

Innerlich zerrissen sein: Ist Hausarztmedizin Lebenskunstmedizin?

Krankengeschichte über eine Patientin mit Aortendissektion

Torn Inside: Is Facilitation of the Art of Living Part of Family Medicine?

A Case Report About a Patient With Aortic Dissection

Gernot Rüter¹

Zusammenfassung: Die Fallgeschichte einer 48-jährigen Patientin mit einer Aortendissektion Stanford B und einer knapp zweijährigen Katamnese werden erzählt. Der Bericht greift die Strukturen der „reflektierten Kasuistik“ gemäß Thure v. Uexkülls Vorstellungen einer Integrierten Medizin auf. Die Grenzen evidenzbasierter Medizin und Konfliktfelder zu patienteneigenen individuellen Lebenskonzepten sowie eine mögliche Rolle des Hausarztes werden verdeutlicht. Ziel der Arbeit ist es Anregungen zu geben, bei ähnlich eingreifenden Krankheitsbildern im eigenen Berufsfeld analoge Reflexionen anzustellen. Die Individuen Patient und Arzt und die Problemfelder dazwischen könnten so wieder mehr in den Blickpunkt hausärztlicher Arbeit gelangen.

Schlüsselwörter: Aortendissektion, Todesbedrohung, Lebenskunst, hausärztliche Begleitung, Familienmedizin

Abstract: This case report describes a 48-year old woman suffering from aortic dissection Stanford B and her medical history for nearly two years. The report follows the structure of the “reflected case reports” outlined by Thure v. Uexküll in his work on “integrated medicine”. It demonstrates the limitations of evidence based medicine and possible conflicts with a patient’s personal life style as well as the potential role of the attending family physician. The aim is to encourage doctors who encounter similar severe cases to reflect upon their own work in an analogous way. Doing so might revive both the recognition of the patient and the physician as individuals and the difficulties to combine this with evidence based medicine.

Keywords: Aortic dissection, life-threatening, art of living, primary care, family medicine

Wäre die Wiedereinführung eines Philosophikums für Mediziner hilfreich?

Welche Rechtfertigung besitzen kasuistische Beiträge in einer wissenschaftlichen Zeitschrift? Der Trend zur Evidenzbasierten Medizin (EbM) versucht, ärztliches Handeln vor allem auf Studien aufzusetzen, in denen das Individuelle ausgeschaltet wurde. Die Evidenzanteile „klinische Erfahrung des Arztes“ und „Wertvorstellungen und Vorlieben des Patienten“ werden zwar in der EbM erwähnt, scheinen aber für die wissenschaftliche Öffentlichkeit nicht von Interesse. Kasuistiken dienen dem Lehren und Lernen und der Umsetzung von Erfahrungen in zukünftige ärztliche Tätigkeit – dies geschieht auf dem Weg der Analogiebildung.

Bei der Betreuung chronisch Kranker haben die Grundlagen des von Wagner et al. formulierten chronic care Modells [1] weite Verbreitung gefunden. In der täglichen Arbeit erlebt der Hausarzt als der „chronische Arzt“ [2] jedoch, dass das Modell bestenfalls einen orientierenden Rahmen für individuelle Patientenprobleme bilden kann. In einer seiner Möglichkeiten, seiner Lebensgeschichte und seinen Wertvorstellungen folgenden Weise, versucht er, ein Kranksein zu bewältigen, das doch so häufig überwältigenden Charakter hat. Für die hausärztliche Begleitung dieser vom Patienten zu leistenden Bewältigungsarbeit fehlt ein anerkanntes Konzept. Da es sich um das allgemeine Lebensproblem „wie ist eine gelingende Lebensformung trotz und mit schwerer Erkrankung möglich?“ handelt, liegt nahe, für die

Grundlegung eines solchen Konzeptes die Philosophie zu bemühen. Sowohl die von Peter Sloterdijk formulierte Idee der Mikrosphäre (Blase) als einem bergenden und beseelten geteilten Innenraum [3] als auch die in Deutschland mit dem Namen Wilhelm Schmid verknüpfte, wiederentdeckte Philosophie der Lebenskunst, [4] kommen als Hilfestellung für die hausärztliche Arbeit in Frage. Eine nähere Darlegung dieser für die Hausarztmedizin als einer Lebenskunstmedizin vielleicht entscheidenden Grundierung soll folgen. „Phönix aus der Blase“ erscheint in der Oktober-Ausgabe der ZFA. Aus der Betrachtung des hier vorgelegten Fallberichtes lassen sich aber Elemente der von Schmid (unter Berufung auf Michel Foucault) als einem Lebensziel formulierten „Transformation des Selbst“ erarbeiten.

¹ Facharzt für Allgemeinmedizin in Benningen/Neckar

Peer reviewed article eingereicht 26.05.2010, angenommen 02.08.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0322

Die Katastrophe – Geschichte einer Krankheit

Am 12.08.2008 betritt Frau Ursula Fink (Namen geändert), damals 48-jährig, meine Praxis. Sie wirkt blass, sehr krank, sehr beunruhigt, sodass ich sie sofort an den Wartenden vorbei in den EKG-Raum geleite. Sie berichtet von einer unruhigen Nacht mit Auseinandersetzungen mit dem zunehmend dement werdenden Vater. Morgens sei sie dann im Garten gewesen, als sie plötzlich einen heftigen Schmerz im Brustbereich mit Ausstrahlung in die Beine und in die Nieren verspürte. Sie ist äußerst unruhig, will sich nicht legen. Ein – unauffälliges – EKG kann zunächst nur im Stehen abgeleitet werden. Der Blutdruck (125 / 70) und der klinische Herz-Lungen-Befund sind normal. Der Urinstatus ist unauffällig. Ich lege einen Zugang und spritze zunächst langsam 10 mg Morphin i. v., dann teilstrichweise Diazepam, wodurch Frau Fink allerdings kaum sediert wird. Ich suche nach Funktionsstörungen in der Brustwirbelsäule. Eine äußerst behutsame Chirotherapie ändert die Schmerz-situation nicht. Schließlich rufe ich den Rettungsdienst und weise die Patientin stationär ein. Telefonisch teile ich dem Krankenhauskollegen mit, nicht zu wissen, was die Patientin genau habe, aber die Situation erscheine sehr ernst.

