



„Da habe ich Glück gehabt!“

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Martin Zindler, Düsseldorf

Herr Prof. Dr. med. Martin Zindler, Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesia und Ehrenmitglied der DGAI hat am 28. April 2015 seinen 95. Geburtstag gefeiert. Aus diesem Anlass hatte ihm die DGAI im Aprilheft der A&I eine Laudatio gewidmet (Anästh Intensivmed 2015;56:160-161).

Herr Kollege Zindler begleitet bis heute mit wachem Interesse die Entwicklung des von ihm in der deutschen Medizin mit aufgebauten Fachgebietes. Von Anfang an gehörte er auch zum Gründerkreis einer eigenen Fachgesellschaft, die anfänglich nicht nur die fachlich-wissenschaftlichen Interessen der in ihr zusammen geschlossenen Ärzte vertrat, sondern sich auch um die berufspolitischen Belange ihrer Mitglieder kümmerte – ein eigener Berufsverband, der BDA, wurde ja erst 1961 gegründet.

Wir haben in unseren Reihen heute nur noch ganz wenige Kollegen, die aus eigenem Miterleben die gesamte Entwicklung der modernen Anästhesie in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg überblicken und authentisch davon berichten können. Herr Kollege Zindler gehört zu dieser inzwischen seltenen „Spezies“ aus der Pionierzeit unseres Fachgebietes. Der Gesamtschriftleiter hat daher sehr gerne die Anregung aufgegriffen, in der A&I ein Interview mit Herrn Prof. Dr. med. Martin Zindler zu veröffentlichen. Das Gespräch führten Prof. Dr. med. M. Goerig, 1. Sprecher des wissenschaftlichen Arbeitskreises Geschichte der Anästhesie, und W. Schwarz. Selbstverständlich lässt sich ein Leben über fast ein Jahrhundert nicht in einem Interview fassen. Aber wir hoffen, dass Ihnen die Antworten den Menschen Martin Zindler ein wenig näher bringen und Ihnen einige Einblicke in die Pionierzeit unseres Faches vermitteln.

Herr Kollege Martin Zindler bewohnt mit seiner Frau ein nach Entwürfen von Paul Schneider-Esleben erbautes und bereits unter Denkmalschutz stehendes Haus am Rheinufer in Düsseldorf-Himmelgeist, wo man sich auch zum Gespräch traf.

Ich wünsche eine interessante Lektüre.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jürgen Schüttler
Gesamtschriftleiter A&I

„Da habe ich Glück gehabt!“

Herr Professor Zindler, wie sind Sie als junger Mensch zur Medizin gekommen?

Ich hatte in meiner Jugend ein Buch gelesen: Die Mikrobenjäger von Paul de Kruif. Und danach stand für mich fest, dass ich Arzt werden wollte. Ich war damals etwa 15 Jahre alt, und in dieser Zeit starb auch mein Vater an einem Herzinfarkt. Familiäre Vorbilder für meinen Berufswunsch gab es nicht. Meine Eltern waren beide Lehrer. Von ihnen stammt aber möglicherweise meine spätere Begeisterung für die akademische Lehre und die Gestaltung der ärztlichen Weiter- und Fortbildung.

Sie haben Ihr Studium 1940 begonnen, also nach Beginn des 2. Weltkriegs. Wie verlief Ihr Studium unter diesen Bedingungen?

Mein Medizinstudium habe ich 1940 an der Universität Breslau begonnen. Wir hatten natürlich während des Krieges kein normales Studentenleben. Regelmäßig wurden wir während der Semesterferien zu Wehrmachtseinsätzen im Sanitätsdienst einberufen, beispielsweise einmal auf der Krim. Nachdem ich das Physikum in Breslau geschafft hatte, wechselte ich an die Universität München. Im 9. Semester erhielten wir ein „Notexamen“. Ende des Krieges war ich dann als Truppenarzt mit zwei Sanitätskraftwagen bei Feldkirch in Österreich eingesetzt. Dort gab es aber glücklicherweise keine Kampfhandlungen mehr, und ich geriet im Mai 1945 in französische Gefangenschaft. Nach 9 Monaten wurde ich entlassen und konnte das Medizinstudium an der Universität Hamburg fortsetzen, weil ich trotz des „Notexamens“ in München bereits für das 10. Semester immatrikuliert war. Im Februar 1946 schloss ich ganz regulär mit dem medizinischen Staatsexamen ab. Ich hatte damals sehr großes Glück und erhielt schon kurze Zeit danach durch Hinweis eines Freundes – zunächst als Volontär, später dann als Assistenzarzt – eine der seltenen Stellen in München zur Weiterbildung in der Chirurgie an einem kleinen Krankenhaus im Bereich des Schwabinger Krankenhauses. Da ich handwerklich geschickt war, wollte ich später als Urologe oder auch Orthopäde tätig sein.

