

## **ÄRZTE : Fähigkeiten und Eigenschaften**

**- Dokumentation über einen Krebsfall ( synovial Sarkom ) -**

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Vorwort.....</b>	<b>3</b>
<b>Die Symptome.....</b>	<b>4</b>
<b>Erste Operationen .....</b>	<b>4</b>
<b>Zwischenzeit .....</b>	<b>5</b>
<b>Große Operation .....</b>	<b>8</b>
<b>Chemotherapie .....</b>	<b>10</b>
<b>Dispute .....</b>	<b>12</b>
<b>“Alternative Krebstherapie" und Amputation .....</b>	<b>14</b>
<b>Wiederum Chemotherapie.....</b>	<b>16</b>
<b>Die Lähmung.....</b>	<b>17</b>
<b>Danach.....</b>	<b>20</b>
<b>Anhang: Beteiligte Ärzte.....</b>	<b>21</b>

## Vorwort

Diese kleine Schrift soll zeigen, wie schwierig die Behandlung eines Krebsfalles auch in unserer sogenannten fortschrittlichen Zeit ist, sowohl für die behandelnden Ärzte als auch für die Angehörigen des Kranken. Speziell die Letzteren finden oft nur wenig Verständnis bei einigen Ärzten für Diskussionen, um die Unsicherheit bei der Suche nach der optimalen Behandlung zu verringern und Vertrauen und Transparenz über die von dem zuständigen Arzt vorgesehene Therapie zu erlangen.

Das größte Problem liegt wohl in der isolierten Betrachtungsweise einiger Ärzte, die nur ihr Fachgebiet berücksichtigen und erst auf Wunsch des Patienten oder bei Nichterfolg ihrer Methoden andere Kollegen hinzuziehen. Sehr verwirrend ist auch die Aburteilung der Fähigkeiten anderer Mediziner, so daß unweigerlich eine große Unsicherheit bei dem Rat suchenden medizinischen Laien entstehen muß. Eine treffende Bezeichnung dieser Situation wurde von einem Arzt selber getan: Mißmanagement !

Speziell die letzten Vorkommnisse am Universitätsklinikum Essen lassen mein Vertrauen an diese Ärzte, die auch noch Hochschullehrer sind und junge Ärzte ausbilden, auf einen Tiefpunkt fallen.

Diese rückwärtigen Betrachtungen können nichts mehr an diesem Krankheitsfall ändern doch mögen sie Diskussionen bei den Ärzten, Studenten und anderen Betroffenen hervorrufen, um vielleicht künftigen Patienten und deren Angehörigen mehr Verständnis in dieser bedauerlichen Lage zu vermitteln.

Eventuell sind dadurch auch Fehler, die in diesem Falle auf beiden Seiten vorkamen, in ähnlichen Situationen in Zukunft zu vermeiden.

Bremen, im August 1985

Hans-Jörg Pos.

## Die Symptome

Im Frühjahr 1983 wachte P.P. nachts durch Schmerzen im rechten Oberarm auf. Beim Abtasten fühlte er eine Vogelei-große Verdickung am Ellbogengelenk, die sich leicht hin- und herschieben ließ.

Am nächsten Tag ging er zum Hausarzt Dr.Vermathen, der eine Thrombose diagnostizierte. In der Folgezeit entzündete sich der Arm auch noch, d.h. er schwoll an und entwickelte Wärme. Die Entzündung wurde durch von Dr.Vermathen angeordnete Umschläge zum Abklingen gebracht. Zur Sicherheit riet er weiterhin, die Verdickung von den Ärzten im Krankenhaus Oelde untersuchen zu lassen. Die Diagnose dort lautete auf Sehnenriß, was aber von Dr.Vermathen bezweifelt wurde, da eine fühlbare Stufe, die nach seiner Ansicht typisch für eine solche Verletzung sei, fehlte.

Über Bekannte bekam P.P. den Rat, die Erscheinung doch von den Spezialisten der Sportklinik Hellersen untersuchen zu lassen. Auch dort konnte keine eindeutige Diagnose gestellt werden. Es wurde zu einer baldmöglichen operativen Entfernung und Gewebeuntersuchung geraten.

## Erste Operationen

Die erste Operation wurde ambulant im Krankenhaus Oelde vom Chefarzt Dr.Brameyer durchgeführt (April 1983). Nach Entfernung der Geschwulst wurde P.P. mit einer Flasche zum Auffangen der Wundflüssigkeit nach Hause entlassen.

P.P., der Besitzer einer Kfz-Reparaturwerkstatt ist, arbeitete in seinem Betrieb weiter, wobei er die Flasche in der Tasche seines Arbeitskittels mit sich herumtrug. Als er nachmittags am Schreibtisch saß, entwickelten sich plötzlich stechende Schmerzen im Arm. Er entschied sich daher, an diesem Tage nicht weiterzuarbeiten, sondern nach Hause zu fahren. Als er dort ankam, ließen die Schmerzen nach, aber stattdessen schoß ein starker Blutstrom aus dem rechten Ärmel hervor. Ein Handtuch, das er sich um den rechten Arm wand, war im Nu durchgeblutet. Zum Glück war eine Nachbarin zu Hause, die ihn in schneller Fahrt in das Krankenhaus nach Oelde bringen konnte (ca. 8 km ).

Dort legte man P.P. auf eine Trage und riß bereits auf dem Weg in den Operationssaal die Wunde mit Haken auf. Da darauf unter Narkose weitergearbeitet wurde, ist das weitere Vorgehen nicht bekannt. Es war später unmöglich, eine Erklärung über dieses Vorkommnis zu erhalten. Nachfragen im Krankenhaus durch P.P. wurden nur ganz allgemein beantwortet und auch Anfragen des Hausarztes Dr.Vermathen nach dem üblichen Arztbericht blieben in diesem Punkte unbeantwortet.

Nach diesem Eingriff wurde P.P. etwa eine Woche im Krankenhaus behalten. Der Oberarzt Dr.Steltmann erläuterte die Operation, die wiederum vom Chefarzt Dr.Brameyer durchgeführt worden war, wobei er assistiert hatte. Nach seiner Ansicht habe die Geschwulst nicht bösartig ausgesehen; das endgültige Ergebnis sei jedoch nur durch eine pathologische Untersuchung der herausoperierten Gewebeteile möglich.

Die Heilung im Krankenhaus und nach der Entlassung machte gute Fortschritte, sodass der ganze Vorgang schnell in Vergessenheit geriet.

Etwa vier (!) Wochen später erreichte ein dringender Telefonanruf P.P. beim Mittagessen. Die Gewebeuntersuchung hatte den malignen Charakter der Geschwulst ergeben, mit anderen Worten: es handelte sich um Krebs, und eine Nachoperation müßte sofort durchgeführt werden.

Man erklärte P.P., daß diese Operation wieder im Krankenhaus Oelde durchgeführt werden könnte und man sich Anweisungen vom Westdeutschen Tumorforschungszentrum Essen einholen würde.

Diese Operation sowie auch der nachfolgende Heilungsprozeß verliefen normal, sodaß schon sehr bald der rechte Arm wieder zu gebrauchen war.

### Zwischenzeit

Im Anschluß an die letzte Operation in Oelde wurde P.P. zur Weiterbehandlung an das Westdeutsche Tumorforschungszentrum in Essen überwiesen. Dort wurde er vom Chef der Radiologie Prof. Scherer und dem Oberarzt Privatdozent Dr. Höffken vom Tumorforschungszentrum beraten.

Prof. Scherer schlug eine Bestrahlung vor, die nach seinen Erfahrungen mit 80 % Wahrscheinlichkeit erfolgreich sein würde. Dr. Höffken klärte über die Chemotherapie und ihre Nebenwirkungen auf und betonte, daß auch hierbei keine volle Erfolgsgarantie gegeben werden könnte. Auf Fragen von P.P. nach notwendigen besonderen Verhaltensweisen speziell Ernährung wurde ihm von Prof. Scherer geantwortet, daß eine besondere Ernährung nicht notwendig sei, der rechte Arm jedoch von schwerer Arbeit verschont werden sollte.

