

Ellen de Visser

DER EINE

PATIENT,

DER MEIN

LEBEN

VERÄNDERT HAT

*Ärzte und Pflegekräfte
erzählen von ihren
berührendsten Begegnungen*

m 

© 2020 des Titels »Der eine Patient, der mein Leben verändert hat« von Ellen de Visser (ISBN 978-3-7474-0141-5)
by mvg Verlag, Münchner Verlagsgruppe GmbH, München. Nähere Informationen unter: www.m-vg.de

VORWORT

Mein Schwager Huib wurde an einem sonnigen Tag im Februar beerdigt – an einem solchen Tag wäre er gern auf sein Rennrad gestiegen –, und irgendwo unter den vielen Gästen im vollbesetzten Saal saß auch ein trauernder Onkologe. Er war Arzt in dem nahe gelegenen Krankenhaus und hatte sich den Vormittag freigenommen. Er wollte von einem Patienten Abschied nehmen, der sein Freund geworden war und von dem er viel gelernt hatte, erzählte er mir. Seine Bemerkung ließ mich aufhorchen. Dass Patienten von ihrem Arzt lernen, fand ich einleuchtend: Sie erfahren, wo ihre Beschwerden herkommen und was man gegen sie tun kann. Aber andersherum? Sollte es noch mehr Ärzte geben, die einen Patienten, eine Patientin im Gedächtnis behalten hatten, eine Patientengeschichte, die ihnen nicht mehr aus dem Sinn ging?

Das gab den Anstoß zu einer Serie, die wir im Sommer 2017 in der Wissenschaftsredaktion der *Volkskrant* entwarfen: Ärzte sollten uns von einer beeindruckenden Begegnung mit einem Patienten oder einer Patientin erzählen, aus der sie etwas gelernt hatten. Sechs Folgen waren geplant. Es war als eine kleine Serie gedacht, wie sie sich die Zeitungen zur Überbrückung der flauerer Sommerzeit ausdenken. Wir nahmen an, dass es nicht leicht sein würde, Ärzte zu finden, die eine so persönliche Geschichte erzählen wollten.

Das Gegenteil war der Fall. Viele Ärzte hatten Lust, sich daran zu beteiligen. Sie schienen alle jemanden im Sinn zu haben, über den sie berichten wollten. So wuchs sich ein zeitlich befristeter Versuch zu einer wöchentlichen Rubrik aus. Im Lauf der Zeit kamen Ärzte von sich aus auf uns zu. Wir erweiterten das Spektrum, denn auch Krankenpfleger und Krankenschwestern wollten zu unserer Rubrik beitragen, Psychologen und Psychologinnen, eine Geburtshelferin, eine klinische Sozialarbeiterin.

Welche Geschichte ich zu hören bekommen würde, wusste ich meistens nicht, wenn ich mich verabedete. Ich erinnere mich an einen grauen Montagmorgen im April, an dem eine Forensikerin mir beschrieb, wie über einem Kornfeld die Sonne aufging, kurz nachdem sie unten an der Böschung den Tod eines jungen Motorradfahrers festgestellt hatte, und wie ergriffen sie von diesem Stilleben gewesen sei. Ich weiß noch, dass ich danach etwas verstört wieder auf der Straße stand, umtost vom Amsterdamer Verkehr.

Ärzte und Pflegekräfte entwickeln eine Art professionelle Empathie: Sie nehmen zwar Anteil, halten aber gefühlsmäßig Abstand – wie einen aufgespannten Schirm, der sie vor der schweren emotionalen Belastung ihres Berufs schützt. Es gibt jedoch Patienten, die diesen Schutzschirm durchdringen, Patienten, die sie aus ganz verschiedenen Gründen berühren und für ihr Denken und Handeln prägend werden. Davon wollten all diese Menschen, die mit Kranken arbeiteten, gern erzählen. Sie offenbarten dabei eine Verletzlichkeit, die mich jede Woche aufs Neue erstaunte.