Wie sind Sie, der Sie eigentlich Chirurg werden wollten, zur Anästhesie gekommen?

Das war sehr einfach: Damals wurde jeder, der Chirurg werden wollte, als jüngster Assistent erst einmal zu Narkosen eingeteilt. Eine erfahrene „Nonnen-Schwester“ wies die neuen Assistenten in die Technik der Äthertröpfnarkose ein. Nach einer kurzen Demonstration im Umgang mit der Äthertröpfflasche ging es in den OP. Die Narkosen wurden meist mit Chloräthyl eingeleitet und dann mit Äther weitergeführt. Als Narkosemaske verwendeten wir die Schimmelbuschmaske. Eine Sauerstoffzufuhr, beispielsweise über einen unter die Schimmelbusch-Maske eingeführten Katheter, war noch unbekannt.

Welches Monitoring gab es damals während der Narkose?

Es gab überhaupt kein Monitoring im heutigen Sinne. Man musste auf eine gute, freie Atmung des Patienten achten. Insbesondere die Gesichtsfarbe der narkotisierten Kranken musste man im Auge haben: Verfärbte sich das Gesicht livide grau-blau, war dies meist Folge einer zu tiefen Narkose. Die Pulsqualität wurde an der Carotis palpiert. Auch auf vermehrten Tränenfluss oder Schwitzen des Patienten achteten wir und das Pupillenspiel mussten wir engmaschig beobachten. Während der Operationen wurde kein Blutdruck gemessen, Blutdruckmessgeräte nach Riva-Rocci gab es ausschließlich auf den Stationen. Wir beurteilten den Zustand der narkotisierten Patienten also nur anhand der sichtbaren und tastbaren Parameter: Atemtiefe und Atemfrequenz, Hautfarbe- und Durchblutung, Pulsqualität, Tränenfluss, Schwitzen, Pupillenweite und Lichtreaktion. Eventuelle Unregelmäßigkeiten mussten umgehend dem Operateur gemeldet werden, der ja auch die Verantwortung für die Narkose hatte.

Wie wurden die Patienten auf den operativen Eingriff vorbereitet? Erhielten die Patienten beispielsweise eine Infusionstherapie?

Eine Infusionstherapie gab es damals vermutlich schon in der einen oder anderen Klinik. Ich kann mich aber nicht erinnern,

dass wir an unserem Krankenhaus so etwas generell praktiziert hätten. Nur bei einem sehr schlechten Allgemeinzustand wurde der Kranke vor einer Operation intravenös infundiert. Hierzu musste eine Venae sectio durchgeführt werden. In Lokalanästhesie wurde eine Knöchelvene freigelegt und dann die Kanüle eingeführt und fixiert. Bluttransfusionen kamen gegebenenfalls erst nach Beendigung der Operation zur Anwendung. Hierzu wurde der Spender neben den Empfänger gelegt, das Blut wurde dem Spender mit einer großen Rotandaspritze über einen Dreiegehahn entnommen und dann – nach Drehen des Dreiegehahns – über einen zweiten Katheter dem Empfänger verabreicht.

Sie begannen sich näher für die Anästhesie zu interessieren?

Ja, von Kollegen erfuhr ich schon bald, dass es während des Krieges im Ausland – vor allem im angloamerikanischen Raum – große Fortschritte auf dem Gebiet der Anästhesie gegeben hatte. Man hörte staunend von Patienten, die für große Operationen intubiert und beatmet wurden und hierfür spezielle Medikamente – Muskelrelaxantien – erhielten. Das faszinierte mich, und ich versuchte, mich darüber genauer zu informieren. So oft ich konnte – auch im Winter bei Eis und Schnee – bin ich abends nach dem Dienst in das Münchener Amerikahaus geradelt, wo es eine gut sortierte Bibliothek gab. Dort konnte ich amerikanische Fachzeitschriften, auch Anästhesiezeitschriften, vor Ort einsehen und lesen. Da öffnete sich mir eine faszinierende Welt.

Sie haben dann in Amerika Ihre Weiterbildung zum Anästhesisten erhalten. Wie ist Ihnen das gelungen? Das war doch vermutlich so kurz nach dem Krieg nicht einfach?

