

Reinhard Brunkhorst

ÜBERLEBEN IST NICHT GENUG



 atpVerlag

LESEPROBE

ÜBERLEBEN IST NICHT GENUG

Leben in all seinen Facetten ist ein fragiles Gebilde. Wie verletzlich die menschliche Existenz ist erfahren wir spätestens angesichts einer ernsthaften Krankheit. Sobald die Schwelle einer Praxis oder eines Krankenhauses überschritten ist, wird der Mensch zu einem Patienten. Es taucht eine Flut von Fragen auf: Bin ich hier richtig? Kann ich dem Arzt, dem System trauen? Stimmt die Diagnose? Wie verändert die Erkrankung meine Zukunft, die privaten und beruflichen Pläne? Muss ich daran sterben, gibt es eine Therapie, einen Ausweg?

Der Mediziner Reinhard Brunkhorst sucht gemeinsam mit seinen Patienten nach Antworten auf diese Fragen. Er versteht sich als behutsamer Begleiter und unterstützt die ihm anvertrauten Menschen, wenn sich der Gesundheitsprozess verzögert oder eine unerwartete Wendung nimmt und sich die erhofften Ergebnisse nicht einstellen.

»Überleben ist nicht genug« widmet sich in zwölf spannenden, oft anrührenden Erzählungen den komplexen Beziehungen, die zwischen Patienten und Ärzten, Kranken und Heilenden entstehen. Dabei liegt der Fokus auf allem, was die Lebensqualität eines Patienten ausmacht – eben auf dem Menschen hinter dem Patienten. Nicht selten bedeutet dies weit mehr, als das bloße Überleben zu sichern. Der Erfolg der Bemühungen hängt keineswegs nur von der Kunst des Arztes ab, er ist wesentlich vom Willen und vom sozialen Umfeld des Kranken beeinflusst. Dass die Arzt-Patienten-Beziehung zunehmend von Auswüchsen des aktuellen Gesundheitssystems gestört wird, verschweigt der Autor keineswegs.

Herz sticht Niere

Eigentlich hätte Herr Herbert K. nun damit beginnen können, sein Leben zu genießen. Er hatte seine Geschäfte oder »Läden«, wie er sie nannte, mit hohem Gewinn und gerade rechtzeitig verkauft. Schon kurze Zeit später lief der Verkauf von Gartengeräten nicht mehr gut, und die große Baumarktkette, die seine vier Märkte übernommen hatte, schrieb Verluste. Alles schien jetzt möglich für den 66-Jährigen – er würde sich sehr anstrengen müssen, um das viele Geld, das er verdient hatte, in den 20 Jahren, die er noch vorhatte zu leben, auszugeben.

Das Triumphgefühl des Erfolges war jedoch schnell aufgezehrt, schon nach wenigen Wochen wollte niemand mehr zuhören, wenn er stolz zu schwadronieren begann, wen er alles über den Tisch gezogen hatte. Einige Bekannte hatten schon lange den Verdacht gehabt, dass er auch sie gelegentlich reingelegt hatte, und gingen ihm aus dem Weg. Selbst zu Hause in seinem Atriumbungalow fand er nur noch selten interessierte Zuhörer. Er wusste nicht so recht, welchen Beschäftigungen seine zweite Frau tagsüber nachging, Tennis und Golf gehörten jedenfalls nicht dazu, in den Klubhäusern der

entsprechenden Nobelveine hatte er sie seit langem nicht mehr getroffen und abends ging sie um fernzusehen früh zu Bett.

Gaby, seine erste Frau, hatte ihm beim Scheidungstermin vor zehn Jahren: »Du herzloses Schwein!« ins Gesicht geschrieben, worauf er nur frech gegrinst hatte – unmöglich, sie anzurufen. Seine beiden Kinder aus erster Ehe, Söhne, die inzwischen Mitte zwanzig sein mussten, standen felsenfest auf Gabys Seite, auch zu ihnen hatte er seit Ewigkeiten keinen Kontakt mehr gehabt. Um nicht allein zu Haus zu sitzen, blieb ihm keine Wahl, als seine Besuche im Golf- und im Tennisklub nun auch auf die Wochentage auszudehnen. Das Problem dabei war, dass es mit dem Tennisspielen nicht mehr weit her war und er Golfspielen zum Kotzen langweilig fand. Eigentlich hockte er den ganzen Tag in den Klubhäusern herum, trank Bier und rauchte Zigarren. Wenn seine wenigen Freunde von ihren Ehefrauen nach Hause zitiert worden waren, wechselte er in den jeweils anderen Klub oder manchmal auch hinüber in die Bar des Hilton Hotels.

