

RÜCKENSCHMERZEN

Tatort Wirbelsäule

Viele Deutsche leiden unter Rückenschmerzen und legen sich in ihrer Not unters Messer. Und wissen nicht, was sie tun. Werden Sie Zeuge eines anonymen Gesprächs unter Ärzten

VON Corinna Schöps;Claudia Wüstenhagen | 08. Mai 2016 - 21:32 Uhr

© Christopher Furlong/Getty Images

Rückenschmerzen werden oft zu leichtfertig operiert.

Drei Ärzte sind für dieses Gespräch zusammengekommen, um – anonym und umso offener – über eines der größten Volksleiden des Landes zu sprechen: Rückenschmerzen. Drei Disziplinen, verschiedene Mentalitäten, ein Problem, das sie alle betrifft: überflüssige Operationen an der Wirbelsäule.

85 Prozent der Deutschen leiden mindestens einmal im Leben unter Rückenschmerzen. Obgleich es eine enorme Auswahl an Therapieangeboten gibt, ist die Pein verantwortlich für die meisten Krankentage, gehen fast am häufigsten Patienten mit Rückenleiden in den Vorruhestand. Die Zahl der Wirbelsäulenoperationen hat sich hierzulande binnen weniger Jahre mehr als verdoppelt. Dabei helfen die Eingriffe vielen Menschen nicht: Oft sind die Patienten nicht zufrieden mit dem Ergebnis und leiden weiter unter erheblichen Schmerzen. Ein Gespräch über Ängste und falsche Anreize, die Grenzen der Technik und die Macht des eigenen Willens.

ZEIT Doctor: Manche Ihrer Kollegen sagen, 40 Prozent der Wirbelsäulenoperationen seien überflüssig. Wo sehen Sie die Ursachen für den dramatischen Zuwachs an Eingriffen?

Psychosomatikerin: Der Fokus liegt zu sehr auf der schmerzenden Stelle am Rücken. Da schauen alle hin, machen Bilder und kommen dann zu einer Diagnose. Aber das reicht nicht. Auf den Bildern sehen wir zwar degenerative Veränderungen oder Bandscheibenvorfälle. Aber das, was wir sehen, sagt nichts darüber aus, ob der Patient Schmerzen hat. Man zieht die falschen Schlüsse.

Lesen Sie hier weitere Artikel zum Thema Gesundheit

Dieser Text gehört zu ZEIT Doctor – dem neuen Ratgeber, der hilft, gesund zu bleiben.

Orthopäde: Wir Ärzte sind an der Misere mit schuld. Der Radiologie sagt zum Patienten: "Sie haben eine Bandscheibenvorwölbung, es ist doch völlig klar, dass da Ihr Kreuzschmerz herkommt." Der hat aber überhaupt keine Ahnung, und das ist der erste Schubser in die Misere.

Psychosomatikerin: Psychische und vor allem soziale Faktoren für Rückenschmerz werden noch immer viel zu wenig berücksichtigt. Diese biomechanische Vorstellung,

dass der Schmerz an Muskeln, Bändern und Knochen entsteht, die man dann einfach wegschneiden kann, ist der Untergang vieler Schmerzpatienten.

ZEIT Doctor: Wenn auch psychische oder soziale Probleme dahinterstecken, warum wird dann geschnitten?

Chirurg: Die Eingriffe nehmen auch deshalb zu, weil wir heute schonender operieren und mehr machen können. Viele Eingriffe am Rücken sind technisch unkompliziert und überschaubar, man entfernt ein bisschen Bandscheibengewebe, erweitert einen Nervenkanal oder versteift ein, zwei Wirbelsäulensegmente. Das haben sich viele Ärzte angeeignet, es ist vermeintlich schnell gemacht und weitverbreitet. Die Gefahr ist sehr groß, dass den Patienten das zu früh angeboten wird. Sicher werden sehr viele Menschen operiert, denen eine Stabilisierung und Stärkung der Muskulatur genauso gut, wenn nicht sogar besser geholfen hätte. Und da ist noch ein zweites Risiko: Über den Erfolg der Operation entscheidet die richtige Indikation – nicht die Fähigkeit des Chirurgen. Bei einer richtigen Indikation wird das Ergebnis gut, bei einer schlechten wird es schlecht.

