die Arzthelferin ermahnt den Patienten per Telefon, mehr zu trinken und vereinbart einen Besuchstermin am Nachmittag. „Die Routinebehandlungen übernimmt meine Kollegin selber“, sagt Schulze. **„Heilen ist heute weniger Kunst als Programm“**, sagt Schulze, „aber durch all die technischen Errungenschaften bleibt auch mehr Zeit für Gespräche mit Patienten.“ Kommt Schulze mal mit einem Fall nicht weiter, schickt er alle Daten an globale medizinische Checksysteme und wartet auf Antwort. Vergangene Woche hatte ihm so ein Arzt in Islamabad gute Tipps bei der Behandlung eines von Hautflechten geplagten Patienten gegeben.

Mittagspause. Schulze lehnt sich im Praxisraum an eine Glasvitrine und blättert in einem alten, zerfledderten Buch, das macht er oft: „Pfarrer Heumann's Heilmittel“ steht dort in Fraktur. „Der Arzt von heute setzt zwar auf Hightech“, sagt Schulze. „Aber ohne Tradition ist er nichts.“ Er legt das Buch zurück in die Vitrine, neben einen Miniatur-Äskulap. Der Mann aus Gips lächelt.

Text: Jan Rübél



ADIEU, FALSCHES ICH

Was bin ich? Und was bin ich nicht?
 Der Psychologe und Philosoph
 William James (1842 – 1910) über das Wählen
 und das Abwählen eigener Ich-Optionen.

Medizin sollte es sein, worin der junge William 1864 seine Bestimmung finden wollte. Vorher hatte er Kunstmaler zu werden versucht, hatte in Harvard Naturwissenschaften und Theologie studiert und war auf Expedition am Amazonas der Natur und dem eigenen Ich auf der Spur. Sie dauerte etwas, William James' Suche nach dem richtigen Weg im Leben. Doch vor allem das Ausschließen des falschen Pfades fiel ihm nicht leicht, denn zu üppig waren seine Möglichkeiten und die Einflüsse, die ihn prägten: Er genoss eine kosmopolitische Erziehung, bereiste schon als Kind mehrfach Europa und lernte Deutsch und Französisch fließend; sein Vater, sein Patenonkel Ralph Waldo Emerson und ihr ganzes neuenglisches Milieu waren die intellektuelle High Society Nordamerikas.

William studierte und lehrte Medizin, aber auch das machte ihn nicht froh, sondern, wie er es nannte, „seelenkrank“. Das Ende jahrelanger Depressionen kam erst mit seiner Entscheidung für die Psychologie und Philosophie. Hier wurde William glücklich und einer der bedeutendsten Männer seines Faches. Dennoch hielt er zeitlebens regen gesellschaftlichen Kontakt – zum Beispiel mit Mark Twain, Hermann Helmholtz, Gertrude Stein, Theodore Roosevelt, Henry David Thoreau und mit seinem Bruder, dem Schriftsteller Henry James – in Bereiche, die auch seine hätten werden können.

Mit 48 Jahren schrieb William James in seinem 1.200-Seiten-Werk „Principles of Psychology“ über „Rivalität und Konflikt der unterschiedlichen Ichs“.

→ „Wie bei den meisten Dingen, die wir anstreben, so ist es auch beim ‚Ich‘. Ich bin mit der Notwendigkeit konfrontiert, zu einem meiner ‚Ichs‘ zu stehen und auf den Rest zu verzichten. Nicht dass ich nicht, wenn ich könnte, sowohl gut aussehend sein würde als auch dick oder etwa gut angezogen und ein herausragender Athlet, dass ich nicht gern jedes Jahr eine Million verdienen würde, gestreich sein würde, ein Lebemann und ein Ladykiller, gleichzeitig aber

auch ein Philosoph; ein Menschenfreund, ein Staatsmann, Krieger, ein Entdecker in Afrika sowie auch ein Komponist und ein Heiliger. Aber dies ist einfach unmöglich. Das Werk des Millionärs würde dem des Heiligen zuwiderlaufen; der Lebemann und der Philantrop würden sich gegenseitig die Beine stellen; der Philosoph und der Ladykiller könnten nicht gut im selben Hause wirtschaften. Diese unterschiedlichen Charaktere mögen am Anfang des Lebens vorstellbar sein, aber um einen von ihnen real werden zu lassen,

muss der Rest unterdrückt werden. Also muss derjenige, der nach seinem wahrsten Ich sucht, die Liste aufmerksam durchgehen und jenes aussuchen, in dem er sein Heil sieht. Alle anderen Ichs werden daraufhin unwirklich, aber das Schicksal dieses einen Ichs wird echt, sein Scheitern ist echtes Scheitern, seine Triumphe sind echte Triumphe, mit aller Schande und Freude.

Ich, der zurzeit alles darauf gesetzt hat, ein Psychologe zu sein, schäme mich, wenn andere mehr über Psychologie wissen als ich. Aber ich bin durchaus zufrieden damit, etwa dem Griechischen gegen-

über völlig ignorant zu sein, meine dortigen Defizite demütigen mich überhaupt nicht. Hätte ich Ambitionen, Sprachforscher zu sein, wäre es genau umgekehrt. So ergibt sich auch das Paradox des Mannes, der sich zu Tode schämt, weil er nur der zweitbeste Boxer oder der zweitbeste Ruderer der Welt ist. Dass er imstande ist, die ganze Welt bis auf einen einzigen zu schlagen, bedeutet ihm nichts, denn er erwartet von sich, dass er diesen einen schlägt; und so lange er das nicht tut, zählt nichts anderes. In seinen eigenen Augen ist er ein ‚Nichts‘. Ein anderer kümmerlicher Kerl aber, den jeder schlagen kann, leidet keinen Verdross, da er schon seit Langem den Versuch aufgegeben hat, diese Sorte Ich zu führen. Ohne Versuch gibt es kein Versagen, ohne Versagen keine Demütigung.

Also hängt unser Selbstgefühl in dieser Welt ganz und gar davon ab, was wir von uns selbst erwarten, was wir sein und tun wollen. Es wird festgelegt durch das Verhältnis unserer Wirklichkeit zu unseren angenommenen Potenzialen; es ist ein Bruch, dessen Nenner unser Anspruch und dessen Zähler unser Erfolg ist. Es gilt: Selbstwertgefühl = Erfolg/Anspruch. Dieser Bruch kann durch Verkleinern des Nenners und durch Vergrößern des Zählers wachsen. Ansprüche aufzugeben ist genauso erleichternd, wie sie zu befriedigen ... Es ergibt sich eine sonderbare Leichtigkeit des Herzens, wenn man die eigene Nichtigkeit in manch Angelegenheit akzeptiert hat. Wie schön etwa der Tag, an dem wir aufhören, jung sein zu wollen – oder schlank! „Danke Herr!“ sagen wir, diese Illusion ist uns genommen. Alles, was wir zu unserem Ich zufügen, ist also sowohl Stolz als auch Last. So wie in dem Beispiel von dem Mann, der im Bürgerkrieg jeden Penny verloren hatte. Er suhlte sich im Dreck und rief: „Ich war noch nie so frei und glücklich, seit ich geboren wurde!“

William James, Principles of Psychology, 1890

$$\text{Selbstwertgefühl} = \frac{\text{Erfolg}}{\text{Anspruch}}$$

MEIN ZWEITES ICH ... IST NUR FÜR MICH!

Sie sind immer für andere da, sie flicken fremde Brüche, beruhigen Angehörige, helfen anderen Menschen wieder auf die Beine.
Doch sie haben noch ein zweites Leben ...
und das ist nur für sie allein.

Christoph Schreiber

40, KLAVIERRESTAURATOR
UND UNTERNEHMER

+ ARZT DER KLINIK FÜR NEUROLOGIE MIT STROKE UNIT UND FRÜH-
REHABILITATION, IN TEILZEIT, IM UNFALLKRANKENHAUS BERLIN

Aus der Mangelhaftigkeit des eigenen Klavierspiels heraus habe ich einen anderen Zugang zur Musik gefunden und wurde nebenberuflich Restaurator für romantische Hammerflügel. Anders als in der Neurologie, einem der intellektuellsten Fächer in der Medizin, kann ich dabei mit den Händen arbeiten. Das ist eine Urbefriedigung wie Tonkneten. Holz und vielmehr die Schellackpolituren riechen phantastisch, die Arbeit damit ist etwas archaisch Mannhaftes. Ich arbeite so wenig wie möglich mit Maschinen. Meine Werkstatt wird viel frequentiert von Pianisten, die dort üben. Ein Mensch, der Schönheit schöpft, ist natürlich motivierter als jemand, der am Rande seiner Kräfte arbeitet. Als Arzt kann ich karrieristische Ambitionen natürlich vergessen, aber das war mir auch nie wichtig. Wenn in den musikalischen Salons, die ich regelmäßig veranstalte, Weltklassemusiker auf von mir restaurierten Instrumenten spielen, ist das gelebte musikalische Ideengeschichte.

Fotos: Frank Korte





Walter Schaffartzik

58, BASKETBALLER

+ ÄRZTLICHER LEITER DES UNFALLKRANKENHAUSES BERLIN

Basketball ist mein zweites Leben. Ich habe zwar erst mit 17 angefangen zu spielen, hab's dann aber trotzdem noch in die erste Liga geschafft und war später Cheftrainer der Mannschaft, die heute Alba heißt. Meine Söhne spielen beide auf hohem Niveau, der eine ist Profi und spielt in der Nationalmannschaft. Ich begleite sie sehr intensiv, zu Hause schau ich mir oft Videoaufzeichnungen ihrer Spiele an, wir besprechen nicht jedes Detail, aber die große Linie. Es ist großartig,

nach einem langen Kliniktag in die Arena zu einem Spiel von Alba zu fahren. Ich bin immer viel früher da, um die Atmosphäre in mich aufzusaugen. Basketball ist ein extrem taktischer Sport mit starken zeitlichen Vorgaben. Ich profitiere davon in mehrerlei Hinsicht: Erstens durch die Einsicht, dass es für alles Lösungen gibt. Zweitens, dass man beim Basketball wie in der Klinik Teamplayer sein muss. Drittens: Die Zeiteinteilung fällt mir schon lange nicht mehr schwer.

Leonhard Bruch

47, MEISTERCELLIST

+ DIREKTOR DER KLINIK FÜR INNERE
MEDIZIN IM UNFALLKRANKENHAUS
BERLIN

Ich habe ein deutsches Meistercello aus den Fünfzigerjahren, es steht im Wohnzimmer in der Musikecke neben dem Klavier – wegen meiner kleinen Tochter vorsichtshalber in einem Glasfaserkasten. Mein Cello ist für mich eine Art Fluchtpunkt, etwas, das nur für mich ist. Das Schöne an der Musik, insbesondere der ausübenden, ist, dass man sie trotzdem mit anderen teilt. Ich spiele seit 25 Jahren in der cappella academica, einem Orchester der Humboldt-Universität, das Studenten und Ehemalige vereint. Früher war ich mal Erster Cellist, aber das geht nicht mehr, selbst wenn ich aktiv bin, schaffe ich es ja höchstens in jede zweite Probe. Wenn ich nicht selbst spiele, sondern zu Hause auf meiner Hifi-Anlage ein Cellokonzert von Dvorak oder Elgar höre, kann ich meinen Träumen nachhängen. Zum Beispiel dem Musikertraum. „Hätt’ste mal richtig geübt!“, sag ich mir dann manchmal.





Peter Hinz

46, PILOT

+ LEITENDER OBERARZT UND STELLVERTRETENDER LEITER DER ABTEILUNG FÜR UNFALL- UND WIEDERHERSTELLUNGSSCHIRURGIE DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS GREIFSWALD

Zu fliegen gibt tatsächlich, mit Reinhard Mey gesprochen, das Gefühl einer grenzenlosen Freiheit. Als kleiner Junge in der DDR träumte ich von der weiten Welt und wollte zur Interflug, aber die hatten keine eigene Ausbildung. Der Weg ging nur über die Nationale Volksarmee – und das wollte ich so nicht. Während der Schulzeit entdeckte ich die Medizin für mich: Ich wurde Arzt und das mit Leidenschaft. Nach der Wende blitzte mein Kindheitstraum wieder auf: Ich hab meinen Privatpilotschein gemacht, später auch die Ausbildung zum Berufspiloten. Zwei Jahre lang hatte ich keinen einzigen Tag frei, aber es hat sich gelohnt. Man kann als Chirurg viel von der Fliegerei lernen, der Schwierigkeitslevel ist ähnlich, nur sind Piloten meist vorausschauender als Chirurgen, denen ja zunächst mal nichts passiert, wenn sie einen Fehler machen. Wir haben an der Klinik wie im Cockpit Checklisten eingeführt – Fehler werden dadurch erheblich reduziert.

Julia Seifert

42, BERGSTEIGERIN

+ LEITENDE OBERÄRZTIN IN DER KLINIK
FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE
IM UNFALLKRANKENHAUS BERLIN

Als ich vor etwa neun Jahren einmal faszinierende Bergfotos in die Hände bekam, habe ich sofort meinen nächsten Seeurlaub storniert und umgebucht. Schon beim zweiten Urlaub hab ich den Großglockner bestiegen und die Sache dann schnell professionalisiert. In der Berliner Sektion des Alpenvereins lernte ich den Umgang mit Seilen und Karabinern kennen – und meinen neuen Freund. In der Halle klettern Sie an vorgegebenen Haken und Wänden mit farblich markierten Plastikgriffen. Das macht nicht ganz so viel Spaß, denn es nimmt die Eigenverantwortung, den Weg zu finden und sich selbst abzusichern, was man im Alpinen natürlich muss. Dort können Sie auch mal zehn Meter tief stürzen, es ist nicht lebensgefährlich, aber unangenehm, wenn man gegen einen Felsen prallt. Aber wenn man eine Klettertour mit Erfolg erledigt, ist man erfüllt von großer Ruhe und Zufriedenheit.





- Er gilt als der Pionier der Tiefenhirnstimulation: Prof. Dr. Volker Sturm, Leiter der Klinik für Stereotaxie und funktionelle Neurochirurgie an der Uniklinik Köln.

Bei der Deep Brain Stimulation (DBS) setzt er seinen Patienten kleinste Elektroden millimetergenau in kritische Hirnareale ein, wo die elektrischen Impulse kranke Nervenzellen reaktivieren.

Herr Professor Sturm, ist mein Ich nur ein Ergebnis der Prozesse in den Neuronenschaltkreisen meines Gehirns?

Ja, so ist es: Alles was Sie tun, denken, fühlen, intendieren, ist an die Arbeit ihrer Gehirnzellen und deren Interaktion gebunden. Insofern ist Ihr Gehirn die materielle Grundlage dessen, was sie als Mensch ausmacht – Ihr Bewusstsein, Ihr Selbstbewusstsein, Ihr Ich, wenn Sie so wollen.