In der medizinischen Welt gelten Gefühle schon lange nicht mehr als ein Zeichen von Schwäche. Die Qualität der Versorgung wird davon beeinflusst, was Ärzte fühlen, schreibt die amerikanische Internistin Danielle Orfi in ihrem

Buch *What Doctors Feel*. Ärzte und Pflegekräfte lernen nicht nur, indem sie sich medizinisch-technische Kenntnisse aneignen, sondern auch durch die Erfahrungen, die sie machen. »Wir haben eine so intensive Beziehung zu Menschen in einer für sie außergewöhnlichen und oft besonders gefühlbetonten Zeit ihres Lebens, dass wir unweigerlich davon berührt und zum Nachdenken angeregt werden.«

Unseren Leserinnen und Lesern kamen die vermeintlich unnahbaren Männer und Frauen in ihren weißen Kitteln Woche für Woche näher. Sie ließen uns wissen, wie sehr sie deren Offenheit berührte, dass sie die nächsten Geschichten mit Spannung erwarteten und von den Einsichten, die darin zum Ausdruck kamen, tief bewegt waren. Da gab es den Dichter, der ein Gedicht für eine Psychiaterin verfasste, die alte Dame, die per E-Mail ihre Unterstützung für einen Internisten, dem ein ärztlicher Fehler unterlaufen war, bekundete, und den Mann, der eingestand, während des Frühstücks beim Lesen der Geschichte eines Onkologen in Tränen ausgebrochen zu sein.

Der schwedisch-bulgarische Illustrator Tzenko Stoyanov, der jede Geschichte in einer wunderbaren Zeichnung zusammenfasste, schrieb mir: »Manchmal zerreißt es mir das Herz. Die Menschen sind einfach großartig.«

Ein paar Tage, nachdem der Medizinethiker Erwin Kompanje von der jungen Frau erzählt hatte, die etwa zwanzig Jahre zuvor in seinem Krankenhaus gestorben war, erhielt ich eine Nachricht von ihrem damaligen Freund. Er schickte mir ein Foto von seiner Irma. So konnte ich mir ein Bild von der Patientin machen, über die ich geschrieben hatte. Ein solcher Einblick war mir im Lauf der Zeit noch einige Male vergönnt. Der Patient des Gastroenterologen Joost Drenth hat in seinen letzten Lebenstagen im Hospiz die Erzählung,

in der es um ihn ging, mitgelesen. Und er bedankte sich bei seinem Arzt für dessen Mut: »Ich finde, du bist tapfer, Joost. Du weichst wirklich nicht von der Seite deiner Patienten.«

Dieses Buch erzählt von Patienten, die denen, die sich von Berufs wegen um sie kümmerten, etwas gezeigt haben. Sie gaben ihnen die Chance, etwas zu lernen, über ihren Beruf, über sich selbst und über das Leben.

Ellen de Visser
Amsterdam, Februar 2019

DER RADRENNFAHRER

Onkologe
Pieter van den Berg (43)

»Der Chirurg kündigte an, dass ein Radrennfahrer zu mir in die Sprechstunde käme, und ich weiß noch, dass ich mich darauf freute. Mit dem werde ich mich gut verstehen, dachte ich, denn ich fahre selbst leidenschaftlich gern Rad. ›Es ist schon ein besonderer Patient«, sagte er noch. Das stimmte. Huib wirkte nicht im Mindesten eingeschüchtert in der Gegenwart von Ärzten. Er war sehr direkt. Ich fühlte mich von seinem Humor und seiner Ironie angesprochen. Wir redeten vielleicht eine Minute über den Krebs, die restlichen zwanzig Minuten ging es ums Radfahren.

Zehn Monate zuvor hatte er sich einer Darmkrebsoperation unterziehen müssen, nun waren Metastasen aufgetaucht. Das Einzige, was wir ihm noch anbieten konnten, war Chemotherapie. Eine Behandlung, die sein Leben ein wenig verlängern konnte. Statistisch gesehen, hatte er noch etwa ein Jahr zu leben. Aber Huib trotzte allen Statistiken. Er unternahm jede Woche lange Touren, kletterte in Spanien auf

die höchsten Berge und radelte mitten durch seine Chemos hindurch. ›Jetzt tut wenigstens *alles* weh‹, sagte er dann.

Man gab ihm ein Jahr, er machte gut zwei daraus. Ich kann es nicht beweisen, aber ich bin mir ziemlich sicher, dass es mit dem Fahrradfahren zusammenhing. Er fühlte sich besser dadurch, litt weniger unter den Nebenwirkungen. Außerdem verschaffte ihm das Fahrradfahren etwas Ablenkung, er konnte den Krebs mal für kurze Zeit von sich abschütteln.