DER BLICK AUF DIE BILDER

Spektakulär genaue Aufnahmen verführen mitunter dazu, das "Bild" zu operieren, anstatt die Probleme des Patienten zu lösen.

Kann man Schmerz sichtbar machen? Leider bei Weitem nicht so gut, wie viele Menschen es sich wünschen. Selbst wenn Ärzte im Tomografenbild eine verrutschte Bandscheibe sehen, heißt das nicht, dass sie für den Schmerz verantwortlich ist. Dennoch wird dies oft zu Unrecht als Ursache interpretiert. Dabei ist in der Wirbelsäule viel Platz – auch für Bandscheibenvorfälle. Der **Schmerz rührt meist von Verspannungen her**, und die sind auf Bildern nicht sichtbar.

HÄUFIGE RÜCKENOPERATIONEN

In der Kritik steht die drastische, medizinisch schwer zu rechtfertigende Zunahme bestimmter chirurgischer Eingriffe.

Nur selten muss sofort operiert werden, meist kann sich der Patient überlegen, ob er den Eingriff möchte. Hilfreich sind folgende Fragen: Habe ich Physio- und Schmerztherapie genug genutzt und meinen Teil zum Erfolg beigetragen? Habe ich eine zweite Meinung eingeholt? Kann ich mit den OP-Risiken leben? Bei einer Spinalkanalverengung werden etwa Teile der nützlichen Wirbelbögen entfernt, an denen Muskeln hängen – das macht die Wirbelsäule instabiler.

MULTIMODALE THERAPIE

Chronische Rückenschmerzen entstehen im Zusammenspiel von Körper, Seele und Umwelt. Eine interdisziplinäre Therapie hilft.

Bei der **multimodalen Behandlung** arbeiten Ärzte, Psychologen, Physio-, Sport- und Arbeitstherapeuten Hand in Hand: Ziel ist eine umfassende Aktivierung des Patienten, die Schmerzstelle rückt dabei in den Hintergrund. Die Methode hilft Chronikern sehr gut aus ängstlicher Schonhaltung und sozialer Isolation. Sie sorgt für positive Bewegungserfahrung und neues Vertrauen in den Körper. Vierwöchige, meist ambulante Programme erzielen die besten Ergebnisse.

ZEIT Doctor: Wenn also die Entscheidung für einen Eingriff falsch ist oder zu früh fällt, kann jemand noch so gut operieren, es kommt nichts Gutes dabei raus?

Chirurg: Genau. Die Erwartung der Ärzte an diese Verfahren ist viel zu hoch.

Die aktuelle ZEIT können Sie hier oder am Kiosk erwerben.

Dieser Artikel gehört zu ZEIT Doctor aus der ZEIT Nr. 11 vom 3.3.2016.

Orthopäde: Ich möchte die Patienten gerne mit in die Verantwortung nehmen, die sind auch sehr flott dabei und sagen: "Dann schneiden die mir mal schnell meinen Kreuzschmerz heraus, und alles ist gut." Ich sage: Kreuzschmerzen braucht man nicht zu operieren.

ZEIT Doctor: Eine klare Ansage.

Orthopäde: Kreuzschmerz, insbesondere der chronische, ist fast nie ein körperliches Problem. Zur Klarstellung: Wir reden nicht über Beinschmerz oder eine anhaltend schwere Lähmung im Bein, sondern über Kreuzschmerz. Da gibt es für mich nur sehr wenige Indikationen für eine Operation. Alles andere kriegt man so in den Griff, wenn man in Ruhe mit dem Patienten spricht, realistische Ziele definiert und sich genug Zeit gibt. Wir Ärzte müssen heute aber viel mehr begründen und erklären. Ich spüre viel Unverständnis, Misstrauen. Ich könnte mir vorstellen, dass das bei den Operateuren noch viel häufiger so ist.

Chirurg: Erstaunlicherweise kaum. Wir Deutschen sind extrem chirurgiegläubig. Das geht auf die Kriegskrankenanstalten zurück, wo die großen Chirurgen die Menschen wieder zusammengeflickt haben. Bei den Patienten herrscht auch eine extreme Erwartung an die Geschwindigkeit der Therapie. Die sagen: "Ich will nicht auf Dauer Schmerzmittel nehmen oder trainieren."

ZEIT Doctor: Und viele Ärzte bedienen diese Erwartung.