P.P. entschied sich für die Bestrahlungsbehandlung, da die Erläuterungen von Prof. Scherer gute Erfolgsaussichten dargestellt hatten und die von Dr. Höffken geschilderten Nebenwirkungen wie Haarausfall, Übelkeit usw. doch sehr unangenehm erschienen. (Bei der später doch durchgeführten Chemotherapie waren diese Erscheinungen harmlos während andere, damals nicht erwähnte Nebenwirkungen wie Herzstörungen sich als viel schwerwiegender herausstellten).

Bei mehrmaligen Besuchen in Essen wurde die Bestrahlung am rechten Oberarm ausgeführt. Die Vorhersage von Prof. Scherer, daß er selber die Einstellung der Geräte überwachen werde, bewahrheitete sich nicht, denn diese Tätigkeit wurde von den medizinisch-technischen Assistentinnen allein durchgeführt. Auch die angekündigten Nebenwirkungen wie Ausfall der Behaarung und der Schweißbildung in dem bestrahlten Gebiet traten nicht ein.

Am 1.12.83 führte Prof. Scherer persönlich die Nachuntersuchung durch. Es wurde ein guter Lokalbefund diagnostiziert:

- Ein Anschwellen der Hand war trotz kräftiger Arbeit nicht mehr eingetreten,
- Ein Rezidiv im Operationsbereich wurde von Prof. Scherer manuell nicht festgestellt (Die deutlich fühlbare Verhärtung wurde als Narbenplatte bezeichnet),
- Die Blutuntersuchung waren in Ordnung,
- Die Lunge zeigte keine Anomalie.

Prof. Scherer forderte eine 2-monatliche Untersuchungsfrist, die von P.P. als zu kurzfristig angesehen wurde, sodaß man sich auf 3 Monate einigte.

Da keine Beschwerden auftraten und P.P. beruflich sehr belastet war, wurde die 3-Monatsfrist nicht genau eingehalten. Anfang April 1984 traten plötzlich Schmerzen im rechten Zeigefinger auf, sodaß sich P.P. um einen Termin bei Prof.Scherer bemühte. Wegen Termenschwierigkeiten bei Prof.Scherer fand erst am 4.5.84 die zweite Nachuntersuchung statt:

- Verstärkte narbige Schwielenbildung im Operationsbereich (Prof.Scherer:"So etwas sehen wir häufiger im Laufe der Zeit nach der Operation, insbesondere bei starker Belastung"),
- Entzündungserscheinungen im Operationsgebiet.

Prof.Scherer glaubte an eine Entzündung und ordnete entsprechende Salben an. Eine Wiedervorstellung sollte in 2 Wochen erfolgen.

Da die Schmerzen unerträglich wurden, forderte P.P.telefonisch so schnell wie möglich einen neuen Termin. Erst nach mehrmaligen Anrufen kam dieser für den 15.5.84 zustande. Jetzt glaubte Prof.Scherer plötzlich an ein Lokalrezidiv und überwies P.P. an seinen Kollegen Prof.Eigler (Allgemeine Chirurgie).

Prof.Eigler lies sofort eine Weichteilaufnahme des betroffenen Gebietes machen, die den Verdacht eines Rezidivs erhärtete, jedoch auch keine sichere Diagnose zuließ.

Daraufhin wurde eine Operation am rechten Ellenbogen durch Prof.Eigler durchgeführt. Er verkleinerte nur die Tumormasse und entschied während der Operation, daß eine Amputation notwendig sei. Bei der abendlichen Visite, die der Oberarzt durchführte, wurde P.P.ohne vorsichtige Vorbereitung diese Entscheidung mitgeteilt. Die Reaktion war tiefe Niedergeschlagenheit.

Versuche durch mich, mit Prof.Scherer zu sprechen und eine Erklärung zu verlangen, weshalb das Rezidiv nicht früher festgestellt worden war und was seine vorgeschlagene Vorgehensweise sei, schlugen fehl. Prof.Scherer war für mich nicht zu sprechen und ich wurde mit dem Oberarzt PD Dr.Schulz verbunden, der sich natürlich vor seinen Chef stellte und meine Vorhaltungen nicht akzeptieren wollte. Speziell der Vorwurf, daß P.P. in Behandlung bei Prof.Scherer sei und dieser die zentrale Ansprechperson für diesen Fall bleiben müsse, wurde nicht anerkannt mit der Erklärung, daß die Herren Professoren sich laufend über die schwierigen Fälle abstimmen würden.

Wenn man das spätere Argument von Prof.Scherer hört, daß er nämlich P.P. an Prof.Eigler überwiesen habe, weil es immer sehr schwer sei, Kontakt mit Prof.Schmit-Neuerburg zu bekommen, der eigentlich eher zuständig gewesen wäre, muß die Effizienz der Abstimmung zwischen den verschiedenen Disziplinen stark bezweifelt werden.

Die Versorgung der Operationswunde durch Prof.Eigler schien leider nicht sorgfältig durchgeführt worden zu sein, sodaß sich eine Entzündung einstellte.

Um mir die Möglichkeit zu geben, an dem Gespräch über die Weiterbehandlung teilzunehmen, nahm sich Prof.Eigler an einem Samstagmorgen die Zeit, mit uns die Situation zu besprechen. Seine dringende Empfehlung bestand weiter in der Amputation, um die größte Sicherheit zu erzielen. Auf Grund unserer Betroffenheit und hartnäckiger Suche nach einer anderen Lösung stimmte er schließlich zu, den Arm zu erhalten, indem das Ellbogengelenk durch ein künstliches Gelenk ersetzt werden sollte, da der Tumor sehr stark mit dem Gelenk verwachsen sei.Er wies darauf hin, daß nach dieser Operation der Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger nicht mehr bewegungsfähig seien, da der zugehörige Nerv auch mit entfernt

werden müsse. Groß war unser Erstaunen, als Prof.Eigler so nebenbei erwähnte, daß nicht er sondern der Unfallchirurg Prof.Schmit-Neuerburg für eine solche Operation zuständig sei.

Wegen der Schwere dieser Entscheidung wollten wir noch einen zweiten Spezialisten befragen. Daher nahm P.P. die Strapaze auf sich, trotz der weiter anhaltenden starken Schmerzen im Arm, die weite Fahrt zu Prof.Hackethal mitzumachen.

Es war nicht möglich, einen Termin für eine ambulante Untersuchung zu erhalten. Eine stationäre Aufnahme in die gerade fertiggestellte Eubios-Klinik war aber möglich. Wir gaben daher vor, eine stationäre Behandlung vorzusehen, um zu erreichen, daß Prof.Hackethal den Fall anlässlich der Aufnahmeuntersuchung begutachten würde.

Bei unserer Ankunft war Prof.Hackethal erst nicht anwesend, sodaß die Untersuchung durch einen sehr jungen Assisstenzarzt durchgeführt wurde. Er schien sehr unerfahren und aufgeregt zu sein und wiederholte einige Fragen mehrmals. Auch nach mehrmaliger Diskussion des Krankheitsverlaufs schien er die Zusammenhänge nicht vollständig verstanden zu haben. Gegen 16 Uhr traf endlich Prof.Hackethal von einer Tagung aus Berlin kommend ein. Er ließ sich kurz den Krankheitsverlauf schildern, wobei sein großes Einfühlungsvermögen und Verständnis für den Patienten zum Ausdruck kamen. Unter anderem wies er auf die Entzündung der Operationswunde hin, die bei einer normal verlaufenden Operation eigentlich nicht vorkommen dürfe. Auf die Frage, wie er weiter vorgehen würde und welche Chancen er der Erhaltung des Arms einräume, gab er zur Antwort, daß eine fundierte Aussage darauf nur nach eingehender Untersuchung und Einsicht der aus Essen anzufordernden Krankenakte gegeben werden könnte. Da er in der Zwischenzeit zu einem Kranken gerufen wurde, erbat er uns Bedenkzeit, ob P.P. in der Eubios-Klinik bleiben wollte.