Was ist das Ich? Können Sie das beschreiben?

Es gibt in der Neurowissenschaft eine Schule, die meint, dass auch solche Phänomene wie das Bewusstsein oder

das Ich erklärbar wären. Ich persönlich glaube das nicht. Dass wir zum Beispiel in der Lage sind, darüber nachzudenken, was wir gerade denken, ist absolut unerforscht. Sicher ist nur, dass diese hochkomplexen Phänomene an die Aktivität bestimmter Zellenverbände gebunden sind. Aber wir sind noch weit davon entfernt, diese Dinge erklären zu können. Ich bin überzeugt, dass wir dazu auch nie in der Lage sein werden.

Was ist für Sie als bekennender Christ dann die Seele?

Ich bin nicht unbedingt überzeugt, dass es neben der materiellen Seite ein immaterielles, metaphysisches Sub-



PROF. DR.
VOLKER STURM

strat gibt, das man nun als Seele oder Ich beschreiben könnte. Wir wissen es einfach nicht. Für mich als Christ ist das aber auch nicht relevant. Nach unserem Glauben werden wir neu erschaffen und bekommen unsere Identität durch die Auferstehung wieder zurück. Aber dazu ist es nicht nötig, dass unsere Seele, unser Ich nach dem Tod sich in einem immateriellen Zwischenstadium befindet. Aber all das sind Fragen, über die man wirklich nur spekulieren kann.

Welche Krankheiten behandeln Sie?

Im Bereich der Tiefenhirnstimulation haben wir weit mehr als 1.000 Menschen einen Hirnschrittmacher implantiert.

Das ist die weltweit größte Patientenserie. Dabei werden Elektroden in jene Hirngebiete gebracht, in denen die Nervenzellverbände krankhaft synchron aktiv sind. Durch eine elektrische Reizung wird die krank machende Aktivität der Nervenzellen in den Zielgebieten massiv verändert und unterdrückt. Die meiste Erfahrung haben wir mit Parkinson-Patienten und bei motorischen Erkrankungen wie Dystonie und schwere Tremorformen, aber wir behandeln auch psychiatrische Erkrankungen wie Tourette-Syndrom, schwerste Depressionen, Angststörungen, Zwangskrankheiten und seit Kurzem auch Suchtkranke. Gerade haben wir den ersten Heroinabhängigen behandelt, der außerdem schwer alkoholsüchtig ist. Das sieht sehr gut aus bisher. Der Mann kann jetzt im Supermarkt problemlos an den Alkoholregalen vorbeigehen. Ganz wichtig ist: All diese Patienten sind konservativ austerapiert, unsere Operation war die letzte Möglichkeit.

Warum bis zuletzt warten? Weil die Methode zu riskant ist?

Nein, die Stimulation schädigt die Nervenzellen überhaupt nicht, man erreicht auch nur wenige Kubikmillimeter Hirngewebe. Von Parkinson-Patienten, die nach zehn Jahren Stimulation verstorben sind und autopsiert wurden, wissen wir, dass die stimulierten Zellen intakt geblieben sind. Natürlich beinhaltet die Operation selbst ein Risiko, aber es ist mit 0,4 Prozent sehr gering. Und bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, die noch relativ jung sind, ist noch nie eine Blutung aufgetreten.

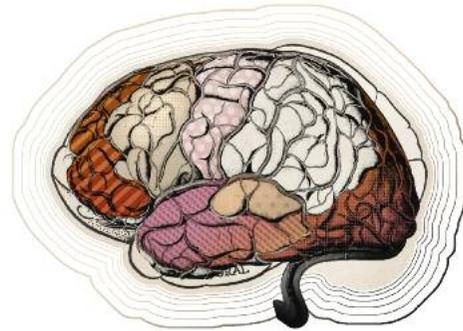
Manipulieren Sie das Ich Ihrer Patienten?

Keine Frage: Das, was das Ich ausmacht, ist manipulierbar, und als Neurochirurg muss man sich darüber bewusst sein. Aber natürlich ist unser Bestreben nicht, die Persönlichkeit der Patienten zu verändern, sondern im Gegenteil, die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass die Menschen wieder frei werden, ihre eigentliche Persönlichkeit zu entfalten. Die Willensfreiheit etwa eines schwer depressiven Menschen ist aufs Stärkste eingeschränkt, seine Emotionen sind quasi abgeschaltet. Oder nehmen Sie Menschen mit Zwangskrankheiten, die sich hundert Mal die Hände waschen oder viele Stunden am Tag duschen müssen, die nach drei Schritten auf die Knie fallen müssen und kaum 100 Meter zurücklegen können – das sind massive Beeinträchtigungen des Ich.

Und wenn der Patient sich nach der Operation dennoch nicht mehr als sich selbst erlebt?

Dann hätten wir es – theoretisch – sehr leicht, denn wir bräuchten nur die Impulsstärke zu verringern, bis die Nebenwirkungen verschwunden sind, oder wir könnten die Sonde einfach ganz abschalten. →

„Keine Frage: Das, was das Ich ausmacht, ist manipulierbar, und als Neurochirurg muss man sich darüber bewusst sein.“



→ **Welchen Patienten hoffen Sie eines Tages helfen zu können, was heute noch nicht möglich ist?**

Die Neuromodulation steht erst ganz am Anfang, wir sind in der Hirnstimulation so weit wie die Herzschrittmacher-Technologie vor 25 Jahren war. An den Parkinson-Patienten haben wir gelernt, dass die morphologische Ursache der Erkrankung ein Zellausfall in einem ganz kleinen Teil des Gehirns ist. Dadurch werden Regelkreise gestört, die weite Hirnareale massiv beeinträchtigen. Früher dachte man, dass die Zellen in diesen gestörten Arealen irreversibel zerstört sind. Heute wissen wir, dass es eben nicht so ist, sondern dass nur die Regelkreise gestört werden. In diesen Regelkreisen gibt es Kerngebiete, die wie Störsender wirken, und deren krank machende Aktivität dimmen wir durch die Hirnstimulation herunter. Auch heute, nach über 1.000 Eingriffen, wundert man sich immer noch, dass zum Beispiel Parkinson-Patienten, die jahrelang im Rollstuhl saßen, sich wieder frei bewegen können; Ähnliches gilt für psychiatrische Erkrankungen. Das macht mich sehr hoffnungsvoll für weitere Fortschritte.

Andererseits klingt Manipulation des Ichs auch etwas gruselig – inwiefern müssen wir Missbrauch befürchten?

Natürlich könnten diese Verfahren – wie jede andere Methode auch – missbraucht werden, etwa, indem man aggressivere Menschen zu zarten Lämmern macht oder umgekehrt. Diese persönlichkeitsverändernden Operationen hat es früher tatsächlich gegeben, in dem Film „*Einer flog über das Kuckucksnest*“ ist das sehr gut beschrieben.

Früher hat man ganze Hirnteile abgeschnitten. Das hatte auch Vorteile in einer Zeit, als es noch keine Neuroleptika gab und die Menschen in den psychiatrischen Verwahranstalten ein elendes Leben führten; sie wurden gefesselt, in kalte Bäder gepresst, bekamen Elektroschocks ohne Narkose – das kann man sich heute gar nicht mehr vorstellen. Heute haben wir zum Glück ganz andere Behandlungsmöglichkeiten durch Medikamente, die Psychotherapie oder eben durch schonende Hirnoperationen, wie wir sie durchführen.

Viel bedrohlicher als die Gefahr von Manipulation durch Operationen ist aber etwas anderes: Wenn ich höre, wie viele Stunden Kinder und Jugendliche täglich vor dem Computer sitzen und dadurch die Struktur ihres Gehirns ganz real verändert wird, ist das sehr beängstigend. ■



Ich III.

Sie glauben sicher, Sie seien Individualist, oder? Ein Unikat. Aber entspringt das, was Sie sind und wie Sie sich geben, wie Sie sich etwa kleiden, Ihrer eigenen Fantasie? Oder sind auch Sie ein Klon? Besser gesagt: Teil einer sozialen Gruppe, die man Ihnen ansieht? Sind Sie vielleicht eine „Jennyd' Enfer“ (links) oder gehören Sie etwa zu den „Neighbours“, wie Ari Versluis und Ellie Uytenbroek die älteren Herren in Kakiwesten in ihrem Fotoprojekt genannt haben. Seit 16 Jahren sammeln die beiden holländischen Künstler Bilder von Menschen, die zumindest äußerlich weniger „Ich“ sind und mehr „Wir“ als sie vielleicht selbst wissen. Gucken Sie mal auf www.exactitudes.com und suchen Sie nach Ihrer Gruppe, Sie Individualist!

MEINE ROLLE UND ICH

Der eine hatte als Kind wahnsinnige Angst vor dem Krankenhaus und ist heute einer der berühmtesten TV-Hausärzte Deutschlands. Der andere arbeitet als Orthopäde und ist sein Schwiegervater.

Francis Fulton-Smith alias Dr. Christian Kleist trifft Dr. Helmut Klein.



+

Francis Fulton-Smith

Schauspieler aus München, spielt seit sechs Jahren die Hauptfigur in der ARD-Serie „Familie Dr. Kleist“. Die wöchentlich ausgestrahlte Sendung über eine Eisenacher Arztfamilie erreicht teilweise mehr als sieben Millionen Zuschauer.

+

Dr. Helmut Klein

ist Facharzt für Orthopädie, Sportarzt und Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin in Euskirchen. Bis 2009 war er der Chefarzt der Orthopädisch-Traumatologischen Abteilung der Eifelhöhen-Klinik in Nettersheim.



Herr Klein, haben Sie Ihrem Schwiegersohn schon mal Tipps für seine Fernsehrolle als Arzt gegeben?

Dr. Helmut Klein: Bei medizinischen Sachverhalten schon. Da fragt er nach, wie man die am besten gestaltet. Kürzlich hattest du Fragen zu einer Reanimation ...

Francis Fulton-Smith: ... Ja, mein Filmonkel, der Uli Pleitgen, hatte einen Herzanfall. Es ging darum, wie man sich in der freien Natur verhält, ich musste ihn aus einer Höhle retten. Da hab ich meinen Schwiegervater dann konsultiert. Erzähl du, als Fachmann ...

Dr. Klein: ... Er hatte natürlich nur eine Arzttasche mit einigen Medikamenten und wenigen Instrumenten dabei. Ich habe dann mit ihm besprochen, wie eine Mund-zu-Mund-Beatmung und eine Herzmassage abzulaufen haben.

Herr Dr. Kleist – pardon, Herr Fulton-Smith, haben Sie denn eine Ahnung von Medizin?

Fulton-Smith: Nicht wirklich. Ich möchte nicht mein eigener Patient sein. Im Film ist das immer eine Gratwanderung: Wir wollen Geschichten erzählen und können nicht von der Anamnese bis zur Genesung alles dokumentieren. Wir wollen es richtig aussehen lassen, aber die Ärzte unter unseren Zuschauern schmunzeln sicher schon manchmal.

Wann haben Sie zuletzt geschmunzelt, Herr Dr. Klein?

Dr. Klein: Als nach einer erfolgreichen Reanimation zum Transport des Patienten eine Infusion angehängt wurde, die vorher nicht entlüftet worden war.

Fragen wir den Schauspieler unter Ihnen: Wie hat es sich angefühlt, als Sie das erste Mal den weißen Kittel übergestreift haben? Haben Sie sich gleich „ärztlicher“ gefühlt?

[Dr. Klein lacht]

Fulton-Smith: Der Kittel hilft einem schon, wenn man in diese Rolle schlüpfte. Als Dr. Kleist versuche ich allerdings den „Halbgott in Weiß“ zu vermeiden.

Macht der Kittel etwas mit Ihnen?

Fulton-Smith: Er bewirkt eher etwas beim Zuschauer beziehungsweise auch beim wirklichen Patienten. Es ist ein wichtiges, eher unbewusstes Signal. Grundsätzlich könnte der Arzt auch in Zivil rumlaufen.

Herr Klein, Sie nicken?

Dr. Klein: Der Patient erwartet schon eine gewisse Außendarstellung. Wenn wir Visite ohne Kittel machen würden, würden uns manche Patienten gar nicht erkennen. Der Kittel schafft auch eine gewisse Distanz, die notwendig ist, um helfen zu können. Ich muss dem Patienten einerseits Partner sein, er darf mit allem zu mir kommen können, aber er muss auch wissen: Der Arzt braucht, wenn er das Zimmer wieder verlässt, wieder einen gewissen Abstand, um sich dem nächsten Patienten zuzuwenden zu können.

Bei Dr. Kleist geht es da wohl mehr um Nähe als um Abstand, oder?

Fulton-Smith: Mein Schwiegervater sagt, ich bin der einzige Arzt, der seine Patienten zu Hause abholt ... Der Zuschauer wünscht sich halt den Mediziner, der einem Patienten die Krankheit „von den Lippen abliest“ und der sich ihm zu hundert Prozent zuwendet.

Für dieses Gefühl schalten sich fünf bis sieben Millionen deutsche Fernsehzuschauer Woche für Woche in Ihre Serie. Können Sie sich das erklären?

Fulton-Smith: Es geht um Geborgenheit, Familie und Kompetenz. Dr. Kleist hat diese gewisse Ernsthaftigkeit im Umgang mit dem Patienten und der Familie. Dieser Spagat zwischen Vertrauen und Kompetenz ist einer der Bausteine des Erfolges.

Herr Dr. Klein, mögen Sie den Dr. Kleist?

Dr. Klein: Meinen Schwiegersohn sowieso, aber die Figur Dr. Kleist ist natürlich eine liebenswerte Fiktion. Er verkörpert das, was sich der Patient wünscht: Einen Arzt, der die Leute noch richtig kennt und den Schicksalen nachgeht. Was in der Realität leider immer seltener vorkommt. →

→ Nehmen Sie zum Beispiel einen Radiologen, der am Tag hunderte Bilder und Untersuchungen macht: Er kann sich nicht von jedem Patienten die gesamte Familiengeschichte erzählen lassen.

Wie erzeugen Sie dann ein gutes Klima zwischen sich und Ihren Patienten? In der Klinik?

Dr. Klein: Ich versuche auch als Chef einer relativ großen Abteilung ein guter Partner für meine Patienten zu sein. Schon beim ersten Gespräch geht es darum, eine große Vertrauensbasis zu erzielen. Die ersten zwei, drei Sätze eines Patienten geben mir das Gefühl, wie ich ihn anzufassen haben. Das kann man nicht lernen, es ist mehr intuitiv. Der Patient muss innerhalb von wenigen Tagen das Gefühl bekommen, dass der Arzt sein Vertrauter ist. Es geht um ein gewisses Urvertrauen, ähnlich wie bei einem Kind.

Dem Dr. Kleist vertrauen die Patienten häufig auch Liebesaffären, Familiendramen oder verheimlichte Krankheiten an.

