

Notfallmedizin – rasches Handeln in immer neuer Situation

Einleitende Gedanken

Das Wesen der Notfallmedizin und die Rolle des Notarztes

Das Wesen der Notfallmedizin mit ihren vielfältigen Anforderungen wird nirgends deutlicher als im Bereich der Rettungsmedizin. Die Krankheitsbilder sind zwar grundsätzlich dieselben wie in der Klinik, die rettungsdienstlichen Notfälle sind jedoch durch die Unvorhersehbarkeit und Einmaligkeit des Ereignisses und damit durch den Zwang zum raschen Handeln in einer immer neuen Situation gekennzeichnet – sei es an der Unfallstelle auf der Straße oder am Arbeitsplatz, in der Wohnung oder im Alten- und Pflegeheim.

Der *Notarzt* steht exemplarisch für alle Helfer in der Notfallmedizin. Seine Aufgabe ist einfach zu beschreiben: Der Notarzt hat die Aufgabe, den ihm anvertrauten Notfallpatienten mit erhaltenen Vitalfunktionen und geschützt vor Folgeschäden in eine geeignete medizinische Einrichtung zu bringen.

Weniger einfach ist die Umsetzung dieser Forderung. Die notärztliche Tätigkeit wird durch ein regelmäßig gut organisiertes Umfeld und den durchgehend kameradschaftlichen Umgang im Rettungsdienst sehr erleichtert – auf der anderen Seite ist es aber unübersehbar, dass der typische Notarzt ein meist junger Arzt ist, der mit einer zwar definierten, aber doch begrenzten Ausbildung und Erfahrung in den Einsatz geschickt wird. Mehr noch, in starkem Kontrast zur innerklinischen Position trifft er weittragende ärztliche Entscheidungen regelmäßig allein und eigenverantwortlich.

In dieser für junge Ärzte oft ungewohnten Situation bedeutet pflichtbewusstes ethisches Handeln, sich dieser Herausforderung wohlüberlegt und gern zu stellen – sie als Chance und nicht als Belastung zu begreifen. Hybris und Leichtfertigkeit sind ebenso zu vermeiden wie Resignation und Zynismus. Gefordert sind gediegene Leistung und Bescheidenheit und nicht überbetonte Forscherheit, die meist nur die innere Unsicherheit verdeckt. Hier ist besonders

auf die Sprache zu achten und übertriebener *Jargon* zu vermeiden. Eine klare Sprache mit einem Schuss Humor gehört zur Notfallmedizin (und Intensivmedizin) dazu – auch wenn sie auf Außenstehende vielleicht hart und der Humor schwarz wirkt. Übertriebener Jargon ist jedoch ein untrügliches Zeichen von Unsicherheit und innerer Verrohung. Es beginnt mit der Endsilbe „-iker“ („Diabetiker“ oder „Alkoholiker“ statt „Patient mit Diabetes mellitus“ oder „Alkoholabhängiger Patient“), die den Patienten auf seine Erkrankung reduziert – und endet mit übelstem Jargon, der hier nicht wiedergegeben werden soll.

Zur idealen Persönlichkeitsstruktur des Notarztes und aller im Rettungsdienst tätigen Helfer gehört ein gefestigter Charakter; dieses Merkmal ist ebenso hoch zu bewerten wie die fachliche Leistungsfähigkeit.

Das Leitprinzip und das praktische Vorgehen

Es wurde bereits betont: Die *Option für das Leben* ist das ethische Leitprinzip der Notfall- und Intensivmedizin. Um diese Option zu erhalten, ist in lebensbedrohlichen Situationen unverzüglich mit der Behandlung des Notfallpatienten zu beginnen. Andere Erwägungen müssen zunächst dahinter zurücktreten – zumal der Notarzt oder andere Helfer ja gerufen werden und somit grundsätzlich Hilfe erwartet wird.

An der *Pflicht zum unverzüglichen Behandlungsbeginn* ist auch in aussichtslos scheinenden Fällen mit minimaler Überlebenschance festzuhalten. Es zählt zunächst die Option für das Leben, sofern nicht andere Patienten mit besserer Prognose vernachlässigt werden. Eine einmal begonnene Wiederbelebung muss konsequent durchgeführt werden und darf nicht halbherzig erfolgen. Durch kurzzeitige effektive Maßnahmen werden letzte Zweifel im Team beseitigt und den Angehörigen vermittelt, dass alles Menschenmögliche getan wird. Auch eine scheinbar aussichtslose Wiederbelebung kann gelingen und dem Patienten die Rückkehr in die gewohnten Lebensumstände ermöglichen (zur *ethischen Fehlbahnung* siehe weiter unten).

Es muss aber auch die andere Seite betrachtet werden – etwa bei einem *Einsatz in einem Alten- und Pflegeheim*, wo schon die Einsatz-

