

chen Körper pumpt. Sie kontrolliert das Gerät für die Hämofiltration, ein Blutreinigungsverfahren. Sie stellt die Spritzenpumpen neu ein, die gegenwärtig 26 unterschiedliche Medikamente in hohen Dosen in den reglosen Leib drücken. 33,7 Grad Celsius Körpertemperatur zeigt ein Monitor an.

„Ab weniger als 35 muß man den Arzt holen“, sagt Eva, die seit fast zwei Jahren hier arbeitet. „Aber der weiß ja Bescheid.“ Der Patient liege jetzt schon drei Tage in seinem Schweiß und Blut. „Ich bemühe mich ja. Aber ich habe das Gefühl, einen Toten zu pflegen“, sagt sie in der Pause leise. „Manchmal meine ich, die Ärzte haben nie gelernt, wann sie aufhören müssen.“ Sie glaubt, „dem Patienten wird die Würde des Sterbens genommen“.

Der Kranke beansprucht Evas gesamte Zeit. Die wache Patientin im Bett gegenüber leide darunter. „Ich konnte letzte Nacht keimlich mit ihr sprechen.“ Die Temperatur des Mannes sinkt weiter. Wieder saugt sie das Blut aus dem Bett. Das junge Gesicht der Schwester wird starr. Sie legt weiße Tücher unter die Arme und auf die Blutflecke im Bett. „Ich hätte nie gedacht, daß Pflegen mir einmal grausam vorkommen würde“, wird sie später bemerken.

Sie deckt den Patienten zu. „Ich möchte ihm noch etwas Gutes tun“, sagt sie – und meint damit etwas ganz anderes als der Stationsarzt, der mit einem Kollegen über die weitere Behandlung des Blutenden spricht: „Was können wir ihm noch Gutes tun? Die Grenze der Intensivmedizin haben wir noch nicht erreicht.“ Eva soll die beschlossene Erweiterung der Therapie ausführen: Noch einmal wird die Dosis der Medikamente gesteigert. Als sie ihren ganzen Mut zusammennimmt und protestiert, sagt der diensthabende Arzt, daß emotionale Entscheidungen ihr nicht zustünden.

#### Ärzte können sich häufig durch räumliche Distanz abschotten

„Ich habe den Beruf zwar nicht aus religiösen Gründen gewählt“, sagt Eva nach der Schicht, „aber ich werde ihn wohl aus religiösen Gründen beenden.“ Ein junger Assistenzarzt, der früher selbst Pfleger war und sozusagen die Fronten gewechselt hat, kann sie vielleicht am besten verstehen. Auch er hätte damals oft gesagt: „Laßt ihn doch in Ruhe sterben.“ Doch heute, wenn er vor der Entscheidung stehe, sei

alles ganz anders. Die „Komponente Selbstschutz“ spiele beim Pflegepersonal eben eine größere Rolle als bei Ärzten.

Abends, in der Kneipe, ist so etwas wie aufgeregter Groll spürbar, wenn die Pflegenden vom Selbstschutz der Ärzte sprechen: Wir sind es doch, die am Bett stehen, sagen sie, wir müssen das Leid aushalten, wir müssen den Patienten quälen, ihn drehen, stechen, absaugen. Wir sind es, die „ärztliche Anweisungen“ auf den Kranken übertragen. Würden Mediziner auch dann so häufig „Maximaltherapie“ anordnen, wenn sie diese selber ausführen müßten?

In mancher Beziehung sind Intensiv-Ärzte besser geschützt: Sie sehen die Patienten oft nur für Minuten, sie sind „physisch und emotional zu wenig präsent“, wie ihnen wissenschaftliche Studien bescheinigen. Sie können sich durch die räumliche Distanz gefühlsmäßig abschotten und viel mit dem Prestige kompensieren, das sie genießen.