Dr. Klein: Das ist vor allem für Hausärzte im ländlichen Bereich typisch, die kennen die familiären Zusammenhänge und können Krankheiten aus dem Kontext des Umfelds heraus erkennen.

Fulton-Smith: Das ist heute einer der haupttragischen Aspekte in unserer doch so fortschrittlich definierten Gesellschaft, dass die typischen Landärzte aussterben. Wir müssen dringend nach Lösungen suchen, wie wir angesichts des zunehmenden Arztmangels auch der Landbevölkerung eine gute medizinische Versorgung schaffen oder erhalten. Da reicht nicht der Zivi, der den Ambubeutel bedienen kann.

Für einen Dr. Kleist wäre das eine ganz schön politische Aussage. Juckt es Sie manchmal, Dinge, die Ihnen Ihr Schwiegervater erzählt, in die Serie einzubringen?

Fulton-Smith: Neulich haben wir uns über die Belegungssituation in seiner Klinik unterhalten. Über die unterschiedliche Sicht eines Verwaltungschefs und eines Arztes. Da denke ich schon, dass es toll wäre, wenn Dr. Kleist in der Serie über solche oder ähnliche Themen einmal eine Diskussion führen könnte. Aber die Konzeption unserer Sendung ist eine andere, da würden wir uns auf sehr gefährliches Terrain begeben und machten uns dadurch angreifbar, was natürlich nicht Sinn einer Unterhaltungsserie sein kann. Ich würde mich zu einem solchen Thema auch nicht in einer Talkshow äußern.

Dennoch dürften Sie von den Menschen außerhalb Ihrer Rolle mit einem medizinisch kompetenten Dr. Kleist verwechselt werden.

Fulton-Smith: Manchmal sprechen mich Menschen auf der Straße an und sagen: „Ich sehe Sie so gerne, mein Arzt müsste auch so sein“. Einmal hat mir eine Taxifahrerin, die im Nebenberuf Rettungsassistentin ist, gesagt: „Bei Ihnen lerne ich immer so viel.“ Bow, da dachte ich, wenn die sich bei mir in der Serie Anregungen holen, müsste man doch einmal den Ausbildungsumfang und die Lerninhalte für Rettungssanitäter hinterfragen.

Dr. Klein: Vielleicht wollte sie einfach nett zu dir sein ...

Fulton-Smith: ... das kann natürlich sein, dass sie geflunkert hat. Aber es hat sich für mich nicht so angehört.

Wer von Ihnen ist der bessere Schauspieler?

Dr. Klein: Ganz zweifellos er.

Fulton-Smith: Ich weiß das nicht so genau. Auch Ärzte brauchen vielleicht bisweilen etwas schauspielerisches Talent?

Dr. Klein: Der „echte“ Patient braucht keinen Schauspieler als Arzt, sondern einen fachlich kompetenten Partner, dem er sich voll und ganz anvertrauen kann. Dennoch braucht der Arzt eine gewisse Distanz. Der Patient muss nicht merken, wenn man sich selbst einmal in einer schwierigen Situation befindet. Was nicht heißt, dass man bei manchen Patientenschicksalen nicht auch sagen sollte, dass man dieselbe Erkrankung oder Verletzung oder eine ähnliche Operation schon selbst durchstehen musste, was dem Betroffenen wiederum das Gefühl gibt, dass der Arzt weiß, wovon er redet.

Bei Dr. Kleist ist ja der Mensch hinterm Arzt wichtig. Ist es beim echten Arzt nicht andersrum? Tritt er als Mensch hinter dem Beruf zurück?

Dr. Klein: Nein, eigentlich nicht. Das gehört alles sehr zusammen. Es imponiert dem Patienten sogar, wenn ich zugebe, dass ich manche Dinge nicht weiß oder dass ich noch andere Kollegen zu Rate ziehen oder mich noch einmal belesen möchte. Aber er muss erkennen, dass man dies nicht aus reiner Unkenntnis zugibt, sondern aus Sorge um die richtige Einschätzung.

Fulton-Smith: Das gilt übrigens auch für Dr. Kleist. Am Anfang der Serie war er ein Mensch, der alles kann. Dann haben wir gemerkt: Trotz der positiven Lebensbilanz, die wir in den 45 Minuten vorschlagen, ist es nicht optimal, einen Helden zu haben, der immer alles richtig macht. Das glaubt uns der Zuschauer nicht.

+

Familie Dr. Kleist

Die Serie zählt zu den beliebtesten ARD-Formaten: Dr. Christian Kleist lebt in zweiter Ehe mit drei Kindern und einem Pflegekind zusammen (Bild unten). Sein Onkel, ein Apotheker, und dessen Lebensgefährtin wohnen ebenfalls im Haus. In der aktuellen vierten Staffel übernimmt Dr. Christian Kleist zusätzlich zu seiner Praxis auch Belegbetten in einem Krankenhaus.



Herr Fulton-Smith, nehmen Sie das Arzt-Patienten-Verhältnis durch Ihre Rolle jetzt anders wahr?

Fulton-Smith: Ich habe noch mehr Respekt vor dem Berufsstand des Arztes und die knallharte Erkenntnis erlangt, dass ich diese Aufgabe nicht wirklich ausüben könnte. Ich schätze den Beruf des Arztes sehr, gerade auch im Zusammenhang mit den vielfältigen Gesundheitsreformen, wobei ich mich zusehends auf die Seite der Ärzte schlage. Bestimmte Dinge brauchen eben Geld, Ausbildung, Qualifikation, medizinische Ausrüstung und so weiter. Wenn wir unseren Status als eine führende Industrienation erhalten wollen, gehört dazu auch ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Das fängt schon beim Einzelnen an, wie er sich ernährt, dass er mit Respekt und Fürsorge mit seinem Körper umgeht, dessen Signale wahrnimmt und regelmäßig die möglichen Vorsorgeuntersuchungen macht. Diese Dinge sind für mich auch durch den Beruf selbstverständlich geworden. Der Gang zum Arzt ist für mich nicht mehr so dramatisch.

Sie hatten Angst vor Ärzten?

Fulton-Smith: Ich bin einfach nicht hingegangen. Als Kind hatte ich eine Phobie vor Krankenhäusern. Ich habe zu meiner Mutter gesagt: „Hier wimmelt es von Viren und Bakterien, ich will hier nicht rein, ich rieche den Schmutz!“ Meine Mutter sagte: „Du spinnst, wir sind hier im Krankenhaus, hier ist alles antiseptisch“ – na ja, und später kamen dann diese ganzen „Keim-Skandale“ auf. Heute lege ich Wert auf eine gute Klinik und auf qualifiziertes Fachpersonal, und das kostet eben Geld. Wenn ein Arzt 500 bis 1.000 Patienten zu versorgen hat, erübrigt sich die Frage, wie viel Zeit pro Patient übrig bleibt.

Dr. Klein: In der Zeit, in der dein Dr. Kleist einen einzigen aufregenden Fall behandelt, hat der Arzt in der Praxis 30 und mehr Patienten zu versorgen!

Fulton-Smith: Und da sprechen wir von einem Ballungsraum mit einer entsprechend hohen Arztdichte.

Dr. Klein: Was aber ist mit der Landbevölkerung, wo noch mehr Patienten auf einen Arzt kommen? Wo Patienten oft lange Strecken zurücklegen müssen, damit sie überhaupt zum Arzt oder zu einer Behandlung kommen können? Wo der Bus nur zweimal täglich fährt, nämlich einmal pro Tag hin und einmal zurück ...?

Fulton-Smith: ... und schon haben Sie einen Patienten, der sehnsüchtig am Abend „Dr. Kleist“ anguckt und sagt, ach ja ...

Beide: ... so müsste es sein!

Interview: Kirsten Wörnle

„Ich“ ruft und fühlt es in uns – doch wo steckt sie denn nun, die Seele eines Menschen?

Hat das Ich einen Ort?

Seit Jahrhunderten zerbrechen sich Gelehrte darüber den Kopf, während Naturvölker einfach Fakten schaffen. Eine Auswahl.



in der Brust

Der griechische Philosoph Epikur, geboren im vierten Jahrhundert vor Chr., hielt die Seele für eine Ansammlung von Atomen, die über den ganzen Menschen verteilt sei – ein Körper innerhalb des Körpers. Sein Anhänger, der römische Dichter Lukrez, verortete sie in der Brust. Platon ging von der Präsenz der Seele gleich in mehreren Körperteilen aus: den für Mut zuständigen Teil der Seele verortete er in der Brust, den triebhaften Teil im Unterleib, den denkenden Teil im Gehirn.



im Gehirn

Führende Neurowissenschaftler unserer Zeit halten das Gehirn für den Sitz des Ich: „Die Daten, die mit modernen bildgebenden Verfahren gewonnen wurden, weisen darauf hin, dass sämtliche innerpsychischen Prozesse mit neuronalen Vorgängen in bestimmten Hirnarealen einhergehen“, schreiben sie in einem gemeinsamen Manifest. Bereits im zweiten Jahrhundert n. Chr. lokalisierte der weithin bekannte griechische Arzt Galenus von Pergamon die Seele im Gehirn.

WO WOHNT DAS ICH?



im Kopf

Die Kopffäger von Borneo sollen einst die abgeschlagenen Häupter ihrer Feinde über dem Feuer konserviert haben. Wer in den Besitz eines Kopfes kam, auf den gingen die spirituellen Kräfte des Getöteten über. Der Kopf soll als der Sitz der Seele gegolten haben. Sammlungen von Schädeln wurden im Gemeinschaftshaus in Netzen aufgehängt, damit alle Bewohner von der Kraft der Seelen der Feinde profitieren.



im Nirgendwo

Der französische Philosoph René Descartes erklärte im 17. Jahrhundert: Körper und Geist sind getrennte Systeme. Der Körper lasse sich im Rahmen der Mechanik erklären. Die immaterielle Seele entziehe sich der empirischen Forschung. Zwar sei die Seele mit dem ganzen Körper verbunden, aber sie habe keinen Ort. Allerdings gebe es eine Kommunikation zwischen Seele und Körper, die über die Zirbeldrüse laufe.



im Atem

Seit Jahrtausenden glauben so genannte Animisten, dass alle Dinge beseelt sind: Demnach haben auch Bäume, Bäche, Berggipfel eine Art „Ich“. Es ist von luft- oder dampfartiger Gestalt und verlässt den Körper beim Tod durch den Mund. Prähistorische Grabhügel sollen „Seelenlöcher“ gehabt haben – für den freien Abflug dieses Ichs. Animistische Weltanschauungen sehen zwei Ich-Ausprägungen: in Form des Körpers, zerbrechlich und vergänglich, und in unsichtbarer, geistartiger Form, unvergänglich und ideal.



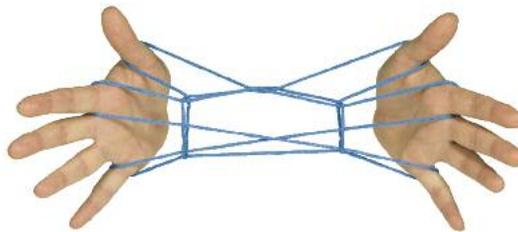
im Herz

Für Aristoteles hatte die Seele drei Merkmale: Bewegung, Wahrnehmung und Unkörperlichkeit. Auch wenn sie nicht aus Materie sei, gehöre sie dennoch zum Körper, erklärte der griechische Philosoph: Er lokalisierte die Seelenmerkmale des Lebens, der Bewegung sowie der Empfindung im Herzen. Das Gehirn war für ihn ein Kühlorgan, blutleer bis auf die Hirnhäute, und konnte daher nicht der Sitz der Seele sein.



im Auge

In einem Buch über Naturvölker von 1868 berichtete der Magdeburger Gelehrte Dr. Georg Gerland von einem alten Brauch in Tahiti, dem König das linke Auge von Menschenopfern darzubieten. Es habe als Sitz der Seele gegolten. Der König habe dann so getan, „als ob er es verschlänge und durch diese Zeremonie Verstand und Klugheit bekommen sollte. Ursprünglich hat er es gewiss gegessen“, vermutet Gerland, „erst später, als die Sitten sich milderten, begnügte man sich mit einer symbolischen Handlung.“



in den Nervenzellen

Francis Crick, der zusammen mit James Watson die menschliche DNA entschlüsselt hat, hält unsere ganze Persönlichkeit für „das Verhalten einer riesigen Ansammlung von Nervenzellen und dazugehörigen Molekülen“. Ihr Zusammenwirken erzeuge das „Selbst“ – ähnlich einer Taschenuhr, welche die Zeit anzeigt, obwohl diese Fähigkeit keinem der Schraubchen, Federn oder Rädchen innewohnt.



im Samen

Die Seele eines Kindes wird bei der Zeugung mit dem väterlichen Samen mitgegeben – glaubte Tertullian, ein christlicher Schriftsteller und Theologe im zweiten und dritten Jahrhundert nach Christus. So wie der Embryo heranwachse, wachse auch die Seele heran. Der griechische Philosoph Aristoteles war ebenfalls davon überzeugt, dass Teile der Seele bereits im Samen anwesend sind. Die unsterbliche Geistseele komme allerdings nach der Zeugung von außen „zur Tür herein“.



in den Haaren

Das grausame Ritual des Skalpierens – das Abziehen der Kopfhaut samt Haaren – wird nicht zuletzt seit Karl Mays Zeiten gerne mit den Indianern assoziiert: Angeblich raubte man dem Feind Haupt und Haar, um an dessen Kräfte zu gelangen. Das Haar galt als Sitz der Seele und Lebenskraft. Manche Stammeshäuptlinge sollen fremde Locken an ihre Zelte und Festgewänder geheftet haben.

ERDBEERTÖRTCHEN FÜR DAS NEUE ICH



Das Schweizer Pflegeheim „Sonnweid“ gilt als eine der besten Demenzzentren weltweit. Ein Besuch.



→

Im Städtchen Wetzikon in der Nähe von Zürich hängt an einer Außenwand des Pflegeheims „Sonnweid“ eine mehrere Meter lange Vitrine. Darin stehen viele Dutzend tönerner Figuren, alle etwa 12-15 Zentimeter groß, wie zu einer Prozession reihen sich die kleinen Gestalten im Glaskasten auf. Jeder Demenzkranke, der neu in die „Sonnweid“ kommt, kriegt Ton für zwei Figuren in die Hände gedrückt. Die eine Figur erhalten die Angehörigen, wenn der Kranke gestorben ist; die andere Figur bleibt in der „Sonnweid“ und wird nach dem Tod des Heimbewohners zur „Karawane“ in den Glaskasten gestellt oder in den „Raum der Stille“, wo sie im Kerzenschein eine „Sammlung der Seelen“ bildet. Die tönernen Figuren aus den Händen der Kranken sind meist deformierte Gestalten, krumm, gebeugt, verwachsen, irgendwie lädiert, aber es sind ohne jeden Zweifel menschliche Gestalten mit einem Kopf und einem Körper, sie sind immer noch als Personen erkennbar, als der Abdruck eines Ich.

