

# KÖNIG DER HERZEN

Er arbeitet auf Leben und Tod. Ein Gespräch mit René Prêtre, Chefarzt der Herzchirurgie am Kinderspital Zürich.

Von Birgit Schmid und Finn Canonica Bilder Noë Flum

**F**reitagnachmittag, 16 Uhr. Empfang im Kinderspital Zürich. Eine Schlange als Sitzbank, blaue, orange, gelbe Bullaugen an der Wand. Eine Sekretärin führt den Besuch durch Gänge über einen Innenhof rein in den Operationstrakt, ein Provisorium. Die Pläne eines Neubaus kommen nicht voran. Steile Gittertreppe hoch, unter der kleine, grüne Fussabdrücke auf dem Boden zu einer Tür verlaufen, dem Aufwachszimmer. An den Wänden zum Büro des Chefchirurgen hängen Posters von Herzoperationen, etwa des Achselschnitts, seiner Spezialität, bei der aus kosmetischen Gründen statt via Brustkorb seitlich operiert wird.

René Prêtre, 50, begrüsst lächelnd, mit leiser Stimme, eine unauffällige Postur im weissen Kittel über blau gestreiftem Hemd. Die Kleinheit seines Büros erinnert an eine Zelle, alles ist ein bisschen eng, viel Papier auf dem Schreibtisch, zwei nachlässig gefaltete Arztkittel auf dem Schrank, im Regal stehen Bildbände von Rodinskulpturen neben Fussballbüchern. Besonders auffällig: ein Herzbild an der Wand, ein Herzgesteck beim Fenster. Patientengeschenke. Kaum sitzt René Prêtre am runden Tischchen, gibt der Pager an. Es sei jener vom Universitätsspital, sagt der Chirurg, wo er zusätzlich über 80 Herzoperationen pro Jahr durchführt. Nicht dringend, der Anruf, er übergibt das Gerät seiner Sekretärin nebenan.

## Wie sah Ihr heutiger Tag aus?

Ich war bis vor zehn Minuten im Operationssaal. Sie sehen sicher noch den Abdruck der Operationsbrille in meinem Gesicht. Vorgestern kam ein Kind auf die Welt, gestern wurde mir der Fall vorgeführt. Das Kind befand sich in einer Situation, in der man nicht lange warten kann: Entweder operieren wir heute oder morgen früh.

## Woran litt es?

Ein Teil der Aorta, der Hauptschlagader, die aus der linken Herzhälfte kommt, hat sich nicht entwickelt. Es gibt vor der Geburt zwei Wege vom Herzen in den Körper, einer schliesst sich in den ersten Tagen nach der Geburt. Falls der andere Weg unterentwickelt ist, fliesst zu wenig Blut in den Körper, und das Kind stirbt. Ich erinnere mich, wie meine Grosseltern von einem Jungen in ihrem Dorf erzählten, der nur vier, fünf Tage gelebt hat. Das war früher das Schicksal in einem solchen Fall. Heute können wir das operieren.

## War das Ihre einzige Operation heute?

Nein, ich hatte zwei. Die erste begann um acht und dauerte bis ein Uhr. Die am Nachmittag, von der ich vorher geredet habe, dauerte von halb zwei bis halb fünf Uhr.

## Und welchen Defekt hatte das Kind heute Morgen?

Eine komplexe Sache. Es ist erst zehn Tage alt und leidet unter Sauerstoffmangel, weil die Pulmonalarterien nicht, wie normal, aus dem Herzen entspringen. Ich verband sie miteinander und danach mit der Aorta. Jetzt werden wir drei oder vier Monate warten, bevor wir die definitive Korrektur durchführen.

## Weshalb?

Alles zusammen in einer Operation zu korrigieren ist ein bisschen viel für so einen kleinen Organismus. So kurz nach der Geburt sind noch nicht einmal die Lungen vollständig entwickelt. In einer solchen Situation wartet man lieber ein bisschen, obwohl wir grundsätzlich so früh wie möglich die Herzmissbildungen korrigieren. Bis vor etwa 15 Jahren hat man diese Kinder zuerst palliativ operiert. Man hat zum Beispiel einen Graft (eine Gefässprothese) in die Lungenarterien implantiert und dann für die endgültige Korrektur gewartet, bis das

Kind zirka fünf Jahre alt war. Oft gab es dann aber bereits Probleme mit der Entwicklung des Kindes und auch anatomische Veränderungen, wie Verwachsungen, die die Operation schwieriger machten. Darum versuchen wir heute viel früher einzugreifen.

## Wissen Sie bereits vor der Geburt, wenn ein Kind an einem Herzfehler leidet?

In 30 Prozent der Fälle ja. Die Kardiologen informieren uns über Schwangerschaft mit einem Kind mit einer Herzmissbildung und teilen den Geburtstermin mit. Bei schweren Missbildungen kommt der Säugling unmittelbar in den Stunden nach der Geburt zu uns. Zweimal jährlich muss man sofort operieren. Sonst operieren wir meist einige Tage später, in der ersten Lebenswoche.

## Wie viele Kinder kommen überhaupt mit einem Herzfehler zur Welt?

0,8 Prozent, das ist etwa überall gleich, man muss auch nicht alle Kinder operieren, so annähernd die Hälfte. Am häufigsten sind Defekte der Herzscheidewände, Löcher zwischen den Vorhöfen oder den Herzkammern.

## Zurück zum heutigen Arbeitstag. Wie viel Zeit blieb Ihnen zwischen den zwei Operationen?

Die erste war um ein Uhr zu Ende, die zweite begann um halb zwei.

## Was machten Sie in den dreissig Minuten?

Ich ging essen und sprach mit den Eltern des Kindes.

## Zwischen zwei Operationen haben Sie eine halbe Stunde Zeit, gehen essen, reden mit den Eltern, gehen zurück in den OP? Ein unglaublicher Stress.

