

Erinnerungen an die Kölner Hals-Nasen-Ohrenklinik 1933–1953 von Alf Meyer zum Gottesberge (†)



T. Brusis

Vorbemerkung: 1996 habe ich als Schriftführer der Vereinigung Westdeutscher HNO-Ärzte von 1897 den Jubiläums-HNO-Kongress in Aachen zum 100-jährigen Bestehen der Vereinigung mit Herrn Professor Schlöndorff vorbereitet und einiges zur Geschichte der Vereinigung recherchiert (s. Festschrift). In diesem Zusammenhang erhielt ich ein Manuskript von Herrn Professor Meyer zum Gottesberge (1908–2001), der früher Oberarzt in Köln und später Lehrstuhlinhaber in Düsseldorf gewesen ist, über seine Erinnerungen an die Klinikzeit in Köln von 1933 bis 1953, welche bisher unveröffentlicht sind. Die Ausführungen geben einen lebendigen Eindruck in die damalige schwierige Zeit an einer deutschen Universitäts-HNO-Klinik, einschließlich einer Evakuierung der Klinik während der letzten Kriegsjahre in das Hotel „Kölner Hof“ in Königswinter und zuletzt in die Drachenfels-Höhlen oberhalb der Stadt Königswinter.

T. Brusis, Köln

Die städtischen Krankenanstalten der Lindenburg, welche ich am 1. Februar 1933 im Alter von noch nicht ganz 25 Jahren mit der Aussicht auf eine Volontär-Assistentenstelle an der Hals-Nasen-Ohrenklinik betrat, boten einen freundlichen Anblick. Betrat man durch die Toreinfahrt des mächtigen Verwaltungsgebäudes das Innere, von dem heute immer noch einige Ruinen stehen, so erblickte man zu beiden Seiten eine Reihe miteinander verbundener Häuser, die Pavillons genannt wurden. Es waren auf jeder Seite vier, von denen auf der linken Seite die ersten drei der Inneren Medizin und einigen theoretischen Instituten wie der Pharmakologie und Physiologie gehörten. Der letzte Pavillon Nr. 4 jedoch beherbergte die Hals-Nasen-Ohrenklinik. Auf der rechten Seite waren drei Pavillons der Chirurgischen Klinik zugehörig, der 4. Pavillon gegenüber der Hals-Nasen-Ohrenklinik, war die Augenklinik. Die Hals-Nasen-Ohrenklinik war für heutige Verhältnisse eher klein zu nennen. Sie beherbergte nach meiner Erinnerung 70 Betten, wobei aber berücksichtigt werden muss, dass noch eine zweite klinische Abteilung in dem in der Altstadt gelegenen Bürgerhospital vorhanden war, welche auch dem Direktor der Hals-Nasen-Ohrenklinik unterstand. Rechnen wir nun beide zusammen, so hatte die Ohrenklinik doch immerhin 90 Betten zur Verfügung. Im inneren war jedoch die Hals-Nasen-Ohrenklinik sehr beengt. Ich entsinne mich noch, dass der Chef, Herr Professor Güttich, drei im Grunde winzige Zimmer zur Verfügung hatte: ein Praxiszimmer, ein Wartezimmer und ein Chefzimmer. Für alle Assistenten war eine einzige Schreibstube vorhanden, wo die Sekretärin saß. Auch die Ober-

ärzte Herr Professor Frenzel und der allerdings am Vormittag im Bürgerhospital tätige Herr PD Dr. Seiferth besaßen kein Zimmer. Die Poliklinik war im Durchgang zur Medizinischen Klinik untergebracht. Der Operationssaal war geräumig und ausreichend. Es waren außerdem ein zweiter kleiner Operationssaal und noch ein Untersuchungsraum vorhanden. Im Dachstuhl fand sich ein Laboratorium, zudem war noch ein Raum, der zugleich als Hörprüfungs- und Vestibularis-Untersuchungsraum dienen musste, vorhanden. Damit ist im Grunde die Hals-Nasen-Ohrenklinik im Jahre 1933 schon beschrieben.