Es ist wissenschaftlich nicht erwiesen, dass Krebspatienten länger leben, wenn sie sich viel bewegen. Die Gründe sind eher im Wohlbefinden zu suchen, sowohl physisch als auch psychisch. Bewegung stärkt die Widerstandskraft, und das wiederum lässt die Patienten all das Elend, das sie aushalten müssen, besser durchstehen. Das erkläre ich meinen Patienten nun Tag für Tag, und ich erzähle dabei von Huib.

Auf ihn ist es zurückzuführen, dass wir mittlerweile in unserem Krankenhaus ein Bewegungsprogramm planen. Warum sollten Patienten aus der näheren Umgebung für einen Termin oder eine Behandlung nicht mit dem Fahrrad zu uns kommen? Wir wollen Fahrradbegleiter einstellen, Freiwillige, die mit den Patienten mitradeln, sie abholen und nach Hause begleiten. Ich glaube, dass man selbst nach einer Chemo noch aufs Fahrrad steigen und nach Hause fahren kann. Wir sollten die Kraft der Patienten nicht unterschätzen.

In den zwei Jahren entwickelte sich zwischen Huib und mir eine Freundschaft. Ich habe mich gefragt, ob das möglich, ob das erlaubt war und ob hier nicht Abhängigkeit eine Rolle spielte. Aber Huib war ein vollkommen autonomer Mensch. Unsere Freundschaft vertiefte sich noch, als ich ihm von meinen Plänen erzählte. Ich wollte in unserer Klinik einen Chemogarten einrichten, einen Pavillon, in dem die Patienten entspannen und draußen im Freien ihre Chemo-

therapie bekommen können. Dafür benötigten wir noch eine Menge Geld. Er schlug vor, eine Fahrradtour zu organisieren, um Sponsoren zu gewinnen. Es wurde ein großer Erfolg – wir haben fünfzigtausend Euro zusammengebracht. Der Weg zwischen Klinikgebäude und Garten ist nach Huib benannt.

Ich achte sehr darauf, das tägliche Leid, das ich erlebe, nicht mit nach Hause zu nehmen. Die Patienten bekommen meine volle Anteilnahme, aber sobald ich aus dem Klinikgebäude trete, muss ich die Sorgen hinter mir lassen, sonst schaffe ich es nicht. In Huibs Fall ist mir das nicht gelungen. Nie zuvor ist mir ein Patient so nahegegangenen.

Als er nicht mehr konnte, hat er mich gefragt, ob ich ihm Sterbehilfe leisten würde. Ich ging bei ihm vorbei, um darüber zu sprechen. Er sah mir an, wie schwer ich mich damit tat. ›Du springst doch nicht ab, oder?‹, fragte er besorgt. Und dann, mit seinem typisch schrägen Humor: ›Weißt du, für wen das Ganze wirklich schwierig ist? Für mich!‹ Ich wollte ihn nicht im Stich lassen – aber der Donnerstagnachmittag, als ich seinem Leben ein Ende bereitete, war schwer und traurig.

Er hat mir einmal ein Fahrradshirt schenken wollen. Ich habe es abgelehnt, ich fand, dass ich von Patienten keine Geschenke annehmen kann. Nach seinem Tod brachte mir seine Frau ein Päckchen. Es war ein Fahrradtrikot. Ein Zettel von Huib lag dabei: *Jetzt hab ich doch das letzte Wort.*«

WIDERSTANDSKRAFT

Kinderärztin
Elise van de Putte (60)

»Es war so ein hübsches Mädchen, zwei Jahre alt, eine kleine Puppe. Die Mitarbeiterinnen der Kindertagesstätte hatten bemerkt, dass sie am ganzen Körper blaue Flecken hatte und eine große Blase auf dem Fuß. Sie hatten sich an »Veilig Thuis«* gewandt, und die Organisation hatte uns gebeten, einen Blick auf das Kind zu werfen. Handelte es sich möglicherweise um Kindesmisshandlung? So saßen sie eines Tages bei mir in der Sprechstunde: das Kind, die Mutter und der Stiefvater.

