



Zuversichtlich: Patient Joachim Mohr und Kardiologe Professor Karl-Heinz Kuck unterhalten sich wenige Minuten vor dem Eingriff (im Krankenhaus St. Georg in Hamburg im Jahr 2012).

„Mein Herz schlägt wieder regelmäßig – wie wunderbar!“

Seit meiner Kindheit quälen mich Herzrhythmusstörungen.
Katheterablationen haben mir geholfen.

Joachim Mohr

Es geht nicht mehr. Es reicht. Es muss sich etwas ändern.“ Dieser Meinung war nicht nur ich, sondern auch meine Ärzte. Mein Herz schlug seit Wochen so unregelmäßig, dass es selbst für mich, erfahren und gestählt, in einem jahrzehntelangen Kampf mit Herzrhythmusstörungen, zur unerträglichen Plage wurde.

Seit mehreren Monaten litt ich unter „multiplen Rhythmusstörungen“, wie die Mediziner nett sagten: Immer wieder quälten mich Anfälle von Vorhofflimmern, in unregelmäßigen Abständen gesellte sich für mehrere Stunden

eine „atriale Tachykardie“ mit einem Puls von 200 und mehr Schlägen dazu. Ansonsten hatte ich die meiste Zeit zudem einen sogenannten Bigeminus, einen Herzrhythmus, bei dem jeder zweite Schlag ein Extraschlag ist.

Ich war in den Monaten davor zu oft bei Kardiologen, in Notaufnahmen und bei anderen Ärzten gewesen. EKGs, Belastungs- und Langzeit-EKGs waren gemacht worden, zeitweise trug ich einen Eventrecorder mit mir herum, mit dem ich im Fall eines Anfalls selbst ein EKG aufzeichnen konnte. Natürlich wurde mein

Herz per Ultraschall analysiert, fleißige Arzthelferinnen nahmen Blut ab. Die Dosis meiner Herzmedikamente wurde gesenkt, erhöht und wieder gesenkt.

Ich war kaum mehr in der Lage, einen normalen Alltag zu führen. Und ich wusste, die belastenden Attacken konnten auch gefährlich werden.

Es bot sich noch eine Chance – eine Katheterablation. Eine Art Reparatur tief im Herzinneren: Bei einer Ablation werden von beiden Leisten oder einem Handgelenk und teilweise zudem vom linken oberen Brustbereich mehrere Katheter in die Herzkammern geschoben. Die Spitzen eines Katheters können stark erhitzt oder extrem gekühlt werden, sodass die Operateure fähig sind, mit ihnen Herzgewebe zu veröden, also zu zerstören.

Innen im Herzen werden so Narben angelegt. Zweck der gezielten Verletzung: Mit Narbengewebe soll verhindert werden, dass sich fehlerhafte elektrische Impulse ausbreiten. Denn Herzrhythmusstörungen werden durch falsche elektrische Erregung verursacht, Narbengewebe leitet aber nicht, kann also die ärgerlichen Impulse stoppen. Man könnte auch sagen, bei einer Katheterablation werden innerhalb des Herzens Schutzmauern errichtet. So stelle ich als Patient mir das zumindest vor.

Herzrhythmusstörungen habe ich, seit ich denken kann, schon als Kind und Jugendlicher haben mich die Plagegeister geärgert, denn leider bin ich mit einem mehrfach fehlgebildeten Herzen geboren. Mit Anfang zwanzig musste ich ein Loch in meiner Herzscheidewand schließen lassen, eine Operation am offenen Herzen. Nach der Operation hatten sich meine Rhythmusstörungen verschlechtert.

Zuerst halfen mir noch Medikamente, etwa 15 Jahre lang. Digitalis, Chinidin, Verapamil, Amiodaron, Flecainid, Sotalol und andere Stoffe wurden meinem Herzen in bester Absicht zugeführt. Doch die Mittel aus dem Chemiebaukasten der Pharmakologen verloren nun anscheinend ihre Wirkung.

So blieb immer häufiger nur die „Elektrokardioversion“: Dabei wird ein Stromstoß durch den Brustkorb und das Herz gejagt, um

die Herzmuskelzellen zu synchronisieren und wieder einen regelmäßigen Herzschlag zu erzeugen. In meinem Leben hatte ich insgesamt schon mehr als zwei Dutzend Elektrokardioversionen hinter mich gebracht. „Grillen“ oder „stromen“ nennen das Ärzte und Pfleger in den Notaufnahmen gern.

Was mich jetzt erwartete, war aber leider nicht meine erste Katheterablation – es war meine vierte! Oh, wie furchtbar, werden Sie jetzt vielleicht denken. Im Nachhinein sollte sich jedoch gerade der vierte Anlauf als lohnend erweisen. Die Ablationen davor haben zwar ebenfalls geholfen, aber leider nicht auf Dauer. In meinem fehlgebildeten Herzen herrschten und herrschen eben komplizierte Zustände.