Abgesehen vom Direktor der Klinik, Herrn Professor Güttich und dem Oberarzt Herrn Professor Frenzel, waren 6 Assistentenstellen vorhanden, zwei volle Assistentenstellen, zwei sog. Außerplanmäßige, d. h. im Gehalt gekürzte ehemalige Assistentenstellen, und zwei Volontärassistentenstellen, von denen ich eine erhielt. Das Salär betrug, wenn ich mich recht entsinne, RM 50,- oder RM 100,-. Außerdem war eine Reihe von Volontären unbezahlt an der Klinik tätig, welche im Sommer meist durch Vertretung bei praktizierenden Hals-Nasen-Ohren-Ärzten ihre Finanzen soweit aufbesserten, dass sie sich im Winter fortbilden konnten. Dass diese Ausbildung unzureichend war, kann man eigentlich nicht sagen. Ich erinnere mich an meinen Mitassistenten Herrn Dr. Preusse, Ehrenmitglied unserer Gesellschaft, der ein vorzüglicher Operateur war und später die Hals-Nasen-Ohrenklinik in Wiesbaden erhielt. Die Schwesternschaft bestand aus Ordensschwestern der Augustinerinnen. Ich glaube mich zu

entsinnen, dass die gesamte Schwesternschaft der Hals-Nasen-Ohrenklinik nicht mehr als 7 Schwestern umfasste, von denen nicht nur die Stationen, sondern auch die Operationsabteilung, die Poliklinik und auch die Privatsprechstunde des Chefs versorgt wurden. Darüber hinaus hatte der Chef noch als Sekretärin eine Ordensschwester. Das mag man für heutige Verhältnisse erstaunlich finden, erklärt sich aber daraus, dass die Mehrzahl der Schwestern eigentlich ständig anwesend war, da die Schwestern z. T. auch auf Station schliefen und dadurch die nächtliche Versorgung gewährleistet war. Die Zusammenarbeit mit den Schwestern war äußerst erfreulich. Wir hatten zwei sehr tüchtige Operationsschwestern, aber auch die Ambulanzschwestern und die Stationsschwestern, geführt von der alten Schwester Bettina, waren hervorragende Kräfte. Sie waren meistens Bauerntöchter, stammten aus der Eifel oder Westfalen, waren praktisch begabt und nahmen auch kein Blatt vor den Mund. Erinnerte man sie an ihre Schwesternschaft, so bekam man zu hören, dass Schwestern keine Engel wären. Mein Freund Stommel, der katholisch war, behauptete allerdings, dass ich es als Protestant leichter hätte, mit ihnen auszukommen, weil ich nicht jeweils montags zu hören bekam „Herr Doktor, warum waren sie gestern nicht in der Kirche?“. Jedenfalls denke ich noch mit großer Dankbarkeit an die Schwestern zurück. Erwähnen möchte ich auch unseren Operationspfleger Schlüter, der uns offenbar wegen seiner Taubheit oder zumindest hochgradigen Schwerhörigkeit, zugewiesen war. Schlüter hatte 12 Jahre bei der Artillerie gedient, war also ein sog. 12-Ender, und hatte während des Weltkrieges wohl sein Gehör mehr oder weniger verloren. Trotzdem war die Zusammenarbeit mit ihm keineswegs schwierig. Es war alles so gut eingespielt, auch mit den OP-Schwestern, dass eigentlich eine weitere Verständigung durch Worte gar nicht nötig war. In gewissen Notfällen allerdings, wie sie im Operationsaal vorkamen, hatte man den Eindruck, dass im Notfall sein Gehör besser war als sonst. Möglicherweise hörte er überhaupt besser, machte aber aus seiner Schwerhörigkeit das Beste und schirmte sich durch sie gegen lästige Fragen ab.