Psychosomatikerin: (zum Chirurgen) Herr Kollege, Sie müssen noch auf den Satz von eben reagieren, dass man Kreuzschmerz nicht operieren muss ...

Chirurg: Das ist so. Ganz klar. Wenn eine Operation erfolgreich sein soll, brauchen Sie ein Strukturkorrelat, es muss eindeutig etwas kaputt sein, das nicht vom Alter herrührt, denn damit kann man anders umgehen. Und die kaputte Struktur muss auch klar für die Beschwerden verantwortlich sein. Man kann das nicht immer zu 100 Prozent sagen, aber zu 80 oder 90. Nur wenn ich mich da so sicher festlegen kann, wie es irgend geht, ist es gerechtfertigt zu operieren, weil ich bei jedem Eingriff auch einen Flurschaden anrichte, zwangsläufig.

ZEIT Doctor: Wie kann der Arzt einschätzen, ob der Eingriff gerechtfertigt ist? Die Röntgen- oder MRT-Bilder liefern nichts Eindeutiges, wie wir inzwischen wissen; die meisten Menschen haben Bandscheibenvorfälle und merken nichts davon.

Chirurg: Bis zum heutigen Tag sind das Wichtigste das Gespräch und die Untersuchung, denn ein klares Strukturkorrelat hinterlässt oft auch eine klare Spur, die Art des Schmerzes weist den Weg. Es ist auch möglich, potenzielle Ursachen mit einer gezielten lokalen Betäubung unter Röntgenkontrolle abzuklären: Dann müssten die Schmerzen für die Zeit der Betäubung weg sein. Wenn das nicht der Fall ist, dann rudert man als Arzt besser

sehr stark zurück. In unserer Klinik lehnen wir 90 Prozent der Patienten ab, die mit einer Operationsempfehlung zu uns kommen.

Orthopäde: Aber natürlich wird in Deutschland nicht überall mit dieser Expertise und Aufmerksamkeit behandelt. Manche gehen viel großzügiger und leichtfertiger mit den Indikationen um.

ZEIT Doctor: Drei Arten von Eingriffen haben drastisch zugenommen: erstens die an der Bandscheibe, zweitens die bei einem verengten Nervenkanal, eine Spinalkanalstenose, und drittens die Versteifungsoperation, bei der instabile Segmente der Wirbelsäule zusammengeschmiedet werden. Wo sehen Sie das größte Problem?

Orthopäde: Die Versteifungsoperationen haben exorbitant zugenommen und werden viel zu unkritisch vorgenommen. Die Patienten denken, das ist ein massiver Eingriff, der macht massiv Schmerz weg, aber diese Gleichung stimmt nicht: Die Versteifung löst das Problem nur halb. Deshalb sind so viele Patienten unzufrieden. Man muss ihnen sagen: "Du bist hinterher nicht völlig schmerzfrei, du musst auch trainieren, dann sei clever, und mach es vorher, dann schaffen wir's vielleicht ohne OP. Dann hast du auch kein Risiko durch die Narkose oder für Blutungen und Infektionen.

Psychosomatikerin: Selbst wenn die Indikation richtig war, kann es später Probleme geben. Mit der Zeit werden die Wirbelsegmente über oder unter der Versteifung locker, dann tut's wieder weh – und was macht man dann? Operiert man noch einmal? Auch bei einer klaren Indikation müssen Sie als 50-Jähriger wissen: Sie werden heutzutage 80 oder 90 und müssen noch lange mit Ihrem Kreuz leben. Solche Patienten kenne ich aus der Schmerzambulanz, wenn da kein Operateur mehr rangeht.

Chirurg: Mit der ersten Operation kommt ein Stein ins Rollen. Man sagt in der Wirbelsäulenchirurgie: Die erste Operation ist die einzige, über die man noch entscheiden kann. Danach rennt man eigentlich nur noch hinterher.

ZEIT Doctor: Kritiker sagen, die Patienten bekämen oft nicht das, was sie brauchen, sondern das, was dem Arzt Geld bringt. Wo sehen Sie die Motive der Ärzte?

Orthopäde: Geld.

ZEIT Doctor: Wann muss man denn überhaupt operieren?

Orthopäde: Nach einem Unfall, bei einem Tumor oder einer schweren Lähmung – wenn der Patient keine 200 Meter mehr gehen kann.

