Herzschr Elektrophys 2014 · 25:129–139
DOI 10.1007/s00399-014-0340-8
Online publiziert: 29. August 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Joachim Hebe

Elektrophysiologie Bremen, Am Herzzentrum Links der Weser, Bremen, Deutschland

Vom „Geben und Nehmen“ oder „mit den Augen eines Kindes“

Hintergründe zu den hier gezeigten 11 Exemplaren aus der Sammlung von Kinderbildern von Dr. Joachim Hebe, Elektrophysiologie Bremen:

Die für dieses Heft ausgewählten Bilder sind nur ein kleiner Auszug meiner inzwischen mehr als 2500 Exemplare umfassenden Sammlung von Skizzen, Bildern, kleinen Gemälden, Gebilden, Collagen, Gedichten bis hin zu Song-Texten, die von unseren jüngeren Patienten in den letzten 25 Jahren gefertigt wurden. Die ursprüngliche Idee bestand darin, durch den Auftrag ein Bild malen zu lassen, die Aufmerksamkeit während des stationären Aufenthalts ein wenig von der bevorstehenden elektrophysiologischen Untersuchung abzulenken. Hieraus entwickelte sich über die Jahre ein unumstößliches Ritual als fester Bestandteil der invasiv-elektrophysiologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in unserem Zentrum.

Meist bleiben gerade einmal 2 bis 3 Tage für Arzt und Patient, sich kennenzulernen, intensive Gespräche über die gewählte therapeutische Strategie zu führen, Vertrauen aufzubauen und gemeinsam einen Eingriff am Herzen zu meistern, der zumindest aus Patientensicht immer einmalig und besonders ist. Die Bildübergabe steht am Ende dieses kurzen Krankenhausaufenthalts, gefüllt mit einer Vielzahl intensiver, prägender Eindrücke und individuell sehr unterschiedlicher Empfindungen.

Die Idee zum Bildauftrag entstand auch aus der Neugier, etwas mehr von der kindlichen Auffassung über die eigene Erkrankung oder den Empfindungen beim Tachykardie-Anfall in der alltäglichen Umgebung und nicht zuletzt über die Wahrnehmung unseres Tuns aus der

Perspektive des Kindes zu erfahren. Zudem bietet sich hiermit für den jungen Patienten eine weitere Gelegenheit, aktiv zum *Gesundwerden* beizutragen, indem die nicht selten mühsam und hartnäckig ausgefochtene Vereinbarung zwischen Behandler und Patient erfüllt wird. Die Übergabe des Kunstwerkes ist in aller Regel begleitet von ausführlichen Erklärungen, kindlichem Stolz und gespannter Erwartung, wie wohl das frisch gestaltete Werk ankommen wird.

Was nach der Verabschiedung neben allen medizinischen Daten bleibt, ist ein persönliches Stück Kunst, wie ein Fingerabdruck, von Kindern und Jugendlichen jeglicher sozialer Schicht wie auch geographischer Herkunft, als Teil einer unschätzbar wertvollen und stetig wachsenden Sammlung.

Nachdem Pablo Picasso eine Ausstellung mit Kinderbildern besucht hatte, sagte er:

Als ich so alt war, malte ich wie Raphael. Aber ich brauchte ein Leben lang, um so zu malen wie die Kinder

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Betrachten der hoffentlich eindrucklichen Auswahl an Kinder-Herz-Bildern. Sie ist das Resultat eines Entscheidungsprozesses, welcher zu den schwierigsten Aufgaben bei der Erstellung dieses Heftes gehörte.

Ihr

Joachim Hebe

Korrespondenzadresse

Dr. J. Hebe

Elektrophysiologie Bremen
Am Herzzentrum Links der Weser
Senator-Weßling-Str. 1, 28277 Bremen
j.hebe@ep-bremen.com

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Hebe gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Coverbild

Patrick, 8,5 J. (Alter bei Ablation), strukturell normal angelegtes Herz, seit 12 Monaten wiederholt Schwindel, „Schwarz-werden-vor-den-Augen“ und vereinzelt Kollapszustände, im Ultraschall eingeschränkte LV-Funktion mit V. a. tachykardieinduzierter Kardiomyopathie, niemals subjektiv „Herzrasen“.

