

WARUM ICH (IMMER NOCH) GERNE AMBULANTE PATIENTEN BEHANDLE

Guten Morgen, meine Damen und Herren. Mein Name ist Kathy Webb-Peploe, und ich möchte mich zunächst einmal vorstellen und über den Kontext sprechen, in dem ich praktiziere.

Ich bin in einer Familie aufgewachsen, in der es viele Ärzte gab. Meine Mutter ist zwar keine Ärztin, aber ihr Vater war Gynäkologe und Geburtshelfer in Lausanne, wo sie aufgewachsen ist (daher spreche ich fließend Französisch), und ihr Bruder war Psychiater in Préfargier, einer psychiatrischen Klinik in Neuchâtel. Mein Vater war Kardiologe und arbeitete im St. Thomas' Hospital in London. Sein Vater war Missionsarzt bei Amy Carmichael in Indien gewesen und dann Hausarzt in Lymington an der Südküste Englands, und er lernte meine holländische Großmutter kennen, die in Indien Krankenschwester war. Ich glaube, ich habe die Bücher von Paul Tournier zum ersten Mal gesehen, als ich ein Teenager war, aber ich kann mich nicht mehr genau erinnern. Was ich weiß, ist, dass sein Ansatz zur Behandlung von Patienten die Art und Weise, wie ich Medizin praktiziere, stark beeinflusst hat. Er hat mich dazu gebracht, zu versuchen, mehr als nur die körperlichen Symptome und Anzeichen des Patienten, der vor mir steht, zu berücksichtigen: seine häuslichen Umstände, einschließlich der Frage, wie viel Unterstützung er von seiner Familie und seinen Freunden erhält, seine Ängste darüber, wie sich die Krankheit auf seine Lebensweise auswirken wird, seine Überzeugungen über die Einnahme von Tabletten, seine Ängste über die Zukunft, über den Tod. Und als Christ, der Gottes Willen für mich und die Menschen, mit denen ich zu tun habe, tun will, versuche ich zu hören, was er mir in den verschiedenen Situationen zu tun rät. Meistens ertappe ich mich dabei, dass ich auf dem Weg zur Arbeit bete, dass ich die richtigen Entscheidungen für meine Patienten und die Mitarbeiter, mit denen ich zusammenarbeite, treffe, insbesondere für die Assistenzärzte.

Zurzeit habe ich 21 Patienten auf der Station Eartham. Ziel ist es, alle Patienten mit Herzinsuffizienz oder Flüssigkeitsüberlastung auf meiner Station zu versorgen, aber in der Praxis kümmern wir uns auch um Patienten mit einer Vielzahl anderer Erkrankungen. Ich führe dienstagsmorgens eine allgemeine Herzsprechstunde durch, bei der es sich um eine Mischung aus Neu- und Nachsorgepatienten handelt, und jede zweite Woche führe ich mittwochmorgens eine Herzklappensprechstunde durch, bei der ich Patienten untersuche, bei denen ein Herzklappenersatz vorgenommen wurde oder die eine Herzklappenerkrankung haben und die ich weiter betreue, um sicherzustellen, dass sie noch nicht das Stadium erreicht haben, in dem ein Eingriff erforderlich ist. Als ich 2004 Fachärztin in Worthing wurde, sah der leitende Kardiologe die Patienten nur einmal,

veranlasste die entsprechenden Tests und schrieb dann dem Hausarzt einen Plan und sah die Patienten nie wieder. Wenn die Patienten wieder in die Klinik kommen mussten, wurden sie dem Assistenzarzt vorgestellt. Man war sehr stolz darauf, eine möglichst hohe „Neu-zu-Folge-Quote“ zu haben. Nur wenige meiner Kollegen würden sagen, dass sie gerne ambulante Patienten behandeln. Mein älterer Kollege scherzte sogar, dass er lieber das ABC („anything but clinic“ - alles außer Klinik) machen würde.

