

„Intensivmedizin – Was kann sie leisten, wo sind die Grenzen?“

Am 25. Juni hatte das Ethikkomitee zu einer Patientenveranstaltung zum Thema Intensivmedizin eingeladen. In Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen aus dem Raum Regensburg sowie der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) wurde ein Abend organisiert, an dem in Kurzvorträgen und einer Podiumsdiskussion verständliche Informationen gegeben wurden.

Pro Jahr werden in Deutschland etwa zwei Mio. Menschen in circa 21.000 intensivmedizinischen Betten behandelt - Tendenz steigend. Damit nimmt Deutschland verglichen mit anderen Ländern einen Spitzenplatz ein. Die wachsenden Möglichkeiten der Intensivmedizin bieten für viele Patienten ungeahnte Möglichkeiten, wecken aber auch Ängste, als Einzelner mit seinen individuellen Bedürfnissen in dieser hochtechnisierten Medizin verloren zu gehen.

Mit dem Themenabend „Intensivmedizin – Was kann sie leisten, wo sind die Grenzen?“ am 25. Juni wurden Informationen und Fakten aus erster Hand von Intensivmedizinern und Intensivpflegekräften, Mitarbeitern aus Seelsorge und Nachsorgeeinrichtungen, sowie durch Betroffene und ihre Angehörigen gegeben, um Ängste und falsche Vorstellungen abzubauen.

Begrüßt und in das Thema eingeführt wurden die zahlreichen Zuhörer von Geschäftsführer Dr. Andreas Kestler und Dr. Gregor Badelt, stellvertretender Vorsitzender des hiesigen Ethikkomitees, der auch die Moderation des Abends übernommen hatte.

Was ist möglich?

Nach einem kurzen Rückblick auf die Entstehung der Intensivmedizin (1953 - erste Intensivstation, Kopenhagen) erläuterte Dr. Armin Speicher, Leitender



Zahlreiche Besucher interessierten sich für den ethischen Aspekt der Intensivmedizin.

Oberarzt der operativen Intensivstation der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, das mögliche Spektrum der Krankheiten und Verletzungen, die auf Intensivstationen zu finden sind. Die Therapie auf einer Intensivstation ermögliche unter anderem das Durchführen großer Operationen (mit anschließender Therapie auf Intensiveinheit), die Erholung von dekompensierten Organen wie Lunge, Herz, Kreislauf, Niere oder Gehirn, das Überleben von Schwerverletzten und Frühgeborenen sowie das Überleben bei schweren Infektionen und Erkrankungen, die früher tödlich verlaufen wären. Dabei kommen häufig aufwendige „Organersatzverfahren“ und hochtechnisierte Apparate zum Einsatz, die bei vielen Patienten und Angehörigen Ängste auslösen. Intensivmedizin, so der Referent, ist aber keine „seelenlose Apparatemedizin“. Die Geräte auf einer Intensivstation sind weder gut noch schlecht, hingegen kann aber die Anwendung gut oder schlecht, sinnvoll oder unsinnig sein.

Das Alter per se hat nur einen relativ geringen Einfluss auf die Prognose, während hingegen bestehende Vorerkrankungen bei den Patienten einen sehr großen Einfluss auf den Verlauf bei diesen kritisch kranken Patienten haben. Mit Unterstützung von Personal, Medikamenten und medizinischen Geräten kann derzeit die durchschnittliche Sterblichkeit bei Patienten, die auf eine Intensivtherapie angewiesen sind, auf circa zehn Prozent reduziert werden.

Wo liegen die Grenzen?

Bei der Beleuchtung der Frage nach den Grenzen der Intensivmedizin wird immer auch die Frage nach Sterben und Tod gestellt. Dr. Jörg Nützel, Oberarzt der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, erläuterte in seinem Vortrag den Begriff der Sterbephase. Diese ist gekennzeichnet vom Übergang einer schweren, möglicherweise

reversiblen Erkrankung auf den unumkehrbaren Prozess des Sterbens.

Diese Definition findet bei der ärztlichen Formulierung des täglichen Therapiezieles (supportiv, kurativ oder palliativ) Berücksichtigung. Zunächst ist hierbei zu überprüfen, ob es für eine mögliche Therapie überhaupt eine medizinische Indikation gibt. Ebenfalls relevant ist die Frage, ob das gewählte Therapieziel realistisch ist und mit welchen Mitteln es zu erreichen ist.