meldung den Zweifel an der Sinnhaftigkeit weckt. Auch hier gilt es zunächst, in lebensbedrohlichen Situationen die Option für das Leben zu erhalten. Unter der laufenden Behandlung müssen dann verlässliche Informationen – Patientenverfügung, Anamnese über vertraute Pflegekräfte, Kontakt mit dem Hausarzt – gewonnen werden, um bei unheilbar Kranken wohlüberlegt und *im Konsens* auf die Weiterbehandlung zu verzichten. Falls die Behandlung nicht dringend geboten ist, sollen diese Informationen vor Beginn der Behandlung eingeholt werden. Der Konsens ist unverzichtbar, es kann keine „einsame“ ärztliche Entscheidung geben. Alle Anwesenden – Rettungs- und Pflegekräfte, Angehörige oder Betreuer – müssen auf Basis der verfügbaren Informationen einmütig zu der Erkenntnis kommen, dass eine Behandlung bzw. der Transport in die Klinik nicht mehr im Sinne des Patientenwohls sind – der Tod darf auch in der Wohnung oder im Alten- und Pflegeheim eintreten und muss nicht auf einer Intensivstation erfolgen. Der Konsens ist erreicht, wenn eine klare Aussage des Notarztes wie „Ich denke, es hat keinen Zweck, wir sollten aufhören, oder ist jemand anderer Meinung?“ oder „Wir wollen erst einmal überlegen, ob wir transportieren“ mit offenem Blickkontakt verbale oder nonverbale Zustimmung findet. Eine Abstimmung durch Auszählen ist unsinnig, zumal dann ja kein Konsens vorläge. Stets ist zu versuchen, den Hausarzt und die nächsten Angehörigen (damit ist hier und in der Folge auch der rechtliche Betreuer gemeint) zu erreichen und diese nach Möglichkeit – wenn die Zeit es noch zulässt – in die Entscheidung einzubeziehen.

Der Umgang mit den Angehörigen

Wenn die Hoffnungslosigkeit weiterer Behandlung feststeht, ist es die sittliche Pflicht des Arztes und aller Helfer, die *Angehörigen* von der Unsinnigkeit und Unmenschlichkeit weiterer Maßnahmen zu überzeugen.

Dabei sind zwei Punkte dringend zu beachten: Bei den Angehörigen darf nicht der Eindruck schuldhafter Unterlassung (im Sinne des Auslassens einer Chance) entstehen, und ebenso muss darauf geachtet werden, dass auch nicht der geringste Anschein der Abschiebung der Verantwortung seitens des Arztes oder der Helfer entsteht. Hier sind Aussagen wie „Es gibt keine Hoffnung, wir soll-

ten aufhören“ oder „Bei meiner Mutter würde ich es genauso machen“ geboten, denen ein Angehöriger dann allenfalls widersprechen kann.

Manchmal sind Angehörige jedoch nicht zur rationalen Bewertung der Situation fähig und bestehen – auch in objektiv aussichtslosen Fällen – auf Behandlungsmaßnahmen oder dem Transport in die Klinik. Die Ursachen für dieses Verhalten sind vielfältig und können im Rahmen eines rettungsdienstlichen Einsatzes oft nicht geklärt werden; es kommen sowohl Verlust- und Überforderungsgänge als auch Schuldgefühle bei Vernachlässigung oder seltenen Besuchen im Alten- und Pflegeheim in Betracht. Dann sind nicht Belehrungen, sondern Einfühlungsvermögen und Zuwendung gefragt – manchmal ist aber auch ein klares Wort zur Klärung und Verdeutlichung der Situation hilfreich.

Ein „geforderter“ Wiederbelebungsversuch darf nur im absoluten Ausnahmefall, etwa bei sicheren Todeszeichen, unterbleiben – vorausgesetzt, dass der betreffende Angehörige überhaupt zur rationalen Beurteilung der Lage fähig erscheint. Wenn eine alte Frau jedoch neben dem verstorbenen Ehepartner steht und bittet, „Herr Doktor, so tun sie doch etwas“, dann kann es menschlich geboten sein, auch wider besseres Wissen einen demonstrativen Wiederbelebungsversuch vorzunehmen und dem Angehörigen so zu demonstrieren, dass alles Menschenmögliche getan wird – hier steht der Seelenfrieden des Angehörigen über der medizinischen Vernunft. Auch dem dezidierten Verlangen nach dem Transport in die Klinik soll letztlich entsprochen werden. Es bleibt aber dem Notarzt überlassen, welche Überwachungs- und Therapiemaßnahmen er für angezeigt hält, und ob er sich abkömmlich meldet.

Wenn Angehörige fragen, ob sie „alles richtig gemacht“ haben, soll diese Frage regelmäßig bejaht werden. Auch bei nicht sachgerechtem Verhalten sind Belehrungen über adäquate Wiederbelebungsmaßnahmen usw. nicht hilfreich und können tiefe seelische Wunden hinterlassen.

Angehörige sollen nicht allein mit einem Verstorbenen zurückbleiben. Der Ablauf muss geklärt und Hilfe organisiert werden – seien es weitere Angehörige, die Nachbarn oder ein Seelsorger. Ganz

besonders gilt dies bei Todesfällen im Kindesalter wie dem plötzlichen Kindstod, wo dringend professionelle Hilfe geboten ist. Wann immer möglich werden die Helfer vor Ort bleiben, bis diese Hilfe eingetroffen ist.

Sonstige Aspekte

Es kommt vor, dass Angehörige (oder der lebensbedrohlich erkrankte Patient) eine durchaus aussichtsreiche Behandlung ablehnen. Dazu zählt nicht die häufige Aversion des Patienten gegen den Transport in ein Krankenhaus, die meist durch gutes Zureden zu überwinden ist. Die Ablehnung lebensrettender Maßnahmen durch den einsichtsfähigen Patienten ist zumindest bis zum Einsetzen der Bewusstlosigkeit zu respektieren. Das weitere Vorgehen hängt vom Einzelfall und der persönlichen Gewissensentscheidung der Helfer ab, wobei im Zweifel wiederum die Option für das Leben zählt. So muss, wenn von Angehörigen bei gegenwärtiger Lebensgefahr die Unterlassung aussichtsreicher Therapiemaßnahmen gefordert wird, im Sinne des Lebens und ggf. auch gegen den Willen der Angehörigen gehandelt werden.

Letztlich stellen viele Einsätze keine besonderen Anforderungen, sie werden im Laufe der Zeit zur (nicht ungefährlichen) Routine. Andere Einsätze stellen dagegen höchste Anforderungen; sie prägen sich tief in das Gedächtnis ein und drängen immer wieder ins Bewusstsein.