Mir fiel auf, wie viele Patienten mit Aortenstenose im Endstadium (schwere Verengung der Aortenklappe, der Auslassklappe des Herzens) ins Krankenhaus kamen - ein belastender Zustand, da die Patienten atemlos oder sehr ödematös sind und die Symptome schwer zu behandeln sind, ohne dass der Blutdruck des Patienten sinkt oder aufgrund der geringen Herzleistung ein Leberversagen ausgelöst wird. Wenn man die Aortenstenose frühzeitig erkennt, kann man die Klappe ersetzen und dem Patienten ein langjähriges, symptomfreies Leben ermöglichen. Ich beschloss, eine Herzklappen-Klinik einzurichten, um Patienten mit leichten oder mittelschweren Herzklappenerkrankungen, einschließlich Aortenstenose, zu überwachen und sie rechtzeitig zu einem chirurgischen Eingriff zu schicken, um die Klappe zu ersetzen oder zu reparieren, auch wenn sie nur minimale Symptome haben. Mit der Einführung einer neuen perkutanen Methode zum Ersatz der Aortenklappe, der TAVI (Transkatheter-Aortenklappen-Implantation), konnte ich noch mehr Patienten mit Aortenstenose helfen, auch wenn sie älter und gebrechlicher waren. Mit der Zeit wurden auch minimalinvasive Methoden zur Behandlung von Mitralklappenerkrankungen verfügbar. Ich habe mich auch dafür entschieden, Patienten nach einer Klappenreparatur oder einem Klappenersatz weiterzubehandeln (viele meiner Kollegen würden sie in die Obhut ihres Hausarztes entlassen). Wenn es einen Wettbewerb um das beste Verhältnis zwischen Neuzugängen und Nachsorge gäbe, würde ich leicht verlieren, aber in den Jahren, in denen ich im Worthing Hospital gearbeitet habe, ist es diese Klinik, die mir die größte Zufriedenheit verschafft und die stärksten Beziehungen zu meinen Patienten geknüpft hat. Wenn ich sie höchstens einmal im Jahr sehe, kann ich mir ein Bild davon machen, was für sie „normal“ ist, welche familiären Belastungen in ihrem Leben auftreten, was in der Vergangenheit in ihrem Leben passiert ist, was möglicherweise Einfluss darauf hat, wie sie mit ihrer Krankheit umgehen, oder ob sie einer Operation zustimmen oder nicht. Ich kann es nicht besser ausdrücken als Helen Salisbury, die letztes Jahr in einem Artikel mit dem Titel „Das Dringende und das Wichtige“ schrieb: „Diese Besuche (in ihrem Fall bei an das Haus gefesselten Patienten) sind für mich nicht nur eine Gelegenheit, den Blutdruck zu kontrollieren und die Medikamente zu überprüfen - was wohl auch von anderen Teammitgliedern erledigt werden könnte -, sondern auch, mein Wissen über meine Patienten aufzufrischen. Wie schnell bewegen sie sich? Wie scharf oder getrübt sind ihr Sehvermögen, ihr Gehör und ihr Intellekt? Ich habe gerne ein geistiges Bild von jedem meiner älteren Patienten, damit ich, wenn es ihnen schlecht geht, weiß, was normal ist. Dies hilft mir bei Gesprächen und Entscheidungen, die ich mit ihren Familien und anderen medizinischen Fachkräften treffe“. (BMJ 2023; 380: S. 209).

Ich sehe einen kranken, verzweifelten, atemlosen Patienten in einem ganz anderen Licht, wenn ich ihn schon einmal in der Klinik getroffen habe und weiß, dass er normalerweise aktiv ist, gerne in seinem Kleingarten arbeitet und Tomaten und Stangenbohnen anbaut und sich hauptsächlich um seine gebrechliche Frau kümmert. Es ist zu einfach, anhand des Geburtsdatums eines Patienten voreilige Schlüsse über seine übliche Lebensqualität zu ziehen. Ich habe auf meiner Station viele Patienten um die 90 betreut, die bis zu der Krankheit, die sie ins Krankenhaus und in meine Obhut brachte, gut und unabhängig lebten. Wenn ich einen Patienten kennengelernt habe, seinen Hintergrund kenne, weiß, was er durchgemacht hat und was in seinem Leben vor sich geht, macht das einen großen Unterschied bei der Beurteilung seiner aktuellen Krankheit und bei den

Entscheidungen, die wir gemeinsam über sein künftiges Management treffen. Und das wiederum verschafft mir weitaus mehr Befriedigung, als einen Patienten nur einmal zu sehen und nach einem 20-minütigen Termin lebensverändernde Empfehlungen für seine Zukunft zu geben. Für einige der Patienten, die ich sehe, gibt es keine Behandlungsmöglichkeit. Sie sind zu gebrechlich, ihre kardiale Anatomie ist für einen Eingriff nicht geeignet, sie haben Demenz (was meine Kollegen, die TAVI durchführen, jetzt als absolute Kontraindikation für einen Eingriff ansehen). Dann bleibt mir nichts anderes übrig, als sie in ihrer Krankheit zu begleiten und die Symptome zu behandeln, wenn sie auftreten. In meiner Praxis habe ich immer wieder die Erfahrung gemacht, dass „für Menschen, die mit einer anhaltenden Krankheit leben, einfühlsames Zuhören, das eine Verbindung zwischen dem Patienten und der medizinischen Fachkraft herstellt, therapeutisch sein kann“, und zwar nicht nur bei Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden, wie in dem Artikel, in dem ich dieses Zitat gefunden habe. (Chronische Schmerzen: Unterstütztes Selbstmanagement. BMJ 2024; 384: e072362).