Ein weiterer Aspekt ist die Auseinandersetzung mit der Prognose beziehungsweise dem Verlauf einer Erkrankung. Zur Feststellung der Prognose kommen neben der Einschätzung und Erfahrung des Behandlungsteams auch sogenannte Score-Systeme (APACHE II, SOFA, usw.) zum Einsatz. Hierbei wird anhand objektiver Kriterien eine Einteilung vorgenommen, die mit 80 Prozent Wahrscheinlichkeit eine zutreffende Aussage im konkreten Fall vornimmt.

Nach diesen Abwägungen ist der nächste Schritt bei der Eruiierung eines Therapiezieles die Beantwortung der Frage: „Entspricht das Therapieziel auch dem Wunsch des Patienten?“

Als konkretes Beispiel einer Therapiezieländerung stellte der Referent die so-

genannte Therapiebegrenzung vor. Dies bedeutet in der Regel das Unterlassen beziehungsweise den Verzicht von Reanimation, Beatmung, Nierenersatzverfahren, kreislaufunterstützender Maßnahmen, Antibiotika und Ernährung. Dabei hat aber die Durchführung von Symptom- und bedürfnisorientierten Maßnahmen wie zum Beispiel Schmerztherapie, Medikamente gegen Übelkeit, Pflegemaßnahmen und persönliche Zuwendung zum Patienten obersten Stellenwert.

Wo bleiben meine Wünsche?

„Jeder Patient hat ein Recht auf Selbstbestimmung. Das gilt auch für Situationen, in denen der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Für diesen Fall gibt es vorsorgliche Willensbekundungen...“. Mit diesem Zitat aus den Leitlinien der Bundesärztekammer (Regelung der Patientenverfügung) begann Dr. Heribert Stauder, Vorsitzender des Ethikkomitees und Oberarzt der Klinik für Onkologie und Hämatologie seinen mit Spannung erwarteten Vortrag.

Als Ausgangssituation für die Aufarbeitung des Themas „Recht auf Selbstbestimmung“ sah der Referent zunächst

das Beispiel der schiefen Ebene im Beziehungsgeflecht zwischen Arzt und Patient. Der Arzt hat dem Patienten gegenüber einen Wissensvorsprung und ist durch die nicht direkte Betroffenheit auch nicht existenziell gefährdet. In dieser Situation konkurrieren die beiden zu realisierenden Werte Fürsorge (dem Patienten gegenüber) und Autonomie (der Patient entscheidet selbst). Dr. Stauder resümierte hierzu, dass in bestimmten Situationen die Fürsorge vom Arzt die Autonomie des Patienten erst ermöglichen, gerade auch auf Intensivstationen („Intensivmedizin = Beziehungsmedizin“).

Vorraussetzungen für eine selbstbestimmte Entscheidung sind neben dem Verstehen der angedachten Maßnahme, der Freiwilligkeit der Entscheidung, einer stattgehabten Information beziehungsweise Aufklärung schließlich auch die bewusste Erteilung eines Behandlungsauftrags. In diesem Zusammenhang ging der Referent auf die verschiedenen Formen einer voraussehenden Beschäftigung und Übertragung von Entscheidungsmöglichkeiten wie zum Beispiel Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung ein.

Für die Interpretation einer Patientenverfügung sind dabei folgende drei Fragen zu stellen und vom Behandler zu beantworten:

- Ist der Patient autonom in seiner Entscheidung?
- Trifft die Patientenverfügung in der konkreten Situation zu?
- Ist die Patientenverfügung wohlüberlegt (authentisch)?

In einigen Beispielen aus dem klinischen Alltag, wurden konkrete Patientenverfügungen vorgestellt und hinsichtlich dieser Kriterien analysiert.

Warum gerade ich?

„Jeder Mensch will lieben und geliebt werden“, so begann Pater Leodegar Klinger, Provinzsenior des Ordens der Barmherzigen Brüder und langjähriger Krankenhausseelsorger in verschiedensten Einrichtungen der Barmherzigen



Auch ehemalige Patienten sprachen über ihre Erfahrungen auf der Intensivstation.

Brüder, seine Ausführungen zur Seelsorge, insbesondere Krankenhauseelsorge.

Er berichtete über seine Erfahrungen und Erlebnisse bei der Begleitung kranker und sterbender Patienten und deren Angehöriger.

