

Comprehensive Care und Hirnforschung

Comprehensive Care ist keine Methode, sondern eine Haltung

Heinz-Joachim Meencke, Berlin

Der Begriff „Comprehensive Care“ beinhaltet „ganzheitliche Medizin“, er beinhaltet auch „umfassende medizinische Versorgung“. „Ganzheitliche Medizin“ ist zunächst einmal die Einführung des Patienten als Subjekt in die Medizin.

Der anthropologische Ansatz (z.B. Viktor von Weizsäcker) kritisiert das paternalistische Arzt-Bild und führt in die Arzt-Patienten-Beziehung die wechselseitige Beziehung von Subjekt und Objekt ein. Daraus folgt die Wahrnehmung, dass Krankheit und Kranksein nicht identisch sind. Kranksein realisiert sich subjektiv in der individuellen Lebensgeschichte des Patienten. Damit bekommt Krankheit auch einen Sinn.

Dieser anthropologische Gesichtspunkt zeigt, wie kurz DRG und evidenzbasierte Medizin greifen, wenn sie die Diagnose in den Mittelpunkt stellen und Krankheit und Kranksein vernachlässigen. Wir ahnen erst in Ansätzen, welcher Paradigmenwechsel hier eingeleitet wird. Wir vergessen 100 Jahre Psychoanalyse und Sozialmedizin und fallen in eine deterministische Mechanik des 19. Jahrhundert zurück.

Zum ganzheitlichen Ansatz in der Medizin gehört aber auch, dass die Existenz des Menschen auf seinen verschiedenen Ebenen gleichzeitig wahrgenommen wird: Biochemisch, physiologisch, psychologisch, spirituell.

Alle diese Ebenen müssen zum Verständnis und zur Behandlung von Krankheit herangezogen werden. Die dafür notwendigen Behandlungsformen umschließen Seelsorge, Psychotherapie, Biofeedback-Verfahren, medikamentöse Behandlung, chirurgische Behandlung, Stimulationsbehandlung und medizinische und berufliche Rehabilitationsverfahren und vieles mehr. Die Vielfalt dieser Behandlungsansätze macht es notwendig, dass unter dem Begriff Comprehensive Care auch Institutionen integriert werden, die diese verschiedenen Schwerpunkte repräsentieren: Die Akutklinik, die Ambulanz, den niedergelassenen Arzt, Einrichtungen der Arbeitstherapie, der Physio- und Sporttherapie, der medizinischen Rehabilita-

tion und der beruflichen Ausbildung und Rehabilitation und auch der Betreuungs- und Wohneinrichtungen. Die Integration des Patientenumfeldes bezieht Familie, Gemeinde, Arbeitsplätze und Kultureinrichtungen mit ein. Dies alles kann nicht mehr der heroische Einzeltherapeut leisten, sondern Teamarbeit und ein Netzwerk von Institutionen ist notwendig.

Comprehensive Care ist also keine Methode, besser gesagt, es ist eine Haltung, ein Konzept der therapeutischen Arbeit. Comprehensive Care meint Diagnose und Behandlung von Menschen mit Epilepsie unter Einbeziehung der Patienten-perspektive und der sozialen Dimensionen von Kranksein.

Das Bethel-Cleveland-Symposium hatte sich 1999 in Bielefeld mit dem Comprehensive-Care-Konzept auseinandergesetzt. Das Symposium zeigte ein großes internationales Interesse an diesen Behandlungsansätzen. Es wurde aber gleichzeitig deutlich, dass wir erst am Anfang auch einer internationalen Diskussion und Vernetzung der Behandlungsansätze stehen.

Medizin beginnt mit Helfen

Comprehensive Care muss die Ergebnisse der Hirnforschung in seinem integrativen Therapiekonzept wahrnehmen und nutzen. In der naiven Betrachtung des kausalen Zusammenhanges von Forschung und Therapie wird die Kenntnis der Krankheit vor der Therapie vorausgesetzt. Aber medizinhistorisch gesehen finden wir diese lineare Kausalität nicht. Medizin beginnt mit Helfen, die Theorie folgt. Schon die Geschichte unserer Einrichtung, der v. Bodelschwinghschen Anstalten in Bethel, zeigt das.