Die chronische Herzerkrankung kann als eine Reise betrachtet werden, mit einem Anfang, wenn wir uns gemeinsam auf den Weg machen, einer Mitte, in der ich verschiedene Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung oder zur Überweisung für einen chirurgischen Eingriff geben kann, und einem Ende, wenn der Patient nicht mehr auf die Behandlung anspricht oder sehr gebrechlich geworden ist und meine Aufgabe darin besteht, ihn in den Tod zu begleiten. Ein Teil dessen, was mir an der Klinik gefällt, ist, dass die verschiedenen Patienten, die ich in einer einzigen Klinik sehe, sich in unterschiedlichen Stadien unserer gemeinsamen Reise befinden. Während ich dies schreibe, kamen gerade in der letzten Woche zwei Patienten zu mir, die eine bikuspidale Aortenklappe hatten. Dabei hat die Aortenklappe zwei statt drei Höcker, und die Patienten haben Probleme, wenn sich die Klappe verengt oder undicht wird, und sie können auch eine erweiterte Aorta entwickeln, die, wenn sie nicht operiert wird, bei Erreichen einer bestimmten Größe disseziieren oder reißen kann. Beide waren gesund und hatten in der Vergangenheit bereits Ultraschalluntersuchungen ihres Herzens erhalten, aber niemand hatte ihnen die Auswirkungen ihrer abnormalen Herzklappe wirklich erklärt. Einer der Patienten kam in mein Sprechzimmer und sagte: „Ich weiß gar nicht, warum ich hier bin“. Es war also sehr befriedigend, Zeit damit zu verbringen, ihren Zustand zu erklären, darüber zu sprechen, was sie in der Zukunft erwarten könnten und warum ich sie einmal im Jahr sehen wollte, um die Symptome zu überwachen und ein Echo zu machen. Für diese Patienten war dies der Beginn meiner Reise mit ihnen. Ich habe eine Reihe von Patienten, die ich sowohl vor dem Klappenersatz als auch nach dem Eingriff betreue. Wir lernen uns gegenseitig kennen, und ich lerne zu erkennen, wenn der Patient vor mir besonders ängstlich ist, was die Zukunft angeht. Da das Computersystem in meinem Krankenhaus nicht sicherstellt, dass der Patient jedes Jahr denselben Arzt sieht oder überhaupt einen Termin bekommt (wir haben eine Reihe von Patienten auf der Warteliste der Kliniken „verloren“, als wir vor etwas mehr als einem Jahr das Computersystem umstellten), habe ich begonnen, unsere Wartelisten zu durchsuchen und fast alle meine Termine selbst zu buchen, um sicherzustellen, dass ich die Patienten sehe, die gesehen werden müssen, und wenn möglich, die Patienten sehe, die ich zuvor gesehen habe. Wie Cathy Stannard und Colin Wilkinson in ihrem Artikel im BMJ über die Behandlung chronischer Schmerzen schrieben, sind einfühlsame und beständige Beziehungen zu den Ärzten nach wie vor die Grundlage einer erfolgreichen Behandlung. Untersuchungen zeigen, dass sich die Menschen vor allem eine starke, einfühlsame Beziehung zu ihrem Betreuer wünschen. Sie wollen Zeit haben, um zu besprechen, was für sie wichtig ist, und sie wollen einfachen Zugang zu Unterstützung. Gemeinsame Entscheidungen und eine personalisierte Pflege sind von grundlegender Bedeutung für eine erfolgreiche Unterstützung der Menschen in der heutigen Gesundheitslandschaft. (BMJ 2023; 380: S. 170) Medizin auf diese Weise zu praktizieren, ist viel befriedigender, als einen Patienten einmal für 15 Minuten und dann nie wieder zu sehen.

