

DM 14,80 Sfr 14,80 öS 105,- LIT 19 000 HFL 18,50 PTAS 1375 FF 55,-

# GEO

WISSEN

## ÄRZTE • TECHNIK • PATIENTEN

GESUNDHEIT

**Der vermessene Mensch**

INTENSIVPFLEGE

**Im Einsatz bis zum letzten**

ALTERNATIVEN

**Die andere Kunst des Heilens**

FORTSCHRITT

**Der Fluch der guten Tat**



HIGH-TECH-MEDIZIN  
**Macht und Grenzen der neuen Apparate**

**ZWAI**

aus: GEO Wissen Nummer 4 / Montag, 04.11.1991  
Alle Rechte beim Verlag Gruner + Jahr AG, Hamburg  
Download via [zwi.net](http://zwi.net) zum privaten Gebrauch  
mit freundlicher Genehmigung des Verlags



Sie sind eine besondere Art Elite. Sie müssen da sein für schnelle lebensrettende Aktionen wie auch für die langwierige Pflege Todkranker. Sie sind Vermittler in der konfliktreichen Welt, die vom Prinzip Lebenserhalt regiert wird. Sie stehen zwischen Ärzten, Technik und Patienten – dort, wo ständig Druck auf Leib und Seele lastet. Nicht zuletzt deshalb geben viele Schwestern und Pfleger auf den Intensivstationen trotz anfänglich großem Idealismus nach wenigen Jahren auf

# Im Einsatz bis zum letzten

Intensivschwester und -pfleger in der »Klinik und Poliklinik für Anästhesiolo-

gie und operative Intensivmedizin« des Klinikums der Universität Münster beim nächtlichen Betten einer Patientin

**H**elfen wollten sie anfangs alle. Werner, der sich „auf dem Olymp“ wähnte, seinen Beruf aber mittlerweile von der Masse der Apparate erdrückt sieht. Karin, die nicht mehr mit jedem Patienten „mitsterben“ will. Georg, der sich über arrogante und inkompetente Ärzte ärgert. Eva, die sich im Traum manchmal in einem jener Betten liegen sieht, in denen die „Vitalfunktionen“ Schwerstkranker mit allen erdenklichen technischen Mitteln erhalten werden.

Anderen Menschen helfen wollten sie, als sie sich für den Beruf der Krankenschwester beziehungsweise des Pflegers entschieden. Ihre Rolle als Schlüsselfiguren der Medizin wird nirgendwo so deutlich wie auf Intensivstationen. Ihr Können brauchen und von ihrer Kraft zehren Ärzte, Technik und Patienten. Sie vor allem sind es, die sich zwischen High-Tech und schlichter menschlicher Zuwendung aufreiben. Selten sprechen sie von beruflicher Erfüllung, oft aber – ob fertige oder auszubildende Fachschwester – von chronischer Überbelastung und Schuldgefühlen, von Erpressung und davon, ihren „Traumberuf“ nicht mehr lange ausüben zu wollen und zu können. Manche haben die Flucht schon im Kopf.

Raus aus dieser eigentümlichen Innenwelt mit all dem Zischen und Röcheln und den durchdringenden elektronischen Alarmtönen. Weg von den meist bewußtlosen Leibern, die „irgendwann alle gleich aussehen“. Weg von Infusions- und Ernährungsschläuchen, Überwachungssonden und Beatmungstuben. Weg von den flirrenden Bildschirmen, die lebendiger wirken als die Kranken, deren Leben sie bewachen. Raus aus der von lebensrettender Effizienz bestimmten Atmosphäre, in der Gefühle nicht erwünscht sind und in der die Seele keine Rolle spielen darf.

Wo Schwerstverletzte nach Operationen und Unfällen liegen, halten es selbst hochmotivierte junge Leute im Schnitt nur drei bis vier Jahre aus. Überall in Deutschlands Krankenhäusern fehlt Fachpersonal. Überall gehen mehr als kom-

### **Kleine Gesten sprechen eine eigene Sprache**

Pflegen ist viel mehr als Ausführen ärztlicher Anweisungen. Die moderne Pflegeforschung fordert, auch Schwerstkranken zu „aktivieren“ und nicht lediglich zu versorgen. Selbst so kleine Dinge wie der gewohnte Geruch des persönlichen Rasierwassers könnten einem bewußtlosen Patienten auf eine nicht meßbare Weise helfen

men. Experten sprechen von einer „fortschreitenden Verdichtung“ der Arbeit: Mehr Technik, mehr Therapie, Verkürzung der Liegedauer bei höherer Patientenfallzahl, mehr Alte, mehr chronisch Kranke – eine Entwicklung, die sich größtenteils auf dem Rücken des Pflegepersonals niederschlägt.

