

Kapitel 11

Obduktion — aber wie?

*K*s Doktorvater war gestorben. Mit seiner Mäusearbeit ging er zu dessen Nachfolger. Es hieß immer, der reagiere unwirsch, wenn er auf seinen Vorgänger angesprochen werde. Er zeigte es nicht, übernahm aber auch nicht die Weiterbetreuung der Arbeit. Stattdessen gab er *K* ein neues Thema, das dieser annahm. Man kann nicht sagen, dass er sonderlich traurig war, von den Mäusen zu gutartigen Tumoren in der Nebennierenrinde wechseln zu müssen. Folge der Doktorarbeit war, dass er am 15. August 1966 seine erste Medizinalassistenten-Stelle in der Pathologie antrat, Monatsgehalt 497,00 DM.



Abbildung 13: Köln 1966 Medizinalassistent in der Pathologie

Mit Spannung wartete er auf die Zuteilung für seine erste Obduktion. Es war ein älterer Mann. Die behandelnden Ärzte gingen davon aus, dass er an den Folgen einer schweren Entzündung des Dünndarms gestorben war. *K* war beim Legen der großen Zugänge etwas aufgeregt. Er war nicht ganz sicher beim Aufsetzen des Messers. Aber dann war doch alles in Ordnung. Der Sektionsgehilfe sah ihn nicht tadelnd an. Der sogenannte Hauptbefund war also der Darm. Dünndarm und Dickdarm wurden und werden noch immer mit der großen Darmschere eröffnet, aber mit etwas unterschiedlicher Technik. Damit sich die Schere beim Verschieben nicht an der Darmwandung oder an einem Darmtumor verfängt, hat sie vorn einen runden Knopf. Von *K* wurde die sogenannte Abgeig-Technik verwandt. Wie mit einem Geigenbogen wird mit dem Messer der Dünndarm von seinem Gekröse abgetrennt. Dünndarm und Dickdarm wurden dabei nicht verletzt. Sie blieben in ihrem Organzusammenhang. Danach wurden sie mit Spezialschnitten eröffnet. Abschließend wurde der Darminhalt vorsichtig abgespült. Für das sogenannte Darmwaschen war der Sektionssaal mit einem speziellen Darmwaschbecken ausgestattet. Damit der Darminhalt den Abfluss nicht verstopfte, war der etwas größer als in einem Standardbecken, etwa mit einem Durchmesser von 10 cm. *K* ging alles natürlich noch langsam von der Hand. Schließlich handelte es sich bei Dünn-, Dick- und Enddarm um ein ziemlich großes Konvolut, das nicht so leicht zu handhaben war. Es gelang ihm gut, auch die klinisch diagnostizierte schwere Dünndarmentzündung darzustellen. Die entzündlichen Auflagerungen auf der Dünndarmschleimhaut hatte er beim „Waschen“ des Darms erhalten können, nicht mit abgespült. Mit seiner Arbeit war er – etwas vorsichtig – zufrieden.

Für die Chefdemonstration, eine höchst bedeutende Inszenierung, musste der Darm, auf einer großen Schale ausgebreitet, bereitgestellt werden, selbstverständlich auf einer peinlichst sauberen Schale. Davon standen ganze Sätze in unterschiedlicher Größe auf einer Ablage. *K* ging hin und suchte sich eine passende aus. Er war gerade auf dem Rückweg, als er ein Fluschgeräusch hörte und der gesamte Darm vor seinen Augen im Abfluss verschwand. Das war für ihn fast der Weltuntergang. Er musste zu seinem Chef gehen, um sein Missgeschick zu berichten. Der verzog keine Miene. Die Demonstration gelang ihm vollendet. Die klinische Diagnose Dünndarmentzündung der behandelnden Internisten setzte er geschickt als bestätigt voraus und demonstrierte deren Folgen an den anderen Organen, Herz, Leber, Nieren, Nebennieren. Dann wies er darauf hin, dass das Gehirn noch speziell neuropathologisch untersucht werden müsse. *K* war erleichtert, zu Unrecht. Sein Chef und Doktorvater verzieh ihm diesen Fehler nie.