RHYTHMUSKORREKTUR

Was erlebt ein Patient bei einer Katheterablation? Nun, meist am Tag vorher warten erst einmal die üblichen Untersuchungen, die man vom Kardiologen kennt: EKG, Blutabnahme, Ultraschall. Und natürlich bespricht der Arzt mit seinem Patienten den Eingriff und die möglichen Risiken.

Bei manchen Rhythmusstörungen, so auch in meinem Fall, wird zudem ein sogenanntes Schluck-Echo durchgeführt. Bei der „transösophagealen Echokardiographie“, so heißt es im Mediziner-Sprech korrekt, wird ein sehr kleiner Ultraschallkopf über die Speiseröhre bis an den Mageneingang vorgeschoben. Damit liegt der Ultraschallkopf direkt neben dem Herzen, und es entstehen Ultraschallbilder der menschlichen Blutpumpe ohne störende Einflüsse etwa der Lunge oder der Rippen.

Damit können die Ärzte unter anderem ausschließen, dass sich, verursacht etwa durch Rhythmusstörungen, Blutgerinnsel im Herzen befinden. Die könnten während des Eingriffs ausgeschwemmt werden und einen Schlaganfall verursachen. Was natürlich niemand will.

Sorge vor Würgereiz und Übelkeit braucht bei der Untersuchung übrigens niemand zu haben. Dank einer kurzen Narkose bekommt man vom Endoskop im Hals nichts mit. Auch ich genieße für ein paar Minuten ein Schlafmittel.

»Ich war kaum mehr in der Lage, einen normalen Alltag zu führen.«

»Bei einer Katheterablation werden innerhalb des Herzens Schutzmauern errichtet – so stelle ich mir das als Patient zumindest vor.«

Das Ergebnis ist erfreulich: Keine Gerinnsel zu finden, das Blut im Herz fließt störungsfrei.

Da die Katheter häufig an den Leisten eingeführt werden – bei mir war das bei allen vier Ablationen so –, sollte dort freie Sicht herrschen. Also, vor der Prozedur müssen unterhalb des Bauchnabels alle Haare weg, fein säuberlich. Männer, die auf Brust und Rücken mehr als ein paar Härchen haben, müssen auch dort zum Rasierer greifen.

Am Abend vor solch einem Eingriff genehmige ich mir immer eine Beruhigungstablette. Warum sich unnötig Sorgen machen und wach liegen, sage ich mir. Trotzdem beschäftigen mich vor der Prozedur Fragen: Wird es gelingen, meine Herzrhythmusstörungen auszuschalten, werde ich endlich wieder einen normalen Herzschlag genießen können? Oder endet der Eingriff wie die drei Ablationen zuvor ohne vollständige Heilung? Kommt es bei dem Eingriff gar zu Komplikationen?

Am nächsten Morgen darf ich nichts frühstücken, ich muss nüchtern bleiben. Ich werde ins elektrophysiologische Labor geschoben, wo der Kathetereingriff vorgenommen wird. Alle lebenden Wesen dort sind in schicke grüne OP-Klamotten gehüllt, nur ich trage ein knappes, hinten offenes Hemdchen. Auf den Operationstisch muss ich mich selbst legen, ein Tritt mit zwei Stufen hilft beim Aufstieg.

Meine Leisten und die linke obere Brusthälfte werden mit roter, antiseptischer Flüssigkeit desinfiziert, über meine Hoden darf ich mir einen Bleischutz gegen die Röntgenstrahlen schieben. Je eine handflächengroße Elektrode klebt eine OP-Schwester auf meine Brust und meinen Rücken, daneben kleine Elektroden, um das EKG abzuleiten. Die Schwester platziert eine Manschette zum Blutdruckmessen an meinem linken Oberarm, über den rechten Zeigefinger klemmt sie mir einen Pulsoximeter, der den Sauerstoffgehalt in meinem Blut messen kann. Dann wird die Röntgenanlage justiert.

Neben mir sind mehrere Bildschirme angebracht, einer zeigt meine Vitaldaten. Ich werde mit einer Infusion verbunden, mit jeder Menge Tüchern abgedeckt und an den Tisch geschnallt – die Beine, der Rumpf, die Arme. Jetzt

sind der Anästhesist, zwei Schwestern und der Operateur da, und ich bin tadellos hergerichtet, eins-a-OP-fertig. Wobei mir in dem Moment vor allem kalt ist, was es mir bisher vor jeder Ablation war, denn in den Operationsräumen ist es meistens kühl und der Patient, von den dünnen Tüchern abgesehen, ja nackt.