Auch wenn ich Patienten mit ähnlichen oder identischen Erkrankungen sehe, macht es die Ambulanzarbeit für mich unter anderem deshalb so interessant und erfreulich, weil kein Patient dem anderen gleicht. Sie erweisen mir die Ehre, ihre Geschichte mit mir zu teilen, und im Gegenzug tue ich mein Bestes, um ihnen zuzuhören, sie zu begleiten und zu hören, was sie mir sagen wollen. In seinem Buch „Der Sinn der Gaben“ schreibt Paul Tournier: „... Der wahre Sinn der Liebe besteht darin, den anderen zu verstehen, zu versuchen, ihn zu kennen und ihn... als Person zu erkennen. Das heißt, ihn als ein Wesen zu sehen, das sich von allen anderen unterscheidet.“ Obwohl Tournier dies im Zusammenhang mit Eltern schreibt, die ihren Kindern Geschenke machen, hat es bei mir Widerhall gefunden, als ich anfang, darüber nachzudenken, was ich in diesem Vortrag sagen könnte. Eine Patientin, die ich letzte Woche gesehen habe, die eine erweiterte Aorta hat und bei einem meiner Kollegen in Behandlung war, kam in die Klinik und schüttete mehrere Minuten lang ihre Angst darüber aus, dass es länger als erwartet gedauert hatte, bis sie wieder in der Klinik gesehen wurde. Man hatte ihr gesagt, man würde sich um sie kümmern, und dann hatte sie nichts mehr gehört. Sie war aufgeregt und besorgt über ihren Zustand. Nachdem sie sich beruhigt hatte, konnten wir über ihre jüngsten Untersuchungen sprechen, darüber, welche weiteren Untersuchungen ich vorhatte, und darüber, dass sie bei Sorgen einfach meine Sekretärin anrufen konnte, die alle Nachrichten an mich weiterleiten würde. Während der Konsultation (bei der auch ein Assistenzarzt im Raum saß) bedankte sie sich mehrmals dafür, dass ich ihre Frustration und ihre Gefühle auf eine Art und Weise ausdrücken konnte, zu der sie sich zuvor nicht in der Lage gefühlt hatte. Ich habe sie nicht „behandelt“, ich habe ihre Medikamente nicht verändert und auch keinen großen Eingriff empfohlen (obwohl ich glaube, dass ihre Aorta bald ersetzt werden muss, was für eine Frau in den Vierzigern mit vier Kindern eine beängstigende Vorstellung ist), aber sie fühlte sich in der Lage, mir zu sagen, wie sie sich nach der Wartezeit auf einen Termin fühlte. Helen Salisbury schreibt über „die besondere Freude, eine persönliche Liste zu führen, in der wir unser Wissen über die Patienten schrittweise und in vielen kurzen Interaktionen erweitern. Jede Konsultation baut auf der letzten auf, und Beziehungen, die anfangs vielleicht etwas zickig waren, werden mit der Zeit angenehm, da Vertrauen aufgebaut wird. Das macht die Arbeit sowohl überschaubar als auch befriedigend. Das ist Hausarztmedizin: Wir legen Wert auf den Aufbau von Beziehungen und das Verständnis des psychologischen und sozialen Kontextes der Symptome unserer Patienten neben einer genauen Anamnese, Untersuchung und medizinischen Behandlung. Das ist bei einem einzigen Termin schwer zu erreichen, aber bei wiederholten Konsultationen ist es viel einfacher. Wenn ein Patient mir gegenüber seine Wertschätzung zum Ausdruck bringt, ist das natürlich auch ein Grund, warum ich gerne ambulant behandle. Das Gespräch mit den Patienten ist auch der Grund, warum ich am Ende der Sprechstunde oft 30-60 Minuten zu spät komme. 25 Minuten für einen neuen Patienten und 20 Minuten für eine Nachuntersuchung sind manchmal nicht annähernd genug.

In einem Artikel, den Paul Tournier für „LADAPT“ geschrieben hat (in meiner Kopie des Artikels ist das Veröffentlichungsdatum nicht angegeben), schreibt er etwas, das ich für so wichtig halte, da ich meine Patienten immer wieder in der Klinik sehe. Wenn unsere Aufgabe eine doppelte ist, dann ist es das Bedürfnis der Patienten, eine möglichst wirksame wissenschaftliche Behandlung zu erhalten, und das Bedürfnis, nicht allein zu sein. ... Jede Krankheit und jedes Gebrechen bringt eine Reihe von Verzichtserklärungen mit sich, die schwer zu akzeptieren sind und von denen viele dauerhaft bleiben, selbst nach einer klinischen Genesung. Jede Rebellion ist ein verschlimmernder Faktor, jede Akzeptanz ein Faktor, der zur Heilung beiträgt. Aber Akzeptanz ist schwer. Was kann helfen? Ich denke, vor allem, sich verstanden zu fühlen. Man kann alles akzeptieren, wenn man nicht allein ist. Und es ist immer schwierig für den Gesunden, den Kranken wirklich zu verstehen, so wie es für den Reichen schwierig ist, den Armen zu verstehen, für den Glücklichen, den Unglücklichen zu

verstehen. Manchmal sagt mir ein Patient: „Ich habe Vertrauen zu Ihnen, weil Sie mich verstehen.“ Und sie sagen das, bevor ich überhaupt etwas von ihrem Fall verstanden habe. Sie meinen damit, dass sie sich als Person verstanden fühlen und nicht als klinischer Fall ... Ich denke, dass die Medizin der Person die doppelte Aufmerksamkeit auf den klinischen Fall und auf die Person richtet. Die Aufgabe des Arztes besteht in erster Linie darin, zu heilen, aber sie besteht auch darin, den Menschen zu helfen, zu wachsen, sich ihren Problemen zu stellen, zu gedeihen“.