Das ist normal. Die Anästhesisten begannen mit der Narkose des zweiten Kindes, bevor das erste fertig operiert war. Während wir gerade den Brustkorb zunähten, hörte ich, wie das zweite Kind in den OP gebracht wurde. Es gab ein bisschen Lärm, aber das störte nicht. →

«Ich sage den Eltern: «Es kann sein, dass Ihr Kind die Operation nicht überlebt». Das Wort «Tod» finde ich zu stark.»

Neben der Arbeit im OP müssen Sie mit extrem besorgten Eltern umgehen. Das ist sicher schwierig.

Heute fällt es mir etwas leichter, vielleicht bin ich pragmatischer geworden. Es ist klar, für viele Eltern ist eine solche Situation sehr schwer zu ertragen, und sie nehmen es umso schwerer, je älter das Kind ist. Stellen Sie sich ein fünfjähriges Kind vor, es geht bereits in die Schule, in seinem Zimmer hängen überall Zeichnungen; wenn dieses Kind während einer Operation stirbt, dann ist der Schmerz der Eltern unvorstellbar gross. Vermutlich stärker als bei einem Neugeborenen, das noch nicht so Spuren hinterlassen hat. Aber ich weiss es nicht, ich habe es zum Glück nie erlebt.

Wie verläuft ein Gespräch mit den Eltern vor der Operation? Sprechen Sie vom Sterberisiko?

Ich erkläre noch einmal die Diagnose und dann die Operation, obwohl das die Kardiologen schon getan haben. Viele Eltern wissen schon sehr viel über die Erkrankung ihres Kindes, weil sie im Internet nachgeschaut haben. Ich diskutiere mit den Eltern also, welches meiner Meinung nach die beste Lösung für ihr Kind ist. Und dann erläutere ich die Risiken. Zum Beispiel: «Es gibt ein Risiko von zwei bis drei Prozent, dass es bei der Operation ein grosses Problem geben kann.»

Ein grosses Problem bedeutet – dass das Kind stirbt?

Zum einen, dass es stirbt, oder zum andern, dass es zu Komplikationen kommen könnte, die die Lebensqualität beeinträchtigen. Ich weise auf das Risiko von Hirnschädigungen hin, die bei einer Herzoperation immer passieren können. Aufgrund von zu wenig Blut im Kopf?

Ja, wegen einer Fehlfunktion der Herz-Lungen-Maschine. Oder falls Luft im Herzen zurückbleibt, während wir die Hauptschlagader oder eine Herzhöhle wieder verschliessen. Obwohl wir das Herz sorgfältig entlüften und diesen Vorgang im Herzecho überprüfen, kann das passieren. Die Risiken, die ich nenne, betreffen zur einen Hälfte Komplika-

tionen, die die Lebensqualität reduzieren, zur anderen die Sterblichkeit. (Er holt ein paar Blätter mit eigenen Kugelschreiberskizzen von defekten Herzen, es sind wunderbar plastische Zeichnungen, mehr die Arbeit eines Künstlers als eines Chirurgen.) Ich zeichne immer auf, was ich genau mache, und erkläre den Eltern das Mortalitätsrisiko und eine mögliche Hirn- oder Herzschädigung. Zusätzlich erwähne ich dann die weniger schweren Probleme wie Infektionen.

Das Gespräch findet an diesem Tisch in Ihrem Büro statt?

Ja, die Emotionen sind oft sehr stark. Die Mütter weinen oft, vor allem die Mütter von grösseren Kindern. Das ist der Moment, da sie realisieren, mein Kind kann ja auch sterben. Dazu gehört meistens... (Er lehnt sich hinüber und greift zu einer Box Kleenex unter dem Schreibtisch.) Die hab ich hier versteckt. Nehmen Sie bei einer solchen Besprechung die Wörter «Tod» oder «sterben» in den Mund? Sagen Sie: «Ihr Kind kann sterben»?

Ich sage das auf eine andere Art: «Komplikationen, die die Lebensqualität reduzieren» oder «Es kann sein, dass Ihr Kind die Operation nicht überlebt». Das Wort «Tod» finde ich zu stark.

Haben Sie das gelernt während Ihrer Ausbildung, dass Sie das vermeiden sollten?

Nein, das ist ein persönlicher Entscheid.

Sie sagten vorhin, Sie seien pragmatischer geworden. In welcher Hinsicht?

Ich fülle diese Aufklärungsformulare auch aus, damit die Eltern nicht plötzlich behaupten können, sie seien vorher nicht aufgeklärt worden. Ich habe das während meiner Ausbildung in den USA gelernt. Jetzt wird das auch in der Schweiz oft verlangt. Ich hatte zu Beginn Mühe und sagte, wir behandeln Patienten und nicht Kunden. Wir verkaufen ja keine Autos. Es gibt aber immer Menschen, die einen Schuldigen brauchen. Die meisten Eltern verstehen jedoch die Problematik. Dann zeichne ich die Operation auf und erkläre (zeigt auf eine

Zeichnung). Hier hat es zum Beispiel ein Loch in den Herzkammerwänden, und wir müssen das unbedingt schliessen. Ich habe diese Skizze für die Eltern eines Mädchens gemacht, das wir in drei Tagen operieren werden. Das Risiko für eine schwere Komplikation oder den Tod liegt in diesem Fall bei fünf Prozent, weil das Kind so klein ist und kaum zwei Kilogramm wiegt.

Wie gross ist dieses Loch?

Die Aorta misst acht Millimeter, das Loch ist etwa gleich gross. Der Defekt wurde erst nach der Geburt festgestellt. Man hat gemerkt, dass es dem Kind nicht gut geht, und machte eine Echokardiografie, bei der man dann anschliessend recht schnell die Diagnose stellen konnte.