„Natürlich sind wir froh“, erzählen die Schwestern und Pfleger, „Entscheidungen über Leben und Tod nicht fällen zu müssen.“ Doch sie sind es, die sie auszuführen haben. Sie fühlen sich als „hautnahe Therapeuten“, manchmal gleichzeitig in dreierlei Richtung: stellen sich schützend vor Patienten, bringen einen jungen Arzt behutsam davon ab, etwa einen Katheter falsch zu legen, beruhigen Angehörige, die häufig „selber kollabieren“. Obwohl auch sie Verantwortung tragen, obwohl sie viele „ärztliche Tätigkeiten“ übernommen haben, erleben sie immer noch einige arrogante Ärzte mit einer Art „Herrenton“.

Dabei wissen diese Schwestern und Pfleger, was sie können und was von ihnen erwartet wird: Selbständigkeit, Ruhe, routinierter Umgang mit Geräten, medizinisches Know-how, Konzentrationsfähigkeit und Beobachtungsgabe. „Eine erfahrene Fachschwester“, bescheinigt ein Oberarzt, „steckt jeden Assistenzarzt in die Tasche.“

Und viel Kraft haben sie nötig. Die geringste Nachlässigkeit kann Patienten gefährden. „Wie oft schreckt man nachts aus dem Schlaf“, erzählen sie, „und fragt sich: Habe ich alles richtig ge-



#### An einem Sortiment von Puppen für den Ernstfall üben

Intensivpflege heißt, auf Notfälle wie etwa Herzversagen immer gefaßt zu sein und sofort eine Wiederbelebung beginnen zu können. Bei der Ausbildung helfen Puppen, an denen etwa die Beatmung simuliert werden kann. Die Weiterbildung zur Fachschwester oder zum Fachpfleger, die nicht zuletzt mit der schnellen Entwicklung neuer Geräte und Therapien Schritt halten muß, ist nicht einmal überall in der Bundesrepublik gesetzlich geregelt. Viele Kritiker fordern auch, psychosoziale Aspekte stärker in die Ausbildung von Ärzten und Pflegenden einzubeziehen

macht?“ Ständig unter Zeitdruck arbeiten, in den Nachtschichten zehn Stunden direkt am Kranken, in den Tagschichten sieben Stunden. Nur eine kurze Pause. Und bei alledem sollen sie nie vergessen: Wärme, Einfühlungsvermögen und Mitgefühl zu geben, wo bisweilen Ekel, Entsetzen und Trauer aufkommen. „Manchmal, wenn ich unwirsch auf Patienten reagiere, fühle ich mich verroht“, sagt Barbara. „Das habe ich doch nie gewollt.“

Am Arbeitsplatz spricht allerdings selten jemand von dem Realitätsschock, der aus der Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit resultiert. Offenes Aufbegehren gibt es kaum. Die Profis haben gelernt zu schweigen. „Gefühlsduselig zu sein“ gilt in dem Hochleistungsbetrieb Intensivstation als Versagen. Manche wirken in ihren hellblauen Uniformen selber wie aufgezogene Maschinen: Der Gang

ist oft steif, die jungen Gesichter dominiert eine erzwungene Reife. So patent sind sie, so tüchtig, so überlegen und distanziert, voll gebändigter Aggressivität und hektischer Konzentration. Sie sind derart professionell, daß man meinen könnte, sie klammerten sich an ihre Professionalität.