Nun, da habe ich wieder einmal großes Glück gehabt. Im Sommer 1949 kam eine Gruppe von fünf amerikanischen Universitätsprofessoren unterschiedlicher Fachrichtungen für vier Wochen an unser Schwabinger Krankenhaus, das ja bis 1957 als General Hospital der amerikanischen Besatzungsstreitkräfte fungierte. Zu dieser Gruppe gehörte auch

eine Anästhesistin, Alice McNeal von der University of Alabama in Birmingham. Ein großes Heidbrink-Anästhesiegerät mit Sauerstoff- und Lachgasflaschen war schon vorab antransportiert worden. Sie fragte mich gegen Ende ihres Aufenthalts, ob ich an einer regulären Weiterbildung zum Anästhesisten an ihrem Department in den USA interessiert wäre. Begeistert sagte ich zu. Zunächst musste ich allerdings einige praktische Probleme lösen, denn ich besaß weder Pass noch Devisen.

Wie haben Sie diese Hürden überwunden?

Das hat ein paar Monate gedauert. Alice McNeal vereinbarte mit mir, zunächst eine sechsmonatige Weiterbildung an ihrem Department, danach werde man weitersehen. Ein Gesundheitszeugnis besorgte ich mir und erhielt als Passersatz ein amerikanisches „Temporary Travel Document“ mit einem Studenten-Visum. Dieses Visum entband mich vom Nachweis von Devisen und erlaubte mir die Überfahrt auf einem Truppentransporter von Bremen nach New York. Nach 7 Tagen auf unruhiger See mit – nach meinem Eindruck – sehr hohen Wellen erreichten wir abends die amerikanische Küste. Über Nacht mussten wir in einer Bucht ankern, am nächsten Morgen ging es an Ellis Island mit der Freiheitsstatue vorbei, wo früher die Einwanderer überprüft wurden. Mit der Ausschiffung am Pier 24 nahm mein Leben eine neue Richtung. Von New York reiste ich nach Birmingham und begann dort bei Alice McNeal mein Resident training. Bei ihr blieb ich allerdings – wie bereits erwähnt – nur wenige Monate. Einmal im Land, erkundigte ich mich nach den besten Weiterbildungsmöglichkeiten. Die fand ich für mich schließlich bei Robert Dunning Dripps an der University of Pennsylvania in Philadelphia.

Weshalb ausgerechnet bei Dripps, der doch eine relativ kleine Abteilung leitete?

Die Frage ist verständlich. Ich habe mir natürlich mehrere Kliniken angesehen, beispielsweise die von Henry Knowles Beecher und John Adriani. Aber Beecher, den ich persönlich als einen sehr feinen und gebildeten Menschen schätzte, er-

schien mir fachlich zu einseitig und der Betrieb in Adrianis Klinik – der seinerzeit weltweit größten – zu anonym. Das Department von Dripps war für mich überschaubarer – ich kam nun einmal aus einem kleinen Haus in München. Dripps hatte aber zu der Zeit fünf hervorragende Oberärzte mit später internationalem Renommee: Paul Dumke, Jim Eckenhoff, Leroy Vandam, Peter Safar und John Severinghaus. Man pflegte einen kollegialen Umgang miteinander, und Dripps kümmerte sich persönlich um seine Mitarbeiter. Er kam gelegentlich während der Anästhesien in den Saal und setzte sich zu mir. Dabei konnte ich mich unter seinen kritischen Augen bewähren und machte gute Fortschritte. Für drei Monate schickte er mich zu seiner früheren Mitarbeiterin Margo (Margery) van Deming an das Childrens Hospital of Philadelphia. Sie gehörte zu den Pionieren der amerikanischen Säuglings- und Kinderanästhesie. Nach einer lehrreichen Zeit arbeitete ich dann wieder bei Dripps. Im Dezember 1951 bestand ich erfolgreich das schriftliche und mündliche Examen und wurde Fellow des American College of Anesthesiologists (FACA). Erwähnen möchte ich noch, dass ich mit den zahlreichen später bedeutenden amerikanischen Anästhesisten, die ich damals in Philadelphia kennen und schätzen gelernt hatte, auch in den Jahren danach noch intensiv in Kontakt blieb. Wir trafen uns immer wieder auf den großen Kongressen, die ich regelmäßig besuchte, beispielsweise auf dem jährlichen PGA-Meeting im Dezember in New York – für mich nach wie vor der beste Fortbildungskongress überhaupt.

Warum sind Sie nicht in den USA geblieben und wieder in das damals noch vielerorts zerstörte Deutschland zurückgekehrt?

Ich hätte durchaus in den USA bleiben können. An attraktiven Angeboten fehlte es nicht. Ich erinnere mich beispielsweise an den Besuch eines HNO-Arztes von Johns Hopkins, der zu Dripps kam, um einen Anästhesiearzt für seine Universität zu suchen. Die hatten bis dahin nur „Nurse Anesthetists“ und wollten ihre Anästhesie unter ärztliche Leitung stellen. Bei einem Hummeressen machte er mir eine lukrative Offerte. Aber ich wollte

wieder zurück nach Deutschland, um hier eine moderne Anästhesie mit aufzubauen. Einen deutschen Pass hatte ich bereits aus München erhalten.