Drei Tage später, kurz vor zehn Uhr morgens im Operationssaal des Kinderhospitals. René Prêtre, im grünen Outfit, mit Mütze und Mundschutz, operiert. Äusserlich hebt er sich von den zehn Leuten nicht ab, die anwesend sind, darunter Assistenzärzte und Studenten. Sie stehen herum, verfolgen den Eingriff auf Bildschirmen. An Prêtres Lampenbrille, die bei der Arbeit in so kleinen Dimensionen alles vier- bis fünfmal vergrössert, ist eine Kamera befestigt. Nur er und sein erster Assistent blicken direkt ins offene Herz. René Prêtre scheint gewachsen zu sein, wie er so am Operationstisch steht, gespannter Körper, als hätte er eine Feder im Leib. Der Kopf des sechs Wochen alten Mädchens liegt unter einem Zelt, verklebt von der Sonde für die Echografie, dem Ultraschall, bewacht von den Anästhesisten. Weisses Licht. Gedämpfte Stille. Gemurmel vom Luftfilter. Flüstern, manchmal ein Lachen. Es hat ein Fenster hier, man sieht den Himmel. Der Chefchirurg arbeitet schweigend. Hin und wieder erhält er Angaben vom Kardiotechniker an der Herz-Lungen-Maschine. Diese hält den Kreislauf des zwei Kilogramm leichten Säuglings aufrecht, während das Herz stillsteht, reichert die gerade mal 240 Milliliter Blut extern mit Sauerstoff

«Das Herz ist ein extrem zuverlässiges und vorhersehbares Organ. Wenn es nicht mehr schlägt, dann gibt es einen Grund, glauben Sie mir.»

an. Erst jetzt, von blossem Auge, sieht der Chirurg, dass nicht nur die Herzkammerwand des Kindes beschädigt ist, sondern es auch im Vorhof Löcher hat.

Was könnte während der Operation schief laufen?

Potenziell kann extrem viel passieren. Anästhesist, Kardiotechniker, Instrumentierschwester, Chirurg und seine Assistenten, sie alle können Fehler machen. Es ist dann sehr wichtig, dass jeder weiss, wie es laufen soll. Es bleiben oft nur zwei, drei Minuten, um ein Kreislaufproblem zu lösen. Klare Kommunikation, gute Synchronisation sind essenziell. Darum ist Teamwork wichtig.

Wie häufig passieren Fehler im OP?

In den vier Jahren, in denen ich hier im Kinderspital bin, lief es uns im OP gut. Dass ein Kind auf dem Operationstisch stirbt, ist noch nie passiert. Aber so etwas kann immer und wird wahrscheinlich einmal passieren.

In Fernsehserien wie «Grey's Anatomy» sterben ständig Leute auf dem Operationstisch, weil das Herz zu schlagen aufhört. Aus dem Piepton wird ein einziger, monotoner Ton.

Das ist TV pur. Das Herz ist ein extrem zuverlässiges und vorhersehbares Organ. Einfach so hört kein Herz plötzlich zu schlagen auf. Es muss schon einen Grund dafür geben, oder die Operation wurde nicht optimal durchgeführt. Zum Beispiel, wenn wir die Kranzarterien schlecht in die Hauptschlagader reimplantieren, kann das zu einem Knick des Gefässes führen. Als Folge wird der Herzmuskel nicht mehr durchblutet, und es kommt zu einem Herzinfarkt oder -stillstand. Wenn ein Herz nicht mehr schlägt, dann gibt es einen Grund, glauben Sie mir.

Sie können also abends trotz Stress zufrieden nach Hause gehen?

Meistens bin ich zu 100 Prozent zufrieden, dann gehe ich nach Hause, lege mich hin und schlafe ohne Probleme ein. Früher war das nicht so, da war ich immer ein bisschen angespannt und meinte bei jedem Anruf, es sei das Spital.

Wohnen Sie in der Nähe?

Ja. Damit ich schnell da bin, wenn man mich braucht. Das war an allen meinen Arbeitsorten so. Ich muss nah wohnen.

Wird man eigentlich mit einem Herzdefekt geboren, oder kann der im Lauf des Lebens entstehen?

Bei uns wird man mit Herzmissbildungen geboren. Mit einem gesunden Herzen wird man in der Schweiz 70 oder 80 Jahre alt. In armen Ländern ist es nicht so, rheumatisches Fieber macht die Herzklappen progressiv krank. In Moçambique, wo ich die Stiftung «Le petit cœur» gegründet habe, in Anlehnung an «Le petit prince» von Saint-Exupéry, operieren wir Kinder zwischen 5 und 15 Jahren mit Herzklappenproblemen, die nicht angeboren sind.

Kann man mit einer Missbildung auch alt werden?

Viele Kinder würden ohne Operation nicht sofort sterben. Mit einer Klappe, die schlecht schliesst oder undicht ist, beträgt die Lebenserwartung vielleicht 30 Jahre. Wir wollen aber, dass ein Mensch 75 oder 80 Jahre alt wird. Und wir wollen, dass er als Kind mit den andern Kindern Fussball spielen oder als erwachsene Frau schwanger werden kann. Dass dieser Mensch besser lebt, darum geht es uns.

Lassen Sie uns über das Geschehen im Operationssaal reden. Wann stossen Sie jeweils zum Team?

Ich bin anwesend, wenn wir aufmachen, und bleibe so lang, bis wir den Körper wieder schliessen. Ich bin kein Chirurg, der im Büro sitzt und sagt, rufen Sie mich, wenn die Kanülen an der Maschine befestigt sind. Wir wollen, dass die Narben schön werden, dass Zürich ein Label trägt, dass man sagt: Schauen Sie mal, wie schön das gemacht ist. Wie will ich die Eltern oder die Kardiologen überzeugen, dass wir eine schöne, feine Arbeit gemacht haben, wenn es von aussen schlecht aussieht? Bei neun von zehn Operationen bin ich von Anfang bis Ende da.

Wie viele Stunden pro Woche sind Sie im OP?

Viele. In den letzten zehn Jahren war ich einer der Chirurgen in der Schweiz, die am meisten operiert haben. Ich übernahm die Vertretung von Professor Marko Turina, da gab es viel zu tun, und ich operierte fast alle Kinder in Zürich selbst. Bis zu 300 Maschinen pro Jahr – «Maschinen», so nennen wir die grossen Operationen, weil die Herz-Lungen-Maschine angeschlossen wird. Eine OP dauert vier bis fünf Stunden durchschnittlich. Jetzt habe ich etwas reduziert, und es sind noch etwa 250 «Maschinen» pro Jahr.