Geschichte einer Kranken

Frau Fink ist schon 12 Jahre meine Patientin. Sie kommt nicht besonders oft. Sie ist eine umtriebige Betriebswirtin, spricht immer schnell und abgehakt, auch mit vielen sprachlichen Versatzstücken. Sie raucht, was immer wieder problematisiert wurde, weil sie auch ein wenig zu asthmatischen Symptomen neigt. Und sie hat einen leichten Hypertonus. Sie ist verheiratet, den Mann kenne ich kaum, und hat zwei Kinder, eine Tochter, die nach einem sehr guten Abitur inzwischen Chemie und Sport für das gymnasiale Lehramt studiert, sowie einen etwas unstrukturierteren, aber liebenswerten jüngeren Sohn, der im Leben immer mal wieder Umwege und Schleifen zieht. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Vater, der immer stärker dement wird, belastet sie, sodass Frau Fink häufig depressive Einbrüche hat und fast durchgehend antidepressiv medikamentös behandelt wird.

Geschichte einer Arzt-Patienten-Beziehung

Frau Fink und ich kommen gut miteinander zurecht. Wir mögen und respektieren einander. Über die Jahre war vom Rauchen, vom Blutdruck, von der Arbeitsbelastung und von Sorgen um die Kinder die Rede, von angstvollen und depressiven Momenten, von Monaten ohne antidepressive Medikation, dann aber auch von Rückschlägen und erneuter Therapienotwendigkeit. Es gibt ein offenes Vertrauensverhältnis, aber immer bleibt auch ein Stück Reserviertheit auf ihrer Seite, vieles bleibt in Andeutungen verhaftet, das Innerste hält sie verborgen.

Die Erkrankung vom 12.08.2008 macht mich betroffen und besorgt: Frau Fink ist mir in den Jahren der Begleitung ans Herz gewachsen. Ich habe die spätere Diagnose nicht gestellt, nicht daran gedacht, obgleich die Symptome, d. h. der akute Schmerz in der Brust, die Ausstrahlung in die Beine und die Nieren, die sofort auf mich überspringende große Besorgnis eigentlich alles für eine richtige diagnostische Wegweisung bereithielten. Das Vorgehen – Zugang, Sedierung, Analgesie und stationäre Einweisung – war dennoch richtig.

Klinische Behandlung

Auch in der Klinik wird die korrekte Diagnose zunächst nicht gesehen. Anamnese und körperliche Untersuchung und erste technische Untersuchungen sind auch dort nicht wegweisend. Der Blutdruck ist inzwischen auf 170 / 110 mm Hg angestiegen. Erst eine Computertomografie des Thorax, vorgenommen um eine Lungenembolie auszuschließen, ergibt schließlich die Diagnose einer **Aortendissektion Typ Stanford B**. Die Dissektion beginnt kurz nach dem Abgang der linken A. carotis communis und reicht bis nach dem Abgang der A. mesenterica superior. Die linke Niere zeigt Hinweise auf kleine Embolien. Die Patientin wird noch am gleichen Tag weiterverlegt in eine Klinik der Maximalversorgung.

Während der stationären Therapie hält die Familie, insbesondere die Tochter, telefonischen Kontakt zu mir und berichtet von schwierigen psychischen Phasen ihrer Mutter.

Frau Fink äußert sich in Briefen und E-Mails zu ihren Bewältigungsversuchen während des Aufenthaltes in der Schwerpunkt-klinik: (Auszüge) (Bei Schmid / Foucault wird Schreiben, „das Leben schreiben“ dem „Werkzeugkasten“ der Lebenskunst zugerechnet. [4; Seite 308]):

Vermutlich wird dies ein therapeutisches Schreiben, da es mich hoffentlich abhält, jetzt in 1000 tiefe Löcher zu fallen. Es ist sehr schwierig für mich, so zu leben, wie es die Doktoren für mich gerade für sinnvoll (und dabei lebenserhaltend) halten. Ich liege hier auf der Intensivstation und darf das Bett nicht verlassen. Mit richtig „fetten“ Drogencocktails werde ich im Dämmerzustand gehalten und die Ärzte versuchen verzweifelt (mit z. T. try and error) meinen Blutdruck auf Normal-Level zu halten. Alles andere ist sehr gefährlich wegen der total zerrissenen Aorta. Jede Woche machen sie CT, um festzustellen, ob es Veränderungen gibt. Je nach Entwicklung wird dann operiert (oder auch nicht).

Man kann sich kaum vorstellen, wie es auf der Intensiv zugeht ... Es ist nie leise, ständig hupt, klingelt, tönt und schreit es. Alle Türen sind offen und die Pflegerinnen und Pfleger sind ständig auf Trab, um sich wie gute Engel um die Patienten und Patientinnen zu kümmern. Trotzdem bin ich gestern mit der Teamchefin zusammen geraselt. Ich glaube, sie steht kurz vor dem Burnout und ich war von Todesangst geplagt. Dann hat es geknallt. Jetzt ist sie wohl in Urlaub. Unser Zahlen-Büro-Job ist ein Klacks gegenüber dem, was hier zu leisten ist ...

Habe meine Familie und alle Ärzte hergebeten, falls ich an die Herz-Lungen-Maschine muss und es kein Zurück geben sollte, dass sie mich lieber sterben lassen sollen ... Ich hoffe und bete jedoch ganz arg, dass alles gut geht und ich wieder fit werde und meinen Platz im Leben wieder einnehmen kann ...

Ich habe so unendlich Sehnsucht nach Euch allen ... Bitte richte allen ganz liebe Grüße aus (insbesondere meinem Team, das ich so furchtbar gerne begleiten würde) ...

Ich weiß, dass alle mir nur helfen wollen, dass ich geduldig sein muss und dass ich unheimlich dankbar sein muss (und bin!), dass ich überlebt habe. O-Ton Doc: „Die meisten fallen einfach tot um.“

Immer wieder schaut der Sensenmann auf die eine oder andere Weise im Zimmer vorbei, aber Fink und Pfleger / Ärzteteam sind hart und haben ihn bisher schon dreimal erfolgreich wieder verjagt und das Totenglückchen am Monitor (es setzt außer-

halb der Toleranzwerte ein) wurde wieder erfolgreich abgestellt ...