— **Das Rätsel Demenz** — Aber was ist das Ich, wenn ihm fast alle Erinnerungen und aller Intellekt entglitten sind, wenn es oft nur noch aus Gefühlen zu bestehen scheint, aus archaischer Angst vor allem? In einem der Gänge des Pflegeheims, von dem aus man auf die Figurenkarawane draußen in der Vitrine

blicken kann, steht Michael Schmieder, 55, der Chef in der „Sonnweid“, die als eine der besten Demenzzentren weltweit gilt. „Ich glaube“, sagt Schmieder mit Blick auf die „Giacometti-Figuren“ draußen im Glaskasten, „der Mensch schüttet seine Erlebnisse von der Geburt an auf einen ‚inneren Komposthaufen‘, wo sie im Verlauf von Jahrzehnten in ihre Einzelteile zerlegt und zu neuen, identitätsbildenden ‚Produkten‘ verarbeitet werden. Was uns in Demenzkranken begegnet, ist ein Ergebnis dieses Prozesses, aber wir können die einzelnen Schritte nicht mehr zurückverfolgen und deshalb nicht verstehen, warum das Ich des Kranken heute so ist wie es ist.“ Es sei wie bei Salvador Dalís surrealistischen Figuren, aus denen sich diverse Schubladen öffnen: „Es ist ein- und dieselbe Person, aber aus jeder Schublade kommt etwas völlig anderes heraus, und wir verstehen nicht, nach welchem System diese Schubladen befüllt und geöffnet werden.“

— **Gelebte Anarchie** — Michael Schmieder, kariertes kurzärmliges Hemd, Schnauzer, wache braune Augen, strahlt etwas Schelmisches, Lausbubenhaftes aus. Er sagt gerne Sätze, die man von einem Pflegeheimchef überhaupt nicht erwartet. Zum Beispiel, dass er „ein chaotischer Mensch“ sei oder dass ihn Systeme, die ohne Regeln funktionieren, viel mehr

→



„Die Krankheit meiner Frau hat mich positiv verändert.“

LEONHARD PADRUTT

- faszinierten als Systeme mit Regeln. „In der Demenz haben wir eine völlig eigene Regelwelt – jeder hat seine eigenen Regeln. Das ist gelebte Anarchie“, sagt Schmieder fast freudig.

Michael Schmieder berät Politiker, auch deutsche, er sitzt in europäischen Gremien und ist ein ruheloser Vortragsreisender in Sachen Demenz. Der gelernte Pfleger mit Master-Abschluss in Ethik schätzt die Theorie, aber verliebt ist er ins Praktische, in das, was sich im Umgang mit Demenzkranken tatsächlich erleben lässt. Zum Beispiel wenn der Schlaraffenlandwagen einmal im Monat durch die „Sonnweid“ fährt, ein Teewägelchen bestückt mit Schoko- und Erdbeerstückchen in Herzform, mit Windbeuteln, Mohrenköpfen, auch mal mit Eierlikör und Bier.

„Demenzpatienten haben oft kein Gefühl mehr für Hunger und Durst, man muss ihre Lust am Essen wecken“, sagt Schmieder und schwärmt: „Wenn einer an so einem Erdbeerherzle schlotzt, sieht man, wie er in diesem Moment Glück erleben kann, zufrieden ist.“

— **Wellness statt Stress** — Die Erdbeerherzen sind nur eine Variation der Antwort, die man in der „Sonnweid“ auf das Rätsel Demenz gibt: „Wir nehmen die Bewohner, wie sie sind, bedingungslos“, sagt Michael Schmieder. „Wir bieten Wellness, alles was Spaß macht. Ansprüche stressen die Kranken nur, weil sie dann spüren, was sie verloren haben.“ Und dann sagt Schmieder etwas, das man wohl von wenigen Heimleitern zu hören bekommt: „Letztlich ist die Pflege von Demenzkranken etwas äußerst Einfaches: Wir müssen nur hinschauen, was uns in ihnen begegnet.“

Während Schmieder im Gang stehend erzählt, läuft eine Heimbewohnerin mehrmals vorbei, sie ist einer jener „Wanderer“, die unentwegt ihre Runden durchs Haus und den Garten ziehen, mit stierem Blick oft, vor sich hin murmelnd. Die Frau ist eine Dame, ihre Kleidung, ihr Schmuck, ihre gerichteten Haare verraten Wohlstand. Bevor sie in die „Sonnweid“ kam, lebte sie in einer Seniorenresidenz, in der sie für etwa 15.000 Franken im Monat Tag und Nacht betreut wurde. „Die konnten sie wegen ihrer Lauferei nicht haben, sie hat dort den Ablauf gestört“, berichtet Schmieder. In der „Sonnweid“ stehen ihr fast alle Türen offen, selbst nachts darf sie ihrem Bewegungsdrang nachgeben. „Würde man sie ins Bett zwingen“, sagt der Heimleiter, „hätte man Unruhe. Je weniger wir die Bewohner einschränken, umso weniger Komplikationen gibt es.“

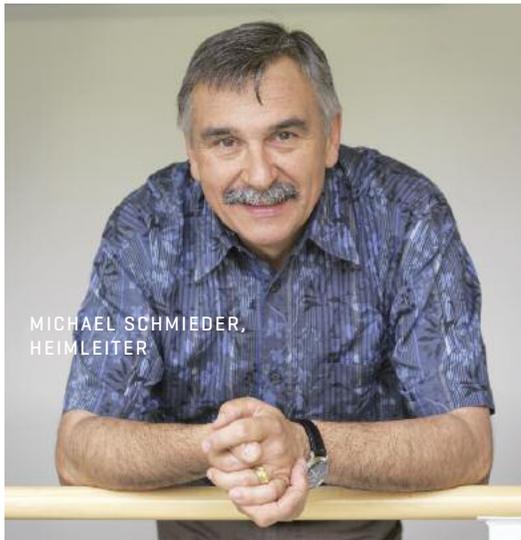
— **Das Unnötige ist das Notwendige** — Bei ihren zwanghaften Runden durchs Haus treffen die „Wanderer“ nicht nur auf unverschlossene Türen, auf helle Wandfarben, viel Licht und große Glasflächen für den Blick ins Grüne; überall im Haus stehen Sofas und Sessel und Bänke zum Ausruhen, auf Tablettis liegen täglich neu Obstschnitze und süße Häppchen vom Konditor in mundgerechten Portionen, ohne die mancher „Wanderer“ seinen Kalorienbedarf kaum decken könnte. In den Fluren stehen Kleiderständer zum Stöbern und lebensgroße Holzfiguren zum Anfassen, überall hängen Bilder und Mobiles. „Man muss wegkommen von dem Gedanken, nur das zu machen, was es braucht. Das Unnötige ist das wahrhaft Notwendige“, sagt Schmieder, der darüber nachdenkt, einen Dekorateur einzustellen. Zum „Un-



nötigen“, aber erklärtermaßen „Notwendigen“ in der „Sonnweid“ gehört auch, dass einer der vier Heimköche täglich zur Mittagszeit mit einem fahrbaren Gasherd in einer der Stationen aufkreuzt und als „Kochboy“ mit Kochmütze und netten Sprüchen vor den Heimbewohnern ein Cordon bleu anbrät oder eine Suppe aufkocht. Damit sie es riechen und brutzeln hören und Lust aufs Essen bekommen. Regelmäßig ist auch ein mobiler Ofen fürs Backen auf den Stationen unterwegs, „das macht eine Portugiesin vom Reinigungsdienst, die spricht kaum Deutsch, aber das Backen mit den Bewohnern klappt wunderbar“, sagt Schmieder, der Mann, der gerne Regeln hinterfragt und für unbrauchbar erklärt. Demnächst soll einer der Hausmeister als Begleiter der „Män-

nergruppe“ installiert werden, die einmal in der Woche „Männersachen“ macht, also das Flieger- oder Traktormuseum aufsucht oder auch mal eine Wirtschaft.

— **Die „Berührerin“ kommt** — Selbst Sex ist kein Tabu auf der „Sonnweid“. So wenig es die Würde der Kranken zulässt, dass man sie fürs Essen weckt oder im Latz durchs Haus laufen lässt, so selbstverständlich verliert ein Demenzkranker nicht sein Recht auf Intimität. Ein „Sonnweid“-Bewohner bekommt alle zwei Wochen Besuch von einer „Berührerin“, er bezahlt ihre Dienste aus eigener Tasche, und wenn er es nicht könnte, versichert Schmieder glaubhaft, „dann könnt’ man etwas organisieren“. Dabei haben all diese mehr oder weniger ungewöhnlichen Maß-



MICHAEL SCHMIEDER,
HEIMLEITER

+

Die „Sonnweid“

ist ein privates Pflegeheim, in dem sich 260 Voll- und Teilzeitkräfte um 150 Demenzerkrankte kümmern. Etwa 100 Bewohner leben im Pflege- und Betreuungsbereich, wo sie rund um die Uhr betreut werden. In den Wohngruppen im Haus und in der Stadt leben rund 30 Menschen, die noch zu Hause sein könnten, wenn sie dort einen Partner hätten, der ihre Defizite auffangen kann. Die Schwerstpflegebedürftigen leben in zwei so genannten Pflegeoasen. Dort liegen jeweils sieben Bewohner mit schwerer Demenz in einem einzigen großen Raum, bewegliche Schränke und Wände erlauben es dennoch, kleine persönliche Wohnbereiche zu schaffen.

Als auf der „Sonnweid“ 1998 die erste Pflegeoase eröffnete, gab es vor allem aus Deutschland heftige Kritik am Konzept der gemeinsamen Unterbringung. Inzwischen ist diese Praxis auch in deutschen Heimen anerkannt. Die Bewohner, so Studien, fühlten sich in der Oase nicht allein und würden ihre Umgebung besser wahrnehmen als in einer herkömmlichen Pflegeabteilung mit kleineren Zimmern.

Ein Platz in der „Sonnweid“ kostet monatlich rund 6.000 Euro – für Schweizer Verhältnisse keineswegs ein hoher Betrag. Ein Viertel davon übernimmt in der Regel die Krankenkasse, maximal 2.000 Euro werden durch die staatliche Ergänzungsleistung bestritten [sie hängt vom Einkommen und Vermögen der Betroffenen ab]; der Rest wird aus den Renten und Pensionen der Bewohner und aus ihren Vermögen bezahlt.

→

nahmen keinerlei therapeutischen Anspruch. „Wir haben zwar einen Therapiehund, der einmal in der Woche gebracht wird“, erklärt der Heimleiter, „aber lieber ist mir der Hund, den ein Bewohner mitbringt, und der dann Anlass ist für regelmäßige Spaziergänge und Interaktion“. Auf der „Sonnweid“ wird auch ausgiebig gesungen, geturnt, gemalt, gebastelt – aber nicht, um zu heilen, sondern um ein normales Leben als Kranker zu führen. Die Maxime dabei: Wer signalisiert, dass er nicht mittun will, darf alles lassen. So wie jene sechs Bewohner in einem der Pflegebereiche. Morgens um halb zwölf Uhr sitzen sie an ihrem Tisch, einer nimmt mithilfe eines Pflegers sein spätes Frühstück zu sich, die anderen sitzen schweigend da, die Augen geöffnet, aber in sich und ihre uns fremde Welt versunken. Kommentiert Michael Schmieder: „Einfach nur da zu sitzen ohne die Frage, wozu es nützt – an Zen-Buddhisten bewundern und beneiden wir solches Verhalten.“

— **Wichtig ist, was jetzt ist** — Um diese Zeit ist in der Wohngruppe D1 viel Bewegung, die sieben Bewohner sind mit zwei Betreuerinnen zugange: Die einen schälen Kartoffeln, die anderen decken den Tisch, eine Frau hält Zwiesprache mit Katze KENZA, die mit ihrer Besitzerin in die „Sonnweid“ kam, eine andere Bewohnerin bespricht mit Margit Sigg, der Gruppenleiterin, die Medikamente, die sie zum Mittagessen einnehmen muss. Margit Sigg ist gelernte Kinderpflegerin und schon seit elf Jahren in der „Sonnweid“, und sie spricht mit einer bemerkenswerten Wärme und Fröhlichkeit über die ihr Anvertrauten. „Manchmal wird es einem Bewohner zu viel hier, er fühlt sich überfordert und zeigt es, indem er nicht mehr richtig isst, manche urinieren oder stuhlen dann irgendwo hin. Dann können wir sie in die Pflegeabteilung verlegen, dort fühlen sie sich wieder stärker, weil sie weniger mit ihren Defiziten konfrontiert werden.“ Über die Vergangenheit der Kranken wisse sie nur wenig, wichtig sei, sagt Margit Sigg, was jetzt ist: „Wenn ich weiß, dass einer früher nie Kaffee trank, bin ich versucht, ihm jeden Tag Tee zu geben. Dabei will er heute unbedingt Kaffee, kann es aber gar nicht richtig zum Ausdruck bringen. Wir müssen halt sehr gut hören und spüren.“

— **Das andere Ich erwacht** — „Nicht wahr, wir müssen gut aufeinander hören?“, ruft Margit Sigg zu Ference K., der ihr in einem Sessel gegenüber sitzt. „Ja, Sie hören gut zu“, antwortet Herr K., weißes volles

→



„Wir müssen
halt sehr gut hören
und spüren.“

MARGIT SIGG,
GRUPPENLEITERIN

→

Haar, akkurat gekämmt, blaues Business-Hemd, an seiner Krawatte steckt eine goldene Nadel. „Danke“, erwidert Margit Sigg, „was gefällt Ihnen denn noch?“ „Das Ganze, wie es hier eingerichtet ist, die Leute, die hier sind, wir können mit ihnen leben, wir kennen einander, das ist wichtig“, sagt Herr K.

Ference K. waren einmal ganz andere Dinge wichtig. Viele Jahre lebte er in den USA, in welcher Stadt hat er vergessen, auch das Englisch ist ihm abhanden gekommen. Er hat, so erzählt man im Heim, Entscheidendes zur Entwicklung des Laserdruckers beigetragen, aber auch darüber kann Herr K. nichts mehr sagen. Sein altes Leben, sein altes Ich, scheinen verschwunden, irgendwo versteckt, zurückgezogen, schlafend.

Andere Ichs erwachen hier in der „Sonnweid“, und vielleicht muss man es sich so vorstellen, dass von den schwindenden Ichs etwas übergeht zu den erwachenden Ichs, dass den einen etwas zuwächst, während den anderen alles zerrinnt.