Wie gestaltete sich Ihre Heimkehr?

Es begann für mich zunächst mit einer Überraschung. Als ich mich nämlich bei der Einwanderungsbehörde wegen einer Schiffspassage erkundigen wollte, fand man dort keine Unterlagen von mir, auch nicht über mein Visum. Ich bekam aber dann doch einen Platz auf einem kleinen Kreuzfahrtschiff, das im Auftrag der US Army Angehörige von Soldaten nach Europa transportierte. So reiste ich von New York nach Genua.

Und wie kamen Sie von Genua wieder nach Deutschland?

Von Genua fuhr ich mit der Eisenbahn nach Murnau, wo mein bester Freund seit der Studienzeit in einem großen Haus wohnte, das eine dankbare Patientin ohne Angehörige ihm vererbt hatte. Dort hörte ich, dass in Salzburg beim 1. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie eine Arbeitsgemeinschaft gebildet werden sollte als Vorläuferin einer Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie. Ich begab mich deshalb gleich nach Salzburg und bot meinen Kollegen an, mich um Facharztfragen kümmern zu wollen, denn ich hatte ja als Vorbild die Verhältnisse in den USA. Von Salzburg aus begab ich mich dann nach Düsseldorf, wo ich noch von Amerika aus eine Stelle als Anästhesist gefunden hatte.

Weshalb sind Sie ausgerechnet nach Düsseldorf gegangen?

Ich hatte Rudolf Nissen in New York besucht und ihn um Rat gefragt. Er empfahl mir, mich mit meiner Qualifikation an einer der thorax- und herzchirurgisch aktiven Chirurgischen Universitätskliniken in Düsseldorf, Freiburg, Hamburg und München zu bewerben. Das tat ich dann auch. Der Erste, der mir antwortete, war Ernst Derra aus Düsseldorf, der mir auch gleich eine Stelle anbot. Ich griff sofort zu und im September 1952 kam ich so an die von ihm geleitete Chirurgische Klinik an der damaligen Medizinischen Akademie in Düsseldorf. Ich hätte mir natürlich nie träumen lassen, dass ich einmal ein

großes anästhesiologisches Institut an der späteren Heinrich-Heine-Universität begründen und bis zu meiner Emeritierung 1987 leiten würde. Und bevor ich es vergesse: Man kann solche „Herkules-Aufgaben“ nur meistern, wenn einen das private Umfeld dabei unterstützt. An dieser Stelle möchte ich deshalb meiner Ehefrau danken, die immer sehr viel Verständnis für meine Arbeit in der Klinik hatte, mir den Rücken freihielte und bei Problemen und Schwierigkeiten mich stets mit Rat und Tat unterstützt hat.

Herr Professor Zindler, Sie gehörten also nach Ihrer Rückkehr aus Amerika von Anfang an zu dem Gründerkreis, der sich für eine selbstständige Anästhesie in der deutschen Medizin eingesetzt hat. Sie waren 1953 bei der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesia dabei und übernahmen das Ressort für Facharztangelegenheiten.

Nun, bereits während meiner Weiterbildungszeit in Amerika war mir klar geworden, dass wir uns als junge Anästhesisten gegen die damals vielfach zwei Generationen älteren Chirurgen nur würden durchsetzen können, wenn es uns gelang, sie davon zu überzeugen, dass ihnen unsere fachliche Expertise Vorteile bei der Behandlung ihrer Patienten bringt. Ich hatte selbst eine exzellente, strukturierte Weiterbildung in den USA erfahren dürfen. Und ich war überzeugt, dass wir unser Ziel in Deutschland auch nur über eine inhaltlich umfassende und didaktisch und methodisch durchgestaltete Weiter- und Fortbildung des Anästhesienachwuchses erreichen könnten. Meine Überzeugung war, die Patienten müssen vor schlechten Anästhesisten geschützt werden. Diese Vision brachte ich 1952 mit nach Deutschland und ich konnte meine Kollegen davon überzeugen. Bei der Gründungsversammlung der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesia im April 1953 beim Chirurgenkongress in München konnte ich diese auf meinen Erfahrungen in Amerika fußenden Ideen vortragen und wurde gleich zum „Sachbearbeiter für Facharztfragen“ gewählt. Übrigens habe ich später auch das entsprechende Kapitel des von Rolf (Rudolf)

Frey, Werner Hügin und Otto Mayrhofer herausgegebenen „Lehrbuchs der Anästhesiologie“ geschrieben und in den folgenden Auflagen immer wieder aktualisiert. Dem gleichen Zweck dienten ebenfalls die zahlreichen an meinem Institut organisierten Fortbildungsveranstaltungen und Symposien. So war beispielsweise meine Abteilung während meiner Zeit als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesia im Jahr 1959 hier in Düsseldorf Gastgeber für den 5. Deutschen Anästhesiekongress, der seinerzeit als VI. Zentraleuropäischer Anästhesiekongress gemeinsam mit den österreichischen und Schweizer Kollegen abgehalten wurde.