Mit Auszeichnungen und Dekorationen und Preisen werde ich den Geduldsengelkurs bestimmt nicht abschließen, aber mir reicht eines Tages die Bescheinigung „BESTANDEN“ vollkommen ...

Liebe G.,

heute schreibe ich mal am helllichten Tag einen Brief an dich / euch ... Datum bekommt er trotzdem keines, sonst gehen die Tränenschleusen wieder auf. Meine Haut ist schon ganz aufgeweicht vom Bad im Tränenmeer ...

Anfangs lag ich in der Nähe der Schiebetür im Zimmer 1 (pole position – not for heaven!) und da hätte ich vorne im Büroereich fast mitarbeiten können. Sämtliche Gespräche, in denen Fink vorkam, habe ich mitbekommen. Allerdings liegt die Intensiv ein bisschen wie in den Katakomben ... Deshalb ist das Fenster von unten bis zur Hälfte mit Milchglas ausgestattet. Oben geht es mit normalem Glas weiter, sodass ein Baumwipfel und Wolken / Himmel aus der Liegeposition zu sehen sind ...

An meinem schlimmen Lagerkollertag (Tag 14) habe ich den Regenwald abhängen lassen, weil damals in meinem Hirn kein Fünkchen Hoffnung war, dass ich ihn jemals wieder sehe (in natura).

Gestern wurde ich zum ersten Mal von sämtlichen Perfusoren (Venenersorgungen) abgehängt ... Ich schreie förmlich nach spürbaren Fortschritten und habe mich gefreut wie ein kleines Kind ... Vor meinem Auszug aus der Intensiv hatte ich noch ein sehr langes Arztgespräch, das mich einerseits knallhart aus meiner buchstäblichen Euphorie wieder auf den Boden geholt hat und mich andererseits unheimlich dankbar und auch froh gemacht hat. Er hat mich nochmals über die Schwere meiner Krankheit aufgeklärt: Riss / Ablösung von oben nach unten ganz durch (innerste Schicht) – Folgen für die Versorgung der umliegenden Organe; Niere rechts z. T. nicht ordentlich mit Blut versorgt und arbeitet nicht mehr richtig. Schlimmstenfalls muss sie irgendwann raus – beim Heilen / Verkrusten (1–2 Jahre) muss ganz stark gehofft werden, dass Abzweigungen zu Darm, Magen, Gehirn nicht „verstopft“ werden.

Zum Thema Zeitprognose und meiner Frage, „wie kurz“ es noch dauern wird, bis ich wieder ganz im normalen Leben bin, hat er geantwortet: Es gibt zwei Varianten: kurz oder geduldige längerfristige Heilung! Die meisten Betroffenen müssen sich mit der Variante „kurz“ abfinden, weil sie die Dis-

sektion schlichtweg nicht überleben und einfach tot umfallen während dieser höllischen Schmerzattacke ...

„Tranquillo“ fällt mir unheimlich schwer. Habe immer noch absolute Bett-ruhe, kein Fuß darf den Boden berühren ...

Oft habe ich das Gefühl, dass Stahlplatten auf meiner Seele liegen. Ich sehe, wie meine Susanne „nach innen weint“ um mich zu schonen ... Ihr habe ich es ganz besonders versprochen, behutsam bis zur Rückkehr in die Normalität mit mir umzugehen. Susanne sucht völlig unerschrocken das Gespräch mit den Ärzten ...

Wenn ich wieder in der Firma bin, werde ich dieses Thema „Fink krank“ nach außen gegenüber jedem in meinem Herzen und Hirn weggeschlossen haben und mit keinem Menschen mehr darüber reden wollen, müssen, können, dürfen, sollen, möchten ...

Das gehört auch zu meiner persönlichen Genesungstherapie, so habe ich beschlossen ...

Habe den Arzt gefragt, was er mir verbieten wird, bevor ich nach Hause gehe. Mit der Antwort konnte ich ganz gut leben: 1. Bungee-Jumping, 2. Kilimandscharo besteigen (Mount Everest auch nicht); 3. Wildwasserrafting. Alles andere ist erlaubt!

Hausärztliche Behandlung

Am 14.09.2008 wird Frau Fink nach Hause und in meine Weiterbehandlung entlassen. Die im Arztbrief genannten Diagnosen sind im Wesentlichen:

- Aortendissektion Typ B von 1,5 cm distal des Abgangs der A. subclavia links bis zur Bifurkation (das wahre Lumen speist noch als schmale Sichel die linke Nierenarterie, den Truncus coeliacus und die A. mesenterica superior, deutliche Minderperfusion der rechten Niere).
- Pleuraerguss links
- Niereninsuffizienz Std. 3 nach K / DOQI
- Rez. Depressive Störung mit familiärer Disposition DD bipolare Störung. Aktuell: Verdacht auf agitierte Depression
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie mit aktuell rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen, Nikotinabusus

Medikamentöse Therapie: Es folgt eine Liste mit 20 Tabletten, verteilt auf 10 Substanzen.

In der interdisziplinären Konferenz und in Gesprächen mit Frau Fink war beschlossen worden, aktuell kein Stenting

vorzunehmen, da das Ischämierisiko zu hoch erschien. Geblieben sind jetzt Claudicatio-Beschwerden im rechten Bein und dem linken Arm. Die schmerzfreie Gehstrecke beträgt 250–300 m, die Doppellerverschlussdrücke liegen für beide Arme bei 120 mm Hg, für die Beine bei 70 bzw. 95 mm Hg rechts gegenüber links.

Einleitung der Rehabilitation

Der soziale Dienst der Klinik arbeitet mit mir zusammen an der Einleitung einer psychosomatischen Rehabilitation. Ich favorisiere eine bestimmte Klinik, deren Chefarzt Internist, Kardiologe und Psychotherapeut ist, und den ich persönlich sehr schätze. Ich muss mich sehr engagieren, bis die Berliner Behörde schließlich dem hausärztlichen Druck nachgibt und die Kostenübernahme in der gewünschten Rehabilitationseinrichtung garantiert.