Paul Tournier unterstreicht die Bedeutung einer wechselseitigen Beziehung zwischen Arzt und Patient, einer Beziehung zwischen Gleichgestellten. Er schreibt in demselben Artikel: „Der Arzt ist auch eine Person, mit ihren Freuden und ihren Sorgen, ihren Konflikten und ihren Zuneigungen, ihren Erfolgen und ihren Misserfolgen, ihren Hoffnungen und ihren Enttäuschungen, ihren Rebellionen und ihren impulsiven Handlungen. Und auch mit ihrem Bedauern“. Eines der Dinge, die ich daran schätze, Patienten über mehrere Jahre hinweg zu begleiten, ist die Tatsache, dass sie das Gefühl haben, mir Dinge mitteilen zu können, die sie vielleicht nicht mit jemandem teilen würden, den sie gerade zum ersten Mal treffen. Ich denke da an eine Frau, die vor einigen Wochen zu mir kam. Sie war älter, gebrechlich, aber ihr Haar und ihre Kleidung waren tadellos gestylt. Ihre beiden Söhne leben weit weg. Sie leidet an einer chronischen Herzklappenerkrankung, die ich nicht beheben kann, da eine Operation bei einer so alten und gebrechlichen Person, wie ihr, zu riskant wäre, so dass ich in der Klinik lediglich ihre Symptome überprüfen und gegebenenfalls ihre medikamentöse Therapie anpassen kann. Am Ende unserer Konsultation erzählte sie mir ein wenig darüber, warum einer ihrer Söhne ins Ausland gezogen war. Er hatte seinen männlichen Partner hier im Vereinigten Königreich kennengelernt, und sie erzählte mir in aller Bescheidenheit, dass es „damals“ nicht leicht für ihn gewesen sei. Sie hatten beschlossen, in das Heimatland seines Partners zu ziehen, wo es zu dieser Zeit einfacher war, eine homosexuelle Beziehung zu führen. Zum Schluss sagte sie, dass sie ihrem Schwiegersohn immer noch jedes Jahr eine Geburtstagskarte schreibt und ihm dafür dankt, dass er sich um ihren Sohn kümmert, der selbst nicht bei guter Gesundheit ist. Aus irgendeinem Grund ist mir dieses Gespräch im Gedächtnis geblieben - diese würdevolle Frau, die allein zurechtkommt, spricht über etwas, das für sie sehr schwierig gewesen sein muss. Was gibt es Persönlicheres, als über das Leiden oder die Schwierigkeiten eines der eigenen Kinder zu sprechen? Und ich war nur ihr Kardiologe und hatte das Privileg, dass sie ihren Weg mit mir teilen konnte. David Loxtercamp, ein Hausarzt in Maine, USA, schrieb 2015 in einem Artikel für das BMJ: „Verstanden zu werden und zu erleben, dass Ihr Arzt (oder eine andere Person, die sich um Sie kümmert) sich für Sie und die am meisten gehüteten, beängstigenden und intimsten Teile Ihres Lebens interessiert, ist eine Therapie für sich“

Während ich dies am Karfreitagmorgen schreibe und mich auf meine Reise nach Cambridge vorbereite, um in der Kapelle des King's College zu singen, die einige von Ihnen während der Tourismustage sehen konnten, denke ich an die Sprechstunde von gestern Nachmittag zurück. Vielleicht lag es daran, dass es sich um eine Extra-Sprechstunde handelte, die ich für dringende Patienten organisiert hatte, und dass es eine größere Vielfalt an Patienten gab als sonst. Zu meinen ersten Patienten gehörten zwei, bei denen ein Eingriff an der Herzklappe notwendig geworden war. Ich hatte sie schon einmal gesehen und ihnen die neuesten Ergebnisse ihrer Echokardiographie mitgeteilt, so dass unsere Diskussion darüber, wo sie ihren Eingriff durchführen lassen wollten, für sie keine völlige Überraschung darstellte. Eine andere Frau hatte ihre Klappenreparatur Ende letzten Jahres und war frustriert über ihre langsamen Fortschritte. Sie war im Januar zu meinem Assistenzarzt gekommen, immer noch atemlos und erschöpft, und ich war vorbeigekommen, um mit ihr zu sprechen und sie zu untersuchen, und wir hatten eine Echokardiographie organisiert, die zeigte, dass ihre Klappenreparatur erfolgreich gewesen war und ihr Herz kräftig pumpte. Ich