Gegen 19 Uhr trafen wir wieder zusammen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Prof.Hackethal schilderte in anschaulichen Worten die Gefährlichkeit dieser Krebsart und seine nicht-toxischen Behandlungsmethoden. Obwohl Prof.Hackethal großes Vertrauen bei P.P. erwarb, entschieden wir uns negativ. Dieser Entschluß basierte auf dem anscheinenden Fehlen weiterer erfahrener Ärzte an der Eubios-Klinik sowie die weite Entfernung zum Heimatort (ca.800 km).

Bevor die große Operation stattfinden sollte, bemühte sich Prof.Schmit-Neuerburg, die Entzündung zum Verschwinden zu bringen. Dabei wirkte jeder Behandlungstermin sehr demoralisierend, denn bei einer Bestellung zum frühen Nachmittag erfolgte die Behandlung meistens erst gegen Abend. Die Wartezeit mußte in einem häßlichen Raum mit dunkelblau lackierten, harten Holzstühlen verbracht werden, und auch die nachfolgende Behandlung in einem Raum mit winzigen, provisorisch abgeteilten Kabinen erinnerte an einen Verbandplatz an der Front oder an Verhältnisse der Nachkriegszeit. Diese Zustände sind eigentlich unvorstellbar für die heutige Zeit und die dafür in Rechnung gestellten Kosten und kein Aushängeschild für ein Universitätsklinikum. Solche Verhältnisse liegen an der Grenze des Zumutbaren für einen Schwerkranken!

Bei einer Untersuchung der Venen des Arms mit einer Sonde, die vom Bauch aus eingeführt wurde, fiel das Durchleuchtungsgerät aus. Auch die zufällig im Nebenraum beschäftigten Monteure der Herstellerfirma, die in den Untersuchungsraum gerufen wurden, konnten den Defekt nicht beheben. Der untersuchende Arzt entschied daher, die Sonde nach Gefühl zu führen, was mit erheblichen Schmerzen für den Patienten verbunden war (Zitat: "Das wurde früher immer so gemacht").

## Große Operation

Als die Entzündung etwas zurückgegangen war und auch die Urlaubszeit von Prof.Schmit-Neuerburg nahte, wurde endlich die Operation für Montag, den 25.06.84, festgesetzt.

P.P. traf am Sonntagnachmittag in der Unfallchirurgie des Klinikums Essen ein. Die Aufnahme in ein Einzelzimmer war nicht möglich. Er wurde zu einem jungen Mann in ein sehr kleines Zimmer gelegt, sodaß praktisch ein Besuch für beide Patienten gleichzeitig unmöglich war. Ein Telephonanschluß war zwar vorhanden, doch dauerte es vier Tage, bis schließlich ein passender Apparat gefunden wurde.

Die Telephonanlage am Klinikum Essen beruht auf Handvermittlung nach außen, was normalerweise akzeptabel ist, obwohl heute bereits jedes Mittelklassehotel eine Durchwahlanlage besitzt. Leider schienen die in dieser Vermittlung beschäftigten Personen nicht sehr oft anwesend zu sein, denn meistens dauerte es mindestens eine Viertelstunde, bis sich jemand meldete. Auf die lange Reaktionszeit angesprochen behauptete die Dame jeweils, keinen Ruf erhalten zu haben. Es lohnt sich wirklich, einmal diese Zentrale auszuprobieren (Tel.Nr.0201-79911).

Am Montagmorgen erschien Prof.Schmit-Neuerburg mit einer Schar von Assistenten und Studenten, die sich in das kleine Zimmer drängten. Er erklärte meinem Bruder, daß er ihm den Arm erhalten wolle. Während der letzten Behandlung vorher hatte er warnend darauf hingewiesen, daß er erst während der Operation entscheiden könnte, ob nicht doch eine Amputation statt der Einfügung eines Kunstgelenks notwendig sei.

P.P. wurde 9:30 zum Operationssaal gefahren. Dort nahm ihn der Anästhesist in Empfang, um die Narkose vorzubereiten. Dazu stellte er Fragen nach Alkohol- und Tabakkonsum. Auf die negative Reaktion durch Kopfschütteln (es befand sich bereits ein Schlauch in der Luftröhre) gab er folgenden Kommentar ab: "Ach, das kenne ich schon: An den Theken herumstehen, saufen und über Weiber quatschen!".

Als ich später meinen Bruder nach den Namen dieses Arztes fragte, um diesen zur Rede zu stellen, bat er mich, diesen Vorgang auf sich beruhen zu lassen.

Gegen Mittag fragte ich das erste Mal bei einer Schwester nach dem Verbleib von P.P.: Keine Information.

14:00 zweite Anfrage: Keine Information, aber dies sei ein gutes Zeichen, denn bei einer Amputation wäre er schon zurück.

Gegen 15:00 ließ ich mich nicht mehr abschütteln und fragte im Sekretariat von Prof.Schmit-Neuerburg nach. Die Sekretärin war endlich der erste Mensch, der Verständnis für meine Lage hatte. Sie telefonierte mit dem OP und konnte mir dann mitteilen, daß die Operation erst gegen 14:00 begonnen worden sei, da ein anderer Fall hätte. vorgezogen werden müssen. Insgesamt verlaufe die Operation jedoch gut.

Die spätere Einsicht in die Operationsakte ergab, daß P.P.tatsächlich von 10:00 morgens bis nachmittags unter Narkose gehalten worden war, bis dann endlich die Operation anfang!

Die Sekretärin von Prof.Schmit-Neuerburg vermittelte mir ein Gespräch mit dem Professor noch am gleichen Abend. Er erklärte mir, daß die Ausdehnung des Tumors geringer als erwartet gewesen wäre und er daher auf den Ersatz des Gelenkes durch eine Prothese



verzichtet habe. Es sei auch genügend Gewebe entfernt worden, um den Tumor mit Sicherheit zu eliminieren. Dies wäre leider bei den vorhergehenden Operationen nicht der Fall gewesen!

Ich war glücklich über den Verlauf der Operation, die ja den Arm und sogar das Gelenk erhalten hatte. Auf der Treppe traf ich zufällig auf Prof.Eigler, dem ich freudig über den günstigen Verlauf berichtete. Er schien meine Freude jedoch nicht zu teilen und machte einschränkende Bemerkungen, die ich eigentlich in dieser frohen Stimmung nicht akzeptieren wollte. Erst später bei der Heimfahrt kamen mir die ersten Zweifel. Wieso hatte Prof.Schmit-Neuerburg eigentlich nicht das Kunstgelenk vorher angemessen, was eigentlich sonst vor solchen Operationen gemacht wird ?!

Gegen 18:30 wurde P.P.wieder auf sein Zimmer gebracht, wobei er noch unter der auslaufenden Narkose stand. Gegen 20:00 zeigte er erste Reaktionen und deutete mir unerträgliche Schmerzen am Bauch an. Dies erklärte sich dadurch, daß der Arm an der Bauchdecke festgenäht worden war, um das Transplantat, das das am Arm entfernte Gewebe ersetzen sollte, von dort zu ernähren.

Auf mein energisches Betreiben hin wurde die diensthabende Anästhesistin geholt, die dann für Schmerzlinderung sorgte.

In zwei weitere Operationen (25.07. und 01.08.84) wurde der Gewebelappen abgetrennt bzw. die Bauchwunde versorgt.

Nach der ersten Operation, die gegen Mittag beendet war, sollte die Lage des Infusionskatheters durch eine Röntgenaufnahme überprüft werden. Bis zum Abend fand diese nicht statt. Auf Anfrage beim Stationsarzt erklärte dieser, daß er die Aufnahme seit dem frühen Nachmittag angemeldet habe. Das Röntgenpersonal verschiebe die Arbeit jedoch häufig bis nach 20:00 Uhr weil dann die Nachtschicht komme!

Die Heilung machte gute Fortschritte und auch die räumlichen Verhältnisse hatten sich durch Verlegung auf ein größeres Zimmer verbessert. Die Versorgung durch die Schwestern und den Stationsarzt Dr.Zerkowski waren sehr gut. Dr.Zerkowski nahm sich dankenswerterweise immer die Zeit, aufgekommene Fragen zu klären.