Auch in Bethel stand 1867 zunächst die Betreuung, die Behütung, das Diakonische am Anfang. Die Medikalisierung der

Behandlung der Epilepsie-Patienten musste gegen große Widerstände errungen werden. Sehr bald ist dann aber nach der Jahrhundertwende über die Pathologie, zunächst eine Hilfswissenschaft der klinischen Arbeit, der Forschungsansatz die Ursache von Epilepsien und Folge epileptischer Anfälle zu verstehen, in die Arbeit eingegangen. Auch in Bethel siedelte sich dann die naturwissenschaftlich orientierte Epileptologie in dem Spannungsfeld von neuropathologischer, neurophysiologischer Forschung, diagnostischer Praxis und den darauf abgestimmten Behandlungskonzepten an. Stück für Stück wurde der Epilepsie der Ruf der Unheilbarkeit genommen. Gleichzeitig zeigte sich aber, dass der naturwissenschaftliche Erkenntnisgewinn, die so genannte objektive Realität, das Subjekt, das heißt das Wissen über den erkrankten Menschen verloren gehen ließ. Was krank, was gesund ist, hängt ganz wesentlich von der jeweiligen Lebenssituation des erkrankten Menschen ab. Bei der Epilepsie zeigt sich in ganz besonderer Weise, dass Gesundheit und Krankheit kein Gegensatzpaar sind, dass Gesundheit und Krankheit keinen abgeschlossenen Zustand bilden. Epilepsie wird überwiegend anfallsartig als epileptischer Anfall erfahren, im Intervall fühlen sich die Patienten gesund.

Epilepsie ist ein bevorzugtes Modell der Hirnforschung

Aber, der epileptische Anfall ist auch ein Symptom einer Disposition, um das Wort Krankheit zu vermeiden, die wir Epilepsie nennen. Epilepsie erfasst immer – mehr oder weniger – das ganze Gehirn. In Abhängigkeit von der Ätiologie der Epilepsie sind kortikale Funktionen beeinträchtigt und damit ist die Epilepsie ein bevorzugtes Modell der Hirnforschung. In der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Hirnforschung wird überwiegend die Entscheidungs- und

Handlungsebene (tertiärer Assoziationskortex) wahrgenommen (Stichwort: „Ist der Mensch frei“). Wir können auf dieser Ebene Phänomene beschreiben und Hirnregionen bildgebend darstellen, die an den kognitiven Prozessen beteiligt sind, ohne zu verstehen, „wie“ sie ablaufen. Wir beobachten Epiphänomene. Freiheit der Entscheidung/Freiheit der Handlung ist eine Kategorie, die neurobiologisch nicht gefasst werden kann. Anders ist es mit kortikalen Funktionen, die wir in Beziehung sehen zu primären und sekundären Kortexarealen, was wir auch Hirnwerkzeugstörung genannt haben, Störungen im Bereich der verschiedenen Sinnesmodalitäten, im weiteren Sinne Störungen im Bereich des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, was allerdings schon wieder Übergänge in große frontale Assoziationsareale beinhaltet. Diese Modalitäten sind bei Epilepsien in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Syndromen beeinflusst, und prägen mit ihren besonderen Leistungsveränderungen die jeweilige Persönlichkeit des Patienten. Dies ist sozusagen das biologische Rüstzeug, auf dessen Basis das Leben gestaltet werden kann. Dieser biologischen Bühne muss sich der ganzheitliche Therapieansatz bewusst sein.

In der Begegnung mit dem Patienten ist es immer wieder ein schwieriger Gesprächsprozess, den Unterschied zwischen Epilepsie und epileptischem Anfall deutlich zu machen. Nach unserem Konzept hat die Epilepsie eine biologische Ursache, und die Frage ergibt sich häufig sehr drängend für den Patienten, warum gibt es den epileptischen Anfall jetzt hier in dieser Situation? Der Patient erlebt, dass eine Epilepsie nicht nur Störung synaptischer Vorgänge ist, sondern seine individuelle Lebensgeschichte formt und manchmal dominiert. Dies gilt natürlich auch für andere Erkrankungen, insbesondere chronische Erkrankungen, aber nur wenige Erkrankungen formen das Leben eines Menschen so stark wie die Epilepsie.