Trotz immer wieder beschworenen Teamgeistes und Versuchen, sich gegenseitig zu helfen, kann die Maxime oft nur lauten: Jede oder jeder schützt sich selbst so gut sie oder er es kann. Das gilt für Pflegenden wie für Ärzte. Manchen hilft Routine: „Mir geht so schnell nichts mehr unter die Haut.“ Andere helfen sich mit Überaktivismus, der es möglich macht, „nicht nachzudenken“. Oder mit einem rauhen Umgangston bis hin zum Zynismus wie etwa: „Du kriegst aber auch alles kaputt“ – ein Kommentar zu einem Kollegen, dessen Patient gerade gestor-



Ein »Bio-Ingenieur« gibt Geräteunterricht

ben ist. Und fast alle praktizieren eine Art Versachlichung und konzentrieren sich auf medizinisch-technische Aspekte. Monitore, Beatmungsparameter und Laborwerte füllen dann das gesamte Wahrnehmungsfeld aus. Die Flucht in eine „Pseudo-Rationalität“ kann so weit gehen, daß der hilflose Kranke „ein Ding“ wird. Psychologen sprechen von „Dehumanisierung“.

Daß anfänglicher Enthusiasmus nicht selten einer Abstumpfung weicht, hängt auch mit einem Symptomkomplex zusammen, der unter dem Begriff „Helfer-Syndrom“ bekannt geworden ist: Ein geringes Selbstwertgefühl sowie der unterdrückte Wunsch nach Wärme und Anerkennung fördern das Bedürfnis, nach außen hin stark zu wirken. Etwa als „Superkrankenschwester“, als Beschützerin aller Bedürftigen, die selbst nie Hilfe braucht. Mit der Zeit stellt sich heraus, daß diese Selbsthingabe nicht durchzuhalten ist. Der Beruf befriedigt nicht mehr, sondern überfordert, ein dauerndes Gefühl der Unzulänglichkeit, Versagensängste und Schuldgefühle stellen sich ein.

„Burnout-Syndrom“ nennen Fachleute den Endzustand dieser Entwicklung, die besonders Angehörige

helfender Berufe heimsucht. In einem solchen Zustand körperlicher und seelischer Erschöpfung regiert den Helfer nicht mehr Anteilnahme, ein ursprüngliches Motiv für die Berufswahl, sondern Resignation. Die ersten Anzeichen sind psychosomatische Symptome wie Herz-Kreislaufbeschwerden, Eß- und Schlafstörungen, Kopfschmerzen, depressive Verstimmtheit: „Erst Feuer und Flamme, dann ausgebrannt.“

#### **Irgendwann durchdringen die Bilder den emotionalen Abwehrschild**

Doch helfen macht nur scheinbar hart. Die Flucht nach innen, weg vom Patienten in die emotionale Distanz, erhält in dieser Welt, in der es mit dem Sterben zu leben gilt, nur für eine gewisse Zeit die Handlungsfähigkeit. Hoffnungslos Kranke, Verstümmelte, Sterbende, Blut, Exkremente sind „ein Anblick, der das fundamentale Selbstverständnis von menschlicher Integrität verletzt“, wie die amerikanischen Mediziner Donald Hay und Donald Oken betonen. Irgendwann durchdringen die Bilder den emotionalen Abwehrschild. „Das Ungedachte“,

schreibt Nietzsche, „läßt sich durch das Nichtdenken und Ausschließen nicht zum Verschwinden bringen...“

Manchen Pflegenden hat das Helfen auf einer Intensivstation schon gebrochen. In den letzten Jahren haben Meldungen von „Todesengeln“ Schlagzeilen gemacht. Als geradezu „mörderische Verzweiflung“ beschreibt Hans-Joachim Hannich, Professor für medizinische Psychologie in Münster, die Seelenlage solcher Menschen. Zum Beispiel Michaela Roeder, die in einer Station in Wuppertal mehrere Schwerstkranke getötet hat. Die Fachschwester, sagt der Psychologe, habe einst „den ganzen Laden geschmissen“. Niemand habe etwas von ihrer Überforderung gemerkt. Ihre Not habe sie hinter Kompetenz versteckt. Und vor allem: Die Bedingungen auf der Station in Wuppertal ließen es zu, daß erdrückendes Mitleid und Ohnmachtsgefühle zu Allmachtsphantasien wurden. Es gab dort kein Netz, keine Führung, kein verbindliches Pflege- und Behandlungskonzept, die Ärzte haben sich nicht oft sehen lassen. „Eine Station der Vereinzelung“, beschreibt der Psychologe.