Einmal wollte er die Bedenken von P.P. über die häufigen Röntgenaufnahmen zerstreuen, indem er behauptete, daß die Strahlenbelastung nicht größer als bei einem Spaziergang in der Sonne sei. Als ich ihn später daraufhin ansprach, daß da wohl die Größenordnungen durcheinandergeraten seien, ging er kommentarlos auf ein anderes Thema über.

Bereits nach der ersten Operation litt P.P. unter starker Schleimabsonderung der Lunge, teilweise mit stecknadelgroßen Blutteilchen. Dies wurde als mögliche Reizung der Luftröhre durch den Beatmungsschlauch bei der Narkose erklärt.-

Vor der Entlassung aus der Unfallchirurgie wurde wieder eine Kontrollaufnahme der Lunge gemacht. Das Ergebnis war niederschmetternd: Es hatte sich innerhalb von zwei Monaten eine circa Markstück-große Metastase im rechten Lungenflügel gebildet. Prof.Schmit-Neuerburg bedauerte dies und erklärte, daß er nun nicht mehr helfen könnte und nur noch eine Chemotherapie helfen könne.

Wie hatten sich doch die Bedenken von Prof.Hackethal bewahrheitet, der den damaligen Röntgenaufnahmen nicht allzuviel Aussagekraft zuordnete, da doch erst Tumore ab einigen Millimetern Größe mit dieser relativ groben Methode entdeckbar seien!

Etwa eine Woche nach der Entlassung nach Hause stellten sich große Schmerzen im rechten Arm ein. Daher bestellte Prof. Schmit-Neuerburg P.P. zu einer Untersuchung ins Klinikum. Vor seiner Diagnose ließ er vom rechten Arm von oben und seitlich eine Röntgenaufnahme anfertigen.

Nach 10 Minuten kam die Röntgenassistentin und teilte mit, daß ein Fehler unterlaufen sei und die Aufnahme wiederholt werden müsse.

Nach einer weiteren Viertelstunde kam eine andere Assistentin und bedauerte, daß auch diesmal die Aufnahmen nicht zu gebrauchen seien und nun ein anderes Gerät benutzt werden solle. Der dritte Versuch war endlich erfolgreich.

### Chemotherapie

Kurz vor der Entlassung aus der Unfallchirurgie wurde P.P. vom Oberarzt des Tumorforschungszentrums aufgesucht. Dr. Niederle erklärte den Ablauf der Chemotherapie, nämlich eine kurzzeitige stationäre Behandlung von jeweils 3 bis 4 Tagen alle 6 Wochen. Nebenwirkungen wären starke Übelkeit während der Behandlung und Abfall der Leukozytenkonzentration mit erhöhter Infektionsgefahr, die sich jedoch später wieder normalisiere. Auf unsere Fragen gab er bereitwillig Auskunft und zeigte großes Verständnis. Die erste Behandlung sollte erfolgen, sobald sich die Operationsnarben geschlossen hätten. Leider hatte nämlich Prof. Schmit-Neuerburg entschieden, das letzte Stück am Bauch nicht zu vernähen sondern sich verwachsen zu lassen, so daß es Wochen dauerte, bis die Wunde vernarbte. .

Etwa Mitte August 1984 erschien P.P. zur ersten Chemotherapie. Auch hier konnte dem Wunsch nach einem Einzelzimmer nicht entsprochen werden. Aber diese Enttäuschung war klein gegenüber den folgenden Ereignissen.

Dr. Niederle war plötzlich wie ausgewechselt. Der Aufenthalt wurde auf eine Woche festgelegt, der Abstand zwischen den Behandlungen betrage nur 3 Wochen. Unsere schüchternen Einwendungen, daß er bei seinem ersten Besuch etwas anderes gesagt habe, wurden nicht kommentiert. In einer Diskussion über zusätzliche Maßnahmen wie zum Beispiel eine besondere Ernährung wie in vielen Büchern empfohlen oder die Behandlung mit Mistel- oder Thymuspräparaten erklärte Dr. Niederle, daß alle diese Methoden wissenschaftlich nicht bewiesen seien. Auf meinen Einwand hin, daß auch viele schulmedizinische Schlußfolgerungen auf teilweise sehr kleinen Fallzahlen beruhen würden (in einigen Referenzen werden Folgerungen aus 4 bis 8 Fällen gezogen), und daher nach den Regeln der Statistik einen großen Fehler aufwiesen, wurde die Diskussion "aus Zeitmangel" abgebrochen.

Die erste Behandlung verlief ohne Komplikationen und die Nebenwirkung Übelkeit blieb aus.

Bei der zweiten Behandlung erschien auch Prof. Schmidt persönlich. Er machte P.P. große Hoffnung und erklärte, daß die Metastasen in der Lunge sehr gut auf die Behandlung ansprechen würden, d.h. eine deutliche Verkleinerung zu beobachten sei. Auf unser Befragen hin wurden die Medikamente mit Holoxan und Adriablastin angegeben. Übelkeit trat wieder nicht auf, doch fing nun der Haarausfall an.

Zur dritten Behandlung Ende September 1984 fuhr P.P. mit ungunstigen Gefühlen, denn in der Zwischenzeit war am Unterarm eine Verdickung fühlbar geworden. Die

Eingangsuntersuchung wurde von der Stationsärztin Dr.Streppel durchgeführt. Auf Grund der Verdickung wurde eine Weichteilaufnahme durchgeführt. Bei der Visite zerstreute der Oberarzt Dr.Niederle die Bedenken, daß es sich um ein Rezidiv handeln könne und ordnete die gleiche Behandlung wie vorher mit Holoxan und Adriablastin an.

Die vierte Behandlung konnte nicht sofort durchgeführt werden, da die Leukozytenzahl zu gering war (um 3000). Ansonsten wurde wieder das erstaunlich gute Ansprechen der Metastasen auf die Chemotherapie hervorgehoben und die gleiche Behandlung durchgeführt. Über die Verdickung am Ellbogen wurde nicht gesprochen.

Auch bei der fünften Behandlung mußte erst die Leukozytenzahl durch eine Spritze verbessert werden, bevor die Behandlung aufgenommen wurde. Die Visite wurde diesmal wieder von Prof.Schmidt durchgeführt, der Bedenken wegen der Verdickung am Ellbogen äußerte und eine Untersuchung durch den damaligen Operateur Prof.Schmit-Neuerburg anordnete. Dr. Niederle behauptete, daß eine solche Untersuchung bereits das letzte Mal stattgefunden habe. P.P.verneinte dies, und die peinliche Diskussion wurde von Prof.Schmidt durch Themawechsel abgebrochen.

Da sich beim regelmäßig durchgeführten EKG Herzrhythmusstörungen zeigten, wurde das Adriablastin, das bekanntermaßen starke Nebenwirkungen auf das Herz hat, abgesetzt.

Bereits bei Beginn dieser Behandlung hatte P.P. starke Schmerzen im rechten Arm, die sich bis Samstag - die Behandlung erstreckte sich über das Wochenende - bis zum Unerträglichen steigerten. Die aus einer anderen Station herbeigerufene diensthabende Ärztin stand dieser Situation hilflos gegenüber und wollte keine weiteren Maßnahmen außer Umschlägen einleiten, da sie die Krankengeschichte nicht kannte.

Sofort nach der chemotherapeutischen Behandlung ließ sich P.P.einen Untersuchungstermin in der Unfallchirurgie bei Prof.Schmit-Neuerburg geben. Bevor es zu diesem Termin kam, brach am Arm ein Geschwür auf, aus dem Blut und Eiter ausfloß. Man gab P.P.eine Tinktur mit, um damit Umschläge zu machen. Langsam ging die Entzündung zurück. Prof.Schmit-Neuerburg, der wiederum nur wenig Zeit zu einer eingehenden Untersuchung erübrigen konnte, äußerte sich nicht klar über seine Diagnose. Er erzählte, daß er inzwischen von einem neuen Krebsmittel gehört habe, daß bei einer Patientin erstaunliche Erfolge gezeigt habe. An den Namen konnte er sich nicht sofort erinnern. Am nächsten Tag rief dankenswerter Weise seine Sekretärin an und teilte Einzelheiten über das Präparat "Carnivora" mit.