Fünf Jahre zogen an K. wie an einem Bewusstlosen vorbei, nur wenn er einmal nüchtern genug war, erkannte er die Inhaltseere seines Lebens. Besuche in seinen Ferienhäusern an der Algarve und in Kitzbühel brachten eher eine Steigerung des Nikotin- und Alkoholkonsums mit sich. Die laute Heiterkeit der Reisegruppen und das aufdringliche Glück der Familien ließen seine Einsamkeit in diesen Wochen noch unerträglicher werden. Herbert K. war inzwischen 71 Jahre, sein ehemals gut trainierter, 1,85 m großer Körper hatte mächtig

Fett um die Hüften und im Bauchbereich angesetzt. Fünf Jahre zuvor, als er seine Läden verkaufte, wog er knapp 100 kg, seither war er vorsichtshalber nicht mehr auf eine Waage gestiegen.

Die späte Wende in K.s Leben kam so überraschend und radikal, wie sie oft nur durch eine gesundheitliche Krise herbeigeführt werden kann. Nach einigen Monaten Pause hatte er wieder einmal eine kurze Runde Tennis gespielt, ein Doppel mit seinem Freund Hauke, gegen dessen Frau und ihre blonde Freundin Elke, eine ehemalige Anästhesistin aus dem nahen Krankenhaus. Herbert und Hauke hatten in der halben Stunde auf dem Platz alles gegeben. Während Hauke aber gemächlich gen Umkleide trottete, hatte Herbert noch nicht genug von der blonden Elke und lud sie ein, mit ihm ein Bier auf der Terrasse des Klubhauses zu trinken.

Kaum hatten sie einen schattigen Platz gefunden, begann ihm unwohl zu werden. Als endlich das große Bier vor ihm stand, von dem er sich Besserung versprochen hatte, kam er nicht mehr dazu, das kalte Glas zu heben: Er spürte ein heftiges Rumpeln in seiner Brust und ohne noch etwas sagen zu können, fasste er sich an den Hals, rutschte gleichzeitig der Länge nach vom Stuhl und blieb auf den grauen Waschbetonplatten auf unnatürliche Weise zusammengekrümmt liegen.

Elke reagierte professionell: Sie stürzte zu ihm, realisierte, dass er aus glasigen Augen bewusstlos und atemlos in den Himmel starrte. An seiner Halsarterie konnte sie keinen Puls mehr tasten. In der Annahme, dass sein Herz entweder stillstand oder ein Kammerflimmern vorlag, ein Zustand, in dem

die elektrische Erregung so schnell nacheinander erfolgt, dass sich der Herzmuskel nicht mehr wirkungsvoll zusammenziehen kann, begann sie sofort eine Reanimation. Routiniert drückte sie schnell hintereinander unter Einsatz ihres Körpergewichts, auf das untere Drittel von Herbert K.s Brustbein. Da sie fast 80 kg auf die Waage brachte und eine beträchtliche Kraft in ihrem vom regelmäßigen Tennisspiel trainierten Körper steckte, stellten die Rippen kein wirkliches Hindernis dar – sehr effektiv wurde das Herz zusammengedrückt, so dass wieder Blut durch den Körper strömte. Allerdings hörte sie auch bald ein charakteristisches Knirschen – die unteren Rippen waren gebrochen. Als Reanimationsprofi ließ sie sich davon jedoch nicht irritieren, sondern registrierte es sogar mit einer gewissen Befriedigung, denn nun ließ sich die Herzmassage noch effektiver vornehmen. Schon nach knapp einer Minute, gerade als Elke überlegte, ob sie ihre Lippen auf Herberts schlecht rasierte Mundpartie pressen sollte, um eine Mund-zu-Mund-Beatmung zu beginnen, schnappte Herbert K. heftig nach Luft und seine Augen suchten einen Fixpunkt am blauen Himmel.

Kurz darauf, in der Notaufnahme des Krankenhauses, wohin ihn ein heulender Ambulanzwagen gebracht hatte, war er wieder hellwach und fragte, was der ganze Unsinn solle, klagte lediglich über heftige Schmerzen in der Gegend seiner gebrochenen Rippen. Er war jahrelang nicht bei Ärzten gewesen und es schien ihm, als wollten diese es ihm nun heimzahlen, dass er sie jahrzehntelang nicht ernst genommen hatte. Trotzdem führte dieser, sein erster, Krankenhausaufenthalt zu

einem tiefen Einschnitt, einer eigentlichen Zäsur im Leben von Herbert K.