Bekanntlich enthält schon der hippokratische Eid Anweisungen darüber, welche Dankbarkeit der Arzt seinen Lehrern zu erweisen hat. Als ich jung war, habe ich diese Anweisungen etwas übertrieben gefunden. Aber heute im Alter denke ich oft daran, was ich meinen beiden Lehrern Güttich und Frenzel schuldig bin. Beide waren sehr verschiedene Naturen. Ich darf zunächst meinen Lehrer Alfred Güttich, Direktor der Klinik und Ordinarius der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, schildern. Bei Güttich war es vor allem die Humanität oder, da dieses Schlagwort etwas verbraucht ist, die Güte und Vornehmheit seines Charakters, welche seine Schüler besonders anzog. Ich habe in nahezu 15 Jahren niemals ein unfreundliches Wort von ihm zu hören bekommen. Er verstand es mit der Autorität, die ihm durch sein Können und Wissen gegeben war, die Klinik in einer Art und Weise zu leiten, wie man es sich nicht vorbildlicher denken kann. Er war zumindest auf dem Gebiet der Ohrchirurgie ein hervorragender Könnler, beherrschte

aber auch die endolaryngeale Technik meisterhaft. Wissenschaftlich galt seine Liebe der Vestibularisforschung, die er durch zahlreiche originelle Leistungen förderte. Sein kleines Buch über Vestibularisstörungen ist noch heute lesenswert. Einen gewissen Gegenpol zu Güttich bildete der Oberarzt Herr Professor Hermann Frenzel, den ich, mein Urteil mag subjektiv bedingt sein, für den bedeutendsten Otologen seiner Generation im deutschen Sprachbereich noch heute halte. Er war ein hervorragender Erzieher und die zwei Jahre, die ich unter ihm gearbeitet habe, haben mich gründlich geschult. Im Gegensatz zu Güttich war er im Umgang schroffer, verletzte dabei aber nie den Abstand, den man auch dem Untergebenen schuldet. Frenzel war ein hervorragender Diagnostiker und Operateur, der die Technik beherrschte, ohne sie zu überschätzen. Auch Frenzel war vorwiegend ein Vestibularisforscher, der zahlreiche bedeutende Beiträge zu diesem Forschungszweig geliefert hat, die ich im Einzelnen hier nicht zu erwähnen brauche. Die Frenzel-Brille ist noch heute eines der einfachsten, aber brauchbarsten Instrumente, die auch dem Praktiker zur Verfügung steht. Frenzel war auch in der damals neu aufkommenden Luftfahrtmedizin führend tätig. Er hielt darüber ein Kolleg und ich assistierte ihm, so dass ich mich für dieses Thema begeisterte.

Das Operationsgut der damaligen Zeit war – vor allem in der Otologie – von dem heutigen völlig verschieden. Antrotomie und Radikaloperation waren die häufigsten Methoden, die angewandt wurden, vor allem spielte aber die Beherrschung der Komplikationen, insbesondere der endokraniellen, wie Meningitis, Hirnabszess und Sinusthrombose, eine zentrale Rolle. Die sehr zahlreich vorkommenden akuten Mittelohrentzündungen, die heute durch die Anwendung von Antibiotika zu Beginn behoben werden können, dauerten damals längere Zeit und verursachten häufig eine Mastoiditis. Ich entsinne mich noch, dass ich bei einer Scharlachepidemie in der Kinderklinik, auf der entsprechenden Infektionsstation etwa 70 oder 80 Antrotomien ausgeführt habe, was heute kaum noch denkbar ist. Bei der Radikaloperation fanden verschiedene Methoden Anwendung, aber im Großen und Ganzen begnügte man sich mit der Entfernung des Cholesteatoms und an eine Hörverbesserung dachte man nicht. Die Ausheilung der Radikalhöhle ließ oft zu wünschen übrig, in einem nicht unbeträchtlichen Teil der Fälle dauerte die Sekretion an. Die Beherrschung der endokraniellen Komplikationen, die ich schon erwähnte, war der Höhepunkt der operativen Leistungen. Ich habe selbst eine ganze Reihe von Groß- und Kleinhirnabszessen mit Erfolg operiert, wobei, wie bekannt, die Ergebnisse beim Kleinhirn schlechter waren als beim Großhirn. Bei der Sinusthrombose erhielten wir eine recht gute Heilungsquote. Aber auch bei der otogenen Meningitis gelang es trotz Fehlens von Antibiotika, immerhin in einigen Fällen eine Heilung zu erzielen, vor allem dann, wenn der Überleitungsweg an der Dura gefunden und freigelegt werden konnte, u. U. auch ein subduraler Abszess. Auch einige Pyramidenspitzenoperationen habe ich damals mit Erfolg ausgeführt.