Durch den Hausarzt wurde sofort mit der Behandlung mit diesem Mittel begonnen.

Die allgemeine Verfassung von P.P. war durch die aggressive Chemotherapie und die weiter größer werdende Verdickung am Ellbogen immer schlechter geworden. Die Symptome waren dem allerersten Auftreten des Rezidivs sehr ähnlich, sodaß der Schluß auf neues Tumorwachstum nahe lag.

Durch Zufall las ich in dieser Zeit Artikel über Dr.Nieper aus Langenhagen, der häufig wegen seiner Erfolge in der Krebsbehandlung in der Presse genannt worden war. Aus Literaturstellen, die wir uns auf Anraten des Sekretariats von Dr.Nieper zuschicken ließen, lernten wir, daß er primär mit natürlichen Mitteln versucht, den Krebs zu bekämpfen und die Chemotherapie wegen seiner ernsten Nebenwirkungen ablehnt. Auf meine Bitte hin erklärte er sich bereit, trotz Überlastung die Behandlung meines Bruders zu übernehmen.

In dieser Situation war es besonders schwer, eine Entscheidung zwischen Chemotherapie in Essen oder alternativer Behandlung durch Dr.Nieper zu fällen. In dieser Lage versuchte ich verzweifelt, Prof.Schmidt telefonisch zu erreichen. Seine Sekretärin gab mir immer wieder neue Zeiten, zu denen ich anrufen sollte, aber nach etwa dem zehnten Versuch verlor ich die Geduld und geriet mit ihr in Streit. Ich erklärte, daß ein solches Verhalten in der Wirtschaft

unmöglich wäre und sicher Konsequenzen haben würde. Sie entgegnete, daß ich schon bei allen Ärzten und Schwestern wegen meiner vielen Fragen verrufen wäre, und Prof.Schmidt wichtigeres zu tun habe, als mit mir zu telefonieren.

Schließlich rief ich Dr.Niederle an, um mit ihm das weitere Vorgehen in Essen zu besprechen. Er deutete an, daß nun doch baldmöglichst die Amputation durchgeführt werden müsse. Meine Idee der gleichzeitigen alternativen Behandlung durch Dr.Nieper erwähnte ich ihm gegenüber nicht, da ich seine abweisende Haltung gegenüber diesem Thema bereits früher erfahren hatte.

Um jede Chance zur Erhaltung des Armes wahrzunehmen, entschloß sich P.P.auf meinen Rat hin, die weitere Behandlung durch Dr.Nieper durchführen zu lassen.

### Dispute

Wie schon weiter vorn erwähnt, glaubte ich, daß bei sorgfältigerer Beobachtung durch Prof.Scherer das Rezidiv früher hätte entdeckt werden müssen. Da mir der telefonische Kontakt verweigert worden war, veranlaßte ich die Verweigerung der Bezahlung seiner Rechnung bis zu einem klärenden Gespräch.

Etwa 3 Wochen später antwortete mir Prof.Scherer mit einem ausführlichen Brief. Auf die Hauptfrage, warum im Dezember 1983 das Rezidiv nicht festgestellt worden sei, wurde nur kurz eingegangen: alle Blutuntersuchungen und die Lunge seien in Ordnung gewesen.

Auch der Vorwurf der unzureichenden Aufklärung über die Folgen der Bestrahlung (laut Prof. Eigler ist in dem betroffenen Gebiet keine Nachoperation möglich) gegenüber der Chemotherapie wurde formell zurückgewiesen. Insgesamt bemühte sich Prof.Scherer jedoch um eine umfassende Antwort und bot Termine für eine persönliche Aussprache an.

Ich beantwortete diesen Brief mit Schwergewicht auf der Frage, warum das Sarkom-Rezidiv nicht bereits im Dezember erkannt worden sei und forderte Details über die Untersuchungsergebnisse. Ich bezweifelte, daß die benutzten Untersuchungsmethoden:

a)Manuelle Untersuchung des Arms

b)Blutuntersuchungen

c)Röntgenuntersuchung der Lunge

adequat waren, um ein Rezidiv zu diagnostizieren.

Meine Begründung lautete folgendermaßen:

- Methode a) hätte bereits im Dezember einen Befund zeigen müssen (P.P. machte mich damals auf eine Verdickung aufmerksam)

- Methode b) ist nicht genau genug, ein Rezidiv im Anfangsstadium zu entdecken

- Methode c) kann nur Metastasen ab 8 mm Größe entdecken und ist für diese Diskussion irrelevant.

Durch Terminschwierigkeiten meinerseits kam das Gespräch nicht sofort zustande, und ich bat. daher um eine Beschreibung der damaligen Blutuntersuchung und deren Werte sowie um das Ergebnis einer Weichteil-Aufnahme, die ich in dieser Situation erwartet hätte.

Prof.Scherer ging im nächsten Schreiben plötzlich nicht mehr auf den Untersuchungstermin im Dezember 83 ein, sondern bezog sich auf die Untersuchungen im Mai 84.

Durch einen Fehler seines Sekretariats lag die Beurteilung der Weichteilaufnahme von Ende September 84 bei, die Dr.Niederle anlässlich der dritten Chemotherapie angeordnet hatte. Es wurde von einer ausgedehnten Verschattungsfigur gesprochen, die durch ein Rezidiv verursacht werden könnte.

Ich sprach daraufhin die Stationsärztin Frau Dr.Streppel an, daß P.P. doch erklärt worden sei, daß kein Rezidiv vorhanden sei. Ihre Erklärung lautete, daß die Röntgenärzte bei der

Besprechung die Möglichkeit eines Rezidivs ausgeschlossen hätten und ihr ein schriftlicher Bericht nicht vorliege. Als ich ihr die mir irrtümlich durch Prof.Scherer zugewandene Kopie zeigte, wiederholte sie die Worte aus der Besprechung, gab mir aber recht, daß die Formulierung in dem Bericht zweideutig sei. Eine Gesamtbeurteilung sei jedoch nur differential-diagnostisch möglich und erkläre damit die anderslautende, negative Schlußfolgerung.

Am 17.10.84 fand endlich die Besprechung zwischen Prof.Scherer und mir statt.

Er war sehr zuvorkommend doch konnten seine Argumente mich nicht überzeugen. Er betonte wiederum, daß ein Lokalrezidiv bei dieser Krebsart sehr wahrscheinlich sei. Die Frage, warum keine Weichteilaufnahme bei jeder Untersuchung gemacht worden war, wurde als nicht sinnvoll hingestellt. Begründung: Auch im Mai 1984 sei damit nicht eindeutig ein Rezidiv dargestellt worden!

Meine Logik war dagegen, daß mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit sehr wohl das Rezidiv hätte diagnostiziert werden können, wenn periodisch Aufnahmen des Arms gemacht worden wären.

Prof.Scherer hatte P.P. bei der ersten Beratung auf Befragung keinerlei besondere Kost angeraten. Groß war daher mein Erstaunen als Prof.Scherer mir erklärte, daß er nach Beendigung seiner Laufbahn in Essen nebenbei an einer Privatklinik im Sauerland als Krebsdiätberater tätig werden wolle. Auch in Essen habe er häufig auf Wunsch des Patienten spezielle Diätpläne ausgearbeitet!

Insgesamt betrachtet schien mir Prof.Scherer bei der Beobachtung von P.P. nicht sorgfältig genug vorgegangen zu sein, wie man es von einem erfahrenen Onkologen erwarten sollte. Daher beantragte ich Ende Oktober 1984 bei der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler in Düsseldorf eine Begutachtung.

Ende April 85 erhielt ich das von Prof.K.Kremer erstellte Gutachten. Enttäuschenderweise wiederholte es nur die Argumente von Prof.Scherer. Eine eindeutige Stellungnahme zur Nichtdurchführung von Weichteilnahmen wurde nicht gegeben während die bereits bekannte Krankheitsgeschichte wiederholt wurde.