Unsere Fachgesellschaft hat Sie dann zwei Jahrzehnte später zum Vorsitzenden des wissenschaftlichen Komitees für den 7. Weltkongress der Anästhesiegesellschaften gewählt, der im September 1980 in Hamburg stattfand. Welche bleibenden Erinnerungen haben Sie an dieses Ereignis?

Die Vorbereitung und Realisierung des wissenschaftlichen Programms für den 7. Weltkongress für Anästhesiologie in Hamburg im September 1980 und die anschließende Herausgabe des Proceedingsbandes innerhalb der selbst gesetzten Frist von sechs Monaten nach Kongressende war ganz klar ein Höhepunkt meiner wissenschaftlichen Laufbahn. Der Kongress in Hamburg war für die deutsche Anästhesiologie ein bedeutendes Ereignis. In den drei Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg hatten wir die durch die Kriegsisolation bedingten Defizite auf dem Gebiet der Anästhesiologie längst aufgeholt und internationales Niveau erreicht. Das wollten und konnten wir in Hamburg unseren Kolleginnen und Kollegen aus aller Welt überzeugend demonstrieren. Obwohl das erst 35 Jahre her ist, war das noch eine andere Zeit. Sie müssen sich vorstellen: es gab damals weder PC, noch Internet, E-Mail oder Handy. Erst wenige Monate vor Kongressbeginn kamen die ersten Fax-Geräte. Das war schon eine Erleichterung, aber ansonsten funktionierte die Kommunikation noch per Brief, Telefon und Telegramm. Ich weiß nicht wie, aber wir haben es

geschafft, ein breitgefächertes Programm mit 1.394 Vorträgen in 196 Sitzungen zu gestalten und pünktlich fertigzustellen. Wie ein Damoklesschwert hing über mir eine Erfahrung vom Weltkongress in London, wo die Druckerei das Programm erst nach dem ersten Kongresstag ausliefern konnte. Das blieb uns zum Glück erspart. Die Programme wurden in der Nacht vor Kongresseröffnung angeliefert und konnten am Morgen verteilt werden. Was mir sonst noch bleibend in Erinnerung geblieben ist? Nun, wir haben etwa bei der Programmgestaltung Subkomitees darauf angesetzt, zu den 23 konzipierten Themenfeldern die weltweit besten Referenten herauszufinden, die dann eingeladen wurden. Den Subkomitees habe ich auch empfohlen, die persönliche Betreuung dieser Referenten zu übernehmen, von der Abholung am Flughafen bis zu Ausflügen in Hamburg und darüber hinaus. Daraus haben sich zahlreiche bleibende Freundschaften und wissenschaftliche Partnerschaften entwickelt, von denen ich gelegentlich noch heute höre. Dann gab es Programmideen, die sich hervorragend bewährt haben, beispielsweise die sog. „Morning lectures“: Jeweils ein herausragender internationaler Experte aus einem anderen Fachgebiet füllte morgens den größten Vortragssaal im Congress Center Hamburg, dem CCH. Danach verteilten sich die Kongressteilnehmer auf 10 Parallelveranstaltungen und dazu noch auf Workshops, Postersitzungen und Industrieforen. Und überall war es voll. Das hatten die Verantwortlichen des CCH bis dahin in dieser Form noch nicht erlebt: ein „brummendes“ Haus von der Kongresseröffnung bis zur Farewell-Party. An diesem großartigen Erfolg für unser Fachgebiet und unsere Fachgesellschaft freue ich mich bis heute.

Was waren neben dem Weltkongress in Hamburg Ihre größten beruflichen Erfolge?

(Nach kurzer Denkpause) Ich möchte zwei Punkte herausgreifen. Für mich persönlich war der größte Erfolg die erste Hypothermie für Operationen im Herzinneren unter Sicht im Jahr 1955. Und zweitens, 1958/59 mein Erfolg als Vertreter der Anästhesie bei den Verhandlun-

gen bei der Bundesärztekammer mit den Krankenkassen über eine neue Gebührenordnung.