Die Grundvoraussetzungen für diese sehr wichtige Tätigkeit sind unter anderem das einfache Zuhören sowie das Ausreden und Aussprechen lassen. Einfache Worte sind bei der Begegnung mit kranken und verunsicherten Menschen notwendig – so kann einfühlsam und behutsam auf die Sorgen und Ängste eingegangen werden. Erst dadurch können viele innere Unsicherheiten oder drückende Schuldgefühle an die Oberfläche geführt werden – und ein Weiterleben oder Sterben ist in Frieden möglich. Oftmals ist auch keine Antwort möglich – auch das gemeinsame Schweigen kann sehr hilfreich sein.

Ein weiterer Aspekt der Klinikseelsorge ist die Anregung zur Beschäftigung mit der Frage nach der Beziehung zu Gott – zum Glauben an sich. Gott ist von sich aus bereit uns seinen Frieden zu geben, so Pater Leodegar. Gott ist barmherzig. Gott erwartet uns in Liebe – wir brauchen keine Angst zu haben.

In der Pause hatten die Besucher Gelegenheit zu einem persönlichen Gespräch mit den Referenten, Vertretern von Selbsthilfegruppen aus dem Raum Regensburg sowie der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) unter Leitung von Lisbeth Wagner. An den zahlreichen Informationsständen stellten sich Betroffene den Fragen und gaben kompetente Auskunft.

Was kommt danach?

„Eine frühe Geburt oder Erkrankung eines Kindes bedeuten eine hohe Belastung für die Familie“, so die Einführungsworte der beiden Referentinnen, Cornelia Stubenrauch und Renate Schlindwein, Mitarbeiterinnen des mobilen Dienstes der Frühförderstelle Regensburg. Deshalb braucht es auch eine Vernetzung von Betreuungsangeboten für Familien mit früh- und risikogeborenen Kindern.



An zahlreichen Infoständen konnten sich die Besucher in den Pausen informieren.

Seit 2008 existiert in Regensburg, zuständig für ein Betreuungsgebiet, das über die Oberpfalz hinausreicht, die Harl.e.kin-Nachsorge. Eine Einrichtung, in Trägerschaft der Katholischen Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e.V. in enger Kooperation unter anderem mit der Klinik St. Hedwig, die Eltern in der kritischen Phase des Übergangs vom stationären Klinikaufenthalt in den neuen häuslichen Alltag mit ihrem Kind begleitet.

Das Konzept, so die beiden Referentinnen, ist nach dem sogenannten Tandemprinzip aufgebaut. Diese kombinierte Fachkompetenz aus Kinderkrankenschwestern der Kinderklinik St. Hedwig mit pflegerischem Schwerpunkt sowie dem mobilen Dienst der Frühförderstelle mit psycho-sozialem Schwerpunkt bildet die Grundlage für die Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt. Bei der Begleitung werden die Eltern in regelmäßigen Hausbesuchen als Eltern gestärkt und ihnen im Umgang mit dem Kind Sicherheit vermittelt. Dies wirkt sich nachweislich auf die Beherrschung von Alltagssituationen mit den kleinen Kindern sowie generell auf die Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung aus.

Erfahrungen aus erster Hand

Als Einstieg in die sehr intensive Diskussion am Ende der Veranstaltung, fand ei-

ne Gesprächsrunde auf dem Podium statt. Teilnehmer waren hierbei zwei ehemalige Intensivpatienten, ein Intensivfachpfleger und ein Intensivmediziner. Im Vordergrund der Interviews stand das Erleben der Intensivmedizin oder Intensivstation aus unterschiedlicher Sichtweise.

Eine Patientin berichtete über ihre Zeit auf einer Intensivstation besonders über ihre Wahrnehmungen, Erinnerungen und Träume währenddessen.

Ein anderer ehemaliger Intensivpatient erläuterte dem Publikum, wie mit Hilfe einer Selbsthilfegruppe versucht werden kann, die sehr belastende Zeit auf einer Intensivstation zu verarbeiten.

Von Seiten der Mitglieder eines Behandlungsteams standen Andreas Söllner (Pflegerische Stationsleitung) und Dr. Stefan Großmann (Oberarzt), beide von der konservativen Intensivstation, Rede und Antwort. Ein großes Anliegen war ihnen hierbei, auf den hohen Stellenwert und die wichtige Bedeutung der Anwesenheit von Angehörigen während der Intensivzeit hinzuweisen.

*Dr. Gregor Badelt
Stellvertretender Vorsitzender
des Ethikkomitees*