Wie lange dauerte Ihre längste OP?

Fast acht Stunden.

Und Sie können den Raum nicht verlassen?

Meistens nicht. Manchmal gibt es Wartepausen. Wenn das Herz während der Operation lang stillsteht und man wieder Blut reinpumpt, muss man es etwas in Ruhe lassen, damit es sich erholt. Dann warten wir 20 bis 30 Minuten, können die Handschuhe ausziehen, ein Glas Wasser trinken, wobei wir das selten brauchen. Auch wenn wir mit Kompressen das Blut stillen, warten wir 20 Minuten und können kurz raus. Es ist aber immer ein Chirurg steril am Tisch.

Fluchen Sie auch mal in einer Stresssituation? «Mist, es geht nicht!» Wie wenn man das Fahrrad flickt und eine Schraube wegrutscht?

Selten. Gut, wenn man chirurgisch zu Knoten beginnt und plötzlich, poff!, reisst der Faden, das ist dann wirklich «Mist». Aber es ist keine Katastrophe, man kann das reparieren.

Wie stark ist die Hierarchie im OP?

Haben Sie die absolute Entscheidungsmacht?

Einer muss führen. Vor allem, wenn es Probleme gibt. Ich muss aber ebenso offen für den Dialog sein, denn nur weil einer Chefchirurg ist, sieht er noch lang nicht alles. Es muss möglich sein, dass einer zum Beispiel sagt: «Warum ist es hier so blau?» Grundsätzlich glaube ich jedoch, ein relativ lockerer Chef zu sein.

Duzen Sie sich im Operationssaal? Mit den Assistenzärzten? →

Ja, die sprechen mich mit René an.  
War das unter Professor Marko Turina anders?

Ja. Aber ich habe mich mit Herrn Turina gut verstanden. Man konnte auch mit ihm reden. Er ist ein kritischer Geist und verlangte, dass man ein Problem klar darlegt.

Aber wenn es brenzlich wird bei einer Operation, dann entscheiden Sie, oder?

Ja. Manchmal muss man sehr schnell entscheiden. Es heisst, ich sei gut in solch akuten Situationen. Man muss reflexartig entscheiden, jede Sekunde zählt. Aber Angst habe ich keine.

Weshalb nicht?

Weil ich genau weiss, was ich tun muss. In solchen Momenten wird es paradoxerweise ganz ruhig im OP. Da wird nicht durcheinandergeredet. Klar, wenn bei einer meiner Operationen reanimiert werden muss, dann gerät man schon etwas aus der Ruhe. Wenn ein Kind in kritischem Zustand auf die Welt kommt und wir wissen, dass dieses Kind unter unseren Augen und denen der Eltern sterben kann, dann unternehmen wir alles. Wenn diese Rettungsoperation

nicht erfolgreich ist, belastet mich das weniger. Wenn ich aber ein Kind operiert habe und weiss, dass es nicht so gut lief, und ich dann nachts einen Anruf erhalte und man mir mitteilt, dass das Kind an einer Komplikation gestorben ist, dann... ich weiss nicht.

Was ist dann?

Ich habe einige Kinder verloren. Ich glaube, sie wären nicht gestorben, wenn es ein anderer Tag gewesen wäre oder sie jemand anders operiert hätte.

Sie geben in diesen Fällen zu, dass Sie einen Fehler gemacht haben?

Ja, oder eine Fehleinschätzung. Nach solchen Fällen war ich eine Woche lang wie gelähmt. Ich sagte zu nahestehenden Kollegen hier im Spital, dass ich nicht wisse, warum ich diese Arbeit überhaupt tue. Warum operiere ich nicht einfach Füsse?

Was fühlen Sie in solchen Momenten?

Enttäuschung? Oder mehr Trauer?

Denken Sie dann an das Kind, das ein Leben vor sich hatte?

Alle diese Dinge gehen mir durch den Kopf. Ganz allgemein ist der Druck bei einer riskanten Operation extrem

gross, wenn ich das Kind vorher gesehen habe, wenn ich in seine Augen geschaut habe. Dann wird es auch für mich sehr emotional. Aber wenn ich in den OP komme, ist das Gesicht der Patienten ja zum Glück abgedeckt.

Das hilft Ihnen?

Ja. Ich komme in den OP und operiere ein Organ und weniger den ganzen Menschen. Wenn ich die Augen gesehen habe und gleichzeitig weiss, wie schwierig der Eingriff sein wird – in dieser Situation habe ich auch schon gepasst. Das ist mir zweimal passiert. Ich fühlte mich einfach nicht in der Lage.

Wenn Sie operieren, denken Sie also nicht, das ist jetzt zum Beispiel Sandra, sondern nur an das Herz?

Das zweite Kind, das ich heute operiert habe, heisst Andrea. Ich hab es auf der Intensivpflegestation zwar kurz gesehen, aber die Kleinen sehen ja alle sehr ähnlich aus, nur die Mütter würden sie unter Tausenden wiedererkennen. Ich schaue, wie gesagt, auch nicht absichtlich noch hin, ich operiere lieber ganz abstrakt ein Organ. Die Emotionen dürfen nicht zu gross sein, weil das die Ab-

«Ich habe einige Kinder verloren. Ich glaube, sie wären nicht gestorben, wenn es ein anderer Tag gewesen wäre oder sie jemand anders operiert hätte.»

läufe im Gehirn, die Konzentration beeinflussen könnte und die Hände zu zittern beginnen.

Sie können also berufsbedingt ein eiskalter Mann sein.

Ich setze meine Emotionen lieber für meinen Beruf als Chirurg allgemein ein als für dieses spezifische Kind an diesem spezifischen Tag.

Wie oft passieren denn Fehler im OP?