Allgemeine Erfahrungen

Die Notfallmedizin hat in den letzten 50 Jahren eine rasante Entwicklung genommen, so dass viele fachliche und allgemeine Aspekte in Vergessenheit zu geraten drohen.

Einsatztaktisch stand das *scoop and run* oder *load and go* (für Aufladen und schnellsten Transport) im Vordergrund, was wegen der oft begrenzten Ausbildung des (zumindest in ländlichen Regionen) meist ehrenamtlichen Rettungspersonals wohl seine Berechtigung hatte – und noch heute, etwa bei drohendem Verblutungstod, richtig sein kann. Fachliche Grundlagen meiner ersten Einsätze im Rettungsdienst waren ein Lehrgang in Erster Hilfe, dem sich später ein Lehrgang für Sanitätshelfer und danach eine Ausbildung zum

Intensivmedizin – das Ziel im Auge behalten

Einleitende Gedanken

Das Ziel und seine Begleitaspekte

Das allgemeine Ziel der Notfall- und Intensivmedizin – das selbstbewusste und möglichst auch selbstbestimmte Leben des Patienten – ist in der Intensivmedizin mit zwei besonderen Aspekten verknüpft. Zum einen handelt es sich oft um die *Rückkehr* in ein selbstbewusstes und selbstbestimmtes Leben. Zum anderen ist – in deutlichem Kontrast zur Notfallmedizin – die rechtzeitige Auseinandersetzung mit dem Willen des Patienten und seinen therapeutischen Optionen möglich, woraus *vorsorgliche Entscheidungen* auch im Hinblick auf eine Therapiebegrenzung resultieren können.

Die Forderung nach der *Rückkehr* in ein selbstbewusstes und selbstbestimmtes Leben impliziert, dass dieser Zustand vor Beginn der Behandlung gegeben war – womit sich die Behandlung eines anhaltend kontaktunfähigen Menschen mit hochgradiger Demenz oder einem ähnlichen Krankheitsbild eigentlich verbietet. Aber auch hier gilt es, den Einzelfall zu bedenken. So können Patienten mit einem Darmverschluss (Ileus) oder einer hüftnahen Fraktur nach einem Sturz durch einen begrenzten Eingriff wieder in ihren vorherigen Zustand versetzt – wenn auch nicht „geheilt“ – werden. Dann ist es vernünftig und menschlich geboten, die Operation und die dazu erforderliche Anästhesie vorzunehmen, den Patienten unmittelbar postoperativ – auch auf einer Intensivstation – zu überwachen und ihn anschließend auf die Normalstation zu verlegen. Da keine weitergehenden Interventionen erfolgen sollen, kommt auch eine Rückübernahme regelmäßig nicht in Betracht. Der manchmal hart anmutende, aber nicht lieblos gemeinte Jargon der Intensivmedizin hat dafür den Begriff „ohne Rückfahrkarte auf Normalstation“ geprägt.

Während diese Situationen eher selten vorkommen, ist das Feld der *vorsorglichen Entscheidungen* wesentlich größer, vielgestaltiger und damit auch schwerer überschaubar. Zunächst geht es darum, den Willen des Patienten zu eruieren. Wenn keine Patientenverfü-

gung vorliegt und der Patient seinen Willen selbst nicht mehr äußern kann, sind der Betreuer bzw. die Angehörigen zu befragen. Dann ist es gut, wenn eine Vorsorgevollmacht vorliegt. In meiner eigenen Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht habe ich darüber hinaus eine allgemeine Betreuungsverfügung getroffen (Tafel 19).

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen persönlich zu äußern, treffe ich folgende

Vorsorgevollmacht in Gesundheits- und Aufenthaltsangelegenheiten

und

Betreuungsverfügung:

Vertrauenspersonen bzw. gesetzliche Vertreter sollen sein

- mein Ehegatte... sowie
- unsere Kinder...

Diese sollen gemeinsam entscheiden, wobei die Letztentscheidung beim Ehegatten liegt.

Ziel der medizinischen Versorgung soll meine Rückkehr in ein selbstbewusstes und möglichst auch selbstbestimmtes Leben sein. Wenn dieses Ziel nach sorgfältiger Bewertung nicht mehr erreichbar erscheint, soll auf alle lebenserhaltenden und lebensverlängernden Maßnahmen verzichtet werden.

Ich wünsche ausdrücklich den geistlichen Beistand durch einen katholischen Priester und die Sterbesakramente.

Tafel 19: Meine persönliche Patientenverfügung. Eine alternative Formulierung wäre: „... soll auf alle Maßnahmen verzichtet werden, die mich am Sterben hindern.“

Ein noch so sorgfältig formulierter Text kann jedoch nicht alle Eventualitäten abdecken – vor allem ist die Chance auf die Rückkehr in ein selbstbewusstes und selbstbestimmtes Leben nur schwer abschätzbar. Es führt nicht weiter, alle möglichen Umstände und deren Folgen genau definieren zu wollen, wie dies leider

vielfach der Fall ist. Weiter fehlt in manchen Vordrucken, die sich detailliert mit den medizinischen Optionen auseinandersetzen und meist auf die „hoffnungslose Situation oder Krankheit“ abstellen, die Möglichkeit, dass ein Patient in hohem Alter – ohne weitere Angaben von Gründen – nicht behandelt werden und in Ruhe sterben will. Dann muss es erlaubt sein, dass es einfach genug ist und die Natur ihren Lauf nimmt, ohne dass sich ihr jemand in den Weg stellt (Tafel 20).

Abrahams Tod und Begräbnis

Er starb in hohem Alter, betagt und lebenssatt, und wurde mit seinen Vorfahren vereint (Genesis 25,7-11).