Später passierte dieses Unglück tatsächlich immer wieder einmal neuen Mitarbeitern von *K*. Es wäre noch schöner gewesen, hätte er sich nicht an seine erste Obduktion erinnert. Das sagte er dann auch, seine Assistenten tröstend.

Für *K* war die Zeit in der Pathologie prägend. Es gab in der Kölner Pathologie eine ganze Reihe gebildeter und fachlich sehr versierter Pathologen, Mitdreißiger, die ganz ausgezeichnete Wissenschaftler waren und die die Neulinge im Fach Pathologie unter ihre Fittiche nahmen.

Auf die 8 Monate in der Pathologie folgten für *K* 6 Monate in der Chirurgie, und zwar am Dreifaltigkeitskrankenhaus in Wesseling. Hier war der Lohn schon etwas besser, nämlich 650,00 DM brutto, 514,15 DM netto, und bezahlte Nachtdienste. Marianna erhielt weiterhin ihren Scheck von zu Hause. Damit ging es ihnen recht gut. Die Welt schien ihnen offen. Und sie war es auch. Natürlich fürchteten sie sich vor einem Atomkrieg. Die Angst bestand insofern, als bei einem Angriff der Verbündeten des Warschauer Paktes, also in Wirklichkeit der Roten Armee, auch französische Atombomben auf Deutschland fallen würden, wobei der Rhein als militärische Auffanglinie gedacht war. Also große und kleinere Atombomben von Ost wie West auf ganz Deutschland.

K hatte sich gegen die Bundeswehr und für den Katastrophenschutz bei der Johanniter-Unfallhilfe entschieden. Die dort gesammelten Erfahrungen waren nur positiv. Sie bestimmten sogar später seine Forschungsrichtung mit.

Für einen Medizinalassistenten, also für einen Anfänger, war im Dreifaltigkeitskrankenhaus in Wesseling die Verantwortung sehr groß, übergroß. Für heutige Verhältnisse wäre sie abenteuerlich, dritte Welt. Denn es gab außer dem Chefarzt keinen bereits approbierten Arzt, nur drei Medizinalassistenten. Jede der beiden Chirurgischen Stationen wurde von einem Medizinalassistenten geleitet, einer war in der Ambulanz. *K* hatte eine Unfallstation mit 50 Betten zu betreuen. Man kann es auch anders beschreiben. Jede der erfahrenen Ordensschwestern hatte die Verantwortung für ihre Station und für ihren Medizinalassistenten. Dieser hatte dann allerdings jeden zweiten bis dritten Tag Dienst. Zum chirurgischen Nachtdienst gehörte die Unfallambulanz. Auch die Ambulanzschwester und die Röntgenschwester waren sehr erfahrene Ordensfrauen. Gemeinsam sahen sie sich mit den Medizinalassistenten nachts die Röntgenbilder an, auch bei Verdacht auf ein Schädelhirntrauma. Schwere Traumata wurden sofort nach Köln in die Universitätsklinik verlegt. Das entschied dann schon der Chefarzt, der meistens über die Woche im Krankenhaus schlief. An den Wochenenden war er jedoch stets zu Hause in Siegburg.

Ks erste Wundversorgung war für ihn mit heftiger Aufregung verbunden. So sollte er bei einem vierjährigen Jungen eine tiefe Zungenbissverletzung versorgen. Der kleine Junge weinte, war unruhig. *K* zitterte die Hand. Er wusste plötzlich nicht, wie er anfangen sollte. Schwester Hildegunde beruhigte zuerst den Jungen, dann *K* und erklärte ihm das Vorgehen. Es fasste sich. Als er aber versuchte, die Zunge zu nähen, traute er sich nicht, zog die Hand mit dem Nadelhalter wieder zurück. Ganz sanft nahm Schwester Hildegunde seine Hand und führte sie Stich um Stich, bis die Wunde regulär versorgt war. Bis heute hegt *K* eine große Verehrung für die in der Krankenpflege und Krankenversorgung tätigen Ordensschwwestern.