verbrachte eine Weile damit, ihre Fragen zu beantworten und sie zu ermutigen, weiterzumachen. Sie gab zu, dass sie sich am Tag nach einem fröhlichen Tag mit ihrer Gruppe alleinstehender Freunde zwar erschöpft fühlte, aber dass sich ihr Energielevel allmählich verbesserte. Medizinisch gesehen konnte ich nichts tun, um ihre Symptome zu verbessern, aber nachdem ich ihr die Echo-Befunde erklärt, ihr zugehört und versucht hatte, alle ihre Fragen zu beantworten, und ihr versichert hatte, dass sie keine „Herzinsuffizienz“ mehr hatte, ging sie zufrieden nach Hause. Ich konnte mir nicht erklären, warum es so lange dauerte, bis sie sich erholte. Alles, was ich tun konnte, war, sie zu ermutigen und ihr zuzuhören. Meine vorletzte Patientin war eine Frau, die ich vor einigen Jahren das letzte Mal mit einer schweren Aortenstenose gesehen hatte. Ich hatte ihr einen Klappenersatz angeboten. Damals fühlte sie sich gut, und trotz meiner Versuche, sie zu einem Klappenersatz zu überreden, hatte sie abgelehnt. Sie erinnerte mich daran, dass ich ihr gesagt hatte, dass ich mich weiter um sie kümmern würde, egal ob sie den Eingriff vornehmen lassen würde oder nicht. Und nun saß sie im Rollstuhl, war selbst in Ruhe stark atemlos und litt unter schnellem Vorhofflimmern (einer Herzrhythmusstörung). Ich sprach erneut über den Austausch der Klappe, aber sie glaubte nicht, dass sie das überleben würde, und lehnte erneut ab. Ich sprach über Patientenverfügungformulare (sie hatte bereits eines und wollte nicht wiederbelebt werden) und bat sie, es zu Hause griffbereit zu halten. Ich sprach darüber, ihren Hausarzt zu bitten, eine Patientenverfügung zu erstellen, damit jeder, der zu ihr gerufen wird, weiß, dass sie nicht ins Krankenhaus kommen möchte, und ihn um eine Überweisung an das Hospiz zu bitten. Ihre Schwiegertochter weinte am Ende des Gesprächs sichtlich und fragte mich, wie lange sie noch zu leben habe. Ich konnte mich nicht dazu durchringen, die nackte Wahrheit zu sagen, dass ich nicht glaube, dass sie noch lange zu leben hat, also benutzte ich einen bei Hausärzten beliebten Satz: „Ich wäre überrascht, wenn sie am Ende des Jahres noch am Leben ist. Ich gab ihr einige Tipps für den Umgang mit ihrer Atemnot und verschrieb ihr eine niedrige Dosis eines Diuretikums, erhöhte ihren Betablocker, um ihre Herzfrequenz ein wenig zu senken, und gab ihr Kodein gegen die Panik, die ihre Atemnot manchmal begleitet. Es fühlte sich an, als würde ich nur an den Rändern herumpfuschen. Was sie brauchte, war eine neue Aortenklappe, die sie immer noch ablehnte (und um ehrlich zu sein, war ich mir nicht sicher, ob ich meine Kollegen in ihrem jetzigen Zustand auch zu einem perkutanen Klappenersatz hätte überreden können). Am Ende der Konsultation ergriff sie meine Hand und bedankte sich bei mir. Ich war selbst den Tränen nahe. Ihre Schwiegertochter sagte dann, dass sie nicht aus dem Haus gegangen wäre, um in die Klinik zu kommen, wenn sie nicht bei mir gewesen wäre. Sie hatten meine Sekretärin angerufen, um sich zu vergewissern, dass sie mich sehen würde. Diese vielen Jahre, in denen ich sie begleitete, als sich ihre Klappe verengte und sie sich gut fühlte, haben mir etwas bedeutet. Es bedeutete, dass sie mich kannte, als es ihr sehr schlecht ging, und dass sie sich die Mühe machte, mich aufzusuchen. Vor einigen Jahren wurde viel über eine innovative Methode der Nachsorge von Patienten mit Herzklappenerkrankungen berichtet. Ein Krankenhaus in Kent richtete eine Klinik ein, die von Herzphysiologen geleitet wurde (die manchmal auch die Echokardiographie des Patienten durchführten). Jeder, der ihrer Meinung nach medizinische Hilfe benötigte, konnte an den Arzt weitergeleitet werden. Das ist alles schön und gut, wenn man versucht, den Ärzten Zeit (und Geld) zu sparen, aber die Patienten verpassen die Gelegenheit, ihren Arzt kennen zu lernen und ihm zu vertrauen, wenn es ihnen gut geht, so dass sie sich in der Lage fühlen, mit ihrem Arzt, den sie kennen, darüber zu sprechen, wenn sie Symptome entwickeln. Es überrascht mich immer noch, wie man durch den Besuch eines Patienten einmal im Jahr eine Beziehung aufbauen und gemeinsame Erinnerungen und Geschichten erzählen kann. Die Patienten erinnern sich viel besser als ich. Ich muss mich auf das verlassen, was ich in meinen Briefen an ihren Hausarzt schreibe, um mich zu erinnern, und ich versuche, das Persönliche ebenso wie das Medizinische einzubeziehen, um mich daran zu erinnern, nach ihren Tomaten, ihren