Ijobs neues Glück

Dann starb Ijob, hochbetagt und satt an Lebenstagen (Ijob 42,17).

Tafel 20: Der Tod kann das herbeigesehnte Ende sein [1] – und muss nicht auf der Intensivstation eintreten.

Die Entscheidungsfindung im Team

Die konkrete Entscheidungsfindung von Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen ist nicht einfach und muss verschiedene Faktoren berücksichtigen.

Ausgangspunkt aller Überlegungen ist die – nach menschlichem Ermessen – sichere Hoffnungslosigkeit der weiteren Behandlung. Dies allein wäre aber kein Grund, die Behandlung zu begrenzen oder zu beenden – sofern sie, abgesehen vom Willen des Patienten bzw. des Betreuers oder der Angehörigen – denn „schadlos“ fortzusetzen wäre. Dies ist aber aus drei Gründen nicht der Fall:

1. Niemand weiß, was ein Patient in vermeintlich noch so tiefer Bewusstlosigkeit bis hin zur unmittelbaren Todesnähe empfindet. Ich bin überzeugt, dass zumindest Gefühle wie „geliebt“ oder „ungeliebt“, „geborgen“ oder „ungeborgen“ erhalten sind, und damit wohl auch ein Rest von Schmerz und Leid. Es ist daher zutiefst menschlich und christlich, einen solchen Patienten „gehen zu lassen“ – und ihn, wenn die Zeit denn gekommen ist, nicht daran zu hindern.

2. Darüber hinaus ist es insbesondere für die Pflegekräfte, aber auch für die Ärzte, leidvoll und manchmal unerträglich, einen Menschen ohne Perspektive auf Heilung zu versorgen – was auch für die Angehörigen gelten kann.
3. Das letzte Argument ist zwar das schwächste, aber es ist nicht unsinnig: Die begrenzten personellen und materiellen Mittel im Gesundheitswesen müssen gegenüber der Gesellschaft verantwortlich eingesetzt werden; auch hier wird nicht im wertfreien Raum gehandelt.

Eine *nach menschlichem Ermessen* sichere Hoffnungslosigkeit ist jedoch nicht mit völliger Sicherheit gleichzusetzen – der Mensch kann irren, und es muss alles getan werden, den Irrtum zu vermeiden und so zu handeln, dass alle Beteiligten in ihrer Bewertung *einig* sind.

Zunächst ist es erforderlich, innerhalb des eigentlichen medizinischen Umfelds einen Konsens herbeizuführen. Dabei sind sowohl die einzelnen *Berufsgruppen* als auch die besondere Situation der *Fachrichtungen* zu beachten.

Vielfach sind es die Pflegekräfte, die zuerst die Hoffnungslosigkeit der Situation erkennen; sie stehen ja über Stunden am Bett des Patienten. Es folgen die Intensivmediziner mit engem und anhaltendem Patientenkontakt; oft sind dies dauerhaft auf der Intensivstation tätige Anästhesisten. In der operativen Intensivmedizin folgen die Operateure, die vielleicht nur kurz vor dem Eingriff mit dem Patienten gesprochen, ihn operiert haben und danach nur noch während der Visite auf der Intensivstation sehen. Ihre emotionale Bindung an den Patienten ist oft besonders hoch, wobei zwischen elektiven Eingriffen und Notfalleingriffen zu unterscheiden ist. Ein Operateur, der einen unausweichlichen Notfalleingriff vornehmen muss, ist in einer anderen Lage als ein Operateur, dessen Patient nach einem Wahleingriff in eine lebensbedrohliche Situation gerät – denn hier hat er regelmäßig zum Eingriff geraten und damit besondere Verantwortung auf sich genommen. Nicht zuletzt geht es dann noch um die spezielle *Persönlichkeitsstruktur* des Einzelnen, da auch der stets zaudernde oder vielleicht zum Wider-

spruch neigende Mitarbeiter – sei es im ärztlichen oder pflegerischen Bereich – mitgenommen werden muss.

Praktisch gehe ich wie folgt vor. Schon frühzeitig spreche ich bei der Visite auf der Intensivstation die konkrete Prognose des Patienten an – und stelle die Frage, ob im Fall des Falles eine Beatmung oder eine Dialyse usw. in Frage kommen. Weiter müssen die Angehörigen so früh wie möglich über den Ernst der Situation unterrichtet werden; dabei ist zu klären, ob es eine Patientenverfügung gibt oder ob sich der Patient mündlich geäußert hat – nicht selten ist dann zu hören, dass ein alter Mensch keinen Lebenswillen mehr gehabt habe. Bei weiterer Verschlechterung des Gesundheitszustandes suche ich zuerst den Konsens mit den Pflegekräften; dabei habe ich öfters gehört: „Wir waren schon gestern soweit.“ Um den Konsens mit den Operateuren zu finden, braucht es wegen deren anderer emotionalen Bindung manchmal etwas Zeit. Im herzchirurgischen Bereich habe ich dann z. B. mit der Leitenden Intensivschwester Monika Wagemester vereinbart, „den ersten Nagel einzuschlagen“ – dies dergestalt, dass bei der Visite gemeinsam und eindringlich auf den bedrohlichen und wohl hoffnungslosen Zustand des Patienten hingewiesen wurde. Die Antwort war oft, dass man doch noch diese oder jene Maßnahme ergreifen könne. Am nächsten Morgen habe ich dann erläutert, dass diese Maßnahmen erfolgt sind, sich der Zustand aber weiter verschlechtert habe. Dann war mehr als einmal zu hören: „Ist ja gut, ich weiß ja Bescheid“ – der Operateur hatte diese Zeit gebraucht, um sich mit dem absehbaren Verlust des Patienten auseinanderzusetzen. Ähnliches gilt, wenn ein beliebiges Mitglied des Teams noch Bedenken äußert – der Konsens ist unverzichtbar, auch wenn gilt: *„Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten“* [29].