Chirurg: Aber das sind weniger als *ein* Prozent der Fälle. In der Regel können Patient und Arzt wählen. Durch eine Operation wird aber dann ein Hebel umgelegt, der nicht mehr umkehrbar ist.

ZEIT Doctor: Mal angenommen, der Patient entscheidet sich gegen die OP – was macht er dann?

Chirurg: Das hört sich so an, als wäre die Entscheidung null oder eins, aber das ist sie nicht. Wir fragen häufig: "Sind Sie schon ausreichend konservativ behandelt worden?" Die Antwort ist dann oft: "Ja, ich hatte schon hundertmal Krankengymnastik." Fragt man dann weiter nach, kommt heraus, der hat hundertmal auf einer Liege gelegen, und ihm ist der Rücken massiert worden. Aber der Operateur schreibt im Ambulanzbrief: hundertmal Krankengymnastik – zack, durchgewunken, und es geht los.

ZEIT Doctor: Der Begriff Krankengymnastik ist demnach eine Art Blackbox ...

Orthopäde: Außerdem ist heute keiner mehr bereit, etwas für seinen Körper zu tun. Wir haben viele Kreuzschmerzpatienten, die würden sich für einen Marathon anmelden und sich dann ins Bett legen und so lange warten, bis sie fit für den Marathon sind. Viele Menschen sind nicht ausreichend körperlich vorbereitet, für das, was ihr Rücken täglich leisten soll, und warten ab, bis es über sie kommt, statt, wie beim Marathon, einen vernünftigen Plan zu machen, um ihre Leistungsfähigkeit zu steigern.

Psychosomatikerin: Was ich ganz häufig erlebe bei den Patienten, ist diese Denke: "Wenn mein Schmerz weg ist, dann kann ich wieder." Darauf baut ja auch die ganze Schmerztherapie im Krankenhaus auf. Die erfüllen da den Wunsch des Patienten mit Spritze, Schmerzkatheter und so weiter, und dann soll das Leben weitergehen. Das ist ein Trugschluss. Es nützt nichts, wenn die Muskulatur zu schwach ist. Die Patienten müssen lernen, sich trotz Schmerzen zu aktivieren, schon ganz früh, sobald es nach einer akuten Blockade wieder geht. Dabei kann sich der Schmerz zunächst auch verstärken, das gehört dazu, wie ein Muskelkater.

Orthopäde: Ein richtig guter Schmerz! Es ist sehr wichtig, dass der Patient die Angst verliert.

ZEIT Doctor: In vielen Köpfen steckt immer noch die – unbegründete – Sorge, man könne mit einer falschen Bewegung querschnittsgelähmt sein.

Orthopäde: Rollstuhl! Wie bei RTL 2: Rollstuhl! Doch das sind Extreme. Und deswegen sind die Leute so verängstigt und wünschen sich noch das 25. MRT-Bild: "Das letzte MRT ist schon sechs Monate her, jetzt fühlt es sich ein bisschen anders an, können wir nicht ein neues machen?"

Psychosomatikerin: Das ist die Realität. Die Wiederholungs-MRTs sind ein echtes Problem.

Orthopäde: Dabei kann ich die Notwendigkeit für ein MRT ja herausfinden. Wenn einer Nachtschmerz hat und Fieber, dann muss ich ein MRT machen, das ist keine Frage, es

könnte eine Infektion dahinterstecken. Aber wenn er seit 20 Jahren dasselbe Problem hat, dann mache ich keins.

Chirurg: Wobei man fairerweise sagen muss: Jeder hat in sich ja einen gewissen Sicherheitsnarzissmus. Selbst ich als Arzt sage mir, wenn ich eine Befindlichkeitsstörung habe – so ehrlich muss man sein: Okay, es ist zwar extrem unwahrscheinlich, dass hinter meinem Rückenschmerz ein Tumor sitzt, aber wenn es mir vier Wochen lang auf den Wecker gegangen ist, dann lege ich mich halt doch mal ins MRT. Es ist menschlich, wenn die Leute sagen, ich will es jetzt doch wissen, ich habe Ängste.

Orthopäde: Klar. Ich benutze das MRT auch manchmal als therapeutische Intervention – um beim Patienten Angst abzubauen, damit er sich bewegt! Da hat einer mit kalten Muskeln Tennis gespielt, es tut weh, und der Patient denkt: Das muss ja schlimm sein! Dann sage ich, nein, keine Sorge.