Kindern in Australien, ihrem kranken Ehemann oder ihrem Enkelkind, das Medizin studiert, zu fragen.

Im völligen Gegensatz dazu war meine letzte Patientin des Nachmittags eine junge Frau in den Zwanzigern, die ich in der Echokardiographie-Abteilung kennengelernt hatte, wo ich zu ihr gerufen worden war, weil sie eine stark undichte Aortenklappe hatte. Sie hatte eine Vorgeschichte mit psychischen Erkrankungen und war etwas unzuverlässig bei der Einhaltung von Terminen. Ich überwies sie an meine chirurgische Kollegin in London, die sich nach einer Diskussion der verschiedenen Klappenoptionen gemeinsam mit ihr für einen minimalinvasiven Gewebeklappenersatz entschied. Sie kam mit einem breiten Lächeln herein und sah strahlend gut aus. Sie ist in ihrem neuen Job viel glücklicher als in ihrem früheren Job im Supermarkt. Sie und ihr Partner denken darüber nach, eine Familie zu gründen, und ich war erstaunt, wie anders sie wirkte, als ich sie zum ersten Mal traf. Da sie eine Gewebeklappe hat und kein Warfarin nimmt, sollte sie in der Lage sein, eine normale Schwangerschaft und Geburt zu erleben, und man hat ihr gesagt, dass ihre Klappe 30 Jahre halten sollte (die alten Gewebeklappen hielten 10-15 Jahre). Es war ein auffallender Kontrast zu meiner vorherigen Patientin, aber bei beiden waren es Menschen, die mich schon einmal gesehen hatten, mich kannten und, wie ich hoffe, darauf vertrauten, dass ich mich um sie kümmern würde. Als ich gestern Abend nach Hause kam, war ich zwar erschöpft, aber zutiefst zufrieden, dass sich die Sprechstunde gelohnt hatte. Ich bin fest davon überzeugt, dass die Kontinuität der Betreuung von großer Bedeutung ist, nicht nur für die Patienten, sondern auch für mich, den Arzt, der sie behandelt. Die Beziehung ist ein wichtiger Teil des therapeutischen Prozesses. Sie ist wichtig für die Patienten und ihre Angehörigen, und sie ist wichtig für mich als behandelnden Kardiologen. David Loxtercamp schreibt im Vorwort seines Buches „Worauf es in der Medizin ankommt“: „Das Leben in einer kleinen, abgelegenen Gemeinde hat meine Kollegen und mich in den Mittelpunkt des Gemeindelebens gerückt. Wir bauen eine Praxis nach dem Vorbild dessen auf, was unsere Patienten uns sagen, was sie brauchen. Sie brauchen einen Hausarzt, der sie kennt und sich um sie kümmert. Sie brauchen eine Hausarztpraxis, die gemeinschaftsorientiert, generalistisch ausgerichtet und beziehungsorientiert ist. Sie wissen ebenso wie ihre Ärzte, dass das Streben nach Gesundheit mit einer engen, engagierten Beachtung des menschlichen Grundbedürfnisses nach Gespräch, Freundschaft und Hoffnung beginnt. Auch meine Patienten brauchen einen Kardiologen, der sie kennt und sich um sie kümmert, der generalistisch und beziehungsorientiert ist, der ihnen Gespräche, Freundschaft und Hoffnung geben kann.“