Und der „Lohn“ dieser Akkordarbeit: wenig Anerkennung, wenig Geld, sogar Ablehnung. „Was, du arbeitest auf einer Intensivstation?“ Wie oft hören Schwestern bei dieser Frage einen „kränkenden Unterton“ heraus – gerade so, als würden sie Unmenschliches tun. Das gilt auch für die Pflegenden der „Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin“ im Klinikum der Universität Münster – obwohl hier auf den Stationen „viele in Ordnung ist“: Ausbildung, Pflegekonzept und auch „eine gewisse Offenheit“ ungewöhnlichen Neuerungen gegenüber.

„Eigentlich ist es ein schöner Beruf“, sagt die Intensivfachschwester Gunda. Heute Nacht ist ausnahmsweise wenig von der zerrenden Hektik des Tages auf der Station zu spüren. Aus dem Radio klingt leise Musik. Die Maschinen scheinen ruhiger zu laufen, die Signaltöne weniger durchdringend zu sein. Die Pa-

tienten wirken friedlich. Die 28jährige, die schon vier Jahre auf der Station arbeitet und von deren sechs Geschwistern fünf in der Krankenpflege beschäftigt sind, stammt wie viele ihrer Kolleginnen aus einer großen Familie. Sie hat früh gelernt, sich um andere zu kümmern. Sie ist „Intensivlerin“ geworden, da „diese Patienten mich am meisten brauchen“.

#### Die Ansprache bewusstloser Patienten ist auch ein Akt der Achtung

Gunda ist froh. Sie hat endlich Ruhe, „ihre Pflege“ machen zu können. Sie hat sogar so viel von diesem kostbaren Stoff Zeit – „hoffentlich gibt es nicht gleich wieder Großalarm“ –, um ihren jungen Patienten in Zimmer 3 mit Hilfe eines Spezialgeräts zu duschen.

„Wir waschen jetzt die Haare“, kündigt sie dem Kranken an – obwohl er doch bewusstlos ist. „Man weiß nie, was er mitkriegt.“ Diese Ansprache nennt der Unterrichtspfleger der Station, Lothar Ullrich, „handlungsbegleitende Orientierung“, aber auch einen „Akt der Achtung“. Allerdings: So etwas, sagt Gunda, werde mit den Jahren

immer schwerer. „wenn doch fast nie was zurückkommt“.

Sie föhnt das Haar des Patienten, sie rasiert ihn und gewinnt Erfolgsergefühle so kleinen Dingen ab wie dessen persönlichem Rasierwasser: „Vielleicht riecht er ja sein Davidoff.“ Sie saugt Nasenschleim ab und streicht Salbe in die Nasenlöcher, die von der Magensonde wundgescheuert sind. Und beginnt mit der Mundpflege.

„Das kann jetzt ein wenig unangenehm werden, Herr Peters, aber es muß sein.“ Sie putzt ihm die Zähne, spült seinen Mund aus und saugt gleichzeitig die Spülflüssigkeit ab, die durch einen kleinen aufblasbaren „Ballon“ am Beatmungsschlauch im Rachen des Patienten zurückgehalten wird.

Nachdem sie das Beatmungsgerät für einige Minuten auf 100 Prozent Sauerstoff gestellt hat, unterbricht sie die Luftzufuhr. Sie fährt nun mit einem dünnen Absaugkatheter durch den Beatmungsschlauch in die Lunge des Kranken. Der Körper des Bewußtlosen krampft sich zusammen. Absaugen: immer wieder ein kleiner Todeskampf, wenn der Schleim aus der Lunge entfernt werden muß.

„Ja, ich weiß, das ist unangenehm.“ Sie arbeitet schnell und konzentriert, der Körper des Patienten beruhigt sich wieder. Er bekommt wieder Luft. „Schon vorbei.“ Danach Betten sowie Desinfizieren aller „Zugänge“ etwa für Katheter, Wechseln aller Verbände. Dazwischen Verabreichen der Medikamente.