1935 verließ Frenzel die Klinik und nahm eine Stelle als Chefarzt der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung der Städt. Krankenanstalten in Dortmund an. Offenbar hatte er den Zeitumständen entsprechend keine besondere Hoffnung mehr, ein Ordinariat zu erlangen, nachdem bei den Berufungen sich immer mehr Parteieinflüsse geltend machten. Das bedeutete allerdings nicht, dass alle Berufungen im Dritten Reich nur unter Parteieinfluss zustande gekommen wären. Es gab zweifellos auch Berufungen, bei denen die wissenschaftliche und sonstige Qualität eine Rolle spielten.

Etwa zur gleichen Zeit (1935) wurde die Abteilung am Bürgerhospital aufgelöst und die Klinik erhielt als Ersatz dafür ein Gartenhaus mit etwa 20 Betten, so dass die Gesamtzahl der Betten etwa erhalten blieb. Obwohl manche vielleicht die Ablösung des strengen Regimentes Frenzels angenehm empfunden haben, so wurde doch andererseits sein Fehlen als ein Verlust für die Klinik sowohl in wissenschaftlicher als auch klinischer Hinsicht empfunden. Durch die Auflösung der Abteilung am Bürgerhospital bekam die Klinik zwei weitere Assistenten- und Oberarztstellen, welche ich im Jahr 1937, wenn ich mich rechte erinnere, erhielt. Nachfolger Frenzels, als erster Oberarzt, wurde PD Dr., später Herr Professor Leonard Seiferth. Gegenüber der eindrucksvollen und bestimmenden Persönlichkeit Frenzels mochte er auf den ersten Blick etwas unscheinbar erscheinen, jedoch trug seine lebenswürdige und verbindliche süddeutsche Art, im Vergleich zu dem „Preußen“ Frenzel, dazu bei, eine angenehme Klinikatmosphäre zu schaffen. Menschlich war Seiferth eine integre Persönlichkeit, der auch in späteren Jahren als Leiter der Klinik für den Ausbau der neuen Klinik sich bleibende Verdienste erworben hat. Gegen Ende der 30iger Jahre wurde es dem Einsichtigen offenbar, dass ein Krieg bevorstand. Im Sommer des Jahres 1939 erzählte mir unser Mitarbeiter Ernst Müller, der spätere Ordinarius in Kiel, welcher von einer militärischen Übung zurückgekommen war, dass sein Kommandeur ihm gesagt habe, er brauche eigentlich gar nicht nach Hause zu gehen, er müsse sowieso bald wiederkommen. Wie dem auch sei, ich benutzte die Gelegenheit meines Urlaubs im August 1939 um eine Habilitationsarbeit, vielleicht etwas überstürzt, zu schreiben und konnte mich im Herbst des Jahres 1939 habilitieren. Bei Kriegsausbruch wurde Herr Professor Seiferth eingezogen, wohl aufgrund der Tatsache, dass er schon den ersten Weltkrieg mitgemacht hatte und infolgedessen nach mehreren Übungen einen höheren Rang, wie ich vermute, als Stabsarzt erreicht hatte. Demgegenüber fand ich mich ganz überraschend zur Luftwaffe versetzt. Erst später erfuhr ich, dass der Grund für meine Einberufung zur Luftwaffe in der Tatsache lag, dass im Bereich des Klinikums der Kölner Universität eine Untersuchungsstelle für das fliegende Personal errichtet wurde, bei denen man einen in der Vestibularisdiagnostik erfahrenen Otologen benötigte. Ich nehme an, dass Herr Professor Frenzel, der in der Luftfahrtmedizin eine bedeutende Rolle spielte, mich für diesen Posten vorgeschlagen hatte. Neben dieser Tätigkeit übernahm ich die Funktion eines 1. Oberarz-