Die Angehörigen

Niemals darf der Eindruck entstehen, dass ein Angehöriger über Tod oder Leben des Patienten entscheiden soll – die ärztliche Verantwortung darf nicht abgeschoben werden. Daher muss das *Angehörigengespräch* mit eindeutiger Zielrichtung erfolgen.

Das Gespräch wird vom verantwortlichen Arzt geführt und soll außerhalb des Krankenzimmers in abgeschirmter Atmosphäre – möglichst in einem speziellen Zimmer – und im Beisein des zuständigen Stationsarztes und der zuständigen Pflegekraft erfolgen. Es sind Aussagen wie „Es gibt keine Hoffnung, wir sollten aufhören“ oder „Bei meiner Mutter würde ich es genauso machen“ geboten, denen ein Angehöriger dann allenfalls widersprechen kann. In den meisten Fällen haben sich die Angehörigen bereits mit der Situation auseinandergesetzt, so dass schnell ein Konsens gefunden wird. Trotzdem wird das Gespräch eine Weile dauern, und der Eindruck von Zeitnot muss dringend vermieden werden – dieser wichtige Augenblick kehrt nicht wieder; er wird den Angehörigen im Gedächtnis bleiben und vielleicht über die Bewältigung des anstehenden Verlustes entscheiden.

Danach müssen die Angehörigen Gelegenheit zum Abschiednehmen erhalten. Manchmal verzichten sie darauf, und das ist zu respektieren. Ansonsten bestärke ich die Angehörigen ganz allgemein und in dieser Situation besonders, mit dem Patienten so zu sprechen, als ob er wach sei, und ihn dabei zu berühren. Ich betone immer, dass eine vertraute Stimme oder eine Berührung ihn vielleicht noch erreichen können (*emotionale Nähe*, siehe Kapitel „Notfallmedizin“). Umgekehrt gilt selbstverständlich, dass bei der Visite alle Gespräche *über* den Patienten – nicht *mit* dem Patienten – im Krankenzimmer zu unterbleiben haben, auch wenn der Patient noch so tief bewusstlos erscheint.

Im Ausnahmefall sind Angehörige nicht zur rationalen Bewertung der Situation fähig; dann kann ein Satz fallen wie „Meine Mutter darf nicht sterben!“ – sehr erregt und mit Fußstampfen vorgebracht. Die konkreten Hintergründe für dieses Verhalten sind akut kaum zu eruieren; vielleicht liegt der letzte Besuch (etwa im Pflegeheim) schon lange zurück, oder es liegen andere Versäumnisse oder Ängste zugrunde. Hier muss situationsgerecht reagiert werden – vom mitfühlenden Schweigen und einer Berührung bis hin zur deutlich formulierten Frage, wie lange denn der letzte Besuch zurückliege – dies etwa, wenn unangebrachte Vorwürfe in den Raum gestellt werden.

Das Umsetzen der getroffenen Entscheidung

Das *Umsetzen der getroffenen Entscheidung* kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Oft wird die Therapie „eingefroren“, also auf den bisher erreichten Umfang begrenzt, damit sich der Zustand des Patienten im vorgegebenen Rahmen vielleicht doch noch verbessern kann. Dieser *Therapiebegrenzung* steht die *Therapiebeendigung* gegenüber, bei der die getroffenen Maßnahmen – bis hin zum Abschalten des Beatmungsgeräts oder zur Entfernung des Beatmungstubus – beendet werden, um dem natürlichen Verlauf der Erkrankung nichts mehr in den Weg zu stellen. Darauf wird noch einzugehen sein.

Wenn die Therapie beendet wird, muss der verantwortliche Arzt am Krankenbett stehen – er muss standhalten. Auch soll er die entscheidenden Handgriffe selbst vornehmen und das nicht jüngeren oder nachgeordneten Mitarbeitern überlassen.

Es sind weitere Aspekte zu beachten. Eine Therapiebegrenzung kann quälend sein, wenn der Tod nicht (wie erhofft) rasch eintritt, sondern der Patient lange und sichtbar mit dem Tode ringt. Dann muss alles getan werden, um den Todeskampf, die Agonie, zu erleichtern – vor allem muss alles getan werden, um den Patienten schmerz- und angstfrei zu halten. Wie einleitend bereits ausgeführt, ist die Schmerzbekämpfung um den Preis der Lebensverkürzung dann sowohl erlaubt wie auch sittlich geboten.

Manchmal kann eine Therapiebegrenzung zu einem Zustand führen, der das Leiden, etwa bei völlig unzureichendem Kreislauf, nur noch verlängert. Dann ist es besser, die Therapie einzustellen und dem Leid so ein Ende zu setzen.

Bei manchen Erkrankungen (wie unheilbaren Tumorleiden oder bestimmten internistischen und neurologischen Erkrankungen) tritt der Tod – trotz völliger Hoffnungslosigkeit – durchaus vorhersehbar erst nach einer gewissen Zeit ein. Der in dieser Lebensspanne oft erforderliche Beistand ist das Feld der Palliativmedizin, die für Patienten und Angehörige gleichermaßen zum Segen geworden ist. Es ist aber eher selten, dass ein Patient von der operativen Intensivstation auf eine Palliativstation verlegt wird – im operativen Bereich tritt der Tod in einer hoffnungslosen Situation

meist rasch ein. Wenn es dann doch einmal länger dauert, kommt bei den Mitarbeitern (von Seiten der Angehörigen ist mir das gar nicht erinnerlich) gelegentlich der Wunsch nach der Verlegung auf eine Palliativstation auf. Dem stehe ich eher ablehnend gegenüber. Solange andere Patienten nicht benachteiligt werden, das Intensivbett also nicht anderweitig dringend benötigt wird, muss auch ein längeres Sterben ausgehalten werden. Es käme sonst dahin, dass der Tod in diesem hochtechnisierten medizinischen Bereich an den Rand oder aus dem Bewusstsein gedrängt und eine elitäre Grundhaltung – „Das sollen doch die anderen machen“ – begünstigt wird. Beides ist gleichermaßen unerwünscht und der Patientenzuwendung abträglich.