Am Kinderspital werden 350 Kinder pro Jahr am Herzen operiert. In den allermeisten Fällen geht die Operation gut. Bei 20 Prozent gibt es Probleme während oder nach der Operation. Eine richtige Komplikation, die fatale Folgen haben kann, tritt ungefähr in 3 bis 5 Prozent unserer Operationen auf.

Operieren Sie alle Kinder mit einer Herzmissbildung?

Fast alle. Es gibt aber auch Kinder, die mit Hirnentwicklungsproblemen auf die Welt kommen, und da ist es extrem

schwierig zu entscheiden, ob ein Eingriff zulässig ist. Tun wir nichts, sterben die Kinder an diesem Fehler der Natur.

Sie sagen das sehr nüchtern.

Man kann nicht jeden Fehler der Natur korrigieren, so ist es nun mal. Aber natürlich sind solche Entscheidungen nicht einfach, wir beraten dann lang mit den Neurologen. Entscheiden wir uns gegen eine Operation, liegt es an mir, das den Eltern mitzuteilen. Ich sage ihnen dann, dass man mit dem Kind noch eine palliative Therapie macht, damit es nicht leiden muss, es aber innerhalb kurzer Zeit sterben wird.

Wie teilen Sie mit, wenn ein Kind stirbt, das Sie operiert haben? Geradeaus: Ihr Kind ist gestorben?

O ja. Es gibt keine anderen Worte. Oft sterben ja auch die Kinder, die ohnehin gestorben wären nach vielleicht einem Monat, wenn wir nichts getan hätten. So kann ich mir und den Eltern we-

nigstens sagen, dass wir alles versucht haben. Mein Eindruck ist, dass die Eltern das akzeptieren: Ihr Kind ist gestorben, es wäre auch sonst gestorben, und sie haben indirekt alles getan. Andernfalls würden sie sich Vorwürfe machen. Ist das nicht das Schrecklichste an Ihrem Beruf, diese Todesnachricht zu überbringen?

Das ist so. Deshalb lade ich die Eltern zwei Monate später noch einmal zu einem Gespräch ein, weil beim ersten Mal der Schock zu gross ist. Meistens nehmen sie das Angebot an. Sie können noch einmal Fragen stellen, ob ein Fehler passiert ist und so weiter. Sehr häufig fragen sie auch, ob der Herzfehler ihres verstorbenen Kindes vererbbar sei und wie gross das Risiko ist, das bei einem weiteren Kind noch einmal zu erleben. Nehmen Sie bei misslungenen Operationen einen Teil der Schuld auf sich? Plagen Sie dann Selbstzweifel? →

Ich habe drei Kinder im Kopf, bei denen ich weiss, dass ich an ihrem Tod oder einer Lähmung schuld bin. Ich bin schuld, aber ich habe mich bemüht, alles richtig zu machen. In einem Fall war der Druck zu gross, ich konnte der Mutter fast nicht mehr in die Augen sehen.

Sie haben den Eltern direkt gesagt, ihr Kind sei wegen des Fehlers gestorben?

Nicht so direkt. Ich erklärte ihnen, wie es gelaufen ist und wo das Problem lag. Wissen Sie, das Wort «Fehler» ist schwierig in diesem Zusammenhang. Es gibt viele Komplikationen in der Chirurgie. Ein Patient hat eine Lungenentzündung, ein anderer einen Abszess in der Narbe, ein anderer blutet schlicht zu stark. Ist das ein Fehler des Chirurgen, oder gehört das bei einer gewissen Prozentzahl einfach dazu? Dank epidemiologischer Studien kann man das Risiko bei Kindern besser einschätzen. Wenn man 100 Kinder einer bestimmten Gruppe operiert, werden 5 sterben. Bei uns passiert das weniger als im Durchschnitt. Bei einem anonymen Rating Score, das die Spitäler europaweit erfasst, lagen wir in den letzten Jahren immer zuvorderst.

Aber Chirurgen machen doch auch Fehler, oder?

Fehler könnte man es nennen, wenn ich eine Operation ausführe, die ich nicht beherrsche. Oder wenn ich eine Diagnose nicht oder schlecht kenne, etwas tue im OP, was ich nicht tun dürfte, unnötige Risiken einginge oder nach einer schlaflosen Nacht operiere. Das wäre unverzeihlich.

—

Prêtre näht sogenannte Patches, eine Art Flicker aus Kalbsherzbeuteln, mit Nadel und Faden ins Herz des Kindes. Nach etwa zweieinhalb Stunden ist das Herz repariert. Nachdem mit einer Salzwasserlösung zweimal geprüft wird, ob die geflickten Stellen dicht sind, wird das Blut zurück ins Herz gepumpt, kurze Sekunden der Anspannung, bevor ein Monitor in Sichtweite des Chirurgen wieder die Frequenz zeigt. Das Herz schlägt wieder. René Prêtre und sein erster Assistent beginnen jetzt damit, den Brustkasten des Mädchens zuzunähen. Nach einer weiteren Stunde liegt das Kind, von den meisten Schläuchen, Drähten, Tüchern und Klammern befreit, fast

nackt auf dem kleinen Operationstisch, in wenigen Minuten wird es auf die Intensivstation verlegt werden. Prêtre zieht die Latexhandschuhe aus, streift den Kittel ab, stopft alles in den Mülleimer und geht, immer noch mit der Haube auf dem Kopf, in eine Ecke, um das Formular zu holen, in das er seine OP-Notizen eintragen muss. Dann verlässt er den OP, steigt die Treppe hoch in sein Büro. Dort zieht er OP-Hosen und Kittel aus, stopft alles in einen Wäschesack. Nackt bis auf die Boxershorts greift er zum Handy und einem Zettel mit der Telefonnummer der Eltern des Kindes.

«Hallo, hier ist Professor Prêtre, wir sind fertig, alles ist gut gelaufen, Ihre Tochter wird in etwa zwei Stunden aufwachen.» Während der letzten dreieinhalb Stunden war er zumindest für die Beobachter wie in einen Traum versunken, der jedes Gespür für Zeit und jeden Gedanken an die übrigen Bereiche seines Lebens ausgelöscht hat.