tes der Klinik in Vertretung von Herrn Professor Seiferth. Zeitlich gesehen war das natürlich meine Haupttätigkeit, während mich die Tätigkeit bei der Luftwaffenuntersuchungsstelle weniger in Anspruch nahm.

Wer die Kriegsjahre nicht erlebt hat, wird sich vielleicht wundern zu hören, dass sich in den ersten Kriegsjahren in Köln wenig änderte. Erst ab 1941 begannen, zunächst sporadisch, später regelmäßig und an Stärke zunehmende Luftangriffe, bei denen Köln eines der Hauptziele war. Allmählich gewöhnte man sich daran, mit den Patienten und Schwestern zusammen im Keller zu sitzen, zumal ich es später auch vorzog, in der Klinik selbst zu wohnen, um im Notfall anwesend zu sein. Auch meine Frau nahm die Tätigkeit als Ärztin wieder auf und wirkte als Assistentin an der Medizinischen Klinik, später als Privatassistentin von Professor Knipping. Schließlich zogen wir vollständig in die Krankenanstalten, nachdem sich dieses im Interesse der Patienten als notwendig erwiesen hatte.

Die Luftschutzeinrichtungen des Kölner Klinikums waren unzureichend, d.h. sie waren eigentlich überhaupt nicht vorhanden. Es ist mir unbekannt, warum die Stadt sich nicht entschloss, für die Kliniken einen geeigneten Luftschutzbunker zu bauen, vielleicht war das an anderer Stelle notwendiger. Schließlich entschloss ich mich nach Rücksprache mit Professor Güttich in Eigenbau eine Eisenbetondecke von 1 m Dicke im großen Saal der Klinik einzuziehen, wobei zwei holländische Arbeiter, die offenbar aus einem Lager entflohen waren, wertvolle Hilfe leisteten. Ob diese improvisierte Einrichtung einen Volltreffer ausgehalten hätte, weiß ich nicht, jedenfalls fühlten wir uns darunter sehr viel sicherer, wie man sich überhaupt an alles gewöhnen kann. Schließlich gelang es den beiden Holländern noch auf dem Bahnhof Köln-Ehrenfeld eine schöne Eisentür, die dort herumlag, zu entwenden, so dass wir auch gegen Luftdruck von außen gesichert waren – soweit das möglich war. Natürlich bekamen wir, nachdem diese Einrichtung bekannt war, im Falle eines Alarms aus anderen Kliniken Patienten, selbst von draußen kamen Menschen herein, die bei uns Zuflucht suchten. Gegenüber wurde die Augenklinik von einem Volltreffer getroffen, während bei uns lediglich einige Brandbomben fielen, die wir leicht löschen konnten. Ich entsinne mich noch sehr gut an diese Zeit, während bei einem Luftangriff unsere Schwestern ein Gebet murmelten, wenn es einmal krachte, meine Frau strickte und unser Stationsdienstmädchen, wenn es sehr heftig kam, sich an mich klammerte, sehr zum Lächeln meiner mir gegenüberstehenden Frau. Trotz allem gelang es uns noch bis zum Herbst 1944 den klinischen Betrieb aufrecht zu erhalten und auch verschiedene Verletzte bei Luftangriffen zu behandeln.

