

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Kasuistik einer hilfreichen Arzt-Arzt(Patienten) Intervention

Autor

Dr. med. Helmut Schaaf

Institut

Gleichgewichtsinstitut Hessen in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse, Stadtkrankenhaus, Arolsen

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103722>

Balint 2017; 18: 21–22

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 1439-5142

Korrespondenzadresse

Dr. med. Helmut Schaaf

Oberarzt und Leiter des Gleichgewichtsinstitutes Hesse(n) in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse
im Stadtkrankenhaus Arolsen

Grosse Allee 50

34454 Bad Arolsen

Helmut.Schaaf@t-online.de

www.drhschaaf.de

Wahrscheinlich gibt es noch keine evidenzbasierte Untersuchung zu der Frage, ob Ärzte, die an Balintgruppen teilnehmen, wirksamer sind als andere Organmediziner. Deswegen möchte ich ein persönliches Einzelbeispiel sowohl als Dank wie als Ermutigung schildern, die Balintarbeit nicht nur – manchmal ausbildungspflichtgemäß – zu beginnen, sondern auch weiter wertzuschätzen und zu pflegen.

Konkret erwischte mich in einer anhaltend – mich anstrengenden Phase – eine deutliche einseitige Sehbeeinträchtigung. Ohne Brille – die ich verloren hatte, konnte ich in einer fremden Stadt nicht mehr gut sehen, was ich der verlorenen Brille anlastete. Wieder zu Hause mit dem Wunsch nach einem schnellen Ersatz kam vom Optiker der Hinweis: „Sie haben nur noch einen Visus von 0,6, das können wir nicht 100% ausgleichen. Bitte gehen Sie erst zum Augenarzt“.

Der Augenarzt sah nichts ... und stellte ebenso wahr wie trostlos fest, dass wir alle alt werden (ich damals 57), und es nichts Schlimmes sein könne und das andere Auge o.k. ist. Also dann: eine neue Brille und „das Ganze im Auge behalten...“. Da ich nach einem rechtsseitigen M. Menière schon einseitig taub bin, blieb meine Sorge, eines alten Tages nicht nur schlecht bis gar nicht hören zu können, sondern auch noch das Sehen zu verlieren und das eine nicht durch das andere kompensieren zu können.

Als ich 6 Monate später den Nachfolger des Augenarztkollegen aufsuchte, fand dieser doch etwas Auffälliges an der Netzhaut. Jetzt folgte, in der nächst kompetenten Klinik, eine sog. Optische Kohärenz Tomografie (vergleichbar mit einem MRT der Augenschichten) und eine Fluoreszenz-Angiografie. Danach bekam das Geschehen einen Namen: Chorio-Retinopathia serosa chronica.

Dabei sammelt sich letztlich Flüssigkeit (ein Ödem) zwischen der Netzhaut und der sie versorgenden Aderhaut. Dies steht dem Sehen im Weg. Dabei bleibt die Ursachenklärung im Wahrscheinlichen. Als Risikofaktoren scheinen exogene Glucocorticosteroide, auch bei längerfristiger Benutzung von Kortison-Präparaten z. B. als Asthma-Spray, gesichert. Angenommen werden aber auch „Stress“ und Depressionen – wenn sie mit einem erhöhten körpereigenen Cortisol-Spiegel einhergehen.

Angeraten wurde ein „optimistisches Abwarten“ – was auch meinen Vorstellungen entsprach – und „Stress“ abzubauen. Dabei fühlte es sich für mich erst mal nicht besser an, von den ansonsten wenig empathisch empfundenen Kollegen auf den psychosomatischen Zusammenhang gestoßen zu werden. Dennoch wusste ich auch, was an Baustellen schon lange im Argen lag und auch was sich in der letzten Zeit zugespitzt hatte. Ich hatte nur keine Idee, was ich davon ändern könnte. Also wollte ich mich damit abfinden und blieb bei: „Wenn es stabil bleibt, kann ich mich weiter daran gewöhnen“.

Ein Jahr später griff ich in der Frühblüher Zeit wegen ausgeprägter Atembeschwerden trotz vorangegangener Desensibilisierung auf ein Cortison Spray zurück – hinsichtlich der Atembeschwerden mit guter Wirksamkeit. Aber im nächsten OCT zeigte sich, passend zu meinem Empfinden, dass das Ödem hinter der Netzhaut zugenommen und sich der Visus verschlechtert hatte. Meine zwischenzeitliche besänftigte Verzweiflung nahm zu und wurde durch einen „man kann mal dies und das versuchen, aber man weiß nicht“ Pragmatismus des wieder aufgesuchten Kollegen nicht besser.

Ich arbeitete mich also wieder intensiv durch die Literatur, wobei es tatsächlich auch Kollegen unter den wenigen Experten mit konkreten Erfahrungen gab, die auf meine an sich bei per mail gestellten Fragen antworteten. Dabei erweisen sich vor allem die invasiven und teilweise extrem teuren Vorschläge auf einem Evidenzniveau von IV, also dem Eminenz Niveau und sind durchaus mit dem Gefährdungspotential einer nachhaltigen Sehverschlechterung verbunden. Die nicht invasiven Maßnahmen erscheinen eher als Placebos. Auch wegen dieser Unsicherheit nahmen meine Verzweiflung und meine depressive Verarbeitung zu.

In dieser Situation stellte „mein Balintgruppenleiter“ den Kontakt zu einer Augenarzt Kollegin her, die er aus einer anderen Balintgruppenarbeit kannte. Auch wenn das für mich von Dorf zu Dorf eine Tagesreise bedeutete, war meine Verzweiflung und Not groß genug, um den Schritt zu wagen.