Vor allen „pflegerischen Handlungen“ desinfiziert sich Gunda die Hände oder streift neue Handschuhe über. „Das muß in Fleisch und Blut übergehen“, sagt sie, denn „das Krankenhaus soll dem Patienten ja keinen Schaden zufügen“. Doch im Kampf gegen Infektionen und auch gegen das Wundliegen seien sie nicht selten die Schwächeren. Und immer wieder: Gunda setzt sich hin und notiert ihre Handlungen im Pflegebericht.

Ein wenig Stolz ist dabei, als die Fachschwester jetzt lächelnd den Kranken betrachtet. „Er sieht frisch aus.“ Sie streicht ihm über die Stirn. Sie deckt den jungen Mann zu, so behutsam und routiniert, wie sie vor kurzem die Vorhaut seines Penis zu-



#### Wo alle ständig unter Strom stehen

Pflegen auf der Intensivstation heißt, immer auf dem Sprung zu sein. Auf Hunderte von Alarmsignalen pro Tag und Dutzende von Anzeigen der Überwachungsgeräte zu reagieren. Neben diesen Überwachungsaufgaben bereiten die Schwestern und Pfleger medizinische Eingriffe vor und haben dabei, wie hier bei einer Bronchoskopie, zu assistieren. Die wachsende Zahl der Apparate, die Flut der Daten und die Personalnot machen es ihnen immer schwerer, Zeit für menschliche Zuwendung aufzubringen

rückgestreift hat, um die Eichel zu waschen.

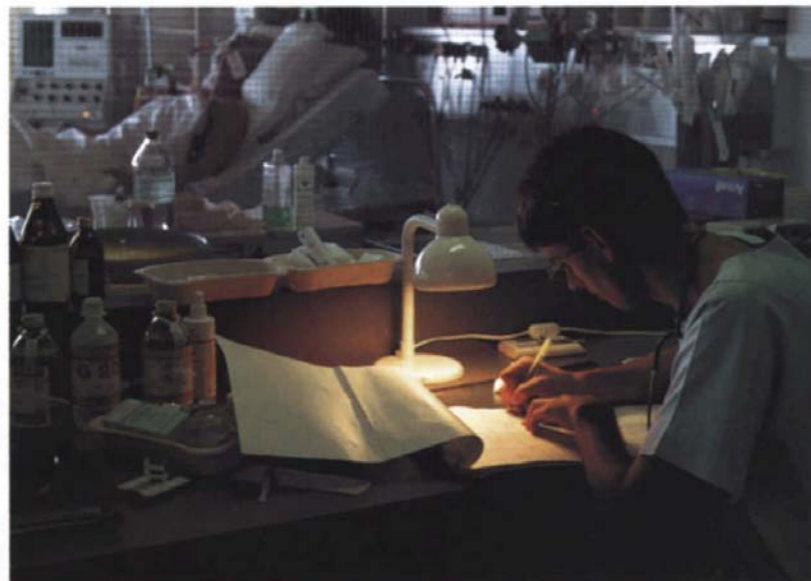
Zuwendung, Einfühlung, Motivation. „Medizin ist nur die eine Hälfte“, sagt der Fachpfleger Werner und spricht von beruflicher Erfüllung: einem jungen Patienten „ein wenig Lebensmut geben“, besonders, wenn keiner auf der Station mehr an eine Genesung glaubt. Ihn wiederaufrichten, ihn sogar, samt allen Geräten, nach draußen in die Sonne fahren. Einem schwerkranken Zwölfjährigen Geschichten vorlesen. Einem 90jährigen beim „schönen Einschlafen“ die Hand halten. Allerdings: Dies seien seltene Momente. Die Phasen, in denen man nach dem Sinn fragt, würden immer länger, erzählt der 33jährige große blonde Mann.

Werner ist einer von denen, die „wegen der anspruchsvollen Technik“ Intensivpfleger geworden sind. Ein häufiges Motiv der mehr als 30

Prozent männlichen Helfer auf Intensivstationen. Keiner will als „Urinkelner“ oder „Stationskran“ auf eine Normalstation zurück: „Hier sind wir auf dem Olymp.“

Doch vom Götterberg der Medizin hat er sich selbst verbannt. Werner hat gekündigt. Nach 15 Jahren Pflege will er jetzt auf eine Bohrinself, „Drecksarbeit unter Männern machen“. Er will das „andere Extrem“. Und danach vielleicht als Gemeindepfleger Menschen als „wie heißt es doch so schön: biopsychosozialen Wesen helfen“.