Bis dahin geht es Frau Fink nicht gut. Sie hat zu Hause nur mehr 50–100 m Gehstrecke, bekommt dann starke Schmerzen. Sie muss sich bald morgens wieder hinlegen, da ihr die starke Blutdrucksenkung zu schaffen macht. Die Fußpulse sind rechts nicht, links nur schwach zu tasten. Am linken Arm kann kein Korotkow-Ton auskultiert werden, der Druck ist dort deutlich niedriger als rechts. Weiterhin besteht eine starke Angst- und Depressionssymptomatik. Frau Fink beschreibt eine Antriebs- und Gefühllosigkeit, Erschöpfung ist mit Schlaflosigkeit gepaart. Die psychotrope Medikation wird wiederholt variiert.

Da die Angst- und Depressionssymptome Anfang Oktober 2008 nicht beherrschbar sind, sucht die Familie die Psychosomatik in der behandelnden Schwerpunkt-klinik auf. Frau Fink wird von dort in die örtlich zuständige Psychiatrie weiter geleitet. Dort wird sie einige Tage stationär behandelt, unterbrochen von 2 Tagen wiederum in der internistischen Klinik wegen Blutdruckkrisen und Bauchschmerzen. Neben dem Ehemann spielt die Tochter in dieser Betreuungphase eine sehr bedeutsame stabilisierende und vermittelnde Rolle.

Mitte Oktober berichtet Frau Fink nach der „schweren depressiven Episode in Folge der schweren körperlichen Erkrankung“ (Arztbrief) von einer deutlichen psychischen Verbesserung und davon, dass sie gerne ihre Arbeit wieder auf-

nehmen will. Die Blutdruck senkende Therapie ist etwas reduziert, die Claudicatio-Beschwerden treten nur noch beim Bergangehen auf, hier allerdings schon nach wenigen Metern. Lange Gespräche mit der Patientin, teils auch mit ihrer Tochter und dem Ehemann, sollen helfen, die neue Wirklichkeit einzurichten.

Psychosomatische Rehabilitation

Die Rehabilitation kann Frau Fink vom 26.10.2008 bis 21.11.2008 antreten. Sie unterscheidet sich von anderen derartigen Behandlungen durch eine Fülle langer Telefonate und E-Mails, die zwischen dem behandelnden Oberarzt dort und mir ausgetauscht werden. Auch dieser Kollege verfügt neben seinen psychotherapeutischen über Qualifikationen als Internist, Pulmonologe, Allergologe, Geriater und Rehabilitationsmediziner. Er wirkt extrem besorgt um Frau Fink und hat sofort umfangreiche Verhaltensanweisungen für sein Team erlassen und Ablauftrainings für den evtl. Katastrophenfall einer Gefäßruptur veranlasst. Seine Hilfestellung ist mehrfach:

- Er berät mich, was den künftigen psychosomatischen Umgang mit den Patienten betrifft,
- er beliest sich umfangreich zur aktuellen Behandlung der Aortendissektion und sendet mir die recherchierte Literatur zu,
- er nimmt Kontakt mit der Universität Rostock auf, einer führenden interventionellen Kardiologie, weil die Notwendigkeit einer Stent-Stabilisierung immer unabweisbarer wird.

Frau Fink schreibt aus der Rehabilitation:

Ich brauche ganz dringend Normalität. Möchte wieder arbeiten und habe doch sehr Angst vor dem „Wiedereinstieg“ und der Begegnung mit den Kollegen, weil ich nicht mehr bin / sein kann, wie sie mich kannten ... Ich fühle mich manchmal wie ein lebendiger Toter und ich denke, dass dieser Zustand schlimmer ist, als wirklich tot zu sein. Durch den kleinen Radius, den mir meine körperlichen Gebrechen nur noch lassen, fehlt mir die Möglichkeit, aus körperlicher Betätigung den Ausgleich zu finden. Das Bein und der Arm schmerzen oft und die Seele schmerzt immer ... Ich habe Angst, dass keine Freude mehr in meine Seele

kommt und dass der Zustand so bleibt und ich damit meine Lieben um mich auch ins Unglück ziehe ... Oft frage ich mich, wo ich (unter dem Gesichtspunkt, dass ich vielleicht nicht mehr lange zu leben habe) meine Prioritäten setzen soll und stelle dabei fest, dass der Spielraum z. B. auch aus wirtschaftlichen Zwängen gar nicht so groß ist. Außerdem fällt es mir schwer, plötzlich nur noch „Muße“ zu leben (spazieren gehen, Garten genießen, lesen, entspannen) ... Die diversen Fachbücher zeigen mir, wo überall Baustellen in meinem Dasein sind und ich weiß gar nicht, wo ich anfangen soll ...

Ich trauere meinem alten Leben vor dem 12.08. nach und verschließe die Augen vor dem neuen Leben ... Manchmal denke ich, alles ist nur ein böser Traum und gar keine Wirklichkeit ...

„Von außen“ war inzwischen ein detailliertes Konzept zum weiteren Vorgehen entstanden, als Frau Fink Ende November aus der Rehabilitation nach Hause entlassen wird. Darin einbezogen sind neben der Patientin und ihrer Familie auch die Internisten und Psychosomatiker der behandelnden Stuttgarter Schwerpunkt-Klinik. Alle erforderlichen Vorbefunde wurden von der Reha-Klinik koordiniert nach Rostock versandt.

Nach ambulanter Voruntersuchung Ende November, fliegt Frau Fink am 13.12.2008 erneut nach Rostock. Der zunehmende Kollaps des verbliebenen „wahren Lumens“ gab den Ausschlag für die Entscheidung zur Stentgraft-Rekonstruktion.

Wie soll man individuell und evidenzbasiert entscheiden?

Schmid [4, Seite 209] zitiert aus Martin Heideggers „Sein und Zeit“: Ein Möglichsein aber, ein bestimmtes Seinkönnen ist dem Dasein als eigenstes und unüberholbares überantwortet: die Möglichkeit des Nicht-mehr-sein-könnens, des Todes. Sowie Dasein existiert, ist es in diese Möglichkeit geworfen; sie enthüllt sich ihm ursprünglich und eindringlich in der Angst. Das anonyme Man aber besorgt eine ständige Beruhigung über den Tod, indem es diese eigenste Seinsmöglichkeit verhüllt und durch die Alltäglichkeit verdeckt.