Wir haben die Kleine sofort bei uns aufgenommen. Auch auf ihrem Bauch waren blaue Flecke zu sehen, was ein Hinweis auf innere Verletzungen sein konnte. Wir wollten das gründlich untersuchen. Ich musste mit größtmöglicher Si-

* »Veilig Thuis« (Sicheres Zuhause) ist eine Organisation in den Niederlanden, die als Anlauf- und Beratungsstelle bei häuslicher Gewalt oder Kindesmissbrauch dient. Sie arbeitet mit Ärzten und Behörden zusammen, hilft, einen Verdacht zu klären, vermittelt professionelle Unterstützung und leitet gegebenenfalls die notwendigen Schritte ein.

cherheit feststellen, ob die Verletzungen zu der Geschichte passten, die uns erzählt wurde. Wir haben Aufnahmen von ihren Knochen gemacht. Sie hatte einen Bruch im Unterarm und Risse in einigen Wirbeln. Früher war sie schon einmal wegen eines gebrochenen Beins behandelt worden. Sie sei die Treppe hinuntergefallen, hieß es. Das bekommen wir oft zu hören. Kinder fallen ja wirklich häufig, es konnte also durchaus stimmen. Aber die Wirbelbrüche weckten unser Misstrauen. Manchmal entstehen sie spontan, wenn ein Kind schwache Knochen hat, aber davon konnte hier keine Rede sein.

Schon sehr bald hegten wir den Verdacht, dass die Verletzungen dem Kind absichtlich zugefügt worden waren. Aber einen solchen Verdacht mussten wir sehr sorgfältig prüfen. Wir haben uns schier endlos damit beschäftigt. Meine Befürchtung, eine falsche Einschätzung abzugeben, war groß. Bei dem Stiefvater hatte ich kein gutes Gefühl, sein Auftreten wirkte bedrohlich. Es war ganz subtil, zum Beispiel die Art, wie er sprach oder mich ansah. Beiläufig erwähnte er, dass er Mitglied in einem Schützenverein sei. Jedem in unserer Abteilung fiel auf, wie sich das Kind versteifte, wenn er den Raum betrat. Die Gefahr ist, dass man die Lücken in der Information selbst ausfüllt. Dabei ist in solchen Untersuchungen auf die Intuition nicht unbedingt Verlass.

Bei diesem Fall habe ich gelernt, wie unglaublich präzise ich meinen Beruf ausüben muss. Ganz genau beobachten, in Gesprächen mit der Mutter alle Fakten ansprechen. Wir haben nationale und internationale Experten um Rat gebeten: Kann diese Blase von neuen Schuhen herrühren, kann dieser blaue Fleck von einem Sturz kommen? So hatte ich wenigstens das Gefühl, wirklich alles für das Mädchen getan zu haben, was in meiner Macht stand. Denn es konnte nie

aufgeklärt werden, wie und von wem sie misshandelt wurde. Das gehört zu den frustrierendsten Erfahrungen, die Ärzte und Pflegekräfte machen. Aber es ist nicht unsere Aufgabe festzustellen, wer der Täter oder die Täterin ist. Wir können nur mit Fakten untermauern, ob dem Kind eine Verletzung zugefügt worden zu sein scheint oder ob es sich eher um einen Unfall handelt. »Veilig Thuis« hat das Mädchen für drei Monate bei den Großeltern untergebracht, Mutter und Stiefvater durften es dort unter Aufsicht besuchen. Das ging gut, die Kleine kehrte nach Hause zurück.

Bei diesem Mädchen habe ich gesehen und begriffen, wie wahnsinnig viel Kinder aushalten und wie loyal sie sind. Die Täter geben den Kindern ja meistens auch Liebe, das macht die Sache so komplex. Sie muss große Schmerzen gehabt haben, aber davon ließ sie sich nichts anmerken. Sie konnte es unglaublich gut verbergen. Sie war so tapfer. Als sie ging, hatten wir sie alle ins Herz geschlossen. In meinen Seminaren für Hausärzte und Studierende erzähle ich oft von ihr. Es hilft mir, meine Gefühle zu verarbeiten.