Die Schlichtheit und der Charme des ersten Satzes

Obwohl letztlich die ganze Untersuchung nicht sehr viel anders verlief als gewohnt und auch nicht länger dauerte, fühlte ich mich von Anfang aufgehoben. Was war das besondere? Vielleicht war es die Art und Weise, das und wie die Eingangsfrage gestellt wurde.

„Wie geht es Ihnen denn?“

statt „Schau ‘n wir mal ins Auge“ oder der Rezeptionsverwaltungshinweis: Nehmen Sie Platz, Sie werden aufgerufen, wer auch immer tropft Ihnen die Augen weit und dann machen wir mit ihnen erst mal ein paar Test und am Ende guckt jemand, dessen Name nur erkenntlich wird, weil ich ihn trotz Atropin-geweiteter Augen am Namensschild erraten kann.

Wahrscheinlich war es das Gefühl, dass sich die Kollegin für mich als Menschen mit Krankheit statt einer Erkrankung, mitgebracht durch einen Menschen, interessiert. Gleichzeitig schaffte es Vertrauen, sich nicht nur „Psychomäßig“, sondern auch fachlich sicher aufgehoben zu fühlen.

Wahrscheinlich war es auch die hohe Kunst, meine Not und Verzweiflung zu spüren – und erst mal nicht zu deuten und zur Psychotherapie zu raten, sondern, wahrzunehmen, dass ich damit trotz und wegen meines angelesenen Wissens keine Handlungskompetenz entwickeln konnte. So war es ihr wohl – bei guter Intuition, Empathie – und vielleicht auch dank Balint-Übung – möglich, für mich darauf zu bestehen, dass jetzt erst mal der organische Anteil angegangen werden muss. (Psychodynamisch hat sie mir damit wohl ihr „Hilfs-Ich“ zu Verfügung gestellt.) Dabei erschien es mir authentisch und nicht nur als Kunstgriff, von jemand zu berichten, bei dem das nun vorgeschlagene Medikament – bei allen Nebenwirkungen – geholfen habe.

Also folge ich erstmal – im Vertrauen und ohne weiter nachzuschauen – einem Vorschlag und fing an – trotz Vorbehalten und dennoch ungunstigen Gefühlen - Eplerone (Inspra) zu nehmen, ein harntreibendes Medikament, das mit Cortison Rezeptoren konkurriert. Bis dahin hatte mich die veröffentlichte Studienlage abgehalten, so wie ich sie als Nicht-Augenarzt verstanden hatte. Zwar wurde davon berichtet, dass sich das Ödem verkleinern könne, aber die Sehfähigkeit meist gleich schlecht bliebe. Ich hatte nicht in Rechnung gestellt, dass ein andauerndes Druckgeschehen („natürlich“) den Seh-Nerven nachhaltig (weiter) schadet und dass es sinnvoll ist, den zugrundeliegenden Prozess zu stoppen, um – hoffentlich – weiteren Schäden vorzubeugen und dem Erholungsprozess zumindest eine Chance zu geben. Vielleicht glaubte auch jeder der

bis dahin aufgesuchten Kollegen, dass dies so selbstverständlich ist, dass es nicht nötig wäre, es – mir – zu erklären, und vielleicht mir als Kollegen schon gar nicht.

Mich hatte diese fehlende Idee lange von dem Medikamentenversuch abgehalten – „der Groschen ist erst in einem als hilfreich erlebten Kontakt gefallen“.

Gut 3 Monate später war das Ödem im OCT deutlich kleiner – und der Visus besser. Zum Glück hält dieser Prozess bis jetzt (3 Jahre später) an, wobei sich auch in einigen Belastungsaspekten etwas geändert hat. Dafür bin ich der Kollegin sehr dankbar, nicht nur wegen der Kompetenz, sondern auch des empathischen Annehmens meiner Not und den hilfreichen Umgang damit, was eben durchaus etwas mit „Balint“ zu tun haben könnte.

Das Krankheitsbild wird vorgestellt für Nichtmediziner z. B. auf <http://www.pro-retina.de/netzhauterkrankungen/rcs-ccs/krankheitsbeschreibung>,

Mediziner können von einigen Übersichtsarbeiten profitieren, Medizinische Publikationen unter www.drhschaaf.de/hslit.html

Zur Person

geb. 1957 in Bardenberg bei Aachen
Studium der Medizin bis 1984 in Köln, Arbeit als Facharzt für Anästhesie in Köln von 1985 bis 1994
Im Rahmen einer Menièreschen Erkrankung „Selbsterfahrung“ mit Gleichgewichtsstörungen, Ausscheiden aus dem ursprünglichen Beruf
Seit 2009 Leiter des neurootologisch – psychosomatischen Gleichgewichtsinstitutes in der Tinnitus-Klinik Dr. Hesse

Ihre Meinung zu diesem Artikel können Sie gerne der Redaktion mitteilen (geschaeftsstellebalintgesellschaft.de).

Literatur

- [1] Daruich A, Matet A, Dirani A, Bousquet J, Zhao M, Farman N, Jaisser F, Behar-Cohen 2015; Central serous chorioretinopathy: Recent findings and new physiopathology hypothesis. Progress in Retinal and Eye Research Dieser ist frei einsehbar unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1350946215000336>
- [2] Liegl R, Ulbig MW. 2014; Central Serous Chorioretinopathy. Ophthalmologica 2014; 232: 65–76