Die erste Untersuchung, deren Ergebnis er bewusst registrierte, war die Echokardiographie. Eine junge Ärztin hatte eine Viertelstunde lang in einem abgedunkelten Zimmer einen kleinen Plastikgegenstand, der über ein Kabel an einem kompliziert aussehenden Gerät mit großem Farbmonitor angeschlossen war, auf seiner Brust hin- und hergeschoben. Immer wieder drückte sie zwischendurch ein kaltes Gel aus einer Plastikflasche auf seine Brust. Dabei sprach sie kaum ein Wort und schaute sehr ernst, bis sie schließlich den kardiologischen Oberarzt anpiepste, und K. hörte, wie sie am Telefon die Namen der Diagnosen nannte, die ihn die nächsten Monate und Jahre verfolgen sollten: »71-jähriger Mann, Zustand nach kardiopulmonaler Reanimation. Im Echo Aortenklappenstenose Grad 3 und Kardiomyopathie mit einer Ejektionsfraktion unter 30 Prozent. Könnten Sie vorbeischauchen und die Befunde bestätigen?« Das tat der Oberarzt und versuchte, bei der Untersuchung das Gesagte für Herbert K. in verständliche Worte zu fassen: »Sie haben einen schweren Herzklappenfehler, die Herzklappe, die als Ventil zwischen dem Herzen und der Aorta, der großen Körperschlagader sitzt, ist verkalkt und öffnet sich nicht richtig. Die Öffnung ist, wenn sie ganz geöffnet ist, nur noch so groß wie ein Nagelkopf. Eine gesunde Herzklappe öffnet sich auf der Fläche einer Briefmarke. Diese Erkrankung besteht sicher schon länger, denn der Herzmuskel hat sich, weil er gegen diese enge Klappe anpumpen musste, schon sehr erschöpft. Er schafft es

nicht mehr, genug Blut durch das enge Ventil zu pumpen, das meiste Blut bleibt in der Herzkammer zurück.

Man kann so etwas relativ gut operieren, indem man eine künstliche Herzklappe einbaut. Allerdings müssen wir vorher durch eine Herzkatheteruntersuchung noch einmal alles genau überprüfen, wir müssen auch sicher sein, dass nicht auch noch die Gefahr eines Herzinfarktes besteht – bei einer Herzkatheteruntersuchung wird zudem gecheckt, ob die Herzkranzgefäße in Ordnung sind!«

Er erklärte ausführlich, wie eine Herzkatheteruntersuchung abläuft, und erzählte, dass der deutsche Professor, der die Methode entwickelt und dafür den Nobelpreis bekommen hatte, sich selbst einen Katheter ins Herz geschoben hatte. Danach schilderte er noch in drastischen Worten, in welchem lebensbedrohlichen Zustand sich der Herzmuskel befand und dass die Lungen »ödematös« waren, also Wasser im Lungengewebe und den Lungenbläschen seine Atmung erschwerte. Beim Verlassen des Zimmers fiel ihm noch ein: »Ach, wir müssen auf Ihre Niere aufpassen, wenn wir Kontrastmittel beim Herzkatheter geben – die arbeitet auch nur noch schlecht!«

Herbert K. blieb wie erschlagen zurück, er hatte zwar alles verstanden, was ihm der Oberarzt gesagt hatte, aber dass es ihn selbst betraf, wurde ihm erst allmählich klar. Er hätte gern jemanden gehabt, mit dem er über seine Krankheit und die nötige Operation hätte sprechen können. Seine Frau, die am Nachmittag mit einer Schachtel Pralinen kam, wollte sich aber auf keine Diskussion über so ein schwieriges Thema einlassen.

Die Nachtschwester bemerkte bei ihrem mitternächtlichen Kontrollgang Tränen in seinen Augen und kam am Ende ihrer Runde noch einmal ins Zimmer. Sie setzte sich neben sein Bett auf einen Stuhl und fragte, ob sie helfen könne. Sie sah eigentlich nicht so aus, wie er sich bislang eine Frau vorgestellt hätte, der er sich anvertrauen könne. Schwester M. war Ende 40, hatte eine untersetzte Figur und ein breites, rotes Gesicht. Auf ihrer Stirn sah man Schweiß – sie hatte gerade einen 100 kg schweren älteren Herrn, der wegen eines Schlaganfalles gelähmt war, auf einen Toilettenstuhl und wieder zurück ins Bett gewuchtet. Aber die Atmosphäre war vertrauenerweckend, der fast volle Mond schien ins Zimmer, das nur mit einer Nachttischlampe beleuchtet war, und ihr breites Lachen war ehrlich. So erzählte Herbert K. der fremden Person mehr von sich und seinen Problemen, als er irgendjemandem in den letzten zehn Jahren anvertraut hatte. Als draußen nach der Schwester geklingelt wurde, waren nicht mehr als fünf Minuten vergangen, doch er fühlte sich wesentlich besser.

Schwester M. hatte versprochen, über das Internet die Telefonnummern seiner Kinder aus erster Ehe herauszubekommen. Tatsächlich hielt sie ihr Versprechen. Schon am nächsten Nachmittag stießen im Krankenzimmer Ehefrau Ellen und der älteste Sohn des Patienten aufeinander. Es dauerte nicht lange, dann verließ Ellen K. aufgebracht das Zimmer und Herbert K. konnte sich mit seinem Sohn aussprechen. Nach dem Gespräch fühlte sich Herbert K. so, als wäre ein Fenster aufgestoßen worden: Er war Großvater geworden, ohne dass

er davon bislang Notiz genommen hatte. Seinen Sohn und dessen Frau schien es ernsthaft zu interessieren, wie es ihm ging, und sie waren bereit, sich um ihn zu kümmern.