„Ihren“ Stationen eine „stützende Struktur“ und ein „Zusammengehörigkeitsgefühl“ zu geben, versucht in Münster – neben den Ausbildern und mittlerweile auch vielen Ärzten – die „Chefin“. Heike Strunk hat „graue Haare bekommen“ bei ihrem Einsatz für die „Einhaltung der Mindestbesetzung auf Station“ und damit für die Sicherheit der Kranken und den Schutz der Kollegen. Ihre ganz persönliche „Flucht vom Patientenbett“ und ihr „Wille, etwas zu verbessern“ hat sie schon früh in das politische Engagement als Vorsitzende der „Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege“ geführt.

Sie nennt die Tatsache einen „Skandal“, daß Kassen und Krankenhäuser sich bei ihrem Personalschlüssel immer noch nach „Anhaltzahlen“ aus dem Jahre 1969 richten. Sie findet es unerhört, daß Verwaltungen und leitende Ärzte in vielen Kliniken die Pflegenden „rücksichtslos auspowern“ mit dem Hinweis auf den Dienst am Menschen. Dabei gehe es oftmals gar nicht nur um den Menschen, sondern eher um das Funktionieren, das



#### **Wo Hautkontakt streng verboten ist**

Pflegen erfordert größte Sorgfalt: Vor allem bei Patienten, denen Organe transplantiert worden sind, arbeitet das Personal mit scharfen Hygieneauflagen. Der Kampf gegen Infektionen ist bei solchen stark immungeschwächten Patienten besonders schwer. Spezielle Betten, etwa solche mit Luftkissen, sollen das gefürchtete Wundliegen bei Langzeitpatienten verhindern

„effiziente Abwickeln rund um das Krankengut“. Schwestern und Pfleger würden oft als „Wegwerfartikel“ behandelt. Mit mehr Geld sei es keineswegs getan, die jungen Leute brauchten neben erträglichen Arbeitsbedingungen auch professionelle psychische Betreuung, wie sie etwa auf Krebsstationen längst üblich ist.

„Wir haben therapeutisch sehr viel von ihm verlangt“, sagt ein Stationsarzt bei der Visite. „Aber er hat zugemacht.“ Alle blicken durch das Fenster in den Raum, in dem ein Patient liegt, dem vor einigen Tagen ein fremdes Herz eingepflanzt worden ist. Plötzlich beginnt der Mann zu „schütteln“, als durchlaufe Frost seinen Körper. „Er ist fahl geworden“, ruft der Stationsarzt. „Wir müssen was machen.“ In größter Eile ziehen die Ärzte sterile Haarhaube, Mundschutz, einen bodenlangen Kittel und Handschuhe über und laufen zum Bett hinter der

Glastür. Jetzt sind sie von Schwester Karin kaum noch zu unterscheiden, die in diesem Zimmer ihre Arbeit verrichtet und schon vor Stunden gewarnt hat: „Irgend etwas stimmt mit dem Patienten nicht.“

„Beatmungsgerät, ich will einen Tubus, aber sofort.“ Der Oberarzt hält den Kopf des Patienten mit beiden Händen. Herzrhythmusstörungen. Dann Herzversagen. Die Rollen sind verteilt: Der junge Stationsarzt, der drei Nachtdienste hinter sich hat und jetzt seit 14 Stunden Dienst tut, übernimmt die Herzmassage. Druck, Druck, Druck. Das Bett ächzt. Der Oberarzt: „Schwester Annegret, einen herzchirurgischen Oberarzt.“ Er schreit, Schwester Karin rennt, reißt Spritzen und Schläuche aus sterilen Verpackungen. „Schau, daß du noch Perfusoren auftreibst, der flippt sonst aus.“ Schwester Hanne eilt zur Hilfe. Druck, Druck. Bei jedem