— **Ein kurzer klarer Moment** — Seit zehn Jahren begleitet Leonhard Padrutt die Krankheit seiner Frau. Zuerst war es Parkinson, bald kam die Demenz hinzu. Früher verhielt sie sich „wie ein kleines Kind, wenn es sich nicht durchsetzen kann: Sie weinte, zitterte, schrie, sie boxte mich“, erzählt Leonhard Padrutt, ein kleiner drahtiger Mann von hellwachem Wesen. Diesen Attacken gingen immer Halluzinationen voraus, die schließlich in Aggressivität mündeten. Inzwischen hat seine Frau stark abgebaut, sie redet kaum noch, schläft viel, sitzt mit ihrer Puppe im Schoß und einem Sturzhelm auf dem Kopf stundenlang im Sessel. Leonhard Padrutt reist jede Woche aus dem Engadin an, um seine Frau an drei Tagen viele Stunden lang zu besuchen, rückwärts gehend führt er sie an zwei Händen über die Flure, Schritt für Schritt. „Vor zwei Wochen hat sie mich plötzlich angeschaut und gesagt: ‚Ich danke dir für alles‘. Das geht tief, man denkt: Ein ganzer Satz, der Sinn macht, dann war sie wieder weg.“

„Die Krankheit meiner Frau hat mich positiv verändert“, sinniert Leonhard Padrutt, der früher als Elektroingenieur in der Kraftwerksautomatisierung und in Informatikprojekten arbeitete. „Ich war sehr sachbezogen, es gab technische Probleme, die man lösen musste, für mich war der Mensch sekundär, manche Leute hatten Probleme mit mir, weil ich zu wenig Gefühl zeigte. Während meiner ganzen Berufszeit war meine Frau für mich da, sie hat mir den Rücken freigehalten.“



„Jetzt ist er für sie da, liest und fühlt und arbeitet sich hinein in die Krankheit, die seine Frau so verändert.“

— **Selbst leben lernen** — Oder Thérèse Robin, die ihren dementen Lebensgefährten Herbert N. drei Mal wöchentlich in der „Sonnweid“ besucht. Wenn sie ihn später von zu Hause aus noch einmal anruft, immer um 19.30 Uhr, vor den Fernsehnachrichten, hat er schon vergessen, dass sie sich erst kurz zuvor verabschiedeten. „Die Erinnerungen sind wie mit einem Staubsauger herausgesaugt“, sagt Thérèse Robin. „Mein Partner realisiert, dass er fast alles vergisst, und das macht ihn traurig.“ Immerhin erkennt er sie und wartet schon freudig, wenn sie in die „Sonnweid“ kommt. „Ich bin schon sehr nahe dran zu akzeptieren, dass es so ist, wie es ist“, sagt Thérèse Robin mit den Tränen kämpfend, „und ich musste lernen, mein eigenes Leben zu leben. Ich habe mir Sachen vorgemerkt, die ich noch machen will, bevor ich ganz alt bin.“ Reisen, auf einem Motorrad mitfahren. Und im Heißluftballon. „Mit 40 hab ich gesagt: ‚Ich habe Angst‘. Mit 50 hab ich immer noch gesagt: ‚Ich habe Angst‘. Jetzt bin ich 68 und sage: Ich steige in den Korb. Der Termin im Sommer steht fest.“

Ich IV.

•

„Wenn ich nur ein bisschen bescheiden wäre,
wäre ich perfekt.“

TED TURNER

„Wann bemerkte ich, dass ich Gott bin?
Nun, als ich betete und plötzlich merkte,
dass ich mit mir selbst sprach.“

PETER O'TOOLE

„Ich bin nur ein Typ, der Filme macht.“

CLINT EASTWOOD

•

„Mein Ego braucht kein Amt
und keine Bodyguards.“

JOSCHKA FISCHER, 2007

„Indem ich die politische Rolle mehr annehme,
verändere ich mich andererseits aber auch als
Privatmensch. Ich bin nicht mehr so, wie ich war.“

ANGELA MERKEL, 1997

„Ich werde in die Geschichte eingehen.
Bereitet das Denkmal vor.“

SILVIO BERLUSCONI

tttggctttaaaggaggagatgagtttaaacattttaaaagaaatggtttaaataatgataaacaatttccagacattccgagattccacatttgagttgaaagaaaggttacagaacatt
cagtagatctgcagcagcagacctttccaggtggaaaatttacaggctgagagatggcattgccatttttaaaaacctgaagagaaaagaaaccttttactttgaaaataagttatctgcacaaaat
ataaagaacctcatctgaaagttcaaaaactcctagtaaatgacacaggaaaaacacagataataatacaattgtaattatgtgtgcacaaaactccaatagaaaacgaattaaacac
gtttatgcaatcaggtgtaattgtccacagcttaaaacagtagtgttaaatgatttttcagacctaatcataattcaattaaaagcattacacagttgtcaaaaataaaaagga
taagtgttaattgaaatgaaacaaactcccaatcaaaaagacaaataatggatttaattggatagagccacagacaaataatctgtgacctaaaaaaaatactttacctat36agatgcat
ataataataaaaggggtcaattatcaagaagatgtaataactgaaatataatgcccacacactaaagccattataaataagaacaaatattataagagatgtaaagaaagagaccat
tttcatccaacagctacagaatacacattctctccctcagtagctgaggtttgattcctcaaggttagaccataaaccttaggtaacgtatcctaaaaacattcaaaaattgaaagtaatacaggatt
agtagaaaaatttcttgaaacaaatgataattgaaacatgacatggccaaacctataagataatagtaaaagaggtactataaaaagggaaaattaaaaactataagtgcatataaaaat
aaaaaactcaatgaaaacaaattgttagctttttgaaagttaaaaactgtgcaaaacttctacagatggaagactgaagaagataccaaatataaaactcagagttgataaaagaga
aaaaaaaaaacgtgaacagaccaataataatacaaaaataaaagccataataaaaaagctgtcaggaccaggcataaaaatagagaaggaaagaacatttcaactcattctttgggg
ttttgataattacataatattttacataatagataaataacataataatattcattataatagataatccatcattggcaatggtgttatccagacattcaaaataggtgtcaactgca
atgaaaggagggaaggaggaggtggcaggggtgagaactatgataactgtctcattactctgttaattgggtatcagtaaatccacatagctcagcattacacaaatatactgttaaca
ccaaaattgagccaagcaatcacagactcctgatttaactctcattcactggaagagactttggagaagcctaaagcaaaaatgacagctgcaaaaacactgtgcccactcttttccaccaca
tgaacactttttggcctgcaagatgaaaactccccctcattcattgtggagactgttcttacaagcctttgccaactgagctcgaagactatggaccctaaagagaacttaaggg
caataccactccccaccaccagcagccacacagcagagaaaactgtgcaattggggagaggaaagggcaaatgactgaaggacttaacattaaagtcagtgctccatg
gcccagcaatttccaaactgtgtgattgttgaaagactctctcattgagagcagcaggggggaaagggcaactctgtgtgcacctgataaaaagctcagctagcacaagtgc
gtggcttaagttagaaattgatgatgttgcagaactccccatggcgtggtgtgctgactacagagatgactctgtgtgcagacaggaaggggtgacaaatctt
ggcagagacacaaactcgtgctgcttggccaatttaactatagagctcctagggctttgagtaaaccttatgtgactaagtaggtggtagaattggccttgggtgagcaggaatctg
gaaacagggactctactgtataaatcaaggaattttctctgatgtaaaccaagggcaaccagggcagctctgtgtgtttacaataaacactgtgttattcggttggaccaaagctc
gtctccacaaacagcttaataaggtgcccagggcaaaactcctggagaacacagataatgtgcaacttcaaaaagactccaaatagctgttgagtaattcaaaaatgcaat
ccagaagagatagatttagtaactggaattgaaatgagaagaaactgcaaaaactcaatgacccaaatgttgactttgaaaagtaaaaactgacaacttcaageggg
tagaggaatcaattcttgacacaaaacacttccaagattgaaactgaaaataaaaaacgtgaacagaccaataataatacaaaaataaaagccataataaaaaagctgtgcag
aacatttgcacaaaacctggaacacctg_parkinson tacataaaataattatattgataattcacaataatattcacaataatagataatataataataatcacaataatgataatc
aaagctgaggtgggtgataaaaagttcagcaatttgacactgagaactctagatgaaaggaagggcaggggtgagaactgtagtactatgctcattacctgtgtaact
ccaaacacaaaatttccaaacttattatagctgaaagcactatcaaaagggcaaaaatgagggcaactcagactgacttttaactctatcactggaagagacttttgagaa
cctgtcacagataaaaagcagccagattgtcactcagctgacatctgcaaatgacaactttgtattgcttagcctagcagatgaaaatctccaaatgttggctgtgacttttaca
ggagaatgtgactactgagacaccagctagagcagctaaagggaggtgtcaacataaccactccccctccccaccagcagcagccacacagcagagaaactgtgatttgggag
cccagtgataccactgggtataggttctgcagattgcaaacctggttgcaccagcatttccaaactgtgtgactgaattggtgaaaactcttccactttgagacaagcagggggga
ggctgagtcaccagcattgcagaaattcacaagctaacaaagctcctggccttgccttgcagtaagaaattgatgatgtttgcagaaactccccatggcccgtgtgttgagctcaca
cccctagctagggaccctctatgctcagggaaactggcaacgctgtaggcagagcaacaaactgctgctgtttgccaacttataatcatagagctcctagggctttgagtaaacctat
ctaaagcacagagagagactatgctgtttggagagaaagttaagggaaagaaacagggactctactgtataatcaagagaattttctctgatgtgaaactcaagcacaacaaagcactat
tagatgaactctcaagctatcaagaccctcaggaaaacacggcctcagaagaaaacagctaaatgaaggtccagggcaaaactctggaagaaacagaga_alzheimer tcataaagga
tgaattccagctgttctactgagaattcttaaaaacttgatacagaagaagatagatttagtgaactggaactttgaaaataaaagt_cagaggagcaaaaagaa
caatttccagcttcgatatacaactttgataaaaagaaagttacagaacatacagcagatataggccaaaagagaccactcaaggcatttaactaaactccaaaggttaaggaataa
gagaaaaaaaccttcaattagaataagttgaagtgccacataaaaatagaaaaacttgaaaaacttgaagaaataaagcaacttctggagaaaaccaggggatttcatcaagcagacat
tatgtgtgcacaaacttcaattagaatacagtaagcaataaccaactcaaaaataactcaaaatattccaagatattgcaagatataatgggaactggaagcaaaccaaaaagtt
caatttaaaaagcatatacagatttgcacaaaagtaaaaaggaagaaatgaaatataatatacagggaaaactccctcactaaaaggaagactggaagaaagaaaggaatgaggg
taattgtgacctaaaaaaacttcttcaataaagatgctattgagctgataataaaagcagataagaaatgttccctgcaaatgaaacaaaaggaagaaatgactatacttta
ataaataagcaaatattataagagatgtaaaaagagaccacaatacaataatgctgtgacacttcaacccccactttagtcttggatagacctccagacagaaaatacaacaag
aacgtatctaaaaacattcaaaaattgaagtaatacaaggttttctctgcaccacaatgaaataaaactgaaaataaaactgataaaaaaaaagaaatttcagaacctatacaaacct
ctataaaaaagaaaaatttaaaaactgaagtgccacataaaaatagaaaaacttgaaaaacttgaaaaacttaaaatacaataatcttaataaatagaataaaaagggccaaacaaactcaaaataga
aaactgagaagataccaataataaaaactcagattgtataaagcagacttacaagttacaaactgcaactcaagctccagaaaatcaaaaggtactatgttgcaatgtgcaacaataatgaga
taaaatagagaaggaagaaacattttcaaaactcttcttgaggctagtattaactgataatcaaaaccagacaaaagcacatataaaagagcaactatggccaatataagaaataatg
gcaagtgggatttatcccagacatgcaaaagatggtgcaactgcaaaatcaatcaatgtgataatcataaaacacatgaaggaccaggtgacgtgctcatgctgtatctccagcac
taataccacatagctcagcttaccacaataatccatgtaacaaacctgcaaaaagtcttctgtaacttaaaaagggcagagaccagaaagacagaatagaagtcactgctcactgtccc
aaatgcaagctcagaacacactgatccacctttttcaaacacacagctgagccagctggtgagagattgattgtttggaaaagggagacacagattgtgagccttgaataaaact
cccactgagtcgaagagctattggaccctaaagaaacttaaggggacgctgagccacagggactcaattataggcaagctactgctgactgtgctcagagcaggtgcaatgtgg
agcaccaatgactggaaggacttaacatataagctagctgctcctgctcagtaaaagcctggcagaaactctaccctgctgactaaacacacctgtaccagaaataaaaaacagtgatccc
aaaagaaacgctgtgtgacctcaataacagctcagccagctgaggtttagagacccaagcagattgttagagctccctgagctcctgagctccagcctaaggtctgtgcaacattctgccc
agagactcctctgctgagacagaggaaggaaggtgaaaactctgttttgcctaaatgcccaggttagctacagtaaaaatagaaagcagggtaatttgaagattgctacttactt
ggtagctaaagtgtgttgaatgggctgggtgagactcaagttctgtgctcactgagatgtgaccagcagctacttgtgtgtggtggccaggggtttctctgtgtgctgcaaccc
ctgatgtgtttacataaaactactgtttatctgggtgggaccacagctctttgaaactcctgaaagcaatcccaagcttccagataatgtggccacaaaacagcccagacttcaagactcagtagg
agaaaatccaaaactgactgtgtgatttcaaaagaaactcaatgacacagcaaaaacttccaaatctcagataaatttaaacatagattgaaataaaaagaaatgaagcaaaa
ataaaaatataagctgctccaaaactcaaaaattagcctcaaaatagcaactcaaaagattgtgcttataaagaggagattgaaaagagattgaaaacatttataaagaaatg
aaaagaaatgaaatcgaagcaggtgagagagagacaaaataacactggaactcagtagctgacagcagacttccaggggaaaatttcaagctgagagaatgcaactgccc
atgtcctgcaagaaatgctaaagggatttctaaacctgaaaaaaaaggtgaatgagcaataagaaatcactggaagtgcaaaaactcactagtataagcaccagggaaaacacaga
gtttaaaaagaaatggccaatgaaactcaaaagttaaaagtttgttagtctgctgtttctttgtttatgcaatcaggggttaattgttccacagcttaaaacagatgtaataagatttatt
gtaacaaaataatcactcagaaaacaaatacaaaaattggcaggtgacttcaataactaagttgaaatgaaacaaaactcctaacaaagagcttataataggtataatgg
ttttccagacaaaataatgatttcaacaaaa_krebs aaagggagatataaagagctcattataataataaaaggtcfaatatacaagaagattgataactggaataatataatgacc
aaaagaaacatcagacttaactctgactatg_tacaaaaattcaactaatagattattacagaaaatttctccacagctcagaataacacttctcctcctcagtagactgtttgtctcaag
cactgaaaataaaacaaatgccaactgaaataatcagtaggtcaataaaaaagttaaaaagaaagtagaaaaattcttgaacaaatgataatggaacaaagcattgcaaaaactatac
ttagaagcaagaaaataaagatttaggtgcaaaaataagttaaaatgagaaaaacaaatgcaaaaatacaatgaaacaaatgaaacaaatgacaacaaattgacaataact
ttagaacccctagagaataatcaattctggcagaaaacaaacttcaaaagattgaaactgaaataaaaacagtgaaacaaaataaaaactgaaataaaaataaaa
taatgttgcaaaaactgtgcaaaaacctggaacacctgaaataaacacatacaataaattatattgataaattcacaataatattcacaataatataataatcaca
gcactttggaagctgaggtgggtgaaagactgcagcaattgacactgagaactctagatgaaggagggaaagggcaggggtgagaacataatgactatgctcatt
tccccataccccaaaccaaatttccaaacttattatctgaagcactatcaaaagggcaaaaatagggcaagcaatcagactcctgtatctcactcattcactgaaagaga
ctcaactacccttcaacaaaagcaacccaatttgaactcaactcaactccaaataaaaatttatttctctccacagatgaaacttctcactcaatttgaagactg