Kurz nachdem sein Sohn gegangen war, klingelte das Telefon, und kaum hatte er den Hörer am Ohr, beschimpfte ihn seine Frau, was ihm einfiel, einfach hinter ihrem Rücken Kontakt zu den »geldgierigen« Versagern aus seiner ersten Ehe aufzunehmen. Er habe sie kaum noch wahrgenommen, nachdem sein Sohn gekommen sei, und sie werde sich das nicht gefallen lassen.

In der Nacht träumte K., er sei aus dem Krankenhaus entlassen worden, und sah sich selbst, wie er sich mit kleinen, schlurfenden Schritte der Tür seines Hauses näherte, was nur quälend langsam ging – so groß war seine Luftnot. Sein Gesicht war zu einer gequälten Grimasse verzogen, die schmalen Schultern hoben sich mit jedem Atemzug. Nur das Hausmädchen kam an die Tür, um ihn zu begrüßen. Sie musste ihm unter den Arm greifen und ihn zu einem Lehnstuhl führen, wo er sich leicht nach vorne geneigt allmählich etwas erholte. Die Spitze seiner Nase und seine Lippen hatten einen leichten Blauton angenommen. Neben ihm auf dem Klavier stand eine große Photographie von ihm im Tennisdress und er sah einen kräftigen, gut aussehenden Mann mit einem großen Pokal in den Händen vor dem Tennisklubhaus.

Immer mehr veränderte sich der Traum zu einem Albtraum. Mit aufkommender Panik bemerkte Herbert K., dass sein Körper allmählich durchsichtig wurde, er konnte in ihn hineinsehen. Er erkannte ein großes, durchsichtig

schimmerndes Herz, das sich nur langsam und viel zu selten wie eine riesige Qualle zusammenzog. Auf der Oberfläche seines Herzens verliefen die verkalkten Adern und erinnerten ihn an schmale, felsige Höhenzüge; eine graue Narbe zog sich bedrohlich wie ein totenstiller See über die linke Seite. Rechts und links des Herzens erkannte er seine vom Teer der Zigaretten geschwärzten Lungen, die wie vollgesogene Schwämme von Wasser triefen. Oben setzten sie sich fort in einer Luftrohre, in der ebenfalls das Wasser stand und brodelte wie in einem Topf mit kochendem Wasser.

Herbert K. erwachte von dem Gefühl zu ersticken und tatsächlich hörte er das Brodeln in seiner Brust und fühlte eine schreckliche Enge, als wenn sein Herz zwischen Schraubzwingen eingeklemmt würde. Mit Mühe konnte er noch den Klingelknopf drücken, um nach der Schwester zu rufen. Minuten der Todesangst folgten, in denen er so angestrengt versuchte zu atmen, dass ihm der Schweiß auf die Stirn trat. Er hörte das Klingeln auf dem Flur, aber er hörte auch das Klappern der Waschschüsseln, die neue Nachtschwester schien erst noch weiter in Ruhe ihre Arbeit beenden zu wollen, bevor sie dem Notruf folgte. Als sie schließlich die Tür öffnete und, ohne den Patienten zunächst anzusehen, den Alarm neben der Tür drückte, war Herbert K. schon bewusstlos.

Die Schwester rief sofort das Reanimationsteam der Intensivstation, das drei Minuten später das Zimmer mit hektischer Betriebsamkeit und Apparaten füllte. Der Notarzt fühlte am Hals noch einen schwachen Puls, erkannte aber sofort das

schwere Lungenödem. Zunächst wurde eine Kunststoffmaske, an der ein grüner Ballon befestigt war, auf Mund und Nase gedrückt und durch Drücken des Ballons Luft in die Lungen gepresst. Sehr schnell gelang es dem Arzt mit Hilfe eines gebogenen Kehlkopfspiegels, einen Schlauch in K.s Luftröhre zu schieben. Sofort wurde ein Beatmungsgerät angeschlossen und das Bett schlingernd, ohne Rücksicht auf enge Türen oder Flurwände von den danebenherlaufenden Pflegern auf die Intensivstation geschoben.