Frau Fink hatte ein Geschehen an und mit sich selbst überlebt, das in einem hohen Prozentsatz zum plötzlichen Tod führt (30-Tages-Letalität

10–30 %, je nach Verlauf und Behandlungsverfahren [5]). Seit dem Ereignis waren nun gut vier Monate vergangen und es gab Beschwerden und Komplikationen. Das strenge Regime in der Rehaklinik, wo sie sehr überwacht wurde, immer ein Klinikmobiltelefon mit sich führen musste und wo ihr bekannt war, dass Notfallpläne für sie existierten, hatte sie ambivalent zurückgelassen. Einerseits fühlte sie sich gut umsorgt, zum anderen wurde ihr klar (gemacht), dass sie Anlass bot, sich um sie zu sorgen, was wiederum Angst erzeugte.

Es ging ihr ja inzwischen, über alles gesehen, recht gut. Nun musste sie erneut entscheiden und ich musste sie dabei beraten, ob sie mit der Aussicht, ihr Sterberisiko auf Dauer zu mindern und ihre Symptome, wie die Claudicatio-Beschwerden und die Minderperfusion der rechten Niere zu bessern, *sich erneut einem lebensbedrohlichen Eingriff unterziehen wollte*. Wir haben ihre Angst, das Risiko, die aktuelle Situation und den möglichen Gewinn, sehr eingehend besprochen.

Die hausärztliche Beratung in solchen existenziellen Fragen sollte sich dabei auf gute Evidenz stützen. Das Rostocker Team hatte das „Management von Patienten mit Aortendissektion“ wenige Wochen zuvor im Deutschen Ärzteblatt beschrieben [5]. Wenn auch ein hohes Evidenzlevel für oder gegen ein interventionelles Vorgehen für den konkreten Fall Frau Finks nicht gegeben ist, so wird doch für eine komplizierte chronische Aortendissektion vom Typ Stanford B die endovasculäre Stentgraft-Implantation empfohlen. Das Ziel ist, mittels Stent den proximalen Einriss zu überdecken, das falsche Lumen zu komprimieren und so dessen Thrombosierung zu initiieren und ein aortales Remodelling zu ermöglichen. Dieses Vorgehen soll insbesondere ischämische sekundäre Organschäden und eine aneurysmatische Erweiterung des falschen Lumens verhindern. Das periinterventionelle Risiko in einem erfahrenen Zentrum wird mit 2,6 % 30-Tages-Mortalität angegeben [6].

Erneut in Lebensgefahr

Im Klinikum Rostock wird Frau Fink schließlich vom 15.12.2008 bis 17.01.2009 behandelt.

Vorbereitend wird eine Transposition der linken A. subclavia auf die linke A. carotis communis vorgenommen, um die Perfusion des linken Armes und der vertebrobasilären Strombahn zu sichern. Am 19.12.2008 erfolgt die Implantation eines thorakalen Stentgrafts und die Verlängerung mit 2 bare stents nach abdominell.

Komplikationen treten auf: Respiratorische Insuffizienz und kardiale Dekompensation mit Lungenödem und das Auftreten von Pleuraergüssen. Am 31.12.2008 Legen einer Thoraxdrainage – akutes dialysepflichtiges Nierenversagen bei Verschluss des Abgangs der A. renalis li. Am 06.01.2009 Ballondilatation und Stentimplantation der linken Nierenarterie – Heparin-induzierte Thrombozytopenie.

Das Ergebnis der aufwendigen Stentimplantation ist schließlich: sehr gute Rekonstruktion des gesamten wahren Lumens mit prompter Auffüllung der ganzen Beckenachse in der Angiografie. Die Behandlung der Komplikationen gelingt erfolgreich, Frau Fink kann mit durchschnittlichen Blutdrucken von 120 / 80 mg Hg entlassen werden. Die punktuellen Dopplerverschlussdrücke an den Beinen liegen jetzt bei ca. 200 mm Hg, am rechten Arm bei 175, am linken bei 125 mm Hg. Das Kreatinin ist nur noch sehr gering erhöht (1,5 mg / dl).

Neben ASS 100 und Clopidogrel für sechs Monate umfasst die Therapie nun nur noch sechs Substanzen.

Tochter in Not

In dieser Phase, in der es Frau Fink langsam besser geht, dekompensiert ihre Tochter.

Das erste Gespräch mit ihr findet freitagabends am Ende der Sprechstunde statt, als die Mutter noch in Rostock in der Klinik liegt. Susanne berichtet zunächst über die oben wiedergegebene Entwicklung bei der Mutter. Dann erzählt sie unter fast lautlosem Weinen davon, überhaupt nicht mehr schlafen zu können. Das Blut hämmere in ihrem Kopf, wobei sie sich über den rechten Schläfenbereich fährt und den Kopf in die hohle Hand schmiegt. Sie habe Herzklopfen und werde ganz unruhig, immer wenn sie schlafen wolle. Könne sie aber nicht schlafen, sei sie auch nicht imstande zu lernen und solle doch im

April Examen machen. Während des ganzen Gesprächs hält sie die Augen fast geschlossen, so als ob sie mich gar nicht mehr wahrnehme und in sich hineinschaue.

Sie berichtet, dass sie das Gefühl habe, dass es ihrer Mutter vielleicht gar nicht gut täte, wenn sie dort sei, denn sie habe beobachtet, dass die Mutter verzweifelt wirke, wenn sie mit ihr spreche. Komme dann eine Schwester herein, gehe es offenbar besser. Sie wisse gar nicht, ob noch Hoffnung bestünde. Die Ärzte in Rostock sagten, die Operation sei gut gelungen und nicht selten würden sich die Nieren in solcher Situation wieder erholen.

Im Laufe des Gesprächs rücken ihre körperlichen Symptome wieder in den Vordergrund und ich messe Puls und Blutdruck. Der Puls ist um 80 / min, der Blutdruck 150 / 105. Sie berichtet dann, dass sie im Kontext mit der Erkrankung der Mutter ein Blutdruckgerät gekauft und „spaßeshalber“ der Familie den Blutdruck gemessen habe. Die Mutter sei zu Tode erschrocken, als man bei ihr, der Tochter, auch einen erhöhten Blutdruck gemessen habe. Überhaupt komme sie auf die Mutter, der Bruder eher in Richtung auf den zögerlichen und zaudernden, im Raum steht der Begriff „schwachen“ Vater.