Er hat es satt, „meine Ohnmacht zu spüren und Handlanger der Maschinen zu sein“, für die psychischen Bedürfnisse der Patienten selten Zeit zu haben. „Wie Hamster in einer Treitmühle sind wir“, sagt er. Sind Messungen und Kontrollen durchgeführt, beginne schon die neue Runde. Und irgendwann, als er gemerkt hat, daß seine Blicke



Notieren aller »pflegerischen Handlungen« im Pflegebericht

häufiger die Bildschirme des „bettseitigen Monitoring“ suchten als die Gesichter der Patienten, wußte er, daß er gehen wird.

Krankenpflege ist ein Beruf auf der Suche nach sich selbst. Schon im 19. Jahrhundert bedauerte Florence Nightingale, daß Pflege lediglich als Verabreichung von Arzneien und Auflegen von Verbänden verstanden werde. Weltweit bemühen sich Pflegeforscherinnen um eine „Definition“, die auch Denken und Wissen in Rechnung stellt. Immer wieder wird die amerikanische Pflegerin und Wissenschaftlerin Virginia Henderson zitiert. Sie begriff als vorrangige Aufgabe einer Krankenschwester, den ihr anvertrauten Menschen in jeder Hinsicht zu unterstützen, seine Unabhängigkeit wiederzuerlangen.

Das neuere Pflegemodell der Britin Nancy Roper sieht den Patienten lediglich in einigen Lebensaktivitäten eingeschränkt. Diese gelte es nur kurzzeitig zu ersetzen, denn der Kranke sei kein passiver Wirt von Krankheiten. War die Pflege jahrelang am Defizit orientiert, so heute an der Frage: Was kann der Patient eigentlich noch? „Versucht, das zu fördern, und mag es noch so wenig sein“, trichtert der Ausbilder Lothar Ullrich seinen Schülerkollegen

ein. „Laßt den Patienten spüren, daß ihr für ihn da seid. Aber paßt auf, daß ihr ihm nichts überstülpt.“

Pflegeforschung. Für Heike Strunk nicht nur ein Wort. Auf ihrer Visitenkarte steht „Pflegedienstleitung“ und „Nursing Director“. Die 38jährige mit dem schicken, schwarzweiß geschickten Brillengestell auf der Nase steht 133 Schwestern und Pflegern vor. Wenn ein Arzt sie ärgern wolle, dann sage er heute noch „Schwester Heike“ zu ihr. Auf dem Fensterbrett in ihrem Zimmer steht ein Schild, „The Boss“; die Schriftseite ist nach hinten gedreht.

#### Krankenpflege wird in vielen Ländern an Universitäten gelehrt

Im Vergleich zu anderen Kliniken „geht es uns geradezu gut“, betont sie. Es gebe ein ausgearbeitetes Pflegekonzept und eine straff organisierte Weiterbildung: Nach dem Krankenpflege-Examen folgt eine zweijährige Interimszeit, in der man auf der Station arbeitet. Danach zwei Jahre berufsbegleitende Ausbildung: 240 theoretische Unterrichtsstunden, 480 „pflegerisch strukturierte Unterweisungen“ und

immer: praktisches Lernen am Bett. Doch nicht alle Bundesländer haben eine derartige Weiterbildung gesetzlich festgelegt. „Vielerorts“, sagt die Oberschwester Heike Strunk, „läßt man die Pflegekräfte verdammt allein.“

Sie will in Großbritannien, wo – wie in Skandinavien oder Israel – Krankenpflege an Universitäten gelehrt wird, ihren „Master of Nursing“ machen, vielleicht sogar promovieren. Sie spricht von der Emanzipation ihres Berufsstandes, und wenn ein leitender Arzt der Klinik fragt „Wie geht es meinen Nonnen?“, explodiert sie schon mal.