K. überlebte die nächsten Stunden; einen Tag später, nachdem die Medikamente ihre Wirkung getan hatten, konnte die künstliche Beatmung beendet und der Schlauch schon wieder aus der Luftröhre gezogen werden. Immer noch wurde eine Herzkatheteruntersuchung benötigt, um das Ausmaß des Herzklappenfehlers genau feststellen zu können und die Herzkranzgefäße zu beurteilen. Herbert K. unterschrieb noch halb benommen von den Auswirkungen der Bewusstlosigkeit eine kompliziert wirkende Einverständniserklärung und wurde wieder einen Tag später in der Leistengegend rasiert und in das Katheterlabor geschoben. Er war bei vollem Bewusstsein, als der nette Oberarzt, den er schon bei der Echokardiographie kennengelernt und der ihm die Befunde so plastisch erklärt hatte, den Katheter durch die zuvor betäubte Haut stach. Der lange, nur wenige Millimeter dicke Schlauch wurde über die Leistenarterie und die Bauchschlagader in das Herz geschoben. Auf einem Monitor, der über seinen Füßen an der Decke hing, konnte K. sehen, wie das Kontrastmittel wie ein dunkler Strom sein Herz und später

die Herzkranzgefäße füllte. Es wurde ihm schon während der Untersuchung erklärt, dass der Echokardiographiebefund eines schweren Aortenklappenfehlers zutraf und leider auch drei Herzkranzgefäße gefährliche Engstellen durch Arteriosklerose aufwiesen. Nach der Untersuchung, die knapp 30 bis 40 Minuten gedauert hatte, wurde Herbert K. auf sein Zimmer zurückgebracht, wo er mit einem Druckverband über der Punktionsstelle in der Leiste wiederum eine unruhige Nacht verbrachte.

Der Herzkatheterfilm wird in einer Konferenz mit den Kardiologen und den Herzchirurgen sowie der Geschichte des jeweiligen Patienten und den weiteren Befunden mit dem Ziel diskutiert, die bestmögliche Therapie festzulegen. Wie meist in derartigen ärztlichen Konferenzen gibt es Wortführer, Zuhörer und Entscheider, die Rollen sind durch die ärztliche Hierarchie vorgegeben: Sobald die Chefs gemeinsam eine Entscheidung getroffen haben, wird selten Widerspruch laut. Ist nur ein Chefarzt anwesend, wird in der Regel seiner Einschätzung beigepllichtet. Chirurgische Chefs haben darüber hinaus oft ein derart bestimmendes und sicheres Auftreten, dass sie zumindest in den Herzkatheterkonferenzen, an denen ich teilnahm, die ausschlaggebende Stimme hatten. Im Fall von Herbert K., dessen Befund in der Konferenz vorgestellt wurde, war die Entscheidung schnell und relativ einhellig getroffen: Herbert K. sei zu krank, um am Herzen operiert werden zu können, eine Möglichkeit die Aortenklappe auszutauschen, ohne zu operieren, gab es noch nicht. Ein Punktesystem, mit dessen Hilfe alle Befunde zusammengeführt und

bewertet werden, zeigte an, dass die Wahrscheinlichkeit, dass K. während oder kurz nach dem Eingriff versterben könnte, über 50% lag. Angesichts eines so hohen Risikos wird es als unethisch angesehen, eine Operation zu wagen. Ausschlaggebend für das besonders hohe Risiko bei K. war die fortgeschrittene Einschränkung der Nierenfunktion, aber auch die Lungen arbeiteten nach den langen Jahren des Rauchens nicht mehr optimal.

Bei einer starken Herzschwäche führen die gleichen Mechanismen wie bei einer Nierenarterienverengung zu einer folgenschweren Kettenreaktion. In beiden Fällen erreicht zu wenig Blut die empfindlichen Sensoren in den Nieren. Die hierdurch ausgelöste Freisetzung spezieller Hormone aktiviert in den Wänden der feinen Nierenkanäle, die den Urin in das Nierenbecken ableiten, Kanäle und biochemische Pumpen, die wiederum dafür sorgen, dass vermehrt Kochsalz und Wasser zurück in das Blutsystem gelangen. Dieser Mechanismus ist ein rettendes Wunderwerk, wenn es darum geht, den Flüssigkeitsverlust des Körpers bei Spaziergängen in der Wüste zu kompensieren – im Falle einer ernsthaften Herzkrankheit wie einer Aortenklappenstenose oder einer schweren Herzmuskelschwäche führen das zusätzliche Salz und Wasser zu einer weiteren Belastung des Herzens und damit nicht selten zum endgültigen Versagen dieser über lange Lebensjahrzehnte verlässlich arbeitenden Pumpe.

Bei Herbert K. hatte die Kettenreaktion bereits vor der Herzkatheter-Untersuchung eingesetzt, nun war weiteres Unheil durch eine ärztliche Maßnahme ausgelöst worden:

Das Röntgenkontrastmittel, das für den Herzkatheter verwendet worden war, hatte die Nieren zusätzlich geschädigt. Als am Tag nach dem Katheter die Ergebnisse der Laboruntersuchungen eintrafen, wurden wir als Nierenfachärzte sofort angerufen. Die Nieren arbeiteten nur noch zu 10%, das war auf die Dauer zu wenig zum Überleben. Dazu kam die oben beschriebene zusätzliche Wasserbelastung des ohnehin am Limit arbeitenden Herzens. Beim Abhören der Lunge mit dem Stethoskop waren auf beiden Seiten des Brustkorbs feine Rasselgeräusche zu hören. Das Blut, das sich vor dem immer schwächer werdenden Herzen staute, trat über die Wand der Lungen in die Millionen von Lungenbläschen und verhinderte die Aufnahme von Sauerstoff.