Stets hat er anerkannt, dass er von Schwestern, Pflegern und später auch von Präparatoren viel gelernt hatte und durchaus auch noch als alter Professor von ihnen etwas dazulernen konnte. Wenn ihm jemand etwas zeigen konnte, was er noch nicht beherrschte oder wusste, freute er sich immer darüber und nahm es gern an. Aber noch war er nicht so alt. Die Welt stand Marianna und ihm eben offen. Und sie erwies sich als schön.

Der Chefarzt hatte am Krankenhaus die Intubationsnarkose neu eingeführt, natürlich ohne Anästhesisten. Er war sehr stolz darauf: „Wir machen keine Äthernarkose mehr, sondern eine Intubationsnarkose“. Einer der Medizinalassistenten hatte die Narkose zu machen, der andere assistierte bei der Operation, der dritte war in der Ambulanz. Zu assistieren hieß, mit speziellen Haken das Gewebe zart auseinander zu ziehen, um dem Operateur bestmögliche Sicht auf das Operationsgebiet zu ermöglichen. Für den Assistenten war das ungeliebte statische Arbeit. Das hieß nämlich, lange in einer Position unter ziemlich verdrehter Körperhaltung zu verharren und eben die Haken halten zu müssen. Ein damals gängiger und auch so gemeinter Spruch war: „Haken und Mund halten“. Das große Wort führte der Operateur.

Hatte einer der Medizinalassistenten dienstfrei, änderte sich an der Assistenz natürlich nichts, das wäre auch nicht gegangen. Eine der Schwestern machte die Narkose. Diese bevorzugten noch zum Unwillen des Chefarztes die Äthernarkose. *K* sollte auch schnell merken, dass so eine Narkose ganz unerwartete Folgen haben konnte. Als er bei einer Äthernarkose zum Assistieren seinen Kopf weit zum Patienten neigen musste, Haken und Mund hielt, störte ihn der aufsteigende Äthergeruch ziemlich. Und nicht nur das, denn kurze Zeit später verspürte er an sich die Ätherwirkung. Er fiel nicht um. Aber, war er bis dahin hoch konzentriert, so wurde er plötzlich albern, lachte und musste sich die größte Mühe geben, die Haken exakt zu halten. Der Chefarzt wurde ungehalten, merkte aber dann, dass sich *K* in einem leichten

Rauschzustand befand. Jetzt war auch *K* ziemlich froh, dass die Äthernarkose abgeschafft wurde.

KÖNNTE ES AUCH ANDERS GEWESEN SEIN? Nein, die erste Obduktion und die erste Wundversorgung waren mit großer Aufregung verbunden. Äther macht high.

Eine Station mit 50 Betten, also 50 Patienten, war auch für damalige Verhältnisse schon sehr groß. Zwar lagen die Patienten auch mit Frakturen sehr viel länger als heute im Bett und langweilten sich, aber nicht nur junge, sondern auch ältere und alte Patienten hatten sich Arm, Bein, Rippen oder das Schlüsselbein gebrochen und lagen auf *Ks* Station. Das heißt, dass er sie dann zusätzlich zu ihrer Verletzung oder im Anschluss an eine Operation auch internistisch behandeln musste.

Er kam jedoch aus der Pathologie, hatte noch keine klinische Erfahrung. Dafür wusste einer der Mit-Medizinalassistenten, der seine Zeit schon in der Inneren Medizin verbracht hatte, immer alles. Das war nervig. Als *K* einmal einen Patienten mit einem Bluthochdruckleiden behandelte, fand dieser Kollege die gewählte Dosierung etwas zu niedrig. *K* nahm den Rat an, erhöhte die Dosierung. Einige Stunden später kam er noch einmal an das Bett des Patienten, um dessen Blutdruck zu messen. Der Patient setzte sich erfreut an den Bettrand und stand aus dem Bett auf. Aber ehe er richtig stehen konnte, kollabierte er bereits. Er verstand schon, dass *K* einen Fehler gemacht hatte, blieb aber weiterhin sehr nett zu ihm.