Der umgekehrte und besonders wichtige Fall darf nicht unerwähnt bleiben. In bestimmten Fällen kann die Therapie auch bei völliger Hoffnungslosigkeit bewusst noch etwas in die Länge gezogen werden, um anreisenden Angehörigen noch die Gelegenheit zum Abschied zu verschaffen. Ich finde dieses *Ziehen für die Angehörigen* wichtig, denn es ist für einen Angehörigen ein großer Unterschied, ob er den Patienten im Krankenzimmer mit noch so geringen Lebenszeichen oder aber tot vorfindet.

Allgemeine Erfahrungen

Lernen

Alle in der Intensivmedizin und Notfallmedizin tätigen Menschen müssen ein Arbeitsleben lang lernen – das bedeutet, sich das aktuelle Wissen immer neu anzueignen und den persönlichen Erfahrungsschatz bewusst zu vermehren.

„Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist“ [5],

was sinngemäß für alle anderen Mitarbeiter im Rettungsdienst und auf der Intensivstation gilt. Zur Fortbildung gehören die beständige Beschäftigung mit der Fachliteratur, die offene Diskussion untereinander und insbesondere die Verinnerlichung von Erfahrungen, damit diese zu einem Erfahrungsschatz im Sinne des Wortes wer-

den. Es ist ein langer Weg von den ersten Anfängen mit unbewusst unterlaufenen Fehlern, die oft von Erfahreneren verhindert oder ausgeglichen worden sind, bis hin zu einer gewissen Sicherheit, die niemals absolut sein darf und offen für kritische Nachfragen bleiben muss. Ich erinnere mich an die Worte von Prof. Dr. med. Rudolf Gross, Lehrstuhlinhaber und Direktor der Medizinischen Klinik I der Universität zu Köln, über die drei Stadien des Arztseins: Das Stadium der berechtigten Unsicherheit, das Stadium der unberechtigten Sicherheit und das Stadium der berechtigten Sicherheit – das nach seinen Worten nur wenige erreichen und weshalb er uns Studenten empfohlen hat, im Zweifel im ersten Stadium zu verharren, da das zweite Stadium tödlich für den Patienten sei.

Der Assistenzarzt auf einer Intensivstation lernt, lässt sich vieles sagen und vorführen und ist bemüht, keine groben Fehler zu machen und die Patienten „über die Schicht zu bringen.“ Darüber hinaus ist es vielleicht möglich, die ersten persönlichen Akzente zu setzen – wenn er sich dabei den Patienten zuwendet, wird er sich die besondere Liebe und Achtung der Schwestern und Pfleger erwerben. Es ist aber etwas anderes, die volle Verantwortung für eine Intensivstation zu tragen. Mir wurde das in einer konkreten Situation am Anfang meiner selbstständigen Tätigkeit schlagartig klar:

- Ein einfacher älterer Mann im Lodenanzug mit Jägerhut stand am Bett seiner Frau, bei der ein künstliches Hüftgelenk gewechselt worden war. Es war zu einer starken Blutung und schweren Störung der Blutgerinnung mit Schock gekommen; die Patientin lag blass in ihrem Bett und wurde beatmet. Der Mann schaute mich an und sagte leise und bedrückt: „Herr Doktor, meine Frau wird doch nicht sterben?“ – und ich sagte: „Nein, wir tun alles, was wir können.“ Mir wurde ängstlich bewusst, wie wenig ich über die Therapie einer bedrohlichen Gerinnungsstörung wusste, wie sehr wir im Nebel stocherten und es „wie immer“ machten – auch wenn es zu einem guten Ende kam. Ich habe mich vor diesem Mann geschämt und innerlich Besserung gelobt. Heute gehört das Gerinnungssystem zu meinen Vorlesungs- und Publikationsthemen; die Angst ist weitgehend gewichen, und vor der Hybris möge der Herr mich bewahren.

Aus juristischer Sicht handelt es sich beim Arzt-Patienten-Vertrag nicht um einen Werkvertrag, sondern um einen *Dienstvertrag* – der Arzt verpflichtet sich, dem Patienten nach besten Kräften zu dienen, ohne dass es einen Anspruch auf Erfolg gibt.

Die Verpflichtung, dem Patienten nach besten Kräften zu dienen, verdeutliche ich in der Vorlesung usw. durchaus drastisch:

Das erste Recht des Patienten ist ein ausgeruhter Arzt, der nachts nicht gelumpt, zuhause gefrühstückt, die Zeitung gelesen und nach Möglichkeit das Morgengebet verrichtet hat – und der nicht mit dem Gedanken an die erste Tasse Kaffee zur Arbeit erscheint.