Ich empfehle ihr, einen Betablocker zu nehmen, Bisoprolol 2 x 2,5 mg und abends 25 mg Doxepin, um den Schlaf zu sichern.

Ich sage, dass ich sie einerseits als sehr stark erlebe, zum anderen aber auch ihr Bedürfnis spüre, in der Familie Kind sein zu wollen und sich anlehnen zu können (an den erhofft starken Vater?). Der Gedanke drängt sich auf, dass die Eltern-Kind-Ebene in der Familie durcheinandergeraten ist, ja, dass der Verlust der Mutter in der Fantasie schon durchgespielt wurde und Susanne ihre neue Position in der Familie nach einem möglichen Tod der Mutter reflektiert hat. Ich frage an einer Stelle, „Was würde es für Sie bedeuten, wenn ihre Mutter nicht wieder gesund würde?“ Ich glaube, dass sie darauf nicht geantwortet hat. Als sie am Ende ihr Bedürfnis nach Halt und Anlehnung ohne Worte bestätigt, kann sie die Augen aufschlagen und wieder Blickkontakt mit mir aufnehmen und ich spüre Erleichterung.

Wir verabschieden uns mit dem Versprechen, dass sie mich über die Mutter und auch über sich selbst und ihr „in der Welt-Sein“ auf dem Laufenden hält.

Erste Schritte zurück ins Leben

Frau Fink selbst sehe ich wieder zu Beginn der letzten Januarwoche 2009. Es geht ihr psychisch und physisch erstaunlich gut. Die Zeit der Atemnot, die Sauerstoffmasken und die Angst, die Nieren würden sich nicht erholen, stehen ihr noch schmerzlich vor Augen. Voller Freude über die neu gewonnene gute Beindurchblutung sei sie schon Bergstrecken gewandert. Die ärztliche Betreuung in Rostock und die Anwesenheit der Familie wurden als extrem hilfreich erlebt.

Nur fünf Tage später geht es ihr schlechter: Sie könne nicht mehr essen, erbreche, glaubt, es komme vom Clopidogrel und hat das aus eigenem Antrieb zwei Tage schon weggelassen. Kreatinin 1,31 mg / dl. Die Notwendigkeit von Clopidogrel wird betont. Eine Magenspiegelung ergibt nichts außer einer schon bekannten Hiatushernie. Der Blutdruck (Dopplersonde) liegt am linken Arm bei 110, rechts bei 145 mm Hg.

Am 09.03.2009 berichtet Frau Fink, sie sei wieder zur Arbeit gegangen, da sie sich gut gefühlt habe. Sie habe rundum Mist gebaut, habe wieder begonnen zu rauchen, der RR sei wieder bis maximal 160 gestiegen. Sie sei in der Firma nicht klargekommen, da ihr Arbeitsplatz nicht mehr definiert sei, der Betriebsrat habe sie angesprochen. Sie müsse wohl eine stufenweise Wiedereingliederung fahren, sonst übernehme sie sich völlig. Dieser Weg wird nun mit ihr zusammen besprochen.

In diese Phase, März 2009, fällt das zweite Gespräch mit der Tochter Susanne:

Sie beginnt wieder mit der Klage, nicht zu schlafen und schildert körperliche Symptome des Stresses durch die Prüfungs- und die Familiensituation. Ich greife das Januargespräch auf und fantasiiere mit ihr einen vorzeitigen Tod der Mutter und drücke damit aus, was ihre gedachte Wirklichkeit bereits umfasst. Ich verbalisiere ihre Befürchtung, dass ihr Leben mit diesem Moment zu Ende sein werde, ehe es mit ihren 23 Jahren richtig begonnen hat. Denn dann stehe sie in der Pflicht, sich um den Vater, den Bruder und den Großvater zu kümmern.

Sie schweigt einige Sekunden, dann laufen ihr Tränen über die Wangen. Ich sage „jetzt habe ich Sie getroffen“; dann erwidert sie, ihr Vater sei völlig außer-

stande, ein selbstständiges Leben ohne die Mutter zu führen, Susanne fürchtet, er könne dann zum Alkoholiker werden, der Bruder gehe vor die Hunde. Vom Opa wird in dem Moment nicht gesprochen.

Ich nehme die Fantasie zurück und versichere, dass wir guten Grund haben zu hoffen, dass die Mutter weitgehend geheilt und wiederhergestellt sein werde. Sie berichtet davon, wie schrecklich es war, als die Mutter in Rostock war. Die Mutter sei halt die Einzige, die das Leben und die Familie im Griff behalte. Die Mutter habe ihr verschwiegen, dass sie schon wieder arbeiten gegangen sei, wovon sie, Susanne, gar nichts halte, und sie habe ja so recht gehabt. Die Mutter habe danach nur „geflennt“, eine andere sitze an ihrem Schreibtisch, sie selbst blicke es nicht mehr.

Die Patientin – hier also die Tochter – schildert, wie wenig Verständnis sie in ihrem Freundeskreis für ihre Panik bekomme. Die Freunde würden immer sagen, komm Susi, mach keinen Stress, ach du schon wieder, bleib ganz cool, für dich ist doch alles easy. Die würden nicht verstehen, wie schlecht es ihr gehe.

Kernpunkt des Gesprächs wird dann die Frage eigener Abnabelung aus den internalisierten Pflichten den Eltern und der Familie gegenüber. Wir sprechen über das Gefangensein zwischen Pflichtgefühl und dem Recht auf ein eigenes Lebenskonzept. Konkret für sie heißt das, die Verpflichtung in Frage zu stellen, sich nach einem möglichen Verlust der Mutter um die Familie zu kümmern. Sie hatte eigentlich vor, nach dem Examen für ein Jahr ins Ausland zu gehen. Wir hinterfragen, ob sie sich so sehr von Pflichten fesseln lassen soll. Zuletzt verordne ich ihr bis zur Prüfung weiter das Bisoprolol, da der Blutdruck und der Puls oft zu hoch seien.

Aktuell (Mai 2010) bereist Susanne seit mehreren Monaten Australien und konnte sich lösen.