Einmal in der Woche wurde bei der Chefvisite die zukünftige Medikation besprochen. Zwei Tage nach einer solchen großen Visite war ein älterer Patient auf *Ks* Station plötzlich gestorben. Das war der erste Patient, der unter *Ks* Betreuung gestorben war. Seinen Tod hatte er nicht erwartet. So war er etwas verwirrt, suchte Rat und Verständnis bei seinem Besserwisser-Kollegen. Der sah ihn jedoch von oben herab an, obwohl er ziemlich klein war, und erklärte ihm, falls er etwa die unübersehbare Herzinsuffizienz des Patienten nicht behandelt hätte, träfe ihn die Schuld am Tode des Patienten. *K* hatte die Herzinsuffizienz nicht erkannt und entsprechend nicht behandelt. In ihm bohrte es. Sein Kollege setzt noch eins drauf. Auf jeden Fall hätte *K* auf der Todesbescheinigung die Todesursache als Herztod bei verzögertem Verlauf einer Herzinsuffizienz angeben müssen. Wo denn überhaupt die Todesbescheinigung sei? Die wolle er doch einmal sehen. *K* entgegnete ihm, er wisse doch wohl, dass sie nicht von Medizinalassistenten, sondern von einem Arzt ausgefüllt werden müsse. Ärzte seien sie beide ja schließlich noch nicht. Das saß. Und jetzt wollte sich *K* von dem Vorwurf einer Fehlbehandlung schützen. Im Übrigen, so sagte er, hätte der Patient nur eine leichte Herzinsuffizienz gehabt. Deshalb sei auch auf

der Visite die Medikation nicht umgestellt worden. Der Patient sei entweder eines akuten Herztodes oder an einer massiven Lungenembolie gestorben. Das, so sagte *K* leichthin, könne man schließlich klären. Auf Nachfrage, na, durch eine Obduktion! Da konnte der Kollege nur lachen; ausgerechnet bei uns im schließlich katholischen Krankenhaus eine Obduktion! Ja, sagte *K*, wenn er sie selber durchführte. Da meinte der Kollege, die ehrwürdige Schwester Oberin würde das sicher nicht dulden. Das sei nicht nur eine Kostenfrage.

K schlug ihm vor, dann eben heimlich zu obduzieren. Da verstanden sich die beiden jungen Kollegen auf einmal sehr gut.

Unauffällig stellten sie aus dem OP die benötigten Instrumente für die Nacht zusammen, OP-Handschuhe, 1 Skalpell, 1 Schöpflöffel für das Blut und 1 Nadelhalter mit Nahtmaterial. Von der Station nahmen sie eine größere Schüssel an sich.

Es war gegen 22 Uhr, als sie zu dem Toten in den Keller gingen. Der war bereits eingesargt, mit weißem Totenhemd bekleidet, der Kopf lag auf einem weißen Kissen, zugedeckt war er mit einer weißen Decke. Die Obduktion im Sarg, ohne einen Blut tropfen zu hinterlassen, war nicht möglich. Im Keller war die Beleuchtung ziemlich schlecht. Das musste ausreichen. Ein weiteres Problem war es, dass es außer einem alten gynäkologischen Untersuchungsstuhl keine Möglichkeit gab, den Toten für die Obduktion zu lagern.

Sie gaben nicht auf. Weil die Totenstarre ausgeprägt war, ließ sich der Tote gut aus dem Sarg herausheben. Aber schwierig war es schon, ihn so auf den gynäkologischen Stuhl zu legen, dass obduziert werden konnte. Der Mit-Medizinalassistent sollte den Toten eben dabei halten. So sollte es sein.