Zum Mittagessen in der Spitalkantine setzt er sich an den Tisch, wo bereits der Anästhesist und der Kardiotechniker Platz genommen haben. Jetzt schneidet er

«Fehler könnte man es nennen, wenn ich im OP unnötige Risiken einginge oder nach einer schlaflosen Nacht operiere. Das wäre unverzeihlich.»

in eine Trutenbrust, es ist ihm keinerlei Müdigkeit anzumerken. Das Gespräch kann weitergehen.

—  
Muss ein Kinderchirurg einen stärkeren Druck ertragen als ein Erwachsenenchirurg?

Ja, viel grösser. Die Herzpatienten häufen sich altersmässig bei den Kleinkindern, meinen Patienten also. Die zweite Spitze liegt bei den 50- bis 80-Jährigen. Ich operiere auch im Universitäts-spital meist junge Leute, dagegen kaum über 50-Jährige. Wenn ein Patient mit 70 stirbt, ist das für die Angehörigen auch schlimm, aber nicht vergleichbar mit einem 10- oder 22-Jährigen.

Es gibt bestimmte Tage, an denen Sie müde sind im OP. Was tun Sie dagegen – Cola trinken, 20 Tassen Kaffee?

Ich weiss nicht, ich habe immer viel gearbeitet, vielleicht habe ich mich einfach daran gewöhnt.

Wie viel Schlaf brauchen Sie?

Ich erlebte schon kurze Nächte. Es war jedoch nicht wie in jungen Jahren, als man nach alkoholisierten und verrauchten Abenden anderntags nicht mehr aufstehen mochte. Ich brauche nicht so viel Schlaf, um gut zu arbeiten. Sagen wir, vier oder fünf Stunden. Ich fühle mich allgemein gut.

Kann man als Chirurg abends eine Flasche Wein trinken, wenn man weiss, man könnte jederzeit zu einem Notfall gerufen werden?

Eine Flasche ist sicherlich zu viel. Im Welschland habe ich Fussball gespielt, und es war unglaublich, wie wir nach einem Sieg, aber auch nach einer Niederlage, gefeiert haben. Wenn ich heute so viel trinken würde, bräuchte ich zwei Tage, um mich zu erholen. Wenn ich an besonderen Anlässen trinke, Neujahr, dann ein Glas Champagner und zwei Gläser Wein, nicht mehr. Morgens

trinke ich Kaffee, und wenn ich andern-tags eine schwere Operation habe, am Vorabend höchstens ein Glas, oft keines. Bei zwei beginnen meine Hände nicht zu zittern, aber es ist bereits ein anderes Gefühl.

Reden Sie mit Ihrer Frau über Ihre Arbeit?

Wenig. Zu Hause reden wir nicht über unsere Arbeit. Als meine zwei Söhne, die jetzt 17 und 20 Jahre alt sind, zur Schule gingen, wussten sie nie genau, was ich mache. Etwas im Spital, ja, aber nicht genau, was. Meine Frau ist Gynäkologin. Der Beruf ist zwischen uns kein Thema, auch nicht, wenn ich mal Stress habe. Das mag eigenartig klingen, aber das bleibt bei mir. Ich rede lieber mit meinem Anästhesisten darüber als mit ihr.  
Was macht einen guten Chirurgen aus?

Es gibt drei Dinge, die meiner Meinung nach extrem wichtig sind: Erstens muss man die Pathologie verste-

hen. Man sollte also die Anatomie und Physiologie gut kennen, denn die ist beim Herzen sehr komplex, vor allem, wenn es missgebildet ist. Zweitens sind gute Hände wichtig, die nicht zittern und konzentriert arbeiten können.

Sie waren schon als Kind ein guter Bastler?

Mein Vater war Kleinbauer, er arbeitete nur mit den Händen, sogar die Kühe molk er von Hand. Ich musste um fünf Uhr aufstehen und helfen, morgens zwei Kühe, abends sieben. Wir haben manuell viel gemacht, es gab immer irgendwo eine Maschine, die wir reparieren mussten. Zudem waren meine Grosseltern in der Uhrmacherei tätig. Der Kinderherzchirurg ist in gewisser Weise ja auch ein Uhrmacher.

Die dritte Voraussetzung für ein Berufstalent?

Die dritte Qualität, und die hat man oder nicht, ist eine fast künstlerische. Man muss das Herz dreidimensional sehen können. Das Herz ist flach, wenn es entleert ist und wir operieren. Man muss sich vorstellen können, wie es aussieht, wenn es wieder voll ist. Wenn ich einen Patch vorbereite, mit dem ich eine Ausflussbahn repariere, muss ich wissen, wie ich ihn schneide, damit ich nachher eine gute Kurve habe. Die gute Sache an der Herzchirurgie ist: Wenn die Rekonstruktion schön aussieht, funktioniert auch das Herz wunderschön. Wenn es Spannung gibt, wenn irgendwo ein kleiner Winkel oder eine Falte entsteht, führt das zu Turbulenzen. Das Blut fliesst dann nicht optimal. Die Herzkammerhöhlräume müssen schön geformt sein. Es gibt Ärzte, die das einfach nicht hinkriegen, die sollten nicht Herzchirurg werden.

Es braucht also eine bestimmte Begabung, die man hat oder eben nicht.

Ja, so ist es. Schauen Sie, wenn ich zwanzig Leuten sage, zeichnen Sie ein Gesicht, hier die Augen, Nase, Mund. Bei einigen wird es so sein (zeichnet mit seinen kurzen Fingern, an denen die Nägel ganz zurückgeschnitten sind), tack-tack-tack, und bei anderen gibt es nicht nur ein Gesicht, sondern auch einen Ausdruck. Es braucht Gefühl und Instinkt für diesen Beruf und nicht nur Wissen. Das sind die besten Chirurgen.  
Warum wurden Sie Kinderchirurg?