Mundpflege bei einer schwer verletzten Patientin

Druck bäumt sich der Patient auf. Der Oberarzt schreit: „Externer Schrittmacher.“ Schwester Karin, rennend: „Muß er denn so schreien, ich tu ja was ich kann.“ Der Oberarzt: „Wo ist Schwester Annegret. Ich brauche sie zu meiner Verfügung.“ Er schreit. Annegret hat an jedem Ohr einen Telefonhörer: „Dr. Mayer ist unterwegs.“ Karins Stimme vibriert: „Reich mir noch mal NaCl.“ Eine vierte Schwester kommt aus einem anderen Zimmer, zieht Spritzen auf. Druck. Druck. Alle starren auf den Monitor, als wollten sie ihn hypnotisieren. Die Augenringe über der Maske des Arztes, der seit 20 Minuten seine ganze Kraft an den Brustkorb des Patienten weitergibt, werden immer dunkler. Aber weiter: Druck, Druck. Das Bett rutscht. Und dann schlägt das verpflanzte Herz wieder. Die Schlacht ist geschlagen. Der Tod ist vorerst ausgetrieben. Mit menschlicher Kraft und einem maschinenähnlichen Organismus, der Intensiv-Team heißt. Helfen kann faszinierend sein.

Helfen kann Macht bedeuten. In dieser seltsamen Innenwelt regiert die Formel: nicht Heilkunst, sondern Lebenserhalt – die Attraktion der „Rettung pur“, der auf ihre Grundelemente reduzierten Medi-

zin. Eben das, sagt ein Stationsarzt, sei „intensivmedizinisches Denken“. Nur dadurch sei möglich geworden, was vor nicht allzu langer Zeit unmöglich war. Ohne dieses Denken gehe es nicht, und viele Pflegekräfte hätten es. „Es prikelt“, umschreibt ein Pfleger, weshalb er trotz allem noch hier arbeitet, „wie Motorradfahren.“ Jemanden dann auf der Straße zu treffen, „der schon auf der Schippe lag“, das sei ein tolles Gefühl. „Hier ist die Power, wir haben wieder mal Leben gerettet.“

#### Unbewußt auch ein Stück der eigenen Vergänglichkeit besiegen

„Manchmal glaube ich, wir sind alle irgendwie krank“, sagt eine Stationschwester, die den „Laden seit 20 Jahren kennt“. Worte, die auf jenes „intrapsychische Gefüge“ weisen, das Psychologen auf Intensivstationen ausgemacht haben wollen: Das Leben-Erhalten um jeden Preis kann deshalb so faszinierend sein, weil die Macher unbewußt auch ein Stück der eigenen Vergänglichkeit zu besiegen meinen.

In Extremsituationen wie Reanimationen wird diese tragische Seh-

sucht der modernen Gesellschaft am deutlichsten ausgelebt, vermuten Experten wie Hans-Joachim Hannich aus Münster: In dem einseitig naturwissenschaftlich ausgerichteten Menschen- und Krankheitsbild wirken Intensivstationen wie „Brenngläser der modernen Medizin“. Deren spektakuläre und häufig erfolgreiche Bemühungen, Menschen zu retten, seien aber auch von einem Feindbild geprägt: Der Tod gilt als Todfeind und nicht als natürliches Ende des Lebens.

Manche Kranke stellen sich gegen solche Tendenzen. Besonders diejenigen, „die einen starken Willen haben, ziehen sich oft irgendwann zurück“, berichtet der Unterrichtspfleger Lothar Ullrich. Auch bei ihnen gebe es so etwas wie eine Flucht nach innen, „gegen die wir machtlos sind“. Er schiebt eine Kassette in den Video-Recorder und schildert einen Fall, den er als „Intensivler“ noch vor kurzem nicht für möglich gehalten hätte. Ein Fall, der viele hier in Münster nachdenklich gemacht habe.