THE RECORDS OF DERMOLOGICAL MEDICINE

„Die relevanten Daten für die individuelle Therapie eines Patienten zu erkennen, ist unsere Herausforderung.“

PROF. DR. DR. HC. PETER M. SCHLAG

→

„Personalisierte Medizin?“ Dr. Ingo Schwaner lehnt sich in seinem Ledersessel zurück. „Na ja, im Grunde haben gute Ärzte immer schon individuell behandelt“, sagt der Facharzt für Innere Medizin aus Berlin. Den Einzug der genetischen Forschung in der Medizin hält er allerdings für eine begrüßenswerte Weiterentwicklung der ärztlichen Praxis. Vor acht Jahren hat Schwaner eine Fachpraxis am Kurfürstendamm, Westberlins Prachtboulevard, gegründet – nach 14 Jahren Klinikerfahrung. Mittlerweile führt er in den freundlich hellen Altbauräumen mit drei Onkologen und vier Palliativmediziner eine onkologische Schwerpunktpraxis für rund 1.500 Patienten. Und die Erkenntnisse der personalisierten Medizin gehören für Schwaner und seine Kollegen längst zum Alltag.

– **Tumore entschlüsseln** – Alle wesentlichen diagnostischen Verfahren nutzt er selbst, um seine Patienten zielgerichtet behandeln zu können. „Ein Röhrchen geht immer ins Labor nach Dortmund. Fünf Tage später habe ich das Ergebnis und weiß genauer, was im konkreten Einzelfall das aussichtsreichste Rezept ist“, sagt Schwaner. Beispiel chronische Leukämie: Etwa 90 Prozent der Patienten verfügen über ein besonderes Chromosom, das zu unkontrolliertem Zellwachstum führt. Ein spezieller Wirkstoff zielt genau darauf ab, dieses Wachstum zu unterdrücken. Oder Brustkrebs: Etwa 25 Prozent der Patientinnen verfügen über die Genvariante Her-2 neu, nur bei ihnen spricht ein bestimmter Wirkstoff an. Somit erspart die molekulare Diagnostik dem Patienten nicht zuletzt auch wirkungslose Therapien. Darmkrebspatienten zum Beispiel lässt Dr. Schwaner immer auch auf das Gen K-Ras hin untersuchen; ist es mutiert, haben bestimmte Medikamente keinen Nutzen.

Eine Taxifahrt von Dr. Schwaners Praxis entfernt, in Berlin-Mitte, arbeitet Professor Peter M. Schlag, onkologischer Chirurg. Der preisgekrönte Arzt sitzt im Herzen der Charité, in einem schmucklosen Fünfstöckigen-Jahre-Bau, dessen Nüchternheit nichts vom Glanz dieser Klinik verrät. Der gebürtige Bad Tölzer erforscht seit vielen Jahren die molekularen Mechanismen der Tumorbildung und -ausbreitung. Er hat 2008 das Charité Comprehensive Cancer Center aufgebaut, wo nun das Tumorgenom von 1.000 Patienten entschlüsselt wird [+ siehe Infobox, „Treat-1.000-Projekt“]. Die so gewonnenen Daten dienen als Fingerzeig auf individuelle Therapien: Im Computermodell werden sie mit den Erkenntnissen der Tumorbiologie verknüpft, das Programm simuliert die Vorgänge in kranken Zellen – um schließlich den Effekt bestimmter Wirkstoffe vorherzusagen.

Doch genau darin liegt eine ungeheure Herausforderung, denn die Daten, die sich heutzutage gewinnen lassen, wollen gedeutet sein: „Das ist wie bei einem Flug von Berlin nach New York“, erklärt Professor Schlag. „Sie sammeln Informationen, kennen schließlich die Strecke, die Wetterlage, die technischen Daten der Maschine und können den Verlauf des Fluges exakt simulieren – vorausgesetzt, dass alle relevanten Faktoren berücksichtigt werden.“ Doch welche der beobachteten Merkmale sind wirklich relevant? Spielt es eine Rolle, ob die Wolkendecke komplett geschlossen ist oder nicht? Abwägungen dieser Art stellen sich in der personalisierten Medizin: „Es gilt, die Subgruppen von Patienten zu erkennen, die auf individuelle Therapien wirklich ansprechen“, sagt Professor Schlag. „Die relevanten Daten für die individuelle Therapie eines Patienten zu erkennen, ist unsere Herausforderung.“

mein
medikament



— Verstärkte Zusammenarbeit der Spezialisten —

Die Sehnsucht nach der bestmöglichen Behandlung – auch Professor Dr. Michael Hallek in Köln erlebt sie bei seinen Patienten Tag für Tag. Der Direktor am Centrum für Integrierte Onkologie ist überzeugt, dass die personalisierte Medizin das Leben von Krebspatienten deutlich verlängert und auch verbessert. Zum Beispiel beim Lungenkrebs: Bislang hatten Patienten mit dieser Diagnose allenfalls Aussicht auf ein verbleibendes Lebensjahr. Mithilfe von zielgerichteten Therapien konnte das Leben einiger Betroffener um etwa zwei bis drei Jahre verlängert werden. Um die Chancen der personalisierten Krebsmedizin zu nutzen, bedarf es laut Professor Dr. Hallek aber Teamwork. Eindringlich wirbt er für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und ausgewiesenen Krebszentren an Unikliniken: „Angesichts der rasanten Weiterentwicklungen in der Molekularbiologie ist ein einzelner Mediziner kaum noch in der Lage, aktuelle Behandlungskonzepte für viele unterschiedliche Tumorerkrankungen präsent zu haben.“

— Zahlreiche Subgruppen —

Ständig liefert die Grundlagenforschung neue hoffnungsvolle Erkenntnisse. Mittlerweile gibt es schon neue personalisierte Therapien, die eingesetzt werden können, wenn das ursprünglich gezähmte Gen wieder mutiert und neues Zellwachstum anstößt. Erst im vergangenen Juni beeindruckte ein neuer Wirkstoff gegen Lungenkrebs das internationale Fachpublikum beim Jahreskongress der „American Society of Clinical Oncology“ (ASCO) in Chicago. Das Medikament – derzeit in Phase II erprobt – führte bei 90 Prozent der Patienten dazu, dass der Tumor schrumpfte oder nicht weiter wuchs. Allerdings: Nur etwa fünf Prozent aller Lungenkrebspatienten haben genau



```

ctaaa
ataacattca
ttacaggctgaa
gaat atgtatct
aa cgaaggga
ct aaaaaaa
ca ggaaaac
gt caaac
ggaatgaaagaaac
tagttgctctgtttt
ataa ttatttca
aaaaagaaagaa
agaaaaaaggga
gctttatcaatc
atggatagag
tagctgaaa
gctatcttt
ttatataata
caactaaagcac
aataatggctgga
caacaagaaacatcac
aaatttcatccaacagctacac
aaaccataacttaggtacgctatc
gcttgaccacaatggaataaactaggaat
acaaaacacttgaaatataaacatagccactg
ga gtagaaaaattcttgaaacaaatgataat
ata aaaaagaggtactaataaaaaagaaaatttaa
aaccc aaaaataacctaacaataatcttaattaaatag
tta agcaaaagaaataataaagattagagtggaataa
aaatcaatgaaacaaaaatgttgactttttgaaaagttaaac
ctgaaagaaactgagaagatacccaaaataataaaatcaga
cttcagaaaaatcaaatgacatagggctaaatgtgagc
ctgagggaaatcaattcttggaacaaacaaacttacaac
cgtgaaacagaccaataataataacaaaattaaagccata
taaaatagagaaagaaagaaacatttcaaaactcattcttg
accagacaagagacacattaaaaagagcaaacatggccaa
tttgcaaaaaaacctgaaacctgaaattaaacaatataataat
tatatttcaataatagataatatacaataataaattaccataa
gggatttaccagacatgcaaaagatgggtgcaacatgcaaat
acacaaatgaaggaccaggtggcaatgctcagctgttaatcc
gggtgaata agatgtcaggaatgcaactggactactaga
ggcgggggt gaaaactatgagtaactatgctcattacctggta
tagctcagc cacaaatafatccatgtaacaaacctgcaaaa
cagagacc agacagaaatagaaagtctacgtcaactgtcccc
cacaactt atccaagaagcactatcaaaaggacaaaat
ctggattt atatcactgaaagagactttggagaagacaaa
acttatgct ttttcaaccaccagtagtgccacgtgggtgca
aaaggaga ttgtgaggctttgaaataaactcagctactcccc
gacccaga agctgacatctgcaatagaaactttgatttg
tctcccac ggggacttgagcttttacagccttgccacatg
gaccctaa aaggggcagcttagggccaagggccttcaatta
gctgagctt agcaggtgcaatgtggagcctgggagaatgtg
agtcagagc ggagtggtcacaataccactccccccccccac
acagcaca
tgtcagtgt
acccgaa
agagtg
atttagt
acagtgg
catttcg
taaagat
gggtgtg
tgtttt
afactt
taggc
aacct
gagat
ctcca
aaggga
cctgtat
agcattcc
tatgccca
caagctaa
aatcca a
ctatca g
atgaa
aact
aaaa
act

```

der passende schlüssel für mich

mutation = chance

jene Genmutation, auf die diese Therapie abzielt. Experten vermuten, dass sich in der personalisierten Medizin immer weitere Subgruppen herauskristallisieren. Wenn sich neue Wirkmechanismen in weiteren Studien für bestimmte Patienten als effizient erweisen, werden unzählige neue Therapieformen nach und nach auf den Weg gebracht werden und schließlich die moderne ärztliche Behandlung wandeln.

— **Maßgeschneiderte Medikamente** — Weg von der Arznei als Massenprodukt, hin zu einem maßgeschneiderten Medikament samt Gentest – dieses Umdenken wirbelt nicht nur Krebsforschung und -medizin auf. Auch die Zulassungsbehörden für Arzneimittel setzen mittlerweile auf den Strategiewechsel in der ärztlichen Behandlung: Sowohl die „Food and Drug Administration“ (FDA) in den USA wie auch die europäische Zentralbehörde schreiben bei neuen Präparaten immer häufiger vor, dass diese nur mit entsprechendem Test verordnet werden dürfen. Behörden, Politiker

und auch Unternehmen versprechen sich davon einen zielgerichteten, effektiven Einsatz der neuen Medikamente.

— **Auswirkungen auf Studiendesign** — Das Umdenken erfordert Mut zum Risiko, denn selbst wenn Medikamente nur für eine kleine Patientengruppe entwickelt werden, müssen immense Summen eingesetzt werden. Skeptiker zweifeln daher, ob eine personalisierte Medizin überhaupt zu finanzieren ist. „Um die Investition richtig einzuordnen, haben Pharmafirmen vorab zwei Fragen zu klären: Wie lässt sich einschätzen, ob ein entwickelter diagnostischer Biomarker aussagekräftig ist? Und wie kann man mit den erst einmal scheinbar kleineren Zielmärkten umgehen?“, sagt Dr. Markus Thunecke, Senior-Partner bei der internationalen Pharmaberatung Catenion. „So gibt es bislang vor allem viele akademische Studien mit einer relativ geringen Anzahl an untersuchten Patienten.“ Aber wie groß müssen Studien sein, um als Erfolg in der Medizin gehandelt zu werden?

+
Internationales Krebsgenomprojekt

Weltweit sind Forscher dabei, das Erbgut von Krebspatienten und Tumoren zu entschlüsseln und auf der Basis von genetischen Erkenntnissen differenziertere Therapien für Subgruppen von Patienten zu entwickeln. Genomzentren aus 22 Industriestaaten – von Japan, Indien, Australien bis hin zu England, Deutschland und Frankreich – wollen mit diesem Forschungsvorhaben die Zellfunktionen der 50 wichtigsten Krebsarten entschlüsseln. Auch das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg ist beteiligt. Es filtert die genetischen Eigenheiten der kindlichen Hirntumoren heraus.

„Je größer der positive Effekt der Behandlung, desto kleiner darf die untersuchte Patientengruppe sein.“

PROF. DR. MICHAEL HALLEK

Reichen 20 untersuchte Patienten oder muss deren Zahl immer in die Tausende gehen? Für Medizinprofessor Hallek gilt die Formel: „Je größer der positive Effekt der Behandlung, desto kleiner darf die untersuchte Patientengruppe sein.“ Und: Je genauer die genetischen Besonderheiten der Probanden bestimmt sind, umso gezielter können Versuchsgruppen zusammengestellt werden, so dass ein Pharmahersteller möglicherweise unnötige Forschungsausgaben spart.

— **Verdammt zur Qualität** — Die Facharztpraxis von Dr. Ingo Schwaner und seinen Kollegen hat sich mittlerweile zu einer zertifizierten Praxis für Darm- und Brustkrebs weiterentwickelt und ist in vier Tumorkonferenzen verschiedener Berliner Krebszentren eingebunden. Im Kreis dieser Spezialisten werden Kranken- und Behandlungsdaten einzelner Patienten vorgestellt und diskutiert. „Wir alle sind verdammt zur Qualität, denn die Vernetzung führt zu einer starken

Selbstkontrolle.“ Eine intensive Weiterbildung gehört mit zur Routine des Berliner Onkologen und seines Teams. „Das ist unser Rüstzeug“, sagt Schwaner. Zwei seiner Kollegen waren gerade auf dem US-Krebskongress ASCO, er selbst war jüngst im Juni auf zwei europäischen Fachkongressen in Barcelona. Die Praxis hat vier internationale Fachzeitschriften abonniert, um – so Schwaner – „am Puls der Zeit“ zu bleiben. „Der gute Arzt muss das vorhandene Wissen kennen und auch anwenden, aber auch mit den Patienten intensiv kommunizieren“, sagt er. Immer wieder ist er als Berater gefordert. Zum Beispiel, wenn seine Patienten bestimmte Gentests im Internet entdecken und diese von ihm einfordern. Als Arzt muss er dazu Stellung beziehen und prüfen, ob entsprechende Testergebnisse für die weitere Behandlung relevant sind. Zuweilen hilft dann nur eine sehr traditionelle Form der personalisierten Medizin: „Nämlich reden, reden, reden ...“, sagt Schwaner. Text: Susanne Werner

+

Treat-1.000-Projekt

Das Comprehensive Cancer Center der Charité (CCCC) in Berlin hat ein eigenes Studienprojekt gestartet. In Zusammenarbeit mit der Harvard Medical School in Boston wollen die deutschen Forscher das Erbgut von 1.000 Krebspatienten sequenzieren und analysieren.