Ich weiß nicht, wie es ihr jetzt geht. Ich darf nicht nachfragen, und das leuchtet mir auch ein. Aber ich finde es schwierig. Ich fürchte mich vor dem Moment, an dem in den Nachrichten von einem Kind berichtet wird, das durch häusliche Gewalt ums Leben gekommen ist, und ich begreife, um wen es geht. Es gibt Kinder, die mich nachts wachhalten. Dieses Mädchen ist eines davon.«

SHAKESPEARE

Medizinethiker Erwin Kompanje (58)

»Es war noch früh am Abend, als ich auf der Intensivstation ans Bett von Irma kam. Sie war eine junge Frau, Anfang dreißig, die beim Joggen plötzlich bewusstlos zusammengebrochen war. Auf dem Scan war eine Hirnblutung zu erkennen. Der Neurologe wollte die Nacht abwarten. Sie wurde künstlich beatmet, ihr Blutdruck aufrechterhalten. Am folgenden Morgen sollte eine Entscheidung getroffen werden. Es sah nicht gut aus, sie lag im tiefen Koma. Die Gefahr eines Hirntods war groß.

In ihrem Zimmer traf ich auf ihren Freund. Ich arbeitete damals an meiner Dissertation über den Hirntod und sprach deshalb oft mit Familienangehörigen von Patienten. Meistens gelang es mir, professionelle Distanz zu wahren, aber dieser junge Mann durchbrach den Sicherheitsabstand binnen kürzester Zeit. Wir hatten ein langes und tiefgehendes Gespräch, wir verstanden uns auf Anhieb. Er war Englischdozent, und ich bin ein großer Liebhaber engli-

scher Literatur. Darüber sprachen wir, während es langsam Nacht wurde.

Ich bereitete ihn auf das Schlimmste vor, sagte ihm, dass seine Freundin vermutlich am nächsten Morgen sterben werde. Ich zitierte Shakespeare, den berühmten Satz aus *Romeo und Julia*: »Parting is such sweet sorrow.« Süß, weil der Kummer über den Abschied mit allen schönen Erinnerungen an ihr Leben und ihre Liebe verschmelzen würde. Er brach in Tränen aus.

Es drang zu ihm durch. Das Ende war nah und unwiderfürlich: Diese Nacht würde seine letzte mit ihr sein. Er fragte, ob er vielleicht in ihrem Zimmer auf dem Boden schlafen dürfe. Ich zögerte nicht lang. Wir stellten ein zusätzliches Bett neben ihres, dämmten das Licht und drehten die Signale der Apparaturen leise. Sie lagen dicht beieinander, er legte seinen Arm um sie, und so verbrachten sie friedlich und ruhig ihre letzte gemeinsame Nacht. Am nächsten Morgen um sieben weckte ich ihn. Der Neurologe kam einige Stunden später und untersuchte Irma. Sie war tatsächlich hirntot, das Beatmungsgerät wurde abgestellt.

Als ich an diesem Morgen nach Hause fuhr, stand mir mit einem Mal deutlich vor Augen, für wie selbstverständlich wir unser Leben halten. Irma war zum Joggen aufgebrochen in der Gewissheit wiederzukommen, ihr Freund hatte sich am Morgen von ihr verabschiedet in der festen Annahme, sie am Abend wiederzusehen. Aber auch ein Dasein, auf das kein Schatten fällt, kann innerhalb einer Sekunde in Dunkelheit versinken.

Er schickte mir eine Traueranzeige, und ich bin zur Beerdigung gegangen. Es berührte mich, dass er in seiner Rede die Shakespeare-Worte zitierte. Es kommt der Moment, in dem unsere letzte Nacht anbricht oder die letzte Nacht

mit einem geliebten Menschen. Die meisten von uns wissen nicht, wann es sein wird, er aber wusste es. Er war dankbar, dass ich ehrlich war. Als er begriff, dass Irma wahrscheinlich sterben würde, konnte er die letzten Stunden mit ihr bewusst wahrnehmen. Wir hatten seinem süßen Schmerz etwas hinzugefügt: die Erinnerung an ihre letzte Nacht.

Das ist nun fast zwanzig Jahre her. In dieser Nacht habe ich gelernt, wie wichtig es ist, die einfachen Dinge wertzuschätzen. Kaffee zu trinken mit meiner Frau, zusammen einzuschlafen, Freunde zu sehen. Glück besteht aus der Verbindung mit den Menschen um dich herum. Das Leben ist eine Illusion der Unsterblichkeit. Irgendwann kommt der Abschied, und wir sollten dafür sorgen, dass es möglichst viele schöne Erinnerungen gibt.