Zum ersten Punkt: Bei einem Kongress in Buenos Aires im September 1954 hatte Derra, mein damaliger chirurgischer Chef, eine direkte Naht eines Vorhofseptumsdefektes in Hypothermie beobachtet, die Fernando Tricerri ausführte. Derra telegrafierte sofort nach Hause: „Wir brauchen eine Badewanne auf Rädern für einen erwachsenen Patienten!“ Die konnte ich bis zu seiner Rückkehr auftreiben. Aber ich hatte noch nie eine Abkühlung im Eiswasserbad für eine offene Herzoperation gesehen. Ich fand auch nur eine Veröffentlichung mit klinisch verwertbaren Hinweisen über die Abkühlung im Eiswasserbad und Operationen am offenen Herzen von den Anästhesisten Irvin Zeavin und Robert W. Virtue und dem Herzchirurgen Henry Swan aus Denver, Colorado, die 1954 in Anesthesiology erschienen war. Die Denvergruppe sagte, dass Elektroschocks das gefürchtete Kammerflimmern bei Hypothermie nicht beenden konnten, und empfahl deshalb eine Kardioplegie mit Kaliumcitrat. Bei unseren Hundever suchen stellte sich aber heraus, dass der Elektroschock auch bei Abkühlung voll wirksam war. Unsere erste Patientin, bei der Derra die Operation wagen wollte, wartete seit Monaten in einem sog. Forschungsbett, bis die Hundeversuche abgeschlossen waren. Wir hatten alles so sorgfältig wie möglich vorbereitet – trotzdem war es ein Sprung ins Wasser, denn viele Faktoren für entscheidende Fragen waren nicht oder zu wenig bekannt. Würde zum Beispiel die Verlängerung der Ischämietoleranz des Gehirns durch die Hypothermie ausreichen, um ohne bleibende Gehirnschäden erfolgreich operieren zu können? Oder: Würde das kalte Herz eines Kranken nach dem Kreislaufstopp seine Tätigkeit schnell genug wieder aufnehmen, um sich selbst und das Gehirn genügend mit Blut und Sauerstoff zu versorgen? Und das mit dem Sprung ins kalte Wasser galt natürlich für unsere Patientin wortwörtlich: Sie wurde in tiefer Äthernarkose in das Eiswasserbad gelegt, um die Körpertemperatur abzusenken. Auf die Einzelheiten möchte ich hier

nicht eingehen. Nur soviel: Es gab zwei kritische Momente. Die erste Komplikation war ein gefährlich großer Blutverlust nach Eröffnung des Herzens. Das konnte mit schnellen Bluttransfusionen behoben werden. Meine Herzfrequenz schnellte nochmals hoch, als vor Ende des Nahtverschlusses der rechten Vorhofwand das gefürchtete Kammerflimmern auftrat. Erst nach insgesamt 17 bangen Minuten mit Herzkompressionen und Erwärmung des Herzens durch Thoraxspülung konnte es schließlich durch wiederholte Elektroschocks zu unserer Erleichterung behoben und die Operation erfolgreich beendet werden. Das ganze Team hat dann gleich abends kräftig gefeiert – wir wussten ja nicht, ob es weiter gut gehen würde. Das war aber glücklicherweise bis zur Entlassung unserer ersten Patientin der Fall. Übrigens haben wir das Eisbad nach der 30. Hypothermie nicht mehr verwendet, sondern mit Eispackungen direkt auf dem OP-Tisch abgekühlt. Zusammen mit der Wiedererwärmung schon während der Operation, direkt nach der Kreislaufunterbrechung, mit einem waserdurchströmten Gummianzug und mit Kurzwellen-Diathermie wurde das die „Düsseldorfer Methode“ genannt. Damit haben wir – auch nach Einführung der Herz-Lungen-Maschine – bis 1978 noch etwa die Hälfte der Herzoperationen durchgeführt und mit 1.800 Hypothermien die weltweit umfangreichste Serie erreicht. Im Rückblick sehe ich heute, welches Glück wir damals hatten. Bei der Korrektur von Vorhofseptumdefekten sank die Hospitalmortalität bei uns von anfänglich 5% auf 2,7%, und wir erlebten praktisch keine bleibenden Gehirnschäden. Das war vorher meine größte Sorge gewesen. Nehmen Sie dagegen den damals wohl erfahrensten Herzchirurgen, Charles Philamore Bailey, der erfolgreich zahlreiche Kinder in Oberflächenhypothermie operierte. Weil aber von über 20 seiner erwachsenen Patienten 66% verstarben, hielt er Hypothermien für offene Herzoperationen bei Erwachsenen von da an für kontraindiziert. Das muss man sich einmal vorstellen. So unterschiedlich können die Dinge laufen.