„Gleich schlafen Sie“, versichert der Anästhesist. Kurz spüre ich, wie das Narkotikum Propofol mein Gehirn flutet, es fühlt sich angenehm an, ich leiste keinen Widerstand – und schon ist es dunkel.

Katheterablationen können vorgenommen werden, wenn der Patient bei Bewusstsein ist oder durch ein Narkosemittel sediert. Ich habe beides schon erlebt. Auch dabei wach zu sein, ist nicht schlimm. Außer den Piks der Spritzen für die lokale Betäubung in den Leisten habe ich nicht viel gespürt. Die Katheter in den Blutgefäßen und im Herz schmerzen nicht. Trotzdem ziehe ich die Schlafvariante vor. Warum angespannt auf dem Operationstisch liegen und alles mitbekommen, wenn man nichts dazu beitragen kann? Es wird einem als Patienten ja nur eine leichte Narkose verabreicht, keine Vollnarkose.

Natürlich ist eine Katheterablation riskanter, als etwa einen Leberfleck zu entfernen. Es wird ja immerhin innerhalb des Herzens gearbeitet. Mögliche Komplikationen: Neben eher kleineren Ärgernissen wie Blutungen oder Infektionen an den Stellen, wo die Katheter eingeführt werden, kann es zu einem Schlaganfall kommen, in sehr, sehr seltenen Fällen kann es sogar vorkommen, dass die Sache tödlich endet.

Ich versuche bei medizinischen Problemen allerdings immer, mit kühlem Verstand die Vor- und Nachteile abzuwiegen. In meinem Fall scheinen die Risiken vertretbar, davon sind die Ärzte überzeugt, und die Chancen stehen gut, dass es mir anschließend besser geht. Vielleicht sogar wesentlich besser.

LEBENSQUALITÄT GESCHENKT

Der erste Augenblick, den ich nach der Operation wahrnehme: Ich liege noch auf dem Tisch, jemand spannt mit großer Kraft einen Verband über meine rechte Leiste. Nach einem Augen-



Modernste Technik: Unter Narkose bekommt der Patient von einer Katheterablation nichts mit.

blick – alles wieder dunkel. Langsam zu mir komme ich dann auf der Wachstation. Schnell kann ich es spüren: Mein Herz schlägt regelmäßig, keine Extraschläge, keine Herzrhythmusstörungen. Mein Herzschlag fühlt sich gut an, schon weil ich ihn kaum spüre – er scheint normal zu schlagen!

Auf meinen beiden Leisten sind große, schwere Druckverbände angebracht. Dort, wo die Katheter in mich eingeführt wurden, sollen Nachblutungen verhindert werden. 18 Stunden, bis zum nächsten Morgen, muss ich ruhig liegen, nach Möglichkeit mich nicht bewegen. Das ist lästig, aber nicht schlimm.

Mein Rücken schmerzt stark, was nicht selten ist nach einer Ablation, hat aber nichts mit dem Herzen zu tun, sondern kommt vom Liegen auf dem flachen, harten Operationstisch. Ebenfalls lästig, aber ebenfalls nicht schlimm. Ich bekomme deshalb ein Schmerzmittel. Am nächsten Tag blute ich noch ein wenig an einer Leiste, die Ärzte können die Blutung allerdings zügig stoppen.

Das Entscheidende jedoch ist: Mein Puls ist normal – nicht unregelmäßig, nicht zu schnell, nicht zu langsam. Mein Herz schlägt im Sinusrhythmus. Wie wunderbar!

Meine vierte Katheterablation hat mir enorm viel Lebensqualität geschenkt. Vor rund acht Jahren hat der Eingriff stattgefunden, und seitdem habe ich auf keiner kardiologischen Station eines Krankenhauses mehr übernachtet. Das hatte ich die 30 Jahre davor nicht. Dafür bin ich dankbar.

Ab und zu schlägt mein Herz zwar auch heute noch für ein paar Sekunden unregelmäßig, aber es findet bisher immer wieder selbst zu einem regelmäßigen Rhythmus. Ich nehme Medikamente, ein Antiarrhythmikum und einen Betablocker. Und leider ist mein Herzschlag mehr oder weniger statisch, auch bei Anstrengung kann er auf nicht mehr als knapp 80 Schläge pro Minute steigen. Aber seit acht Jahren habe ich keine schweren Herzrhythmusstörungen mehr – welch ein Glück!

Jeder Patient sollte sich mit seinen Ärzten überlegen, ob eine Katheterablation für ihn hilfreich ist. Angst davor, das braucht niemand zu haben. Schmerzen und Unannehmlichkeiten halten sich absolut in erträglichen Grenzen. Und die meisten Rhythmuspatienten benötigen natürlich auch keine vier Ablationen – wie ich mit meinem sehr speziellen Herz.