Im Herbst 1944 erlitten bei einem Angriff die Krankenanstalten solche Schäden, dass die Klinikleitung sich entschloss, die Kliniken nach Königswinter in die dort freiste-



Abb. 1: Im Herbst 1944 wurde die HNO-Klinik wegen der zunehmenden Luftangriffe auf Köln in das damalige Hotel „Kölner Hof“ nach Königswinter ausgelagert. Nachdem die Amerikaner Königswinter erobert hatten, mussten die Mitarbeiter den Kölner Hof verlassen und zogen in die oberhalb Königswinter gelegenen Drachenfelshöhlen um.

henden Hotels zu verlegen und in der Lindenburg nur einen Notbetrieb aufrecht zu erhalten. Ich bin damals häufig, vor allem in den letzten Kriegsmonaten, da es keine andere Verbindung mehr gab, mit dem Rad zwischen Köln und Königswinter hin und her gefahren.

Die Hals-Nasen-Ohrenklinik wurde zusammen mit der Augenklinik in dem kleinen Hotel „Kölner Hof“ untergebracht. Es zeigte sich bald, dass ein vernünftiger klinischer Betrieb, vor allem operativ, in den unzureichenden Räumen nicht möglich war, dass nur Notoperationen durchgeführt werden konnten und in der Regel auch sonst nur Leichtkranke aufgenommen wurden. Zum Teil waren auch die Operationsbestecke in Unordnung geraten und als ich eines Tages nach der Brüggemann'schen Kanüle fragte, die zur Stenosebehandlung bei Trachealstenosen benutzt wurde, war sie nicht vorhanden. Nach längerem vergeblichem Suchen gestand mir allerdings die alte Schwester Bettina, dass sie die wegen ihrer Unhandlichkeit bei den Schwestern sehr unbeliebte Kanüle, bei dem Übersetzen über den Rhein in den Strom geworfen habe. Die ganze Situation war so komisch, dass ich mich damit begnügte, der Schwester zu sagen, sie möge bei der nächsten Beichte die Kanüle nicht vergessen. Mir fiel auch der alte Vers ein „Ein Ende sei der Plage, versenkt in den Rhein, dort bis zum jüngsten Tage mag es verborgen sein“.

Die Konsiliartätigkeit erstreckte sich auf die benachbarten, von der Medizinischen und der Chirurgischen Klinik belegten Hotels und etwas weiter entfernt auf die Kinder-

klinik, die auf der Insel Nonnenwerth in einem ehemaligen Kloster untergebracht war. Dieses war von Königswinter aus nur mit einem Boot erreichbar und ich habe mich mehrfach von einem Fährmann dorthin rudern lassen, um dieser Tätigkeit nachzukommen. Ein Nachteil war es auch, dass die Kliniken am Ufer des Rheins lagen und keine Keller besaßen, in denen man bei Luftalarm Schutz suchen konnte. Hierzu kam noch, dass wie üblich in den Wintermonaten eine Überschwemmung auftrat, bei der die winzigen Keller überschwemmt waren. So kam es denn auch, dass bei Luftalarm die Patienten und wenn diese alle fort waren, auch unter Umständen die Ärzte, sich aufmachten, in die sehr nahe gelegenen Weinberge zu gehen, um das Ende des Alarms abzuwarten. Anfang März 1945 besetzten die Amerikaner das gegenüberliegende Rheinufer und man konnte sie vom Kölner Hof aus gut beobachten. Sie unternahmen allerdings in der Regel nichts und aus der Luft wurde Königswinter nicht angegriffen. Es war aber offensichtlich, dass ein Angriff bevorstand, der jedoch nicht bei Königswinter, sondern weiter südlich stattfand. Wie allgemein bekannt, gelang es den Amerikanern, die etwa 15 km südlich von Königswinter liegende Rheinbrücke bei Remagen unversehrt zu erobern und über diese Brücke den Angriff auf das rechte Rheinufer vorzutragen.