Bitte gestatten Sie eine Zwischenfrage. Nachdem der Name Derra nun schon einige Male gefallen ist: Wie sind Sie mit diesem Chirurgen und Pionier der Herzchirurgie in Düsseldorf zu Recht gekommen?

Erstaunlich gut, obwohl wir vom Temperament recht unterschiedlich waren. Er stammte aus Niederbayern und ich aus Berlin, das ist ja allein schon geografisch nicht die engste Nachbarschaft. Aber wir waren beide sehr direkt, und das hat funktioniert. Außerdem hatte ich ganz zu Anfang in Düsseldorf wieder einmal großes Glück gehabt. An einem Freitagnachmittag kam ein Ileuspatient in den OP. Mein damaliger Kollege Wolfgang Irmer, ein „Chirurgo-Anästhesist“, lehnte die Anästhesie ab und verwies auf mich mit der Bemerkung, ich sei doch in Amerika gewesen und da würde man sich doch mit so etwas auskennen. Der Patient war ausgetrocknet und anurisch, hatte einen kaum messbaren Blutdruck und einen Puls von 122 pro Minute. Ich sah sofort, dass man die Operation auf keinen Fall übers Wochenende aufschieben konnte, das würde der Patient nicht überleben. Da wir damals – im Gegensatz zu dem, was ich aus Amerika kannte – im OP noch keine Laborwerte messen konnten, musste ich den Patienten, bevor ich die Narkose beginnen konnte, zunächst aufinfundieren, bis er wieder auszuscheiden begann. Das gelang mit größter Mühe – die Infusion begann erst nach der dritten Venae sectio zu laufen – nach etwa vier Stunden. Derra konnte die Operation erfolgreich beenden, der Patient war begeistert, und ich hatte bei Derra gewonnen. Er hat mir von da an bedingungslos vertraut. Es ist wirklich so, man muss am Anfang Glück haben. Ich will Ihnen noch eine kleine Geschichte aus dem „Umfeld“ der Hypothermie erzählen. Als ich Derra meine Verlobte vorstelle – das tat man damals noch – sagte er unvermittelt zu ihr: „Sorgen Sie dafür, dass Ihr Martin sich so rasch wie möglich habilitiert. Das ist wichtig für ihn!“ So hatte er uns für meine Habilitationsschrift zusammen gespannt. Was ich nach dem Abendessen auf Tonband diktiert hatte, schrieb meine Frau am nächsten Tag vom Band. Mit 253 Seiten wurde dies meine umfangreichste

wissenschaftliche Arbeit, und sie bleibt „einzigartig“, weil es keine in ihrer Radikalität der „Düsseldorfer Methode“ vergleichbare Methode gab und vermutlich auch nicht geben wird. Derra hat mich nicht nur gefördert, wo er nur konnte, sondern als einziger Universitätschirurg in Nordrheinwestfalen damals rechtzeitig einen Haushaltsantrag auf Einrichtung eines Extraordinariats gestellt, so dass ich bereits 1962 auf diesen außerordentlichen Lehrstuhl für Anästhesiologie berufen wurde. Damit wurde die Anästhesie auch als Abteilung selbstständig.

Herr Professor Zindler, kommen wir nun zum zweiten Punkt Ihrer beruflichen Erfolge, den Sie ansprechen wollten: Ihren Beitrag zur wirtschaftlichen Existenzsicherung und damit zur Verbesserung der Zukunftsaussichten für Anästhesieärzte in Deutschland.

Dazu müssen Sie zunächst einmal wissen, dass in der Gebührenordnung für Ärzte die Leistungen der Anästhesie damals völlig unzureichend bewertet waren. Die meist von Schwestern und nachgeordneten Assistenzärzten durchgeführten Rauschnarkosen wurden beispielsweise mit 5 Mark honoriert, für eine Vollnarkose gab es 10 Mark, die der Chirurg mit seinem Honorar liquidierte, da er ja auch für die Narkose verantwortlich war. Die Anästhesie war also eine „brotlose Kunst“. Das hielt viele engagierte junge Ärzte davon ab, sich beruflich für die Anästhesiologie zu entscheiden. Ich erinnere mich noch sehr genau, dass ich als Assistenzarzt in den ersten Jahren für Narkosen bei Privatpatienten nur alle ein bis zwei Monate vom Sekretariat 200 bis 700 Mark erhielt. Dies zu ändern war keine einfache Aufgabe, denn es galt nicht nur die Kassen von der dringenden Notwendigkeit einer Neubewertung der Anästhesieleistung zu überzeugen, auch zahlreiche widerstrebende Chirurgen mussten für unsere Belange umgestimmt werden. Während meiner Amtszeit als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesia gelang es mir dann, nach langwierigen Verhandlungen bei der Bundesärztekammer mit den Vertretern der Kassen, die Bewertung der Anästhesieleistungen als selbstständige ärztli-