Wir glauben, dass das Konzept, dass die Epilepsie lediglich ein biographisches Konstrukt ist, das sich über die epileptischen Anfälle Ausdruck verschafft, zu kurz greift. Gleichwohl hat die Biographieforschung wichtige Erkenntnisse zur lebensgeschichtlichen Bedeutung der Epilepsie und der epileptischen Anfälle unter anthropologischen Gesichtspunkten gebracht. Ich glaube, dass die Epilepsie ein Modell sein kann für die gegenseitige Interaktion von, um es kurz zu sagen, Biologie und Biographie.

Den Einfluss der Biologie auf die Biographie hatte ich schon angedeutet: Die kortikalen Funktionsstörungen, die die Basis der Persönlichkeitsstörungen sind. Aber darüber hinaus erkennen wir die psychodynamischen und psychosomatischen sowie psychosozialen Konsequenzen von Epilepsie und epileptischen Anfällen. Immer stärker auch in das klinische und wissenschaftliche Interesse treten die psychiatrischen Gesichtspunkte, die häufig sogar dominierend das Leben eines Epilepsie-Patienten prägen können.

Wie steht es mit der Beeinflussung der Biologie, der Epilepsie durch die Biographie des Patienten? Ist diese Beeinflussung rein funktionell möglich? Der epileptische Anfall als lebensgeschichtliches Signal, Abwehrersatz oder Versuch der Gesundung, wie es anthropologisch debattiert werden kann. Ist das vorstellbar, ohne dass ein „epileptisches Neuron“ vorhanden ist, ohne eine manifeste Störung von Membranvorgängen? Ist eine Störung des Gleichgewichtes von Erregung und Hemmung denkbar, einzig und allein durch psychodynamische Einflüsse? Oder brauchen wir als biologische Ursache die Epileptogenese, die Membranstörung, vor deren Hintergrund erst die psychodynamischen Einflüsse wirksam werden können?

Strittige Fragen:

Wie ist es mit den Gelegenheitsanfällen? Bei den spezifischen Gelegenheitsanfällen nehmen wir eine zugrundeliegende Epileptogenese an. Wie ist es mit den Gelegenheitsanfällen „ohne Gelegenheit“, dem einmaligen Anfall im Leben eines Menschen? Ist dies ein Modell für epileptische Anfälle ohne Epileptogenese?

Neben diesen vermuteten funktionellen Einflüssen der Biographie auf die Biologie gibt es inzwischen Hinweise der direkten Einwirkung biographischer Faktoren auf die biologisch bestimmte Epileptogenese. Im Dezember 2005 wurden auf der Amerikanischen Ligatagung experimentelle Befunde diskutiert. Sie zeigten, dass Stressfaktoren zur Hippokampussklerose führen können, das heißt zu Strukturveränderungen in Regionen, die wir als Ursprungsort bestimmter epileptischer Anfälle nachgewiesen haben. Die Wirkung des biologischen Einflusses auf die Biographie hängt von der variablen individuellen psychodynamischen Konstruktionsleistung und der Gestaltungskompetenz des jeweiligen Patienten ab. Diese Gestaltungskompetenz

mag ihrerseits wieder biologisch bestimmt sein. Bemerkenswert ist ja, dass gerade dialektische Einrichtungen die Comprehensive-Care-Projekte vorantreiben. Das christliche Menschenbild geht davon aus, dass jeder Mensch etwas Einmaliges, etwas Besonderes ist. Aber: Wir haben ein Problem: Klinisch angeregte Forschung in Deutschland wird gering geschätzt und bisher nur wenig gefördert. Nicht zuletzt daraus ergibt sich auch, dass wir immer wieder mühsame Versuche unternehmen müssen, klinische und experimentelle Daten zusammen zu bringen.



Am 6. und 7. Oktober 2006 fand der „Internationale Epilepsiekongress“ im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge statt. Die Tagung war Teil einer Veranstaltungsreihe der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel aus Anlass des 175zigsten Geburtstages von Pastor Friedrich von Bodelschwingh. Das Epilepsiezentrum Berlin-Brandenburg gehört seit 2002 zum Verbund der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Heinz-Joachim Meencke
Medizinischer Direktor am Evangelischen Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge,
KEH und Leiter des Epilepsiezentrum Berlin Brandenburg
Herzbergstraße 79
10365 Berlin