Und es ging. *K* legte nur einen kleinen Hautschnitt, vom Unterrand der Drosselgrube bis zur Spitze des Brustbeins. Es trat wenig Blut aus, weil die Totenflecken unverändert in Rückenlage geblieben waren. Von dem kleinen Zugang aus durchtrennte er jeweils seitlich die Ansätze der vorderen Brustmuskeln bis in die Höhe der Knorpel-Knochen-Grenze zwischen dem Rippenknorpel und dem knöchernen Teil der Rippen. Auch das blutete kaum. Danach durchtrennte er von der 2. Rippe ab jeweils den Rippenknorpel bis durch den Rippenbogen, hob den Rippenbogen leicht an und durchtrennte Schritt für Schritt das zarte Bindegewebe unter dem Brustbein. Anschließend knickte er es nach vorn/oben ab. Dadurch zerriss das Brustbein auf seiner Innenseite zwischen 2. und 3. Rippe. So sollte es sein. Die Brusthöhlen waren eröffnet und damit fielen die Lungenflügel, ihrer Elastizität folgend, in sich zusammen. Der Blick auf den Herzbeutel war frei. Mit einer Pinzette wurde er gefasst, leicht gespannt und über seine gesamte vordere Länge aufgetrennt. Das

Lumen des Herzbeutels war mit der typischen bernsteinfarbenen Flüssigkeit gefüllt, kein Blut. Das war schon einmal eine Diagnose für die beiden Obduzenten.

Sodann folgte die Durchtrennung der großen Schlagadern und Venen an ihren Aus- bzw. Eintrittspforten auf der Innenseite des Herzbeutels. Bereits beim ersten Einschnitt lief massenhaft Blut in den Herzbeutel. Das Herz musste herausgenommen und das Blut ausgeschöpft werden. Weil das Herz leicht rutschig war, musste es zunächst auch in die Schüssel gelegt werden, die ja eigentlich nur für die Aufnahme des Bluts gedacht war. So wurde sie sehr schnell voll. Im Keller gab es einen Ausguss, in den das z.T. auch geronnene Blut abgegossen werden konnte. Nachdem das Blut aus dem Herzbeutel ausgeschöpft war, konnten die großen Lungenschlagadern eingesehen werden. *K* fand, was er gesucht hatte, nämlich aufgeknäuelte, eingeschwemmte Blutgerinnsel.

Sein Patient war also an einer fulminanten Lungenembolie gestorben. Beide Kollegen verständigten sich nach diesem Obduktionsergebnis darauf, das Herz dann nicht mehr zu untersuchen. Es wurde wieder in den Herzbeutel zurückgelegt, das Brustbein in seine ursprüngliche Position gedrückt. Abwechselnd nähten sie regulär chirurgisch den Zugang wieder zu und reinigten den Ausguss von Blut. Beides gelang. Sorgfältig reinigten sie die Brustvorderfläche des Toten und trugen ihn zurück in seinen Sarg. Dort bekleideten sie ihn wieder mit seinem Totenhemd und bedeckten ihn mit seiner Decke. Es war so, als wäre nichts geschehen. Kein Blut tropfen war auf dem Weiß zu sehen. Gemeinsam verschraubten sie den Sagdeckel. Von nun an vertrugen sie sich sehr gut. Niemand hatte etwas von dieser nächtlichen Sektion im Keller bemerkt. Am nächsten Tag erfuhren sie, dass der Chefarzt bei der Attestierung der Todesursache auf der Todesbescheinigung von einem Herztod nach Herzinfarkt ausgegangen war.

KÖNNTE ES AUCH ANDERS GEWESEN SEIN? Nein. Es war die abenteuerliche nächtliche Obduktion, heimlich durchgeführt von zwei Medizinalassistenten im Keller eines von Ordensschwestern geleiteten kleinen Krankenhauses. *K* war immer für eine Obduktion.

Nach der Approbation ging *K* für 1 Jahr in das Institut für Rechtsmedizin der Universität zu Köln, was bereits erwähnt wurde. Das war eine Übergangsstation. Die erste Obduktion sollte ein Härtetest sein. Sofort musste er eine Fäulnisleiche obduzieren. Natürlich fand er das abstoßend. Obwohl derartige Obduktionen gut bezahlt wurden, hat er sich Zeit seines Berufslebens möglichst davon ferngehalten.