Ein ehrlicher Arzt wird sich aber trotz allen Bemühens eingestehen, dass ein besserer Arzt vielleicht manchen seiner Patienten hätte retten können. Der konkrete Arzt ist jedoch zunächst einmal mit einem konkreten Patienten konfrontiert und muss die Behandlung nach bestem Wissen und Gewissen und dem Stand der Wissenschaft entsprechend beginnen. Manchmal lässt die konkrete Situation dann keine Verlegung zu, sei es, weil die Wege – innerlich wie äußerlich – nicht gebahnt sind, oder einfach die erforderliche Zeit fehlt:

- Ein Patient noch mittleren Alters war mit einer schweren Lungenentzündung aus dem Urlaub zurückgekehrt. Es handelte sich um einen besonders aggressiven und damals noch wenig bekannten Keim (Legionellen), und der Patient verstarb trotz zielgerichteter Antibiose und Beatmung innerhalb kurzer Zeit an einer fulminant verlaufenden Sepsis (Blutvergiftung). Sein Tod hat mich und alle Mitarbeiter sehr getroffen, für mich persönlich aber kommt etwas hinzu. Am Fest „Allerheiligen“ war ich vor der Gräbersegnung auf dem Weg zu unserem Familiengrab und ging am Grab dieses Patienten vorbei. Seine Frau stand am Grab, sah mich und schaute traurig weg – das war schlimmer als jeder Vorwurf.

Abschied

Das Thema *Abschied* zieht sich wie ein roter Faden durch die Intensivmedizin. Nicht nur die Angehörigen, auch die Helfer müssen Abschied nehmen und loslassen – und sie wachsen damit ebenso, wie sie fachlich lernen und Erfahrungen sammeln.

Es kommt auf den Einzelnen an, welche Rolle der Glaube dabei spielt; das gilt für die Patienten ebenso wie für die Angehörigen und die Helfer. Neben dem persönlichen Glauben ist auch das Umfeld von Bedeutung. Hier ist sowohl das landsmannschaftliche Umfeld – ob katholisch, evangelisch oder (zunehmend) nicht-christlich geprägt – als auch das jeweilige Krankenhaus mit seiner Trägerschaft relevant, wenn auch nicht absolut zu setzen:

- An einem der ersten Sonntage während meiner Chefarztzeit am Marienkrankenhaus Trier-Ehrang saß ich während des Hintergrunddienstes im nahegelegenen Eissalon, als ich zu einer Wiederbelebung ins Haus gerufen wurde. Auf einer Privatstation war ein älterer Mann zusammengebrochen, und die diensthabenden Ärzte hatten unverzüglich mit der Wiederbelebung begonnen. Ich übernahm die Leitung und weiter ging es mit voller Kraft nach allen damals gültigen Regeln der Kunst – ohne genauer über die Person des Patienten und die individuellen Umstände nachzudenken. Nach kurzer Zeit öffnete sich die Tür des Krankenzimmers, und der zeitgleich alarmierte Hausgeistliche, Pater Ewald Plümer SJ (= Societas Jesu; die Ordensgemeinschaft der Jesuiten), betrat den Raum. Ein kurzer Blick auf uns und unser Tun, danach in das Gesicht des Patienten, ein kurzes Kopfschütteln und ein leises „Tss tss“ – dann hörte ich zum ersten Mal ganz bewusst das Sterbegebet [32]:

„Mache dich auf den Weg, Bruder in Christus, im Namen Gottes, des allmächtigen Vaters, der dich erschaffen hat; im Namen Jesu Christi, des Sohnes des lebendigen Gottes, der für dich gelitten hat; im Namen des Heiligen Geistes, der über dich ausgegossen worden ist. Heute noch sei dir im Frieden deine Stätte bereitet, deine Wohnung bei Gott im heiligen Zion, mit der seligen Jungfrau und Gottesmutter Maria, mit dem heiligen Josef und mit allen Engeln und Heiligen Gottes ... Kehre heim zu deinem Schöpfer, der dich aus dem Staub der Erde gebildet hat. Wenn du aus diesem Leben scheidest, eile Maria dir entgegen mit allen Engeln und Heiligen ... Deinen Erlöser sollst du sehen von Angesicht zu Angesicht...“

Wir sahen uns und den Patienten an und erkannten die Sinnlosigkeit unseres Tuns (der Patient war im Endstadium einer schweren Erkrankung) – und haben die Wiederbelebung been-

det. Ich habe gelernt, diese so wichtige Maßnahme überlegter einzusetzen – und hoffe sehr, diese tröstenden Worte einmal bewusst hören zu dürfen, wenn es für mich soweit ist.

Mir sind weitere ähnliche Situationen in Erinnerung:

- Ein alter Mann hatte nach einem Gelenkersatz eine Lungenarterienembolie erlitten und wurde unter laufenden Wiederbelebensmaßnahmen auf die Intensivstation gebracht. Die Angehörigen warteten vor der Tür; sie hatten das Geschehen miterlebt, waren sehr erregt und machten der abgebenden Abteilung Vorwürfe. Nachdem der Patient einigermaßen stabilisiert war, ging ich zu ihnen und sagte, dass weiter akute Lebensgefahr bestehe. Auf meine Frage, ob sie die Krankensalbung für den Patienten wünschten, sagte die noch sehr aufgebrachte Tochter sinngemäß: „So einen Unsinn wollen wir nicht.“ Ihre Mutter war aber anderer Ansicht, so dass Pater Plümer gerufen wurde. Er nahm die Krankensalbung in der ihm eigenen, eng am Ritus bleibenden Art vor – es war ihm nicht gegeben, sich den Angehörigen spontan zuzuwenden. Vielleicht gerade deshalb trat Frieden ein – ein einziges falsches Wort hätte alles nur noch schlimmer gemacht. Es nahm ein gutes Ende, die Angehörigen gewannen Vertrauen, und der Patient hat die schwere Erkrankung überlebt.