Mit Schreiben vom 7.05.85 forderte ich daher eine Überarbeitung des Gutachtens in Hinsicht auf die Unterlassung der Xerographie in der kritischen Zeit. Zur weiteren Aufhellung des Gesamtverlaufs fügte ich eine Arbeitskopie dieser Dokumentationsschrift bei.

Mitte Juli bekam ich über die Gutachterkommission die neuerliche Antwort von Prof. Scherer auf meinen Brief hin.

Diesmal wies er darauf hin, daß heutzutage die Chemotherapie immer noch nur experimentellen Charakter als Therapie bei Sarkomen habe.

Andererseits kritisierte er wieder, daß P.P. damals die adjuvante Chemotherapie abgelehnt habe. Weiterhin versuchte er eine komplexe Erklärung über Wahrscheinlichkeiten in Hinsicht auf lokale Tumorheilung und Gesamtüberlebenszeit zu geben.

Was soll nur ein unsicherer Patient in dieser schwierigen Lage mit solchen widersprüchlichen Abhandlungen anfangen?

In Hinsicht auf die eigentliche Kritik meinerseits, daß keine Weichteilnahme durchgeführt worden sei, wiederholte er die früheren Argumente. Zusätzlich bemerkte er nun, daß die Computertomographie eigentlich viel besser geeignet sei. Ich könnte nun wieder anfragen, warum er denn dann keine CT gemacht habe aber ich gab diesen aussichtslosen Briefwechsel auf, da die Gutachterkommission sich in diesem Falle anscheinend nur als Briefvermittler betätigen wollte.

Last not least behauptete Prof.Scherer, daß es sich wohl um ein "groteskes Mißverständnis" handeln müsse als ich verstanden hatte, daß er selbst schon Krebsdiätpläne ausgearbeitet habe

und er später auf diesem Gebiet weiterarbeiten wolle. Was sollte er zu dieser Frage auch anderes antworten?

### "Alternative Krebstherapie" und Amputation

Im Herbst 1984 lernte ich im Rahmen meiner beruflichen Arbeit den Präsidenten der Deutschen Vereinigung für Schwerkraft Dr.Nieper kennen. Dr.Nieper ist Internist und übt diese Präsidenschaft nur als Hobby aus. Da ich in der Presse oft über seine Behandlungserfolge durch alternative Krebstherapie mit nichttoxischen Stoffen gelesen hatte, bat ich ihn um die Behandlung meines Bruders. Er entsprach meiner Bitte und ermöglichte die sofortige Aufnahme in der Paracelsusklinik Langenhagen bei Hannover.

Nach dem Scheitern einer Abstimmung mit Prof.Schmidt wie vorn beschrieben mußten wir uns schnell entscheiden, entweder die Chemotherapie in Essen fortzusetzen oder die alternative Therapie zu wählen. Eine Kombination war wegen der Terminüberschneidung und der verweigerten Beratung durch die Sekretärin von Prof.Schmidt nicht möglich.

Aber auch die Paracelsusklinik schien nicht besser als das Klinikum Essen geführt zu sein. Die Untersuchungen waren recht oberflächlich. Der Arm wurde nicht eingehend untersucht und die Erklärungen über die vorgesehene Behandlungsweise waren auch hier sehr mager und widersprüchlich. Die Oberärztin Dr.Bach, die P.P. nur einmal spät abends aufsuchte, sprach von einer baldigen Entlassung noch vor Weihnachten und erwähnte mit keinem Wort eine notwendige Amputation des Armes.

Groß war daher unsere Enttäuschung, als Dr.Nieper als erstes die Amputation des Armes forderte und auch die in Essen begonnene Chemotherapie im Prinzip fortführte.

Die Aussage der Oberärztin Dr.Bach, daß auch in Langenhagen die Chemotherapie in gleicher Weise wie in Essen fortgesetzt werden könne, schien sich nicht zu bewahrheiten, denn die Mittel waren nicht vorhanden und wurden von einem Tag zum anderen angekündigt, bis sie endlich injiziert wurden. Blasenschutz wurde nicht automatisch verabreicht, sodaß sich dort Schmerzen einstellten, worauf dann Gegenmaßnahmen eingeleitet wurden. Wegen der starken Nebenwirkung auf das Herz wurde lediglich das Adriablastin nicht in wässriger Lösung injiziert, sondern gebunden an Liposphären.

Zusätzlich wurde auch die eigentlich erwartete alternativ Behandlung angesetzt:

- Vitamin C in hoher Dosierung und Carotaben,
- Mandelonitril und Valmane,
- Traumanase und Lithiumorotat,
- Squalen und Thymusspritzen,
- Immunglobulin und das bereits von Prof. Schmit-Neuerburg empfohlene Carnivora.

Die Aufklärung vor der Amputation durch den Chirurgen Dr.Langer war menschlich in Ordnung doch fachlich unzureichend denn über die spätere mögliche Anbringung einer Prothese wurde nicht gesprochen und keine entsprechenden Vorkehrungen getroffen.

Die Amputation des rechten Arms wurde etwa eine Handbreit unterhalb des Schultergelenks durchgeführt, was leider für eine Prothese sehr knapp ist. Der Heilungsprozeß verlief gut, sodaß P.P. zu Sylvester für einige Tage nach Hause entlassen wurde.

Dr.Nieper führte dann stationär für weitere 10 Tage die bereits oben beschriebene Behandlung mit Infusionen, Tabletten und Spritzen fort. Am letzten Behandlungstag wurde wiederum Adriablastin mit Liposphären injiziert. Eine eingehende Durchleuchtung des Thorax veranlaßte Dr.Nieper zu der Äußerung, daß leider auch auf der linken oberen Lungenseite ein

neuer kleiner Herd auszumachen sei. Ganz ähnlich wie nach der Operation durch Prof.Schmit-Neuerburg hatte sich also kurz nach der Operation sehr schnell wiederum eine Metastase gebildet. Die ganzen Abhandlungen von Dr.Nieper über eine parallel zur Operation durchzuführende Stärkung des Immunsystems waren also erfolglos geblieben! Ich gab die Hoffnung aber nicht auf und vertraute darauf, daß Dr.Nieper sehr wohl wisse, was in diesem Falle zu tun sei.

Etwa zwei Wochen nach der Entlassung stellte sich plötzlich starker Husten mit Blutauswurf ein. Als Dr.Nieper telefonisch darüber informiert wurde zeigte er eine etwas unverständliche Reaktion. indem er anregte. daß ihn doch der Hausarzt anrufen möge. Weiter nichts! Dr.Vermathen erwähnte später. daß in dem Arztbrief als Anregung gestanden habe, bei Interesse doch mal Kontakt aufzunehmen.

3 Wochen später - exakt wie Dr.Nieper angegeben hatte - stellte sich P.P.in der Praxis von Dr.Nieper in Hannover zur Nachuntersuchung vor. Dabei wurde als erstes eine Röntgenaufnahme gemacht. P.P. und ich waren allein im Sprechzimmer als die Röntgenassistentin die noch nasse Aufnahme hereinbrachte. Bereits aus größerer Entfernung konnte man eine neue große Abschattung sehen. sodaß wir uns beide entsetzt ansahen. Mir schossen blitzartig meine anfänglichen Zweifel an den Theorien von Dr.Nieper durch den Kopf.

Bereits beim ersten persönlichen Kontakt mit Dr. Nieper, der leider erst nach der Einlieferung meines Bruders zustande kam, hatte ich festgestellt. daß alle seine Theorien über Tachyonen und Schwerkraft zwar ganz ansprechend von ihm beschrieben und vorgetragen werden, eine fundierte Diskussion jedoch nicht möglich ist sondern immer nur die gleichen Thesen stereotyp wiederholt werden. Auch die phantastische Behauptung. daß elektrische Energie direkt aus Schwerkraft gewonnen werden könnte, entbehrt bis heute jeden Beweises!

Sollten etwa seine medizinischen Weisheiten auch nur unbewiesene Theorien sein !?