„WENN ICH ES MAL SELBST BIN“

... dann was, ja was?
Wir haben vier Ärzte gefragt,
und klar ist: Ein Arzt kann
kein normaler Patient sein –
vier Protokolle

I. Wolfgang Diederichs

56, KLINIKDIREKTOR FÜR UROLOGIE
UND NEURO-UROLOGIE

„Ich bin in mein eigenes Krankenhaus gegangen.“

Vor rund neun Jahren hatte ich nach dem Laufen einen heftigen Nacken- und Kopfschmerz, ich konnte mich kaum aufrecht halten. Am nächsten Tag bin ich in mein eigenes Krankenhaus gegangen und bin ins MRT. Es war sehr eng, sehr laut, ich lag da drin, ich fragte mich, ob es ein Hirntumor sein könnte, ich hatte Angst: Was wird man mir sagen? Mir ging auch durch den Kopf, wie oft ich diese Untersuchung schon für andere Menschen angeordnet hatte.

Ich hatte mich gefragt, ob ich es mir als Führungspersönlichkeit leisten kann, vor meinen Mitarbeitern Schwäche zu zeigen, ob es vielleicht besser ist, in ein anderes Krankenhaus zu gehen. Ich hatte diesen Gedanken aber schnell verworfen.

Die ganze Perspektive hat sich für mich geändert an diesem Tag, in jeder Hinsicht: Denn ich wurde geschoben. Wie hässlich können Decken sein! Wie seltsam ist es, nur noch Oberkörper zu sehen, wie unangenehm ist es, wenn die Ärzte von oben zu einem herunter sprechen. Das hat mich sehr beschäftigt.

Als ich aus der Röhre kam, war gleich ein Kollege da und hat gesagt: Du hast nichts Schlimmes. Ich war ihm so unglaublich dankbar.

Ich bin ein sehr glücklicher Mensch, und die Krankheiten, die ich bisher hatte, haben mir immer gezeigt, wie schnell sich alles ändern kann, und sie haben mich demütig gemacht. Natürlich habe ich weiterhin Angst vor Krankheiten, so wie jeder andere auch. Und selbst, wenn es mir manchmal nicht leicht gefallen ist, mich in die Hände eines Kollegen zu begeben, hat es mich immer ab einem bestimmten Punkt positiv berührt, wenn mir einer geholfen hat. Ich habe mir dann innerlich sagen können: Lass den mal machen, ich glaube dem, ich habe Vertrauen. ■

II. Jan-Peter Jansen

53, ANÄSTHESIST

„Ich habe mich gefragt, ob ich psycho bin.“

Ich hatte vor ein paar Jahren Herzrhythmusstörungen und bin damit zwei Monate rumgelaufen, ohne zum Arzt zu gehen. Ich habe versucht, mich selbst zu therapieren, die erstbesten Rhythmusmedikamente kennt man ja. Schließlich bin ich doch zu einem befreundeten Kardiologen gegangen. Der hat mich untersucht und konnte nichts finden. Dann hat er mich gefragt: Hast du vielleicht irgendwie Kummer?

Natürlich können Rhythmusstörungen seelisch bedingt sein, in dem Sinne, dass mich irgendwas treibt. Ich konnte das alles zuerst nicht annehmen, weil: Kann ja nicht sein! Ich bin doch kein Psycho! Ich mache meine Arbeit und alles macht Spaß, ich bin total glücklich. Aber es ging nicht weg, es war völlig egal, was ich machte, ob ich auf dem Sofa saß oder zum Badminton ging, ständig hatte ich dieses Herzrasen, manchmal war mir schwindelig. Ich musste Termine absagen, was ich sonst nie machen würde.

In mir habe ich schon das Komplettszenario durchgespielt: Operation, Herzschrittmacher, Defi ... und ich habe mich gefragt, ob ich psycho bin – es wurde ja nichts gefunden. Im Nachhinein bin ich sicher, dass es was mit Überbelastung zu tun hatte. Nach einem halben, Dreivierteljahr waren die Herzrhythmusstörungen wieder weg, einfach so.

Durch diese Erfahrung habe ich angefangen, weniger zu arbeiten, mehr zu delegieren, keine Vierzehnstudentage mehr in der Praxis zu machen. Vorher haben die 24 Stunden, die ein Tag hat, nicht gereicht für das, was ich alles gemacht habe. Der Rollenwechsel hat dazu geführt, dass ich mich jetzt kontrollierter bewege im Alltag. Ich bemühe mich jetzt viel mehr als früher, mein Leben zu genießen. •



III. Kai Dragowsky

40, OBERARZT FÜR UNFALLCHIRURGIE
UND ORTHOPÄDIE

„Ich gebe mich immer
als Kollege zu erkennen.“



Ärzte sind oft Hypochonder. Der normale Bürger geht viel offener und unbedarfter mit Krankheiten um. Wenn Ärzte Bauchschmerzen haben, denken sie doch eher an einen Tumor als an eine normale Darmverstimmung, und der Kopfschmerz ist ein Tumor im Endstadium. Das liegt ganz einfach an dem Wissen, das wir haben. Ich selbst sage mir eher: Wird nicht so schlimm sein. Bei mir besteht die Gefahr, dass ich zu lange abwarte. Ich gehe nur dann zu einem Kollegen, wenn ich mich wirklich richtig krank fühle.

Wenn ich Patient bin, gebe ich mich immer als Kollege zu erkennen. Ich will damit keine bessere Behandlung erreichen oder den Kollegen unter Druck setzen, ich möchte versuchen, auf eine andere Gesprächsebene zu kommen und auch vermeiden, dass er sein Gesicht verliert, wenn ich vielleicht an seiner Diagnose zweifle und erst dann sage, dass ich selbst Arzt bin. Ich versuche, offen zu bleiben, und ich akzeptiere die Meinung des Kollegen, der vielleicht eine Diagnose stellt, die ich gar nicht in Betracht gezogen hätte. ■

IV. Marion Eggert

50, INTERNISTIN,
NIEDERGELASSENE ÄRZTIN

„Ich war plötzlich
so hilflos.“

Ich bin sicherlich eine eher anstrengende Patientin. Es entspricht einfach nicht meiner Natur, Patientin zu sein. Ich weiche den Kollegen und den Umständen gern aus. Und wenn ich einen Kollegen aufsuchen muss, dann würde ich mich als kritische Patientin einschätzen, die sicherlich auch Dinge hinterfragt, aber gleichzeitig auch motiviert mitarbeitet. Frauen sind beim Arzt sowieso anstrengender als Männer. Die nehmen meistens immer alles als gottgegeben hin, wenn sie überhaupt mal zum Arzt gehen.

Ich hatte 2008 im Urlaub einen bösen Unfall und habe mir das Knie verdreht. Ich war von einem Moment auf den anderen hilflos und musste mehrere Male operiert werden. Dabei habe ich keine schlechten Erfahrungen mit den ärztlichen Kollegen gemacht, schon eher mit dem Pflegepersonal, trotzdem: Es gab immer eine gewisse unterschwellige Spannung zwischen dem Kollegen und mir. Und leider ist es meistens so, dass die Ärzte bei mir zu viel vorausgesetzt haben. Ich wünsche mir, dass bei mir eine ganz normale, korrekte Aufklärung erfolgt. Ich bin nun mal keine Orthopädin, ich bin Internistin. Und beim Thema Schmerzmedikation hörte ich: Sie kennen sich ja aus und wissen, was Sie nehmen können, – und hatte dann Mittel, die mich so weggeschaltet haben, dass ich drei Stunden bewegungslos auf dem Sofa saß.

Ich bin durch den Unfall ein Quartal für meine Praxis ausgefallen. Durch meine eigenen Erfahrungen bin ich sicherlich demütiger geworden und setze jetzt andere Prioritäten: Ich muss nicht mehr jede Fortbildung besuchen, an jedem Seminar teilnehmen. Und ich achte mehr auf meine eigene Fitness. ■

diagnose

stell ich mir selbst

Fachinformation
zweilightige Quelle

Suche

Auf gut Glück!

Der Patient ist auch nicht mehr das, was er früher war:
Er diagnostiziert sich selbst, macht eigene Therapievorschläge
und will das Gespräch mit dem Arzt auf Augenhöhe –
nicht immer leicht im Praxisalltag.
Wie Ärzte hierzulande mit dem neuen Patienten umgehen
und wie sie von ihm profitieren können.

diagnose

Was habe ich?

Ungefähr 53.600.000 Ergebnisse

München, Dienstag, 20 Uhr, ein lauer Sommerabend. Die Gynäkologin Eva M. ist eben erst aus ihrer Praxis nach Hause gekommen. Diverse Arztbriefe müssen jetzt noch diktiert, die Umsätze ins System eingegeben werden. Und auch danach hat Eva M. noch keinen Feierabend. Denn immer häufiger stecken ihr Patientinnen Lektüre zu mit der Bitte, das doch mal zu lesen. Dieses Mal ist es eine dreißigseitige Mail über komplementärmedizinische Methoden in der Krebsbehandlung. „Ich hab mir die Papiere brav ausgedruckt und mit nach Hause genommen“, sagt die Medizinerin und ist in einem Dilemma: Einerseits begrüßt die seit 20 Jahren praktizierende Gynäkologin es, wenn ihre Patientinnen sich in die Behandlung einbringen. Andererseits wächst der Druck, deren steigende Ansprüche zu erfüllen. „Natürlich erwartet die Patientin, dass ich umgehend auf ihre Mail antworte“.

— **Vielen Ärzten geht es ähnlich:** Der Wandel im Gesundheitswesen hat einen neuen Patienten hervorgebracht, einen der weiß: „Es geht hier schließlich um mich!“ Vor allem chronisch Kranke, jüngere und gebildete Patienten wollen eingebunden werden. Viele von ihnen informieren sich daher schon vorab. Einer Studie des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen zufolge erforschen zwei von drei Patienten selbstständig mögliche Ursachen oder Behandlungsoptionen, in Gesundheitsmagazinen und vor allem im Internet. Eigenverantwortlicher tritt der Patient heute seinem Arzt gegenüber – nicht immer eine leichte Situation: „Wegen der Rollen als Experte und Hilfsbedürftiger gab es im Verhältnis zwischen Arzt und Patient bisher immer ein Machtgefälle“, sagt Julia Baumgart, Gesundheitswissenschaftlerin und Medizinjournalis-

tin aus Berlin. „Dieses Verhältnis künftig partnerschaftlicher zu gestalten, ist für beide Seiten eine nicht zu unterschätzende Herausforderung.“

— **Doch wie auf diesen informierten Patienten reagieren?** — Wie lässt er sich in ärztliche Entscheidungen einbinden – trotz der ohnehin schon knappen Zeit? Viele Ärzte haben ihre positive Antwort darauf bereits gefunden und sehen einen Vorteil darin, wenn ein Patient nachfragt, seine Krankheit besser versteht und sich einbringt. Das hat Baumgart in einer qualitativen Studie für ihre Public-Health-Masterarbeit an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) herausgefunden. Dabei befragte sie Ärzte, wie sie mit vorinformierten Patienten umgehen und die Wirkungen auf ihren Praxisalltag beurteilen. „Mit einem gewissen Krankheitsverständnis, kommt auch die Therapieeinsicht“, sagt einer der Befragten, und ein anderer erklärt am Beispiel Asthma: „Oft sehen Asthmatiker es nicht ein, dass sie ihr Spray regelmäßig nehmen sollen und warum das verrufene Cortison die beste Dauertherapie ist. Wenn sie aber gut informiert sind, haben sie plötzlich eine ganz andere Sicht auf die Dinge“. Ein Kollege lobt seinen „kooperativen“ Patienten, der in einem neuen Arzt-Patienten-Verhältnis eine produktive Wirkung entfalte: „Er bringt sich ein, fällt nicht zurück und sagt: Ich bin irgendwie krank, hilf mir aus der Patsche“.

— **Viele der befragten Ärzte wundern sich, wie gut sich ihre Patienten auskennen.** — „Früher wussten sie nicht einmal, welche Medikamente sie nehmen. Heute könnten sie sogar die Wirkstoffgruppe benennen“, sagt ein Hausarzt. Und selbst wenn die Vorinformationen der Patienten – was nicht selten passiert – fachlich fragwürdig sind,

Betreff: **EILT !!!**

Von: Lieschen Müller <lieschen.mueller@gmx.de>

 101 Anhänge, 99 MB



Lieber Herr Doktor,
 ich habe Ihnen ein paar Unterlagen zu meinem Problem zusammengestellt.
 Können Sie sich das bitte durchlesen und wir unterhalten uns dann in den
 nächsten Tagen darüber?!

Beste Grüße
 Lieschen Müller

betrachten das viele Mediziner nicht als Manko; sie sehen es grundsätzlich positiv, wenn Patienten diese Art der Eigeninitiative zeigen. „Meinetwegen sind sie dann eben ein bisschen daneben informiert“, sagt einer der befragten Ärzte. Wichtiger sei, dass sein Gegenüber eine gewisse Aufnahmefähigkeit habe und die Situation reflektiere. Mit einem „aufgeklärten“ Patienten, so der Tenor, kann man Dinge besprechen, bessere Entscheidungen treffen, vielleicht sogar Zeit sparen.

— **Vorausgesetzt, die Kommunikation stimmt:**

In den USA unterstützen so genannte Centers for Shared Decision Making [CDM] den „informierten Patienten“ bei der partnerschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Arzt. In diesen speziellen Zentren, wie etwa dem CDM am Dartmouth-Hitchcock Medical Center in Neuengland, wird der Betroffene darauf vorbereitet, gemeinsame Entscheidungen mit seinem Behandler zu treffen. Beispiel: Ein Pa-

tient hat eine schwere Arthrose am Knie, muss sich zwischen Operation oder konservativer Therapie entscheiden. In dem CDM leiht er sich ein spezielles Video aus, das alle Informationen zu aktuellen Arthrose-Therapieoptionen aufzeigt. Zusätzlich berichten Leidgenossen in dem Streifen, wie sie mit der Situation umgegangen sind. In der Bibliothek informiert sich der Kniepatient zusätzlich. Anhand eines speziell von dem Institut entwickelten Leitfadens wägt er danach die Vor- und Nachteile für seine individuelle Situation ab. Umfassend informiert und aufgeklärt kehrt er zu seinem Arzt zurück. Gemeinsam finden sie eine Lösung.