Im Institut herrschte noch die alte Ordinarienherrlichkeit. Das hieß, was der Chef anordnete, war zu erledigen, widerspruchslos. *K* war immer bereit, alle Pflichten

zu erfüllen, und dennoch widerspenstig. War eine Obduktion durchgeführt, wurde der Chef zur Abnahme der Obduktionsergebnisse gerufen. Er war sehr belesen und fühlte seinen Leuten listig auf den Zahn. Das machte den Anfänger unsicher, sollte es auch. Es spornte zum Nachlesen an.

An einer Handhabung störte *K* sich sehr. Denn mit größter Selbstverständlichkeit nahm der Institutsdirektor die sorgfältig auf Tablettis zur Demonstration für ihn ausgebreiteten Organe in die Hand, um sie genau zu betrachten, und zwar ohne sich dafür Handschuhe anzuziehen. Keiner der Obduzenten hätte gewagt, selber dabei noch die Handschuhe zu tragen, sie anzubehalten oder sich etwa bei seinem Erscheinen schnell welche anzuziehen. Obwohl die üblichen dünnen Operationshandschuhe benutzt wurden, hieß es, nur mit bloßen Händen könne man die Konsistenz eines Organs ganz genau beurteilen. Häufig sei es nämlich so, dass der Tastbefund diagnostisch ergiebiger sei als die Betrachtung selbst der großen Organschnittflächen. Auf jeden Fall bedürfe es beider Untersuchungen. Als Beispiel wurden Lungenentzündung und die Herzmuskelentzündung, also eine Myokarditis, angeführt. Und tatsächlich stimmte das mit dem Tastbefund. Aber wurden feine OP-Handschuhe getragen, beeinträchtigte das keineswegs das Tastgefühl.

Als *K* seinem Chef zum ersten Mal seine Obduktionsbefunde demonstrieren wollte, wurde er zur Vorbereitung von den Oberärzten auf diese Gepflogenheit hingewiesen. Trotzdem behielt er seine Handschuhe an. Sein Chef sah ihn zwar tadelnd an, sagte aber nichts. Die Oberärzte ermahnten ihn. Er könne doch wohl keine Handschuhe tragen, wenn der Chef darauf verzichte. Sie würden es sich ja auch nicht herausnehmen. Er, *K*, hätte nun schließlich noch keine eigene Erfahrung und wohl noch nicht verstanden, dass es kein Gebiet gäbe, auf dem er nicht von der großen Erfahrung seines Chefs profitieren könne. Er hatte aber verstanden. Trotzdem ließ er seinen Chef, als dieser beim nächsten Mal mit einer halben Stunde Verspätung zur Abnahme der Obduktion kam, sogar warten, um sich erst Handschuhe anzuziehen. Das war schon die Höhe. Der Chef war schlau, wollte sich wohl noch überlegen, ob er *K* rausschmeißen müsse oder behalten solle. Deshalb sagte er nur zu ihm, er solle sich von der Chefsekretärin einen Termin zu einem Gespräch mit ihm geben lassen. Das tat er sofort. Allerdings erhielt er ihn erst für in zehn Tagen. Zu Hause fragte er Marianna, was er machen solle. Sie bestärkte ihn darin, lieber auf die Stelle zu verzichten, als sich dieser Anweisung zu fügen. Beide fanden, Gerichtsmedizin sei doch ein sehr bizarres und unerquickliches Fach. Gerichtsmediziner wollte *K* nun auch wirklich nicht werden. Aber das eine Jahr wollte er schon bleiben.