Man konnte auch Dr.Niepers Betroffenheit über die innerhalb von 3 Wochen entstandene Metastase anmerken. Er gab wiederum eine Adriablastinspritze. Zusätzlich wurde noch Vincristin injiziert. Sobald wie möglich sollte P.P. wieder zur stationären Behandlung in der Paracelsusklinik erscheinen. Dr.Nieper hatte darauf bestanden, daß P.P. bereits am Sonntagabend in der Paracelsusklinik erscheinen sollte, damit die Behandlung gleich am Morgen beginnen könne. Bis auf eine Kurz-Visite passierte jedoch am Montag nichts. Nicht einmal die Versorgung mit Medikamenten hatte bis zum Abend eingesetzt.

Am Dienstag wurde P.P. auf Anweisung von Dr.Nieper mit einem Taxi zu dem Radiologen Dr. Bierlink gefahren, der eine Bestrahlung der Lunge vorschlug. In der Paracelsusklinik waren keine klaren Antworten in Hinsicht auf die weitere Vorgehensweise zu erhalten. Frau Dr.Bach, die wiederum nie bei P.P. erschien, antwortete auf mein Befragen, daß erst mal das Blutbild verbessert werden müßte und bereits Blut für eine Infusion bestellt worden sei. Die erste Blutsendung sei leider nicht kompatibel gewesen.

Nach eingehender Beratung mit meinem Bruder kamen wir zu der Schlußfolgerung, daß eine Weiterbehandlung durch Dr.Nieper zu risikoreich wäre und wohl doch besser wieder die Behandlung durch Prof.Schmidt zu suchen sei.

## Wiederum Chemotherapie

Nach der Misere mit Dr.Nieper hatte ich wiederum Dr.Niederle angerufen und um Fortführung der Behandlung gebeten. Er hörte sich meine Erklärungen an, wollte jedoch die Entscheidung nicht ohne Prof. Schmidt treffen. Auf den Rat des Radiologen Dr.Bierlink gab er zur Antwort, daß er eine Bestrahlung der Lunge wegen der starken Nebenwirkungen nicht für sinnvoll halte.

Bei meiner nächsten Anfrage teilte Dr.Niederle mir die positive Entscheidung seines Chefs mit, konnte die Aufnahme jedoch erst 3 Wochen später wegen Überfüllung ermöglichen.

Bei der ersten Untersuchung übergaben wir auch die Arztbriefe von Dr.Nieper sowie das pathologische Gutachten von der Armamputation von Prof. Löblich.

Kommentar von Dr.Niederle: Prof. Löblich versteht etwas von seinem Fach, von Dr. Nieper könne man das nicht sagen.

Die Chemotherapie wurde wiederum nach dem bereits vorn beschriebenen System in gleicher Weise durchgeführt.

Die allgemeinen Umstände waren nicht besser geworden.

Einmal schien die Zimmerplanung total durcheinander geraten zu sein, denn die Visite wurde im Besucherzimmer durchgeführt. So mußte P.P. von morgens 8:30 bis gegen 16:00 im Besucherzimmer zubringen, bis er endlich ein Bett zugewiesen bekam.

Das nächste Mal war die Röntgenaufnahme nicht aus der Röntgenabteilung geholt worden, sodaß sie zur Visite nicht vorlag und damit die Entscheidung über die Art der Behandlung erst am nächsten Tag getroffen werden sollte. Aus Eigeninitiative besorgte ich schnell die Aufnahme vor Ende der Visite, um die Verzögerung von einem Tag zu vermeiden.

Auch bei der nächsten Therapie war die Organisation nicht besser. Obwohl P.P. nach Anweisung bereits 8:15 anwesend war (das bedeutete 6:00 Aufstehen wegen der langen Anfahrt ), wurde die Blutentnahme erst nach 9:00 durchgeführt, sodaß zur Visite keine Ergebnisse vorlagen. Auch die Röntgenaufnahme wurde diesmal erst nachmittags gemacht, sodaß der erste Tag praktisch verloren war. Die Anfrage von P.P.'s Onkel ( ein siebzigjähriger alter Herr ), ob der Ablauf das nächste Mal nicht effektiver einzurichten sei, wurde von Prof.Schmidt barsch zurückgewiesen.

Am letzten Tag wurde bei der Visite (ca. 12:00 ) noch eine Injektion angeordnet. Trotz vorsichtiger Anfragen war es nicht möglich, eine Schwester vor 16:00 zu bekommen. Überlastung konnte wohl nicht der Grund sein, denn großes Gelächter und laute Unterhaltung aus dem gegenüberliegenden Stationszimmer ließen dies unwahrscheinlich erscheinen.

Insgesamt betrachtet kann man die Behandlung in dieser Klinik nicht als sehr kosten-effektiv ansehen, denn bei etwas besserer Planung wäre häufig ein Tag Aufenthalt einzusparen gewesen.

Bleibt noch zu erwähnen, daß die Rechnungen von Prof.Schmidt immer 2 Visiten pro Tag auswiesen obwohl nachmittags keinerlei Anzeichen davon zu entdecken waren.



Bereits Ende März 1985 klagte P.P. über kontinuierliche Kopfschmerzen. Die Reaktion war nur eine Diskussion über das geeignetste Schmerzmittel und die Dosierung. Er sollte etwa alle 4 Stunden eine Tablette einnehmen, damit die Schmerzen gar nicht erst wieder zum "Ausbruch" kämen. Diese Methode hätte wohl jeder Laie ebensogut gefunden ohne einen Professor zu konsultieren.

Wie sich später herausstellte waren Metastasen im Kopf die Ursache der Kopfschmerzen. Leider kamen Prof.Schmidt und seine sogenannten erfahrenen Onkologen nicht auf diese naheliegende Ursache.

### Die Lähmung

Am 23.Juni verspürte P.P. das erste Mal ein gewisses Schwächegefühl im linken Fuß, sodaß der Fuß beim Gehen des öfteren umkippte. Diese Erscheinung dehnte sich sehr schnell auf das ganze linke Bein aus, bis es schließlich nur noch mühsam bewegt werden konnte und zeitweise krampfartige Zitteranfälle zeigte.

Der Hausarzt Dr.Vermathen äußerte den Verdacht auf eine Nervenentzündung und ließ P.P. schließlich in das Krankenhaus Warendorf einliefern.

Die dortigen Ärzte wurden sich nicht ganz schlüssig, gaben aber erste Hinweise, daß eine Geschwulst an der Wirbelsäule diese Lähmungserscheinungen hervorrufen könne. Wegen der schnell fortschreitenden Lähmung - in der Zwischenzeit war auch das rechte Bein kraftlos geworden - überwiesen sie P.P. in die Neurochirurgische Abteilung des Klinikum Essens.

27.06. :

P.P. trifft nachmittags in der Neurochirurgie ein. Bis gegen 23:00 Uhr werden Untersuchungen durchgeführt:

- Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit.
- Injektion von Kontrastmittel und Röntgenaufnahmen.

28.06. :

Alle Ergebnisse sind negativ. d.h. es kann keine pathologische Veränderung festgestellt werden. Es wird das erste Mal geäußert, daß höchstwahrscheinlich eine psychologische Blockade vorliege. P.P. ist erschüttert über diesen Befund und beschreibt immer wieder alle Symptome, die nach und nach auftraten ( einschließlich kontinuierlicher Kopfschmerzen seit Anfang April dieses Jahres ).

29.06. :

Ärztliche Maßnahmen erfolgen nicht außer der Verabreichung von Kopfschmerzmitteln.

30.06. :

Ich habe das erste Mal Gelegenheit mit Prof.Grote, den Direktor der Neurochirurgie, zu sprechen. Er erklärt wieder, daß keine pathologische Ursache gefunden worden sei. Ich frage, ob nicht eine Metastase die Ursache der Lähmung sein könnte ( in Meyers Lexikon von 1923 wird beschrieben, daß Sarkome häufig Metastasen in der Lunge und Gehirn bilden ). Als Antwort kommt eine Aufzählung von Gründen warum dies höchst unwahrscheinlich sei. Ärztliche Maßnahmen erfolgen nicht außer der Verabreichung von Kopfschmerzmitteln.