Ich bin nicht Kinderchirurg geworden, weil ich das wollte. Ich habe zuerst allgemeine Chirurgie in Genf gemacht und wurde nach New York geschickt. Im New York University Medical Center war die Herzchirurgie enorm stark, und die Leute fanden, ich sei gut, ich müsse in diesem Bereich weitermachen. Ich war damals noch nicht 30. In der Herzchirurgie fand man, ich sei so talentiert, dass ich mich auf Kinder spezialisieren sollte. Das gilt als das Schwierigste.

Wie war die Arbeit in New York?

Im ersten Jahr war ich allgemeiner Chirurg in der Traumatologie. Wir mussten viele Gefässe reparieren, weil es in New York so viele Messerstechereien und Schiessereien gab. Wenn jemand mit einer Schussverletzung eingeliefert wurde, musste man sofort reagieren, weil er sonst literweise Blut verlor, schneller als bei einem Unfall. Wir mussten innerhalb von zwanzig Minuten im OP sein. Da gab es einen regelrechten Wettlauf, wer der Schnellste ist, wir zu dritt im Team: Du legst Thoraxdrainagen, du intravenöse Leitungen, du die Tracheotomie. Am Ende waren wir immer die Schnellsten.

Warum können Sie das so gut, wie ein Pilot in einer Notsituation, der sich extrem schnell entscheiden muss?

Warum sind Sie so ein cooler Hund?

Das kommt alles auch mit der Erfahrung. Man schätzt eine Situation ein, handelt, und das nächste Mal kann man darauf vertrauen, dass es wieder so geht.  
Wenn Sie das so erzählen, tönt es nach viel Spass. Je schwieriger die Operation, desto mehr Freude an der Arbeit?

Wenn ich weiss, dass es gut geht: ja. Aber auch kleinere Eingriffe, zum Beispiel das Einsetzen eines Herzschritt-machers, machen mir Freude. Ich hatte nie ein Problem, wenn man mich zu einem Einsatz rief. Und auch während der Rotation, als ich in anderen Abteilungen arbeitete, in der Neurochirurgie zum Beispiel, da sagte ich jedes Mal: Ich könnte auch hier bleiben.

Die Krone der Chirurgie dürfte aber die Herzchirurgie sein?

Ich habe Orthopädie gemacht, Urologie, klassische Kinderchirurgie. Die Herzchirurgie ist ein oder zwei Stufen höher, technisch viel anspruchsvoller. Und die Kinderherzchirurgie ist noch schwieriger.

### Weshalb?

Technisch ist es eine grosse Herausforderung, weil die Herzen noch so klein sind. Man muss die Anatomie sehr gut verstehen, vor allem, wenn alles verdreht ist. Das Herz des Kindes, das ich heute Morgen operiert habe, lag nicht auf der linken, sondern auf der rechten Seite. Die zwei Kammern waren ebenfalls verdreht. Es ist wie bei diesem Rubik Cube, man muss verstehen, wie was drehen, damit es am richtigen Ort ist. Man muss diese Bilder im Kopf haben. Sind Herztransplantationen eigentlich das Höchste für einen Chirurgen?

Technisch gesehen nicht unbedingt, aber es ist eine sehr emotionale Operation. Man entfernt das Herz, in unserer Kultur das Symbol des Lebens schlechthin, und zurück bleibt ein riesiges Loch, wo sich normalerweise etwas bewegt. Diesen Anblick sind wir nicht gewohnt, dass wir da nichts sehen. Wenn wir das neue Herz einpflanzen und es zu schlagen beginnt, ist das auch wieder ein besonderer Moment. Technisch allerdings ist das eine relativ einfache Operation, zumindest bei Erwachsenen. Bei Kindern ist es schwieriger, weil alles sehr klein ist. Als wir hier das erste Mal ein Kunstherz implantierten, vor zweieinhalb Jahren bei einem vierjährigen Mädchen, war das Echo riesig. Dieses Kind war drei Monate hier und gehörte am Schluss richtig zu uns, hatte ein Kinderzimmer voller Barbies, es war der Sonnenstrahl auf der Station, das ganze Spital kannte es, die Eltern waren ständig da, sehr nette Leute. Da war der Erwartungsdruck ungeheuer gross. Wenn etwas schiefgeht, wusste ich, wäre das ganze Spital in Trauer.

### Wo sitzt für Sie die Seele? Doch nicht im Herzen, oder?

Wahrscheinlich nicht. Jedoch: Wenn man verliebt ist, schlägt das Herz stärker. Auf eine gute oder schlechte Nachricht reagiert das Herz sofort. Hier spürt man es. Plötzlich gibt es zwei Schläge statt einem.

### Denken Sie manchmal an Ihr eigenes Herz?

Nicht oft, nein. Ich lebe gesund. Der Stress, den ich habe, wirkt sich nicht negativ aus. Täte er das, würden sich die Herzkranzarterien schliessen, und ich bekäme Herzprobleme.

### Machen Sie die Erfahrung, dass man Sie, den Herzchirurgen, als Gott in Weiss betrachtet?

Das mag ich nicht. Ich wurde von der Gesellschaft mit einem Beruf beauftragt, und ich mache ihn gut. Wahrscheinlich ging ich durch eine Selektion. Ich habe viel gearbeitet. Strassenarbeitern, die für gute Strassen sorgen, kommt dieses Verdienst auch zu. Aber es ist klar, ich erfülle für Eltern eine besondere Aufgabe. Wenn ich sie anrufe nach einer Operation, höre ich vor allem von den Müttern Sätze wie: Wir werden Ihnen ein Leben lang dankbar sein. Das habe ich oft gehört.

### Sie sind ein Lebensretter in den Augen dieser Eltern.

Sie sehen es so. Aber ich spiele nicht Gott, ich mache meine Arbeit. Wir kriegen viele Briefe, in denen Eltern schreiben, am Tag der Operation hätte ich ihrem Kind, das, nachdem es blau war und jetzt wieder rosig aussieht, eine zweite Geburt geschenkt. Aber das ist mein Beruf. Und ich bin nicht allein, wir sind ein Team.