Dx: intermittierend permanente FAT, Ablation Arrhythmiefokus im RA-Ohr, HB 2005

Abb. 1 ▲ Weiss, (m) 12 J. (Alter bei Ablation), seit 12 Monaten rez. Tachykardien, besonders nach körperlicher Belastung (Spielen, Toben, Sport), jedoch auch im Sitzen, z. B. während des Schulantrichtes. Jeweils starke Palpitationen, leichter Schwindel, keine Synkopen und große Angst vor erneuten Episoden (Vater verstarb 2 Jahre vor Ablation an Myokardinfarkt).
Dx: Typ. AV-Knoten-Reentrytachykardien, Modulation der langsamen AVN-Leitung HB 2005

Abb. 2 ▲ Burak, 8 J. (Alter bei Ablation), Herzerasen seit 33. Lebenswoche, 2–3 Episoden/Monat, zuletzt Anfallsdokumentation im NAW nach Tachykardie beim Fußballspielen, Terminierung mit Adenosin i.v. (obwohl EPU in tiefer Propofolsedierung durchgeführt wurde, herrscht hier offensichtlich eine klare Vorstellung über die Zeit während des Eingriffs). Dx: Atrioventrikuläre Reentrytachykardie, Ablation einer links-lateralen verborgenen akzessorischen Leitungsbahn, HB 2006

Abb. 3 ▲ Jacob, 7 J. (Alter bei 1. Ablation), komplexer angeborener Herzfehler (hypoplastisches Linksherzsyndrom, Endokardfibroelastose, Hypoplasie dist. Aortenbogen), Z. n. mehreren Palliativoperationen, zuletzt Kompletterierung einer cavopulmonalen Anastomose im Alter von 2 J., 7 Mo.; mit 5 J. erstmals atriale Tachykardien.
 Dx: Inzisionale atriale Tachykardie, Ablation im pulmonalvenösen Atrium mit 6 und 7 J. Normaler Schulbesuch und sportliche Aktivität als sehr aktives und lebenslustiges Kind, Jacob verstarb 7 Tage vor seinem 11. Geburtstag an massiver Thrombose und Gerinnungsversagen

Abb. 4 ▲ Sarah, 12 J. (Alter bei Ablation), Mitralklappendysplasie mit schwerer Insuffizienz, Mitralklappen-Ersatz im Alter von 19 Monaten, erste Tachykardie-Episoden bereits 3 Monate präop., wiederholte i.v.-Terminierungen (Adenosin) notwendig, z. B. im Alter von 3 J. nach heftigem Streit mit der Schwester, dabei Schwindel, Luftnot, keine Synkope.
Dx: Typ. AV-Knoten-Reentrytachykardie, Modulation der langsamen AV-Knoten-Leitung, HB 2003

Abb. 5 ▲ Lissy, 10 J. (Alter bei Ablation), mit 4 J. erstmals Dokumentation von rez. anhaltenden Tachykardien bei Untersuchung wegen fieberhaften Infektes, HF bis 260/min ohne Schwindel/Synkope oder Angabe von „schnellem Herzschlag“, LV-FX und -Dimensionen altersgerecht.
Dx: Fokale atriale Tachykardie, Ablation von 2-mal ektopen atrialen Foki, beide im RA, HB 2010

Abb. 6 ▲ Kilian, 7 J. (Alter bei Ablation), mit 6 J. erstmals Tachykardien. Die Mutter fühlte regelmäßigen aber viel zu schnellen Puls auf der Brust, jeweils mit spontanem und abruptem Ende. Patient zunächst asymptomatisch, dann Zunahme der Häufigkeit mit bis zu 3 Ereignissen/Woche und Zunahme der Episodendauer. Entwicklung eines ausgeprägten Leidensdruckes, u. a. durch wiederholte Episoden während des Schulunterrichts, bei denen Kilian jeweils bis zur Pause durchgehalten hat, um nicht bei den Mitschülern aufzufallen.
Dx: WPW-Syndrom, Ablation einer offenen links-posterolateralen akzessorischen Leitungsbahn, HB 2009

Abb. 7 ▲ Laura, 11 J. (Alter bei Ablation), mit 7 J. erstmals rez. Tachykardien, mit 11 J. nahezu tägliche Episoden mit Dyspnoe, Sehstörungen, Schwindel und Zephalgien. Dx: WPW-Syndrom, Ablation einer offenen rechts-posterolateralen akzessorischen Leitungsbahn, HB 2009

Abb. 8 ▲ Bild eines jugendlichen Patienten ohne Unterschrift – kann leider nicht mehr zugeordnet werden

Abb. 9 ▲ Eliza, 14 J. (Alter bei Ablation), seit Monaten rez. Herzrasen mit bis zu 2 h Dauer, teilweise Schwindel und Präsynkope, Auftreten in Ruhe wie unter Belastung, zunehmende Ereignisfrequenz, Zuweisung zur EPU nachdem „endlich“ die EKG-Dokumentation gelang.
Dx: Typ. AV-Knoten-Reentrytachykardie, Modulation der langsamen AV-Knoten-Leitung, HB 2009

Abb. 10 ▲ Jana, 11 J. (Alter bei Ablation), leistungsorientierte Sportlerin (Turnen), mit 10 J. erstmals rez. Tachykardien, jeweils aus der Ruhe heraus, niemals beim Sport, stark symptomatisch mit Schwindel, Luftnot und ausgeprägter Angst vor Rezidiven.
Dx: Antidrome atrioventrikuläre Reentrytachykardien auf dem Boden einer Mahaim-Faser, Ablation am Trikuspidalklappenannulus posterolateral, HB 2006