Chirurg: Wir als Gesellschaft wollen das ja; wir wollen Hightech, und wenn ich dem Patienten sage, ich habe dich untersucht, du hast keine Zeichen einer Nervenbeteiligung, ich brauche kein MRT, es ist mir egal, wie es da drinnen aussieht, du musst sowieso an dir arbeiten, dann sagt er: "Das finde ich jetzt blöd, ich gehe zum nächsten Arzt. Und dann hole ich mir mein MRT."

Orthopäde: Man muss ihm klar sagen: "Ob du da eine vorgewölbte Bandscheibe, einen Verschleiß, eine Facettenarthrose, eine leicht schiefe Wirbelsäule hast, ist völlig wurscht. Du musst ein bisschen was an dir tun und akzeptieren, dass du mit 68 nicht mehr so kannst wie mit 38. Dass du den Garten nicht mehr in zwei Tagen machen kannst, sondern zwei Wochen brauchst. Wir sehen das nicht mehr ein mit unserem Jugendwahn."

ZEIT Doctor: Die Tücke ist ja, wenn man ein MRT macht, dann findet man oft doch irgendwas.

Orthopäde: Immer, weil wir altern. Wir Ärzte müssen auch akzeptieren, dass es Alterungszeichen gibt, die bedeutungslos sind, und die Patienten davon überzeugen: Das ist wie mit grauen Haaren.

ZEIT Doctor: Diese Gemengelage aus Technikglaube und Missverständnissen über die Schmerzursachen, aus unrealistischen Wünschen auf der einen und monetären Interessen auf der anderen Seite hinterlässt eine große Zahl unglücklicher Patienten. Wie lässt sich der Misere beikommen?

Chirurg: Der Knackpunkt ist, dass wir viel früher eine multidisziplinäre Einschätzung brauchen, idealerweise nach vier bis sechs Wochen, um den Patienten auf die richtige Schiene zu setzen. Das entscheidet oft über den ganzen Verlauf ...

Orthopäde: Warum scheitern so viele Rückentherapien? Weil immer nur der Orthopäde guckt oder der Neurologe oder Psychologe – die gucken nie im Team. Bei chronischem

oder subakutem Schmerz braucht man das. Aber bringen Sie mal die Krankenkassen dazu, diesen Austausch untereinander zu honorieren, außer im Modellprojekt.

Chirurg: Wir brauchen eine stärkere Netzwerkbildung, ob das jetzt die Krankenkassen vorantreiben oder die Ärzteverbände, ist egal.

Orthopäde: Jeder macht heute seinen hoch spezialisierten Kram. Aber dieses Auseinanderdriften funktioniert nicht. Das Problem Kreuzschmerz kann man nicht mit einer Disziplin erfassen und behandeln. Das wissen alle!

Chirurg: Da muss man als Chirurg auch den Mumm haben, dem Patienten zu sagen, es gibt eine Behandlung im konservativen Bereich, die vielleicht doch erfolgreich ist: die multimodale Therapie. Die müssen Sie jetzt erst machen. Genau an dieser Stelle, dem Gegenüberstellen der Therapien, fällt die Entscheidung definitiv zu häufig pro OP.

ZEIT Doctor: Anstatt einen Physio- oder Psychotherapeuten hinzuzuziehen.

Psychosomatikerin: Und das in laufender Absprache, im gesamten Prozess.

Orthopäde: Die interessantere Frage für mich ist, warum machen wir das nicht? Warum sagt der Patient "Ich gehe doch nicht zum Psychologen, ich hab's doch nicht im Kopf!?"

Psychosomatikerin: Genau, er geht erst einmal zum Facharzt, zum Orthopäden. Hausarzt ist zu wenig. Und der Orthopäde guckt meist auf den Befund und sagt bestenfalls: "Ist nicht schlimm, bewege dich mal und geh nach Haus." Nur, manchmal nützt das dem Patienten nichts, wenn er diesen Zusammenhang zwischen Schmerz und sozialer Belastung nicht kennt. Und wenn der Orthopäde dann sagt: "Nun sind Sie schon zum dritten Mal hier, jetzt schicke ich Sie mal zum Psychologen", dann kommt der natürlich hochofret zu mir, wenn er überhaupt kommt. Die Skepsis ist beeindruckend. Ich betone daher immer im Gespräch: "Nach meinem Eindruck sind Sie psychisch gesund." Puh, dann sind die schon mal erleichtert. "Aber Sie haben eine Menge Belastungen, so wie alle Menschen irgendwie Belastungen haben."