In den nächsten Tagen wurde alles versucht, das Herz durch Medikamente zu entlasten. Diuretika – Wasser treibende Medikamente – wurden in wechselnden Zusammensetzungen und Dosierungen erprobt. Alle diese Medikamente haben jedoch auch ungünstige Wirkungen; besonders bei Patienten mit »kardiorenalem Syndrom« wie bei Herbert K., gleicht der »therapeutische Kurs« oft einem Schlingern zwischen Scylla und Charybdis: Die »Felsenriffe«, an denen das Leben des Patienten endgültig zerschellen kann, sind auf der einen Seite das Herz-, auf der anderen das Nierenversagen – die Nieren stellen ihre Arbeit oft vollständig ein. Besonders offensichtlich und belastend für den Patienten sind die Folgen, wenn der »Kapitän«, also der Arzt, der die Therapieentscheidungen fällt, den schwierigen Kurs bei der Verordnung (die richtige Dosis und Zusammensetzung) der

wassertreibenden Medikamente – Diuretika – verfehlt. Das eine Extrem ist eine Austrocknung des Körpers, der Patient leidet an höllischem Durst, er kann oft kaum sprechen, weil die Zunge am Gaumen klebt. Dieser Weg führt zwar zu einer deutlichen Entlastung des Herzens, aber auch zum Nierenversagen. Das andere Extrem ist die Überwässerung mit der Konsequenz von Erstickungsanfällen durch ein Lungenödem, wie es Herbert K. schon zweimal erlebt hatte.

Selten ist die jahrzehntelange Erfahrung eines Internisten, der nicht nur sein Spezialgebiet, sondern auch die anderen »Untiefen« und »Felsenriffe«, die die Innere Medizin zu bieten hat, kennt, so vonnöten wie bei der Therapie von Patienten mit gleichzeitiger Herz- und Nierenschwäche. Bei Herrn K. gab es keine Alternative: Die Chirurgen hatten uns das risikoreiche Kommando über das Schiff überlassen, ihr Votum war eindeutig gegen eine Operation ausgefallen.

In dieser für Herbert K. furchtbaren Zeit, in der er all die lebensbedrohlichen gesundheitlichen Katastrophen, die oben beschrieben worden sind, erlitt, erlebte er aber auch sehr Positives. Während sich seine Frau Ellen vollständig zurückgezogen hatte, kümmerten sich seine Kinder und auch seine erste Frau sehr um ihn. Wenige Monate zuvor musste er sich betäuben, um seine Einsamkeit zu ertragen. Jetzt verspürte er den unbedingten Wunsch, weiterzuleben und mit seiner Familie zusammen zu sein. Für mich ist dieser Lebenswille eine zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Ohne den starken Willen des Patienten sind schwierige therapeutische Ansätze oft zum Scheitern verurteilt.

Herbert K. lag mittlerweile schon zwei Wochen auf meiner Station, ohne dass die Medikamente und die vermeintlich große Erfahrung des Arztes eine wesentliche Besserung herbeigeführt hatten. An einem Sonntagvormittag traf ich in Herbert K.s Zimmer seine beiden Söhne an. Auf dem kleinen Tisch stand ein Strauß Sommerblumen und sie hatten Kirschen mitgebracht, die ich kritisch musterte, weil ihr Kaliumgehalt zusammen mit der Medikamentenwirkung zu Herzrhythmusstörungen führen kann. Mahnende Belehrungen hielt ich jedoch zunächst zurück, weil ich ein wichtiges Thema mit der Familie besprechen musste. Es ging Herbert K. leidlich, die Lippen schimmerten zwar blau und der Mund hörte sich ausgetrocknet an, aber er hatte keine Luftnot. So rückte ich einen Stuhl an sein Bett und begann vorsichtig, ihm und den Söhnen unseren Plan auseinanderzusetzen: »Wir haben, was die Medikamente angeht, unser Pulver verschossen. Sie bemerken ja selbst, dass es nicht vorangeht, wir schaffen es nicht, Sie in einen Zustand zu bringen, so dass Sie entlassen werden können. Leider kann sich die Situation auch jederzeit verschlechtern, wie Sie es ja auch schon erlebt haben. Aus meiner Sicht müssen wir uns etwas Neues überlegen. Dabei ist eine wichtige Grundlage für die Entscheidung, dass man die Nierenfunktion ersetzen kann, das Herz jedoch nicht. Ich sage zu meinen Assistenten immer ›Herz sticht Niere«. Das bedeutet, dass momentan die Herzkrankheit im Vordergrund steht, die Funktion der Niere ist nicht so entscheidend. Wir sollten eine Dialyse einleiten und damit das viele überschüssige Wasser und Salz aus dem Körper