che Leistung bedeutend zu verbessern. Entscheidend war vor allem, dass in der neuen Gebührenordnung erstmals ein Zeitfaktor eingeführt wurde. So etwas hatte es vorher in der Gebührenordnung nicht gegeben. Es wurde nun festgeschrieben, jede angefangene halbe Stunde zu vergüten. Die Einführung dieses Zeitfaktors in Verbindung mit der besseren Bewertung waren, wie mir erst im Rückblick viele Jahre später so richtig klar geworden ist, eminent bedeutsame Schritte zur wirtschaftlichen Existenzsicherung der Anästhesieärzte und eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung unseres Fachgebietes. Den Kampf um die Selbstständigkeit der Anästhesie entschied endgültig dann schließlich das epochale Gutachten von Weißauer 1962.

Wie haben Sie diese von wirtschaftlichen Existenzsorgen geprägten Jahre in Ihrem Beruf überstanden? Hatten Sie damals auch einen „Plan B“?

Zweifelsohne hätte es ohne die zukunftsweisende Wende um die 1960er Jahre herum weiter die sogenannten „Chirurgo-Anästhesisten“ gegeben, die meist nur vorübergehend in der Anästhesie tätig waren, und selbstverständlich die Narkoseschwestern. Viele meiner damaligen Anästhesiekollegen haben deshalb ihre chirurgische Weiterbildung zu Ende geführt, um gegebenenfalls wieder in die Chirurgie wechseln zu können. Ich erinnere mich beispielsweise, dass mein Kollege Kurt Wiemers in Freiburg sich nachts rufen ließ, um außerhalb seines Dienstes seinen Operationskatalog komplettieren zu können. Bei mir war die Situation anders, weil ich ja durch meine Weiterbildung in den USA einer der ersten Vollanästhesisten hierzulande war. Für mich ging es also in den Gebührenverhandlungen gewissermaßen um „Alles oder Nichts“. Der Erfolg erledigte meinen „Plan B“. Denn ich hatte mit meiner Frau damals ernsthafte Auswanderungspläne nach Kanada.

Dann wäre es wohl nicht zu diesem Gespräch gekommen. Im Rückblick auf unser Interview möchten wir Sie nun noch um einige abschließende Gedanken an unsere Leser bitten.

Nun, ich habe die Entwicklung der Anästhesie in Deutschland und in der Welt rund fünf Jahrzehnte mitgestalten dürfen und verfolge sie auch seit meiner Emeritierung mit lebhaftem Interesse. Wenn ich heute versuche, etwas Wesentliches für unser Fach zu fassen, so wären dies für mich die Anerkennung und die große Wertschätzung, die wir von unseren Patienten erfahren. Die Patienten erkannten uns Anästhesisten sehr bald als Sicherheitsfanatiker, und es sprach sich herum, dass wir durch unsere permanente Anwesenheit bei den Operationen ganz erheblich zur Verbesserung des Operationserfolgs beitragen. Nicht unerwähnt bleiben soll auch die bedeutende und wichtige Rolle von uns Anästhesisten im Rahmen der operativen Intensivmedizin und im Notfalleinsatz. Gleiches gilt für die Schmerz- und Palliativtherapie.

Rückblickend bin ich sehr dankbar, dass ich durch glückliche Umstände zur Entwicklung der Anästhesiologie in Deutschland beitragen konnte, besonders in der schwierigen Anfangsphase. Die Anfangsschwierigkeiten sind längst überwunden, und die Anästhesiologie stellt heute in vielen Kliniken die meisten ärztlichen Mitarbeiter. Ich wünsche mir sehr, dass die Begeisterung und die Einsatzbereitschaft weiterleben mögen, die uns Anästhesisten immer ausgezeichnet haben. Wenn sich unsere nachwachsenden Ärzte in allen Tätigkeitsfeldern der Anästhesiologie für ihre Patienten engagieren und auch in diesem Sinne wissenschaftlich aktiv bleiben, muss man sich um die weitere Zukunft unseres Faches keine Sorgen machen.

Herr Professor Zindler, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Die Fragen stellten Prof. Dr. med. Michael Goerig, Hamburg, und Wolfgang Schwarz, Nürnberg.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Michael Goerig
E-Mail: goerig@uke.de

Wolfgang Schwarz
E-Mail: wolfgang@schwarz-musolf.de