Zu dieser Zeit hatten wir aber die Kliniken längst geräumt. Dicht oberhalb Königswinters befanden sich im Siebengebirge große Höhlen*, die uns und auch der Bevölkerung Königswinters, als Schutz vor den Bombenangriffen sehr willkommen waren und auch von uns besetzt wurden. Diese Höhlen waren keine Naturhöhlen, sondern in ihnen waren in früheren Jahrhunderten der sehr wertvolle Drachenfelstrachyt gebrochen worden, der sich für Backöfen vorzüglich eignete, weil er feuerfest war. So waren sehr geräumige Räume entstanden, auch eine Quelle befand sich darin. In diesen Höhlen haben wir mit unseren Patienten das Ende des Krieges erlebt. Am Ende der Höhlen war ein senkrechter Schacht nach oben geführt worden, damit die Höhlen einen zweiten Ausgang hatten, falls der Eingang verschüttet wurde. In diesem Schacht war für den Ausstieg eine etwa 7–8 m hohe Leiter angebracht worden und der Schacht diente gleichzeitig als Rauchabzug zum Kochen. Wohl durch den aufsteigenden Rauch wurde die amerikanische Infanterie, die das Waldgelände durchstreifte, auf die Höhlen aufmerksam und der erste amerikanische Soldat den wir zu Gesicht bekamen, stieg die Leiter herunter. Er kam allerdings in Folge des Rauches unten halb erstickt und halb erblindet an, während meine Frau in einem großen Kessel die Suppe kochte. Dieser Soldat, den seine Kameraden von oben „Macky“ riefen, war sehr erfreut, nur ein Hospital vorzufinden und trank als erstes eine Tasse Suppe.

* Damit waren offensichtlich die sog. Ofenkaulen oberhalb von Königswinter gemeint.

Wir mussten anfangs auf Anordnung der Besatzung noch einige Tage in den Höhlen verbleiben, bis wir nach Königswinter zurückkehren konnten. Die amerikanischen Besatzungstruppen betrachteten unsere Höhle als eine Art Sehenswürdigkeit und ihr Besuch nahm so überhand, dass schließlich der Kommandeur die weiteren Besichtigungen der Höhlen untersagte.

Der Wiederaufbau der Kölner Klinik nach dem Kriege konnte nur langsam von statten gehen. Es dauerte noch Monate, bis wir im Herbst des Jahres 1945 die Klinik nach Köln zurückverlegen konnten. Die Kölner Klinik war zwar verhältnismäßig unbeschädigt, jedoch waren wir gezwungen, die Hälfte der Räume der Augenklinik, die fast vollständig zerstört war, zur Verfügung zu stellen und den Operationssaal mit ihr zu teilen. So kam es des Öfteren vor, dass in der einen Ecke des großen Operationssaales der Chef der Augenklinik, Professor vom Hofe operierte, während wir in der anderen Ecke die gleiche Tätigkeit ausübten. Das alles war umso schwieriger, weil naturgemäß nach dem Kriege zahlreiche verschleppte Fälle aufgenommen wurden, bei denen dringend größere Operationen, vor allem bei Kehlkopfkarzinomen, vorgenommen werden mussten, aber auch bei den Ohrerkrankungen waren solche Beobachtungen zu machen. Ich entsinne mich noch an einen Fall von Sinusthrombose, die ich operiert habe, bei dem sich die Thrombose über einen großen Teil der anderen Sinus des Kopfes ausgebreitet hatte. Leider gelang es nicht mehr, diesen Patienten zu retten.