1.07. :

Bei der Visite fragen wir Prof.Grote wie es nun weitergehen solle. Es kommt eine gereizte Antwort, daß er nicht mehr zuständig sei, da ja kein pathologischer Fall vorliege. Die Weiterbehandlung sei Sache der Neurologen aber dort sei gegenwärtig kein Bett frei.

Die verbliebene linke Hand wird zusehends kraftloser. Ärztliche Maßnahmen erfolgen nicht außer der Verabreichung von Schmerzmitteln.

2.07. :

Es wird wiederum eine Entnahme der Rückenmarksflüssigkeit vorgenommen, um die Behandlung durch die Neurologen vorzubereiten.

Nachmittags gehe ich zum Oberarzt der Neurologie Dr.Ewert, um seinen Befund zu erfragen. Trotz gemeinsamer Suche im Labor ist die Probe nicht zu finden. Meine Nachforschungen in der Neurochirurgie ergeben, daß die Probe zwecks Untersuchung zum pathologischen Institut geschickt worden ist.

Abends kommt der Oberarzt Dr.Nau und erklärt P.P.: Sie sind organisch völlig gesund die Weiterbehandlung muß nun durch die Neurologen mit Medikamenten und Psychotherapie erfolgen aber leider wird dort erst am Donnerstag ein Bett frei.

3.07. :

Die Lähmung des linken Arms ist praktisch soweit fortgeschritten, daß P.P. keine Bewegung mehr ausführen kann. Ärztliche Maßnahmen erfolgen nicht außer den üblichen Schmerzmitteln.

4.07. :

Endlich erfolgt die Aufnahme in der Neurologie. Der Stationsarzt Dr.Wöllner erscheint, um wiederum eine Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit vorzunehmen. Auf die Vorhaltungen von P.P., daß bereits innerhalb weniger Tage zwei Entnahmen erfolgt seien, wird eine seltsame Begründung gegeben: Die eigenen Untersuchungsmethoden in der Neurologie seien verlässlicher und umfangreicher. P.P. fügt sich und läßt den schmerzhaften Vorgang wiederum über sich ergehen.

5.07.:

P.P. kann abends nicht einschlafen. Da er sich nicht mehr allein bewegen kann, ruft er häufig die Nachtschwester. Diese verabreicht ihm nachts ein starkes Schlafmittel, sodaß er gegen morgen endlich einschlafen kann.

6.07. :

Als ich morgens gegen 9:00 Uhr ankomme, wird mir mitgeteilt, daß P.P. immer noch schlafe. Erst gegen nachmittag zeigt er leichte Reaktionen, indem er bei geschlossenen Augen einige Bissen zu sich nimmt. Auf Fragen gibt er jedoch keine Antwort.

7.07. :

Am Morgen ist die Situation schlimmer geworden, indem P.P. nun überhaupt keine Reaktion mehr zeigt. Es wird daher entschieden, daß eine Computertomographie des Kopfes gemacht werden soll. Lange Zeit passiert nichts, sodaß ich immer ungeduldiger nachfrage. Da Sonntag ist, befindet sich nur eine Notbesetzung in der Röntgenabteilung, die angeblich total überlastet ist. Gegen 14:00 Uhr wird endlich die Tomographie durchgeführt.

Das Ergebnis ist niederschmetternd: 2 Metastasen befinden sich in der Mitte des Kopfes und sondern Flüssigkeit ab, sodaß der Druck die Lähmungserscheinungen hervorruft.

Ich bin fassungslos, daß niemand seit April die Ursachen der Kopfschmerzen richtig gedeutet hat. Dr.Ewert erklärt mir, dass versuchen werde, den Flüssigkeitsdruck im Gehirn durch eine Entwässerungstherapie herabzusetzen. Über den zu erwartenden Zustand von P.P. danach gibt er keine sichere Prognose ab.

8.07. :

Der Zustand ist unverändert.

9.07.:

Der Zustand ist erst unverändert. Plötzlich speit P.P. Blut. Dr.Ewert erklärt, daß es sich um eine Magenblutung handele, die wahrscheinlich durch die Cortisoninjektion hervorgerufen werde.

Nach heftiger Diskussion mit Dr.Ewert wird endlich auf weitere Cortisongaben verzichtet.

Kurz nach 21:00 Uhr schläft P.P. für immer ein.

Obwohl ich auf das Schlimmste gefaßt war, übermannt mich nun doch der Schmerz aber bereits eine halbe Stunde später fragt mich der Stationsarzt Dr.Wöllner, ob ich einer Obduktion zustimmen würde, damit die Studenten an diesem Fall lernen könnten. In mir zieht sich alles zusammen, denn wieviel hat mein Bruder schon an diesem Klinikum gelitten. Ich gebe die Einwilligung nicht.

## Danach

Nach ca.10 Tagen trifft die Rechnung von Prof.Grote ein, natürlich mit dem üblichen Erhöhungsfaktor wegen der "besonderen Schwierigkeit" des Falles.

Ich erkenne die Rechnung nicht an wegen der eindeutigen Fehldiagnose und der Verursachung der unnötigen dritten Entnahme der Rückenmarksflüssigkeit.

Die Antwort:

"Unter Bezugnahme auf meine Rechnung vom 18.7.85 teile ich mit, daß Ihnen die Bezahlung erlassen wird.

Dies bedeutet allerdings nicht, daß die von Ihnen mit Schreiben vom 21.7.1985 erhobenen Vorwürfe gerechtfertigt wären. Es ist allein das bedauerliche Schicksal Ihres Bruders, das mich zu meinem Entgegenkommen veranlaßt.

Hochachtungsvoll

W. Grote"

Bereits im Klinikum Essen waren verschiedene Fragebögen auszufüllen, die mögliche Ursachen für den Ausbruch der Krankheit analysieren sollten. Der Hinweis, dass P.P. jedes Jahr ein bis zweimal vom Hausarzt eine Volon – Spritze gegen Heuschnupfen an die Stelle an der der Krebs ausbrach bekam, wurde wie alle unsere Argumente als nicht relevant abgetan....

### Anhang: Beteiligte Ärzte

-Frau Dr.Bach	Oberärztin Innere Abt. Paracelsusklinik Oertzweg, 3012 Langenhagen
-Dr.Bierlink	Praktizierender Radiologe , 3000 Hannover
-Dr.Brameyer	Chefarzt Chirurgie Krankenhaus Oelde Spellerstraße, 4740 Oelde
-Prof. Eigler	Direktor Allgemeinchirurgie Klinikum Hufelandstr.55. 4300 Essen
-Dr.Ewert	Oberarzt Neurologie Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Prof.W.Grote	Direktor Neurochirurgie Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Prof.J.Hackethal	Regiearzt Eubiosklinik Eubios-Klinik, 8214 Bernau/Chiemsee
-Dr. Höffken	Privatdozent an der Strahlenklinik Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Prof.K.Kremer	Gutachter der Ärztekammer Nordrhein Tersteegenstr.31, 4000 Düsseldorf 30
-Dr.Langer	Chirurg,Belegarzt a.d.Paracelsusklinik Oertzweg. 3012 Langenhagen
-Prof. Löblich	Arzt für Pathologie Kniggestr.7. 3000 Hannover
-Dr.Nau	Oberarzt Neurochirurgie Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Dr. Schulz	Oberarzt Strahlenklinik Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Dr.Niederle	Oberarzt Innere Abteilung Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Dr.Nieper	Internist.Belegarzt a.d.Paracelsusklinik Oertzweg, 3012 Langenhagen
-Prof.Schmit-Neuerburg	Direktor Unfallchirurgie Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Prof.E. Scherer	Direktor Strahlenklinik Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Prof.C.G.Schmidt	Direktor Innere Abteilung Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Dr.Steltmann	Oberarzt Chirurgie Krankenhaus Oelde Spellerstr.. 4740 Oelde
-Frau Dr.Strepel	Stationsärztin Innere Abt. Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Dr.Vermathen	Hausarzt Hauptstr. . 4722 Ennigerloh
-Dr.Wöllner	Stationsarzt Neurologie Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen
-Dr.Zerkowski	Stationsarzt Unfallchirurgie Klinikum Hufelandstr.55, 4300 Essen