Das Abschiednehmen der Angehörigen hat weitere Facetten:

- Ein noch jüngerer Mann, verwahrlost und ungepflegt mit desolatem Zahnstatus, lag mit einer schweren Sepsis in Folge einer Lungenentzündung beatmet auf der Intensivstation; sein Tod war absehbar. Seine Partnerin – hübsch, gepflegt und intelligent – küsste ihn zum Abschied auf den Mund.
- Ein andermal, nachts auf der Intensivstation, ging es um eine sehr alte Dame mit „akutem Abdomen“ – sie war noch wach und orientiert und musste dringend operiert werden (in der Operation stellte sich ein Durchblutungsstörung des Darmes heraus; dabei war so viel Darm untergegangen, dass der Tod unausweichlich war). Ihre Freundin, die sie ins Krankenhaus begleitet hatte, wartete auf dem Flur vor der Station. Im Vorbeifahren nahm sie Abschied, drückte die Hand und gab der Patientin, die

aus der Narkose nicht mehr aufwachen sollte, einen Kuss – es tut mir heute noch leid, dass ich so gedrängt („Schnell, es eilt, wir müssen in den OP“) und den beiden so wenig Zeit gelassen habe.

In einem anderen Fall ging es nicht nur um fehlende Zeit, sondern auch um fehlendes Gespür:

- Ein älterer, mir wohlbekannter Mann aus meinem Heimatdorf (jetzt Stadtteil) hatte einen schweren Herzinfarkt erlitten. Die Familie war über den Ernst der Erkrankung informiert. Bei der abendlichen Visite auf der Intensivstation sagte der Patient: „Morgen früh kommt mein Sohn ...“ (er musste von weither anreisen). Ich sah die Freude in den Augen des Mannes, aber auch den seltsam rosig-euphorischen Gesichtsausdruck und dachte: „Hoffentlich kommt er noch rechtzeitig.“ Da der Patient noch in der Nacht verstarb, lag es mir etwa 20 Jahre lang auf dem Gewissen, dass ich den Sohn nicht angerufen hatte, um ihn zur Eile anzuhalten. Nach der Osternachtfeier des Jahres 2014 habe ich den Sohn dann angesprochen und meinen Fehler bedauert – und war sehr froh zu erfahren, dass er seinen Vater noch am späten Abend und damit rechtzeitig erreicht hat.

Bei allem Bemühen kann der Zugang zu den Angehörigen auf unüberwindliche Hindernisse stoßen:

- Ein älterer Patient mit einer lebensbedrohlichen Weichteilinfektion (nekrotisierende Fasziiitis) im Bereich des Brustkorbs hatte auf Wunsch der Angehörigen die Krankensalbung erhalten. Wenige Tage später stand der Tod unmittelbar bevor; Frau und Kinder waren am Krankenbett und verlangten erneut die Krankensalbung. Ich wandte leise ein, ich sei selbst katholisch und das Sakrament sei bereits gespendet – was zu der sehr verletzenden und abwertenden Reaktion eines Sohnes und der Familie führte, dass ich das gar nicht ermessen könne. Mir lag die Antwort auf der Zunge: „Es war keine Gelegenheit mehr zu sündigen“ – die habe ich gerade noch heruntergeschluckt. Nun wurde ein Priester gesucht und gefunden, es war Probst... Auch dieser gewaltige Prediger hat wohl auf Granit gebissen, denn ich sah ihn später kopfschüttelnd über den Parkplatz zu seinem Wagen zurückgehen. Wenn der Glaube uns selbst oder dem

Nächsten zur Last wird, dann ist es um die Freiheit der Kinder Gottes schlecht bestellt.

In den Zusammenhang von Abschied und Angehörigen gehört auch die *rechtliche Betreuung durch Angehörige*. Bei intakten Familienverhältnissen bedarf es keiner weiteren Begründung, dass der nächste Angehörige (Ehepartner, Kind) die Betreuung übernimmt. Aber auch hier können Grenzen erreicht werden:

- So im Fall einer Ehefrau, deren Ehemann monatelang auf der Intensivstation behandelt wurde. Eher beiläufig erfuhren wir, dass sie bereits in eine kleinere Wohnung umgezogen war – was sie ganz unbedarft so kommentierte: „Wenn er wirklich nochmal heimkommt, dann kann er ja auf dem Sofa schlafen.“
- In einem anderen Fall oblag die Betreuung eines Mannes, der an einer schweren Infektion des Bauchraums litt, der langjährigen Partnerin. Der Patient konnte sich selbst nicht mehr äußern, und die Partnerin sollte der Anlage eines künstlichen Darmausgangs (*Anus praeter*) zustimmen. Sie hatte zu diesem Gespräch eine Pastorin zur Unterstützung mitgebracht und antwortete auf meine Frage, ob sie der Operation zustimme: „Mein Freund und ich haben vereinbart, dass unsere Partnerschaft einen künstlichen Darmausgang noch erträgt, aber mehr ist nicht zu tolerieren.“ Sie hatte nicht verstanden, dass es nicht um Befindlichkeiten einer Partnerschaft ging, sondern um den mutmaßlichen Willen ihres Partners – die Pastorin und ich haben gemeinsam versucht, es ihr zu erklären.

An diesem letzten Beispiel werden zwei Dinge klar – wie wenig Wissen vorausgesetzt werden darf, und wie sehr ein Grundvertrauen in die medizinische Versorgung erforderlich ist.

Gespräche

Über den täglichen Umgang hinausgehende Gespräche mit einem Patienten auf der Intensivstation haben zwei wesentliche Aspekte. So muss dem Patienten zum einen etwas gesagt – *beigebracht* – werden, das ist oft schwer und bleibt für sich stehen; zum anderen kann sich aber auch ein tiefes und beide Seiten bereicherndes Gespräch über das persönliche *Schicksal* des Patienten entwickeln.