entfernen – nur so kann sich das Herz wieder erholen!« Die Idee stieß erwartungsgemäß auf wenig Begeisterung, obwohl wir schon häufiger über die Gefahr, dass die Nieren versagen könnten und die Dialyse gestartet werden müsste, gesprochen hatten. Aber zu der Zeit war es K. schlecht gegangen, er hatte sich vor Schwäche kaum gegen diesen Gedanken wehren können. Auch der älteste Sohn sah das ähnlich: »Es geht meinem Vater doch momentan ganz gut. Sie werden das sicher irgendwie abwenden können!« Ich setzte den Dreien noch einmal die Zusammenhänge auseinander und skizzierte das Ganze auf der Rückseite des Speiseplans, der gerade zur Hand war. »Ich versichere Ihnen, es gibt keinen anderen Ausweg, nur so kann sich das Herz wieder etwas erholen und die Chirurgen werden nur so den lebensnotwendigen Ersatz der Herzklappe wagen! Ohne Dialyse wird es nicht mehr lang so weiter gehen.« Die Ablehnung blieb in ihren Gesichtern stehen, und so fügte ich einen Satz hinzu, den ich schon kurz darauf bedauerte, weil ich befürchtete, mich zu irren und später daran erinnert zu werden: »Außerdem glaube ich, dass Sie nach einer erfolgreichen Herzoperation wieder ohne die künstliche Niere auskommen werden.« Diese Aussage gab den Ausschlag, Herr K. stimmte der Einleitung der Nierensatztherapie zu.

Schon zwei Tage später wurde ein Katheter durch die Bauchdecken gelegt, um die Bauchfelldialyse – Peritonealdialyse – vorzubereiten. Die Peritonealdialyse ist ein technisch simples Verfahren, das für Patienten, denen sehr gleichmäßig Flüssigkeit entzogen werden soll, zum Beispiel um das

Herz zu entlasten, deutliche Vorteile gegenüber der verbreiteten Hämodialyse oder »Blutwäsche« bietet.

Herbert K. und eine privat bezahlte Krankenschwester lernten in den nächsten Wochen, wie man die Peritonealdialyse sicher durchführt. Als er nach langen Wochen aus dem Krankenhaus entlassen werden konnte, hatte er schon zwei Kilo abgenommen, das heißt, zwei Liter überschüssiges Wasser waren mit Hilfe der Bauchfelldialyse aus seinem Körper entfernt worden.

In den folgenden sechs Monaten änderte sich viel im Leben des ehemaligen Unternehmers. Seine Ehefrau Ellen zog aus, Herbert K. sah erleichtert, wie sie davonfuhr. Seine Kinder besuchten ihn regelmäßig und er war am Wochenende sogar schon bei ihnen gewesen und hatte mit den Enkelkindern gespielt.

Sein Gesundheitszustand stabilisierte sich, die Luftnot hatte sich verflüchtigt und die Gehstrecke, die er, ohne stehen bleiben zu müssen, bewältigen konnte, wurde immer länger. Wenn nur nicht die lästige Bauchfelldialyse gewesen wäre. Der Schlauch ragte wie eine permanente Ermahnung aus seinem Bauch und die Beutelwechsel, die vier Mal täglich gemacht werden mussten, schränkten seinen zunehmenden Freiheitsdrang doch sehr ein.

Immerhin führte er die Behandlung zusammen mit dem Hausmädchen sorgfältig durch. Die Protokolle, die er bei seinen ambulanten Besuchen im Krankenhaus mitbrachte, waren perfekt. Nach einem halben Jahr hatte K. sieben Kilo abgenommen, dabei hatte sein Appetit eher zugenommen

ebenso wie seine körperliche Belastbarkeit. Auch die medizinischen Befunde wurden immer besser: Seine Herzleistung, die mit der Hilfe der Echokardiographie kontrolliert wurde, schien sich zu verbessern. Offensichtlich erholte sich der Herzmuskel von der permanenten Überlastung und konnte durch eine effektivere Kontraktion wieder mehr Blut aus der linken Herzkammer pumpen – trotz des Widerstandes, den die zu enge Aortenklappe immer noch bot.