Orthopäde: Ja, da ist vielleicht letzte Woche die Lehrerin bei ihm gewesen und hat gesagt: "Wir haben Ihren Sohn jetzt schon zum dritten Mal auf dem Schulhof kiffen sehen, noch einmal, und er fliegt." Dass dem Vater da das Kreuz wehtut, ist ja wohl klar! Also, nicht operieren. Aber chronischen Kreuzschmerz immer psychotherapeutisch zu behandeln wäre auch zu einseitig. Wir wünschen uns zwar alle, dass ein Faktor allein das Schmerzerleben ausmacht und ich schmerzfrei bin, sobald der wegfällt. Aber so ist das Leben nicht.

Psychosomatikerin: Man muss die gesellschaftliche Entwicklung mit einbeziehen, den Druck zu funktionieren, die Arbeitsdichte. Unzufriedenheit über die Arbeit ist zentral bei Rückenschmerz. Soziale Probleme werden derzeit gerne in die Medizin geschoben. Doch Ärzte und Psychotherapeuten können das nicht lösen. Mein Statement ist: Wehret den Anfängen. Der Patient kommt mit "Rücken" ja erst einmal zum Hausarzt oder in den

Notdienst. Im Idealfall ist der Hausarzt der Dauerbegleiter für diesen Menschen. Früher konnte der die ganze Familie, und wenn dann einer mit Rücken kam, wusste er natürlich, der hat wieder zu sehr gearbeitet, weil er drei Baustellen hat ...

ZEIT Doctor: Und der Sohn kifft auf dem Schulhof ...

Psychosomatikerin: Auch Menschen mit akutem Schmerz können ein psychisches Problem haben. Es ist wichtig, dass schon der erste Arzt fragt: "Haben Sie eine Idee, woher es kommt? Wie sieht es bei der Arbeit aus?" Ich biete dann ein Modell an: "Wissen Sie, häufig entsteht Rückenschmerz durch akute Verspannungen, da ist der Körper recht einfach gestrickt. Der unterscheidet nicht, ob er zu viel gearbeitet hat oder ob wir viel Ärger hatten." Und das reicht, um von der Idee wegzukommen, dass jetzt unbedingt die Wirbelsäule durchleuchtet werden muss. Dann gerät der Patient gar nicht erst auf diesen Chronifizierungsweg, und man braucht nicht ein paar Wochen später drei, vier verschiedene Experten, die sich einen Kopf machen.

ZEIT Doctor: Was hält denn die Hausärzte davon ab, solche Fragen zu stellen?

Psychosomatikerin: In der Stadt haben viele Hausärzte ein Durchlaufpublikum. Die Hausärzte kennen die Leute nicht mehr so gut.

Chirurg: Nach meinem Eindruck sind die Hausärzte in der Rückenschmerzversorgung sehr genau orientiert, wahrscheinlich mit auf dem besten Niveau. Die wissen, was sofort der Behandlung bedarf und was man anders regeln kann.

Orthopäde: Das würde ich bestätigen. Die Umsetzung der Leitlinien funktioniert bei den Allgemeinmedizinern viel besser als bei den Orthopäden. Doch Hamburg beispielsweise hat ein unglaublich mobiles Publikum. Und die wollen alle einen Spezialisten. Großstädter wollen Spezialisten! Denn der Hausarzt ist ja nichts wert, der hat ja überhaupt keine richtige medizinische Ausbildung, der ist ja "nur" Hausarzt.

ZEIT Doctor: Was freilich falsch ist, denn er ist Spezialist für Allgemeinmedizin.

Orthopäde: Die Patienten bahnen ihren Irrweg selbst. Der Orthopäde, der nicht operiert, hat auch längst keinen so großen Stellenwert in der Wahrnehmung des Großstadtpatienten wie der, der operiert; der ist der Bessere.

ZEIT Doctor: Wie kommt das?

Orthopäde: Der Patient sagt: "Ich gehe jetzt endlich mal ins Krankenhaus, du kommst mit mir nicht zurecht; im Krankenhaus sind die Superspezialisten, da ist das Wissen. Da gibt's die richtige Therapie, mit großen Stangen und Schrauben." Und dann nehmen die Dinge ihren Lauf.