Kampf um Autonomie – sich selbst Regeln geben

Ende März notiere ich eine erneute ausführliche psychosomatische Intervention wegen Blutdrucksteigerungen, wegen des Rauchens und wegen der Krankheitsängste bei Frau Fink. Im April wird ein Blutdruck von 120 / 80 gemessen. Die stufenweise Wiedereingliederung in

die Arbeit ist abgeschlossen. Die Leberwerte sind normal, Kreatinin 1,1 mg / dl.

Jetzt werden die Praxiskontakte selbener. Zum einen kann man das werten als einen Weg zurück in die Normalität, Emanzipation vom Arzt, Rückkehr zur Autonomie. Zum anderen aber entstehen hier Sorgen, ob die Medikation ausreichend genau genommen wird und besonders der Blutdruck im Zielbereich liegt und der Zigarettenkonsum nicht übermäßig wird. Bei den seltenen Kontrollen kommen dann auch erhöhte Werte bis 180 mm Hg systolisch vor. Frau Fink berichtet auch schon mal erklärend, Medikamente seien ihr ausgegangen.

Bei der Kontrolle, ein halbes Jahr nach den Operationen, sind die Rostocker Kollegen mit der Gefäßsituation zufrieden. Clopidogrel solle bis Ende des Jahres weitergegeben werden und die Blutdrucksenkende Therapie um HCT intensiviert werden. Daran hält Frau Fink sich aber nur lückenhaft.

Sie stellt sich erst wieder im Dezember 2009 vor. Sie habe eine Weile schon keinen Betablocker und auch kein Nifedipin mehr genommen. Der Druck ist jetzt 170 / 115 mg Hg. Die unbedingte Notwendigkeit der Medikation wird erneut betont. Dennoch ist Ende Januar 2010 das Gewicht auf 79 kg angestiegen, der Blutdruck bei 190 / 110 mm Hg. Ich setze erneut Clonidin ein.

In Rostock sind die Kollegen auch nach einem Jahr weiterhin mit der Gefäßsituation zufrieden. Da der Druck wieder bei 220 / 110 mm Hg liegt und Frau Fink Clonidin wegen Müdigkeit und Mundtrockenheit von sich absetzte, versuche ich mit ihr ein offenes Gespräch zu führen über die Zielalternativen und -konflikte der Risikominderung für die Zukunft und das Leben im Hier und Jetzt. Am 22.02.2010 hat sie um drei Kilogramm abgenommen, RR 125 / 80.

Selbstsorge des Arztes

Die ambivalente Therapiesituation mit Frau Fink beschäftigt mich so, dass ich den „Fall“ in der Balintgruppe vorstelle. Zeitgleich schickt Frau Fink mir die Kopie einer E-Mail an ihre Schwägerin: *Hallo Cornelia, du hast ja recht. Ich sollte eigentlich nicht rauchen und ich kann auch verstehen, dass*

ihr euch Sorgen macht. Trotzdem ist es so, dass ich ab und zu (viel, viel weniger als früher) eine rauche und auch mal ein paar Ramazottis oder Gläschen Sekt verhafte. Das gehört auch zu meinen paar Glücksmomenten im Jetzt. Eigentlich sollte ich auch noch 10 kg abnehmen, aber auch die gelegentliche Schokolade und das gute Essen von meinem Hartmut oder im Restaurant gehören zu den wenigen Glücksmomenten und die gönn' ich mir gelegentlich, solange es noch geht. Stress sollte ich auch vermeiden, am Besten in Erwerbsunfähigkeit gehen und dem Staat auf der Tasche liegen und zu Hause dann womöglich verrückt werden, weil ich keine Aufgaben mehr habe ... Außer meiner Krankheit hab ich noch genug Mist um mich rum. Firma geht den Berg runter, Paps wird leider dement und hält mich auf Trab ... manchmal auch ein paar Sorgen, ob David seinen Weg straight ahead geht, so wie er es sich eigentlich wünscht, usw.

Die paar Zigaretten bringen mich nicht um. Vorher schlugen da eher die vielen Drogen, die meine Nieren schädigen oder die unbestritten gefährlichen CT-Strahlen oder die ca. 50 Röntgenaufnahmen von meinen Thorax, oder auch das viele Gift in unseren Lebensmitteln oder weiß der Geier was, zu.

Klar könnte ich mich in jeder Hinsicht kasteien und grundsolide leben, keine Arbeit, nur noch Sport und gesunde Ernährung und immer daran erinnert werden, das darfst du nicht – du bist ja so krank, und wenn du es doch machst, dann stirbst du bald. Dann gewinn ich vielleicht ein Jährchen dazu (in dem ich mich dann womöglich noch immer kasteie), aber nur vielleicht! Es liegt sowieso nicht in unserer Hand und ich bin unendlich dankbar, dass ich einigermassen in mein altes Leben zurückgefunden habe und da gehören auch ein paar Unzulänglichkeiten dazu ...)

Trotzdem, die Raucherei ist absoluter Mist, das war sie schon immer, du hast wirklich recht und bestimmt kommt auch die Zeit, wo ich mal sage „Jetzt ist genug!“ oder auch nicht, man weiß es nicht. Die Aortendissektion kam auf keinen Fall vom Rauchen. Entweder war die Intima (innerste Schicht der Aorta) schon von Geburt aus nicht richtig ausgebildet oder ich hatte schon mein ganzes Leben lang immer einen Blutdruck, der wegen der Schrumpfnieren immer Richtung 200 erhöht ist / war und die Aorta hat deshalb dem Druck nicht standgehalten. Das war aber nicht so. Ich hatte vorher nicht jahrelang erhöhten Blutdruck. Mein Hartmut raucht nicht, ist immer Sportler gewesen und sein Herz schlägt viel

Dr. med. Gernot Rüter ...