Erst seit etwa 150 Jahren ist Krankenpflege ein Beruf. Bis dahin war sie Aufgabe von Ordensschwestern oder weiblichen Familienmitgliedern. 1831 gründete Amalie Sieveking während einer Cholera-Epidemie in Hamburg den „Weiblichen Verein für Armen- und Krankenpflege“. Doch auch der weltliche Schwesterntypus war von klösterlichen Strukturen geprägt: unter der Haube, selbstlos und aufopfernd, bedingungslos gehorsam dem Arzt gegenüber, voll christlicher Liebe für den Patienten. „Die Frau“, schrieb der Mediziner Victor Robinson, „ist eine instinktive Schwester, von Mutter Natur selbst unterwiesen.“ Heute noch wirkt diese Tradition nach: „Das Dienen steckt uns in den Knochen“, bestätigt Schwester Eva, „wir nehmen gern still alles hin.“

Immerhin habe, sagt Heike Strunk, der Pflegenotstand wenigstens eines bewirkt: „Man hört uns mehr zu.“ Sie hält es für ein Unding, die personellen Lächer auf der Station mit Studenten und Aushilfen zu stopfen. Luxus im Krankenhaus würden in Zukunft nicht die teuren Medikamente und Apparate sein, sondern „jede Minute Mensch“. „Wir sind ja nicht gegen Technik“, aber still und heimlich stelle man immer neue Geräte in die Krankenzimmer – Maschinen, die in ihrer Masse mittlerweile die Pflegenden zu beherrschen beginnen.

„Lebt er noch?“ fragt Eva, 23 Jahre alt, als sie vor ihrer Nachtschicht ins „Kaffeehaus“ kommt, den tristen kleinen Pausenraum der Station. Sie spricht von einem Mann, der bereits drei Wiederbelebungen, Reanimationen, hinter sich



#### Die »eiserne Schwester« erleichtert manch schwere Stunde

Pflegen ist Knochenarbeit. Wenn selbst mehrere Helfer einen Kranken nicht mehr betten können, wird »Emma«, die »eiserne Schwester«, hinzugezogen. So nennt das Pflegepersonal die Hebevorrichtung für besonders schwere Patienten. Aber auch dieses Spezialgerät bewahrt die jungen Leute nicht vor einer weitverbreiteten Berufskrankheit: dem Rückenleiden



Duschen eines Patienten in einer Spezialwanne

hat. Zwei Nächte hat sie ihn schon betreut – und ihn innerlich aufgegeben. Diagnose: Multiorganversagen, der in jeder Intensivstation so gefürchtete Ausfall mehrerer lebensnotwendiger Organe wie Lunge, Niere, Leber.

„So was habe ich noch nicht erlebt“, sagt der Kollege, der ihr den Patienten „übergibt“. Zu allem Übel hat bei dem Todkranken auch noch das Blutgerinnungssystem versagt. „Du kannst ihn gar nicht anpacken“, sagt er weiter. Statt ihn zu pflegen, habe er das aus allen Wunden rinnende Blut aus dem Bett abgesaugt und – in Form von Blutkonserven – „oben wieder hineingeschüttet“.

Der Patient lebt also noch. Bewußtlos befindet er sich zwischen Leben und Tod, in jenem Grenzbereich, den moderne Apparate und Medikamente zusehends ausweiten: das Sterben, aber auch die

Chance zum Weiterleben. Und Eva „übernimmt“: alltägliche Routine.

Kalte Zahlen, von Ergonomen kürzlich erstellt, beschreiben ihren Arbeitsplatz: Bei einem Schwerkranken sind 30 unterschiedliche Einzelalarne möglich, ausgelöst von zwölf Diagnose- und Therapiegeräten pro Patient mit bis zu 85 Bedien- und 65 Anzeigeelementen sowie 15 Leitungen zum Patienten. Dazu kommen noch elf Leitungen zur Logistik, etwa zur Strom- und Gasversorgung. 400 Daten sind pro Tag zu erfassen und im Pflegebericht zu dokumentieren.

50 Prozent der einzelnen Handlungen einer „Pflegekraft“ sind kürzer als eine halbe Minute. Für die „Grundpflege“ eines Kranken bleiben nur 25 Prozent der Zeit. Eva betreut jedoch, wie fast immer üblich, zwei Schwerkranke gleichzeitig. Sie überprüft die Beatmungsmaschine, die Luft in den grau-blauen männli-

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 prikkelt“, 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.