Es mag Ende des Jahres 1945 oder Anfang des Jahres 1946 gewesen sein, als mir mein Chef sagte, dass ich die Vertretung des Lehrstuhls in Bonn übernehmen sollte, da dort ein Vakuum eingetreten sei und weder ein Chef noch ein Oberarzt vorhanden seien. Der Dekan der Bonner Medizinischen Fakultät, der Chirurg Professor von Redwitz habe ihn darum ersucht und auch mit der Universität Bonn sei alles bereits geregelt. Meinen Einwänden begegnete er mit der Feststellung, dass es sich um einen Notfall handelte, bei dem wir helfen müssten. Die Angelegenheit scheiterte letzten Endes – nicht zu meinem Leidwesen – an dem Widerspruch des von den Alliierten eingesetzten Universitätsoffiziers, der die politische Überwachung zu verantworten hatte. Er fand, dass mein Eintritt am 1. Februar 1933, d.h. 2 Tage nach

der Machtübernahme Hitlers, ein verdächtiges Datum sei. Mit meiner Frage, ob er glaube, dass es eine der ersten Amtshandlungen des Führers gewesen sei, mich zum Volontärassistenten an der Kölner Hals-Nasen-Ohrenklinik zu ernennen, überschätzte ich offenbar seinen Sinn für Humor. Durch ein kurzes Knurren gab er mir zu verstehen, dass die Angelegenheit für ihn und zwar negativ erledigt sei. Mir tat es nicht leid, denn es wäre mir ohnehin peinlich gewesen, denn der seines Amtes enthobene Chef der Klinik war mein Freund Bernhard Langenbeck.

Der Wiederaufbau gestaltete sich in Köln allgemein und auch in den Krankenanstalten schwieriger als anderswo. Die Stadt war zu 70% zerstört worden. Leider erkrankte mein Chef Professor Güttich Anfang des Jahres 1947 schwer, war ein Jahr lang arbeitsunfähig und verstarb an einem Darmkarzinom im März 1948 – von allen Angehörigen der Klinik tief betrauert. Mit seiner Vertretung wurde der 1. Oberarzt Professor Seiferth beauftragt. Es ist verständlich, dass für einen zunächst nur kommissarisch eingesetzten Vertreter der Wiederaufbau schwieriger war als für einen Neuberufenen, dem in der Regel dabei Zusagen gemacht werden. Als Nachfolger wurde zunächst Professor Frenzel berufen, der aber nach längeren Verhandlungen absagte, da ihm der Neubau der Klinik nicht zugesichert wurde und vielleicht auch unter den damaligen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht zugesichert werden konnte. Erst 1950 wurde Professor Seiferth endgültig auf den Lehrstuhl der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Köln berufen und konnte den Wiederaufbau tatkräftig in Angriff nehmen. Von diesem Wiederaufbau erlebte ich nur die Anfangsjahre, da ich bereits 1953 die Kölner Klinik verließ, um einem Ruf an die Medizinische Akademie Düsseldorf Folge zu leisten. Noch heute denke ich mit einer gewissen Wehmut an die schöne Kölner Zeit zurück, die ich 20 Jahre lang an der Hals-Nasen-Ohrenklinik verbringen durfte. Wenn man die Leitung der Klinik in einem größeren Zusammenhang und über einen längeren Zeitraum beurteilen will, so mag als Hinweis dienen, dass über einen Zeitraum von mehr als 30 Jahren sämtliche Oberärzte der Kölner Klinik einen Lehrstuhl erhielten, beginnend mit Frenzel und endend mit Rudert. Dabei mag gewiss der Zufall oder einfach das Glück eine Rolle spielen, aber so ganz schlecht kann die Kölner Klinik nicht gewesen sein.

Kontaktanschrift:

Prof. Dr. med. T. Brusi
 Institut für Begutachtung
 Dürener Str. 199–203, D-50931 Köln
 E-Mail: prof-brusi@t-online.de

Anm. d. Red.: Druck von Abb. 1 mit freundlicher Genehmigung von Herrn Professor Brusi.