... geboren 1949, Abitur 1968. Medizinstudium in Freiburg / Breisgau 1968–1974. Niederlassung als Facharzt für Allgemeinmedizin 1980, später mit Chirotherapie und Palliativmedizin. 30 Jahre Balintgruppe. Besonderes Interesse an Individual- und Beziehungsmedizin. Ehe mit einer psychologischen Psychotherapeutin. Zwei erwachsene Kinder. Tanzen, Reiten, Skifahren und Philosophie. Publikationen über Diabetikerversorgung in der Praxis, Kooperation ärztlicher Versorgungsebenen und individualmedizinische Blickwinkel. Akademischer Lehrarzt der Universität Tübingen.

zu langsam. Das macht mir viel mehr Sorgen. Vielleicht braucht er sogar mal einen Schrittmacher. Ihm würde ich auch nicht sagen wollen „Trink bis an dein Lebensende keinen Alkohol, der ist langfristig schädlich für die Gesundheit, geh auf jedes Fest nur mit dem Mineralwasserglas in der Hand“. Das wäre die Höchststrafe für ihn und würde auch die paar Glücksmomente erheblich reduzieren ...

Also lassen wir es erst mal dabei, genießen ab und zu zusammen unsere „Viertel“ und hoffen, dass es der Herrgott gut mit uns meint und uns nicht zwischen Leben und Sterben an den Maschinen halblebendig hängen lässt. Das ist mein einziger Wunsch für mich, dass das nicht passiert. Die Hoffnung stirbt zuletzt ...

Ganz liebe Grüße, Ulla

Meine Antwort auf die Mail (gekürzt um einige Erläuterungen):

Liebe Frau Fink,

Jeder Mensch hat den Wunsch, ein individuell-gelingendes Leben zu führen. Was das bedeutet, ist von Mensch zu Mensch verschieden. Der Philosoph Wilhelm Schmid führt aus, dass es aus vielen Gründen eine verbindliche Ethik für alle nicht geben kann. Viele Ethiken stehen untereinander im Wettbewerb, Schmid spricht von einer agonalen (Agon griechisch = Wettstreit) Ethik oder davon, dass jeder versucht, das eigene Leben zu einem „Kunstwerk“ im Sinne einer Lebensästhetik zu gestalten.

Dem gegenüber steht der (in meinen Augen oft illusorische) Ansatz, den die Medizin verfolgt, nämlich zu wissen, was „gesund“ und was „ungesund“ sei: Welches Medikament, welche genetische Veranlagung, welche chirurgische Methode, welche Verhaltensweise hilft, nützt oder schadet, ist mit welchem Risiko / mit welchem Nutzen verknüpft? Am liebsten hat man für solche Studien sogenannte „harte“ Endpunkte. Die Orientierung an „harten“ Endpunkten führt dazu, dass in der wissenschaftlichen Medizin das Leben zunehmend nur noch

„vom Ende her“ gedacht wird und sein Verlauf, die „Lebensqualität“, wenig interessiert. Den Menschen im Hier und Jetzt – Ihre Worte – interessiert aber genau das. Ich habe das so formuliert: Wir dürfen nicht nur die Menschen AM, sondern müssen sie auch IM Leben halten. Deshalb kann ich Sie in Ihrem Ansatz nur unterstützen und Sie entlasten, damit Sie das, was Ihnen JETZT und HIER Ihr Leben lebenswert macht, auch ohne Gewissensbisse leben sollten. In einem Aufsatz habe ich diese Haltung mal als „vitalitätspermisiv“ beschrieben (permittere lat. = erlauben).

Es wird darauf ankommen, ein Gleichgewicht zu finden, zwischen dem, was einem wichtig ist und dem Blick auf die (epidemiologische) Wissenschaft, was nützt und was potenziell schadet.

– Blutdrucksenkung so, dass man noch leben und arbeiten kann.

– Zigaretten, wenn's einem wichtig ist, als wirklich begrenzten Genuss bei der Schaffung zwischenmenschlicher Nähe und Geborgenheit.

– Alkohol in Maßen mit dem gleichen Zweck. Mag sein, dass dieses Verhalten durch Stressreduktion sogar nützlich sein könnte.

Liebe Grüße Ihnen, GR

Schluss

Die fast schon ausschließende evidenzbasierte Sicht auf ärztliches Handeln und deren Konzentration auf „harte“ Endpunkte lässt andere Aspekte dieses Handelns in den Hintergrund treten. Die Begriffe Gate Keeping, Koordination oder gar Management bilden die Komplexität hausärztlicher Sorge nicht komplett ab. Sie ist weitaus differenzierter, als diese Begriffe es nahe legen. Diese Arbeit aber macht das Professionelle der ärztlichen Arbeit aus, EbM wird zum Handwerkszeug, was hie und da genutzt wird. Bei der Betreuungsarbeit zeigt sich,

dass gute, tragfähige und belastbare Beziehungen die zentrale Rolle spielen, gemeinsame Konzepte zu finden und auch – manchmal – einen Weg gegen das zu gehen, was die EbM nahe legt. Die (wiederentdeckte) Lebenskunstphilosophie, wie sie M. Foucault und W. Schmid formulieren, die auf ein ethisches Selbst abhebt und den Menschen zur Aufgabe stellt, mittels Selbstsorge ihr eigenes Leben zu formen, stellt sich mit ihrer Negierung von Regeln setzenden Institutionen auch zu einer Ethik des guten Lebens ausschließlich nach evidenzbasierter Medizin in Widerspruch. Die vorliegende Falldarstellung versucht, dieses Spannungsfeld zu verdeutlichen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Gernot Rüter
 Facharzt für Allgemeinmedizin,
 Chirotherapie – Palliativmedizin
 Akadem. Lehrpraxis der Univ. Tübingen
 Blumenstr. 11 / Postfach 30
 71726 / 71724 Benningen
 Tel.: 07144 / 14233
 Fax: 07144 / 4649
 E-Mail: rueter@telemed.de

Literatur

1. Wagner EH, Austin C, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs 2001; 20: 64–78
2. Dörner K. Der gute Arzt. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 2001; 103ff
3. Sloterdijk P, Sphären I Blasen. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag, 1998; 211–296
4. Schmid W. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag, 2000; 1–452
5. Weigang E, Nienaber CA, Rehders TC, Ince H, Vahl C-F, Beyersdorf F. Management von Patienten mit Aortendissektion. Dtsch Arztebl 2008; 105 (38): 639–45
6. Nienaber CA. Aortenstentimplantation bei thorakalem Aortenaneurysma – Wo stehen wir nach zehn Jahren? Med Review 2007; 8 (14): 4–9