Zu sehen ist ein Patient nach einer Herztransplantation. Er befindet sich seit zwei Wochen auf der Intensivstation. Ein Multiorganversagen hatte künstliche Beatmung notwendig gemacht. Nach dem Absetzen der betäubenden Medikamente wird der Patient nicht wach, obwohl er „neurologisch unauffällig“ ist. Eine im Rahmen eines Forschungsprojekts anwesende Musiktherapeutin wird gebeten, sich um den 57jährigen zu kümmern.

Erster Tag: Die Therapeutin steht am Bett des Patienten, tief über ihn gebeugt; sie hält seine Hand an ihre Brust gedrückt. Sie summt leise und nimmt dabei seinen Atemrhythmus auf, der ihm trotz aller Einschränkungen geblieben ist. Die Intensität dieser Annäherung vermittelt sich selbst über den Bildschirm. Nur zehn – ungestörte – Minuten täglich dauert der Versuch der Kontaktaufnahme.

Dritter Tag: Im von Maschinengeräuschen erfüllten Zimmer wirkt das ruhige Summen geradezu rührend menschlich – ein ungewöhnlicher Dialog zwischen Gesang und Atmung. Der Patient hebt die Hand und beginnt sie zu bewegen, als wolle er dirigieren. Am Ende der Sitzung macht er die Augen auf.



Kurze Pause während der Nachtschicht



#### Dienst an Nächsten, die sich nicht bedanken können

Pflegen auf einer Intensivstation bedeutet auch, mit Menschen zu sprechen, die nicht bei Bewußtsein sind. Schwestern und Pfleger lernen, sich einem Patienten vor jeder Schicht vorzustellen und ihn über alle Tätigkeiten – wie zum Beispiel Haare waschen – zu informieren: Es wäre ja möglich, daß die Worte den Kranken erreichen

Am fünften Tag sitzt er im Sessel. Die Therapeutin hat ihm eine einfache Zither mitgebracht.

Im Nachhinein berichtet der Patient, daß er in der Zeit der Bewußtseinsstrübung die Intensivstation als im höchsten Maße bedrohlich empfunden hat. Er ist einer der wenigen, die sich überhaupt an ihren Aufenthalt erinnern können: Er hatte das Gefühl, er befinde sich auf einem Schlachtfeld und müsse sich totstellen, um von „umhermarodierenden Rittern“ – dem Behandlungspersonal – nicht getötet zu werden. Das Blutreinigungsgerät deutete er als Bombe, die ständig zu explodieren drohe. Die Kontaktaufnahme durch die Musiktherapeutin hingegen, ihre emotional so wichtige Zuwendung über die Stimme, bedeuteten für ihn „neues Leben“.

„Von dieser Art zu helfen müssen wir lernen“, sagt Lothar Ullrich, als er die Kassette wieder auf den Tisch

legt, „auch um uns selbst helfen zu können.“ Die Tür geht auf. Ein Arzt kommt herein. Er sieht die Video-Kassette und sagt: „Ja sicher, der Patient ist aufgewacht. Aber vielleicht auch deshalb, weil wir es gleichzeitig geschafft haben, die Leberwerte wieder herunterzudrücken.“

Nur ein paar Tage später erzählt der Unterrichtspfleger, daß für die Intensivstationen zwei Stellen für Musiktherapeuten genehmigt worden seien. □

Alle Namen – außer denen von Lothar Ullrich, Heike Strunk, Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich – sind von der Redaktion geändert worden.

Die Biologin und GEO-Redakteurin Dr. Hanja Luczak und die Fotografin Ines Krueger recherchierten wochenlang in den Intensivstationen der „Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin“ des Klinikums der Universität Münster, unterstützt von der aufgeschlossenen Klinikleitung. Ihr Dank und ihre Bewunderung gilt dem Pflegepersonal und den Ärzten auf den Stationen.