Mit Irmas Freund stand ich noch lange in Kontakt. Er kam zu meiner Promotionsfeier und war auf meiner Hochzeit, fünf Jahre nach Irmas Tod. Auf ihrem Grabstein stehen die Worte, die ihn so berührt haben, jener Satz aus *Romeo und Julia*, den ich an dem letzten Abend an Irmas Bett zitiert habe.«

FINISH

Hausarzt
Marco Blanker (46)

»Schwimmen, das kann ich«, sagte er – und er wollte es in einem extremen Ausmaß tun. Ich war beeindruckt davon, dass jemand so viel für einen anderen auf sich nehmen konnte. Maarten wollte zweihundert Kilometer schwimmen, an elf friesischen Städten entlang, drei Tage und zwei Nächte hintereinander. Es ging ihm darum, für die Erforschung der Krankheit, die er selbst überlebt hatte, Geld einzusammeln. Ich war über Twitter zufällig mit ihm in Kontakt gekommen und landete Monate danach in seinem Begleitteam. Gemeinsam mit Sportärzten untersuchte ich, ob das, was er vorhatte, medizinisch zu verantworten war und wie wir ihn am besten darauf vorbereiten konnten. Im Training hatte er gezeigt, dass sein Körper eine Menge aushalten konnte – aber so weit war er noch nie geschwommen. Wann kam er an seine Grenze? Er wusste es selbst nicht.

Ich habe an die fünfunddreißig Stunden im Begleitboot gegessen. Ich habe mit ihm geredet, als er in der ersten Nacht

eine Krise hatte und schließlich beschloss, doch weiterzuschwimmen. Aber nach der letzten Schleuse am Montagmorgen kam er kaum noch voran. Als er mich nahe Burdaard im Begleitboot entdeckte, sprach er mich an. Er war schwach, und er vertraute mir seine Gesundheit an.

Er schlief ein, und es bestand die Gefahr, dass er sich übergeben musste – eine Kombination, die im Wasser ziemlich fatal ist. Etwas zu essen widerstand ihm, die Pille gegen Übelkeit, die ich ihm gab, konnte er nicht bei sich behalten. Wir hatten vorher abgesprochen, dass er auf mich hören würde. Und das tat er. ›Du bist am Ziel‹, sagte ich zu ihm. Und er antwortete mit leiser Stimme: ›Das ist gut.‹

Ich war mir in dem Moment nicht bewusst, dass das ganze Land zusah. Ich verspürte keinen Druck, das Einzige, was zählte, war er. Jeder Arzt hätte zweifellos so entschieden. Aber ich irrte mich in der Diagnose. Ich dachte, es ginge um einen gestörten Salzhaushalt, aber der war, wie sich dann im Krankenhaus herausstellte, völlig in Ordnung. Ich frozelte sogar noch: Du hättest ruhig noch ein Stück weiterschwimmen können, Maarten. Erschöpfung, daran lag es. Der Körper hatte die Muskeln mit so viel Blut versorgt, dass für den Darm nichts übrig geblieben war. Er verweigerte alle Nahrung.

Erst später, als ich an diesen Moment im Boot zurückdachte, erkannte ich die Parallele zur Versorgung meiner anderen Patienten, fern der Kameraobjektive. Hausärzte können gut mit Unsicherheiten umgehen. Wir haben es meistens mit Patienten zu tun, die nicht krank sind, aber Beschwerden haben, und wir entwickeln ein ganz gutes Gespür dafür, ob es sich um Zipperlein handelt oder nicht. Bei Maarten konnte ich nichts anderes tun als gucken, was passierte, und darauf hören, was er sagte. Mehr war nicht nötig. Durch

ihn wurde mir bewusst, wie wenig ein Hausarzt eigentlich braucht, um eine Diagnose zu stellen: Augen, Ohren, Hände und Nase, das reicht mir meistens. Und manchmal noch das Stethoskop als Hilfsmittel.

Maarten war ein besonderer Patient, mit einer ordentlichen Portion Selbstironie. Als im Krankenhaus das Fernsehen um einen Kommentar bat, sagte ich zu ihm: ›Wenn du jetzt unbedingt schlafen willst, kann ich das für dich übernehmen.‹ Er lachte und sagte zu seiner Frau: ›Marco lässt mich hängen, der ist so mediengeil.‹ Erst als der Druck nachgelassen hatte, kamen die Gefühle. Anderthalb Jahre hatten wir zusammen in einer Geschichte gesessen, und nun war ich plötzlich nicht mehr sein Arzt. Ich vergleiche das immer mit einem Patienten, der umgezogen ist. «