### Spüren Sie bei der ganzen Diskussion um die Rationalisierung der Medizin einen Druck, immer kostengünstiger zu behandeln?

Weniger. Im Vergleich zu Kollegen in Paris sind wir relativ günstig. Was bei uns viel kostet, ist das Personal. Aber bei den Leuten möchte ich nicht sparen, die brauche ich. Unser Team ist gleich gross wie in der Herzchirurgie in Paris oder London. Für den OP bestelle ich nur die besten Produkte, neben der Qualität sollten sie zweitens die billigsten und drittens in der Schweiz hergestellt sein.

### Ein Chirurg hat es mit extremer Verantwortung zu tun, denn jeder Fehler hat grosse Folgen. Fördert das gewisse Charaktereigenschaften?

Ja, das glaube ich. Wenn ich Leute für die Ausbildung wähle, wähle ich Kandidaten, die nicht nur auf ihre Leistung im OP Wert legen, sondern auch im Team, mit den Eltern und Kindern umgehen können. Denn die leiden, wenn etwas schiefgeht. Man kann deren Not nicht einfach abtun mit den Worten, das gehöre halt zum Risiko, kann passieren, nächstes Mal machen wir es besser. Das akzeptiere ich nicht. Es braucht Selbstkritik. Nicht Selbstquälerei, das wäre

auch nicht gut. Eltern haben immer Angst, das muss ein Chirurg wissen. Schwieriger ist es, wenn sie keine Angst zeigen, gleichgültig sind, das kommt auch vor. Da habe ich ein schlechtes Gefühl. Ich will nicht, dass die Mütter weinen. Aber ein Kind, dessen Eltern leiden, weil es ihm schlecht geht, hat Glück. Das Kind mit gefühlsarmen Eltern tut mir leid.

Als Chirurg müssen Sie sich abgrenzen können, Sie sagen es, Selbstzweifel wären ungesund. Wo schöpfen Sie das Selbstbewusstsein und Vertrauen für eine nächste Operation?

Die Frage, ob ich im richtigen Beruf bin, habe ich mir mehrmals gestellt. Man geht die nächste Operation schon etwas vorsichtiger an. Ich habe aber nie eine Pause von Tagen eingelegt, höchstens eine grosse OP verschoben, zu der ich mich gerade nicht imstande fühlte. Ich schlief schlecht, es drehte sich in meinem Kopf ständig der Gedanke, dieses Kind hätte etwas Besseres verdient. Der Belastungszustand nimmt mit der Zeit automatisch ab.

Weinen Chirurgen nach einem Todesfall?

Das ist mir einmal passiert, ja. Darüber will ich nicht reden. Es liegt zurück. Was können Sie tun, wenn die Eltern zusammenbrechen? Da kommen die Tränen. Nicht wegen Selbstvorwürfen oder weil ich einen Fehler gemacht hätte. Sondern jemand leidet vor Ihnen. Das tut einem extrem weh, dieses Leid einer Mutter oder eines Vaters.

Was bedeutet für Sie der Tod? Ist alles fertig?

Wenn man in naturwissenschaftlichen Kategorien denkt: Ja, der Tod ist das Ende des Lebens.

Sehen Sie die Kinder später wieder, wenn sie grösser, erwachsen sind?

Nein, hoffentlich nicht. Denn dann ist alles gut. Nachkontrollen machen meine Kollegen, die Kardiologen.

Werden Sie bis zu Ihrer Pensionierung Herzen operieren?

Es gibt nicht viele andere Möglichkeiten. Die Herzchirurgie ist alles. Aber man kann nicht ewig an der Spitze bleiben. Ab einem gewissen Alter sind die Augen nicht mehr so gut, die Geduld wird kleiner. Das alles braucht es aber, wenn man bei einem 2,5 Kilo leichten

Kind 1 Millimeter dünne Gefässe verbinden muss. Ich hoffe, dass ich später, wenn ich hier ein Team aufgebaut habe, so weise bin und mich die letzten Jahre Schritt für Schritt zurückziehe.

Und dann, was tun?

Es gibt ja auch noch andere Dinge. Ich habe Beat Richner in Kambodscha besucht. Er möchte, dass wir zusammenarbeiten. Ich könnte mir vorstellen, eines Tages zu ihm zu gehen, wenn mich Zürich nicht mehr braucht und ich gute Leute zurücklasse. Ich übergebe meine Arbeit dann sehr gern jemand anderem, vor allem, wenn ich die Person selber ausgebildet habe. Damit schliesst sich für mich der Kreis. Ich weiss ja, dass ich in meiner Zeit einer der Besten war.

Was ist das Herz eigentlich für Sie?

Das Herz ist alles für mich. Es ist ein unheimlich faszinierendes Organ. Es hat nicht nur eine unglaublich schöne dreidimensionale Architektur, es zeigt uns auch die vierte Dimension, die Bewegung. Wenn man operiert, bekommt man sofort eine Antwort, ob es korrekt gemacht ist oder nicht. Es ist sehr vorausehbar, und das ist sehr beruhigend. Diese rasche Reaktion des Herzens finde ich toll. Wenn man eine Darmresektion macht, dauert es zwei Wochen, bis man weiss, ob es hält. Beim Herzen nimmt man die Klemme weg, und man sieht sofort, ob es gut und alles trocken ist oder, puff!, ob es blutet, weil man seine Arbeit nicht gut gemacht hat. Man hat sofort eine Antwort.

Sie sind ein richtiger Herz-Fan?

O ja.

Birgit Schmid schreibt regelmässig für «Das Magazin». [birgit.schmid@annabelle.ch](mailto:birgit.schmid@annabelle.ch)  
Finn Canonica ist Chefredaktor des «Magazins». [finn.canonica@dasmagazin.ch](mailto:finn.canonica@dasmagazin.ch)  
Noë Flum fotografiert regelmässig für «Das Magazin». [studio@noeflum.ch](mailto:studio@noeflum.ch)