Es beunruhigte ihn etwas, dass der Gesprächstermin bei seinem Chef erst in zehn Tagen stattfinden sollte, und das, obwohl er ihm täglich begegnete. Obduktionsbe-

funde durfte er nicht mehr demonstrieren. Das übernahm dann einer der Oberärzte. *K* stand daneben, döste zum Glück nicht so vor sich hin, denn plötzlich wurde er von seinem Chef aufgefordert, einen Befund zu interpretieren. Diese Blitzeinschläge waren sein Prinzip. *K* war einsatz- und lernbereit.

Als er zum Termin erschien, ging beim Betreten des Chefzimmers sofort dessen recht giftiger Dackel auf ihn los. Der Hund hatte wohl die Stimmung seines Herrn gut erfasst. Gebissen wurde er nicht, der Hund war noch rechtzeitig zurückgerufen worden. Er knurrte, mochte *K* nicht, wurde in einen anderen Raum gesteckt. Das war kein guter Empfang. Der Chef gab sich leutselig, fragte *K*, ob er denn das vorgesehene Jahr im Institut bleiben wolle oder ob ihm die damit verbundene Belastung vielleicht zu groß sei. *K* fragte sich, ob das schon der Rausschmiss sei, sagte aber, gern bleiben und möglichst viel im Hinblick auf die Unfallmedizin sehen zu wollen. Da hätte er Glück. In wenigen Tagen käme Prof. Voigt hierher nach Köln. Der sei der Direktor des Instituts für Gerichtsmedizin am Universitätsklinikum in Lund. Mit ihm und einem Stab an Ingenieuren zusammen würden sie an einem von Mercedes Benz finanzierten großen Projekt zur Inneren Sicherheit von PKWs Leichenversuche auf einer Beschleunigungsanlage im Max-Planck-Institut in Dortmund durchführen. Vielleicht könne er dabei Prof. Voigt unterstützen. Das war eine Verlockung sondergleichen. Aber, so der Chef, er müsse sich einfügen. Dazu gehöre nun einmal, alle Sinne bei der Diagnostik einzusetzen, so auch das feine Tastgefühl. Dafür sei es nun mal besser, dass man sich überwinde und die Organe unmittelbar mit der Hand untersuche. Er hätte ja wohl auch gesehen, dass der exzellente ungarische Arzt, der für einige Zeit am Institut sei, stets ohne Handschuhe seziere. Und er, *K*, so mit wohlwollender Stimme gesagt, sei ja, wie er merke, bereit zu lernen. Jetzt müsse er erst in die Anfangsgründe der Obduktion eingeführt werden. Die Konsistenzdiagnostik habe überall einen sehr hohen Stellenwert, weshalb auch überall die Schulung des Tastgefühls durch unmittelbaren Organkontakt erfolge und nicht durch Handschuhe eingeschränkt werde. Dabei hatte der Chef die Kleinigkeit übersehen, dass *K* acht Monate in der Pathologie gewesen war, selber bereits 60 Obduktionen durchgeführt hatte. Natürlich gab es leichte Modifikationen der Obduktionstechnik in der Rechtsmedizin im Vergleich mit der Pathologie. Ihn biss fast der Affe, als sagte, dass in seiner Pathologiezeit die Organkonsistenz auch diagnostisch gewertet worden sei, er aber nie gesehen habe, dass die Handschuhe ausgezogen worden seien. Der Chef entließ *K* ungnädig. Er hätte sich jetzt nun schon zu viel Zeit für ihn genommen, er könne gehen. *K* wusste nicht so genau, was für ein Abgang das sein sollte. Er rief Marianna an, die ihm riet, erst einmal zu bleiben. So machte er es dann auch. Er war nicht rausgeflogen, flog auch nicht raus, als er in Handschuhen seinem Chef wieder seine Obduktionsbefunde demonstrieren

durfte. *K* staunte nicht schlecht, als sich sein Chef eines Tages Handschuhe bei der Demonstration überzog. Damit war der Damm gebrochen. Nur der ungarische Kollege obduzierte weiter, ohne sich die Handschuhe anzuziehen.

KÖNNTE ES AUCH ANDERS GEWESEN SEIN? Was für Außenstehende heute geradezu abenteuerlich klingt, war es damals auch.