So viel zum Patienten. Was ist mit dem Arzt? Auf „Augenhöhe“ kommen zwei Menschen nur, wenn beide sich bewegen – Patient und Mediziner. Das weiß Hans-Helge Bartsch, der als Direktor für Onkologische Rehabilitation an der Klinik für Tumorbologie in Freiburg

täglich von der Mitarbeit seiner Patienten abhängig ist: „Bei Krebspatienten kann ich eine adjuvante Chemotherapie nur dann beginnen, wenn klar ist, was dem Patienten im Alltag wichtig ist. Ich muss wissen, ob es zum Beispiel Angehörige gibt, die schon Erfahrungen mit Chemotherapie haben und die Entscheidung mit beeinflussen“. Mit einfachen Techniken, so Bartsch, lasse sich selbst das kürzeste Gespräch strukturieren und gezielt auf die Bedürfnisse des Patienten ausrichten.

Ärzte gehen schon einen großen Schritt in die richtige Richtung, wenn sie ihre Patienten so ansprechen, dass diese sie verstehen. Denn nicht selten ist es die Angst, dem Arzt nicht folgen zu können, die den Patienten ins Internet treibt. Und so bieten verschiedene Universitäten mittlerweile begleitend zum Medizinstudium eine Kommunikationsausbildung an. Vorreiter war vor elf Jahren die Universität Witten Herdecke. Dort lernen Medizinstudenten im so genannten Simulationspatientenkontakt, professionell mit Patienten zu kommunizieren und zu prüfen, wie sie selbst dabei wirken. Oder die Uni Leipzig: Sie hält Pflichtseminare, in denen Studenten die Gesprächsführung mit Schauspielern trainieren. So lernen sie zuzuhören und von den Patienten zu profitieren.

— **„Von Patienten kann ich lernen“**, erzählt auch einer der Ärzte aus Julia Baumgarts Studie. Ihn inspiriert vor allem das Wissen von Menschen mit seltenen Krankheiten: „Dann sage ich: ‚Haben Sie auch wieder neue Informationen?‘, und dann kriege ich öfter mal was. Man kann ja nicht selbst permanent in den Nischen tätig sein.“ Baumgarts Ärztebefragung kommt letztendlich zu einem noch ambivalenten Bild: Mediziner lehnen den informierten Patienten nicht grundsätzlich ab. Aber noch fehlt ein praktikabler Umgang. Gynäkologin Eva M.: „Ich glaube, viele Patienten machen sich kein Bild davon, was diese vielen Infos bedeuten. Wenn ich pro Quartal 400 Kinderwunschpatientinnen sehe und mir jede einen solchen Artikel schicken würde, säße ich jetzt nicht hier“.

Text: Beate Wagner

Ich V.

Wieso haben Sie eigentlich noch keinen Avatar? Diese virtuellen Menschen trifft man doch immer öfter. Sie begrüßen uns am Telefon oder, computergeneriert aus Flash und Bits, im Internet: Figuren, die unsere Fragen nicht verstehen und Antworten aus der Konserve geben. Sie tauchen als Kundenberater, Tutoren oder Rezeptionisten auf. Es gibt inzwischen Avatare, die substanzvolle Gespräche führen und sogar menschliche Mimik und Gefühle erkennen können, doch wir haben im Alltag eher mit deren einfach gestrickten kleinen Geschwistern zu tun, mit denen man selbst nur roboter- gleich reden und sich nicht versprechen oder niesen darf. Denn das verwirrt sie ... und nie sagt einer Gesundheit!

Wie wär's mit folgender Geschäftsidee: Wir tun es ihnen gleich! Wir entwickeln unsere eigenen Avatare, die sich an der Tür mit dem Briefträger, am Telefon mit dem Finanzamt und im Internet mit der Sekretärin des Internetproviders unterhalten! Dann hat der virtuelle Kundenberater – „Entschuldigung, ich habe Sie nicht verstanden!“ – endlich sein passendes Gegenüber – „Verzeihung, können Sie das noch mal wiederholen?“



DIE GRENZEN DER SELBST-VERWIRKLICHUNG

Ein Star, sein Gesicht und seine Fans – wie steht es eigentlich mit unserem Recht auf Entfaltung des äußeren Ichs?

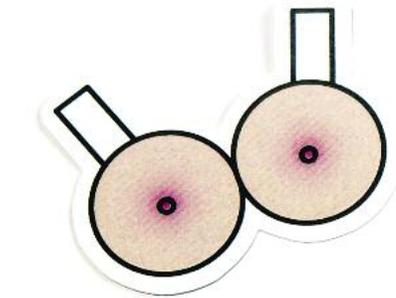
von Henning Hesse



Zuerst habe ich die Frau einfach nicht verstanden. Wie konnte gerade sie sich das Gesicht operieren lassen? Ein Schauspielergesicht, eine Weltmarke, die jede „Korrektur“ nur entwerten kann? Und dazu hat sie sich die Haut unterspritzen lassen, was doch die Mimik einer Mimin lähmt. Noch unglaublicher: Es geht um Meg Ryan, deren Fehlbarkeit einst ihr Schönstes war. In ihrem größten Film „Harry und Sally“ verliebte sich die halbe Welt in ihre Makel, ihre Echtheit. Harry: „Ich liebe dich dafür, dass du eine Falte über der Nase kriegst, wenn du mich so ansiehst“. Dass Sally nicht perfekt war – das war perfekt! Die Falte eben.

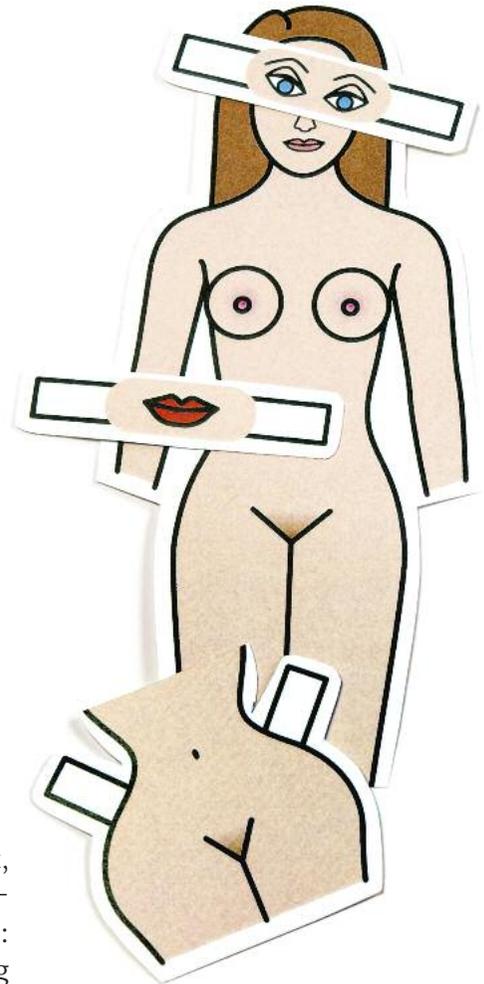
Aber Meg Ryan hat es natürlich doch getan – vielleicht, weil sie in Hollywood lebt und nicht, wie ich, weit östlich davon.

Ich schaue auf meine eigene Nase. Seit der vierten Klasse ist sie schief, seit Michael Flimms beherztem Faustschlag am Ende der großen Pause. Zuerst hat das damals keiner bemerkt, doch irgendwann war es nicht mehr zu übersehen, eine kleine Biegung nach rechts, die zu einer größeren wurde. Meine wachsende männliche Ignoranz ließ mich mit dem Zinken glücklich werden, dazu kam die falsche Gewissheit – eher ein gesellschaftlicher Konsens

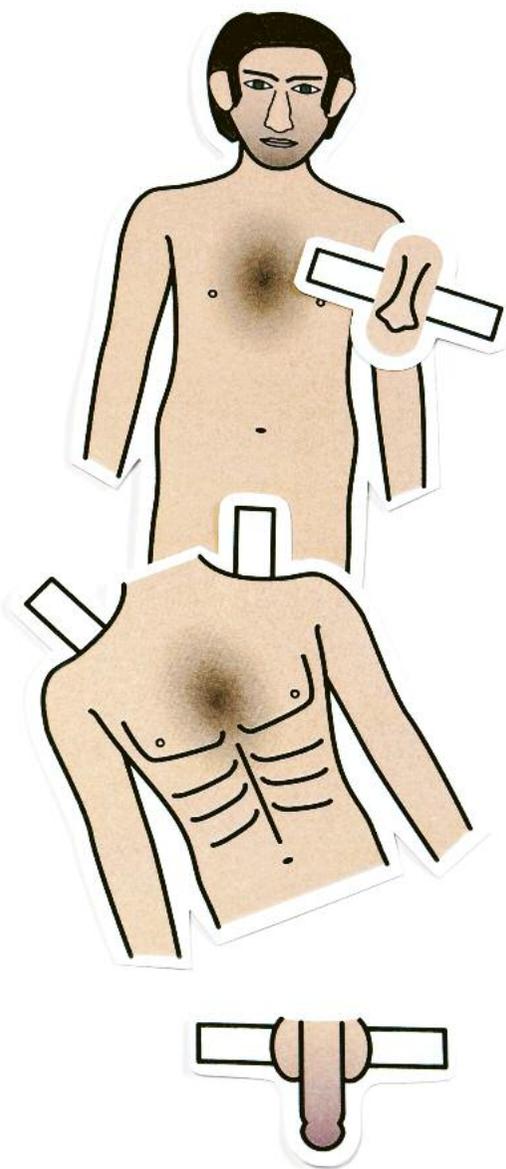


Fischgesicht, Wachsarbeit,
Zwergenkopf –
ein neues Genre war geboren:
Surgery Spotting

– absolut nichts an mir verändern zu können. Dieser Konsens regiert die Welt – das bemerkte auch Meg Ryan im fernen Hollywood, als sie wieder unter Leute ging. „Fischgesicht!“ musste sich das einstige American Sweetheart in den Medien beschimpfen lassen,



als „Wachsarbeit“ und „Zwergenkopf“. Ein eigenes Genre, nennen wir es ‚Surgery Spotting‘, bot mit Meg ein neues Opfer dar. Im Web hinterließen die User – aller Nationen – unter ausgesucht miesen Fotos und Artikeln ihre Kommentare: „gestört“, „clownesque“ und



Bilder, lustvoll begafft vom User-Volk: Egal wie hübsch das Gesicht, wie erfolgreich die Korrektur, die Patienten kosmetischer Chirurgie werden kollektiv verachtet und beschimpft. Ja, es gibt etwas, wofür Stars von ihren Fans noch härter bestraft werden als fürs Rundlich- oder Runzligsein. Und das ist: etwas dagegen zu tun.

Dabei würden es alle tun. Ich drücke die Nasenspitze mit der Hand leicht nach links, vielleicht drei Millimeter. Zack! Sieht besser aus. Wenn es so einfach ginge – allein mit dem Spiegel – mit einer leichten Handbewegung

Selbst die katholische Kirche hat der ästhetischen Chirurgie schon vor fünf Päpsten ihren Segen gegeben.

nur ein kleines Detail ändern, irgendwas, das einem nicht gefällt. Ohne Messer, kein rechter Eingriff, nur Zauber. Und wenn dieser Zauber so subtil wäre, dass ihn keiner bemerkte. Überall würden Brüste langsam größer oder Wangen sanft straffer werden. Ganz zu schweigen vom Fett, das verschwände, wenn ein Fingerschnipsen es schaffte. Nicht die Veränderung an sich scheint mir unser Problem zu sein: Dass man sie sieht, die Eitelkeit, das ist unsere Angst und gleichzeitig das Pech der Meg Ryan. Wenn es niemand bemerkte, wer würde widerstehen? Zwanzig Prozent? Zwei?

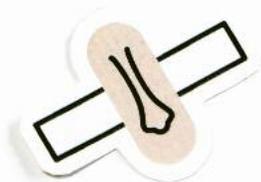
Zwei Prozent ist zufällig die Zahl der Deutschen, die es tun. Operativ. Also mit Eingriff, mit allen Risiken und für jeden sichtbar. Jeder Fünfzigste also. In meiner und Meg Ryans Altersklasse, den 40- bis 49-Jährigen, die „korrekturfreundlichsten“, gibt jeder Zwanzigste zu, sich selbst verändert zu haben. Zuverläss-

„Verliererin“. Die Suchmaschine Google liefert schon während der Namenseingabe automatisch „Meg Ryan Plastic Surgery“ – die Meg-Ryan-Wortkombi, die weltweit von den meisten Menschen gesucht wird. Die Mimin stand am Pranger der zahllosen Vorher-Nachher-

siges bekommt man bei diesen Umfragen aber nicht heraus, etwa ob es 300.000 oder gleich eine Million Schönheits-OPs jährlich sind. Doch kann man ehrliche Angaben von Menschen erwarten, die tun, was die meisten anderen nicht tun, mehrheitlich befangen im inneren Konflikt zwischen „hab ich nicht nötig“ und „warum eigentlich nicht“?

Dabei ist das, was die Menschen da ablehnen, nichts anderes als ihr gutes Recht, sowohl in Meg-Ryan-Country als auch hier. In den USA zählen die „Freiheit und das Streben nach Glückseligkeit“ zu den unveräußerlichen Rechten der Unabhängigkeitserklärung. Im deutschen Grundgesetz gibt's das auch. „Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit“, heißt es da. Wer würde bestreiten, dass dazu auch das äußere Ich gehört? Nicht mal die katholische Kirche: Sie hat der ästhetischen Chirurgie und ihrem Beitrag „zur Vollkommenheit des größten Werkes der Schöpfung“ schon vor fünf Päpsten ihren Segen gegeben.

Komischerweise warten wir nur noch auf das Okay der modernen westlichen Gesellschaft, darauf, dass sich der Mensch diese nächste Freiheit irgendwann mal nimmt, sich also das äußere Ich so zu eigen macht, wie er es sich einst mit dem inneren erlaubt hat. Sein Denken gehört ihm schon seit der Aufklärung, doch der Körper irgendwie noch allen anderen. Daher werden die Patienten rein kosmetischer Chirurgie weiter schräg beäugt, als hätten sie in einem Spiel nicht nach den Regeln gespielt, wie gedopte Radrennfahrer oder Falschspieler mit gezinkten Karten. Dabei hat keiner falsch gespielt. Denn es gibt keine Regeln. Es gibt gar kein Spiel.



LEMA

thema [Ich]

Ärzte zwischen Wolken und Steilwand
und
Schauspieler im Krankenhaus
Heilige Ladykiller
ein Heft über