Einer der anderen Gründe, warum ich gerne ambulant Patienten behandle, ist die Befriedigung, das Rätsel zu lösen und die Ursache für das Problem meines Patienten zu finden. Da ich mich auf Herzinsuffizienz und Herzklappenerkrankungen spezialisiert habe, kommen viele der Patienten mit Atemnot oder geschwollenen Knöcheln zu mir. Manchmal ist die Antwort sofort ersichtlich, wenn sie ein Echo (Ultraschall des Herzens) erhalten haben. Sie haben vielleicht ein Herz, das nicht richtig pumpt, eine verengte Klappe oder eine undichte Klappe. Bei diesen Patienten kann ich den Grund für ihre Symptome nennen und sie beraten und behandeln. Manchmal ist es nicht sofort offensichtlich, warum das Herz nicht so stark schlägt, wie es sollte. War es ein Virus? Haben sie eine schleichende Koronarerkrankung (d. h. hatten sie in der Vergangenheit einen Herzinfarkt, ohne es zu merken, oder haben sie verengte Herzkranzgefäße)? Die Herausforderung besteht dann darin, die entsprechenden Tests durchzuführen, um herauszufinden, warum das Herz nicht so arbeitet, wie es sollte. Manche Patienten haben jedoch ein normales Echo, eine normale Lungenfunktion und keine Anzeichen einer Koronarerkrankung im CT-Scan. Warum sind sie atemlos? Manchmal sind ihre Erwartungen an das, was sie noch tun können sollten, zu hoch. Ich denke an eine energische ältere Dame, die ich vor kurzem gesehen habe und die mich zügig in mein Sprechzimmer begleitete (ich

gehe fast immer ins Wartezimmer, um meine Patienten abzuholen). Sie war zu ihrem Arzt gegangen, weil sie mehr Atemnot hatte. Alle ihre Tests waren normal, und ich musste ihr schließlich behutsam sagen, dass sie sich vielleicht damit abfinden müsse, dass sie nicht mehr so schnell laufen könne, wie sie es gewohnt sei. Helen Salisbury schrieb darüber im BMJ in einem Artikel mit der Überschrift "Is it just my age, doctor?" „ Die meisten von uns werden weniger fit und weniger beweglich. Schließlich schwindet unser Gedächtnis zusammen mit unserem Seh- und Hörvermögen, bis wir das letzte der sieben Shakespeare'schen Zeitalter erreichen - eine "zweite Kindlichkeit und bloßes Vergessen, ohne Zähne, ohne Augen, ohne Geschmack, ohne alles." Lange vor diesem letzten Stadium ist es jedoch üblich, dass die Menschen ihren Arzt aufsuchen und fragen "Stimmt etwas nicht oder werde ich nur alt?". Ihre Sorgen können sich auf den Verlust der Ausdauer, zunehmende Atemlosigkeit oder Probleme mit der Kontinenz oder der sexuellen Funktion beziehen. Ob sie überhaupt Rat suchen, hängt von ihren Erwartungen ab, die von den Erfahrungen ihrer Familie und der Menschen in ihrem Umfeld geprägt sind... Wenn sie die Frage nach dem Alter stellen, ist es meine Aufgabe, eine sorgfältige Anamnese zu erstellen und nach behandelbaren Ursachen zu suchen. Hat es in letzter Zeit eine Veränderung gegeben? Was können sie nicht mehr tun, was sie früher konnten? Erst wenn ich mich und den Patienten davon überzeugt habe, dass meine Medikamente nichts mehr ausrichten können, können wir den Rückgang auf das Alter zurückführen.Meine Aufgabe ist es, meine Patienten dabei zu unterstützen, gut zu altern und jede plötzliche und unerwartete Verschlechterung zu bemerken. Wie immer ist **die Kontinuität der Betreuung die magische Zutat der Allgemeinmedizin**, die es uns ermöglicht, herauszufinden, wann Untersuchungen und Überweisungen wahrscheinlich hilfreich sind - und wann nicht" (meine Hervorhebung). Ich würde behaupten, dass die Kontinuität der Versorgung ebenso wichtig ist, wenn Patienten an mich, den Krankenhauspezialisten, überwiesen wurden. Wenn ich mich entschließe, weitere Untersuchungen durchzuführen, und diese normal ausfallen, ist es meiner Meinung nach ein wichtiger Teil meiner Arbeit, dem Patienten in die Augen zu schauen und ihm zu versichern, dass ich nichts gefunden habe.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Grund, warum ich immer noch gerne in der Klinik arbeite, wohl darin liegt, dass es mir Spaß macht, die Geschichten meiner Patienten zu hören, herauszufinden, warum sie ihre Symptome haben, und manchmal etwas tun zu können, um ihren Zustand zu heilen oder zu lindern, aber vor allem genieße ich das Privileg, meine Patienten zu begleiten und einen kleinen Einblick in ihr Leben zu bekommen. Die Kontinuität der Behandlung, die langjährige Betreuung meiner Patienten, der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und die Freude, die sie beim Betreten meines Sprechzimmers ausdrücken, wenn sie mich wiedersehen, erfüllt mich immer wieder mit großer Zufriedenheit. Das ist einer der Hauptgründe, warum ich immer noch gerne zur Arbeit gehe, und ich merke täglich, wie glücklich ich mich schätzen kann.

*Dr. Kathy Webb-Peploe,
Fachärztin für Kardiologie und Allgemeinmedizin,
Worthing Hospital, Großbritannien*