In dieser Zeit überprüften wir den Flüssigkeitsstatus und die Herzfunktion des Patienten alle zwei bis drei Wochen. Genügend Zeit, um Herbert K. kennenzulernen und seine Geschichte zu hören. Er begann schon wieder mit seinen früheren geschäftlichen Erfolgen zu prahlen, hielt aber weiter diszipliniert die Therapievorschläge ein und es war sehr befriedigend zu beobachten, wie seine Lebensgeister allmählich wieder erwachten. Seine Söhne waren glücklich, ihn wieder zu haben, sie vergötterten ihn und erzählten von den gemeinsamen Campingurlaube in ihrer Kindheit und wie liebevoll ihr Vater als junger Mann mit ihnen umgegangen war. Für sie waren die Jahre dazwischen wie mit einem bösen Zauber belegt gewesen, erst jetzt war ihr Vater wieder so, wie sie ihn kannten. Für mich hörte sich das alles zu märchenhaft einfach an, mit dem Zynismus eines älteren Arztes wollte ich nicht glauben, dass sich ein Mensch derart ändern kann, und auch die gesundheitliche Genesung des Patienten beobachtete ich mit hartnäckigem Zweifel.

Tatsächlich glichen K.s schnelle gesundheitliche Fortschritte ein wenig einem Märchen. Schließlich schlug ich ihm

vor, sich noch einmal bei einem Herzchirurgen vorzustellen – nur ein Herzklappenersatz und eine Bypassoperation würden ihm langfristig helfen können. Erst mochte er von dieser Idee gar nichts hören, da es ihm doch gerade wieder einigermaßen gut ginge, seine Söhne überredeten ihn schließlich. Der Termin fand früher statt als gedacht, K. hatte sich dieses Mal eine Klinik für Herzchirurgie in Nordrhein-Westfalen ausgesucht. Die Kollegen dort beeindruckten mich mit ihrer Professionalität. Die vorbereitenden Untersuchungen waren in kurzer Zeit abgeschlossen und Herr K. wurde operiert, ohne dass ich ihn zuvor noch einmal zu Gesicht bekam.

Kurz nach der Operation, noch im Herzzentrum, wurde die Dialysetherapie eingestellt und der Bauchfellkatheter heraus operiert. Tatsächlich hatte sich im Vorfeld durch den unterstützenden Flüssigkeitsentzug mit Hilfe der Bauchfelldialyse das Herz soweit stabilisiert, dass es mit einer neuen Herzklappe und dem Ersatz der verengten Herzkranzgefäße fast normal arbeitete. Die Organe wurden wieder ausreichend durchblutet und die Nieren erholten sich so gut, dass eine Dialyse nicht mehr notwendig war.

Ich sah K. erst drei Monate nach der OP wieder und hätte ihn fast nicht erkannt. Er begrüßte mich zwar mit herzlichen Worten, aber man spürte auch Distanz, offensichtlich erinnerte ich ihn an eine Zeit, die er möglichst vollständig aus seinem Gedächtnis streichen wollte. Sein Auftreten war sehr selbstsicher, fast schon arrogant – als wäre es ihm peinlich, dass ich ihn so schwach gesehen hatte. Ein leichter Alkoholgeruch

war deutlich wahrnehmbar, als ich sein Herz abhörte. Verärgert registrierte ich, dass er versuchte, mit der Assistenzärztin zu flirten, bevor er die Tür des Sprechzimmers mit einem etwas zu lauten Knall hinter sich schloss.

Wenn Sie weiterlesen möchten ...



Prof. Dr. Reinhard Brunkhorst, geb. 1953 in Norddeutschland, ist Internist und Nierenspezialist, Chefarzt zweier Hannoverscher Krankenhäuser und war lange Jahre Klinikdirektor. Frühzeitig engagierte er sich berufspolitisch, u.a. als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Vor einigen Jahren gründete er den Verein IHOPE, der sich um partnerschaftliche Hilfe für ein Krankenhaus in Jimma, Äthiopien bemüht. Brunkhorst ist verheiratet und Vater von drei Kindern, er lebt in Hannover.

Reinhard Brunkhorst

Überleben ist nicht genug

ISBN 978-3-943064-05-6

Hardcover mit Schutzumschlag, 248 Seiten

19,80 € (D)

E-Book

ISBN 978-3-943064-04-9

12,80 €

1. Auflage 2013

© atp Verlag UG, Maria-Hilf-Straße 15, 50677 Köln

www.atp-verlag.de

Bestellung

Per Post oder Fax

atp Verlag UG

Maria-Hilf-Straße 15, 50677 Köln

Fax 0221. 27 23 59 - 90

**Bestellungen sind auch online möglich unter www.atp-verlag.de
oder per E-Mail an willkommen@atp-verlag.de**

Bitte senden Sie Exemplar(e) des Buches „Überleben ist nicht genug“ zum Stückpreis von 19,80 Euro zzgl. 3,- Euro Versandkosten an die unten angegebene Adresse. (Bei Bestellung mehrerer Exemplare können sich die Versandkosten reduzieren.)

.....
Vorname | Name

.....
Institut

.....
Straße | Hausnummer

.....
PLZ | Ort

.....
E-Mail

www.atp-verlag.de

Gesundheit. Gesellschaft. Leben.

 **atp Verlag**